



Fot. Gettyimages

Według premier Beaty Szydło rok 2017 ma być rokiem zmian w systemie opieki zdrowotnej. Możemy się więc spodziewać istnego nawału zmian legislacyjnych czy organizacyjnych, choć niestety nie finansowych. Czy skołatany system to wytrzyma i czy z tych zmian wyniknie jakaś nowa jakość dla pacjentów – obywateli RP, ale również dla pracowników systemu, którzy też są obywatelami? To najważniejsze dla wszystkich pytanie. Najgorsze, że w zasadzie możemy tylko snuć domysły i przypuszczenia, opierając się na przedstawianych projektach. Myślę, że uczucie lęku wśród interesariuszy systemu przeważa nad optymizmem, ale może to tylko moje wrażenie.

Obejmując jesienią 2015 r. władzę, Prawo i Sprawiedliwość obiecywało radykalną zmianę kursu w prowadzeniu spraw państwa. Jej symbolem było hasło dobrej zmiany, która miała dotknąć praktycznie wszystkich segmentów państwa, w tym opieki zdrowotnej. Zmiana miała prowadzić do poprawy warunków życia obywateli, a także rozwoju gospodarki. Każdy może sobie sam odpowiedzieć, czy rok 2016 to potwierdził. Z jednej strony mamy realizację obietnic wyborczych dotyczących sfery

społecznej, w tym sztandarowy program Rodzina 500+ i całkiem dobrą sytuację budżetu, w co wielu powątpiewało. Z drugiej – protesty opozycji i niektórych grup społecznych kontestujących program rządu.

Rok 2017 ma przynieść realizację zmian w opiece zdrowotnej, które były przygotowywane w roku 2016. Czy te zmiany poprawią funkcjonowanie systemu i czy będą akceptowane przez jego interesariuszy – czas pokaże. Spróbujmy jednak ocenić to, co jest nam szykowane.

## Podstawowa opieka zdrowotna

Potrzeba wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest tak oczywista, że nie trzeba jej nikomu udowadniać. W każdym rozwiniętym systemie opieki zdrowotnej to właśnie ona zabezpiecza gros potrzeb zdrowotnych, zajmując się jednocześnie profilaktyką i koordynacją leczenia pacjentów. Oczywiście każdy kraj stworzył własne modele, jednak dbając o wypełnianie tych właśnie funkcji. Niestety w Polsce, zwłaszcza w ciągu kilkunastu ostatnich lat, nie tylko doszło do fragmentaryzacji opieki nad pacjentami, lecz także – niejako przy okazji – do degradacji opieki na poziomie lekarza rodzinnego. Dołożyli się do tego wszyscy uczestnicy. Pacjenci, którzy kultywują leczenie swoich schorzeń u specjalistów. Wszak podstawowym problemem naszej opieki zdrowotnej nie była jakość leczenia na poziomie POZ, ale kolejki do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Organizatorzy systemu, którzy nie wspierają POZ poprzez zwiększanie zasobów finansowych i ludzkich w tym systemie, lecz odwrotnie – ograniczają kompetencje lekarzy rodzinnych i kierują środki do innych dziedzin medycyny. Sami lekarze rodzinni – poprzez swoje organizacje korporacyjne, którzy nie walczą o rozszerzenie swoich uprawnień, ale o ograniczenie zakresu działań przy niepoprawiającym się finansowaniu. W efekcie, zwłaszcza w dużych miastach, lekarze POZ leczą najprostsze schorzenia. W przypadku schorzeń przewlekłych bez większych oporów ulegają powszechnej presji pacjentów i kierują ich do AOS czy wręcz prosto do szpitali. Swoje dołożyli także politycy, którzy patrzą na problem właśnie poprzez owe przysłowiowe już kolejki czy pomysły tworzenia gabinetów lekarskich w szkołach.

Ekipa Konstantego Radziwiłła, który sam jest lekarzem rodzinnym, chce ten chaotyczny system ucywilizować i wzmocnić POZ kompetencyjnie i finansowo.

### Maciej Hamankiewicz prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

O tym, co nas czeka w 2017 r., zdecydują ostateczne rozwiązania dotyczące systemu służby zdrowia przyjęte przez rząd. Już widać, że nie wejdzie w życie jednorodny podatek, a zatem składka zdrowotna pozostanie. W takiej sytuacji pojawi się pytanie, czy zapowiadane rozwiązanie Narodowego Funduszu Zdrowia będzie miało sens. Kolejny projekt to utworzenie sieci szpitali. W ostatnich miesiącach nasilały się głosy protestów napływające z różnych stron – istotna będzie reakcja ministra zdrowia i stopień uginania się pod ich presją. Czekamy na ogłoszenie noweli ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Przyjęte w niej rozwiązania są sprzeczne z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z czerwca 2016 r. (opublikowanym w sierpniu 2016 r.) w sprawie dostępności



Fot. Bartłomiej Zborowski/PAP

testów z egzaminów już odbytych. Jeśli Naczelna Rada Lekarska upoważni mnie do złożenia ponownej skargi do TK, to ja na pewno to uczynię, ale nie wiadomo, czy po zmianach personalnych w TK zostanie utrzymana ta sama linia orzecznicza. Czy nowela ustawy Prawo farmaceutyczne uporządkuje rynek apteczny? Tego też dzisiaj nie wiemy. Wiadomo natomiast, że w 2017 r. pieniądze na zdrowie więcej nie będzie, a potrzeby medyczne Polaków będą wzrastać z dwóch podstawowych powodów: po pierwsze jako społeczeństwo będziemy znów starsi, po drugie Polacy są już pełnoprawnymi obywatelami Unii Europejskiej i chcą być leczeni tak samo jak inni Europejczycy. Zapewnia im to dyrektywa transgraniczna, a także Kodeks etyki lekarskiej, który wyraźnie wskazuje, że lekarze mają leczyć według aktualnej wiedzy medycznej, czyli zgodnie z postępowaniem, który w Polsce jest taki sam jak w Europie, a w niektórych dziedzinach nawet większy.

