

Co Ministerstwo Zdrowia  
zrobiło, a czego nie zrobiło  
w ostatnim kwartale

# Dwójka bez plusa

*Działania Ministerstwa  
Zdrowia w IV kwartale 2014 r.  
oceniłam na 2 punkty  
w skali 5-punktowej – pisze  
Anna Janczewska-Radwan,  
odpowiedzialna za resort  
zdrowia w Gospodarczym  
Gabiniecie Cieni BCC. Prosiłiśmy  
ją, by dla „Menedżera Zdrowia”  
oceniła dokonania Ministerstwa  
Zdrowia od października do  
grudnia ubiegłego roku.  
Poniżej ta właśnie ocena.*



Exposé premier Ewy Kopacz z 1 października w części dotyczącej ochrony zdrowia trochę rozczarowało. A to z braku wskazania tej tak ważnej dla wszystkich Polaków dziedziny jako jednego z priorytetów nowego rządu. Zabrakło w nim też odniesienia do wizji i strategii ochrony zdrowia przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia we wrześniu w tzw. *policy paper* dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Ograniczenie się w exposé do określonych działań w perspektywie tylko 2015 r. wskazuje, że rząd nie zamierza zająć się w tym roku rozwiązaniami systemowymi w ochronie zdrowia. Optyzmem napawa natomiast powołanie w grudniu 2014 r. pełnomocnika ds. ustawy o zdrowiu publicznym.

### Działania zastępujące na poparcie

1. Determinacja Ministerstwa Zdrowia we wprowadzeniu od stycznia ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli tzw. pakietu onkologicznego i kolejkowego. Jej celem, tak ważnym dla wszystkich Polaków, ma być zniesienie limitów, szybka diagnoza i rozpoczęcie leczenia pacjentów onkologicznych do 9 tygodni od wystawienia zielonej karty oraz skrócenie kolejek do innych specjalności. Zdając sobie sprawę z wielu niedoskonałości tej ustawy, w tym przede wszystkim wskazania źródła finansowania, oczekujemy możliwie szybkiej jej nowelizacji na podstawie rzetelnej analizy kosztów wdrożenia tej reformy, z uwzględnieniem konsultacji publicznych.

2. Ustanowienie pełnomocnika rządu ds. ustawy dotyczącej zdrowia publicznego, którym została Beata Małecka-Libera. Daje to nadzieję, że w tym roku rozpoczną się intensywne prace nad projektem tej ustawy, która ma stworzyć ramy systemu zdrowia publicznego w Polsce. Business Centre Club od 2012 r. postulował uchwalenie tej ustawy i powołanie przy premierze Narodowej Rady Zdrowia Publicznego.

3. Podjęcie szerszych prac nad wycenami świadczeń zdrowotnych. Naszym zdaniem wycena powinna się odbywać w modelu popytowo-podażowym, a nie kosztowym.

4. Uruchomienie internetowego serwisu informacyjnego dla pacjentów o funkcjonowaniu szybkiej ścieżki onkologicznej.

### Działania, które oceniamy krytycznie

1. Tryb i sposób wprowadzania pakietu onkologicznego i kolejkowego oraz brak rzetelnego wyliczenia kosztów tej reformy i wskazania źródeł jej finansowania w budżecie na 2015 r. Pakiet został przygotowany bez zachowania koniecznych konsultacji publicznych na trzech etapach procesu legislacyjnego, tj. analizy regulacyjnej problemu, założeń do projektu ustawy i projektu ustawy. Ograniczenie dialogu ze środowi-

skiem medycznym w tej sprawie spowodowało problemy z dostępem pacjentów do usług podstawowej opieki zdrowotnej i zamknięcie gabinetów lekarskich do 5 stycznia 2015 r.

2. Pominięcie w pakiecie onkologicznym bezlimitowego świadczenia usług przez hospicja onkologiczne i finansowania opieki paliatywnej pacjentów tych hospicjów. Pacjent po zakończeniu leczenia onkologicznego lub z zaawansowaną chorobą nowotworową nie ma gwarancji specjalistycznej opieki medycznej.

