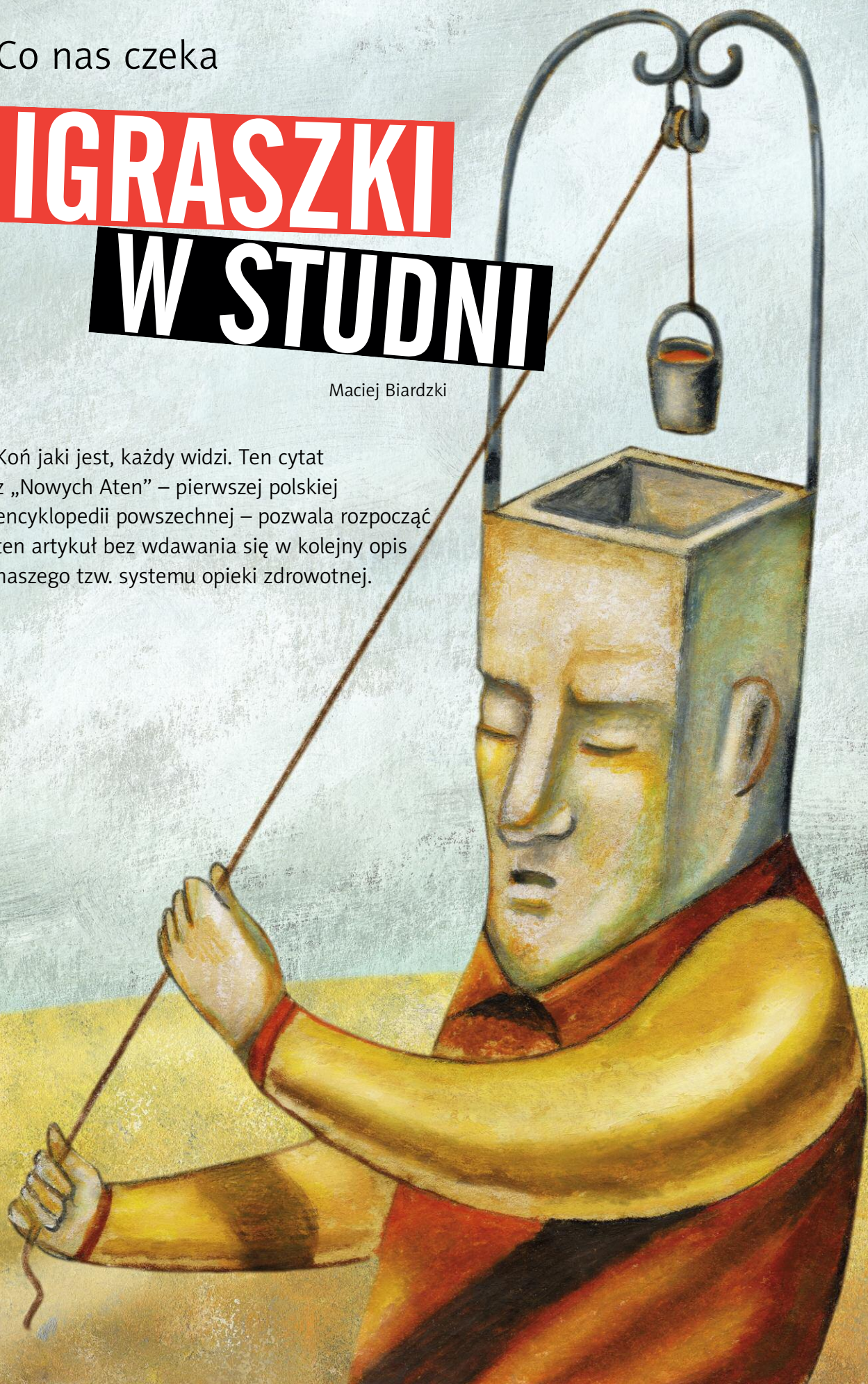


Co nas czeka

# IGRASZKI W STUDNI

Maciej Biardzki

Koń jaki jest, każdy widzi. Ten cytat z „Nowych Aten” – pierwszej polskiej encyklopedii powszechnej – pozwala rozpocząć ten artykuł bez wdawania się w kolejny opis naszego tzw. systemu opieki zdrowotnej.



## Horkruksy klęski systemu

Bawiąc się symboliką zaczerpniętą z „Harry’ego Pottera” Joanne Rowling, można założyć, że w każdym obserwowanym patologicznym zdarzeniu dotyczącym opieki zdrowotnej znajduje się element systemowej klęski i dopiero wydobywanie wszystkich tych zdarzeń na jaw i ich zniszczenie pozwoli na zniszczenie „duszy złego czarownika”. Dopiero to zaś może doprowadzić do naprawy.

Problem w tym, że liczba horkruksów w naszym przypadku jest nieznaną, a właściwie są one niepoliczalne. Poza tym ostatni element znajduje się w samym czarowniku, więc ciągnięcie tego wątku naraża mnie na zarzut propagowania „mowy nienawiści”.

