

Co wprowadzi do polskiej ochrony zdrowia pakiet ustaw Ewy Kopacz

PIEKŁO CZY NIEBO



foto: Images.com/Corbis

„Zimno – ciepło, jedno niebo, drugie piekło, w które grać można sto razy na dzień” – stary hit zespołu Dwa Plus Jeden jak ulał pasuje do opisu reform polskiej ochrony zdrowia. Długo oczekiwane reformatorskie ustawy, natychmiast psute nieprzemyślanymi aktami wykonawczymi; nieustanne reformowanie reformy; uchwalane w pośpiechu i bez konsultacji prawo, które trzeba od razu poprawiać. Polska ochrona zdrowia reformowana jest nieustannie. Ciągłe zmieniają się przepisy, a gdy one są w miarę stałe, zmienia się praktyka ich wykonywania. Mało tego, przepisy są łamane, omijane i naginane. I to przez organy zobowiązane do tego, by stać na ich straży. Nie wiemy zatem, jak prowadzić szpitale, przychodnie, nie wiemy, czy pakiet ustaw Ewy Kopacz zaprowadzi nas do nieba, czy sprowadzi do piekła.

Nawet najlepiej napisana ustawa będzie działać tylko wtedy, gdy będzie przestrzegana. Tymczasem problem z przestrzeganiem ustaw ma samo ministerstwo. Ustawa zdrowotna nakłada na nie obowiązek publikowania list refundacyjnych cztery razy w roku. Skoro tak, resort ma bezdyskusyjny obowiązek tych terminów przestrzegać, podobnie jak każdy obywatel ma obowiązek płacić podatki. Obywatel nie może się tłumaczyć brakiem czasu, aby uniknąć nieprzyjemnych konsekwencji. Ministerstwo natomiast w sprawie list prawo narusza, a kar nie ma, bo „ktoś” zapomniał dopisać, że złamanie przepisów powoduje określone sankcje. I zamiast nieba (aktualnej listy refundacyjnej), mamy piekło: pacjenci, apteki, lekarze i firmy farmaceutyczne czekają na publikacje list w nieskończoność.

Bezkarni

Ministerstwo Zdrowia rok w rok łamie prawo w sprawach list refundacyjnych, mimo że obowiązek częściej nowelizacji leży w interesie pacjentów. Ma im zapewnić szybszy dostęp do nowych, skutecznych leków i procedur medycznych (m.in. szybsze branie pod uwagę nowych rekomendacji AOTM). Wiadomo – lek niefundowany trzeba kupić za własne pieniądze. Częstsze publikowanie list zalecała także Naczelną Izbę Kontroli po skontrolowaniu zasad tworzenia list refundacyjnych.

Skoro ustawa przewiduje publikowanie nowych list cztery razy w roku – w tym roku powinny się ukazać przynajmniej trzy. A nie ukazała się żadna! Ogranicza to chorym dostęp do innowacyjnych preparatów, rujnuje plany biznesowe dostawców leków. Jeśli nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze – pomyśleliśmy w redakcji „Menedżera Zdrowia”. Zaczęliśmy podejrzewać, że dzięki opóźnieniom resort zdrowia chce oszczędzić kosztem pacjentów pozbawionych dostępu do nowoczesnych leków, które powinny się znaleźć na znowelizowanych listach. Sprawdziliśmy – i nasze podejrzania okazały się zupełnie bezpodstawne. Według Ministerstwa Zdrowia ogłoszenie nowej listy ma przynieść NFZ 215 mln zł oszczędności. Tracą więc pacjenci, dostawcy leków i samo ministerstwo. – *Jako przyczynę wskazałbym bałaganiarstwo i niedbalstwo* – mówi Zenon Wasilewski, ekspert do spraw zdrowia BCC. Czyli chaos.

