

Czy zdrowie wciąż jeszcze ma szansę stać się priorytetem państwa i rządu

Trzynaście obietnic, zrealizowano: cztery

Niedawno minęła rocznica objęcia przez Andrzeja Dudę funkcji prezydenta. Zbliżamy się do rocznicy wyborów i sprawowania władzy przez unikatowy, bowiem faktycznie niekoalicyjny, rząd Prawa i Sprawiedliwości, premier Beaty Szydło. Co to znaczy dla ochrony zdrowia? W którą stronę będziemy zmierzać?

W ostatnich tygodniach i miesiącach miałem okazję brać udział w wielu dyskusjach, w których przedstawiciele zawodów związanych z obszarem zdrowia, eksperci, ekonomiści, ludzie nauki, lekarze, pielęgniarki wyrażali swoje opinie o kształcie systemu ochrony zdrowia, o tym, w którą stronę powinien on podążać, zważywszy na wyzwania roku 2016. Wiele mówiono także o tym, jak do tych wyzwań odnosi się Ministerstwo Zdrowia kierowane przez Konstantego Radziwiłła.

Podsumowanie wniosków z tych debat nie będzie łatwe, choćby ze względu na różnorodność środowisk, ich poglądów i stanowisk, a także często – co zrozumiałe – subiektywne podejście uczestników debat do „swoich” tematów i traktowanie ich w sposób priorytetowy. Zróznicowanie samych okazji do dyskusji może stanowić dodatkową trudność w znalezieniu wspólnego mianownika: są tu wszak oficjalne sympozja, seminaria i konferencje (które dają często podrasowany i lukrowany obraz), ale także – i te uważam za najbardziej wartościowe – spotkania nieformalne, kuluarowe, niekiedy prywatne, które choć często fragmentarycznie, pozwalają jednak uczestnikom zbliżyć się do esencji prawdziwych poglądów i wizji rozmówców.

Czy rozmowa była szczerą

We wszystkich tych rozmowach i dyskusjach pojawiły się opinie, że niezwykle ważne jest, by po pełnej niepotrzebnych napięć i konfrontacji kadencji poprzedniego ministra zdrowia – Bartosza Arłukowicza – zacząć po prostu po partnersku rozmawiać o zdrowiu i o jego znaczeniu w polityce rządu i państwa, a nawet zawalczyć o to, by w Polsce zdrowie stało się priorytetem rządu, a minister zdrowia miał w nim silną pozycję (może nawet w randze wicepremiera).

To, czy tak się stanie, zależało oczywiście od osobowości nowego ministra. Po powołaniu Konstantego Radziwiłła wydawało się przez jakiś czas, że ma on szansę sprostać temu oczekiwaniu, przejawiając determinację propaństwowca zapisaną niejako w genach, kulturę debaty i mając możliwość skompletowania własnej drużyny w kierownictwie resortu (Ministerstwo Zdrowia chyba jako jedyne ma wyłącznie niepolityczne kierownictwo). Te elementy i ocena dorobku Konstantego Radziwiłła z czasu przed powołaniem go na ministra dawała nadzieję, że może on wraz ze swoimi współpracownikami zmienić paradygmat postrzegania zdrowia w Polsce:

- przez rządzących i sam rząd, którzy postrzegają ochronę zdrowia jako wieczny i niekończący się, ogromny problem, który bez względu na przeznaczone z budżetu środki zawsze będzie tylko kłopotem i potencjalnym źródłem politycznych konfliktów środowiskowych oraz konfrontacji z rosnącymi oczekiwaniami społecznymi;
- przez inne ministerstwa, głównie Ministerstwo Finansów, które zdrowie traktują wyłącznie jako

„ Ministerstwo Zdrowia chyba jako jedyne ma wyłącznie niepolityczne kierownictwo ”

ogromną pozycję kosztową w budżecie, a nie inwestycję państwa w przyszłość obywateli, pracujących, płacących składki i podatki;

- przez obywateli, coraz bardziej świadomych i korzystających z technologii medycznych, oczekujących zapewnienia przez państwo nowoczesnych terapii, borykających się z coraz większymi problemami związanymi ze starzeniem się społeczeństwa przy jednoczesnym wydłużeniu życia;
- przez środowiska medyczne oczekujące docenienia ich roli, wysiłku, konieczności ciągłego kształcenia się i podnoszenia kwalifikacji oraz obietnicy stabilności systemu;
- przez pacjentów widzących w ministerstwie i NFZ bezduszne instytucje wiecznie szukające oszczędności i metod obniżenia kosztów.

