



Fot. iStockphoto.com

DIABEŁ TKWI W SZCZEGÓŁACH

Najważniejsze zmiany w ochronie zdrowia zapowiedziane przez obóz rządzący w Polskim Ładzie związane są ze zwiększeniem się nakładów na ten cel, rewolucją w naliczaniu oraz rozliczaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne, wdrożeniem programu Profilaktyka 40 plus, zniesieniem limitów do specjalistów, wyższym wynagradzaniem kadr medycznych, wdrożeniem działań zwiększających liczbę pracowników medycznych, w szczególności lekarzy i pielęgniarek, uruchomieniem Funduszu Modernizacji Szpitali i Funduszu Medycznego, utworzeniem Agencji Rozwoju Szpitali, reformą sieci szpitali, wprowadzeniem ustawy o jakości w ochronie zdrowia, wdrożeniem Krajowej Sieci Onkologicznej i Krajowej Sieci Kardiologicznej, rozwojem nowoczesnych technologii, usprawnieniem nocnej pomocy lekarskiej, uruchomieniem programu badawczego nad COVID-19. Program jest ambitny, tyle że jak zwykle diabeł tkwi w szczegółach, a te są albo niejasne, albo niedoprecyzowane, albo ich w ogóle nie ma...

Zgodnie z założeniami nakłady na ochronę zdrowia mają osiągnąć 6 proc. PKB już w 2023 r., a 7 proc. PKB w 2027 r. Pytanie zasadnicze: od jakiej wartości PKB będziemy liczyli nakłady na ochronę zdrowia? Jeśli tak jak dotychczas od PKB sprzed dwóch lat, to *de facto* nakłady na ochronę zdrowia w wysokości 6 proc. wartości PKB z 2023 r. osiągniemy w 2025 r., a 7 proc. wartości PKB z 2027 r. w... 2029 r.

Zapowiedziany wzrost nakładów ma być z jednej strony sfinansowany ze wzrostu składki na ubezpieczenie zdrowotne, z drugiej – z braku możliwości odliczenia jej części od podatku dochodowego. Szczególnie uderzy to w osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą, bo np. przedsiębiorca, który dotąd miał miesięczny dochód na poziomie 10 tys. zł i płacił w 2021 r. składkę na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie 381,81 zł miesięcznie (z tego 3928,60 zł mógłby sobie

ZNIENIENIE LIMITÓW DO SPECJALISTÓW**(NAJPIERW DLA PACJENTÓW PONIŻEJ 18. ROKU ŻYCIA,****A W DALSZEJ KOLEJNOŚCI DLA WSZYSTKICH UBEZPIECZONYCH)****ZAPEWNE WYSZŁOBY NAPRZECIW OCZEKIWANIOM PACJENTÓW**

odliczyć w rocznym PIT za 2021 r. od podatku), teraz zapłaci 900 zł miesięcznie i nic nie będzie mógł odliczyć od podatku. Pytanie, czy obóz rządzący nie przeliczy się w swoich kalkulacjach i czy zapowiedziane zmiany nie będą sprzyjać szarej strefie lub poszukiwaniu alternatywnych rozwiązań. Już słysząc glosy, że wielu przedsiębiorców przerejestruje swoją działalność do Czech, gdzie od 2021 r. osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek o rocznych dochodach nieprzekraczających 800 tys. czeskich koron, tj. ok. 136 tys. zł (a więc przedsiębiorca z naszego przykładu), będą miały możliwość wnoszenia zryczałtowanej opłaty miesięcznej w kwocie 5730 czeskich koron (ok. 975 zł) zawierającej podatek dochodowy oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne i ubezpieczenie społeczne.

Planowane uruchomienie programu badań profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych Profilaktyka 40 plus należy ocenić pozytywnie, a o wdrożenie okresowych obowiązkowych badań profilaktycznych – koordynowanych przez lekarza POZ – apelujemy od lat. Jednak proponowany w Polskim Ładzie program po pierwsze ma dotyczyć wyłącznie osób po 40. roku życia, a po drugie, planując jego połączenie z okresowymi badaniami medycyny pracy, ogranicza się dostęp do niego osobom niepracującym oraz emerytom – kobietom po 60. i mężczyznom po 65. roku życia. Ponadto okresowe badania lekarskie zgodnie z przepisami powinny być wykonywane co 2–4 lata (w zależności od stanowiska pracy oraz szkodliwych lub uciążliwych warunków jej wykonywania), a obowiązkowe badania profilaktyczne powinny być wykonywane maksymalnie co 12 miesięcy.

