

Kontrreformacja w polskiej ochronie zdrowia

ARŁUKOWICZ
CHCĘ DOKOŃCZYĆ
REFORMĘ ŁAPIŃSKIEGO

Nigdy lub prawie nigdy nie dochodzi do powtarzania się zjawisk. Wisława Szymborska pisała, że nic dwa razy się nie zdarza. Karol Marks użył wręcz określenia, że historia jest dramatem, ale powtarza się jako farsa. Powinni o tym pamiętać przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, którzy właśnie fundują nam korektę reformy wzorowaną na pomysłach Mariusza Łapińskiego z lat 2001–2003.

System opieki zdrowotnej w Polsce według założeń miał być mocno zdecentralizowany. Oprócz regionalnych kas chorych zakładano funkcjonowanie kas branżowych, na dodatek wszystkie one miały ze sobą konkurować o ubezpieczonych. Politykę zdrowotną miał kreować minister zdrowia i samorządy wszystkich szczebli, będące organami tworzącymi usamodzielnione zakłady opieki zdrowotnej. Płatnicy mieli być niezależni, mieli zrzeszać się w Krajowym Związku Kas Chorych i być kontrolowani przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Wszystko zgodnie z monteskiuszowską zasadą, w myśl której władza kontroluje władzę.

Chcieliśmy dobrze, wyszło jak zwykle

Model był ciekawy, ale niedbale wprowadzona w 1999 r. reforma spowodowała, że nie zagrał prawie żaden z jego elementów. Można powtarzać w nieskończoność – połączenie wszystkich czterech reform sprawiło, że żaden z uczestników reformy systemu opieki zdrowotnej nie był gotowy do sprostania nowym okolicznościom: ani nowo powstałe kasy chorych, ani nowo powstałe województwa i powiaty, ani świeżo usamodzielnione zakłady opieki zdrowotnej. Także wprowadzone zmiany w ówczesnej ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie ułatwiały sprawy. Na przykład ta podnosząca minimalną liczbę ubezpieczonych w kasie do 500 tys. osób, co w oczywisty sposób skutecznie zabetonowało system do kas regionalnych. Najgorsze było jednak obniżenie wysokości składki zdrowotnej z 10 proc. podstawy do 7,5 proc. W efekcie otrzymaliśmy dysfunkcyjny, niedofinansowany system, który w szybkim tempie zaczął się zadłużać, wręcz od konfliktów wewnętrznych i marnie służyć społeczeństwu.

Na kłopoty – centralizacja

Dosyć powszechną praktyką jest, że władza stara się pokazać swoje zaangażowanie przy rozwiązywaniu ważnych problemów społecznych. I przekonać wyborców, że ma na nie radę. Takim palącym problemem była w 2001 r. wizerunkowa i rzeczywista porażka reformy systemu opieki zdrowotnej. W dużej mierze na tym Leszek Miller oparł ówczesną kampanię wyborczą SLD. W trakcie kampanii obiecano likwidację kas chorych i trzeba przyznać, że słowa dotrzymano. Krajowy Związek Kas Chorych zakończył działalność jeszcze w 2001 r., Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych wraz z wejściem w życie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia – w 2003 r. Same kasy chorych zostały połączone w jeden Narodowy Fundusz Zdrowia. Częściowa niezależność płatnika jednak pozostała, chociażby poprzez to, że prezes NFZ był powoływany nie przez ministra zdrowia, lecz na jego wniosek przez premiera. Z kolei dyrektorów oddziałów powoływał prezes NFZ. Pozwalało to kolejnym prezesom funduszu silić się na niezależność. W wyniku tej kontrrewolucji otrzymaliśmy jednego molochowatego płatnika,



