

Wpływ epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na system opieki zdrowotnej w Polsce

WRZESIEŃ 2020



Autorzy:

Artur Fatek

Rafał Janiszewski

Krzysztof Jakubiak

Wpływ epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na system opieki zdrowotnej w Polsce

Partnerzy raportu:



MODERN HEALTHCARE INSTITUTE



Spis treści

Wstęp	1
Streszczenie	2
Część 1. Analiza ilościowa wpływu epidemii na system ochrony zdrowia	3
1.1. Dostępność świadczeń	3
1.2. Wykorzystanie kadry medycznej	3
1.3. Płynność finansowania świadczeń związanych z refundacją leków	6
1.4. Bezpośrednia dostępność leków	8
1.5. Odstępowanie pacjentów od terapii	9
Część 2. Ocena wprowadzonych na czas epidemii rozwiązań prawnych i organizacyjnych oraz ich skutki dla pacjenta, płatnika, świadczeniodawców	11
2.1. Zmiany legislacyjne wprowadzone w czasie epidemii	11
2.2. Utworzenie sieci szpitali jednoimiennych	13
2.3. Ograniczenie działalności szpitali	14
2.4. Ograniczenie kontaktów pacjentów z placówkami ochrony zdrowia	16
2.5. Dostępność świadczeń w programach lekowych i chemioterapii	17
2.6. Modyfikacja zasad wykonywania badań diagnostycznych w programach lekowych	19
2.7. Teleporady w ramach programów lekowych i chemioterapii	19
2.8. Dostępność świadczeń POZ	20
2.9. Dostępność świadczeń AOS	21
2.10. Skuteczność regulacji dotyczących refundacji	21
2.11. Telemedycyna – zalety i wady dotychczasowych rozwiązań	22
2.12. Organizacja zakupu sprzętu oraz wyrobów medycznych	22
2.13. Wyceny świadczeń i ich umiejscowienie	24
2.14. Regulacje wybranych obszarów terapeutycznych	25
Część 3. Prognoza skutków epidemii na najbliższy rok, na podstawie m.in. danych od świadczeniodawców	26
3.1. Udział przemysłu farmaceutycznego w rozwiązywaniu problemów epidemiologicznych i systemowych	26
3.2. Zmiany sytuacji finansowej płatnika publicznego, w tym budżetu, na refundację leków	27
3.3. Stabilność finansowa SPZOZ	29
3.4. Opłacalność finansowa wybranych świadczeń	30
3.5. Przekształcenia własnościowe	31
3.6. Zmiany organizacyjne w onkologii (Krajowa Sieć Onkologiczna, Narodowa Strategia)	32
3.7. Zagrożenia dla zdrowia publicznego związane z ograniczeniami aktywności społecznej	33
Część 4. Rekomendacje dotyczące zmian systemowych	34
4.1. Utworzenie jednego ośrodka monitoringu i koordynacji	35
4.2. Szczególne rozwiązania dla dziedzin krytycznych (onkologia, kardiologia, pediatria, szczepienia, neurologia, choroby rzadkie)	35
4.3. Proponowane zmiany w zakresie procedury podejmowania decyzji refundacyjnych i zakupu leków	36
4.4. Rozwiązania prawne umożliwiające zachowanie ciągłości farmakoterapii	37
4.5. Odstąpienie od konkursów ofert na programy lekowe	37
4.6. Przechodzenie leków z programów lekowych do dystrybucji w aptekach	38
4.7. Priorytety w dystrybucji środków ochrony osobistej i dezynfekcyjnych	39
4.8. Mechanizmy zapewniające dostępność rezerw	39
Akty prawne	40

Szybko rozwijające się zagrożenie dla zdrowia publicznego, spowodowane przez wirus SARS-CoV-2, wywołało wiele zmian praktycznie we wszystkich aspektach życia. Dostosowanie się do nowej sytuacji stanowiło – i stanowi nadal – wyzwanie zarówno dla społeczeństwa, jak i organów administracji państwowej.

Jako społeczeństwo doświadczyliśmy strachu przed groźnym, początkowo bagatelizowanym patogenem. Strach ten był widoczny szczególnie w pierwszej fazie pandemii. Potęgowały go powszechnie dostępne i nad wyraz sugestywne przekazy medialne z krajów mających problemy z opanowaniem fali zachorowań.

Strach ten doprowadził do paniki, której objawy wystąpiły przed ogłoszeniem przez rząd ograniczeń w przemieszczaniu się osób. Doszło do masowego wykupywania artykułów spożywczych o wydłużonym terminie przydatności oraz środków chemicznych. Praktycznie nie do zdobycia stały się środki ochrony osobistej i dezynfekcyjne. Kupowanie żywności przez Internet miało się z celem, ponieważ zapotrzebowanie było tak wysokie, że w marcu dostępne były majowe terminy dostawy. Ze względu na wprowadzenie ograniczeń w działalności gospodarczej utrudniony był dostęp do produktów, które nie są artykułami pierwszej potrzeby, co spowodowało wzrost ich sprzedaży za pośrednictwem Internetu. Panika, zwiększony popyt i podwyższone ryzyko działalności gospodarczej spowodowały wyraźny wzrost cen podstawowych artykułów. Pojawiły się nieuczciwe praktyki nawet kilkunastokrotnego zawyżania cen środków ochrony osobistej i do dezynfekcji.

Strach przed nową chorobą wywarł pozytywny wpływ na skuteczność przestrzegania ograniczeń w przemieszczaniu się osób i dystansowania społecznego. Natomiast bardzo negatywnym objawem paniki stała się wrogość w stosunku do osób podejrzanych o zakażenie i pracowników służby zdrowia.

Społeczna kwarantanna i lockdown spowodowały problemy, a nawet upadek wielu przedsiębiorstw i biznesów. Wiele osób straciło pracę lub odczuło ograniczenie dochodów. Znakiem czasu stała się praca zdalna z domu. W urzędach pojawiły się opóźnienia dotyczące spraw formalnych, utrudnione zostało wydawanie zaświadczeń, dokumentów itp. Wymuszone przejście na tryb zdalnego nauczania w szkołach i wyższych uczelniach uwidocznili ich nieprzygotowanie organizacyjne i informacyjne.

Narzucona kwarantanna społeczna stała się okazją do refleksji nad hierarchią wartości. Zyskały na znaczeniu zdrowie, rodzina, praca. Uwidocznili się jednocześnie problemy psychiczne, wynikające z odizolowania czy problemy w relacjach, związane z koniecznością stałego przebywania wszystkich domowników na małej przestrzeni. W niektórych rodzinach zwiększona została ekspozycja na przemoc domową i problemy z nadmiernym spożyciem alkoholu.

W centrum wydarzeń znalazł się system opieki zdrowotnej. Stanął w obliczu konieczności zabezpieczenia społeczeń-

stwa przed nie do końca poznanym zagrożeniem, a jednocześnie utrzymania dostępności świadczeń zdrowotnych dla wszystkich potrzebujących.

W odczuciu społecznym, w służbie zdrowia zapanował chaos organizacyjny i informacyjny.

Ujawnił się brak zapasów wyrobów medycznych (m.in. środków ochrony osobistej, środków dezynfekcyjnych, sprzętu i aparatury medycznej), a także brak planów reagowania, procedur postępowania czy środków finansowych. Wystarczyła informacja o możliwym działaniu na wirusa leku Archin, by zniknął z aptek, przez co osoby przewlekle chore leczone tym lekiem nie mogły się w niego zaopatrzyć.

Pojawiły się tworzone doraźnie, pochodzące z wielu źródeł komunikaty i polecenia dotyczące zmiany sposobu udzielania świadczeń, w tym zaprzestania udzielania świadczeń planowych. Duża część świadczeniodawców prywatnych, nawet posiadających kontrakty z NFZ, całkowicie zaprzestała działalności. Wszyscy pozostali znacznie ją ograniczyli, drastycznie ograniczając całej populacji dostęp do opieki zdrowotnej.

Pochodzące z wielu źródeł żądania, aby przekazywać różnego rodzaju informacje o zasobach świadczeniodawców, wywoływały irytację osób zarządzających. Dyrektorzy nie byli w stanie zaopatrzyć swoich pracowników w środki ochrony osobistej i oraz dezynfekcji z powodu braków na rynku, spekulacyjnych cen i nieuczciwych praktyk handlowych. Ofiarą takich działań padło także Ministerstwo Zdrowia.

Minister zdrowia starał się prowadzić politykę informacyjną w sposób wskazujący, że sytuacja jest pod kontrolą. Systematyczne konferencje prasowe z udziałem ministra początkowo podnosiły poziom emocji i lęku społecznego, ale w dłuższym okresie dały pozytywne efekty. Przede wszystkim dzięki temu, że minister nie tyle przekazywał decyzje o wprowadzonych ograniczeniach, ale wyjaśniał je i tłumaczył rozwój sytuacji w czasie epidemii. Odbiorcy mogli poczuć się lepiej poinformowani, traktowani podmiotowo, uspokojeni, a także mogli lepiej zrozumieć, dlaczego rząd wprowadza ograniczenia i zakazy.

Przekaz ministra, będącego lekarzem, zwykle mówiącego o medycznych przesłankach dla podejmowanych decyzji, był wiarygodny. Niestety zepsuty go zmienne komunikaty w sprawie stosowania maseczek ochronnych i niejasne sprawy związane z zakupami dokonanymi przez resort zdrowia. Również wartość codziennie podawanych statystyk rozwoju epidemii była dewaluowana – zwłaszcza w pierwszych tygodniach epidemii – w związku z relatywnie niewielką liczbą wykonywanych testów diagnostycznych.

Szczęśliwym zbiegiem okoliczności w okresie pandemii możliwe było wykorzystanie wprowadzonych niewiele wcześniej rozwiązań w dziedzinie e-zdrowia – przede wszystkim e-zwolnienia, teleporady i e-recepty. Umożliwiło to zmianę formy udzielania świadczeń i utrzymanie ich dostępności.

Wstęp

Najważniejsze rekomendacje sformułowane w raporcie:

1. Dbanie o wiarygodność, spójność, a także efektywność komunikacji społecznej na temat zdrowia jest konieczne. Bez których społeczeństwo nie będzie skłonne stosować się do zaleceń.
2. Właściwe przygotowanie społeczne, organizacyjne i prawne do dalszego rozwoju epidemii oraz innych zagrożeń zdrowotnych.
3. Utworzenie jednego, niezależnego od NFZ, ośrodka monitorującego, który stale – bez względu na występujące epidemie czy zagrożenia – będzie kontrolował i nadzorował kluczowe obszary ochrony zdrowia.
4. Klarowny sposób finansowania stanu gotowości i prowadzonych działań, a także rekompensat za utracone możliwości realizacji kontraktów przez podmioty lecznicze.
5. Weryfikacja i aktualizacja przygotowanych przez wojewodów planów zabezpieczenia i zarządzania kryzysowego w obszarze ochrony zdrowia. Opracowanie alternatywnych rozwiązań w zależności m.in. od rodzaju zagrożenia i jego zasięgu.
6. Zweryfikowanie listy dziedzin krytycznych dla zdrowia publicznego i opracowanie dla nich szczególnych rozwiązań (onkologia, kardiologia, pediatria, szczepienia, neurologia).
7. Zrewidowanie regulacji dotyczących zapasów strategicznych, utrzymywania zapasów w podmiotach leczniczych, podmiotach gospodarczych, a także produkcji specjalnej i dystrybucji.
8. Szkolenia i praktyczne ćwiczenia dla zarządzających podmiotami leczniczymi i personelu medycznego, a także instytucji i organizacji zaangażowanych w zwalczanie zagrożeń.
9. Zbudowanie systemu informacyjnego monitorującego krytyczne zasoby służby zdrowia.
10. Opracowanie procedur (algorytmów) postępowania z pacjentami z podejrzeniem poszczególnych stanów klinicznych.
11. Zharmonizowanie wewnętrznych procedur podmiotów leczniczych z procedurami publicznych instytucji i aparatu państwa.
12. Intensywne rozwijanie systemów informatycznych oraz zwiększanie ich stabilności (e-recepta, e-skierowanie, e-dokumentacja, itd.)

Streszczenie

Część 1.

Analiza ilościowa wpływu epidemii na system ochrony zdrowia

1.1. Dostępność świadczeń

Analiza dostępu do opieki zdrowotnej w okresie pandemii jest utrudniona, ponieważ Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia nie publikują statystyk o zrealizowanych świadczeniach. Dostępne dane, opublikowane przez NFZ, kończą się na roku 2018. Brak informacji tłumaczony jest epidemią, odstąpieniem od wymagań sprawozdawczych i obniżeniem jakości danych. Fundusz zwrócił się do świadczeniodawców o potwierdzenie realizacji świadczeń udzielonych do czerwca 2020 r. Informacje o udzielonych świadczeniach prawdopodobnie w sposób nieprzerwany trafiały do NFZ przez cały czas epidemii. Skoro Fundusz nie zawiesił działalności, nie ma dobrego uzasadnienia dla braku agregacji i analizy danych.

Według dostępnych szacunków, w czasie epidemii liczba udzielanych świadczeń znacząco spadła w porównaniu

do roku 2019. W zakresie chirurgii ogólnej, w marcu spadła o 38%, a w kwietniu już o ponad 70%. Podobnie było w ortopedii, choć nie wszystkie szpitale tak mocno ograniczyły swoją działalność. Mniejszy spadek odnotowała kardiologia i kardiochirurgia, co wynika m.in. z tego, że większość przyjęć do szpitala w tych zakresach wiązało się z ratowaniem życia. Skoro świadczenia planowe stanowią ponad 30% hospitalizacji, prawdopodobnie dlatego właśnie taki spadek odnotowały w marcu te specjalności.

Spadek liczby udzielonych świadczeń potwierdza badanie przeprowadzone przez Fundację „My Pacjenci”. Aż 70,1% respondentów wskazało w nim niemożność skorzystania z zaplanowanych wizyt, badań i zabiegów jako najważniejszy problem z ochroną zdrowia w czasie epidemii.

1.2. Wykorzystanie kadry medycznej

A. Deficyt kadr medycznych.

Ostatni opublikowany raport Głównego Urzędu Statystycznego „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 roku”, zawierający dane odnoszące się do kadry medycznej wskazuje na jej ogólny deficyt, nierównomierne rozmieszczenie i niekorzystną strukturę wieku. Co prawda wzrasta liczba osób posiadających uprawnienia do wykonywania poszczególnych zawodów (Tabela 1.), przy czym największy przyrost w 2018 r., zarejestrowano w grupie lekarzy dentyistów (o 2,4%), lekarzy (o 2,1%) oraz diagnostów laboratoryjnych (o prawie 2%), ale nie przekłada się to na liczbę osób wykonujących zawód medyczny (Tabela 2.) – spada ona w większości grup zawodowych. Wynika to z niekorzystnej struktury wiekowej osób posiadających uprawnienia i zbyt małego dopływu nowych pracowników.

B. Normy zatrudnienia

Wymagania w stosunku do świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej sformułowane w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych i określone w materiałach konkursowych NFZ mają charakter wymagań minimalnych.

Normy zatrudnienia lekarzy obowiązują obecnie tylko na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, normy określone dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii / oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii / oddziału anestezjologii dla dzieci – przewidują:

1. na pierwszym poziomie referencyjnym – równoważnik co najmniej 4 etatów – lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
2. na drugim poziomie referencyjnym – równoważnik co najmniej 5 etatów – lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
3. na trzecim poziomie referencyjnym – równoważnik co najmniej 6 etatów – lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego);
4. w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii (nie dotyczy dyżuru medycznego) – odpowiednio do potrzeb.

Od 1 stycznia 2019 r. na oddziałach szpitalnych wprowadzono nowe normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Na oddziałach o profilu zachowawczym na jedno łóżko przypada 0,6 etatu, a na oddziałach zabiegowych – 0,7. W oddziałach dziecięcych zachowawczych norma przewiduje 0,8 etatu pielęgniarskiego, a na zabiegowym – 0,9. W oddziałach: anesteziologii i intensywnej terapii / oddział anesteziologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddział anesteziologii / oddział anesteziologii dla dzieci normy te wynoszą:

1. równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii – pielęgniarka anesteziologiczna;
2. w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anesteziologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anesteziologii i intensywnej opieki, lub pielęgniarka – odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń.

Dla wielu podmiotów spełnienie tych norm było dużym wyzwaniem. Z uwagi na złą sytuację finansową, zamiast zwiększenia zatrudnienia częściej wprowadzano jedynie formalne zmiany, zmniejszając, o ile było to możliwe, liczbę łóżek w rejestrach podmiotów leczniczych, które prowadzą wojewodowie. Aby nie utracić praktycznej zdolności do wykonywania określonej liczby świadczeń zakontraktowanych z NFZ, bazę łóżkową uzupełniano dostawkami, dzięki temu formalnie spełniając obowiązujące normy. Rozwiązania takie trudno uznać za skuteczne. Potwierdzeniem negatywnej oceny są kontrole prowadzone przez Rzecznika Praw Pacjentów i stanowisko mówiące o tym, że do obliczenia wskaźnika przyjmuje się łóżka rzeczywiste (ujawnione w trakcie kontroli), a nie podawane w rejestrach.

W okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii nie zmieniono ani nie zawieszono norm zatrudnienia pielęgniarek. Stan epidemii uzasadniałby wprowadzenie takiej regulacji, ponieważ praktycznie we wszystkich placówkach uległa zmianie organizacja udzielania świadczeń, wprowadzane były nowe systemy pracy zmianowej czy rotacyjnej. Wpływało to na liczbę personelu faktycznie zaangażowanego w opiekę nad pacjentem, powinno zatem znaleźć odzwierciedlenie w przepisach.

C. Ograniczenie pracy w wielu miejscach jednocześnie

Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż

Tabela 1. Liczba osób posiadających uprawnienia do wykonywania poszczególnych zawodów

Rok	Lekarze	Lekarze dentyści	Pielęgniarki	Położne	Farmaceuci	Diagności laboratoryjni
2017	146037	41281	291864	37694	34797	16051
2018	149134	42282	295464	38312	35553	16340

Tabela 2. Pracownicy medyczni w latach 2017-2018

Rok	Lekarze	Lekarze dentyści	Pielęgniarki	Położne	Farmaceuci	Diagności laboratoryjni
2017	90284	13331	193700	22742	29330	11599
2018	89532	12927	192964	22880	28873	11657

z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, zmienne 23 maja i 23 lipca. Stanowiło ono reakcję na doniesienia, że w około 30% stwierdzonych zachorowań, miejscem zakażenia był szpital lub przychodnia. Rozporządzenie pojawiło się po komunikacie skierowanym do personelu medycznego pod koniec marca 2020 r. Miało zapobiegać roznoszeniu zakażeń przez osoby pracujące jednocześnie w kilku placówkach medycznych.

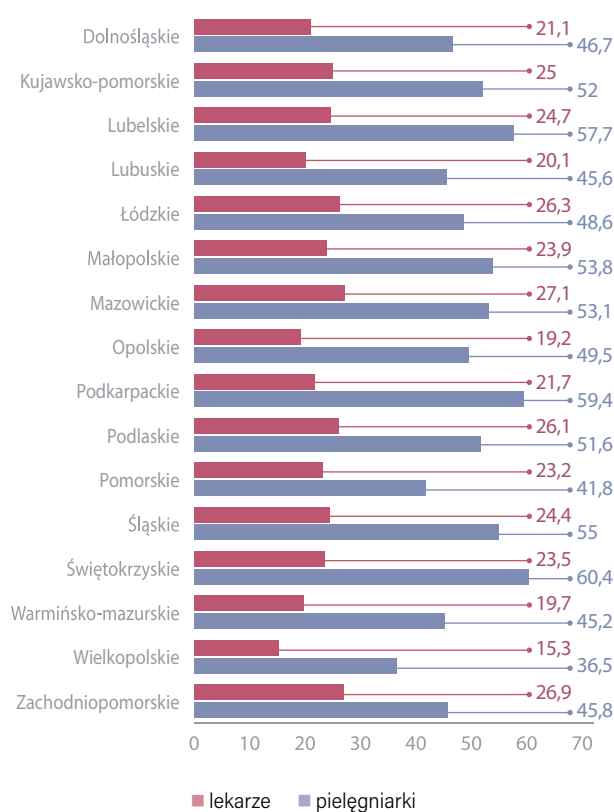
Rozporządzenie stanowi, iż osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na określonych stanowiskach nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń pacjentom innym niż osoby z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ograniczenie dotyczy 23 szpitali jednoimiennych i 67 szpitali posiadających w strukturze oddziały zakaźne i osób pracujących na stanowiskach wskazanych przez dyrektorów pozostałych podmiotów leczniczych. Ograniczenie to nie dotyczy:

1. udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niewymagających bezpośredniego kontaktu z tymi pacjentami,
2. udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
3. przypadków, w których kierownik podmiotu leczniczego wyrazi pisemną zgodę, po wprowadzeniu niezbędnych zabezpieczeń mających na celu uniemożliwienie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania tych świadczeń przez osoby objęte ograniczeniem.

W związku ze zmianą planu finansowego NFZ z 16 czerwca 2020 r. pojawiła się informacja, że część z 302,6 mln złotych, o które zwiększono pozycję B2 – „Koszty świadczeń opieki zdrowotnej” w planach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia ma być przeznaczona na rekompensaty dla ok. 30 tys. pracowników, którzy w związku z ograniczeniem utracili możliwość dodatkowego zarobkowania.

Regulacja wzbudziła wiele zastrzeżeń w kontekście zagrożenia dla utrzymania ciągłości świadczeń w innych podmiotach, co potwierdza konieczność dostosowania norm zatrudnienia do szczególnych warunków epidemii.

Wykres 1. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. osób w 2018 r. wg województw



Źródło: raport GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.”

D. Skierowania do pracy.

Wiele emocji wzbudziły również skierowania do pracy w wyznaczonych placówkach, wydawane na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Fakt nierównomiernego rozmieszczenia kadr na terenie kraju jest znany od lat. Może się ono znacznie pogłębić w wyniku epidemii, chociażby w wyniku zakażeń personelu, kwarantanny czy izolacji. Z tego powodu został ustanowiony obowiązek, o którym mowa w art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, na mocy którego pracownicy podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, mogą być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Ustawa wyłącza z tej grupy:

1. osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat
2. kobiety w ciąży lub osoby wychowujące dzieci w wieku do 18 lat, w tym osoby wychowujące samotnie dzieci do lat 18,
3. osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy,
4. inwalidów i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi,
5. osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe
6. posłów i senatorów.

Decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skiero-

wana posiada miejsce pobytu lub jest zatrudniona, może wydać wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa – minister zdrowia. Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii stwarza obowiązek pracy przez okres do 3 miesięcy we wskazanym podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej.

Mimo, że przepisy w tym zakresie powstały dawno temu i są klarowne, to praktyczne ich zastosowanie było negatywnie przyjęte przez pracowników medycznych i krytycznie opisywane przez media.

Aby zapobiec negatywnym emocjom i krytyce, w przyszłości należy zwrócić większą uwagę na wcześniejsze opracowanie scenariuszy relokacji kadr. Pozwala na to art. 44 ustawy, przewidujący, że w wojewódzkim planie działania na wypadek wystąpienia epidemii powinny być zawarte imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi. Wcześniejsza znajomość miejsca skierowania i określenie okoliczności, w jakich to może nastąpić, ułatwi akceptację decyzji, a tym samym zwiększy jej skuteczność i stworzy możliwość przeciwdziałania ewentualnych relokacji.

1.3. Płynność finansowania świadczeń związanych z refundacją leków

Plan finansowy NFZ z reguły zmieniany jest wielokrotnie w ciągu roku, tak też dzieje się w roku 2020. Pomimo istotnego wzrostu przychodów (o blisko 5,5 mld zł) Fundusz zanotuje po raz kolejny ujemny wynik finansowy (aktualnie szacowany na -1,96 mld zł).

