

Kontrowersje wokół podwyżek wynagrodzeń i refundacji wyrobów medycznych

Violetta Madeja



Fot. I.M.R - stock.adobe.com

Miniony kwartał przyniósł wiele, niekoniecznie korzystnych, zmian w opiece zdrowotnej. Wprowadzona do porządku prawnego nowelizacja ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia w ochronie zdrowia sprawiła, że niemal cały system skoncentrował się na próbach wdrożenia jej zapisów w życie. Wiele emocji - tym razem wśród pacjentów - wzbudził również projekt rozporządzenia w sprawie zmian w refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Obowiązująca w nowym brzmieniu od 1 lipca br. tzw. ustawa o płacach minimalnych w zdrowiu od samego początku jej procedowania budziła wiele kontrowersji. Po jej przyjęciu okazało się, że wiele placówek medycznych zostało z jej powodu postawionych przed faktem konieczności sfinansowania podwyżek, jakich oczekiwali pracownicy. Jednak algorytm opracowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i zastosowany do wyliczenia należnych każdej placówce środków

nie odpowiada rzeczywistości, co przełożyło się na brak dodatkowego finansowania. W najtrudniejszej sytuacji znalazły się szpitale powiatowe oraz podmioty realizujące świadczenia w zakresie opieki długoterminowej.

Według Władysława Perchaluka, szefa Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, w każdym z 20 śląskich szpitali skupionych w tej organizacji niedoszacowanie dotyczące podwyżki wynagrodzeń wynosi od kilkudziesięciu do kilkuset tysięcy złotych miesięcznie. W efekcie już teraz placówki te borykają się z problemami kadrowymi, które w kolejnych miesiącach jeszcze się pogłębią. Podobną sytuację obserwuje się w całym kraju. - *Spośród 30 szpitali powiatowych z Wielkopolski w 17 przekazane przez NFZ środki nie wystarczyły na podwyżki. Co więcej, żadnemu nie wystarczyło środków na pokrycie rosnących kosztów inflacji. W sumie brakuje nam prawie 20 milionów złotych w skali miesiąca. Przewidywana strata na koniec roku w naszych szpitalach jest najgorsza od wielu, wielu lat* - ostrzega Remigiusz Pawelczak, dyrektor Szpitala w Szamotułach.

Opieka długoterminowa też nie udźwignie podwyżek

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska wskazuje, że ofiarą ustawy płacowej padli świadczeniodawcy opieki długoterminowej. - *Jeżeli nic się nie zmieni, to w ciągu miesiąca opieka długoterminowa w poważnym zakresie przestanie funkcjonować. Ofiarą padły podmioty świadczące pielęgniarstwo długoterminową opieką domową i zatrudniające pielęgniarki na etat. Niestety według naszych wyliczeń nie otrzymały one wystarczających środków, zdarza się również, że świadczeniodawcy się nie bilansują i podmioty te muszą dokładać do realizacji świadczeń* - tłumaczy.

Słowa te znajdują potwierdzenie również w opinii dra n. med. Iwony Markiewicz, konsultantki wojewódzkiej pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa śląskiego. Jej zdaniem w wielu przypadkach przedstawione w aneksach do umów z NFZ stawki nie pokrywają kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w związku z udzielaniem świadczeń.

Obawy związane z załamaniem rynku świadczeń opieki długoterminowej podzielają również członkowie Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, którzy po raz kolejny przypomnieli swój apel o pilne zwiększenie finansowania dla świadczeń opiekuńczo-leczniczych oraz opiekuńczo-pielęgnacyjnych. - *Jesteśmy świadomi potrzeb płacowych wszystkich grup zawodowych w ochronie zdrowia, ale nie możemy się zgodzić, żeby realizowana właśnie zmiana odbywała się kosztem opieki długoterminowej* - mówi Magdalena Osińska-Kurzywik, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. - *Poprzedni wzrost płac minimalnych miał miejsce rok temu i dzisiaj wiemy, że drugiej tak gwałtownej zmiany na rynku pracy opieka długoterminowa nie przetrwa bez odpowiednio wysokiego podniesienia taryf za świadczenia. Personel medyczny, w tym pielęgniarstwo, oczekuje wyższych wynagrodzeń, ale świadczeniodawcy nie będą mieli mu z czego płacić. Należy więc liczyć się z sytuacją, że w krótkim czasie nastąpi seria wypowiedzeń umów na tego rodzaju świadczenia* - dodaje.

Jakie zmiany są przewidywane w „rozporządzeniu wyrobowym”?

W resorcie zdrowia trwają prace nad uwagami do projektu rozporządzenia w sprawie zmian w refundacji wyrobów medycznych na zlecenie. Zdaniem branży przedstawiona nowelizacja dokumentu jest jedną z najszerszych, jakie zaproponowano w ostatnich latach. W dokumencie, obok zmian istotnych dla pacjentów korzystających z produktów stomijnych oraz środków chłonnych (piszemy o nich

szerzej na str. 4 w artykule "Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu"), przewidziano również wzrost limitów (o 50 proc.) na aparaty słuchowe, zwiększenie poziomu finansowania soczewek okularowych, wprowadzenie do refundacji wyrobów stosowanych w leczeniu obrzęku limfatycznego oraz wprowadzono szereg zmian w refundacji wózków inwalidzkich. Rozszerzono również



Fot. MOZCO Mat Szymański - stock.adobe.com

wskazania dla wybranych systemów ciągłego monitorowania glikemii.

