



O DEMOBILIZACJI SPECJALISTÓW I NIE TYLKO

Fot. iStockphoto.com

Efektywność i jakość publicznych świadczeń zdrowotnych dla obywateli jest fundamentem budowania zaufania do państwa, a to zaufanie jest niezbędne do uzyskania akceptacji danin publicznych. Rozumiem, że skrótowa forma przedstawienia Polskiego Ładu podczas konwencji programowej Zjednoczonej Prawicy nie pozwalała na zaprezentowanie szczegółów rozwiązań, ale zastanawia mnie brak choćby wspomnienia o potrzebie koordynacji i integracji ochrony zdrowia i opieki socjalnej. W Polskim Ładzie, wydawałoby się sprawie strategicznej, zabrakło całościowego spojrzenia na zdrowie i opiekę socjalną – włącznie z promocją zdrowia, profilaktyką, opieką nad osobami niesamodzielnymi, przewlekle chorymi i w podeszłym wieku. Odciążanie systemu opieki zdrowotnej i poprawa dostępności będą mogły się zrealizować dzięki inteligentnemu przesunięciu zarówno potrzeb zdrowotnych, jak i dostarczania świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych bliżej pacjentów, krótko mówiąc – poza szpital.

W przedstawionej prezentacji wybrzmiewały jakieś echa tej myśli – powiedziano o ambulatoriach w każdym powiecie pracujących 24 godziny na dobę oraz nielimitowaniu świadczeń ambulatoryjnych. Jak zwykle jednak diabeł tkwi w szczegółach. Nie w tym rzecz, aby dublować nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, ale by skutecznie zapewnić rozwiązywanie problemów zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym bez przesuwania pacjentów „piętro wyżej”. Idea przekształcenia części szpitali powiatowych w powiatowe lub podstawowe centra zdrowia jest mi bliska, ale nie widzę powodu utrzymywania ich gotowości przez 24 godziny na dobę. Nie stać nas na to, by demoralizować pacjentów możliwością uzyskania porady w sprawach błahych przez całą dobę, a nagle poważne zachorowanie powinno być zabezpieczone przez system ratownictwa medycznego i dyżurujące szpitale. Należy pamiętać, że im lepiej kontrolujemy stan zdrowia na co dzień, również w zakresie chorób przewlekłych, tym rzadziej

potrzebna będzie interwencja w trybie doraźnym. Ta lepsza kontrola to lepsza dostępność POZ, w tym diagnostyki. Zapowiedziane skrócenie kolejek do specjalistów ma się opierać głównie na nielimitowaniu finansowania tych świadczeń – i tu widzę kilka pułapek. Pierwszą jest liczba lekarzy specjalistów oraz ich rozlokowanie. Drugą – przy niewydolnej POZ – będzie tendencja do przekierowywania pacjentów do opieki specjalistycznej, co zwiększy jej obciążenie i paradoksalnie może wpłynąć na czas oczekiwania na świadczenie. Podobna pułapka tkwi w realizacji programu profilaktycznego. Należy zdawać sobie sprawę, że sukces programu oznacza zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne. Oczywiście jest to zasadne i oczekiwane, by rozpoznanie choroby następowało wcześniej. Dzięki temu można skutecznie zwalczać jej objawy lub kontrolować przebieg. W zdrowiu publicznym mówimy tu o profilaktyce drugiej i trzeciej fazy lub profilaktyce drugo- i trzecio-

rzędowej. Jak widać, nie wystarczy przeprowadzenie słusznej interwencji zdrowotnej w postaci programu profilaktycznego. Trzeba jeszcze wiedzieć, co i jak dalej zrobić w przypadkach wykrycia odstępstw od normy i w przypadkach wątpliwych. To z pewnością jest olbrzymie pole do działania dla specjalistów zdrowia publicznego i lekarzy w celu odpowiedniego zaplanowania procedur i śledzenia procesu. Tu jest miejsce na odpowiednie planowanie i koordynowanie interwencji zarówno populacyjnych, jak i w odniesieniu do konkretnego pacjenta. Czy rządzący mają świadomość tych niuansów? Nie wiem, ale od takich szczegółów będzie zależeć, czy kolejki do specjalistów się skrócą i czy poprawi się efektywność działania systemu ochrony zdrowia. Kolejna sprawa – następna reforma sieci szpitali. Sama jej zapowiedź dowodzi, że dotychczasowa sieć szpitali była reformą nieudaną. To dosyć surowa samokrytyka. I tu dwa wnioski.

