



Gorące tematy ochrony zdrowia w 2006 r.

Redakcja *Menedżera Zdrowia* zapytała ekspertów o to, co – ich zdaniem – wydarzy się w systemie ochrony zdrowia w 2006 r., chociaż po deklaracjach ministra taka sonda redakcyjna w zasadzie wydaje się niepotrzebna, bo przecież Zbigniew Religa zapowiedział, że ten rok będzie pierwszym z siedmiu w cyklu reformy systemu ochrony zdrowia.

Z obietnic szefa resortu zdrowia wynika, że już za 11 miesięcy zacznie funkcjonować sieć szpitali oraz zostanie określony koszyk świadczeń gwarantowanych (do którego powstania warunkiem *sine qua non* jest stworzenie przynajmniej szkieletu rejestru usług medycznych). System będzie też zasilony kilkoma miliardami złotych z budżetu państwa. Tyle obietnic. Co się naprawdę wydarzy – odpowiadają nasi respondenci.

(js)

W naszej sondzie wzięli udział:



dr Adam
Kozierkiewicz
ekspert CASE



dr Krzysztof Bukiel
przewodniczący
Ogólnopolskiego
Związku
Zawodowego
Lekarzy



Andrzej Sokotowski
prezes
Ogólnopolskiego
Stowarzyszenie
Szpitali
Niepublicznych



prof. Cezary Szczylik
kierownik Kliniki
Onkologii
Wojskowego
Instytutu Medycznego
w Warszawie



dr Wojciech Misiński
ekspert Centrum
im. Adama Smitha

foto: Archiwum, Agencja AGORA

Jaki temat reformy systemu zdrowia zdominuje dyskusję ekspertów i polityków?

Adam Kozierkiewicz:

– Myślę, że przede wszystkim będziemy się zajmować ustawą o ratownictwie medycznym. To skutek tragedii, która wydarzyła się w Chorzowie i wstrząsnęła opinią publiczną. Obowiązująca od pięciu lat ustawa była już częściowo wdrażana i nie zgłaszano do niej większych zastrzeżeń legislacyjnych. Jedynym problemem był brak pieniędzy na zrealizowanie wszystkich jej założeń. Na skutek tragicznych doświadczeń rząd zaproponował przygotowanie nowej ustawy. Mogę się temu jedynie dziwić, bo tak naprawdę wystarczyłoby wprowadzić kilka poprawek do obecnej, co przyczyniłoby się do jej szybszego realizowania.

Krzysztof Bukiel:

– Czym się będziemy zajmować, tego nie wiem. Wiem natomiast, w jakim kierunku powinna się toczyć *dyskusja zdrowotna*. Chciałbym, żeby rozmowa koncentrowała się na tym, jaki system opieki zdrowotnej ma w Polsce funkcjonować. Czy ma być efektywny, czyli taki, który realnie pozwoli pacjentowi na pełne korzystanie z opieki medycznej, czy ma to być atrapa systemu, która zmusza do odsyłania pacjenta od jednego specjalisty do drugiego. W tej chwili działamy właśnie w takiej spróchniałej atrapie systemowej. To, jaki system stworzymy, powinno być tematem numer jeden! Reszta (ubezpieczenia, sieć szpitali itp.) będzie tylko konsekwencją działań reformatorskich, które muszą zostać podjęte.

– scenariusze rozwoju sytuacji

Andrzej Sokołowski:

– Myślę, że w 2006 r. będziemy zajmowali się płacami lekarzy oraz ubezpieczeniami. Wiem, że w tej pierwszej sprawie przygotowywany jest ogólnopolski protest lekarzy. Jeśli zaś chodzi o ubezpieczenia, to część publicznych szpitali liczy, że pojawią się dodatkowe ubezpieczenia. Gdyby stało się inaczej, czyli pieniądze się nie znajdują, nadal będzie obowiązywał system, w którym oddziały szpitalne są traktowane przez ordynatorów jak prywatna własność. Na wiele oddziałów bez koperaty się nie wejdzie. W ten sposób przelewają się ogromne sumy, a szpitale nic z tego nie mają. Oczywiście, 80 proc. lekarzy też nic z tego nie ma. Gdyby te pieniądze dać ubezpieczycielowi, a szpital musiałby podpisać z pięcioma ubezpieczycielami umowę, do takich sytuacji by nie dochodziło. Jestem współwłaścicielem prywatnego szpitala i u mnie takie coś, jak łapówka, nie istnieje.