Koszty realizacji zadań Funduszu w 2020 r. są wyższe o 5,12%. Natomiast wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej rosną wolniej, tylko o 3,87%. Jest to m.in. wynik obciążenia Funduszu kosztami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz odpisem na koszty niekomercyjnych badań klinicznych dla Agencji Badań Medycznych. Z opublikowanych 30 czerwca wstępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że przez ostatni rok towary i usługi konsumpcyjne podrożały o 3,3%. Można zatem stwierdzić, że wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne w 2020 r. jest skonsumowany przez inflację. Wzrost ten nie przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń.

Składka zdrowotna od marca 2020 r. splaywa w wysokości niższej niż planowano. Do końca czerwca ubytek wynosił około 4 mld zł. Według wstępnych danych za czerwiec, składki zdrowotne wpływające do NFZ to 7,4 mld zł wobec planu na

poziomie 7,6-7,7 mld zł. Różnica wynosi jedynie około 250 mln zł, podczas gdy w okresie marzec-maj wynosiła około 1,5 mld. NFZ spodziewa się jednak rekompensaty z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Prezes Adam Niedzielski ocenił publicznie, że wynik finansowy Funduszu za rok 2019 był o blisko 1 mld zł lepszy niż planowano, a środki zgromadzone w funduszu zapasowym i rezerwie ogólnej gwarantują możliwość pełnej realizacji planu świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy zatem przyjąć, że finansowanie świadczeń przez NFZ w 2020 roku nie jest zagrożone.

Plan finansowy NFZ na 2021 rok będzie przygotowywany w innym trybie niż dotychczas, ze względu na zapis art. 7b. pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji.

Opublikowana 10 czerwca „Prognoza przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2020-2023” zakłada,

Tabela 3. Przychody i koszty Narodowego Funduszu Zdrowia – łącznie w 2020 r.

	Wyszczególnienie	Plan finansowy na rok 2019 ostateczny	Plan finansowy na rok 2020	Plan początkowy	Plan po zmianie 10 lutego	Plan po zmianie 16 marca	Plan po zmianie 9 kwietnia	Plan po zmianie 16 czerwca
1	2	3	4	5	6	8	10	12
1	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1 + 1.2)	88 420 554	93 157 823	93 157 823	93 157 823	93 157 823	93 157 823	93 157 823
2	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1 + 2.2)	0	0	0	0	0	0	0
3	Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1+3.2)	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000	115 000
4	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1 + 4.2)	152 080	182 821	182 821	182 821	182 821	182 821	182 821
5	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy	36 785	41 848	41 848	41 848	41 848	41 848	41 848
A	Przychody netto z działalności (1-2+3-4-5) + A1 + A2 + A3 + A4 + A5	92 364 853	96 511 640	96 529 725	96 529 725	96 596 607	96 603 512	96 713 917
B	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6)	94 074 570	95 529 196	95 577 310	95 819 902	97 303 106	97 501 972	98 890 108
C	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B)	-1 709 717	982 444	952 415	709 823	-706 499	-898 460	-2 176 191
D	Koszty administracyjne (D1 + ... + D8)	871 077	956 152	956 796	956 796	957 460	965 499	965 499
E	Pozostałe przychody	569 118	411 805	442 478	442 478	443 142	643 142	1 679 634
F	Pozostałe koszty (F1+ ... +F4)	234 922	450 014	450 014	450 014	450 014	450 014	511 454
G	Przychody finansowe (G1 + G2)	69 153	46 485	46 485	46 485	46 485	46 485	46 485
H	Koszty finansowe	58 387	34 568	34 568	34 568	34 568	34 568	34 568
I	WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM NETTO (C - D + E - F + G - H)	-2 235 832	0	0	-242 592	-1 658 914	-1 658 914	-1 961 593
J	PRZYCHODY - ogółem	93 155 204	97 152 751	97 201 509	97 201 509	97 269 055	97 475 960	98 622 857
K	KOSZTY - ogółem	95 391 036	97 152 751	97 201 509	97 444 101	98 927 969	99 134 874	100 584 450

Źródło: NFZ

Tabela 4. Wykonanie całkowitego budżetu na refundację po 6 miesiącach 2020 r.

Wyszczególnienie		Planowany całkowity budżet na refundację	Plan finansowy na rok 2020	Plan początkowy	Plan po zmianie 10 luty
1	2	3	4	5	6=5/3
	Całkowity budżet na refundację (1+2+3+4)	13 989 434,00	1 035 196,76	6 703 183,53	47,92%
1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	4 282 937,00	319 392,34	2 070 275,47	48,34%
2	leki stosowane w chemioterapii	732 768,00	49 118,10	301 053,23	41,08%
3	Refundacja, w tym:	8 973 729,00	666 686,32	4 331 854,83	48,27%
4	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 932 700,00	664 342,36	4 318 805,71	48,35%
5	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	25 066,00	1172,6	5 365,31	21,40%
	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	15 963,00	1 171,36	7 683,81	48,14%
6	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	15 963,00	1 171,36	7 683,81	48,14%
7	Rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy	0	0	0	-

Źródło: Komunikat DEF Centrali NFZ

Tabela 4a. Wykonanie całkowitego budżetu na refundację po 6 miesiącach 2019 r.

Wyszczególnienie		Planowany całkowity budżet na refundację	Plan finansowy na rok 2020	Plan początkowy	Plan po zmianie 10 lutego
1	2	3	4	5	6=5/3
	Całkowity budżet na refundację (1+2+3+4)	13 236 111,00	1 031 763,68	6 364 713,41	48,09%
1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	3 810 414,00	299 897,16	1 699 897,37	44,61%
2	leki stosowane w chemioterapii	739 505,00	50 852,29	320 326,91	43,32%
3	Refundacja, w tym:	8 686 192,00	681 014,23	4 344 489,13	50,02%
4	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 651 364,00	678 945,77	4 331 189,89	50,06%
5	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	20 631,00	988,58	6 000,71	29,09%
6	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	14 197,00	1 079,88	7 298,53	51,41%
7	Rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy	0	0	0	-

Źródło: Komunikat DEF Centrali NFZ

że suma składek brutto w 2021 r. wyniesie 95,7 mld zł wobec 93,2 mld zł w 2020 roku. Przychody netto NFZ w 2021 r. wyniosą 108,2 mld zł wobec 96,7 mld zł w roku 2020 (według zmiany planu 16 czerwca), czyli wzrosną o 12,5%.

Największe znaczenie dla prognozowanego wzrostu przychodów Funduszu ma dotacja podmiotowa z budżetu państwa, wynikająca z ustawy gwarantującej 6% PKB na zdrowie (ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw).

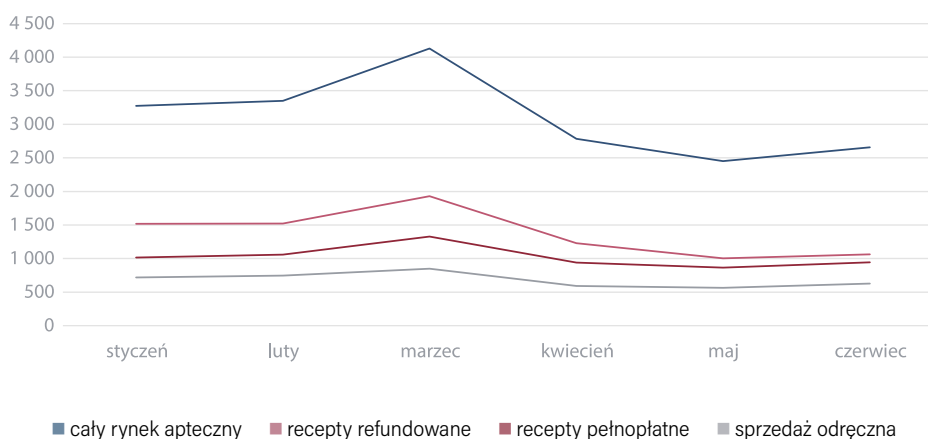
Według komunikatu NFZ z 3 sierpnia 2020 r. (patrz Tabela 4.) wykonanie całkowitego budżetu na refundację w pierwszym półroczu 2020 r. jest nieznacznie poniżej planu. Wydatki na leki stosowane w chemioterapii wyniosły 41,08% planu, co jest wy-

nikiem nieco niższym niż w roku 2019 (po pierwszym półroczu było to 43,32%). Niższe wydatki w pierwszym półroczu w porównaniu do drugiego – to zjawisko typowe dla chemioterapii i nie oznacza znaczącego obniżenia dostępności świadczeń.

W porównaniu do roku 2019 można zauważyć:

- wykonanie CBR w 2020 r. jest nieznacznie niższe niż w 2019 r.,
- wykonanie CBR w zakresie programów lekowych jest niższe od planowanego, ale wyższe niż w 2019 r., co może świadczyć o tym, że dostępność do świadczeń z tego zakresu nie została zaburzona,
- w refundacji aptecznej wykonanie jest nieco niższe od spodziewanego i niższe niż w 2019 roku, co odzwierciedla zmiany w rynku leków przedstawione w sekcji 1.4.

Wykres 2. Obrót całkowity w aptekach otwartych (w mln PLN) do czerwca 2020 r.



1.4. Bezpośrednia dostępność leków

W okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii Ministerstwo Zdrowia nie publikowało żadnych raportów ze Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL). W informacjach o dostępności produktów leczniczych także nie powoływało się na takie raporty. Świadczyć to może o tym, że system nie był wykorzystywany i nie monitorowano dostępności produktów leczniczych. Tymczasem informacja o dostępności leków jest bardzo ważna, nie tylko dla zarządzania sytuacją kryzysową.

Przypadek leku Arechin, który zniknął z aptek, po pojawieniu się informacji, że może być skuteczny w leczeniu COVID-19, wskazuje, że rynek leków jest podatny na działanie paniki. Poszczególnych leków może zabraknąć bardzo szybko, dlatego zaniechanie monitorowania rynku jest dużym błędem. Zwłaszcza w czasie epidemii Ministerstwo Zdrowia powinno wykorzystywać gotowe narzędzie, jakim jest ZSMOPL, do weryfikacji dostępności produktów leczniczych.

Comiesięczne raporty PEX PharmaSequence wskazują, że krytycznym miesiącem na rynku leków był marzec 2020 r.

W marcu 2020 r. nastąpił gwałtowny wzrost sprzedaży zarówno leków refundowanych, jak i pełnopłatnych – o 33% w porównaniu do marca 2019 roku. Natomiast w kolejnych miesiącach zanotowano wyrównawczy spadek sprzedaży. Spadki w stosunku do stycznia wyniosły 14,94% w kwietniu, 25,08% w maju i 18,85% w czerwcu. Natomiast w stosunku do rekordowej sprzedaży w marcu, było to spadki odpowiednio o 32,52%, 40,56% i 35,62%.

W porównaniu do stycznia 2020 r. sprzedaż leków refundowanych zmalała w kwietniu o 7,14%, w maju – o 14,64%, a – o 7,04%. W stosunku do rekordowej sprzedaży w marcu, były to spadki odpowiednio o 29,14%, 34,86% i 29,07%.

Wykonanie całkowitego budżetu NFZ na refundację jedynie w kwietniu nieznacznie przekroczyło plan finansowy na 2020 r. i wyniosło 34,03%, wobec spodziewanego wykonana na poziomie 33,33%. Natomiast w pozostałych miesiącach mieści się w planie.

Opublikowany 12 czerwca wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępno-

ści na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zawiera o 88 pozycji mniej (298 vs 386) od wykazu z 13 lutego 2020 r., a z istotnych leków na liście pojawił się tylko produkt zawierający doxorubicynę.

Biorąc pod uwagę powyższe analizy, można uznać, że **w związku z epidemią nie mieliśmy do czynienia z ogra-**

niczeniami dostępności leków w kanale aptecznym. Sieć dystrybucyjna sprawnie zareagowała na zwiększone zapotrzebowanie na leki refundowane oraz leki mające zastosowanie w leczeniu objawowym przeziębienia, które wystąpiło w związku z wprowadzaniem *lockdownu*.

1.5. Odstępowanie pacjentów od terapii

W okresie od 8 stycznia do 7 lipca 2020 r. lekarze wystawili ponad 275 mln e-recept dla 25 mln pacjentów. E-recepty stanowiły 95,7% wszystkich recept wystawionych w czerwcu, podczas gdy w lutym – tuż przed epidemią – było to 88%.

Według danych CSIOZ, pacjenci zrealizowali 87% wystawionych e-recept, co należy uznać za dobry wskaźnik (badanie PZPPF przeprowadzone przed wejściem w życie ustawy refundacyjnej wskazywało na to, że ponad 30% recept nie jest realizowanych). Ograniczyło się zatem zjawisko odstępowania pacjentów od terapii. Średni termin realizacji e-recepty skrócił się z 7 dni w styczniu do niespełna 2 dni w czerwcu 2020 r.

W marcu nastąpił skokowy wzrost wystawionych e-recept – o około 15% w stosunku do lutego, a także wzrost liczby e-recept zrealizowanych – o 18% w stosunku do stycznia i lu-

tego 2020 r. Natomiast w kwietniu i maju liczba wystawionych e-recept spadła o około 21% w porównaniu do stycznia i o około 26% w stosunku do lutego. W czerwcu liczba wystawionych e-recept była niższa o około 14,5% niż w styczniu i lutym 2020 r.

Dzięki e-receptom możliwe było utrzymanie terapii pacjentów chorych na choroby przewlekłe w czasie *lockdownu*. Odegrały one ważną rolę przy udzielaniu świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, dzięki czemu utrzymano ogólny dostęp do POZ, AOS i opieki psychiatrycznej. Dzięki systemowi e-recepty po raz pierwszy uzyskaliśmy wiarygodne dane nie tylko o liczbie zrealizowanych recept na leki refundowane, ale także o receptach niezrealizowanych, które są podstawą do badań zjawiska niestosowania się do zaleceń lekarskich.

Tabela 5. Wielkość sprzedaży aptecznej do marca 2020 r.

	marzec 2020	Zmiana vs		
		luty 2020	styczeń 2020	marzec 2019
Obrót całkowity (w mln PLN)				
Cały rynek apteczny	4 127	23.3%	20.6%	33.0%
Recepty refundowane	1 328	25.3%	19.8%	25.5%
Recepty pełnopłatne	848	14.1%	10.4%	24.1%
Sprzedaż odręczna	1 927	26.6%	27.0%	43.8%

Źródło: PEX PharmaSequence raport miesięczny – marzec 2020 Cały rynek apteczny (raport sell-out)

Tabela 5a. Wielkość sprzedaży aptecznej do czerwca 2020 r.

	czerwiec 2020	Zmiana vs		
		luty 2020	styczeń 2020	czerwiec 2020
Obrót całkowity (w mln PLN)				
Cały rynek apteczny	2657	8.3%	-22.4%	-6.6%
Recepty refundowane	942	8.9%	-15.0%	-5.0%
Recepty pełnopłatne	629	12.1%	-18.1%	-2.4%
Sprzedaż odręczna	1063	6.0%	-29.9%	-10.4%

Źródło: PEX PharmaSequence raport miesięczny – marzec 2020 Cały rynek apteczny (raport sell-out)

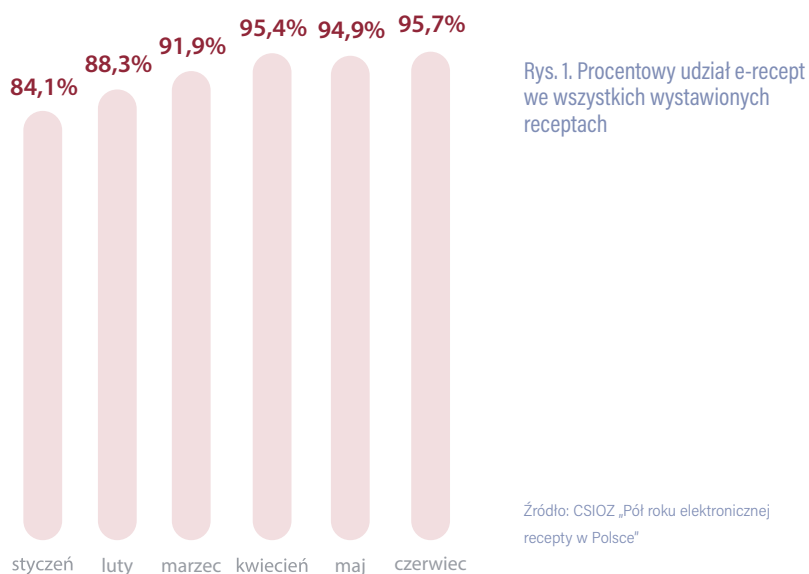
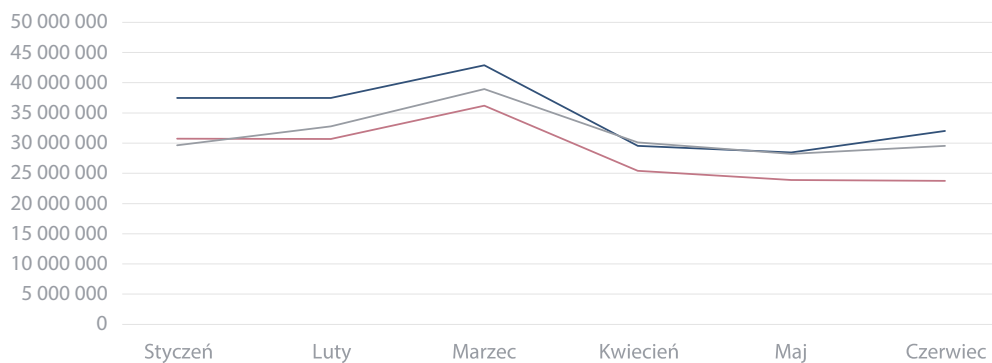


Tabela 6. Liczba e-recept wystawionych i zrealizowanych w miesiącach styczeń – czerwiec 2020 r.

Miesiąc	Liczba wystawionych e-recept	Liczba e-recept wystawionych w danym miesiącu i zrealizowanych do końca czerwca	Liczba e-recept zrealizowanych w danym miesiącu	% recept zrealizowanych do końca czerwca
Styczeń	37 461 584	30 750 626	29 632 938	82,09%
Luty	37 475 677	30 698 566	32 763 385	81,92%
Marzec	42 875 339	36 211 748	38 931 210	84,46%
Kwiecień	29 532 278	25 422 476	30 109 714	86,08%
Maj	28 446 399	23 883 303	28 192 922	83,96%
Czerwiec	32 022 909	23 746 502	29 545 858	74,15%
Suma	207 814 186	170 713 221	189 176 027	82,15%

Źródło: dane przekazane przez CSIOZ

Wykres 3. Liczba e-recept wystawionych i zrealizowanych w miesiącach styczeń – czerwiec 2020 r.



- liczba wystawionych e-recept
- liczba e-recept wystawionych w danym miesiącu i zrealizowanych do końca czerwca
- liczba e-recept zrealizowanych w danym miesiącu

Źródło: na podstawie danych przekazanych przez CSIOZ

Część 2.

Ocena wprowadzonych na czas epidemii rozwiązań prawnych i organizacyjnych oraz ich skutki dla pacjenta, płatnika, świadczeniodawców

2.1. Zmiany legislacyjne wprowadzone w czasie epidemii

Szybko rozwijające się zagrożenie zdrowia publicznego spowodowane przez wirus SARS-CoV-2 zmusiło organy administracji państwowej do podjęcia działań przewidzianych ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

W szybkim trybie uchwalono ustawę z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Ustawa ta wprowadziła wirus SARS-CoV-2 na listę czynników chorobotwórczych objętych ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Określiła także:

1. zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się COVID-19;
2. zasady i tryb podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się COVID-19;
3. zadania organów administracji publicznej;
4. uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz świadczeniobiorców;
5. zasady pokrywania kosztów realizacji tych zadań, w szczególności tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób z podejrzeniem zakażenia lub choroby zakaźnej.

Przepisy ustawy specjalnej wprowadziły wiele praktycznych rozwiązań, które dotąd nie były przewidziane w przepisach:

1. Możliwość dla pracodawcy, aby polecił swojemu pracownikowi wykonywanie (przez czas oznaczony) pracy poza miejscem jej stałego wykonywania.
2. Przyznanie dodatkowego zasiłku opiekuńczego osobie zwolnionej od wykonywania pracy z powodu konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem, za okres nie dłuższy niż 14 dni, w przypadku zamknięcia z powodu COVID-19, żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których uczęszcza dziecko.
3. Zwolnienie zamówień, których przedmiotem są towary lub usługi niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, z obowiązku stosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych.

4. Stworzenie wojewódzkich wykazów podmiotów, które wykonują świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19; wykazy są opracowywane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą.
5. Uprawnienie Ministra Zdrowia do ustalenia cen maksymalnych dla produktów, które mogą być wykorzystane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19:
 - leków,
 - wyrobów medycznych,
 - środków spożywczych specjalnego przeznaczenia.
6. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 przez Narodowy Fundusz Zdrowia z budżetu państwa. Podmioty otrzymują opłatę ryczałtową za utrzymanie stanu gotowości oraz zapłatę za świadczenia udzielone w okresie rozliczeniowym. Nie stosuje się do nich przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Uprawnienie Prezesa Rady Ministrów do nałożenia na jednostkę samorządu terytorialnego obowiązku wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.
8. Uprawnienie Ministra Zdrowia do nałożenia obowiązku wykonania określonego zadania na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem jest Skarb Państwa, lub będący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową. Zadanie to może dotyczyć zmian w strukturze organizacyjnej lub przekazania innemu podmiotowi produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego. Minister zapewnia środki na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tego zadania, a w razie poniesienia przez podmiot leczniczy szkody przy wykonywaniu zadania jest obowiązany do jej naprawienia.
9. Uprawnienie wojewody do wydawania poleceń obowiązujących wszystkie organy administracji rządowej, państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorial-

nego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

10. Uprawnienie Prezesa Rady Ministrów do wydawania poleceń osobom prawnym (innym niż JST) i jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej oraz przedsiębiorcom. Polecenia są wydawane w drodze decyzji administracyjnej, podlegają natychmiastowemu wykonaniu i nie wymagają uzasadnienia. Ich wykonywanie następuje na podstawie umowy zawartej z przedsiębiorcą przez właściwego wojewodę i jest finansowane ze środków budżetu państwa. Jeśli przedsiębiorca odmówi zawarcia umowy, polecenia wykonywane są na podstawie decyzji.
11. Uprawnienie dla farmaceutów posiadających prawo wykonywania zawodu do wystawienia recepty farmaceutycznej w przypadku zagrożenia zdrowia pacjenta, związanego z COVID-19.
12. Odszkodowania z tytułu rezygnacji z imprez turystycznych.

Dodatkowo ustawa specjalna nadała Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu i wojewódzkim inspektorom sanitarnym prawo do wydawania decyzji dotyczących dystrybucji leków, wyrobów medycznych i środków ochrony osobistej, prowadzonej m.in. za pomocą samolotów.

Ustawa stanowi również, że Minister Zdrowia może wydawać wiążące polecenia organom administracji rządowej, z wyjątkiem Rady Ministrów i Prezesa Rady Ministrów, w zakresie działań prowadzonych w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Ustawa specjalna była zmieniana 6 razy kolejnymi ustawami:

1. z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.U. 2020 poz. 567;
2. z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2020 poz. 568;
3. z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, Dz.U. 2020 poz. 695;
4. z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, Dz.U. 2020 poz. 875;
5. z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz

o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19, Dz.U. 2020 poz. 1086;

6. z dnia 28 maja 2020 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawy o podatku od towarów i usług, ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2020 poz. 1106.

