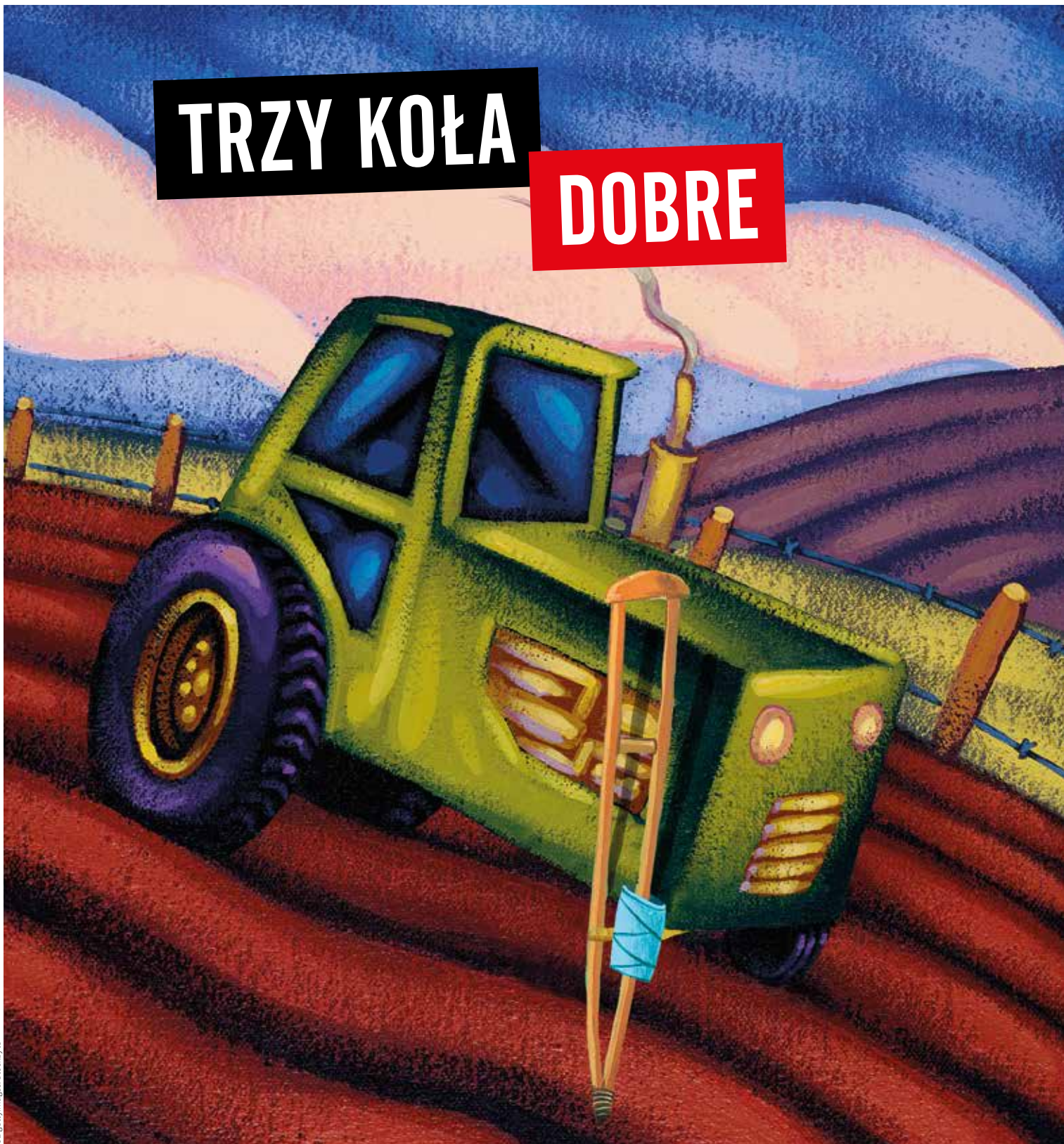


Czy czeka nas powrót medycznego PRL

TRZY KOŁA

DOBRE



Kości zostały rzucone. Minister Radziwiłł przedstawił swój program zmian w służbie zdrowia. *To powrót do czasów PRL* – alarmują krytycy. Czy na pewno? I czy to źle czy dobrze, i jaki w zasadzie jest ten plan? Przedstawiamy analizę Macieja Biardzkiego.

Przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia projekt zmian w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej zawiera wiele istotnych elementów, a równocześnie pozbawiony jest rozwiązań szczegółowych. Sprawia to, że jest dobrą płaszczyzną do dyskusji, ale każde ogniwo można do woli chwalić i krytykować, ponieważ nie wiemy, w jaki sposób będą one skonstruowane. Niestety, co najmniej jeden element – o którym na końcu – jest w sposób istotny wadliwy bez dyskusji o szczegółach. Sprawia to, że nie można mówić jak w słynnym skeczu Zenona Laskowika, że trzy koła są dobre, ale trzeba mieć świadomość, że po prostu traktor nie pojedzie.

Wady i zalety

Wielokrotnie, także na łamach „Menedżera Zdrowia”, przedstawiałem swoje skromne uwagi dotyczące wad obecnych rozwiązań, poddając pod dyskusję rozwiązania alternatywne. Nie da się ukryć, że model zaproponowany przez Konstantego Radziwiłła wykazuje znaczną konwergencję z moją wizją docelowego systemu. Z tego powodu nie mam zamiaru go krytykować, lecz zwrócić uwagę na jego największe zalety, ale też mogące się pojawić zagrożenia. A największym zagrożeniem operacyjnym jest krótki czas, jaki przewidziano na jego realizację. Wiele ważnych elementów ma wejść w życie od 1 lipca 2017 r. To mniej niż rok, a przygotowanie rozwiązań szczegółowych oraz dostosowanie się do nich przez wykonawców może wymagać więcej czasu. Obawiam się, aby nie wprowadzono ich na rympał, jak znacznie mniej skomplikowany pakiet onkologiczny, bo szkody mogą wtedy znacznie przekroczyć korzyści, zwłaszcza w pierwszym okresie funkcjonowania nowego modelu. Ale przejdźmy do najważniejszych zagadnień.

Komuna czy rozwinięta Europa

Wśród powszechnie artykułowanych zarzutów wobec ministra dominuje ten, że chce on zlikwidować owoce reformy systemu przeprowadzonej przez rząd Jerzego Buzka, przywracając system rodem z PRL. Prawdę mówiąc, bardziej trywialny zarzut trudno sobie wyobrazić. Po pierwsze, od 1999 r. kroczymy od kryzysu do kryzysu, zaś zadowolenie obywateli z jakości opieki zdrowotnej osiągnęło poziom mułu. Systemy zabezpieczeniowe w Wielkiej Brytanii czy Skandynawii, do których odwołuje się Konstanty Radziwiłł, nie są doskonałe, lecz działają wielokrotnie lepiej niż w Polsce. Mało tego, biorąc pod uwagę tzw. obiektywne wskaźniki zdrowotności, jak np. umieralność okołoporodowa, działają one lepiej niż w USA. A przecież właśnie amerykańska swoboda działalności jest wznoszona jak sztandar przez piewców rynkowych regulacji w opiece zdrowotnej.

Nieco zabawne jest to, że twórca systemu zabezpieczeniowego w Wielkiej Brytanii, lord Beveridge,

NAJWIĘKSZĄ SŁABOŚCIĄ PLANU

JEST PROPOZYCJA

TEMPA WZROSTU NAKŁADÓW

rzeczywiście czerpał inspiracje z systemu działającego w Rosji Radzieckiej. Przykre to, ale w tamtych czasach kraje kapitalistyczne nie dysponowały praktycznie żadnymi systemami opieki zdrowotnej. Tyle że system Beveridge'a nie był kopią, ale twórczym rozwinięciem tego, co zaobserwował w kraju komunistycznym. Jest to o tyle ciekawe, że Wielka Brytania jest krajem wielokrotnie bardziej liberalnym gospodarczo od krajów Europy kontynentalnej, a z jakichś powodów przyjęła i utrzymuje w opiece zdrowotnej takie właśnie rozwiązania. I nie przeszkadzają one wielu polskim lekarzom wyjeżdżać tam do pracy. Jeżeli w Polsce nie będziemy patrzeć krytycznie na stan obecny, nie będziemy czerpać z benchmarków, a tylko je etykietować, to mało możliwe, abyśmy cokolwiek zmienili.

