

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Projekt z dnia 05.05.2017 r.)
MZ 536

I. Opis sytuacji problemowej - zakres i cel projektu regulacyjnego

Niniejsza opinia dotyczy projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, stanowiącego wykonanie upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

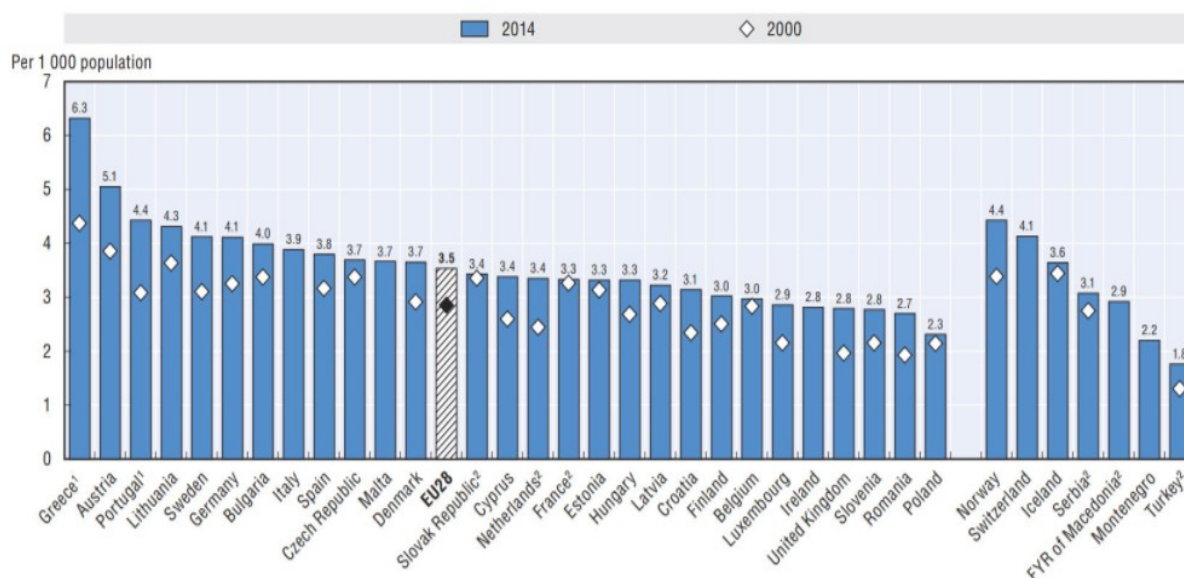
Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania z dnia 05.05.2017 określać ma wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania i rozliczanych odrębnie w ramach kwoty zobowiązania umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczania”. W projekcie rozporządzenia przedstawionym przez Ministra Zdrowia ustalono 16 świadczeń, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania. 1375 szpitali – według rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które zakwalifikowane zostały do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej będą finansowane przez NFZ w formie ryczałtów, z wyjątkiem niektórych wyodrębnionych świadczeń. Z założenia projekt nie powinien wpłynąć na sektor finansów publicznych a finansowanie ma się odbywać tak jak dotychczas – w ramach odpowiednich pozycji planu finansowego NFZ. Udział wartości świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu, w stosunku do całości kwoty wynikającej ze wszystkich umów PSZ, będzie kształtował się na poziomie ok. 46 % i może się on istotnie różnić w przypadku poszczególnych świadczeniodawców. W ramach świadczeń wyodrębnionych największy udział mają pozycje dotyczące:

- programów lekowych ok.18%
- świadczeń szpitalnych w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami ok.13%
- świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne ok.11%
- świadczeń realizowanych w szpitalach z oddziałem ratunkowym albo z izbą przyjęć ok.10%

Wpływ przepisów przedstawionych w przedmiotowym rozporządzeniu ma wiązać się z zapewnieniem stabilnego i elastycznego mechanizmu finansowania działalności podmiotów leczniczych, które zostaną zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia. W zakresie wpływu na warunki życia ogółu obywateli ulec ma on poprawie, z racji na większą dostępność

świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawę koordynacji i kompleksowości do jej udzielania, z racji na nowo wprowadzony mechanizm finansowania w ramach systemu zabezpieczenia.