Dostęp do innowacji

Co się stanie z lekami innowacyjnymi? Możliwe, że w ogóle przestaną być refundowane. Nowe przepisy, które miały ograniczyć patologię w marketingowych działaniach ogólnodostępnych aptek, rykoszetem uderzają w lecznictwo szpitalne. Nowa ustawa wprowadza zapis likwidujący promocje typu „leki za grosz” czy dopłacanie pacjentom za realizację recepty. Efekt? Pacjenci zwracają na Ministerstwo Zdrowia, samorząd farmaceutów cieszy się, że zrobiono porządek z nieuczciwą konkurencją, a urzędnicy liczą na to, że zaoszczędzą na refundacji leków. Urzędnicy może i oszczędzą, ale pacjenci i szpita-



foto: Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

Grzegorz Opolski

ekspert Uniwersytetu Warszawskiego

Dla mnie główna przyczyna chaosu tkwi w tym, że projekty ustaw są pisane w oderwaniu od rachunku ekonomicznego. I dotyczy to nie tylko ochrony zdrowia. Jestem i prawnikiem, i ekonomistą. Gdy czytam projekty aktów prawnych, rozumiem, że doktryna prawna ma przy ich konstruowaniu przeważające znaczenie. Rozumiem też, że nawet jak najtrafniejsze zastosowanie doktryny prawnej nie eliminuje ryzyka zaburzenia rachunku ekonomicznego.

Tu tkwi zasadnicza sprzeczność i przyczyna chaosu w tworzeniu prawa w Polsce. Bo według zapisów prawa w teorii obywatelom RP wszystko powinno się należeć za darmo. Tymczasem budżet nie pozwala na takie potraktowanie każdego bez wyjątku obywatela RP. To nie jest zresztą problem wyłącznie Polski, borykają się z nim Brytyjczycy, Francuzi, Niemcy. W medycynie popyt jest w zasadzie nieograniczony. Ciągłe pojawiają się nowe technologie, które niosą ze sobą nowe aspiracje pacjentów. Za nimi nie nadąży żaden budżet. A skoro tak, skoro nie ma możliwości, by zabezpieczyć wszystkie oczekiwania pacjentów, przestańmy tworzyć prawo bez odniesienia do realiów budżetowych, bez rachunków ekonomicznych. Pozbędziemy się w ten sposób chaosu.

le stracą. Nowe przepisy zabraniają również przyjmowania darowizn od firm farmaceutycznych lub hurtowni. Ustawodawca nie sprecyzował, czy zakaz obejmuje również przyjmowanie darowizn w formie leków przez szpitale.

Doktor Andrzej Kulig, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, zaniepokojony zapisami nowej ustawy refundacyjnej, wysłał do departamentu prawnego Ministerstwa Zdrowia prośbę o interpretację. Jedną z największych w Małopolsce lecznic co roku otrzymuje od firm farmaceutycznych leki o wartości 11 mln zł. Są to głównie nowoczesne preparaty stosowane w schorzeniach hematologicznych i metabolicznych. Brak tej formy pomocy nie pozostanie bez wpływu na budżet szpitala. Zakaz przyjmowania darowizn szczególnie może uderzyć w programy terapeutyczne innowacyjnymi lekami, które realizowane są w oparciu o tzw. „dawki charytatywne”. W teorii czekać nas miało „niebo tańszych le-



foto: Dominik Pisarek/Fotorepa

Andrzej Sadowski

wiceprezydent Centrum im. Adama Smitha

Czeka nas przede wszystkim bałagan związany z reorganizacją, wprowadzaniem nowych ustaw i przepisów wykonawczych. Chcę podkreślić: związany z reorganizacją, taką jaką miewaliśmy często w czasach PRL, a nie reformą. Obecne zmiany na miano reformy nie zasługują. Złe rozwiązania wprowadza ustawa refundacyjna, która likwiduje konkurencję na rynku aptek i hurtowni. Doprowadzi ona do wyżki cen leków i przeniesienia ciężaru na pacjentów. Złe rozwiązania wprowadza również ustawa o działalności leczniczej w kwestii prywatyzacji. To rozwiązanie także porównałbym do pomysłu rodem z PRL, gdy wprowadzono tzw. firmy polonijne. Prywatne, ale działające w otoczeniu reglamentowanej gospodarki socjalistycznej. Tak jak przyszłe prywatne szpitale, które miałyby działać w nierynkowych warunkach. Nierynkowych, bo o podaży na tym pseudorynku miałby decydować państwowy płatnik. To umiejętność wydobycia od niego pieniędzy na kontrakt, czyli sztuka negocjacji i dogadywania się z urzędem, a nie jakość czy cena będą przesądzać o jego sukcesie lub bankructwie. Sama prywatyzacja szpitali nic nie da, gdy przyjdzie im działać w tak mocno regulowanym sektorze.

ków”, w praktyce leki mogą się okazać dla ich ostatecznych odbiorców (pacjentów i szpitali) „o niebo droższe” od cen płaconych dzisiaj. O „niebo droższe”? Ładne mi niebo!

