

Zdecentralizujmy zdrowie

Rozmowa z **Dariuszem Klimczakiem** z Polskiego Stronnictwa Ludowego, członkiem sejmowej Komisji Zdrowia.



Fot. Frandzek Mazur / Agencja Wyborcza.pl

Czy system ochrony zdrowia w Polsce działa dobrze?

– Powtórzę to, co mówiłem 12 lipca w trakcie posiedzenia Sejmu – kolejki do lekarzy wydłużyły się znacząco, kryzys kadr medycznych się nasilił, dziura budżetowa w Narodowym Funduszu Zdrowia zwiększyła się do 11 mld zł, oddziały szpitalne są likwidowane jeden za drugim, podmioty medyczne zadłużyły się na 19 mld zł. Wniosek? Opieka zdrowotna wymaga zarówno zmian systemowych, jak i doraźnych działań, które natychmiast wyeliminują towarzyszące jej absurdy. Niestety, ostatnie lata przez rządzących były całkowicie zmarnowane, jeśli chodzi o podejmowanie strategicznych decyzji, które poprawiłyby system ochrony zdrowia. Były już minister zdrowia Adam Niedzielski albo nie miał siły przebicia, albo pomysłu na to, jak wyprowadzić polski system ochrony zdrowia z kryzysu – nie przedstawił rozwiązań, których dzisiaj oczekuje system, nie miał strategii i wizji. Był politykiem w ciągłym konflikcie z przedstawicielami branży i niepotrzebnie centralizował sektor zdrowotny.

Kto z ludowców byłby najlepszym ministrem zdrowia?

– Władysław Kosiniak-Kamysz.

Proszę o uzasadnienie.

– Przede wszystkim z dwóch powodów – nasz szef ma bardzo dużą wiedzę w przedmiotowym zakresie i bardzo mocną pozycję polityczną, co w przypadku wprowadzania trudnych reform zdrowotnych jest szczególnie ważne.

Należy zatem uznać, że to, co mówił szef PSL Władysław Kosiniak-Kamysz 31 maja w Szczytnie podczas spotkania z mieszkańcami, to propozycja wyborcza Polskiego Stronnictwa Ludowego? Przypomnę: zapowiedział, że „Narodowy Fundusz Zdrowia w obecnej formule musi przestać istnieć, bo nie wypełnia swoich zadań. W Polsce powinno być kilka kas chorych – szacujemy, że sześć – które mogłyby ze sobą konkurować”.

– To jedna z wielu naszych propozycji. Zgadza się – konieczna jest decentralizacja systemu w ogóle, dotyczy to także funduszu. Dzisiaj ochrona zdrowia pod względem instytucjonalnym, proceduralnym i finansowym jest scentralizowana, a płatnik spionizowany – to błąd. Porażką było ubezwłasnowolnienie Narodowego Funduszu Zdrowia. Pionizacja decyzji w centrali sprawiła, że oddziały wojewódzkie nie mają już nic istotnego do powiedzenia. Trzeba to zmienić.

Czy to oznacza, że proponuje pan powrót do kas chorych lub podobnych im instytucji?

– Nie chcemy prostego powrotu do kas chorych, ale zaimplementowania najlepszych doświadczeń z tamtego mechanizmu finansowania świadczeń zdrowotnych. Trzeba zastosować rozwiązania, które będą kompilacją najlepszych doświadczeń zachodnioeuropejskich.

Spytam inaczej. Pieniądzy czy dobrej organizacji – czego bardziej brakuje polskiej ochronie zdrowia i co zrobić, aby było lepiej?

– I tego, i tego. Niedofinansowanie jest chorobą przewlekłą tego systemu, powodującą – mówiąc branżowo – kolejne schorzenia i dolegliwości. Kryzys kadr medycznych, wydłużające się kolejki do specjalistów, długie oczekiwanie na zabiegi planowe – to wszystko pospołu wina braku pieniędzy i właściwej organizacji. Przykładem może być ciągle pomijanie kłopotów finansowych w placówkach ochrony zdrowia, których organem prowadzącym jest samorząd powiatowy, szczególnie ten poniżej 60 tys. mieszkańców. Powtórzę: ogromnym błędem Prawa i Sprawiedliwości, powiększającym się od samego początku rządów, jest centralizacja. Efekt? Większość szpitali do dzisiaj ma niezapłacone nadwykonania ryczałtu za 2022 r. Centralizacja, choćby przez wspomnianą pionizację zarządzania NFZ, nie przyniosła żadnych pozytywnych efektów – ani dla pacjentów, ani dla pracowników ochrony zdrowia, ani dla zarządzających placówkami.

Jak zatem finansować zdrowie?

– Musimy wybrać jedno z dwóch rozwiązań.

Albo trzeba przejść na finansowanie budżetowe i przestać się oszukiwać, że Narodowy Fundusz Zdrowia, jego oddziały i pracownicy dają radę – i tak wiadomo, że na końcu decyzje podejmowane są przez szefostwo Ministerstwa Zdrowia. W przypadku finansowania budżetowego nie możemy jednak zostać przy centralizacji zarządzania wydatkami na zdrowie – koniecznie musimy system zdecentralizować i oddać część uprawnień finansowych samorządowi terytorialnemu, który odpowiada za większość lecznictwa stacjonarnego i jednocześnie ma zerowy wpływ na płatnika.

Albo zdecydować się na kilku rywalizujących ze sobą płatników. To będzie podstawowa decyzja, którą musimy podjąć, zaczynając planowanie reformy funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Jaki odsetek produktu krajowego brutto powinien być wydawany na zdrowie i jak tyle osiągnąć?

