



Business Centre Club

Warszawa, 17 stycznia 2019 r.

OPINIA

dotyczy: projektu rozporządzenia ministra zdrowia z 20 grudnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Projekt rozporządzenia dotyczy poszerzenia zakresu badań analitycznych w kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), porządkuje zapis dotyczący wymagań kwalifikacji od lekarza, pielęgniarke i położnej POZ, sprawozdawczości chorób rzadkich.

Poziom wydatków na badania laboratoryjne w Polsce – 8,5 euro na obywatela, jest najniższy w Europie, co ma związek z efektywnością opieki nad przewlekle chorymi i skuteczności wczesnej diagnostyki. Dlatego poszerzenie zakresu badań w kompetencji lekarza POZ – czyli dostępności dla ubezpieczonego – jest pożądane.

Projekt nie zawiera informacji o finansowaniu tych świadczeń. Zasadnicze znaczenie w rozliczeniach ryczałtowych POZ z Narodowym Funduszem Zdrowia ma wycena usług, które dla poradni POZ stanowią koszty procedur zewnętrznych po cenach rynkowych. Budzi sprzeciw wycena procedur analitycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która stanowi 50%-60% cen badań w większości laboratoriów diagnostycznych. Przykładowo, koszty rynkowe badania określającego poziom witaminy D3 w surowicy krwi (25OHD3) to od 70 do 35 zł a oszacowanie AOTMiT – 15,38 zł.

W rozporządzeniu ministra zdrowia (RMZ) z 24.09.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ po §3. 2: „Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej” dodaje się nowy ust. 3. „Świadczeniodawca uwzględnia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone przez ministra właściwego do spraw zdrowia w obwieszczeniu, o którym mowa w art. 11 ust. 3 ustawy (art.11.ust.3.ustawy o świadczeniach..... „Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji, może ogłosić, a w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznania nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanej dalej „diagnostyką onkologiczną” i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej „leczeniem onkologicznym”, ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów danej dziedziny medycyny”.

Większość zaleceń medycyny opartej na faktach (EBM), w wielu dziedzinach medycyny, bazuje na zaleceniach towarzystw amerykańskich. Zalecenia Polskich Towarzystw Medycznych nie zyskały rangi obwieszczenia, ani RMZ i nie są, poza wyjątkami, cytowane w przepisach MZ, w większości nie prowadzą one własnej działalności badawczej, opiniują zalecenia amerykańskie ew. Unii Europejskiej.

Lekarz POZ otrzymuje prawo zlecania badań diagnostycznych w kierunku rozpoznania WZW typu C, Boreliozy, niedoboru vit. D3 i poziomu ferrytyny. Poziom wydatków na badania laboratoryjne w Polsce – 8,5 euro na obywatela, jest najniższy w Europie, co ma związek z efektywnością opieki nad przewlekle chorymi i skuteczności wczesnej diagnostyki. Czechy i Słowacja mają większe wydatki na badania laboratoryjne niż Polska, dlatego **poszerzenie zakresu badań w kompetencji lekarza POZ – czyli dostępności dla ubezpieczonego – jest pożądane**. Projekt nie zawiera informacji o finansowaniu tych świadczeń. Zasadnicze znaczenie w rozliczeniach ryczałtowych POZ z NFZ ma wycena usług, które dla poradni POZ stanowią koszty procedur zewnętrznych po cenach rynkowych. Ich wycena przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) odbiega od cen na jakie mogą liczyć poradnie o kilkadziesiąt procent.

Niedobory 25OHD3 są powszechne i udokumentowane wieloośrodkowymi badaniami ogólnopolskimi (znaczne niedobory u dzieci w wieku szkolnym wykazane w badaniach Kliniki Propedeutyki Pediatrii i Chorób metabolicznych Kości UM w Łodzi – publikacja 2015 r.) i dotyczą pacjentów w każdym wieku. W uzasadnieniu do projektu, AOTMiT rekomenduje oznaczenie poziomu vit. D3 (25OHD3) i poziomu ferrytyny tylko u niemowląt i małych dzieci z niedoborem wagi. Załącznik nr 1 cz. IV ust.2 RMZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ (wykaz badań POZ) nie różnicuje dostępności do nowego zakresu

badan ze względu na wiek pacjenta. Konieczne jest zatem przy ograniczeniu finansowania tego badania również wyartykułowanie tych ograniczeń do wymienionych w Uzasadnieniu (dotyczących wyłącznie niemowląt i małych dzieci z niedoborem wagi) ponieważ koszty rynkowe badania 25OHD3 to od 70 do 35 zł a oszacowanie AOTMiT – 15,38 zł. Oto deficytowo wyceniona procedura Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) – co ma przełożenie na liczbę zlecanych badań – ma przejść do POZ z niedoszacowaniem do POZ. Rzeczywiste potrzeby pacjentów to, poza zleceniami AOS, przede wszystkim wydatki z ich własnej kieszeni, które niewątpliwie przejdą do POZ. Bez dodatkowego finansowania nie da się zapewnić realnego dostępu do tych badań wszystkim uprawnionym, którzy mają wskazania medyczne i wymagają monitorowania poziomu vit. D3.

