

## Pół roku nowych rządów na Miodowej



Fot. PAP/Jacek Turczyk

## Teściowa i mercedes

Jest taki stary dowcip, że przykładem uczucia ambiwalentnego jest reakcja na zdarzenie, kiedy teściowa spada w przepaść twoim nowym mercedesem. A już poważnie: sześciomiesięczne rządy ekipy Konstantego Radziwiłła wywołują niewątpliwie ambiwalentne uczucia. Trzeba docenić chęć dialogu i pierwsze pojedyncze rozwiązania, z drugiej strony brakuje decyzji w sprawach najważniejszych.

Kiedy pod koniec marca 2016 r. odbył się zjazd założycielski Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, wśród wielu znamienitych gości, głównie parlamentarzystów, był też wiceminister zdrowia Marek Tombariewicz. Przedstawił krótką prezentację dotyczącą liczby lekarzy, w tym w szpitalach powiatowych, z której wynikało, że nie tylko sytuacja nie jest taka zła, ale wręcz są symptomy poprawy. Ponieważ rozmijało się to z doświadczeniami ponad setki obecnych dyrektorów i prezesów, powstał duży ferment. W trakcie licznych wystąpień – mówiąc kolokwialnie – dostało się panu ministrowi. Na koniec pozostał mu w zasadzie jeden argument – rządźmy dopiero od paru miesięcy, dajcie nam czas się wykazać.

**Wiatr zmian**

Innym gościem zjazdu był marszałek Senatu Stanisław Karczewski, który przekazał nam optymistyczną informację, brzmiącą mniej więcej tak: wieje dobry wiatr dla zmian w służbie zdrowia. Znowu przypomniały się stare dowcipy, że jeśli wieje wiatr ze wschodu, to trzeba wiać razem z nim, pojawiły się sarkastyczne komentarze, że teraz to nie tylko mamy pod górę, ale i pod wiatr.

Obu Panów łączy nie tylko to, że są lekarzami, lecz także fakt, że jeszcze niedawno byli dyrektorami właśnie szpitali powiatowych. Nie odmawiając im jak najlepszych chęci naprawy obecnego stanu – pokazali, jak zmienia się retoryka po zmianie na polityka.

## Bрудna tablica

Nie ulega wątpliwości, że obecny rząd, w tym Ministerstwo Zdrowia, sprawuje władzę dopiero od niecałych sześciu miesięcy. Trudno zaprzeczyć temu, że objął państwo i system opieki zdrowotnej nie jako jakąś *tabula rasa*, lecz w takim stanie, jaki pozostawili mu poprzednicy. Z przygotowanym do uchwalenia budżetem obciążonym w większości tzw. wydatkami sztywnymi, zaś w naszej dziedzinie z dramatycznym brakiem zasobów finansowych i ludzkich, przeregulowaniem, przyznaną naprędce podwyżką dla pielęgniarek niemającą pokrycia w dochodach NFZ, a przez to grożącą zamrożeniem, a nawet zmniejszeniem środków przeznaczonych na leczenie itp., itd. Przed Konstantym Radziwiłłem stało trudne zadanie, aby sprostać oczekiwaniom interesariuszy systemu – od pacjentów, przez pracowników, po polityków rządzącej partii. Moim zdaniem postępuje on bardzo zręcznie, ale jednocześnie po tych kilku miesiącach nie potrafię sobie w żaden klarowny sposób wyobrazić, jak będzie wyglądał system za rok, dwa czy cztery.

## O dialogu

Wielkim dokonaniem Konstantego Radziwiłła w ciągu tych kilku miesięcy jest przywrócenie dialogu, a przez to choćby ograniczonego zaufania do Ministerstwa Zdrowia. Znowu z lekka żartując: jest to cud na miarę Zbigniewa Bońka, który zmienił spojrzenie kibiców na PZPN. Jeżeli ktoś przed kilku laty był na jakimś meczu międzypaństwowym z udziałem Polski, pewnie pamięta wyśpiewywane przez czasami dziesiątki tysięcy gardeł obraźliwe przyśpiewki pod adresem związku. Podobnie za kadencji Ewy Kopacz, a zwłaszcza Bartosza Arłukowicza, zdanie ogółu pod adresem rządzących systemem było zdecydowanie negatywne. Oczywiście wyłączając klakierów i lobbystów, bo ci się zawsze i wszędzie znajdują.

