

HEALTH MANAGEMENT



MAGAZYN DLA MANAGERÓW INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA



NUMER 3 | 2022 |

Od redakcji

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce trzeci numer magazynu Health Management, w którym wyjaśniamy wybrane zmiany w obszarze opieki zdrowotnej w Polsce, a także dyskutujemy nad możliwościami poprawy jej obecnej sytuacji. W bieżącym numerze mogą Państwo przeczytać o działaniach strategicznych i prawnych proponowanych przez rząd RP, które mają na celu usprawnienie opieki zdrowotnej w Polsce. Modyfikacja środowiska prawnego, kluczowego dla funkcjonowania szpitali, tak jak zawsze związana z zastrzeżeniami odnośnie przyjętych rozwiązań i ich optymalności. Mamy nadzieję, że zapoznanie się z artykułem pomoże Państwu lepiej przygotować się na nadchodzące zmiany. Jedną z zapowiadanych modyfikacji prawnych dotyczy jakości w ochronie zdrowia. Temat ten, a przede wszystkim korzyści z podejścia nakierunkowanego na jakość, oraz możliwe do zastosowania bodźce finansowe wspierające jak najwyższy poziom świadczeń opieki medycznej, prezentowany jest bardziej szczegółowo w kolejnym artykule.

Zmiany systemowe, praktycznie w każdym przypadku, wymagają wsparcia i ciągłego nadzoru ich wdrażania. Dotyczy to w szczególności projektów wieloletnich o kluczowym znaczeniu dla społeczeństwa i gospodarki. Zagadnienia te, w obrębie planu zwiększenia finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, rozważa kolejna publikacja. Przyszłe zmiany w ochronie zdrowia w Polsce z pewnością spotkają się z pewnymi trudnościami. W celu ich ograniczenia kluczowe jest uczenie się na własnych doświadczeniach. Ich przykładem są wnioski z wdrożenia Funduszu Medycznego, prezentowane w kolejnym artykule.

W magazynie poruszamy również praktyczne kwestie korzystania z Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych, wraz z omówieniem prawnych i systemowych zasad jego funkcjonowania.

Na koniec zachęcamy Państwa do zapoznania się z wnioskami z debat przeprowadzonych podczas V Kongresu Onkologii Polskiej, który miał na celu debatę nad możliwościami poprawy leczenia onkologicznego pacjentów w Polsce.

Redaktorzy naukowci:



Prof. dr hab. Ewelina
Nojszewska,
SGH



Dr hab. Beata Jagielska,
PKMP



Dr inż. Agnieszka Sznyk,
INNOWO

PATRONAT HONOROWY

WYDAWCY



Polskie szpitale w gąszczu nowych planów i przepisów, str. 5

Juliusz Krzyżanowski

Płacenie za jakość- to się opłaca! str. 11

Urszula Szybowicz
Prof. Jarosław J. Fedorowski

Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia – inicjatywa na rzecz przejrzystej realizacji ustawy o 7% PKB na zdrowie, str. 15

Łukasz Kozłowski

Wnioski z dotychczasowego funkcjonowania Funduszu Medycznego – wywiad z prof. Piotrem Czauderną, str. 21

Dr Agnieszka Sznyk



Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych, str. 26

Dr hab. n. med. Beata Jagielska
Magdalena Sakowicz

Wyzwania kompleksowej opieki onkologicznej, str. 31

POLSKIE SZPITALA W GĄSZCZU NOWYCH PLANÓW I PRZEPISÓW

Juliusz Krzyżanowski

adwokat, kancelaria Baker McKenzie Krzyżowski i Wspólnicy sp. k.

e-mail: juliusz.krzyzanowski@bakermckenzie.com

Polski system ochrony zdrowia od zawsze boryka się z różnymi problemami, jednakże niezmiennie najważniejsze z nich to niewystarczający poziom finansowania oraz deficyt personelu medycznego. Poszukując zmian, które usprawnią ten system, kolejne rządy przygotowują różnego rodzaju dokumenty strategiczne i projekty ustaw. Wśród najważniejszych zmian będących obecnie w trakcie procesu legislacyjnego należy wskazać projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, bezpieczeństwie pacjenta oraz projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Oba te projekty pozostawiają niestety wiele do życzenia, bowiem oczekiwania co do zawartych w nich regulacjach okazały się odmienne od prawnej rzeczywistości. Czy wobec faktu, że za mniej niż półtora roku czekają nas wybory należy się spodziewać daleko idących zmian systemowych? Na to pytanie jak zawsze trudno jest odpowiedzieć.

W polskim systemie ochrony zdrowia niezmiennie od lat, niczym świętego Graala, trwają poszukiwania rozwiązań pozwalających na poprawę sytuacji ekonomicznej i zarządczej szpitali, a w konsekwencji zapewnienie bezpieczeństwa ich funkcjonowania. Pandemia COVID-19 była jednym z najtrudniejszych sprawdzianów dla tego systemu od wielu lat, który uświadomił wielu z nas jak ważne jest zdrowie i odpowiednia organizacja udzielania świadczeń. W dalszym ciągu brakuje nam skutecznych instrumentów zapewniających dostępność, jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń na poszczególnych poziomach, co jest kluczowe dla utrzymania naszego społeczeństwa w dobrym zdrowiu.

Niestety przy zbyt małych funduszach przekazywanych na rzecz funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz braku odpowiednich kadr medycznych osiągnięcie głównego nadrzędnego celu większości proponowanych reform może być niemożliwe.

Celem niniejszego artykułu jest przyjrzenie się kilku kluczowym obecnie dokumentom, które w ocenie projektodawców mają na celu wprowadzenie mechanizmów poprawiających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Liczne

dokumenty strategiczne i równoległe prowadzone procesy legislacyjne, często niespójne ze sobą, mogą wprowadzać chaos i utrudniać osobom zarządzającym szpitalami ocenę tego co wydarzy się w przyszłości.

DOKUMENT STRATEGICZNY „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE DLA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021–2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 R.”

W pierwszej kolejności należy przyrzeć się głównemu dokumentowi strategicznemu dotyczącemu systemu ochrony zdrowia w Polsce pn. "Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r." (dalej jako: "Strategia Zdrowa Przyszłość").

3

Dokument ten dokonuje kompleksowej analizy aktualnych problemów, z którymi boryka się system ochrony zdrowia i w oparciu o obecną sytuację oraz zawarte w nim prognozy definiuje szereg różnych kierunków interwencji wraz z odpowiadającymi im narzędziami mającymi służyć ich wdrożeniu. Ze względu na objętość Strategii Zdrowa Przyszłość nie sposób w syntetycznie podsumować wszystkich pomysłów w nim zawartych.

STANDARYZACJA I REORGANIZACJA OPIEKI

- Poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki.

Z punktu widzenia szpitali pierwszym z kluczowych kierunków interwencji opisanych w Strategii Zdrowa Przyszłość jest "poprawa jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych poprzez standaryzację i reorganizację opieki". Wśród obszarów wymagających wsparcia wskazano, między innymi: (i) utworzenie systemu monitorowania i porównywania jakości świadczonych usług, efektywności operacyjnej i finansowej podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia; (ii) opracowanie i implementacja standardów organizacyjnych opieki i obsługi pacjenta oraz ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla często występujących jednostek chorobowych; (iii) wdrożenie mechanizmów płacenia za jakość i efekty zdrowotne, w tym premiowania wykonywania usług zgodnie ze standardami; (iv) wzmocnienie roli POZ i AOS poprzez wdrażanie kompleksowych rozwiązań i skoordynowanie działań w obu zakresach; (v) reorganizację sieci szpitali oraz NŚOZ; (vi) wprowadzenie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która pozwoli na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości; (vii) wsparcie i rozwój akredytacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą; (viii) stworzenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej; (ix) utworzenie Krajowej Sieci Onkologicznej oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej umożliwiających lepszą koordynację opieki; (x) rozwój infrastruktury niezbędnej do udzielania świadczeń zdrowotnych w formach zdeinstytucjonalizowanych; (xi) rozwój usług opiekuńczych poprzez integrację usług zdrowotnych i pomocy społecznej oraz dostosowanie usług do potrzeb lokalnych; oraz, na koniec to, na co od lat zwraca uwagę strona społeczna - (xii) rozwój dialogu społecznego w obszarze zdrowia oraz idei społecznej

odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez promowanie i nawiązywanie współpracy administracji publicznej, nadzorującej system ochrony zdrowia z organizacjami pacjentów oraz organizacjami reprezentującymi interesariuszy działających w i na rzecz ochrony zdrowia.

Autorzy zakładają, że wspierane działania mają służyć poprawie efektywności podmiotów leczniczych w szczególności szpitali, prowadząc do zwiększenia efektywności i jakości procesów zarządczych i nadzorczych. W szczególności miałyby to się stać poprzez profesjonalizację zarządzania oraz przygotowanie narzędzi pozwalających na obiektywne porównywanie jakości klinicznej, poziomu obsługi pacjenta oraz efektywności zarządczej podmiotów, wspomaganie procesów restrukturyzacyjnych i modernizacyjnych oraz wdrożenie innowacji organizacyjnych.

Jako bardziej konkretny i będący już przedmiotem prac legislacyjnych sposób wdrożenia części z powyższych wyzwań wskazano wprowadzenie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (dalej jako: "Projekt Ustawy o Jakości"), która ma pozwolić na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia zaimplementować mechanizmy akredytacji i monitorowania jakości. Szczegóły wybranych rozwiązań Ustawy o Jakości zostały opisane poniżej.

