

Dlaczego nie stać nas na wprowadzenie pakietu onkologicznego

KRÓTKA

KOŁDRA

Reforma Arłukowicza, która ma ułatwić dostęp do usług zdrowotnych nie tylko chorym onkologicznie, ale podobno wszystkim czekającym w kolejce do świadczeń opieki zdrowotnej, ma wiele bardzo słabych punktów. Przygotowywana była na chybcika, co nie pozwoliło na jakąkolwiek, a co dopiero dogłębną, analizę zagrożeń, które niesie jej wprowadzenie.

Nie przygotowano żadnych aktów wykonawczych określających, w jaki sposób ma być zorganizowane finansowanie nielimitowanych usług zdrowotnych. Największym problemem jest jednak to, że nie zapewniono funduszy na ich zakup.

Nie chcę dokonywać ocen samego pakietu, jego dobrych i złych stron, ani analizować potencjału systemu, zadając pytanie, czy jest on zdolny do realizacji pakietu. Spróbuję tylko się zastanowić, czy są w systemie pieniądze pozwalające na realizację ministerialnych obietnic.

Poselskie milczenie

W niemalże zgodnej opinii ogółu antykolejkowy pakiet Bartosza Arłukowicza, ze szczególnym pochyleniem się nad pacjentami onkologicznymi, jest przede wszystkim zabiegiem PR-owskim. Została do niego dobrana największa społecznie odczuwalna bolączka systemu – kolejki, skierowano go zaś przede wszystkim do chorych na wzbudzające największy lęk choroby nowotworowe. Przy okazji przemycono kilka rozwiązań jeszcze bardziej centralizujących zarządzanie systemem. Nie przygotowano natomiast technicznych rozwiązań pozwalających na zastosowanie tego pakietu. Nie zapewniono też pieniędzy na jego wprowadzenie. Rozmawiano na wyższym poziomie ogólności, dywagując o finansowaniu go z uzyskanych oszczędności.

A przecież podstawowe założenia do pakietu wpisano do noweli ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych. Nowelę przegłosowano bez zbędnych dyskusji w Sejmie i Senacie i podpisał ją prezydent. Musiała jednak wcześniej być zgłoszona jako projekt, który zgodnie z regułami legislacji winien zawierać ocenę wpływu tej regulacji na otoczenie.

Satyra

I rzeczywiście – szeroka nowela, wprowadzająca oprócz założeń pakietów także inne rozwiązania, takie

Maciej Hamankiewicz

prezes Naczelnej Izby Lekarskiej

Z jednej strony pakiet onkologiczny, z drugiej zapowiedź, że nie będzie na to dodatkowych pieniędzy – wygląda na to, że czeka nas ogólnonarodowa zrzutka na pakiet ustaw ministra Arłukowicza. Komu zabrać, by go sfinansować? Pierwsze próby już były, na pierwszy ogień poszli okuliści i leczenie zaćmy. I na okulistach się nie skończy: przy uważnej lekturze zapowiedzi resortu i funduszu można z nich wyczytać chęć oszczędzenia na reumatologii, dermatologii oraz rehabilitacji. Kolejną



foto: PAP/Grzegorz Michalowski

cegielkę może dołożyć kardiologia, szczególnie interwencyjna. Ministerstwo i NFZ od kilku miesięcy narzekają, że wyceny w tej dziedzinie są przeszacowane. A skoro przeszacowane, to znaczy zbyt duże, możliwe do obciążenia.

Przerażać może nie tyle fakt, że Ministerstwo Zdrowia szuka oszczędności, ile metoda, którą się postuguje, by je znaleźć. Oto pojawiają się

kolejne projekty i zapowiedzi cięć, rozpoczyna się dyskusja publiczna i burza medialna. Zainteresowane środowiska protestują i bronią się. Które ma silniejszy lobbing, to się obroni. Najślabi, niemający instrumentów obrony – to ci, którzy w praktyce sfinansują pakiet.