Rozpoczęcie przez ministra rozmów z organizacjami korporacyjnymi, związkowymi, pacjenckimi czy ogłoszenie, że wszelkie zmiany w systemie będą szeroko konsultowane z interesariuszami systemu spowodowało znaczne uspokojenie nastrojów. Zwłaszcza że była to całkowita zmiana w stosunku do autorytarne-go zarządzania systemem przez poprzedników. Dało to poczucie partycypacji w planowaniu i wprowadzaniu zmian, której poprzednio tak bardzo brakowało. Oczywiście w tej beczce miodu pojawiają się co jakiś czas łyżeczki dziegciu, że wspomnę chociażby gorączkowo opracowywane mapy potrzeb zdrowotnych, na których skonsultowanie dano konsultantom wojewódzkim trzy dni. Potrzeba stworzenia map, jako warunek odblokowania środków z UE, nakazywała szybkie tempo prac uprzednio – delikatnie mówiąc – zaniedbanych, ale metoda ich konsultacji przypominała, że nie wszystko jeszcze zmieniło się na lepsze. Także pierwszy element koordynowanej opieki zdrowotnej – opieka nad kobietą

„Po tych kilku miesiącach nie potrafię sobie w żaden klarowny sposób wyobrazić, jak będzie wyglądał system za rok, dwa czy cztery”

ciężarną – jest wprowadzany od razu w całej Polsce, bez pilotażu w wybranych jednostkach, który pozwoliłby skorygować nieprzewidziane błędy.

Pierwszą poważną rysą jest jednak fakt rozpoczęcia konsultacji na wielu polach przy jednoczesnym braku publikacji pierwszych fundamentalnych uzgodnień. Nie zmienia tego dokonanie pewnych ustaleń dotyczących ograniczenia sprawozdawczości w podstawowej opiece zdrowotnej, ale o samej opiece podstawowej za chwilę. Powołane przez ministra zespoły miały zacząć publikację swoich wniosków od końca marca, ale terminy te są sukcesywnie przesuwane. I to wzbudza pierwszy niepokój, czy przypadkiem nie są to rozmowy dla samych rozmów. Choć z drugiej strony materia jest bardzo szeroka, zabagnienie niektórych jej obszarów ogromne, a konflikty interesów jeszcze większe.

## O retoryce

Za wielką zasługę Konstantego Radziwiłła, mimo sarkazmu w ustach wielu komentatorów, uważam zmianę retoryki. Przywrócenie przezeń terminu służba zdrowia nie jest uwłaczające dla żadnego z interesariuszy systemu, ale zmienia jego filozofię z systemu biurokratycznego nakierowanego na wynik ekonomiczny na system zabezpieczenia zdrowotnego nakierowany na pacjentów. To nie jest żadne bla, bla, bla – to zmiana fundamentalna. Zmiana, która pozwala każdemu wykorzystywać mechanizmy rynkowe dla poprawy efektywności działania swojej placówki, ale wskazuje inny cel działalności. I są już pierwsze efekty tej zmiany nazewnictwa. Jeżeli BCC wypowiada się pozytywnie o potrzebie ustalenia minimalnych wynagrodzeń na poszczególnych stanowiskach pracy w systemie, na podobieństwo sądownictwa, to oznacza, że nawet tak bardzo liberalna organizacja zaczyna postrzegać jednostki systemu jako służbę publiczną, a nie działalność gospodarczą regulowaną prawami rynkowymi. Tyle tylko, że znowu nie może to być wyłącznie zmiana retoryki – przy takim braku zasobów, z jakim borykamy się obecnie, niezmierznie trudno nam będzie realizować misję służby publicznej w taki sposób, aby pacjenci odczuli istotną różnicę.

## O kształceniu

O kształceniu profesjonalistów medycznych, szczególnie lekarzy i pielęgniarek, napisano już bardzo dużo.