- **Poprawa dostępności i efektywności opieki zdrowotnej poprzez rozwój i modernizację infrastruktury systemu ochrony zdrowia.**

Autorzy Strategii Zdrowa Przyszłość zidentyfikowali szereg wyzwań wymagających wsparcia w obszarze dostępności i efektywności opieki zdrowotnej. Wśród nich wskazano, między innymi: (i) wprowadzenie nielimitowania świadczeń w zakresie AOS; (ii) modernizacja infrastruktury budowlanej i technicznej szpitali, której pogarszający się stan może powodować

RESTRUKTURYZACJA SZPITALNICTWA

istotne obniżenie jakości świadczonych usług zdrowotnych; (iii) modernizacja jednostek współpracujących z oddziałami szpitalnymi, w szczególności pracowni genetycznych, patomorfologii oraz histopatologii; (iv) wyrównywanie różnic w dostępności do świadczeń zdrowotnych, zarówno poprzez inwestycje w infrastrukturę budowlaną, jak i sprzętową; (v) dostosowanie zasobów i struktury zasobów infrastrukturalnych do zachodzących zmian demograficznych, w szczególności w zakresie opieki nad osobami starszymi; (vi) poprawa dostępności obiektów ochrony zdrowia; (vii) inwestycje w wymianę aparatury i sprzętu medycznego – z uwagi na ciągły rozwój technologii medycznych oraz utrzymujący się deficyt zarówno w jakości, jak i liczbie wykorzystywanej aparatury specjalistycznej.

Ponadto, w ocenie autorów Strategii Zdrowa Przyszłość konieczna jest restrukturyzacja szpitalnictwa, w ramach której zidentyfikowano następujące obszary wymagające wsparcia: (i) wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentracja leczenia wysokospecjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń; (ii) wprowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych – optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z mapą potrzeb zdrowotnych i planami transformacji; (iii) wdrożenie skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych poprawiających rentowność szpitali i ich stabilność finansową; (iv) skoordynowane działania inwestycyjne ukierunkowane na wzmocnienie potencjału reorganizowanych szpitali, skierowanie dodatkowych środków na rozwój nowoczesnej infrastruktury szpitalnej, w szczególności opieki wysokospecjalistycznej, m.in. z Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności; (v) koordynacja i optymalizacja wykorzystania bazy materialnej systemu oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych; (vi)

tworzenie grup zakupowych; (vii) efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych; (viii) wzmocnienie kadry zarządzającej popularyzacja nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, podniesienie umiejętności kadry zarządzającej, a także budowa potencjału kadry restrukturyzacyjnej; (ix) wsparcie infrastruktury strategicznej w ochronie zdrowia. Poniżej opisane zostały najważniejsze, z punktu widzenia szpitali, założenia projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, który jest obecnie kluczowym procedowanym aktem prawnym służącym wdrożeniu opisanych narzędzi wsparcia systemu w tym zakresie. Niestety, jak zwykle w przypadku dokumentów strategicznych, samo stworzenie tzw. "mapy drogowej" nie prowadzi do żadnych wymiernych rezultatów. W praktyce kluczowym jest, aby konkretne akty prawne, mające służyć ich implementacji, w rzeczywistości mogły prowadzić do realizacji założonych celów. Jednym z kluczowych aktów prawnych będących obecnie a etapie prac w rządzie jest projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (dalej jako: "Projekt Ustawy o Modernizacji"), którego główne założenia opisane zostały poniżej.

PROJEKT USTAWY O JAKOŚCI

Prace nad Projektem Ustawy o Jakości, który został przekazany do konsultacji publicznych w lipcu 2021 r. znacząco zwolniły i od czasu opublikowania nowej jego wersji, pod koniec października ubiegłego roku, nic nowego się nie wydarzyło. Zgodnie z założeniami projektodawcy, celem tego projektu jest wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości. W obecnym brzmieniu reguluje on pięć podstawowych obszarów, wśród których trzy kluczowe to: wprowadzenie wymogu obligatoryjnej autoryzacji

PROJEKT USTAWY O JAKOŚCI

dla szpitali, która jest warunkiem finansowania świadczeń ze środków publicznych; wprowadzenie obligatoryjnego dla szpitali wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa (systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych), który ma być niezależny od faktu korzystania ze środków publicznych. System ten ma być dwupoziomowy, tj.: (i) wewnętrzny – prowadzony przez podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz (ii) zewnętrzny (rejestr zdarzeń niepożądanych) – prowadzony przez NFZ; oraz prowadzenia przez NFZ przeglądów akredytacyjnych w ramach akredytacji w ochronie zdrowia (fakultatywna zewnętrzna ocena jakości), z jednoczesną likwidacją Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Przede wszystkim koncepcja jedyne go płatnika publicznego, który z jednej strony przeprowadza konkursy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, finansuje te świadczenia, kontroluje ich realizację, a jednocześnie dopuszcza, poprzez system autoryzacji, podmioty do funkcjonowania w ramach systemu publicznego finansowania, jest kolejnym przykładem postępującej centralizacji i skupieniu wszystkich procesów w ramach jednej instytucji.

Co więcej, Projekt Ustawy o Jakości z niezrozumiałych powodów likwiduje jedyną, niezależną i obiektywną instytucję zajmującą się akredytacją w ochronie zdrowia, która przez lata funkcjonowania wypracowała metody oceny jakości.

Co wydaje się też kluczowe z punktu widzenia jakości - nie zostało doprecyzowane jak akredytacja, będąca narzędziem oceny podejmowanych przez szpitale działań projakościowych, będzie wpływać na finansowe motywowanie szpitali. Wobec tego, jak i szeregu innych braków i niespójności widocznych w tym projekcie pojawia się pytanie, czy nowe przepisy w jakikolwiek sposób mogą wpłynąć na poprawę jakości udzielanych świadczeń.

W Projekcie Ustawy o Jakości zabrakło elementów, które wydają się niezbędne z punktu widzenia funkcjonowania nowego systemu jako całości. Wśród nich można wskazać brak: (i) nowych standardów akredytacyjnych; (ii) kryteriów jakie muszą spełnić szpitale, aby uzyskać autoryzację; (iii) procedury odwoławczej od decyzji odmawiającej udzielenia autoryzacji (decyzja ta będzie ostateczna i służyć od niej będzie wyłącznie skarga do sądu administracyjnego, a w przypadku odmowy udzielenia autoryzacji, kolejny wniosek o udzielenie autoryzacji będzie mógł zostać złożony po upływie jednego roku od dnia, w którym decyzja o odmowie udzielenia autoryzacji stała się prawomocna); (iv) zasad organizacji opieki nad pacjentami w sytuacji kiedy brak autoryzacji uniemożliwi realizację świadczeń; czy (v) minimalnych oraz systemowych wymogów wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa.

PROJEKT USTAWY O MODERNIZACJI

Tak jak wspomniano przy okazji omawiania Strategii Zdrowa Przyszłość - konkretne przepisy mające na celu wdrożenie określonych w nich planów bardzo często mają niewiele z nimi wspólnego.





PROJEKT USTAWY O MODERNIZACJI

Niestety, tak też jest w przypadku Projektu Ustawy o Modernizacji, który rozminął się z wcześniejszymi założeniami i oczekiwaniami, przez co wbrew nim może niepotrzebnie skomplikować funkcjonowanie podmiotów leczniczych. Będzie to bowiem kolejna ustawa regulująca funkcjonowanie szpitali, która obok ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Projektu Ustawy o Jakości, wprowadzi nowe, równoległe, w niektórych obszarach, zasady organizacji funkcjonowania szpitali, powodując jeszcze większy chaos.

Dodatkowo, już sposób procedowania tego projektu pokazał, że jego autorzy nie zastosowali się do wskazanego w Strategii Zdrowa Przyszłość rozwoju dialogu społecznego, odrzucając większość zaproponowanych zmian i nie chcąc skorzystać z możliwości uzgodnienia go w szczególności ze szpitalami, których bezpośrednio on dotyczy.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że Projekt Ustawy o Modernizacji odchodzi od idei samodzielności podmiotów leczniczych. Bowiem to nie podmiot leczniczy miałby dostosowywać swoją działalność do odpowiednich potrzeb pacjentów i skali oraz zakresu działalności, ale będzie to czynić wspólnie z kolejną centralną jednostką – Agencją Rozwoju Szpitali ("Agencja") i NFZ. Nadrzędnym celem funkcjonowania Agencji będzie ocena szpitali i przypisanie ich do jednej z czterech kategorii: A, B, C lub D oraz inicjowanie procesów restrukturyzacyjnych i nadzorowanie ich realizacji. Kategoryzacja szpitali odbywać się będzie co 3 lata na podstawie corocznie przekazywanych Agencji danych finansowych.

Dla szpitali, które otrzymały kategorię A lub B tworzone będą plany rozwojowe, uwzględniające, między innymi, dostosowanie jego działalności do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Planu takie będą w pierwszej

kolejności opiniowane przez Prezesa NFZ i właściwych wojewodów, a jego ostateczna wersja, przez Agencję. Negatywna opinia Agencji powodować będzie obowiązek po stronie Prezesa NFZ do wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń ze szpitalem w zakresie, który został negatywnie zaopiniowany i w terminie określonym przez Agencję.

W przypadku szpitali kategorii C lub D (oraz na wniosek – w przypadku kategorii B) prowadzone będą postępowania naprawczo-rozwojowe. W ramach środków ochronnych, które miałyby obowiązywać w ramach postępowania naprawczo-rozwojowego zaliczać się będzie ochrona przed wypowiedzeniem umów (za wyjątkiem obligatoryjnego wypowiedzenia przez Prezesa NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z planem naprawczo-rozwojowym) oraz ochrona przed egzekucją. Środki naprawczo-rozwojowe obejmować będą natomiast: (i) restrukturyzację zatrudnienia; (ii) odstąpienie od umów; (iii) restrukturyzację majątku; (iv) przeprofilowanie działalności; (v) restrukturyzację zadłużenia lub (vi) inne, mające na celu poprawę sytuacji podmiotu szpitalnego. Wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego będzie miało znaczenie dla dostawców usług i towarów do szpitali, ponieważ od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego, przez okres 12 miesięcy, egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie będzie mogła być prowadzona; a postępowanie egzekucyjne skierowane do majątku podmiotu szpitalnego wszczęte przed dniem obwieszczenia, ulegać będzie zawieszeniu z mocy prawa z dniem obwieszczenia na okres 12 miesięcy.

W przypadku szpitali zakwalifikowanych do kategorii C (w pewnych przypadkach) lub D (zawsze) Prezes Agencji będzie mógł też dokonać samodzielnej zmiany kierownika i wydać postanowienie, między innymi, o odebraniu takiemu szpitalowi zarządu własnym majątkiem oraz ustanowieniu zarządcy.

