

Oddał widmo „białej” gorączki?

Pakiet w rękach posłów

Dwa miesiące temu pisałem: czarno to widzę. W lutym nie stało się nic takiego, abym mógł zmienić zdanie. W marcu, tuż przed świętami, opinia publiczna poznała ustalenia „białego szczytu”. Podpisany został dokument końcowy. Pakiet ustaw trafił do Sejmu. Zaczyna się coś dziać. Nareszcie. Ale po kolei.



ANDRZEJ PIECHOCKI

Wiedziony ciekawością, włączyłem telewizor. Na ekranie – sala obrad Sejmu. Ależ pustka. W godzinach południowych dziennikarka RMF FM doliczyła się 60 posłów. Czyżby temat debaty był tak nieciekawym? Skądże, w porządku dziennym lutowego posiedzenia figuruje sytuacja służby zdrowia. Jaka ona jest, każdy wie i widzi. Zarazem oczekuje, że może wreszcie pojawi się jaskółka zwiastująca reformę systemu.

I znów nie tym razem.

Tymczasem gdzieś brakuje lekarzy, gdzieś wstrzymuje się planowane operacje i zabiegi, gdzieś gremialnie bierze urlopy na żądanie, gdzieś już po miesiącu od pierwszej podwyżki płac pojawia się żądanie drugiej. Telewizje pokazały kolejne ewakuacje z oddziałów szpitalnych. Kolejne grupy zawodowe przedstawiają swe żądania płacowe. Jak hierarchizować kolejność podwyżek? Ktoś zaproponował, aby według wagi tak zwanego dobra społecznego i... wyników pracy.

Jak zakłęcie

Z mównicy sejmowej znów usłyszałem to, co – jak zakłęcie – powtarzają kolejne ekipy rządzące. „Zastaliśmy system opieki zdrowotnej w dramatycznej sytuacji. Podejmujemy obowiązek systemowych zmian. Wiemy, jak naprawić system, mamy wolę polityczną, by to zrobić”. Te trzy zdania, jak klamra, spięły wystąpienie minister zdrowia, Ewy Kopacz. Jej zdaniem nie ma sensu dokładanie pieniędzy do dziurawego systemu, bo wyciekną i zawsze będzie ich za mało. Jedną z desek ratunku miałyby być ustawa o przekształceniu szpitali w podmioty z większościowym kapitałem samorządów. Aktualnie na 742 szpitale ogólne tylko 153 to podmioty niepubliczne. W sumie ich zadłużenie przekracza 9 miliardów złotych. Nie brakuje wszakże polityków, którzy przestrzegają przed przekształceniami, bo – ich zdaniem – uwłaszczyliby się lekarze i mogłoby dojść do wielu nieprawidłowości.

Ewa Kopacz uważa, iż gwarantując bezpłatne świadczenia, trzeba zagwarantować także ich dostępność. Bo w systemie zdrowia najważniejszy jest pacjent. Tymczasem teraz w Zachodniopomorskiem czeka on na przyjęcie na oddział okulistyczny 357 dni, a w Pomorskiem na przyjęcie na oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej 366 dni. Jak wzmocnić w takiej sytuacji pozycję pacjenta? Uchwalić ustawę o jego prawach, a następnie ją egzekwować – mówią politycy Platformy Obywatelskiej. Zdaniem minister zdrowia trzeba rozwiązać pro-

blem starych długów i stworzyć mechanizmy blokujące powstawanie nowych.

10 razy dłużej

Na razie jednak obywatele czekają średnio 10 razy dłużej niż w innych krajach Unii Europejskiej. I nie znajdując rychłej pomocy w publicznych placówkach, coraz liczniej odwiedzają prywatne. Coraz więcej osób wykupuje abonament w firmach medycznych. Mieści się on także w niektórych pakietach bonusów, jakie oferują pracodawcy. Najwięcej pacjentów, bo aż 245 000, korzysta z usług Lux-Medu. Medcover ma ich 210 000, a Centrum Medyczne LIM prawie 160 000.

Niestety, i tutaj trzeba swoje odczekać w kolejce. – Dawniej – czytamy w „Gazecie Wyborczej” – w CM LIM na konsultacje specjalisty czekało się góra dwa dni. Teraz według dyrektora medycznej, Barbary Gad-Karpierz, średni czas oczekiwania może wynieść i tydzień. Skąd ten korek? Firmy medyczne przerzucają winę na pogarszającą się kondycję publicznej służby. Na darmowego okulistę, laryngologa czy neurologa trzeba czekać w większości przychodni kilka tygodni, a nawet kilka miesięcy. Osoby, które mają pieniądze, zamiast czekać, leczą się prywatnie. – Coraz więcej jest klientów z ulicy, którzy przychodzą do nas, nie mając naszego ubezpieczenia – potwierdza Bartosz Maciejewski z Medcovera.

