



Fot. Archiwum

# Jak nie (z)reformować ochrony zdrowia?

Od lat funkcjonujemy w zdrowiu w warunkach permanentnej zmiany. Przy czym, im bardziej buńczuczne zapowiedzi, że po tej reformie będzie zupełnie inaczej, tym bardziej prawdopodobne, że niewiele się zmieni. Przykład? Sieć szpitali miała zrewolucjonizować lecnicstwo szpitalne – zrestrukturyzować bazę łóżkową, zmienić płaćenie za procedurę na ryczałt, zapewnić stałe i pewne finansowanie szpitalom sieciowym, poprawić dostęp do świadczeń. Prawda, że ambitnie? No to po kolei: baza łóżkowa – wskutek administracyjnej alokacji oddziałów szpitalnych w zasadzie pozostała niezmienną. Ryczałt – sieć rozlicza się ryczałtem, ale ten ryczałt to tak naprawdę przesunięcie o jeden okres rozliczeniowy finansowania według systemu JGP, z jednym tylko zastrzeżeniem: nie zostaniesz nagrodzony za nadwykonania, ale na pewno zostaniesz ukarany za niewykonanie. Stałe i pewne finansowanie nie jest po pierwsze stałe, bo zależy od wykonania ryczałtu w okresie poprzednim. Nie jest też pewne, bo przed siecią szpital mógł kontraktować na 10 lat, a warunki finansowe ustalać raz

w toku uzgodnień, konsultacji, nacisków itd. stawało się zmianą ledwie pudrującą zastaną rzeczywistość.

Do tego właśnie zmierzam: ambitne zmiany w zdrowiu z perspektywy politycznej są niesexy. Nie da się wygrać, robiąc racjonalne systemowo, ale niepopularne politycznie rzeczy, a wszyscy wiemy, że duże reformy w zdrowiu zawsze będą niepopularne politycznie. Doskonale wyczuł to minister Szumowski, oddalając konieczność podejmowania grubych decyzji z tu i teraz na czas „po debacie o zdrowiu”. Czyli: po wyborach.

Co zatem robić? Od wielkich zapowiedzi zdecydowanie lepsze są małe działania. No tak, ale co można zrobić, nie zmieniając ustaw, nie wywołując wielkiej publicznej debaty, nie narażając się na lincz medialny? No to proszę: kto wskaże akt powszechnie obowiązującego prawa sankcjonujący system JGP w lecnicstwie szpitalnym i AOS wart ok. 30 mld zł rocznie? No właśnie. Umocowanie prawne JGP to zarządzenia Prezesa NFZ, czyli podchodząc *stricte* legalistycznie, dokumenty wewnętrzne funduszu. Jeżeli dobrze się przyjrzeć, to

„Od wielkich zapowiedzi zdecydowanie lepsze są małe działania”

do roku, natomiast sieć jest zakontraktowana na 4 lata, a warunki finansowe zmieniają się co pół roku, w zależności od wykonania. Poprawa dostępu – przeszło pięćprocentowy wzrost nakładów na świadczenia w 2017 r. wygenerował 1% wzrostu wolumenu świadczeń. Czy to rzeczywiście rewolucja?

Nie piszę tego, żeby dopiec ministrowi Radziwiłłowi. Takich „rewolucyjnych” zmian w ochronie zdrowia mamy przecież na pęczki. Można i trzeba zastanawiać się nad celowością poszczególnych reform, mierzaniem efektów wdrożenia, analizą *ex post* i wnioskami na przyszłość. Czyli tym wszystkim, czego u nas brakuje. Ale ja dzisiaj nie o tym. Ostrze każdej reformy zdrowotnej stępieja się w zderzeniu z polityką, grupami interesów czy – cytując klasyka: „innymi czynnymi szatanami”. Przykład jak wyżej: nie jestem wielkim fanem formalno-administracyjnej alokacji oddziałów szpitalnych do sieci, bo konserwuje *status quo*, ale pierwszy projekt rozporządzenia „sieciovego” był o niebo lepszy od potworka, który finalnie wszedł w życie. Dlaczego? Bo projekt dawał szansę na jakąś zmianę, a rozporządzenie po prostu zabetonowało system. Tu też mógłbym przytoczyć przykład, również z własnego doświadczenia, kiedy ambitne rozwiązanie

cała masa rozwiązań systemowych w zdrowiu wisi na aktach prawnych o randze co najwyżej rozporządzenia. Często są to dokumenty wewnętrzne: zarządzenia, procedury, obwieszczenia, wykładnie. Znowu przykład z ostatnich czasów: po co wprowadzać z wielkim hukiem opiekę koordynowaną jako ustawę o POZ? Koordynacja wszystkiego jest koordynacją niczego. Czy nie lepiej zająć się konkretnymi schorzeniami i spróbować wprowadzić opiekę koordynowaną krok po kroku, z rozpisanem ścieżek pacjenta: w diabetologii, w chorobach sercowo-naczyniowych, w przewlekłej chorobie nerek, w nadciśnieniu tętniczym itd.? Żadne ustawy nie są tu potrzebne, mówimy o produktach kontraktowych NFZ. Czy nie można wprowadzić standardów postępowania medycznego (delegacja z ustawy o świadczeniach) i tym samym zrjonalizować koszyk? Czy nie można dostosować bazy łóżkowej „oddolnie”, poprzez sukcesywne zastępowanie łóżek ostrych długoterminowymi? To wszystko rozwiązania niewymagające zmiany jednej litery w obowiązujących ustawach. Łatwiejsze, bo możliwe do wprowadzenia bez łatki zmiany systemowej, i bezpieczniejsze, bo do zrobienia w formie pilotażu. Czy to oznacza, że bardziej realne? ■