

Kryzys ze zdwojoną siłą uderzy w polską ochronę zdrowia

# CZARNE CHMURY

Wakacje nie sprzyjają zazwyczaj gwałtownym buntom społecznym – sierpień '80 był raczej ewenementem niż zasadą. Być może sierpień '13 był ostatnim w miarę spokojnym miesiącem w polskiej ochronie zdrowia. Od jesieni czekają nas chłodniejsze klimatycznie, ale gorętsze politycznie miesiące. Solidarność grozi strajkiem generalnym we wrześniu, a co przyniosą kolejne miesiące – tego nie wie nikt. Z pewnością jednak odbije się to na funkcjonowaniu polskiej ochrony zdrowia.

Poczucie niepewności wiąże się z trwającym już piąty rok kryzysem gospodarczym, który zdemolował obraz Polski jako „zielonej wyspy”, a jednocześnie jest coraz bardziej odczuwany przez większość jej mieszkańców. Kryzys gospodarczy to w dużej mierze większe bezrobocie, wyhamowanie wzrostu wynagrodzeń, a w niektórych miejscach wręcz ich obniżki. To wpływa negatywnie na ściągalność składki zdrowotnej, a przez to na dopływ pieniędzy finansujących system opieki zdrowotnej. Sytuacja szpitali już teraz jest coraz trudniejsza, a w 2014 r. według wszelkich oznak po raz kolejny się pogorszy. Czy wywoła to jakiś gwałtowny protest większej grupy szpitali czy przychodni, czy pojawią się tylko nieliczne protesty związane ze zwolnieniami lub obniżkami wynagrodzeń w pojedynczych szpitalach? A może wszystko rozejdzie się po kościach?

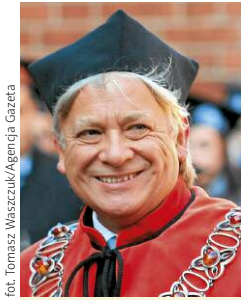
„ Powiązanie finansowania systemu ze ściągalnością składki zdrowotnej sprawia, że każdy kryzys gospodarczy uderza w nas bardzo boleśnie „

### Powrót do przeszłości

Spojrzenie kilka lat wstecz pozwala nam sobie przypomnieć, że obecna sytuacja nie jest żadnym nowym wydarzeniem. Powiązanie finansowania systemu ze ściągalnością składki zdrowotnej sprawia, że każdy kryzys gospodarczy uderza w nas bardzo boleśnie. Zwłaszcza że nie wypracowano żadnego mechanizmu buforującego wpływ wahań koniunktury na wielkość pieniędzy w systemie. Kiedy jest ich dużo, to bardzo się wszyscy cieszymy i przejadamy je do końca, kiedy zaczyna ich brakować, zostaje nam tylko płacz. Nikt nie oszczędza w tłustych latach, aby móc wydawać w chudych. A przecież tak niedawno, na początku wieku, przeżywalismy to samo. I znowu Polak jest mądry po szkodzie.

### Dziura Bauca i jej następstwa

System opieki zdrowotnej w Polsce cierpiał na brak pieniędzy już od początku, tzn. od 1 stycznia 1999 r., czyli od wprowadzenia przez rząd Jerzego Buzka pakietu czterech reform. To wtedy kolejna ważna postać, czyli ówczesny minister finansów Leszek Balcerowicz, przeforsował obniżenie składki zdrowotnej z pierwotnie planowanej w wysokości 10 proc. dochodów do 7,5 proc. Takie obcięcie finansowania spowodowało trudności większości szpitali i przychodni już od końca 1999 r., pomimo oddłużenia ich w momencie przekształceń w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.



fot. Tomasz Maszczyk/Agencja Gazeta

**Wojciech Maksymowicz**  
**dzikan Wydziału Medycznego**  
**Uniwersytetu**  
**Warmińsko-Mazurskiego,**  
**były minister zdrowia**