Komu przysługuje opieka

Pierwszym filarem „planu Radziwiłła” jest objęcie wszystkich obywateli Polski i zamieszkujących



Fot. PAP/Łeszek Szymański

Anna Szczerbak

członek zarządu Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali

Z wieloma postulatami i celami planu ministra Radziwiłła nie sposób się nie zgodzić, na realizację innych wręcz czekali-

śmy latami. Ale najistotniejszą wadą planu jest jego strona finansowa. To, co proponuje minister, bywa określane przez ekspertów jako gruntowny remont. Na taki remont potrzebne są jednak pieniądze, i to dużo pieniędzy. A tych po prostu nie ma, w planie nie wskazuje się, skąd je wziąć. A bez nich nie będzie możliwe skrócenie kolejek, polepszenie dostępu do leków, lekarzy, diagnostyki, terapii, szczególnie tych najbardziej innowacyjnych. Bez pieniędzy szybko się okaże, że prawdziwa reforma polskiej ochrony zdrowia jest niemożliwa, a możliwe jest jedynie coś, co można określić słowami *retusz* lub *face lifting*. Wypada zatem oczekiwać na uzupełnienie propozycji ministra Radziwiłła konkretnym i wyczerpującym planem finansowym. Inaczej szybko się okaże, że z braku pieniędzy z pomysłów reformatorskich trzeba będzie zrezygnować, a my zabrnijemy w kolejny tzw. okres przejściowy.



Fot. gettyimages/Chris Andrews

OD 1999 R. KROCZYMY

OD KRYZYSU DO KRYZYSU,

A ZADOWOLENIE OBYWATELI

Z JAKOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ

OSIĄGNĘŁO POZIOM MUŁU

w Polsce, ale też uiszczających tu daniny publiczne obywateli – prawem do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Pozwolę sobie w tym momencie na poflirtowanie z konstytucją RP. Prawa obywatelskie i obowiązki państwa w tej dziedzinie opisuje art. 68 ustawy zasadniczej. Jego ustęp pierwszy brzmi: „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Ustęp drugi mówi z kolei, że „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Literalnie czytając konstytucję, nie ma możliwości wykluczenia kogokolwiek z przysługujących mu zgodnie z ustępem pierwszym praw. Możliwe jest najwyżej ustawowe ograniczenie tych praw na równych zasadach wszystkim. A jednak mamy liczną rzeszę osób, które jako nieubezpieczone (o czym nie wspomina konstytucja) są tych praw pozbawione. Mało tego, wręcz ustawowo pozbawiono tych praw np. osoby zatrudnione na umowy o dzieło. Płacą one podatki, ale od podatku nie odlicza się im składki zdrowotnej, nakazując ubezpieczać się dobrowolnie. Jest to siłą rzeczy dodatkowa danina, którą muszą ponieść, więc mówienie o równych zasadach dostępu do ochrony zdrowia w ich przypadku wygląda bardzo wątpliwie. Aż trudno uwierzyć, że nigdy na poważnie nie zajął się tym problemem Trybunał Konstytucyjny. Na dowcip zaś zakrawa, że we własnej sprawie Trybunał kwestionuje kolejne ustawy regulujące jego prace, odwołując się bezpośrednio do konstytucji, tu natomiast pozwala na ustawowe odbieranie obywatelom konstytucyjnych praw. Ale cóż, w Polsce zgodność z prawem ocenia najczęściej ten, kto prawo stanowi.

Proponowany przez Konstantego Radziwiłła model, w którym opieka zdrowotna przysługuje na równych prawach wszystkim, przecina ten wcześniejszy węzeł gordyjski. Wymaga jednak zmiany formuły finansowania opieki zdrowotnej z systemu składkowego na system bezpośredniej płatności z budżetu państwa, czyli tak czy owak z płaconych przez obywateli i podmioty gospodarcze podatków. Przyjęta przez projektodawców idea stworzenia funduszu celowego, na który państwo będzie co roku przekazywać kwotę sztywno powiązaną z PKB, pozwala w dużym stopniu ograniczyć niebezpieczeństwo wolicjonalnego obcinania tych środków przez twórców budżetu. Model ten zmniejszy też istotnie tzw. koszty transakcyjne, związane z procedurą naliczania i przekazywania pieniędzy do NFZ. Wystarczy przypomnieć, że same koszty naliczania i przekazywania funduszy z ZUS do NFZ to ponad 100 mln zł rocznie. Zniknie też poczucie niesprawiedliwości związane z tym, że wiele grup społecznych płaci składkę nieadekwatnie niską w stosunku do swoich przychodów, a korzysta z systemu na równych prawach, że wskaże tu chociażby rolników.