Ustawa specjalna i jej kolejne nowelizacje stworzyły podstawę prawną do czasowego przeorganizowania systemu opieki zdrowotnej, na podstawie rozporządzeń Rady Ministrów, rozporządzeń Ministra Zdrowia, a także – co wymaga podkreślenia – komunikatów Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Strategia przyjęta przez rząd była oparta na następujących założeniach:

1. ograniczyć liczbę zakażeń poprzez radykalne zmniejszenie liczby kontaktów pomiędzy ludźmi i wprowadzenie zasady dystansu społecznego;
2. opóźnić nieunikniony wzrost liczby zachorowań, aby przygotować placówki ochrony zdrowia na przyjęcie dużej liczby chorych;
3. utrzymać sprawność ochrony zdrowia do spodziewanego szczytu zachorowań;
4. najczęściej chorym zapewnić specjalistyczną opiekę, ze wsparciem oddychania przy pomocy respiratorów i aparatury Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO), która jest w stanie zastąpić płuco w funkcji wymiany gazowej;
5. pacjentów z innymi chorobami leczyć w nagłych wypadkach, przesunąć kolejki.

Należy zauważyć, że przekształcanie szpitali i realizację ww. obowiązków wprowadzono na podstawie poleceń wojewodów, z powołaniem na art. 11, ust. 1 ustawy specjalnej z dnia 2 marca 2020 r. Nie jest to właściwa podstawa prawna w świetle kompetencji wojewodów. O tych zmianach powinien – zgodnie z ustawą specjalną – decydować Minister Zdrowia lub Główny Inspektor Sanitarny.

W obliczu rozwijającej się epidemii dość szybko i zdecydowanie wprowadzono kolejne ograniczenia w przemieszczaniu się, a także obowiązki dotyczące stosowania środków zabezpieczających (m.in. zasłaniania twarzy, używania rękawic i płynów do dezynfekcji). Najwięcej kontrowersji i emocji wywołał nakaz noszenia maseczek, który wprowadzono niekonsekwentnie, a niektóre decyzje były pozbawione racjonalności (np. obowiązek stosowania maseczek w lesie). Brak zdecydowania położył się cieniem na stosowaniu tego środka zabezpieczającego przez wszystkich obywateli. W opinii epidemiologów sposób i zakres zastosowanych środków zabezpieczył jednak społeczeństwo przed gwałtownym wzrostem liczby zakażeń.

Od 7 do 31 marca 2020 r. Minister Zdrowia wydał 13 rozporządzeń bezpośrednio związanych ze stanem zagrożenia epidemicznego i epidemii. Zostały one po tym okresie zastąpione rozporządzeniami Rady Ministrów, których od 31 marca do 2 lipca wydano 20. Wydano zatem w sumie 33 rozporządzenia w ciągu 118 dni. Stan prawny zmienił się średnio co 3,5 dnia, utrudniając czy wręcz uniemożliwiając zapoznanie się z nowymi przepisami i ich pełne wdrożenie. Pośpieszna legislacja świadczy również o tym, że państwo nie było przygotowane na wystąpienie epidemii, a dotychczasowe przepisy nie były kompletne. Jako państwo nie posiadaliśmy gotowych scenariuszy działania w sytuacji kryzysowej.

2.2. Utworzenie sieci szpitali jednoimiennych

Działania regulacyjne w początkowym okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii COVID-19 nie poddają się jednoznacznej ocenie. Z jednej strony, za słuszne należy uznać utworzenie szpitali „jednoimiennych”, zapewnienie im odrębnego źródła i sposobu finansowania. Z drugiej strony brak jednoznacznie określonego centrum decyzyjnego oraz brak regulacji i wytycznych co do współpracy poszczególnych elementów systemu powodował chaos organizacyjny, wyraźnie odczuwalny przez pracowników systemu i pacjentów. Decyzje wydawałi wszyscy, którym się wydawało, że mogą je podejmować.

Zarządzający szpitalami otrzymywali od różnych instytucji i urzędów żądania informacji na różny temat. Utrudniało to organizację udzielania świadczeń w nowych okolicznościach oraz przeszkadzało w najbardziej pilnych czynnościach, jakimi stało się poszukiwanie źródeł zaopatrzenia w brakujące wyroby medyczne – (przede wszystkim środki ochrony osobistej personelu i środki dezynfekcyjne) oraz tworzenie regulacji wewnętrznych, dostosowujących działanie szpitali do zmieniających okoliczności.

Na podstawie ustawy specjalnej zarządzono przekształcenie wybranych szpitali wieloprofilowych w szpitale „jednoimiennie”, mające obsługiwać pacjentów z podejrzeniem zakażenia i zakażonych wirusem, wymagających hospitalizacji. 12 marca zapowiedziano utworzenie 19 takich szpitali, ale po korekcie z 13 marca, ostatecznie w nowej formule organizacyjnej od 16 marca zaczęło działać 21 szpitali:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu;
2. Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu;
3. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Puławach;
4. Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim;
5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu;
6. Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
7. Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie;
8. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu;
9. Centrum Medyczne w Łąncucie;
10. Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży;
11. 7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SPZOZ w Gdańsku;
12. Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie;
13. Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie;
14. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Megrez w Tychach;
15. Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu;
16. Szpital w Starachowicach;
17. Szpital w Ostródzie;
18. Szpital Miejski im. św. Jana Pawła II w Elblągu;
19. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
20. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ w Poznaniu;

21. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.

Szpitale te zostały zobowiązane do przyjmowania pacjentów zakażonych wirusem oraz leczenia zarówno choroby COVID-19, jak i pozostałych schorzeń u pacjentów podejrzanych o zakażenie, zakażonych wirusem i chorych na COVID-19. Działalność szpitali w zakresie przeciwdziałania COVID-19 jest finansowana z budżetu państwa w formie ryczałtu za gotowość i za udzielone świadczenia, a w przypadku poniesienia strat (np. z tytułu braku realizacji umowy z NFZ) – będą one pokryte przez Ministra Zdrowia. Do szpitali tych skierowano zaopatrzenie z rezerw strategicznych oraz środki pochodzące ze zbiorów społecznych.

Należy wskazać, że nie było ośrodka koordynującego dystrybucję środków ochrony osobistej. Nie zidentyfikowała takiej potrzeby i nie wzięła tego zadania na siebie Agencja Rezerw Materiałowych. ARM wykazała zresztą brak perspektywicznego myślenia, wyprzedając część strategicznych zapasów w okresie wzrastającego już zagrożenia i kompletnie nie radząc sobie z potrzebą szybkiego zbudowania zapasów. W efekcie wielu doniesień medialnych o problemach z zaopatrzeniem w środki ochrony osobistej, do szpitali jednoimiennych zaczęły one napływać w dużych, nawet przekraczających potrzeby ilościach z wielu różnych źródeł. Natomiast pozostałe szpitale nie mogły się w nie zaopatrzyć albo musiały płacić spekulacyjne ceny.

Minister Zdrowia nie wykorzystał swoich uprawnień, zapisanych w art. 8 ust. 1 ustawy, do ustalenia maksymalnych urzędowych cen zbytu dla produktów, które mogły być wykorzystane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Mogły to być leki, wyroby medyczne, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, produkty biobójcze, surowce farmaceutyczne.

Minister Zdrowia nie użył również swoich uprawnień zapisanych w art. 20 ustawy, zmieniającym prawo farmaceutyczne, do nałożenia obowiązku przekazywania informacji do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. Mógłby go nałożyć na hurtownie farmaceutyczne, producentów i importerów wyrobów medycznych w odniesieniu do wszystkich znajdujących się w obrocie produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Realizacja tych uprawnień ograniczyłaby patologiczną sytuację i spekulacje na rynku.

Zamiast uregulowania cen, przygotowano i rozwijano zapisy art. 10c. i innych o tym, że nie popełnia przestępstwa, deliktu dyscyplinarnego ani naruszenia dyscypliny finansów publicznych ktoś, kto w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, nabywając towary lub usługi niezbędne dla zwalczania tej choroby zakaźnej, narusza obowiązki służbowe lub obowiązujące w tym zakresie przepisy, jeżeli działa w interesie społecznym, zaś bez dopuszczenia się tych naruszeń nabycie tych towarów lub usług nie mogłoby zostać zrealizowane albo byłoby istotnie zagrożone.

2.3. Ograniczenie działalności szpitali

12 marca wojewodowie zobowiązali szpitale inne niż jednoimienne do:

1. wstrzymania przyjęć planowych i zabiegów operacyjnych, za wyjątkiem pacjentów z bezpośrednim zagrożeniem życia,
2. wprowadzenia zakazu odwiedzin pacjentów,
3. wstrzymania wizyt przedstawicieli medycznych i handlowych w szpitalach i poradniach przyszpitalnych.

Celem tych zaleceń najprawdopodobniej było przygotowanie pozostałych szpitali na przyjęcie pacjentów ewakuowanych ze szpitali przekształconych w szpitale przygotowujące się do przyjęcia pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

Przekształcenie szpitali i nałożenie nowych obowiązków wprowadzono na podstawie poleceń wojewodów, z powołaniem art. 11. ust. 1 ustawy specjalnej z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Nie była to właściwa podstawa prawna w świetle kompetencji wojewodów. O takich zmianach powinien, zgodnie z ustawą specjalną, decydować Minister Zdrowia lub Główny Inspektor Sanitarny.

Żaden z dotychczas obowiązujących ani nowo wydanych aktów nie zawiera także upoważnienia dla wojewody do wydania dyspozycji wstrzymania przyjęć planowych i zabiegów operacyjnych. Wojewoda nie może wchodzić w kompetencje Ministra Zdrowia i decydować o ograniczeniu udzielania świadczeń, jeśli nie ma aktu prawnego, który by go do tego upoważniał.

Działania wojewodów wpisywały się co prawda w rządową strategię walki z epidemią, jednak należy bezwzględnie unikać sytuacji niejasności kompetencyjnej w wydawaniu tak ważnych poleceń dotyczących zdrowia i życia świadczeniobiorców.

Do ograniczenia działalności szpitali prowadziły również komunikaty Narodowego Funduszu Zdrowia. Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 15 marca 2020 r. zawierał zalecenie ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego:

15-03-2020

Zalecenia dla świadczeniodawców dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19, Centrala NFZ zaleca ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego.

Dotyczy to przede wszystkim planowanych pobytów w szpitalach w celu:

1. przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych,
2. prowadzenia rehabilitacji leczniczej,

3. świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
4. stomatologii,
5. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
6. badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie takich jak:
 - tomografia komputerowa,
 - rezonans magnetyczny,
 - PET,
 - gastroscopia,
 - kolonoskopia,
 - USG oraz
7. badań profilaktycznych i przeprowadzania szczepień.

W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o zawieszeniu udzielania świadczeń należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyka dotyczące stanu zdrowia pacjentów i prawdopodobieństwo jego pogorszenia. Zaleca się także, w porozumieniu z właściwymi dyrektorami OW NFZ, całkowite zawieszenie udzielania świadczeń w mammobusach i dentobusach.

Jednocześnie Centrala NFZ przypomina, że niektóre ze świadczeń mogą być udzielane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Polecenia „Centrali NFZ” zostały wydane bez podstawy prawnej, podobnie jak wyżej przywołane polecenia wojewodów. Stanowiły naruszenie prawa do leczenia pacjentów innych niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2. Wprowadzenie stanu epidemii nie spowodowało przecież, że chorzy na inne choroby nagle wyzdrowieli. Prawo do leczenia pozostałych pacjentów nie zostało formalnie ograniczone w żadnym z wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 aktów prawnych.

Należy zwrócić uwagę, że wszelkie instrumenty ograniczające prawa pacjentów (ale także szerzej – obywateli) muszą być nakładane w zgodzie z art. 31 Konstytucji RP, który stanowi:

1. Wolność człowieka podlega ochronie prawnej.
2. Każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje.
3. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw w formie przepisów prawa.

Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawa specjalna z 2 marca 2020 r. nie ograniczają prawa pacjentów do pozostałych świadczeń. Tymczasem w przypadku wielu chorób niepodjęcie lub zaprzestanie leczenia może mieć nieodwracalne konsekwencje dla zdrowia pacjenta. Zgodnie z par. 9 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jeśli świadczeniodawca nie ma możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, powinien niezwłocznie podjąć czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń. Powinien jednocześnie powiadomić oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu i podjętych czynnościach.

Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Obowiązujące przed epidemią umowy nie zostały zakończone, rozwiązane, zawieszane ani aneksowane w sposób, który by wskazywał na zaprzestanie czy ograniczenie udzielania świadczeń.

Wobec powyższego, działania wojewodów i bezosobowe (co warto podkreślić autorem komunikatów NFZ jest „Centrala”, a nie konkretna osoba) należy uznać za naruszające prawa pacjenta i pozbawione podstawy prawnej.

Tabela 7. Średnia miesięczna liczba świadczeń rozliczonych grupami zabiegowymi JGP w 6 oddziałach Chirurgii Onkologicznej.

Grupy JGP zabiegowe	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec
pakiet onkologiczny	49	59	73	42	56	56
poza pakietem onkologicznym	11	10	13	5	15	10
ryczałt	37	38	24	17	22	22
Suma końcowa	97	107	110	64	93	88

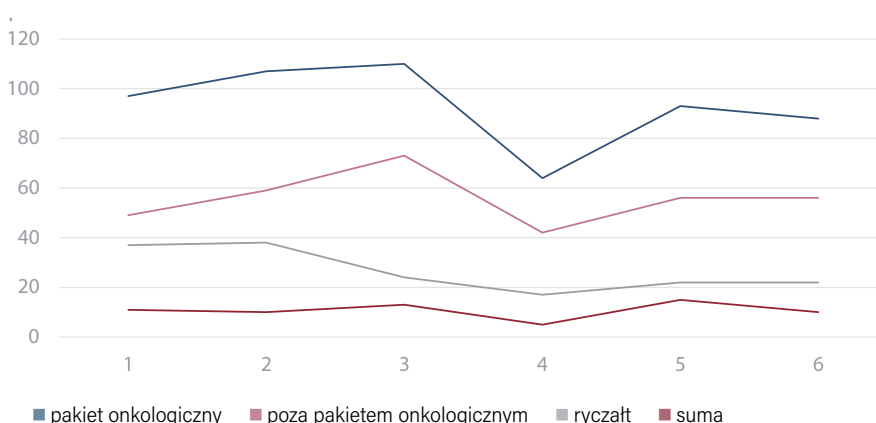
Tabela 8. Średnia wartość świadczenia rozliczonego grupą zabiegową JGP w 6 oddziałach Chirurgii Onkologicznej.

	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec
średnia wartość świadczenia	5881,76	5723,84	7164,21	7216,60	5764,29	6496,90

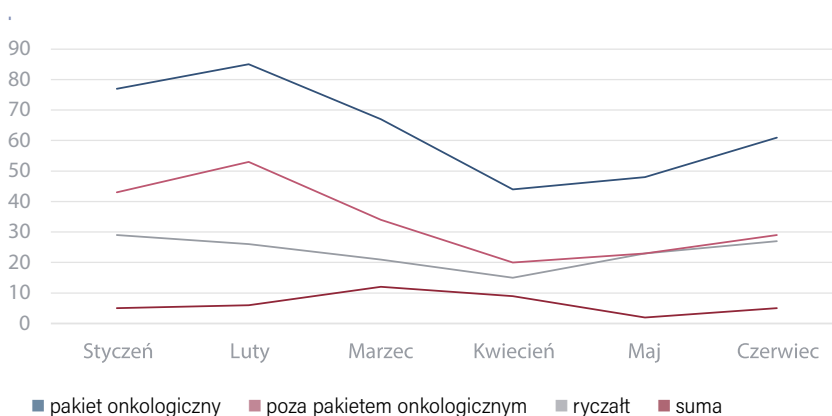
Tabela 9. Średnia miesięczna liczba świadczeń rozliczonych grupami zabiegowymi JGP w 6 oddziałach Chirurgii Ogólnej (świadczenia z rozpoznaniem onkologicznym „C”).

Grupy zabiegowe JGP	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec
pakiet onkologiczny	29	26	21	15	23	27
poza pakietem onkologicznym	5	6	12	9	2	5
ryczałt	43	53	34	20	23	29
suma końcowa	77	85	67	44	48	61

Wykres 4. Średnia miesięczna liczba świadczeń rozliczonych grupami zabiegowymi JGP w 6 oddziałach Chirurgii Onkologicznej.



Wykres 5. Średnia miesięczna liczba świadczeń rozliczonych grupami zabiegowymi JGP w 6 oddziałach Chirurgii Ogólnej w I połowie 2020 r.



2.4. Ograniczenie kontaktów pacjentów z placówkami ochrony zdrowia

Dodatkowym działaniem mającym na celu zmniejszenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych było złagodzenie zasad przedstawiania skierowań i umawiania wizyt. Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (ze zmianą z 23 marca), od dnia 14 marca do odwołania:

- pacjent nie ma obowiązku dostarczenia do szpitala oryginału skierowania w ciągu 14 dni w związku z umieszczeniem pacjenta na liście oczekujących,
- pacjent powinien dostarczyć oryginał skierowania w terminie 21 dni od dnia zakończenia stanu epidemii, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania,
- pacjent, który w okresie epidemii nie zgłosił się na ustalony termin udzielenia świadczenia i został z tego powodu skreślony z listy podlega przywróceniu na tę listę bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej,
- wniosek o przywrócenie na listę oczekujących należy zgłosić nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia okresu stanu epidemii.

Zmiana wymogów w zakresie obowiązku dostarczenia skierowania zmniejszyła liczbę koniecznych kontaktów pacjenta z ośrodkiem. Natomiast możliwość przywracania terminu udzielenia świadczenia i komunikaty kierowane do publicznej wiadomości wyraźnie zmniejszyły zgłaszalność pacjentów do szpitali. **W połączeniu z ograniczaniem działalności szpitali pod wpływem decyzji wojewodów i zaleceń NFZ, doprowadziło to do spadku liczby udzielonych świadczeń nie tylko w zakresie leczenia szpitalnego.**

W zależności od skali działalności i profilu liczba świadczeń spadła w miesiącach marzec, kwiecień, maj o 20% do 70% u różnych świadczeniodawców. „Nadrobienie” planu realizacji świadczeń przy zwiększonym reżimie sanitarnym będzie praktycznie niemożliwe.

Wpływ epidemii na realizację świadczeń obrazują dane udostępnione przez 6 ośrodków onkologicznych, dotyczące udzielonych i rozliczonych grupami zabiegowymi JGP świadczeń z oddziałów Chirurgii Onkologicznej i Chirurgii Ogólnej (świadczeń z rozpoznaniem onkologicznym „C”) w podziale na świadczenia rozliczone w ramach pakietu onkologicznego, poza pakietem i w ramach ryczałtu PSZ.

W porównaniu z lutym i marcem, liczba wykonanych świadczeń w kwietniu była niższa o 40%, w maju – o około 15%, a w czerwcu – o około 20%.

Zauważalny jest przejściowy wzrost wartości świadczenia w marcu i kwietniu.

W kwietniu wykonano o 35% mniej świadczeń niż w marcu i o niemal 50% mniej niż w lutym. W maju wykonano o 29% mniej świadczeń niż w marcu i o 44% mniej niż w lutym. Natomiast w czerwcu liczba wykonanych świadczeń była tylko o 9% niższa niż w marcu i o 29% niższa niż w lutym. Prezentowane dane odpowiadają informacjom przekazywanym przez dyrektorów wielu innych szpitali o znacznym ograniczeniu działalności w marcu i kwietniu.

Brak wykonania planu rzeczowo-finansowego umów przełoży się na finanse szpitali pod koniec bieżącego roku i w roku przyszłym, o ile nie zostaną wdrożone rozwiązania systemowe. **Potrzebne jest szybkie i jasne określenie zasad finansowania świadczeń do końca 2020 i w 2021 r. – chociażby utrzymanie finansowania ryczałtowego w całym zakresie świadczeń w 2020 r., przeniesienie wysokości ryczałtu z 2020 na 2021 r.. Zapowiadane przez NFZ wydłużenie okresu rozliczeniowego może nie być skuteczne z powodu zmniejszenia efektywności pracy przy zwiększonym reżimie sanitarnym.**

2.5. Dostępność świadczeń w programach lekowych i chemioterapii

13 marca 2020 r. pojawił się „Komunikat Ministra Zdrowia dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem”. W komunikacie tym Minister Zdrowia rekomenduje:

1. Przy preskrypcji leków w ramach programów lekowych niewymagających obecności pacjenta – możliwość wydawania takiej ilości produktu leczniczego, który w opinii lekarza prowadzącego zabezpieczy terapię pacjenta na maksymalnie długi okres bez konieczności niezbędnej wizyty, jednak nie dłuższy niż 6 miesięcy;
2. W przypadku kiedy stan zdrowia pacjenta jest stabilny, a wizyta u świadczeniodawcy odbywa się wyłącznie w celu zabezpieczenia kontynuacji terapii pacjenta na kolejny okres cyklu leczenia – lek powinien być dostarczony przez szpital bezpośrednio do pacjenta w miejscu jego zamieszkania lub do jego przedstawiciela ustawowego, a w przypadkach gdy nie będzie to możliwe lub znacznie utrudnione może być wydany pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie przez niego upoważnionej z apteki szpitalnej;
3. Z uwagi na możliwość występowania okresowego zaburzenia w planowych

Szczegółowe rozwiązania i sposób ich realizacji powinny zostać wypracowane przez poszczególnych świadczeniodawców na podstawie standardów i zaleceń dotyczących terapii pacjentów w poszczególnych stanach klinicznych, biorąc pod uwagę ich bezpieczeństwo oraz skuteczność leczenia.

W przypadku dostarczenia leków przez szpital rekomendacja jest jednoznaczna i stanowcza. Z treści komunikatu jasno wynika, że Minister Zdrowia nie tylko nie widzi przeszkód w zaopatrzeniu pacjenta przebywającego w domu, ale wskazuje ten sposób zaopatrzenia jako właściwy, jednocześnie zobowiązując szpital, w którego skład wchodzi apteka, do dostarczenia leku.

harmonogramach przyjęć pacjentów w celu podania/wydania leków wynikających z określonego cyklu leczenia, w tym również konieczności wykonania badań diagnostycznych wskazanych w opisach świadczeń:

a) w przypadkach stabilnych, które nie stwarzają zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, konsultacja lekarska może odbyć się za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych,

b) w przypadkach, w których stan pacjenta jest stabilny a odsunięcie wykonania badania kontrolnego pozostaje bez wpływu na stan zdrowia i bezpieczeństwo chorego możliwe jest przesunięcie terminu badania kontrolnego przewidzianego treścią programu lekowego,

c) w przypadku niezbędnej wizyty – jeżeli jest to możliwe pacjenci powinni być przyjmowani w trybie ambulatoryjnym w specjalnie wydzielonych do tego pomieszczeniach,

d) w przypadku niezbędnej wizyty – jeżeli jest to możliwe świadczeniodawca powinien wydzielić pomieszczenia tak, aby maksymalnie skrócić „drogę pacjenta” do miejsca udzielenia świadczenia,

e) w przypadku niezbędnej wizyty – organizacja udzielania świadczeń powinna zapewnić bezpieczeństwo dla pacjentów, ustanowionych przez nich przedstawicieli ustawowych oraz personelu medycznego.

Rekomendacja z 13 marca mogła się okazać skuteczna w przypadku niektórych pacjentów. Biorąc jednak pod uwagę konieczność monitorowania pacjenta oraz siłę interwencji klinicznej większości leków, rozwiązanie to nie musi być powszechnie stosowane. Pozostaje polegać na racjonalnym zachowaniu lekarzy prowadzących terapię.