3. Pogarszający się dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Najnowszy raport NIK i dane Fundacji Watch Health Care na ten temat mówią o stale rosnących kolejkach. Jak stwierdza raport NIK, poprawę dostępności utrudnia nierównomierne rozmieszczenie szpitali, przychodni i sprzętu, problemy z wyceną świadczeń i ze znalezieniem wykonawców niektórych usług medycznych oraz pozyskiwaniem wykwalifikowanych kadr medycznych.

„Na poparcie zastępuje determinacja resortu zdrowia we wprowadzaniu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli tzw. pakietu onkologicznego i kolejkowego”

4. Nadal nie procedowano ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, mimo zapowiedzi ministra zdrowia z grudnia 2013 r., że nastąpi to w 2014 r. Założenia do tej ustawy miały być przedstawione zgodnie z zapowiedziami ministerstwa w lutym zeszłego roku.

5. Tryb i sposób zmian w ustawie Prawo farmaceutyczne, a w szczególności niezgodność z prawem konkurencji i ustawą o swobodzie działalności. Ustawa ta pogłębi niekonkurencyjne praktyki na rynku farmaceutycznym i osłabi pozycję polskich przedsiębiorców – średnich i małych hurtowni farmaceutycznych oraz aptek indywidualnych. Tym samym doprowadzi do pogłębienia zjawiska niedoborów produktów leczniczych na polskim rynku.

6. W ustawie o Karcie Dużej Rodziny nie stworzono rodzinom wielodzietnym możliwości korzystania z ulg i zniżek na zakup leków, co jest związane z ustawowym





© iStockphoto.com

„ Pacjent po zakończeniu leczenia onkologicznego lub z zaawansowaną chorobą nowotworową nie ma gwarancji dalszej specjalistycznej opieki medycznej ”

zakazem reklamy aptek i zakazem oferowania programów lojalnościowych.

7. Wydawanie niezgodnych z prawem, niekonstytucyjnych aktów prawnych, bez zachowania wszystkich etapów konsultacji publicznych. W grudniu 2014 r. Trybunał Konstytucyjny uznał za niekonstytucyjne rozporządzenie o tworzeniu rejestrów medycznych. Powód: przetwarzanie danych osobowych stanowi materię zastrzeżoną dla ustawy.

#### Priorytety

1. Pilne powołanie zespołu roboczego ds. wdrażania pakietu onkologicznego i kolejkowego składającego się

z przedstawicieli wszystkich interesariuszy, w tym strony społecznej. Zadaniem zespołu miałyby być przygotowanie projektu nowelizacji tego pakietu ustaw.

2. Zaprezentowanie i poddanie publicznej debacie przez Ministerstwo Zdrowia zatwierdzonej we wrześniu 2014 r. w tzw. *policy paper* wizji i strategii systemu ochrony zdrowia do roku 2020.

Wizja ta brzmi: „Zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowany do trendów demograficznych i epidemiologicznych system ochrony zdrowia oparty na właściwych ilościowo i jakościowo: zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych”.

Urzeczywistnienie tej wizji zakłada m.in. „zmiany w sposobie finansowania opieki zdrowotnej oraz rozwiniętej i racjonalnie rozmieszczonej struktury służby zdrowia, jak również opracowanie nowego modelu finansowania, uwzględniającego dopływ środków prywatnych”, w tym wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych jako alternatywnych, obok umów z NFZ, źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych.

By wizja ta została zrealizowana, konieczne jest również uchwalenie ustawy o zdrowiu publicznym. Przewidywana w 2020 r. wielkość wydatków publicznych

na zdrowie to 120,2 mld zł, co oznacza wzrost tych wydatków o 57 proc. w porównaniu z 2015 r.

3. Stworzenie „mapy drogowej” dotyczącej przygotowania ustawy o zdrowiu publicznym uwzględniającej konsultacje ustawy ze wszystkimi interesariuszami i na wszystkich czterech etapach konsultacji publicznych, tj. analizy regulacyjnej problemu, opracowania założeń do projektu ustawy, projektu ustawy i badań postlegislacyjnych. Taki model konsultacji w każdym procesie tworzenia prawa ma służyć poprawie jakości jego stanowienia i jego stabilności oraz racjonalności rozwiązań. Naszym zdaniem do prac nad przygotowaniem tej ustawy powinien być też włączony Komitet Zdrowia Publicznego PAN.