Podstawowa opieka zdrowotna

Jasne określenie, że priorytetem jest podstawowa opieka zdrowotna, to posunięcie nie tylko rozsądne, ale też świadczące o tym, że system ma być zorientowany na pacjentów, a nie na jego najsilniejszych uczestników. Dla większości bogatych krajów, łożących na system niewspółmiernie więcej niż Polska, zupełnie naturalne jest, że pieniądze należy kierować tam, gdzie wykonuje się największą liczbę usług zdrowotnych, a także tam, gdzie leczenie jest stosunkowo najtańsze. Stąd dobre finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej, lecznictwa ambulatoryjnego i szpitali lokalnych. Dotychczas

sowy system w Polsce stanowił nie klasyczną piramidę, ale piramidę odwróconą, gdzie największy nacisk i nakłady finansowe kierowano nie na profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób, lecz na medycynę naprawczą realizowaną w największych ośrodkach. Stąd długie kolejki oczekujących i marne wyniki leczenia odległego.

Niezwykle odważnym posunięciem jest chęć stworzenia w Polsce systemu zbliżonego do brytyjskiego *GP fundholdera*, w którym to lekarz rodzinny decyduje o potrzebie wykonania określonej diagnostyki i niezbędnych konsultacjach specjalistycznych. Ma mieć do tego specjalny kapitałowy fundusz powierzony, z którego będzie mógł korzystać, nie mając jednocześnie prawa przejąć tych pieniędzy dla siebie. Model ten, wraz z opieką koordynowaną, może w końcu uzdrowić patologię ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego. Nie oszukujmy się, dotychczasowe kolejki nie są związane tylko z obiektywnym brakiem pieniędzy. Do ich przyczyn należą też: nadużywanie opieki specjalistycznej przez pacjentów wynikające z ich braku zaufania do lekarzy rodzinnych, nadmierna liczba skierowań generowanych przez tych ostatnich z powodu braku jakiegokolwiek odpowiedzialności finansowej, a także wielokrotne przyjmowanie przez specjalistów pacjentów ze stosunkowo banalnymi schorzeniami kosztem tych, którzy konsultacji specjalistycznych wymagają pilnie. Trzeba oczywiście odpowiednio wycenić konsultacje specjalistyczne, aby złożona diagnostyka, prowadzona w warunkach ambulatoryjnych, była możliwa do wykonania, a wtedy zmniejszy się też liczba hospitalizacji wynikających z potrzeby właściwej diagnozy i ustalenia terapii. Na koniec – *fundholding* zlikwiduje limity w opiece specjalistycznej, doprowadzi do konkurencji między specjalistami, a także spowoduje, że będą oni bardziej zainteresowani otwieraniem gabinetów w mniejszych miejscowościach, bo tam będą pacjenci i przypisany im fundusz powierzony. Efekt może być bardzo korzystny, ale oczywiście wszystko będzie zależało od szczegółowych rozwiązań.

Sieć szpitali i ich budżetowanie

O potrzebie utworzenia sieci szpitali zaspokajającej w rozsądny sposób potrzeby zdrowotne Polaków pisze się od dawna. Wystarczy przypomnieć, jak za jej stworzeniem optował prof. Zbigniew Religa. Od tego nie uciekniemy. Ważne jednak, abyśmy nie wylali dziecka z kąpielą, upierając się, że to mają być tylko szpitale publiczne. Szpitale mają działać w publicznym systemie, a kto jest ich właścicielem – ma drugorzędne znaczenie. Zwłaszcza że często szpitale niepubliczne świadczą usługi na lepszym poziomie, choć bywają przypadki wręcz przeciwne. Ustawa o działalności leczniczej nakazuje przekazywanie uzyskanej nadwyżki finansowej na działalność statutową, więc zawłaszczanie zysku przez właścicieli jest mocno ograniczone. Wracając jednak do zagadnienia sieci – właściwie

TWÓRCA SYSTEMU ZABEZPIECZENIOWEGO

W WIELKIEJ BRYTANII, LORD BEVERIDGE,

RZECZYWIŚCIE CZERPAŁ INSPIRACJE

Z SYSTEMU DZIAŁAJĄCEGO W ROSJI RADZIECKIEJ

skonstruowana może doprowadzić do tego, że liczba i rodzaj łóżek szpitalnych w przyszłości będą zgodne z potrzebami zdrowotnymi, a nie historią i lokalnymi ambicjami. Dzięki temu też można będzie doprowadzić do bardziej racjonalnego wykorzystania tych skąpych zasobów ludzkich, jakie posiadamy.

