

Czarny scenariusz



Mimo że urlopową kanikuła w pełni, to wielu z nas nie tylko z powodu marnej pogody, ale także zupełnie zawrotnego tempa spraw służby zdrowia ma troszkę zaburzone wakacje. Ja na przykład spędzam je głównie na sali obrad Komisji Zdrowia Sejmu, gdzie dzieją się rzeczy niecodzienne i dokąd prawie co dzień docierają nowe rewelacje polityczno-personalne. Gdybym chciał napisać tylko kalendarium tego okresu, to pewnie miejsca w tym felietonie by nie starczyło.

Ale teraz poważnie: czego można spodziewać się po nowej **Ustawie o świadczeniach opieki**

w tak licznym gronie nie da się poprawnie redagować stukilkudziesięciostronicowego tekstu; istnieje spore prawdopodobieństwo, że znajdą się w nim jakieś *lub* czasopisma. Jeśli dojdzie nawet do jej uchwalenia, to będzie to *dziecko niczyje*, dokument bez autora. Nikt nie będzie także odpowiadał za jego treść nawet formalnie, bo w trakcie prac nad projektem rząd (czy rządy) reprezentowało aż pięciu ministrów zdrowia.

Wprawdzie w dniu, w którym piszę te słowa, nie jest jeszcze znany ostateczny wynik tych zmagania, ale już dziś na pewno można przewidzieć,

” Coraz wyraźniej widać, że polski system ochrony zdrowia, ciągle funkcjonujący na zasadach mniej czy bardziej z poprzedniej epoki, nie może dalej działać w ten sposób w otoczeniu gospodarki rynkowej ”

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych? Przede wszystkim procedura przygotowania tej ustawy [projekt skierowany do konsultacji społecznych i międzyresortowych jeszcze przez rząd pana Leszka Millera, wstępnie przyjęcie go na ostatnim posiedzeniu tego rządu, zdobycie wotum zaufania przez rząd pana Marka Belki m.in. z powodu konieczności szybkiego przygotowania regulacji umożliwiających kontraktowanie świadczeń zdrowotnych na 2005 r., skierowanie do Sejmu projektu z niewielkimi korektami, zbiorowa praca kilkudziesięciu osób (postowie i eksperci) na posiedzeniach Komisji Zdrowia Sejmu, napływające w trakcie prac ogromne zestawy poprawek Platformy Obywatelskiej i rządu] nie wróży nic dobrego. Nawet gdyby pominąć względy polityczne, to po prostu

że pod rządami staro-nowej ustawy, polski system ochrony zdrowia nie zostanie zasilony żadnymi dodatkowymi (ani publicznymi, ani prywatnymi) środkami, nadal wszystkim obywatelom będzie się należeć (prawie) wszystko (tu państwo, jak zwykle, dokona sprytnego przeniesienia swojego obowiązku względem obywateli na świadczeniodawców), tzw. powszechne ubezpieczenie zdrowotne będzie realizowane przez jeden nie zagrożony konkurencją Narodowy Fundusz Zdrowia, a kontrakty zawierane będą na podstawie dobrze znanego konkursu ofert i rokowań (gdzie dogadujące się strony są oczywiście zupełnie wolne od jakichkolwiek nacisków i podejmują decyzje, kierując się swoimi rzeczywistymi możliwościami). Ci świadczeniodawcy, którzy zrobią coś nie tak, mogą się spodziewać

kar w wysokości jednomiesięcznego wynagrodzenia (w niektórych przypadkach będzie to grubo powyżej 10 mln zł). Propozycje ucywilizowania obszaru leków (m.in. leków dla inwalidów wojennych i wojskowych poprzez zastąpienie przywilejów receptowych zasiłkiem lekowym), jednoznacznego opisanie koszyka (przynajmniej negatywnego) i ograniczenia uprawnień do leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji i transportu oraz wprowadzenia racjonalizujących zachowania pacjentów dopłat (przynajmniej w zakresie leczenia otwartego i kosztów pobytowych w szpitalu) spełzły na niczym. Obserwując prace polityków przygotowujących nowe regulacje, mam wrażenie, że podstawowym ich celem jest nie naprawienie czegokolwiek, ale (nieudolne) wypełnienie dziury po wyroku Trybunału Konstytucyjnego (pan premier Belka powiedział wprost, że chodzi o *usatysfakcjonowanie TK i Rzecznika Praw Obywatelskich*).

