

OPIEKA ZDROWOTNA

Niewłaściwa droga Mariusz Jędrzejczak

Dlaczego się nie udaje? To pytanie trzeba sobie postawić wobec wielokrotnie podejmowanych prób naprawy tak ważnej sfery życia publicznego, jaką jest ochrona zdrowia. Tym bardziej że w bliższym i dalszym europejskim otoczeniu wielu społeczeństwom udało się zbudować w miarę zadowalające systemy opieki zdrowotnej. My ciągle szukamy właściwej drogi.

Ile pieniędzy na „zdrowie”?

Pieniądzy na „zdrowie” jest mało i nie należy się spodziewać, że w bliskiej przyszłości będzie ich istotnie więcej. Szczególnie w przyszłym roku, w którym planowany jest zerowy przyrost środków. Jak się okazuje, nie będzie ich znacząco więcej także w dłuższej perspektywie czasowej. Tak przynajmniej wynika z Wieloletniego Planu Finansowego Państwa na lata 2019–2022 przygotowanego przez Ministerstwo Finansów na potrzeby Unii Europejskiej. Potwierdzają to dane statystyczne przedstawione w tabeli 1.

Z przytoczonych wskaźników jasno widać, że porozumienie podpisane przez rząd z protestującymi rezydentami (6.02.2018), zakładające przeznaczenie w 2024 r. 6 proc. PKB na ochronę zdrowia, nie ma szans na realizację. Nawet jeśli przyjąć, że podane w zestawieniu wielkości na-

leży potraktować łącznie i że oddają one całość planowanych nakładów na szeroko rozumianą ochronę zdrowia, to i tak ustalony odsetek PKB planowany jest do realizacji dopiero w 2050 r., a postulowane ponownie przez środowiska lekarskie 6,8 proc. – nigdy. Biorąc pod uwagę, że dokument ten został opublikowany już po decyzjach rządu i podjęciu uchwały sejmowej w sprawie finansowania ochrony zdrowia, sytuacja jest przynajmniej niezrozumiała. W konsekwencji może to jednak oznaczać przynajmniej dwie rzeczy. Po pierwsze, petyfikację trwającej destrukcji polskiego systemu publicznej ochrony zdrowia, mimo licznych w bieżącym roku zapowiedzi jego zmian. Po drugie, co wydaje się prostą konsekwencją powyższej konstatacji, absolutny brak realnych możliwości spełnienia jakichkolwiek obietnic składanych przez polityków w zakresie

poprawy sytuacji pacjentów i personelu medycznego.

Problemy systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju wydają się zdiagnozowane w miarę dokładnie. Brak środków finansowych jest jednym z lepiej rozpoznanych i opisanych – ze wszystkimi konsekwencjami. Słusznie jest powszechnie postrzegany jako jedna z największych przeszkód koniecznych zmian i poprawy działania opieki zdrowotnej. Przeznaczenie większej ilości pieniędzy na „zdrowie” to jednak jedynie warunek konieczny potrzebnych reform, jednakże niewystarczający. Niezbędne są również inne działania. Warto wspomnieć przynajmniej o trzech, dość oczywistych, o których proponujący różnego rodzaju reformy systemu często zapominają.

Zmiany wymagają spójnej wizji

Tego ewidentnie nam brak. Po 1989 r. mieliśmy w Polsce blisko 20 ministrów zdrowia. Każdy z nich miał inny pomysł na kierunek zmian w tym sektorze. W konsekwencji przeszedł on m.in. dwie radykalne reformy, najpierw w postaci wprowadzenia kas chorych, a następnie ich likwidacji i utworzenia NFZ. W tym czasie równolegle dokonało się wiele innych zmian, które

mniej lub bardziej deformowały funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia. Ostatnia, czyli utworzenie sieci szpitali, coraz częściej jest przedmiotem krytyki – wydaje się, że uzasadnionej. Problemem jest fakt, że mimo wielu prób nadal nie określono, w jakim kierunku ma zmierzać ewolucja systemu opieki zdrowotnej. Rządzi destrukcyjna „doraźność”, polityka i reaktywne działania w odpowiedzi na kolejne kryzysy. Znamiennym przykładem potwierdzającym tę tezę są reakcje polityków na ostatnie przypadki zgonów pacjentów na SOR-ach. Oburzenie, proste recepty, które w najlepszym razie odnoszą się do objawów, a nie istoty problemu. W konsekwencji nadal nie wiemy, jaka ma być rola i docelowe miejsce w systemie opieki szpitalnej, lekarzy pierwszego kontaktu czy specjalistycznej opieki ambulatoryjnej. A szerzej dotyczy to także prywatnego sektora usług medycznych, ewentualnego współpłacenia pacjentów czy rozwoju komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, konieczności lub nie podniesienia składki zdrowotnej, żeby wymienić tylko najważniejsze kwestie. Zadowolającej odpowiedzi na te pytania nie przyniosła także wieloetapowa debata „Razem dla zdrowia” zorganizowana przez Ministerstwo Zdrowia. Tymczasem wiele krajów, jak wspomniano na wstępie, dawno już znalazło rozwiązania. My ciągle nie, mimo że niektóre wzorce mamy całkiem blisko. Przykładem mogą być choćby Czesi. Oni i my zaczęliśmy budować zręby nowego systemu w podobny sposób i w tym samym czasie, na początku lat 90. ubiegłego wieku. To jednak jedno z niewielu podobieństw. W kolejnych latach nasi południowi

