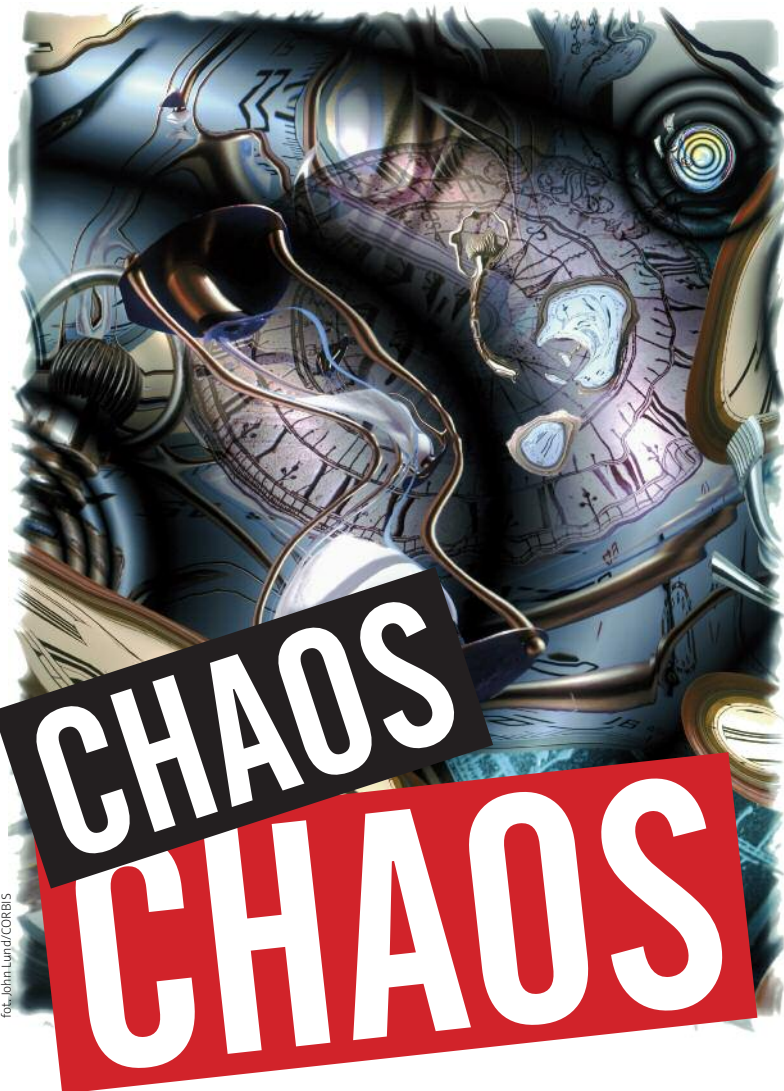


## Kto naprawdę rządzi polską ochroną zdrowia



Na początku był chaos, a potem wszystko się dodatkowo pogmatwało – tak najkrócej można spointować ostatnie dwadzieścia lat prób reformowania polskiej ochrony zdrowia. A słowa „dodatkowo się pogmatwało” dotyczą szczególnie tego, co w tej dziedzinie dzieje się w roku 2012.

Z triumfem ogłoszono sukces w postaci uchwalenia pakietu ustaw. Okazało się jednak, że trzeba je poprawiać w trybie pilnym z powodu błędów. Zbuntowali się lekarze, na których przerzucono obowiązek sprawdzania, czy pacjent jest ubezpieczony. Zapomniano przy tym o wyposażeniu ich w odpowiednie narzędzia do takiej kontroli. Na ich barki przerzucono też wiele innych nieporęcznych zobowiązań. Efekt – ogólnopolski protest lekarzy, częściowo wygrany, i zapowiedź następnych.