**POTRZEBA WZMOCNIENIA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
JEST TAK OCZYWISTA, ŻE NIE TRZEBA JEJ  
NIKOMU UDOWADNIAĆ**

Ale tu już jest pierwsza ciekawostka. O ile w innych dziedzinach planuje się wprowadzanie zmian w szybkim tempie, o tyle w opiece podstawowej widać większe wahania. Powołane przez Ministerstwo Zdrowia zespoły, które mają przygotować zmiany w opiece zdrowotnej, pracowały z różnymi efektami. Niektóre przedstawiły swoje rekomendacje (inna sprawa, co z nich będzie wynikać), inne rozwiązano bez konkretnych efektów. Tymczasem zespół do spraw POZ pracował najpierw nad założeniami do podstawowej ustawy, a następnie – dopiero pod koniec 2016 r. – przedstawiono sam projekt ustawy. Nie chcę tutaj tego projektu oceniać, ale ma on jedną wielką zaletę. Potencjalne wejście w życie ustawy w pełnym zakresie planowane jest dopiero na 2019 r., a proponowane rozwiązania mają być testowane poprzez pilotaże w latach 2017 i 2018. Myślę, że podobny mechanizm byłby wskazany przy wszystkich projektowanych zmianach. To pozwoliłoby na eliminowanie nieuniknionych błędów, dostosowanie się świadczeniodawców i edukację pacjentów do nowej formy opieki. Ale dr Jacek Krajewski, szef Porozumienia Zielonogórskiego – chyba najsilniejszej organizacji świadczeniodawców, nawet w przypadku POZ mówi, że tempo jest zbyt szybkie. Proponuje fakultatywność wprowadzanych rozwiązań, wskazując, że w Danii opiekę koordynowaną w POZ wprowadzono przez dziesięć lat.

A tak zupełnie na marginesie – szybko wprowadzona ustawowo zasada pełnego dostępu do lekarza POZ, niezależnie od statusu ubezpieczenia, chyba nie okazała się oczekiwanym sukcesem. Ale to ocenimy już wkrótce.

## Lecznictwo szpitalne

Zgola inna sytuacja jest pod wieloma względami w dziedzinie lecznictwa szpitalnego. To właśnie tutaj, mimo wielu krytycznych uwag ekspertów, kierowano blisko 50 proc. wszystkich środków publicznego płatnika. Pomimo to właśnie szpitale są problemem, ale z zupełnie innych powodów. Utrzymanie niekwestionowanej przez nikogo nadmiernej bazy szpitalnej lecznictwa krótkoterminowego wymaga „zassania” większości nakładów. Także tutaj ogniskują się największe braki zasobów ludzkich i największe zadłużenie jednostek systemu. Dodatkowo, tak jak w przypadku podziału: lecznictwo szpitalne – inne rodzaje świadczeń, w samym lecznictwie szpitalnym dokonuje się podział: szpitale resortowe i akademickie – szpitale wojewódzkie

– szpitale powiatowe i gminne. Z oczywistym deprecjonowaniem szpitali najmniejszych, często niezbędnych dla lokalnych społeczności.

I właśnie w tej dziedzinie – dziwnym, a może wcale nie dziwnym trafem – zdecydowano się na dokonanie zmian w tempie przyprawiającym o zawrót głowy. Za niespełna sześć miesięcy będziemy konsumować ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, czyli tzw. ustawę o sieci szpitali. W ciągu dwóch miesięcy zostanie utworzona grupa szpitali mających zapewnione finansowanie na kolejne cztery lata w zakresach określonych ustawą. Za sześć miesięcy zmieni się sposób finansowania ich świadczeń z rozliczeniowego na podstawie wykonanych usług na budżetowy. To wszystko za kilka

### Zenon Wasilewski

ekspert do spraw prawa medycznego,  
członek Business Centre Club



Foto: Archiwum

Co nas czeka w 2017 r. w ochronie zdrowia?

Będzie to kolejny rok braku zauważalnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie miał więcej pieniędzy. Kolejki do lekarzy się nie skrócą. Podobnie do szpitali. Leki nie stanieją. W wielu zawodach medycznych pogłębi się deficyt kadrowy. Pozostanie problem znacznego niedoboru środków przeznaczonych na lecznictwo w stosunku do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Będzie to rok dalszych konfliktów dotyczących najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Zostaną wprowadzone korzystne zmiany w POZ i ograniczone ekonomiczne prawa równości świadczeniodawców niepublicznych. Nie ma gwarancji ich równego traktowania z sektorem publicznym w budowanej przez resort zdrowia „sieci” szpitali. Z rynku usług medycznych w zakresie ratownictwa medycznego wyeliminowanych zostanie szereg podmiotów prywatnych – stracą możliwość kontraktowania świadczeń zdrowotnych z tego zakresu.

Pod znakiem zapytania stoi sens likwidacji NFZ. Zmiany organizacyjne („sieć” szpitali) połączone ze zmianami sposobu rozliczania świadczeń (ryczałt) to nie najlepszy czas na likwidowanie instytucji płatnika.

Zmiany w Prawie farmaceutycznym ograniczą wydawanie zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Restrykcje w otwieraniu aptek będą korzystne dla korporacji aptekarskiej, a nie dla klientów.

