



# System się wali

Zgodnie z koncepcją Leibniza wszystkie zjawiska mają charakter ciągły i nie można przyjąć, że w jakimś momencie coś się skończyło, a zaczęło się coś innego. Trzeba o tym pamiętać, kiedy dyskutuje się, czy nasz system opieki zdrowotnej już upadł, właśnie upada czy upadnie w najbliższym czasie. Dokładając do tego drugą tezę Leibniza – że różnice można obserwować tylko w odstępach czasowych – wypada dodatkowo stwierdzić, że o tym, co się stało z naszym systemem w obecnym czasie, wypowie się ktoś za kilka, kilkanaście, a może nawet kilkadziesiąt lat.

Wydaje się oczywiste, że w obecnej formule nasz system opieki zdrowotnej wyczerpał swoje możliwości. Dla wielu jest on jednak nadal atrakcyjny, bo zaspokaja pewne interesy grupowe, a jego radykalna zmiana byłaby trudna do przeprowadzenia z powodu braku potencjału finansowego i ludzkiego, braku zgody politycznej, ale także braku koncepcji, jak ta zmiana miałaby ostatecznie wyglądać.

Istniejący w Polsce system opieki zdrowotnej to swista mieszanka rozwiązań sprzed 1989 r., zmodyfikowana w dużej mierze przez neoliberalną filozofię zmian z lat 90. ubiegłego wieku, która zaowocowała „reformą” 1999 r., a następnie przez chaotyczne ruchy kolejnego dwudziestolecia. Jedną z jego złych cech jest brak rozmieszczenia jednostek opieki zdrowotnej z właściwie przypisanymi zakresami w powiązaniu z potrzebami zdrowotnymi populacji. Mapy potrzeb zdrowotnych są przecież dorobkiem kilku ostatnich lat, poza tym są tylko opisem istniejącego systemu w powiązaniu z epidemiologią, nie zaś wskazaniem do tworzenia modelu

docelowego. Zresztą taki model i tak musiałby stale ewoluować w miarę zmian epidemiologii i rozwoju techniki. Kolejnym złym elementem systemu jest rozbicie struktury właścicielskiej, będące następstwem reformy 1999 r. To oczywiste, że przyporządkowanie wszystkich placówek jednemu organowi założycielskiemu, tzn. państwu, wcale nie jest rozwiązaniem optymalnym. Nikogo nie trzeba przekonywać, że np. właściciel prywatny jest bardziej efektywny ekonomicznie od publicznego, choć co do zasady dąży do maksymalizacji zysku, często kosztem jakości czy praw pracowników. Jednak obecnie, bez map potrzeb zdrowotnych oraz ogólnie przyjętego prawa konstytuującego zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych, ich działalność przypomina działalność średniowiecznych wasali. Każdy z nich – podległy Ministerstwu Zdrowia, uczelniom medycznym, urzędowi marszałkowskiemu, starostwom powiatowym czy prywatny – walczy o środki finansowe będące w dyspozycji monopolistycznego płatnika i wyrywa sobie profesjonalistów medycznych

dostępnych na rynku w niedostatecznej liczbie. Podstawowy cel, jakim jest zapobieganie chorobom i leczenie ludzi w jak najwcześniejszym okresie choroby, jak najsprawniej i z jak najlepszym efektem – znika gdzieś na horyzoncie.

Jest to całkowicie zrozumiałe. Przy zbyt małych funduszach dystrybuowanych przez NFZ, przy braku kadr spowodowanym niedostatecznym kształceniem i niesatysfakcjonującymi zarobkami, przy nadal niskiej zamożności społeczeństwa ograniczającej możliwość zakupu świadczeń zdrowotnych poza systemem, zwłaszcza tych bardziej kosztownych – głównym celem podmiotów leczniczych jest walka o przetrwanie. W dodatku prawo nie sprzyja swobodzie tych jednostek w optymalnym wykorzystywaniu własnych zasobów czy pozyskiwaniu dodatkowych pieniędzy, ale zmusza je do przeznaczania posiadanych funduszy na ściśle określone cele, ostatnio głównie na wypłaty dla zatrudnionych pracowników, a właściwie wybranych ich grup.