Po latach rozwoju czeka nas okres zatrzymania i stagnacji w ochronie zdrowia. Możemy się spodziewać coraz ściślej regramentacji świadczeń i terapii lekowych, dokonywanej metodami administracyjnymi. Trochę tak jak w czasach PRL, gdy gospodarkę towarowo-pieniężną usiłowano zastąpić systemem kartkowym. Takie metody administracyjne nigdzie się nie sprawdzają, być może pomagają w „dzieleniu biedy na równo”, ale uniemożliwiają rozwój. I to jest dla polskiej ochrony zdrowia bardzo groźne, bo we współczesnej medycynie, opartej na innowacjach, kto się nie rozwija, ten się cofa. Będzie zatem ściśle racjonowanie liczby udzielonych świadczeń – co oznacza wydłużenie kolejek. Ściśle racjonowanie środków na leki – co przełoży się na ograniczenie dostępności innowacyjnych terapii. A to bardzo źle dla pacjentów, bo przecież we współczesnej medycynie czas i skuteczność terapii ma zasadnicze znaczenie. Polacy będą leczeni anachronicznie i nie wtedy, gdy pojawią się pierwsze oznaki choroby, ale dopiero wtedy, gdy odstoją swoje w kolejce, ryzykując dalsze pogorszenie stanu zdrowia. A to przecież wbrew sztuce medycznej.

Dla odświeżenia pamięci – spór o trzynastki za 1998 r., strajki pielęgniarskie i okupacja Ministerstwa Zdrowia, będąca następstwem ustawy 203. Już wtedy się zorientowano, że pieniędzy jest za mało i w grudniu 2000 r. wprowadzono kroczące podwyższenie składki zdrowotnej odliczanej od podatku o 0,25 proc. każdego roku do osiągnięcia stawki 9 proc. W 2001 r. przyszły jednak wybory, a przed wyborami ówczesny minister finansów Jarosław Bauc, który zastąpił Leszka Balcerowicza, ujawnił, że w następstwie – delikatnie mówiąc – niefrasobliwego zarządzania i nieco kreatywnej księgowości grozi nam dziura budżetowa w wysokości 60 mld zł, a potencjalnie nawet 100 mld zł. Wtedy pospiesznie znowelizowano budżet (czy to komuś czegoś nie przypomina?), podziękowano Baucowi za współpracę (to rozwiązanie na razie wykorzystywane nie jest), ale w krótkim czasie rządząca wtedy AWS przegrała wybory z kretelem i zniknęła z mapy politycznej. Teraz do wyborów zostały jeszcze dwa lata, więc jest szansa, że ludzie zapomną. Mimo to do władzy doszedł wtedy SLD, który postanowił pomimo socjalnej retoryki doprowadzić do jakiejś konsolidacji budżetu i zatkać sławetną dziurę. To

właśnie wtedy kolejna znana nam osoba – Marek Belka, obecny prezes NBP, a wtedy minister finansów, przeformował wiele ustaw zmniejszających wydatki budżetu. Było wśród nich głośne obcięcie dofinansowania barów mlecznych, ale też wiele rozwiązań bijących bezpośrednio w finanse systemu opieki zdrowotnej. Na pierwszy ogień poszła zmiana ustawy zwiększającej finansowanie systemu i na 2002 r. pozostaliśmy ze stawką 7,75 proc., która jako odliczana od podatku istnieje do dziś. Ale też wtedy przycięto budżet Ministerstwa Zdrowia i zmieniono zasady odprowadzania składki zdrowotnej za bezrobotnych przez budżet. Wszystkie te zmiany sprawiły, że przychody NFZ w 2002 r. po raz pierwszy były mniejsze niż w roku poprzedzającym. Byłoby to także po raz ostatni, gdyby nie fakt, że ta sytuacja znowu zaistniała w planie finansowym NFZ przyjmowanym właśnie na rok 2014. Aż strach się bać – większość cięć w 2001 r. pojawiła się wraz z ustawami okobudżetowymi w listopadzie i grudniu, a obecnie mamy dopiero sierpień, a już wiadomo, że kasy będzie mniej.

### Dwa razy do tej samej rzeki

Wspomnienia sprzed ponad dziesięciu lat pozwalają nam się domyślać, co będzie dalej, ale w żaden sposób nie napiszą nam pewnego scenariusza przyszłych wydarzeń. Wtedy szpitale były już zadłużone, ale na skalę znacznie mniejszą niż obecnie. Pierwsze dane publikowane przez Ministerstwo Zdrowia dotyczą III kwartału 2003 r., czyli dwa lata po wprowadzeniu ustaw ostatecznie załamujących finansowanie systemu. Wtedy to było 7,5 mld zł, w tym 4,5 mld zł zobowiązań wymagalnych. Teraz, po I kwartale 2013 r., mamy 10,7 mld zł zobowiązań, ale tylko 2,6 mld zł wymagalnych. Z drugiej strony, jeżeli nie będziemy ich obsługiwać, to te niewymagalne dzisiaj staną się wymagalnymi już bardzo niedługo.