Odnosnie do pierwszego punktu rekomendacji należy przypomnieć, że okres, na który mogą być wydawane leki w programach lekowych, nie jest prawnie uregulowany. Zwyczajowo zostało przyjęte, na podstawie okresu, na który mogły być kiedyś wydawane leki z apteki otwartej, że jest to ilość niezbędna na maksymalnie trzymiesięczną terapię, z uwzględnieniem sposobu dawkowania. Rekomendacja Ministra Zdrowia sugeruje możliwość wydłużenia tego okresu do 6 miesięcy, jednak decyzję zawsze będzie podejmował lekarz prowadzący, wzięwszy pod uwagę aktualny stan pacjenta.

Odnosnie rekomendacji numer 2 należy zauważyć, że możliwość wydania leku osobie upoważnionej jest przewidziana w Zarządzeniu Nr 20/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 lutego 2020 r., zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. „Karta wydania leku,” będąca załącznikiem do tego rozporządzenia, przewiduje podpisanie oświadczenia o odbiorze leku przez osobę upoważnioną.

Rekomendowane rozwiązanie miało zmniejszać liczbę kontaktów międzyludzkich, aby ograniczyć ryzyko transmisji wirusa SARS-CoV-2. Może jednak powodować skutek odwrotny, ponieważ wprowadza pośrednika pomiędzy pracownikiem apteki wydającym lek a pacjentem. Oczywiście kontakt pośrednika z osobą wydającą lek z apteki może być jednorazowy, a dotyczyć odbioru leku dla wielu pacjentów. Czas potrzebny na przekazanie leków będzie jednak wtedy dłuższy, ponadto pacjent będzie się kontaktował z osobą, która – chociażby w dniu dostawy – mogła mieć kontakt z większą liczbą osób niż pracownik apteki wydający lek, w tym z innymi pacjentami. Nie ma zatem pewności, że w ten sposób zmniejszy się ryzyko zakażenia.

Zakres świadczeń gwarantowanych określony jest w ustawach (o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o refundacji) oraz rozporządzeniach. Przedmiot i sposób realizacji umów o udzielanie świadczeń określają rozporządzenia Ministra Zdrowia i zarządzenia Prezesa NFZ. **Rekomendacja zawarta w komunikacie nie nakłada na podmioty udzielające świadczeń żadnego zobowiązania. Stanowi jedynie sugestię, a ustosunkowanie się do niej będzie aktem dobrej woli zarządzających szpitalem.**

Rekomendacja nie wyjaśnia wątpliwości, czy dostarczenie leku do domu pacjenta jest dopuszczalne w świetle prze-

pisów prawa. Nie jest też uregulowany sposób, w jaki należałoby to robić. Nie ma także jasności, kto poniósłby koszty dodatkowego działania ze strony szpitala.

Zgodnie z art. 106. ust. 3. pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne apteka szpitalna może zaopatrywać w leki pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych, a także pacjentów korzystających z chemioterapii w trybie ambulatoryjnym. Proces wydawania leku z apteki regulowany jest przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 października 2018 r. w sprawie zapotrzebowań oraz wydawania z apteki produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

W myśl rozporządzenia osoba wydająca z apteki lek sprawdza m.in. czy nie wykazuje on cech świadczących o jego sfałszowaniu lub niewłaściwej jakości, zwraca uwagę na termin ważności, udziela pacjentowi informacji dotyczących przechowywania i stosowania wydawanego leku oraz o środkach ostrożności związanych z jego przyjmowaniem. W razie potrzeby analizuje też działanie farmakologiczne leków przyjmowanych przez pacjenta pod kątem ich ewentualnych interakcji i informuje o nich odbierającego. Przepis ustawy Prawo farmaceutyczne mówi wprost o zaopatrzeniu pacjenta w lek, jednak nie odnosząc się do miejsca, w którym pacjent przebywa.

Wskazówek, jak dostawa powinna być zorganizowana, może dostarczyć rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015 r. w sprawie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych, które

co prawda dotyczy innej kategorii leków, ale określa m.in. sposób dostarczania tych produktów do odbiorców. Lek będący przedmiotem sprzedaży wysyłkowej musi być zapakowany w sposób zapewniający zachowanie jego jakości i integralności, a opakowanie przesyłki musi być opatrzone etykietą przymocowaną w sposób trwały, zawierającą: odcisk pieczętki apteki szpitalnej, numer zlecenia, dane dotyczące odbiorcy, określenie warunków transportu, numer telefonu do kontaktu w godzinach pracy placówki oraz przez dwie godziny po ustalonych godzinach dostaw w zakresie dotyczącym jakości i bezpieczeństwa stosowania produktu.

Transport powinien się odbywać w wydzielonych przestrzeniach środka transportu, zapewniających:

1. zabezpieczenie przed zanieczyszczeniami organicznymi oraz uszkodzeniami mechanicznymi, a także przed mikroorganizmami i szkodnikami;
2. warunki uniemożliwiające zmieszanie leków, w tym zmieszanie z innym towarem, oraz skażenie leków;
3. warunki uniemożliwiające dostęp do produktów leczniczych osobom nieupoważnionym;
4. utrzymanie warunków temperaturowych przewidzianych dla leku przez podmiot odpowiedzialny lub odpowiednią farmakopeę.

Szczegółowy sposób dostarczenia leku z apteki szpitalnej do pacjenta przebywającego w domu nie jest zatem uregulowany. Wobec tego należy przyjąć, że szpital może taką usługę zrealizować nie tylko w związku z zapobieganiem COVID-19, lecz także w innych sytuacjach, np. w razie ograniczonej mobilności pacjenta.

Wnioski szpitali o zapłatę udokumentowanych kosztów dostaw leków do domów mogą mieć w związku z tym także w postępowaniach przed sądami powszechnymi.

Możliwe są dwa warianty zaopatrzenia pacjenta:

1. Dostarczenie leku przez pracownika apteki, co nie wymaga specjalnych działań organizacyjnych. Pracownik szpitala, jako osoba upoważniona przez pacjenta (należy zadbać o takie upoważnienie!) odbiera lek wydany przez aptekę szpitalną i dostarcza go do domu pacjenta. Przy tej okazji można uzupełnić „kartę podania/wydania leku” o podpis pacjenta poświadczający odbiór leku.
2. Dostarczenie leku przez wyspecjalizowany podmiot, np. firmę kurierską zapewniającą odpowiednie warunki do transportu leku. Szpital, w którym znajduje się ośrodek prowadzący program czy chemioterapię, zawiera wówczas umowę na dostarczanie leków.

Koszty dostawy ponosi szpital realizujący program lekowy lub chemioterapię. Wskazana przez Ministra Zdrowia nowa usługa jest wygodna dla pacjentów, w związku z czym część chorych wręcz żąda takiego sposobu zaopatrzenia. **Aby nie powodować kłopotów finansowych szpitali, konieczna jest zmiana regulacji lub wykorzystanie i doprecyzowanie już istniejącej.**

Należy uaktualnić treść umów NFZ ze szpitalami, wymieniając tam dodatkowe świadczenie w postaci dostawy leku do domu z przypisaniem wartości punktowej lub ustalając – wzorem ryczałtu za diagnostykę – ryczałt transportowy.

Alternatywą jest umieszczenie zalecenia Ministra Zdrowia nie w komunikacie, ale nadanie mu charakteru zadania, o którym mowa w art. 10 ust. 2 ustawy specjalnej z dnia 2 marca 2020 r. Zgodnie z tym przepisem, Minister Zdrowia może nałożyć na podmiot leczniczy (szpital) obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Ustęp 4 stanowi, że w przypadku nałożenia obowiązku, zapewnia się środki na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tego zadania. Podobnie jak różne środki dla szpitali jednoimiennych, dostawy leków do domów pacjentów mogłyby wówczas opłacać Narodowy Fundusz Zdrowia z budżetu państwa, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych przez szpital do wojewódzkiego oddziału NFZ.

Jeszcze inna szansa na odzyskanie kosztów dostaw leków przez szpitale wynika z komunikatu NFZ z 2 kwietnia, który traktuje zalecenia Ministra Zdrowia jako decyzje i deklaruje uznawanie świadczeń zrealizowanych zgodnie z nimi:

„Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, wyrażonej w komunikacie z dnia 13 marca 2020 roku, możliwe jest: dostarczenie leków przez szpital bezpośrednio do miejsca zamieszkania pacjenta oraz „Realizacja świadczeń udzielanych w ramach umów Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, w sposób opisany powyżej, w czasie trwania epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, będzie uznawana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.”

2.6. Modyfikacja zasad wykonywania badań diagnostycznych w programach lekowych

Przesunięcie badań pacjenta w ramach programu lekowego nie musi być jedynym sposobem ograniczania ryzyka zakażeń SARS-CoV-2. **Warto zwrócić uwagę na istniejącą od dawna możliwość realizacji badań diagnostycznych blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Ośrodek realizujący program musi wówczas wystawić zlecenie na badanie oraz pokryć jego koszty.**

Możliwość ta koreluje ze zmniejszaniem częstotliwości wizyt, możliwością realizacji porad z użyciem systemów łączności i dostarczaniem leków przez apteki szpitalne do miejsca zamieszkania pacjentów.

Zgodnie z § 9 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który

wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji. Zlecający może zatem włączyć oryginały wyników badań do dokumentacji medycznej, co jest wymagane przez zarządzenia Prezesa NFZ w zakresie programów lekowych.

Do dokumentacji medycznej pacjenta w programie należy włączyć także oryginały wyników badań, jeżeli pacjent wykonał badania „na własną rękę”, bądź zostały wykonane przy okazji udzielania innych świadczeń. Wówczas nie ma konieczności powtarzania tych badań, jeżeli nie istnieje konieczność kliniczna.

Należy jednak pamiętać, że nie można pacjentowi zalecić wykonania badań na własny koszt, gdyż jest to naruszenie praw pacjenta. Fundusz finansuje koszty badań w programach lekowych ryczałtem, a w razie wykrycia takich praktyk, zakwestionuje świadczenie i nałoży karę za nienależytą realizację umowy.

2.7. Teleporady w ramach programów lekowych i chemioterapii

„Komunikat dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19” opublikowany 24 marca przez Centralę NFZ, sankcjonuje stosowanie tele-

porad z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Dotyczą one jedynie pacjentów kontynuujących leczenie, zgodnie z ustalonym planem terapeutycznym, adekwatnie do stanu klinicznego:

1. Wizyty kontrolne u pacjentów w stanie stabilnym mogą zostać udzielone w formie konsultacji telefonicznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Odpowiednia adnotacja o sposobie udzielenia świadczenia powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Przy sprawozdawaniu w raporcie statystycznym należy sprawozdać dane zgodne z przepisami zarządzenia regulującego zasady rozliczania programów lekowych, z zastrzeżeniem, że wśród kodów istotnych procedur medycznych, wskazać należy: 89.0099 – Porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
3. Teleporady mogą być udzielane, sprawozdawane lub rozliczane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego.
4. U pacjentów w stanie stabilnym, na podstawie decyzji lekarza prowadzącego leczenie, dopuszcza się przesunięcie terminu zarówno badania lekarskiego jak i wybranych badań diagnostycznych. Adnotacja o odroczeniu badań powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej pacjenta.

2.8. Dostępność świadczeń POZ

Część podmiotów leczniczych zastosowała się do komunikatów i zaleceń, traktując je jako prawo powszechnie obowiązujące, często je nadinterpretowując. Stąd wzięły się widoczne w całym kraju – obok częściowego zawieszania działalności leczniczej – przypadki całkowitego zaprzestania udzielania świadczeń. Zamykano przychodnie i gabinety, zarówno mające umowy z NFZ, jak i świadczące usługi wyłącznie komercyjne.

Chaos organizacyjny, informacyjny i panika wśród świadczeniodawców spowodowały, że 24 marca NFZ wydał komunikat, w którym przypominał, że całkowite zamykanie przychodni jest niedopuszczalne. W komunikacie napisano: „na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zarządzenia Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz postanowień umowy o udzielanie świadczeń zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń: lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy (...) W związku z powyższym, niedopuszczalne jest bezpodstawne całkowite zamykanie miejsc udzielania świadczeń, a tym samym pozbawianie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej”.

Według publicznych wypowiedzi prezesa NFZ Adama Niewielskiego, w marcu 2020 r. przychodnie POZ udzieli-

2 kwietnia pojawił się następny komunikat NFZ dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, potwierdzający rekomendacje Ministra Zdrowia opublikowane 13 marca. Co ciekawe, NFZ potraktował te rekomendacje jako decyzje, mimo że nimi nie są. **Fundusz uznał za dopuszczalną rozbieżność terminu realizacji teleporady i terminu rzeczywistego wydania lub doręczenia leku pacjentowi.**

Na końcu komunikatu znalazła się formuła: „Realizacja świadczeń udzielanych w ramach umów Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, w sposób opisany powyżej, w czasie trwania epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, będzie uznawana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.” Po raz kolejny należy podkreślić, że zakres świadczeń gwarantowanych oraz sposób realizacji umów powinny być określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia, zarządzeniach Prezesa NFZ i umowach ze świadczeniodawcami. **Przedłużający się czas zagrożenia epidemicznego i epidemii powinien zostać wykorzystany do korekty stanu prawnego i stanu umów.**

ły około 13,3 mln porad, czyli około 0,5 mln mniej niż rok wcześniej. W kwietniu liczba porad w POZ spadła o 30-35%. Świadczyłoby to o tym, że podstawowa opieka zdrowotna w czasie pandemii odnotowała jednak najmniejszy spadek wykonanych świadczeń. Redukcja świadczeń w AOS i planowych zabiegów szpitalnych była większa niż w POZ.

Udzielanie porad na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w POZ jest możliwe na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r., zmieniającego rozporządzenie z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W połączeniu z obowiązkiem wystawiania e-zwolnień lekarskich (od 1 grudnia 2018) oraz e-receptą (obowiązkową od 8 stycznia 2020 r.), stwarzało to warunki do kompleksowej obsługi pacjenta bez konieczności bezpośredniego kontaktu ze świadczeniobiorcą.

POZ była jednym z zakresów świadczeń (oprócz opieki psychiatrycznej), w którym udzielanie świadczeń na odległość zostało prawnie usankcjonowane. Nowe rozwiązanie „przyjęło się” zarówno wśród personelu medycznego, jak i pacjentów, chociaż lekarze zwracają uwagę na wyższe ryzyko związane z takimi poradami, a pacjenci czasami skarżą się na trudności techniczne z łącznością. Niektórzy pacjenci uważają również, że porady udzielane w tym trybie mają niższą jakość. Obecnie, w zależności od ośrodka, odsetek porad udzielanych bez obecności pacjenta sięga 80-90%.

2.9. Dostępność świadczeń AOS

W dniu 12 marca ukazał się komunikat NFZ o możliwości wykonywania i rozliczania porad realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

W myśl komunikatu możliwość ta istnieje „w odniesieniu do świadczeń wymienionych w załączniku nr 1a i 1c do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, realizowanych na rzecz pacjentów kontynuujących opiekę w danej poradni specjalistycznej, zgodnie z ustalonym planem opieki i stanem klinicznym pacjenta.” Świadczeniodawca obowiązany jest wskazywać w sprawozdaniach kod: 89.0099 – Porada lekarska za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Komunikat ten nie ma oparcia w przepisach prawa. Nie zmieniono bowiem ani rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie AOS, ani zarządzeń prezesa NFZ, ani treści umów.

Do świadczeniodawców AOS odnosił się również komunikat Centrali NFZ z 24 marca, przypominający, że w myśl umowy o udzielanie świadczeń zawartej z NFZ świadczeniodawca musi zapewnić dostęp do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

Większość podmiotów działających poza umowami z NFZ, zwłaszcza w ramach indywidualnych praktyk lekar-

skich, zaprzestała działalności od 20 marca do końca maja, powodując znaczne ograniczenie świadczeń dla pacjentów. Winę za taki stan rzeczy ponoszą: panika, brak właściwego przygotowania, kłopoty z zakupem środków ochrony osobistej dla personelu medycznego, błędne rozumienie zmian w przepisach prawa oraz treści komunikatów.

W dniu 6 kwietnia pojawiło się, obowiązujące z mocą wsteczną od 3 kwietnia, rozporządzenie Ministra Zdrowia, które pozwoliło realizować świadczenia hemodializy oraz porady specjalistyczne w neurologii z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób udzielania świadczenia nie zagraża życiu lub pogorszeniu stanu zdrowia pacjenta, a przy pacjencie obecna jest pielęgniarka posiadająca odpowiednie kwalifikacje. Nie jest jasne, dlaczego tylko te dwa świadczenia zostały w ten sposób wyróżnione.

W ustawie specjalnej z 2 marca 2020 r. pojawiła się teleporada – nowe świadczenie, udzielane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą Ministrowi Zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Nazwa „teleporada” stała się w praktyce nazwą rodzajową dla wszystkich świadczeń udzielanych za pomocą systemów teleinformatycznych.

Formalnie teleporadą jest jednak wyłącznie świadczenie udzielone w związku z COVID-19, wykonane za pomocą systemu udostępnionego przez CSIOZ. Jest to szczególnie istotne, ponieważ w przypadku teleporad pominięto obowiązki dotyczące dokumentacji medycznej wynikające z przepisów o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta. Natomiast z powodu szumu informacyjnego część świadczeniodawców uznała, że nie musi prowadzić na dotychczasowych zasadach dokumentacji dla wszystkich świadczeń udzielonych z wykorzystaniem systemów łączności.

2.10. Skuteczność regulacji dotyczących refundacji

Biorąc pod uwagę brak szczepionki przeciwko COVID-19 oraz brak leków działających wprost na wirusa SARS-CoV-2, przepisy dotyczące refundacji mają bardzo ograniczony wpływ na zwalczanie COVID-19. Dostępność leków objawowych i sposób systemowego finansowania leczenia pacjentów są na obecnym etapie wystarczające.

Inną sprawą jest to, że okres zagrożenia epidemicznego i stanu epidemii stał się okresem „zamrożenia” refundacji. Na mocy art. 7a. 1. ustawy specjalnej, wydane w lutym obwieszczenie refundacyjne zachowało ważność do 31 sierpnia 2020 r. Analogicznie do 31 sierpnia przedłużono okres obowiązywania decyzji administracyjnych wraz z załącznikami, który kończył się przed dniem 1 lipca. Do 1 września opóźniono wejście w życie decyzji, które miały obowiązywać od 1 maja. Do 31 sierpnia zawieszony został także bieg terminów

w zakresie postępowań wszczętych i niezakończonych przed 8 marca oraz w okresie od 8 marca do 15 sierpnia. W okresie zawieszenia postępowań Minister Zdrowia mógł jednak podejmować wszelkie czynności mające na celu wydanie decyzji refundacyjnych, z nie do końca zrozumiałym wyłączeniem art. 102 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256).

Na dostępności do świadczeń negatywnie zaważył zapis art. 7c. ustawy specjalnej przesądzający, że w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie przeprowadza się konkursów ofert i rokowań. Z tego powodu nie uruchomiono programu terapeutycznego, który miał być wdrożony od 1 marca. **Przerwa w publikowaniu obwieszczeń refundacyjnych negatywnie wpłynęła na możliwość włączenia nowych leków do refundacji, co jest nieko-**

rzystne dla pacjentów. Opóźniła także objęcie refundacją leków generycznych, a tym samym zaważyła na konkurencyjności leków.

W sytuacji, gdy negocjacje z wnioskodawcami można prowadzić w trybie zdalnym i w takim trybie pracował urząd obsługujący Ministra Zdrowia, nie ma większego uzasadnienia do przerwania ciągłości publikowania kolejnych list refundacyjnych.

Wydłużenie okresu obowiązywania decyzji refundacyjnych „zamroziło” warunki finansowe określone w decyzjach, co nie było korzystne z punktu widzenia systemowego, po-

nieważ negocjacje tych warunków zazwyczaj prowadzą do zmniejszenia ceny lub kosztów terapii.

Od wielu lat ustawa refundacyjna oczekuje na nowelizację. Potrzeba nowelizacji i jej kierunki zostały również wskazane w dokumencie rządowym „Polityka Lekowa Państwa na lata 2018-2020”. Okres epidemii niewątpliwie wstrzymał również proces opracowywania projektu tej nowelizacji.

2.11. Telemedycyna – zalety i wady dotychczasowych rozwiązań

W kontekście stanu zagrożenia epidemicznego i epidemii telemedycyna pozwala na utrzymanie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnym spełnieniu założeń w zakresie izolacji czy dystansowania społecznego, dając możliwość istotnego ograniczenia kontaktów pomiędzy świadczeniobiorcami a personelem medycznym.

Aktualnie mamy dwa „stany formalne”:

1. świadczenie udzielane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
2. teleporadę.

Jak wspomniano w dziale poświęconym dostępności świadczeń ambulatoryjnych, usługa z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności jest usankcjonowanym w przepisach prawa świadczeniem gwarantowanym w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, opieki psychiatrycznej i terapii uzależnień, specjalistycznych porad z zakresu neurologii udzielanych osobom dorosłym oraz hemodializy.

Teleporada jest nowym świadczeniem, udzielanym za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, wprowadzonym ustawą o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych i jako takie jest rozwiązaniem przejściowym.

Wadą funkcjonujących obecnie rozwiązań jest brak podstawy formalnej do finansowania dużej części świadczeń udzielanych „z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”. Nie można uznać za taką podstawę komunikatów Centrali NFZ. **Należy dążyć do uporządkowania i wyrównania stanu prawnego. Należy także dokonać przeglądu katalogów świadczeń pod względem możliwości ich z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, ewentualnie modyfikując ich taryfę.**

Katalogi świadczeń ambulatoryjnych zawierają pozycje, które są naturalnymi kandydatami do świadczeń telemedycznych. Na przykład kontrola wszczepialnych urządzeń do elektroterapii serca, która jest istotą wielu porad kardiologicznych udzielanych w poradniach z wymaganą obecnością pacjenta, bez uszczerbku dla jakości może być realizowana za pomocą technik telemedycznych. Nowoczesne wyroby medyczne (do implantacji i nie tylko) posiadają bowiem możliwość rejestracji własnej pracy, zapis wyniku dokonanych pomiarów i ich teletransmisji.

Stan epidemii i potwierdzenie w praktyce wartości świadczeń telemedycznych w zakresie opieki nad pacjentami powinny przyspieszyć prace nad stałym, a nie incydentalnym, telemetrycznym nadzorem nad pacjentami jako odrębnym świadczeniem gwarantowanym.

2.12. Organizacja zakupu sprzętu oraz wyrobów medycznych

Z powodu zagrożenia dla zdrowia publicznego gwałtownie wzrosło zapotrzebowanie na środki ochrony osobistej, respiratory i środki dezynfekcyjne. Ujawnił się nieadekwatny – w stosunku do ocenianego na tamten czas stopnia zagrożenia – stan państwowych zapasów. Wynikało to z wieloletniego niedoszacowania ryzyka epidemicznego, niewłaściwej oceny stanu rezerw i środków finanso-

wych przeznaczanych na tworzenie rezerw. Nie obyło się także bez błędów Agencji Rezerw Materiałowych w postaci wyprzedzaży części zapasów w początkowym okresie epidemii, co jednak nie przyczyniło się istotnie do pogłębienia deficytu.

Według opublikowanej przez Ministerstwo Zdrowia ewidencji zakupów związanych z COVID-19 do czerwca 2020 r.,

z kwoty 851,4 mln zł, Ministerstwo wykorzystało 718,3 mln zł, czyli 84,4%. Tymczasem zakupy Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych wyniosły jedynie 133 mln zł, czyli 15,6%. Ministerstwo niepotrzebnie zajmowało się zakupami, zamiast je zlecić podległej sobie agencji, powołanej przecież do tego celu.

Ministrowie Łukasz Szumowski i Janusz Cieszyński zapłacili w dodatku dużą cenę wizerunkową właśnie dlatego, że transakcjami zajęli się ludzie i komórki organizacyjne bez odpowiednich kompetencji i procedur. Wizerunek Ministerstwa Zdrowia uległ pogorszeniu, gdy media ujawniły niektóre okoliczności dokonywanych zakupów.