WNIOSKI I REFLEKSJE

Co ciekawe, Projekt Ustawy o Modernizacji wprowadza szereg wymagań dla osób, które w ogóle będą mogły pełnić funkcję kierownika szpitala, w tym: zdany egzamin państwowy uprawniający do zajmowania takiego stanowiska, ukończone studia podyplomowe Master of Business Administration lub stopień naukowy doktora nauk ekonomicznych albo stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości. Dodatkowo, osoba taka będzie musiała zostać wpisana na listę menedżerów prowadzoną przez Agencję.

Wydaje się, że klasyfikowanie szpitali do określonych kategorii powinno zostać rozszerzone także o parametry medyczne i organizacyjne, ponieważ użycie wyłącznie wskaźników finansowych jest niewystarczające do odpowiedniej interpretacji na jakim „rynku” podmioty szpitalne prowadzą działalność.



PODSUMOWANIE

Niestety, pomimo upływu czasu i wielokrotnie podkreślanego negatywnego wpływu wielości różnych, niejednokrotnie pokrywających się zakresowo procesów legislacyjnych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, kolejne rządy wpadają w tę samą pułapkę. Zmiany w przepisach prawa powinny być przeprowadzane w sposób przewidywalny i optymalnie, po konsultacjach z partnerami społecznymi, z poszanowaniem głosu wszystkich zainteresowanych stron oraz z odpowiednio długim *vacatio legis*, pozwalającym przygotować się do nowych regulacji. Charakterystycznym jest, że opisane powyżej projekty dwóch najważniejszych na chwilę obecną - Projekt Ustawy o Jakości i Projekt Ustawy o Modernizacji miały dużą dynamikę w początkowej fazie prac i po etapie konsultacji publicznych znacząco zwolniły.

Z całą pewnością dobrze napisana Ustawa o Jakości jest nam bardzo potrzebna, co podkreślał zarówno Minister Zdrowia, jak i przedstawiciele strony społecznej. Dlatego też zastanawiającym jest dlaczego od pół roku w tym procesie legislacyjnym nie wydarzyło się nic. Być może projektodawcy spodziewali się cieplejszego przyjęcia zaproponowanych rozwiązań. Należy pamiętać, że za rok w najlepsze trwać będzie kampania wyborcza. Oznacza to, że czas na wprowadzenie kontrowersyjnych zmian niedługo się skończy. Później należy się spodziewać projektów "skrojonych" pod wybory, przy czym trudno sobie wyobrazić, aby mogły one dotyczyć daleko idących zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, poza jedną kategorią - przeznaczeniem dodatkowych środków. Przykładem takiej legislacji jest ustawa o Funduszu Medycznym, która powstała przy okazji kampanii prezydenckiej w 2020 r.

PŁACENIE ZA JAKOŚĆ – TO SIĘ OPLACA!

Urszula Szybowicz

*MPH, Polska Federacja Szpitali, Polskie Towarzystwo Koordynowanej Ochrony Zdrowia
e-mail: urszula.szybowicz@pfsz.org*

Prof. Jarosław J. Fedorowski

*Polska Federacja Szpitali, Polskie Towarzystwo Koordynowanej Ochrony Zdrowia
e-mail: jjf@pfsz.org*

Opieka zdrowotna wysokiej jakości to taka, w której zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe są zorganizowane w możliwie najbardziej efektywny sposób. Oznacza to działania mające na celu zaspokojenie potrzeby społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz pewność, że opieka ta spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności. Tworzenie zachęt finansowych dla świadczeniodawców dostarczających usługi na najwyższym poziomie powinno być standardem funkcjonowania systemów ochrony zdrowia.

Czy można stworzyć zachęty finansowe w organizacji usług medycznych przy efektach leczniczych? To pytanie coraz częściej jest zadawane w dyskusji publicznej na temat płacenia czy premiowania za jakość udzielanych świadczeń medycznych. Ale zanim odpowiemy na to pytanie, zdefiniujmy czym ta owa „jakość” jest.

JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W definiowaniu jakości usług medycznych dominują dwie kluczowe koncepcje[1]

1. Jakość rozumiana jako zgodność z wyznaczonymi standardami.
 2. Jakość to spełnienie wymagań pacjenta.
- Usługi medyczne są grupą specyficznych usług, które nie mogą być jednakowo określone poprzez swoją wartość ilościową, jakościową, kosztową i dochodową oraz pracochłonność i niepewność pozytywnego rezultatu ich wykonania. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.) „usługa zdrowotna to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” [2].

Według P. Kotlera usługi niematerialne cechuje[3] „niejednorodność, nierozdzielność oraz nietrwałość”, które można odnieść do usług zdrowotnych. Błędem jest zawężanie jakości usługi wyłącznie do uzyskiwanych efektów (wyników leczenia). Równie ważny jest sposób i warunki procesu leczenia, atmosfera, w jakiej udzielane są pacjentom świadczenia, relacja ponoszonych kosztów do uzyskiwanych skutków prowadzonego leczenia. Dopiero zestawione wspólnie wymienione czynniki składają się na jakość usług medycznych[4]. Jakość w systemie opieki zdrowotnej jest konieczna zarówno dla przetrwania organizacji jak i dla zdrowia/życia osób korzystających z tych usług. Jakość jest kwestią zasadniczą: zła jakość powoduje zbędny ból i cierpienie, wyznacza różnicę pomiędzy życiem i śmiercią, jest czynnikiem który decyduje o powodzeniu przedsiębiorstwa na rynku. WHO jakość świadczeń medycznych określa jako sposób użycia środków, organizacji usług oraz zadowolenie pacjenta. Jakość opieki to wiedza, umiejętności personelu, technologia, stosunki międzyludzkie (pacjent, lekarz, pielęgniarka, personel medyczny) i oprawa usług (komfort, estetyka itp.)[5].

USTAWA O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA

O tym akcie prawnym mówiono od lat i w końcu pojawił się projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia. Bo do dzisiaj ustawa nie została wdrożona w życie. W Ustawie w nie promuje się najważniejszych elementów zapewniających jakość opieki nad pacjentem, jak np. konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi o wartość dla pacjenta (o wynik leczenia stanu chorobowego), ani też opieki koordynowanej mającej zapewnić kosztowo-efektywną, wysokiej jakości leczenie chorób z zachowaniem ciągłości opieki nad pacjentem. Ustawa w pierwotnym kształcie odnosiła się do autoryzacji i akredytacji szpitali, ale pomijała zupełnie AOS, POZ, co oznacza dalszą fragmentaryzację systemu opieki zdrowotnej i niebezpieczeństwo przerzucania odpowiedzialności, gdyż za jakość leczenia w rozumieniu Ustawy mają odpowiadać tylko szpitale. W tym kontekście może dojść do konfliktów pomiędzy uczestnikami systemu, dalszego nadmiernego obciążenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, odpływu kadry medycznej ze szpitali oraz niekorzystnego dla pacjentów zjawiska tzw. silosowości systemu ochrony zdrowia.[6]

JAK ZORGANIZOWAĆ PREMIOWANIE JAKOŚCI W OCHRONIE ZDROWIA?

Punktem wyjścia do premiowania za jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych jest koordynowana ochrona zdrowia, mająca zapewnić kosztowo-efektywną, wysokiej jakości opiekę i leczenie chorób z zachowaniem ciągłości opieki nad pacjentem. Według definicji wypracowanej przez PTKOZ: Koordynowana ochrona zdrowia (KOZ) oznacza zorganizowane działania uczestników systemu mające na celu osiągnięcie wysokiej efektywności kosztowej świadczeń, jakości opieki medycznej oraz ciągłości obsługi pacjenta"[7]

Według Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, KOORDYNOWANA Ochrona Zdrowia powinna być:

KO – KOmpleksowa oraz zintegrowana
OR – ORganizacyjnie kontrolowana
DY – DYnamicznie reagująca na potrzeby uczestników
NO – NOwoczesna i wysokiej jakości
WA – WArtościowa i efektywna
NA – NAWiązująca do rozwiązań sprawdzonych na świecie



Początki koordynowanej ochrony zdrowia (KOZ), ang. Managed Care Medicine, na świecie sięgają lat trzydziestych XX wieku [8]. Istotą KOZ jest sformalizowana współpraca przynajmniej dwóch składników: świadczeniodawcy usług zdrowotnych i płatnika za usługi zdrowotne. Współpraca może także obejmować pracodawców oraz publiczne instytucje ubezpieczeniowe.

STRATEGIA DZIAŁANIA

Strategia działania instytucji ubezpieczeniowej wiąże się przede wszystkim z pozyskaniem odpowiedniego zespołu świadczeniodawców. W tym celu do KOZ, na zasadzie kontraktowej lub później etatowej, pozyskiwani są lekarze praktykujący indywidualnie lub grupowo w poradniach. W zamian za możliwość poszerzenia swoich możliwości zarobkowania poprzez leczenie pacjentów ubezpieczonych w danej, mocnej na rynku lokalnym firmie ubezpieczeniowej, lekarze zobowiązują się do akceptowania wynegocjowanych stawek oferowanych przez firmę ubezpieczeniową oraz poddawaniu się procedurom kontrolnym ze strony firmy ubezpieczeniowej. Tworzy się wtedy tzw. grupa preferowanych świadczeniodawców (Preferred Provider), w której skład wchodzi lekarze mający kontrakt na leczenie klientów danej firmy ubezpieczeniowej [9]. Stopniowo grupa luźno związanych ze sobą praktyk tworzy, najczęściej pod kierownictwem firmy ubezpieczeniowej, organizację lekarzy świadczeniodawców (Preferred Provider Organization - PPO). Podobnie jest ze szpitalami działającymi w regionie wysokiej penetracji firmy ubezpieczeniowej [1,5]. Jeden lub częściej kilka szpitali tworzy grupę szpitali preferowanych, akceptując stawki i procedury kontrolne firmy ubezpieczeniowej. Stąd już tylko krok do utworzenia prawdziwego KOZ. Firma ubezpieczeniowa wykupuje praktyki lekarskie, lekarze przechodzą na etaty lub ściśle kontrakty w organizacji KOZ, a szpitale są przejmowane przez organizację KOZ.