– Jako PSL postulujemy o przeznaczanie 7 proc. PKB na ochronę zdrowia w Polsce. Zaznaczamy jednocześnie, że pieniądze zbierane na nią – ze składek zdrowotnych – faktycznie muszą być wykorzystane na pomoc chorym, czyli na finansowanie świadczeń zdrowotnych, a nie na realizację takich zadań jak choćby funkcjonowanie Agen-

„Kto z ludowców byłby najlepszym ministrem zdrowia? Władysław Kosiniak-Kamysz. Nasz szef ma bardzo dużą wiedzę w przedmiotowym zakresie i bardzo mocną pozycję polityczną, co w przypadku wprowadzania trudnych reform zdrowotnych jest szczególnie ważne”

cji Badań Medycznych. Pieniądze muszą pochodzić z konkretnych źródeł, a następnie kwota powinna być do poziomu 7 proc. PKB uzupełniona z budżetu. Podstawą jest składka zdrowotna, a także całość podatku akcyzowego na papierosy, tak jak ustalone jest z podatkiem cukrowym. Dodatkowo uważamy, że powinno nastąpić przesunięcie 2 proc. składki rentowej na NFZ, ponieważ liczba osób korzystających ze świadczeń rentowych zmniejszyła się w ostatnich latach z 2 mln do 700 tys.

A może współpłacenie za świadczenia w ochronie zdrowia poprawiłoby finanse i sytuację chorych?

– Zdecydowanie nie. Wręcz przeciwnie, trzeba jak najszybciej skończyć z podwójnym finansowaniem leczenia – rzeczywistość jest taka, że Polacy trochę się leczą prywatnie, trochę publicznie. W moim przekonaniu rodacy za dużo płacą z własnej kieszeni, a system ochrony zdrowia powoli dzieli się na dwa rodzaje: dla biednych i dla bogatych. Ci, których stać na to, mają prywatne ubezpieczenia, a nawet jeżeli ich nie mają, bez problemu kupują świadczenia w prywatnych klinikach i u najlepszych lekarzy. Pozostali wyciągają ostatnie pieniądze, żeby szybko dostać się do lekarza lub zrealizować wskazania diagnostyczne, bo inaczej skazani są na wielomiesięczne oczekiwanie. Nasz lider, wspomniany Władysław Kosiniak-Kamysz, niedawno zaproponował, że jeśli ktoś ma datę realizacji świadczenia powyżej 60 dni, powinien mieć prawo natychmiast zrealizować takie skierowanie w niepublicznym systemie ochrony zdrowia, a rachunek musi zapłacić Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie możemy już dalej patrzeć na ciągle wydłużające się kolejki oraz bezradność Ministerstwa Zdrowia.

Wróćmy do szpitali. Mówił pan o 19-miliardowym zadłużeniu – może zatem oddłużyć szpitale, w których sytuacja finansowa jest niedostateczna?

– Polskie szpitale zadłużają się na potęgę. Długi publicznych przychodni i szpitali na koniec trzeciego kwartału 2022 r. wynosiły 19 mld zł. Prawie dwa lata temu minister zdrowia ogłosił projekt ustawy reformującej szpitalnictwo, gdzie miał się pojawić Fundusz Wsparcia Szpitali jako element Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Co z tego wyszło? Nic. Po wyborach i zmianie rządu koniecznie trzeba zaproponować nie tylko konkretny program oddłużania szpitali, lecz także nowoczesny system finansowania świadczeń, żeby wyeliminować źródło zadłużania. Poza tym – samorząd terytorialny

powinien być głównym właścicielem i organizatorem szpitali, tzn. mieć nie tylko nadzór właścicielski, ale także wpływ na planowanie mapy potrzeb zdrowotnych, transformację sieci placówek, współpracę z AOS i POZ, a co najważniejsze, mieć wpływ na płatnika.

Czy to nie spowodowałoby jeszcze większego zamieszania? Już teraz bywa, że w jednym mieście jest kilka szpitali, których właścicielami są różne podmioty. – Właśnie w takim przypadku samorząd ma możliwość reorganizacji systemu placówek, jednak tylko pod warunkiem że może planować nie tylko organizację, ale także ich budżetowanie.

A co zrobić, gdy w niewielkim szpitalu powiatowym jest nierentowny oddział ginekologiczno-położniczy, w którym odbiera się niewiele porodów, a to skutkuje tym, że personel nie ma doświadczenia? To może być niebezpieczne dla pacjentów. Zamknąć, dopłacić?

– Takie problemy dotyczą wielu innych oddziałów. Jeśli samorząd będzie miał wpływ na działania właścicielskie i płatnicze, bardzo szybko podejmie właściwe decyzje, dobre zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i pracownika ochrony zdrowia.

Na koniec dwa pytania światopoglądowe. Pierwsze – czy kompromis aborcyjny z 1993 r. powinien zostać przywrócony?

– Tak, jak najszybciej, a następnie należy ogłosić referendum, podczas którego Polacy będą mogli określić zasadnicze kierunki tego spornego tematu – zachować dawny kompromis aborcyjny, zliberalizować czy raczej zaostrzyć prawo aborcyjne. Konkretnie pytanie, które będzie odpowiadać tej idei, musi być wypracowane także w trakcie szerokich konsultacji społecznych, ponieważ nie może być pułapką polityczną, lecz jak najlepiej odzwierciedlać oczekiwania społeczne.

Drugie – czy in vitro powinno być finansowane z pieniędzy publicznych?

– Oczywiście, że tak. Wszyscy posłowie Polskiego Stronnictwa Ludowego popierają ten postulat. Byłem współtwórcą pierwszego w Polsce wojewódzkiego programu finansującego leczenie niepłodności metodą in vitro przez Sejmik Województwa Łódzkiego.

Rozmawiał Krystian Lurka