Ministerstwo Zdrowia nie ma wyspecjalizowanej komórki organizacyjnej do prowadzenia zakupów na taką skalę. Wprawdzie do zadań działającego w strukturze resortu Biura Organizacyjnego należy m.in. koordynacja działań dotyczących postępowań o udzielenie zamówień publicznych realizowanych na rzecz Ministerstwa, ale nie dotyczy to zakupów na taką skalę i w takich okolicznościach. Nie ujmując kompetencji i zaangażowania pracownikom resortu, należy apelować o ostrożność i powstrzymanie się od zakupów wielkich ilości różnego rodzaju asortymentu pod wpływem światowej paniki.

Zaangażowanie się resortu w zakupy nie było właściwe także z powodu upoważnienia, jakie Minister Zdrowia uzyskał 2 marca na mocy ustawy specjalnej. Do znowelizowanej wówczas ustawy z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych w art. 13 dodano ust. 6 i 7 w brzmieniu:

„6. W przypadku zagrożenia epidemicznego, wykonanie decyzji o utworzeniu rezerw strategicznych, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, odbywa się z wyłączeniem ust. 5 oraz przepisów o zamówieniach publicznych.

7. W przypadkach, o których mowa w ust. 6, Agencja Rezerw Materiałowych dokonuje zakupu określonej ilości asortymentów do rezerw z zachowaniem pierwszeństwa w odniesieniu do innych podmiotów.”

Natomiast ust. 5. tej ustawy (który nie był zmieniany) stanowi, że w przypadkach, w których nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych, Agencja stosuje przejrzyste, niedyskryminacyjne i konkurencyjne warunki wyłaniania sprzedawcy tego asortymentu lub podmiotu, z którym zostanie zawarta umowa. A zatem ustawa specjalna formalnie wyłączyła „przejrzyste, niedyskryminacyjne i konkurencyjne warunki wyłaniania sprzedawcy”.

Nie należy upatrywać w tym furtki do podejmowania nieprzejrzystych działań, ale uznać za dostosowanie prawa do nadzwyczajnych okoliczności. Sytuacja na rynku międzynarodowym stała się nieprzewidywalna, poszukiwane towary były niedostępne lub dostępne jedynie po spekulacyjnych cenach. Ponieważ gwałtowny wzrost zapotrzebowania dotyczył praktycznie wszystkich państw, a zagrożenie było traktowane jako śmiertelne, odchodzono od normalnych procedur i w sprawy zakupów zaangażowały się służby specjalne.

Agencja Rezerw Materiałowych powinna prowadzić wszystkie sprawy związane z zakupami w okresie pandemii. Powinna też zająć się koordynacją dystrybucji środków zgromadzonych w ramach zbiorów publicznych

i donacji prywatnych (przynajmniej wskazując pożądane kierunki donacji).

Część prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia zakupów, m.in. maseczek czy respiratorów, zakończyła się niepowodzeniem i stała się przyczyną kryzysu medialnego. Niektóre zamówione w pośpiechu towary nie spełniały norm lub w ogóle nie zostały dostarczone. Gwałtowny wzrost zapotrzebowania – to szansa szybkiego zarobku, co sprzyja nieuczciwym próbom oferowania towaru niepełnowartościowego, czy wręcz oszustwom handlowym, a niedotrzymywanie umów w zakresie wielkości i terminu dostaw czy zmienianie uzgodnionych wcześniej cen jest na porządku dziennym. Nie można tego całkowicie uniknąć, na co najlepszym dowodem jest fakt, że niepełnowartościowy towar trafiał także do innych państw i organizacji pozarządowych. Problemów z jakością zakupionych produktów nie ustrzegli się również inwestorzy prywatni. Mając świadomość ryzyka transakcji handlowych, rząd nie powinien angażować się w przesadzone akcje propagandowe, takie jak witanie 14 kwietnia samolotu An-225 Mrija.

Ryzykowne sytuacje na rynku międzynarodowym i zetknięcie z nieuczciwymi praktykami handlowymi można uznać za nieuniknione skutki ogólnoświatowej paniki. **Niezrozumiałe jest jednak zrezygnowanie z narzędzi, jakie ustawa specjalna dała Ministrowi Zdrowia w zakresie regulacji rynku wewnętrznego.**

Nie skorzystano z możliwości ustalenia cen maksymalnych na leki czy wyroby medyczne. Kontrolę przestrzegania cen przypisano niezbyt właściwie instytucjom związanym z rynkiem farmaceutycznym, czyli Inspekcji Farmaceutycznej, Urzędowi Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Tymczasem powinna być prowadzona przez Państwową Inspekcję Handlową, UOKiK, izby administracji skarbowej i urzędy celno-skarbowe.

Nie wykorzystano także możliwości Ministra Zdrowia do nałożenia obowiązku przekazywania informacji do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi o lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych. Uprawnienia takie pojawiły się w prawie farmaceutycznym, znowelizowanym ustawą specjalną.

Minister Zdrowia może także, w drodze obwieszczenia, ograniczyć ilość produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego wydawanego jednemu pacjentowi. Takie decyzje również nie były podejmowane.

Regulacja cen i monitorowanie obrotu, połączone z kontrolą i sankcjami, uporządkowałyby rynek i uchroniłyby przed spekulacjami. Takie działania mogą zostać podjęte w kontekście spodziewanej drugiej fali pandemii, zwłaszcza że wraz z sygnałami o wzroście liczby zakażeń pojawiły się informacje o podwyżkach cen środków ochrony osobistej.

2.13. Wyceny świadczeń i ich umiejscowienie

Kwestia nieadekwatnej wyceny niektórych świadczeń jest poruszana od dawna, niezależnie od pojawienia się epidemii. Coraz częściej również wskazuje się na nieoptymalne umiejscowienie w systemie niektórych usług medycznych finansowanych przez NFZ.

Od lat świadczeniodawcy realizujący umowy z zakresu leczenia szpitalnego krytykują sposób finansowania izb przyjęć oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych. Kluczowym problemem nie jest jednak sama w sobie wycena czy sposób obliczania wartości udzielonych świadczeń, ale luka systemowa w zakresie doraźnych porad ambulatoryjnych. Skoro SOR realizuje świadczenia ratujące życie, chorzy zgłaszający się tam w stanie innym niż zagrożenie życia nie mogą otrzymać pomocy adekwatnej do potrzeby.

Funkcję taką powinna spełniać nocna i świąteczna pomoc lekarska, jednak w wielu przypadkach tak się nie dzieje. Po przeprowadzonym na SOR triażu osoby z lekkimi zachorowaniami czekają na konsultację lekarza, ponieważ placówka nie chce ryzykować odsyłania pacjenta z SOR. Ostatecznie zagrożenie zdrowia lub życia ocenia lekarz, a pacjent oczekuje na jego decyzję bardzo długo. **Brakującym ogniwem jest możliwość finansowania porad (przynajmniej ogólnych) w poradni przy SOR. Tam powinna być możliwa zarówno konsultacja zakończona zaleceniami, jak również zakończona skierowaniem bezpośrednio do oddziału szpitalnego. Dzięki temu z SOR odeszłyby porady dla lekko chorujących pacjentów, które pochłaniają spore koszty i wydłużają czas oczekiwania innych chorych na świadczenia ratujące życie. Byłoby to szczególnie przydatne w obliczu epidemii, kiedy zwiększona liczba osób z objawami przypominającymi COVID-19 szuka pomocy na SOR. Przeważnie nie są to osoby chore na COVID-19 i nie winny trafiać na szpitalny oddział ratunkowy, ponieważ nie są w stanie zagrożenia życia.**

Warto również zauważyć, że w przypadku, gdy szpital prowadzi SOR, nie ma finansowanych świadczeń z zakresu izby przyjęć. Zatem weryfikowanie zasadności przyjęcia do szpitala oraz sama procedura przyjęcia do oddziału odbywa się w SOR. Choć świadczeniodawcy starają się (w ciągu dnia) odciążać SOR tzw. biurami przyjęć, przeznaczonymi dla pacjentów planowych, nie jest to optymalne rozwiązanie.

Izba przyjęć powinna zajmować się weryfikacją zasadności przyjęcia do szpitala oraz udzielaniem doraźnej pomocy w przypadku, gdy interwencję medyczną można ograniczyć do ambulatoryjnej porady. Zatem celem porady w izbie przyjęć jest określenie stanu klinicznego, ustanowienie kategorii medycznej, przeprowadzenie procedury przyjęcia do oddziału szpitalnego lub odmowy przyjęcia, niekiedy z jednoczesnym zapisaniem na listę oczekujących. Połączenie czynności administracyjnych i medycznych powinno wykazywać przewagę działań klinicznych. Udzielenie świadczeń ambulatoryjnych powinno nastąpić po wstępnej ocenie przez lekarza izby przyjęć.

Należy zatem zapewnić finansowanie gabinetów konsultacji oraz zaopatrzenia (np. gabinety pielęgniarek i położnych) w izbie przyjęć. Będzie to właściwa odpowiedź na potrzeby pacjentów, a przede wszystkim odciążą izby przyjęć z udzielania świadczeń niezwiązanych z przyjęciem do szpitala.

Nocna i świąteczna pomoc medyczna jest przydatna, ponieważ daje możliwość skorzystania z konsultacji lekarskiej przez pacjentów, którzy z jakichś powodów nie udali się do lekarza POZ lub nie mogą w odpowiednim czasie dostać się do specjalisty. Jednak spora część chorych wybiera drogę wprost do SOR lub izby przyjęć. Aby tego uniknąć, należy przemodelować organizację udzielania świadczeń i jednocześnie zmienić sposób ich finansowania.

Tak wdrożony model będzie szczególnie przydatny w stanie epidemii. Dostęp do świadczeń ambulatoryjnych „obok” SOR czy izby przyjęć, jednak w ścisłej z nimi korelacji, wpłynie nie tylko na sprawniejsze działanie szpitala, ale również zwiększy bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne. Wówczas SOR i izba przyjęć zajmować się będą weryfikacją, ratowaniem życia i dalszym ukierunkowaniem pacjenta. Natomiast poradnie, w przypadku epidemii czy masowych zdarzeń, zakończą zaopatrzenie chorego w sposób właściwy dla jego stanu.

W początkowym etapie epidemii przed szpitalami stawiano namioty. Zakładano, że będą one służyć wstępnej weryfikacji chorych oraz – w razie zwiększonej liczby zgłoszeń – udzielane będą w nich świadczenia ambulatoryjne. Na szczęście wiele z nich do dzisiaj stoi pustych, a szpitalom nie udało się zorganizować w nich świadczeń ambulatoryjnych. Nie jest to bowiem ani miejsce, ani odpowiednia metoda spełnienia tej funkcji.

SOR i izby przyjęć powinny być – w ramach uzupełniania systemu – wzbogacone o świadczenie doraźnych porad ambulatoryjnych. Odpowiadać to będzie potrzebom organizacyjnym świadczeniodawców oraz oczekiwaniom chorych. Wielokrotne próby odsunięcia pacjentów z drobnymi zachorowaniami od SOR i izb przyjęć spełzły bowiem na niczym. Koszty udzielania świadczeń przez SOR i izby przyjęć są niewspółmiernie większe niż koszty poradni, więc takie działanie będzie racjonalne finansowo. Zapewni również większe bezpieczeństwo pacjentom i wyjdzie naprzeciw potrzebom personelu medycznego, którego poczucie odpowiedzialności sprawia, że chorych nie odsyła się do nocnej i świątecznej pomocy bez wcześniejszego wywiadu, badania, diagnostyki laboratoryjnej czy obrazowej.

2.14. Regulacje wybranych obszarów terapeutycznych

Jedną z inicjatyw ustawodawczych mających związek z epidemią COVID-19, aczkolwiek niebezpośredni, jest projekt ustawy o utworzeniu Funduszu Medycznego. Projekt dotyka szeregu ważnych problemów. Jednym z nich jest zmiana sposobu finansowania kluczowych dziedzin opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim onkologii. Diagnostyka i leczenie nowotworów stanowi priorytet współczesnej medycyny, a zapewnienie bezpieczeństwa i ciągłości tych świadczeń jest niezbędne.

Od lat poszukujemy w Polsce optymalnego sposobu finansowania świadczeń onkologicznych. Tworzona sieć onkologiczna miała wyodrębnić zasoby przeznaczone do leczenia nowotworów i wprowadzić odmienny sposób finansowania. Profilowane ośrodki stwarzałyby możliwość szybkiego odizolowania ich od zagrożeń, takich jak np. epidemie chorób zakaźnych. Pozwoliłyby również na jednolite finansowanie, uwzględniające realne koszty. Szpitale monoprofilowe powinny być zatem wyłączone z ogólnych regulacji. Potrzebują odrębnego systemu, opartego na refundacji leków i kosztów, ponoszonych na utrzymanie i odtworzenie zasobów. W dobie epidemii okazało się, że instrumenty ochrony i zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń onkologicznych były takie same, jak w przypadku innych specjalności, a przecież chorzy onkologiczni stanowią grupę szczególnego ryzyka związanego z zakażeniem COVID-19.

Zorganizowanie sieci szpitali jednoimiennych zajęło rządzącym stosunkowo mało czasu. Placówki zostały wyposażone w odpowiednie środki, a system finansowania zmodyfikowano, zapewniając płynność pomimo zaprzestania realizacji dotychczas udzielanych świadczeń.

Podobnie należało postąpić w przypadku szpitali onkologicznych. Nie było to jednak możliwe, ponieważ nie istnieje jeszcze pełna sieć onkologiczna. Wiele oddziałów onkologii funkcjonuje w ramach wielospecjalistycznych szpitali. Możliwość podjęcia szybkich decyzji dotyczących bezpośrednio onkologii była więc ograniczona. Szpitale te często borykały się z powszechnymi problemami kadrowymi, związanymi z zaopatrzeniem czy zapewnieniem bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. Dlatego też w wielu przypadkach najbardziej racjonalną decyzją było ograniczenie lub zupełne powstrzymanie się od udzielania świadczeń pacjentom z grup szczególnego ryzyka.

Utworzenie sieci placówek onkologicznych i wyodrębnienie ich finansowania może odbyć się przy najbliższym ustaleniu sieci szpitali, które powinno mieć miejsce w 2021 roku. Należy jednak rozważyć zmianę definicji szpitali onkologicznych oraz ogólnopolskich. Z uwagi na priorytetowy charakter onkologii warto włączyć szpitale onkologiczne do kategorii placówek ogólnopolskich, definiując jednocześnie zakresy oraz zasoby kwalifikujące do tego poziomu zabezpieczenia.

Pozostanie wówczas do rozstrzygnięcia kwestia koordynacji komórek organizacyjnych, zajmujących się leczeniem nowotworów w placówkach zakwalifikowanych do innego poziomu zabezpieczenia szpitalnego. Kluczową kwestią będzie przynależność do sieci i obowiązek realizacji świadczeń zgodnie z zasadami koordynacji sieci onkologicznej. Stanowić to może podstawę do odmiennego sposobu finansowania nie tylko całych szpitali, lecz także wybranych komórek organi-

zacyjnych. Dzięki temu będzie można systemowo zarządzać organizacją udzielania świadczeń, odpowiednio monitorować utrzymywanie standardów i skutecznie reagować na zagrożenia epidemiologiczne. Na tej podstawie będzie można szybko i w sposób jednolity wdrażać nowe świadczenia, takie jak programy lekowe czy procedury dedykowane do leczenia nowotworów. Nową technologię wprowadzaną do koszyka świadczeń gwarantowanych będzie można ograniczyć dla określonej grupy świadczeniodawców i komórek organizacyjnych podmiotów leczniczych uczestniczących w skoordynowanej sieci onkologicznej.

Sporym wyzwaniem w dobie epidemii stało się zapewnienie bezpiecznej kontynuacji leczenia pacjentów onkologicznych. Plany leczenia i ściśle określone terminy udzielania świadczeń obligowały placówki do zapewnienia odpowiedniego bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. Wprowadzone wcześniej zarządzenie prezesa NFZ w sprawie chemioterapii w warunkach domowych nie spełniło swojej roli. O ile projekt zarządzenia mówił o możliwości podawania cytostatyków (z zastosowaniem infuzora) w domu chorego, o tyle ostateczna wersja dotyczyła już tylko zastosowania samego urządzenia podającego lek. Zabrakło bowiem zapewnienia odpowiedniej opieki w warunkach domowych.

Rozwiązaniem może być całodobowa opieka lekarza onkologa, w formie teleporady, a w razie konieczności koordynowania pomocy bezpośredniej. Zapisy zarządzenia prezesa NFZ sugerowały, że szpital stosując infuzor realizuje jednolite świadczenie zakończone zaopatrzeniem chorego, po czym – dzięki urządzeniu – terapia kontynuowana jest w warunkach domowych. To rozwiązanie jednak nie zapewnia odpowiednich standardów, nie spełnia obowiązku nadzoru. Należy jednak pozytywnie ocenić kierunek zmiany wykorzystania technologii, która pozwala kontynuować podawanie leku.

Należy określić odrębne świadczenie, opisać je pod względem sposobu realizacji i zapewnienia nadzoru ze strony świadczeniodawcy. Takie rozwiązanie może być również cenne w przypadku stosowania antybiotykoterapii u pacjentów niewymagających hospitalizacji. **Na tym przykładzie warto rozważyć utworzenie nowej grupy świadczeń, realizowanych w warunkach domowych. Wymaga to jednak odrębnego ich opisanie i wyceny.**

Istotnym elementem ustawy o Funduszu Medycznym było bezlimitowe finansowanie leczenia osób małoletnich, które daje nadzieję na poprawę dostępu do świadczeń dla najmłodszych pacjentów. Badanie wybranych placówek wykazało, że czas oczekiwania na poradę alergologa dziecięcego przekracza 49 dni, ortopedy dziecięcego – 80 dni, a neurologa dziecięcego sięgnął 119 dni, a do gastroenterologa – 134 dni. Główną przyczyną długiego oczekiwania są zbyt małe zasoby (kadrowe, lokalowe), co wynika bezpośrednio z wartości umowy podpisanej z NFZ.

Bezlimitowe finansowanie świadczeń dla dzieci jest niezbędne i racjonalne. Nie ma zagrożenia, że doprowadzi do drastycznego wzrostu kosztów płatnika publicznego. Ich niewielki wzrost zbilansuje się z korzyściami wynikającymi z poprawy zdrowotności populacji dorosłych.

Część 3.

Prognoza skutków epidemii na najbliższy rok, na podstawie m.in. danych od świadczeniodawców

3.1. Udział przemysłu farmaceutycznego w rozwiązywaniu problemów epidemiologicznych i systemowych

Przemysł farmaceutyczny jest istotnym interesariuszem w systemie opieki zdrowotnej. Jak określa dokument Polityka Lekowa Państwa na lata 2018-2022: „Polityka lekowa posiada również dużo szerszy, gospodarczy wymiar, ze względu na istotną rolę przemysłu farmaceutycznego będącego partnerem w dążeniu do poprawy długości życia i stanu zdrowia obywateli.” W kontekście epidemii naturalnym oczekiwaniem pod adresem przemysłu farmaceutycznego jest dostarczenie skutecznej i bezpiecznej szczepionki przeciw wirusowi SARS-CoV-2 oraz leków przeciwwirusowych i zwalczających objawy choroby. Kolejnym oczekiwaniem jest, aby dostępność do leków stosowanych w innych schorzeniach została utrzymana i zaspokoiła potrzeby społeczeństwa.

Stan pandemii ujawnił niepokojące zjawiska w wymiarze międzynarodowym. Okazało się, że w sytuacji zagrożenia zanika współpraca i solidarność międzynarodowa, a każde państwo stara się zaspokoić własne potrzeby, niekiedy nie przebijając w środkach. Poszczególne kraje zatrzymywały lub przejmowały deficytowe produkty, nie bacząc na zawarte umowy handlowe, zobowiązania przedsiębiorstw, międzynarodowe traktaty i powszechny wymiar zagrożenia. Z powodu

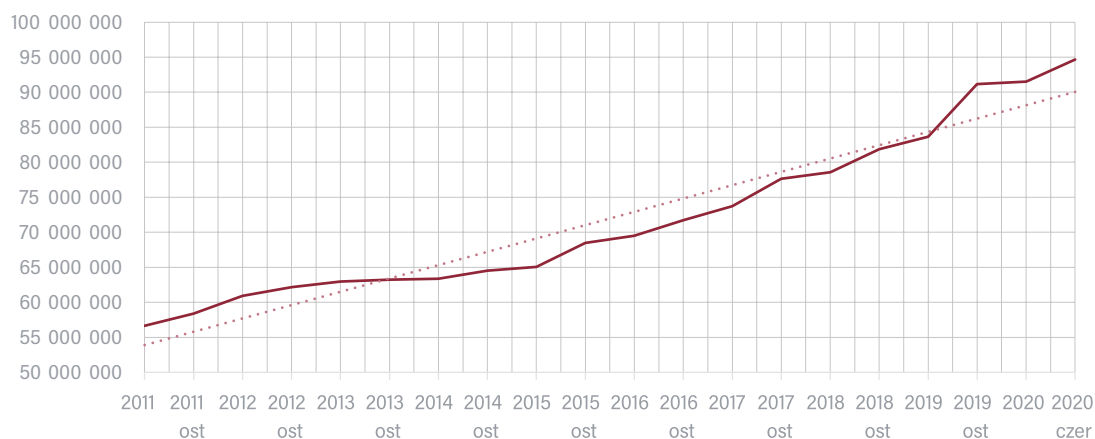
braku współpracy, krytyczne niedobory aparatury medycznej, w jednym państwie nie mogły być uzupełnione, ponieważ inne państwo powiększało swoje zapasy, często dzięki podbijaniu cen u dostawców.

W tym kontekście warto podkreślić znaczenie zakładów farmaceutycznych wytwarzających leki na terenie naszego kraju. W sytuacji realnego zagrożenia są one najpewniejszym źródłem leków. Odpowiednie docenienie tego faktu może być lepszym argumentem do wspierania tych przedsiębiorstw niż dyskutowany od kilku lat Refundacyjny Tryb Rozwojowy.

Sytuacja na rynku leków w czasie epidemii pokazuje, że dostępność do leków została zachowana. Zatem można uznać, że zrealizowano podstawowe zadanie przemysłu farmaceutycznego.

Stan prac nad szczepionkami pozwala mieć nadzieję, że będą one dostępne na przełomie roku. Otwarte pozostają pytania o cenę szczepionki, zdolności wytworzenia dużej ilości dawek w krótkim czasie i sposoby dystrybucji. W świetle opisanego zaniku solidarności i już widocznego „wyścigu po szczepionkę”, zapewnienie dostępu do szczepionki dla polskich obywateli chcących się zaszczepić będzie z pewnością dużym wyzwaniem dla rządu. Doświadczenie pokazuje, że

Wykres 6. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym NFZ od 2011 do czerwca 2020 r. (w tys. zł)

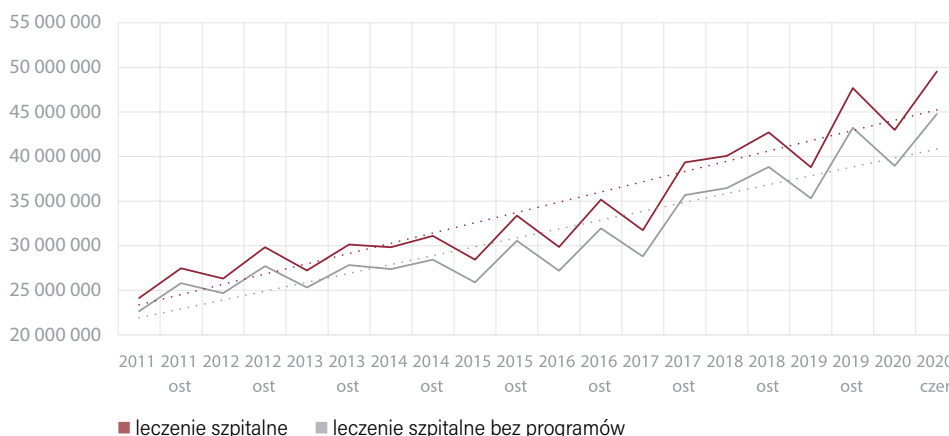


warto przyłączać się do inicjatyw polegających na wspólnych, na poziomie europejskim, zakupach szczepionek.