DOJRZAŁA ORGANIZACJA TYPU KOZ

Pełna organizacja typu KOZ jest złożona z firmy ubezpieczeniowej, praktyk lekarskich oraz szpitali. Najważniejsze staje się wtedy takie koordynowanie opieki zdrowotnej w obrębie organizacji, aby koszty były jak najmniejsze, ale jednocześnie pacjenci jak najzdrowsi. Służą temu odpowiednie motywatory dla lekarzy czy szpitali stosujących uznane standardy medyczne. I tak lekarz premiovany jest dodatkowo za stosowanie określonych procedur profilaktycznych, na przykład zlecenie kolonoskopii pacjentom powyżej 50. roku życia. Szpital premiovany jest za przestrzeganie procedur, takich jak rekomendowane schematy leczenia i diagnostyki.

PRZEANALIZUJMY POLSKI RYNEK W KONTEKŚCIE KOZ

Mamy do czynienia ze słabo rozwiniętym rynkiem pod względem jego zorganizowania, konkurencyjności oraz penetracji firm ubezpieczeniowych. Znamienny jest fakt, że aż około 37% finansowania usług zdrowotnych w Polsce pochodzi bezpośrednio z kieszeni pacjentów (out-of-pocket) [10]. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych, powszechnie uważanych za kraj, w którym za usługi zdrowotne trzeba płacić, i to najczęściej z własnej kieszeni, zaledwie około 20% usług zdrowotnych finansowanych jest w ten sposób [11]. Około 60 lat po USA w naszym kraju powstały pierwsze organizacje typu KOZ pod postacią firm abonamentowych. Polski rynek zdrowia charakteryzuje się dużym potencjałem rozwojowym. Należy przewidywać rozwój organizacji KOZ skupiających świadczeniodawców, ubezpieczycieli, które nawiążą współpracę z płatnikiem publicznym, oferując wyższą jakość i przystępną cenę. W kontekście projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitali

KONCEPCJA KOORDYNOWANEJ OCHRONY ZDROWIA

koncepcja koordynowanej ochrony zdrowia wydaje się optymalnym pomysłem. Model organizacji koordynowanej ochrony zdrowia, np. w formie konsorcjów obejmujących różne poziomy szpitali, ale także opiekę ambulatoryjną podstawową i specjalistyczną, rehabilitację oraz opiekę długoterminową umożliwia współpracę różnych podmiotów leczniczych bez konieczności zmian własnościowych. Docelowym rozwiązaniem powinno być tworzenie mechanizmów sprzyjających tworzeniu takich konsorcjów, które konkurowałyby o wartość dla pacjenta.



BIBLIOGRAFIA

1. A. Hamrol, W. Mantura, Zarządzanie jakością, Teoria i praktyka. PWN, Warszawa 2002, s. 15.
2. M. Sobkowski, R. Staszewski, Jakość w opiece zdrowotnej. Zewnętrzne systemy oceny jakości ISO, Konferencja naukowa, Swarzędz 2003, s. 88–98.
3. P. Kotler, Marketing, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2006, s. 356.
4. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Polsko-brytyjskie spojrzenie na zagadnienie zdrowia w nowym stuleciu, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 311. 70 D. Blumenthal, Quality of care – what is it? „The New England Journal of Medicine”, vol. 335, no. 12, 1996, s. 891
5. WHO Working Group. Quality of Care in Health Care, 1989, I, p. 79-95.
6. <http://www.pfsz.org/2021/08/20/uwagi-pfsz-ustawa-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej/>
Uwagi do ustawy o jakości, Polska Federacja Szpitali, dostęp: 04.06.2022
7. <http://ptkoz.org>, definicja koordynowanej ochrony zdrowia, dostęp: 04.06.2022
8. Bodenheimer TS, Grumbach K: Understanding health policy. Appleton & Lange 2004.
9. Tindall WN, Williams W, Boltri JM, Morow TJ, van der Vaart S, Weiss BA: A guide to managed care medicine. American College of Managed Care Medicine, Aspen Publishers 2000.
10. <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artykul.php?1677> Jarosław J. Fedorowski, dostęp: 05.06.2022
11. Fedorowski J, Niżankowski R (red.): Ekonomia medycyny. PZWL 2002.



MONITOR FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA – INICJATYWA NA RZECZ PRZEJRZYSTEJ REALIZACJI USTAWY O 7% PKB NA ZDROWIE

Lukasz Kozłowski

Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej, Warszawa

e-mail: lukasz.kozlowski@calpe.pl

Informacje dotyczące poziomu finansowania ochrony zdrowia, choć kluczowe w kontekście realizacji przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantujących podnoszenie nakładów na ten cel do 7% PKB do 2027 r., nie są zawarte w publicznie dostępnych dokumentach związanych z procesem budżetowym. Brak takich publikacji poważnie ogranicza możliwość prowadzenia merytorycznego dyskursu na temat alokacji publicznych środków na ochronę zdrowia oraz nie zapewnia adekwatnej transparentności obowiązujących reguł określających minimalny poziom wydatków. Celem projektu „Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia” jest pozyskanie i czytelne przedstawienie danych obejmujących powyższy zakres. W efekcie realizowanych działań, możliwa jest niezależna weryfikacja stanu realizacji wymogów ustawowych oraz określenie skali przyszłych wyzwań związanych z zapewnieniem wymaganego poziomu publicznych nakładów finansowych na ochronę zdrowia.

POTRZEBA PRZEJRZYSTEGO INFORMOWANIA O FINANSOWANIU OCHRONY ZDROWIA

Od 2018 r. obowiązują w Polsce przepisy gwarantujące realizację określonego, minimalnego poziomu publicznych wydatków na ochronę zdrowia, a także ich systematyczny wzrost w kolejnych latach. Zgodnie z obecnym brzmieniem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do 2027 r. publiczne nakłady na zdrowie powinny osiągnąć docelowy pułap 7% PKB. Mimo kilkuletniego okresu obowiązywania regulacji ustawowych dotyczących wzrostu finansowania ochrony zdrowia, w publicznych dokumentach rządowych informacje na temat stanu ich realizacji występują w dalece ograniczonym zakresie.

Podstawowym dokumentem, w którym należałoby oczekiwać zawarcia informacji na temat poziomu wydatków na ochronę zdrowia i realizacji ustawowych wymogów, jest uzasadnienie projektu budżetu państwa. W odniesieniu do wielu obszarów, które w istotnym stopniu warunkują kształt prowadzonej polityki fiskalnej, dokument ten zawiera szczegółowe informacje, umożliwiające weryfikację realizacji prawnie określonych wymogów. Najlepszym przykładem jest tzw. stabilizująca reguła wydatkowa (SRW), która określa maksymalny poziom wydatków sektora finansów publicznych, które mogą zostać zaplanowane na dany rok. W uzasadnieniu projektu ustawy budżetowej zamieszczany jest odrębny podrozdział, poświęcony rozliczeniu SRW, wskazaniu jej elementów składowych, a także wszystkich danych, w oparciu o które obliczona została kwota limitu. Taka praktyka zapewnia transparentność

stosowania reguły wydatkowej. Poważne wątpliwości budziłaby sytuacja, w której uzasadnienie projektu budżetu państwa nie zawierało informacji na temat sposobu obliczenia kwoty limitu wydatków, a jedynie ograniczałoby się do stwierdzenia, iż „projektowany budżet został skonstruowany zgodnie z wymogami stabilizującej reguły wydatkowej”.

Tymczasem opisana powyżej sytuacja ma miejsce w odniesieniu do kwestii finansowania ochrony zdrowia. Uzasadnienie projektu budżetu państwa na rok 2022 ogranicza się w tym zakresie jedynie do zdawkowego zapewnienia, iż w projektowanym budżecie zapewniono środki na zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do wymaganego przez ustawę poziomu 5,75% PKB. Nie zawiera natomiast informacji na temat tego, ile wynosi nominalna kwota zaplanowanych wydatków na zdrowie, jakie elementy się na nią składają, a także ile wynosi wartość PKB, do której odnoszona jest kwota wydatków. Brak ujawnienia takich szczegółów poważnie utrudnia niezależną weryfikację komunikatów strony rządowej, osłabiając tym samym merytoryczne podstawy prowadzonej debaty publicznej na temat finansowania ochrony zdrowia w Polsce. W celu wypełnienia luki w obszarze dostępności informacji o stanie i perspektywach realizacji ustawy o wzroście nakładów na ochronę zdrowia, zainicjowany został projekt „Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia”, prowadzony

przez Federację Przedsiębiorców Polskich oraz Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej. Obejmuje on systematycznie prowadzone prace analityczne, dostarczające niezależnie zweryfikowanych danych na temat zrealizowanych i planowanych wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Dane te udostępniane są w formie interaktywnej na stronie internetowej <https://calpe.pl/monitor/> oraz w kwartalnych publikacjach Monitora Finansowania Ochrony Zdrowia. Publikacjom danych towarzyszą również spotkania oraz debaty eksperckie, z udziałem kluczowych interesariuszy i uczestników dyskursu publicznego.

METODOLOGIA I PROCES POWSTAWANIA MONITORA FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Podstawowym założeniem, w oparciu o które powstaje Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia, jest wykorzystywanie danych pochodzących wyłącznie z oficjalnych dokumentów rządowych. W konsekwencji, Monitor przedstawia brakujące informacje, które nie znalazły się w uzasadnieniu projektu budżetu państwa oraz innych kluczowych publikacjach. Jego celem nie jest bowiem wchodzenie w polemikę ze stroną rządową odnośnie do samych danych i założeń





CO POKAZUJE MONITOR FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA?

makroekonomicznych, lecz wyraźne pokazanie, co z nich wynika, kiedy zostaną ze sobą zestawione.