W uzasadnieniu do projektu, prezes AOTMiT wskazał grupę pacjentów która w pierwszej kolejności powinna mieć wykonane badanie w kierunku HCV, jednak praktycznie zakres tej dostępności jest nieograniczony. Ze względu na zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych u pacjentów przyjmujących przewlekłe leki (np. leki obniżające poziom cholesterolu powszechnie stosowane), oraz drogę szerzenia się infekcji, u każdego z nich powinno się wykluczyć HCV. Budzi sprzeciw wycena procedur analitycznych przez AOTMiT, która stanowi 50%-60% cen badań w większości laboratoriów diagnostycznych. Przeciwciała Ig M i IgG Borrelia afzelli – są dostępne w pakiecie z innymi typami Borrelii lub niedostępne dla większości placówek, a wycena procedury drastycznie zaniżona.

Nie można się zgodzić, że liczba wykonanych badań w POZ będzie odpowiadała części wykonania ich w AOS. Raczej koresponduje z wykonaniem na koszt pacjenta lub w pakietach poza NFZ. Te koszty obciążą poradnie POZ.

Zmiana zapisu cz. V zał. nr 1 do RMZ w sprawie świadczeń gwarantowanych lekarza POZ doprecyzuje zakres uprawnień lekarzy realizujących te świadczenia i lekarzy przyjmujących deklarację wyboru. Zgodnie z zapisem ustawy z 24.08.2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2007 poz. 11720), lekarz zatrudniony w POZ po 2007 r., lub bez wymaganych specjalizacji lub stażu, nie może posiadać listy deklaracyjnej, chociaż może wykonywać świadczenia.

Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 14.12.2018 r. w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej i interpretacji zapisu art. 6. ust. 6 ustawy z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U poz. 2217 z późn. zm.) zakłada, że od 2025 roku, tj. za 5 lat w poradniach POZ będą już tylko specjaliści w dziedzinie medycyny rodzinnej lub pediatrii, internści i lekarze medycyny ogólnej z kursem z medycyny rodzinnej. Projekt RMZ z 14.12.2018 r. wyklucza z proponowanego kształcenia lekarzy POZ bez specjalizacji z co najmniej 10-letnim stażem w POZ sprzed 2007 r. Proponowana zmiana zapisu załącznika nr 1 cz. V RMZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, ustala miejsce tej grupy lekarzy w systemie POZ. Nadal brakuje

doprecyzowania, do jakich świadczeń w swojej poradni ci lekarze nie będą uprawnieni, przede wszystkim chodzi o preskrypcję leków z Listy S i Pakietu onkologicznego (w przepisach mówi się o lekarzu, do którego złożona jest deklaracja wyboru).

przepis zmieniany	opinia	propozycje rozwiązań
RMZ dz.U.2016 poz. 86		
§1.1) projektu RMZ dz.U.2016 poz. 86 §3.ust 3 dotyczy zalecenia MZ w sprawie postępowania diagnostycznego i leczenia w ramach finansowania ze środków publicznych nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, które MZ <u>ogłasza, w drodze obwieszczenia</u>	Dotychczas zalecenia takie zostały ogłoszone w obwieszczeniu MZ z 2 lipca 2018r. w sprawie postępowania dotyczącego diagnostyki i leczenia raka piersi. W innych sytuacjach onkologicznych oraz terapeutycznych brak wytycznych w randze obwieszczenia. Z zapisu wynika, że nie zostanie sfinansowane leczenie spersonifikowane, poza uwzględnionym w obwieszczeniu.	Świadczeniodawca (lekarz POZ) uwzględnia zalecenia MZ w sprawie leczenia onkologicznego. Brak danych na temat zakresu objęcia refundacją metod leczenia i diagnostyki innych nowotworów.
§1.1) projektu RMZ dz.U.2016 poz. 86 §3.ust 4 dotyczy sprawozdania nr ORPHA jednostki chorobowej	Poradnie POZ również powinny mieć wgląd w dokumentację, z której wynika ew. rozpoznanie jednostki chorobowej zaliczanej do chorób rzadkich.	W uzasadnieniu brak informacji jak w świetle przepisów RODO sprawozdawczość ta dodatkowo obciąża finansowo poradnie POZ
§1.2) projektu RMZ dz.U.2016 poz. 86 dot. zmiany w załączniku nr 1 w cz. III	Zasadne.	
§1.2) projektu	Zakres rozszerzenia zasadny, ale nieadekwatna do	Nie można się zgodzić, że liczba wykonanych badań w

