

Polska po wejściu
w życie pakietu
ustaw zdrowotnych

NOWY WSPANIAŁY(?) ŚWIAT

Ktoregoś dnia zacznie obowiązywać pakiet ustaw Ewy Kopacz, a my obudzimy się w nowej rzeczywistości. Jaka ona będzie? Czy pojawi się szansa na rozwiązanie problemów, z którymi polska ochrona zdrowia boryka się od lat? Czy też raczej na skutek tego, że ktoś czegoś nie dopatrył, nie przewidział, będzie gorzej, a nie lepiej?

Zmiany, które na Zachodzie zachodziły przez pokolenia, u nas dokonały się w ciągu dekady. Nic dziwnego, że w Polsce jest więcej hysterii, agresji, nieracjonalności, braku ufności i szacunku dla rzeczywistości – mówił myśliciel i socjolog prof. Zygmunt Bauman w wywiadzie udzielonym tygodnikowi „Polityka” w ubiegłym roku. Może zatem nie należy się dziwić legislacyjnej ofensywie pod koniec kadencji rządów PO-PSL, m.in. w dziedzinie ochrony zdrowia, bowiem wpisują się one w powszechny polski trend – hysterii właśnie, presji, aby wszystko zrobić „teraz, zaraz”, oraz braku ufności i szacunku dla rzeczywistości.

Zacznę od truizmów: w każdej działalności, nim wprowadzi się zmiany, potrzebna jest bardzo dokładna diagnoza sytuacji, pozwalająca na znalezienie ognisk patologicznych i ustalenie priorytetów. Następnie na podstawie tej diagnozy, szacunku zasobów – zarówno aktywów, jak i pasywów – można zacząć projektować zmiany. Wymogiem demokratycznego państwa jest to, by konsultować je z zainteresowanymi. W Polsce są to jednak pobożne życzenia. Efekt jest taki, że możemy się spodziewać kolejnej ofensywy legislacyjnej za cztery lata, kiedy ujawnią się skutki działania uchwalonych niedawno ustaw. Być może będzie to ustawa podwyższająca składkę na ubezpieczenie zdrowotne lub (a może: „oraz”) poważne redukcje w koszyku świadczeń gwarantowanych. Z jednej strony będzie to wymagało dużej odwagi politycznej, z drugiej, jeśli ktoś się na to zgodzi, otworzy drogę do ubezpieczeń dodatkowych. Polacy będą musieli wyłożyć na nie pieniądze z własnej kieszeni. Niezależnie od wybranej opcji – będzie drożej.

Długi szpitali

Gdyby brać na serio komunikaty Ministerstwa Zdrowia i wypowiedzi Ewy Kopacz, okazałoby się, że najistotniejszym problemem polskiej ochrony zdrowia jest zadłużenie szpitali. To właśnie jest przyczyną ograniczonej dostępności opieki zdrowotnej oraz złego wykorzystania zasobów. Powodem zadłużenia zaś ma być niski poziom kompetencji zarządczych i brak elastyczności dyrekcji szpitali.

W forsowaniu tej fałszywej tezy nie przeszkadzał nawet zamówiony przez resort raport „Zielona księga”, którego autorzy, nie lekceważąc wagi zadłużenia szpitali i słabych kompetencji ich zarządców – zwłaszcza pod koniec lat 90. – wskazywali również inne przyczyny złej sytuacji w ochronie zdrowia.

Szpitala od lat utrzymują zadłużenie w wysokości 9–10 mld zł. Mimo że w NFZ jest coraz więcej pieniędzy, kondycja finansowa 30 proc. szpitali się nie zmienia – mówiła Ewa Kopacz w wywiadzie dla „Rzeczpospolitej”. Warto jednak dodać, że zadłużenie wymagalne to około 2,3 mld zł, a patologiczne zadłużenie dotyczy nie więcej niż 50–70 szpitali. Dla nich ustawa o działalności leczniczej może być raczej gwoździem do trumny niż ratunkiem. Zwłaszcza że w wianie spółki – w myśl przepisów ustawy – znajdzie się garb części zadłużenia. Nowa



Bolesław Piecha

przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia, PiS

Pakiet ustaw Ewy Kopacz przeniesie nas do świata kolejek i rozczarowań, bo w ochronie zdrowia większą rolę niż dziś będzie odgrywać zysk finansowy. Placówkom medycznym nie będzie się opłacało ryzyko wykonywania szeregu procedur, będą rygorystycznie przestrzegały obowiązujących limitów na świadczenia gwarantowane, wręcz celowo wydłużały kolejki do nich, by zachęcić jak największą liczbę pacjentów do drogi na skrót: ominięcia kolejki na własny koszt. Podzieli to Polaków na tych, których będzie stać na ominięciu kolejek, i tych, którzy będą musieli w nich tkwić długimi miesiącami.