opiewającym na kwoty poniżej kosztów planowanych świadczeń. Co będzie dalej z tym pomysłem? Na razie nie wiadomo. Coraz wyraźniej jednak widać, że polski system ochrony zdrowia, ciągle funkcjonujący na zasadach mniej czy bardziej z poprzedniej epoki, nie może dalej działać w ten sposób w otoczeniu gospodarki rynkowej. Na taki luksus mogą sobie pozwolić tylko najbogatsze państwa, ale i tam nie wychodzi to najlepiej (patrz: Wielka Brytania i jej pomysły na uzdrawianie niewydolnego systemu – więcej pieniędzy z budżetu, więcej lekarzy, np. z Polski).

Jak tak dalej pójdzie, to pojawi nam się nowy problem – polscy, dobrze wykształceni lekarze coraz częściej będą myśleć o emigracji. Pod rządami nowych przepisów, obowiązujących od czasu wejścia Polski do Unii Europejskiej, już ok. 1 000 lekarzy i lekarzy dentyistów wystąpiło do okręgowych izb lekarskich o dokumenty potwierdzające ich kwalifikacje, potrzebne do wy-

” Obserwując prace polityków przygotowujących nowe regulacje, mam wrażenie, że podstawowym ich celem jest nie naprawienie czegokolwiek, ale wypełnienie dziury po wyroku Trybunału Konstytucyjnego ”

Wszystko to dzieje się tak, jakby decydenci nie dostrzegali zapaści placówek opieki zdrowotnej mającej miejsce już dziś, i to zapaści niebędącej wynikiem złego zarządzania tymi placówkami, ale przede wszystkim dramatyczną (i wzrastającą) nierównowagą pomiędzy tym, co państwo obiecuje obywatelom (a polska służba zdrowia w oparciu o swoje zasoby ludzkie, a często i sprzętowe, może im zapewnić) a środkami, jakie na to przeznacza. Nowa ustawa jest potrzebna przede wszystkim dlatego, że potrzebne są rzeczywiste zmiany systemowe, które wprowadzą nas na drogę pozwalającą na przynajmniej trochę optymizmu.

Ten brak perspektyw dla placówek służby zdrowia wyraźnie ukazał się podczas prac nad projektem *Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw*. Kiedy pojawił się tam przyjmowany z pewną nadzieją pomysł kredytów pomostowych, mających przynajmniej w części rozwiązać problem paraliżującego zadłużenia zakładów, bardzo szybko okazało się, że jest on niemożliwy do realizacji z bardzo prostej przyczyny: banki komercyjne nie mogą udzielać kredytów placówkom, które swą zdolność (a raczej *niezdolność*) kredytową opierają na rocznym (albo krótszym) kontrakcie,

jazdu do krajów UE. Wydaje się, że są co najmniej trzy powody, skłaniające polskich lekarzy do myślenia o emigracji. Po pierwsze, to oczywiście wynagrodzenia; w państwach starej Unii w zwykłych godzinach pracy lekarze mogą zarobić nawet dziesięć razy więcej niż w Polsce, często oferuje się im dodatkowo bardzo korzystne warunki mieszkaniowo-kredytowo-rodzinne. Po drugie, pogarszające się warunki pracy w polskich placówkach i to nie tylko pod względem pracowniczym (niepewność zatrudnienia, zmieniające się warunki dyżurowania, wyżywienie itp.), ale także coraz częstsze sytuacje wymagające od lekarza wyboru między dobrem pacjenta a kondycją finansową placówki stają się dla wielu nieznośne. Sądzę, że także coraz bardziej uciążliwe stają się dla wielu lekarzy nakładające się na to wszystko narastająca (i często wymagająca kombinowania) biurokracja, nieformalne zależności i *lewe pieniądze* chodzące po systemie. I wreszcie, zwłaszcza dla młodych lekarzy, coraz silniejszym bodźcem emigracyjnym staje się niepewność drogi rozwoju zawodowego, a zwłaszcza przerażająca perspektywa niemożności rozpoczęcia specjalizacji. Ale o tym więcej w innych artykułach tego numeru MZ.

Konstanty Radziwiłł