

Pieluchy czy operacje?

z Wiceministrem Zdrowia Rafałem Nizankowskim rozmawia Maria Weber



Panie Ministrze, od początku 2004 roku obowiązuje w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne tzw. system otwarty. W stosunku do innych działów zaopatrzenia medycznego jest to system nowatorski. Czy Pana zdaniem system ten się sprawdził?

Myślę, że osoby korzystające z tego systemu są zadowolone. Problemy, które występowały na początku roku zostały przezwyciężone i obecnie zaopatrzenie odbywa się już właściwie. Fakt, iż system otwarty został wpisany do nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczy, że został on pozytywnie oceniony przez ustawodawcę. Istnieje jednak drugi aspekt tej sprawy. Cokolwiek można powiedzieć o nowym systemie zaopatrzenia, brakuje jego oceny działania, na przykład skutków na budżet państwa, funduszu zdrowia, na budżety domowe, itp. Do ekspertów powinna należeć ocena, jak racjonalnie wydawać pieniądze, aby uzyskać lepszy efekt dla pacjentów. Wprowadzając pewne rozwiązania nie dokonujemy prognozy jego realizacji. Nie zamawiamy oceny u niezależnych ekspertów. Najczęściej składamy ją na barki osób, które bezpośrednio odpowiadają za wdrożenie. Występuje więc typowy konflikt interesu. W wielu krajach zleca się badania jednostkom typu healthservice research, czyli niezależnym ośrodkom. W Polsce nadal nie ma tego obyczaju. U nas dominują badania biomedyczne. Dlatego każdej grupie pacjentów wydaje się, że może naciskać i decydować o podziale pieniędzy.

W przypadku systemu otwartego w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne skarb państwa nie ucierpiał, ponieważ przeznaczono na nie tyle samo ile w poprzednim roku, czyli w systemie zamkniętym. Można więc nawet stwierdzić, że pieniądze na ten cel jest mniej, ponieważ powiększył się krąg pacjentów. Wchodząc do Unii Europejskiej oddalamy się zatem od jej standardów. Nawet rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych... nadal stosuje określenia, które nie pozwalają na jednoznaczne przypisanie konkretnej jednostki chorobowej. Jest to terminologia opisowa, a nie fachowa, zalecana przez International Continence Society i International Consultations on Incontinence. Inny problem to zwiększenie dostępu do środków pomocniczych. W wielu krajach są one rozdawane bezpłatnie lub przynajmniej w liczbie zapewniającej codzienną higienę osobistą.

Na razie za wcześnie mówić o zmianach. Nadal obowiązują rozporządzenia z 13 maja 2003 roku. Nowe muszą zostać wydane do końca 2004 roku. W trakcie prac nad nimi zostaną rozpatrzone propozycje zmiany kryteriów przyznawania przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Udział pacjenta w cenie produktu jest zdecydowanie wyższy niż w innych krajach Unii Europejskiej. Czy Ministerstwo Zdrowia rozważa możliwość podniesienia refundacji choćby o 5 procent?

Odpowiedź na to pytanie wymaga przypomnienia, że świadczenia zdrowotne są finansowane w dwojaki sposób: poprzez samych zainteresowanych, którzy płacą za leki i świadczenia oraz pozostałych, którzy wnoszą opłaty na zasadzie solidaryzmu społecznego. Decydując zatem o finansowaniu świadczeń trzeba pamiętać o interesach obu stron. Na razie reprezentowany jest interes pacjentów poprzez przedstawicieli różnych stowarzyszeń. Brakuje natomiast obrony interesu zdrowych, którzy płacą składki i nie korzystają ze świadczeń. Każdy wzrost wysokości składki przede wszystkim ich dotyka. Zwiększenie refundacji wymaga zwiększenia składki wnoszonej przez zdrowych obywateli. W bogatych krajach Unii Europejskiej to właśnie dzięki nim można refundować

produkty w całości lub prawie w 100 procentach. Polska zmierza również do podobnej refundacji, ale na razie musimy ustabilizować system opieki zdrowotnej, rozwiązać problemy zadłużonych szpitali, itd. Myślę, że przyjdzie czas, aby zastanowić się nad mechanizmem finansowania niektórych świadczeń w drodze solidaryzmu społecznego.

Ale wzrost wysokości składki jest już przesądzony. Czy nie powinny z niej skorzystać osoby niepełnosprawne czy cierpiące na nietrzymanie moczu? Przydział refundowanych 60 sztuk pieluch czy pieluchomajtek miesięcznie jest poza standardem europejskim.

Być może, po analizie finansowej, okaże się to możliwe, ale zastanawiam się czy zastosowanie tej technologii, w porównaniu z metodami operacyjnymi, jest słusze ekonomicznie i bardziej racjonalne. Być może gdyby więcej pieniędzy przeznaczyć na zabiegi, u większości pacjentów nastąpiłaby radykalna poprawa i nie musieliby zakładać niewygodnych i wstydliwych dla nich pieluch. Ale ten punkt widzenia wymaga również analizy. Dlatego jednym z moich celów w Ministerstwie Zdrowia jest stworzenie systemu oceny technologii medycznych i przygotowanie projektu powołania Agencji Oceny Technologii Medycznych. Agencja zajmie się między innymi zagadnieniem ewentualnego zwiększenia liczby operacji czy wszczepiania stymulatorów kosztem wydatków na pieluchomajtki. Być może też okaże się, że pieluchomajtki są najtańszym rozwiązaniem. Ale tego właśnie nie wiemy. Agencja powinna ruszyć w połowie 2005 roku. Wydaje mi się, że organizacje reprezentujące pacjentów dotkniętych nietrzymaniem moczu będą się upominać, aby taka analiza powstała jako jedna z pierwszych.

Czy Ministerstwo Zdrowia zamierza zmienić kryteria w stosunku do oferty prezentowanej przez producentów?

Nowa ustawa przewiduje wydanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia regulującego wymagania, jakim powinien podlegać lokal podmiotu świadczącego usługi zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, określając przede wszystkim jego organizację i wyposażenie. Pozwoli to na uniknięcie pojawienia się na rynku podmiotów nierzetelnych.

Dziękuję Panu za rozmowę.