foto: Wojciech Olkuszniak / AG

Mariusz Łapiński

NIE ODCZUWAM SATYSFAKCJI

Po latach coraz więcej ekspertów – i nie tylko oni – ocenia pozytywnie nasze wcześniejsze działania w ministerstwie podjęte w celu ratowania rozpadającego się systemu kas chorych. Wtedy nie zlikwidowaliśmy wprowadzonego systemu ubezpieczeniowego, lecz zracjonalizowaliśmy zarządzanie nim. Nie wprowadziliśmy centralizacji, a jedynie stworzyliśmy centralę w miejsce zlikwidowanego w 2001 r. Krajowego Związku Kas Chorych, aby przede wszystkim ujednoczyć system i przywrócić zachwianą płynność finansową. I co uważam za swój największy sukces – przywróciliśmy odpowiedzialność państwa za zdrowie obywateli. Pojęcie centralizacji systemu było wtedy wymysłem nieprzychylnych polityków i mediów. W związku z tym nie odczuwam satysfakcji z powodu przyjęcia pakietu zmian prawnych. A obecnemu ministrowi doradzam doprowadzenie do porozumienia ponad podziałami, do naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Tak długo, jak system opieki zdrowotnej będzie miejscem walki politycznej, nie uda się go naprawić.

pozbawionego elastyczności w reagowaniu nie tylko na potrzeby epidemiologiczne, lecz także na proste kryzysy.

Obrońcy NFZ podniosą zapewne, że mimo wad fundusz pozwolił jednostkom systemu wydobyć się z kryzysu z początku wieku. Tyle że w tym czasie zaistniały trzy inne fakty: wzrost składki zdrowotnej z 7,5 proc. do 9 proc., ogólny wzrost podstawy składki związany ze wzrostem gospodarczym wynikającym z aneksji Polski do UE i ustawa o pomocy publicznej z 2005 r. pompująca do zadłużonych zakładów 2,2 mld zł. Pierwsze

Jerzy Gryglewicz

ekspert Uczelni Łazarskiego

Kończy się era, kiedy sfera ochrony zdrowia była w miarę samodzielna. Teraz będzie ściśle kontrolowana przez ministra zdrowia. Umożliwią mu to trzy pozostające w jego ręku narzędzia. Pierwszym jest Agencja Taryfikacji, zależna bezpośrednio od ministra, która ograniczy do minimum grę rynkową. Ceny będą urzędowe, obliczane i wyznaczane przez urzędników. Drugie narzędzie to polityka kadrowa. W porównaniu z dzisiejszymi instrumentami minister w tym zakresie zyska nieograniczoną władzę, łącznie z obsadą stanowisk szefów oddziałów wojewódzkich NFZ. I wreszcie trzecie narzędzie – mapy potrzeb zdrowotnych, akceptowane na szczeblu central-



foto: Bosiacki Roman/Fotorepa

nym, nie wojewódzkim, i co najważniejsze – tworzone pod auspicjami wojewody. Zwracam uwagę: wojewody, a nie marszałka województwa. Marszałek pochodzi z wyborów na szczeblu lokalnym, stanowisko wojewody obsadzane jest przez rząd i premiera, tak samo jak stanowisko ministra.

Czy taka koncentracja władzy w rękach ministra jest dobra czy zła? To zależy od... samej osoby ministra. Wyobrażam sobie, że będzie to osoba obdarzona dalekowzroczną wizją, potrafiąca współpracować z doradcami, podejmować trudne decyzje. Mieliśmy w ostatnim dwudziestolecu wybitnych ministrów zdrowia. A niebezpieczeństwa związane z nowym modelem? Cóż, można sobie przecież również wyobrazić wybór ministra nietrafiony. Wtedy konsekwencje mogą być poważne.

Maciej Murkowski

ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia
Wyższej Szkoły Menedżerskiej
w Warszawie

Ministerstwo Zdrowia aż pali się do bieżącego administrowania wszelkimi sprawami, nawet drobnymi, dotyczącymi ochrony zdrowia. I obawiam się, że ta werwa, a następnie zaangażowanie w szczegóły przystąpi resortowi jego główne zadanie, czyli kształtowanie polityki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia to przecież instytucja powołana do monitorowania spraw związanych z ochroną zdrowia, tworzenia rozwiązań prawnych i praktycznych.

