

Rok PiS w ochronie zdrowia



Fot. Sławomir Karpiński/Agencja Gazeta

Obietnice czy obiecanki

Minął rok od objęcia władzy w Polsce przez Prawo i Sprawiedliwość. W mediach pojawiło się wiele ocen i analiz podsumowujących sukcesy i porażki ekipy rządzącej. Pozwalamy sobie również zabrać głos w tej sprawie, ograniczając się jednak tylko do kwestii dotyczących ochrony zdrowia.

Na początek ciekawe będzie przypomnienie programu wyborczego PiS, przygotowanego w 2014 r., tj. na rok przed wyborami. W porównaniu z programami wyborczymi innych partii i ugrupowań politycznych startujących w wyborach 2015 był to dokument najobszerniejszy, liczył aż 164 strony. Główne, tytułowe jego hasło brzmiało: „Zdrowie, Praca, Rodzina”, co na pierwszy rzut oka sprawiało wrażenie, że zdrowie Polaków będzie najważniejszym z trzech podstawowych celów partii.

116 strona

Rozdział „Zdrowie” pojawił się jednak w tym obszernym dokumencie dopiero na 116 stronie i liczył zaledwie cztery strony, tj. ok. 3 proc. dokumentu. Znaczną część tego śladowego rozdziału stanowił opis stanu zstanego oraz wskazanie jego sprawców. Były też obietnice wyborcze, a wśród nich:

- Likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i przejście finansowania opieki zdrowotnej przez bud-

żet państwa, do którego powróci też składka na ubezpieczenie zdrowotne. Planowaniem wydatków na świadczenia zdrowotne miało się zająć ministerstwo, jednak nie wskazano które. W dokumencie zapisano, że na poziomie województw za finansowanie świadczeń odpowiadać będą wojewodowie. PiS ogólnikowo obiecał, że – po reorganizacji systemu opieki zdrowotnej i zmianie finansowania na budżetowe – nastąpi stopniowe zwiększanie nakładów na służbę zdrowia, aby osiągnęły one poziom średniej europejskiej. Z budżetu państwa miały zostać wydzielone środki na inwestycje i modernizację zakładów opieki zdrowotnej.

- Utworzenie sieci szpitali publicznych rozmieszczonych odpowiednio do potrzeb ludności. Pierwszeństwo udziału w sieci będą miały publiczne zakłady opieki zdrowotnej. W programie wyborczym zapisano, że żaden szpital nie zostanie przy tym zamknięty. Wstrzymana będzie dalsza komercjalizacja i prywatyzacja szpitali. Zapowiedziano, że tylko szpitale *non*

profit będą finansowane z budżetu, jednakże jednocześnie zapisano, że będą z niego finansowane również sprywatyzowane w ogromnej większości zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ). W założeniu autorów dokumentu programowego PiS działania te miały poprawić dostęp obywateli do opieki zdrowotnej.

- Refundacja leków będzie realizowana w taki sposób, aby cena leku refundowanego w aptece była jednakowa niezależnie od jego ceny rynkowej (tak to dosłownie zapisano w programie – na stronie 118). Obiecano również ustalenie górnego rocznego limitu wydatków ponoszonych przez pacjenta o niskich dochodach. Wysokość limitu będzie ustalana raz w roku w ustawie budżetowej.

W rozdziale „Zdrowie” znalazły się jeszcze lakoniczne informacje o chęci leczenia i opieki nad osobami wymagającymi opieki oraz o pracownikach ochrony zdrowia.

Łatwo obiecać, trudniej zrealizować. Które z tych obietnic PiS zostały spełnione?