Cezary Szczylik:

– Tematem wiodącym w tym roku będą wynagrodzenia lekarzy. W onkologii kontrakty z NFZ są tak fatalnie skonstruowane, że giną rzeczywiste problemy. Problemem jest to, że ponad 80 proc. rocznych funduszy wynegocjowanych na hospitalizacje zostanie wydanych na materiały stałe, na lekarstwa. Natomiast jedynie 20 proc. możemy przeznaczyć na fundusz osobowy – to jest to, co możemy dać lekarzom i pielęgniarkom. Oznacza to pewien rodzaj eksterminacji tego zawodu oraz tego obszaru medycyny. Pielęgniarki odchodzą do pracy w przychodniach, a lekarze wyjeżdżają za granicę. Niezauważanie problemu przez ministra, szefa NFZ i polityków, to albo przejaw głupoty, albo planowana eksterminacja dużej części społeczeństwa. *Narodowy program walki z rakiem* za 250 mln zł to pieniądze wydane na profilaktykę. W żaden sposób nie zmienia one sytuacji ludzi pracujących na oddziałach i w szpitalach onkologicznych. Nie chcę być złym prorokiem, ale obietnica, że coś się zmieni przez 7 lat nie ma pokrycia w jakimkolwiek sygnale wysłanym z ministerstwa.

Wojciech Misiński:

– Moim zdaniem, dla środowiska lekarskiego najważniejszym tematem będzie kwestia płac. Polskiemu systemowi już daje się we znaki odpływ lekarzy, którzy emigrują z kraju w poszukiwaniu lepszego życia oraz perspektyw zawodowych. O tym będzie się mówić przez kilka najbliższych miesięcy, ale pod koniec roku powróci sprawa limitów, kontraktowania itd. Problem zadłużenia szpitali pojawi się dopiero w przyszłym roku. Dla obecnych władz ministerstwa, NFZ i polityków najważniejsze powinno być stworzenie systemu finansowania służby zdrowia. Drugi problem to ocena restrukturyzacji zarówno organizacyjno-własnościowej, jak i zadłużenia szpitali. Prawdopodobnie jednak nic nie zostanie zrobione.

Co może się udać obecnym władzom Ministerstwa Zdrowia?

Adam Koziarkiewicz:

– Nie mam pojęcia, czy skończy się to sukcesem, ale wiem, że trwają prace nad stworzeniem koszyka świadczeń gwarantowanych. Rozwiązaniem tego problemu zainteresowane są środowiska pozaministerialne. Izba Lekarska przedstawiła swoją bardzo praktyczną propozycję dotyczącą trybu tworzenia koszyka świadczeń. Nawet nie tyle jego zawartości, ile kwestii technicznych związanych z jego kształtowaniem. Bardzo ważne w tej sprawie jest to, czy poszczególne świadczenia będą definiowane w ustawie, czy w rozporządzeniach ministra. Ta kwestia nie jest rozstrzygnięta do dziś.

Krzysztof Bukiel:

– Na pewno marzeniem ministra i szefa NFZ będzie opracowanie koszyka świadczeń. O tym, co się w nim znajdzie, zadecyduje rząd. Niestety, pomysł wprowadzania sieci szpitali w obecnym systemie nie przyniesie żadnego efektu, bo na razie nie ma takiej mocy sprawczej, która zmusiłby te szpitale do efektywnego działania. Może się udać zmiana ustawy o ratownictwie medycznym, bo styczniowa katastrofa zbyt mocno wstrząsnęła społeczeństwem. To paradoksalne, bo ratownictwo medyczne w Polsce istnieje. Planowanie nowej ustawy niczego nie zmieni, ale jest efektowne. Jednak pomysł na ratownictwo medyczne w stylu amerykańskim to raczej pobożne

życzenie. Myślę, że idea zrodziła się w głowach władz dlatego, że politycy oglądają zbyt dużo amerykańskich seriali.