Wtedy udawano, że można naprawić system poprzez utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia, jak obecnie ma to sprawić jego decentralizacja, i wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednak już w 2002 r. strach zajął rządzącym w oczy i wprowadzono ustawowo wzrost składki zdrowotnej ponownie do 9 proc., ale tym razem nieodliczanej od podatku, co de facto oznaczało wzrost opodatkowania obywateli. W 2005 r. wprowadzono ustawę o pomocy publicznej, która wpompowała do zadłużonych szpitali umarzalne pożyczki o wartości 2,2 mld zł. Obecnie rządzący odzegnują się od jakiegokolwiek podwyższenia składki zdrowotnej czy ponownego oddłużania szpitali. Kto wie, co będą mówić za rok czy dwa.

Należy jednak zwrócić uwagę na jeszcze jeden problem. W 2001 r. byliśmy zorganizowani znacznie gorzej. Przez ostatnie kilkanaście lat nauczyliśmy się lepiej zarządzać szpitalami i przychodniami. Wiele z nich zostało skomercjalizowanych czy wręcz sprywatyzowanych. Następstwem tego jest zmniejszenie możliwości zbuforowania spadku przychodów poprzez cięcia kosztów. Zawsze jest

na nie miejsce, ale skala możliwych do uzyskania efektów jest zdecydowanie mniejsza niż w 2002 r. Należy więc z uwagą wysłuchać Marka Wójcika, który przewiduje w 2014 r. kataklizm dla szpitali powiatowych, słusznie uważając, że to właśnie one najbardziej odczują cięcia przychodów, ponieważ ich siła lobbingowa w rozmowach z NFZ jest zdecydowanie mniejsza niż klinicznych czy wojewódzkich. A przecież wiele z nich to spółki – model pożądanym przez rządzących, ale... podlegający upadłości. Czy tego rządzący oczekują? Chyba nie.

### Bez rezerwy

Narodowy Fundusz Zdrowia powstał w sytuacji kryzysu finansowania systemu, więc mogłoby się wydawać, że do takiej sytuacji powinien być przygotowany. Rzeczywiście, za prezesury Jerzego Millera NFZ postępował wyjątkowo racjonalnie. Obawiając się w każdym momencie pogorszenia koniunktury, tworzył np. 2 proc. rezerwy na wypadek spadku ściągłości składki. W latach 2004–2005 były to niewielkie pieniądze gwarantujące stabilność systemu, w kolejnych latach pozwalały wraz ze wzrostem ściągłości składki na nawet kilkukrotne zmiany planu finansowego funduszu w ciągu roku. To z kolei umożliwiło finansowanie większości nadwykonań, ale też utworzenie funduszu zapasowego, który w szczytowych momentach sięgał 4 mld zł. Jednak potem przyszła hossa gospodarcza, której towarzyszyła zmiana rządzących w NFZ, ale też poczucie, że teraz już będzie tylko lepiej. Zamiast dbać o stabilność finansów, zajęto się zmianami sposobu finansowania świadczeń. Wprowadzono system JGP czy jego ekwiwalenty, podniesiono wyceny punktów rozliczeniowych, ale jednocześnie zaprzestano tworzenia rezerwy na wypadek spadku ściągłości składki i rozdysponowano np. dla Mazowsza większość funduszu zapasowego. Tymczasem mniej więcej od 2009–2010 r. przyszła bessa gospodarcza i coraz gorsza ściągłość składki. Ponieważ w tych samych latach przedstawiano regularnie nierealne założenia do budżetu państwa, bo akurat były to lata wyborcze, to i plany finansowe funduszu miały się nijak do rzeczywistej ściągłości składki. I w kolejnych latach funduszowi skończyły się wszelkie rezerwy.

