

✘ Dr Krzysztof Bukiel, 2019-07-16 08:08

Krzysztof Bukiel

# Wspólnie dla zdrowia – stracona szansa

✘

Zakończyła się debata „Wspólnie dla zdrowia”, która według zapowiedzi ministra Szumowskiego miała przygotować program naprawy publicznej ochrony zdrowia w Polsce na najbliższe lata.

W tworzeniu tego programu mieli wziąć udział wszyscy „interesariusze” systemu, a nawet opozycja. Ostatecznie dokument końcowy debaty został opracowany przez wąskie grono osób, wśród których nie było np. umocowanych przedstawicieli OZZL, czy samorządu lekarskiego, czyli jednego z ważniejszych „interesariuszy” systemu, jakim są lekarze. **Trudno będzie zatem formułować tezę, że jest to program uzgodniony z głównymi podmiotami ochrony zdrowia.**

Wspomniany program składa się głównie z dość ogólnych (poza nielicznymi wyjątkami) zaleceń. Ich adresatami i wykonawcami mają być głównie: Narodowy Fundusz Zdrowia (który – nota bene – według nigdy nieodwołanych zapowiedzi obecnego rządu ma być zlikwidowany) oraz władze publiczne. Spełnienie tych postulatów ma sprawić, że pacjent będzie w centrum systemu, leczenie będzie bardziej skoordynowane, jego jakość się poprawi, zmniejszą się nierówności w dostępie do leczenia, pieniądze będą wydawane bardziej celowo i oszczędnie. Można domniemywać, że **zdaniem autorów programu, obecny system publicznej ochrony zdrowia jest w zasadzie dobry i należy go jedynie nieco zmodyfikować** według eksperckich podpowiedzi.

Moim zdaniem nie wróży to sukcesu. Publiczna ochrona zdrowia w Polsce wymaga bowiem zdecydowanych działań na wielu polach, a w istocie – zbudowania na nowo spójnego systemu, który byłby zdolny do samoregulacji, do płynnego i elastycznego odpowiadania na zmieniające się warunki i potrzeby. Systemu, który mobilizowałby do wysiłku wszystkich jego uczestników: państwo, płatnika (płatników), świadczeniodawców, pracowników medycznych, pacjentów. Nie oczekiwałbym od autorów dokumentu wskazania konkretnego modelu publicznej ochrony zdrowia, bo modeli takich – równie dobrych – może być wiele, ale sformułowania warunków, które taki system powinien spełniać.

Pierwszym takim warunkiem powinna być **wydolność systemu, czyli „bezkolejkowy” dostęp do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych**. Nie chodzi tutaj – oczywiście – o brak kolejek „technicznych”, które mogą występować w najbardziej nawet sprawnych organizacjach, ale kolejek „systemowych”, które są stałym elementem systemu i stanowią istotne utrudnienie w dostępie do odpowiednich świadczeń medycznych, skutkujących niebezpieczeństwem dla zdrowia i życia chorych (tak, jak to jest obecnie w Polsce). W omawianym dokumencie końcowym o „bezkolejkowości” w ogóle się nie wspomina, podobnie jak np. o likwidacji administracyjnego limitowania świadczeń.

Aby zbudować system wydolny, konieczna jest **równowaga między nakładami a zakresem świadczeń refundowanych**. Trudno powiedzieć a priori jak duże powinny być to nakłady. To zależy od zakresu świadczeń gwarantowanych oraz obecności mechanizmów, które wymuszą racjonalne korzystanie ze świadczeń przez pacjentów i efektywne wykorzystanie środków. Można za to śmiało stwierdzić, że planowany przez rząd poziom 6% PKB (w odniesieniu do PKB sprzed 2 lat) na ochronę zdrowia jest zbyt niski, aby tę równowagę – w obecnych warunkach – zapewnić. Wzrasta bowiem liczba ludzi starszych, którzy częściej korzystają z pomocy medycznej i pojawiają się coraz nowsze metody diagnozowania i leczenia, z których każdy chce skorzystać. Nie ma natomiast mechanizmów, które wymusiłyby racjonalne korzystanie ze świadczeń przez pacjentów, a organizacja systemu sprzyja raczej mnożeniu niepotrzebnych świadczeń niż ich ograniczeniu. Dodatkowo są ogromne zaniebdania,

jeśli chodzi o „substancję” budowlaną i techniczną polskich szpitali i przychodni. Końcowy dokument debaty „Wspólnie dla zdrowia” wspomina, co prawda, o konieczności zwiększenia nakładów na publiczną ochronę zdrowia, ale robi to w sposób tak „nieostry”, że każdy ruch w tę stronę będzie mógł być uznany za realizację tego zalecenia. Postulowany poziom też jest niewystarczający. Jedną z proponowanych możliwości jest np. zwiększenie składki na NFZ do 11 % podstawy, co nie dawałoby obecnie nawet 6% PKB.

