

Tysiąc dni minister Ewy Kopacz

Reforma bez reformy



foto: Wojciech Ollusznik/Agencja Gazeta

Minister Kopacz i jej współpracownicy to jedna z najdłużej urzędujących ekip w Ministerstwie Zdrowia. Mieli więcej szczęścia niż poprzednicy – ich kadencji nie przerwał kryzys polityczny. Zapowiadają kolejne zmiany. Co jednak zmienili dotychczas? Jak wygląda podsumowanie liczącej ponad tysiąc dni kadencji?

– *Ustawy, które znajdują się w pakiecie, będą sytuować pacjenta jako podmiot systemu ochrony zdrowia w dobrze zarządzanym szpitalu, przy skróconej kolejce, z większym niż w chwili obecnej dostępem do specjalisty i z dostępem do leków, które będą tańsze niż dotychczas...* – To jedna z ostatnich wypowiedzi Ewy Kopacz przed kolejnym etapem reformy naszego systemu opieki zdrowotnej, a w zasadzie przed zapowiedzią tego etapu. Zapowiedzi było wiele, od 2007 r. co rusz mieliśmy być zasypywani pakietami ustaw zdrowotnych. Jeżeli jednak chcielibyśmy ocenić trzyletni dorobek legislacyjny resortu, to jest on bardzo ubogi.

Weto i brak weta

Oczywiście, nie można zapomnieć o wecie nieżyjącego prezydenta do części ustaw pakietu z 2008 r.

Dotyczyło ono jednak głównie przekształceń własnościowych szpitali, co było i jest obsesją obecnej opozycji. Inne ustawy, włącznie z nowelizacją ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z funduszy publicznych wprowadzającą koszyk świadczeń zdrowotnych, prezydent podpisywał. Cóż więc takiego przeprowadzono przez Sejm przez trzy lata? Koszyk świadczeń zdrowotnych, który zaakceptował wszystko to, co do tej pory finansował NFZ. Zresztą rozpoznanie, procedury medyczne oraz wymogi dotyczące udzielających świadczeń skopiowano z katalogów funduszu. Czy coś w „realu” dzięki temu się zmieniło? Podobno pacjenci wiedzą, co im przysługuje. Oczywiście, jeżeli ktoś przeczyta kilkusetstronicowe załączniki do rozporządzeń ministra zdrowia. Zresztą przedtem również mógł przeczytać opasłe

zarządzenia prezesa NFZ. Zmieniło się tyle, że na koniec 2009 r. trzeba było nowelizować rozporządzenia do ustawy i zawieszać wymogi wobec świadczeniodawców, inaczej z uwagi na braki personelu i sprzętu NFZ musiałby odrzucić większość ofert, podobnie jak w 2008 r. na Dolnym Śląsku. Poza tym nowelizacja dotyczyła tych, którzy umowę posiadali, i doprowadziła do podpisania aneksów do umów



z funduszem. Kiedy w połowie 2010 r. na Pomorzu przeprowadzono nowy konkurs, sytuacja z Dolnego Śląska się powtórzyła. Wobec tego ustawa i rozporządzenia w trybie pilnym są kolejny raz nowelizowane (czytaj: liberalizowane), aby móc podpisać kontrakty ze wszystkimi, którzy będą mieli takie życzenie.

Rzecznik

Ustawa o rzeczniku praw pacjenta zlikwidowała z kolei rzeczników przy wojewódzkich oddziałach NFZ i utworzyła niezależne biuro. Tyle że z uwagi na brak pieniędzy biuro to ma siedzibę jedynie w Warszawie. Ustawy o akredytacji czy konsultantach medycznych nie miały większego wpływu na funkcjonowanie systemu, podobnie jak nowelizacje kilku innych ustaw.

Narodowy Fundusz Zdrowia

Ministerstwo przez ostatnie trzy lata zgłaszało wiele pomysłów przekształcania NFZ, jego likwidacji, podzia-

łu etc. Skończyło się na odebraniu funduszowi części kompetencji poprzez rozporządzenia koszykowe i wprowadzeniu ręcznego sterowania tą instytucją. Fundusz formalnie jest autonomiczny, ale jeżeli tylko któraś z jego decyzji wywołuje niezadowolenie społeczne czy – nie daj Boże – zorganizowany protest, natychmiast sprawę przejmuje Ministerstwo Zdrowia i albo uchyla decyzje funduszu, albo podpisuje jakieś ciekawe porozumienie. Wystarczy przypomnieć uchylane zarządzenia prezesa NFZ dotyczące finansowania procedur kardiologii inwazyjnej czy chemioterapii niestandardowej. Spośród porozumień można przypomnieć „bożonarodzeniowe” ze szpitalami w 2008 r., w którym obiecano każdemu szpitalowi w 2009 r. kontrakty nie mniejsze niż w 2008 r. Doprowadziło to do podpisania umów na kwoty wyższe niż przychody ze składki i konieczność ich finansowania z funduszu zapasowego. Nie można zapomnieć o ostatnim porozumieniu z pielęgniarkami, które zobowiązuje dyrekcje szpitali do przekazania na ich wynagrodzenia większości wzrostu kontraktu szpitala w ciągu roku. Ma to nastąpić na mocy zapisu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, którego wykreślenie właśnie procedowano w Sejmie. Zresztą porozumienia te, zawierane ponad NFZ i często zupełnie obok innych instytucji, to swoisty znak firmowy obecnej ekipy.