Zlikwidować NFZ

Likwidacja NFZ, której datę wyznaczono na 1 stycznia 2018 r., i przejęcie finansowania opieki zdrowotnej przez budżet państwa będzie stanowić cofnięcie się systemu o 17 lat i powrót do praktyki stosowanej przed 1999 r. Utworzone wówczas kasy chorych, organizacje może niezbyt doskonale, gromadziły środki niezbędne do finansowania służby zdrowia, zarządzały nimi, zawierały umowy ze świadczeniodawcami i płaciły im za udzielane pacjentom świadczenia zdrowotne. Narodowy Fundusz Zdrowia, będący następcą prawnym kas chorych, niezbyt lubiany i często kontestowany przez menedżerów zdrowia i lekarzy, stanowił jednak dość skuteczny instrument wymuszający racjonalizację i oszczędzanie. Pieniądze, które trafiały do NFZ z daniny od obywateli, przeznaczone były wyłącznie na finansowanie służby zdrowia.

Od publikacji programu wyborczego PiS minęły już 2 lata, od objęcia władzy przez rząd premier Beaty Szydło minął rok, a od ogłoszenia przez ministra Konstantego Radziwiłła zamiaru likwidacji NFZ ponad 4 miesiące. Opinia publiczna wciąż jednak nie zna szczegółów pomysłu finansowania służby zdrowia (właśnie „służby”, a nie tylko „ochrony” zdrowia) z budżetu państwa. Trudno zatem dyskutować o planie, którego praktycznie wciąż nie ma. Odkąd jednak rząd ogłosił plan wprowadzenia tzw. podatku jednolitego, ciężar dyskusji koncentruje się na zmianach w wysokości podatku PIT. O składce na ZUS i NFZ na razie ani słowa – poza tym, że ma zniknąć. Co się stanie, gdy nastąpi zapowiadana przez ministra Radziwiłła likwidacja NFZ? Kto będzie wówczas zarządzał częścią składki przeznaczoną na służbę zdrowia? Wprowadzenie centralistycznego modelu budżetowego, w którym do jednego worka zostaną wrzucone wpływy z podat-

„Opinia publiczna nadal nie zna szczegółów pomysłu finansowania służby zdrowia z budżetu państwa”

ku jednolitego, w miejsce dotychczas obowiązującego modelu ubezpieczeniowo-zadaniowego, w którym pieniądze pozyskiwane ze składki zdrowotnej obywateli były gromadzone przez NFZ i wydawane zgodnie z ich przeznaczeniem, może spowodować wiele zagrożeń. Największym spośród nich jest to, że pieniędzy w systemie ochrony zdrowia od tego nie przybędzie, a wręcz przeciwnie – może ich zabraknąć w związku ze spodziewanym spowolnieniem gospodarki i prognozowanym spadkiem wzrostu PKB, od którego – zgodnie z zapowiedziami ministra zdrowia – ma zależeć wielkość finansowania służby zdrowia w systemie budżetowym.

Powstaje pytanie, czy nie byłoby jednak lepiej skoncentrować się na racjonalnym wydawaniu dostępnych środków i takiej reformie NFZ, aby system mógł lepiej działać, zamiast niweczyć doświadczenia i osiągnięcia ostatnich niemal dwóch dekad i wracać do wzorców, które już raz się skompromitowały. Czy pomysł likwidacji NFZ nie doprowadzi w krótkim czasie do katastrofy i tak już niewydolnego systemu ochrony zdrowia? Czy ta reforma nie pociągnie za sobą katastrofy finansów publicznych?

A może jednak nie likwidować...

Zapowiadana likwidacja NFZ i związana z tym zmiana sposobu finansowania opieki zdrowotnej, będącej istotnym elementem gospodarki narodowej o silnym walorze społecznym, z zadaniowego na budżetowy niesie ze sobą istotne zagrożenie, które dostrzegają nawet niektórzy przedstawiciele obozu władzy. Obecnie, przy wszystkich wadach systemu i niewłaściwych wycenach wielu procedur, finansowanie szpitali przez NFZ wciąż ma jednak ścisły związek m.in. z liczbą przyjmowanych pacjentów. Oznacza to, że pieniądź publiczny „idzie za pacjentem”. Najpierw w szpitalu pojawia się pacjent, a dopiero potem, w wyniku tego zdarzenia, szpital otrzymuje od płatnika, którym jest NFZ, pieniądze za wykonane procedury medyczne. Oznacza to, że w dotychczasowym systemie finansowania wciąż ważny jest pacjent. Jeżeli wprowadzony zostanie system budżetowy, może się okazać, że pacjent przestanie być potrzebny, bo szpital i tak otrzyma swoje pieniądze z góry. Pacjent będzie stanowił dla szpitala jedynie zbędny koszt. Łatwo można przewidzieć, jakie będą konsekwencje dla pacjentów. Ponadto można się obawiać, że dyrektorzy szpitali, by poprawić poziom