Prawo handlowe, na podstawie którego mają działać polskie lecznice, wręcz wymusi na ich zarządach takie komercyjne podejście, z otówkiem w rękę. Nie chroni ono tych, których na dodatkowe opłaty nie stać. Gdy wziąć pod uwagę, że jesteśmy społeczeństwem szybko się starzejącym, w którym lawinowo wzrasta liczba emerytów o stosunkowo niskim zaopatrzeniu finansowym, łatwo przewidzieć, że grupa w praktyce wykluczonych z systemu ochrony zdrowia będzie rosta w niezwykle szybkim tempie. Rynek to nie jest recepta dla każdego, a na pewno nie dla bardzo licznej grupy Polaków, o których mówię powyżej: przechodzących na niskie emerytury. Boję się, że pisząc pakiet ustaw, zapomniano właśnie o nich. I że sporo na tym stracimy.

spółka może odziedziczyć po SP ZOZ-ie dług w wysokości nieprzekraczającej połowy obrotu. Przy niestabilnym i zbyt niskim finansowaniu szpitali z budżetu NFZ można się spodziewać, że to właśnie te placówki będą pierwszymi podlegającymi prawu upadłościowemu.

Ucieczka w plan B?

Warto więc obserwować taką placówkę, jak szpital wojewódzki w Białymstoku, który na koniec lutego tego roku miał 90 mln zł długu, przy niewiele wyższym kontrakcie z NFZ. Czy po wejściu w życie ustawy samorząd będzie miał pieniądze na pokrywanie strat, czy też prze-



foto: Archiwum

Renata Jażdż-Zaleska

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia
Niepublicznych Szpitali Samorządowych

Co zmieni pakiet ustaw Ewy Kopacz? Moim zdaniem niewiele, co najwyżej przyspieszy nieuchronne procesy, które zachodzą w polskiej i światowej ochronie zdrowia od dziesiątek lat. I nada tym procesom bardziej cywilizowane ramy. Gdy pakiet zacznie funkcjonować, w dalszym ciągu właściciel szpitala (województwo, powiat) będzie miał dylemat: czy działać jako SPZOZ, czy przekształcić jednostkę w NZOZ. Dokładnie tak samo dzieje się obecnie, bez pakietu ustaw. Dziś też każdy musi dobrać formę własności odpowiednią dla siebie, społeczności lokalnej, pacjentów. Pakiet ustaw wprowadza jedynie bardziej rygorystycznie obowiązek liczenia się z pieniędzmi dla tych właścicieli szpitali, którzy pozwolili na ich niekontrolowane zadłużenie. Czy ustawa nakazuje albo w jakikolwiek sposób zachęca do przekształceń SPZOZ-y, które dobrze sobie radzą? W żadnym wypadku. Zachęca jedynie do przekształceń te, które latami udowadniały, że radzić sobie nie potrafią.

Zadłużenie i stałe zadłużanie się szpitali to jeden z najważniejszych problemów polskiej ochrony zdrowia. Ze swojego punktu widzenia dostrzegam w pakiecie ustaw szanse na to, by coś z tym problemem zrobić. I to jest najważniejsze, bo między bajki – a raczej mity – wkładam przestrogi, że szpitale tzw. niepubliczne (w kształcie, w jakim funkcjonują dziś) nie będą wypełniać swojej misji w tym samym stopniu co tzw. publiczne. To już udowodniła kilkunastoletnia polska praktyka.

kształci ten szpital w spółkę? Pytaniem retorycznym jest, czy spółka z takim garbem zadłużenia przetrwa. Chyba że zdarzy się cud i pozyska dofinansowanie.

– *Mój szpital ma 100 mln zł długu. To duża placówka i jako spółce udałoby mi się utrzymać bieżącą płynność, ale dla małej takie obciążenie jest nie do utrzymania* – mówi Jarosław Kozera, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Właściciel szpitala z dużym długiem może jeszcze – ale tylko teoretycznie – uciec przed nową ustawą i zlikwidować SP ZOZ,

korzystając z planu B. Problemem jest to, że samorząd czy uczelnia medyczna nie ma takiego budżetu, by przejąć duży dług. Organy założycielskie bardzo zadłużonych szpitali znajdują się między młotem a kowadłem. Być może więc ich szpitale będą pierwszymi spółkami powstałymi na podstawie nowego prawa, które ogłoszą upadłość.