RMZ dz.U.2016 poz. 86 zmiany w załączniku nr 1 w cz. IV ust.2 (wykaz badań diagnostycznych w POZ 25OHD3-poziom vit D3 w surowicy	rzeczywistości wycena AOTMiT ani zakres stosowania w Uzasadnieniu do projektu. Np.: 25OHD w surowicy wg cen lab. diagnostycznych ok. 70-35 zł. Wycena AOTMiT- 15,38zł. W Uzasadnieniu dla zastosowania badania poruszono tylko przypadek niemowląt z niedowagą. <u>Kwalifikacja merytoryczna</u> do kontroli poziomu vit. D3 w surowicy to: <u>każdy</u> pacjent z cukrzycą, każdy pacjent z choroba nowotworową, każdy pacjent z zaburzeniami odporności lub po ciężkiej infekcji, każdy pacjent z niewydolnością nerek, pacjent z niewydolnością serca, reumatoidalnym zapaleniem stawów, osteoporozą, depresją, leżący, w złych warunkach socjalnych oraz każdy pacjent w wieku podeszłym. Jest to przesunięcie deficytowej (!) procedury z AOS do POZ. Bezrefleksyjne co do finansowania. Jest to przykład przejęcia finansowania przez POZ a nie NFZ. Załącznik nr 1 cz IV ust.2 RMZ w <u>nie różnicuje</u> dostępności do zakresu badań ze względu na wiek pacjenta. Konieczne jest zatem wyartykułowanie tych ograniczeń (dokładne określenie grupy wiekowej i wskazań, jeżeli jest taki zamiar ustawodawcy)	POZ będzie korespondowała z wielkością ich obecnego wykonania w AOS. Należałoby ocenić potrzeby z wykonaniem ich w AOS, na koszt pacjenta i w pakietach poza NFZ i oszacować wszystkie wskazania. Te koszty obciążą ponad refundację poradnie POZ. Przepis może być zasadny przy finansowaniu, które uwzględni rzeczywiste ceny rynkowe i fakt, że POZ nie prowadzą własnej działalności w dziedzinie diagnostyki lab.
§1.2) projektu	Nieadekwatna do rzeczywistości wycena AOTMiT ani zakres stosowania w Uzasadnieniu do projektu. W ślad za nowelizacją, poradnie specjalistyczne	Warunkiem wdrożenia jest urzeczywistnienie wyceny badań, które poza nieadekwatną wyceną AOTMiT w dużych ośrodkach, są niedostępne w mniejszych

RMZ dz.U.2016 poz. 86 zmiany w załączniku nr 1 w cz. IV ust.2 (wykaz badań diagnostycznych w POZ: Przeciwciała Ig M Borrelia afzelli Przeciwciała Ig G Borrelia afzelli Przeciwciała Ig G Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała Ig M Borrelia burgdorferi (Lyme)	będą żądały wykonania tych badań u pacjentów kierowanych do AOS	miejsowościach.
§1.2) projektu RMZ dz.U.2016 poz. 86 zmiany w załączniku nr 1 w cz. IV ust.2 (wykaz badań diagnostycznych w POZ: Wirusowe zapalenie wątroby typu C przeciwciała Ig G Wirusowe zapalenie wątroby typu C przeciwciała Ig M	Nieadekwatna do rzeczywistości wycena AOTMiT, ani zakres stosowania w Uzasadnieniu do projektu. W ślad za nowelizacją, poradnie specjalistyczne będą żądały wykonania tych badań u pacjentów otrzymujących skierowanie do AOS. Grupa docelowa w zasadzie nieograniczone.	warunkiem wdrożenia jest urzeczywistnienie wyceny badań.

Kontakt do eksperta:

Wiktor Masłowski

przewodniczący Komisji BCC ds. usług zdrowotnych

tel. 22 32 11 400

e-mail: wiktor.maslowski@bcc.org.pl

Kontakt dla mediów:

Emil Muciński

rzecznik, Instytut Interwencji Gospodarczych BCC

tel. 602 571 395, 22 58 26 113

e-mail: emil.mucinski@bcc.org.pl; instytut@bcc.org.pl

Business Centre Club istnieje od 1991 roku. Jest prestiżowym Klubem przedsiębiorców i największą w kraju, ustawową organizacją indywidualnych pracodawców. Grupa BCC składa się z Klubu BCC, Związku Pracodawców BCC i Studenckiego Forum BCC. Członkowie BCC zatrudniają ponad 400 tys. pracowników, obroty firm sięgają 20 miliardów złotych. Wśród członków BCC znajdują się największe korporacje krajowe i zagraniczne. Członkami Klubu są także uczelnie wyższe, wydawnictwa, szpitale, prawnicy, dziennikarze, naukowcy, lekarze, wojskowi i studenci. BCC prowadzi działania w blisko 250 miastach i 23 łóżach regionalnych na terenie całej Polski. Koncentruje się na działaniach na rzecz rozwoju gospodarki i pomocy przedsiębiorcom. BCC jest członkiem Rady Dialogu Społecznego. Koordynatorem wszystkich działań BCC jest Marek Goliszewski.

Kontakty prasowe: <http://www.bcc.org.pl/Eksperci.244.0.html>, więcej: <http://www.bcc.org.pl> oraz <http://www.facebook.com/pages/Business-Centre-Club>