„Konstanty Radziwiłł dokonał cudu na miarę Zbigniewa Bońka. Boniek zmienił spojrzenie kibiców na PZPN, a Radziwiłł przywrócił zaufanie do Ministerstwa Zdrowia, choćby ograniczone”

Mnie samemu zdarzyło się popęlić kilka artykułów na temat kształcenia przed- i podyplomowego. Minister Radziwiłł podjął dwie dobre decyzje, ale wydaje się, że niewystarczające. Uruchomienie nowych uczelni medycznych i zwiększenie liczby studentów to krok w dobrym kierunku, tak jak znaczne zwiększenie miejsc rezydenckich. Tyle tylko, że miejsc dla studentów nadal jest za mało. Wzrost liczby miejsc na studiach stacjonarnych o ok. 600 nie pozwoli nam zapęlić luki pokoleniowej. Średnia wieku lekarzy specjalistów przekroczyła 50 lat, co oznacza, że będą oni odchodzić na emerytury w szybszym tempie, niż nowi lekarze będą wchodzić do systemu. A przecież cykl kształcenia lekarza specjalisty to ok. 12 lat (6 lat studiów + rok przywróconego stażu + 5 lat rezydentury). Dochodzi do tego jeszcze wciąż niemała emigracja. Rozwiązaniem byłoby szerokie otwarcie bram dla lekarzy z krajów nadal biedniejszych niż Polska. Tylko tu jest ten sam problem – jeżeli nie zwiększymy zasobów finansowych systemu, to nie zagwarantujemy lekarzom takich wynagrodzeń, aby nie chcieli z Polski wyjeżdżać, zaś obcy chcieli tu podejmować pracę. Zwiększenie rezydentur w naborze wiosennym było zaś ruchem po prostu propagandowym. Mogli je objąć praktycznie tylko ci, którzy w naborze jesiennym ich nie uzyskali, więc bardzo wiele miejsc pozostało niewykorzystanych. Poza tym nadal nie rozwiązano kwestii fundamentalnych – zapewnienia rezydentów w mniejszych ośrodkach potrzebujących odtwarzania kadry jak ryba wody czy dostosowania miejsc w konkretnych specjalizacjach i w poszczególnych województwach do rzeczywistych potrzeb.

Nie ma też fundamentalnych decyzji dotyczących zwiększenia liczby kształconych pielęgniarek. Posiłkując się po raz kolejny dowcipem: przed 40 laty Zenon Laskowik w jednym ze swoich skeczów opowiadał, że przed wojną były sklepy kolonialne, a w nich kawior czarny, żółty, czerwony, puentując to słowami „i komu to przeszkadzało?”. Przed ponad 25 laty mieliśmy sieć liceów pielęgniarskich, z których do zawodu trafiły całe zastępy młodych pielęgniarek – i komu to



przeszkadzało? Dlaczego zlikwidowaliśmy te licea? Chyba najwyższy czas, aby przywrócić rekrutację do zawodu już po gimnazjum, warunkując uzyskanie pełnych uprawnień do jego wykonywania ukończeniem licencjatu w trybie stacjonarnym lub niestacjonarnym. Oczywiście z możliwością uzyskania pełnego magisterium. Obecnie mało która maturzystka chce podejmować studia pielęgniarskie, zwłaszcza wobec wciąż skromnych wynagrodzeń po ukończeniu studiów. Może pora na wspólne spotkanie ministra Radziwiłła z ministrami Zaleską i Gowinem w tej sprawie?

### O wynagrodzeniach

Kolejnym zdarzeniem, które wzbudza nadzieje, są rozmowy ministra z reprezentacjami związkowymi na temat minimalnych wynagrodzeń na poszczególnych stanowiskach pracy. Obecna sytuacja jest wręcz toksyczna. Brak środków finansowych i ich fatalna redystrybucja pomiędzy poszczególne jednostki systemu powodują, że w niektórych szpitalach zarabia się



„Uruchomienie nowych uczelni medycznych i zwiększenie liczby studentów to krok w dobrym kierunku, tak jak znaczne zwiększenie liczby miejsc rezydenckich. Tyle tylko, że miejsc dla studentów nadal jest za mało”

o wiele więcej niż w innych. Dodatkowo wobec braku profesjonalistów medycznych wyrwyamy ich sobie nawzajem, licytując się w stawkach, a uciekając przed dalszym zadłużaniem się szpitali, innym pracownikom płacimy stawki najniższe z możliwych. Po wprowadzeniu przez poprzedników podwyżki dla pielęgniarek bez źródła dodatkowego finansowania nie ma możliwości regulacji wynagrodzeń innych pracowników na poziomie szpitali przez najbliższe cztery lata. A to powoduje nasilający się ferment społeczny. Tego problemu nie rozwiąże się bez zwiększenia finansowania całego systemu bądź drakońskich posunięć polegających na zamykaniu całych oddziałów czy wręcz szpitali. Którą drogą pójdzie Ministerstwo Zdrowia i cały rząd? Nie wiadomo.