Jak z nieba spadło koło ratunkowe w postaci efektów ustawy refundacyjnej, która wpięła stały poziom finansowania leków przez NFZ. Ponieważ w latach 2011 i 2012 fundusz tych pieniędzy nie wykorzystywał, pozwalało mu to w 2012 i 2013 r. pokryć niedobór ściąganej składki. Ba, za rok 2012 NFZ wykazał nawet 300 mln zł zysku. Tyle że nic z tego zysku nie wynika, bo w tym samym czasie zaczęły jak na drożdżach rosnać nadwykonania i mnożyć się procesy o ich sfinansowanie. Aż dziw, że firmy skupujące zobowiązania szpitali nie zajęły się poważnie np. *factoringiem* należności szpitali wobec NFZ i walką z funduszem w sądach. To przecież jest już kilka miliardów złotych, co mogłoby doprowadzić płatnika do upadku.

### Marek Balicki dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie, były minister zdrowia



rot. dziki

Polski system ochrony zdrowia od lat funkcjonuje w stanie nierównowagi finansowej. Od lat wydajemy na zdrowie więcej, niż pozyskujemy środków ze składki zdrowotnej, kosztem długów. Przez długi czas w starciu z realiami ekonomicznymi nasz system wychodził obronną ręką, bo mieliśmy czas gospodarczej prosperity i dzięki temu mogliśmy zwiększać nakłady na finansowanie ochrony zdrowia. Ale to się właśnie kończy. Nie ma obecnie zgody na reformowanie systemu, a więc jest zgoda na to, by ograniczać dostęp do świadczeń, racjonować je za pomocą kontraktów i kolejek. Jest też zgoda na to, by szpitale leczyły nie na koszt płatnika, ale na kredyt, który muszą zaciągnąć, by realizować ustawowe cele, udzielać pacjentom skutecznej pomocy. To oznacza, że jest milcząca zgoda i na gorsze leczenie pacjenta, i dalsze zadłużanie. Zapłacimy za to: społeczeństwo stanem zdrowia, szpitale i podatnicy długami do spłacenia.

### Inni pracownicy, inni pacjenci, inny świat

W porównaniu z 2002 r. zmieniło się także otoczenie, w jakim funkcjonujemy. Wobec „rozmnóżenia się” świadczeniodawców, zwłaszcza w opiece ambulatoryjnej, zmniejszyła się liczba dostępnych na rynku pracy lekarzy. Swoje dołożyła także emigracja zarobkowa oraz fatalny system kształcenia. Zbyt mała liczba miejsc na studiach niepłatnych, przyznawanie rezydentur lekarzom, a nie miejscom uprawnionym do kształcenia i jeszcze kilka innych przyczyn powoduje, że kształcimy zbyt mało lekarzy, a ci, których wykształcimy za pieniądze podatnika, wyjeżdżają z kraju. Efektem jest to, że w Polsce lekarzy jest o 1/3 mniej niż średnio w krajach OECD, a spora część spośród nich zbliża się do wieku emerytalnego. Dokłada się do tego ich redystrybucja – większość mieszka i pracuje w dużych miastach, a w tak zwanej Polsce powiatowej występują dramatyczne braki.

Podobnie jest w przypadku pielęgniarek. Lekką ręką zlikwidowaliśmy licea pielęgniarskie, nie tworząc systemu, który kształciłby nowe pielęgniarki w liczbie zabezpieczającej zastępowalność pokoleń. Dziesięć lat temu uważaliśmy, że jest ich za dużo, obecnie nie tylko, że jest ich przeszło dwa razy mniej niż w krajach OECD, lecz także na podstawie średniej ich wieku można przewidywać, że liczba pielęgniarek w najbliższych latach zacznie się dramatycznie kurczyć.



**Andrzej Sokołowski,**  
prezes Ogólnopolskiego  
Stowarzyszenia Szpitali  
Prywatnych

Czy nad polską ochroną zdrowia gromadzą się czarne chmury? Dawno już się zgromadziły. A żeby trzymać się porównania z meteorologią – pora na wyładowania atmosferyczne, a jedno z nich powinno trafić w gmach Ministerstwa Zdrowia.