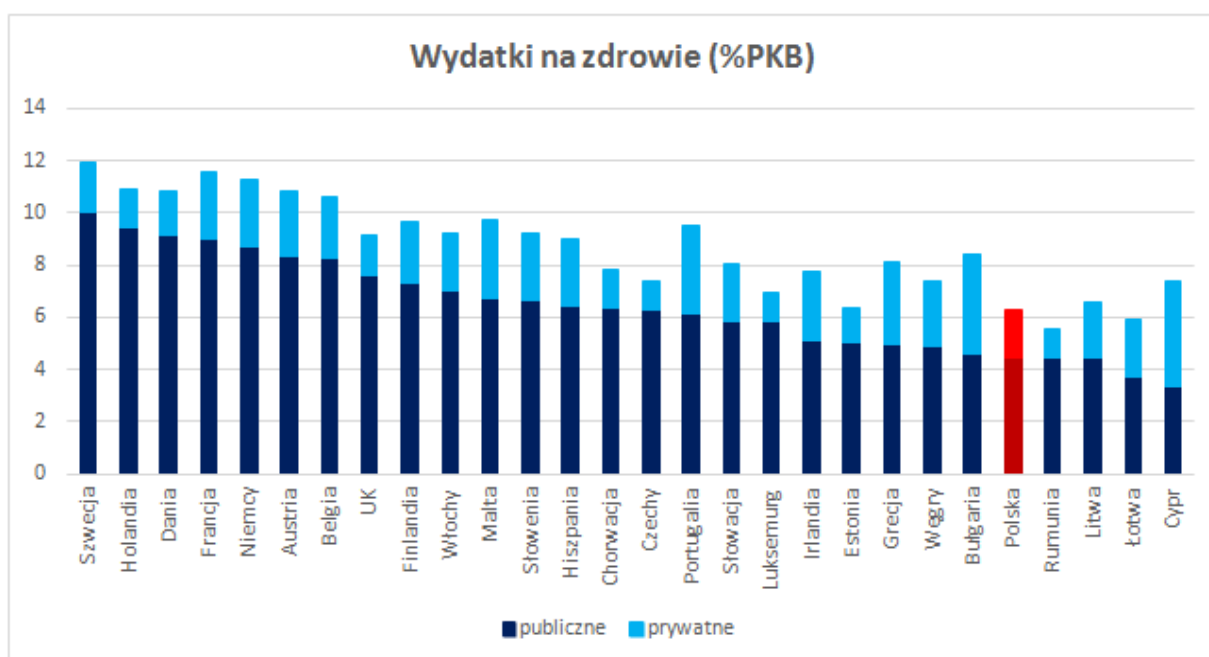
Tak właśnie projekt został przedstawiony przez Ministra Zdrowia. Bez wątpienia świadczenia wymagające odrębnego sposobu finansowania są tematem ważnym i należało by zadbać by fundusz na ten cel był jak największy. Lista 16 świadczeń które projekt ma obejmować jest znacząco zbyt krótka, a nawet w przypadku tych świadczeń, które są w niej uwzględnione można doszukać się braków. Taki stan rzeczy niezaprzeczalnie wynika z powodu niewystarczających funduszy przeznaczonych na służbę zdrowia. Polska pod względem wydatków na ten cel pozostaje na szarym końcu wśród państw Europejskich. Pacjenci muszą czekać na świadczenia medyczne długie miesiące, gdyż Fundusz Zdrowia nie ma możliwości finansowania ich na bieżąco. Czynnikiem wpływającym na taki stan rzeczy jest również niedobór lekarzy, których na 1000 mieszkańców naszego kraju przypada raptem 2,3¹ i jest to najgorszy wynik spośród wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej.



To, że wydatki na służbę zdrowia są w Polsce stanowczo za niskie dostrzegła również Konferencja Prezesów Towarzystw Lekarskich, która w połowie 2017 roku zaapelowała do rządu, polityków, administratorów ochrony zdrowia i wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej o szybkie zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB, wskazując iż powinno to nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach ponieważ już w kilkuletniej perspektywie czasowej nakłady na poziomie 6% będą niewystarczające.

1

Dane z raportu: „Health at a Glance: Europe 2016”



Już wstępna analiza danych wskazuje, że obecna sytuacja nie jest zadowalająca. Na publiczną służbę zdrowia w Polsce przeznaczają się zaledwie 4,5% dochodu narodowego. To piąty najgorszy wynik w Unii Europejskiej. Gorsze od nas są tylko Rumunia, Litwa, Łotwa i Cypr. Rządowy projekt zwiększający nakłady na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB do końca 2025 r. utrwała jedynie obecną dramatyczną sytuację w ciągu najbliższych lat.

Polska służba zdrowia niezwłocznie wymaga znacznie bardziej kategorycznych zmian. Polscy obywatele zasługują na lepsze standardy medyczne, krótszy czas oczekiwania oraz większą dostępność świadczeń finansowanych przez NFZ. Poza aspektem finansowym warto również wspomnieć o złym zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej oraz często wątpliwej efektywności leczenia. Niestety bez gruntownych zmian systemowych oraz konsensualnej i długookresowej strategii, dynamicznie zmieniające się potrzeby zdrowotne społeczeństwa mogą prowadzić do poszerzania się przepaści pomiędzy możliwościami finansowymi państwa a społecznym oczekiwaniem znacznie lepszych standardów opieki medycznej.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Przy przygotowaniu ekspertyzy głównymi metodami pozyskania informacji i danych były:

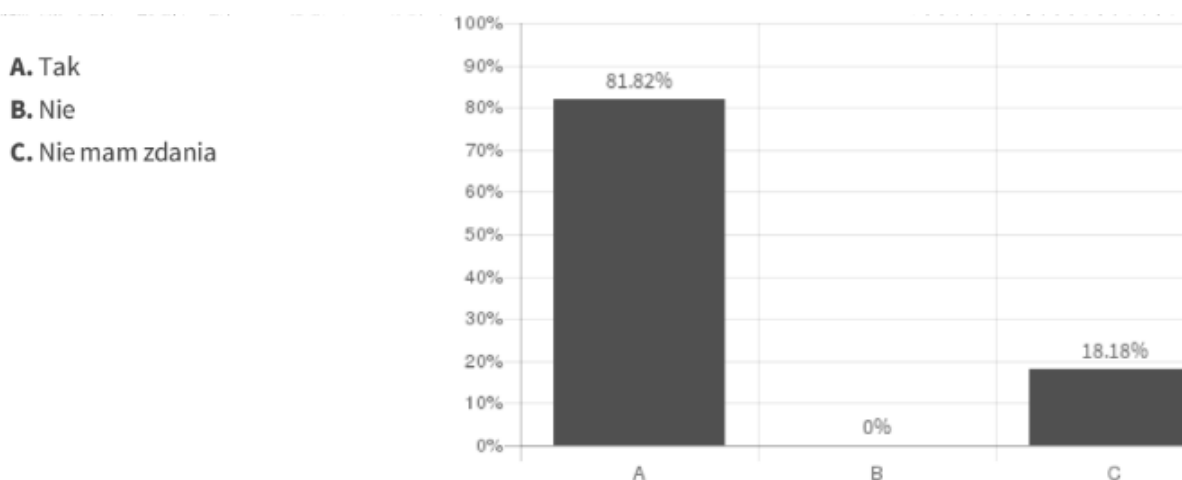
1. Analiza desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, ocen skutków regulacji, stron internetowych administracji zdrowotnej RP, portali tematycznych, wypowiedzi oraz materiałów tematycznych z obszaru ochrony zdrowia,

2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich , m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia”, (rezultaty zostały przedstawione poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej oraz reprezentantami organizacji pacjenckich,
4. Spożytkowanie wiedzy i dorobku własnego.

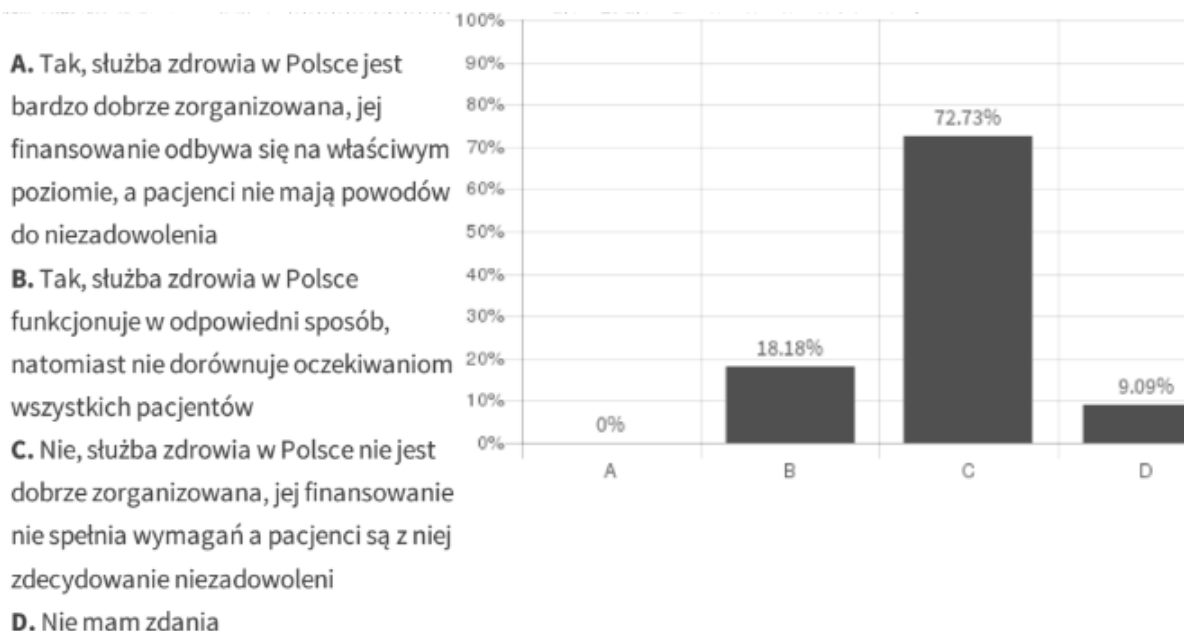
III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 05.05.2017 r. w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju (ze względu na ogólnokrajowy charakter regulacji). Konsultacje z przedstawicielami organizacji pacjenckich prowadzone były m.in. poprzez Platformę Konsultacji w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych), do których każdy z ankietowanych mógł się odnieść. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

