



Wierzchołek góry lodowej

Ustawa zasilająca system ochrony zdrowia dodatkowymi środkami budżetowymi już obowiązuje. Za chwilę spodziewamy się rozpoczęcia prac parlamentarnych nad ustawą przyspieszającą o rok dojście do magicznych 6% PKB – do 2024 r. Jeżeli weźmiemy nominalną wartość PKB z 2017 r. (1982 mld PLN), to przesunięcie ok. 1,5% PKB na zdrowie w samym 2024 r. przełoży się na prawie 30 mld zł.

Nic dziwnego, że już rozpoczynają się dyskusje, jak wykorzystać te środki. Po pierwsze, takie pieniądze mogą przyprawić o zawrót głowy (wszak to ponad 1/3 środków publicznych, którymi dysponujemy dzisiaj). Po drugie, zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach, środki będą zwiększane systematycznie o ok. 0,25% PKB co roku (w kwotach z 2017 r. to prawie 5 mld zł), począwszy od A.D. 2018. Powstaje zatem szereg opracowań uzasadniających, komu pieniądze najbardziej się należą, gdzie są najbardziej potrzebne lub jak je wydać najbardziej efektywnie.

różnic w uposażeniu pomiędzy nami i naszymi sąsiadami. I nie trzeba spoglądać na Niemcy, gdzie średnie wynagrodzenie lekarza w szpitalu to równowartość blisko 30 tys. zł. W Czechach tzw. goły etat w końcu 2017 r. wyniósł blisko 6,5 tys. zł. W tym samym czasie polski lekarz z umowy o pracę dostawał 3,5 tys. Za lekarzami stoją inne zawody medyczne: pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci. Praca w kilku miejscach jednocześnie przestała być modna, a wzięwszy pod uwagę coraz większe braki kadrowe i możliwość swobodnego przemieszczania się i uznawania kwalifikacji zawodowych na rynku europejskim, raczej nie ma szans na powrót do rynku pracodawcy. Zresztą, wystarczy spojrzeć na rzeczywistość pozamedyczną: brakuje rąk do pracy, każdy przedsiębiorca chętnie zatrudni nowych pracowników, średnie wynagrodzenie pnie się w górę. Różnica jest taka, że o ile koniunktura gospodarcza może się szybko zmienić, nie zmienimy w krótkim (ani nawet średnim) okre-

„W Niemczech średnie wynagrodzenie lekarza w szpitalu to równowartość blisko 30 tys. zł. W Czechach tzw. goły etat w końcu 2017 r. wyniósł blisko 6,5 tys. zł. W tym samym czasie polski lekarz z umowy o pracę dostawał 3,5 tys. zł”

Nie twierdzą, że niepotrzebnie. Zdecydowanie brakuje nam analiz dotyczących efektywności kosztowej technologii medycznych innych niż lekowe, spisu zasad efektywnego wydawania pieniędzy czy płaćenia za efekt zdrowotny zamiast kupowania procedur. Problem w tym, że to dzielenie skóry na niedźwiedziu, a dodatkowe środki w rzeczywistości mogą okazać się zdecydowanie skromniejsze. Dlaczego? Z bardzo prostego powodu. To, czego byliśmy świadkami podczas protestu rezydentów, to wierzchołek góry lodowej. Jeżeli ktoś sądzi, że na wynegocjowaniu porozumienia z rezydentami i podniesieniu wynagrodzenia specjalistom zatrudnionym w jednym szpitalu kończy się presja płacowa w ochronie zdrowia, to jest w dużym błędzie. Po raz pierwszy chyba osoby wykonujące zawody medyczne uwierzyły, że możliwe jest, jeżeli nie zlikwidowanie, to przynajmniej istotne zmniejszenie

się podaży kadry medycznej, a popyt na świadczenia, głównie z powodu zjawisk demograficznych, może tylko rosnąć. Istotna zmiana w kosztach pracy będzie musiała znaleźć odzwierciedlenie w zmianach taryf. Już teraz mamy zresztą świadomość, że w wielu obszarach terapeutycznych wyceny są, mówiąc bardzo delikatnie, nieadekwatne do kosztów wykonywanych procedur. Ostatecznie dodatkowe środki w pierwszym rzędzie przyczynią się do zmniejszenia dysproporcji w zarobkach pracowników medycznych, a dopiero później (o ile w ogóle) doprowadzą do zwiększenia wolumenu zdrowia kupowanego przez płatnika. Dla regulatora powinien to być przyczynek do usilnych prac nad rozwiązaniami zwiększającymi efektywność wydawanych środków (np. koordynacja) czy synergizującymi wydatki publiczne z prywatnymi (np. ubezpieczenia prywatne). Czy będzie? ■