

 Aleksandra Kurowska, 2017-02-24 10:47

Łanda: Niebawem duże zmiany w refundacji i koszyku



Fot. K. Rainka

O planowanych zmianach w taryfikacji i refundacji z wiceministrem zdrowia Krzysztofem Łandą rozmawia Aleksandra Kurowska.

Aleksandra Kurowska: Wiele mówił Pan w zeszłym roku o porządkach w koszyku świadczeń gwarantowanych, zatrudnieniu do tego dodatkowych nawet 100 osób, zmiany w koszyku toczą się wolno. Co dalej?

Krzysztof Łanda: Nowe osoby zajmą się m.in. przeglądem zawartości koszyka, ponieważ prawa pacjentów do leczenia nie są dziś precyzyjnie określone, a niektóre procedury w nim zawarte powinny zostać wyparte przez nowe.

A.K.: W koszyku mają się też znaleźć np. Breast Cancer Units? Podobno pracują Państwo nad nimi?

K.Ł.: Tak, ale to nie jest jedyny rodzaj certyfikacji, jaki planujemy zapisać w koszyku. Dla certyfikacji w chorobach czy zakresach przygotowujemy obecnie ustawową podstawę prawną. Próbowaliśmy zrobić pilotaż kompleksowych świadczeń dla pacjentów po zawale wraz z rehabilitacją, ale okazało się to bardzo trudne. Dlatego – choć planowałem, że kardiologiczna opieka koordynowana ruszy z początkiem tego roku, podobnie zresztą jak dla osób wymagających alloplastyki stawów biodrowych – są opóźnienia. Nie mamy części koszyka dla świadczeń kompleksowych wielodyscyplinarnych, do której takie procedury można by wpisywać, nie mamy też ram prawnych do prowadzenia pilotażu, ale w tej drugiej kwestii stosowna zmiana przepisów jest już w konsultacjach. Nikt wcześniej nie zajmował się kompleksową opieką w taki sposób.

A.K.: NFZ robi to dla ciężarnych, ale tylko w 13 placówkach w całym kraju. Choć toczy się nadal spór, czy koordynatorem powinien być lekarz, czy np. położna, a na dodatek, czy pracownicy szpitala, czy też ci, do których pacjentka uczęszcza od lat. Jak będzie w KOZ dla osób po zawale?

K.Ł.: W rekomendacjach AOTMiT było jasno wskazane, że koordynatorem jest szpital wykonujący zabieg kardiologii interwencyjnej i szpital wykonujący alloplastykę. Mamy też pomysł, aby koordynacja nie była wymuszona przez rozporządzenie koszykowe. W grę wchodzi tzw. tetris, który też chcielibyśmy najpierw wdrożyć w pilotażu. Polega on na tym, że gdy dany pacjent otrzymuje np. cztery świadczenia wykonane w określonej kolejności, w konkretnym czasie, to świadczeniodawcy otrzymują np. 120 proc. wyceny. Jednak jeśli się nie zmieszczą w terminie, to zostaje im jedynie 100 procent. Jednak ten pomysł jest dopiero w fazie koncepcyjnej. To trudny system wymagający zmiany ustawy, aby stworzyć nową część koszyka.

A.K.: Na razie te zapisy na swój sposób próbuje wdrożyć NFZ. Jak twierdzi, nie ma prawnej możliwości prowadzenia pilotażu świadczeń, które są w koszyku gwarantowanym, więc wdroży je od razu w całej Polsce. Jednak z oceny skutków regulacji projektu zarządzenia prezesa funduszu wynika, że niewielu pacjentów z tego skorzysta.

