

## **Realne oszczędności w budżecie NFZ przy jednoczesnym zwiększeniu dostępu do świadczenia**

**Ponad 11 mln zł w skali roku – taką kwotę według analizy kliniczno-ekonomicznej, przygotowanej przez Instytut Arcana, może zaoszczędzić Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku zniesienia limitów w dostępie do świadczenia żywienia dojelitowego w warunkach domowych. Obecnie liczba osób, które mogą z niego skorzystać, jest ograniczona kontraktami w ramach poszczególnych województw i tylko w 3 z nich nie ma kolejek. Równie duże znaczenie dla systemu ochrony zdrowia miałyby wprowadzenie obowiązkowego utworzenia realnie działających zespołów ds. żywienia w każdym szpitalu w celu prawidłowej diagnozy oraz wdrożenia odpowiedniego leczenia żywieniowego.**

Niedożywienie związane z chorobą jest poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego na całym świecie. Dotyczy pacjentów we wszystkich grupach wiekowych, aczkolwiek najbardziej narażeni na jego występowanie są pacjenci starsi (powyżej 65 roku życia). Szacuje się, że liczba niedożywionych pacjentów w Europie sięga aż 33 milionów<sup>1</sup>.

W celu zbadania konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych niedożywienia oraz oceny korzyści wynikających z zastosowania – odpowiedniego do wskazań – leczenia żywieniowego, powstała analiza „Leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych i szpitalnych. Aspekty kliniczne i ekonomiczne”.

### **Niedożywienie to choroba, którą trzeba leczyć**

Niedożywienie jest schorzeniem zdefiniowanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych<sup>2</sup> i jak każda choroba wymaga rozpoznania oraz leczenia dostosowanego do zapotrzebowania i sytuacji klinicznej chorego. Pomimo faktu, że jest bezpośrednią przyczyną zwiększonego ryzyka powikłań, przedłużonego pobytu w szpitalu, wyższego kosztu leczenia i częstszych powtórnych hospitalizacji, czy również śmiertelności, choroba ta rzadko jest rozpoznawana, a przy tym jeszcze rzadziej leczona.

Terapia żywieniowa (dojelitowa lub pozajelitowa) powinna być uwzględniana w procedurach medycznych wielu chorób, ponieważ bezpośrednio wpływa na wyniki leczenia i rokowanie pacjenta. W przypadku osób, które wymagają długotrwałego leczenia żywieniowego, a ich stan kliniczny pozwala na wypis ze szpitala, procedura powinna być kontynuowana w warunkach domowych<sup>3</sup>.

*– Do poprawy prawidłowej diagnozy oraz wdrożenia leczenia żywieniowego u pacjentów wymagających wczesnej interwencji żywieniowej przyczyniłoby się wprowadzenie obowiązkowego utworzenia realnie działających zespołów ds. żywienia w każdym szpitalu.*

---

*Tego typu działanie miało swoje miejsce w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2011 roku, jednak ostatecznie obowiązek nie został wprowadzony, dlatego w części szpitali nadal nie ma takich zespołów – mówi prof. Jacek Sobocki, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego CMKP.*

### **180 dni w kolejce do żywienia dojelitowego w domu**

Zgodnie z danymi NFZ, **problem w dostępie do świadczenia żywienia dojelitowego w warunkach domowych występuje w aż 13 województwach**<sup>4</sup>. Wyjątek stanowią województwa podkarpackie, śląskie oraz warmińsko-mazurskie, w których pacjenci przyjmowani są bez zbędnej zwłoki. **W skali pełnego roku rozliczeniowego w kolejce oczekuje około 2 521 chorych.** – *Zgodnie z danymi NFZ z czerwca tego roku średni czas oczekiwania na świadczenie żywienia dojelitowego w warunkach domowych wynosi 180 dni. Część z pacjentów nie doczeka wdrożenia świadczenia – śmiertelność chorych w kolejkach wzrasta w parametrze czasu. W niektórych województwach problem jest szczególnie palący, dlatego należałoby go rozwiązać, co będzie korzyścią dla pacjentów i przyniesie oszczędności dla systemu. Całkowite zniesienie limitowania dostępu do świadczenia jest też jedną z propozycji Rzecznika Praw Pacjenta – przekonuje prof. Jacek Sobocki.*