### O deregulacji

Jak najszybsza deregulacja systemu jest tym, czego oczekujemy być może najbardziej, gdyż może to

uwolnić najwięcej rezerw przy braku zasobów. I właśnie deregulację Konstanty Radziwiłł obiecywał przeprowadzić w jak najszybszym tempie. Został do tego celu powołany specjalny zespół. Tyle że efekty są niewielkie i dotyczą w zasadzie tylko podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie obciążenie i tak jest dość skromne, oraz uproszczenia karty DILO. Nadal nic nie wiadomo o liberalizacji standardów zatrudnienia czy wyposażenia. Nadal obowiązują takie absurdalne wymagania, jak podpisywanie w wersji papierowej aneksów do umów dotyczących zmian w harmonogramie udzielania świadczeń i posiadanych zasobach ludzkich. Każda zmiana godzin działalności gabinetu czy zatrudnienie dodatkowej pielęgniarki lub rehabilitanta wymaga wycieczki do siedziby NFZ celem podpisania aneksu. A przecież to wszystko jest zgłaszane w portalu świadczeniodawcy i wcześniej zatwierdzone przez Fundusz. Tylko ten zapis to tysiące godzin pracy i tysiące przejechanych kilometrów. Mało tego – zaczęto egzekwować pod groźbą korekt finansowych dodatkowe wymogi, takie jak potrzeba wpisywania części VII i VIII kodu resortowego jednostki kierującej do szpitala, czy przychodni specjalistycznej. Komu to potrzebne? Niestety, w kwestii deregulacji nawet jak na sześć miesięcy zrobiono bardzo niewiele.

### O zdarzeniach medycznych

Ostatnia informacja o odstąpieniu od obowiązku ubezpieczania się szpitali od zdarzeń medycznych, zmianie zasad działania komisji orzekających i prawdopodobnym utworzeniu państwowego funduszu wypłacającego odszkodowania jest jedną z najlepszych w ostatnich tygodniach. Wreszcie zostanie wprowadzony taki sposób rekompensaty pacjentom następstw zdarzeń medycznych, jaki istnieje w krajach skandynawskich, z których nieudolnie próbowaliśmy go kopiować. Oczywiście pozostaną pytania, jak będziemy nagradzać szpitale, w których zdarzenia medyczne są rzadkością, a jak karać (?) te, w których są powszechnie

„Problemu zarobków nie rozwiąże się bez zwiększenia finansowania systemu bądź drakońskich posunięć polegających na zamykaniu całych oddziałów i szpitali. Którą drogą pójdzie Ministerstwo Zdrowia?”

ne. Ale to jeszcze melodia przyszłości. Za samą decyzję o odstąpieniu od obecnej formy – wyrazy uznania.

#### O rzeczy najważniejszej dla ministra – POZ

Najwięcej zmian obecnie diskutowanych i powoli wprowadzanych w życie dotyczy POZ. Jest oczywiście, że instytucja lekarza rodzinnego to fundament systemu, a dom buduje się od fundamentów, o czym przez lata zapomniano. Nie jest pewnie bez znaczenia fakt, że Konstanty Radziwiłł jest lekarzem rodzinnym. Tak czy owak – dobrze, że zaczynamy od POZ, ale wprowadzane tam zmiany nie mogą być tylko ułatwieniem pracy i poprawą jej warunków. Musi także nastąpić istotna zmiana zakresu obowiązków. Dobrym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie – po uprzednim pilotażu, aby rozwiać obawy innych uczestników – fundholdingu. Ale także nocna opieka zdrowotna powinna być zabezpieczona przez POZ. Trzeba wreszcie skończyć z fikcją POZ od 8.00 do 18.00 w dni powszednie i tłumami ludzi szturmujących SOR-y w nocy i święta. O tym, że zadanie jest trudne, świadczy fakt, że zespół powołany do napisania projektu ustawy o POZ przedłużył prace i zmienił ich zakres. Już nie piszą projektu ustawy, a tylko wytyczne do tego projektu. Czekam niecierpliwie na ten dokument i pewnie nie tylko ja.