– *Czarno to wszystko widzę* – mówi Kozera. Dlaczego? Nie zostały bowiem rozwiązane istotne problemy dotyczące finansowania. To z kolei nakazuje namysł, jakie zadania stoją przed ochroną zdrowia i czy władze publiczne mogą je wypełniać. Szpitale kliniczne na przykład



foto: images.com/Corbis

szkolą lekarzy. Do tej pory nie wypracowano jednak optymalnego sposobu finansowania tej działalności, a NFZ jej nie opłaca. Inna kwestia: co począć z procedurami ciągnącymi szpitalne budżety w dół? Ratownictwo medyczne to już znany temat, ale placówki włączone w ten system stale do niego dokładają. – *Jako spółka szpital musiałby generować zysk, by pokryć niemałe straty z tej działalności* – mówi Kozera. A jeśli takiego zysku nie da się wypracować? Kozera nie ma złudzeń. Gdyby jego szpital miał się przekształcić w spółkę, w interesie ekonomicznym placówki musiałby likwidować te obszary działalności, które przynoszą straty. Niewykluczone, że na pierwszy ogień



„ Kolejnej ofensywy legislacyjnej możemy się spodziewać za cztery lata, kiedy ujawnią się skutki działania niedawno uchwalonych ustaw ”



for. Wojciech Szurdeł/Agencja Gazeta

Beata Małecką-Libera

zastępca przewodniczącego
Sejmowej Komisji Zdrowia, PO

To nie jest tak, że przegłosowany niedawno w Sejmie pakiet ustaw z dnia na dzień zmieni sposób funkcjonowania naszej ochrony zdrowia. Nic takiego się nie stanie. Każda ustawa ma oznaczony dzień, od którego zacznie obowiązywać. I w tym dniu nic konkretnego nie nastąpi – z wyjątkiem tego, że zacznie się proces zmieniania złych praktyk, z którymi mamy w polskiej ochronie zdrowia do czynienia dzisiaj. Zmieniania na lepsze, bo idziemy w dobrym kierunku.

Dotyczy to przede wszystkim pacjentów: placówki ochrony zdrowia będą zmuszone do konkurowania o nich jakością i ceną. W dzisiejszym systemie często jest tak, że o wyborze pacjenta decyduje to, czy dana lecznica ma podpisany kontrakt z NFZ czy nie. Zmiany, które wprowadzą pakiet ustaw zdrowotnych i dyrektywa transgraniczna Unii Europejskiej, dadzą pacjentowi większe możliwości wyboru. A to wymusi na placówkach medycznych nie tylko liczenie się z kosztami, ale i z możliwościami pacjenta. A więc dostosowanie swojej oferty do jego możliwości, tak by zaoferować mu jak najlepszą jakość za jak najniższą cenę. Dziś leczenie się w Polsce jest bardzo kosztowne, mimo że w teorii mamy bezpłatną służbę zdrowia. Obecnie wprowadzane mechanizmy rynkowe pozwolą te koszty obniżyć.

poszłoby szkolenie rezydentów. A co z innymi aspektami działalności leczniczej – czy ochrona zdrowia to tylko biznes? I gdzie tu odpowiedzialność państwa?

Kształcenie lekarzy

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry likwiduje staż podyplomowy. To odpowiedź na braki kadrowe wśród lekarzy. Studia medyczne niekończące się stażem podyplomowym to nie jest rozwiązanie nowatorskie; w wielu krajach tak jest zorganizowane kształcenie lekarzy i ten system dobrze działa. Także w Polsce można stworzyć wydajny system kształcenia bez stażu



fot. Piotr Gesiński/Fotorepea

Elżbieta Buczkowska

prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Staram się doszukać dobrych stron w rzeczywistości, którą stworzy pakiet ustaw zdrowotnych przyjętych ostatnio przez Sejm. I dostrzegam je, ale z przestachem myślę, że dobre skutki – jeśli w ogóle – pojawią się dopiero po długich latach. Za to natychmiast zetkniemy się z tymi złymi. Bardzo obawiam się tego, że system na dzień dobry odprawi z kwitkiem ludzi biedniejszych, że szpitale i placówki opiekuńcze zmuszone do skrupulatnego liczenia pieniędzy zaczną odmawiać świadczeń ludziom, których na nie nie stać. W zawód pielęgniarki bardziej niż w jakikolwiek inny wpisana jest konieczność niesienia pomocy tym, których na wykupienie najdrobniejszego choćby wsparcia nie stać. To nasi codzienni podopieczni. Nacisk na komercję zwyczajnie pozbawi ich wszelkiej pomocy. Nie ma bowiem komercyjnego uzasadnienia dla sprawowania nad nimi opieki. Jest jedynie humanitarne, ogólnoludzkie – a na to pakiet ustaw nacisku nie kładzie. Boję się, że ci, którzy dzisiaj otrzymują pomoc nawet niedostateczną, jutro zostaną jej zupełnie pozbawieni.