K.Ł.: Uważam, że opieka koordynowana dla osób po zawale powinna być Nielimitowana. Powinni zostać nią objęci wszyscy wymagający tego pacjenci, którzy zgodzą się na to rozwiązanie. Oczywiście zapewnienie większej liczbie chorych 12-miesięcznej opieki, obejmującej m.in. rehabilitację i wizyty u specjalistów, to wyższe koszty, ale to może też przynieść oszczędności. Więcej osób ma wtedy szansę wrócić do sprawności czy nawet pracy zawodowej. Liczymy również na to, że mniej osób będzie trafiało ponownie do szpitala z powodu braku właściwej opieki po wypisie z placówki. Nie można też zapominać, że NFZ ma oszczędności z tytułu obniżek taryf w kardiologii interwencyjnej.

A.K.: Czyli poza pojedynczymi procedurami w koszyku będą wydzielone części do opieki koordynowanej, m.in. dla zawałowców oraz dla unitów, takich jak w raku piersi?

K.Ł.: Tak. Unitom poświęcona będzie też osobna ustawa dotycząca certyfikacji w wybranych chorobach bądź grupach chorób na kształt Breast Cancer Units. Jeśli dany ośrodek spełni określone standardy certyfikacyjne, to minister zdrowia nie będzie musiał martwić się o to, czy świadczeniodawca pełni usługi kompleksowo i na wysokim poziomie. W ustawie dodamy też kryteria geograficzno-populacyjne. Dzięki nim takie ośrodki będą rozłożone równomiernie i zgodnie z potrzebami zdrowotnymi w całym kraju. Chcemy uniknąć sytuacji takiej, jaka była np. w kardiologii interwencyjnej, w której tworzone placówki bez konkretnego planu.

A.K.: Ile będzie takich ośrodków?

K.Ł.: To zależy od choroby, bo każda z nich rodzi inne potrzeby zdrowotne. Kryteria geograficzno-populacyjne muszą być inne dla każdego z zakresów i poziomów referencyjnych, a opracujemy je ze środowiskiem specjalistów w danej dziedzinie. System certyfikacji uruchomić chcemy w wielu zakresach – na początek w stwardnieniu rozsianym, endometriozie, mukowiscydozie, raku jajnika czy szerszej onkologii, w replantacjach oraz wybranych chorobach kardiologicznych. Tworzymy w tej chwili sporo takich grup. Każda z nich składa się z około 20–30 specjalistów, którym pomagają pracownicy AOTMiT, których zadaniem jest weryfikacja koszyka i stworzenie systemu certyfikacji z konkretnymi kryteriami. W ciągu roku dzięki tym działaniom koszyk powinien zostać istotnie przebudowany. Ważnym elementem tych zmian jest postawienie na samoregulację środowiska. Certyfikacja obejmie standardy wyposażenia, kwalifikacje i liczebność kadr, organizację czy wskaźniki procesów związane ze standardami postępowania w określonych przypadkach chorobowych. Jeśli nawet te standardy, zgodnie z obecną wiedzą medyczną, zmieniają się, to zapis w koszyku zostanie taki sam. Dzięki tej ustawie minister będzie autoryzował zestaw standardów certyfikacyjnych i kryteria geograficzno-populacyjne w danej grupie chorób. To zupełnie nowe podejście do koszyka. Oczywiście minister wciąż będzie mógł opracowywać świadczenia kompleksowe opieki koordynowanej, ale nowe rozwiązanie będzie prostsze. Poza tym angażuje środowisko i wprowadza elastyczne mechanizmy systemowe.

A.K.: O koordynacji w SM już się dyskutuje. Jak będzie wyglądać?

K.Ł.: Pracują nad tym eksperci zewnętrzni m.in. z Uczelni Łazarskiego i organizacje pacjenckie. Na razie postulowali opiekę koordynowaną, ale kto wie, może system unitów uznają za najbardziej optymalny. Moim zdaniem to lepsze rozwiązanie, bo będzie dużo prościej.

A.K.: Jak będzie przebiegała certyfikacja? I jak zachęcić do niej placówki?

K.Ł.: Proponowałbym tutaj metodę kija i marchewki. Na początku powinniśmy płacić 110 czy 120 proc. wyceny, jeśli dany ośrodek uzyskał certyfikat. Tak przez dwa czy trzy lata. Potem – jeśli któraś z placówek nie otrzyma certyfikatu – po prostu nie dostanie kontraktu.