Trzyście punktów na wejście

By spróbować usystematyzować wnioski, podsumować przytoczone dyskusje i odnieść je do dotychczasowych działań nowego jeszcze rządu i ministra zdrowia, najłatwiej będzie przyjrzeć się zapowiedziom z kampanii wyborczej i exposé pani premier i zestawie je z dorobkiem regulacyjnym, zapowiadany efektami, a w końcu z punktami planu ministra Radziwiłła nazwanego strategią zmian w ochronie zdrowia, zaprezentowanego pod koniec lipca br. – i wówczas ocenić, czy zdrowie w Polsce „zmierza w dobrą stronę”.

Gwoli przypomnienia: najważniejszymi elementami zmian systemowych w ochronie zdrowia, które Prawo i Sprawiedliwość zapowiadało w kampanii wyborczej, były, ujmując hasłowo:

- 1) likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia i powrót do budżetowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych;
- 2) odejście od składki zdrowotnej i zastąpienie jej finansowaniem z budżetu państwa, a następnie w ciągu 2–3 lat dojście do finansowania ochrony zdrowia na poziomie 6 proc. PKB;
- 3) zahamowanie „komercjalizacji” szpitali i powołanie sieci szpitali publicznych, które mają być rozmieszczone „odpowiednio do potrzeb zdrowotnych ludności”, wraz z deklaracją, iż żaden szpital nie zostanie zamknięty;
- 4) umożliwienie powrotu szpitali przekształconych w spółki prawa handlowego do formuły *non profit* – tylko szpitale działające nie dla zysku mają mieć zapewnione finansowanie z budżetu, z budżetu

„Przedłużając prace nad programem 75+, minister osłabił swoją pozycję w rządzie i naraził się na osobiste przykrości w relacjach z kierownictwem politycznym PiS”

- będą też finansowane sprywatyzowane w większości ZOZ-y, ale z uwzględnieniem godziwej stopy zysku;
- 5) powołanie Funduszu Budowy, Modernizacji i Utrzymania Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, który będzie wspierał z budżetu państwa samorządy oraz publiczne podmioty w budowie nowych obiektów oraz utrzymaniu, przekształcaniu i modernizacji istniejących;
 - 6) wprowadzenie szerszych kompetencji dla lekarzy rodzinnych, umożliwiających im świadczenie usług, które dziś przypisane są specjalistom;
 - 7) zmniejszenie biurokracji w gabinecie lekarskim: dokumentacja medyczna zostanie uproszczona i ujednolicona;
 - 8) informatyzacja systemu opieki zdrowotnej przez wprowadzenie karty zdrowia, którą każdy obywatel miałby w portfelu;
 - 9) obniżenie cen leków refundowanych, tak by ich zryczałtowana cena w aptekach była jednakowa i nie wyższa niż 9 zł;
 - 10) wprowadzenie darmowych leków dla pacjentów po 75. roku życia;
 - 11) zwiększenie liczby studentów medycyny na studiach polskojęzycznych i miejsc specjalizacyjnych, przywrócenie lekarskiego stażu podyplomowego;
 - 12) wprowadzenie nowoczesnego systemu medycyny szkolnej, powrót gabinetów stomatologicznych i opieki pielęgniarsko-lekarskiej do szkół;
 - 13) przeprowadzenie reformy ratownictwa medycznego bez możliwości komercjalizacji tych usług, przywrócenie państwowego charakteru tej służby.

Cztery punkty na wyjście

Co udało się zrobić od października 2015 r. do końca sierpnia 2016 r.? W zasadzie tylko cztery z wymienionych wyżej punktów doczekały się realizacji w postaci ustaw lub rozporządzeń: punkty 3, 4, 10 i 11. Z obszarów tych tylko jeden – zwiększenie liczby studentów przyjmowanych na polskojęzyczne studia medyczne – wybiega nieco w przyszłość. W bólach urodzona ustawa o lekach fundowanych przez państwo grupie 75+ (minister, przedłużając nad nią pracę, osłabił nie-



stety swoją pozycję w rządzie i naraził się na osobiste przykrości w relacjach z kierownictwem politycznym PiS) jest kolejnym po projekcie 500+ socjalnym ukłosem w stronę grupy społecznej, na której przychyłość w kolejnych wyborach będzie chciał liczyć rząd.

