

Co nas czeka w roku 2016

NOWE PRZEŁOŻENIE

WAJCHY

Rok 2016 jawi się nam jako rok wielkiej niepewności. Z jednej strony – zmęczenie dotychczasową polityką zdrowotną, z drugiej – wątpliwości, jakie skutki może mieć polityka PiS firmowana przez Konstantego Radziwiłła.

Nie wiemy, co nas czeka w 2016 r. z powodu „przełożenia wajchy”, jak to kiedyś wdzięcznie ujął Donald Tusk, ale także z powodów czysto finansowych. Czy będzie lepiej, czy jednak znowu gorzej? – oto pytania na dziś.

Na zdrowie

W 2015 r. doczekaliśmy się jednej z bardziej radykalnych zmian politycznych w naszej ostatniej historii. Zwycięskie Prawo i Sprawiedliwość chce przeprowadzić zmiany dotyczące praktycznie wszystkich funkcji państwa. Możemy się emocjonować walką o Trybunał Konstytucyjny, zastanawiać nad ustawami nakładającymi podatki na banki i sklepy wielkopowierzchniowe, obserwować zmiany w instytucjach państwowych i spółkach Skarbu Państwa. Ale i tak najważniejsze dla lekarzy jest to, co się zmieni w sposobie sprawowania opieki zdrowotnej nad Polakami. Czy zmiany ułatwią nam pracę, pomogą uczynić ją lepszą i pozwolą na poprawę naszych warunków materialnych? Dla pacjentów zaś – czy po zmianach poprawi się dostępność usług zdrowotnych i czy te usługi będą na lepszym poziomie?

Na zmiany czekamy w dwojaki sposób. Zastanawiamy się, czy przyniosą one poprawę strategiczną, długoterminową, ale też czy poczujemy je już w nadchodzącym roku, choćby niewielkie, ale jednak.

Humanizm

Profesor Karol Modzelewski użył kiedyś do opisu sprawowania władzy przez poprzednią ekipę rządową określenia „liberalizm biurokratyczny”. Istotę tego systemu opisał w odniesieniu do sposobu zarządzania szkolnictwem wyższym, ale główne jego cechy jak ułaj pasują także do sposobu zarządzania opieką zdrowotną. W najprostszym ujęciu stanowi on, że reguły funkcjonowania ustala rynek usług medycznych, cokolwiek miałby on oznaczać, ale każdy aspekt naszej działalności drobniawo regulują i kontrolują instytucje biurokracji państwowej. W sensie czysto strategicznym ten model nie miał żadnego sensu, bo nie wskazywał w żaden sposób celów naszej działalności, poza rynkowym poszukiwaniem i maksymalizacją zysku, a operacyjnie był jedną wielką udręką spowodowaną przez tworzenie sztucznych wymogów i procedur, które najczęściej nie służyły ani pacjentom, ani profesjonalistom medycznym. Oczywiście zgodnie z prawem Parkinsona służyły one tworzącym regulacje biurokratom, dając im pracę i sens życia.

Konstantemu Radziwiłłowi trzeba oddać, że od pierwszych dni swojego urzędowania mówi o konieczności przywrócenia humanizmu opiece zdrowotnej, wręcz wzywa do przywrócenia określenia „służba zdrowia” dla naszej działalności. To piękne i słuszne podejście, jednak zderzy się ono z wieloma przeciwnikami. Pierwszym będą struktury wychowane w liberalno-biurokratycznej rzeczywistości. Trzeba będzie przekonać pracowników Ministerstwa Zdrowia i Naro-

dowego Funduszu Zdrowia, którzy pewnie w przyszłości staną się w większości pracownikami urzędów wojewódzkich, że ich dotychczasowe postępowanie było niewłaściwe i muszą zrezygnować ze sporej części władzy nad innymi uczestnikami systemu. Tylko to będzie już tytanicznym zadaniem, bo mimo chęci likwidacji NFZ jakoś sobie nie wyobrażam tworzenia struktur publicznego płatnika z całkowicie nowych ludzi. Drugim przeciwnikiem będą, o dziwo, pracownicy systemu, którym od ponad piętnastu lat wciskano w głowy, że odpowiadają za stan finansowy firm, w których pracują. W niektórych wypadkach spowodowało to myślenie o nieuzasadnionych kosztach działalności,