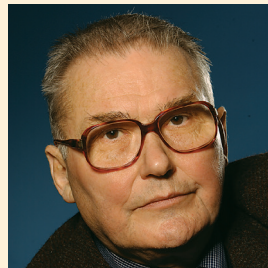


foto: Archiwum

To instytucja, która powinna zbierać dane, analizować je, przetwarzać we współpracy z instytucjami z angielska nazywanymi *think tank*, na przykład z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego. Resort zdrowia powinien wspólnie z podmiotami działającymi na rynku kształtować politykę zdrowotną państwa, zadbać o kwestie związane ze zdrowiem publicznym, które

w Polsce – mówiąc brutalnie – zwyczajnie leżą. A to, co widzimy dzisiaj, jest chęcią ingerowania w szczegóły, chęcią ręcznego sterowania całą ochroną zdrowia. To będzie spędzać ministrowi sen z powiek, a nie sprawy ważniejsze, wymagające koordynacji działań.

dwa czynniki spowodowały, że przez 10 lat ściągana składka zdrowotna wzrosła przeszło dwukrotnie. Z tego wynika, że korzyści przypisywane powołaniu NFZ łączyły się z tą decyzją najwyżej przypadkowo.

Z nieba do piekła

Przyrost ściąganości składki zdrowotnej był szczególnie silny w latach poakcesyjnych, tzn. 2006–2008. W tym czasie gwałtownie rosły wynagrodzenia i mało bezrobocie, co powodowało, że wcześniejsze plany dotyczące ściąganości składki były mocno niedoszacowane. Dzięki temu kilkakrotnie w ciągu roku zmieniano plany finansowe NFZ i przekazywano podmiotom leczniczym dodatkowe pieniądze. Sprawilo to między innymi, że problem nadwykoniań i wyczerpywania się kontraktów przed końcem roku praktycznie zniknął z przestrzeni publicznej, a NFZ każdego roku notował nadwyżkę finansową. Pod względem ilości pieniędzy w systemie było tak dobrze, że fundusz mógł sobie pozwolić na zmiany sposobu finansowania, wprowadzając JGP, choć aby to przeprowadzić, musiał radykalnie

poprawić rentowność finansowania wielu procedur medycznych. Ba, lekką ręką zrezygnowano z wprowadzonego przez Zbigniewa Religę obowiązku finansowania leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych nie z powszechnej składki zdrowotnej, lecz poprzez obligatoryjne wpłaty ubezpieczycieli komercyjnych do kasy NFZ wynoszące niemal miliard złotych rocznie. W tym okresie względnej prosperity ministrem zdrowia została Ewa Kopacz i rozpoczęła swój ambitny reformatorski program. Co z tego programu wyszło dobrego, pozostawiam bez komentarza, choć wprowadzenie ustawy refundacyjnej czy ustawy o działalności leczniczej dość istotnie wpłynęło na funkcjonowanie systemu.

Deregulacja na papierze

W tym samym czasie, zgodnie z programami wyborczymi PO z lat 2005 i 2007, obiecywano nam deregulację systemu, w tym przynajmniej podział NFZ na kilka mniejszych, konkurujących ze sobą podmiotów. Zmiana ta miała wprowadzić mechanizmy rynkowe do instytucji płatnika publicznego i w ten sposób zwiększyć jego



**MODEL ZMIAN ZAPROPONOWANYCH
DLA POLSKIEJ OCHRONY ZDROWIA
BYŁ CIEKAWY. ALE NIEDBALE WPROWADZONA
W 1999 R. REFORMA SPOWODOWAŁA,
ŻE NIE ZAGRAŁ PRAWIE ŻADEN
Z JEGO ELEMENTÓW**

efektywność. Do tego poprawionego systemu mieli wejść jeszcze ubezpieczyciele prywatni i miał być *high life*.