4. Umożliwienie szpitalom posiadającym kontrakty z NFZ świadczenia usług komercyjnych w sposób cywilizowany, bez konieczności zakładania fundacji przyspitalnych. Fundacje takie są często tworzone jako protezy dla wadliwie i szkodliwie społecznie interpretowanego prawa. Ministerstwo Zdrowia zapowiadało uregulowanie tego problemu po uchwaleniu pakietu onkologicznego i kolejkowego.

5. Przygotowanie przez Ministerstwo Zdrowia rozporządzenia do nowelizacji ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia w kwestii produktów żywnościowych dopuszczonych do sprzedaży w sklepikach szkolnych oraz jedzenia w stołówkach szkolnych i przedszkolnych. Jest to ważny element edukacji zdrowotnej i przyczynek do podnoszenia poziomu zdrowia publicznego.

6. Przygotowanie dokumentu „Polityka lekowa państwa”. Konieczne jest określenie priorytetów i uporządkowanie celów długoterminowych zarówno z punktu widzenia pacjentów, lekarzy, aptekarzy, hurtowników, jak i przemysłu farmaceutycznego. Jednym ze strategicznych celów polityki lekowej winno być zapewnienie stabilnych warunków rozwoju polskiego przemysłu farmaceutycznego. Aktualnie co drugi sprzedawany lek pochodzi z polskich fabryk.

7. Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby lekarzy w określonych specjalnościach (np. patomorfologów i geriatrów) oraz pielęgniarek, m.in. poprzez zachęty do wybierania tych zawodów i wzrost nakładów na kształcenie. Wskaźniki liczby lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce znacznie odbiegają od średnich europejskich i stanowią zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Takie działania są konieczne, zgodnie z przed-

„Najnowszy raport NIK oraz dane Fundacji Watch Health Care mówią o stale zwiększających się kolejkach”

stawioną przez Ministerstwo Zdrowia wizją systemu ochrony zdrowia.

8. Powołanie Agencji Taryfikacji, która ma się zajmować wyceną procedur medycznych w modelu popytowo-podażowym. Dokonywanie takiej wyceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (AOTM), co zaproponowano w ramach pakietu kolejkowego, powinno być rozwiązaniem czasowym, do momentu stworzenia Agencji Taryfikacji.

9. Zwiększenie dostępu do innowacyjnych, skutecznych technologii medycznych (lekowych i nielekowych) poprzez stosowne rozwiązania systemowe, m.in. wprowadzenie jednolitej metodologii liczenia tzw. kosztów pośrednich. Istnieje także konieczność zwiększenia wydajności pracy AOTM w zakresie oceny technologii nielekowych. Wprowadzanie nowych technologii nielekowych napotyka na ustawowe bariery – brak terminów ich rozpatrywania przez AOTM. Według badań TNS Polska, 60 proc. obywateli uważa, że właśnie w obszarze zdrowia innowacyjność rozwiązań i produktów jest najważniejsza. Na dalszych pozycjach znalazła się gospodarka, bezpieczeństwo, praca i nauka.

10. Wypracowanie formalnoprawnych warunków do inwestycji w ochronie zdrowia w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. Konieczne jest przyspieszenie prac nad nowelizacją ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz ustawy o finansach publicznych w tym zakresie.

11. Urealnienie koszyka świadczeń gwarantowanych, by brał on pod uwagę możliwości finansowe.

12. W związku z obowiązkowym, ustawowym terminem wdrożenia od 1 sierpnia 2017 r. przez podmioty lecznicze elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), z uwagi na liczne prawne, finansowe i techniczne bariery do pokonania konieczne jest sporządzenie niezbędnego harmonogramu działań, by termin ten został dotrzymany. Wdrożenie EDM będzie miało bardzo istotny wpływ na poprawę jakości usług medycznych.

*Anna Janczewska-Radwan*

Gospodarczy Gabinet Cieni BCC, w którym autorka odpowiada za sprawy ochrony zdrowia, powstał w kwietniu 2012 r., aby wspierać działania rządu służące gospodarce. Za cel stawia sobie również inspirowanie i monitorowanie prac resortów kluczowych z punktu widzenia rozwoju przedsiębiorczości. To gabinet gospodarczych fachowców, będących najbliżej problemów, z którymi na co dzień zmagają się polscy przedsiębiorcy i gospodarka.