Nie można wykluczyć, że już od przyszłego roku powszechnie dostępne będą dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Nie takie wszakże, o jakich do niedawna mówiono (najtańsze: 32 zł miesięcznie). Teraz mówi się o polisach, których zasady określiły firmy ubezpieczeniowe wspólnie ze szpitalami. Powstałaby nowa jakość w systemie ochrony zdrowia: prywatny pacjent już w pełni oficjalnie badany i leczony w publicznym szpitalu. Według Katarzyny Bartman z „Dziennika” najślabszym ogniwem takiego systemu jest brak skutecznego zabezpieczenia pacjentów, których nie stać na dodatkowe polisy. Szpitale, które będą miały podwójne źródło finansowania: z firm ubezpieczeniowych i NFZ, mogą obniżyć standardy leczenia pacjentów zakontraktowanych za o wiele niższe stawki przez fundusz. Jak się dowiedzieliśmy, aby uniknąć takiej dyskryminacji, Ministerstwo Zdrowia rozważa w przyszłości wprowadzenie podziału szpitalnych oddziałów na „prywatne” i „publiczne”. A jakości opieki nad pacjentami płacącymi tylko składki do ZUS ma strzec NFZ.

Same siebie uzdrowiły

Zdaniem Zbigniewa Religi minister zdrowia nie przedstawiła ani nic nowego, ani nic konkretnego. – Byłem – mówił – nastawiony na dyskusję. Na to, że z ust pani minister usłyszymy propozycje, wizję rozwiązań. Jednak nie usłyszałem ani jednego kierunku, w którym mamy pójść do rozwiązań problemów opieki zdrowotnej. Jego zdaniem, Platforma Obywatelska nie jest w stanie uzyskać poprawy w dwa lata, bo pierwszych efektów można się spodziewać dopiero za dziesięć. Zbigniew

dokończenie ze str. 11

Religa przeciwstawił się projektowi podziału Narodowego Funduszu Zdrowia na kilku płatników, a podniesienia poziomu jakości leczenia upatruje między innymi w zwiększeniu finansowania systemu opieki zdrowotnej i... publikowaniu wyników działalności szpitali. Uważa, że na przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego pacjenci niewiele skorzystają. Taka zmiana, jego zdaniem, prowadzi do tego, że zdyscyplinuje się dyrektorów szpitali do przestrzegania budżetu i nienarażania ich na długi. A to nie zawsze idzie w parze z dobrem pacjentów.

W mediach co jakiś czas pokazuje się szpitale, które same siebie uzdrowiły. Ostatnio (www.gazeta.pl) poznaliśmy efekty kilkuletniej pracy dyrektora w Wałbrzychu, który „nie uległ strajkom, głodówkom, łzom. Połączył trzy szpitale, zwolnił 40 proc. pracowników. Wygrał wojnę z komornikami. W ciągu czterech lat uratował przed bankructwem wałbrzyską służbę zdrowia”.

Podobnie jak Z. Religa, czyli krytycznie, wypowiadał się Marek Balicki, były minister zdrowia. Mówił o chaosie w szpitalach, o tym, że uszczelnianie w istocie odbywa się na drodze rozszczelniania. Apelował o porozumienie ze związkami zawodowymi, wskazujące granice podwyżek i zasady ich późniejszego wzrostu. A Ludwik Dorn mówił: – Wydaje mi się, że jedną z istotniejszych politycznych przeszkód w zapewnieniu spokoju politycznego, w tworzeniu ram politycznej współpracy może być właśnie pani minister i obawiam się, że być może z rozpoczęciem prawdziwej pracy nad reformą systemu ochro-

ny zdrowia przyjdzie nam poczekać do rekonstrukcji rządu, którą zapowiedział pan premier.

Premier, indagowany w tej sprawie przez dziennikarzy, stwierdził jednak, że ma pełne zaufanie do Ewy Kopacz, która szczególnie dobrze sprawuje się w sytuacji, która przypomina gorący front i tym bardziej wysoko ocenia jej pracę.