Zwiększona ilość pieniędzy w systemie, wzmocniona niebagatelnymi nakładami inwestycyjnymi z funduszy pomocowych UE i środków własnych organów tworzących spowodowała, że zaczęła rosnąć liczba podmiotów leczniczych, a istniejące rozszerzały działalność. Gdzieś w połowie 2008 r. prawie wszyscy mieliśmy poczucie, że wreszcie idzie ku lepszemu. Ale w listopadzie upadł bank Lehman Brothers i zaczął się ogólnoswiatowy kryzys...

Oszczędnościowe tło reform

Zachwianie się światowej gospodarki nie ominęło Polski. Spowolnienie gospodarcze spowodowało, że drastycznie wyhamował wzrost wynagrodzeń oraz spadło zatrudnienie. A są to dwa podstawowe czynniki dla poboru składki zdrowotnej. Wystarczy spojrzeć w kolejne plany finansowe publikowane na stronie internetowej NFZ. O ile od 1 stycznia 2006 r. do 31 grudnia 2009 r. (czyli już łącznie z pierwszym pełnym rokiem kryzysu) składka zdrowotna wzrosła z 36,4 do 53,5 mld zł, to jest o 47,2 proc., czyli ponad 10 proc. na rok, o tyle od 1 stycznia 2010 r. do dziś, zatem w czasie dłuższym o ponad pół roku, wzrosła z 53,2 mld zł do 63,5 mld zł, to jest o 19,4 proc.,

czyli o niewiele ponad 4 proc. na rok. Trzeba przy tym przypomnieć, że składka deklarowana w planach, z uwagi na nazbyt optymistyczne założenia kolejnych budżetów państwa, przez kilka ostatnich lat nie była ściągana w pełnej wysokości i NFZ musiał się ratować oszczędnościami na refundacji leków. Wprowadzie Agnieszka Pachciarz chciała zwiększyć możliwości finansowe funduszu, domagając się finansowania przez państwo składek za wszystkich nieubezpieczonych wykazywanych przez eWUŚ, ale zapłaciła za to głową. Przez pierwsze sześć miesięcy 2014 r. fundusz funkcjonował bez planu, na zwykłym prowizorium, dopóki nowy prezes nie zrobił korekty planu uwzględniającej tę dopłatę tylko w niewielkim stopniu (183,2 mln zł zamiast 942,4 mln zł). Po tej operacji nowy plan zakłada stratę NFZ w wysokości 1,2 mln zł, która – jak można się domyślać – w kolejnych latach zostanie pokryta z oszczędności na refundacji i ewentualnie z rezerwy ogólnej, którą wreszcie można rozwiązać. Dodatkowych pieniędzy dla jednostek systemu z tego raczej nie będzie.

Z nożem na gardle

Dlaczego przedstawiam te wszystkie liczby? Tylko w celu potwierdzenia, że dobre czasy się skończyły.

Doskonale to widzą także decydenci w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia. Łatwo zauważyć, że większość przeprowadzonych od 2008 r. reform systemowych, zwłaszcza tych w pakiecie Ewy Kopacz, miała na celu ograniczenie nakładów na system opieki zdrowotnej oraz przerzucenie kosztów pokrycia niedoborów finansowania na pacjentów, organy tworzące podmioty lecznicze i same podmioty. Wystarczy wziąć dwa sztandarowe projekty: ustawę refundacyjną i ustawę o działalności leczniczej. Pierwsza, która

doprowadziła do istotnego obniżenia kosztów refundacji leków, ale także ich cen, jednocześnie spowodowała zwiększenie współfinansowania przez pacjentów oraz trudności zaopatrzeniowe w wypadku niektórych leków. Tymczasem oszczędności z refundacji w minimalnym stopniu zostały wykorzystane na wprowadzenie nowych technologii lekowych, pozwoliły tylko pokrywać w kolejnych latach niedobory w ściągłości składki zdrowotnej. Podobnie jest z ustawą o działalności leczniczej, która przerzuciła na organy tworzące

Rafał Niżankowski

były wiceminister zdrowia

Staram się zrozumieć, czym kierowało się kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i rząd przy formułowaniu planów centralizacji zarządzania ochroną zdrowia. Sądzę, że stoi za tym poczucie bezradności i bezsilności. Minister rzeczywiście nie był i nie jest władny, by ingerować w pracę każdej kliniki, szpitala czy oddziału. Dochodziło do nieprawidłowości, a opinia publiczna odpowiedzialnością, często niestusznie, i tak obarczała ministra.