Zniesienie limitów do specjalistów (najpierw dla pacjentów poniżej 18. roku życia, a w dalszej kolejności dla wszystkich ubezpieczonych) zapewne wyszłoby naprzeciw oczekiwaniom pacjentów. Tylko że bez

realizacji punktów Polskiego Ładu związanych z wdrożeniem działań zwiększających liczbę pracowników medycznych, w szczególności lekarzy specjalistów (m.in. wzrost minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych), efekty tego działania będą ograniczone. Dzisiaj głównym problemem ochrony zdrowia nie jest brak pieniędzy, ale brak kadry medycznej. Musimy pamiętać, że proces kształcenia lekarzy specjalistów jest bardzo długi i na efekty działań pozwalających na zwiększenie ich liczby będziemy czekać latami, a tymczasem zapowiada się dalszy exodus lekarzy, bo – jak poinformował samorząd lekarski – w pierwszym kwartale 2021 r. do okręgowych izb lekarskich wpłynęła rekordowa liczba ok. 200 wniosków o wydanie zaświadczenia potrzebnego do pracy za granicą.

Unowocześnić i zmodernizować

Utworzenie Funduszu Modernizacji Szpitali ma unowocześnić i zmodernizować infrastrukturę medyczną, głównie szpitalną. Program ma się opierać na przekazywaniu samorządom środków na realizację inwestycji w placówkach opieki zdrowotnej funkcjonujących na ich terenie. W tym miejscu powstaje o pytanie o kryteria przydziału środków. Czy dostaną je tylko samorządy, które sprzyjają obozowi rządzącemu? A może pieniądze otrzymają tylko szpitale przejęte w zarządzanie przez rząd? Planowane jest utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali – podmiotu odpowiedzialnego za opracowanie programów optymalizacyjnych i modernizacyjnych szpitali. Agencja ma również odpowiadać za monitorowanie wdrażanych programów, ewentualne zmiany w procesach rozwoju, modernizacji

i restrukturyzacji, a także analizę ich efektów. Mnożenie agencji rządowych nie uzdrowi rynku ochrony zdrowia, tylko pochłonie część środków finansowych, które mogłyby być przeznaczone na leczenie. Tak naprawdę jej powołanie jest związane z planowaną zmianą struktury właścicielskiej szpitali (centralizacją własności szpitali), o której mowa w Polskim Ładzie. W przypadku braku podstaw prawnych do przejścia własności szpitala albo utworzenia z niego spółki z minimum 51-procentowym udziałem Skarbu Państwa agencja będzie miała uprawnienia do utworzenia zarządu komisarycznego w szpitalach.

Polski Ład zakłada także stworzenie korpusu menedżerów ochrony zdrowia. Idealnym podsumowaniem tego pomysłu jest komentarz przewodniczącego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Krzysztofa Bukieła zamieszczony w „Menedżerze Zdrowia” 11 stycznia 2021 r. Doktor Bukiel napisał: „Chybiona jest propozycja powołania korpusu menedżerskiego, w skład którego wejdą certyfikowani menedżerowie ochrony zdrowia, jako sposobu na poprawę poziomu zarządzania polskimi szpitalami. Zresztą trudno nawet ocenić, czy jest ono »złe«, bo warunki, w jakich działają szpitale, są tak zmienne i tak nienormalne, że to, co pozornie mogłoby być uznane za złe zarządzanie, okazuje się ostatecznie wręcz wybitne. Który dyrektor szpitala powiatowego lepiej zarządza swoim szpitalem: ten, który przez lata »skąpił« na wszystko tylko po to, aby się zbilansować, czy ten, który inwestował, budował, rozwijał, zadłużając się na kilkaset milionów?”. Nic dodać, nic ująć.

Głównym elementem reformy sieci szpitali ma być wprowadzenie

PROGRAM BADAWCZY NAD COVID-19**MA ZAPEWNIĆ ZESPOŁOM BADAWCZYM****Z NAJLEPSZYCH POLSKICH UNIWERSYTETÓW****I SZPITALI WSPARCIE FINANSOWE DLA PRAC NAD LEKAMI****I SZCZEPIONKAMI CHRONIĄCYMI****PRZED KOLEJNYMI MUTACJAMI WIRUSA**