Aby określić stan realizacji ustawy o wzroście nakładów na ochronę zdrowia, konieczne jest określenie wartości licznika – czyli publicznych wydatków na ochronę zdrowia – oraz mianownika – czyli PKB. Ustawa definiuje 8 pozycji, które są uwzględniane w całkowitej sumie nakładów na zdrowie. Najistotniejszą z nich są koszty Narodowego Funduszu Zdrowia, określane na podstawie planu finansowego NFZ w przypadku obliczeń dla roku bieżącego lub przyszłego, a także sprawozdań finansowych NFZ w odniesieniu do lat przeszłych. Konieczne jest ponadto skorygowanie uzyskanych kwot o wartość dotacji budżetowych do NFZ, aby zapobiec podwójnemu liczeniu tych samych wydatków – raz jako wydatek NFZ oraz ponownie jako wydatek budżetu państwa. Drugą największą kategorią składową licznika są nakłady finansowane z budżetu państwa. Podobnie jak w przypadku NFZ, podstawę do ich ustalania stanowi ustawa budżetowa w przypadku roku bieżącego i przyszłego oraz sprawozdanie z realizacji ustawy budżetowej w odniesieniu do lat przeszłych. Podkreślenia wymaga jednak fakt, iż w ustawie budżetowej nie jest zapisana wprost całkowita kwota wydatków na zdrowie. Ze względu na obowiązującą klasyfikację, konieczne jest uwzględnienie wydatków zarówno w odpowiedniej części, jak i dziale budżetu. Część 46 – „Zdrowie” obejmuje bowiem wydatki, których dysponentem jest Minister Zdrowia. Dział 851 – „Ochrona zdrowia” obejmuje natomiast wydatki związane z ochroną zdrowia wszystkich dysponentów budżetowych. Definicja ustawowa nakładów zdrowotnych uwzględnia zarówno część 46, jak i dział 851, co oznacza, że jako wydatki na ochronę zdrowia traktowane są również te pozycje po stronie Ministerstwa Zdrowia, które nie zostały sklasyfikowane w dziale 851. Konsekwencją tego dualizmu jest również konieczność skorygowania sumy wydatków z części 46 i działu 851 o elementy wspólne, aby zapobiec ich podwójnemu liczeniu.

Na analogicznej zasadzie w liczniku uwzględniane są również koszty państwowych funduszy celowych oraz agencji wykonawczych, które zostały wymienione w ustawie.

W odróżnieniu od licznika, określenie mianownika we wskaźniku nakładów na zdrowie jest relatywnie proste. Założenia makroekonomiczne Ministerstwa Finansów uwzględniają nominalny poziom PKB zarówno na kolejny rok, jak również tempo nominalnego wzrostu PKB w kolejnych latach. W warunkach 2022 r., horyzont prognoz sięga roku 2025. Biorąc pod uwagę, że ustawa gwarantująca wzrost nakładów na zdrowie określa ścieżkę do 2027 r., konieczne jest przyjęcie założeń niewynikających z dokumentów rządowych na lata 2026-2027. Prognozowane wartości dynamik na 4-5 lat do przodu nie wykazują się jednak zazwyczaj dużą zmiennością, w związku z czym przyjmuje się ich stabilizację na poziomach zbliżonych do poprzednich lat.

Dane prezentowane w Monitorze Finansowania Ochrony Zdrowia wymagają okresowej aktualizacji, ze względu na następujące kilkakrotnie w ciągu roku zmiany planu finansowego NFZ, ewentualne nowelizacje ustawy budżetowej, publikacje sprawozdań finansowych NFZ i sprawozdań z wykonania budżetu państwa, a także rewizje założeń makroekonomicznych Ministerstwa Finansów, następujące w momencie publikacji Wieloletniego Planu Finansowego Państwa lub wstępnego projektu ustawy budżetowej na kolejny rok. Z tego względu każda kolejna kwartalna publikacja przynosi pewne zmiany prezentowanych wartości.

CO POKAZUJE MONITOR FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA?

Efektom opracowania Monitora Finansowania Ochrony Zdrowia jest publiczne przedstawienie znacznie bardziej kompleksowego obrazu stanu finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia, niż wynikało to z dotychczas dostępnych publikacji. W odniesieniu do sytuacji w roku 2022,

SKALA WYZWAŃ

Monitor pokazał, że stan realizacji ustawowego wskaźnika nakładów na zdrowie jest znacznie wyższy niż wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy budżetowej. Sumując bowiem aktualnie planowane wydatki z poszczególnych źródeł, uzyskujemy bowiem 145,3 mld zł, co w odniesieniu do PKB z 2020 r., wynoszącego 2.323,9 mld zł, daje aż 6,25% PKB, wobec wymaganych i wskazanych w dokumencie rządowym 5,75%. Jednocześnie dane te pokazują znaczący rozdźwięk między wskaźnikiem nakładów obliczonym zgodnie z ustawową metodą, przewidującą porównywanie wartości wydatków z bieżącego roku z poziomem PKB sprzed dwóch lat, a obrazem sytuacji wyłaniającym się po zastosowaniu powszechnie przyjętej metody porównywania obu wartości z tego samego roku. Porównując bowiem tę samą kwotę wydatków z prognozowanym na 2022 r. PKB, wynoszącym 2.939,5 mld zł, okazuje się, że realnie nakłady na zdrowie wyniosą jedynie 4,94% PKB, spadając do najniższego poziomu od 2019 r.

Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia może jednak być wykorzystywany nie tylko do analizowania wykonania ustawowych wymogów w poprzednich latach i roku bieżącym, lecz również do określenia skali wyzwań, przed którymi będzie stał system finansowania ochrony zdrowia w przyszłości. Ustawa określa bowiem wymagany

poziom nakładów na zdrowie w kolejnych latach aż do 2027 r., co w połączeniu z założeniami dotyczącymi wzrostu nominalnego PKB pozwala określić kwoty, które będą musiały zostać przeznaczone na ten cel. Pewne dodatkowe środki będą pojawiać się w systemie w sposób naturalny, bez żadnego dodatkowego wysiłku fiskalnego po stronie polityki budżetowej, przede wszystkim za sprawą rosnącego funduszu wynagrodzeń w gospodarce, który stanowi bazę składkową z perspektywy NFZ. Aby uwzględnić to zjawisko, poziom finansowania ochrony zdrowia w kolejnych latach wynikający z obecnego legislacyjnego status quo został określony jako relacja nakładów względem PKB dla ostatniego roku, za który dostępne są dane. Porównanie uzyskanej w ten sposób wartości z wymaganym poziomem nakładów pozwala na określenie kwoty, o którą muszą zostać zwiększone roczne wydatki NFZ lub budżetu państwa, aby spełnione zostało kryterium ustawowe. Dzięki temu możemy określić, że zgodnie z aktualnymi prognozami makroekonomicznymi minimalny obligatoryjny poziom nakładów na zdrowie w 2027 r. wyniesie 261,3 mld zł. W stosunku do obecnie wydatkowanych 145,3 mld zł, oznacza to konieczność zwiększenie rocznych nakładów o 116 mld zł w okresie kolejnych 5 lat. Obecnie obowiązujący stan prawny gwarantuje roczne



REALIZACJA USTAWY

finansowanie na poziomie 207,3 mld zł w 2027 r., a zatem o 62 mld zł więcej niż w roku bieżącym. Jak nietrudno określić, oznacza to, że w ramach dalszych reform systemu finansowania ochrony zdrowia, konieczne będzie zapewnienie dodatkowych rocznych wpływów na poziomie co najmniej 54 mld zł. Natomiast gdyby zamiast porównywania wartości bieżących wydatków z PKB sprzed dwóch lat, kierowano się powszechnie przyjętą zasadą odnoszenia wielkości z tożsamych okresów, wydatki na zdrowie powinny wzrosnąć do 293,6 mld zł w 2027 r., co wymagałoby zapewnienia aż 86,3 mld zł w postaci dodatkowych rocznych wpływów. Skalę wysiłku fiskalnego, jakiego będzie to wymagać, dobrze obrazuje fakt, iż prognozowane roczne wpływy z tytułu zwiększenia składki zdrowotnej w ramach zmian podatkowo-ubezpieczeniowych wprowadzonych w ramach programu „Polski Ład” wynoszą jedynie 7 mld zł.

WYKRES 1. DOTYCHCZASOWA REALIZACJA USTAWY O WZROŚCIE PUBLICZNYCH NAKŁADÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA (KWOTY W MLD ZŁ)

	2018	2019	2020	2021	2022
1) Wydatki budżetu państwa w części 46 - Zdrowie	8,1	8,4	6,1	12,9	14,9
2) Wydatki budżetu państwa w dziale 851, bez części 46	4,4	4,5	5,5	10,4	8,4
3) Koszty realizacji zadań NFZ	85,8	95,4	109,2	123,6	125,7
4) Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych - z NFZ	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
5a) Staże podyplomowe - Fundusz Pracy (w 2019 r. FGŚP)	1,1	2,2	2,2	0,0	0,0
5b) Fundusz Kredytowania Studiów Medycznych	-	-	-	0,0	0,0
6) Fundusz rozwiązywania problemów hazardowych	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
7) Programy rządowe - Fundusz Solidarnościowy	-	-	-	0,1	0,0
8) Odpis dla agencji badań medycznych	-	-	-	0,3	0,3
Korekta o dotacje z budżetu państwa do NFZ	-3,6	-3,6	-2,6	-5,9	-4,2
Wydatki publiczne na ochronę zdrowia	95,9	107,0	120,6	141,4	145,3
PKB w roku t	2120,5	2273,6	2323,9	2622,2	2939,5
PKB w roku t-2	1861,1	1989,4	2120,5	2273,6	2323,9
Wydatki na zdrowie w % PKB dla roku t	4,52%	4,71%	5,19%	5,39%	4,94%
Wydatki na zdrowie w % PKB dla roku t-2	5,15%	5,38%	5,69%	6,22%	6,25%
Wydatki na zdrowie w % PKB wymagane przez ustawę	4,78%	4,86%	5,03%	5,30%	5,75%

Źródło: Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia

WYKRES 2. REALIZACJA ZAPOWIADANEGO WZROSTU NAKŁADÓW NA ZDROWIE W PERSPEKTYWIE 2027 R. (KWOTY W MLD ZŁ)

	2023	2024	2025	2026	2027
PKB w roku t	3248,1	3498,2	3732,6	3956,6	4194,0
PKB w roku t-2	2622,2	2939,5	3248,1	3498,2	3732,6
Wydatki na zdrowie w % PKB wymagane przez ustawę	6,00%	6,20%	6,50%	6,80%	7,00%
Wydatki wymagane do realizacji celu dla roku t	194,9	216,9	242,6	269,0	293,6
Wydatki wymagane do realizacji celu dla roku t-2	157,3	182,2	211,1	237,9	261,3
Finansowanie zapewnione przez obowiązujące przepisy	160,5	172,9	184,5	195,5	207,3
Luka w finansowaniu ochrony zdrowia dla roku t	-34,4	-44,0	-58,1	-73,5	-86,3
Luka w finansowaniu ochrony zdrowia dla roku t-2	3,2	-9,4	-26,6	-42,3	-54,0

Źródło: Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia

Poza analizowaniem wykonania i dalszych perspektyw stosowania przepisów ustawowych zapewniających zwiększenia nakładów na zdrowie, Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia obejmuje również szereg innych kwestii. Publikowane są m.in. dane dotyczące zmian poziomu zadłużenia SPZOZ oraz udziału zobowiązań wymagalnych tych podmiotów, co również stanowi istotny wyznacznik kondycji finansowej podmiotów funkcjonujących w ramach systemu opieki zdrowotnej. Każde wydanie Monitora, poza prezentacją zaktualizowanych danych, zawiera również pogłębione analizy dotyczące wybranych zagadnień związanych z finansowaniem ochrony zdrowia.