Listy refundacyjne ogłaszane są w ostatniej chwili, na chybcika. Efekt? Protesty i korekty wprowadzane z dnia na dzień – dopisywanie leków, o które najgłośniej upominali się pacjenci w mediach, oraz pomijanie innych, czego byliśmy świadkami w ostatnich tygodniach ubiegłego roku. W podobny sposób – w ostatniej chwili, przy braku czasu na rozmowy, negocjacje i korekty – NFZ podpisywał też wieloletnie kontrakty ze świadczeniodawcami.

Potem zaczęło się na dobre. NFZ obraził się na Ministerstwo Zdrowia i zamiast zająć się wypracowaniem



Zenon  
Wasilewski

ekspert BCC

Grzechem głównym jest to, że ludzie pracujący w Ministerstwie Zdrowia i NFZ nad przygotowaniem aktów prawnych czy wypracowaniem konkretnych decyzji nie chcą się liczyć ze zdaniem ekspertów i partnerów dialogu (biznesmenów, pacjentów). Wiele błędów znajdujących się w pakiecie ustaw zdrowotnych, z których skutkami musimy się teraz zmagać, można było uniknąć. Zwracali na nie uwagę eksperci zajmujący się rynkiem medycznym, przedstawiciele biznesu i organizacji pacjenckich. Na te głosy decydenci nie zwracali uwagi. Od biedy mogę zrozumieć, że sami nie potrafili przewidzieć wszyst-

kich złych skutków proponowanych przez siebie rozwiązań, rozumiem, że nie mieli złej woli, a błędy nie były ich intencją. Nie potrafię jednak zrozumieć, dlaczego decydenci w ogóle nie wzięli pod uwagę zgłaszanych w czasie konsultacji poprawek i nie słuchali przestróg. Gdyby nie to, nie trzeba by było zmieniać ustawy refundacyjnej, nie byłoby trudnej sytuacji związanej z wprowadzeniem obowiązkowego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. W ochronie zdrowia zawodzi niska jakość debaty publicznej, chęć przepchnięcia własnych projektów za wszelką cenę. I to jest przyczyną chaosu.

konsensusu, rozpoczął publiczną polemikę z urzędnikami ministerstwa na swoich stronach internetowych (np. w sprawie nowego wzoru recept i programów terapii lekowej). Ministerstwo produkowało swoje dokumenty. W końcu obrazili się również urzędnicy resortu i podjęli dyskusję. Efekt jest taki, że nie wiadomo, jakie przepisy nas obowiązują – ministerstwa czy funduszu. – *Obie instytucje wydają nie w pełni spójne akty i zasady, jedni wymagają jednego, drudzy czegoś innego, często te wymagania są sprzeczne* – mówi anonimowo właściciel dużej sieci przychodni.

Kolejny przykład – system informatyczny. Miało go budować Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Przy okazji „afery receptowej” uznano, że ośrodek działa zbyt wolno. Sprawę z Ministerstwa

Zdrowia przekazano do Ministerstwa Informatyzacji i Cyfryzacji. Jak zareagował NFZ? Postanowił stworzyć własny system kontrolny – kartę lekarza, jakby w ogóle nie przyjmując do wiadomości, że dokończenie budowanego w resorcie cyfryzacji systemu załatwi sprawę i karta lekarza będzie niepotrzebna. Kto zatem zinformuje ochronę zdrowia? Ile zapłacimy za dublujące się systemy, a ile za tworzenie od podstaw agencji taryfikacji? Ta ostatnia będzie mogła w pełni zacząć działać za pięć lat. Będzie mogła, tylko po co, skoro jej zadania już dziś można przekazać innym, funkcjonującym podmiotom.