Tym niemniej liczba widocznych dla wszystkich horkruksów jest znaczna. Pierwszy to efekt kryzysu ekonomicznego ciągnącego się od 2008 r. Jego następstwami są nieopłacone nadwykonania, wyhamowanie wzrostu kontraktów w kolejnych latach, mnożące się kontrole świadczeniodawców. Skutkiem kryzysu jest też ustawa refundacyjna, przerzucająca koszty refundacji leków na pacjentów – czy to poprzez zwiększenie współpłacenia w przypadku leków refundowanych, czy to poprzez zwiększenie sprzedaży leków nier refundowanych w następstwie wywierania presji na lekarzy. Innym horkrukssem są „trujące aktywa” systemu w postaci uchwalonego pakietu zdrowotnego Ewy Kopacz, tak chwalonego ostatnio przez Andrzeja Włodarczyka. A w tym pakiecie są przecież obok ustawy refundacyjnej np. nowela ustawy o prawach pacjenta z instytucją zdarzenia medycznego. Zdarzeń medycznych do końca października zgłoszono nieco ponad 200, rozpatrzono 42, a uznano roszczenia w bodaj 14 przypadkach w całym kraju. Tak bynajmniej donosił „Dziennik Gazeta Prawna” 12 listopada. Czy warto było dla tej liczby narażać szpitale na koszty w wysokości setek tysięcy złotych płaconych za polisy ubezpieczeniowe? Zwłaszcza że nie wiadomo, w ilu spośród tych 14 przypadków szpital uznał swoją winę, a nie skierował sprawy pacjenta do sądu.

Kolejnym cudownym elementem pakietu jest ustawa o działalności leczniczej, która eksploduje nam w rękach pod koniec czerwca, kiedy organy założycielskie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej będą musiały pokryć ich straty za 2012 r. Oczywiście – pomniejszone o wartość odpisu amortyzacyjnego. Czy szpitale będą – zachowując wszystkie proporcje – robić cuda przy swoich sprawozdaniach finansowych na podobieństwo słynnej firmy ENRON? Czy może upadnie kilka powiatów bądź uczelni?

Horkruksów jest mnóstwo, każdy może wskazać wiele, wiele innych. Ale tematem tego artykułu nie jest wskazywanie przyczyn kryzysu, które wielokrotnie były opisywane. Tematem tego artykułu mają być rytuały, które odprawia kolejny czarnoksiężnik – Bartosz Arłukowicz.



foto: Wojciech Surdziel/Agencja Gazeta

**Beata Małecka-Libera**  
zastępca  
przewodniczącego  
sejmowej Komisji Zdrowia

Czeka nas pierwszy etap dawno wyczekiwanych zmian, które zrewolucjonizują funkcjonowanie polskiej ochrony zdrowia. Ale w przyszłym roku wielokrotnie przyjdzie się nam jeszcze zżymać na to, że ciągle obowiązują stare zasady. Bo zmiany, o których mówię, będą miały charakter przygotowawczy.

Weźmy przykład: likwidacja Centrali NFZ i przekazanie pełni kompetencji regionom. To nastąpi, ale przecież nie przyniesie żadnego efektu od zaraz, od następnego dnia. Zanim odczujemy dobre skutki tej zmiany, będą musiały minąć nie tygodnie, ale miesiące. Kolejną rzeczą to przekształcenia własnościowe szpitali. Doprowadzą one do istotnej zmiany w funkcjonowaniu polskiej sieci szpitalnej i lepszego funkcjonowania lecznic, ale też nie z dnia na dzień. Wdrażane będą programy naprawcze, zmieni się mapa świadczeniodawców. Ale na skutki – wierzę, że pozytywne – również przyjdzie nam poczekać.

Czeka nas też bardzo poważne zadanie: rozstrzygnięcie, ile wolnego rynku i ile regulacji w ochronie zdrowia.

## Zaklinanie rzeczywistości

Ostatnio Bartosz Arłukowicz udzielił kolejnego wywiadu dla Polskiej Agencji Prasowej, w którym przedstawił zarys planu naprawy systemu. Ponieważ samego planu nie możemy się doczekać od miesięcy, przedstawiono nam „wstęp do propedeutyki zagadnienia”, z którego każdy może wydobyć to, co zadowoli jego oczekiwania. Pytanie – dlaczego teraz minister przedstawia swoje mgławicowe zapowiedzi?

Pewnie dlatego, że po kilku miesiącach względnego spokoju atmosfera wokół resortu znowu zaczęła się zagęszczać. Pogłębiają się problemy szpitali widziane globalnie poprzez rosnące do blisko 11 mld zł zadłużenie samych SPZOZ-ów, jednostkowo zaś poprzez zapaść Centrum Zdrowia Dziecka. Narastający deficyt NFZ przejawia się w odmowie płacenia za nadwykonania. To, co w całym kraju było normą już od paru lat, stało się rzeczywistością i szokiem dla Mazowsza. Do tego doszły niesatysfakcjonujące propozycje kontraktowe na przyszły rok związane z i tak zawyżonym planem finansowym NFZ na 2013 r. Ostatnie dni były pasmem ataków na ministra ze strony mediów i polityków opozycji. Do tego dołączył eksminister Andrzej Włodarczyk, odwołany ze stanowiska dyrektora Instytutu Reumatologii za to, że „na wydrę” postanowił się przyłączyć do



**Marek Krawczyk**  
rektor  
Warszawskiego  
Uniwersytetu  
Medycznego

foto: PAP/Andrzej Hiechorowicz

Obawiam się, że czeka nas rok debat, dyskusji i nie-  
stety także kłótni, w tym żenujących. One zresztą już  
trwają. Powiem o tych, które są najbliższe mojej  
codziennej pracy. Chodzi o próby wymuszenia komer-  
cjalizacji szpitali klinicznych zależnych od uczelni  
medycznych. Już sam pomysł traktowałbym w kate-  
goriach zagrożenia. Oczywiście protestujemy, apelu-  
jemy, przedstawiamy argumenty. Na razie bez skutku,  
ale debata jeszcze się nie zakończyła. Będziemy ją  
toczyć dalej w przyszłym roku.