### Jerzy Gryglewicz

ekspert Uczelni Łazarskiego



Foto: PAP/Marcin Obara

Mam przecucie, że rok 2017 będzie spokojny. To znaczy, że zapowiadane gruntowne zmiany, takie jak likwidacja NFZ i finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa, sieć szpitali czy ustawa o ratownictwie medycznym, zostaną przesunięte na późniejszy termin. Prawdopodobnie dojdzie także po raz kolejny do aneksowania umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami. Wpływ na spowolnienie zmian będzie miała decyzja rządu o rezygnacji z wprowadzenia jednolitego podatku zawierającego obecną składkę na ubezpieczenie zdrowotne, a także fakt, że koncepcja finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa nie znalazła wielu zwolenników, oraz świadomość polity-

ków, że wprowadzenie zmian w ochronie zdrowia bez zwiększonych nakładów jest bardzo ryzykowne politycznie, gdyż nie doprowadzi do spektakularnej poprawy dostępności świadczeń, co spowoduje rozczarowanie i frustrację obywateli.

Wydaje mi się, że w 2017 r. – co jest zjawiskiem pozytywnym – rozpoczną się prace nad dostosowaniem obecnego koszyka świadczeń gwarantowanych do możliwości finansowych płatnika i przy okazji wprowadzeniem ustawy o wyrobach medycznych, rozpocznie się dyskusja publiczna o współpłaceniu. Spodziewam się także pozytywnych rozwiązań organizacyjnych w dziedzinie psychiatrii i rehabilitacji oraz pierwszych pozytywnych efektów w obszarze zdrowia publicznego. Największym problemem będzie utrzymywanie się tendencji wzrostowej emigracji lekarzy i innych pracowników medycznych.

**SŁABĄ STRONĄ DOBREJ ZMIANY**

**W OCHRONIE ZDROWIA JEST FAKT,**

**ŻE PRÓBUJE SIĘ JĄ PRZEPROWADZIĆ**

**BEZ ZWIĘKSZENIA FINANSOWANIA**

miesiący, bez jakiegokolwiek pilotażu, dla kilkuset podmiotów udzielających usług zdrowotnych 38 mln Polaków za ponad 30 mld zł. Przepraszam, ale słowo „hazard” nie oddaje w tym przypadku niefrasobliwości we wprowadzaniu zmian.

Po raz kolejny powtarzam: nikt nie kwestionuje, że obecna baza łóżkowa leczenia krótkoterminowego jest zbyt duża, a towarzyszy jej niewspółmiernie mała liczba lekarzy i pielęgniarek. Bazę leczenia szpitalnego należy przebudować, ale... pośpiech jest dobry przy łapaniu pcheł. Po pierwsze – dopiero na Sylwestra otrzymaliśmy mapy potrzeb zdrowotnych dla podstawowych grup chorób, na podstawie których można rozpocząć wyciąganie wniosków co do ilości i umiejscowienia oddziałów szpitalnych określonych specjalności. Po drugie – eliminacja określonych oddziałów z poszczególnych szpitali, zwłaszcza mniejszych, doprowadzi do ich zapasicy i być może zakończenia działalności innych, niezbędnych oddziałów. Sentencjonalnie mówiąc – buduje się latami, burzy w parę dni. Nieprzemysłane ruchy ograniczające istniejącą bazę szpitalną mogą doprowadzić do jej znacznej dezintegracji poprzez załamanie równowagi finansowej wielu szpitali publicznych z następstwami w postaci konieczności pokrycia ich strat przez samorządy, czyli ponownie organy władzy publicznej.

Inną kwestią jest eliminacja z systemu jakiejś części podmiotów prywatnych. Podejrzewam, że wobec zainwestowania tam znacznych środków finansowych właściciele kapitału będą mieli jeszcze zaskórniaki na zaangażowanie dobrych kancelarii prawnych, które udowodnią, że ich eliminacja jest niezgodna z Konstytucją (chyba że obecny Trybunał Konstytucyjny z zimną

krwią taki wniosek odrzuci). Z drugiej strony zawsze się można udać do Strasburga i tam walczyć o zwrot zaangażowanych środków z należytymi rekompensatami, argumentując to zaufaniem do państwa przy inwestowaniu i złamaniem zasad tego zaufania. Zresztą prawnicy na pewno coś mądrego wymyślą. Z drugiej strony wiele prywatnych podmiotów nie tylko „nie wyjada rodzynków z ciasta”, ale jest w systemie potrzebnych, a wręcz niezbędnych. Liczba leczonych operacyjnie zaćm, wykonywanych hemodializ czy badań TK i NMR świadczy o tym, że nie sposób rynku usług zdrowotnych z „prywaciarzy” wyczyścić. Jest oczywiste, że ich miejsce musi być w systemie opisane. Wysoce prawdopodobne, że to ma być miejsce uzupełniające braki w systemie publicznym, ale i tutaj potrzebna jest rzetelna analiza i czas. A czasu nikt nie daje.

Zadaję sobie pytanie, czy sieć szpitali i jej budżetowanie nie jest sposobem na rozwiązanie dwóch podstawowych problemów – braku zasobów finansowych i ludzkich. Jeżeli będziemy utrzymywać mniej jednostek, to trzeba będzie na to mniej pieniędzy, a pracownicy z zamkniętych szpitali czy oddziałów przejdą do ciągle funkcjonujących. Jeżeli taka byłaby idea, to cytując Talleyranda: „to gorzej niż zbrodnia – to błąd”. Wielu pracowników porzuciłoby pracę, część by wyemigrowała, zaś rozżalony elektorat wystawiłby

## Jarostaw J. Fedorowski

prezes Polskiej Federacji Szpitali



Foto: Archiwum

Rok 2017 będzie rokiem znacznych wzrostów kosztów działalności leczniczej, szczególnie w szpitalach. Przyczyny są wielorakie, ale za najważniejsze uważam: podwyżki wynagrodzeń różnych grup zawodowych i kosztów usług outsourcingowych, rosnące wymagania jakościowe, realizację programów dostosowawczych, konieczność podnoszenia standardów IT, koszty związane z licznymi kontrolami instytucji zewnętrznych oraz rekomendacji z tych kontroli (poprawa jakości żywienia itd.), przygotowanie się do wejścia do „sieci” szpitali oraz konkursów NFZ, a także stale rosnące oczekiwania pacjentów powiązane ze stale rosnącymi kosztami zarządzania ryzykiem, ubezpieczeń oraz roszczeniowości.