Po pierwsze – wielu ekspertów przed wprowadzeniem sieci szpitali wskazywało mankamenty proponowanych rozwiązań. Ówczesny zarząd resortu zdrowia w dużej mierze zignorował te głosy, forsując swoje pomysły. Po drugie – obecny zarząd resortu postępuje podobnie, forsując z kolei swoje rozwiązania. A może lepiej dla wszystkich byłoby przeanalizować i przedyskutować nie tylko we własnym resortowym gronie, co poszło nie tak, przed wprowadzeniem kolejnej rewolucji? Na koniec rzecz najważniejsza, której moim zdaniem zabrakło – ani słowem rządzący nie zająknęli się o poprawie warunków pracy personelu medycznego, deficytowego personelu medycznego. Zamiast tego pojawiły się niejasne zapowiedzi wzmocnienia kontroli i odszkodowań dla pacjentów za błędy medyczne. Środowisko lekarskie obawia się, czy to nie zaostrzy represji wobec medyków. Błędy medyczne w głównej mierze biorą się z warunków funkcjonowania

podmiotów medycznych, zbyt małej liczby personelu medycznego, ograniczeń finansowych. Oby zmiany szły w kierunku systemu *no fault*, czyli niekarania za błąd w zamian za jego zgłoszenie i zapewnienie odpowiedniego odszkodowania. Atmosfery nie poprawiają również zapowiedzi faktycznej obniżki wynagrodzeń personelu medycznego – chodzi o nową składkę liniową. Dotyczy to głównie specjalistów. Próby wmawiania Polakom, że lekarz lub pielęgniarka, którzy harują ponad 300 godzin w miesiącu i zarabiają powyżej 5,5 tys. zł netto, są takimi bogaczami, że muszą się podzielić swoimi pieniędzmi z ludźmi, którzy zarabiają mniej, ale pracują 160 godzin miesięcznie, są demobilizujące. I to może być głównym czynnikiem powodującym, że wszystkie te zapowiedzi pozostaną tylko prezentacją w PowerPoincie.

Marcin Pakulski,

były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



Fot. iStockphoto.com

NIESPRAWIEDLIWOŚĆ

PODATKOWA

Premier Mateusz Morawiecki, ogłaszając Polski Ład, zapowiedział „służbę zdrowia opartą na nowych źródłach finansowania, na liniowej składce zdrowotnej, z której pieniądze wpłyną do Narodowego Fun-

duszu Zdrowia”. Czy to zwiększy finansowanie ochrony zdrowia? I jak wpłynie na pracę lekarzy? Proponowane zmiany utrwalają, a w niektórych sytuacjach powiększają niesprawiedliwe opodatkowanie takich

samych dochodów w zależności od źródła przychodów. Najwyżej opodatkowane dochody z własnej pracy, te uzyskane dzięki działalności gospodarczej, będą jeszcze mocniej obciążone daninami publiczno-prawnymi. Co to spowoduje? Prawdopodobnie jesienią lekarze rozpoczną poszukiwanie optymalnych dla siebie form prowadzenia działalności. Nowe rozwiązania mogą być korzystniejsze dla przedsiębiorców, ale w konsekwencji spowodują, że wpływy do NFZ się nie zwiększą, a wręcz mogą się zmniejszyć. Zapowiedziane zmiany nie mają nic wspólnego ze sprawiedliwością podatkową. Chyba że w rozumieniu polityków – prowadzącą do jeszcze większej niesprawiedliwości podatkowej, potrzebnej do realizowania populistycznych haseł wyborczych, a nie tworzenia uczciwego systemu podatkowego.

prof. Adam Mariański,

partner w Mariański Group

Kancelarii Prawno-Podatkowej,

przewodniczący Komisji Podatkowej BCC