Także budżetowe finansowanie szpitali to jak najbardziej racjonalna zasada. W wielu europejskich krajach –



Fot. PAP/Wacław Obara

Marek Wójcik

ekspert Związku Miast Polskich i Związku Powiatów Polskich

Plan działań zaproponowany przez ministra Radziwiłła będzie w kwestiach strategicznych wyłączenie zmianą dla zmiany, która dobrą niestety nie będzie. Przede wszystkim dlatego, że na realizację tego planu nie ma pieniędzy. Minister jest w szachu, bo na znaczące zwiększenie nakładów na system ochrony zdrowia budżetu państwa nie będzie stać.

Chyba że za zmiany zapłacimy sami, jako podatnicy, na co się zresztą zapowiada. Wyraźnie trzeba to powiedzieć – propozycje resortu oznaczają podwyższenie obciążeń podatkowych Polaków o 7,75 proc., bowiem likwidowana ma być ulga w PIT z tytułu opłacania składki zdrowotnej.

Kolejny pomysł, na który nie stać państwa, to odejście od systemu ubezpieczenia zdrowotnego na rzecz prawa do świadczeń dla wszystkich „potrzebujących obywateli stale zamieszkałych w Polsce i innych mających legalne prawo pobytu w Polsce”. Czyli, parafrazując powiedzenie z czasów PRL: czy się stoi, czy się leży, ubezpieczenie zdrowotne się należy.

Likwidacja narodowego płatnika i powrót do systemu budżetowego nie przyniesie żadnej wartości dodanej. Z kolei integracja zarządzania opieką zdrowotną wyłącznie w rękach ministra będzie oznaczać powrót do centralnego sterowania. I patologiczną sytuację, w której tenże minister będzie sam planował działania systemu ochrony zdrowia, realizował je, a w końcu sam się kontrolował i oceniał.

zarówno tych z systemem ubezpieczeniowym, jak i zabezpieczeniowym – szpitale otrzymują coroczne budżety od płatnika. Dla nich powszechnie przyjęte grupy JGP nie są jednostkami rozliczeniowymi, lecz sprawozdawczymi. Jeżeli z wykonanych grup JGP wynika, że należy się szpitalowi dodatkowa zapłata bądź wzrost kontraktu na kolejne lata, jest to przedmiotem negocjacji z płatnikiem, a jeżeli szpital nie realizuje odpowiedniej liczby grup, kontrakt na kolejne lata zostaje obniżony. Jednocześnie nie ma sytuacji takich jak obecnie, gdy przy niewykonaniu w poszczególnych zakresach szpital otrzymuje środki poniżej 1/12 kontraktu albo płatność za pacjenta leczonego przez kilka miesięcy na OIOM-ie następuje po jego wypisie. Można dodatkowo zapomnieć o uciążliwych przesunięciach i bilansowaniach, które pozwalają za łaskawą zgodą NFZ wykorzystać optymalnie kontrakt.

Opieka kompleksowa i koordynowana

Do tej pory byliśmy skazani na nieszczęsne finansowanie na zasadzie *fee for service*, które powodowało, że zapominano o dalszym leczeniu pacjenta po wykonaniu niezwykle skomplikowanych, często heroicznych zabiegów. Można podać przykład bardzo często teraz przypominanych sukcesów kardiologii interwencyjnej, a jednocześnie frustrującej wszystkich śmiertelności odległej pacjentów poddanych tym zabiegom ze względu na brak rehabilitacji i prewencji wtórnej. Można przypomnieć, jak po wielkim sukcesie prof. Maciejewskiego z przeszczepem twarzy pacjenta niemal bezpośrednio po urazie – po kilku miesiącach okazało się, że pacjent nie ma dostępu do rehabilitacji finansowanej z funduszy publicznych. Na koniec wystarczy przypomnieć, że w powszechnie krytykowanym pakiecie onkologicznym wskazywano jednocześnie, że właśnie ustanowienie funkcji koordynatora, przewodnika pacjenta w jego chorobie, było rzeczą korzystną.