Tyle diagnoza. Recepta na ten stan rzeczy jest jednak chybiona. Centralizacja nic nie da, utrudni wręcz rozwiązywanie konkretnych problemów. Bo każdy z nich będzie wymagał decyzji ministra czy dyrektora konkretnego departamentu. Ministerstwo zavalone zostanie tysiącami spraw i pytań: czy możemy, czy nam wolno, jaka jest decyzja ministerstwa? Już sobie wyobrażam – po kilku miesiącach zavalone tysiącami spraw mini-



foto: Paweł Ulatowski/Agencja Gazeta

sterstwo będzie musiało wystąpić o np. trzykrotny wzrost liczby etatów. Ale gdy zgodę na to dostanie, szybko się okaże, że i tak tych etatów jest za mało. To droga donikąd, trochę jak w czasach PRL, gdy najdrobniejszą sprawę trzeba było „przepchnąć” przez Biuro Polityczne PZPR. To tłumilo przedsiębiorczość, kreatywność w rozwiązywaniu problemów.

I w ochronie zdrowia grozi nam recydywa tego systemu.

Za najgorszy pomysł uważam ideę powołania Agencji Taryfikacji. Tak to już się układa, że leki, terapie i procedury – gdy są innowacyjne, są drogie. W krótkim czasie ich ceny spadają. Agencja rozrośnie się w superurząd, który nie dość, że będzie musiał wyceniać procedury, to jeszcze ciągle śledzić zmiany i wyceny zmieniać. A po co? Szpitale dawno już dokonały wycen na własny użytek, mają wszelkie dane i dlatego niektóre z procedur wykonują nader chętnie, a przed wykonywaniem innych bronią się rękoma i nogami. Wystarczy się temu odpowiednio przyjrzeć, dokonać korekt i agencja okazałaby się niepotrzebna.

Lidia Kodłubańska

prezes Szpitala Świętego Wincentego a Paulo sp. z o.o. w Gdyni

Za częściowe urynkiowanie ochrony zdrowia, szczególnie rynku świadczeń szpitalnych, mimo pewnych sukcesów zapłaciliśmy olbrzymią cenę. Mniejsze szpitale, prywatne i publiczne, dość szybko dostosowały się do zmian, wykorzystały fakt, że niektóre sfery działalności szpitalnej były niedoszacowane, inne przeschacowane. Koncentracja na walce konkurencyjnej o te ostatnie przyniosła bardzo niedobry efekt. Duże szpitale traciły część lukratywnych kontraktów, pozostając z tymi mniej opłacalnymi, o które nikt nie chciał zabiegać. Gdyby duże szpitale kierowały się wyłącznie rachunkiem ekonomicznym i zamykały mniej opłacalne



foto: Archiwum

oddziały, zagrażałoby to bezpieczeństwu pacjentów. Uważam, że do dziś to bezpieczeństwo jest zagrożone, że dalsze brnięcie w taką sytuację, jaka rysuje się dziś, może doprowadzić do poważnych konsekwencji.

Dlatego sądzą, że pewna centralizacja, racjonalne planowanie świadczeń ma sens. W czym tkwi zagrożenie? Ano w tym, że po podpisaniu dziesięcioletniego kontraktu niektóre szpitale stracą zainteresowanie podnoszeniem jakości i bezpieczeństwa świadczeń. Bo i po co, skoro wieloletni kontrakt jest w kieszeni. Rozwiązanie widzę w obowiązku certyfikacji i akredytacji, poddaniu się audytowi i kontroli instytucji niezależnych. I wprowadzeniu żelaznej zasady: kto nie ma certyfikatu, traci uprzywilejowaną pozycję w walce o kontrakty.

