

Co nam da koszyk á la Ewa Kopacz

Legalizacja samowoli

Marek Balicki

Trzydziestego pierwszego sierpnia br. został opublikowany w *Dzienniku Ustaw* i zarazem wszedł w życie pakiet 13 rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych, czyli tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych. Czy nowe regulacje przyniosą oczekiwane korzyści, czy też okażą się dysfunkcjonalne?

Koszykowe rozporządzenia zostały wydane na podstawie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 25 czerwca br., zwanej *ustawą koszykową*. Otwiera się w ten sposób kolejny etap w przekształceniach naszego systemu opieki zdrowotnej.

Szyfowa praca

Dwa lata temu, komentując ówczesne prace nad koszykiem świadczeń gwarantowanych, przywołałem średniowieczne opowieści o poszukiwaniu świętego Graala – legendarnego kielicha, z którego Jezus Chrystus odprawiał eucharystię podczas Ostatniej Wieczerzy, przypomniane dzięki światowemu bestsellerowi Dana Browna *Kod Leonarda da Vinci*. Skąd wzięło się skojarzenie sprawy koszyka z legendami

o świętym Graalu? Ano stąd, że opracowanie koszyka w zaproponowanym wówczas kształcie wydawało się niemożliwe do zrealizowania w rozsądnym czasie i w związku z tym praca nad nim przypominała niekończące się poszukiwanie zaginionego kielicha.

Czy dzisiaj, po wydaniu pakietu rozporządzeń liczących łącznie ponad 1200 stron w dwóch opasłych numerach *Dziennika Ustaw*, będę mógł zmienić zdanie? Czy nowe regulacje przyniosą oczekiwane korzyści, czy też okażą się dysfunkcjonalne? Czy koszyk w przyjętym kształcie będzie fundamentem budowy nowego systemu opieki zdrowotnej, czyli mówiąc językiem metafory – czy święty Graal został odnaleziony? Minister zdrowia Ewa Kopacz w liście do prezydenta RP napisała, że zawarte w ustawie koszykowej rozwiązania są jednym z kluczowych elementów



w procesie porządkowania systemu ochrony zdrowia. Jednak analiza przyjętych rozwiązań budzi już dzisiaj szereg wątpliwości. Warto się im przyjrzeć, bo dotyczą jednego z najważniejszych problemów publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Negatywny czy pozytywny

Ustawa koszykowa ma dwa podstawowe cele: uregulowanie mechanizmu tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych, czyli tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych, oraz stworzenie ustawowych ram funkcjonowania Agencji Oceny Technologii Medycznych. Najwięcej wątpliwości budzą rozwiązania dotyczące koszyka. Istotą zmian jest tu wprowadzenie nowego sposobu określania koszyka, tj. odejście od funkcjonującej od 2004 r. zasady *koszyka negatywnego* na rzecz *koszyka pozytywnego*.

Koszyk negatywny to rozwiązanie, które polegało na funkcjonowaniu wykazu świadczeń, które nie są finansowane ze środków publicznych. Oznaczało to, że wszystkie pozostałe świadczenia są finansowane i przysługują pacjentowi. Niewątpliwie za wyborem zasady koszyka negatywnego w 2004 r. przemawiały względy pragmatyczne. Trybunał Konstytucyjny, uchylając z powodu niezgodności z konstytucją ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ z 2003 r., dał niewiele czasu na uchwalenie nowej, a stworzenie krótkiej listy negatywnej jest nieporównanie łatwiejsze niż określenie pełnego wykazu świadczeń gwarantowanych, zawierającego tysiące pozycji. Świadczenia niegwarantowane zostały wówczas wymienione w załączniku do ustawy. To dość proste i czytelne rozwiązanie oznaczało, że teoretycznie można było z łatwością określić, co przysługuje pacjentowi [1]. W praktyce jednak takiej pewności nie było, gdyż w pewnym zakresie koszyk był kształtowany przez NFZ poprzez pozbawione podstawy prawnej zarządzenia prezesa NFZ. Teoretycznie zarządzenia te miały dotyczyć jedynie określenia przedmiotu umów, ale w praktyce definiowały one pozaustawowo zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych.



