

Sz. P. Minister
Piotr Gryza
Miodowa 15
00-952 Warszawa

Warszawa, 19.12.16

Dotyczy: konsultacji społecznych projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (*Numer z wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD 151*).

Szanowny Panie Ministrze,

W nawiązaniu do trwających konsultacji społecznych projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, pozwalam sobie przekazać następujące uwagi i propozycje:

1. Na docenienie zasługuje fakt wprowadzenia możliwości realizowania programów pilotażowych testujących rozwiązania z zakresu organizacji i finansowania opieki zdrowotnej oraz monitorowania ich efektywności. Programy te powinny mieć charakter pacjentocentryczny. **Wnioskujemy o uwzględnienie badań potrzeb i opinii pacjentów jako stałego i obowiązkowego elementu tworzenia programów pilotażowych oraz o przyjęcie jako zasady włączania przedstawicieli pacjentów do zespołów roboczych opracowujących projekty programów pilotażowych.** Uwzględnienie wiedzy opartej na faktach wynikającej z przeprowadzonych badań potrzeb i opinii pacjentów oraz doświadczenia pacjentów jest jedyną gwarancją, że kolejne proponowane rozwiązania z zakresu organizacji i finansowania opieki zdrowotnej będą wychodziły naprzeciw potrzebom pacjentów i obywateli a nie innych środowisk opiniotwórczych w ochronie zdrowia. Brak uwzględnienia opinii, potrzeb i doświadczeń pacjentów naraża na ryzyko zasadność wydawania publicznych środków na testowanie rozwiązań, które nie służą poprawie zdrowia obywateli. Rozwiązań o wadliwym charakterze jest w obecnym systemie wiele. Przykładem niepacjentocentrycznego rozwiązania jest wprowadzenie obowiązku dostarczania oryginałów skierowań do specjalistów świadczeniodawcom. Owocuje to koniecznością kilkukrotnych wizyt pacjenta u świadczeniodawcy, zatrudnieniem personelu do obsługi skierowań etc. Nie można przesłać skanu skierowania mailem. Przy tworzeniu tego rozwiązania z pewnością nie uwzględniono opinii pacjentów. Warto zadbać, żeby nie powstawały kolejne i nie były testowane i finansowane pilotażowe rozwiązania o niepacjentocentrycznym charakterze.

2. Na uznanie zasługuje podjęta przez resort próba uporządkowania i profesjonalizacji przygotowywania, realizacji i raportowania wyników programów polityki zdrowotnej. Stworzenie Repozytorium programów polityki zdrowotnej, ustandaryzowanie wzorów dokumentów oraz zobowiązanie do publikacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej będzie stanowiło krok w kierunku ujednoczenia, poprawy jakości i monitorowania wyników realizowanych programów zdrowotnych. Ma to szczególne znaczenie wobec pojawienia się dostępności środków finansowych przeznaczonych przez oddziały wojewódzkie NFZ na dofinansowanie programów profilaktycznych realizowanych przez samorządy. **Spełnienie wymogów formalnych związanych z opracowaniem programu oraz uzyskaniem rekomendacji powinno być warunkiem uzyskania dofinansowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego ze środków pozostających w dyspozycji oddziału wojewódzkiego NFZ.** Powyższe zmiany należy uznać za pozytywne jedynie wobec utrzymania i poprawy dostępności finansowania programów samorządowych ze środków NFZ, zgodnie z zapisami ustawy o zdrowiu publicznym. Gdyby natomiast ten mechanizm miał ulec ograniczeniu lub likwidacji – powyższa profesjonalizacja programów polityki zdrowotnej nie będzie skuteczna z uwagi na małą skalę programów samorządowych w warunkach ograniczonych możliwości finansowania ich ze środków lokalnych. Należy dążyć do rozwoju prewencyjnej opieki zdrowotnej w Polsce, której realizacja pod postacią programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego powinna być nadzorowana ale jednocześnie dofinansowana ze środków publicznych będących w dyspozycji NFZ. **To niezwykle cenne rozwiązanie z zakresu zdrowia publicznego powinno ewoluować w kierunku zwiększania puli środków przeznaczonych na dofinansowanie samorządowych inicjatyw oraz zagwarantowanie obligatoryjności a nie dobrowolności przeznaczenia środków NFZ na te cele.** Działania zmierzające w przeciwnym kierunku utrwalają dotychczasowy model medycyny interwencyjnej, kosztowny, nienowoczesny i sprzeczny z wyraźnie widocznymi w krajach europejskich trendami. Budżet przeznaczony na realizację Narodowego programu Zdrowia jest około 10krotnie niższy niż potencjalne dofinansowanie NFZ i nie zapewni rozwoju medycyny prewencyjnej w Polsce. **Z zapisów ograniczających dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez j.s.t należy więc zrezygnować a finansowanie to uzależnić od jakości proponowanych przez j.s.t. programów polityki zdrowotnej.**
3. Na uznanie zasługuje podjęcie próby uzyskania przez Ministra Zdrowia dostępu do bazy danych zawartych w systemie SIMP dla celów prowadzenia i nadzoru programów profilaktyki nowotworów. Minister powinien naszym zdaniem dokonać gruntownej ewaluacji tych programów pod względem zgłaszalności (niewystarczająca) oraz ich wpływu na zapadalność i umieralność z powodu nowotworów objętych programami profilaktyki (nieznany). W tym celu Minister powinien mieć dostęp nie tylko do bazy SIMP ale także do innych baz danych i rejestrów, które są finansowane ze środków publicznych, takich jak Krajowy Rejestr Nowotworów i Rejestr Leczenia Chorób prowadzony przez NFZ. Aby można było ocenić

skuteczność realizacji programów profilaktyki nowotworów konieczne jest dokonanie integracji danych zawartych w tych trzech bazach. Rekomendacje z zakresu wykorzystania istniejących zasobów wiedzy w celu nadzoru nad skutecznością leczenia nowotworów w Polsce zawarte są w raporcie Fundacji prezentowanym w listopadzie br. i dostępnym na stronie internetowej pod linkiem http://mypacjenci.org/images/raporty/Raport_KRN_final.pdf