odpowiedzialność za stan podległych im podmiotów leczniczych, obligując je do pokrywania strat tychże podmiotów lub przekształcania ich w spółki. Trudno jednoznacznie ocenić, na ile ustawa jest skuteczna, ponieważ jedyny dostępny powszechnie wskaźnik, tzn. publikowane kwartalnie przez MZ dane dotyczące zadłużenia SPZOZ-ów, nie pokazuje, jaka jest ich łączna liczba (a przecież komercjalizacja postępuje) ani ile do swoich zakładów dopłaciły organy założycielskie.

O co chodzi Arłukowiczowi

Bartosz Arłukowicz jest ministrem zdrowia już prawie trzy lata. Przejął instytucję przy ulicy Miodowej z rąk Ewy Kopacz w stanie potężnego rozdygotania związanego z wprowadzaniem wówczas pakietem zdrowotnym, a zwłaszcza budzącą mnóstwo sprzeciwów ustawą refundacyjną. Pierwszych miesięcy urzędowania można mu w zasadzie współczuć, ale też należy docenić, że nie wycofał się z ustaw poprzedniczki i zamieszanie jakoś opanował. Miesiące te jednak odcisnęły piętno na funkcjonowaniu resortu, ponieważ dalsza działalność ministra polegała jedynie na gadaniu i wszechobecnym „pijarze”. Incydentalne kreatywne działania – jak rządowy program *in vitro* – pokazywały, że Bartosz Arłukowicz i jego resort nie są w stanie napisać porządnej, akceptowanej przez większość parlamentarną ustawy, a zamiast tego podejmują działania doraźne. A przecież koalicja PO–PSL ma w Sejmie większość, prawda? Ustawę o *in vitro* z pewnością poparłyby też kluby SLD i Twojego Ruchu. Dlaczego więc ustawy nie ma, działa zaś zawieszony w próżni program rządowy? Kolejny projekt jest ponownie w Sejmie, może tym razem będzie procedowany.

Doraźne działanie zamiast systemowego jest znakiem firmowym Arłukowicza. Uwielbia on stanąć przed kamerami telewizyjnymi i pokazać się jako szeryf, który rozwiązuje problemy. Tylko czy którykolwiek z nich został rozwiązany? Czy poprawiła się działalność nocnej opieki zdrowotnej? Czy rozwiązano problem transportu sanitarnego w szpitalach? Czy poprawiła się jakość opieki okołoporodowej? Przeprowadzono mnóstwo kontroli, spisano setki ankiet, wykonano kawał dobrej, nikomu niepotrzebnej roboty. Społeczeństwo zaś dawno już zapomniało, co się stało w Skierniewicach, Gostyniu, Opolu czy w wielu innych miejscach. Może i jest to metoda na sprawowanie władzy?

Pakiet propagandowy

Aktualnie Bartosz Arłukowicz przepycha przez Sejm kolejny propagandowy pakiet. Jedni zwą go onkologicznym, drudzy antykolejkowym. Nazwa jednak nie ma znaczenia, ponieważ jest on skazany na porażkę. To, że jest to tylko gadanie dla gadania, rozumieją nawet posłowie Komisji Zdrowia, którzy bez dyskusji przyjęli plan finansowy NFZ na 2015 r., nieprzewidujący żadnych funduszy na sfinansowanie pakietu. Przyj-

muję, że nie ma nowych pieniędzy, ale można było chociaż oszacować, jaki będzie koszt tego pakietu, i zrobić odpowiednią rezerwę w planie. Skoro ustawy pakietu antykolejkowego były już w Sejmie, to rozumiem, że dostępna była ocena wpływu nowej regulacji na otoczenie, w tym także wpływu finansowego. To powinno być przecież integralną częścią projektu ustawy.