Bez publikacji prezentującej podstawowe dane i informacje dotyczące stanu realizacji ustawy o 7% PKB na zdrowie oraz perspektyw i uwarunkowań dalszego jej wdrażania w kolejnych latach, prowadzenie merytorycznej debaty na temat wzrostu finansowania ochrony zdrowia oraz odnoszenie się do deklaracji płynących ze strony rządowej nie byłoby możliwe. Monitor Finansowania Ochrony Zdrowia wypełnia znaczącą lukę w tym obszarze, dając podstawy do formułowania konkretnych wniosków i rekomendacji w zakresie dalszego podnoszenia nakładów na ochronę zdrowia, mających solidne umocowanie w realiach ekonomicznych i finansowych.

WNIOSKI Z DOTYCHCZASOWEGO FUNKCJONOWANIA FUNDUSZU MEDYCZNEGO – WYWIAD Z PROF. PIOTREM CZAUDERNA

Dr Agnieszka Sznyk (AS)

Minęło już ponad półtora roku funkcjonowania ustawy o funduszu medycznym. Jak Pan ocenia plany versus efekty po tym okresie. Czy można było zrobić coś lepiej ?

Prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna (PS), przewodniczący Rady do spraw Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP

Z pewnością można było. Zawsze jest tak, że można w życiu zrobić coś lepiej. W chirurgii też nie zawsze jest się zadowolonym z przebiegu zabiegu operacyjnego, ale paradoksalnie przebieg pooperacyjny niekoniecznie od tego zależy. Pewnych problemów nie przewidzieliśmy, jak na przykład tego, że firmy farmaceutyczne mogą początkowo nie chcieć składać wniosków refundacyjnych w trybie dedykowanym lekom innowacyjnym, bo na przykład były zbyt małe i nie miały swoich polskich przedstawicielstw, a te musiały dopiero z mozołem zbudować albo też początkowo w ogóle nie były zainteresowane finansowo polskim rynkiem farmaceutycznym. Nie przewidzieliśmy, na przykład, że trudno będzie pozyskać pracowników Ministerstwa Zdrowia do obsługi Funduszu Medycznego. Z przeprowadzonych ponad 30 rekrutacji prawie połowa zakończyła się fiaskiem z powodu braku chętnych, braku ich doświadczenia, czy nieatrakcyjnych płac w MZ, a przecież bez pracowników nie da się obsługiwać miliardów złotych. Niedoświadczonych pracowników (bo innych często nie ma na rynku pracy) trzeba przeszkolić, co zabiera czas. Etaty też nie pojawiły się od razu – tylko na początku II kwartału zeszłego roku. Fundusz Medyczny działa więc praktycznie od roku. Trudno oczekiwać, że natychmiast się rozpędzi i będzie działał pełną parą. Przygotowanie konkursu inwestycyjnego na kwotę 2 miliardów złotych też nie jest prostym zadaniem i wymaga miesięcy pracy oraz przygotowania kilkudziesięciu dokumentów, niekiedy wielostronicowych. Przypomnę tylko, iż dotąd tak dużego konkursu inwestycyjnego w polskiej ochronie zdrowia nie było. Największy poprzedni konkurs w ramach zakończonej już perspektywy unijnej opiewał na 450 mln zł. Warto również zauważyć, że wielkie instytucje finansowe obracające tego typu kwotami wydają na swoje funkcjonowanie często 10 i więcej procent całego budżetu, podczas gdy w przypadku NFZ czy MZ w zakresie Funduszu Medycznego jest to zgodnie z ustawą maksymalnie do 1% całkowitego budżetu. Co więcej, ww. wydatki nie pomniejszają puli środków w dyspozycji Funduszu, lecz są finansowane bezpośrednio przez MZ w ramach własnych środków.

AS W domenie publicznej pojawiają się zarzuty o braku transparentności funkcjonowania funduszu, rada FM spotyka się rzadko, fundusz poza środkami na RDTL i opiekę transgraniczną oraz leczenie osób do 18 r. życia praktycznie nie wydaje środków, poza tym okazało się, że środki na leki wchodzą do całkowitego budżetu na refundację. Czy zgadza się Pan z tymi zastrzeżeniami ?

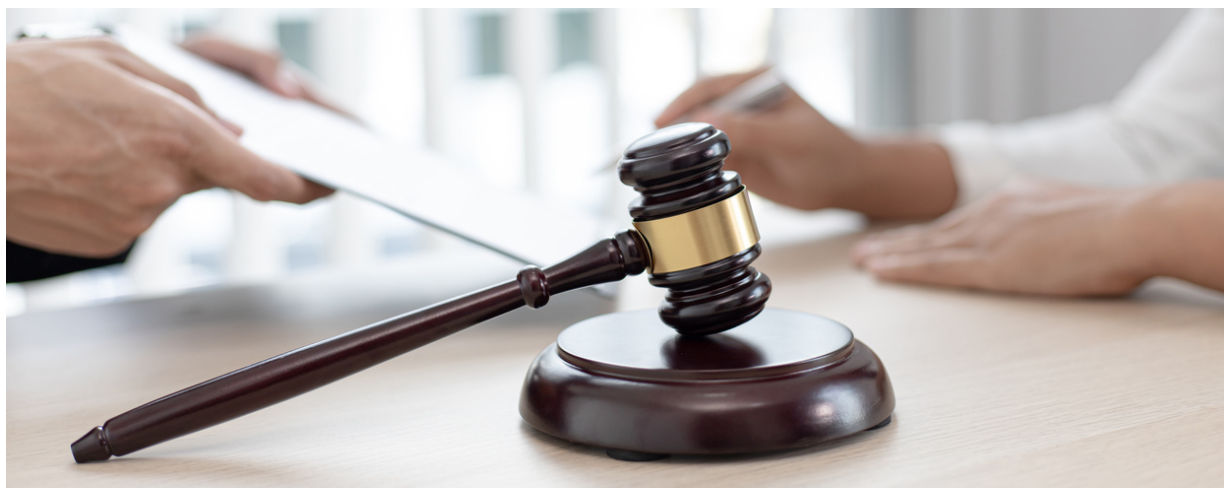
PC Środki na leki z Funduszu Medycznego zwiększają możliwość refundacji drogich innowacyjnych leków dla polskich pacjentów, z czym od zawsze mieliśmy kłopot. Istotnie, Fundusz wydawał do tej pory głównie środki w ramach subfunduszu innowacyjno-terapeutycznego, których zużytkowanie zresztą systematycznie rośnie. W niektórych obszarach, np. w zakresie leczenia zagranicą, w ciągu pierwszych miesięcy br. wydano już więcej niż przez cały ubiegły rok. Warto wspomnieć jak ogromną pracą było sporządzanie list TLI, a szczególnie TLK, którą jak warto zauważyć zakończono w założonym czasie. Wymagało to drobiazgowej analizy nawet kilkuset leków, które weszły na europejski rynek farmaceutyczny w okresie 2017-2021. To było naprawdę mrówcze przedsięwzięcie ze strony Agencji Oceny Technologii

TRANSPARENTNOŚĆ

Medycznych i Taryfikacji, które pozwoliło na identyfikację kilkunastu obiecujących cząsteczek, z których mam nadzieję, że wszystkie trafią stopniowo do refundacji. Przykładowo pozwoli to zrewolucjonizować leczenie pacjentów z mukowiscydozą (dzięki wdrożeniu nowoczesnych leków z grupy chinolonów, w czym byliśmy jako kraj zapóźnieni) czy chorobami hematologicznymi (dzięki sfinansowaniu terapii limfocytami CAR-T). W procesie negocjacyjnym z MZ jest nadal Zolgensma, czyli lek na rdzeniowy zanik mięśni (SMA) uważany za najdroższy preparat świata.

Obsługa konkursów inwestycyjnych czy modernizacyjnych jest bardzo trudna bez należytej obsady etatowej, o czym mówiłem już wcześniej. Tym niemniej w bieżącym roku ruszyły już konkursy infrastrukturalne (pediatria), a planowany jest kolejny konkurs z zakresu onkologii. Konkurs z pediatrii dowodzi dużych potrzeb w tym zakresie, co potwierdza ogromne zainteresowanie potencjalnych inwestorów: złożono 25 wniosków na łączną kwotę ponad 4 miliardów zł. Co trzeci z nich dotyczy psychiatrii dziecięcej lub zawiera komponent psychiatryczny, co dobitnie pokazuje jak wielkie są potrzeby w tym zakresie, szczególnie w erze po COVIDowej. Być może będzie to wymagało wręcz zwiększenia planowanej alokacji środków konkursowych. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę, iż sama natura wieloletnich programów inwestycyjnych zakłada, że środki te będą wydawane w ciągu kilku lat i że trzeba je w tym celu zgromadzić. Było to przecież oczywiste już w momencie uchwalania ustawy o Funduszu Medycznym, która przeszła w Sejmie zdecydowaną większością głosów (440 Posłów za), przy zaledwie 12 głosach sprzeciwu i 2 głosach wstrzymujących. W związku z tym wydatki inwestycyjne istotnie wzrosną w latach kolejnych. Planujemy też uruchomić działania z zakresu profilaktyki, co do których zgadzam się, iż są absolutnie niezbędne, gdyż mamy tu wszyscy wiele do zrobienia.