Gdzieś w odległej perspektywie widzę, że obecne reformy mogą posłużyć poprawie jakości świadczeń medycznych i opiekuńczych. Ale to perspektywa odległa. Wcześniej czeka nas walka o ilość, nie o jakość. Czyli nie o to, by opiekę sprawować lepiej, ale o to, by skromne siły i środki posłużyły na opiekę (a może raczej „odfajkowanie”?) nad jak największą liczbą pacjentów. Do dobrej jakości wiele państw dochodziło latami. Obawiam się, że my jesteśmy na początku tej drogi.

podypłomowego. Pytanie tylko, czy skórka warta jest wyprawki. Czy nie lepiej pieniądze (i energię), które będzie trzeba przeznaczyć na zmianę systemu, wydać na inne cele? To, że w jednym roczniku będzie więcej młodych lekarzy, nie zrekompensuje braków kadrowych, na które cierpi ochrona zdrowia.

Innym problemem jest część nowelizacji wprowadzająca możliwość zdobywania tzw. umiejętności. – *Celem zmiany jest zwiększenie dostępu pacjentów do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i stworzenie dodatkowych możliwości kształcenia dla lekarzy* – mówiła Ewa Kopacz, przedstawiając ministerialny projekt, który już niedługo w formie ustawy wejdzie w życie.

„Umiejętność” to określone kompetencje i kwalifikacje zawodowe, obejmujące część zakresu jednej lub kilku dziedzin medycyny. W niektórych wypadkach „umiejętnością” będzie też konkretne świadczenie zdrowotne. Lekarz będzie musiał uzyskać certyfikat danej umiejętności, a to stanie się możliwe po zdaniu ogólnopolskiego Państwowego Egzaminu Umiejętności (PEU). Lista umiejętności jest tworzona. Jako przykład podawano umiejętność echokardiografii prenatalnej, o którą mogliby ubiegać się pediatrizy, neonatolodzy, ginekolodzy i położnicy, kardiolodzy oraz radiolodzy (przy niektórych umiejętnościach wymagane byłoby posiadanie określonej specjalizacji). Inny przykład umiejętności to angiologia inwazyjna, którą będą mogli uzyskać lekarze kardiolodzy, neurologi, angiolodzy, chirurdzy naczyń, kardiolodzy dziecięcy oraz radiolodzy.

Pomysł z umiejętnościami to odpowiedź ministerstwa na politykę NFZ (który ponoć nie jest kreatorem polityki zdrowotnej), bezwzględnie wymagającego specjalistów do wykonywania określonych czynności lekarskich i niebaczącego na kursy i doświadczenie, jakim wielu lekarzy może się pochwalić mimo braku tytułu specjalisty w danej dziedzinie. Innym rozwiązaniem tego typu jest ukłon w stronę lekarzy z 1. stopniem specjalizacji, którzy będą mogli podejść do egzaminu specjalizacyjnego bez konieczności odbywania szkolenia specjalizacyjnego, o ile wykazą się odpowiednim dorobkiem zawodowym i naukowym w danej dziedzinie.

Taryfikacja

Jedno z najistotniejszych pytań, które rzadko pada w debacie o ustawie o działalności leczniczej, dotyczy za-

„ Jedno z najistotniejszych pytań, które rzadko pada w debacie na temat pakietu ustaw Ewy Kopacz, dotyczy zapowiadanej ustawy o taryfikacji procedur medycznych. Można się pokusić o odpowiedź: nie ma jej ”

powiadanej ustawy o taryfikacji procedur medycznych. Można się pokusić o odpowiedź: nie ma jej, bo okazałoby się, że nie ma pieniędzy na sfinansowanie zadań stawianych przed jednostkami ochrony zdrowia. Dlaczego jednak w takiej sytuacji Ministerstwo Zdrowia pozwala na obniżenie wpływów do NFZ z tytułu składek za rolników?