Podobnie jest z konstytucyjnością pakietu. Adresowany jest głównie do jednej grupy pacjentów: chorych na raka. I będzie słusznie atakowany, że wprowadzając przywileje dla pacjentów onkologicznych, może doprowadzić do ignorowania praw osób cierpiących na inne schorzenia, co stoi w sprzeczności z konstytucją RP. Już teraz podnoszą to eksperci od legislacji, ale na twórcach pakietu nie robi to wrażenia. Ciekawe, czy zrobi na nich wrażenie ewentualny wyrok Trybunału Konstytucyjnego, zwłaszcza że do wyborów parlamentarnych jest jeszcze ponad rok, więc orzeczenie może nastąpić przed nimi.

**WIĘKSZOŚĆ REFORM SYSTEMOWYCH
MIAŁA NA CELU OGRANICZENIE NAKŁADÓW
NA SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ PRZERZUCENIE KOSZTÓW
POKRYCIA NIEDOBORÓW FINANSOWANIA
NA PACJENTÓW**

Ale podejźmy do tematu poważnie. Kolejek – nie tylko do onkologów – nie skrócimy, jeżeli nie wprowadzimy do systemu więcej pieniędzy i nie zapewnimy mu dopływu większej liczby profesjonalistów medycznych. Bez lekarzy i pielęgniarek oraz pieniędzy na sfinansowanie dodatkowej liczby usług diagnostycznych i leczniczych wszystko będzie tylko pustymi obietnicami. Onkolodzy dzisiaj poprą projekt, ponieważ daje on im szansę na większy kawałek tortu, chociażby kosztem innych. Za rok, dwa, kiedy projekt albo w ogóle nie ruszy, albo zakończy się spektakularną kłapą, będą pierwsi rozliczać ministra. Trudno mi uwierzyć, żeby Bartosz Arłukowicz nie był tego świadomy.

Dwa cele pakietu Arłukowicza

Trudno mi się także oprzeć dziwnemu wrażeniu, że pakiet Arłukowicza ma zupełnie inny cel niż powszechnie odbierany. Walka z kolejkami, w tym do onkologów, to raczej didaskalia, ponieważ rzeczywisty cel jest inny: dokończenie „reformy” Mariusza Łapińskiego, ostateczne i nieodwołalne scentralizowanie systemu i poddanie go ostatecznej, totalnej biurokratyzacji. Wszystko w imię racjonalizacji (ha, ha, ha) wydatków

Marcin Szulwiński

prezes Grupy Nowy Szpital



foto: Agencja Gazeta

To, co się dzieje, uważam za bardzo niebezpieczne. Chęć ręcznego sterowania całą ochroną zdrowia w Polsce jest groźna sama w sobie. Trudno bowiem zza biurka w Warszawie zapewnić właściwą kontrolę nad tak wielką masą zagadnień, trudno elastycznie reagować na lokalne potrzeby, brać pod uwagę różnorodność spraw i do nich dobierać najsensowniejsze rozwiązania. Ale ja chciałbym zwrócić uwagę na to, że pomysł scentralizowania ochrony zdrowia zawiera w sobie intencję jeszcze groźniejszą niż sama centralizacja. Myślę, że jednym z jej celów jest wzięcie pod klosz szpitali molochów, które nie potrafiły się odnaleźć w warunkach rynkowych. Szpitale prywatne, a także duża część małych, powiatowych lecznic, potrafiły się szybko dostosować

do działania w warunkach ograniczonego, sterowanego – ale zawsze rynku. Szpitale wojewódzkie, kliniczne i instytuty radziły sobie z tym znacznie gorzej. A dostosować się do rynku to wcale nie znaczy tylko wybierać z koszyka świadczeń gwarantowanych najbardziej opłacalne procedury, ignorując te opłacane słabiej. Dostosowanie się do rynku oznacza również za-

dbanie o obniżenie kosztów, racjonalne zatrudnienie, wynegocjowanie dobrych cen dostaw leków. Wiele dużych szpitali nie potrafiło tego uczynić do dziś. Co się stanie, gdy zostaną wzięte pod klosz ministerstwa? Będą miały więcej pieniędzy, ale znacznie mniej motywacji do tego, by zadbać o właściwą strukturę wydatków. Takie postępowanie nie spowoduje polepszenia jakości zarządzania szpitali – za to będzie dodatkową karą dla tych, którzy zadbali o nią w niedalekiej przeszłości.