Nie wiem skąd biorą się zarzuty o braku transparentności. Nie wydaje mi się też, że 8 spotkań Rady w przeciągu pierwszych 14 miesięcy formalnego funkcjonowania FM to mało – średnio spotykaliśmy się raz na 2 miesiące stale analizując dane i monitorując postępy w działaniu Funduszu. Rada, która ma jedynie funkcję konsultacyjną, sugerowała na przykład przeprowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców z zakresu procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL) przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, co też się zadziało. Sugerowaliśmy także uproszczenie informacji na temat trybu pozyskiwania zgody na temat leczenia zagranicą, utworzenie w NFZ specjalnych skrzynek mailowych i telefonów kontaktowych dedykowanych temu problemowi, jak również monitorowanie zbiorów pieniędzy w tym zakresie.





POTRZEBNE ZMIANY

AS Czy Fundusz wymaga zmian? Obecnie resort zdrowia , wspólnie z Kancelarią Prezydenta pracują nad projektem nowelizacji. W jakim obszarze widzi Pan potrzebę zmian ?

PC Oczywiście, że wymaga. Zakładam zresztą, że Fundusz będzie się okresowo zmieniał, aby działał w coraz lepszy sposób. Nikt nie ma monopolu naprawdę i najlepsze rozwiązania, dlatego z uwagą obserwujemy co się w Funduszu dzieje i staramy się na to jako Rada FM reagować. Z drugiej jednak strony trzeba dać Funduszu trochę czasu; przecież to jest jeszcze bardzo młode dziecko. Mało która reforma w systemie ochrony zdrowia była od razu skuteczna, niezależnie od tego kto ją wprowadzał. Większość wymagała z czasem mniejszych lub większych zmian i korekt.

W związku z tym planujemy nowelizację ustawy w uzgodnieniu pomiędzy Ministrem Zdrowia i Kancelarią Prezydenta. Chcielibyśmy, między innymi, zwiększyć limity na RDTL, bo ten obecny nie jest wystarczający, szczególnie w przypadku dużych instytucji leczniczych; czy też zwiększyć wydatki na bezlimitowe leczenie dzieci i młodzieży, bo i one okazały się niewystarczające, mimo iż skorzystało z nich w latach 2021-22 około 2,5 miliona pacjentów, czyli obrazowo co trzecie polskie dziecko. Zamierzamy również sfinansować szczepienia HPV dla polskich dziewczynek, a w przyszłości i chłopców.

AS Fundusz Medyczny miał za zadanie finansowanie leków dla pacjentów onkologicznych i z chorobami rzadkimi. Jednak zapewnienie nowoczesnego, profilowanego leczenia nie jest możliwe bez diagnostyki odpowiedniej jakości. Czy uważa Pan za zasadne utworzenie w ramach Funduszu subfunduszu diagnostycznego? ¹³

PC Całkowicie zgadzam się z Panią, iż zapewnienie nowoczesnego, sprofilowanego leczenia o zindywidualizowanym charakterze nie jest możliwe bez odpowiedniej diagnostyki molekularnej. Dlatego w pierwszym kroku zamierzamy sfinansować badania genetyczne i molekularne dla dzieci z nowotworami i chorobami rzadkimi. Chodzi nam o to, by zakończyła się tzw. „odyseja diagnostyczna” pacjentów, a rozpoznanie można było ustalić dużo wcześniej, bez konieczności przechodzenia przez całą ścieżkę zaczynając od najprostszych badań genetycznych, które często niewiele wnoszą, zanim będzie można przejść do tych bardziej skomplikowanych, takich jak WES czy NGS. W przyszłości być może przyjdzie pora na subfundusz diagnostyczny.



RATUNKOWY DOSTĘP DO TECHNOLOGII LEKÓWYCH

dr hab. n. med. Beata Jagielska
Prezes Polskiej Koalicji Medycyny Personalizowanej
Magdalena Sakowicz
Narodowy Instytut Onkologii – PIB

Ratunkowy Dostęp do Technologii Lekowych funkcjonuje w Polsce od 2017 r. Jest to specjalny mechanizm finansowania leków, w sytuacji gdy chcemy skorzystać z dostępnych terapii, które są nierefundowane. Już od 2017 r. szpitale mogły składać wnioski do ministra zdrowia o finansowanie leków w ramach tej procedury. System ten dostępny był głównie dla pacjentów onkologicznych albo z chorobami rzadkimi.

M
A
N
A
G
E
M
E
N
T

W listopadzie 2020 w momencie wejściem w życie ustawy o Funduszu Medycznym wprowadzono nowy model dostępu do leków innowacyjnych zwłaszcza w leczeniu chorób rzadkich oraz onkologicznych, jak również dokonano zmian przepisów dotyczących dostępu do leków w ramach Ratunkowego Dostępu Do Technologii Lekowych (RDTL).

Zgodnie z obecnymi przepisami Ratunkowy Dostęp Do Technologii Lekowych, RDTL to system finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia leczenia ratującego życie lub zdrowie pacjenta lekami nierefundowanymi lub lekami refundowanymi w innym wskazaniu niż wskazania refundacyjne. Finansowaniu w ramach procedury RDTL mogą podlegać leki posiadające pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Polski o dostępne w obrocie na rynku polskim, za wyjątkiem leków umieszczonych na Wykazie leków niepodlegających finansowaniu w ramach procedury RDTL, który jest publikowany na stronach Ministerstwa Zdrowia.

W uzasadnionych przypadkach, pacjentom u których wyczerpano wszystkie dostępne opcje terapeutyczne i technologie medyczne

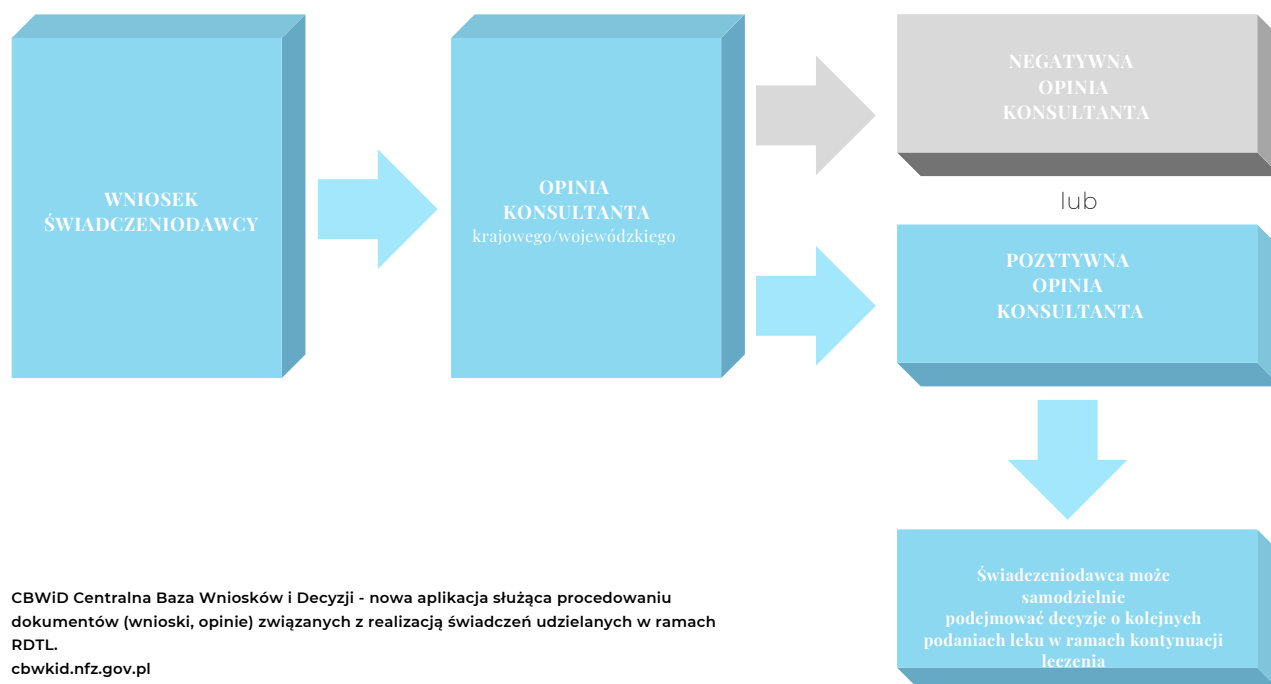
finansowane ze środków publicznych uprawniony świadczeniodawca może wystąpić z wnioskiem o zgodę na leczenie w ramach RDTL. Zgodnie z art.33 ust.2 ustawy o Funduszu Medycznym może to być podmiot leczniczy zakwalifikowany do Podstawowego Systemu Szpitalnego (PSZ) jako: szpital III stopnia PSZ, szpital onkologiczny lub pulmonologiczny, szpital pediatryczny oraz szpital ogólnopolski.

Kwestie formalno-prawne procesu pozyskania finansowania leczenia w ramach RDTL pozostają w kompetencji uprawnionego ośrodka prowadzącego leczenie pacjenta. Od 26 listopada 2020 lekarz podmiotu leczniczego występuje z wnioskiem do konsultanta krajowego lub wojewódzkiego w danej dziedziny medycyny. Obowiązujące wzory wniosku i opinii umieszczono w załączniku do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 56/2021/DSOZ z dnia 31 marca 2021 w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.). Schemat postępowania uzyskania finansowania leków w ramach RDTL przedstawia rycina.

H
E
A
L
T
H

NOWA APLIKACJA

H
E
A
L
T
H



M
A
N
A
G
E
M
E
N
T

Od 01 kwietnia 2022 w czterech województwach: dolnośląskim, mazowieckim, śląskim oraz wielkopolskim wprowadzono obowiązek elektronicznego procedowania dokumentów w udostępnionej przez NFZ aplikacji, dostępnej pod adresem <https://cbwid.nfz.gov.pl> dla uprawnionych podmiotów leczniczych. W kolejnym kwartale 2022 dołączą pozostałe województwa.