Tabela 1. Odsetek PKB przeznaczony przez Polskę na opiekę zdrowotną i opiekę długookresową w poszczególnych latach

Cel	2016	2030	2040	2050	2060	2070
opieka zdrowotna	4,3	4,5	4,8	5,0	5,2	5,2
opieka długookresowa (wcześniej podawana jako składowa opieki zdrowotnej)	0,5	0,7	0,9	1,0	1,2	1,3

Źródło: Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2019–2022

sąsiedzi, jako naród bardziej pragmatyczny, konsekwentnie udoskonalali wybrany model ochrony zdrowia. My zaś swój, po pierwszych nieuniknionych błędach, kilkakrotnie poddawaliśmy radykalnej przebudowie. W obu przypadkach efekt ocenili pacjenci. Blisko 80 proc. Czechów pozytywnie ocenia rodzimy system opieki zdrowotnej. Polacy zaś od dość dawna *in gremio*, w blisko 70 proc., wyrażają swoją dezaprobatę.

Brak wizji to oczywisty brak konsekwencji działań. Najbardziej wymownym przykładem była dyskusja, a następnie zapowiedzi polityków z różnych opcji na temat likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Efekt jest jednak taki, że niedawno przyjęto wieloletni plan rozwoju tej instytucji – do 2023 r. To niestety nie jedyny przykład tego typu działań. Dotyczy to szczególnie przedsięwzięć mających w założeniu usprawnić lub uszczelnić funkcjonowanie systemu.

W innych kategoriach nie da się ocenić na przykład brzemiennych w negatywne skutki decyzji Ministerstwa Zdrowia praktycznie „przywiązujących” lekarzy specjalistów w zamian za uzyskanie wyższego wynagrodzenia do jednego pracodawcy. Na ogół publicznego szpitala, mającego umowę z NFZ. Ten ruch w znakomity sposób ograniczył mobilność zawodową lekarzy, uderzając zarówno w poradnie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i w mniejsze placówki szpitalne zlokalizowane poza dużymi miastami. Czyli miejsca, w których niezbędni lekarze udzielali świadczeń w zakresie swoich specjalności lub zapewniali nieobsadzone dyżury. Takie działanie podjęto w sytuacji, gdy mobilność zawodowa lekarzy z powodu ich dramatycznego niedoboru jest systemowi potrzebna jak tlen. Skutki, przed którymi ostrzegano, nie dały na siebie długo czekać. Doniesienia o kłopotach kadrowych, zamykaniu oddziałów, głównie w placówkach powiatowych, jasno tego dowodzą. Reakcje zarządzających systemem zdają się sugerować, że są oni zaskoczeni skutkami własnych decyzji.

Analogicznie – już są widoczne negatywne skutki praktyki stosowanej przez resort zdrowia, polegającej na „dogadywaniu się” w sprawie podwyżek z kolejnymi grupami zawodowymi: lekarzami, rezydentami, pielęgniarkami itd. Nie to jest jednak największym problemem, gdyż wynagrodzenia te powinny być podniesione. Problemem jest fakt, że na realizację podjętych przez ministerstwo zobowiązań szpitale dostały tylko część pieniędzy (np. na podwyżki uposażenia zasadniczego tak, ale nie na opłacenie podwyższonych stawek dyżurowych). To oczywiście prowadzi do wzrostu zobowiązań i tak już zadłużonych placówek, stających na progu wydolności finansowej. Prędzej czy później trzeba będzie, po raz kolejny, oddłużyć – niestety z publicznych pieniędzy.

Kwestia wynagrodzeń to zresztą kolejny przykład na brak pomysłu na docelowe systemowe rozwiązanie problemu. Trzeba się niestety zgodzić z przewodniczącym OZZL Krzysztofem Bukielem, że jedyną skuteczną metodą regulacji płac w ochronie zdrowia był i nadal jest strajk. Dzieje się

tak mimo licznych uwag i propozycji środowiska dotyczących konieczności rozwiązania problemu w sposób kompleksowy, obejmujący wszystkie grupy zawodowe decydujące o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej (nie tylko medyczne).

Niezbędny jest konsensus

Mogłoby się wydawać, że to truizm. W naszych realiach jednak, jak się okazuje, wypracowanie konsensusu jest bardzo trudne. Tym bardziej że powinien zostać osiągnięty przynajmniej na dwóch płaszczyznach.

