



Minister Zdrowia

Warszawa, 18. 08. 2015

ZP-P.078.79.2015

Pan
Prof. Andrzej Rajewski
Prezes Polskiego Towarzystwa
Psychiatrycznego

Wznowy Panie Profesorze

W odpowiedzi na pismo z dnia 14 lipca 2015 r., zawierające apel środowiska profesjonalistów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, dotyczący sytuacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce a w szczególności braku odpowiedniego jej finansowania, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższego.

Na wstępie chciałabym wyrazić zdziwienie niedostrzeganiem przez Pana Profesora wielu pozytywnych zmian jakie w ostatnich latach zaszły w psychiatrycznej opiece zdrowotnej. Należy bowiem zauważyć, iż w porównaniu do innych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej jest ona traktowana przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób priorytetowy. W celu poprawy jakości opieki psychiatrycznej w Polsce, podejmowane są liczne działania mające zapewnić społeczeństwu wielosektorową i komplementarną opiekę w zakresie zdrowia psychicznego, ograniczyć występowanie zagrożeń dla zdrowia psychicznego oraz poprawić jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi i ich bliskich.

Nie mogę również zgodzić się z tezą braku realizacji *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*. Należy zaznaczyć, że bieżąca realizacja Programu przynosi pozytywne zmiany przede wszystkim w finansowaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stosownie do potrzeb i rozwoju świadczeń zdrowotnych. Nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wzrosły z 2 015 192 tys. zł w 2011 r. do poziomu 2 327 929 tys. zł w 2014 r. Natomiast wysokość nakładów finansowych

na psychiatryczną opiekę zdrowotną znajdująca się w obowiązującym planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2015 r. wynosi 2 377 377 tys. zł i jest wyższa o 49 448 tys. zł od wartości tej pozycji w planie finansowym na 2014 r.

Ponadto należy wskazać, iż dotychczas podczas realizacji zadań zawartych w Programie podjęto szereg działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia sprzyjających postawom zrozumienia i akceptacji oraz przeciwdziałających dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Warto podkreślić, że prowadzone działania przyczyniły się do wzrostu aktywizacji zawodowej i integracji społecznej osób z problemami psychicznymi. Na szczególne podkreślenie zasługuje aktywne włączanie się w realizację Programu jednostek samorządu terytorialnego.

Mając na uwadze powyższe, główne rezultaty i osiągnięcia w czasie dotychczasowej realizacji Programu, przedstawiały się następująco dla województw, powiatów i gmin:

Województwa wśród głównych osiągnięć w realizacji Programu wymieniały:

- 1) przeprowadzenie szkoleń, działań informacyjnych (11 województw - 84,60%);
- 2) utworzenie nowych jednostek, poprawa infrastruktury już istniejącej (7 województw - 53,80%);
- 3) efektywna współpraca samorządu z organizacjami pozarządowymi (6 województw - 46,20%);
- 4) opracowanie programu profilaktyczno–organizacyjnego (5 województw - 38,50%);
- 5) inne (w tym: wsparcie finansowe) (4 województwa - 30,80%);
- 6) współpraca z innymi instytucjami (3 województwa - 23,10%).

Powiaty wśród głównych osiągnięć w realizacji Programu wymieniały:

- 1) działania informacyjne i edukacyjne (169 powiatów - 65,30%);
- 2) aktywizacja zawodowa i integracja społeczna osób z problemami psychicznymi (113 powiatów - 43,60%);
- 3) współpraca z innymi instytucjami (102 powiaty - 39,40%);
- 4) zapewnienie opieki/działania profilaktyczne (81 powiatów - 31,30%);
- 5) zmniejszenie skali zjawisk (17 powiatów - 6,60%);
- 6) współpraca z organizacjami pozarządowymi (16 powiatów - 6,20%);
- 7) dofinansowanie działań i programów (13 powiatów - 5,00%).

Gminy do najważniejszych osiągnięć w realizacji Programu zaliczyły:

- 1) działania informacyjne i edukacyjne (272 gmin - 36,60%);
- 2) zapewnienie opieki, działania profilaktyczne (252 gmin - 33,90%);

- 3) współpraca z innymi instytucjami (162 gmin - 21,80%);
- 4) aktywizacja zawodowa i integracja społeczna osób z problemami ze zdrowiem psychicznym (149 gmin - 20,00%);
- 5) zmniejszenie skali zjawisk (41 gmin - 5,50%);
- 6) dofinansowanie działań i programów (26 gmin - 3,50%);
- 7) współpraca z NGO (22 gmin - 3,00%).

Odnosząc się do podniesionej przez Pana Profesora kwestii braku realizacji Programu w zakresie dostępu do najbardziej efektywnych form pomocy oraz kwestii Centrów Zdrowia Psychicznego uprzejmie informuję, że w chwili obecnej (zgodnie z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) funkcjonuje w Polsce 36 podmiotów o nazwie Centrum Zdrowia Psychicznego. Centra te co prawda nie funkcjonują na zasadach ściśle określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w *sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego*, jednakże duża część podmiotów spełnia funkcje odpowiadające strukturze istniejącej w ww. rozporządzeniu. Pragnę zaznaczyć, iż ustalenie regulacji prawnych oraz organizacyjnych, a także zasad funkcjonowania Centrów jest jednym z priorytetowych działań Ministerstwa Zdrowia. Mając na uwadze powyższe, w chwili obecnej przygotowywane są zmiany, które w sposób znaczący ułatwią kontraktowanie Centrów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Planuje się aby zmiana w zakresie warunków realizacji świadczeń opieki psychiatrycznej przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia, umożliwiła Narodowemu Funduszowi Zdrowia ogłaszanie konkursów na Centra Zdrowia Psychicznego obejmujące: poradnię zdrowia psychicznego, zespół leczenia środowiskowego, oddział dzienny psychiatryczny oraz oddział szpitalny psychiatryczny. Należy zaznaczyć, że projekt przedmiotowego rozporządzenia zostanie skierowany do konsultacji publicznych w najbliższym czasie.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że przepis stanowiący, iż Centrum Zdrowia Psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną dla osób z zaburzeniami psychicznymi znalazł umocowanie w przekazanym do Sejmu w dniu 15 lipca br. projekcie *ustawy o zdrowiu publicznym*.