Druga z dotyczących mnie mocno spraw to zmniej-  
szenie finansowania mazowieckiego NFZ. Dzisiaj  
odbywa się ono przy użyciu dziwnej dla mnie argu-  
mentacji: mniej dla Mazowsza, więcej dla innych. Ja  
skupiłbym się na pierwszej części tego zdania: „mniej  
dla Mazowsza”, a resztę określił mianem retoryki. Mniej  
dla Mazowsza – jak można obcinać finansowanie tam,  
gdzie pieniądze już jest za mało. Z czego znowu będzie-  
my musieli zrezygnować?

Dostrzegam, że podobnych ostrych konfliktów w Pol-  
sce jest więcej. I te konflikty staną się tematem codzien-  
nych działań menedżerów zdrowia, tym będziemy żyli  
w przyszłym roku.

Institutu Matki i Dziecka poprzez przekazanie informacji  
o zamiarze wstrzymania przyjęć planowych. Minister  
wyrzucił eksministra z roboty, za co został obrzucony  
przezeń stekiem niezbyt pochlebnych ocen, z których  
stwierdzenie o zazdrości wobec Ewy Kopacz należało do  
najbardziej komicznych.

Tak czy owak Bartosz Arłukowicz postanowił przejść  
do kontrofensywy i ogłosił swój program, składający się  
z czterech elementów, przez co poniekąd już nazwa-  
ny czteropakiem. Decentralizacja NFZ, odrębna insty-  
tucja wyceniająca świadczenia, dodatkowe dobrowolne  
ubezpieczenia zdrowotne i premiowanie kompleksowej  
opieki zdrowotnej – to tylko z pozoru cztery kroki. To  
szkielet systemu, który być może rozwiąże wiele obec-  
nych problemów, ale na razie nie wykracza poza hasła.  
Nie jest więc niczym innym, jak zaklinalniem rzeczy-  
wistości, w myśl sloganu z lat 70. ubiegłego wieku:  
„z czasem będzie lepiej”.

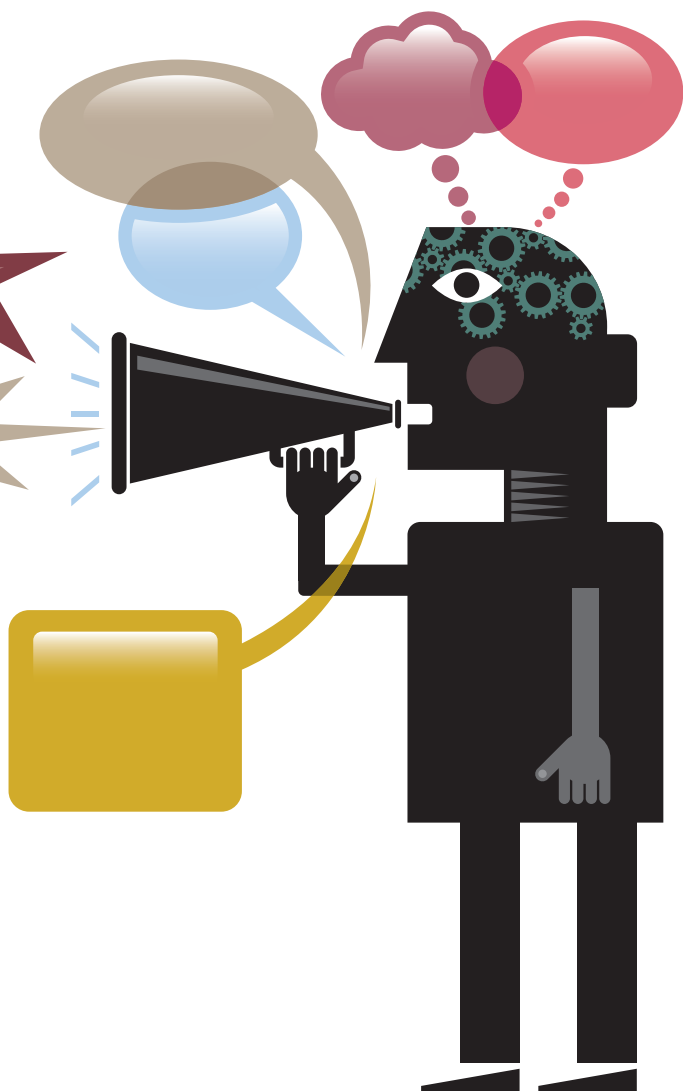
### Decentralizacja NFZ

Idea podziału NFZ nie jest pomysłem Bartosza Arłu-  
kowicza, lecz powtarza się od kilku lat. Ciągłe rozwa-  
ża się tą samą alternatywę: samodzielne oddziały czy



foto: iStockphoto

sześć subregionalnych funduszy. Od kiedy zaczęto ubo-  
lewać nad istnieniem NFZ, oba rozwiązania co jakiś czas  
są wyciągane jak królik z kapelusza. Tyle że nikt podzia-  
łu funduszu dotąd nie przeprowadził. Tym razem jest  
w tym pomysle pewna nowość, związana z proponowaną  
w kolejnym projekcie – ustawie o zdrowiu publicznym  
– regionalizacją polityki zdrowotnej. Obecnie, jak  
zauważa minister, prowadzi ją fundusz albo nikt. Gło-  
sząc jak najbardziej sensowną tezę, że fundusz powinien  
być tylko płatnikiem, a decydować o priorytetach regio-  
nalnej polityki zdrowotnej ma wojewoda – niebez-  
piecznie dryfuje w kierunku postulowanym przez PiS,  
który proponował likwidację NFZ i przekazanie jego  
kompetencji właśnie wojewodom. Poza tym taki kie-  
runek wymusza podział NFZ na 16 oddziałów, aby  
uniknąć realizowania różnych polityk przez oddział funk-  
cjonujący w kilku województwach, być może w nie-  
których miejscach sprzecznych. Znika także z horyzontu  
postulowana przez niektórych idea konkurencji między  
płatnikami. Ogromnym problemem, choć dotąd nie-  
dyskutowanym, jest brak jakichkolwiek wzorców pro-  
wadzenia regionalnej polityki zdrowotnej. Czy będzie  
ją prowadził sam wojewoda, czy przy współpracy z mar-