Pierwsza ma niejako charakter wewnętrzny i dotyczy porozumienia pomiędzy samymi autorami i promotorami reform, czyli w efekcie rządzącymi „firmującymi” na końcu projekt zmian. Konsekwentnie stawiam tezę, że rzeczywistej reformy systemu opieki zdrowotnej nie jest w stanie przeprowadzić samodzielnie żaden minister zdrowia. Nie udało się to nawet tak szanowanej i charyzmatycznej osobie jak prof. Zbigniew Religa. To proces interdyscyplinarny, międzyresortowy, wymagający akceptacji wielu ministerstw, a praktycznie całego rządu. Ponadto potrzebny jest silny, identyfikowalny lider, dający „twarz” całemu przedsięwzięciu. To ważny element wiarygodności trudnego na ogół procesu. Zmiany powinny obejmować choćby edukację (świadomość ekologiczna, ochrona środowiska), politykę społeczną, np. w zakresie wspierania wszelkich form tzw. zdrowego stylu życia, ale również wsparcia (w tym finansowego) osób opiekujących się niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi, które często odciążają publiczną ochronę zdrowia. To w końcu również kwestia polityki fiskalnej państwa, np. w odniesieniu do osób, które korzystają z komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych, choćby w postaci możliwości przyznania im ewentualnych ulg podatkowych. Takie rozwiązania wprowadzono ostatnio w Rumunii. Przecież



Brak wizji to oczywisty brak konsekwencji działań. Najbardziej wymownym przykładem była dyskusja, a następnie zapowiedzi polityków z różnych opcji na temat likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Efekt jest jednak taki, że niedawno przyjęto wieloletni plan rozwoju tej instytucji – do 2023 r.

te osoby (pacjenci) w praktyce skracają kolejki do publicznych przychodni i szpitali. Ewidentnym przykładem trudności w osiągnięciu tego rodzaju porozumienia wśród zarządzających systemem są przytoczone na wstępie dane przygotowane przez Ministerstwo Finansów. Stoją one bowiem w oczywisty sposób w sprzeczności z deklaracjami rządu i uchwałami przyjętymi przez Sejm.

Druga płaszczyzna porozumienia powinna obejmować szeroko rozumiane środowisko medyczne i – co być może nawet ważniejsze – polityków różnych opcji. Wszystkie znane przykłady udanych zmian w ochronie zdrowia, np. w Holandii czy Danii, dowodzą, że jest to warunek *sine qua non* powodzenia reform. W naszych realiach trudno się dopatrzeć zrozumienia dla tego rodzaju podejścia. Szczególnie w ostatnich, przedwyborczych miesiącach można usły-



szyć od polityków wiele obietnic, które będą bardzo trudne lub wręcz niemożliwe do spełnienia, a już z pewnością w trakcie jednej kadencji. Bez ryzyka dużego błędu można powiedzieć, że brak porozumienia to niejako strukturalny problem reform naszej ochrony zdrowia.

Potrzeba czasu

W końcu – potrzebny jest czas na opracowanie i wdrożenie kompleksowego programu reform. To jeden z kluczowych atrybutów procesu, u nas kompletnie bagatelizowany. Warto po raz kolejny przypomnieć, że zmiana systemu ochrony zdrowia we wspomnianej już Holandii została zapoczątkowana w końcu lat 80. i trwała ok. 12 lat (notabene przy 7,8 proc. PKB przeznaczanych na ten cel). Duńczycy, żeby trzymać się już podanych przykładów, rozpoczęli kolejne reformy w 2000 r., a mają one dobiec końca w 2020 r. Istotą procesu jest całkowite przeprofilowanie sposobu leczenia i udzielania świadczeń medycznych. Na początku zmian ok. 5-milionowa Dania posiadała 78 szpitali dysponujących 42,5 tys. łóżek. Docelowo szpitale ma być ok. 20 z 13 tys. łóżek. Ciężar opieki zdrowotnej został przeniesiony na profilaktykę

i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Leczenie szpitalne, jako najdroższe, jest stosowane tylko w najcięższych przypadkach.

Duński przykład, choć nie tylko, wskazuje na jeszcze jedną ważną okoliczność w kontekście rozpatrywania niezbędnego czasu reform w ochronie zdrowia: nie ma w zasadzie granicznego punktu kończącego ostatecznie etap zmian. To proces stały, podążający za zmianami dokonującymi się w społeczeństwie, jego strukturze wiekowej, zamożności, związanej z tym ewolucji oczekiwań i potrzeb w zakresie ochrony zdrowia. To jednocześnie proces, który musi niejako „konsumować” bardzo dynamiczny postęp naukowo-technologiczny w światowej medycynie. Niewiele jest dziedzin życia, w których postęp byłby tak widoczny i często spektakularny. Pacjenci wiedzą o tym i chcą z tych dóbr korzystać. Innymi słowy – w praktyce oznacza to, że nie da się ostatecznie załatwić problemu reformowania ochrony zdrowia. On zawsze będzie w jakimś stopniu nierozwiązywalny i w trakcie rozwiązywania.

Banałem jest stwierdzenie, że zdrowie jest wartością najcenniejszą, a zdrowe społeczeństwo to olbrzymi kapitał rozwojowy każdego państwa. Nasze chaotyczne próby reform systemu dowodzą m.in. tego, że nie potrafimy lub nie chcemy wyciągać wniosków z doświadczeń innych krajów i podjąć choćby próby zaadaptowania ich sprawdzonych rozwiązań. Z uporem próbujemy wymyślić własne koło. ■