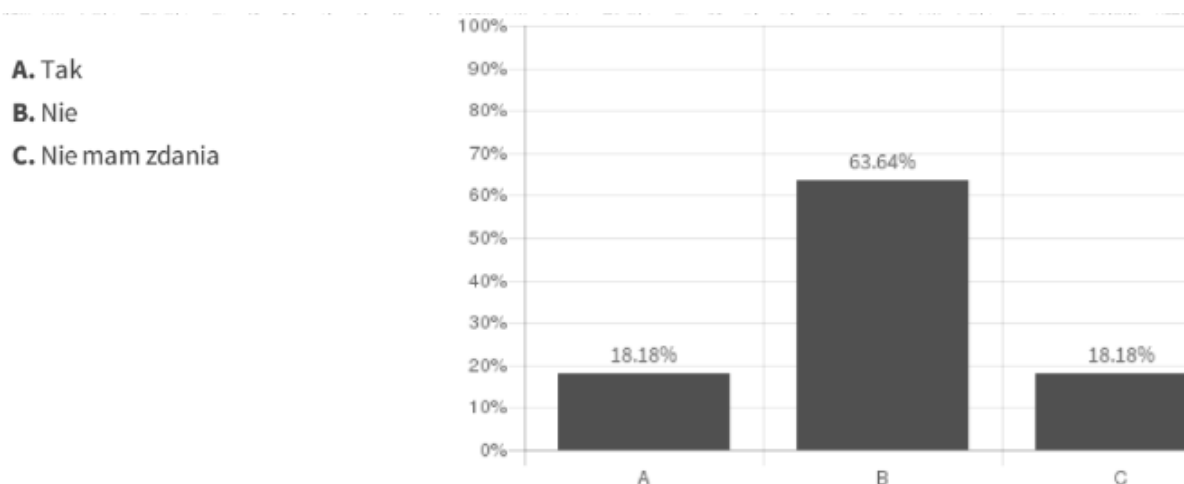
- 1) Czy Pan/Pani uważa, że hospitalizacja przy zabiegach wykonywanych jako świadczenia gwarantowane (refundowane w 100%) powinna również być całkowicie finansowana z budżetu NFZ?



2) Czy Pan/Pani uważa, że służba zdrowia w Polsce jest odpowiednio finansowana i spełnia oczekiwania pacjentów?

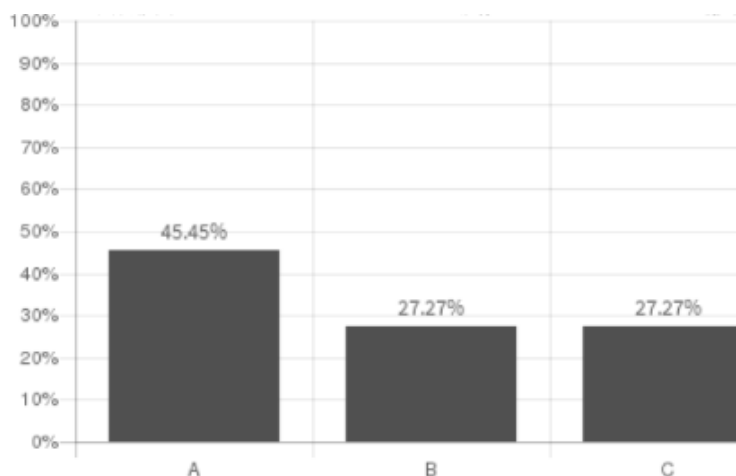


3) Czy Pan/Pani uważa, że w projekcie rozporządzenia z dnia 05.05.2017 w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania uwzględniona została wystarczająca liczba świadczeń?



- 4) Czy Pana/Pani zdaniem świadczenia wykonywane na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii są świadczeniami ratującymi życie, i niezbędne jest przeznaczenie osobnych środków na ich realizację?

- A. Tak
B. Nie
C. Nie mam zdania



Pytania otwarte

1. Czy Pan/Pani uważa, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 05.05.2017 r. w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania pozwoli poprawić sytuację polskiej służby zdrowia?
2. Czy Pan/Pani uważa że przeznaczenie osobnych środków na refundacje leków sierocych, oraz inwestycje w sferę rzadkich chorób jest dobrym pomysłem? Czy problem braku środków przeznaczonych na realizację tego celu jest widoczny?
3. Czy Pana/Pani zdaniem zabieg usunięcia zaćmy jest świadczeniem istotnym a pacjenci oczekujący jego realizacji powinni mieć możliwość odbycia go w możliwie jak najszybszym terminie? Czy Ministerstwo Zdrowia powinno zadbać by zabiegi te były realizowane w coraz to większym stopniu w stosunku do lat poprzednich, o ile będzie na nie zapotrzebowanie?

4. Czy zgadza się Pan/Pani z opinią, że fundusz przeznaczany na służbę zdrowia w Polsce powinien drastycznie wzrosnąć, a projekt rządowy który mówi o wzroście nakładów na ochronę zdrowia z 4,5% do 6% PKB powinien być zrealizowany znacznie wcześniej niż przed końcem roku 2025, przykładowo do końca roku 2020?