Wreszcie jest raport

Marzec, tuż przed świętami wielkanocnymi, przynosi podpisanie dokumentu końcowego „białego szczytu”. Najważniejsze postanowienia dotyczą kilku punktów, które zapoczątkować mają rewolucję w systemie ochrony zdrowia. Jego reformę mieliby, zdaniem uczestników obrad, w znacznym stopniu sfinansować sami... pacjenci. Między innymi mieliby oni płacić za porady specjalistów (na przykład po kilka złotych u kardiologa, laryngologa), za noclegi, za wyżywienie w szpitalach.

Premier Donald Tusk będzie rekomendował podwyższenie składki zdrowotnej o 1 procent w 2010 roku; zmienił zdanie pod wpływem argumentów środowisk medycznych. Rząd nie zgodzi się jednak na dopłaty do usług medycznych, gdyż byłyby one zbyt dotkliwe dla najuboższych, rodzin wielodzietnych i ludzi starszych. Nie wyklucza się racjonalizacji składki zdrowotnej w ramach KRUS. Wskazane jest przekształcanie placówek służby zdrowia w spółki prawa handlowego. Zdaniem premiera, „biały szczyt” poparł koncepcję koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych, jak i dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Donald Tusk stwierdził, że warto odstąpić od postulatów dotyczących

płacy minimalnej w służbie zdrowia. Sprawy płac miałyby być rozstrzygane w oparciu o większe nakłady.

Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelował do premiera, aby wstrzymał prace nad projektami ustaw reformujących system ochrony zdrowia i dokonał analizy ustaleń „białego szczytu”.

Hurraoptyzmu nie widać. Krzysztof Bukiel, szef OZZL, wyszedł z obrad podsumowujących „biały szczyt”. Zapytany o jego ocenę, powiedział, że zebrane zostały tylko opinie uczestników o kierunkach reformy służby zdrowia. – Pan premier – powiedział – dał jeden sygnał: kochani wyborcy, nie obawiajcie się, nie będziecie dopłacać, a że będzie tak, jak było, to trudno. Przyzwyczailiście się, że służba zdrowia jest słaba i taka będzie nadal. OZZL, jak stwierdził, nie może podpisać się pod efektem prac „białego szczytu”, ponieważ zbyt wiele spraw jest niedookreślonych. Z kolei zdaniem M. Balickiego, brakuje dokumentu strategicznego, który zawierałby rządową koncepcję zmian. Ich wprowadzanie wykracza poza jedną kadencję Sejmu, dlatego niezbędne jest porozumienie ponad partyjnymi podziałami.

Większość uczestników obrad (trwały od 21 stycznia 2008) podpisała dokument końcowy. Zabrakło na nim podpisów przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz NSZZ Solidarność. Zdaniem minister zdrowia, Ewy Kopacz, jest to lekceważenie także własnej pracy. – Podpisanie byłoby potwierdzeniem, że tu merytorycznie dyskutowali, a nie uprawiali politykę – stwierdziła.

59 procent mówi „nie”

Podsumowanie „białego szczytu” zbiegło się z publikacją wyników badań CBOS. 59 procent Polaków nie chce wprowadzenia częściowej odpłatności za usługi publicznej służby zdrowia, nawet wtedy, gdyby miało się wskutek tego poprawić jej funkcjonowanie. Z 41 procent pozostałych respondentów tylko co trzeci chętnie ponosiłby dodatkowe koszty, reszta uważa, że to dobry pomysł, ale zaznacza, że nie byłoby jej stać na opłaty. 61 procent badanych deklaruje, że nie chce wykupywać dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń.

W trakcie badania ankietarzy pytali także o niezbędne działania na rzecz naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Zdaniem 93 procent respondentów trzeba zlikwidować korupcję, niewiele mniej (84 procent) uważa, że konieczne jest podwyższenie płac pielęgniarek.

Niezwykłe istotne dla środowiska medycznego było pytanie o kłopoty w korzystaniu z pomocy lekarskiej z powodu protestów. Kłopoty miało tylko 8 procent badanych.

Przełomu nie widać

Mieliśmy już „białe” miasteczko, „białą” Radę Gabinetową, „białą” debatę sejmową, „biały szczyt”. I na razie nie widać przełomu. W komentarzach mówi się i pisze o coraz większym zniecierpliwieniu pacjentów, którzy są przerażeni relacjami z ewakuacji szpitali, wydłużającymi się kolejkami do lekarzy. Kwiecień może być fatalny. Powiększy się liczba lekarzy, którzy nie mają porozumienia w sprawie wynagrodzenia za pracę ponad wyznaczone godziny.

Sejm podjął prace nad pakietem ustaw mających zreformować system ochrony zdrowia pod koniec marca. Tym razem posłowie oddały widmo „białej” gorączki?