Dla naszego systemu opieki zdrowotnej, od lat skłupionego na wykonywaniu i rozliczaniu pojedynczych usług medycznych, pojęcia opieki kompleksowej bądź koordynowanej są całkowitą nowością. Zabieramy się do tego jak pies do jeża, próbując tworzyć własne modele, jak opiniowana ostatnio przez AOTM opieka nad pacjentami po zawale czy poddanych endoprotezowaniu. Może warto sięgnąć do rozwiązań z innych krajów, przynajmniej w tych zakresach, które można by zaadaptować względnie łatwo. Tak czy owak dobrze, że w planie Konstantego Radziwiłła podjęto i ten temat.

System finansowany z budżetu, nie ze składek

Nie ma znaczenia, w jaki sposób pieniądze trafiają do systemu, ale musi ich być wystarczająco dużo, aby po prostu mógł realizować swoje zadanie i godnie wynagradzać pracowników. Dlatego nie mam zamiaru rozdzierać szat nad zamianą finansowania ze składki ubezpieczeniowej na dotację z budżetu państwa. Co prawda

O KONIECZNOŚCI UTWORZENIA SIECI SZPITALI

ZABEZPIECZAJĄCEJ W ROZSĄDNY SPOSÓB

POTRZEBY ZDROWOTNE POLAKÓW

PISZE SIĘ OD DAWNA.

OD TEGO NIE UCIEKNIEMY

Fot. gettyimages/John Labbe

w systemie powiązany ze składką, jeżeli zatrudnienie i wynagrodzenia wzrastały bardziej niż w planie finansowym NFZ, pojawiały się dodatkowe pieniądze pozwalające na zwiększanie kontraktów w ciągu roku. Z drugiej strony jednak stały plan finansowy i stałe płatności związane z budżetowaniem pozwalają na większą stabilizację i planowanie działalności.

Największym zagrożeniem związanym z finansowaniem z budżetu państwa była wolicjonalność przy ustalaniu finansowania systemu opieki zdrowotnej na kolejny rok. Zapisane w programie Konstantego Radziwiłła ustanowienie Państwowego Funduszu Celowego zasilanego corocznie w wysokości ściśle związanej z przewidywanym w budżecie państwa PKB to zagrożenie jednak mocno ogranicza. Po prostu – zaprojektowano rozwiązanie podobne jak w wypadku obronności, na którą kieruje się corocznie nie mniej niż 2 proc. PKB.

Warto także jeszcze raz przypomnieć, że naliczanie, rozliczanie i przeliczanie pieniędzy ze składki zdrowotnej to była praca dla tysięcy ludzi i wykonywana nie za darmo. Sam ZUS za te czynności pobiera sobie



niemałą prowizję, tylko w tym roku wynoszącą prawie 150 mln zł.

Likwidacja NFZ

Akurat ten element można nazwać ciałem obcym w „planie Radziwiłła”. Jest on po prostu związany z potrzebą zrealizowania sztandarowego hasła z programu PiS. Powszechna niechęć do funduszu świetnie się sprzedawała politycznie i wyborczo, ale realizacja tego punktu może być wylaniem dziecka z kąpielą.

Głównym problemem NFZ było połączenie w nim funkcji płatnika i kreatora polityki zdrowotnej, którą zajął wobec próżni stworzonej przez hasła regulacji systemu poprzez rynek. Połączenie to było jednak dość iluzoryczne, ponieważ oddziały wojewódzkie znajdowały się pod stałą presją polityków lokalnych. Każdy, kto pracował w NFZ, może opowiedzieć o niekończących się procesjach marszałków, starostów i posłów do kolejnych dyrektorów oddziałów i odwrotnie – wizytach dyrektorów w politycznych gabinetach. Słabość tę widziano od dobrych kilku lat, co powodowało stopniowo coraz większą ingerencję Ministerstwa Zdrowia w dzia-



Foto: PAP/Marcin Obara

Ewa Borek

prezes fundacji My Pacjenci

Strategia pomija niestety dwa najistotniejsze dla pacjentów problemy systemu opieki zdrowotnej – kolejki do specjalistów i wysokie wydatki z kieszeni prywatnej na zdrowie. Nie ma w niej także recepty na poprawę zawstydzających nas wyników międzynarodowych rankingów oceny opieki zdrowotnej, w których Polska zajmuje ostatnie miejsca. Zmniejszenie kolejek, prywatnych wydatków i poprawa ocen jakości konsumenckiej powinny stać się celem zmian reformatorskich.