Jak to działa

Dobłą ilustracją tej praktyki jest leczenie niepłodności metodą *in vitro* – w koszyku negatywnym tej metody nie ma, ale ponieważ NFZ nie chce jej finansować – prezes NFZ nie wykazał jej w swoich zarządzeniach. Można wskazać jeszcze wiele innych procedur, głównie kosztochłonnych i innowacyjnych, o których finansowaniu lub niefinansowaniu rozstrzygał prezes NFZ, nie mając do tego żadnych podstaw prawnych. Działo się to na dodatek w sytuacji braku skutecznych instrumentów prawnych do zakwestionowania zarówno przez pacjentów, jak i świadczeniodawców sposobu, w jaki NFZ dokonywał wyboru tego, czym i na jakich zasadach można leczyć chorych.

Metoda przyjęta w ustawie koszykowej niewątpliwie rozwiązuje ten problem. Od 31 sierpnia br. wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z warunkami ich udzielania ustala minister zdrowia, biorąc pod uwagę rekomendacje prezesa AOTM. Kończy się w ten sposób swego rodzaju samowola prezesa NFZ, w wyniku której publiczny płatnik sam decydował, za co ma płacić. Trudno się jednak powstrzymać od gorzkiej uwagi, że przeniesienie do ministerialnych rozporządzeń treści dotychczasowych zarządzeń prezesa NFZ przypomina legalizację samowoli budowlanych znaną z nowelizacji prawa budowlanego.

Większa stabilność

Niewątpliwą zaletą ministerialnych rozporządzeń będzie większa stabilność regulacji, zwłaszcza odnoszących się do warunków realizacji świadczeń. Były one dotąd zbyt często jednostronnie zmieniane przez prezesa NFZ w trakcie realizacji kontraktów, co niejednokrotnie stawiało świadczeniodawców w trudnej sytuacji i nie służyło budowaniu zaufania do państwa. Zagrozeniem będzie natomiast usztywnienie systemu. Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie mógł w relacji ze świadczeniodawcami i pacjentami odstępować od przepisów zawartych w rozporządzeniach – aktach prawa powszechnie obowiązującego. W przypadku zarządzeń prezesa możliwe były odstępstwa i NFZ z tego korzystał. Trudniej też będzie korygować błędy, a w liczących setki stron aktach nie będzie o nie trudno. Na wydanie nowego zarządzenia potrzeba kilku dni, podczas gdy na zmianę rozporządzenia trzeba będzie czekać tygodniami, a czasem nawet miesiącami. Nawiasem mówiąc, szef AOTM zapowiedział częstą zmianę rozporządzeń koszykowych w najbliższym czasie, co stawia pod znakiem zapytania stabilność i przewidywalność prawa. Przyszłość pokaże czy nie wpadniemy z deszczu pod rynnę.

Sztywny do bólu

Inny problem, często podnoszony przez ekspertów, wiąże się ze specyfiką opieki zdrowotnej. Wynika z niej

„ Dotychczas koszyk był kształtowany przez NFZ poprzez pozbawione podstawy prawnej zarządzenia prezesa NFZ ”