- *Duża zmiana in plus dotyczy pacjentów z obrzękami limfatycznymi. Tu również udało się wypracować rozwiązanie pozwalające na zachowanie ciągłości terapii, czyli zaopatrzenie raz na pół roku oraz szerszą pulę produktów. Jednak trzeba mieć na uwadze zmiany, które nas niepokoją, a dotyczą pacjentów ze stomią i środków chłonnych. Wydzielenie poszczególnych rodzajów wyrobów stosowanych u stomików może wprowadzić chaos w systemie wypisywania zleceń i zwiększy biurokrację. Istotnym niekorzystnym novum jest także wprowadzenie współpłacenia dla tej grupy odbiorców* - ocenia Agnieszka Wiśniewska, prezes Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego Technomed.

Natomiast Arkadiusz Grądkowski, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych Polmed przyznaje, że pomimo zapowiedzi nowelizacji rozporządzenia, jego organizacja nie spodziewała się tak dużych zmian w zakresie m.in. wyrobów chłonnych, wózków inwalidzkich czy produktów stomijnych. Przedstawiciel Polmedu wskazuje, że w przypadku wyrobów stomijnych, zaproponowane zmiany są nietrafione i w praktyce mogą pogorszyć sytuację pacjentów, wpłyną też negatywnie na możliwość zaopatrywania się w odpowiednie wyroby, które są potrzebne do codziennego funkcjonowania. - *Niekorzystną zmianą [dla pacjentów z wylonioną stomią - przyp. red.]*



jest wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych, który wynosi 10 lub 20 proc. Jest to ewidentna zmiana na niekorzyść pacjentów, którzy przez ostatnie 20 lat nie byli zobowiązani do udziału własnego w limicie finansowania ze środków publicznych - ocenia Arkadiusz Grądkowski.

Stomicy są grupą pacjentów, która nie zgadza się na zmiany w sposobie refundacji wyrobów medycznych w kształcie proponowanym w projekcie. Ich zdaniem nie do zaakceptowania jest propozycja wprowadzenia dopłat dla osób dorosłych do odbieranego sprzętu stomijnego w wysokości 10 proc. na worki i płytki oraz 20 proc. na środki do pielęgnacji.

Dorota Kaniewska, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO, w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM podkreśliła, że tak radykalne zmiany w projekcie przygotowanym przez resort zdrowia bardzo negatywnie zaskoczyły pacjentów. Zapowiedziała również, że jej organizacja będzie do końca walczyć o utrzymanie jednego kodu na refundację wyrobów stomijnych. - *Ponadto będziemy apelować o zwiększenie limitów kwotowych do 400 zł w przypadku kolostomii, 500 zł - ileostomii, a 600 zł - urostomii. Przypomnę, że limity są niewaloryzowane od roku 2003! Wynoszą odpowiednio: 300 zł, 400 zł i 480 zł. Oficjalny poziom inflacji, podawany przez GUS, od 2003 do 2021 roku to 42 proc. plus ten rok, jak wiemy - kilkanaście procent, a to oznacza realny spadek o ponad 50 proc!* - wylicza Dorota Kaniewska.

Z kolei Fundacja STOMAlife podkreśla, że przy wyliczaniu limitów resort zdrowia przyjął dawno nieaktualne już ceny produktów, a ponadto dostęp do środków

do pielęgnacji ograniczył wyłącznie do 1 pasty stomijnej na miesiąc, 15 pierścieni lub 30 półpierścieni oraz 30 sztuk chusteczek lub 1 sprayu do usuwania przylepca. Pod petycją o utrzymanie obecnego sposobu refundacji oraz urealnienie limitów stomijnych do 450 zł dla kolostomii, 600 zł dla ileostomii oraz 650 zł dla urostomii podpisało się do tej pory ponad 13 tysięcy osób. Zdaniem Agnieszki Siedlarskiej z Fundacji STOMAlife ta grupa pacjentów potrzebuje dostępu do wysokiej jakości sprzętu stomijnego z uwzględnieniem spersonalizowanej możliwości doboru produktów.

Proponowane zmiany nie satysfakcjonują również pacjentów zrzeszonych w Stowarzyszeniu Osób z NTM „UroConti”, którzy obawiają się nowej kategoryzacji środków chłonnych (piszemy o tym na str. 4 w artykule "Kryterium chłonności nie decyduje o jakości produktu").

Będą zmiany w refundacji leków

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski zapowiedział również powrót do prac nad nowelizacją ustawy refundacyjnej. Projekt przewidujący m.in. zmiany w częstotliwości publikowania list refundacyjnych oraz dający ministrowi zdrowia większą swobodę wpływania na kryteria kwalifikacji w programach lekowych miał zostać przekazany na Komitet Stały Rady Ministrów. Ma on również zmieniać wysokość marż hurtowych i aptecznych, co jest odpowiedzią resortu na pojawiające się głosy dotyczące rosnących kosztów dystrybucji leków. Ostatecznie jednak dokument jest na etapie dalszych prac koncepcyjnych rządu.