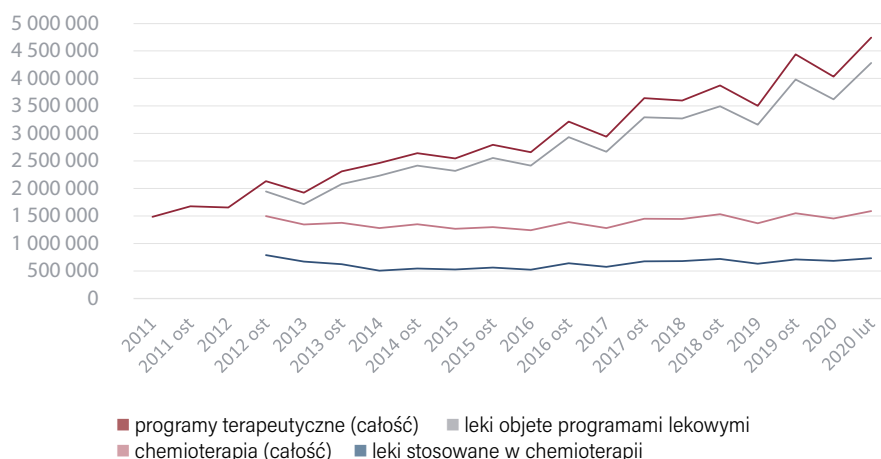
Zasadniczym problemem będzie określenie realnego zapotrzebowania na szczepionkę w Polsce. Państwo powinno zabezpieczyć dostęp do szczepionki dla osób, których obecność w pracy jest kluczowa dla podstawowych potrzeb społecznych (pracownicy służby zdrowia, służby porządkowe, wojsko, firmy obsługujące infrastrukturę krytyczną, zaopatrzenie, handel itd.). Dla tych grup szczepienia powinny być obowiązkowe.

Grupy tych osób powinny być oszacowane, tak aby rząd zaplanował odpowiednie środki finansowe na zakup szczepionki. Trudno jest ustalić zapotrzebowanie na dobrowolne szczepienia w pozostałej populacji. Badanie przeprowadzone przez Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz Uniwersytet Warszawski we współpracy z ARC Rynek i Opinia, na reprezentatywnej próbie 1066 osób, wykazało, że tylko co trzeci Polak (37%) skorzystałby ze szczepionki przeciw COVID-19, gdyby ta była dostępna.

Wykres 7. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej od 2011 do czerwca 2020 (w tys. zł) w zakresie leczenia szpitalnego i leczenia szpitalnego bez uwzględnienia kosztów leków w programach lekowych



Wykres 8. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej od 2011 do czerwca 2020 (w tys. zł) w zakresie programów lekowych i chemioterapii



3.2. Zmiany sytuacji finansowej płatnika publicznego, w tym budżetu, na refundację leków

Budżet Narodowego Funduszu Zdrowia od wielu lat systematycznie rośnie, dzięki czemu możliwy jest coroczny wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, co pokazuje Wykres 6.

Planowanie i realizacja kosztów świadczeń szpitalnych wykazuje pewną prawidłowość. Koszty zakładane w planie

początkowym rosną w ciągu roku, po to, by być niższymi w planie początkowym roku następnego. Ten cykl zaburza kontraktowanie świadczeń szpitalnych ze względu na ustawowy zapis, nakazujący NFZ zawieranie umów do wysokości planu finansowego. Ponieważ umowy na kolejny rok zawie-

rane są zazwyczaj w grudniu roku poprzedzającego, prowadzi to do sytuacji, że wartość finansowa umowy jest niższa niż wykonanie w roku poprzedzającym.

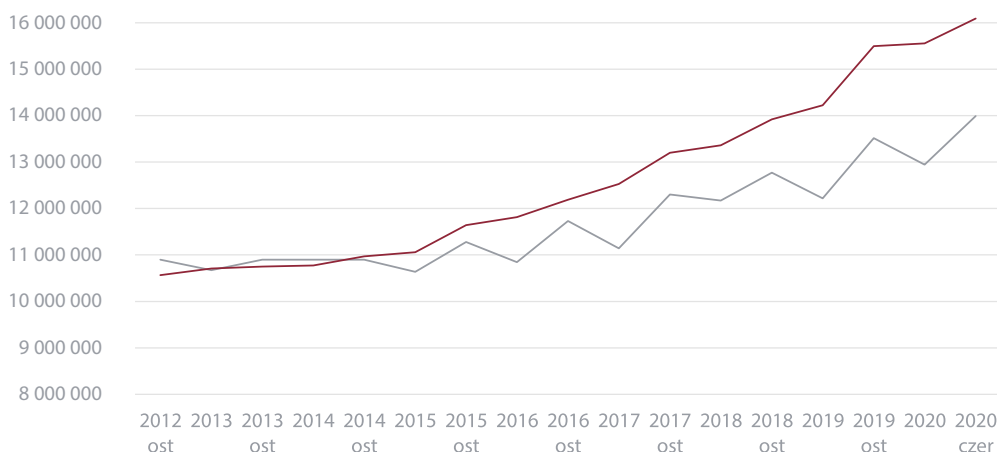
Ta prawidłowość ma szczególne znaczenie dla programów lekowych i chemioterapii. Zgodnie z ustawą refundacyjną całkowity budżet na refundację stanowi do 17% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Różnicę pomiędzy możliwą wysokością CBR a planowanymi i rzeczywistymi wydatkami w poszczególnych latach przedstawiono w Tabeli 10.

Wyraźnie widoczne jest to, że od 2014 r. całkowity budżet na refundację jest niższy od możliwego limitu 17% wydatków na świadczenia zdrowotne. Z aktualnego planu finansowego NFZ wynika, że nakłady na refundację leków mogłyby być o ponad 2 mld złotych wyższe.

Sytuacja epidemii i związanego z nią nagłego załamania gospodarczego stworzyła zwiększoną presję na finanse Narodowego Funduszu Zdrowia, które w najbliższych latach zaczną w większej mierze zależeć od subwencji z budżetu państwa. Z tego powodu znikome są szanse na takie zwiększenie wydatków na refundację, aby osiągnęły one dopuszczalny poziom 17% wydatków, czy przynajmniej poziom 16,5%, który był zapisany w Polityce Lekowej Państwa.

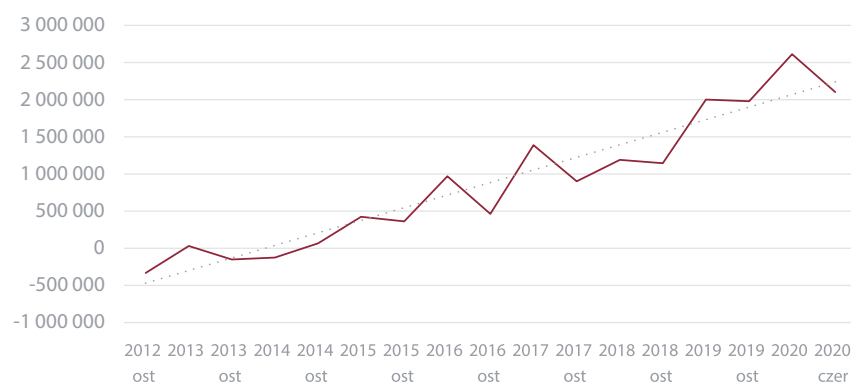
Tabela 10. Różnica pomiędzy możliwą a planowaną i rzeczywistą wysokością CBR w latach 2011-2020.

plan finansowy na rok	całkowity budżet na refundację	17% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej	różnica (2-1)
	1	2	3
2012 ost	10 901 083	10 566 120	-334 963
2013	10 674 588	10 705 699	31 111
2013 ost	10 901 083	10 749 242	-151 841
2014	10 901 083	10 775 892	-125 191
2014 ost	10 901 083	10 967 923	66 840
2015	10 636 028	11 060 504	424 476
2015 ost	11 280 853	11 641 769	360 916
2016	10 845 486	11 815 657	970 171
2016 ost	11 728 729	12 191 405	462 676
2017	11 141 844	12 530 188	1 388 344
2017 ost	12 300 800	13 202 109	901 309
2018	12 169 361	12 772 506	603 145
2018 ost	12 772 506	13 916 886	1 144 380
2019	12 221 251	14 221 747	2 000 496
2019 ost	13 513 855	15 493 163	1 979 308
2020	12 941 490	15 554 183	2 612 693
2020 czerwiec	13 989 434	16 092 518	2 103 084



Wykres 9. Całkowity Budżet na Refundację i 17% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2012-2020 (w tys. zł).

■ całkowity budżet na refundację
■ 17% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej



Wykres 10. Różnica wysokości CBR i 17% kosztów świadczeń w latach 2012-2020.

3.3. Stabilność finansowa SPZOZ

W związku z epidemią zaprzestano sporządzania kwartalnych sprawozdań o stanie zobowiązań (Rb-Z), które przygotowują samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Estymacja aktualnej sytuacji finansowej szpitali wskazuje, że poziom zadłużenia SPZOZ na koniec 2020 r. nie ulegnie zmniejszeniu. Po stronie przychodów szpitale mają tymczasowo stabilną sytuację. Stały poziom ryczałtu jest zestawiony z mniejszą liczbą wykonywanych świadczeń, a zatem niższymi kosztami pracy osób na kontraktach.

Pogorszenie sytuacji finansowej samorządów może spowodować ograniczenie inwestycji oraz mniejsze dotacje, które stanowią istotny mechanizm bilansowania wyników finansowych niektórych SPZOZ. Natomiast w 2021 r. istnieje ryzyko załamania finansowego, o ile NFZ podejmie próbę rzeczywistego rozliczenia realnie wykonanych świadczeń w czasie epidemii, a zatem ich przetożenia na wysokość ryczałtu.

Dwie regulacje podnoszące cenę punktu rozliczeniowego w ryczałcie PSZ o 5 groszy (Zarządzenie Nr 36/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2020 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 rok) i o 3 grosze (Zarządzenie Nr 86/2020/DEF z dnia 16 czerwca 2020 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 rok) spowodują zwiększenie środków przekazanych szpitalom. Nastąpi to dzięki bezpośrednio zwiększeniu wartości ryczałtu, bez konieczności wypracowania większej liczby punktów, a więc udzielenia większej liczby świadczeń.

Podniesienie ceny punktu może poprawić płynność finansową szpitali w 2020 r.

Trzeba pamiętać, że odbywało się ono za każdym razem z jednoczesnym zmniejszeniem o 1 punkt procentowy współczynnika korygującego dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego stopnia PSZ. Wartość tego współczynnika pierwotnie była ustalona dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ: pierwszego stopnia – na 1,04 i drugiego stopnia – na 1,03.

Wspomniane zarządzenia spowodowały zwiększenie kosztów zaplanowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ o kwotę odpowiednio: 1 096 322 tys. zł i 302 679 tys. zł.

Druga podwyżka ceny punktu, ogłoszona 16 czerwca, związana jest z podwyżką od 1 lipca kwoty bazowej minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia i rekompensatami przewidzianymi dla tych osób, które przestały pracować w innych miejscach, udzielając świadczeń wyłącznie pacjentom z COVID-19, tak aby nie dopuszczać do rozprzestrzeniania się koronawirusa.

Wprowadzone zmiany są z pewnością korzystne dla szpitali i poprawiają ich sytuację finansową. Jako korzystne należy również ocenić zmiany ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. wprowadza:

- skrócenie z 14 do 5 dni terminu wypłaty przez oddział wojewódzki Funduszu należności z tytułu realizacji umowy za poprzedni miesiąc,

- skrócenie z 14 do 7 dni długości minimalnego okresu, po którym dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypłacić należności za świadczenia udzielone w okresie krótszym niż okres sprawozdawczy,
- możliwość otrzymania co miesiąc 1/12 wielkości rocznego kontraktu.

Przyjęcie ryczałtowego systemu rozliczania, także dla świadczeń rozliczanych na podstawie ceny i ilości jednostek rozliczeniowych, bezsprzecznie stabilizuje w trudnym okresie budżety szpitali i pozwala im na płynne finansowanie świadczeń w programach lekowych i chemioterapii. Rozwiązanie to ustabilizowało przychody świadczeniodawców, zwłaszcza w sytuacji, gdy z powodu COVID-19 zrealizował mniej niż określono w planie finansowym. Nastąpi jednak rozliczenie i – w przypadku „niedowykonania” świadczeń – Fundusz będzie miał prawo potrącić różnicę z kolejnej płatności.

Nieuchronność potrąceń będzie powodowała pogorszenie wyniku finansowego i może oznaczać utratę płynności finansowej lub zwiększenie zadłużenia. Dlatego potrzebne jest pilne rozstrzygnięcie i określenie, według jakich zasad będą wyznaczane finanse szpitali do końca 2020 oraz w 2021 roku. Wiedza ta jest zarządzającym szpitalami niezbędna, aby mogli się dostosować do trudnej sytuacji i zaplanować indywidualne ścieżki – chociażby ocenić zdolność kredytową – wychodzenia z kryzysu spowodowanego „zamrożeniem” szpitali. Potrzebne są jednoznaczne decyzje co do zapowiadanego wydłużenia okresu rozliczenia lub moratorium na ilość wykonanych świadczeń. Decyzje te będą rzutowały na płynność finansowania świadczeń w roku 2021.

Według rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wykonanie mniejszej liczby świadczeń oznacza, że mniejsza liczba jednostek sprawozdawczych zostaje przyjęta we wzorze do wyliczenia ryczałtu na kolejny rok.

W kontekście epidemii należy pamiętać, że:

- Szpitale przez dwa miesiące realizowały świadczenia w trybie „ostro-dyżurnym”, znacznie obniżając ich liczbę, a niekiedy wręcz zaprzestając działalności. Szacunki mówią o zmniejszeniu liczby świadczeń o 60-70% w kwietniu, 50% – w maju, 30-40% – w czerwcu.
- Nałożone dodatkowe rygory sanitarne zmniejszają znacznie efektywność działania, co praktycznie uniemożliwia nadrobienie zaległości, nawet gdyby zgłosili się wszyscy pacjenci, którym przesunięto terminy realizacji świadczeń.
- „Odmrożenie” szpitali – to proces wielotygodniowy, a w wielu przypadkach szpitale nie będą w stanie przywrócić maksymalnej efektywności działania sprzed epidemii.
- Szpitale ponoszą dodatkowe koszty środków ochrony osobistej i dezynfekcyjnych oraz dostosowania infrastruktury. Według wstępnych szacunków są to koszty sięgające 1-2% wartości kontraktów z NFZ.

3.4. Opłacalność finansowa wybranych świadczeń

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej epidemia postawiła przed poradniami trudne do wykonania zadanie, związane z zapewnieniem bezpieczeństwa personelu medycznego oraz pacjentów. Nawet pomijając koszty środków zabezpieczenia osobistego, stawki za porady specjalistyczne są zbyt niskie, by wygospodarować pieniądze na reorganizację pracy oraz pokrycie bezpośrednich kosztów realizacji porad. Zaostrzony reżim sanitarny spowodował zmniejszenie liczby udzielanych świadczeń. Jednak problemy związane ze zbyt niską wyceną były już widoczne i wcześniej sygnalizowane przez podmioty lecznicze. Stan epidemii jedynie je pogłębił, przyspieszając proces przechodzenia personelu medycznego i pacjentów do sektora komercyjnego.

Dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej determinuje sprawność pozostałych zakresów opieki, a zwłaszcza leczenia szpitalnego. Właściwe finansowanie opieki otwartej nie tylko zmniejsza koszty realizacji świadczeń szpitalnych, lecz także wpływa na ich skuteczność i bezpieczeństwo. Znaczącą część lekarzy nie chce pracować w poradniach. Główną przyczyną jest brak możliwości finansowania w niej niezbędnych narzędzi diagnostyczno-terapeutycznych. Dostępność potrzebnych badań, odpowiednie wyposażenie przychodni i czas, jaki można poświęcić pacjentowi, determinują bezpieczeństwo chorego, służą mu oraz wpływają na poczucie bezpieczeństwa i odpowiedzialności lekarza.

Chcąc racjonalnie zarządzać wykorzystaniem zasobów szpitalnych, należy w pierwszej kolejności usprawnić działanie AOS. Zapewnienie właściwego finansowania opieki ambulatoryjnej zmniejszy liczbę skierowań do oddziałów szpitalnych. Wielu pacjentów przyjmowanych jest do szpitala w celu wykonania badań, których realizacja w poradni jest nieopłacalna lub będzie trwała zbyt długo. Tymczasem ostateczny koszt diagnostyki w szpitalu jest niewspółmiernie wyższy. Dotychczasowe próby kontrolowania zasadności przyjęć do szpitali nie przyniosły efektów.

Aby rozwiązać problem, należy stworzyć odpowiednią siatkę wycen, w której określi się wartość samej porady, zaś diagnostyka wykonywana w związku z tą poradą zostanie wyceniona osobno. Ponieważ koszty badań można wystandaryzować, możliwe jest ustalenie katalogu diagnostycznego z jednoczesnym określeniem kompetencji dla poszczególnych specjalności. Możliwość sumowania diagnostyki i porady zwiększy elastyczność, a jednocześnie koszty zaopatrzenia pacjenta w poradni będą adekwatne do zrealizowanych świadczeń. Stworzy to również warunki do pełnego monitorowania zleceń diagnostycznych, co w dalszej perspektywie pozwoli dopasowywać strukturę świadczeń do potrzeb i standardów.

Choć proponowane rozwiązanie odbiega od założeń budżetowego finansowania opieki zdrowotnej, jest racjo-

nalnym sposobem na przeniesienie ciężaru świadczeń z leczenia szpitalnego do opieki otwartej. Adekwatność wycen może odwrócić niekorzystne zjawiska, spotęgowane przez epidemię. Zwiększone i wyodrębnione stawki za poradę (bez uwzględniania kosztów diagnostyki) zapobiegają zjawisku uzależniania wynagrodzenia lekarza od kosztów badań i pozwolą na jasne określenie kosztów pracy. Właściwa wycena powinna zachęcić lekarzy do przyjmowania pacjentów w poradniach, zatem musi być wyższa od obecnej kwoty o 30-40 zł.

W sytuacjach takich jak epidemia COVID-19 możliwe będzie wówczas (nawet czasowe) podniesienie zasadniczej stawki za poradę, aby sfinansować koszty zaostrzonego reżimu sanitarnego. Łatwiejsze będzie też dodanie produktów do katalogu diagnostyki, związanych z zapobieganiem rozprzestrzenianiu się wirusa.

A. Stomatologia

Choć zakres ten stał się w dużej mierze domeną podmiotów komercyjnych, nadal stanowi istotną część świadczeń gwarantowanych. Szczególnie ważna jest stomatologia dziecięca, gdzie od lat obserwuje się spadek zainteresowania świadczeniodawców i lekarzy podpisywaniem umów z NFZ. Powodem jest nieopłacalność – zbyt niskie wyceny i zbyt ubogi jakościowo zakres usług.

W dobie epidemii stomatologów uznano za grupę szczególnie narażoną na zakażenia. Konsultanci medyczni podkreślali, iż lekarz dentysta, pracując w środowisku aerozolu, bezpośrednio w jamie ustnej chorego, może zarazić nie tylko siebie, lecz także kolejnych pacjentów. Z tego powodu rekomendowano wstrzymanie świadczeń planowych. Spora część gabinetów (szczególnie komercyjnych) nie przerwała jednak pracy, stosując podwyższone środki bezpieczeństwa. Używanie specjalistycznych masek, przyłbic, bieżąca dezynfekcja oraz zmieniona organizacja ruchu pacjentów znacznie podwyższyły koszty działalności.

W gabinetach prywatnych lekarze mogli do ceny porady doliczyć poniesione nakłady na zabezpieczenie (czasem dodatkowy koszt przekraczał 100 zł). Jednak przy realizacji świadczeń w ramach umów z NFZ takiej możliwości nie było.

Ograniczenie lub zaniechanie realizacji świadczeń dotyczyło często przypadków wymagających szybkiej interwencji stomatologa. Z tego powodu zdarzały się przypadki długiego poszukiwania pomocy dla dziecka z bólem, zaostrzonym stanem zapalnym czy urazem. Najczęściej rodzice uzyskiwali pomoc w placówkach komercyjnych lub zgłaszali się do szpitalnych oddziałów ratunkowych, gdzie można było uzyskać tylko pomoc doraźną. W czasie pierwszych miesięcy epidemii niektóre placówki wstrzymały wysokospecjalistyczne leczenie dzieci. Wielokrotnie u dzieci z wadami czy rozszczepami w zakresie ortodoncji nie wykonano wymaganych kolejnych etapów leczenia.

Epidemia poważnie utrudniła dostęp do słabo finansowanych przez NFZ świadczeń z zakresu stomatologii czy ortodontcji, głównie z powodu problemu z zakupem i sfinansowaniem środków ochrony. **Należy zatem odpowiedzieć na pytanie: czy w ramach umów z NFZ stomatologia będzie rozwijana czy wygaszana. Jeśli strategia płatnika zakłada dalsze ograniczanie finansowania stomatologii, to należy przynajmniej skierować odpowiednie środki na zapewnienie prawidłowego finansowania leczenia dzieci. Niezbędne jest opracowanie nowego zakresu świadczeń - odpowiadającego współczesnym standardom diagnostyki i leczenia - oraz ich adekwatna wycena.**

B. Rehabilitacja

Rehabilitacja jest również niedofinansowanym obszarem ochrony zdrowia. Fizjoterapeuci i podmioty lecznicze od dawna zwracają uwagę na potrzebę zwiększenia wycen. Możliwości stosowania nowoczesnych urządzeń i systemów usprawniania wykorzystujących techniki komputerowe zwiększają się z każdym rokiem. Niestety wyceny NFZ nie pozwalają na pokrycie ich kosztów.

Chociaż od dłuższego czasu system ochrony zdrowia zmierza w kierunku koordynacji, systemowa synchronizacja świadczeń rehabilitacyjnych z leczniczymi nie zachodzi dostatecznie szybko. Włączanie nowych rozwiązań skoordynowanych, które następuje od kilku lat, jest mało precyzyjne i najczęściej ogranicza się do podnoszenia stawek za kompleksową opiekę. Konieczne jest wyodrębnienie rehabilitacji z jednoczesnym utworzeniem nowych świadczeń, adekwatnych do potrzeb pacjentów.

Usprawnianie pacjenta powinno być ściślej powiązane z całością procesu leczniczego. Tam, gdzie jest niezbędne po wykonaniu zabiegu operacyjnym, powinno być jasno opisane i wycenione. W przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej powinno być skorelowane ze świadczeniami AOS i POZ, zaś tam, gdzie stanowi element wieloetapowego leczenia (np. w przypadku wad wrodzonych, chorób układowych) – stanowić część świadczeń zasadniczych. Znaczną część rehabilitacji prowadzą podmioty monoprowizyjne, których powiązanie z pozostałymi szpitalami i przychodniami jest znikome. Zwłaszcza rehabilitacja ogólnoustrojowa często nie jest skoordynowana z innymi świadczeniami, tylko prowadzona na podstawie kolejnych skierowań na usprawnianie, ze szczególnym uwzględnieniem terapii manualnych lub fizykoterapii.