Andrzej Sokołowski:

– Prof. Zbigniew Religa nie gwarantuje istotnych zmian w systemie. Zresztą zapowiedział, że reformowanie potrwa 7 lat, a to oznacza, że nie bierze odpowiedzialności za zmiany. Myślę, że nie jest na tyle zadufany w sobie, iż myśli, że przez 10 lat będzie ministrem zdrowia. Chyba że bracia Kaczyńscy przetrzymają wszystkie burze i przez 8 czy 10 lat utrzymają się na swoich stanowiskach. W tym roku może się powieść zakończenie (niekończącej się) dyskusji na temat tego, co powinno się znaleźć w koszyku świadczeń gwarantowanych. Ta sprawa powinna być rozpatrywana w aspekcie możliwości budżetowych NFZ. Fundusz z kolei powinien w tym roku wreszcie przyblokować wydatki szpitali publicznych.

Cezary Szczylik:

– Myślę, że uda się w końcu określić tak od lat pożądany koszyk świadczeń. To pozwoli władzom resortu i NFZ zweryfikować koszty leczenia pacjentów. Życie już zweryfikowało, na co społeczeństwo chciałoby płacić. Takim przykładem jest stomatologia. Są też obszary specjalnie chronione. Należą do nich kardiologia i onkologia. Do tej pory jednak kardiologia wysuwała się na pierwszy plan, a onkologia pozostawała w cieniu. Ale myślę, że to onkologia wymaga dramatycznego przewartościowania w kategoriach myślenia, jak układać rzeczywisty koszyk. Powinno się w nim uwzględnić duże grupy zachorowań, a równocześnie zapewnić dostęp do wszystkich podstawowych świadczeń. Wszystko inne powinno być opłacone dodatkowo.

Wojciech Misiński:

– Myślę, że w dyskusji politycznej i obecnym stanie koalicji niewiele się zmieni w służbie zdrowia, bo nie będzie dla niej miejsca. Jedno musi się jednak zmienić – politycy, bez względu na to czy są z prawicy, z lewicy, czy z centrum, muszą zdać sobie sprawę, że obecny stan służby zdrowia jest już igraniem z ludzkim życiem. Politycy muszą zrozumieć podstawową rzecz – zdrowie nie ma koloru. Podczas kampanii wyborczej wszystkie partie obiecują cuda. Później jednak żadna z nich nawet nie chce niczego zrobić, bo doskonale zdaje sobie sprawę, że takie zmiany są bardzo trudne. Najbardziej przerażające jest to, że jest to metoda spychania problemu na kolejną ekipę. Powtarzam jeszcze raz, politycy muszą zrozumieć, że igrają z ludzkim życiem.

Czy można się spodziewać postępów w prywatyzacji służby zdrowia?

Adam Koziarkiewicz:

– Prywatyzacja pozostaje w gestii samorządów i postępuje w dużym stopniu niezależnie od tego, jakie są wytyczne ogólnopolskie. Wydaje mi się, że atmosfera polityczna nie sprzyja prywatyzacji. Ale niektóre samorządy są zmuszone do podjęcia takich działań ze względu na to, że ich publiczne zoz-y permanentnie się zadłużają. Poprzedniemu Sejmowi nie udało się przeprowadzić ustawy, która przekształcałaby zoz-y publiczne w podmioty kodeksu handlowego i w związku z tym placówki te nadal się zadłużają. Myślę, że procesy prywatyzacyjne ani nie przyspieszą, ani też nie zwolnią. Nie widzę także możliwości, aby ministerstwo jakoś szczególnie mogło przyspieszyć ten proces.

Krzysztof Bukiel:

– Nie wiem, co się będzie działo w tej dziedzinie. Niestety, rząd jest bardzo nieprzewidywalny, a obecna ekipa rządząca – bardzo antyrynkowa. Trzeba jednak koniecznie znieść monopol NFZ i rozpocząć prawdziwą komercjalizację usług medycznych. Niestety, wszystko będzie zależało od nacisków społecznych na rząd.