### Dwa przykłady

Stary system to również wciąż niewłaściwe sposoby finansowania usług. Wystarczy podać dwa przykłady: bezwarunkowa płatność kapitacyjna w podstawowej opiece zdrowotnej oraz wciąż jeszcze powszechna reguła *fee for service* dotycząca ogromnej większości usług szpitalnych i ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego. W pierwszym przypadku nie istnieje żadna motywacja do głębszej diagnostyki (zresztą katalog badań diagnostycznych w ogromnej mierze sam to uniemożliwia) ani do wczesnego wychwytywania schorzeń u przypisanych pacjentów (poza badaniami bilansowymi dzieci i kilkoma wyspowymi programami profilaktycznymi). W drugim przypadku mechanizm płatności sprawia, że podmioty dążą do wykonywania pojedynczych świadczeń, szczególnie tych lepiej płatnych, aby uzyskać jak najlepszą rentowność w swoich z reguły dość skromnych budżetach. Przykłady takiego postępowania można mnożyć: odsyłanie pacjentów przez poradnie specjalistyczne po kolejne skierowanie, jeżeli w trakcie diagnostyki rozpoznanie ulega zmianie lub stwierdza się dodatkowe schorzenie, co jest jedną z przyczyn kolejek do lekarzy specjalistów; wykonywanie w szpitalach określonych procedur według systemu JGP bez zapewnienia pacjentowi dalszej opieki ambulatoryjnej czy rehabilitacji, co często prowadzi do utraty korzyści osiągniętych w trakcie hospitalizacji.

Stary system broni się także dlatego, że w warunkach niedoborów finansowych i kadrowych organizacje korporacyjne i związkowe, a nawet pojedynczy pracownicy są w stanie dyktować warunki organizatorom opieki na każdym szczeblu. Żeby nie dopuścić do przedwczesnych zarzutów wobec autora – większość pracowników w warunkach ich niedoboru pracuje ponad siły, w wymiarze czasowym wręcz niewyobrażal-

„Dla wielu system jest nadal atrakcyjny, bo zaspokaja pewne interesy grupowe, a jego radykalna zmiana byłaby trudna do przeprowadzenia”

nym dla ogółu Polaków. Niemniej daje im to potężną broń w egzekwowaniu wyższych wynagrodzeń i korzystnej organizacji pracy. Wystarczy wymienić dość archaiczny, często datowany na XIX wiek system ordynatorski, w dużej mierze niezależny od dyrektora szpitala. Innym przykładem jest twarda postawa organizacji pielęgniarskich, zazdrośnie broniących zakresu wykonywanych przez siebie świadczeń i walczących o administracyjne normy zatrudnienia. Z jednej strony można zrozumieć ich dążenie do utrzymania jakości wykonywanych świadczeń i unikanie przeciążenia obowiązkami, z drugiej nie pozwala to na elastyczne zarządzanie ich pracą czy powszechne wprowadzenie pośrednich szczebli opieki. Na koniec ich opór może doprowadzić do likwidacji wielu oddziałów, a nawet szpitali z powodu braku wystarczającej liczby personelu do zapewnienia narzuconych wymogów. Zwłaszcza że prognozy zatrudnienia pielęgniarek w kolejnych latach, głównie z uwagi na lukę pokoleniową, są bardzo niepokojące. Takich przykładów można zresztą przytoczyć znacznie więcej.