Obecny system ochrony zdrowia opiera się na założeniach tzw. koszyka gwarantowanego, który obiecuje olbrzymi zakres darmowych świadczeń każdemu, na zasadzie „wszystkim wszystko”. To trochę tak, jakby obywatelom RP wlewać benzynę za darmo. Co by się stało? Oczywiście szybko benzyny by zabrakło, na wszystkich stacjach naraz. Tak samo skończy się kiedyś doptyw pieniędzy do „koszykowego” systemu, lansowanego przez obecnych decydentów. Zabraknie wpływów ze składek, szpitale zadłużą się do tego stopnia, że nikt nie pożyczy im ani złotówki więcej. Zabraknie środków na leki, więc nie będą one wykupowane, zabraknie na świadczenia, a więc pacjenci pozostaną bez pomocy. Wtedy być może zaczną się zmiany, ale funkcjonowanie ochrony zdrowia będzie trudne, tak jak trudne jest dziś funkcjonowanie państwa i gospodarki Grecji.

To oczywiście powoduje, że koszt pracy obu tych grup zawodowych z każdym rokiem rośnie, jednak nawet podjęte dzisiaj decyzje o zwiększeniu liczby kształconych profesjonalistów medycznych, ze wszystkimi kosztami z tym związanymi, pozwolą nam na pozyskanie nowych pielęgniarek za minimum trzy lata, a lekarzy za sześć. Jak kończą się konflikty w sytuacji niedoboru lekarzy, może uczyć chociażby ostatni przykład z Nowego Targu, gdzie lekarze pewni swojej siły wobec braku alternatywy na rynku pracy mogą dyktować warunki dotyczące nie tylko płacy, lecz także form zatrudnienia, a nawet organizacji pracy.

### Coraz więcej pacjentów

Ta niewystarczająca i wciąż kurcząca się liczba lekarzy i pielęgniarek musi się zmierzyć z problemem coraz większej liczby osób potrzebujących pomocy i opieki. W porównaniu z 2002 r. liczba mieszkańców kraju się zmniejsza, ale ubywa młodych i zdrowych, którzy wyjechali za pracą i lepszą płacą do krajów starej UE. A demografia jest bezwzględna – liczba ludzi starych i chorych nieubłaganie rośnie. System nie przygotowuje się na potrzeby leczenia właśnie tego kręgu pacjentów. Zamiast

przeznaczać pieniądze na jednostki rehabilitacyjne i długoterminowe, wciąż pakujemy je w szpitale krótkoterminowe, gdzie tych samych ludzi leczymy za nieadekwatnie większe pieniądze i często za późno.

Z kolei leczenie szpitalne to nieubłagane konieczność stosowania nowych technologii medycznych, które są coraz droższe i pożerają niedostateczne środki finansowe w systemie. Nie sposób się przed tym obronić: jeżeli możemy zakładać rozpuszczalne biologiczne stenty w miejsce metalowych – będziemy je zakładać, jeżeli pojawiają się nowe leki wydłużające życie pacjentów bądź poprawiające jego komfort – kto się przeciwstawi ich stosowaniu. Jeżeli AOTM stwierdzi, że *cost-effectiveness* tych leków nie uzasadnia ich finansowania z pieniędzy publicznych, to zostaną sfinansowane jako leki niestandardowe.

### Kryzys na wszystkich frontach

Tym sposobem stanęliśmy ponownie w obliczu kryzysu finansów publicznych, który ograniczy pulę pieniędzy w systemie, a równocześnie musimy się borykać z zadłużeniem, nie mamy odpowiedniej liczby ludzi do pracy, mamy większe zadania niż przed laty i jesteśmy zobowiązani do korzystania z droższych technologii medycznych. Jednocześnie w większości zaciskaliśmy pasa przez poprzednie lata i dla wielu nie ma już w tym pasie kolejnej dziurki. Czy system i jego jednostki pokornie przetrwają kolejne „obiektywne trudności”, czy też nastąpi bunt? I czy będą to bunty w pojedynczych podmiotach leczniczych organizowane przez pracowników, a może dojdzie do większego, zorganizowanego sprzeciwu? Na razie jest dość spokojnie, nie licząc pojedynczych incydentów, ale czy nie jest to przypadkiem cisza przed burzą?

Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia zachowują się jak klasyczny katalizator reakcji, która może nastąpić. Uderza nieudolność ministerstwa, które w poprzedniej kadencji namieszało w kotle, wprowadzając wiele ustaw firmowanych przez Ewę Kopacz. Ustawy te nie tylko nie ustabilizowały systemu, lecz wprowadziły do niego mnóstwo zamieszania. Od dwóch lat Bartosz Arłukowicz obiecuje poprawę, nie przedstawiając jednocześnie żadnych konkretnych rozwiązań, co może tylko irytować zmęczonych uczestników systemu. Narodowy Fundusz Zdrowia, borykając się z brakiem pieniędzy, dokucza świadczeniodawcom, jak może. Z jednej strony wprowadza nowe systemy informatyczne, z których eWUŚ ma na celu wyłapanie ludzi nieubezpieczonych, aby za nich nie płacić, zaś ZIP – napuścić na świadczeniodawców pacjentów, którzy odkrywają, że w ich historii choroby jest zdarzenie medyczne, które nigdy nie nastąpiło. Oczywiście jest, że oszustów trzeba tępić, ale większość tych dziwnych przypadków nie będzie wynikiem oszustwa, ale pomyłkowego wpisania np. numeru PESEL. Zresztą, dlaczego wcześniej wspaniałe systemy walidacyjne funduszu tych złodziei nie wyłapały? Z dru-

giej strony NFZ nie płaci już nawet za nadwykonania bezapelacyjnie ratujące życie, takie jak świadczenia intensywnej terapii.

Kroplą, która może przelać czarę, jest przygotowywana nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych, która pozwoli dyrektorom oddziałów aneksować istniejące umowy do końca 2015 r. Nowela ta, pomijając inne jej bulwersujące zapisy, zamrozi patologie na kolejne dwa lata, ale przede wszystkim zamrozi wyceny świadczeń. A tego już szpitale i przychodnie mogą nie wytrzymać.

### Kto rozpęta burzę?

Lekarze i pielęgniarki mają potężne argumenty do jej rozpętania. Jeżeli zażądają wzrostu wynagrodzeń, to wygrają ten spór, bo trudno będzie znaleźć następców na ich miejsce. Kto wie, jaki efekt przyniesie propagowana przez OZZL akcja „Dziękujemy – odchodzimy”, która ma się rozpocząć na jesieni. Nie muszę dodawać, że może ona spowodować wstrzymanie działalności kilku/wielu szpitali, co z kolei może ograniczyć dostęp do usług zdrowotnych z wszystkimi możliwymi tego konsekwencjami.

Czy burzę rozpętają politycy – ma się rozumieć opozycyjni? Na pewno będą głośno krzyżeć, chcąc uzyskać z tego jakieś korzyści na przyszłość. Kto wie, może z tego wyniknie przypadkiem coś dobrego? Przecież zwiększenie składki zdrowotnej z 7,75 proc. do 9 proc. w latach 2003–2007 było następstwem inicjatywy podjętej przez PiS w czasie rządów SLD.

### Bunt samorządów

Niewykluczone, że bunt wzniesą samorządowcy, zwłaszcza powiatowi, którzy obarczeni są koniecznością pokrywania strat podległych im szpitali bądź przekształcenia ich w spółki. Ale przecież spółki też trzeba dokapitalizować, aby nie upadły. Jeszcze w tym roku nie jest to dolegliwe, bo pozwolono wpisać w wynik wszelkie wcześniejsze wpłaty na fundusz założycielski. Ten bufor był jednak jednorazowy i albo politycy znów coś wymyślą, aby stworzone przez nich prawo nie działało, albo samorządy zostaną obciążone utrzymaniem swoich zakładów. Z kolei jeżeli dopłat nie będzie, to szpitale po prostu padną z powodu braku gotówki. No, chyba że pożyczą od Magellana.

Zresztą nie wiadomo też, jak długo pociągnie Magellana, skoro jego główny udziałowiec wycofuje się ze spółki pomimo triumfalnych oświadczeń prezesa zarządu dotyczących jej świetlanej przyszłości.