Rok 2017, obawiam się, będzie rokiem braku poprawy finansowania działalności szpitali. Będzie rokiem wyzwań dla dyrektorów szpitali związanych z postępującym niedoborem w obszarze kapitału ludzkiego, szczególnie

dotkliwym w odniesieniu do kadry medycznej. Będzie też rokiem krytycznym dla wielu inwestorów w sektorze szpitalnictwa, szczególnie tych, którzy niedawno zrealizowali projekty szpitali, zakładając możliwość kontraktowania z NFZ. Można się spodziewać dalszych protestów różnych grup zawodowych w ochronie zdrowia, których oczekiwania z pewnością nie zmaleją.

Rok 2017 będzie rokiem koordynowanej ochrony zdrowia, a za główne wyzwanie uważam brak wykształconych koordynatorów, którzy mogliby ten obszar poprowadzić. Nadal będzie wzrastać znaczenie organizacji pracodawców, szczególnie reprezentujących szeroki przekrój szpitali oraz podmiotów leczniczych, takich jak Polska Federacja Szpitali i Pracodawcy RP, a także przekrojowych organizacji pacjentów, takich jak Federacja Pacjentów Polskich.

Rok 2017 będzie także rokiem młodych menedżerów, których unikatowy w skali europejskiej, a nawet światowej zespół – Młodzi Menedżerowie Medycyny – rozwinie w pełni swoje skrzydła.

pomysłodawcom rachunek przy najbliższych wyborach. W przypadku lecznictwa szpitalnego szybka zmiana nie okazałaby się dobrą zmianą.

### Ambulatoryjne lecznictwo specjalistyczne

Sam się trochę gubię, chcąc przewidzieć, co w tym roku czeka przychodnie specjalistyczne, a myślę, że w jeszcze większej konsternacji są sami lekarze specjaliści. Z jednej strony wiedzą, że ich umowy wygasają 30 czerwca i będą podlegać postępowaniom konkursowym. Z drugiej słyszą o planowanych budżetach powierzonych dla lekarzy rodzinnych i pilotażach, które ruszą już od 1 lipca 2017 r. Kolejną informacją jest to, że w ramach budżetów szpitalnych będą kontraktowane poradnie specjalistyczne, choć nie wiadomo do końca, czy zakres ich działania obejmie tylko pacjentów do 30 dni po hospitalizacji czy szerzej. Ostatnią informacją

jest to, że możliwości tworzenia poradni przyszpitalnych dla posiadanych profili oddziałów są bardzo szerokie, zaś wymogi posiadanych specjalizacji dla lekarzy przyjmujących w tych poradniach bardzo liberalne. Sprawia to, że w zasadzie nie wiadomo, ile środków znajdzie się w otwartych konkursach na drugie półrocze 2017 r. i ile poradni zostanie z systemu wyeliminowanych.

Jak wcześniej pisałem, system ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego w Polsce jest zły – dostosowany nie do obiektywnych potrzeb zdrowotnych, ale do przyzwyczajęń pacjentów, przerośnięty – zwłaszcza w wielkich miastach, a jednocześnie niedofinansowany. Wymaga on bezwzględnie zmiany i propozycje systemowe forsowane przez Ministerstwo Zdrowia należy uznać za słuszne. Jednocześnie są one nadal bardzo nieprecyzyjne i zwłaszcza w okresie najbliższych miesięcy mogą doprowadzić do chaosu.

### Łukasz Waligórski

farmaceuta i dziennikarz, redaktor naczelny magazynu branżowego „Mgr.Farm” i członek Naczelnej Rady Aptekarskiej



Fot. Archiwum

i problemów, takich jak nieopłacalne dyżury aptek w nocy i święta, nielegalny wywóz leków za granicę, niewydolność Inspekcji Farmaceutycznej, kwestia regulacji asortymentu aptek.

Farmaceuci patrzą na rok 2017 z nadzieją. Już teraz w Sejmie jest procedowana nowelizacja Prawa farmaceutycznego, która zmieni wygląd rynku aptecznego. Nowe apteki będą mogli otwierać farmaceuci i to w ściśle określonych odległościach od już istniejących. To ucywilizuje rynek i podniesie jakość usług. Zbliży też Polskę do standardów panujących chociażby w takich krajach, jak Niemcy i Francja. Ministerstwo Zdrowia również przygotowuje swoją nowelizację Prawa farmaceutycznego, która ma pomóc zwalczyć wiele patologii

Farmaceuci czekają też od 25 lat na ustawę o zawodzie farmaceuty. Ma ona trafić do konsultacji zewnętrznych w okolicach lutego 2017 r. Spodziewamy się po niej wyraźnego podkreślenia niezależności zawodu farmaceuty, który obecnie podlega właścicielowi apteki, a ten farmaceutą być nie musi, co jest przyczyną wielu nieetycznych zachowań i praktyk w aptekach. Ustawa ma też uregulować kwestię rozdziału kompetencji farmaceuty i technika farmaceutycznego, tak aby pacjent wiedział, czego może oczekiwać od konkretnych pracowników apteki.

### Krzysztof Bukiel

przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy



Fot. Archiwum

Odpowiedź na pytanie jest trudna o tyle, że nawet osoby, które formalnie i faktycznie będą decydować o kształcie publicznej ochrony zdrowia w Polsce w najbliższym czasie, nie wiedzą do końca, jak ona miałyby wyglądać.