CZEKAMY NA ZMIANY,

ZASTANAWIAJĄC SIĘ, CZY PRZYNIOSĄ ONE

POPRAWĘ STRATEGICZNĄ, DŁGOTERMINOWĄ,

ALE TEŻ CZY POCZUJEMY JE JUŻ W 2016 R.,

CHOĆBY NIEWIELKIE

niestety częściej wpływało na optymalizację przychodów poprzez wybieranie pacjentów, których leczenie było dobrze finansowane przez publicznego płatnika, bądź odpychanie tych, których leczenie było nieopłacalne. I proszę mi nie mówić, że takie zachowania nie są powszechne. Wystarczy sprawdzić, jak trudne jest przekazanie pacjenta z jednego szpitala do drugiego i wniknąć w przyczyny tych trudności. Trzecią grupą są coraz liczniejsi lekarze (ale nie tylko lekarze) przedsiębiorcy. Dla nich system, w którym można uzyskać całkiem sporą stopę zysku, jest pomimo barier biurokratycznych do strawienia. Próba przeformatowania go w taki sposób, że ich zyski zostaną potencjalnie ograniczone w celu zwiększenia dostępności usług na pewno wzbudzi ich protest. A przecież lekarzy przedsiębiorców w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest większość. I mają całkiem sprawnych przedstawicieli, że wskażę tylko Porozumienie Zielonogórskie.

Mówienie w tej chwili o hipokratejskim powołaniu, zwłaszcza w warunkach bezwzględnego braku zasobów – finansowych i ludzkich, może nie znaleźć zbyt wielu zwolenników. Nie ma wystarczającej liczby profesjonalistów medycznych na rynku pracy, więc to oni dyktują warunki. Nie ma wystarczającego finansowania systemu i sterowania nim, więc toczy się brutalna walka o deficytowe pieniądze pomiędzy konkurującymi jednostkami.

Czy Konstantemu Radziwiłłowi uda się przywrócić humanizm medycynie i wyrwać system z twardych relacji cena–zysk, które utrwały się przez ostatnie kilka lat, czy też jego wezwania pozostaną retoryką, przy-słowiowym zawracaniem Wisły kijem – czas pokaże.

Strategia zmiany

Nowa ekipa deklaruje trzy podstawowe filary sanacji systemu: odtworzenie zasobów ludzkich, zwiększenie finansowania i przywrócenie dialogu społecznego. Można krótko powiedzieć – i o to chodzi. Tyle że brakuje konkretów. Odtworzenie zasobów ludzkich na razie ma dotyczyć wyłącznie lekarzy. Cieszy deklaracja zwiększenia liczby studentów medycyny o 15 proc. już od roku akademickiego 2016/2017 z potrzebnym zwiększeniem finansowania uczelni medycznych. Mam nadzieję, że to pierwszy krok, bo jest to liczba ciągle za mała, a ponadto będziemy czekać ponad 10 lat, aż pierwszoroczny student zostanie specjalistą. Tak samo cieszy informacja, że liczba rezydentur będzie równa liczbie absolwentów uczelni, ale i tu poczekamy 5, 6 lat na pojawienie się większej liczby specjalistów na rynku pracy. Nie padła jeszcze podobna informacja dotycząca kształcenia zwiększonej liczby pielęgniarek i innych

deficytowych profesjonalistów medycznych, a bez nich system nie będzie działał prawidłowo.