Kwestia, czy rzeczywiście zahamowanie komercjalizacji szpitali należy uznać za warunek *sine qua non* naprawy systemu, podlega jak sądzę w dużej mierze dyskusji i budzi wiele wątpliwości zarówno natury organizacyjnej, jak i merytorycznej. Uchwalenie ustawy to jeszcze nie koniec ideologicznej bitwy o „państwowość” służby zdrowia w Polsce. Takie zachwianie zasad rynkowych, protekcjonizm i *a priori* preferencyjne traktowanie wybranych podmiotów na pewno spotka się z krytyką i stosownymi reakcjami ze strony Komisji Europejskiej, na której przychyłość w kwestii przekazywania znaczących środków w ramach programów operacyjnych na opiekę koordynowaną, na wsparcie technologiczne i rozwojowe polskich świadczeniodawców bardzo mocno liczy minister.

Wydaje się więc, że mimo zapowiedzi, mimo powołania w ministerstwie licznych zespołów eksperckich, nadal nie widać klarownego kierunku – mapy drogowej dla polskiego systemu ochrony zdrowia – ani determinacji w dążeniu do zmierzenia się z najważniejszymi zagrożeniami systemowymi wynikającymi z demografii, zmiany stanu zamożności społeczeństwa, liczby lekarzy i pielęgniarek w perspektywie 5, 10, 15



lat, nieuniknionego braku środków publicznych i coraz większych oczekiwań społecznych.

Polityka

Sytuacji nie poprawia słaba pozycja polityczna ministra. Nie jest on, niestety, partnerem dla centrum decyzyjnego na Nowogrodzkiej, ani nawet w Alejach Ujazdowskich. To na pewno nie ułatwia mu pracy, stawia w trudnych sytuacjach, przede wszystkim konfliktu czy sporu (rzeczywistą pozycję i samodzielność ministra obnażył majowy strajk w Centrum Zdrowia Dziecka, a wcześniej publiczne reprymendy udzielane mu w Sejmie za przedłużanie procedowania projektu ustawy o darmowych lekach seniorów). Konflikty wewnątrz kierownictwa ministerstwa także nie pomagają w podejmowaniu twardych i spektakularnych decyzji. W opiniach obserwatorów rynku i ekspertów najbardziej chyba jednak uderza brak wizji co do kierunku, jaki państwo powinno obrać, mając na względzie dobro swoje i swoich obywateli na najbliższe 15–25 lat. Przeważa wrażenie, że zamiast priorytetem zdrowie nadal jest pozycją na szarym końcu listy (chyba nie dlatego, że zaczyna się na literę „z”).

Strategia

Co zatem z zapowiedziami nazwanymi strategią zmian w ochronie zdrowia ogłoszonymi pod koniec lipca br.?

„Mimo powołania w ministerstwie licznych zespołów eksperckich nadal nie widać klarownego kierunku – mapy drogowej dla polskiego systemu ochrony zdrowia”

Minister powtórzył po raz kolejny obietnicę objęcia wszystkich obywateli darmowym dostępem do świadczeń zdrowotnych w publicznym systemie ochrony zdrowia. To z pewnością ruch w dobrą stronę, bowiem utrzymywanie systemu eWUŚ i weryfikacja uprawnień wiąże się z wyższymi kosztami niż objęcie z definicji wszystkich systemem świadczeń. Zapewne na tym rozumowaniu opiera się także koncepcja bezwzględnego wzmocnienia organizacyjnego i finansowego świadczeniodawców publicznych. Czy odejście przy okazji od dotychczasowego systemu ubezpieczeń społecznych na rzecz zakładki budżetowej okaże się rozwiązaniem dobrym i efektywnym? Zagadnienie to należy szczególnie przeanalizować. Na pewno już teraz można powiedzieć, że rezygnacja z rozwiązania, które dawało ministrowi możliwość pełnej kontroli nad zasobami kierowanymi na zdrowie na rzecz rozwiązania budżetowego, przesuwając tę kompetencję w ręce ministra finansów, co w efekcie może się odbić na zawartości owej zakładki budżetowej i mechanizmach wydawania z niej pieniędzy.

Minister odświeżył także zapowiadaną wielokrotnie w kampanii wyborczej i w exposé koncepcję zreorganizowania struktury NFZ. Miejmy jednak nadzieję, że tak jak w przypadku obietnic pomocy dla osób z kredytami we frankach szwajcarskich rząd nie wyrwa się już tak ochoczo, znając cenę tego gestu, tak samo minister zdrowia zdaje sobie sprawę, że zamiana struktur centralnych i wojewódzkich NFZ na podległe wojewodom wydziały zdrowia to tylko mieszanie w szklance, od którego herbata nie stanie się słodsza i taka zmiana nie stanowi o tym, że pieniędzy w systemie przybędzie i nagle znikną problemy o charakterze strukturalnym i systemowym. Nie chodzi o to, że NFZ jest strukturą idealną. Ruszenie jej – jak zapowiada minister od stycznia 2018 r. – niesie jednak ze sobą ogromne ryzyko zamieszania, bałaganu, zaniepokojenia lekarzy i pacjentów, straty czasu na ustanowienie nowych kanałów i zasad komunikacji, raportowania, decydowania. Takiej próby minister może nie przetrwać na swoim stanowisku, a efekty zmian, nawet jeśli nadejdą i będą pozytywne, widoczne będą najwcześniej w 2020 r., czyli



„Kapitał publiczny jest najdroższym kapitałem na rynku. Może więc budzić wątpliwości, dlaczego obecny minister tak łatwo chce zrezygnować z tańszego kapitału prywatnego”

w roku wyborczym. Ryzyko polityczne jest ogromne, a zyski i efekty iluzoryczne.