Zasadne było na przykład utworzenie programu lekowego w zakresie neurologii, w którym prowadzenie rehabilitacji jest konieczne do zrealizowania i finansowania farmako-

terapii. Jednak w czasie epidemii (z uwagi na odrębność tych świadczeń) wstrzymano rehabilitację, a tym samym teoretycznie uniemożliwiono realizację programu lekowego. Świadczeniodawcy zachowali się racjonalnie i nie przerywali farmakoterapii, natomiast nigdy nie powinni być postawieni w takiej sytuacji.

Aby w pełni wykorzystać potencjał rehabilitacji w procesie leczniczym, należy zmierzać do jej standaryzacji i skoordynowania z pozostałymi świadczeniami. Powinniśmy dać fizjoterapeutom możliwość realizacji świadczeń zgodnie z ich wiedzą, z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi, a jednocześnie mierzyć efektywność działań.

Wydane w czasie epidemii zarządzenie Prezesa NFZ wprowadzające rehabilitację dzienną z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych stanowiło zaprzeczenie idei standaryzacji i koordynacji. Przy zdalnym usprawnianiu specjalista pozbawiony jest bezpośredniego kontaktu z pacjentem, nie może też korzystać ze sprzętów ani narzędzi, których zazwyczaj przecież nie ma w domu. Odbiera się mu również możliwość bieżącego kontrolowania pacjenta i modyfikowania programu usprawniania. Jest wysoce wątpliwe, czy taka forma usprawniania może przynieść pozytywne efekty.

Świadczenia realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych zostały wycenione o 30% niżej. W uzasadnieniu czytamy, że zastosowanie współczynnika korygującego 0,69 związane jest z tym, że świadczeniodawca nie wykorzystuje zasobów w przypadku udzielania świadczenia zdalnie. Tymczasem dla właściwego przeprowadzenia fizjoterapii fizjoterapeuta musi zaangażować techniczne środki komunikacji. Nic nie wskazuje na to, że dokonano rzetelnej wyceny świadczenia udzielanego on-line. Nie określono także zakresu ani kwalifikacji do tego świadczenia.

Tym samym odpowiedzialność za wybór takiej formy leczenia została przerzucona na świadczeniodawcę. Oczywiście, wykorzystanie systemów teleinformatycznych do fizjoterapii może okazać się cenne, zwłaszcza tam, gdzie pacjenci muszą odbywać część procesu leczenia w warunkach domowych. Wymaga to jednak rzetelnego opisanie i wyceny tak udzielanych świadczeń. Tak udzielane świadczenia powinny stanowić spójną całość ze skoordynowanym procesem leczenia.

3.5. Przekształcenia własnościowe

Prywatne wydatki na świadczenia zdrowotne w Polsce od lat systematycznie rosną. Przybywa prywatnych lecznic oferujących usługi komercyjne i przesuwa się w górę próg wrażliwości cenowej. Pacjenci są w stanie wydać coraz więcej pieniędzy na leczenie. Rośnie również liczba kosztowych zabiegów, za które pacjenci płacą z pomocą firm ratalnych.

Nie można jednak powiedzieć, że usługi komercyjne staną się podstawą polskiej ochrony zdrowia. Nadal w powszechnym odczuciu państwowa służba zdrowia ma zapewnić wszystkie niezbędne świadczenia. Jest więc koniecznością utrzymywanie systemu pokrywającego koszty leczenia obywateli i zapewnienie jego właściwego, zrównoważonego finansowania.

Okres epidemii wykazał, jak wygodnym systemem rozliczania działalności szpitali jest ryczałt. Jego wprowadzenie pozwoliło stworzyć system dystrybucji pieniędzy, za pomocą którego rząd może skutecznie zwiększać lub blokować wzrost nakładów. Proste wprowadzenie współczynnika czy podniesienie wartości jednostki rozliczeniowej przełożyło się na zapewnienie płynności finansowej szpitali. Osobną kwestią jest, czy były to nakłady wystarczające.

Coraz częściej zdarzają się sytuacje, w których szpitale są gotowe rozwiązywać umowy z NFZ lub nie chcą funkcjonować w sieci szpitali. Kluczową kwestią jest ich sytuacja własnościowa. O ile podmioty publiczne podległe urzędowi centralnym są zmuszone do realizacji zadań przez swoje organy prowadzące, o tyle szpitale samorządowe mają trudności ze zrównoważeniem kosztów i dostępności świadczeń. Ich budżety nie zostały ustalone na podstawie rachunku kosztów, nie były również modyfikowane wraz z rosnącymi cenami leków, kosztami pracy i utrzymania zasobów.

Dotychczas utrzymywano, że odpowiedzialność za to spoczywa na samorządach, które prowadzą szpitale. Z pomocą przyszedł im wyrok Trybunału Konstytucyjnego, wskazujący, że koszty leczenia osób ubezpieczonych powinien pokrywać budżet państwa. Jest to zatem jasne uzasadnienie dla zmiany źródła finansowania. Warto zwrócić uwagę, że Trybunał Konstytucyjny w swoim komunikacie po wyroku wyraźnie wskazał na finansowanie kosztów.

W ramach zmian wprowadzanych ustawą specjalną o zapobieganiu i zwalczaniu COVID-19, znowelizowano art. 59 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, co stworzyło możliwość zmiany formy organizacyjno-prawnej podmiotu leczniczego, którego wynik finansowy jest ujemny. Może to być zwiastun kolejnego etapu dekomercjalizacji, a nawet nacjonalizacji szpitali. Możliwe i zasadne jest prze-

jęcie sieci podstawowego zabezpieczenia szpitalnego przez wojewodów. Wówczas cały system dystrybucji środków przeznaczonych na funkcjonowanie szpitali będzie oparty na finansowaniu realizacji zadania publicznego. W ten sposób będące w rękach wojewodów mapy potrzeb zdrowotnych, rejestry podmiotów i ocena inwestycji (IOWISZ) zostałyby dopełnione przez kontrolę budżetową.

W czasie epidemii okazało się, że jednym ze słabszych ogniw zarządzania systemem ochrony zdrowia w czasie kryzysu był przepływ informacji oraz rozproszone ośrodki decyzyjne, a w efekcie – mnogość zaleceń i komunikatów. W przypadku zmiany właściciela sieci podstawowego zabezpieczenia szpitalnego (oczywiście wybranych poziomów zabezpieczenia), zarządzanie kryzysowe na poziomie województwa i koordynacja centralna może być skuteczniejsza.

Zgodnie z intencjami orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, należałoby także rozważyć przeniesienie dotychczasowego budżetu NFZ do budżetu państwa. Takie działanie pozwoliłoby na bardziej elastyczne planowanie i ewentualne dofinansowanie szczególnych zadań, jak np. walka z epidemią.

Spółeczeństwo polskie jest mocno przywiązane do państwowej, bezpłatnej służby zdrowia. Zaufanie społeczne do państwa jest duże, a w czasie epidemii niewątpliwie dodatkowo wzrosło. Może się zatem okazać, że upaństwowienie I, II i III poziomu zabezpieczenia szpitalnego będzie rozwiązaniem na miarę zarówno naszych możliwości finansowych, jak i oczekiwań społecznych.

3.6. Zmiany organizacyjne w onkologii (Krajowa Sieć Onkologiczna, Narodowa Strategia)

Przygotowywane od kilku lat zmiany organizacyjne w onkologii zostały wskutek wybuchu epidemii spowolnione. Trwający pilotaż sieci onkologicznej przedłużono o rok. Także nowopowołana rada, mająca za zadanie monitorować przebieg pilotażu i opracowywać wnioski, zebrała się z kilkumiesięcznym opóźnieniem. Znaczące utrudnienia w dostępie do świadczeń po stronie szpitali, jak i niechęć pacjentów do kontaktów z placówkami medycznymi, spowodowały, że statystyki pilotażu zostały zaburzone. Przykładowo liczba nowych pacjentów, którym wystawiano karty DILO, zmalała w województwie dolnośląskim o połowę. Z tego powodu opracowywanie analiz i wyciąganie wniosków będzie utrudnione. Nieaktualne stały się zatem plany wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej w całej Polsce z początkiem 2021 roku. Onkologia stanowi zmienny

przykład zaburzeń w procesie zmian systemowych, jakie spowodowała epidemia COVID-19.

Od początku marca 2020 r. wysiłki resortu zdrowia skoncentrowały się właściwie wyłącznie na walce z epidemią. **Wydaje się, że po półrocznym okresie zarządzania kryzysowego Ministerstwo Zdrowia powinno dokonać przegrupowania swoich zasobów i – cały czas zajmując się epidemią – powrócić do trybu pracy nad opracowywaniem i wprowadzaniem zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia w innych obszarach.** Swoista abdykacja resortu widoczna jest m.in. w podjęciu inicjatyw legislacyjnych przez Kancelarię Prezydenta, która opracowała chociażby projekt ustawy o Funduszu Medycznym czy o centrach opieki nad seniorami.

3.7. Zagrożenia dla zdrowia publicznego związane z ograniczeniami aktywności społecznej

Ograniczenie wychodzenia z domu narzucone w związku z zapobieganiem rozprzestrzeniania się SARS-COV-2, zmusiło społeczeństwo do zmiany nawyków ruchowych i żywieniowych. Nastąpił znaczący wzrost masy ciała wśród osób nie tylko objętych kwarantanną, ale i pośród całego społeczeństwa.

Izolacja społeczna, zamknięcie siłowni, wprowadzenie zakazu wstępu do lasów oraz biegania przyczyniło się do zwiększenia braku aktywności. Społeczeństwo zostało zmuszone do zmiany formy spędzania wolnego czasu. Oglądanie filmów, czytanie książek, granie w gry planszowe, siedzenie przed komputerem cechują się niską aktywnością fizyczną.

Siedzący tryb życia ma negatywny wpływ na nasz poziom zdrowia – wzrost BMI, niższa odporność oraz gorsze samopoczucie.

Rząd nie wyszedł z propozycją alternatywnego spędzania aktywnie czasu wolnego, co w pewnym stopniu umocniło społeczeństwo w przekonaniu, że zmiana trybu życia na siedzący nie jest niczym złym.

Przedsiębiorcy zajmujący się upowszechnianiem aktywności fizycznej sami znaleźli rozwiązania problemu niskiej aktywności fizycznej w czasie epidemii Covid-19, oferując treningi oraz konsultacje on-line dla wszystkich grup społecz-

nych. Dzięki temu pojawiła się możliwość zahamowania niepokojącego wzrostu zagrożenia nadwagą i otyłością.

Niepokojące skutki epidemii pokazały, że społeczeństwu potrzebne są kampanie edukacyjne promujące zdrowy, aktywny tryb życia. Należy podnosić wiedzę ludzi. Poważnymi zagrożeniami dla zdrowia i życia są nadwaga i otyłość, które są chorobami wymagającymi leczenia. Co czwarty Polak ma nadmierną masę ciała. Nie każdy wie, jakie czynniki i w jakim stopniu wpływają na pojawienie się otyłości.

Kluczowym elementem jest zapobieganie – nie leczenie, ponieważ wysoka waga ciała ma wpływ nie tylko na jakość życia, lecz utrudnia również aktywność fizyczną. Edukacja społeczeństwa nie tylko pomaga w zapobieganiu wystąpienia choroby, ale pozwala innym zrozumieć z jakimi problemami boryka się chora osoba.

Wzory zachowań kształtują się poprzez obserwację. Obserwację innych ludzi, mediów. Należy szerzyć trend zwiększonej aktywności fizycznej, zdrowego odżywiania. Programy edukacyjne w szkołach powinny zostać rozszerzone o zajęcia podnoszące świadomość o zdrowym stylu życia, a rodzice nie powinni zwalniać swojego dziecka z lekcji wychowania fizycznego bez znaczącego powodu.

Część 4.

Rekomendacje dotyczące zmian systemowych

Ministerstwo Zdrowia powinno mocniej dbać o spójność komunikacji społecznej i jej wiarygodność. Z punktu widzenia skutecznej komunikacji, a także zapewnienia merytorycznego wsparcia, resort powinien stworzyć grupę ekspertów ds. pandemii, którzy pomagali by m.in. w kontaktach z mediami i w komunikacji publicznej. Ich zalecenia powinny być wyjaśniane, a następnie wdrażane. Konieczne jest **kontynuowanie systematycznych działań edukacyjnych, skierowanych zwłaszcza do grup podwyższonego ryzyka** (osoby starsze, chore). Tematy kontrowersyjne, podnoszone przez posłów opozycyjnych i media (np. procedury zakupu sprzętu na początku epidemii) powinny być wyjaśniane w sposób rzeczowy, bez elementów walki politycznej.

Przygotowanie państwa i społeczeństwa do dalszego rozwoju epidemii i innych zagrożeń zdrowotnych musi być oparte na obiektywnej ocenie działań podejmowanych przez organy i instytucje rządowe w pierwszej fazie. Minister zdrowia powinien na podobnej zasadzie modyfikować i oceniać działania instytucji podległych resortowi, w tym zwłaszcza GIS. Potrzebne jest krytyczne podejście do wszystkich wprowadzonych zmian prawnych, wyciągnięcie wniosków i naprawienie błędów.

Ustalić należy **sposób finansowania gotowości podmiotów leczniczych**, ich działań oraz rekompensat za utracone możliwości realizacji kontraktów. Weryfikacji wymagają plany zabezpieczenia przygotowywane przez wojewodów. Konieczne jest stworzenie nowych planów i ich wersji alternatywnych, w zależności od rodzaju zagrożenia i liczebności grup społecznych wymagających pomocy.

Ośrodki zarządzania kryzysowego powinny systematycznie opracowywać różne warianty i scenariusze zagrożeń. **Do każdego zagrożenia powinien być stworzony plan działania kryzysowego, włączając projekty aktów prawnych.**

Potrzebne są regularne szkolenia i praktyczne ćwiczenia dla zarządzających podmiotami leczniczymi i personelu medycznego, a także instytucji i organizacji zaangażowanych w zwalczanie zagrożeń. Powinny istnieć stale aktualizowane i okresowo ćwiczone plany relokacji pracowników medycznych, sprzętu i aparatury medycznej oraz środków transportu.

Zrewidować należy regulacje dotyczące zapasów strategicznych, zapasów w podmiotach leczniczych i podmiotach gospodarczych. Trzeba **zweryfikować i utrzymywać państwowe zapasy leków**, środków ochrony osobistej, sprzętu i aparatury, środków do dezynfekcji, wystarczające na określony czas izolacji państwa, w obliczu różnych zagrożeń. Dystrybucja rezerw strategicznych powinna być powiązana z sys-

temem zakupowym szpitali i odpowiednim zabezpieczeniem każdego szpitala.

Apteki szpitalne powinny posiadać możliwość wytwarzania płynów i środków dezynfekcyjnych. W tym celu warto zezwolić na dostęp do surowców i substancji czynnych np. do nieaktywowanego alkoholu – chociażby zajmowanego przez służbę celną.

Należy opracować **plany produkcji specjalnej i dystrybucji ustalonego asortymentu**, w tym procedury przedstawiania produkcji w zakładach przemysłowych. W tym celu należy prawnie uregulować opłaty za gotowość do produkcji specjalnej. Należy ustalić asortyment i środki kontroli nad dystrybucją, włącznie z przejściem środków dystrybucji.

W sytuacjach nadzwyczajnych **nie należy unikać ustalania cen urzędowych** i marż urzędowych na krytyczne towary i usługi, sprawowania kontroli nad rynkiem i przeciwdziałania spekulacjom cenowym.

Konieczne jest stałe monitorowanie i raportowanie dostępności zasobów służby zdrowia, w tym zasobów szpitalnych, leków i wyrobów medycznych. Potrzebny jest zwłaszcza system bieżącego monitorowania stanu zasobów, np. oparty na rozwiązaniach ZSMOPL. Premier, minister zdrowia czy wojewoda muszą mieć stały dostęp do aktualnej informacji o wykorzystaniu łóżek w szpitalach. Raporty powinny obejmować zarówno łóżka rejestrowe (tu ważne jest osiągnięcie zgodności ze stanem rzeczywistym i wiarygodności danych), jak i wolne w danej chwili łóżka różnych specjalności i dostępne do użycia środki transportu (śmigłowce, samoloty, karetki).

Pod nadzorem resortu zdrowia powinny zostać opracowane procedury i algorytmy postępowania z pacjentami z podejrzeniem poszczególnych stanów klinicznych. Potrzebne jest zharmonizowanie wewnętrznych procedur podmiotów leczniczych z procedurami ogólnymi. Jednocześnie należy na szeroką skalę budować rejestry medyczne, zawierające dane kontaktowe pacjentów i ich opiekunów, aby możliwe było sprawne informowanie w sytuacjach awaryjnych.

Należy intensywnie rozwijać systemy informatyczne w ochronie zdrowia, zwiększać ich stabilność i zakres działania. Złuszczają rozwiązania skierowane do pacjentów, takie jak e-recepta, e-skierowanie, elektroniczna dokumentacja medyczna powinny stać się standardem, a w niedalekiej perspektywie także warunkiem podpisywania umów przez NFZ ze świadczeniodawcami.

4.1. Utworzenie jednego ośrodka monitoringu i koordynacji

Epidemia uwidoczniła krytyczny problem zbierania i analizowania danych dotyczących systemu opieki zdrowotnej w czasie rzeczywistym. Ani Minister Zdrowia, ani NFZ, ani wojewodowie nie posiadają rzeczywistych informacji o parametrach systemu, przez co podejmują decyzje na podstawie danych sprzed kilku lat lub informacjach zbieranych archaicznymi metodami w nadzwyczajnym trybie. **Podstawą działania centralnej, państwowej hurtowni danych o systemie mogą być systemy informatyczne CSIOZ i NFZ, ale powinien to być niezależny ośrodek, w formie wyspecjalizowanej agencji podległej resortowi zdrowia. Niezbędnym założeniem jest korzystanie z już istniejącej sprawozdawczości lub jej zastąpienie nowymi procesami, tak aby nie mnożyć obowiązków sprawozdawczych ani nie dublować pracy analitycznej.**

Wydaje się oczywiste, że w sytuacji istotnego zagrożenia dla zdrowia i życia obywateli wprowadza się działania nadzwyczajnie centralizujące zarządzanie. Wzorem organizacji strzegących bezpieczeństwa zewnętrznego (wojsko) i wewnętrznego (policja) także w ochronie zdrowia powinien zostać jednoznacznie określony ośrodek decyzyjny.

Zamieszanie organizacyjne i prawne, którego nie unikniemy zwłaszcza na początku stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowane było między innymi zbyt małą aktywnością Rady Ministrów, ewentualnie ministra zdrowia. Pozostawiono bardzo szeroki obszar do działania innym organom administracji rządowej i samorządowej, uczelniom medycznym czy towarzystwom naukowym.

W sytuacjach kryzysowych potrzebne są przemyślane, skoordynowane, ale i jednoznaczne polecenia wydawane podmiotom leczniczym. Tymczasem doszło do tego, że wojewodowie i NFZ wydali zalecenia, których nie mieli prawa wydać. W ten sposób doprowadzono do niekonstytucyjnego ograniczenia dostępu do świadczeń osobom innym niż zakażone, podejrzane o zakażenie lub chore na COVID-19.

Na podstawie doświadczeń z epidemii COVID-19, **naależy znowelizować ustawę z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.** Rozważenia i weryfikacji wymaga

zwłaszcza rola poszczególnych instytucji, zasady ich działania, a także zasady ich finansowania. Według ustawy zarządzaniem kryzysowym zajmuje się przede wszystkim Rada Ministrów, Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego (organ opiniotawczo-doradczy) oraz Rządowe Centrum Bezpieczeństwa. RCB podlega Prezesowi Rady Ministrów, zapewnia obsługę rządu, premiera, Zespołu Zarządzania Kryzysowego i ministra spraw wewnętrznych w sprawach zarządzania kryzysowego oraz pełni funkcję Krajowego Centrum Zarządzania Kryzysowego.

Doświadczenia ostatnich miesięcy pokazały, że **kluczową rolę w walce z epidemią – podobnie jak w innych poważnych sytuacjach kryzysowych – powinien pełnić premier.** Kompetencje ministra zdrowia są bowiem zbyt wąsko określone. Mimo że w strukturze Ministerstwa Zdrowia działa Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności, zakres jego działań i kompetencji nie jest wystarczający, by minister zdrowia samodzielnie mógł zarządzać na poziomie centralnym. Taką rolę może pełnić tylko Rządowe Centrum Bezpieczeństwa.

Zespoły eksperckie, niezbędne jako merytoryczne zaplecze w każdej sytuacji kryzysowej, powinny być afiliowane przy Zespole Zarządzania Kryzysowego. Dlatego powołany w czerwcu zespół ds. strategii działań związanej ze zwalczaniem epidemii COVID-19, czy wcześniej działający zespół planowania epidemicznego, nie powinny działać przy Ministrze Zdrowia. Należy zadbać o ich interdyscyplinarny charakter oraz dobrą koordynację pracy, tak aby jej wyniki były uwzględniane przez inne organy rządu i zespoły.

Szerokie otwarcie na ekspertów, zapraszanie do udziału w pracach zespołów rządowych i zlecenie analiz przyniesie dodatkowe korzyści w postaci budowania bardziej spójnego przekazu do ogółu społeczeństwa. Wielu z nich zwykle jest w takiej sytuacji zapraszanych do mediów, wypowiada się na temat rozmaitych zaleceń i rekomenduje społeczeństwu określone postawy lub postępowanie. Dzięki ich zaangażowaniu rzetelna wiedza trafi do odbiorców, a komunikaty społeczne będą bardziej spójne.

4.2. Szczególne rozwiązania dla dziedzin krytycznych (onkologia, kardiologia, pediatria, szczepienia, neurologia, choroby rzadkie)

Epidemia unaoczniała fakt, że specyfika poszczególnych obszarów ochrony zdrowia wymaga ich odmiennego regulowania i różnicowania rozwiązań organizacyjnych. Poszczególne towarzystwa naukowe i ośrodki kliniczne opracowywały zalecenia, opinie, propozycje dotyczące ich dziedzin. Uwzględniając ogólnie podobny kierunek zaleceń, różniły się znacznie w kwestiach szczegółowych. Także praktyka działania, reakcje w czasie kryzysu podmiotów leczniczych i specjalistów z różnych dziedzin medycyny były mocno zdywersyfikowane.

Grupy pacjentów z różnymi schorzeniami mogły mieć problem z należyтым rozstrzygnięciem, jaki model postępo-

wania jest dla nich najlepszy. Skutkowało to nierzadko podejmowaniem błędnych decyzji, takich jak np. zagrażające życiu zwleknięcie ze zgłoszeniem się do szpitala w ostrych stanach, odkładanie szczepień czy przerywanie bezpiecznych procedur diagnostyki alergicznej.

Dla każdej z kluczowych dziedzin medycyny należy opracować wieloletnią strategię rozwoju i odpowiednie mechanizmy monitoringu jej wdrażania. Prace takie toczą się już w onkologii i obszarze chorób rzadkich. Należy je podjąć w kolejnych kluczowych specjalnościach, takich jak pediatria, kardiologia, neurologia czy choroby zakaźne.

Sytuacja epidemii udowodniła, że dla prowadzenia skutecznej opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi, w warunkach ograniczania bezpośredniego dostępu do lekarzy i szpitali, a także rozproszenia diagnostyki i dostępu do leków, kluczowe jest wprowadzenie „paszportu”. Koncepcja tego dokumentu jest opracowana w czekającym od lat na uchwalenie projekcie narodowego planu dla chorób rzadkich. Paszport chorego, funkcjonujący na bazie rejestrów medycznych, zapewni zdalny dostęp do dokumentacji

medycznej oraz informacji o specyficznych wymaganiach pacjenta z chorobą rzadką. Istotne jest także formalne tworzenie ośrodków referencyjnych, które koordynują proces leczenia pacjentów na podstawie opracowanych algorytmów postępowania. Powinny otrzymywać wynagrodzenie, w formie ryczałtu lub współczynnika korygującego, za stałą opiekę nad pacjentem także w sytuacji, gdy poszczególne świadczenia wykonywane są przez inne podmioty lecznicze.