Centralna Baza Wniosków i Decyzji (CBWiD) ma służyć przede wszystkim uproszczeniu, skróceniu i usprawnieniu składania i procedowania niezbędnych dokumentów w ramach procedury RDRL dla świadczeniodawców, konsultantów krajowych i konsultantów wojewódzkich oraz oddziałów wojewódzkich NFZ.

Dla tej grupy świadczeniodawców realizacja procedury RDRL w aplikacji CBWiD jest następująca:

Etap I: Nowy wniosek- rozpoczęcie leczenia

Świadczeniodawca składa do odpowiedniego konsultanta wniosek o zastosowanie leku w ramach RDRL. Po zakończeniu edycji wniosek musi być podpisany (tradycyjnie lub podpisem

elektronicznym, podpisem zaufanym) przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy oraz osobę reprezentującą świadczeniodawcę.

System powiadamia (ze skrzynki e-mail: noreply.RDRL@nfz.gov.pl) na adres e-mail konsultanta o złożonym wniosku. Konsultant po przyjęciu wniosku wydaje opinię, która może być pozytywna (po jej wydaniu można podać lek finansowany w ramach RDRL) lub negatywna (oznacza brak finansowania w ramach RDRL). Podpisaną opinie przekazuje poprzez aplikację do świadczeniodawcy.

Po uzyskaniu pozytywnej opinii konsultanta, Świadczeniodawca w aplikacji przekazuje ją do OW NFZ celem ostatecznego potwierdzenia przez użytkownika po stronie OW NFZ. Podstawowym warunkiem zaakceptowania wniosku przez OW NFZ jest obecność leku w słowniku PRH/PRO. Należy pamiętać, że podanie/wydanie leku finansowanego w ramach RDRL zgodnie z art. 47d ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych [DZ. U z 2021, poz. 1285], ze zm. może nastąpić na okres nie dłuższy niż 3 miesiące lub 3 cykle leczenia.

ETAP II

Etap II: Kontynuacja leczenia

W przypadku kontynuacji leczenia w ramach RDTL świadczeniodawca składa dokument: Informację do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej, podpisany przez świadczeniodawcę oraz lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy. Kontynuacja leczenia w ramach procedury RDTL możliwa jest pod warunkiem potwierdzenia przez lekarza specjalistę skuteczności dotychczasowego leczenia danym lekiem w ramach procedury RDTL.

Dokument w sprawie kontynuacji może być procedowany na podstawie opinii konsultanta, która została wydana z wykorzystaniem aplikacji CBWiD lub poza aplikacją, dlatego należy wykazać numer opinii lub informację o dacie wydania opinii. Oczywiście warunkiem potwierdzenia przez OW NFZ złożenia informacji o kontynuacji leczenia jest obecność leku w słowniku PRH/PRO (kod PRH/PRO dla zaopiniowanego leku musi być na formularzu w systemie).

W udostępnionej aplikacji przekazywane są elektronicznie dokumenty, wnioski, opinie, informacje podpisane w sposób tradycyjny lub elektroniczny pomiędzy świadczeniodawcą, konsultantem a OW NFZ.



NIEZBĘDNE DOKUMENTY

Podstawą rozliczenia udzielonych świadczeń z zakresu RDTL w związku z procedowaniem dokumentacji w aplikacji CBWiD jest przekazanie na zasadach i w terminie, które zostały określone przepisami OWU, przez świadczeniodawcę do oddziału Funduszu następujących dokumentów:

1. Kopii faktury lub rachunku dokumentującego zakup leku podanego w ramach RDTL,
2. pozytywnej opinii konsultanta lub informacji o kontynuacji leczenia.
3. sprawozdania z udzielenia świadczeń z zakresu RDTL zgodnie z nowym dedykowanym produktem rozliczeniowym o kodzie: 5.61.01.00000002 – Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej w aplikacji CBWiD, dotyczy RDTL procedowanego w aplikacji CBWiD, zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 10 do zarządzenia. Jednocześnie zachowano dotychczasowy produkt rozliczeniowy o kodzie: 5.61.01.00000001, dedykowany RDTL bez wykorzystania aplikacji CBWiD.

Wszystkie dokumenty: wniosek do konsultanta o wydanie opinii, opinia konsultanta oraz informacja o kontynuacji powinny się znaleźć w dokumentacji medycznej pacjenta. Ponadto musi być również umieszczona informacja potwierdzająca skuteczność leczenia pacjenta tym lekiem. Stwierdzenie w trakcie kontroli braku takiej informacji może skutkować koniecznością zwrotu środków wypłaconych na pokrycie kosztu tego leku.

Składając wniosek w imieniu pacjenta pamiętajmy, że to Świadczeniodawca ma obowiązek monitorowania na stronie Ministerstwa Zdrowia komunikatów w sprawie produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych. OW NFZ nie może finansować w ramach zakresu RDTL produktów leczniczych, o których mowa w aktualnych komunikatach Ministra Zdrowia w sprawie produktów leczniczych niepodlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

Wyjątkiem jest sytuacja, gdy rozpoczęto terapię przez pacjenta danym lekiem w ramach procedury RDTL, który został w późniejszym okresie umieszczony w danym wskazaniu w Wykazie leków niepodlegających finansowaniu w ramach procedury RDTL ogłoszonym przez Ministra Zdrowia. Wówczas pacjent zgodnie z art. 47d ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie pod warunkiem potwierdzenia przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy skuteczności leczenia świadczeniobiorcy tym lekiem.

Procedura ratunkowego dostępu do technologii lekowych ma za zadanie umożliwić pacjentom uzyskanie indywidualnie leku ratunkowego, który w danym wskazaniu nie jest finansowany ze środków publicznych, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorcy i jest to uzasadnione oraz poparte wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Wprowadzane zmiany zasad finansowania leków w trybie ratunkowego dostępu do technologii lekowych miały za zadanie ułatwienie korzystania z tego trybu finansowania świadczeń. Pomimo dobrych założeń, stałego usprawniania obiegu wniosków i opinii (CBWiD) powstał bardzo zbiurokratyzowany mechanizm finansowania, który przysparza zaangażowanym stronom wiele problemów, zarówno pacjentowi, lekarzowi, szpitalowi czy konsultantom.

Po pierwsze, pojawiają się wątpliwości medyczne, kiedy jest spełniony wymóg wyczerpania u danego pacjenta wszystkich możliwych do zastosowania w danym wskazaniu dostępnych technologii medycznych finansowanych ze środków publicznych w dobie nowoczesnej dynamicznie rozwijającej się onkologii. Mając na uwadze zarówno oczekiwania chorych i ich rodzin, zalecenia międzynarodowe, ale również ograniczone możliwości finansowe publicznego płatnika, zdecydowanie należy dążyć do wprowadzenia jednoznacznych zapisów dotyczących wskazań medycznych, w których terapia ta może być ordynowana.

OBIEG WNIOSKÓW

Po drugie, podmioty lecznicze mają liczne przeszkody formalno-rozliczeniowe. Wśród nich należy przede wszystkim wyróżnić czasochłonny obieg wniosków, opinii czy informacji o kontynuowaniu leczenia, które wydawane są maksymalnie na trzy miesiące albo trzy cykle leczenia, a więc na stosunkowo krótki okres.

W najbliższym czasie wskazane jest podjęcie działań mających na celu doprecyzowanie wskazań medycznych, aby uczynić procedurę RDTL bardziej dostępną i łatwiejszą w procedowaniu, ponieważ stawką jest zdrowie i życie pacjentów onkologicznych.

Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.
- o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.),
- Zarządzenie Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).



WYZWANIA KOMPLEKSOWEJ OPIEKI ONKOLOGICZNEJ

Koordinacja opieki, personalizowane postępowanie kliniczne, nowoczesne technologie i skuteczna farmakoterapia, mierzenie jakości i efektów leczenia – to już nie hasła, ale realna i pilna potrzeba. Wyzwania w zakresie leczenia nowotworów nie pozostawiają złudzeń – system opieki zdrowotnej pojęty jako całość, ale także specjaliści różnych dziedzin muszą nadążać za zdrowotnymi wyzwaniami i oczekiwaniami chorych. O osiągnięciach polskich i światowych specjalistów, nowych trendach w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów onkologicznych oraz organizacji kompleksowej opieki rozmawiano podczas V Kongresu Onkologii Polskiej. W ślad za tym powstał raport z podsumowaniem kluczowych zagadnień.

Odbywający się raz na cztery lata Kongres to najważniejsze wydarzenie w sferze opieki onkologicznej, który wzbudza zainteresowanie zarówno specjalistów, jak i pacjentów. 160 wykładów, 60 sesji edukacyjnych, 175 wybitnych naukowców z Polski i zagranicy – V Kongres Onkologii Polskiej był przełomem w zakresie debaty nad aktualnymi wyzwaniami i możliwościami rodzimego systemu opieki zdrowotnej. Podstawowym celem wydarzenia była ocena wyzwań w zakresie zapewnienia chorym kompleksowej opieki i jej skutecznej, efektywnej organizacji.





V KONGRES ONKOLOGII POLSKIEJ

„Ostatni Kongres był inny niż dotychczas, bowiem obecnie możemy pochwalić się pierwszymi wynikami w zakresie kompleksowej opieki nad chorymi, która wnosi zupełnie nową jakość w dyskusji o polskich standardach leczenia pacjentów onkologicznych. Dodatkowo szereg nowoczesnych technologii i narzędzi diagnostycznych sprawiają, że możemy wnieść leczenie onkologiczne w Polsce na inny poziom. Na taki poziom, którego oczekują pacjenci. To wszystko zaowocowało stworzeniem raportu, dzięki któremu wszystkie ważne kwestie, o których rozmawialiśmy podczas Kongresu mają szansę dotarcia do szerokiego grona specjalistów, ale mamy nadzieję również pacjentów” - mówi dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu.

Raport dostępny jest na stronie: www.pto.med.pl. Opisane w raporcie wykłady można także obejrzeć online. Wystarczy odczytać smartfonem kod QR umieszczony przy każdym wykładzie.



MAGAZYN „HEALTH MANAGEMENT” POWSTAŁ DZIĘKI
WSPARCIU FIRMY ROCHE