Andrzej Sokołowski:

– A co my mamy sprywatyzować? Wielkie szpitale wojewódzkie, akademie medyczne? Ważne jest, aby w powstającej sieci szpitali państwo zagwarantowało, że leczenie prywatne będzie mia-

ło takie usługi, jak ratownictwo czy transplantacje. To, czego nie chciał wziąć ubezpieczyciel, bo jest bardzo drogie. Natomiast wszystkie inne usługi powinno wykonywać szpitalnictwo prywatne. Muszą jednak zaistnieć, podobnie jak w Europie Zachodniej, prawa uczciwej konkurencji i równość podmiotów. Na wprowadzenie takich zasad w tym roku nie liczę. Dlatego w 2006 r. czarno widzę procesy prywatyzacyjne.

Cezary Szczylik:

– W obecnym układzie politycznym prywatyzacja nie ma żadnych szans, głównie ze względu na demagogię polityczną i społeczną uprawianą przez rządzących.

Wojciech Misiński:

– W tym układzie politycznym nie widzę żadnych możliwości na prywatyzację. W Polsce prywatyzacja kojarzy się bowiem zawsze z tym, że właścicielem będzie przysłowiowy Jan Kowalski. A ja cały czas powtarzam, że prywatyzacja służby zdrowia będzie się opierać na poszukiwanie właścicieli instytucjonalnych – zakładów pracy, banków, towarzystw ubezpieczeniowych, samorządów i towarzystw emerytalnych. Problemem jest to, że ani politycy, ani obywatele do tego tematu jeszcze nie dojrzeli.

Czy powstanie sieć szpitali?**Adam Koziarkiewicz:**

– Publiczne szpitale zapewne w Polsce pozostaną. W tej sytuacji dobrze byłoby ustalić, że w sieci będzie stosunkowo niewiele podmiotów publicznych, po to, żeby pozostałe szpitale w pełni prawie i bez szczególnych negatywnych emocji mogły być prywatyzowane. Dobrze, aby z ministerstwa wypłynął sygnał, że takie zmiany są pożądane, ponieważ samorządy mają wiele powodów, żeby takich akcji samodzielnie nie podejmować. Boją się gniewu społecznego i jeśli nie są zachęcane z zewnątrz, to powstrzymują się od podejmowania takich niepopularnych decyzji. Ale nie ma odwrotu i sieć musi powstać. Czy to się stanie w tym roku? Szczerze wątpię.

Krzysztof Bukiel:

– W tworzeniu sieci szpitali – tak myślę – nie będzie żadnego postępu. Temat jest zbyt delikatny dla środowiska lekarskiego, pielęgniarek i społeczeństwa. Inna sprawa, że nie wiem, czy taka struktura rzeczywiście jest potrzebna.

Andrzej Sokołowski:

– Myślę, że może nawet powstać ustawa gwarantująca określenie sieci szpitalnej. To jednak nie oznacza, że zostanie ona zrealizowana. Zresztą pan Religa, znając poglądy senatorów i posłów, na wszelki wypadek dał sobie na reformowanie służby zdrowia 7 lat i w ten sposób zabezpieczył się przed odpowiedzialnością.

Cezary Szczylik:

– Problem polega na tym, że nie widzę potrzeby tworzenia sieci. Konstruując sieć, można doprowadzić do sytuacji, w której zapewnimy byt niektórym szpitalom tylko dlatego, że miały poparcie jakiegoś układu politycznego. Należy o tym pamiętać, bo w Polsce to standard. W ten sposób upadłyby wartościowe placówki, a ludzie w nich pracujący poszliby na bruk.

Wojciech Misiński:

– Niestety, jestem pesymistą i uważam, że wiele ustaw zostanie uchwalonych (także o utworzeniu sieci szpitali), ale moc ich wykonania będzie obowiązywać w przyszłości.

Sondę przygotowała
Małgorzata Czarnecka