WIADOMO, ŻE MINISTER

PÓJDZIE W ZAPARTE

I BĘDZIE REALIZOWAĆ PAKIET,

TAK JAK TRZY LATA TEMU

REALIZOWANO NA PRZEKÓR WSZYSTKIM

USTAWĘ REFUNDACYJNĄ

jak taryfikacja świadczeń zdrowotnych przez AOTM czy wprowadzenie map potrzeb zdrowotnych, wpłynęła do Sejmu 18 czerwca 2014 r., by przebyć ścieżkę trzech czytań i odpowiednich posiedzeń komisji do 22 lipca 2014 r. Senat z nowelą obszedł się jeszcze sprawniej, bo już dwa dni później, 24 lipca, przegłosował ją bez poprawek i przesłał prezydentowi do podpisu. Uzasadnienie do noweli liczy 64 strony, z czego ocena wpływu na sektor finansów publicznych ledwie 4. Polecam tę lekturę wszystkim – druk sejmowy nr 2505. Uzasadnienie ogólnie czyta się trochę jak powieść fantastyczną: dowiadujemy się, że kosztami regulacji w zasadzie będą tylko wydatki na zwiększenie zadań AOTM, bo pakiet sfinansuje się sam – z oszczędności. Przytacza się przy tym dotychczasowe rozwiązania, wielokrotnie wskazywane jako wadliwe, takie jak konieczność hospitalizacji przy radioterapii czy naduży-

wanie hospitalizacji do podawania chemioterapeutyków. To, na co przez lata przyrmykano oczy, teraz ma być paliwem do sfinansowania pakietu. Są elementy czysto humorystyczne, z których jeden pozwolę sobie przytoczyć w całości: „Szacuje się natomiast, iż z tytułu opłat za udzielenie informacji i danych komornikom sądowym wzrosną przychody NFZ. W okresie od stycznia 2014 r. do maja 2014 r. do NFZ wpłynęły 3583 wnioski o udostępnienie danych, nadesłanych [błąd gramatyczny!] przez komorników sądowych. Oznacza to, że w 2014 r. można się spodziewać ok. 8600 wniosków. Opłata na poziomie 50 zł od wniosku oznacza, że prognozowane przychody płatnika publicznego z ww. tytułu wyniosą ok. 430 000 zł rocznie”. Prawda, że piękne? A bardziej na poważnie, to zastanawiam się, czy taka analiza pozwoliłaby studentowi na zaliczenie semestru u bardzo mało wymagającego wykładowcy.

I tak przygotowana nowela w ekspresowym tempie weszła w życie. Trudno się zatem dziwić posłom, którzy przyjęli bez ceregieli, że nie trzeba na pakiet żadnych istotnych pieniędzy, a ewentualne dodatkowe wydatki pokryją wpłaty od komorników sądowych © i równie bezkrytycznie przyjęli plan finansowy NFZ na 2015 r. Plan, w którym pieniądze na sfinansowanie pakietu po prostu nie ma.

Różnica pomiędzy planami

Warto czasami porównać plany finansowe NFZ w kolejnych latach. Rzecz jasna mówią one tylko o zamierzeniach, a poza tym często są obciążone błędami osób tworzących założenia do budżetu państwa. Z ich to bowiem wskaźników (np. stopy bezrobocia czy średniego wynagrodzenia) wynikają szacunki przychodów NFZ. Na przykład plany na lata 2011 i 2012

Krzysztof Kuszewski

kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki
Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa PZH

Nie wkładałbym między bajki twierdzenia, że pakiet onkologiczny można wprowadzić metodą bezkosztową. To rzeczywiście może się obyć bez dodatkowych inwestycji. Przede wszystkim myślę o rezygnacji z niepotrzebnych badań diagnostycznych. Niepotrzebnych – bo często powtarzanych po wielokroć. Każdy szpital, każda placówka chce mieć własne badanie lub wykonane na własne życzenie w pracowni, do której ma zaufanie. W efekcie kilkakrotnie – czasem dziesięć razy – powtarza się to samo kosztowne badanie. Ma to sens, gdy się zrozumie, że poszczególne



foto: Wojciech Olkuszniak/Agencja Gazeta

pracownie świadczą usługi na różnym poziomie i szpitale chcą mieć pewność, że badanie wykonano dobrze. Trzeba zatem pokazać czerwoną kartkę tym ośrodkom diagnostycznym, do których zaufania mieć nie można, a zachęcić do korzystania z usług tych, które cieszą się dobrą renomą – a tym samym do niepowtarzania badań.