Resort zdrowia szacuje, że w najbliższych czterech, pięciu latach w spółki przekształconych zostanie 40 proc. szpitali. Niestety, można się spodziewać gry pacjentem, która już teraz toczy – czyli wypychania „kosztownych” pacjentów z systemu niepublicznego do publicznego. I wycofywania się szpitali z nierentownej działalności. Co na przykład z hemofilikami, którym zdarza się otwarte złamania kości? Gdzie będą leczeni? I jakim kosztem?

Restrukturyzacja

Modnym słowem jest restrukturyzacja. Lubią je politycy i przekonują, że szpitale muszą się restrukturyzować. To tabloidalne podejście, bo w rzeczywistości obraz nie jest czarno-biały. Jest wiele placówek, które wciąż porządnym procesem restrukturyzacji mają przed sobą. Paradoksalnie, ustawa o działalności leczniczej nie wymaga od nich skonstruowania solidnego programu naprawczego. Oznacza to, że źle zorganizowany szpital prawdopodobnie zostanie przekształcony w źle zorganizowaną spółkę. Są też placówki, które przeszły już proces restrukturyzacji. Tak jest w warszawskim szpitalu Attis. – *Jeśli chodzi o restrukturyzację, jestem już pod ścianą* – mówi dyrektor szpitala Wiktor Masłowski. Organ założycielski chce połączyć niezadłużony Attis z zadłużoną na 9 mln placówką i przekształcić w spółkę. Czy nowa spółka rozpocznie życie z długiem?

– *Falszywa jest teza, że oszczędności, jakie będzie generowała spółka w porównaniu ze SP ZOZ-em, wystarczą na pokrycie strat z tytułu działalności szpitala* – mówi Kozera.

A urzędnicy NFZ i Ministerstwa Zdrowia powtarzają jak mantrę: w 1999 r. kasy chorych dysponowały 21 mld zł, a teraz NFZ wydaje ponad 54 mld zł. Mało kto pamięta, że średnie wynagrodzenie w 1999 r. wynosiło 1700 zł, a obecnie – 3600 zł. A w 1999 r. budżet państwa wydawał jeszcze ponad miliard złotych na procedury wysokospecjalistyczne, których wykonywano znacznie mniej niż obecnie. Dodajmy do tego rachunku tylko dwa czynniki wpływające na koszty ochrony zdrowia w ostatnich 10 latach: wzrost liczby osób po 65. roku życia oraz nowe terapie – widać, że posługiwanie się liczbami bezwzględными przy porównywaniu wydatków na ochronę zdrowia dziś i w 1999 r. jest po prostu nadużyciem.

Nic dziwnego zatem, że wielu zarządzających wróży serię upadłości za kilka lat. – *To może się skończyć dużymi turbulencjami politycznymi* – mówi poseł lewicy Marek Balicki. Na pytanie, co będzie, kiedy upadłość ogłosi duży szpital kliniczny albo placówka samodzielnie dbająca o potrzeby zdrowotne w regionie, nie ma odpowiedzi.



Marek Balicki

były minister zdrowia, SLD

Nie pierwszego dnia – w pewnych dziedzinach po kilku, w innych po kilkunastu miesiącach – okaże się, że dostęp do niektórych świadczeń mamy ograniczony do minimum, a w innych nie. Wszystko to będzie zależało od ich wyceny przez płatnika, w praktyce – na początek – od NFZ. Stanie się tak dlatego, że pakiet ustaw Ewy Kopacz mocno podkreśla aspekt finansowy funkcjonowania ochrony zdrowia. Szpitale, dbając o wynik ekonomiczny, nie będą mogły prowadzić działalności, która nie przynosi dochodu. Będą więc zwyczajnie rezygnować z tych oddziałów i rodzajów świadczeń, do których dzisiaj dokładają z tych branż, które NFZ wycenia wysoko.

Paradoksem jest, że dziś nie mamy w Polsce innych wycen niż te, które wypracował NFZ. A one często mają się nijak i do rzeczywistych potrzeb polskich pacjentów, i do kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Zanim zatem dojdziemy do nich drogą weryfikacji obecnych wycen i potrzeb, czekają nas trudne miesiące i... błędy. Będzie trochę tak jak w Ameryce Georga Busha: kto ma pieniądze, będzie miał zdrowie. Będziemy musieli czekać na swojego Obamę, który odważy się to zmienić.