### **Leczenie żywieniowe jest opłacalne z perspektywy klinicznej i kosztowej**

W ramach wspomnianej pracy o leczeniu żywieniowym przeprowadzono nie tylko kompleksowy przegląd dostępnych danych naukowych na temat żywienia medycznego, ale także wykonano dwie analizy ekonomiczne, przedstawiające perspektywę zarówno płatnika publicznego (NFZ), jak i świadczeniodawców (szpitale). W analizach porównano ze sobą po dwa scenariusze sytuacyjne. Jeden z nich przedstawia aktualną sytuację w Polsce, nowy zaś w przypadku płatnika publicznego – zakłada nielimitowane stosowanie żywienia dojelitowego w warunkach domowych, a w przypadku świadczeniodawców – zakłada utworzenie specjalnego zespołu ds. żywienia w szpitalu.

Wyniki analiz są jednoznaczne. W przypadku uwzględnienia nielimitowanego dostępu do świadczenia HEN dla pacjentów wymagających terapii prawdopodobne oszczędności płatnika publicznego wyniosą około 11,7 mln PLN w skali roku. Dodatkowo wprowadzenie nielimitowanych świadczeń przyczyni się do skrócenia czasu oczekiwania w kolejkach NFZ i tym samym do ograniczenia potencjalnych kosztów płatnika publicznego, związanych z dodatkową hospitalizacją. Natomiast w przypadku inwestycji polegającej na utworzeniu realnie działającego zespołu ds. żywienia szpital można zyskać zarówno na lepszej wycenie hospitalizacji (zysk rządu kilkudziesięciu złotych na pojedynczym osobodniu żywienia dojelitowego), jak również na ograniczeniu zbędnych rehospitalizacji generujących koszty po stronie świadczeniodawcy (w przypadku powrotu pacjenta w okresie 14 dni od wypisu ze szpitala NFZ nie zwraca kosztów leczenia).

– Wyniki analizy jasno pokazują, że korzyść z nielimitowanego stosowania żywienia dojelitowego w warunkach domowych jest oczywista nie tylko pod względem zdrowotnym i jakościowym dla pacjenta, ale też finansowym. To rozwiązanie może przynieść realne oszczędności w systemie służby zdrowia, przy jednoczesnym przełożeniu się na wyższą jakość opieki. Co więcej, przeniesienie opieki - tam gdzie to możliwe - ze szpitala do domu to jeden z elementów strategii NFZ na lata 2019-2023, co udowadnia, że płatnik również widzi istotność takiego postępowania – komentuje prof. Jacek Sobocki.

\*\*\*

Analiza „Leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych i szpitalnych. Aspekty kliniczne i ekonomiczne” przygotowana została przez Instytut Arcana Sp. z o.o. na zlecenie Nutrimed Sp. z o.o.

COMM/02/10/2019

---

<sup>1</sup> Medical Nutrition International Industry (MNI) Better care through better nutrition: Value and effects of Medical Nutrition, SUMMARY, BOOKLET, 2018

<sup>2</sup> Kod ICD-10, Niedożywienie E40-E46

<sup>3</sup> Zmarzły A., T. Dzierżanowski, I. Filipczak-Bryniarska, J. Sobocki, A. Ciałkowska-Rysz, M. Kizakowski, G. Rydzewska, A. Mastalerz-Migas, J. Drobnik, I. Traczyk, K. Urbanowicz, S. Rudzki, P. Matras, M. Kunecki, K. Matysiak, K. Majewska, I. Kaptacz, N. Konik; Leczenie żywieniowe u dorosłych pacjentów z nowotworem objętych opieką; Medycyna Paliatywna 2018: 10(3): 95-114

<sup>4</sup> Informator o Terminach Leczenia NFZ: <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/>. Dane z czerwca 2019.