

# KONKURS NA ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE JAKO PRECEDENS MAP ZAPOTRZEBOWANIA ZDROWOTNEGO

## *A TENDER FOR HIGHLY SPECIALIZED SERVICES PRESENTED AS MAPS PRECEDENT OF HEALTH CARE NEEDS*

Hanna Waligórska<sup>1</sup>, Erwin Strzesak<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Elektroradiologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### STRESZCZENIE

Celem artykułu jest omówienie problematyki konkursu na świadczenia wysokospecjalistyczne, w świetle zapisów znowelizowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Autorzy analizują, czy jest możliwe kontraktowanie świadczeń wysokospecjalistycznych zgodnie z założeniami ustawy, tj. na podstawie map potrzeb zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** świadczenia zdrowotne, świadczenia wysokospecjalistyczne, mapy potrzeb zdrowotnych, wojewódzkie rady ds. potrzeb zdrowotnych.

### ABSTRACT

The object of this article is discussion about problematic aspects of a highly specialized provision tender, in light of the provisions of the amended Act of 27 August 2004 about health provision financed by public funds. Authors analyse if contracting of highly specialized provision is possible in accordance to the act i.e. based on the map of health care needs.

**Keywords:** medical services, highly specialized services, maps of health care needs, provincial Affairs Council for the health needs.

## Wstęp

Ministerstwo Zdrowia sukcesywnie od 2000 roku przekazywało finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych do Kas Chorych, następnie do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczenia wysokospecjalistyczne przestały być finansowane z budżetu państwa między innymi ze względu na duży postęp w technologii medycznej, co spowodowało, że procedury te stały się bardziej dostępne. Na przykład żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, tlenoterapia czy też podawanie chemii w chorobach nowotworowych albo przeszczep nerki. A wręcz powszechnymi zabiegami stały się koronaroplastyka i koronarografia.

Natomiast w to miejsce weszły inne procedury, których wykonanie jest możliwe dzięki postępowi w medycynie, ale bardzo rzadko są wykonywane i wymagają wysokiej klasy technologii i umiejętności (np. przeszczep komórek wysp trzustkowych).

Zgodnie z zapisami znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, procedury wysokospecjalistyczne od 2015 r., poza metodą *in vitro*, będą tylko w kompetencjach Narodowego Funduszu Zdrowia i to on zajmie się kontraktowaniem tych świadczeń.

Nowelizacja ustawy wnosi jeszcze jedną zmianę co do kontraktowania świadczeń od 2015 roku. Otóż świadczenia w latach następnych będą kontraktowane na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych. Regionalne mapy zdrowotne dla danego województwa będą sporządzane przez wojewodę w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Ustawodawca wyszedł z założenia, że dzięki temu zostaną ustalone priorytety zdrowotne dla danego regionu. Będzie można dokładnie monitorować potrzeby zdrowotne mieszkańców danego regionu oraz obserwować efekty zdrowotne.

Ustawodawca ma również nadzieję, że dzięki mapom zdrowotnym pacjenci zyskają bardziej zrównoważony dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie sporządzonych map regionalnych potrzeb zdrowotnych, ogłaszane będą przez NFZ konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach i zakresach [1]. I w tym momencie należałoby się zastanowić, w jaki sposób i na jakich zasadach NFZ będzie kontraktował świadczenia wysokospecjalistyczne. Co do ich finansowania według obietnic i słów zawartych na Portalu Medycznym, rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia oświadczył, że środki finansowe na tego typu świadczenia

zostaną przekazane do NFZ na zasadach dotacji [2]. Zresztą gwarantuje to ustawa.

Również świadczy o tym treść komunikatu Rzecznika prasowego Ministra Zdrowia w sprawie procedur wysokospecjalistycznych, cyt: „Projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw nie zmienia ani wykazu świadczeń wysokospecjalistycznych, ani wysokości środków finansowych. Projekt ten powierza wyłącznie kontraktowanie i rozliczanie świadczeń wysokospecjalistycznych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który będzie otrzymywał na ten cel dotację z budżetu państwa, co jasno wynika z art. 97 ust. 8 i 97 ust. 3 pkt 2b projektu nowelizacji” [3].

Pytanie jakie należy sobie zadać, to w jaki sposób środki finansowe będą dzielone między poszczególne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia?