IV. Stanowisko eksperckie

Opieka zdrowotna jest ogółem środków mających na celu zapobieganie i leczenie chorób. Realizowana jest ona za pomocą systemu opieki zdrowotnej, który jest systemem definiowanym jako spójna całość, której liczne powiązane między sobą części wspólnie oddziaływając wpływają pozytywnie na stan zdrowia ogółu populacji. Jest to całość skompletowana z wielu elementów ze sobą powiązanych, która realizuje cele związane ze zdrowiem. System zdrowotny można również zdefiniować jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i zbiorowości. W Polsce zgodnie z 68 artykułem Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, wszyscy mają prawo do ochrony zdrowia. Wynika z tego, że każdy obywatel, nie zwracając uwagi na jego sytuację materialną powinien mieć dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Działanie systemu zdrowotnego w Polsce reguluje szereg ustaw – powinny one kontrolować by świadczenia zdrowotne były realizowane na jak najlepszym poziomie i chronić praw Polskich obywateli. Głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne NFZ, wszyscy obywatele obciążeni są obowiązkową skłódką która to odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. W niektórych przypadkach świadczenia zdrowotne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych realizowane jest na zasadzie konkursu. Świadczeniodawcy, którzy przedstawili najkorzystniejszą ofertę, zawierają z NFZ umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, z dnia 05.05.2017 ma za zadanie określać wykaz świadczeń, które wymagają odrębnego systemu finansowania. Zawiera on wykaz 16 świadczeń, a każde z nich miało by być finansowane w mniejszym lub większym stopniu z funduszu NFZ. Warto by więc dokładnie przeanalizować co projekt rozporządzenia tak właściwie przedstawia, przyjrzeć się jakie świadczenia są w nim zaproponowane i na jakim poziomie mają być finansowane oraz zastanowić się czy finansowanie to zostało właściwie dobrane. Warto też zwrócić uwagę na

bardziej kontrowersyjną sprawę, a mianowicie jakich świadczeń w projekcie brakuje, i dlatego właśnie one powinny się tam znaleźć.

Wśród 16-stu świadczeń wyodrębnionych w projekcie przedmiotowego rozporządzenia, znaczący udział (18%) w stosunku do całości budżetu przeznaczanego na finansowanie świadczeń, które wymagają odrębnego systemu finansowania mają programy lekowe. Program lekowy² to świadczenie gwarantowane. W zakresie programu odbywa się leczenie z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach i obejmuje konkretnie określoną grupę pacjentów. Cały program stworzony został z myślą o chorych, u których leczenie standardowo stosowanymi lekami nie przyniosło spodziewanych efektów terapeutycznych. Pacjenci zakwalifikowani do programów lekowych są leczeni bezpłatnie, a decyzję o ich kwalifikacji podejmuje lekarz placówki posiadającej kontrakt w tym zakresie. Programy lekowe bez żadnych wątpliwości są jednym z najpotrzebniejszych i najbardziej kosztownych elementów. Leczenie wielu chorób we własnym zakresie jest tak drogie, że w zasadzie mało kogo na to stać. Zatem stałe rozszerzanie zakresu programów lekowych, czyli dodawanie coraz to nowych programów objętych refundacją jest konieczne by w wielu przypadkach ratować ludzkie życie. Cieszy dość wysoki procent budżetu w skali całości przeznaczony na finansowanie programów lekowych, lecz pozostaje pytanie czy to na pewno wystarczy by nieustannie rozwijać zakres świadczeń w tym zakresie? Priorytetem Ministerstwa Zdrowia na obecną chwilę powinien być możliwie jak największy rozwój i rozszerzanie zakresu programów lekowych i uczynienie by refundacja tych bardzo kosztownych w leczeniu chorób stała się rzeczą w miarę powszechną, a lista gwarantowanych świadczeń medycznych w tym zakresie była jak najdłuższa. Niezaprzeczalnie odmieniło by to życie wielu osób, nie tylko tych chorych ale też ich rodzin oraz najbliższych. Niemniej jednak sam fakt, że z pośród wszystkich świadczeń przedstawionych w projekcie, programy lekowe finansowane będą w największym stopniu jest jak najbardziej pozytywny.

Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami (11%) oraz świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne (10%) są kolejnymi świadczeniami objętymi dość dużym finansowaniem ze strony NFZ w skali ogółu. Fakt ten jest pozytywny, zwracając uwagę głównie na to, że są to świadczenia, które wpływają na bezpośredni komfort obywateli. Poród sam w sobie jak i opieka nad noworodkami to bez wątpienia bardzo istotne kwestie a darmowa dostępność tych przywilejów w dobrych warunkach jest wielkim plusem i na pewno nie można szukać oszczędności w zakresie tych świadczeń. Co do

2

Dane ze strony Ministerstwa Zdrowia: <http://www.mz.gov.pl>

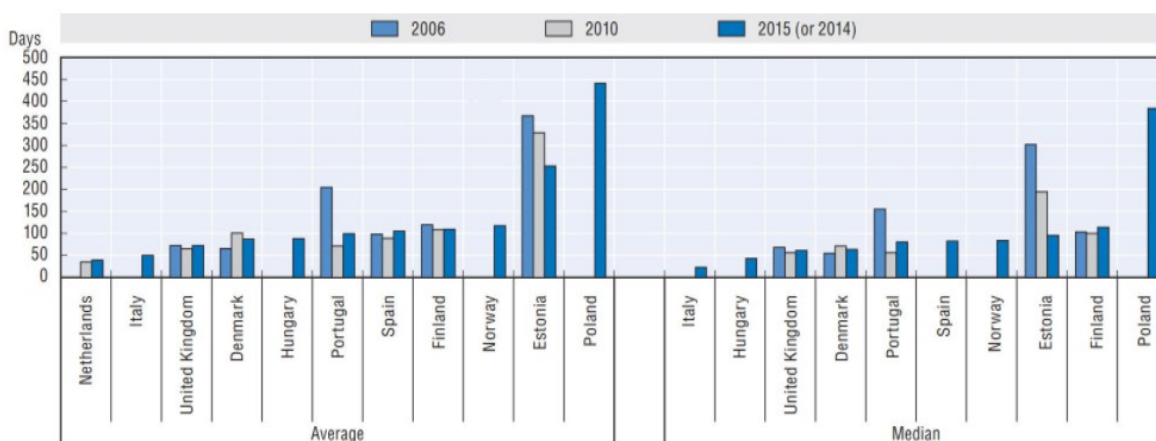
świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, duży udział ich finansowania również powinien zostać oceniony pozytywnie. Obecnie ludzie nie koniecznie zdają sobie sprawę z zakresu obowiązków oraz funkcji tych stanowisk i w tym miejscu warto by było je sobie przypomnieć, by zobrazować jak istotne są one w procesie leczenia. Pielęgniarka³ jest osobą posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Wykonuje działania wymagające umiejętności obserwacji, zdecydowanej i rzetelnej oceny stanu chorego, rozpoznaje: potrzeby zdrowotne, problemy pielęgnacyjne, sprawuje opiekę pielęgnacyjną w stosunku do człowieka chorego i jego rodziny. Jest to zawód regulowany, medyczny i samodzielny, który wymaga ciągłego kształcenia i doskonalenia. Do głównych zadań pielęgniarki należy: rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych oraz pielęgnacyjnych pacjenta, samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, monitorowanie parametrów życiowych pacjenta, prowadzenie dokumentacji medycznej, znieczulanie, administrowanie, kontrolowanie – a to jedynie przykłady, wybrane z całej listy zakresu kompetencji pielęgniarki. Podobnie jest w przypadku położnej, której zakres kompetencji jest podobny, lecz jej głównymi czynnościami są pielęgnacja, obserwacja i udział w leczeniu kobiet ciężarnych oraz chorych ginekologicznie w każdym okresie jej życia, a także wsparcie, edukacja i pomoc przyszłym matkom. Jest ona odpowiedzialna za przygotowanie kobiety do porodu, odebranie porodu samodzielnie oraz za opiekę nad matką i dzieckiem w pierwszych tygodniach po porodzie. Niezaprzeczalne pozostaje, że zakres kompetencji zarówno świadczeń związanych z porodem i opieką nad noworodkami jak i tych udzielanych przez pielęgniarki i położne należą do bardzo istotnych, a wysoki procent w stosunku do całości środków przeznaczonych na finansowanie tych świadczeń odbierany jest pozytywnie. Niemniej jednak warto by było przeznaczyć też dodatkowe środki na wyższe wynagrodzenia dla pielęgniarek oraz położnych, ponieważ złe warunki zatrudnienia w tych zawodach od dawna wzbudzają zaniepokojenie, a w rezultacie wywołują ciągłe sprzeciwy a nawet strajki.

Zaniepokojenie niestety wzbudza zbyt mały nakład środków na niektóre świadczenia uwzględnione w projekcie. Duży niepokój związany jest chociażby z zabiegiem usunięcia zaćmy, na który według zapisu w projekcie rozporządzenia przeznaczone zostanie jedynie 2% kwoty przeznaczonej na wszystkie świadczenia. W tym rozporządzeniu spotykamy się ze znacznym regresem środków przyznaczonych na to świadczenie. Sytuacja ta jest niedopuszczalna, tym bardziej zwarzając na zapewnienia Ministra Zdrowia oraz NFZ o konieczności zmniejszenia kolejek pacjentów do zabiegu usunięcia zaćmy. Biorąc po uwagę

3

Dane z Raportu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych: „Zabezpieczenie Społeczeństwa polskiego w Świadczenia Pielęgniarek i Położnych”

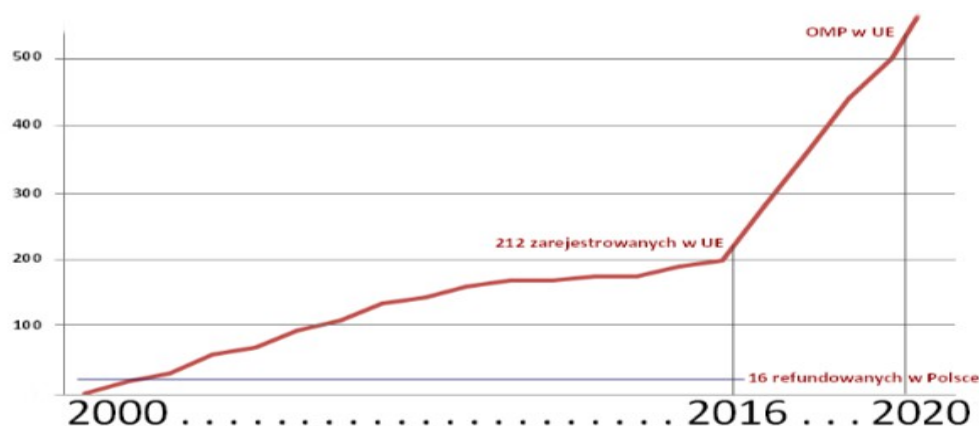
fakt, iż w marcu 2017 roku w kolejce do zabiegu usunięcia zaćmy oczekiwało ponad 538 tysięcy Polaków, należało by ponownie zastanowić się nad zapisem w kwestii rozszerzenia dostępności tego świadczenia. By zobrazować skalę problemu na poniższym wykresie możemy zaobserwować czas oczekiwania na samą kwalifikację do zabiegu usunięcia zaćmy wśród państw Europejskich. Jak widać Polska zajmuje ostatnie miejsce w tej kategorii spośród przedstawionych państw.