Wracając jednak do samorządowców – obecny kryzys finansowania to także kłapa dalszej komercjalizacji SPZOZ. Jaki samorząd zechce przekształcać swój szpital w spółkę, by później ją dokapitalizować, aby nie musiała być postawiona w stan upadłości? Z tego też powodu, według doniesień prasowych, wstrzymano sztandarową komercjalizację, jaką miało być przekształcenie

### Jerzy Gryglewicz ekspert Uczelni Łazarskiego



foto: Bosiacki Romani/Fotorepa

Czy czeka nas kataklizm? Nie sądzę. Nasili się natomiast seria minikatastrof dotyczących poszczególne podbranża medyczne. Tak się bowiem składa, że polski system ochrony zdrowia funkcjonuje w warunkach, które określiłbym słowami „przeciąganie krótkiej kołdry”. Był czas, gdy pośród naszych priorytetów pojawiła się kardiologia inwazyjna. I potrafilismy w tej sprawie poczynić znaczący postęp. Potem przyszła kolej na medycynę ratunkową, onkologię – wszędzie tam jest czym się pochwalić, jest zauważalnie lepiej. Ale niestety pieniędzy przeznaczonych na te dziedziny zabrakło w innych miejscach systemu: na pomoc wieczorową, na medycynę rodzinną, na rehabilitację czy na geriatrię.

Nie wykluczam zatem, że w najbliższym czasie w gazetach znów się pojawią alarmujące doniesienia o karygodnych zaniedbaniach, o wołającej o pomoc do nieba mizerii finansowej w tych podbranżach medycznych, którym nie udało się „przeciągnąć kołdry” na swoją stronę. Przy braku takich instrumentów, jak np. ubezpieczenia dodatkowe – to niemal pewne.

w spółkę szpitala w Gorzowie Wlkp. Podobno zahała się sam Marek Twardowski, znany od lat z tego, że działał jak taran – czy to jako rzecznik Porozumienia Zielonogórskiego koordynujący ogólnopolski strajk lekarzy rodzinnych, czy jako wiceminister zdrowia koordynujący prace przy ustawie refundacyjnej, czy jako dyrektor tego szpitala prący do komercjalizacji. Na koniec tego akapitu anegdota: znam powiat, w którym podjęto uchwałę o przekształceniu SPZOZ w spółkę, ale... nie wyznaczono terminu przekształcenia. Z tego powodu nie pokryto strat szpitala za 2012 r. Czyżby znalazł się sposób na ominięcie ustawy?

### Protesty lekarzy i dyrektorów

Do sporu szykuje się Porozumienie Zielonogórskie, które uważa, że nadal powinno się płacić lekarzom za zapisanych do nich pacjentów, nawet jeżeli oni od kilku lat chodzą na najbliższy stadion oglądać mecze Celtic Glasgow. Propozycję, że fundusze za tych pacjentów będą mogli odzyskać np. poprzez prowadzenie odrębnie finansowanych badań profilaktycznych, odrzucają, uważając, że za te same pieniądze będą musieli wykonać dodatkową pracę. Trudno mi zważyć, komu przyznać więcej racji, bo faktycznie płacenie za martwe dusze trudno uznać



za uzasadnione. Protestują też dotychczas hołubieni kardiologowie interwencyjni, ponieważ pojawiły się plany ograniczenia finansowania koronarografii niekończących się zabiegami otwarcia bądź poszerzenia naczynia wieńcowego. Tu także trudno stanąć po czyjejkolwiek stronie, bo kardiologia interwencyjna uzyskiwała w systemie, w którym brakowało dla wszystkich, lukratywne stawki w warunkach nielimitowania większości świadczeń.

Zdarzeniem całkowicie nowym jest protest dyrektorów większości dolnośląskich szpitali psychiatrycznych. Na Dolnym Śląsku na koniec roku miał się odbyć nowy konkurs. Wiadomość o potencjalnym przedłużeniu umów o kolejne dwa lata z utrzymaniem stawek ustalonych w 2008 r., powodujących całkowitą nierentowność działalności, doprowadziła do wspólnego wystąpienia. Z końcem lipca większość tych szpitali wypowiedziała umowę funduszowi, która ulegnie rozwiązaniu z końcem października. Powiedzieliśmy – bo mój szpital także w tym sporze uczestniczy – „sprawdzam”. Teraz piłka jest po stronie funduszu – albo rozpoczniemy uczciwe rozmowy i doprowadzimy do jakiegoś konsensusu, albo za trzy miesiące 80 proc. łóżek psychiatrycznych na Dolnym Śląsku wypadnie z systemu. Czy to już pierwsze pomruki przed burzą?

*Maciej Biardzki*