

Warszawa, 24 maja 2021 r.

CML/0156/05/2021/BO/BR

Pan
Dr n. ekon. Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Dotyczy: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z opublikowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej uprzejmie proszą Pana Ministra o przyjęcie poniższego stanowiska i podjęcie stosownych działań, które pozwolą uniknąć różnicowania pacjentów z nieuzasadnionych powodów medycznych.

Mimo iż przedmiotowe rozporządzenie dotyczy pilotażu, którego celem będzie ocena organizacji, jakości i efektów opieki kardiologicznej nad pacjentem, skoordynowanej w ramach zinstytucjonalizowanej sieci kardiologicznej tylko w województwie mazowieckim, to w naszej ocenie należy dokonać jego niezwłocznej nowelizacji, aby nie powielać błędnych założeń w kolejnych województwach.

Zgodnie z wyżej wymienionym rozporządzeniem w skład sieci kardiologicznej wejdą poradnie kardiologiczne, oddziały kardiologiczne, pracownie hemodynamiki oraz regionalny ośrodek koordynujący, przy współpracy z POZ. Problemem jest jednak kwalifikacja poszczególnych ośrodków do danego poziomu sieci kardiologicznej. Zgodnie z definicjami zawartymi w rozporządzeniu:

- ośrodkiem I poziomu jest podmiot leczniczy zapewniający leczenie w ramach ambulatoryjnej poradni kardiologicznej lub oddziału o profilu kardiologicznym;
- ośrodkiem II poziomu jest podmiot leczniczy zapewniający leczenie w ramach ambulatoryjnej poradni kardiologicznej oraz oddziału o profilu kardiologicznym w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali), który realizuje 45 zabiegów ablacji rocznie oraz utrzymuje całodobowy dyżur pracowni hemodynamiki.

Zawężenie definicji poziomów sieci kardiologicznej do „sieci szpitali” bez wyraźnego uzasadnienia medycznego ogranicza pacjentom w znaczny sposób dostęp do pozostałej opieki kardiologicznej. **Jest to medycznie oraz organizacyjnie nieuzasadnione, ponieważ istnieje znaczna liczba podmiotów leczniczych poza miastami wojewódzkimi, które – poza włączeniem do „sieci szpitali” – spełniają wskazane warunki kwalifikacji do II poziomu sieci kardiologicznej.** Należy podkreślić, że bardzo często są to wysoko wyspecjalizowane

podmioty posiadające od wielu lat umowy z NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne, **które jednak nie zostały zakwalifikowane do sieci szpitali ze względu na przyjęte przez ustawodawcę kryteria.**

W przypadku gdyby wobec przyjęcia takich założeń sieć kardiologiczna na terenie Polski została uformowana w kształcie określonym w rozporządzeniu, to mechanizm jej działania spowodowałby, że pacjenci nie będą kierowani na leczenie do placówek, które od samego początku, tj. od kilkunastu lat dynamicznego rozwoju kardiologii w Polsce, tworzyły mapę kardiologii zabiegowej.

Ograniczenie w najbliższym miejscu zamieszkania pacjentów liczby ośrodków włączonych do II poziomu sieci kardiologicznej spowoduje, że będą oni musieli, tak jak przed kilkunastoma laty, dojeżdżać na zabiegi (np. elektrokardologii) do ośrodków ulokowanych tylko i wyłącznie w dużych miastach. Kilka ostatnich lat to czas promowania strategii równiejszego dostępu dla pacjentów do leczenia wysokospecjalistycznego poza obszarami dużych ośrodków miejskich. Rozporządzenie w jego obecnym kształcie jest swoistym „krokiem w tył”, kiedy to po wieloletnich pracach nad decentralizacją wysokospecjalistycznego leczenia polska kardiologia zawróci w kierunku ponownej centralizacji. Pracodawcy RP pragną wyrazić głębokie zaniepokojenie próbą wprowadzenia takich rozwiązań, ponieważ nie jesteśmy w stanie stwierdzić przemawiających za nim korzyści, a jedynie krok w stronę zniweczenia wielu lat pracy nad tym, aby kardiologia w Polsce była na takim poziomie, na jakim jest dzisiaj.

Należy zwrócić uwagę, że pacjenci kardiologiczni to w przeważającej większości osoby starsze, które ze względu na swój wiek lub inne schorzenia nie mają pełnej samodzielności w zakresie transportu poza stałe miejsce zamieszkania. W takiej sytuacji muszą korzystać z transportu publicznego (czasochłonnego i funkcjonującego w ograniczonym zakresie w małych miejscowościach lub w regionach o małym zagęszczeniu ludności) albo angażować w organizację transportu swoją najbliższą, przeważnie czynną zawodowo, rodzinę, co powoduje, między innymi absencję w pracy. Należy zaznaczyć, że proces leczenia poza miejscem zamieszkania to nie jest działanie jednorazowe. Obejmuje on zarówno kwalifikację, leczenie, jak również wizyty kontrolne po zabiegu, które prowadzone są najczęściej przez jednostkę, w której dany zabieg był wykonywany.