Projekt rozporządzenia stanowi w większości kontynuację dotychczas obowiązujących zasad odrębnego kontraktowania części świadczeń wysokospecjalistycznych, onkologicznych oraz świadczeń ważnych społecznie. Poza wcześniej wymienionymi dotyczy on również świadczeń ambulatoryjnych oraz świadczeń diagnostycznych kosztochłonnnych w zakresie: tomografii komputerowej, medycyny nuklearnej, rezonansu magnetycznego i badań endoskopowych przewodu pokarmowego, świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, świadczeń opieki kompleksowej, świadczenia szpitalne udzielane w ramach brachyterapii, radioterapii, terapii izotopowej wraz z opieką ambulatoryjną w tych zakresach, świadczenia szpitalne w zakresie ostrego zawału serca, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, świadczenia w zakresie przeszczepów, świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć, świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego i stacjonarnych, chemioterapię. Wszystkie wymienione świadczenia w mniejszym lub większym stopniu zostały uwzględnione w projekcie rozporządzenia – pytaniem pozostaje czy ich finansowanie zostało oszacowane właściwie i czy jest wystarczające aby poprawić dostępność i skrócić czas oczekiwania na świadczenie. Podobnie jak w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy ograniczony budżet rokował na ilość i jakość

wykonywanych zabiegów tak tutaj również uniemożliwia on realizację świadczeń na zadowalającym poziomie.

Bardzo istotną kwestią, której projekt rozporządzenia nie uwzględnia jest problem chorób rzadkich. Jest ich ponad 6000. Wiedza o tych chorobach jest niewielka a nauka często jest bezradna. Inwestycje w leki są nieopłacane. Brak jest lekarzy specjalistów i ośrodków referencyjnych. System opieki zdrowotnej prawie ich nie dostrzega a medycyna często w ogóle nie ma odpowiedzi na problemy z jakim borykają się pacjenci. Dotknięte jest nimi od 6% do 8% populacji. A to w Polsce oznacza 2,3 - 3 miliona osób. Pacjenci dotknięci rzadką chorobą mają trudności z uzyskaniem właściwej diagnozy, co może mieć tragiczne konsekwencje. Często mijają lata zanim trafią do odpowiedniego specjalisty i rozpoczną leczenie. Dla przeważającej liczby chorób rzadkich aktualnie brak dostępnych i skutecznych terapii. Z pośród kilku tysięcy chorób rzadkich zaledwie 1,5% posiada ofertę lekową a do tego pod względem poziomu refundacji leków sierocych Polska zajmuje ostatnie miejsce w UE. Ze względu na wieloukładowy charakter schorzeń, pacjenci wymagają skoordynowanej, specjalistycznej i kompleksowej opieki medycznej. Potrzeby pacjentów z poszczególnymi chorobami rzadkimi znacząco różnią się od siebie. Należy dążyć do tego, aby system opieki zdrowotnej umożliwiał i ułatwiał pacjentom dostęp do kompetentnej i kompleksowej opieki medycznej, zwłaszcza w ośrodkach dysponujących odpowiednim doświadczeniem i możliwościami diagnostycznymi, terapeutycznymi oraz właściwie ukierunkowanym postępowaniem rehabilitacyjnym. Aby doprowadzić do poprawy systemu opieki zdrowotnej i leczenia chorób rzadkich należy dokonać zmian, zarówno w zakresie rozumienia ich specyfiki, metod oraz schematów diagnostyki i leczenia a także zarządzania procesem leczenia pacjenta oraz wsparciem psychologicznym dla jego najbliższej rodziny. Trzeba doprowadzić do wprowadzenia takich rozwiązań aby pacjenci wiedzieli że mają gdzie szukać pomocy. Uwzględnienie chorób rzadkich w Projekcie wskazującym wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania było by znaczącą różnicą dla milionów osób – pominięcie tego punktu przy planowaniu projektu rozporządzenia wzbudza zaniepokojenie.



Na wykresie została przedstawiona liczba leków i technologii sierocych w Unii Europejskiej. Prognozy mówią, że do końca 2020 roku wynalezione i zarejestrowane zostanie około 200-300 nowych leków dla rzadkich chorób. Obecnie Polska refunduje zaledwie 22 spośród ponad 200 dostępnych leków sierocych. Biorąc pod uwagę poziom dostępności i refundacji tych leków, plasuje to nasz kraj na ostatnim miejscu wśród państw członkowskich Unii Europejskiej.

