

Oświadczenie złożone przez senatora Ryszarda Majera na 17. posiedzeniu Senatu w dniu 12 maja 2016 r.

Oświadczenie skierowane do pełniącego obowiązki prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Andrzeja Jacyny

Szanowny Panie Prezesie!

Współczesne procesy demograficzne cechuje szybkie starzenie się społeczeństwa. W Polsce populacja osób w wieku powyżej 65 roku życia stanowi obecnie ok. 14,7%, a w 2035 r. ich udział w ogólnej populacji wzrośnie do ponad 23%. Dlatego w sposób istotny wzrasta rola podmiotów zdrowotnych odpowiedzialnych za odpowiednie zabezpieczenie medyczne tej części społeczeństwa.

W ubiegłym roku Najwyższa Izba Kontroli ogłosiła wyniki przeprowadzonej kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”, która została podjęta z inicjatywy własnej NIK w ramach priorytetowego kierunku kontroli na 2014 r. „Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej”. Celem kontroli była ocena funkcjonowania opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Badaniami kontrolnymi, które przeprowadzono w okresie od 15 maja 2014 r. do 3 listopada 2014 r., objęto okres od 1 stycznia 2011 r. do czasu zakończenia czynności kontrolnych.

W analizie NIK wskazano m.in. następujące kwestie.

1. Narodowy Fundusz Zdrowia nie określił warunków finansowania opieki medycznej odrębnych dla osób w podeszłym wieku. Ogranicza to dostęp starszych pacjentów do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej oraz zawyża koszty leczenia pacjentów geriatrycznych.

2. Planowanie świadczeń dla osób w wieku powyżej 60 roku życia w 14 z 16 oddziałów NFZ nie było poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym. W OW NFZ świadczenia dla tych pacjentów kontraktowane były dla obszaru całego województwa. Taki obszar podyktowany był ograniczoną liczbą potencjalnych oferentów i lekarzy specjalistów.

3. Mimo systematycznego wzrostu wartości zakontraktowanych w umowach dotyczących świadczeń w zakresie geriatry pogorszył się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. W latach 2011–2014 wzrosły zarówno liczba oczekujących na świadczenia (w AOS o 25,8%, w LSZ o 225,4%), jak i czas oczekiwania (w AOS o 180,0%, w LSZ o 400,0%). Zmniejszył się również odsetek świadczeniodawców, gdzie pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania – w przypadku poradni geriatrycznych z 44% do 26%, a w przypadku oddziałów szpitalnych z 50% do 36%.

4. Dostęp do świadczeń geriatrycznych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne. Różnice pomiędzy poszczególnymi województwami w wartościach zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w 2013 r. w AOS i LSZ sięgały kilku tysięcy procent. Np. w lecznictwie szpitalnym wartość ta najniższa była w województwie mazowieckim, gdzie wynosiła 70,38 zł, a najwyższa – w województwie śląskim, gdzie wynosiła 4 tysiące 650 zł 14 gr, czyli była o 6507,2% wyższa. Średnio dla całej Polski było to 1 tysiąc 712 zł 44 gr. Ponadto w województwie warmińsko-mazurskim nie było ani jednego szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, żaden lekarz geriatra nie udzielał świadczeń na podstawie umowy z NFZ.

5. Obecny system JGP nie jest dostosowany do występującej u osób starszych wielochorobowości oraz nie w pełni odzwierciedla powody hospitalizacji i przyczyny zgonów w tej grupie osób. NFZ nie wyodrębnił dotychczas dedykowanych grup JGP w leczeniu osób starszych, które to grupy uwzględniałyby wielochorobowość, charakterystyczną dla tej grupy pacjentów. Uniemożliwiłoby to pełne odzwierciedlenie i ocenę powodów hospitalizacji oraz przyczyn zgonów w tej grupie osób. System wyceny świadczeń medycznych w ramach grup JGP (wprowadzony do rozliczania wykonanych świadczeń zarządzeniem prezesa NFZ w 2011 r.) zakłada finansowanie jednej choroby czy procedury i nie obejmuje wielochorobowości, która jest specyfiką pacjenta geriatrycznego. W NFZ trwają prace analityczne dotyczące kosztów świadczeń, czasu hospitalizacji, wieku pacjenta, chorób współistniejących i powikłań. Prace te być może pozwolą określić grupy dedykowane dla geriatry w ramach systemu JGP. Obecny system rodzi sprzeczność między zasadami postępowania medycznego a warunkami ekonomicznymi.

W nawiązaniu do przedstawionych kwestii bardzo proszę o informację, jakie działania zostały podjęte w ciągu minionego roku, by zrealizować wskazane zalecenia.

Bardzo proszę również o informację zbiorczą, jak na przestrzeni ostatnich 5 lat kształtował się zakup świadczeń geriatrycznych na terenie kraju i jakie zmiany będą następowały w tym zakresie, by upowszechnić system zabezpieczenia geriatrycznego na terenie Polski, mając na względzie wzrastającą liczbę osób w wieku senioralnym.

Bardzo proszę o zbiorcze zestawienie podmiotów (w podziale na województwa), z którymi zawierano umowy na świadczenia w trybie ambulatoryjnym i całodobowym (zarówno kwoty, jak i liczba świadczeń).

Ryszard Majer