W coraz bardziej chwiejącym się systemie możemy zatem mówić o feudalnych kasztelaniach, broniących przewagę nad innymi uczestnikami, zajmujących się bardziej swoimi interesami niż celem, w jakim zostały powołane. Seniorowie tych kasztelanii – organy założycielskie – zajmują się głównie ich trwaniem przy jak najmniejszych niepokojach społecznych, bo mogłyby one zagrozić im samym. Bogatsi w miarę możliwości sypną swoim wasalom groszem, biedniejsi pozwalają na ich zadłużanie się, byle trwało to jak najdłużej, najlepiej do kolejnych wyborów. Zresztą ta zasada dotyczy w dużej mierze również zdrowotnego króla, czyli państwa, które chyba tak właśnie widzi swoją rolę jako organizatora systemu. Jego szczodroblowość jest najbardziej widoczna w okresach przedwyborczych, co możemy obserwować obecnie. Dotyczy to reklamowania nieistniejącego funduszu modernizacji szpitali, zakupu karet dla systemu ratownictwa medycznego, który nie cierpi na brak mercedesów czy volkswagenów, ale na brak lekarzy i ratowników, czy też przekazania niebagatelnych środków dla szpitala wojewódzkiego przez ministra, który przypadkowo właśnie w tym województwie otwiera listę wyborczą rządzącej partii.



### Boskie i cesarskie

Króla nie należy jednak oceniać jednoznacznie negatywnie. Zgodnie z biblijną wskazówką: co boskie – Bogu, co cesarskie (królewskie) – cesarzowi (królowi), należy przyznać, że pojawiają się nieśmiało projekty rozwiązań, które w przyszłości mogą sprawić, że będziemy mówić o innym systemie i o innych realiach jego działalności.

Widać wolę uzupełnienia niedoborów zasobów ludzkich. Od 2015 r. liczba kształconych lekarzy wzrosła blisko dwukrotnie, co może spowodować, że za ok. 10 lat braki będą zdecydowanie mniej dotkliwe niż obecnie, choć przetrwanie najbliższych kilku lat może być bardzo trudne. Gorzej wygląda sytuacja w zakresie kształcenia pielęgniarek, gdzie prognozy są bardzo niepokojące. Ocenia się, że w ciągu kilku najbliższych lat z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego może odejść nawet o 20 tys. więcej pielęgniarek, niż wejdzie do zawodu. Niestety, nie oszacowano nawet, jak będzie to wyglądać w przypadku innych zawodów medycznych.

Nakłady finansowe rosną. Potężnym zgrzytem jest macherstwo przy określeniu roku odniesienia wzrostów nakładów w proporcji do PKB, ale wzrost tych nakładów jest widoczny. Jeżeli obecne zamiary rządzących dotyczące wzrostu wynagrodzeń Polaków nie skończą się spektakularną kłapą, to wzrost nakładów na zdrowie może przyspieszyć jeszcze bardziej. Z jednej strony zamiary rządzących należy uznać za rozsądne, bo takie działanie może pozwolić Polsce uniknąć tzw. pułapki średniego rozwoju, czyli konkurowania na świecie jedynie taną siłą roboczą. Z drugiej strony ryzyko pójścia na skróty także jest ogromne. Warto przypomnieć, że udział wynagrodzeń w PKB jeszcze w latach 90. był znacznie wyższy niż teraz. Gdyby taki pozostał, to wskaźnik 6 proc. PKB mielibyśmy już dzisiaj. Trzeba

uczciwie przyznać, że w dużej mierze cierpimy za zaniżanie wynagrodzeń w latach poprzednich. Gdyby jeszcze w bliskiej przyszłości doszło do upowszechnienia zasad poboru składki zdrowotnej, to nakłady na opiekę zdrowotną wzrosłyby znacznie wyżej niż planowane 6 proc. Mówię tu o solidarnym obciążeniu składką proporcjonalną do przychodu przedsiębiorców czy rolników przy utrzymaniu zasady odliczania większości składki zdrowotnej od podatku. To ostatnie zastrzeżenie kieruję do tych, którzy w powszechności oskładkowania widzą dodatkowy fiskalizm. Powszechność to odliczenie 7,75 proc. od podstawy opodatkowania, czyli płacenie wyższej składki, ale w zamian niższego podatku dochodowego.