Dokument nie zajmuje się też wystarczająco **sposobem pozyskiwania środków**, a obecny system jest w tym względzie bardzo niedoskonały. Autorzy dokumentu proponują, co prawda, utrzymanie „mieszanego modelu finansowania ochrony zdrowia z dominującym udziałem przychodów ze składki zdrowotnej”, ale nie próbują się zmierzyć z ważnym dzisiaj problemem nierównego obciążenia obywateli składką na NFZ. Dla niektórych osób jest ona ustalona na stałym ryczałtowym poziomie, dla innych w postaci odsetka od dochodów, część rolników płaci w zależności od liczby hektarów uprawianej ziemi, inni nie płacą wcale (grupa osób niepłacących jest zresztą większa), państwo płacące za niektórych ubezpieczonych (np. za bezrobotnych) ustaliło sobie wysokość składki na zaniżonym w stosunku do innych – poziomie. Tymczasem nienaruszalną zasadą w tym względzie powinno być, że **ciężary nakładane na obywateli na utrzymanie publicznej ochrony zdrowia są sprawiedliwe - ustalone wg jednej powszechnej reguły**.

Istotnym problemem w obecnym systemie jest **nadużywanie świadczeń przez pacjentów. Konieczne jest zatem wprowadzenie mechanizmów, które by to nadużywanie znacząco zredukowało**. Chodzi przede wszystkim o bodźce finansowe np. w postaci dopłat do niektórych świadczeń (tych, których nadużywanie jest najbardziej prawdopodobne) albo w postaci indywidualnych kont zdrowotnych, co zmusza pacjentów do odpowiedzialni za racjonalne wydawanie pieniędzy na swoje leczenie albo innych mechanizmów. Omawiany dokument końcowy w ogóle nie formułuje takiego problemu, jak ograniczenie nieuzasadnionego popytu na świadczenia refundowane. Wspomina co prawda o dopłatach do leczenia, ale w innym kontekście niż ograniczenie popytu. Wprowadzenie „możliwości dopłaty do technologii o wyższym niż gwarantowanym standardzie” ma rozszerzyć zakres dostępnych świadczeń dla pacjenta, a „wprowadzenie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń” ma ułatwić korzystanie z prywatnej ochrony zdrowia. Docenić natomiast należy fakt, że eksperci zdobyli się na stwierdzenie, iż **„Zgodnie z zapisami Konstytucji równy dostęp nie powinien być interpretowany jako bezpłatny dostęp do wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej”**. Konkretnie wybrzmiały również zalecenia: wprowadzenia **ulg podatkowych** od wydatków prywatnych na świadczenia zdrowotne o udowodnionej skuteczności oraz podobnych ulg dla pracodawców od ich wydatków na opiekę zdrowotną nad pracownikami.

Ważnym warunkiem sprawnego systemu publicznej ochrony zdrowia powinno być **racjonalne, efektywne wydawanie środków**. Dotyczy to **płatnika**, który nie powinien przepłacać za świadczenia ani płacić za świadczenia nieuzasadnione oraz **świadczeniodawców**, którzy nie powinni mieć nieuzasadnionych kosztów. Autorzy dokumentu końcowego debaty „Wspólnie dla zdrowia” sposobu wymuszenia takiego racjonalnego i efektywnego wykorzystania środków upatrują głównie **w działaniach administracyjno-organizacyjnych i w urzędniczym nadzorze** (co przypomina reformowanie gospodarki PRL). Narodowy Fundusz Zdrowia ma zmienić sposób płacenia za świadczenia: *„Należy wprowadzić rozwiązania premiowania przez NFZ świadczeniodawców ze względu na osiągnięte efekty zdrowotne i jakość świadczeń”*. Efektywność Funduszu ma przynieść też zmiana priorytetów w ten sposób, aby ograniczyć wydatki na leczenie szpitalne i zwiększyć na leczenie ambulatoryjne.