Podtrzymuję tezę, którą przedstawiałem już wcześniej, że tak naprawdę mało jest wśród przedstawicieli PiS orientujących się, jak funkcjonuje służba zdrowia, zwolenników powrotu do modelu budżetowego. Jedyńm jego zwolennikiem – konsekwentnym i od lat – jest prezes PiS. Inni czołowi działacze partii w ogóle się tym

nie interesują. Osoby kierujące Ministerstwem Zdrowia muszą się mocno natrudzić, aby z jednej strony sprostać oczekiwaniom prezesa PiS i wprowadzić coś, co by było nazywane budżetową służbą zdrowia, z drugiej nie zburzyć osiągnięć, które były możliwe dzięki „ekonomizacji” ochrony zdrowia, oficjalnie „wyklętej” przez obecny rząd. Dlatego, jak sądzę, będziemy świadkami pewnych połowicznych rozwiązań, które będą markować wielkie zmiany, ale zachowają niemal w całości stan obecny.

Jednego tylko można być pewnym: służba zdrowia pozostanie – jak dotąd – skrajnie niedofinansowana, a wszystkie nieprawidłowości, które z tego będą wynikały, będą zrzucane na karb złej pracy i złej postawy lekarzy i innych pracowników medycznych.

## Inne rodzaje usług zdrowotnych, opieka koordynowana, zdrowie publiczne

Nie wiem, czy to dobrze czy źle, ale w planach reformatorskich zaginęły całe działy medycyny, takie jak rehabilitacja, psychiatria czy leczenie długoterminowe. Oczywiście jest to problem, który można tłumaczyć na różne sposoby. Ktoś odpowie, że nie można reformować wszystkiego naraz, ktoś inny, że to są naczynia połączone. Faktem jest, że psychiatria jest dziedziną medycyny, która miała być reformowana od lat, a procedowane obecnie zmiany, wraz z tworzeniem centrów zdrowia psychicznego, idą bardzo anemicznie. Poza tym nie tworzą one żadnej przewidywalnej przyszłości dla istniejących szpitali psychiatrycznych. Rehabilitacja jest integralnie związana z kompleksowym leczeniem większości schorzeń, na razie zauważono jedynie leczenie pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych i endoprotezowaniu. Źle zorganizowane i niedofinansowane stacjonarne leczenie długoterminowe, na dodatek jako nieliczny wyjątek obciążające pacjentów współpłacaniem, powoduje, że oddziały krótkoterminowe często są obłożone pacjentami, którzy w ogóle nie powinni się tam znajdować, a koszty ich leczenia są niewspółmiernie wysokie. Można wyliczyć całkowitą dysfunkcję opieki środowiskowej i leczenia w domu pacjenta, co powoduje nadmierną liczbę hospitalizacji. Można także dywagować nad utrzymywaniem wielu świadczeń odrębnie finansowanych czy oddzieleniem finansowania zaopatrzenia ortopedycznego od reszty leczenia.

**PODSUMOWANIE JEST JEDNO:**

**WSZYSTKIEGO JEST ZA MAŁO,**

**ABY WŁAŚCIWIE REALIZOWAĆ NASZE ZADANIA**

Modnymi określeniami są opieka koordynowana lub leczenie kompleksowe. Mają one zastąpić powszechny obecnie system płacenia za usługę (*fee for service*). Dla teoretyków ekonomii zdrowia jest to poszukiwanie ścieżki do płacenia za efekt czy płacenia za jakość. Na razie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia tworzą modele finansowania całych cykli leczenia, z których obecnie działa tylko w ograniczonym zakresie tzw. KOC (koordynowana opieka nad kobietą ciężarną). To dobry cel, ale jego upowszechnienie jest procesem wieloletnim i wymagającym wielu pilotaży.

Nadal zdrowie publiczne, pomimo ustawowego umocowania, jest bardziej zakłębieniem niż realnym działaniem rządzących. Nie istnieje żadna spójna polityka państwa dotycząca zdrowia publicznego i nie zastąpią jej medialne zagrywki wokół drożdżówek w szkołach. Trzeba stworzyć państwowe programy prozdrowotne i profilaktyczne, a następnie twardo je realizować i finansować, np. ze specjalnego celowego podatku od używek. Niezrozumiałe jest to, że miliardowa akcja od wyrobów tytoniowych i alkoholowych nie jest przeznaczana na zachowania prozdrowotne, ale rozplywa się w budżecie.

## Ewa Borek

prezes Fundacji My Pacjenci



Foto: PAP/Marcin Obara

Nie będzie to niestety dla pacjentów rok przełomu. Główny problem pacjentów, czyli wysokie wydatki na badania i wizyty u lekarzy specjalistów wynikające z długich kolejek w publicznej służbie zdrowia, nie został nawet zaadresowany. Minister zdrowia powiedział tylko, że nie ma prostego sposobu na likwidację kolejek. Tymczasem jeden z jego ministrów w czasach, kiedy nie był jeszcze ministrem, wskazał bardzo prostą receptę na kolejki do specjalistów. Policzył, że wystarczy ambulatoryjną opiekę specjalistyczną dofinansować kwotą 5 mld zł. Spowoduje to wyjście AOS ze strefy prywatnej do publicznej i oszczędzi wielokrotnie więcej w kieszeniach pacjentów. Te proste recepty nie są jednak przedmiotem zainteresowań na Miodowej. Pomysł jest inny, też prosty i przewrotny, bo polegający na tym, by wąskie gardło systemu, jakim jest AOS, po prostu amputować. Nie ma AOS – nie ma kolejek, nie ma problemu. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna ma zostać rozdzielona między lekarzy rodzinnych kontraktujących usługi lekarzy

specjalistów i placówki leczenia zamkniętego, oferujące opiekę specjalistyczną poszpitalną. Nikt nie bierze pod uwagę, że Polacy leczą się u specjalistów. Nie widzą alternatywy wobec wieloletniej postawy bierności POZ, zajmującego się dystrybucją zwolnień, zaświadczeń, recept oraz skierowań i niezmotywowanego, żeby za 140 zł rocznie zajmować się leczeniem.