Rozwiązania organizacyjne proponowane przez rządzących, choć kontestowane przez opozycję (w zależności od tego, kto aktualnie jest w opozycji), także zazwyczaj idą w kierunku korzystnej zmiany, choć często są niewystarczające i bywają zarzucane przez samych rządzących bądź zastępującą ich u władzy opozycję. Jeszcze niedawno rządząca koalicja PO-PSL proponowała sensowne przekształcanie SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego, należące do dotychczasowych organów założycielskich. Nie da się ukryć, że spółka z kompetentnym zarządem odpowiadającym materialnie za jej działalność i fachową radą nadzorczą jest lepszym rozwiązaniem niż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, niemalże kolegialnie zarządzany i nadzorowany przez radę społeczną. To, że obecnie traktuje się pomysł zmiany formy organizacyjnej jako próbę nieakceptowalnej prywatyzacji ochrony zdrowia, jest ideologiczną hucpą. Wypada tylko mieć nadzieję, że obecnie rządzący wycofają się z tej retoryki, tak jak wycofali się z likwidacji niezależnego publicznego płatnika, jakim jest NFZ.

To ich poprzednicy stworzyli także, choć pod naciskiem UE, pierwsze mapy potrzeb zdrowotnych. Mapy ułomne, ale bez nich nie istniałby żaden punkt odniesienia, w którym kierunku powinna dążyć organizacja systemu.

### Czasy Radziwiłła, czasy Szumowskiego...

Za kadencji Konstantego Radziwiłła wprowadzono tak obecnie krytykowaną sieć szpitali, która w założeniach miała przywrócić swobodę zarządzania strumieniem pieniędzy pozyskiwanych przez szpitale i przychodnie. Wypada żałować, że prace przy tworzeniu i rozwoju sieci zostały przerwane po wymianie gabinetu ministerialnego, a dobre w założeniu i postulowane przez wiele lat rozwiązanie jest obecnie obarczane winą za problemy finansowe szpitali. Jednak w tym samym czasie zaczęto tworzyć nowe zasady finansowania świadczeń. To właśnie wtedy, a miałem przyjemność brać w tym udział, powstały pierwsze produkty kompleksowej opieki zdrowotnej, takie jak

KOS-zawał, który w pilotażu wykazał spadek śmiertelności odległej u osób po incydencie wieńcowym o ok. 30 proc., co jest większą korzyścią niż po wprowadzeniu zabiegów kardiologii interwencyjnej w ostrej fazie zawału serca. Także wówczas rozpoczęto prace nad stworzeniem standardów kwalifikacji do określonych zabiegów chirurgicznych, co pozwoliło np. w wypadku zaćmy na zdjęcie limitowania z finansowania i radykalne skrócenie kolejek. Szkoda, że zatrzymano prace nad innymi fundamentalnymi projektami, takimi jak ustawa o refundacyjnym trybie rozwojowym (RTR), która pozwoliłaby na rozwój firm farmaceutycznych w Polsce i prawdopodobnie zatrzymałaby wywóz leków z terenu Polski. Podobnie wygląda sytuacja z ustawą o wyrobach medycznych, potencjalnie pozwalającą na dopłaty pacjentów do wyrobów o standardzie wyższym od finansowanego przez NFZ, o co walczyli nie tylko świadczeniodawcy, ale też wiele organizacji pacjentów.

Ekipę Łukasza Szumowskiego można i należy oceniać surowo za wiele zaniechań w realizacji wcześniejszych projektów, a także za niefrasobliwe podpisanie umów z organizacjami rezydentów, pielęgniarek, a na końcu ratowników, kierujące pieniądze z NFZ na znaczne podwyżki dla kilku grup zawodowych. Rozwiązania te zaburzyły całą ideę finansowania przez NFZ wyłącznie świadczeń zdrowotnych, choć trzeba przyznać, że było to tylko „twórcze rozwinięcie” błędu popełnionego jeszcze przez ministra Mariana Zembalę za czasów rządu PO-PSL. Pomysły te skutecznie związały ręce zarządzającym podmiotami leczniczymi i postawiły ich w sporze z resztą pracowników.