Brak ufności

Praktycznie bez echa przeszła ustawa o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. A szkoda. W art. 9. tej ustawy znajdujemy bardzo ciekawe zapisy dotyczące wymagań stawianych przed prezesem urzędu, wiceprezesami, pracownikami, a także (uwaga!) „osobami związanymi z urzędem umową zlecenia, umową o dzieło lub inną umową o podobnym charakterze, wykonującymi czynności związane z prowadzeniem postępowań w zakresie produktów leczniczych, wyrobów lub produktów biobójczych oraz członkami komisji i grup eksperckich”. Otóż takie osoby nie mogą być związane w jakikolwiek sposób z przemysłem farmaceutycznym. Zakaz obejmuje nie tylko standardowy udział w orga-



foto: Bartosz Siedlik/fotografpa

Krzysztof Łanda

prezes fundacji Watch Health Care

Zmian, które wprowadzi pakiet ustaw, nie trzeba się obawiać. Dzięki ustawie koszykowej i refundacyjnej jesteśmy w pół drogi reformowania systemu, a kierunek, w jakim idą zmiany legislacyjne, jest bardzo dobry.

Chcę podkreślić dwie rzeczy. Odkąd przyjęliśmy ustawę i rozporządzenia „koszykowe”, skończyliśmy z demagogią i populizmem, że gdy chodzi o zdrowie „każdemu należy się wszystko”. Wiara w to złudzenie jest szkodliwa, tego się po prostu zrobić nie da, to mydlenie oczu. Od czasu ustawy „koszykowej” na szczęście wiadomo już, że należy się to, co znajduje się w koszyku, określonym rozporządzeniami „okotokoszykowymi”. Nie więcej, ale i nie mniej – reguły byłyby zupełnie czyste, gdyby nie wciąż zaniżona wycena niektórych świadczeń, ograniczenia kontraktowe i limity wprowadzane przez NFZ. W obszarze leków ustawa refundacyjna stanowi przełom oczekiwany od kilkunastu lat. Zwiększy ona dostępność leków, także innowacyjnych, dla polskich pacjentów.

Głównym problemem nie jest już określenie koszyka i zarządzanie nim, ale jego zawartość pozostająca w dysproporcji do wielkości środków z podstawowej składki zdrowotnej. Nierozstrzygnięta pozostaje sprawa dodatkowych pieniędzy na zabezpieczenie „gwarantowanych” potrzeb zdrowotnych. Dodatkowych, bo już dziś wiadomo, że obecnych nie wystarcza. Pomysły w mojej ocenie są dobre: może to być współpłacenie, mogą być nowego typu ubezpieczenia dodatkowe, czyli komplementarne. Tu jeszcze nie postawiono kropki nad „i”, choć już najwyższy czas.



nach spółek przemysłu farmaceutycznego czy pracę w tymże przemyśle. Nie mogą one także wykonywać zajęć zarobkowych na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze z podmiotami przemysłu farmaceutycznego. Lista zakazanych powiązań jest szersza.

URPL uważa, że zapis wbrew pozorom nie jest jasny, ale cieszy się, że ustawodawca zrezygnował przynajmniej z poszerzenia kręgu osób niemogących współpracować z urzędem o małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz osoby, z którymi pracownicy bądź współpracownicy urzędu pozostają we wspólnym pożyciu. Wtedy pracownik czy współpracownik urzędu nie mógłby zamieszkiwać pod jednym dachem np. ze szwagierką pracującą jako recepcjonistka w firmie farmaceutycznej.

O takim szczęściu nie może marzyć minister zdrowia, przy którym powstanie komisja ekonomiczna. Tu zakaz obejmuje także wyżej wymienione osoby. Jak wiadomo, prawo ma materię i ducha – bardzo jestem ciekawa, co duch tu powie. Biorąc pod uwagę histerię antykorupcyjną w Polsce, można się spodziewać, że będzie bardzo restrykcyjny i niewykluczone, iż w szacownych ciałach będą mogli zasiadać jedynie studenci medycyny czy farmacji. – *To tak, jakby tworzyć drużynę strażaków, ale tylko takich, którzy nie mieli do czynienia z zapalkami, gaśnicą,*