**Krzysztof Łanda**  
prezes fundacji  
Watch Health Care

W przyszłym roku czeka nas likwidacja Centrali NFZ i powołanie agencji taryfikacji – superinstytucji łączącej funkcje, które dziś wypełnia AOTM i częściowo Centrala NFZ. Jak dokładnie to będzie wyglądać, jeszcze nie wiemy, ale obawiam się czarnego scenariusza: po tych wszystkich zmianach... nic się nie zmieni.

Bo co odda Centrala NFZ, co Ministerstwo Zdrowia? Zdejmie z siebie odpowiedzialność za bieżące funkcjonowanie ochrony zdrowia, ale kompetencji nie odda. W praktyce wszystkie dzisiejsze pretensje do ministerstwa i funduszu będzie można kierować do szefów regionalnych NFZ. Zwiększy się ich odpowiedzialność, ale w zamian nie zyskają oni żadnych dodatkowych kompetencji. Dalej będą mieli związane ręce, tyle że nie służbowymi poleceniami centrali, ale wycenami i wskazaniem nowej superagencji. Trochę może to wyglądać na robienie z nich kozła ofiarnego.

Będzie to zatem rok odsuwania przez instytucje centralne odpowiedzialności i za ochronę zdrowia, i za podejmowane przez siebie decyzje. Nie będzie to jednak proces jednoznacznie negatywny, o ile w jego ramach uda się w Polsce w końcu wprowadzić ubezpieczenia dodatkowe.

szalkiem województwa, rektorem regionalnej uczelni medycznej, reprezentacją starostów? Nie ma żadnych mechanizmów, które zapewniłyby, że tworzenie regionalnej polityki zdrowotnej nie byłoby lokalnym wyrywaniem sobie wzajemnie kasy. Nikt też nie mówi o jakimkolwiek pilotażu, który powinien trwać przynajmniej pełny rok kalendarzowy, aby można było ocenić rezultaty, a przede wszystkim wyeliminować błędy. Wprowadzenie tego systemu bez pilotażu grozi zaburzeniami porównywalnymi z tymi z początków reformy.

### Wielki bezstronny taryfikator

Z podziałem funduszu bezpośrednio łączy się kolejny punkt programu, a mianowicie utworzenie niezależnej instytucji taryfikującej świadczenia zdrowotne. Jej powstanie, wobec braku do tej pory jakichkolwiek transparentnych zasad wyceny świadczeń zdrowotnych, jest jak najbardziej zasadne. Będąc pełnym dobrej woli, zakładam, że Bartosz Arłukowicz jest spójny w swoich wypowiedziach i jego niedawna informacja, że utworzenie agencji zajmującej się taryfikacją będzie połączone z likwidacją AOTM i CMJ, jest nadal aktualna. Oznacza

to, że znikną dwie instytucje, które zajmowały się oceną technologii oraz promowaniem jakości i mają już swoje miejsce w systemie. Zamiast nich powstanie kolejny moloch zajmujący się wszystkim – drugie ministerstwo. I jest to niedobry kierunek. Utworzenie organizacji o tak szerokich zadaniach, zwłaszcza połączone z likwidacją sprawnych instytucji, z których jedna znajduje się w Warszawie, a druga w Krakowie, będzie oznaczało kolejny chaos. Możemy utracić to dobro, które istniejące organizacje wypracowały, a nie otrzymamy, przynajmniej na początku, nic w zamian. Poza tym w tyle głowy ciągle krąży pytanie: co zrobimy z całą ekipą z ulicy Grójeckiej? Jeżeli się okaże, że likwidowana Centrala NFZ dostanie zadanie, aby była agencją taryfikacji, agencją oceny technologii medycznych i na dodatek centrum monitorowania jakości w jednym, to cytując Talleyranda: „to nie będzie zbrodnia, to będzie błąd”. Przykro to mówić, ale instytucja z Grójeckiej musi po prostu zniknąć, jeżeli chcemy zlikwidować pseudokorporacyjne zwyczaje panujące w NFZ. Agencja taryfikacji powinna być odrębną instytucją zlecającą wyspecjalizowanym zespołom eksperckim dokonywanie wycen, co najwyżej połączoną z AOTM. W miejsce Centrali NFZ może ewentualnie



**Maciej Murkowski**  
ekspert ds. rynku  
ochrony zdrowia

foto: Archiwum

Czeka nas czas fuzji i połączeń i to na dużą skalę. Od góry do dołu. Zaczę od góry. Jako przykład chciałbym przywołać dwa funkcjonujące w jednym mieście, Warszawie, instytuty o wysokiej referencyjności: Instytut Matki i Dziecka oraz Centrum Zdrowia Dziecka. Oba w dramatycznej sytuacji finansowej. Czy nie należałoby wzmocnić ich obu, łączyąc? Oszczędzając na biurokracji, obsłudze prawnej, sprzęcie, który obecnie nie jest wykorzystywany w pełnym zakresie, bo kontrakty obu instytucji są za małe?