Jednocześnie jednak za rządów ministra Szumowskiego wprowadzono i wprowadza się wiele narzędzi informatycznych poprawiających system. Dotyczy to e-zwolnienia, którego wprowadzenie mimo początkowej hysterii zakończyło się pełnym sukcesem, a także e-recepty, która pomimo ciągle trwającego pilotażu rokuje raczej sukces niż porażkę. Podobnie jest z wieloma nowymi pomysłami NFZ, takimi jak przeglądarka terminów leczenia czy porównywarka wyników leczenia w różnych szpitalach. Pomysły te z trudem przebijają się przez świadomość, często są wręcz lekceważone, tak jak przeglądarka terminów leczenia, lecz długofalowo dają szansę na zupełnie inne możliwości korzystania z usług medycznych przez pacjentów. Także leniwie wdrażany pilotaż POZ Plus wprowadza wreszcie profilaktykę do usług finansowanych przez publicznego płatnika. Oczywiście należałoby się zastanowić, jak za pomocą narzędzi informatycznych wykorzystać badania wykonywane w ramach medycyny pracy, ale tak czy owak postęp w kierunku profilaktyki jest.

### Mędrca szkiełko i oko

Gdyby stworzyć listę zali dotyczących błędów i zaniechań rządzących, to byłaby ona znacznie dłuższa, ale

„Obecny system jest głęboko dysfunkcyjny i zmiany muszą nastąpić – niezależnie od tego, czy będą ewolucyjne czy rewolucyjne”

pozwołmy tu sobie pisać raczej o dobrych pomysłach, dających nadzieję na poprawę systemu w przyszłości. Choć jest oczywiste, że gdyby nie niemalże totalna krytyka istniejącego systemu przez opinię publiczną, ale też organizacje pracowników ochrony zdrowia, nikt nawet nie próbowałby zmieniać czegokolwiek.

W obliczu upływu czasu i uzupełniania zasobów pojawia się jednak podstawowe pytanie: kiedy system opieki zdrowotnej w Polsce na tyle zmieni swoje oblicze, że jakiegoś „mędrca szkiełko i oko” ustali, że w tym i tym roku powstał nowy system opieki zdrowotnej w Polsce? Czy zmiany te nastąpią na tyle szybko, że za kilkanaście lub kilkadziesiąt lat ktoś orzeknie, że stało się to za naszego życia, a najlepiej za naszej aktywności zawodowej?

Nie da się zaprzeczyć temu, że obecny system jest głęboko dysfunkcyjny i zmiany muszą nastąpić – niezależnie od tego, czy będą ewolucyjne czy rewolucyjne. Zmiany ewolucyjne są z natury rzeczy rozciągnięte w czasie; zmiany rewolucyjne są gwałtowne, bolesne i najczęściej kończą się, choćby przejściowym, przywróceniem rozwiązań sprzed rewolucji. Są oczywiście przykłady, że rewolucję można pieczołowicie przygotować, rozwiązania rewolucyjne przetestować i wprowadzić przy dużej zgodzie społecznej. Takim przykładem jest chociażby zmiana systemu opieki zdrowotnej w Holandii, która dźwignęła swój system na poziom wzbudzający zazdrość w całej Europie, co nie oznacza, że nie jest on krytykowany w samej Holandii. Aby taką rewolucję zaplanować i zrealizować, trzeba jednak mieć mentalność mieszkańców Niderlandów: protestancki pragmatyzm, zdolność do kompromisów politycznych i cierpliwość do przeprowadzania wieloletnich testów przyszłego systemu przed jego wprowadzeniem.

Przy naszym, polskim charakterze, słowiańskiej niecierpliwości, grupowych egoizmach organizacji związkowych i korporacyjnych, dzikim skłóceniu stronnictw politycznych trudno uwierzyć w powodzenie takiego projektu. Wydaje się, że trzeba liczyć na to, że pojedyncze inicjatywy połączone z wypalaniem się i znikaniem starych rozwiązań doprowadzą do ewolucyjnych zmian, których nawet nie będziemy zauważać. Aż wreszcie ktoś powie, że w 2020 r. w Polsce zmienił się system opieki zdrowotnej. Oby na lepszy.

Maciej Biardzki, były dyrektor  
Wielospecjalistycznego Szpitala w Milliczu