Współpłacenie

Kolejna kwestia to współpłacenie. W rządowym projekcie ustawy koszykowej skierowanym do Sejmu świadczenia gwarantowane zostały podzielone na dwie kategorie: finansowane w całości oraz współfinansowane ze środków publicznych. Współfinansowanie miało być określane kwotowo lub procentowo w rozporządzeniach ministra zdrowia. Z uzasadnienia do projektu oraz wcześniejszych wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia wynikało, że dopłaty te w niektórych przypadkach mogły być znaczne (np. kilkaset złotych w przypadku operacji endoskopowych) i miały mieć raczej charakter fiskalny niż regulować popyt na usługi medyczne. Odstąpienie od finansowania części świadczeń (nieumieszczonych w koszyku) oraz wprowadzenie znaczących dopłat do niektórych, które się w koszyku znalazły, miało otworzyć drogę do dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Ten, kto wie czy nie najważniejszy cel polityczny Ministerstwa Zdrowia, nie został zrealizowany. Wprowadzone przez Senat poprawki ograniczyły możliwość współpłacenia do nielicznych sytuacji, w których takie dopłaty występują od dawna. Powodem przyjęcia poprawki przez Senat były uzasadnione wątpliwości konstytucyjne (bariera w dostępie do świadczeń dla niezamożnych), ale przede wszystkim brak politycznej gotowości rządzącej koalicji do wprowadzenia współpłacenia. Potwierdził to wiceminister Jakub Szulc w czasie jednej z konferencji poświęconych koszykowi.

Odstępując, moim zdaniem słusznie, od dopłat o charakterze fiskalnym, rząd przegapił wyjątkową wręcz okazję do wprowadzenia stosowanego w wielu krajach współpłacenia w formie powszechnie występujących niewielkich dopłat do usług. Pacjenci i świadczeniodawcy powinni wspólnie decydować o wykorzystywaniu zasobów opieki zdrowotnej, a decyzje te będą modyfikowane w zależności od bodźców, z którymi się zetkną. Funkcją takich bodźców może pełnić współpłacenie, rozumiane jako niewielkie, zryczałtowane opłaty ponoszone przy korzystaniu ze świadczeń. Ważne, aby skala takiego współpłacenia była mała i nie stanowiła nadmiernego obciążenia. Wprowadzenie współpłacenia nie jest konieczne ze względów fiskalnych, ale właśnie ze względu na potrzebę bodźców wpływających na ograniczanie kosztów funkcjonowania systemu, np. ograniczanie nieuzasadnionego popytu. Takie opłaty funkcjonują w wielu krajach europejskich. Ostatnio wprowadzili je Czesi, a wcześniej Niemcy. Rezultaty są zachęcające. Szkoda, że autorzy projektu ustawy koszykowej poszli inną drogą. W rezultacie nie mamy ani współpłacenia, ani koszyka dostosowanego do możliwości finansów publicznych, gdyż jak powiedział jeden z czołowych ekspertów ministerstwa *polski koszyk jest pełniejszy niż czeski i prawie tak pełny jak niemiecki*.

jednoznacznie, że żaden wykaz świadczeń czy lista procedur medycznych nie może uwzględnić każdego możliwego przebiegu choroby lub każdej możliwej sytuacji, w jakiej znajdzie się pacjent. Dlatego rozsądne byłoby przyjęcie zasady, że niewpisanie jakiegoś świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych nie zamyka definitywnie drogi do jego uzyskania. Zawsze powinna istnieć możliwość oceny sytuacji przez lekarza, a rozwiązania ustawowe powinny umożliwiać podejmowanie indywidualnych decyzji o finansowaniu leczenia ze środków publicznych i to w możliwie krótkim czasie. Takiego rozwiązania projektodawcy nie przewidzieli, mimo że występuje ono w wielu systemach ubezpieczeń zdrowotnych, i w jakimś zakresie funkcjonowało w ramach dotychczasowych rozwiązań. Może to rodzić problemy i stanowi cofnięcie w stosunku do praktyki ostatnich lat. Warto pamiętać, że w odniesieniu do placówek publicznych wydatkowanie środków publicznych niezgodnie z prawem, w tym przypadku niezgodnie z rozporządzeniami koszykowymi, stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

„ Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie mógł w relacji ze świadczeniodawcami i pacjentami odstępować od przepisów zawartych w rozporządzeniach „