Nadwykonania

W teorii wszystko jest proste. Świadczeniodawca podpisuje kontrakt z NFZ. Strony ustalają wysokość kontraktu, jego zakres i limit, czyli umawiają się: jeśli zakontraktowane świadczenia przekroczą umówioną kwotę, kontrakt będzie wypełniony, a za pozostałe świadczenia świadczeniodawca wystawi rachunek prywatnie,



foto: Images.com/Corbis

nie mieszając do tego NFZ. Jasna sprawa, ale tylko w teorii. Polska praktyka nie znosi prostych rozwiązań. Rządzi chaos o nazwie nadwykonania. Świadczeniodawca nie może bowiem powiedzieć: wyczerpałem limit, więcej nie przyjmuję. Mało tego, o ile jest świadczeniodawcą publicznym, nie wolno mu przyjąć ani grosza zapłaty za wykonaną usługę. Musi udzielić pomocy potrzebującym, ratować im życie. Co z zapłatą? Limit kontraktu z NFZ wyczerpany, prywatnie przyjąć nie można. NFZ płaci za nadwykonania lub nie – według swojego uznania, kompletnie dowolnie. Każdy rok przynosi najpierw spory, potem czasem ugody, potem sprawy sądowe, wyroki – a w ostatnim czasie nawet zajęcia komornicze kont NFZ. Nie umowa, nie porządek, lecz wolna amerykanka rządzi tym, czy i ile zarobi szpital lub przychodnia. Zamiast nieba (czyste i proste zasady: za co płaci NFZ, a za co nie), mamy piekło: długi szpitali, niekończące się spory i procesy.

Kara za nic

– *Podtrzymuję poprzednie deklaracje, że najlepiej by było, gdyby nasz związek przestał istnieć – mówił Krzysztof Bukiel, przewodniczący OZZL. – Istnieć jednak musi, bo ze strony urzędów nasze środowisko atakowane jest absurdalnymi przepisami, utrudniającymi lub wręcz uniemożliwiającymi wykonywanie zawodu. Ostatnim przykładem są wysokie kary*



nakładane na lekarzy za błędy w interpretacji przepisów – dodaje.

Ze sprawozdań NFZ wynika, że od 2009 r. do końca 2010 r. liczba kontroli u lekarzy wzrosła prawie o 700 proc. NFZ zakwestionował część recept i nałożył na lekarzy kary. Najwyższa została zasądzona na Mazowszu – 759 tys. zł. Nałożono ją na emerytowanego lekarza, który wystawiał recepty bez prowadzenia dokumentacji medycznej. Powodem kwestionowania recept przez kontrolerów funduszu są jednak zazwyczaj mniejsze przewinienia, takie jak brak podpisu, niepoprawny numer PESEL pacjenta czy niewpisanie dawki leku.

Na wielu lekarzy nałożono kary finansowe – za błędy formalne, ale też za wypisanie droższego leku. Rekordzista – psychiatra z lubelskiego – musi oddać 200 tys. zł. Lekarz z Małopolski – prawie 100 tys. zł. NFZ zakwestionował jego recepty na Rispolept consta, lek na schizofrenię podawany w formie zastrzyku raz na dwa tygodnie. Ampułka, w zależności od dawki, kosztuje od 329 do 646 zł (leki starszej generacji kosztują średnio 250 zł miesięcznie).