To przyniesie olbrzymie oszczędności.

Kolejne to przeniesienie diagnostyki do specjalistów innych chorób, by zlikwidować mechanizm przeciążania onkologów według zasady: „gdy nie potrafię zdiagnozować schorzenia, na wszelki wypadek wysyłam na konsultację do onkologa”. W teorii tak można zarobić na pakiet onkologiczny. Ale czy Bartoszowi Arłukowiczowi uda się tę teorię przekuć na praktykę?

były mocno przeszacowane na skutek optymizmu Jacka Rostowskiego przed wyborami parlamentarnymi w 2011 r. Wynikającą z tego nieściągalność składki zdrowotnej pokrywano z funduszu zapasowego NFZ, a następnie wyrównywano stratę dzięki niewykorzystanym pieniądzą z refundacji leków. Mimo to w pierwotnych planach deklarowano, jakie kwoty zostaną przeznaczone na poszczególne rodzaje świadczeń, a także na poszczególne województwa.

Finansowy optymizm

Pozwoliłem sobie porównać pierwotne plany z lat 2013, 2014 i świeżo zatwierdzony na rok 2015 w wersjach przed rozwiązaniem rezerw ogólnej i migracyjnej. Przychody netto NFZ na 2013 r. zaplanowano w wysokości 66 423 581 tys. zł, na rok 2014 w wysokości mniejszej niż rok wcześniej, bo 65 611 766 tys. zł, a na rok 2015 w wysokości 68 384 851 tys. zł, czyli o ponad 4 proc. większej niż w 2014 r. I dzieje się to, choć na 2015 r., po raz pierwszy od czasów prezesur Jerzego Millera i Andrzeja Sośnierza, zaplanowano od-

pis aktualizujący składkę należną z ZUS w wysokości 576 229 tys. zł. Dla ułatwienia – odpis ten tworzy się, by mieć rezerwę w razie nieściągnięcia planowanej składki w roku. Bardzo dobrze, że go utworzono, bo jeśli składka będzie ściągana w założonej wysokości, NFZ będzie miał dodatkowe ponad 0,5 mld zł na zakup świadczeń, w tym być może pakietu.

Ale czy składka będzie planowo ściągana – to inne pytanie, bo w planie założono wzrost jej ściągalności między rokiem 2015 a 2014 o 3 329 863 tys. zł, czyli o ponad 5,5 proc. Aby to się zdarzyło, musielibyśmy mieć w przyszłym roku boom na rynku pracy, a tymczasem mamy ledwie drgnięcie, z licznymi nieskładkowanymi śmieciówkami zamiast umów o pracę. Dokładając do tego prognozy o mniejszym wzroście gospodarczym, niż przewidywano z racji wydarzeń na wschodzie, możemy prognozowaną wysokość ściągalności składki włożyć między bajki.

Kolejnym parametrem, który warto porównać, jest wynik netto z działalności NFZ. W 2013 r. planowano pełne zbilansowanie funduszu. Na rok 2014, przy obniżonych przychodach, planowano wstępnie stratę w wysokości 240 946 tys. zł, przy czym w planie założono przychód z budżetu państwa na finansowanie leczenia nieubezpieczonych w wysokości 942 421 tys. zł, co było powodem odwołania Agnieszki Pachciarz. W znowelizowanym i w końcu przyjętym planie kwotę tę obniżono do 183 204 tys. zł, zmodyfikowano kwotę na finansowanie świadczeń zdrowotnych, a planowany wynik wynosi -1 256 297 tys. zł, czyli mniej więcej 1,3 mld zł straty. Na 2015 r. dzięki istotnemu (wirtualnemu?) wzrostowi przychodów, nawet pomimo utworzenia rezerwy aktualizującej odpis, ponownie założono zbilansowanie NFZ.



fot. iStockphoto.com

W PLANIE FINANSOWYM NFZ

ZAŁOŻONO WZROST ŚCIAĞALNOŚCI

SKŁADKI O PONAD 5,5 PROC.