Dostęp do onkologicznych baz danych powinien służyć nie tylko wyłanianiu realizatorów programów profilaktyki ale przede wszystkim kontroli skuteczności programów profilaktycznych w zakresie ich wpływu na zmniejszenie zapadalności i umieralności z powodu nowotworów oraz zwiększania zgłaszalności uczestników do tych programów. Programy profilaktyczne w onkologii przez 10 lat realizacji nie okazały się skuteczne, choć wydaliśmy na nie ponad 1,2 mld pln z publicznych środków. Istotnym problemem jest próba przedłużenia realizacji tych nieskutecznych programów w dotychczasowym kształcie na kolejne 10 lat. Stoimy przed realnym zagrożeniem kontynuacji nieefektywnego wydawania publicznych środków i dalszego utrzymywania się niechlubnych statystyk zachorowalności i umieralności zwłaszcza w przypadku raka szyjki macicy. Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów nie będą skuteczne jeśli zgłaszalność do nich będzie niższa niż 70%. Wnioski i rekomendacje dotyczące poprawy organizacji programów profilaktyki nowotworów znajdują się w kolejnym raporcie fundacji poświęconym programom profilaktyki nowotworowej i dostępnym na stronie Fundacji pod linkiem http://mypacjenci.org/images/articles/Audyty_Raport.pdf. Oba wspomniane raporty powstały ze środków publicznych i mają niezależny ekspercki charakter. Zachęcamy do zapoznania się z ich wnioskami i rekomendacjami przy tworzeniu nowych i zmienianiu istniejących polityk dotyczących profilaktyki nowotworów oraz rejestrów medycznych.

4. Istotny nasz niepokój budzą natomiast propozycje zapisów zmian w Ustawie o Zdrowiu Publicznym, w świetle których NFZ będzie mógł przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez j.s.t. w zakresie świadczeń znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych, co stanowi daleko idącą zmianę od obecnego mającego wejść życie art. 48d Ustawy o Zdrowiu Publicznym. Obecnie bardzo niewiele produktów z obszaru profilaktyki znajduje się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Brakuje w nim wielu świadczeń z zakresu edukacji zdrowotnej i profilaktyki otyłości (np. porad dietetycznych), które przy obecnych zapisach nie będą mogły uzyskać dofinansowania ze środków będących w dyspozycji NFZ. Należy podkreślić, iż finansowanie świadczeń profilaktycznych w Polsce jest bardzo niskie i w znaczący sposób odbiega od średniej pośród europejskich państw członkowskich OECD. **Wnioskujemy o zmianę zapisu, który uniezależnia dofinansowanie NFZ dla programów polityki zdrowotnej od faktu znajdowania się ich bądź nie w wykazach świadczeń gwarantowanych. Finansowanie powinno być dostosowane do potrzeb lokalnych społeczności, które mogą dotyczyć zarówno świadczeń gwarantowanych jak niegwarantowanych.** Ograniczenie dofinansowania programów profilaktyki zdrowotnej

wyłącznie do świadczeń gwarantowanych prowadzi do nieefektywnej dystrybucji środków poprzez zdublowanie działań jednostek samorządu terytorialnego oraz NFZ poprzez organizację udzielania tożsamyh świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu ich różnorodności. OSR analizowanego projektu ustawy zawiera stwierdzenie, iż regulacja pozostanie bez wpływu na zasady finansowania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, co w naszej ocenie wymaga szerszej analizy oraz uzasadnienia w świetle powyższych rozważań. **Koszyk świadczeń gwarantowanych w zakresie profilaktyki jest niekompletny i powinien stać się przedmiotem pilnych prac Ministerstwa Zdrowia i AOTMiT, jeśli deklaracje o wdrażaniu w Polsce medycyny prewencyjnej mają być prawdziwe.**

Niepokoi nas również uchylenie zapisu o przeznaczeniu 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym NFZ na koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Wyodrębnienie środków na świadczenia mające na celu profilaktykę przyczyni się do pozytywnej zmiany struktury wydatków Funduszu. Ponadto, przedstawione materiały (uzasadnienie projektu przedmiotowej ustawy oraz OSR) nie precyzują wpływu uchylenia art. 22 ust. 8 Ustawy o Zdrowiu Publicznym na zabezpieczenie środków, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. d Ustawy o świadczeniach – to jest rezerwy na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej, w kwocie nie większej niż 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej określonych dla danego oddziału wojewódzkiego NFZ. Zgodnie z uzasadnieniem Ustawy o Zdrowiu Publicznym, we wskazanych w art. 117 ust. 1 pkt 1 Ustawy o świadczeniach 1,5% kosztów NFZ były alokowane między innymi rezerwy celowe poszczególnych oddziałów wojewódzkich na dofinansowanie zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. **Zakładane usunięcie przepisu o wyodrębnieniu 1,5% kosztów NFZ rodzi istotne obawy, iż oddziały wojewódzkie NFZ pozostaną bez środków na realizację zadań związanych z dofinansowaniem programów polityki zdrowotnej. Uważamy, że zapisy te powinny pozostać, a w przyszłości budżet NFZ przeznaczony na profilaktykę i promocję zdrowia powinien być sukcesywnie zwiększany do wartości 5%.**

Proszę o uwzględnienie zgłoszonych przez Fundację wniosków w dalszych pracach legislacyjnych.

Z poważaniem,

Ewa Borek
Fundacja MY Pacjenci