Utrzymanie stawki kapitacyjnej w POZ oddala nas od ochrony zdrowia skupionej na dostarczaniu efektów zdrowotnych i konserwuje model płacenia nawet nie za wykonaną procedurę, ale za zapisanego pacjenta. Celem POZ powinno być utrzymanie zdrowych w zdrowiu, a chorych w stanie stabilnym bez zaostrzeń. Unikanie hospitalizacji powinno być najważniejszym elementem systemu motywującego zespół POZ i powinno być adekwatnie premiovane.

Dobrym posunięciem jest natomiast powszechny dostęp do świadczeń. System eWUŚ wskazywał, że uprawnień do leczenia nie ma ok. 7 proc. obywateli. Reforma Obamy, dzięki której objęto ubezpieczeniem zdrowotnym ponad 20 mln osób, przyczyniła się jednocześnie do zmniejszenia wydatków na ochronę zdrowia. Dostęp do opieki podstawowej i profilaktyki w Polsce zmniejszy wydatki na leczenie szpitalne zaniedbanych problemów zdrowotnych.

łałość NFZ. Praktycznie już za Bartosza Arłukowicza samodzielność funduszu stała się zupełnie iluzoryczna, tyle że kreowanie polityki zdrowotnej kraju na poziomie Warszawy okazało się mało skuteczne. Najbardziej sensownym rozwiązaniem byłoby oddanie narzędzi do jej tworzenia wojewodom, ewentualnie marszałkom, z pozostawieniem samodzielności płatnika realizującego tylko funkcje płatnicze i kontrolne wobec podmiotów leczniczych. Przeniesienie oddziałów wojewódzkich NFZ w struktury urzędów wojewódzkich będzie tylko zmianą szyldów, z utrzymaniem patologii, jaką jest łączenie obu funkcji w ramach jednego organu. Tyle że tym razem źródłem tej patologii, a zarazem obiektem powszechnej niechęci staną się urzędy wojewódzkie. Zwłaszcza że dysponują jeszcze jednym narzędziem władzy nad uczestnikami systemu, jakim jest rejestr podmiotów leczniczych.



Fot. PAP/Marcin Obara

Bartosz Arłukowicz przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, były minister zdrowia

Po pierwsze, trudno jednoznacznie wskazać, które elementy reformy ministra Radziwiłła warto

utrzymać, a z których należałoby się wycofać. Jest to trudne, dlatego że... nie wiemy, jak ta reforma będzie przebiegać, jakie konkretne zmiany zostaną wprowadzone i jaki będzie ich efekt. Minister Radziwiłł zaprezentował jedynie hasła, a o skuteczności każdej reformy w służbie zdrowia decydują rozwiązania szczegółowe. W tym wypadku chodzi o konkretne projekty ustaw i rozporządzeń, a tych jeszcze nie ma.

Pieniądzy w systemie zawsze będzie brakować, ale pierwszym krokiem do skutecznego ich wykorzystywania powinna być racjonalizacja wydatków. Jest to proces, który powinien trwać nieprzerwanie, nie powinien mieć barw partyjnych.

Jeżeli mówimy o wzroście do 6 proc. PKB, to po pierwsze, taki wzrost, aby był skuteczny i odczuwalny dla pacjentów, powinien być zrealizowany jak najszybciej, gdyż za 9 lat 6 proc. PKB będzie tak samo przeciętną wielkością, jaką obecnie wydajemy na tle państw europejskich. Ponadto sam sposób finansowania służby zdrowia wprost z budżetu jest w mojej opinii nietrafiony. Z takim systemem Polacy mieli już do czynienia i nie wspominają tego okresu najlepiej. Po co więc wracać do czegoś, co było złe? Po drugie, ważną kwestią, o której chciałbym wspomnieć, jest motywacyjny system wynagradzania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Minister Radziwiłł zapowiedział, że stworzy taki system. Zastanawiam się tylko, jak ma się to do faktu, że to właśnie minister Radziwiłł zlikwidował wprowadzony przez poprzedni rząd system, który miał motywować lekarzy POZ do kompleksowej opieki nad pacjentem i wykonywania dodatkowych badań diagnostycznych.

