

## **Opinia na temat ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

(druk senacki nr 777)

Przyjęta przez Sejm w dniu 30 lipca br. ustawa zawiera regulacje, które pozwolą lepiej aniżeli obecnie zarządzać środkami publicznymi przeznaczanymi na ochronę zdrowia, ochronią system przed takimi konfliktami, które w ubiegłym i w tym roku powstają wokół tworzenia i realizacji planu finansowego NFZ. Ustawa precyzyjniej określa zasady kontraktowania, dość jednoznacznie ustala kompetencje ministra zdrowia i finansów oraz ich relacje z NFZ, wprowadza nadzór ministra finansów. Nowa struktura NFZ jako osoby prawnej (prezes jako organ, inne zasady jego powoływania, inna rada) powinny sprzyjać większej sprawności tej instytucji.

Ustawa powinna sprzyjać w miarę sprawnemu zarządzaniu finansami publicznymi będącymi w dyspozycji NFZ, w tym także tymi, które fundusz dostanie od ministra zdrowia. Z tych właśnie powodów należy uznać, że ta ustawa, poprzez zawarte w niej regulacje, rozwiązuje kilka ważnych problemów działania systemu opieki zdrowotnej. Przyjęta przez Sejm wersja pomija wiele spraw, co do których nie ma obecnie żadnych szans na uzyskanie politycznego konsensusu. Zawiera jednak regulacje, dzięki którym będą spełnione wymagania konstytucji oraz będzie można sprawniej zarządzać publicznymi środkami. Jest jednak jeden problem, który mimo ogólnej pozytywnej oceny ustawy, bardzo mnie niepokoi w tych zapisach. Chodzi mi o podział środków między województwa – wróć do tego problemu w uwagach szczegółowych.

Są sprawy, które mogły zostać uregulowane przy okazji tej nowej ustawy, a które są bardzo istotne dla opieki zdrowotnej. Przykładem może być agencja ds. technologii medycznych, z której powołania w tej ustawie zrezygnowano. Należy mieć nadzieję, że będzie ona powołana w niedługim czasie w innym trybie.

Poniżej zwracam uwagę głównie na te zapisy, które powinny być zmienione, aby nie generować konfliktów społecznych i aby ograniczać zbędne wydatki środków publicznych. Szczegółowe zasady kontraktowania na 2005 rok zostaną ustalone w drodze decyzji prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ta ustawa rozstrzyga jedynie o kilku sprawach z zakresu kontraktowania.

### **Uwagi szczegółowe**

1. W art. 1 ust. 2 zostały określone cele tej ustawy. Po pierwsze, nie są to wszystkie cele, a po drugie, we wcześniejszej części ustawy została opisana jej zawartość –

podano, jakie zawiera działy. Nie ma więc uzasadnienia opisywanie celów ustawy, jakby dla innego określenia jej zakresu. Artykuł o celach jest zbyteczny, może wywoływać konflikty, np. czy konkretne rozwiązanie realizuje dany cel czy nie, a stworzenie pełnej listy takich celów nie jest możliwe.