Reforma w Chile

Chile w Polsce znane jest przede wszystkim z reformy emerytalnej. Warto wiedzieć, że kraj ten bezustannie reformuje też system opieki zdrowotnej. Jak wygląda proces reformy à la Chile? Otóż tam zaczyna się od solidnej diagnozy. Oceniono, że najważniejszy problem ochrony zdrowia to powiększająca się przepaść między – upraszczając – bogatymi i biednymi. W przeciwieństwie do Polski, w Chile sektor ubezpieczeniowy jest podzielony na prywatny i publiczny. Władze zauważyły, że groźnym zjawiskiem jest spijanie śmietanki przez prywatne podmioty, i wprowadziły regulacje zmierzające do jego ograniczenia. W długiej debacie, na podstawie wynegocjowanych kryteriów, wyłoniono 56 priorytetowych schorzeń, których leczenie jest gwarantowane przez państwo. Kryteria to m.in. obciążenie społeczne i ekonomiczne, jakie stwarza dana choroba dla państwa i dla obywatela (czyli w uproszczeniu epidemiologia, demografia i koszty), efektywność leczenia, wydolność systemu ochrony zdrowia oraz społeczny konsensus dla wyłonionych priorytetów. Wśród priorytetów znalazły się na przykład położnictwo (w tym porody ze znieczuleniem), wszystkie nowotwory dziecięce, depresja, stwardnienie rozsiane,

białaczki u dorosłych, endoprotezy stawów biodrowych, choroba Parkinsona, padaczki powyżej 15. roku życia. Ustalono listę procedur diagnostycznych i terapeutycznych, które mają zastosowanie do wyłonionych priorytetów. Minister finansów określa na podstawie wielu danych tzw. prima universal, czyli średni koszt dostępu wszystkich uprawnionych do procedur z listy w ciągu roku.

Praca została zaplanowana na lata – początki reformy sięgają 2000 r., pierwszych 25 priorytetowych schorzeń ustalono w 2005 r., kolejnych 15 rok później, a ostatnich 11 w 2007 r. W 2010 r. lista została poszerzona o następnych 7 schorzeń. Podlega ona ciągłej ocenie za pomocą specjalnie stworzonej metodologii. Prawo gwarantuje każdemu uprawnionemu obywatelowi dostęp do leczenia schorzeń z listy, jakość leczenia i opieki, sfinansowanie terapii oraz określa czas oczekiwania. Aby przeprowadzić tę reformę, rząd Chile podniósł podatki.

Czy obyło się bez zgrzytów? Oczywiście, nie. Ustalaniu priorytetowych schorzeń towarzyszyły na przykład strajki personelu medycznego. Reformatorom wytyka się, że nie wszystkie cele reformy zostały osiągnięte. Mimo to trudno zarzucić temu systemowi brak metodycznej diagnozy i poszukiwania najlepszych rozwiązań na podstawie twardych danych.

ogniem czy wozem strażackim – ironizuje jeden z ekspertów oceny technologii medycznych, który tą opinią woli jednak podzielić się anonimowo.

Wielka improwizacja

Polacy są dobrzy w improwizacji i wysiłek ustawodawcy wydaje się potwierdzać to powszechne przekonanie. W tym aspekcie warto podążać za tropem wskazanym przez Rafała Zyska, byłego dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami NFZ.

Ustawodawca słusznie zauważył, że informacja jest na wagę złota i ustawą refundacyjną zobowiązał NFZ do podawania co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji wraz z procentowym wykonaniem całkowitego budżetu na refundację. Informacja ma być poszerzona o liczbę zrefundowanych opakowań jednostkowych wraz z podaniem kodu EAN. Dodatkowo NFZ będzie zobligowany do przekazywania ministrowi zdrowia zestawień kwot przekroczenia w poszczególnych grupach limitowych oraz danych dotyczących niedotrzymania ciągłości lub wielkości dostaw przez podmioty odpowiedzialne.

– Dodatkowe obowiązki przypisane płatnikowi wymuszają w najbliższym czasie rozbudowę systemu informatycznego NFZ, aby w dniu wejścia w życie proponowanych zmian określone

raporty refundacyjne mogły być sporządzane bez opóźnień i w sposób minimalizujący ryzyko błędów. Bez odpowiedniej rozbudowy skutecznych narzędzi informatycznych określenie podstawy limitu w grupach limitowych z częstością i na zasadach określonych w projekcie może być wysoce ryzykowne – komentuje Zysk. A co się stanie, gdy rozbudowa sieci się nie uda? Improwizacja się nie powiedzie?