Autorzy artykułu, jako praktycy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, nie mają wątpliwości, że ogłoszenie konkursu na wszystkie świadczenia wysokospecjalistyczne we wszystkich oddziałach NFZ nie ma głębszego sensu, choćby ekonomicznego. Mamy wrażenie, że brakuje odważnych, którzy wprost powiedzą, że nowelizacja ustawy ma między innymi na celu określić warunki ekonomiczne, które są w oficjalnych wypowiedziach pomijane. Nie w każdym województwie jest wysokospecjalistyczna kadra medyczna i wysokiej klasy technologie medyczne, by Narodowy Fundusz Zdrowia ogłaszał konkursy ofert na tego typu świadczenia.

Ustawodawca bowiem do końca nie wzięt pod uwagę, że świadczenia wysokospecjalistyczne w obszarze kraju są dość rzadko wykonywane. Nie mogą być kontraktowane, tak jak pozostałe powszechnie i epidemiologicznie zmierzona zachorowalność. Łatwiej jest obliczyć ile na dziesięć tysięcy mieszkańców zachoruje np. na zawał serca niż na nowotwór trzustki.

Wydaje się, że z ekonomicznego punktu widzenia nie ma potrzeby kontraktowania świadczeń wysokospecjalistycznych w oparciu o regionalne mapy zdrowotne. Wręcz jest to niemożliwe.

Poza tym należałoby dostosować zapisy rozporządzeń i zarządzeń Prezesa NFZ do rzeczywistych potrzeb i sposobu finansowania tych świadczeń. Ponadto należy rozważyć, czy świadczenia wysokospecjalistyczne nie powinny być kontraktowane przez Centralę NFZ?

W powyższych założeniach należy jeszcze wziąć pod uwagę możliwości zatrudnienia personelu medycznego. Może bowiem w przyszłości okazać się, że w danym regionie zabraknie fachowego personelu medycznego, by zaspokoić potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Co wtedy zrobią wojewódzkie Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych? Czy nowelizacja ustawy faktycznie gwarantuje realną politykę zdrowotną?

Przekonamy się o tym wkrótce. W Poznaniu 31 marca br. została powołana jako pierwsza w kraju Wojewódzka Rada ds. Potrzeb Zdrowotnych. Rada między innymi będzie decydować o celowości powstania nowych podmiotów leczniczych w rodzaju lecznictwo szpitalne lub w rodzaju ambulatoryjna opieka zdrowotna, ale to dopiero od czerwca 2016 r. Warto zapoznać się z tym rozdziałem ustawy!

Czy tworzenie map zdrowotnych przez kolejną komórkę urzędników wpłynie na poprawę jakości udzielonych świadczeń? Mamy co do tego wątpliwości. Były już RUM-y tj. Rejestr Usług Medycznych, Kasy Chorych które zastąpił Narodowy Fundusz Zdrowia. Czy jest granica wprowadzanych zmian, ponoszonych kosztów, które dadzą gwarancję usług zdrowotnych na profesjonalnym poziomie dla wszystkich pacjentów? Czy ktoś zadaje sobie pytanie na ile personel medyczny jest w stanie pomagać pacjentom przy spadku ilości pielęgniarek i specjalistów, a wzroście firm inwestujących na rynku zdrowia, który udziela świadczeń zdrowotnych na zasadzie abonamentowej? Kto będzie przyjmował tych pacjentów, czy Ci sami lekarze co w ramach umów z NFZ? To takie wchodzenie ubezpieczeń dodatkowych tylnymi drzwiami. Ustawodawcy bowiem zabrakło odwagi by wprowadzić oficjalne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne – jak to było określane w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. A może wystarczyłoby zastosować zapis: kto pracuje w ramach umów z NFZ nie może już świadczyć usług prywatnie? Na te i inne pytania odpowiedzi otrzymamy wkrótce. Jednak najważniejsze, że mamy krótką ścieżkę onkologiczną, a już wkrótce zaczną funkcjonować mapy potrzeb zdrowotnych.

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

### Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
2. Portalmedyczny.pl/1706/1879/21.06.2014
3. <http://www.mz.gov.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/komunikat-rzecznika-prasowego-ministra-zdrowia-ws.-procedur-wysokospecjalistycznych>

---

Zaakceptowano do edycji: 2015-02-10  
Zaakceptowano do publikacji: 2015-03-30

### Adres do korespondencji:

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
ul. Garbary 15  
61-866 Poznań,  
tel./fax: 61 8850749  
e-mail: hanna.waligorska@wco.pl