Ponadto, pragnę zauważyć, iż priorytety Ministerstwa Zdrowia dotyczące psychiatrycznej opieki zdrowotnej znajdują odzwierciedlenie w przedmiotowym projekcie, zgodnie z którym najistotniejsze działania na rzecz zdrowia psychicznego są wyszczególnione jako jeden z celów operacyjnych *Narodowego Programu Zdrowia*, który w najbliższym czasie zostanie przekazany do uzgodnień i konsultacji publicznych.

W opinii Ministerstwa Zdrowia konsolidacja programów zdrowotnych z najistotniejszych obszarów zdrowia w tym z obszaru zdrowia psychicznego w przedmiotowym projekcie, przy jednoczesnym zapewnieniu ich finansowania, w sposób znaczący przyczyni się do zwiększenia skuteczności realizacji opracowanych zadań. Ponadto, pragnę wyrazić głębokie przekonanie, iż określenie priorytetów w ramach poszczególnych celów operacyjnych *Narodowego Programu Zdrowia*, mających jedną podstawę prawną, umożliwi skuteczną koordynację prowadzonych działań.

Jednocześnie w odniesieniu do środowiskowych form opieki psychiatrycznej w Polsce pragnę zaznaczyć, że systematyczny wzrost nakładów na świadczeń wpływa korzystnie m.in. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej właśnie w zakresie leczenia środowiskowego, o czym świadczy m.in. wzrost liczby zespołów leczenia środowiskowego na przestrzeni kilku ostatnich lat.

Rok	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Liczba zespołów leczenia środowiskowego	60	106	118	124	↑64

Tabela 1. Liczba zespołów leczenia środowiskowego w latach 2011-2014.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

Odnosząc się natomiast do postulatu dotyczącego braku refundacji nowoczesnych długodziałających leków przeciwpsychotycznych uprzejmie informuje, iż zgodnie z aktualnie obowiązującym obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych za odpłatnością ryczałtową do wysokości limitu finansowania są refundowane następujące leki w postaci zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu:

Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zakres wskazań objętych refundacją	Wysokość dopłaty pacjenta
Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, (dawki: 210mg, 300 mg, 405 mg)	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego	4,32 - 9,22

Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu (dawki: 50 mg, 37,5 mg, 25 mg)	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego	3,2 - 7,37
--------------	--	--	------------

Jednocześnie należy zauważyć, iż wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia związane z refundacją ww. leków w latach 2011-2014 r. znacząco wzrosły i były następujące:

Nazwa leku	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Rispolept Consta (risperidon)	78 680 542,69 zł	71 722 574,15 zł	80 784 270,39 zł	88 179 298,09 zł
ZypAdhera (olanzapina)	34 903,86 zł	2 870 729,04 zł	5 848 928,14 zł	10 012 850,51 zł

Kwestie związane z refundacją poszczególnych technologii lekowych reguluje ww. ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o *refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. Nr 122 poz. 696 z późn. zm.). Zgodnie z ww. ustawą, Minister Zdrowia podejmuje decyzje dotyczące refundacji produktów leczniczych mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, uwzględniając następujące kryteria:

- 1) stanowisko Komisji Ekonomicznej;
- 2) rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych;
- 3) istotność stanu klinicznego, którego dotyczy wniosek o objęcie refundacją;
- 4) skuteczność kliniczną i praktyczną;
- 5) bezpieczeństwo stosowania;
- 6) relacja korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania;
- 7) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotychczas refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym;
- 8) konkurencyjność cenową;
- 9) wpływ na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców;

- 10) istnienie alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania;
- 11) wiarygodność i precyzję oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3-10;
- 12) priorytety zdrowotne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 13) wysokość progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. Nr 114, poz. 1188 oraz z 2009 r. Nr 98, poz. 817), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu - koszt uzyskania dodatkowego roku życia - biorąc pod uwagę inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż w dniu 23 grudnia 2014 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynął wniosek o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku Abilify Maintena (Aripiprazolum) proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg we wskazaniu: schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego.

W rekomendacji nr 31/2015 z dnia 20 kwietnia 2015 r. Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Abilify Maintena w przedmiotowym wskazaniu.

Negocjacje cenowe z Komisją Ekonomiczną zostały zakończone i Minister Zdrowia, biorąc pod uwagę całość zgromadzonej dokumentacji w sprawie, niebawem wyda decyzję w przedmiotowym zakresie.

Z kolei w dniu 29 maja 2015 r. do Ministerstwa Zdrowia ponownie wpłynęły wnioski o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku Xeplion, palmitynian paliperidonu, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 1 ampułkostrzykawka (dawki: 50, 75, 100 i 150 mg) we wskazaniu: leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego.

7