obowiązkowego monitorowania jakości klinicznej i efektywności zarządzania. Zgodnie z założeniami zamieszczonymi w Polskim Ładzie zmienione zostaną kryteria przypisania do sieci szpitali, analiza porównawcza szpitali będzie obowiązkowa. W monitorowaniu jakości leczenia ma pomóc wprowadzenie – długo oczekiwanej – ustawy o jakości, która oprócz monitorowania jakości w ochronie zdrowia ma zaimplementować mechanizmy obowiązkowej akredytacji oraz pozwolić na utworzenie krajowego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych. I tutaj kolejny raz powstaje pytanie, czy wdrożenie ustawy o jakości ma być elementem wpływającym na poprawę funkcjonowania ochrony zdrowia czy też narzędziem do przejścia szpitali przez rząd. Należy zwrócić uwagę, że elementem planowanej reformy sieci szpitali – oprócz monitorowania jakości leczenia – ma być monitorowanie efektywności zarządzania placówkami. W tym przypadku nie ma już żadnych wątpliwości, że stwierdzenie przez Agencję Rozwoju Szpitali niskiej efektywności zarządzania będzie się wiązało z ustanowieniem zarządu komisarycznego w jednostce.

KSO i KSK

Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) zdaniem autorów Polskiego Ładu przyniósł bardzo obiecujące efekty, dlatego projekt KSO będzie kontynuowany. Opinie fachowców na ten temat są zróżnicowane. Profesor Jacek Jassem, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przyznał,

że „założenia KSO nie dają nadziei na zmiany w opiece onkologicznej, a przy tym ten system będzie bardzo drogi i zbiurokratyzowany” („Menedżer Zdrowia” 25 lutego). Zdaniem pana profesora, z którym się w pełni zgadzam, tańszym i dużo prostszym rozwiązaniem byłoby wyłonienie ośrodków referencyjnych i powołanie koordynatorów. Cytując zapisy Polskiego Ładu – celem utworzenia Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK) będzie „budowa programu, który umożliwi Nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżenie śmiertelności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, pozostających wciąż głównymi przyczynami zgonów Polaków”. Z epidemiologicznego punktu widzenia cel jak najbardziej słuszny, a wyniki funkcjonującego w obszarze kardiologii programu kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca (KOS-Zawał) pokazują, że koordynacja ochrony zdrowia w tym obszarze jest niezbędna. Na ocenę KSK przyjdzie czas po pierwszych miesiącach funkcjonowania pilotażu.

Rozwój nowoczesnych technologii w ochronie zdrowia w Polskim Ładzie jest ograniczony do stworzenia kompleksowych narzędzi obsługi oraz polepszenia komunikacji z pacjentem, utworzenia Systemu Informacji Medycznej (SIM), który będzie umożliwiał przekazywanie lekarzowi – za zgodą pacjenta – informacji o związanych z pacjentem zdarzeniach medycznych, a także jego elektronicznej dokumentacji dotyczącej zdrowia. Hasło rozwoju nowoczes-

nych technologii w ochronie zdrowia kojarzy się bardziej z wdrożeniem (finansowaniem ze środków publicznych) nowych technologii w procesie leczenia pacjentów (np. nowe metody terapeutyczne, zastosowanie sztucznej inteligencji), a nie – cytując Polski Ład – wdrożeniem kolejnego modułu pozwalającego na „zapisy na wizytę u lekarza przez telefon i internet, co umożliwi łatwiejszą rejestrację do specjalistów, a także pozwoli na przesyłanie przypomnień SMS-owych o wizytach”.

Usprawniona nocna pomoc lekarska ma działać na zasadzie trzech etapów kontaktu z pacjentem w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Pierwszy poziom to wstępna diagnostyka i e-rejestracja pacjenta, drugi – sieć powiatowych ambulatoriów całodobowych, trzeci – interwencja karetki ratownictwa medycznego i transport na szpitalny oddział ratunkowy. Pomysł utworzenia sieci powiatowych ambulatoriów całodobowych sugeruje likwidację w części powiatów szpitali o statusie tzw. szpitali powiatowych, mających w swoich strukturach izbę przyjęć, oddziały wewnętrzne oraz chirurgiczne (całkowita ich likwidacja lub przeprofilowanie na szpitale oferujące opiekę długoterminową).

Program badawczy nad COVID-19 ma zapewnić zespołom badawczym z najlepszych polskich uniwersytetów i szpitali wsparcie finansowe dla prac nad lekami i szczepionkami chroniącymi przed kolejnymi mutacjami wirusa. Dla chorych, którzy wymagają pomocy w rekonwalescencji pocovidowej, realizowany będzie program rehabilitacji. Rehabilitacja pocovidowa będzie istotnym elementem terapii w najbliższych czasach, natomiast pomysł finansowania prac nad lekami i szczepionkami chroniącymi przed kolejnymi mutacjami wirusa wydaje się pomysłem czysto PR-owskim, podobnym do miliona elektrycznych samochodów.

Piotr Magdziarz, partner zarządzający w Formedis, Medical Management & Consulting