A.K.: Jakich innych zmian mogą się spodziewać placówki medyczne ze strony resortu zdrowia?

K.Ł.: Reagujemy na potrzeby, staramy się też usuwać buble prawne pozostawione przez

poprzedników. Na przykład w ustawie o świadczeniach chcemy zmienić przepisy dotyczące kolejek. W tej chwili zapisy do lekarza są absurdalne. Jeśli mamy 1500 osób w kolejce i zwolni się miejsce nr 10, to należałoby zgodnie z wymogami obdzwonić wszystkich pacjentów, którym przez to zmienił się termin. To niemożliwe.

A.K.: Co z wyrobami medycznymi?

K.Ł.: Projekt ustawy budził obawy CBA co do ryzyka korupcji przy certyfikacji wyrobów, ale sprawę tę już uzgodniliśmy, precyzując, kto będzie dokonywał ich oceny. Mam nadzieję, że ustawa szybko zostanie przedstawiona na posiedzeniu rządu, ponieważ w wielu obszarach związanych z wyrobami dochodzi do nieprawidłowości, a obecny system jest po prostu niegospodarny i nieprzejrzysty. Ale też wiele osób tych zmian nie chce, w tym część placówek medycznych, które – mając teraz płaconą jedną stawkę za świadczenie razem z niezbędnymi wyrobami, np. stentami czy soczewkami – podwyższały swoje dochody, kupując gorszej jakości wyroby czy sprzęt. Wiele osób zajmuje się też doradzaniem przy przetargach na zakup np. drogich urządzeń medycznych. Po wprowadzeniu cen urzędowych będzie dla nich o wiele mniej pracy, gdyż ceny urzędowe będą cenami maksymalnymi, a kryteria jakościowe w rozporządzeniach ministra zdrowia będą niemal obowiązkowe w przetargach szpitalnych.

A.K.: Co dokładnie zmieniło się w projekcie ustawy?

K.Ł.: Ratio legis pozostało bez zmian, dopracowaliśmy natomiast kilka zapisów. To była wspomniana już wcześniej kwestia tego, kto może wykonywać badania i stwierdzać jakość danego wyrobu medycznego. Nie wskazaliśmy tego w projekcie, wychodząc z założenia, że każdy wyrób charakteryzuje się innymi cechami i funkcjonalnością. Na czym innym polega określenie parametrów i dopuszczalności soczewek, a na czym innym pieluchomajtek. Różne laboratoria skupią się na zupełnie odmiennych właściwościach produktów. CBA nie wiedziało, jacy specjaliści są odpowiedzialni za testy. Nasza propozycja to zapis, że testy określające właściwości danego produktu będą przeprowadzały certyfikowane laboratoria. Mamy ogólnoeuropejski system akredytacji, w związku z czym sprawę można łatwo rozwiązać. Tylko laboratoria mające odpowiednie uprawnienia będą przeprowadzały takie prace. Myślę, że wkrótce ustawa pójdzie dalej.

A.K.: Nad czym jeszcze – ważnym z punktu widzenia placówek – pracujecie?

K.Ł.: Udało nam się m.in. praktycznie rozładować kolejkę wniosków dotyczących wpisywania do koszyka technologii nielekowych. Zostały tylko ostatnie zaległe wnioski.

A.K.: A skoro o wnioskach mowa – to co z oceną pomysłów placówek medycznych planujących inwestycje z wykorzystaniem unijnych funduszy? Jak sprawdza się system IOWISZ?

K.Ł.: Tych wniosków na razie jeszcze nie jest dużo. Ocenę przeszło kilkadziesiąt w MZ, z tego 20–30 proc. odpadło. Ale proszę pamiętać, że priorytetem IOWISZA nie jest odrzucanie słabych wniosków, sprzecznych z europejską i państwową polityką zdrowotną i rozwojową, ale zachęcenie ludzi mających pomysły, by je przetestowali. W związku z tym rozpoczęliśmy cykl konferencji informacyjnych w miastach wojewódzkich w całej Polsce. Dotyczą one wykorzystania samego narzędzia w praktyce, pomagają zrozumieć rolę wskaźników skuteczności działania IOWISZ-a. Wiem, że niektórzy mają niepocholebne opinie o tym systemie, ponieważ przyzwyczaili się, że unijne pieniądze przyznawano nawet wtedy gdy inwestycja np. dublowała działania sąsiedniej placówki i miała niewielkie szanse na wykorzystanie nowego potencjału. Minister uważa jednak, że lepiej nie absorbować części środków unijnych, niż wykorzystywać je w zły sposób. I IOWISZ temu służy oraz sprawdza się dobrze.

A.K.: IOWISZ służy też ocenie inwestycji z krajowych środków, by w przyszłości ubiegać się o publiczne środki na leczenie.

K.Ł.: Oczywiście do tego też wykorzystywany jest już IOWISZ, ale na razie nie ma tu obowiązku prawnego. Niemniej, co ciekawe, IOWISZ spełnia także nieformalną rolę – oddziały NFZ sprawdzają, czy powinno się przyznać finansowanie już zakończonym inwestycjom.

A.K.: A jak przebiegają prace nad Refundacyjnym Trybem Rozwojowym, zalecanym w Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) wicepremiera Mateusza Morawieckiego? Czy można spodziewać się, że i tu nastąpią zmiany?

K.Ł.: Tak. Początkowo miał być tylko dla leków mających dodatkową wartość w stosunku do komparatorów używanych do tej pory. Wymyśliliśmy jednak mechanizm pozwalający na wspieranie partnerów polskiej gospodarki oferujących leki generyczne. Nie wiem czy zostanie on zaakceptowany, ale taki pomysł powstał. Wiadomo, że RTR opiera się na danych od firm dotyczących produkcji, eksportu, zatrudnienia czy wydatków na badania i rozwój w Polsce. Te informacje umożliwiają kategoryzację przedsiębiorców jako A, B, C, D lub E. Firmy sprzyjające polskiej gospodarce będą miały większe szanse na refundację niż te, które nic nie robią oprócz przywożenia leków i inkasowania pieniędzy z ich sprzedaży. Lek generyczny, aby uzyskać wpis do leków refundowanych, musi dziś zejść z ceny o 25 procent. Chcemy, aby te 25 proc. dawali ci, którzy w Polsce nie inwestują i tu nie produkują. Partnerzy polskiej gospodarki zejść z cenami w mniejszym stopniu – o 20 albo 15 proc., a nawet w ogóle. To świeży pomysł, który spodoba się polskim firmom, a także zachęci do inwestowania w Polsce.

A.K.: Co jeszcze trzeba zmienić, by pieniądze wydawać efektywniej?

K.Ł.: Opracowujemy narzędzie wspomaganie decyzji w NCBiR. Pracownicy z Ministerstwa Nauki i Ministerstwa Rozwoju przeszli szereg szkoleń, które, mamy nadzieję, spowodują, że projekty dotyczące technologii medycznych będą realizowane sprawniej i ze znacznie większą skutecznością. Chcemy też zmienić stuprocentowe finansowanie nadwykonań. Nie wymagają one takich nakładów, ponieważ koszty stałe są pokrywane już w ramach kontraktu. 30-40 proc. to i tak dużo, choć oczywiście zależy to od rodzaju procedury, kosztów wykorzystanych wyrobów medycznych. Skupiamy się też na dużej zmianie w ustawie refundacyjnej i prawie farmaceutycznym. Ta pierwsza jest już po konsultacjach. Chcemy też ograniczyć liczbę suplementów w aptekach. Jednak – żeby nie było niedomówień – nie chcemy zakazywać ich sprzedaży czy reklamowania. Mamy zamiar m.in. zakazać podawania nieprawdziwych informacji w reklamach.

Współpraca: Grzegorz Kowalczyk