2. W art. 5 jest zawarta definicja świadczeń gwarantowanych. Prawdopodobnie ten zapis pozostał z poprzednich wersji projektu ustawy. Skoro w tej ustawie nie wprowadza się podziału na te dwa rodzaje świadczeń, to nie ma uzasadnienia dla definiowania tych pojęć. Zbyteczne jest też pojęcie świadczenia gwarantowanego w art. 16. Jego pozostawienie mogłoby rodzić obawy, że świadczenia rzeczowe i leki nie są gwarantowane ubezpieczonym.
3. Mam poważne wątpliwości odnośnie zasadności nakładania na samorzady terytorialne obowiązku oceniania dostępności do danego typu świadczeń. Byłoby to dla samorządów nowe zadanie i należałoby wskazać źródło pokrycia wydatków na takie zadania. Te podmioty nie mają własnej informacji dla przygotowywania takich ocen, a nie wiadomo, kto miałby im takie informacje zapewniać. Ale ważniejsze jest to, że nie określono, jaka byłaby przydatność tych ocen i kto musiałby je uwzględniać w swoich decyzjach. Mieszkańcy danej jednostki terytorialnej mogą zgodnie z prawem korzystać z opieki w zakładach położonych na innym terenie. Nie wiadomo, czy ocena dostępności miałaby obejmować tylko zakłady i praktyki lekarskie położone na terenie gminy, powiatu czy województwa, czy też i te jednostki, które wybrał pacjent, a które położone są poza terenem danego samorządu. Samorząd nie ma ustawowo nałożonych zadań z zakresu zapewniania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i nie ponosi ani ekonomicznej, ani politycznej odpowiedzialności za zapewnianie tego dostępu. Nakładanie takich obowiązków (ocena dostępności do różnych rodzajów świadczeń, zależnie od poziomu samorządu) nie ma żadnego merytorycznego uzasadnienia. A gdyby na podstawie takich przepisów samorzady musiały to zrobić, byłaby to typowa biurokracja i marnowanie publicznych środków.
4. Na sejmiki wojewódzkie nakłada się obowiązek koordynacji działań w zakresie restrukturyzacji opieki zdrowotnej w celu uzyskania większej efektywności. Jeżeli już nakładać na nie takie zadania, to nie tylko koordynację w celu wyższej efektywności, ale i koordynację w celu lepszej jakości świadczeń. Choć jednocześnie należy pamiętać, że bardzo trudno jest ustalić, czy rzeczywiście sejmik pełni takie funkcje koordynacyjne czy nie. W praktyce może się okazać, że za pieniądze publiczne przygotowuje on jakieś programy restrukturyzacyjne, koordynuje jakieś prace prowadzone na innych szczeblach, ale nie ma żadnego wpływu na realizację tych programów, bowiem dotyczą one jednostek podległych powiatom czy gminom. W takiej sytuacji pieniądze publiczne wydatkowane na ową koordynację mogą być niezasadnie poniesionymi wydatkami, a realizację tych zadań koordynacyjnych trudno będzie oceniać w kategoriach efektywności i gospodarności. Koordynacja programów różnych samorządów powinna odbywać się drogą dobrowolnych porozumień, a nie ustawowych regulacji wskazujących koordynatora.
5. Uważam, że przewidziane tą ustawą wydatki publiczne na ocenę zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie danego województwa przez wojewodę będą niezasadne. Wojewoda nie ma żadnego wpływu na decyzje finansowe warunkujące to zabezpieczenie. W świetle tej ustawy nie uczestniczy on w tworzeniu planu finansowego NFZ, nie wiadomo, komu miałby przekazywać te oceny i w jakim trybie. Skoro odchodzimy od poprzedniego trybu tworzenia planu finansowego (i słusznie), to należy skreślić art. 10 dotyczący omawianych ocen.

6. Podzielam obawy dyrektorów dużych zakładów opieki zdrowotnej oraz izby lekarskiej odnośnie do zasadności prawa do wyboru pielęgniarki, połączonego z wypełnianiem przez pacjenta odpowiedniej deklaracji. To ogromna udręka administracyjna, bo pacjent nie ma dostępu do informacji zapewniających taki wybór. On może dotyczyć jedynie takich sytuacji, gdy pielęgniarka samodzielnie wykonuje zawód i ma umowę z NFZ.
7. Przewiduje się, że w radzie oddziału NFZ w charakterze obserwatorów mogą być przedstawiciele korporacji zawodów medycznych. Nie przewiduje się natomiast przedstawicielei zakładów opieki zdrowotnej. A przecież członkowie korporacji są też świadczeniodawcami. Zasiadając w charakterze obserwatorów nie będą reprezentowali li tylko interesów korporacji, ale i interesy osób prowadzących indywidualne praktyki lekarskie czy pielęgniarskie. W charakterze obserwatorów powinni też być przedstawiciele organizacji świadczeniodawców z danego terenu, choć wiem, że nie tak łatwo ustalić, jaką m.in. liczbę podmiotów z danego terenu mieliby reprezentować. A może organizacje ogólnopolskie, o których mowa w art. 137 mogłyby delegować lokalnych przedstawicieli jako obserwatorów?
8. Potrzebna jest stabilizacja zasad kontraktowania, dlatego wskazane jest określenie, jak często będą mogły być zmieniane ogólne warunki umów, które ma określić minister zdrowia w drodze rozporządzenia. Jednocześnie należy pamiętać, że to ogólne zasady nie mogą ulegać zmianie (owe ogólne warunki umów). Ponieważ nie ma prawnej definicji tych warunków, w przyszłym rozporządzeniu, konsultowanym ze świadczeniodawcami, będzie istniała dowolność ustaleń. Ale generalne zasady powinny być w miarę stabilne, stąd potrzebny jest zapis o tym, że te warunki mogą być zmieniane, ale nie częściej niż raz na określony czas. W przyszłości, gdy strona podażowa będzie bardziej ustabilizowana a kontrakty będą wieloletnie, zapis o stabilizacji ogólnych warunków umów nie będzie tak bardzo potrzebny. W najbliższych latach należy dołożyć starań, aby świadczeniodawcy nie doświadczyli negatywnych skutków zmiany zasad kontraktowania co roku, bez wcześniejszej zapowiedzi.
9. Pracując w zespole ekspertów powołanym przez ministra Sikorskiego proponowałam, a zespół podzielił tę opinię, aby obiektywizować zasady podziału środków między oddziały. Obiektywizacja powinna nie tylko sprzyjać ograniczeniu dowolności i podejrzeń o wpływ nieformalnych grup nacisku, w tym ze strony świadczeniodawców działających na danym terenie, ale także zapewnieniu równych szans dostępu dla mieszkańców różnych terenów, mimo różnic w nasyceniu ich zakładami opieki zdrowotnej. Zwracaliśmy też uwagę na konieczność ewolucyjnego, a nie radykalnego procesu wyrównywania różnic w dostępie do świadczeń. Radykalna zmiana mogłaby wywołać destabilizację w systemie, bo zasoby i struktura świadczeń już bardzo silnie zostały zdeterminowane sumą środków, jaką dysponowały dotychczas poszczególne oddziały, a wcześniej kasy chorych. Dlatego należy pozytywnie ocenić zapis, że przy uwzględnianiu podanych wskaźników przy tworzeniu planu finansowego dla oddziałów, suma na rok następny nie może być mniejsza jak w roku poprzednim (choć jest tu optymistyczne założenie, że nie spadną przychody ze składek, a gdyby spadły, to należy mieć świadomość, że taki zapis może wymuszać wydatkowanie środków z budżetu na pokrycie tych niedoborów). Tylko sumy wyższe aniżeli z roku ubiegłego, a przeznaczone do dyspozycji oddziałów byłyby więc dzielone z uwzględnieniem tych wskaźników. Jeśli pozostanie zasada, że dany oddział finansuje również leczenie mieszkańców z innych regionów, jeśli wybrany przez nich zakład mieści się na terenie danego oddziału, to przy ustalaniu środków do dyspozycji oddziału