#### O obietnicach PiS

Prawo i Sprawiedliwość, idąc do wyborów, niosło na sztandarach niewiele haseł dotyczących opieki zdrowotnej. Z konkretnych programów wyborczego, a następnie exposé premier Beaty Szydło można wymienić tylko leki dla seniorów i wstrzymanie komercjalizacji szpitali. I te dwa zadania Ministerstwo Zdrowia realizuje w pierwszej kolejności. Ustawa o lekach dla seniorów jest już przyjęta przez parlament, są rozporządzenia wykonawcze. W momencie pisania artykułu kończyły się konsultacje zmian w ustawie o działalności leczniczej. Czy teraz pora na realizację obietnic, które brzmiały już nie tak stanowczo, w tym tych o zwiększeniu

szkoleniu nakładów publicznych do 6 proc. PKB albo o godnych wynagrodzeniach pracowników systemu?

#### O ciszy nad zwiększeniem finansowania

Niestety, jeżeli chodzi o wzrost finansowania, a od tego wszystko się musi zaczynać, panuje dosyć niezręczna cisza. Oczywiście cisza w przestrzeni publicznej, bo o czym się rozmawia w zaciszu gabinetów, wiedzą tylko uczestnicy tych rozmów. Nie mówi się jednak publicznie ani o kwotach zwiększenia finansowania, ani o sposobie. Przestaliśmy dyskutować nad zmianą systemu na budżetowy. *Ad Kalendas Graecas* odsuwa się termin likwidacji NFZ – zresztą ruch w gruncie rzeczy dość pozorny. Nadzieje na skokowy wzrost ściągłości składki zdrowotnej w obecnym systemie są dość wątpliwe – w pierwszym kwartale 2016 r. ZUS przekazał do NFZ kwotę większą niż w ubiegłym roku o nieco ponad 4%, czyli niewiele więcej, niż planowano. Tymczasem koszty działalności szpitali i przychodni rosną, zaś od września 2016 r. trzeba będzie wypłacić kolejną podwyżkę dla pielęgniarek. Trzeba będzie sfinansować leki dla seniorów. Już nie chcę nawet myśleć, co będzie po zwiększeniu kwoty wolnej od podatku.

#### O harmonogramie zmian i mapie drogowej

Najbardziej brakuje mi przedstawionego publicznie harmonogramu działalności resortu dotyczącego planowanych i realizowanych zmian. Nie wystarcza mi wiedza, że toczą się prace. Chciałbym wiedzieć, co i kiedy będzie robione. Niech padnie informacja, że środki budżetowe zasilą dodatkowo kwoty wpływające ze składki do Funduszu i nakłady publiczne w 2017 r. wyniosą 5 proc. PKB, w 2018 r. – 5,5 proc. PKB, a dopiero w 2019 r. obiecano 6 proc. Zaakceptujemy to pewnie wszyscy, ale niech padnie takie zobowiązanie. Gdyby Ministerstwo Zdrowia przedstawiło taki harmonogram zmian publicznie, to choćby go miało potem korygować – prawdopodobnie wszyscy byśmy cierpliwie czekali. To samo dotyczy wszelkich innych zmian planowanych w systemie.

#### Trudne oceny krótkich dokonań

Trudno recenzować działania Konstantego Radziwiłła po niespełna sześciu miesiącach. Tak jak pisałem wcześniej – zadanie przed nim ogromne, oczekiwania rozbudzone, a czasu nie tak wiele. Jest już kilka istotnych drobnych sukcesów, które trzeba doceniać. Jest ewidentna chęć pracy w dialogu ze wszystkimi interesariuszami. Mało tego – wydaje się, że nadal jest stosunkowo dobra atmosfera wokół resortu. Ale łaska pańska na pstrym koniu jeździ. Tak już bywa, że ludzie chcą więcej, lepiej i szybciej. Zwłaszcza jeżeli dostali przez kilka ostatnich lat po kościach tak mocno, jak pacjenci i pracownicy systemu.

Maciej Biardzki

Autor jest prezesem Wielospecjalistycznego Szpitala w Miliczu, byłym dyrektorem ds. medycznych wrocławskiego oddziału NFZ.