Bardzo skomplikowane

Zgodnie z przyjętymi założeniami katalog pozytywny świadczeń gwarantowanych ma spełniać ważną funkcję informacyjną i regulacyjną – dla pacjenta ma być źródłem informacji o tym, jakie świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane, a dla świadczeniodawców stanowić informację o tym, za jakie świadczenia otrzyma on płatności ze środków publicznych. Realizacja tej funkcji jest bardzo wątpliwa. Biegłe poruszanie się po opasłych, liczących setki stron wydaniach dziennika ustaw będzie sprawiło poważne trudności nie tylko pacjentom, ale także personelowi medycznemu. Z perspektywy świadczeniodawców gorsze jest jednak to, że przy okazji ustawy koszykowej nie wprowadzono do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej gwarancji zapłaty za świadczenia udzielane w tzw. przymusie ustawowym, tj. kiedy szpital nie może odmówić leczenia pacjenta. Z orzecznictwa Sądu Najwyższego w ostatnich latach wynika jednoznacznie, że zapłata w tych przypadkach przysługuje także wtedy, gdy szpital przekroczył limit określony w umowie z NFZ. Niestety, mimo tych wyroków, NFZ ciągle odsyła świadczeniodawców do sądu.

„ Przeniesienie do ministerialnych rozporządzeń treści dotychczasowych zarządzeń prezesa NFZ przypomina legalizację samowoli budowlanych „

Ustalanie koszyka, zwłaszcza koszyka pozytywnego, nie jest sprawą łatwą. Z różnych przyczyn (politycznych, medycznych, organizacyjnych) jest to nieporównanie trudniejsze niż doskonalenie koszyka negatywnego, a na pewno nierealne jest dobre przygotowanie go w tak krótkim czasie, jak to założyli autorzy ustawy koszykowej. Pośpiech może doprowadzić do zastosowania nieodpowiednich rozwiązań, które będą szkodzić pacjentom i jednocześnie nie dadzą pożądanych efektów porządkujących funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej.

Jest nad czym pracować

Powyższe uwagi, a zwłaszcza niemożność szczegółowego określenia z góry wszystkiego, co się wiąże z zakresem świadczeń gwarantowanych, nie neguje wartości i możliwości ustanowienia w ustawie przejrzystego i akceptowanego sposobu ustalania zakresu świadczeń gwarantowanych. Zmiany należałoby jednak wprowadzać etapowo, zaczynając od regulacji dotyczących rozstrzygnięcia, z udziałem AOTM, o włączaniu do zakresu świadczeń gwarantowanych nowych, zazwyczaj kosztochłonnych technologii, a także o usuwaniu z tego zakresu procedur, których finansowanie ze środków publicznych jest nieuzasadnione. Aby robić to porządnie, na początku można poddawać ocenie nie więcej niż kilkanaście procedur rocznie. Taką drogą poszli Brytyjczycy ze swoją agencją NICE. Jednym z deklarowanych celów pilnego wprowadzenia koszyka pozytywnego było stworzenie warunków do rozwoju ubezpieczeń prywatnych. Nie jest to jednak konieczne, co wykazała interesująca koncepcja budowania prywatnych ubezpieczeń alternatywnych przedstawiona w ubiegłym roku przez Polską Izbę Ubezpieczeń. Pakiet rozporządzeń koszykowych nie będzie też dobrym źródłem informacji o świadczeniach gwarantowanych dla pacjenta, co było jednym z celów Ministerstwa Zdrowia. Natomiast do realizacji głównego celu, jakim jest lepsze funkcjonowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej i bardziej racjonalna gospodarka jego zasobami, ważniejsze wydaje się wprowadzenie niewielkich, zryczałtowanych opłat ponoszonych przy korzystaniu ze świadczeń, wpływających na ograniczanie nieuzasadnionych kosztów funkcjonowania systemu. Ale do tego nie wystarczą zapowiadane zmiany rozporządzeń. Potrzebna jest nowa ustawa koszykowa. Inaczej jeszcze długo będziemy przypominać poszukiwaczy świętego Graala. ■

*Autor był ministrem zdrowia,
jest dyrektorem Szpitala Wolskiego w Warszawie.*

Przypisy

1. W przypadku ograniczonej możliwości udzielenia gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, świadczenia te są udzielane wg kolejności zgłoszeń, z wyjątkiem świadczeń w stanach nagłych, które powinny być udzielane niezwłocznie.