Odbudowa wiarygodności, reputacji i poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego oferowanego przez lekarzy rodzinnych będzie trwała całe lata, pod warunkiem że zmieni się radykalnie wizja, cele i finansowanie tego segmentu opieki. Tak radykalna zmiana w POZ się jednak nie zapowiada. Do tego czasu jesteśmy skazani na leczenie się u prywatnych specjalistów wobec znikającego w 2017 r. segmentu publicznej opieki specjalistycznej. Wydamy na ten cel znacznie więcej z prywatnej kieszeni. Prywatnie praktykujących specjalistów czekają złote lata i okres prosperity. To przez ich gabinety pacjenci będą przepływać do publicznych szpitali w celu przyspieszenia diagnostyki czy leczenia. Rok 2017 będzie zatem kolejnym rokiem, w którym powinniśmy się powstrzymać od wszelkich chorób, jeśli nie stać nas na prywatne leczenie.

## Tempo zmian

Właśnie brak spójności w tempie przeprowadzania zmian jest jednym z największych zagrożeń dla projektu Konstantego Radziwiłła, a także dla wszystkich interesariuszy systemu w 2017 r. Mam wrażenie, że mniej chodzi o harmonijną całościową reformę systemu, a więcej o realizację haseł wyborczych – likwidację NFZ, wprowadzenie finansowania systemu bezpośrednio przez budżet państwa, utworzenie sieci budżetowanych szpitali. To nie są grepsy, ale nie mogą być przeprowadzone wybiórczo. System powinien być reformowany w całości albo w ogóle. Jak pisałem wcześniej, wprowadzenie „sieci” szpitali i ich budżetowe finansowanie w postaci obecnie proponowanej może doprowadzić to totalnego chaosu. Pojawią się szpitale, które częściowo będą finansowane budżetowo, a częściowo tak jak do tej pory. Utrata niektórych oddziałów spowoduje załamanie się działalności innych – potrzebnych systemowo. Pacjenci nie będą wiedzieć, jak mają korzystać z usług AOS. Czy tak jak do tej pory, czy poprzez lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem

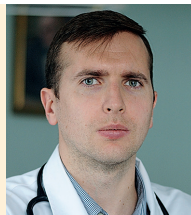
powierzonym, czy poprzez poradnie przyszpitalne. Lepiej wcześniej wstrzymać całą reformę, ograniczając się do działań czysto naprawczych i koncepcyjnych, zaś przeprowadzić ją dwa lub trzy lata później w sposób kompletny, niż wprowadzać ją w sposób wybiórczy, powodując chaos w systemie. Marzy mi się, że w 2017 r. rządzący wykażą się taką odwagą.

## Nakłady i sposób finansowania

Słabą stroną dobrej zmiany w ochronie zdrowia jest fakt, że próbuje się ją przeprowadzić bez zwiększenia finansowania. Propozycje resortu stopniowego wzrostu finansowania do 6 proc. PKB w perspektywie wieloletniej może są realistyczne z punktu widzenia budżetu, ale nieakceptowalne dla wszystkich interesariuszy systemu, który źle działa głównie z powodu wieloletniego niedofinansowania. Wiadomo, że możliwość zwiększenia nakładów na zdrowie jest pochodną stanu gospodarki, ściągłości i redystrybucji podatków przez państwo. W przypadku Polski mamy ciągle obowiązujący niepowszechny system składkowy. Paradoksalnie

### Damian Patecki

przewodniczący Porozumienia Rezydentów



Fot. Archiwum

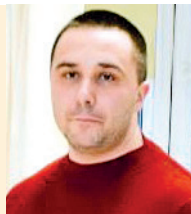
Nie sądzę, żeby przyszły rok przyniósł jakiegokolwiek pozytywne zmiany. Warto się jednak zastanowić nad kilkoma zagadnieniami. Czy ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia wejdzie w życie? Wygląda na to, że zostanie wstrzymana przez Ministerstwo Finansów. Brak pieniędzy zwiąże ręce ministrowi Radziwiłłowi. Tymczasem lekarzom szykowane jest wielkie upokorzenie: po podniesieniu płacy minimalnej będą zarabiać poniżej jej wartości (po potrąceniu

obowiązkowej składki na izbę lekarską). Dla mojego środowiska będzie to rok intensywnej nauki języków obcych. Problem braków kadrowych w ochronie zdrowia będzie narastać. Polska nie ma lekarzom już nic do zaoferowania.

Straciliśmy jakiegokolwiek złudzenia, chociaż ciągle po cichu mamy nadzieję, że rząd nas pozytywnie zaskoczy. Propozycje zmian przedstawione przez ministra Radziwiłła budzą wielki niepokój. Uporządkowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce w postaci np. „sieci” szpitali wymaga olbrzymiego aparatu analitycznego. Ministerstwo go nie ma. Jedyną nadzieją jest to, że planowane zmiany nie wejdą w życie.

### Adam Stępka

prezes Zarządu Ogólnopolskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych



Fot. Archiwum

Rok 2017 jest dla ratowników medycznych wielką zagadką. Tym bardziej, że prace legislacyjne nad projektem nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym nadal trwają i budzą w środowisku medycznym wiele emocji. Wbrew opinii niektórych środowisk ratownicy medyczni u progu nowego roku nie oczekują dalszego zwiększania swych kompetencji i likwidacji zespołów lekarskich, ale realnego wzrostu płac – adekwatnie do ponoszonej obecnie odpowiedzialności. Niestety, wobec braku realnych szans na zwiększenie finansowania systemu PRM oraz projektu ustawy o płacy

minimalnej w ochronie zdrowia, wprowadzenie dodatkowej osoby do składu zespołów podstawowych może przynieść przeciwny efekt.