Jednorodne grupy pacjentów

Wracając do NFZ, zdarzeniami wartymi odnotowania w tym okresie były likwidacja tzw. produktu podwyżkowego i wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów (JGP). O ile likwidację produktu, będącego następstwem wywołanej przez protesty pielęgniarskie „ustawy wedłowskiej”, należy pochwalić, o tyle efekty wprowadzenia JGP są już bardziej dyskusyjne. Nie ulega wątpliwości, że jednorodne grupy to uznana w całej Europie metoda finansowania świadczeń zdrowotnych. Problemem jest jednak to, że wprowadzono je tylko w umowach szpitalnych i ostatnio w rehabilitacji (też dla oddziałów szpitalnych). Do tej pory nie wprowadzono ich w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, mimo że prace nad tym trwają już dość długo. System nadal jest więc bardzo niespójny. Dodatkowo, aby wprowadzić JGP oraz włączyć produkt podwyżkowy w cenę świadczeń, znacznie podniesiono ich wycenę. W efekcie właściwie roztrwoniono wzrost nakładów na system, bo pomimo zwiększenia kosztów realizacji zadań z 39,5 mld zł na początku 2007 r. do 58,7 mld zł, według ostatniego planu finansowego z 6 lipca 2010 r., nie uzyskano praktycznie żadnego efektu. Dostępność się nie zmieniła, kolejki pacjentów się nie skróciły, zadłużenie szpitali nie spadło. Wzrosły zarobki lekarzy, ale są to chyba jedyni beneficjenci.

Polityka lekowa

W polityce lekowej, mimo wielu zapowiedzi, także nie ma wyraźnego postępu. Nie ograniczono wydat-



„ Dostępność świadczeń się nie zmieniła, kolejki pacjentów się nie skróciły, zadłużenie szpitali nie spadło. Wzrosły zarobki lekarzy, ale są to chyba jedyni beneficjenci „

ków na leki, a metody przerzucania ich kosztów na pacjentów raczej nie da się zastosować, ponieważ już teraz mamy jeden z najwyższych w Europie wskaźników udziału pacjentów przy ich zakupie. Nie zwiększono dostępności innowacyjnych terapii. Rozpoczęto wiele nowych programów terapeutycznych, za co chwała, ale równocześnie doprowadzono do niespotykanej dotychczas manipulacji koncernów farmaceutycznych poprzez wymuszanie zakupu leków nierefundowanych z powodu zastosowania mechanizmów chemioterapii niestandardowej oraz świadczeń finansowanych za zgodą płatnika (dawnej farmakoterapii niestandardowej). Wystarczy przypomnieć sobie awantury o niektóre leki onkologiczne i brak jakiegokolwiek wsparcia resortu w obronie decyzji dotyczących leków mających negatywne rekomendacje AOTM.

Spirala podwyżek

Podwyższono znacznie wynagrodzenia lekarzy rezydentów, co w niektórych szpitalach ponownie

nakręciło spiralę podwyżek, a jednocześnie ani nie zmieniono niezbyt szczęśliwie skonstruowanego systemu, ani nie zwiększono liczby miejsc rezydenckich. Nadal kształci się rzesze pediatrów, ginekologów, okulistów, choć brakuje specjalistów medycyny ratunkowej czy geriatrów. Lekarze ci odbywają rezydentury w molochach, które po zakończeniu kształcenia nie proponują im pracy, a dramatycznie brakuje lekarzy wszystkich specjalności w szpitalach powiatowych.

Finansowanie systemu

Co się zmieniło w finansowaniu systemu? Odstąpiono od podwyższenia składki zdrowotnej obiecanego w trakcie „białego szczytu”. Lekką ręką zrezygnowano z pochodzącego z tzw. podatku Religii prawie miliarda złotych rocznie wpłacanego przez ubezpieczycieli pojazdów. Fiaskiem skończyła się próba zmiany sposobu naliczania składki przez KRUS. Hucznie ogłoszana w marcu tego roku – po cichutku została wykreślona z projektu zmiany ustawy. Jedyną dość ważną dla części zainteresowanych sprawą była zmiana tzw. algorytmu.

Dobry wizerunek

Co się udało w tych latach ministerstwu? Na pewno tworzenie wizerunku. Nieustanne deklarowanie reformowania systemu, pomimo braku rzeczywistych reform. Niewątpliwy talent medialny minister Kopacz, która w wypadku zagrożenia grypą AH1N1 najpierw energicznie nadzorowała przygotowanie systemu do epidemii, potem z równą energią uzasadniała niezakupienie szczepionek przeciwko wirusowi. Praktycznie we wszystkich jej wystąpieniach widzieliśmy osobę niesamowicie zaangażowaną w swoją pracę i bezwzględnie dezawuuującą argumenty przeciwników. Jednocześnie wykorzystywano wszelkie okazje do podkreślania obecności resortu, zapraszając media na liczne konferencje, otwarcia budowanych od lat szpitali czy wprowadzanie do eksploatacji zamówionych jeszcze przez ekipę min. Religii eurocopterów.

Obecnie, po kilku miesiącach oczekiwania, przedstawiono do konsultacji pierwsze ustawy „nowego pakietu” – nowe prawo farmaceutyczne, ustawę o działalności leczniczej będącą próbą zdefiniowania ustroju systemu opieki zdrowotnej, ustawy dotyczące zawodu lekarza i innych zawodów medycznych. Trudno nawet nazwać je krokiem do przodu, bo w swojej radykalności przekraczają skok Michaela Powella z Tokio w 1991 r. (dla przypomnienia 8,95 m w skoku w dal). Jednak liczba wątpliwości prawnych mogących obalić przynajmniej część z tych projektów jest ogromna. Czy z tych ustaw wyniknie coś pozytywnego w przyszłości, czy zostaną wycofane jeszcze przed procedowaniem – poczekamy, zobaczymy.

Maciej Biardzki