finansowania swoich placówek, zamiast dbać o poprawę jakości i skuteczności leczenia pacjentów będą raczej koncentrować się na zdobywaniu przychylności władzy dysponującej budżetem. Sytuacje takie już przerabialiśmy przed 1989 r. i pamiętamy tego skutki.

Z punktu widzenia polityków finansowanie ochrony zdrowia Polaków z budżetu centralnego może brzmieć dobrze. Z punktu widzenia pacjentów – już znacznie gorzej. Jaką bowiem możemy mieć pewność, że dostęp do ochrony zdrowia przeciętnego Kowalskiego nie zostanie ograniczony chociażby poprzez centralne sterowanie podażą świadczeń medycznych czy limitowaną kwotą zapisaną w budżecie na dany rok, nieadekwatną do realnego popytu? Jaką siłą przebicia będzie miał minister zdrowia podczas konstruowania budżetu państwa wobec pilnych potrzeb innych ministrów resortowych, np. ministra obrony narodowej, ministra rodziny, pracy i polityki społecznej czy ministra spraw wewnętrznych i administracji, nie wspominając już wicepremiera i superministra sprawującego pieczę nad wszystkimi ministerstwami gospodarczymi? Kto nam zagwarantuje, że z centralnego budżetu państwa pieniądze pójdą na ochronę zdrowia obywateli, a nie na inne doraźne potrzeby rządu, np. program „Rodzina 500 plus”, „Plan na rzecz odpowiedzialnego rozwoju”, obronę terytorialną czy na program „Mieszkanie plus”?

Jest jeszcze czas, aby politycy przemyśleli swoje koncepcje, zastanowili się nad nimi i odpowiedzieli społeczeństwu na wszystkie powyższe pytania i wątpliwości. Z pewnością łatwiej, taniej, a przede wszystkim bezpieczniej dla pacjentów będzie naprawić w systemie finansowania ochrony zdrowia to, co w nim dzisiaj szwankuje, aniżeli niszczyć wieloletni dorobek i rekonstruować system, który w przeszłości już się skompromitował.

Sieć szpitali

Opracowane przez Ministerstwo Zdrowia na początku bieżącego roku mapy potrzeb zdrowotnych, w zamyśle stanowiące docelowo podstawę organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych realizowanych w szpitalach oraz zoptymalizowania liczby oddziałów specjalistycznych, a także koordynacji świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych, od początku wzbudziły wiele kontrowersji. Krytyczne opinie na ich temat płynęły ze strony ekspertów, dyrektorów szpitali i władz samorządowych z całej Polski. Okazało się bowiem m.in., że mapy zostały przygotowane nierzetelnie, głównie – naszym zdaniem – z powodu nieaktualnych danych źródłowych, wynikających z braku pełnej informatyzacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ponadto mapy te nie mają wiele wspólnego z tym, co czeka nasze społeczeństwo niebawem, czyli zapoczątkowaną już zmianą demograficzną, a w konsekwencji zmianą potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa jako całości. Przy okazji konstruowania map



„ Jaką możemy mieć pewność, że dostęp do ochrony zdrowia przeciętnego Kowalskiego nie zostanie ograniczony chociażby poprzez centralne sterowanie podażą świadczeń medycznych? ”

okazało się, że w wyniku ich wprowadzenia wiele szpitali zniknie z mapy kraju, a liczne oddziały szpitalne zostaną zlikwidowane. Czy o to chodziło autorom map potrzeb zdrowotnych? Jak to się ma do zapisu w programie wyborczym PiS, że żaden szpital nie zostanie zlikwidowany?