Należy rozważyć racjonalność takiego rozwiązania i z pewnością taka analiza nastąpi. Podobnie w województwach, powiatach – przez Polskę przewinie się szereg dyskusji o tym, czy potrzebny jest powiatowy szpitalik, czy nie lepiej połączyć kilku specjalistycznych szpitali w jeden. Jaki będzie skutek tych rozważań, łatwo przewidzieć. W wielu wypadkach zwycięży rozsądek, szpitale będą łączone w sieci. W innych wygrają inne względy, opór społeczny, ambicje polityczne i nieracjonalny stan będzie trwał. Ciekawe tylko, w jakiej proporcji ułoży się ostatecznie liczba decyzji racjonalnych i nieracjonalnych.

powstać instytucja na wzór dawnego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. To wszystko.

Zupełnie na marginesie przypomnę, że Centrala NFZ już dawno wycenia procedury medyczne. O efektach tej pracy szkoda gadać – wymienię tylko wyceny kardiologii interwencyjnej, a z drugiej strony wyceny pediatryczne.

### Dodatkowe ubezpieczenia od niczego

Trzeci element „czteropaku” to ciągle powracające dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Kolejne zakłęcie – projekt, który od uchwalenia koszyka zdrowotnego praktycznie nie jest możliwy do realizacji. Jeszcze niedawno ekipa Ewy Kopacz sugerowała, że w ramach ubezpieczeń suplementarnych będziemy się mogli dodatkowo ubezpieczyć i dzięki temu omijać kolejki oczekujących. Całe szczęście, że ten infantylny pogląd nie został ostatecznie przełożony na akt prawny, bo Trybunał Konstytucyjny po raz kolejny miałby używanie. Trzeba jeszcze raz powtórzyć: ubezpieczenie komplementarne obejmuje świadczenia znajdujące się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych, suplementarne – świadczenia realizowane powyżej standardu opisanego dla świadczeń znajdujących się w koszyku.

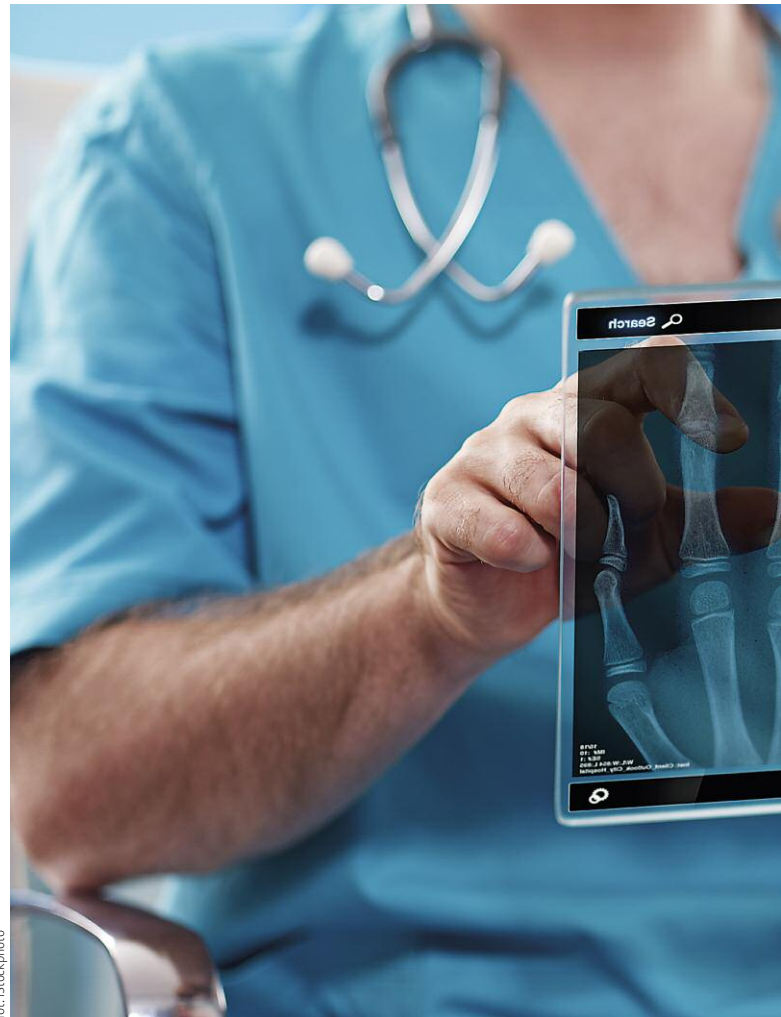


foto: iStockphoto

Są jeszcze ubezpieczenia substytucyjne, wyłączające ubezpieczonego z systemu powszechnego, ale ten rodzaj ubezpieczeń w ogóle w Polsce nie jest rozpatrywany.

W celu wprowadzenia systemu ubezpieczeń dodatkowych trzeba spełnić co najmniej jeden z trzech warunków: ograniczyć koszyk świadczeń gwarantowanych, opisać ich standardy lub wprowadzić współpłacenie. Są to odważne, wręcz ryzykowne decyzje polityczne, ale bez nich nie ma co dyskutować o ubezpieczeniach dodatkowych. Po prostu nie ma produktu, którego mogłoby dotyczyć to ubezpieczenie. Oczywiście ideałem byłoby wprowadzenie wzoru holenderskiego: koszyk dostosowany do nakładów publicznych, opisany standard i jedna regionalna instytucja zbierająca składkę podstawową i dodatkową. Tam to działa, więc może warto pojechać na korepetycje.