– *Wszystko to w sytuacji, gdy nie ma jednoznacznych wytycznych, jaki lek należy zastosować u konkretnego pacjenta – mówi Bukiel.*

Co zrobią lekarze? Możliwe, że ze strachu przestaną wypisywać leki. W najgorszym wypadku leczyć nas będą



foto: Archiwum

Zenon Wasilewski

ekspert BCC

Jeszcze na dobre nie powstał nowy rząd, a już zapowiedziano, że w kwestii ochrony zdrowia rozpocznie on drugą ofensywę ustawową. To co było nie tak z pierwszą, że trzeba drugiej? Zabrakło czasu, konsekwencji? Dlaczego nowy rząd, rząd kontynuacji, musi poprawiać to, czego nie zrobił stary? A jak nie poprawiać, to na szybko dorabiać?

Na tym wszystkim ciąży myślenie – ustawa wytyczy kierunek, w rozporządzeniach doprecyzujemy, co ustawodawca miał na myśli. W teorii mamy dobre projekty ustaw, które w trakcie legislacji albo w czasie konkretyzowania w aktach niższego rzędu trzeba ratować przed tym, żeby zaczęły obowiązywać w literze, w jakiej je zapisano. Bo wtedy dopiero byłoby nie-szczęście.

Do tego dochodzi arcykrótki okres dostosowawczy. Rozmawiamy pod koniec października, a wciąż nie wydano rozporządzenia, jak ma wyglądać umowa NFZ z apteką. A fundusz – w myśl nowej ustawy – musi ją podpisać z każdą z aptek osobno (podpisanie z całą siecią naraz jest niemożliwe). To jest 13 tys. aptek, mamy dwa tygodnie *vacatio legis* na ogłoszenie nowych przepisów. Najwcześniej pojawią się więc z mocą prawną 15 listopada. Półtora miesiąca na podpisanie umowy z NFZ. Niedbale niemało.

wyłącznie generykami, w tym lekami przestarzałymi, by nie narazić się na kary.

Zakupy po nic

Nie sposób policzyć, ile w ostatnich latach wydano w Polsce na infrastrukturę medyczną. Nikomu nie udało się zebrać podobnych danych. Były to jednak miliardy złotych – wydane w dużej części na remonty i dostosowanie do obecnych wymagań budynków sprzed ponad 100 lat, mimo że dawno wyliczono, że bardziej opłaca



foto: Dzik.

Wojciech Maksymowicz

dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu
Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

W tym, co nas czeka, widzę ogromne zagrożenie. Dotychczas w kierowaniu polską ochroną zdrowia starano się zachowywać równowagę między tzw. lobby profesorskim a lobby księgowych. Ci pierwsi starali się używać wyłącznie argumentów medycznych, nie troszcząc się specjalnie o finansowe. Drugi mieli na uwadze przede wszystkim redukcję kosztów i bilans ekonomiczny, często pozostawiali głusi albo co najmniej nieufni wobec argumentów merytorycznych. Obecnie wprowadzane zmiany to tryumf lobby księgowych. I wcale nie wróży to nic dobrego także dla finansów polskiej ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności to zagrożenie dla medycyny akademickiej, którą reprezentuję. A w drugiej dla wszystkich szpitali, które starają się mieć misję, a nie tylko dodatnie wyniki finansowe. Obawiam się, że w krótkim czasie sukces lobby księgowych będzie skutkować znacznym obniżeniem jakości leczenia, dostępu do innowacji czy nowoczesnego sprzętu. Skutki nietrudno sobie wyobrazić. Protesty, niepokoje, niezadowolenie grożące wybuchem. Wtedy trzeba będzie na gwałt znaleźć środki na ratowanie sytuacji. Olbrzymie środki, znacznie większe od tych, które wystarczyłyby na zaspokojenie potrzeb obu wymienianych lobby.

się inwestować w budowę nowych szpitali. Zostawmy jednak mury. Co ze sprzętem? Po superwyposażonych oddziałach często hula wiatr lub pełnią one funkcję izb przyjęć czy nocnego ambulatorium. – *Podobnie jest w wypadku funkcjonującego w Gdańsku PET, wartego 10 mln zł. Urządzenie działa kilka, kilkanaście godzin w miesiącu. To marnotrawstwo* – oburza się Jacek Jassem, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego.