Co ze szpitalami specjalistycznymi?

Szpitaly spełniające kryteria znalezienia się na „mapie sieci” zostaną podzielone na sześć poziomów w systemie zabezpieczenia świadczeń. Świadczeniodawcy z terenu danego województwa będą kwalifikowani do jednego z tych poziomów. Przy okazji wyszło na jaw, że tzw. sieć szpitali pomija milczeniem szpitale specjalistyczne (np. o profilu reumatologicznym, ortopedycznym lub geriatrycznym), co oznacza, że mogą one po prostu zniknąć. Wiele renomowanych publicznych specjalistycznych placówek szpitalnych, często jedynych w skali kraju, np. Centrum Urazowe w Piekarach Śląskich, Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich czy Wojewódzki Zespół Reumatologiczny



„Przygotowane mapy potrzeb zdrowotnych nie mają wiele wspólnego z tym, co czeka niebawem nasze społeczeństwo”

w Sopocie, nie zostało uwzględnionych w żadnym z sześciu poziomów kwalifikacji, co faktycznie i praktycznie skazało je na brak finansowania w najbliższych latach, a w konsekwencji na zamknięcie. Najwyraźniej przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych nie uwzględniono wszystkich uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych, co może niebawem zaowocować poważnymi problemami w dostępie do świadczeń medycznych. Jeżeli na ten bezprecedensowy fakt nałożymy obserwowane braki w zasobach infrastruktury, w tym powolne likwidowanie wielu oddziałów w małych szpitalach powiatowych, oraz narastające w skali całego kraju braki w zasobach kadrowych (brak lekarzy, szczególnie internistów, chirurgów i geriatrów), to przyszłość nie wygląda obiecująco. Najsmutniejsze w tym wszystkim jest jednak to, że w przyjętych rozwiązaniach i metodologii kwalifikowania szpitali do sieci żadnego znaczenia nie będzie miała jakość usług medycznych świadczonych przez te podmioty.

Refundacja leków

Nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z 18 marca 2016 r. rząd wprowadził bezpłatne leki dla seniorów. Od początku września br. osoby, które ukończyły 75. rok życia, mają prawo do bezpłatnych leków znajdujących się na liście ogłoszonej przez resort zdrowia. Leki znajdujące się na liście są bezpłatne w określonych wskazaniach, a specjalną receptę wystawiają lekarze POZ. Bezpłatne leki dla seniorów były jedną ze sztandarowych obietnic wyborczych PiS, która została zrealizowana i którą – przy wielu niedoskonałościach programu – należy ocenić pozytywnie, ponieważ poprawi ona dostępność far-

makoterapii chociaż dla części osób starszych. Piszemy „dla części”, ponieważ np. średni okres życia mężczyzny w Polsce to 73 lata i 6 miesięcy... Problemem zgłaszanym przez starszych pacjentów jest ponadto możliwość wystawiania recept na bezpłatne leki wyłącznie przez lekarzy POZ.

Z informacji Ministerstwa Zdrowia wynika, że zmiana w tym zakresie, tzn. umożliwianie wypisywania recept na bezpłatne leki również przez lekarzy specjalistów, będzie możliwa dopiero po – uwaga! – pełnej informatyzacji ochrony zdrowia, która w dalszym ciągu jest w powijakach. Kolejnym, ale fundamentalnym problemem w realizacji programu może się okazać brak środków (w przyszłorocznym budżecie to kwota 564,3 mln zł) lub przesuwanie pieniędzy na jego realizację z budżetu przeznaczanego na świadczenia zdrowotne, co zmniejszy dostęp pacjentów do tych świadczeń.

Pozostałych obietnic w zakresie refundacji leków na razie nie spełniono.