Refundacja

Trudno na razie przewidzieć, czy wskutek nowych przepisów o refundacji pacjenci będą płacić więcej w aptece. Zysk wylicza czynniki, od których będą zależeć ceny leków: zdolności negocjacyjne komisji ekonomicznej, sposoby stosowania instrumentów dzielenia

„ Wysiłek ustawodawcy wydaje się potwierdzać powszechne przekonanie, że Polacy są dobrzy w improwizacji ”



foto: iStockphoto

„ Biorąc pod uwagę histerię antykorupcyjną, można się spodziewać, że przepisy wykonawcze dotyczące członków gremiów decyzyjnych i komitetów doradczych zostaną napisane tak, że będą mogli w nich zasiadać wyłącznie studenci medycyny ”

ryzyka z producentami, zmiany wysokości budżetu NFZ na leki, liczba leków, których ochrona patentowa się kończy, i strategia resortu wobec poszerzania grup limitowych. Czy ktoś coś słyszał o metodologii, jaką przyjmie resort? Co będzie priorytetem? Na jakiej podstawie?

– *Projekt ustawy zawiera kilka istotnych rozwiązań chroniących budżet NFZ oraz promujących tańsze odpowiedniki leków. Jak te rozwiązania przełożą się na ceny dla pacjentów, będzie zależało w głównej mierze od resortu zdrowia – konkluduje Zyśk.*

Dla pacjentów ryzykowne mogą się okazać także inne przepisy zawarte w ustawie. Ustawodawca przyjmuje,

„ Dla najbardziej zadłużonych szpitali ustawa o działalności leczniczej może być raczej gwoździem do trumny niż ratunkiem ”

iż lekarz wypisujący receptę to raczej potencjalny przestępca wyludzający pieniądze z budżetu NFZ niż uczciwy doktor, który chce leczyć, wprowadził więc listę drakońskich kar za niezgodne z prawem wypisanie recepty. Lekarz zostanie ukarany m.in. za to, że przepisał receptę refundowaną pacjentowi, który nie jest ubezpieczony. Problem polega na tym, że NFZ nie wydaje dokumentów potwierdzających ubezpieczenie, jednocześnie stawiając lekarza (recepjonistkę w przychodni) w pozycji notariusza, mającego potwierdzić fakt ubezpieczenia pacjenta. Dokumentem takim może być na przykład druk RMUA otrzymany od pracodawcy – czyli zadrukowany świstek papieru, który może sporządzić każda osoba mająca dostęp do drukarki. Lekarze już teraz radzą sobie nawzajem, by w razie najmniejszych wątpliwości wypisywać recepty na 100 proc. odpłatności – na wszelki wypadek. W większości krajów Europy to pacjent bierze na siebie ryzyko świadczenia nieprawdy i to do niego są kierowane roszczenia, jeśli niezgodnie ze stanem faktycznym oświadczy, że ma prawo do leków refundowanych. W Polsce ryzyko to przerzucane jest na lekarzy. Niewątpliwie łatwiej ich ścigać.

Prawa pacjenta

Pacjenci w Polsce na pocieszenie dostają zmiany w ustawie o rzeczniku praw pacjenta i prawach pacjenta. Ministerstwo Zdrowia zdaje sobie sprawę, że kwestia odszkodowań za błędy medyczne jest nośna społecznie i prawdopodobnie stąd wziął się pomysł komisji wojewódzkich, które w krótkim czasie mają przyznawać odszkodowania osobom poszkodowanym w procesie leczenia. Komisja, podobnie jak sąd, będzie musiała orzec, czy pacjent poniósł szkodę. Sądy nie radzą sobie z tym problemem przede wszystkim z powodu braku biegłych. Przyczyn braku biegłych jest wiele – przede wszystkim jednak nie jest to praca opłacalna. Zamiast znacząco podnieść stawki za pracę biegłych, ministerstwo woli stworzyć nowy byt prawny (który przecież też będzie generował koszty). Biorąc pod uwagę pieniactwo Polaków, można się spodziewać, że lwia część spraw i tak wylądnie w sądach, a postępowanie może się wręcz wydłużyć. Trudno nie przypomnieć sobie 24-godzinnych sądów, które z wielką pompą wprowadzał PiS. Tu przynajmniej hałasu jest mniej, więc i frustracja będzie mniejsza.

Na zakończenie można się pocieszyć inną wypowiedzią Baumana: – *Przez 85 lat życia nie znalazłem ani jednego układu społecznego w przeszłości bądź w teraźniejszości geograficznej bliskiej czy dalekiej, który byłby wolny od wad i nie wymagał naprawy.* I tego się trzymajmy.

Pola Dychalska

Opracowano na podstawie Eduardo Missoni, Giorgio Solimano: „Towards Universal Health Coverage: the Chilean Experience”, World Health Report 2010 (więcej na: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/4Chile.pdf)