ABY TO SIĘ ZDARZYŁO,

MUSIELIBYŚMY MIEĆ W PRZYSZŁYM ROKU

BOOM NA RYNKU PRACY

UZASADNIENIE USTAWY

CZYTA SIĘ TROCHĘ

JAK POWIEŚĆ FANTASTYCZNĄ:

DOWIADUJEMY SIĘ Z NIEGO,

ŻE PAKIET SFINANSUJE SIĘ SAM

– Z OSZCZĘDNOŚCI

Najważniejszym jednak dla nas parametrem jest budżet, który NFZ planuje przeznaczyć na finansowanie świadczeń zdrowotnych. W 2013 r. na tzw. koszty realizacji zadań (wraz z rezerwą ogólną i pieniędzmi budżetowymi na ratownictwo medyczne) planowano wydać 65 456 971 tys. zł. W 2014 r. w pierwotnej wersji 65 862 286 tys. zł, a w planie ostatecznym (po ograniczeniu dopłaty z budżetu państwa) 66 118 487 tys. zł, przy czym do dnia pisania artykułu nie rozwiązano i nie przeznaczono na zakup świadczeń rezerwy ogólnej w wysokości 634 793 tys. zł, co powoduje, że aktualny wzrost pomiędzy latami 2014 a 2013 jest bliski zeru. W 2015 r. planuje się wydać 67 572 371 tys. zł. Wzrost kosztów realizacji zadań w 2015 r. wyniesie więc 1 453 884 tys. zł, czyli blisko 1,5 mld zł, co oznacza wzrost o 2,2 proc. w stosunku do 2014 r. I to są potencjalne, choć jak wcześniej napisano – nie do końca pewne środki, które można ewentualnie przeznaczyć na finansowanie pakietu Arłukowicza.

Inne cuda w planie

Plan finansowy NFZ zawiera jednak inne kruczki. Najlepszym z nich wydaje się zmiana algorytmu podziału pieniędzy między oddziały bez... zmiany algorytmu. Zamiast procedować w komisjach sejmowych zmianę sposobu podziału, sięgnięto do informacji z systemu e-WUŚ. Wypada podziwiać pokrętność myślenia pomysłodawców, bo podzielono pieniądze nie według GUS-owskiej informacji o liczbie mieszkańców, ale według liczby ubezpieczonych. W ten sposób województwa, w których liczba ubezpieczonych w większym stopniu niż średnia ogólnokrajowa odbiega od liczby mieszkańców, otrzymały mniej pieniędzy. Jednocześnie budżet państwa, podobnie jak w roku 2014, nie przekazał NFZ kwoty na leczenie nieubezpieczonych w liczbie wynikającej z danych e-WUŚ. Jestem mieszkańcem Dolnego Śląska, gdzie ta różnica była większa od średniej, więc nie patrzę na tę zmianę przychylnym okiem. Plan finansowy samego DOW NFZ rośnie bowiem jedynie o 1,15 proc., czyli o 55 mln zł. Ta sama sytuacja jest w kilku innych województwach i niewiele ją słodzi niepisana obietnica nowego prezesa NFZ o przeznaczeniu rezerwy ogólnej w 2015 r. na podniesienie kwoty do średniej tym województwom, które ucierpiały przy zmianie algorytmu podziału. Jak w tych województwach sfinansuje się pakiet, skoro będzie się operować praktycznie tymi samymi, niewystarczającymi pieniędzmi? A może będziemy pakiet realizować tylko w kilku miejscach?