i zwiększenia efektywności (ha, ha, ha) systemu. Temu ma służyć ostateczne zniesienie autonomii NFZ, który teraz stanie się po prostu agendą Ministerstwa Zdrowia. Wybór przez ministra prezesa NFZ i dyrektorów oddziałów to jeszcze nic, ale wybór także członków rad to odebranie resztek pozorów kontroli społecznej nad tą instytucją. W takiej sytuacji całkiem rozsądna byłaby likwidacja NFZ i przekształcenie go w jeden z departamentów ministerstwa.

Po raz kolejny zawieszono zostaną konkursy – jeżeli projekt ustawy przejdzie przez Sejm, to do połowy 2016 r. Rzekomo do zakończenia reformy, ale takie uzasadnienie słyszeliśmy już w zeszłym roku, kiedy po raz pierwszy ustawowo zawieszono konkursy. Powiedzmy sobie szczerze dwie rzeczy: konkursy są zawieszane nie dla jakiejś reformy, ale dla świętego spokoju w okresie okołowyborczym. Po drugie, trzeba pamiętać, że konkursy są nie tylko po to, aby dopuszczać nowych świadczeniodawców czy nowe produkty u tych, którzy już działają na rynku, ale także po to, żeby eliminować najsłabszych, a szumu wokół tego władza bardzo nie lubi.

Kto narysuje mapy

Utworzenie map potrzeb zdrowotnych, będących wstępem do tworzenia sieci już nie tylko szpitali, ale

w ogóle usług zdrowotnych, jest długo oczekiwanym pomysłem. Ale pomysłem, który jakże łatwo zepsuć. Oddanie tworzenia map w ręce nie samorządów, ale wojewody, jest pierwszym błędem. Drugim jest danie wojewodom możliwości wydawania tzw. promes. Gdyby mapa czy też sieć określała liczbę podmiotów leczniczych udzielających określonych usług na określonym obszarze, byłaby to podstawa do przeprowadzania rzetelnych, transparentnych konkursów, wyłaniających najlepszych w liczbie i potencjale dostosowanym do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Jeżeli jednak mapa będzie opisem stanu obecnego, a nowe podmioty będą mogły do niej aspirować na podstawie promes wojewody, nie będzie to miało nic wspólnego ani z rynkiem, ani z jakąkolwiek konkurencją. Będzie to, cytując Krzysztofa Bukieła, „kapitalizm kompradorski”, gdzie kontrakty będą mogli otrzymać tylko przyjaciele królika, a decydować o tym będą..., no właśnie, kto?

Tych manewrów coraz bardziej regulujących system w projekcie jest jeszcze sporo. Z niektórych można się tylko śmiać, jak z nadziei rządzących, że wprowadzenie elektronicznych kolejek zwiększy dostępność usług zdrowotnych. O walce z kolejkami można by zresztą napisać niezły artykuł satyryczny.

Rządzący nie widzą, a raczej nie chcą widzieć, podstawowych faktów. Bez dodatkowych pieniędzy i bez zwiększenia kształcenia profesjonalistów medycznych nie da się poprawić systemu. Należy likwidować istniejące absurd, ale my ich nie likwidujemy, tylko tworzymy nowe. A w ten sposób systemu nie poprawimy. Tymczasem do bram z dwóch stron zbliża się katastrofa demograficzna – wzrasta liczba pacjentów i ubywa lekarzy oraz pielęgniarek. Chorych nie będzie miał kto i za co leczyć. Czy do tego dążysz, nasza władzo?

Maciej Biardzki

**KONKURSY SĄ ZAWIESZANE NIE Z POWODU
JAKIEJŚ REFORMY, ALE DLA ŚWIĘTEGO SPOKOJU
W OKRESIE OKOŁOWYBORCZYM**