



fot. Archiwum

Nowe – stare zapowiedzi

Wchodzimy w nowy rok, a największym wydarzeniem przedświątecznej gorączki i ostatnich dni roku 2017 była wymiana rządu. Analizie dwumiesięcznej epepei medialnej pod nazwą „rekonstrukcja” można by poświęcić cały felieton, ale to chyba nie miejsce na tego typu rozważania. Dość powiedzieć, że spekulacje na temat składu i konstelacji przyszłej rady ministrów skutecznie przesłoniły wszystkie inne dyskusje w przestrzeni publicznej: od sądów poczynając, przez zmiany w ordynacji, na wzroście finansowania ochrony zdrowia kończąc. A finalnie okazało się, że góra urodziła mysz.

Jaki będzie nowy-stary rząd? Jak poradzą sobie nowi-starzy ministrowie? Trudno powiedzieć, dużo zależy od tego, czy skład gabinetu powołanego w nocy z 12 na 13 grudnia jest wynikiem pragmatyzmu politycznego (powołanie nowego gabinetu wymaga głosowania w Sejmie i sejmowej większości, a zmiany na stanowi-

szaniem dostępności i standardu opieki sercowo-naczyniowej? Rozumiem, że przywołanie konkretnych dziedzin medycyny w exposé nie dzieje się przypadkowo i skoro znalazła się tam właśnie kardiologia, coś musi wzbudzać niepokój. A jeszcze dwa lata temu mogliśmy mówić o zdecydowanych sukcesach w tej dziedzinie. Bo zainwestowaliśmy konkretne środki w poprawę dostępu do leczenia. Bo Polska była przykładem, że można zbudować sieć placówek prywatno-publicznych. Bo udało się zdecydowanie zmniejszyć śmiertelność z powodu ostrych zespołów wieńcowych. Czy zdaniem rządzących sytuacja pogorszyła się na tyle, że wymaga kolejnej interwencji? Trochę jak z powiedzenia Lejzorka Rojstwańca: „Zwalniają, znaczy się, będą przyjmować”.

Problem jednak nie na tym polega, że popełnia się błędy. Nasz polski problem w ochronie zdrowia, to podejmowanie decyzji, które za chwilę trzeba bę-

„Jest szansa na wyrwanie się z zaklętego kręgu finansowania ochrony zdrowia na poziomie ok. 4,5% PKB”

skach ministerialnych niczego nie wymagają), czy też faktycznym obrazem układu sił w obozie władzy. Czyli czy premier Morawiecki będzie miał realny wpływ na kształt swojego gabinetu. Na razie możemy analizować zapowiedzi wynikające z exposé: skokowy wzrost nakładów na zdrowie do 6% PKB, zwrócenie szczególnej uwagi na opiekę kardiologiczną i onkologię. Co się tyczy tego pierwszego, ścieżka dojścia do 6% została określona w nowelizacji ustawy o świadczeniach, a premier nie wspominał nic o jej przyspieszeniu. Można się oczywiście zżymać, że osiem lat to dość długi czas wykonywania „skoku”. Jest jednak szansa na wyrwanie się z zaklętego kręgu finansowania ochrony zdrowia na poziomie ok. 4,5% PKB.

Zupełnie inaczej jest z zapowiedzią stworzenia Narodowego Programu Zdrowia Kardiologicznego. Na usta ciśnie się pytanie: to po co to było? Po co obniżyć wyceny w kardiologii inwazyjnej o 40–60%, po co wycofywać dusznicę bolesną (stan przedzawałowy) z listy świadczeń nielimitowanych, po co ryzykować pogor-

dzie odwracać. To brak zastanowienia się nad efektami wprowadzanej terapii szokowej. To w końcu także brak umiejętności sformułowania celów, które chcemy osiągnąć.

Wiem, że perspektywa wskazania najbardziej opłacalnych procedur i stwierdzenia, że nie można z publicznych pieniędzy budować prywatnych fortun, jest kusząca. Wiem, że w krótkiej perspektywie może zaowocować przychylnością osób o mentalności psa ogrodnika. Jednak bez jednoznacznego określenia celu, do którego zmierzamy – nie w postaci wycen procedur, ale np. obniżenia okołoszpitalnej, rocznej i pięcioletniej umieralności pozawałowej – zawsze będziemy działać na ślepo, bo „tak nam się wydaje”. Będziemy skazani na programy, z których jedyną korzyścią będzie to, że mamy program (proszę spojrzeć, jak funkcjonuje Narodowy Program Zdrowia Publicznego). I będziemy się dziwić, że to nie działa.

Czego Państwu i sobie z całego serca noworocznie nie życzę. ■