Dlaczego tak się dzieje? O tym wszystkim piszemy na kartach tego wydania „Menedżera Zdrowia”. Na początek poprosiliśmy o odpowiedź ekspertów polskiej ochrony zdrowia. ■



foto: Archiwum

## Marek Balicki

b. minister zdrowia,  
dyrektor Szpitala Wolskiego  
w Warszawie

Polskiej ochronie zdrowia brak wizji, brak strategii, brak zgody co do tego, w jaki sposób chcemy ją rozwijać. I dlatego sprawy idą źle, rozwiązania przyjmowane są *ad hoc*, na zasadzie gaszenia pożarów. Nie ma planu, nie ma dokumentu strategicznego, założenia nie są realizowane – bo żadnych założeń nie ma. Często się zastanawiałem, dlaczego takiego planu nie mamy, dlaczego nie powstał. Początkowo przypuszczałem, że chodzi o zbyt duże różnice w planach między różnymi opcjami politycznymi. Ale te przypuszczenia w końcu odrzucam.

Myślę, że prawdziwym powodem jest to, że nikt nie zapytał Polaków, jak sobie życzą, by ta ochrona wyglądała. Nie było odpowiedniej debaty, nikt jej nie zainicjował. I moim zdaniem świadczy to o arogancji władzy. W trakcie takiej debaty strony mogłyby podjąć walkę na argumenty, dojść do kompromisu. Kompromisu nie ma, bo nie było debaty. A skoro nie ma kompromisu, to nie dopracowaliśmy się wspólnej wizji systemu, możliwej do przyjęcia przez większość. Stąd chaos.



foto: KFP

## Andrzej Sokołowski

prezes Ogólnopolskiego  
Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Nie powiedziałbym, że w Polsce jest zbyt mało specjalistów od ochrony zdrowia. Nie powiedziałbym, że takich specjalistów w ogóle nie ma, że nie wiemy, jak powinien być skonstruowany nasz system. Brakuje jednak profesjonalistów w resorcie zdrowia. Takich, którzy potrafią mieć swoje zdanie, ale równocześnie umieją ocenić, kiedy krytyka oponentów jest pieniactwem, kiedy lobbieniem – a w jakim wypadku jest konstruktywna. Naszym wielkim dramatem jest to, że ekipy rządzące nie potrafiły pozyskać takich ludzi do ścisłej współpracy. Gdy czytałem projekty ubiegłorocznych ustaw medycznych, bardzo żałowałem, że w Polsce nie ma zwyczaju umieszczania przy takich

aktach prawnych tak zwanej metryczki, z której by jasno wynikało, kto naniósł konkretną poprawkę, kto jest autorem lub osobą odpowiedzialną za wprowadzenie konkretnego zapisu. Można by dziś podjąć poszukiwania odpowiedzialnych za zwiększenie chaosu w polskiej ochronie zdrowia. Ponieważ jednak nie ma takich metryczek, ugrupowanie rządzące ponosi odpowiedzialność za to, że źle dobrało doradców. I za to, że gdy pojawiała się większość sejmowa i nie było zagrożenia wetem prezydenta, chciały przeprowadzić reformę jak najszybciej. Z tego powodu w aktach prawnych prócz zapisów przemysłowych pojawiły się nieprzemysłowe. I to one spotęgowały chaos.



foto: Tomasz Waszczuk/Agencja Gazeta

## Wojciech Maksymowicz

b. minister zdrowia, dziekan Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

Gdybym miał lapidarnie, w kilku słowach zdiagnozować chaos w polskiej służbie zdrowia, powiedziałbym: „sinusoidalne natężenie gotowości do wprowadzania zmian”. Oznacza to, że w Polsce o zmianach w ochronie zdrowia mówimy jedynie od czasu do czasu. Między jedną inicjatywą a drugą jest długa przerwa. Wtedy nic się nie dzieje. Na ogół o nowych propozycjach przesądza kalendarz wyborczy – ochrona zdrowia jest stałym punktem kampanii. Jedno z ugrupowań zapowiada wprowadzenie zmian w systemie, drugie broni status quo. Gdy wygrywają ci, którzy chcieli zmian, zaczynają się niebezpieczne ruchy. Niebezpieczne, bo na ogół polegające na retuszu („żeby było widać, że coś robimy”), a nie prawdziwych jakościowych przemianach. Te inicjatywy często niczego nie poprawiają, wprowadzają jedynie

zamieszanie w obszarach, które dotychczas funkcjonowały jeśli nie dobrze, to przynajmniej jako tako. I stąd chaos.