Minister ponowił także swój postulat dotyczący wzrostu nakładów na zdrowie do wysokości 6 proc. PKB od 2018 do 2025 r. Nie wskazał przy tym, jak ma zamiar osiągnąć ten cel. Pomijając generalną słuszność postulatu i konieczność podniesienia wydatków publicznych na ochronę zdrowia (choćby w związku ze starzeniem się społeczeństwa i wydłużaniem życia obywateli), należy zwrócić uwagę, iż europejskie kraje wysoko rozwinięte – do których wszakże aspiruje Polska – przeznaczają na zdrowie już kilka lat temu kwoty stanowiące równowartość ok. 10–11 proc. swoich PKB (m.in. Austria, Francja, Niemcy, Portugalia, Włochy). Ustawianie poprzeczki na poziomie 6 proc., i to dopiero w docelowym 2025 r., może mocno niepokoić analityków i prognostyków rynku zdrowia porównujących standardy i warunki leczenia w UE, nie wspominając nawet o USA, gdzie w 2011 r. nakłady na zdrowie osiągnęły poziom ponad 17 proc. PKB.

Minister zapowiedział – w zgodzie z ustawą o zdrowiu publicznym – utworzenie Urzędu Zdrowia Pu-

blicznego. To dobrze, tego rodzaju platforma może dać efekt lepszej koordynacji zadań związanych ze zdrowiem pomiędzy resortami i rozproszonymi jednostkami administracji publicznej. Niemniej, o tym czy UZP stanie się rzeczywistym centrum strategii zdrowia Polski na kolejne dekady, czy też będzie to tylko kolejna agenda rządowa, zadecyduje siła ministra zdrowia w rządzie i siła fachowej obsady tej instytucji.

Minister potwierdził oczekiwane zmiany w POZ zmierzające w stronę opieki koordynowanej, odejście od stawki kapitałowej, wprowadzenie rozliczeń powiązanych z efektami leczenia. O ile rozwiązania te zostaną dobrze i rozważnie przygotowane, także w dialogu ze środowiskiem lekarzy rodzinnych, mogą się przyczynić do lepszej, efektywniejszej i sprawniejszej obsługi pacjentów objętych zdrowotnymi świadczeniami obywatelskimi. Czy wystarczy siły i determinacji do przygotowania i przeprowadzenia tego procesu? Czas pokaże. Minister narzucił sobie ambitny termin wprowadzenia rozwiązań 1 lipca 2017 r. – wraz z nowymi zasadami kontraktowania.

Kolejny raz minister powtórzył również, że system ratownictwa medycznego w Polsce wymaga zmian, jednakże nie wskazał żadnych konkretnych celów (trudno zaliczyć do nich ciągle mówienie – także przez poprzednią ekipę rządową – o zintegrowanym systemie powiadamiania czy też zastępowaniu lekarzy przez ratowników i formie umów z ratownikami). Wydaje się, że postulat tych zmian miał głównie zaspokoić polityczne oczekiwania licznych w partii rządzącej przeciwników prywatnych usług w tej dziedzinie.

Jednym z obszarów zmian mają być badania kliniczne. To na pewno bardzo potrzebny i pożyteczny ruch,

na który czeka od dawna środowisko badaczy i firm farmaceutycznych, dający większe możliwości włączania polskich pacjentów w obieg światowych badań i rozwoju nowych technologii i terapii. Ciekawe, że to jedyny temat z obszaru polityki lekowej poruszony przez ministra w prezentacji. Ważny, ale czy priorytetowy?