Za mało i za późno

Przejdźmy jednak do czwartego koła, bez którego sprawności program może się po prostu nie udać, czyli do słabości programu.

Największą jego słabością jest propozycja tempa wzrostu nakładów na system. Żartując sobie – kiedy wcześniej mnie pytano, za ile lat będzie wystarczająco pieniędzy w systemie, odpowiadałem, że jak już będę na emeryturze. Po przedstawieniu przez ministra harmonogramu wzrostu w kolejnych latach policzyłem sobie szybko, że mityczne 6 proc. PKB osiągniemy właśnie dwa lata przed osiągnięciem przeze mnie tego wątpliwego przywileju. Poważniejąc jednak – to

wszystko za mało i za późno. W którymś z poprzednich artykułów pisałem, że nie oczekuję od ministra skokowego wzrostu finansowania, bo rozumiem ograniczenia budżetu państwa. Jednak przedstawiona propozycja jest po prostu rozczarowująca. Dla wszystkich.

Po pierwsze – 6 proc. PKB nakładów na opiekę zdrowotną nie jest wartością indykatywną, miernikiem właściwych nakładów na zdrowie. Jest to pewna wartość średnia z nakładów państw OECD, do których należą również te, które te nakłady minimalizują, jak chociażby Meksyk. Średnia dla rozwiniętych krajów europejskich jest sporo wyższa. Postulowane przez Porozumienie Zawodów Medycznych 6,8 proc. też jest wartością umiarkowaną, zwłaszcza że nie uwzględnia, że nasz system jest strukturalnie niedofinansowany i potrzebuje początkowo większych nakładów, aby nadrobić zaległości.

Po drugie – tempo wzrostu nakładów, który pojawia się w zasadzie dopiero w 2018 r., jest dalece niewystarczające. Nie jest dobrym pomysłem zwiększanie nakładów o 0,2 proc. PKB w kolejnych latach, bo nie pozwoli to na rozwiązanie najbardziej palących problemów, takich jak brak profesjonalistów medycznych i ich niesatysfakcjonujące wynagrodzenia. Znacznie bardziej akceptowalny byłby wzrost o np. 0,5 proc. PKB w pierwszych dwóch latach, zaś w następnych odpowiednio niżej. Oczywiście nie jest to wyzwanie dla ministra zdrowia, lecz dla premier i ministra finansów, ale przy dotychczasowych propozycjach być może nikt nie będzie chciał w ogóle rozmawiać o wcześniej opisanych propozycjach systemowych.

Diabeł tkwi w szczegółach

Kolejny wytyk to brak szczegółowych rozwiązań praktycznie dla wszystkich propozycji. Dziś nie mam o to pretensji. Mimo to przedstawiony harmonogram, w którym rzeczy fundamentalne, takie jak *fundholding* czy likwidacja NFZ, mają nastąpić od 1 lipca 2017 r., każe się obawiać, czy w trakcie dziesięciu miesięcy jest to w ogóle możliwe. Wszyscy pamiętamy o zamieszaniu związanym z wprowadzaniem ustawy refundacyjnej czy pakietu onkologicznego. A przecież to były rozwiązania wręcz drobne w porównaniu z proponowanymi zmianami. Tutaj nie można sobie pozwolić na prowizorkę. Holendrzy, przygotowując się do swojej fundamentalnej zmiany organizacji systemu, poświęcili na prace przygotowawcze dobrych kilka lat i teraz mają jeden z najlepszych systemów na świecie. Nie chciałbym, aby po pospiesznym wprowadzeniu zmian systemowych w Polsce używano określeń typu „jaka piękna katastrofa”. Zwłaszcza że może to ośmieszyć naprawdę dobre założenia. Na koniec, żartując po raz kolejny – panie ministrze, lepiej się wlec w taborach, niż przeprowadzić bezsensowną szarżę konnej brygady. Tak może być lepiej dla wszystkich.

Maciej Biardzki
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.