Trzeba przy tym pamiętać, że wejście w życie zapisów ustanawiających obowiązek cyklicznego odbywania kolejnych form doskonalenia zawodowego (kursu specjalistycznego) najprawdopodobniej będzie stanowić kolejne obciążenie dla kieszeni ratownika. Rok 2017 może zatem przynieść negatywne konsekwencje ekonomiczne dla środowiska ratowników. Proponowane ograniczenie form zatrudniania ratowników medycznych w systemie wyłącznie do stosunku pracy wydaje się nierealne. Podobnie zresztą jak pomysł likwidacji zespołów specjalistycznych, który zapewne w 2017 r. nadal będzie niepotrzebnie antagonizował środowisko medyczne.

najgorszą rzeczą, jaka mogłaby nam się obecnie przydarzyć, jest odejście od składki zdrowotnej i przejście na finansowanie bezpośrednio z budżetu. Rząd, ratując system ubezpieczeń zdrowotnych, zaczyna obciążać składkami grupy społeczne dotychczas uprzywilejowane. W związku z jego polityką spada bezrobocie i rosną wynagrodzenia w stopniu większym niż PKB. W 2016 r. wynagrodzenia wzrosły o ok. 5 proc. przy wzroście PKB ok. 3 proc. Od 2017 r. wzrosną wynagrodzenia minimalne o blisko 8 proc., co spowoduje ponadplanowy spływ składki zdrowotnej. Nie jest wykluczone, że wzrost przychodów NFZ ze składki zdrowotnej w tym roku może być podobny jak w latach 2006–2008.

Rząd ostatnio zrezygnował z prac nad tzw. jednolitym podatkiem. Może warto wykorzystać tę szansę i przypadkiem nie likwidować składki zdrowotnej. Niewykluczone, że w ciągu najbliższych lat zupełnie nie będzie się nam to opłacać. Nie zmienia to faktu, że system zawsze można dofinansować z budżetu.

### Zasoby ludzkie i ich odtwarzanie, wynagrodzenia pracownicze

To, że brakuje profesjonalistów medycznych, nie jest żadnym odkryciem. Dlatego po raz kolejny należy pochwalić Konstantego Radziwiłła za zwiększenie liczby studentów medycyny na nieodpłatnych studiach stacjonarnych, prosząc o więcej w kolejnych latach. Tak samo dobrym pomysłem jest przywrócenie kształcenia pie-

lęgniarek już na poziomie średnich szkół branżowych, pomimo oporu organizacji samych pielęgniarek.

Samo kształcenie niewiele jednak przyniesie, jeżeli nie zwiększymy wynagrodzeń pracowników. Albo nie podejmą oni pracy po ukończeniu szkół, albo wcześniej lub później wyemigrują. Ale nie da się zwiększyć wynagrodzeń bez zwiększenia finansowania całego systemu i koło się zamyka. Mało tego – obecnie doprowadzono do takiej sytuacji, że w wielu szpitalach, zwłaszcza tych mniejszych, wynagrodzenie zaczyna być coraz bardziej „obywatelskie”. Coraz więcej pracowników, niezależnie od ich kompetencji, otrzymuje szybko rosnące wynagrodzenie minimalne. Żeby nie być gołosłownym – wynagrodzenie miesięczne lekarza stażysty refundowane przez samorządy wojewódzkie to 2007 zł brutto. Tymczasem obowiązkowo realizujemy kroczące podwyżki pielęgniarskie, co powoduje, że wiele pielęgniarek zarabia już więcej od lekarzy rezydentów. Daleko z tym nie zajędziemy, chyba że symboliczną metą mają być masowe protesty pracownicze lub sygnalizowane wcześniej porzucanie pracy bądź emigracja.

### Podsumowanie – klarowny plan czy mętlik w głowach

Podsumowanie jest jedno. W zasadzie wszystkiego jest za mało, aby właściwie realizować nasze zadania. Za mało jest nawet realnych planów naprawczych, bo dotyczą one tylko części działania systemu. Błędem jest

## Lucyna Dargiewicz

przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych



Fot. PAP/Marcin Ohara

Rok 2017 jest dla OZZPiP ważny w trzech kwestiach: kwalifikacji, warunków pracy oraz wynagrodzeń. Ministerstwo Zdrowia planuje zmiany systemowe w obszarze kształcenia pielęgniarek i położnych prowadzące pielęgniarkę do roli personelu pomocniczego, a nie samodzielnej profesji medycznej zgodnie ze standardami medycznymi. Jako środowisko nie wyrażamy na to zgody. Wyższe wykształcenie gwarantuje wysoką jakość usług, co zapewnia odpowiedni poziom świadczeń udzielanych pacjentom.

Pod koniec ubiegłego roku Ministerstwo Zdrowia wróciło do rozmów na temat zagwarantowania naszej grupie zawodowej miejsca w systemie świadczeń kontraktowanych z NFZ na takich zasadach jak w przypadku lekarzy. Ustawowa regulacja liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych na poszczególnych oddziałach z pewnością polepszy warunki pracy w naszej grupie zawodowej. Z danych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wynika, że spośród 7460 absolwentek pielęgniarstwa pracę

podjęto zaledwie 1206 pielęgniarek, a spośród 1330 absolwentek położnictwa – 146 położnych. Stale zmniejsza się też liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców i obecnie wynosi zaledwie 5,18. W systemie ochrony zdrowia mamy więc dramatyczny deficyt, którego nie zniweluje ministerialna propozycja zatrudniania pielęgniarek z Ukrainy. Tylko zapewnienie odpowiednich warunków pracy i wysokich wynagrodzeń pozwoli załatać braki kadrowe, zatrzymać bezrobocie w naszej grupie zawodowej i zahamować masowy odpływ pielęgniarek i położnych do innych krajów Unii Europejskiej. Przeciwnie po przepracowaniu pewnego okresu i uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji pielęgniarki z Ukrainy też wyjadą na Zachód.