Dlaczego? Bo każdy samorząd, każdy szpital rozliczany był z tzw. stopnia absorpcji pomocy unijnej. Było wstydem, gdy samorząd i władze szpitala przyznawały się, że z kasy z Brukseli uszczknęły niewiele, a wyrokiem – że nic. Zaczęła się licytacja: kto przyjmie wyższą pomoc, kto kupi więcej. – *Rozpoczął się wyścig po dotacje. Efektem tej rywalizacji są aparaty pracujące kilka godzin na dobę oraz za dużo wysoko specjalistycznego sprzętu w ośrodkach, które wcale go nie potrzebują* – mówi Maciej Murkowski, ekspert Uniwersytetu Warszawskiego.

Eksperci notują tej chwili kolejną falę zakupów sprzętu i inwestycji szpitalnych. I wiąże ją z ogłoszeniem pakietu ustaw Ewy Kopacz, szczególnie z zapowiedzią przekształceń własnościowych i systemem zachęt prowadzących do tego celu. Wśród nich jest oddłużenie. – *Warto więc coś kupić dziś, by jutro móc dzisiejszy zakup wpisać sobie w obecne długi i liczyć na ich umorzenie* – przyznają.

Niekończący się chaos

Można się spierać o to, czy reformy minister Ewy Kopacz pchają polską ochronę zdrowia w dobrą czy złą stronę. Co do tego, że wdrażane są w fatalny sposób, potęgujący chaos – sporu być nie może. Bo przepisy wykonawcze często stoją w sprzeczności same ze sobą, jeszcze częściej – z logiką. A propos wprowadzania pakietu zmian: Ministerstwo Zdrowia w ostatniej chwili wycofało się z przepisów, które od stycznia miały zakazać lekarzom z tzw. jedynek samodzielnej pracy, przyznając się tym samym do wypuszczenia bąbla prawnego. Gdy wprowadzano reguły JGP do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, konkretne zarządzenia wydano dopiero miesiąc przed kontraktowaniem nowych usług. Do dziś nie wiadomo, na jakich zasadach należy rejestrować praktyki lekarskie i pielęgniarskie, by uczynić to zgodnie z przepisami, które zaczną obowiązywać już za dwa i pół miesiąca.

W latach 2001–2007 (czyli do czasu, gdy ministrem została Ewa Kopacz) mieliśmy ośmiu ministrów. Nie wytrzymywali w resorcie długo. Wojciech Rudnicki był ministrem zdrowia dni... 15 (*sic!*). Marek Balicki piastował ten urząd dwukrotnie, z roczną przerwą. Startując do wyborów, PO zapewniała, że jej przewagą jest to, że po raz pierwszy od 1989 r. będziemy mieli do czynienia z kontynuacją wysiłków, a nie z tym, że nowy minister „zreformuje reformę” poprzednika. Być może w innych dziedzinach życia państwowego to prawda, ale nie w ochronie zdrowia. Jedną z pierwszych zapowiedzi PO po wygranych wyborach była zmiana ministra zdrowia. Czym miałby się zająć nowy minister? Ewa Kopacz precyzuje: w kolejce do legislacji czeka kolejny pakiet ustaw, trzeba go uchwalić jak najprędzej, by reformę dokończyć, bo jest niekompletna. Czekają nas więc generalna zmiana, wszystkiego od razu. – *W takich wypadkach potrzebne jest powołanie komisji, która przeanalizowałaby wzajemny wpływ nowych przepisów na siebie, ich interakcje ze sobą i z dotychczas obowiązującym prawem. U nas praktyki powoływania takich komisji nie ma* – mówi Paulina Kieszkowska-Knapik z kancelarii Baker & McKenzie. Efektem jest bałagan, poprawianie przepisów. Ministerstwo twardo obiecuje po dokończeniu reform niebo, krytycy ostrzegają piekło. Nie rozsądzając sporu, jedno pozostaje pewne: przy takiej skali zmian i biorąc pod uwagę niechlujstwo uchwalanego dotychczas prawa, czeka nas wielki bu..., tj. bałagan.

Bartłomiej Leśniewski