U nas na razie promocją ubezpieczeń dodatkowych zajmują się lobbyści towarzystw ubezpieczeniowych, które chciałyby się dorwać do olbrzymiego rynku. Jest to zrozumiałe z ich punktu widzenia, ale niestety wątpliwe prawnie.

Ubezpieczenia dodatkowe mogłyby pomóc systemowi – mogłyby rzeczywiście wprowadzić do niego dodatkowe pieniądze. Ale prawdopodobnie bardziej by mu pomogło wprowadzenie zasad równości przy ściąganiu składki zdrowotnej, np. odstąpienie od jednolitej składki dla przedsiębiorców w wysokości 9 proc. od 3/4 średniej kra-



jowej – dla tych zarabiających miliony i tych pracujących na przysłowiowej kasie w supermarkecie – czy likwidacja uprzywilejowanej składki rolników.

### Kompleksowe *fee for service*

Ostatnim elementem „czteropaku” jest promowanie kompleksowości udzielania świadczeń. Kolejny postulat tchnący romantyzmem, ale bez poczucia realizmu i na dodatek ośmieszany kolejnymi podejmowanymi równoległe decyzjami administracyjnymi. Przecież ostatnio prezes Agnieszka Pachciarz odebrała poradniom działającym przy szpitalach posiadającym certyfikat CMJ dodatkowe punkty rankingowe. Uzasadnienie było poniekąd słuszne – CMJ nadaje certyfikaty szpitalom i w zestawie standardów nie ma wymogów dotyczących poradni przyszpitalnych. Tyle że w ten sposób odebrano im jakiegokolwiek uprzywilejowanie. Czyli mówimy jedno, a robimy drugie.

Kolejnym promowanym atutem ma być obecność tomografu lub rezonansu w przychodni. A czemu nie mammografu lub densytometru, a przede wszystkim pełnoprofilowego laboratorium? Przecież to jest administracyjne uprzywilejowanie niektórych podmiotów, niemające nic wspólnego z kompleksowością.

Jeżeli chcemy promować leczenie kompleksowe, to nie poprzez wymogi dotyczące sprzętu. Kompleksowość to finansowanie pacjentowi całego cyklu leczniczego, a nie



**Leszek Sikorski**  
były minister  
zdrowia

fol. Archiwum

Zacznę od tego, czym przez ostatnie lata zajmowałem się w Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Przez cały rok 2013 będą trwały prace wdrożeniowe nad projektami informatycznymi w ochronie zdrowia. W pełni nie zaczną funkcjonować niemal żaden z nich – mają przecież zadziałać zgodnie z planem w roku 2014. I mam nadzieję, że zaczną. Jednak pełni pożytku z nich w najbliższym roku jeszcze nie będzie.

A wychodząc poza sferę informatyki: będzie to bardzo ciężki rok, pełen napięć, targów i tzw. gaszenia pożarów. Zwrócę uwagę na ten aspekt, o którym obecnie menedżerowie zdrowia mówią stosunkowo rzadko. Nad całą Europą wisi widmo kryzysu, sytuacja gospodarcza nie jest w pełni przewidywalna, a groźba jej pogorszenia – znaczna. Wobec tego trudno oczekiwać, że kierujący ochroną zdrowia zaczną planować i obiecywać zwiększenie wydatków. Będą za to próbowali ograniczyć liczbę i kwotę zaciąganych zobowiązań, planować ostrożnie. Obiecać jak najmniej, a gdyby czarny scenariusz się nie sprawdził, z tryumfem obwieścić, że dodatkowe pieniądze się znalazły.

Co to oznacza? Nieustanne targi o kontrakty, konflikty prowadzone przy użyciu wszelkiej broni i argumentów: prawnych, medialnych, nie zawsze merytorycznych.

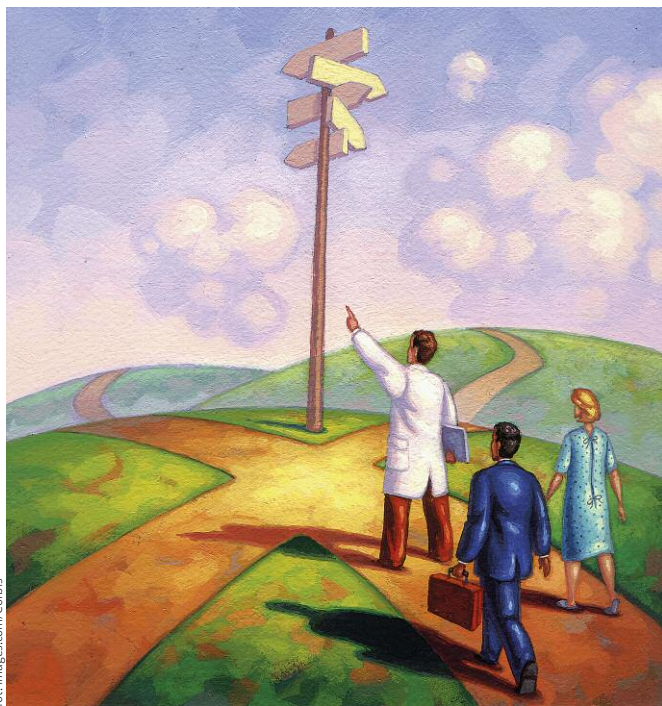
pojedynczych procedur. Są nieśmiałe wzorce w postaci tzw. KAOS – koordynowanej opieki nad pacjentem z cukrzycą czy AIDS. Może warto z nich skorzystać, a nie promować tych, którzy w jednej lokalizacji oferują pacjentowi kilkanaście odrębnie finansowanych świadczeń? Chyba że chcemy w ten sposób ograniczyć liczbę podmiotów leczniczych mających kontrakt z publicznym płatnikiem. Sama idea jest godna poparcia, ale wybór metody doprowadzenia do tego efektu niezwykle dyskusyjny.