Jeśli chcemy, aby nowo wykształceni pracownicy podjęli pracę w zawodzie, zwłaszcza w Polsce, trzeba im zagwarantować konkurencyjne warunki wynagradzania, to zaś wymaga zwiększenia zasobów finansowych. I to jak najszybciej, bo skala emigracji lekarzy i pielęgniarek oraz procent niepodejmujących pracy po studiach (zwłaszcza pielęgniarek) są stanowczo zbyt duże. I tak miękko przeszliśmy do drugiego filaru. Zwiększenie zasobów finansowych ma spowodować dwa efekty: zwiększenie dostępności dla pacjentów i poprawę warunków materialnych pracowników opieki zdrowotnej. Wynika z tego, że nie tylko trzeba zwiększyć pulę pieniędzy w systemie, aby móc wykonać więcej usług, ale te usługi będą siłą rzeczy droższe. Jest oczywiste, że potrzebna jest właściwa dystrybucja pieniędzy w systemie, której nie zapewniał dotychczasowy model rynkowy, który powodował ich rozpraszenie. Znowu wypada mieć nadzieję, że prace nad mapami potrzeb zdrowotnych, które mają umożliwić właściwą alokację funduszy, nabiorą nowego impetu i zyskają nową jakość. Mimo to ze zwiększaniem zasobów finansowych nie wolno zwlekać do

Adam Koziarkiewicz ekspert ochrony zdrowia

Czeka nas rok poświęcony bardziej dyskusjom niż decyzjom. Chyba najważniejszą z zapowiadanych zmian jest postulat zastąpienia składki ubezpieczeniowej podatkiem zdrowotnym. Przejście na system budżetowy rodzi obawy, że tak jak w przeszłości o wysokości kwot przeznaczanych na ochronę zdrowia decydować będzie nie minister zdrowia, ale minister finansów. Cokolwiek by powiedzieć o obecnym systemie, jest on w miarę prze-



Fot. Marek Lapis

widywalny. W nowym, budżetowym, z roku na rok będzie można przesuwac fundusze na różne cele, a zdrowie nie zawsze musi być priorytetem. Obawiam się powrotu czasów, w których zdrowie może być uznane za niepriorytetowe.

Czeka nas też spory zawód. Wszystko wskazuje na to, że nie dojdzie do wielkiego kontraktowania, ale jedynie do aneksowania obowiązujących kontrak-

tów. A to oznacza, że inwestycje poczynione w ostatnich latach mogą nie zostać uwzględnione w planach wydatków NFZ.

Jacek Krajewski prezes Porozumienia Zielonogórskiego

Wydaje się, że najszybciej doczekamy się bezpłatnych leków dla osób powyżej 75. roku życia. Dużo czasu spędzimy także, dyskutując na temat strategii do roku 2020. Ta dyskusja jest w Polsce niezwykle potrzebna i cieszę się z zapowiadanych przez ministra bardzo szerokich konsul-



Fot. Wojciech Surtziel/Agencja Gazeta

tacji z wszystkimi interesariuszami. To właściwa droga, tego brakowało.

Mam także osobiste nadzieje na rok 2016. Chodzi o ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej. Przygotowujemy się do pogłębionej i być może długotrwałej debaty na temat tej ustawy i roli POZ w całym systemie. Wierzę jednak, że rok 2016 będzie w tej sprawie rokiem nie tylko debaty.

czasu utworzenia map, bo pieniądze na działalność, szczególnie w wypadku szpitali, są potrzebne tu i teraz. W późniejszym czasie można się silić na poprawę efektywności ich wydawania. Tymczasem słyszymy raczej o modyfikacjach sposobu pozyskiwania pieniędzy, o zmianie finansowania z ubezpieczeniowego na budżetowy, o wprowadzeniu powszechnego podatku zdrowotnego, o likwidacji NFZ i wprowadzeniu nowego płatnika w strukturach urzędów wojewódzkich. Nie ma natomiast do tej pory żadnej informacji, czy finansowanie zwiększy się w jakimkolwiek stopniu w roku 2016 czy w kolejnych latach.

Trzeci filar to dialog pomiędzy rządzącymi a uczestnikami systemu, w tym pacjentami. Tutaj możemy być dobrej myśli, bo dialog ten Konstanty Radziwiłł deklaruje wręcz nieustannie. Także jego informacje, że wszelkie zmiany dotyczące organizacji opieki zdrowotnej będą konsultowane już w trakcie ich opracowywania, pozwalają podtrzymywać ten optymizm.