Kolejnym brakiem w projekcie przedmiotowego rozporządzenia jest brak uwzględnienia świadczeń z zakresu intensywnej terapii udzielanych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii na wszystkich poziomach zabezpieczenia jako świadczeń odrębnie finansowane. Praktycznie wszystkie świadczenia udzielane w tym obszarze są ratującymi życie i nie mogą być udzielane na oddziałach o innym profilu. Nie ma możliwości zaplanowania ich liczby w określonym okresie, nie ma też możliwości odłożenia realizacji tych świadczeń w sytuacji braku środków finansowych. Brak przeznaczania odrębnych środków na ten cel może skutkować ograniczeniem przez szpitale środków na inne świadczenia. Jest to szczególnie istotne w świetle aktualnego niedostatku stanowisk intensywnej terapii i nieosiągnięcia wymaganego ich odsetka (obecnie jest to około 1,7% zamiast 2%).

Na specjalną uwagę zasługuje też zagadnienie hospitalizacji do zabiegów, które są finansowane przez NFZ. Zabiegi same w sobie są finansowane, niestety hospitalizacja nie – należałoby wprowadzić finansowanie świadczeń związanych z hospitalizacją przy takich zabiegach. Stan obecny od wielu lat generuje nadwykonania w tym zakresie, których NFZ nie finansuje w całości. Limity finansowe powodują konieczność wyboru pomiędzy liczbą wykonanych hospitalizacji a zakresem świadczonych usług. Finansowanie tych świadczeń z odrębnej puli pozwoliłoby na wykonywanie zabiegów zgodnie z zapotrzebowaniem bez konieczności radykalnych ograniczeń w zakresie hospitalizacji, czy też doprowadzania do zadłużania się szpitali. Lista świadczeń jakie należało by dopisać do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania ciągnie się zasadniczo w nieskończoność. Oprócz wcześniej wymienionych na specjalną wzmiankę zasługują chociażby: leczenie cukrzycy z wykorzystaniem pompy insulinowej, leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pionowych, żywnienie pozajelitowe i dojelitowe, badania genetyczne, dusznica bolesna, teleradioterapia protonowa, wspomaganie serca bądź płuc, świadczenia udzielane na rzecz pacjentów po przeszczepach, świadczenia w oddziale udarowym, leczenie udarów mózgu. Te i wiele innych świadczeń nie zostały uwzględnione w projekcie rozporządzenia, a bez wątpienia powinny. Pomijając fakt, że wiele

z nich bezpośrednio wpływa na komfort obywateli to znacząca ich część jest klasyfikowana jako świadczenia ratujące życie.

Konsultacje przeprowadzone w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 05.05.2017 r. w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju. Ich wyniki obrazują nam odczucia osób trzecich na omawiany projekt rozporządzenia. Wyraźnie widać, że projekt sam w sobie wzbudza pewne wątpliwości. 80% respondentów twierdzi, że Polska służba zdrowia nie spełnia oczekiwań pacjentów i nie jest dobrze finansowana, a 70% osób biorących udział w badaniu zadeklarowało, że liczba świadczeń uwzględnionych w projekcie rozporządzenia nie jest wystarczająca. Dodatkowo połowa pytanym uważa że świadczenia wykonywane na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii są świadczeniami ratującymi życie i niezbędne jest przeznaczenie odrębnych środków na ich realizację. Znacząca większość, bo aż 90% osób zapytanych o to czy hospitalizacja przy zabiegach wykonywanych jako świadczenia gwarantowane powinna być finansowana w 100% zgodziła się z tym stwierdzeniem.

Podsumowując projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 05.05.2017 w sprawie określenia sposobu ustalania wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania można stwierdzić iż nie spełnia on oczekiwań społecznych i medycznych. Cieszy stosunkowo wysokie finansowanie świadczeń takich jak programy lekowe, świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami czy chociażby świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. Niestety lista świadczeń jest zdecydowanie za krótka, a w większości przypadków nawet jak świadczenia znajdują się na liście to ich finansowanie odbywa się w zdecydowanie zbyt małym stopniu. Taki stan rzeczy jest następstwem zbyt małych nakładów finansowych przeznaczonych na służbę zdrowia w Polsce. Obecny projekt który mówi o zwiększeniu tych nakładów z ok. 4.5% do ok. 6% PKB do końca 2025 roku nie jest odpowiedzią na masę problemów z jakimi boryka się Polska służba zdrowia. Zmiany w dziedzinie finansów oraz zarządzania potrzebne są tu i teraz. Obecnie patrząc na wydatki na zdrowie per capita Polska jest na szarym końcu wśród państw Unii Europejskiej. Gruntowne zmiany systemowe oraz konsekwentnie realizowany plan opracowany w oparciu o potrzeby zdrowotne Polaków z uwzględnieniem znaczącego wzrostu nakładów przeznaczanych na służbę zdrowia jest niezbędny by naprostować obecną sytuację we wszystkich kategoriach.

Opracował: Mirosław Zieliński

Ekspert Projektu