W konsekwencji wprowadzenia ustawy ograniczającej komercjalizację szpitali minister zapowiedział także powrót do koncepcji prof. Zbigniewa Religi – stworzenia tzw. sieci szpitali. Tym razem dowiedzieliśmy się, że publiczni świadczeniodawcy będą mogli liczyć na zagwarantowane 78 proc. kwot z budżetu przeznaczanego obecnie na leczenie szpitalne i AOS, a pozostałe 22 proc. będzie przedmiotem konkursów, przeprowadzanych zapewne na podstawie kryteriów preferujących także sieci i szpitale publiczne. To prawdopodobnie największa niewiadoma i budząca największe emocje zmiana – zwłaszcza wśród świadczeniodawców i inwestorów prywatnych. Oznacza to w praktyce przesunięcie ciężaru udzielania świadczeń gwarantowanych obywatelom wyłącznie do placówek publicznych. Konsekwencją takich rozwiązań będzie też skupienie się prywatnych świadczeniodawców na pozyskiwaniu prywatnych pacjentów i ich pieniędzy. To logiczny scenariusz, jednakże nie daje gwarancji właściwego, rzetelnego i efektywnego wykorzystania środków publicznych.

Drożyna

Kapitał publiczny jest najdroższym kapitałem na rynku. Może więc budzić wątpliwości, dlaczego obecny minister tak łatwo chce zrezygnować z tańszego kapitału prywatnego, ograniczając jego rolę *de facto* do obsługi rynku prywatnego, opłacanego z prywatnej kieszeni. Dodatkowym ryzykiem jest również to, że zwiększenie środków dla publicznych świadczeniodawców nie przełoży się wprost na zwiększenie efektywności i przepustowości placówek. Mury szpitali nie rozciągną się i nie przybędzie w nich nagle miejsca, sprzętu i personelu. Nawet jeśli szpital dostanie dwukrotnie więcej pieniędzy, nie oznacza to, że będzie mógł przyjąć dwa razy więcej pacjentów. To w efekcie może spowodować ograniczenie dostępu do świadczeń. Dopóki nie poznamy szczegółowych założeń projektu, trudno wyrokować o jego efektach i konsekwencjach dla polskiego systemu ochrony zdrowia w perspektywie wielu lat. To jednak na pewno najważniejsza – choć wymieniona na końcu przez ministra – reforma systemu. Czy i kiedy zostanie przygotowana i wdrożona – pokaże czas i prąd wydarzeń politycznych w Polsce i Europie.

Co nie znalazło się w prezentacji ministra?

- koncepcja polityki refundacji leków i nowego podejścia do kompleksowego leczenia i szybszego wdrażania procesów refundacyjnych dla nowych leków i terapii;
- idea uporządkowania rynku wyrobów medycznych, szukanie efektów leczenia poprzez wyznaczanie stan-

„Efekty zmian, nawet jeśli nadejdą i będą pozytywne, widoczne będą najwcześniej w 2020 r., czyli w roku wyborczym. Ryzyko polityczne jest ogromne, a zyski i efekty iluzoryczne”

dardów jakości, certyfikację, badania (przypomnę, że projekt ustawy tzw. sprzętowej był właśnie do końca lipca w konsultacjach społecznych);

- jakość i rozliczenie za efekty leczenia – to temat od lat skrupulatnie omijany przez kolejne ekipy – dziś przy postawieniu na jedną kartę świadczeń z publicznych środków realizowanych przez publicznych świadczeniodawców wydaje się kluczowy dla spójności systemu ochrony zdrowia;
- rola prywatnych inwestorów i świadczeniodawców w budowaniu systemu ochrony zdrowia – nieobecność tego tematu jest symptomatyczna i chyba najlepiej odzwierciedla intencje ministra oraz pokazuje miejsce i rolę, jaką minister przewiduje dla tego sektora (komentarz o cenie kapitału publicznego i prywatnego powyżej);
- recepta na zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia, na przykład poprzez powiązanie systemu medycyny pracy z POZ;
- zagadnienie instrumentów dzielenia ryzyka w mechanizmie refundacyjnym.

Oczekiwania

Czego należy więc oczekiwać od ministra i jego drużyny? Czego mu życzyć? Mówi się, że każdy nowy rząd i minister po dojściu do władzy ma 12 miesięcy na przeprowadzenie kluczowych reform, zmian, autorskich rozwiązań, a potem już tylko administruje i steruje do kolejnych wyborów. Minister Radziwiłł ma coraz mniej tego czasu i coraz mniej politycznego pola manewru. Ocena jego rządów w Ministerstwie Zdrowia będzie bezwzględna, tak samo jak wszystkich jego poprzedników. Wszystkie środowiska zaangażowane w pracę na rzecz zdrowia w Polsce oczekują tego, by minister rozmawiał z nimi i szanował różnorodność tematów, rozwiązań, zdań. Ale także, a może przede wszystkim, by umiał walczyć o priorytety, a nie o „błyskotki”.

Grzegorz Ziemiak
Autor jest partnerem Instytutu Zdrowia i Demokracji.