**TRZEBA BĘDZIE PRZEKONAĆ PRACOWNIKÓW
MINISTERSTWA ZDROWIA I NFZ, KTÓRZY PEWNI
W PRZYSZŁOŚCI STANĄ SIĘ W WIĘKSZOŚCI
PRACOWNIKAMI URZĘDÓW WOJEWÓDZKICH,
ŻE ICH DOTYCHCZASOWE POSTĘPOWANIE
BYŁO NIEWŁĄCZNE**

Czy liderom można ufać

Skład gabinetu Konstantego Radziwiłła, gdybyśmy mieli brać pod uwagę tylko merytoryczne umiejętności jego wiceministrów, należy oceniać bardzo pozytywnie. Pojawiające się tu i ówdzie uszczypliwości, że poszcze-

Jarosław J. Fedorowski prezes Polskiej Federacji Szpitali

To kolejny rok, w którym odsunięte zostanie kontraktowanie. I to duży zawód dla wszystkich szpitali, które zainwestowały w rozwój. Ale z pewnością nowy rok budzi nadzieje. Przede wszystkim chciałbym przypomnieć, że będzie to rok, w którym wykonamy gigantyczną pracę związaną z taryfikacją świadczeń medycznych. Nie wiem, czy dokończymy, ale z pewnością pogłębimy dyskusję o kształcie sieci szpitali w Rzeczypospolitej. Koor-



Fot. Archiwum

dynowana opieka zdrowotna to kolejna z zapowiedzi nowego ministra – będzie ona tematem na przykład kolejnego Hospital Management. Rzeczywiście trudno odmówić racji argumentom, że pacjent w systemie ochrony zdrowia jest osamotniony, warto zająć się tym, by taki nie pozostawał, by system chronił jego zdrowie w sposób bardziej kompleksowy, zaplanowany. Dobrą wiadomością jest i to, że wzrosną wydatki na ochronę zdrowia. Zresztą trudno byłoby wyobrazić sobie odwrotną sytuację. Koszty rosną, rosną także oczekiwania i wymagania społeczeństwa wobec systemu.

Krzysztof Kuszewski ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia i szpitalnictwa

Co nas czeka w 2016 r. w ochronie zdrowia? Niestety. Bo tylko tym słowem można określić dążenie do zmiany systemu ubezpieczeniowego na budżetowy. Obawiam się, że nastąpi regres w całej ochronie zdrowia. Obecne władze w ministerstwie odwołują się do modelu skandynawskiego. Gdyby rzeczywiście o takim modelu myślały –



Fot. Wojciech Ollusznik/Agencja Gazeta

pół biedy. Model skandynawski opiera się na silnych samorządach, na regionach. Tymczasem zgodnie z zapowiedziami ochrona zdrowia będzie się opierać nie na samorządach, ale na władzy centralnej.

Co budzi nadzieję: możliwe, że obecna władza skończy na zapowiedziach i gdy zmierzy się z materią, zrezygnuje. Dodatkowych nadziei upatrywałbym w zapowiedziach zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. To nieodwracalna konieczność. Pojawiają się nowe technologie, warto w nie inwestować.

gólni jego członkowie byli wcześniej zwolennikami bardziej rynkowych rozwiązań bądź opowiadali się za systemem ubezpieczeniowym, nie mają większego znaczenia. Każdy ma prawo do modyfikacji poglądów, a znajomość systemu Jarosława Pinkasa, Piotra Gryzy czy Krzysztofa Łandy jest gwarancją, że nie będą oni popełniać błędów wynikających z braku wiedzy i zacierzenia w chęci zmiany dla zmiany. To samo dotyczy pozostałych wiceministrów.

Istnieją jednak pewne wątpliwości. Dlaczego nikt z tzw. jądra PiS nie wszedł do gabinetu? Dlaczego nie byli tym zainteresowani Bolesław Piecha i Stanisław Karczewski? Ich obecność mogłaby świadczyć, że opieka zdrowotna jest jednym z priorytetów rządu i bez wątplenia wzmocniłaby resort zdrowia. Dodatkowym pytaniem jest, dlaczego Andrzej Sośnierz, kandydujący z ugrupowania Jarosława Gowina, odsunął się na bok. Znowu wypada mieć nadzieję, że ekipa Konstantego Radziwiłła nie tylko będzie sprawna, lecz także będzie miała siłę, by sprawy systemu skutecznie forsować w Radzie Ministrów i Sejmie.