Dalsze zmiany

Resort zdrowia szykuje dalsze zmiany w systemie refundacji leków – ale czy zawsze korzystne dla pacjentów i budżetu? Aktualnie konsultowany jest kolejny projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw. Nowelizacja ustawy refundacyjnej ma zrewolucjonizować sposób tworzenia listy leków, do których dopłaca publiczny płatnik. Nowe przepisy mają m.in. pozwolić chorym, którzy wyczerpali już wszystkie dostępne możliwości leczenia, na stosowanie terapii, które jeszcze nie zostały zarejestrowane w Polsce, co obecnie jest zakazane. Refundacja ma być też instrumentem zachęcającym koncerny farmaceutyczne do inwestowania w Polsce. Te firmy, które płacą u nas podatki i prowadzą badania, w zamian otrzymają lepsze warunki refundacji. Jednocześnie projekt nie zawiera jednak wskaźników, które pozwoliłyby ocenić taką działalność. Zapis ten wzbudza też inne kontrowersje. Obecnie jest tak, że gdy do aptek wchodzi specyfik objęty refundacją, biznes farmaceutyczny i administracja publiczna dzielą się ryzykiem finansowym, np. wysokość urzędowej ceny zbytu uzależnia się od zapewnienia przez firmę dostaw leku z rabatem. Projekt nowelizacji ustawy wprowadza zasadniczą zmianę w me-



NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Fot. PAP/Tomasz Czeli

„Likwidacja NFZ niesie ze sobą istotne zagrożenie, co dostrzegają nawet niektórzy przedstawiciele obozu władzy”

chanizmie dzielenia ryzyka – firma, zamiast udzielać rabatów, miałyby inwestować w badania i rozwój.

Omawiany projekt zakłada szerszy dostęp do leków na tzw. choroby ultrarządki. Aktualnie wiele z nich nie może być objętych refundacją. Jednocześnie autorzy projektu proponują, by w przypadku leków, które nie mają refundowanego odpowiednika w danym wskazaniu, kluczowe było uzasadnienie ceny, a nie – jak obecnie – analiza ekonomiczna. Odejście od konieczności wykonywania analiz ekonomicznych dla tych leków może spowodować znaczny wzrost wydatków z budżetu państwa, ponieważ w projekcie ustawy nie zdefiniowano, na czym ma polegać „uzasadnienie ceny”. Jeżeli „uzasadnienie ceny” miałyby być rodzajem kosztorysu podsumowującego wydatki firmy farmaceutycznej na utworzenie i wdrożenie leku (w tym koszty poniesione na badania kliniczne), to należy zauważyć, że weryfikacja takiego kosztorysu jest praktycznie niemożliwa.

Absolutnie nieuzasadnione wydaje się ponadto postulowane w projekcie odstępianie od wymogu poda-

wania przez firmy farmaceutyczne cen, po których ich leki są sprzedawane w innych krajach.

Refundacja szczepionek

Projekt nowelizacji ustawy zakłada również refundację szczepionek kupowanych w aptekach – na zasadach analogicznych jak leki, z przewidzeniem jednak pewnych odmienności z uwagi na specyfikę tych produktów.

Zaproponowano też nowe zasady obejmowania refundacją leków sprowadzanych w ramach importu równoległego, które mają ułatwić ich finansowanie.

Zgodnie z projektem, listy refundacyjne mają być publikowane co trzy, a nie – jak obecnie – dwa miesiące. Zapewni to, zdaniem autorów projektu, większą stabilność cen zarówno dla pacjentów, jak i dla aptek.

Większość proponowanych zmian brzmi obiecująco, natomiast w przypadku tak skomplikowanej materii, jaką jest refundacja leków, diabeł tkwi w szczegółach. Oby te szczegóły nie okazały się zbyt kosztowne dla budżetu i dla nas – pacjentów.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz
Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej
Polskiej Federacji Szpitali, a także partnerem
i ekspertem Formedis Medical Management and Consulting.
Piotr Magdziarz jest prezesem zarządu
Formedis Medical Management and Consulting.