Ciekawy jest też rozdział pieniędzy na rodzaje świadczeń. Podstawowa opieka zdrowotna, która ma przejąć zadania pierwszej linii wczesnego rozpoznawania chorób nowotworowych, miała zagwarantowane w 2014 r., przed podziałem rezerwy migracyjnej, 7 694 837 tys. zł. Na 2015 r. planuje się 7 778 611 tys. zł, co oznacza wzrost o 1 proc. Biorąc pod uwagę kilkule-

Rafał Janiszewski

ekspert rynku ochrony zdrowia

Głównych źródeł oszczędności, z których ma być sfinansowany pakiet Arłukowicza, Ministerstwo Zdrowia szuka u lekarzy POZ. I muszę przyznać, że czyni to w sposób dość przebiegły i rokujący powodzenie. Z jednej strony, pakiet oznacza znaczne zwiększenie kompetencji lekarzy POZ, a co za tym idzie, dotożenie im obowiązków, pracy. Ministerstwo nie myśli o tym, by za tę dodatkową pracę zapłacić, lecz drugą ręką stara się lekarzom POZ odjąć część dotychczasowych obowiązków w nadziei, że uznają, iż w ostateczności rachunki się wyrównują. I temu ma służyć np. przywrócenie możliwości preskrypcji leków bez badania (z perspektywy pacjenta zysk wcale nie jest oczywisty)



for. Archiwum

czy poluzowanie dotychczas wyjątkowo zastrzeganych rygorów i wymagań.

Możliwe, że ostatecznie w ten sposób minister zdrowia zdoła osiągnąć swoje cele. Zwiększy kompetencje lekarzy POZ, a równocześnie ułatwi funkcjonowanie ich codziennych praktyk. Coś za coś. Ale obawiam się, że prawdziwe koszty pakietu onkologicznego

są nieznane, a jego wprowadzenie będzie uwolnieniem dzina z butelki, czego skutki są trudne do przewidzenia. Wyobrażam sobie na przykład, że wydawanie karty onkologicznej będzie zbyt częste, że będzie to instrument nadużywany. By ją wystawić, wystarczy przecież samo podejrzenie nowotworu. Karta może być wykorzystywana do uruchomienia szybkiej ścieżki diagnostyki dla chorych, którzy raka nie mają, a prawdopodobieństwo zapadnięcia na niego jest niskie.

nie zamrożenie stawki kapitałowej, nie spodziewam się wielkiego zaangażowania w pakiet lekarzy rodzinnych, obawiam się zaś kolejnego sporu z nimi.

W wypadku AOS, która ma przeprowadzać konsultacje pacjentów kierowanych do niej przez lekarzy POZ, wzrost nakładów liczonych według tej samej metody wynosi od 5 120 758 tys. zł w 2014 r. do 5 281 581 tys. zł w 2015 r., czyli 3,1 proc. Biorąc pod uwagę, że pakiet Arłukowicza miał nie tylko służyć pacjentom onkologicznym, lecz także zmniejszyć kolejki do specjalistów w systemie, prognozowany efekt przy tak mizernym wzroście funduszy raczej nie bę-

dzie oszałamiający. Zwłaszcza że w województwach „poszkodowanych” nowym algorytmem jest on jeszcze mniejszy (np. na Dolnym Śląsku 0,8 proc.).

Nieco inaczej jest z finansowaniem leczenia szpitalnego. Kwota przeznaczona na ten cel, po wyłączeniu programów lekowych i chemioterapii, rośnie z 23 818 121 tys. zł w 2014 r. do 24 624 247 tys. zł w planie na 2015 r. Wzrost ten wynosi zatem 3,4 proc., czyli więcej niż w innych rodzajach świadczeń. Być może twórcy planu zakładali, że wszystkie nowo wykryte schorzenia wymagające leczenia szpitalnego trzeba będzie leczyć, co przynajmniej w pierwszym okresie



DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ

ZOSTANIE OGRANICZONY

POPRAZ ZMNIEJSZENIE

KONTRAKTÓW W INNYCH

MIEJSCACH NIŻ ONKOLOGIA

ALBO WPROWADZENIE

KRYTERIÓW OGRANICZAJĄCYCH

przyniesie wzrost liczby hospitalizacji. Inaczej pacjenci przejdą z wczesnego okresu ponownie w zaawansowany. To oczywiście ironia; po prostu plan jest konstruowany jak w latach ubiegłych z dwoma priorytetami: jak najwięcej dla szpitali krótkoterminowych i jak najwięcej dla Mazowsza. Nie ma w nim po raz kolejny istotnego zwiększenia kwot na rehabilitację (1,3 proc.), psychiatrię (2,0 proc.) czy leczenie długoterminowe (1,2 proc.). Tymczasem kolejki do tych świadczeń też są potężne, a potrzeba tych świadczeń istnieje również dla pacjentów onkologicznych.