POZA NIELICZNYMI KONKURSAMI

NA TZW. BIAŁE PLAMY STRUKTURA UDZIELANIA

ŚWIADCZEŃ PRZEZ KOLEJNY ROK

BĘDZIE ZAMROŻONA

Co nas czeka w 2016 r.

Niezależnie od strategii zmian dla wszystkich się liczy także tu i teraz. A rok 2016 na razie nie przedstawia się zbyt ciekawie. Nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych przedłuży związanie umową szpitali i przychodni do 30 czerwca 2017 r. Po raz kolejny wracając do strategii – ma to głęboki sens. Nowe konkursy przeprowadzi nowy płatnik na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Oczywiście jeżeli powstanie zarówno płatnik, jak i mapy. Oznacza to jednak także, że poza nielicznymi konkursami na tzw. białe plamy struktura udzielania świadczeń przez kolejny rok będzie zamrożona. Sprawia to ponadto, że wszyscy będziemy żyli w przewlekłej niepewności co do warunków finansowania naszych usług. W listopadzie negocjowano warunki finansowania tylko pierwszego półrocza 2016 r. W maju 2016 r. czekają nas negocjacje drugiego półrocza, ponieważ nie będzie jeszcze planu finansowego NFZ na 2017 r. W listopadzie ponowne negocjacje na pierwsze półrocze 2017 r., a w pierwszym półroczu kolejnego roku – konkursy. Pomijając mitrę przygotowywania ofert, ciekaw jestem, ilu zarządców i przedsiębiorców

wytrzyma to nerwowo. Jak w takich warunkach prowadzić jakiegokolwiek sensowne planowanie działalności? Jak pozyskać kredytowanie, w tym inwestycyjne? To wcale nie są detale.

Kolejnym istotnym problemem jest nieszczęsna podwyżka dla pielęgniarek. Jest oczywiste, że jak powiedział sam Konstanty Radziwiłł, *pacta sunt servanda*, pielęgniarki tę podwyżkę powinny otrzymać. Tyle że podwyżka ta, po pierwsze, konsumuje znaczne fundusze z NFZ przeznaczone na leczenie chorych, po drugie, formuła jej wprowadzenia rozporządzeniem ministra zdrowia jest wątpliwa prawnie, po trzecie, doprowadziła do zróżnicowania pracowników, np. nie dotyczy innych zawodów medycznych ani nawet pielęgniarek zatrudnionych po 15 września 2015 r. Wady tego rozwiązania można wyliczać jeszcze długo. Biorąc jednak pod uwagę, że podwyżka jest krocząca i rozłożona na kolejne trzy lata, można się spodziewać, że jej skutki będą coraz bardziej dotkliwe dla systemu. Więść gminna niesie, że w czasie negocjacji w listopadzie dyrektorzy NFZ, by zakontraktować usługi, sięgnęli po pieniądze na II półrocze 2016 r. Jeżeli więc nie wzrośnie finansowanie systemu, już w maju możemy dostać gorsze warunki na II półrocze niż obecnie wynegocjowane. Ogólnopolskie Porozumienie Szpitali Powiatowych złożyło propozycję, by podwyżka ta, niezależnie od formy, w jakiej będzie wypłacana, była finansowana z budżetu państwa, by nie ograniczać pieniędzy na leczenie pacjentów. Znowu wypada mi wierzyć, że rząd się do tego przychyli. Zwłaszcza że formuła podwyżki, tzw. brutto-brutto, sprawia, że niemal jej 50 proc. trafia z powrotem do ZUS, budżetu państwa i w części, w formie składki zdrowotnej, do NFZ.