W podobny, organizacyjno- administracyjny sposób, osiągnie się – zdaniem autorów dokumentu – **efektywność świadczeniodawców**. Zalecają oni, aby: *„wprowadzić skuteczne mechanizmy koordynacji działania szpitali na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów”* i dalej: *„skoordynować i zwiększyć odpowiedzialność regionów w*

kształtowaniu polityki zdrowotnej na terenie województwa poprzez powołanie Wojewódzkich Rad Zdrowia upoważnionych do planowania strategicznego i współdecydowania o przeznaczeniu środków finansowych na opiekę zdrowotną” oraz „wprowadzić Podstawowe Zabezpieczenie Zdrowotne (PZZ), które polega na współpracy i wymianie informacji podmiotów wchodzących w skład POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz szpitali pierwszego poziomu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego”. Podobny charakter mają zalecenia dotyczące AOS: „należy utrzymać obecną lokalizację AOS, zarówno przy szpitalach, jak i w lecznictwie otwartym, rozdzielając jednak ich funkcje. AOS przyszpitalny powinien zajmować się kwalifikacją i przygotowaniem chorych do hospitalizacji oraz ograniczoną w czasie opieką poszpitalną. Należy wydzielić z ryczałtu szpitalnego oddzielny budżet na poradnie przyszpitalne z możliwością sumowania kosztów diagnostyki”. Podobnie rozwiązano problem efektywnego funkcjonowania opieki wysokospecjalistycznej: „Należy określić zadania i uporządkować organizację opieki wysokospecjalistycznej”. Efektywność szpitali ma być zwiększona również przez ograniczenie liczby organów założycielskich, w tym zwłaszcza przez przejmowanie szpitali powiatowych przez samorząd wojewódzki. Zdaniem autorów dokumentu „Konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku szpitali samorządowych umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu”.

Jest znamienne, że **autorzy dokumentu nie wspominają w ogóle o konkurencji między świadczeniodawcami**, o prywatnych podmiotach udzielających świadczeń refundowanych, o statusie organizacyjnym świadczeniodawców (czy mają to być podmioty działające dla zysku czy może jednostki budżetowe) o tym, w jaki sposób mają być ustalone ceny za świadczenia, czy jakie mają być mechanizmy „wejścia” świadczeniodawców na „rynek” świadczeń refundowanych itp. Tymczasem ludzkość nie wynalazła lepszych sposobów efektywnego wykorzystania sił i środków niż konkurencja podmiotów działających dla zysku. Wprowadzenie tych mechanizmów mogłoby rozwiązać większość problemów, z którymi dzisiaj równie „dzielnie”, co nieskutecznie walczą różni eksperci. Oczywiście nie wszędzie mechanizmy rynkowe mają zastosowanie i można by się spodziewać, że eksperci zajmą się raczej wskazaniem tych obszarów w ochronie zdrowia niż zastępowaniem mechanizmów rynkowych „ręcznym sterowaniem” płatnikiem i świadczeniodawcami.

Nie zajęto się w ogóle zagadnieniem **konkurencji po stronie płatników**, a przecież wiadomo skądinąd, że państwa, w których jest konkurencja płatników (Holandia, Niemcy, a nawet Czechy) osiągają dużo lepsze efekty w budowaniu wydolnych systemów publicznej ochrony zdrowia niż Polska.

Pominięto zupełnie **problem wynagrodzeń pracowników w publicznej ochronie zdrowia**. Jest to o tyle dziwne, że obecnie panuje w tej dziedzinie kompletny chaos. Pieniądze na wynagrodzenia pochodzą częściowo ze środków, które podmioty otrzymują z NFZ za wykonane świadczenia, a częściowo z dodatkowych źródeł z budżetu państwa i to w różnej wysokości w różnych szpitalach i dla różnych grup pracowników. **Jedynym realnym sposobem kształtowania wynagrodzeń w publicznej ochronie zdrowia jest w obecnym stanie sposób „strajkowy”**, co oznacza, że podwyżki (waloryzację płac) otrzymują tylko ci, którzy strajkują, zwalniają się z pracy w sposób zorganizowany lub organizują inną formę protestu. Wprowadzony formalnie wraz z reformą z roku 1999 rynkowy sposób kształtowania wynagrodzeń w praktyce nie zaistniał z powodu braku rynkowych cen za świadczenia refundowane i braku wolnej konkurencji spowodowanej głównie tzw. konkursem ofert i limitowaniem świadczeń przez NFZ. Istniejąca od niedawna ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie spełniła swojej roli, bo wysokość płac przewidziana w tej ustawie dla poszczególnych zawodów jest tak niska, że ustawa ta staje się bezwartościowa i bezużyteczna.