musi być brany pod uwagę międzywojewódzki ruch pacjentów. Nie ma wiarygodnych rachunków symulacyjnych, na podstawie których można by ocenić, jak różne wartości wskaźników korygujących zmieniłyby poziom środków w tych oddziałach. W ustawie należy więc zostawić tylko ogólny zapis o rodzaju wskaźników, które powinny być uwzględniane. Przy tworzeniu rozporządzenia będzie też duża trudność w ustaleniu wskaźników korygujących z tytułu ruchu pacjentów, nie mamy bowiem jeszcze odpowiednich informacji o kosztach leczenia według procedur w połączeniu z miejscem zamieszkania pacjenta. Ale nawet przybliżona wartość uwzględniana w korektach jest lepsza aniżeli żadna. Zasada pozostawiania sumy środków dla oddziałów na poziomie roku ubiegłego i dzielenie jedynie nadwyżki według nowych zasad może uruchomić silną presję oddziałów w roku bieżącym i następnym na taki podział środków ze składek i z ewentualnego wzrostu przychodów w ciągu roku, aby mieć jak najlepszą pozycję w latach następnych. Na takie zachowania należy zwracać uwagę w dyskusjach na temat planu finansowego na rok 2005 i jego zmianach w ciągu roku.

10. Dla wzmocnienia roli podstawowej opieki zdrowotnej w systemie nie jest dobrym rozwiązaniem to, że opieka po godz. 18 oraz w niedziele i święta będzie mogła być zapewniana przez inne podmioty. Ale skoro podjęto już taką decyzję, to musi być zachowana równość tych różnych podmiotów w pozyskiwaniu środków na ten rodzaj świadczeń. Oznacza to, że na ten rodzaj świadczeń powinien być ogłaszany konkurs ofert i odrębna umowa, nawet wtedy, gdy konkurs wygra podmiot zapewniający opiekę podstawową do godz. 18. W obecnych zapisach zostawia się oddziałom NFZ dowolność, czyli może być odrębna umowa, ale nie musi, co mogłoby oznaczać, że niektóre podmioty liczyłyby na środki na ten rodzaj opieki jako dodatek do umów na POZ do godz. 18, bez postępowania w konkursie ofert.

sierpień 2004 r.

**Wyrażone w materiale opinie odzwierciedlają jedynie poglądy autora.**

**© Copyright by Kancelaria Senatu, Warszawa 2004**

**Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część ani całość opracowania nie może być bez zgody wydawcy - Kancelarii Senatu – reprodukowana, użyta do innej publikacji oraz przechowywana w jakiegokolwiek bazie danych.**