Z tym tematem wiąże się też problem kolejek do leczenia specjalistycznego. Minister chce go rozwiązać przez zwiększenie liczby specjalistów. Po pierwsze, to potrwa lata, po drugie, niezależnie od tego, że w ogóle lekarzy jest za mało (2,2/1000 mieszkańców przy średniej dla krajów OECD 3,3/1000) – nie jest to właściwy kierunek myślenia. Problemy z kolejkami nie wynikają wyłącznie z braku lekarzy i braku odpowiednich kontraktów dla poradni. Wynikają przede wszystkim z niewłaściwej kwalifikacji pacjentów do poradni specjalistycznych. Chcemy rozwiązać ten problem? Rozważmy

problem współpłacenia za leczenie w poradniach specjalistycznych i przywrócenie *fund-holdingu* (oddanie do dyspozycji lekarza rodzinnego funduszy przeznaczonych na konsultacje specjalistyczne). Wtedy prawdopodobnie szybko się okaże, że znaczny procent osób kierowanych obecnie do specjalistów może być leczony przez lekarza rodzinnego w ramach jego stawki kapitałowej. Obecnie i lekarzowi rodzinnemu opłaca się wysłać pacjenta gdziekolwiek i mieć problem z głowy (bez utraty finansowania), i specjalistom opłaca się obracać jak największą liczbą prostych przypadków, odpowiednio zakwalifikowanych. Traci na tym systemie wyłącznie chory.

### Inicjatywy spoza „czteropaku”

Poza czterema kamieniami milowymi Ministerstwo Zdrowia zgłasza wiele kolejnych inicjatyw. Kryzys wokół Centrum Zdrowia Dziecka i innych instytutów spowodował, że zaczęto się zastanawiać nad sposobami ich finansowania i zarządzania nimi. Trudno zaprzeczyć, że zarządzanie instytutami było w niektórych przypadkach wręcz dramatyczne, ale pomysły na rozwiązanie problemu



fot. images.com/Corbis

„Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia już od dawna wycenia procedury medyczne. O efektach tej pracy lepiej nie wspominać. Wystarczy porównać wyceny kardiologii interwencyjnej i pediatryczne”



fot. Lukasz Cizak/Agencja Gazeta

**Anna Janczewska-Radwan**  
prezes Ogólnopolskiej Izby  
Gospodarczej Wyrobów  
Medycznych Polmed

Rok 2013 będzie sprawdzianem, czy przedstawiona przez Ministerstwo Zdrowia reforma systemu ochrony zdrowia zostanie wdrożona w życie. Deklaracje MZ zasadniczo idą w dobrym kierunku. Jednak, jak zwykle, diabeł tkwi w szczegółach. Dopiero poznanie założeń i samych projektów ustaw pozwoli na rzetelną ocenę tych zmian. Dużym optymizmem napawa zapowiedź powołania Rady Zdrowia Publicznego z premierem na czele. Zdrowie publiczne ze swym wymiarem ekonomicznym i społecznym wymaga współdziałania wielu resortów oraz władz samorządowych. Ta decyzja pozwoli wreszcie nadać właściwą, wysoką rangę tak ważnym dla nas wszystkim zagadnieniom zdrowia. Zauważalne już spowolnienie gospodarcze, tegoroczny niedobór 1,7 mld zł w NFZ z powodu mniejszych wpływów podatkowych, rosnące zadłużenie szpitali – to wszystko nie pozwoli niestety na istotną poprawę warunków leczenia pacjentów w 2013 r. Pozostaje nadzieja, że wprowadzone w 2013 r. zmiany i poprawiająca się od 2014 r. koniunktura gospodarcza spowodują, że w kolejnych latach polski system ochrony zdrowia szybciej będzie się zbliżał do poziomu europejskiego.

także budzą przerażenie. Nie ma wątpliwości, że instytuty powinny mieć jednego właściciela i sprawnych menedżerów. Obecny układ, w którym kto inny rządzi, kto inny odpowiada, a jeszcze kto inny dysponuje majątkiem, to kompletne horrendum. Ale pomyśl, aby działalność badawcza była finansowana z grantów, także jest niebezpieczny. Jeżeli nie „oznakuje” się ilości pieniędzy na badania medyczne, do których konkurować będą wyłącznie jednostki opieki zdrowotnej (dlaczego nie dopuścić do działalności badawczej także innych szpitali?), istnieje poważne ryzyko, że pieniądze te zostaną ograniczone. Wszyscy znający zasady działania Narodowego Centrum Nauki wiedzą, jakie granty i w jakiej wysokości są przeznaczone na badania podstawowe, do których w większości będą należeć prace badawcze z dziedziny medycyny. Priorytet ma przemysł i badania z nim związane, więc biotechnologia miałaby przyszłość. Ale co na przykład z badaniami nad diagnostyką czy farmakoekonomiką?