Sama kwalifikacja do II poziomu sieci kardiologicznej na podstawie doświadczenia i prowadzenia całodobowego dyżuru jest słuszna. Uzasadnienia nie znajduje tylko ograniczenie w postaci wymogu włączenia do „sieci szpitali”, ponieważ placówki medyczne, których do niej nie zakwalifikowano najczęściej spełniają wszelkie pozostałe wymagania organizacyjne i medyczne oraz posiadają odpowiednio wykwalifikowaną kadrę z wieloletnim doświadczeniem. Takie rozróżnienie może nosić znamiona nierównego traktowania szpitali ze względu na sposób finansowania świadczeń realizowanych przez dany ośrodek.

Analogicznie nieuzasadniony organizacyjnie i medycznie jest wymóg jednoczesnego zapewnienia udzielania przez placówkę zakwalifikowaną do II poziomu sieci kardiologicznej świadczeń w poradni kardiologicznej, finansowanej przez NFZ także w ramach „sieci szpitali”. W naszej ocenie do sieci kardiologicznej powinny być dopuszczone wszystkie podmioty lecznicze spełniające kryteria kwalifikacji do II poziomu sieci kardiologicznej, które zapewniają dostęp do poradni kardiologicznej, jednakże bez konieczności posiadania umowy z NFZ w tym zakresie. Według naszej wiedzy w Polsce funkcjonują szpitale, które spełniają kryteria kwalifikacji do II poziomu, lecz nie posiadają poradni w ramach ryczałtowego finansowania sieci szpitali lub w ogóle nie posiadają poradni w swojej strukturze organizacyjnej. Za przyjęciem takiej koncepcji przemawiałby fakt braku konkursów

ogłaszanych przez NFZ w okresie ostatnich lat oraz kryteria rankingujące utrudniające nowym podmiotom uzyskanie kontraktu w ramach postępowań konkursowych (np. ze względu za przyznawanie dużej liczby punktów za tzw. „ciągłość leczenia”, których nowe podmioty nie są w stanie nadrobić, często nawet uzyskując maksymalne możliwe wartości punktów za pozostałe kryteria).

W uzasadnieniu do rozporządzenia Minister Zdrowia wskazał, że tworząc „sieć kardiologiczną”, wzorował się na „sieci onkologicznej”, która również jest obecnie w fazie pilotażu. Dlatego zastanawiającym jest przyjęcie odmiennych kryteriów kwalifikacji dla pilotażu „sieci kardiologicznej”, zwłaszcza wobec braku medycznego i merytorycznego uzasadnienia dla takiego działania. W ramach przepisów regulujących pilotaż „sieci onkologicznej” nie ma wymogu, aby ośrodek zakwalifikowany do któregośkolwiek poziomu musiał funkcjonować w ramach „sieci szpitali”.

Ponadto po raz kolejny pragniemy wyrazić zaniepokojenie sposobem prowadzenia procesu legislacyjnego przez Ministra Zdrowia. Opisane powyżej zastrzeżenia, w głównej mierze, związane są z przepisami, które nie były zawarte w pierwotnej wersji projektu rozporządzenia, który był przedmiotem konsultacji publicznych. Jest to kolejny przykład gdy kluczowe zmiany wprowadzane są na etapie, kiedy przedstawiciele strony społecznej nie mają już oficjalnej drogi dla zgłoszenia swoich zastrzeżeń i choć minimalnej nadziei na wysłuchanie.

Wobec powyższego, w ocenie Pracodawców RP zasadnym jest zapewnienie równego dostępu do leczenia w ramach sieci kardiologicznej poprzez usunięcie sztucznych barier wprowadzonych do rozporządzenia na ostatnim etapie prac. Dlatego apelujemy o to, aby Minister Zdrowia dokonał niezwłocznej zmiany rozporządzenia poprzez określenie, że do II poziomu w ramach sieci kardiologicznej mogły być zakwalifikowane także podmioty lecznicze, które – poza spełnianiem kryteriów kwalifikacji do II poziomu – posiadają umowy z NFZ na zabiegowe kardiologiczne leczenie szpitalne, niezależnie od ich przynależności do „sieci szpitali”, jak również te placówki, które realizują świadczenia w poradniach kardiologicznych nieposiadających umowy z NFZ (ewentualnie prosimy o rozważenie rezygnacji z powiązania kryterium kwalifikacji do II poziomu sieci kardiologicznej od posiadania poradni kardiologicznej).

Z wyrazami szacunku

Prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej

Wiceprezydent Pracodawców RP



Anna Rulkiewicz

Wiceprezydent Pracodawców RP



Dr Andrzej Mądrala