Co oprócz propagandy

Stworzona na żądanie Donalda Tuska i na potrzeby politycznego PR-u koncepcja krucjaty przeciwko kolejkom oczekujących na leczenie dała nam pakiet

Bartosza Arłukowicza. Pakiet czysto propagandowy, bo nie zostanie on w przewidywalnym czasie zrealizowany w sposób pozwalający na uzyskanie korzyści dla pacjentów. Najprawdopodobniej z uwagi na całkowite jego nieprzygotowanie będzie wzbudzał konflikty, jak przed trzema laty ustawa refundacyjna. Najbardziej mi jednak żal zawodu chorych na choroby nowotworowe, którzy z wielu względów, nie tylko finansowych, nie uzyskują takiej opieki, jaką im przed kamerami obiecywano.

W artykule skupiłem się na braku pieniędzy na realizację pakietu w 2015 r. Ponieważ jego twórcy usilnie powtarzają, że można go sfinansować z oszczędności w innych miejscach systemu, to można się spodziewać cięć. I nie będą to wcale cięcia takie, jak opisywano w uzasadnieniu do ustawy, np. udzielanie radioterapii w warunkach ambulatoryjnych. Po prostu ograniczy się dostęp do świadczeń poprzez zmniejszenie kontraktów w innych miejscach niż onkologia albo wprowadzi się kryteria ograniczające dostęp do świadczeń. Przecież całkiem niedawno pojawiła się informacja o kryteriach, które muszą być spełnione do zabiegu zaćmy. Poniekąd słusznie, ponieważ powinny powstać kryteria medyczne kwalifikujące do określonych zabiegów, tak jak jest np. w wypadku kwalifikacji do dializoterapii. Ale obecnie przyczyną, dla której próbuje się je wprowadzać, nie jest próba zracjonalizowania postępowania, lecz paniczna próba szukania oszczędności.

Zasada krótkiej koldry jest prosta i brzmi: by komuś dać, trzeba komuś zabrać. Przy takim planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia i braku dodatkowych pieniędzy na pakiet Arłukowicza musimy się przygotować na to, że jeżeli zaczniemy go wprowadzać, to kosztem innych dziedzin medycyny i innych pacjentów.

Maciej Biardzki

Maciej Dercz

ekspert Uczelni Łazarskiego

Współczuję nie tyle ministrowi Arłukowiczowi, ile pacjentom: w polskiej ochronie zdrowia zabrać nie ma już komu, a pieniądze na uruchomienie pakietu onkologicznego są potrzebne. Skoro są potrzebne – będą poszukiwane. Ministerstwo Zdrowia trafnie wskazuje, że najprościej je znaleźć, poprawiając organizację leczenia. Prawdziwe są twierdzenia, że można poprawić współpracę między specjalistami, zaoszczędzić poprzez lepsze zorganizowanie diagnostyki. I całkiem możliwe, że sukcesy na tych polach wystarcząłyby do sfinansowania pakietu Arłukowicza.



for. Bartosz Bobkowski/Agencja Gazeta

To wszystko prawda, ale to wszystko również teoria. Gdyby rzeczywiście można było poczynić oszczędności w tych dziedzinach – dawno by to zrobiono. Największa słabość tej ekipy rządzącej, ale także poprzednich, polega na tym, że nie potrafi ona wprowadzić takich mechanizmów, które by takim oszczędnościom sprzyjały, które by je wymusiły.

Pozostaje mi zatem obawa, że na pacjentów z pakietu onkologicznego zrzucać się w praktyce chorzy, których ten pakiet nie obejmie. I bardzo się boję, że ucierpią na tym dzieci. A boję się dlatego, że w ostatnich latach, gdy na czymś oszczędzano, najbardziej obcinano wydatki na pediatrię i ochronę zdrowia dzieci. Obawiam się, by w tym wypadku nie zadziało prawo serii...