4.3. Proponowane zmiany w zakresie procedury podejmowania decyzji refundacyjnych i zakupu leków

Ustawa refundacyjna określa sposób i tryb podejmowania decyzji refundacyjnych. Co do zasady jest on zgodny z Dyrektywą Rady z dnia 21 grudnia 1988 r. dotyczącą przejrzystości ustalania cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (89/105/EWG). Ustawa określa maksymalny czas na podjęcie decyzji o objęciu refundacją i ustalenie ceny urzędowej na 180 dni, przy czym termin ten należy rozumieć jako liczony od momentu złożenia wniosku do praktycznego działania decyzji refundacyjnej.

Nie są konieczne regulacje, które miałyby doprecyzować zasady działania Komisji Ekonomicznej, jak chociażby zawarte w projekcie ustawy o Funduszu Medycznym. Rozmycie kompetencji co do prowadzenia negocjacji pomiędzy Komisją Ekonomiczną a Ministrem Zdrowia obniżyłoby przejrzystość i sprawność procedury. Należy dążyć do ścisłego przestrzegania terminu określonego w ustawie, za co odpowiedzialne są obie negocjujące strony.

Istotniejsze dla podejmowania decyzji refundacyjnych jest jednoznaczne określenie sposobu ustalania całkowitego budżetu na refundację, według sztywnego udziału w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, zasilania środkami wpłacanymi do NFZ przez firmy farmaceutyczne z tytułu narzędzi dzielenia ryzyka, umożliwienie rozliczania narzędzi dzielenia ryzyka w okresie dłuższym niż rok.

W dokumencie „Polityka Lekowa Państwa na lata 2018-2022” jest mowa o potrzebie:

1. zapewnienia stabilnego poziomu finansowania leków refundowanych,
2. poprawy efektywności wykorzystania środków publicznych w celu osiągnięcia jak najlepszego efektu zdrowotnego nastąpi poprzez m. in. wprowadzeniu narzędzi finansowych umożliwiających wykorzystywanie mechanizmu płacenia za efekt zdrowotny,
3. systematycznego poszerzania katalogu terapii o udowodnionej skuteczności w ramach realizowanego budżetu m. in. poprzez podejmowanie działań w celu skrócenia czasu na refundację skutecznych leków, w szczególności poprzez:
 - minimalizowanie obciążeń administracyjnych;
 - wczesny dialog z firmami farmaceutycznymi;

- prowadzenie *horizon scanning*;
- zaproponowanie rozwiązań prawnych umożliwiających wczesny dostęp do innowacyjnych i skutecznych terapii.

Postulaty zawarte w dokumencie programowym rządu powinny wreszcie zostać zrealizowane.

Stan zagrożenia epidemicznego i epidemii doprowadził do powstania nowych instrumentów w umowach o finansowanie leków ze środków publicznych. Zakupy leków (i nie tylko) na potrzeby walki z COVID-19 zostały zwolnione (na mocy art. 6. ustawy specjalnej) z trybu określonego w Prawie zamówień publicznych, jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego.

W dwóch ustawach, uchwalonych 31 marca, wprowadzono zwolnienia z dyscypliny finansów publicznych. Zgodnie z nimi, osoby, które w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, nabywając towary lub usługi niezbędne dla zwalczania tej choroby zakaźnej, naruszały obowiązki służbowe lub obowiązujące w tym zakresie przepisy, jeżeli działały w interesie społecznym, zaś bez dopuszczenia się tych naruszeń nabycie tych towarów lub usług nie mogłoby zostać zrealizowane albo byłoby istotnie zagrożone, nie popełniły przestępstwa określonego w art. 231 lub art. 296 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 i 2128), deliktu dyscyplinarnego ani czynu, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1440, 1495, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 284).

Wydaje się, że swoboda zawierania umów w okresie niestabilnego rynku jest pożądanym narzędziem, jakkolwiek stwarza duże ryzyko nadużyć. Dlatego też należy wykorzystywać możliwości regulacyjne rynku w zakresie określania cen i marż i powierzać zakupy wyspecjalizowanym agendom.

4.4. Rozwiązania prawne umożliwiające zachowanie ciągłości farmakoterapii

Doświadczenia związane z realizacją świadczeń w okresie epidemii pokazały, że **system zaopatrzenia w leki i system refundacyjny są wydolne i spełniają swoje funkcje**. Kluczową sprawą jest zapewnienie obecności leków na rynku, w czym może pomóc właściwe i pełne wykorzystanie Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. System ten można rozwinąć, tak aby wskazywał pacjentom oraz podmiotom odpowiedzialnym miejsce zakupu poszukiwanego leku. Dzięki temu firmy farmaceutyczne mogłyby lepiej dostosować swoje działania do potrzeb rynku.

Dostępność farmakoterapii można poprawić przez zmianę sposobu myślenia pacjentów i lekarzy o refundacji. Refundacja leku, czyli przepisanie recepty na lek refundowany, powinna być traktowana jako prawo pacjenta, a nie uprawnienie zależne od decyzji lekarza. Obawa przed bezpośrednią odpowiedzialnością powstrzymuje wielu lekarzy, zwłaszcza działających

prywatnie, przed wystawianiem recept na leki refundowane. Praktyka ta, widoczna także w czasie epidemii, a odbija się na wskaźnikach współpłacenia za leki i narusza prawa pacjentów. Należy wprowadzić rozwiązania, które zmniejszą liczbę recept pełnopłatnych, wystawianych na leki, które są lekami refundowanymi albo mają refundowane odpowiedniki. Korzystne będzie także umożliwienie wszystkim lekarzom wystawiania recept na leki z kategorii 75+.

Należy także obniżyć poziomy odpłatności za leki refundowane, np. z 30 do 25% czy z 50 do 40%. Korzystna będzie zmiana kryteriów kwalifikowania leków do kategorii „bezpłatny” i „ryczałt” – zwłaszcza, że kryteria ekonomiczne kwalifikacji do ostatniej kategorii zmieniły się wraz ze wzrostem przeciętnego wynagrodzenia. Mechanizmy te zostały opisane w dokumencie „Polityka Lekowa Państwa na lata 2018-2022” i oczekują na wdrożenie.

4.5. Odstąpienie od konkursów ofert na programy lekowe

Konkursy ofert na udzielanie świadczeń w programach lekowych powodują niepotrzebne opóźnienia, a często ograniczają dostęp pacjentów do świadczeń gwarantowanych. Umowy na realizację nowych programów lekowych muszą być zawierane w trybie konkursowym. Konkursu ofert i rokań nie stosuje się do zawierania umów w zakresie:

- podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej;
- na wydawanie w aptece na receptę refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Art. 159a. 1. ustawy o świadczeniach stanowi, że w okresie zakwalifikowania szpitala do danego poziomu systemu zabezpieczenia, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, zawierana jest na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W chwili pojawienia się nowego programu lekowego wystarczy uzupełnić wykaz, który wskazuje:

1. świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa,
2. wszystkie profile systemu zabezpieczenia, zakresy lub rodzaje, w ramach których zakwalifikowani świadczeniodawcy będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

W wykazie wyszczególnione są programy lekowe, jakie realizuje dany szpital. Organizowanie konkursów nie ma uzasadnienia merytorycznego. O ile istotą konkursu jest wyłonienie

świadczeniodawcy, który spełnia warunki i oferuje najkorzystniejszą cenę, o tyle w wypadku programów lekowych cena jednostki rozliczeniowej w sieci podstawowego zabezpieczenia nie podlega negocjacji i wynosi 1 zł. Może być ona korygowana współczynnikami, których wysokość jest także narzucana przez Fundusz i nie podlega negocjacji. Już przed ogłoszeniem konkursu NFZ posiada wiedzę, czy świadczeniodawca spełnia warunki udzielania świadczeń, ponieważ zbiera na bieżąco informacje o potencjale każdego szpitala.

Trzeci i najważniejszy powód, dla którego konkursy ofert powinny być zlikwidowane, to fakt, iż powodują niepotrzebne opóźnienia, a często ograniczenia dostępności świadczeń gwarantowanych.

Prawo pacjenta do leków refundowanych w ramach programów lekowych i chemioterapii powstaje w terminie wskazanym w obwieszczeniu refundacyjnym. Dzieje się tak w każdej kategorii dostępności refundacyjnej określonej w art. 6 ustawy o refundacji i w równym stopniu dotyczy leków dostępnych w aptekach na receptę, stosowanych w ramach chemioterapii i leków stosowanych w programach lekowych.

Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywne organizacje świadczeniodawców mają 21 dni na opiniowanie projektu zarządzenia Prezesa NFZ. Wydanie zarządzenia trwa około tygodnia. Następnie dochodzi do ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu ofert. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r. (w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (z późn. zm.), termin składania ofert nie może być krótszy niż 14 dni od dnia ogłoszenia o postępowaniu.

W ten sposób powstaje co najmniej 6-7 tygodni opóźnienia. Co gorsza, zawarcie umowy jest dopiero sygnałem dla

świadczeniodawcy do ogłoszenia przetargu na zakup leku objętego programem lekowym. Opóźnienia, wynikające ze stosowania ustawy o zamówieniach publicznych, na tym etapie mogą sięgać kilku miesięcy.

Warto zwrócić uwagę, że wydając zarządzenia, prezes NFZ nadaje im moc wsteczną. Postępuje w ten sposób, by uniknąć posądzenia o ograniczanie praw pacjenta. Z tego powodu wydane w czasie epidemii zarządzenie Nr50/2020/DGL Prezesa NFZ z 1 kwietnia 2020 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, odnosi się do programów lekowych objętych obwieszczeniem refundacyjnym z 18 lutego, obowiązującym od 1 marca. W § 4. Zarządzenia 50/2020/DGL czytamy: „zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2020 r.” A zatem formalnie, świadczeniodawca mógł sprawozdawać i rozliczać świadczenia związane z programem od 1 marca. To jednak jest tylko teoria – w praktyce pacjenci nie mogą realizować swoich uprawnień.

Stan zagrożenia epidemicznego wyeksponował ten problem. Artykuł 7c. ustawy specjalnej stanowi że: „w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie przeprowadza się konkursów ofert i rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. To oznacza, że nowe programy nie będą mogły być zakontraktowane, nawet jeżeli Minister Zdrowia wyda decyzję refundacyjną i opublikuje obwieszczenie.

Wiedząc zatem, że przeprowadzanie konkursów ofert na nowe programy lekowe:

- nie ma uzasadnienia merytorycznego,
 - ogranicza i opóźnia pacjentom dostęp do świadczeń gwarantowanych,
 - pociąga za sobą zbędne biurokratyczne procesy w Narodowym Funduszu Zdrowia
- należy zdecydować o zaniechaniu tej procedury.

Ewentualne konkursy ofert mogą być organizowane w sytuacji, kiedy nie ma zapewnionej pełnej dostępności świadczeń i NFZ chce pozyskać nowych świadczeniodawców.

Umowy powinny być zawierane w trybie wnioskowym. Wyłączy to również konieczność opiniowania zarządzeń prezesa NFZ, co nie stanowi ryzyka, skoro w ustalaniu treści programu lekowego bierze udział konsultant krajowy w danej dziedzinie medycyny.

Prezesowi Funduszu pozostanie wówczas nadanie świadczeniom odpowiednich kodów rozliczeniowych i określenie wysokości ryczałtu diagnostycznego. Ze wszystkimi kwestiami Departament Gospodarki Lekami NFZ powinien uporać się w 3 dni od publikacji obwieszczenia przez Ministra Zdrowia. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich – którzy nie prowadzą teraz wielu postępowań – zapewne nie dłużej niż w tydzień uporają się z wnioskami o zawarcie umów ze świadczeniodawcami. W ten sposób będzie szansa na synchronizację terminów zawarcia umów i obowiązywania obwieszczenia refundacyjnego.

4.6. Przechodzenie leków z programów lekowych do dystrybucji w aptekach

Program lekowy jest szczególną formą refundacji, dzięki której do finansowania ze środków publicznych mogą być włączone technologie:

- innowacyjne;
- których pełny potencjał refundacyjny nie został jeszcze określony;
- które są przeznaczone (albo na razie są przeznaczone) dla wyselekcjonowanej populacji;
- o wysokich (bardzo wysokich) kosztach terapii pacjenta;
- które wymagają szczególnego sposobu monitorowania pacjenta.

Program lekowy tworzony jest także po to, by w początkowym okresie wdrażania nowej technologii do refundacji poznać skuteczność kliniczną leku w warunkach normalnej praktyki klinicznej (a nie w badaniach klinicznych), ustalić doświadczalnie wielkość populacji docelowej i realny wpływ na budżet.

Nic nie stoi na przeszkodzie, aby po pewnym okresie leki przechodziły z programów lekowych do kategorii leków dostępnych w aptece na receptę:

- a) w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeciwwskazań,
 - b) we wskazaniu określonym stanem klinicznym,
- o ile taką możliwość dają warunki dopuszczenia do obrotu

i nadana w procesie rejestracji leku kategoria dostępności (Rp, Rpz).

Przechodzenie leków z programów lekowych do aptek otwartych zakładano już w momencie tworzenia tej kategorii refundacyjnej.

Decyzje przedłużające refundację *de facto* są decyzjami o objęciu refundacją i ustaleniu ceny urzędowej. Okres obowiązywania decyzji refundacyjnych sprzyja weryfikowaniu kategorii dostępności. Ponieważ to wnioskodawca proponuje kategorię dostępności refundacyjnej swojego produktu, on również jest inicjatorem procesu jej zmiany. Oczywiście, z przyczyn praktycznych taki ruch dobrze byłoby wcześniej uzgodnić z Ministerstwem Zdrowia, ale nie jest to prawnie wymagane. Natomiast zmiana kategorii dostępności refundacyjnej decyzją resortu i w trakcie obowiązywania decyzji refundacyjnej wymagałaby nowelizacji ustawy refundacyjnej.

Określenie warunków refundacji we wskazaniu określonym stanem klinicznym jest wystarczające, by pomieścić w sobie kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu lekowego. Jednak z punktu widzenia finansów płatnika publicznego miałoby sens, gdyby przy zmianie kategorii refundacyjnej były mniej rozbudowane. W procesie decyzyjnym istotnym

dla płatnika kryterium jest ocena, czy nowe wskazania refundacyjne nie zwiększą populacji pacjentów, a tym samym nie zwiększą wydatków. Troską regulatora będzie również to, czy zmiana kategorii dostępności refundacyjnej nie spowoduje

nieuzasadnionego zwiększenia wydatków przez „naciąganie” wskazań i zwiększone ryzyko nieprawidłowości. Na pewno nie będzie przeszkodą możliwość zawierania umów dotyczących dowolnych narzędzi dzielenia ryzyka.

4.7. Priorytety w dystrybucji środków ochrony osobistej i dezynfekcyjnych

Epidemia uwidoczniła, że brakuje koordynacji zaopatrywania się podmiotów leczniczych w środki ochrony osobistej i środki dezynfekcyjne. Ogromna skala potrzeb wskazuje, że należy opracować odpowiednie standardy lub procedury.

Fundacja Misja Medyczna przeprowadziła w kwietniu 2020 r. badanie ankietowe szpitali w Polsce, badające ich potrzeby dotyczące m.in. rękawic diagnostycznych lateksowych i nitylowych, rękawic chirurgicznych sterylnych, kombinezonów jednorazowych, ozonatorów, lamp UV – w sumie 28 pozycji asortymentu. Na ankietę odpowiedziało 280 szpitali (około 33%). Aż 66% badanych przekazało zapotrzebowanie na maseczki 3-warstwowe, w sumie na 1 541 800 sztuk. Według cen obowiązujących w okresie prowadzenia badania – ich łączny koszt wyniósł 3,7 mln zł.

Analizując zgłoszone w badaniu potrzeby, warto zwrócić uwagę na kilka pozycji:

1. Zapotrzebowanie na 150 tys. fartuchów barierowych. Wartość zakupów po ówczesnych cenach – to około 15 mln zł.
2. Zapotrzebowanie na 140 tys. maseczek FFP3 zgłoszone przez 50% badanych szpitali. Wartość zamówienia przy cenach z początku maja – 12,2 mln zł.
3. Zapotrzebowanie na 111 tys. opakowań (100 sztuk w opakowaniu) rękawic diagnostycznych nitylowych. Wartość zamówienia – 11 mln zł.

Łączna wartość pomocy, o którą wystąpiły szpitale, to kwota 72 mln zł, obejmująca potrzeby na okres około tygodnia pracy.

W okresie epidemii wiodącą rolę w zaopatrywaniu szpitali w środki ochrony powinien przejść jeden ośrodek, czyli Agencja Rezerw Materiałowych. Wybrane wyroby medyczne i biobójcze, mające znaczenie w przeciwdziałaniu zagrożeniu, powinny być monitorowane w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczym, a ich ceny zostaną uregulowane. ARM powinna posiadać prawo pierwokupu wybranego asortymentu.

Agencja Rezerw Materiałowych powinna również mieć dostęp do informacji o bieżącym zużyciu zasobów w poszczególnych sektorach (m.in. służba zdrowia, służby porządkowe, transport i zaopatrzenie) i na tej podstawie sterować strumieniem zaopatrzenia. Wykorzystywać powinna własne centrum logistyczne lub operatora logistycznego (np. Kurier Poczta Polska 48 czy w uzasadnionych sytuacjach Poczta Polska Express 24), który w okresie epidemii powinien przede wszystkim prowadzić działania zlecone przez rząd. Dystrybucja powinna odbywać się w kontrolowany sposób, tak aby zapasy nie były niższe niż poziom krytyczny, w miarę możliwości osiągając poziom minimalny, a następnie optymalny.

4.8. Mechanizmy zapewniające dostępność rezerw

Oprócz kontrolowanej dystrybucji do podmiotów i instytucji należy zapewnić dostęp do środków ochrony osobistej dla ogółu społeczeństwa. Wybrany asortyment, którego nie wykupi Agencja Rezerw Materiałowych, powinien być skierowany do kontrolowanej dystrybucji w sieci aptecznej. Według rejestru aptek CSIOZ, 3 sierpnia 2020 r. w Polsce działało 15 155 aptek, co oznacza, że jedna apteka musiałaby zaopatrywać średnio ok. 2,5 tys. osób. Realizacja powinna się odbywać z wykorzystaniem systemu e-recepty, wystawianych bez udziału lekarza.

Dopiero po zaspokojeniu tych dwóch poziomów odbiorców, pozostałe ilości środków ochrony osobistej byłyby dostępne w swobodnym obrocie i sprzedaży.

Kolejnym mechanizmem uruchomionym w momencie zagrożenia epidemicznego powinno być przestawienie linii technologicznych i uruchomienie produkcji w wyznaczonych zakładach. W tym celu należy ocenić możliwości i potencjał polskiego przemysłu, a dopiero w dalszym etapie nawiązać współpracę z wybranymi krajami, aby uzupełnić możliwości naszych wytwórców.

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz.U. 2020 poz. 374;
2. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz.U. 2020 poz. 567;
3. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2020 poz. 568;
4. Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2, Dz.U. 2020 poz. 695;
5. Ustawa z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2, Dz.U. 2020 poz. 875;
6. Ustawa z dnia 28 maja 2020 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawy o podatku od towarów i usług, ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2020 poz. 1106;
7. Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19, Dz.U. 2020 poz. 1086;
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570;
9. Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych, Dz. U. z 2017 r. poz. 1846;
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, Dz.U. 2020 poz. 375;
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, Dz.U. 2020 poz. 409;
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, Dz.U. 2020 poz. 438;
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, Dz.U. 2020 poz. 510;
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. 2020 poz. 433;
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. 2020 poz. 441;
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. 2020 poz. 461;
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. 2020 poz. 478;
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. 2020 poz. 490;
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 491;
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 522;
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 531;
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii Dz.U. 2020 poz. 565;
23. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz.. 566;
24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 577;

25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 624;
26. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 658;
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 674;
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii Dz.U. 2020 poz. 673;
29. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 697;
30. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 750;
31. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 792;
32. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 820;
33. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 878;
34. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 904;
35. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, Dz.U. 2020 poz. 964;
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 maja 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii Dz.U. 2020 poz. 966;
37. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 991;
38. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 1006;
39. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 1031;
40. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 1066;
41. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 1161;
42. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 1182;
43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, Dz.U. 2020 poz. 775;
44. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, Dz.U. 2020 poz. 1275;
45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
47. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r., zmieniające rozporządzenie z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2020 poz. 456;
49. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz. U. z 2016 r. poz. 357;
50. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz.U. 2020 poz. 612;
51. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. z 2013 r. poz. 1520.

Inne regulacje i publikacje

1. Zarządzenie NR 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 ;
2. Zarządzenie Nr 43/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
3. Zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19;
4. Zarządzenie Nr 34/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19;
5. Zarządzenie Nr 40/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19;
6. Pół roku elektronicznej recepty w Polsce, CSIOZ. 8 lipca 2020 r., www.csioz.gov.pl/aktualnosci/szczegoly/pol-roku-elektronicznej-recepty-w-polsce;
7. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r. Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Warszawa, Kraków 2019;
8. Instrukcja Nr 4/84 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1984 r. w sprawie norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych. Dz.Urz. MZIOS.1984.11.60.

Komunikaty

1. Komunikat Ministra Zdrowia z 13.03.2020 r. dla podmiotów leczniczych realizujących umowy w rodzaju Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia, a także dla pacjentów objętych tym leczeniem;
2. Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 12.03.2020 r. wskazujący na możliwość wykonywania i rozliczania porad specjalistycznych w AOS z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych;
3. Komunikat NFZ z 15.03.2020 dla świadczeniodawców z zaleceniem ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego;
4. Komunikat NFZ z 24.03.2020 r. dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19;
5. Komunikat NFZ z 24.03.2020 r. do świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna o niedopuszczalności bezpodstawnego całkowitego zamykania miejsc udzielania świadczeń, a tym samym pozbawianie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
6. Informacja NFZ z 24.03.2020 r. dotycząca zamieszczenia informacji o kwarantannie w eWUŚ;
7. Komunikat NFZ z 2 kwietnia 2020 r. dotyczący realizacji i rozliczania świadczeń w rodzaju Leczenie szpitalne – programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19;
8. Komunikat Głównego Inspektora Farmaceutycznego z 3 kwietnia 2020 r. dotyczący dostaw produktów leczniczych do Pacjenta w ramach Leczenie szpitalne programy lekowe oraz Leczenie szpitalne – chemioterapia w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

MODERN HEALTHCARE INSTITUTE

wrzesień 2020

ISBN: ISBN 978-83-958398-1-8

© Wydawcą raportu jest Modern Healthcare Institute sp. z o.o.

Wszelkie prawa zastrzeżone

Wydawca oraz autorzy nie ponoszą odpowiedzialności za jakiegokolwiek ewentualne decyzje, które zostaną podjęte na podstawie niniejszego opracowania.

Niniejszy raport objęty jest prawami autorskimi. Zabronione jest powielanie i kopiowanie oraz wykorzystywanie w takiej formie części lub całości raportu, w tym wykresów i tabel zawartych w publikacji, na jakimkolwiek polu eksploatacji, bez pisemnej zgody wydawcy.

Cytowanie fragmentów lub danych zawartych w raporcie powinno zawierać adnotację o źródle.

Treści zawarte w niniejszym raporcie nie mają na celu promowania któregokolwiek z wymienionych produktów leczniczych. Zostały zawarte jedynie w celach informacyjno-edukacyjnych.

Partnerzy raportu:

