

Sz.P. Tadeusz Jędrzejczyk

Prezes NFZ

Centrala NFZ

Ul. Grójecka 186

02-390 Warszawa

Warszawa, 10.12.2014

Dotyczy: Konsultacji społecznych projektu Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.11.2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna

Szanowny Panie Prezesie,

W nawiązaniu do przedstawienia przez Pana Prezesa do konsultacji społecznych projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w dnia 26.11.14 określającego nowe warunki udzielania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej pragniemy przekazać stanowisko Fundacji do proponowanych zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej w POZ:

1. Propozycja podniesienia stawki kapitałowej w POZ o 30% jest pozytywnym rozwiązaniem z perspektywy interesów pacjentów. To wyraźny sygnał ze strony płatnika, że podejmuje on starania w kierunku poprawy dostępności diagnostyki onkologicznej dla pacjentów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Uważamy, że wprowadzone jednocześnie z podniesieniem stawki parametry oceny jakości opieki nad pacjentami onkologicznymi przyczynią się do poprawy jakości opieki, dostępności diagnostyki i sprawności działania podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz tej grupy pacjentów.
2. Najistotniejszą zmianą wprowadzoną w analizowanym projekcie zarządzenia jest wspomniana wyżej modyfikacja wysokości oraz sposobu wyliczenia stawki kapitałowej w POZ, co wiąże się z poszerzeniem zakresu badań dostępnych dla pacjenta na tym poziomie systemu. Warto mieć przy tym jednak na względzie fakt, iż następuje to przy jednoczesnym odebraniu lekarzom POZ dodatków za prowadzenie pacjentów z cukrzycą i chorobami krążenia.
3. Poza zmianą wysokości stawki kapitałowej należy zwrócić także uwagę na projektowany § 10 ust. 7 pkt 1 lit a zarządzenia, w którym proponuje się wprowadzenie mechanizmu uzależniającego wysokość stawki kapitałowej od przyjętego przez świadczeniodawcę sposobu sprawozdawania wykonania badań diagnostycznych w danym okresie. Na uwagę zasługuje także treść § 15 ust. 7 zarządzenia, który stanowi, że cenę porady udzielonej w związku z wydaniem karty leczenia onkologicznego koryguje się współczynnikiem

uśrednionego wskaźnika rozpoznawania nowotworów, co w założeniu ma dyscyplinować świadczeniodawców i zwiększać jakość udzielanych świadczeń. Z perspektywy pacjentów te rozwiązania mogą doprowadzić do nieefektywności proponowanych mechanizmów na poziomie ich wdrożenia w POZ.

4. Poza kwestiami związanymi z wdrożeniem szybkiej diagnostyki onkologicznej, projekt zarządzenia wprowadza również inne zmiany, wśród których należy wskazać przede wszystkim na § 10 ust. 7 pkt 5a. Przepis ten stanowi, że deklaracje osób, które w systemie eWUŚ zostaną zweryfikowane jako nieposiadające uprawnień do świadczeń (tzw. „czerwone światło”), nie będą mogły zostać rozliczone przez świadczeniodawców. Z kolei w stosunku do osób, które składając deklarację potwierdzą swoje prawo do świadczeń poprzez złożenie oświadczenia, wpis na listę u danego świadczeniodawcy będzie ważny tylko przez jeden okres sprawozdawczy od daty złożenia deklaracji. Prawdopodobnie spowoduje to konieczność ponownego składania przez tych pacjentów deklaracji wyboru przy każdej kolejnej wizycie, co wiązać się będzie dla nich z dodatkowymi kosztami. Biorąc pod uwagę niedoskonałości systemu eWUŚ, w tym przede wszystkim problemy z kompletnością i wiarygodnością wykorzystywanych w nim informacji, wydaje się, że nie jest to rozwiązanie w pełni sprawiedliwe i nieuzasadnione.
5. Stawka kapitacyjna w podwyższonym wymiarze wydaje się być rozwiązaniem korzystnym nie tylko dla pacjentów onkologicznych ale także dla innych grup pacjentów w tym szczególnie dla dzieci do 18 roku życia, kobiet w ciąży i osób starszych. To grupy pacjentów, którym szczególnie uprzywilejowany status nadaje Konstytucja RP.
6. W związku z propozycją podniesienia stawki kapitacyjnej także w grupie dzieci i kobiet w ciąży, pragniemy zwrócić uwagę Pana Prezesa na fakt, że diagnostyka onkologiczna nie będzie w tych szczególnych grupach pacjentów wymagała zwiększonego finansowania. Istotne wobec tego staje się przemyślenie wprowadzenia dla tych szczególnych grup pacjentów objętych konstytucyjną ochroną odmiennych mechanizmów finansowania opieki profilaktycznej w POZ zmierzających do poprawy jakości świadczeń w tym segmencie. **Wskazujemy na wyraźną potrzebę wprowadzenia parametrów oceny jakości opieki profilaktycznej, podobnie jak to zrobiono zwiększając finansowanie opieki onkologicznej.** Parametry oceny jakości opieki profilaktycznej w POZ można wprowadzić już obecnie bazując na gromadzonych od POZ danych dotyczących liczby dzieci zarejestrowanych i liczby dzieci objętych opieką medyczną, liczby dzieci karmionych piersią, liczby dzieci z prawidłową masą ciała czy dzieci poddawanych szczepieniom (kwestionariusz MZ 11).
7. Fundacja My Pacjenci przeprowadziła badania opinii rodziców na temat jakości i dostępności opieki profilaktycznej w POZ nad dziećmi w wieku 0-5 lat¹. Dane zebrano od ponad 1600 rodziców w badaniu kwestionariuszowym online przeprowadzonym w sierpniu br. W grudniu 2014 r. opublikowano obszerny raport, który podsumowuje

badania na temat jakości profilaktyki pediatrycznej w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz proponuje szereg rekomendacji.

8. Przedstawione w raporcie wyniki analiz wskazują, że większość rodziców (90% ankietowanych) powierza opiekę nad swoimi dziećmi publicznej służby zdrowia, w szczególności w zakresie opieki profilaktycznej (szczepień ochronnych i bilansów). Co istotne, dostępność podstawowej opieki zdrowotnej jest dobra, a to oznacza, że **w rękach administracji publicznej znajduje się najważniejsze narzędzie kształtowania skutecznych programów profilaktycznych. Niestety, jak wskazują dalsze analizy, jego potencjał nie jest w pełni wykorzystywany.**

Potwierdza to choćby fakt, że znaczący odsetek – aż jedna czwarta – ankietowanych rodziców nie przestrzegania kalendarza wizyt profilaktycznych (szczepienia i bilanse). Z badania wynika też, że **większość poradni POZ przyjmuje niezrozumiałe pasywną postawę – 73% z nich nie przypomina opiekunom dziecka o zbliżaniu się terminu, w którym powinni odbyć zalecaną wizytę lub szczepienie**, lub robi to bardzo rzadko. **Badania przesiewowe, pozwalające wychwycić nieprawidłowości rozwojowe, są wykonywane wybiórczo** – dotyczy to w szczególności pomiaru ciśnienia tętniczego oraz badania wzroku i słuchu. Odpowiedzi respondentów wskazują na **niedostateczny poziom edukacji zdrowotnej, szczególnie w zakresie prawidłowego żywienia dzieci, a także istotne braki w obszarze komunikacji pomiędzy rodzicami a placówkami POZ oraz personelem medycznym POZ**. Wydaje się, że rola pielęgniarki pediatrycznej w POZ nie jest właściwie określona w obecnym systemie, co powoduje, że potencjał tej grupy zawodowej w zakresie wspomaganie działań profilaktycznych i edukacji zdrowotnej pozostaje w znacznym stopniu niewykorzystany.

9. **Rekomendacje raportu wskazują na konieczność wypracowania nowych rozwiązań z zakresu organizacji i finansowania POZ, które zmotywują ten segment opieki do bardziej proaktywnego podejścia do działań profilaktycznych.** Jak wynika z danych NFZ² z 2013 roku odbywa się zaledwie jedna trzecia przewidzianych standardem opieki wizyt profilaktycznych. **Zmiany wymaga system finansowania opieki profilaktycznej i konieczne jest wprowadzenie mechanizmów premiujących jakość tej opieki.** Z perspektywy rodziców najsprawniej działającym ogniwem systemu opieki profilaktycznej spełniającym swoje zadania wspierania ich w krytycznym okresie okołourodzeniowym jest położna, która jest jedynym finansowanym w sposób mieszany przedstawicielem personelu medycznego w POZ. Dobra ocena pracy położnej wskazuje na potrzebę wprowadzenia podobnego mieszanego sposobu finansowania opieki profilaktycznej także w odniesieniu do pozostałych przedstawicieli personelu medycznego opiekującego się dziećmi w POZ.

10. Niska jakość wykonywanych badań i braki w ocenie ważnych parametrów rozwojowych wskazują na potrzebę wprowadzenia do finansowania POZ mechanizmów *fee for outcome*, premiujących jakość opieki. Stawka kapitacyjna natomiast jako jedyny mechanizm finansowania opieki profilaktycznej nie spełnia w świetle przedstawionych wyników badań swojego zadania.
11. Jest to uzasadnione tym bardziej, że wymóg ścisłego stosowania w POZ stawki kapitacyjnej nie wynika z przepisów ustawy o świadczeniach, zatem publiczny płatnik może w tym zakresie przyjmować różne metody rozliczeń i to bez konieczności dokonywania zmian w przepisach obowiązującego prawa. Na gruncie analizowanego projektu zarządzenia takie rozwiązanie zastosowano w odniesieniu do stawki kapitacyjnej, której wysokość może ulec podwyższeniu w zależności od stosunku wskaźnika wykonanych badań do wartości progowej określonej przez Fundusz. Nie jest zatem wykluczone zastosowanie podobnego mechanizmu kontroli jakości w odniesieniu do opieki profilaktycznej sprawowanej przez lekarzy, pielęgniarki oraz położne POZ.
12. Wprowadzanie podwyższenia finansowania opieki profilaktycznej w mechanizmie istotnego wzrostu stawki kapitacyjnej, któremu nie będzie towarzyszyło wdrożenie mechanizmów premiujących jakość opieki nad dziećmi w POZ, nie będzie wiązało się z efektywnym wykorzystaniem publicznych środków na ten segment opieki.
13. Konieczne przy tej okazji wydaje się także zwrócenie uwagi na **fakt braku elementów profilaktyki otyłości i chorób cywilizacyjnych w standardach opieki profilaktycznej nad dziećmi i kobietami w ciąży**. Plaga nadwagi i otyłości i rosnące koszty ich powikłań nakłoniły liczne kraje UE do wdrożenia do programów opieki profilaktycznej mechanizmów ukierunkowanych na zmniejszenie tego problemu. Wdrożono w licznych krajach porady dietetyczne dla kobiet w ciąży, rodziców dzieci w pierwszym roku życia oraz rodzin, w których przynajmniej jeden członek rodziny ma nadwagę albo otyłość³. Podobne rozwiązanie potrzebne jest również w Polsce. Proponujemy wdrożenie finansowania przez NFZ porad dietetycznych dla tych 3 grup pacjentów jako najbardziej efektywnego kosztowo mechanizmu profilaktyki nadwagi i otyłości. Na taką potrzebę wskazują także w badaniach fundacji rodzice. Koszty jednej porady dietetycznej w roku dla populacji dzieci z jednego rocznika, kalkulowane według stawek, jakie NFZ obecnie płaci za porady dietetyczne w AOS wyniosłyby 13,4 mln zł rocznie. Szczegółowe kalkulacje wpływu na budżet proponowanego rozwiązania dostępne są w raporcie pt. Profilaktyka pediatryczna w Polsce. Konsekwencje i społeczne koszty zaniedbań. Organizacja i zasady finansowania. Rekomendacje⁴.

Fundacja MY Pacjenci wspiera partycypację pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewnia wsparcie eksperckie organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji. Misją Fundacji jest budowanie płaszczyzn współpracy między administracją publiczną, pacjentami i ich organizacjami, lekarzami, światem akademickim i biznesem w ochronie zdrowia.

Z poważaniem,

Ewa Borek

Prezes Fundacji MY Pacjenci

Referencje:

1. PROFILAKTYKA PEDIATRYCZNA W POLSCE Z PERSPEKTYWY RODZICÓW MAŁYCH DZIECI, raport Fundacji MY Pacjenci, grudzień 2014 www.rodzicedlazdrowia.pl
2. Bilanse zdrowia dzieci w POZ, wrzesień 2013 http://www.nfz.gov.pl/new/art/5670/2013_09_16_POZ_bilanse.pdf
3. Healthy Child Programme, NHS 2009 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167998/Health_Child_Programme.pdf
4. PROFILAKTYKA PEDIATRYCZNA W POLSCE. Konsekwencje i społeczne koszty zaniedbań. Organizacja i zasady finansowania. Rekomendacje. Raport Fundacji MY Pacjenci 2014 www.rodzicedlazdrowia.pl