Decyzje podejmowane są z powodów politycznych, a nie merytorycznych. I to jest słabość, ale paradoksalnie także siła polskiego systemu ochrony zdrowia. Bo nawet taki system, jaki mamy, zawsze dotychczas znajdował spore grono jeśli nie obrońców, to przynajmniej ludzi gotowych do obrony status quo. I to często właśnie z powodów politycznych, a nie merytorycznych. System broni się tym, że jeszcze nie zebrała się taka większość, która powiedziała by: „Basta! Czas na gruntowne zmiany”. Co zrobić, by tę większość uzyskać? Obawiam się o tym myśleć, bo sądzę, że szalę przeżyłaby jedynie katastrofa. Tej sobie życzyć nie wypada, dlatego wielu decydentów decyduje się... na chaos.

## Język giętki, czyli potęgowanie chaosu

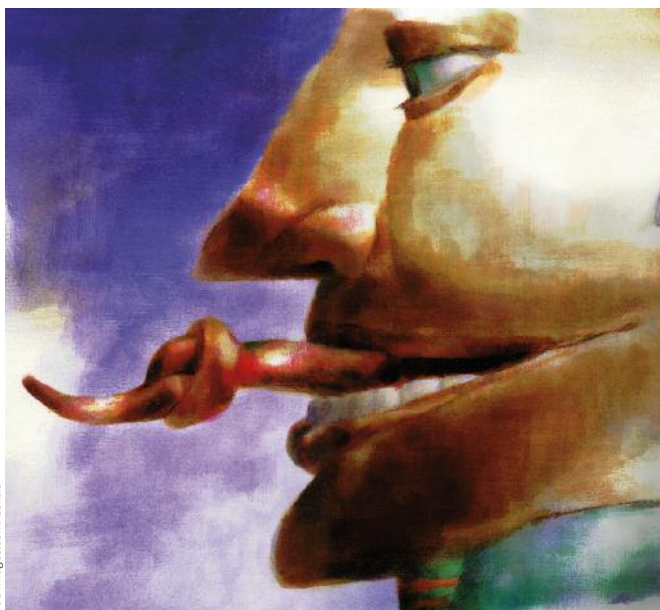


foto: Images.com/Corbis

Bałagan w polskiej ochronie potęguje mętność języka, jakim urzędy posługują się w kontaktach z zainteresowanymi. Znajomość języka polskiego nie wystarczy do zrozumienia urzędniczego żargonu. Poniżej cytuję-

my (za: htaaudit.eu) fragment odpowiedzi ministerstwa na pytanie o przekształcanie programów terapeutycznych w lekowe. Konia z rzędem temu, kto zrozumie, o co przedstawicielom resortu chodziło.

### Odpowiedź przedstawicieli MZ

„Od pierwszego stycznia 2012 r. terapeutyczne programy zdrowotne zostaną przekształcone w programy lekowe. Generalnie zasadą będzie, że te programy terapeutyczne, które teraz obowiązują, będą obowiązywać również w przyszłym roku. I w tym sensie programy lekowe zastąpią terapeutyczne w programie zdrowotnym. Jaka będzie ścieżka decyzyjna? Od pierwszego stycznia programy lekowe będą uruchamiane wyłącznie na wniosek wnioskodawcy, w ramach rozpatrzenia wniosku refundacyjnego. Nie będą uruchamiane na podstawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym na podstawie art. 31a do 31c ustawy o świadczeniach i nie będą uruchamiane na wniosek konsultantów krajowych. Również zmiany w programach terapeutycznych nie będą dokonywane na wniosek konsultantów krajowych [...] przez ministra urzędu, ale na wniosek odpowiedniego wnioskodawcy, po rozpatrzeniu wniosku refundacyjnego”. ■