Kolejny problem to informatyzacja służby zdrowia. W tej chwili mamy propagandę sukcesu w związku ze wdrażaniem eWUŚ. Na początku, po ujawnieniu rzeczywistego stanu bazy ubezpieczonych w ZUS, będziemy musieli zjeść tę żabę. Może dzięki systemowi wprowadzimy w końcu w tej bazie porządek, ale dzisiejszy



fot. Wojciech Okrusnik / Agencja Gazeta

**prof. Krzysztof Kuszewski**  
kierownik Zakładu  
Organizacji i Ekonomiki  
Ochrony Zdrowia  
oraz Szpitalnictwa PZH

To musi budzić obawy: w 2013 r., niestety, prawie nic się nie zmieni. Wbrew temu, o czym mówią media, wbrew powszechnemu odczuciu – polski system ochrony zdrowia ma się całkiem dobrze. Chcę być dobrze zrozumiany: system ten nie służy dobrze pacjentom, ale sam w sobie ma się dobrze. Deficyt finansowy jest niewielki, a opór przeciw temu, jaki ten system jest, nie osiągnął jeszcze stanu wrzenia, który wymusiłby istotną zmianę.

Dlatego system ochrony zdrowia w Polsce będzie trwać, jak trwał przez ostatnie lata. Będą kolejki, będą ciągłe targi o nadwykonania i to wszystko, do czego zdążyliśmy się już – niestety – przyzwyczaić. Jako że wszyscy wiedzą, że taki stan rzeczy, jaki mamy dziś, jest nie do utrzymania przez najbliższych kilka lat, trwać będą przygotowania do zmiany. Będą plany komercjalizacji, plany połączenia szpitali, wymuszenia racjonalności. Będą też ambitni menedżerowie, którzy nie czekając na prawdziwe zmiany, będą przygotowywać do nich swoje jednostki, wypracowywać lepsze pozycje startowe na przyszłość. Ale to będą zmiany ilościowe, a nie jakościowe.

sukces na początku roku trudno będzie obronić. Tymczasem panuje cisza w sprawie stanu, w jakim jest realizacja projektów przez CSIOZ. Zwolnienie Leszka Sikorskiego świadczy o desperacji ministerstwa. Jednocześnie nie daje żadnych informacji o stanie zaawansowania prac. Informacja o ponownym powszechnym wprowadzaniu kart ubezpieczenia zdrowotnego od 2014 r., sprzecznym z ideą platform opracowywanych przez centrum, oznacza, że jesteśmy w głębokim lesie.

### Gdzie jesteście?

Jaki jest obecny stan systemu, każdy widzi. Czy recepty Bartosza Arłukowicza, przy wszystkich przedstawionych zastrzeżeniach, dają jakkolwiek nadzieję? Nie mnie w tej chwili odpowiadać.

Przede wszystkim po raz kolejny brakuje próby zbudowania jakiegokolwiek konsensusu wokół proponowanych rozwiązań. Czy pomysły urodziły się w głowie samego ministra, czy doradził mu to jego gabinet polityczny, czy stoją za tym jacyś znani eksperci? To wie tylko wąska grupa osób. A sposób rozwiązania problemów



fot. Bastiecki Roman / Fotorepa

**Jerzy Gryglewicz**  
ekspert  
Uczelni Łazarskiego

Na razie mało kto dostrzega, ile konfliktów pociągnie za sobą wprowadzenie w Polsce systemu eWUŚ. Dotychczas widzimy, że system popełnia błędy, że wskazuje osoby ubezpieczone jako nieubezpieczone. Ponoć ta grupa to 10 proc. polskich pacjentów. Wprowadzono kilkumiesięczną karencję na wprowadzenie systemu, dano pacjentom czas na weryfikację danych. Co się stanie, gdy ten czas się skończy? Okaże się, że rzeczywiście w wielu wypadkach mylił się system. Ale z pewnością w wielu to nie system się mylił, ale – na przykład – pracodawcy oszukiwali pracowników, nie odprowadzając za nich składek.

W 2013 r. ujawni się zatem liczona w setkach tysięcy (jeśli nie w milionach) osób grupa Polaków, którzy do korzystania z publicznej ochrony zdrowia zwyczajnie nie mają prawa. I w grupie tej liczną podgrupę będą stanowili jak na ironię sami pracownicy ochrony zdrowia (wiele szpitalnych długów to właśnie zobowiązania wobec ZUS i NFZ). Ta grupa tysięcy nieubezpieczonych stanie się problemem politycznym, tak jak nieubezpieczeni Amerykanie przed reformą Obamy. Czy ci pacjenci pozostaną bez pomocy? Czy pracodawcy będą musieli skrupulatnie rozliczać się z ZUS i NFZ? Czy w czasie kryzysu będzie ich na to stać? Czy znowu ktoś przestraszy się skali problemu i ustąpi?

systemu powinien być po pierwsze szeroko przedyskutowany, po drugie wprowadzony z odpowiednim *vacatio legis*, aby wszyscy przygotowali się do zmian.

Nie ma co ukrywać – mamy w kraju wojnę polityczną. Ale problem jest zbyt ważny, aby mógł być autorskim rozwiązaniem tylko jednej strony bądź polem do walenia w przeciwnika z drugiej. Niech ministerstwo szykuje swoje projekty, ale zanim zechce je oblekać w ciało, niech podda je szerokim konsultacjom i przeprowadzi odpowiednie pilotaże. Inaczej będzie to przypominać tytułowe igraszki w wodzie. Skala problemów sprawia, że są to igraszki w studni, gdzie bawiący się nie widzą, że burzą wodę, ale mogą się z tej studni nie wydostać. Najgorszym rozwiązaniem będzie wóz asenizacyjny, który przyjedzie opróżnić... no właśnie – co? Jeszcze studnię? ■