Uczestniczymy w pracach nad wdrożeniem w życie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników medycznych. Przypominam, że pierwsze propozycje ustawowego określenia wysokości płac w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych OZZPiP złożył ponad rok temu.

Oczekujemy 1,5-krotności średniego wynagrodzenia w gospodarce dla pielęgniarek i położnych, 1,75-krotności dla pielęgniarek i położnych ze specjalizacją oraz 2-krotności dla pielęgniarek i położnych ze specjalizacją i tytułem magistra.



to, że narzucamy sobie tak szybkie tempo wprowadzania tych mocno niespójnych zmian. Czas to pieniądź, ale źle wykorzystany czas to pieniądź wyrzucony w błoto. Na 2017 r. życzę rządzącym i rządzonym, żeby ci pierwsi trzy razy się zastanowili przed wprowadzaniem fundamentalnych zmian. Nie dlatego, że są one niepotrzebne, ale dlatego, że trzeba je wprowadzić w sposób spójny i jak najbardziej kompletny. Trzeba też przeprowadzić analizę ryzyk i potrzebne pilotaże – nie tylko w POZ. W międzyczasie można robić wiele rzeczy operacyjnych, pracować nad zwiększeniem finansowania systemu, kształcić nowych pracowników, regulując

taryfy – doprowadzić do innych zachowań uczestników systemu, stworzyć wirtualną sieć oddziałów i poradni opartą na mapach potrzeb zdrowotnych i dostosowaną do posiadanych zasobów, a następnie podjąć rozmowy z już istniejącymi podmiotami dotyczące ich częściowego przebranżowienia.

Stara rzymska maksyma mówi *festina lente* – spiesz się powoli, czego i ja rządzącym ponownie życzę na rok 2017.

Maciej Biardzki

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

### Krzysztof Czerkas

członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, partner i ekspert Formedis Management and Consulting, ekspert Wyższej Szkoły Bankowej



Fot. Archiwum

Co nas czeka w 2017 r. w ochronie zdrowia? Obawiam się, że będzie to okres pogłębiającej się niepewności, która może wprost doprowadzić do chaosu w całym systemie. Zwiastunem tego była niedawna rezygnacja rządu z tzw. podatku jedolitego, który miał stanowić główne źródło finansowania sektora ochrony zdrowia. Rezygnacja z tej daniny stawia pod znakiem zapytania reformy zapowiadane przez ministra Radziwiłła, a przede wszystkim pomysł likwidacji NFZ od stycznia 2018 r. (to już za rok!) i przejęcia finansowania opieki zdrowotnej przez budżet państwa. Co się stanie, gdy nastąpi zapowiadana likwidacja NFZ, a jedolitego podatku nie będzie? Gdzie będzie

wówczas trafiała składka zdrowotna? Skąd będą pochodziły środki na finansowanie służby zdrowia i kto będzie nimi zarządzał? Pytań bez odpowiedzi jest dzisiaj wiele. Wygląda na to, że chaos na poziomie celów, działań i odpowiedzialności ministra zdrowia już czai się do skoku.

Optymizmem napawało zapowiadane przez ministra zdrowia zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia średnio o 0,2 proc. PKB rocznie, poczynając od 2018 r., ale i tutaj zaczęły się schody. Polska gospodarka rozwija się bowiem najwolniej od 3 lat. Według raportu GUS wzrost PKB w III kwartale 2016 r. był znacząco niższy od prognoz rządowych, a lipcowa prognoza NBP spadku polskiego PKB w latach 2016–2018 podaje w wątpliwość cały plan ministra Radziwiłła dochodzenia do większego finansowania służby zdrowia. Jeżeli gospodarka nie ruszy z kopyta, należy przyjąć, że w najbliższych dwóch latach nie będzie praktycznie żadnej poprawy w finansowaniu sektora publicznej ochrony zdrowia w Polsce.

### Bartosz Arłukowicz

przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, były minister zdrowia, poseł Platformy Obywatelskiej



Fot. Dziś

W 2017 r. czeka nas z pewnością ciąg dalszy chaosu w ochronie zdrowia, spowodowanego głównie poczynaniami obecnego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Użyłem słowa „głównie”, dlatego że resort zdrowia nie jest jedynym sprawcą zamieszania, które od ponad roku panuje w służbie zdrowia. Dokłada się do tego ogólna polityka i linia ideologiczna PiS.

Wydaje się, że obecnie najważniejszym problemem jest projekt utworzenia tzw. sieci szpitali. Wciąż wiele osób kierujących jednostkami ochrony zdrowia do końca nie wie, czy ich szpital znajdzie się w „sieci”. Samo Ministerstwo Zdrowia nie potrafi odpowiedzieć, jaki ostatecz-

nie kształt będzie miała ustawa wprowadzająca w życie planowaną zmianę.

Gorącymi tematami będą także te związane z prawami kobiet. Już gdzieś tam można usłyszeć, że po nowym roku PiS powróci do pomysłu zaostrzenia prawa aborcyjnego. Ponadto PiS od dawna sygnalizuje konieczność zmiany przepisów w odniesieniu do tzw. antykoncepcji awaryjnej. Kolejną kwestią są planowane zmiany dotyczące realizacji programów zdrowotnych, które mogą spowodować *de facto* zablokowanie tworzenia nowych miejskich programów *in vitro*. Powyższe zmiany z całą mocą uderzą w prawo kobiet do świadomego kreowania rodzicielstwa.

Trzecią ważną sprawą będą zmiany w prawie farmaceutycznym. Zapisy, które obecnie proponuje rząd, doprowadzą w krótkim czasie do wzrostu cen leków oraz ograniczenia dostępu do aptek. Nietrudno wysnuć z tego wniosek, że zmiany te uderzą najbardziej w pacjentów.