Kwota wolna od podatków

Kolejnym zagrożeniem jest podwyższenie kwoty wolnej od podatku. Co prawda z kręgów rządowych płyną informacje, że wzrośnie ona dopiero od 2017 r. i może być zróżnicowana w zależności od dochodów. Równocześnie jest orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego dające rządowi czas do listopada 2016 r. Na koniec jest projekt prezydencki podnoszący tę kwotę do 8000 zł od stycznia 2016 r. W zależności od tego, która opcja będzie realizowana, można się spodziewać wpływu na budżet NFZ. Poprzez obniżenie bazy opodatkowania spadnie istotnie wysokość składki zdrowotnej, szacowana przy przyjęciu wersji prezydenta na nawet 4 mld zł. Czy ktokolwiek z rządzących przewidział, jaki to może mieć wpływ na ledwie dyszący finansowo system?

No i na koniec jeszcze jeden ze sztandarowych projektów PiS, darmowe leki dla seniorów. Znowu – projekt szlachetny i mający swoje odpowiedniki w innych rozwiniętych krajach. Nie mam zamiaru nawet pytać, czy nas na niego stać i jak go wprowadzić, żeby nie



PUBLICZNYCH ODPOWIEDZI NA POSTAWIONE

PYTANIA I PEWNE DZIESIĄTKI INNYCH

POWINNA UDZIELIĆ PREMIER

POLSKIEGO RZĄDU, MAJĄC U BOKU

KONSTANTEGO RADZIWIŁŁA

Fot. Sławomir Kamiński / Agencja Gazeta

spowodował nadużyć. Z tym ostatnim problemem pewnie będzie sobie musiał poradzić Krzysztof Łanda. Ale projekt ma kosztować kolejne 500 mln zł i jak się można spodziewać, będzie musiał być sfinansowany przez NFZ. To kolejny ubytek na przyszły rok.

Funkcja czasu

Nowa ekipa ma dobre zamiary. Wypada mi przy najmniej w to wierzyć. Stoi jednak przed nią ogromnie trudne zadanie. Musi sobie poradzić z działaniami długoterminowymi: zwiększeniem finansowania, odtworzeniem i pomnożeniem liczby profesjonalistów medycznych, odbudową zaufania społecznego. Projekt przebudowy systemu to też zadanie na kilka lat, zwłaszcza że zmiany muszą być sensowne i stanowić wynik konsensusu społecznego. Tymczasem musi sobie poradzić także z problemami krótkoterminowymi, tymi na najbliższy rok. Najważniejsze z nich to stworzenie swoistej kroplówki finansowej dla systemu. Wiem oczywiście, że dla rządu PiS najważniejszym zadaniem dzisiaj jest realizacja obietnic wyborczych, wśród których jest program 500 zł na dziecko, obniżenie wieku emerytalnego i zwiększenie kwoty wolnej od podatku. Trzeba to zrobić, utrzymując równowagę finansów publicznych. Wśród priorytetów, poza pro-

gramem darmowych leków dla seniorów, trudno szukać projektów związanych z opieką zdrowotną. Ale jeśli system nie otrzyma wsparcia finansowego już w 2016 r., skala problemów może się zwielokrotnić. Problem zadłużenia szpitali i przychodni będzie narastać wraz z nieuchronnymi kosztami finansowymi obsługi zadłużenia. Będą się mnożyć spory pracownicze. Z uwagi na starzenie się społeczeństwa będzie trzeba udzielać coraz więcej usług, a nie będzie za co tego zrobić. W coraz większym stopniu nie będzie także miał kto ich wykonać, bo starsi pracownicy będą odchodzić z zawodu, a nikły na razie strumyk absolwentów będzie unikał pracy w polskich realiach. Tego problemu nie da się przez kolejne lata zamykać pod dywan.

Myślę, że publicznych odpowiedzi na postawione tu pytania i pewnie dziesiątki innych powinna udzielić premier polskiego rządu, mając u boku Konstantego Radziwiłła. Jeżeli sposób sprawowania opieki zdrowotnej ma być rządowym priorytetem, powinniśmy usłyszeć w nieodległym czasie, co i kiedy będzie zrobione. A także na co możemy liczyć, by do tych lepszych czasów doczekać. Inaczej żadna zmiana języka, żadne propagowanie określenia „służba zdrowia” nic nie pomoże.

Maciej Biardzki