



Plany Polski 2050 Szymona Hołowni

O program dotyczący systemu ochrony zdrowia spytaliśmy przedstawicieli Polski 2050 Szymona Hołowni – odpowiedzieli doradca do spraw prawnych r. pr. Miłostawa Zagłoba oraz doradcy do spraw medycznych prof. n. med. Urszula Demkow i dr hab. n. med. Cezary Pakulski.

System opieki zdrowotnej oceniamy źle – i to mimo przeprowadzania kolejnych „reform” oraz znacznego zwiększenia pieniędzy na jego finansowanie, sytuacja paradoksalnie stale się pogarsza.

Dlaczego jest niedobrze?

– System opieki zdrowotnej finansowany z pieniędzy publicznych jest zdalnie regulowany przez urzędników w warunkach, gdy ktoś inny jest właścicielem poszczególnych części systemu – prywatne osoby fizyczne i prawne, samorządy, uczelnie medyczne, Ministerstwo Zdrowia i inni – a ktoś inny dysponentem pieniędzy, to jest Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia. Narzędziami wykorzystywanymi do tej regulacji są skomplikowane zestawy wycen świadczeń medycznych, kontrakty, ryczałty i inne protezy imitujące działanie rynku. To w połączeniu z ugruntowanym od lat opieraniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego na tzw. odwróconej piramidzie świadczeń medycznych, gdzie najważniejszym i najbardziej pożądanym miejscem leczenia jest szpital, a najmniej istotny jest lekarz rodziny i zadania profilaktyczno-prozdrowotne, spowodowało, że w systemie publicznym zgubiono z pola widzenia potrzeby zdrowotne pacjenta, który stał się niewolnikiem biurokratycznych procedur.

Szczególnie trudnym doświadczeniem dla systemu, pracujących w nim osób i samych pacjentów był okres COVID-19. Ceną, jaką jako naród zapłaciliśmy – i wciąż płacimy – za niekompetencję rządzących jest 500 tys. zmarłych w 2021 r. i ponad 250 tys. zgonów nadmiarowych. Przez dwa lata pandemii jako społeczeństwo za-

ciągnęliśmy ogromny dług zdrowotny. Dzisiaj przyszedł czas jego spłaty. Widzimy to każdego dnia w statystykach świeżych udarów mózgu, zespołów niewydolności wieńcowej, przypadków zaostrzeń chorób przewlekłych, ostrych stanów psychiatrycznych dzieci i młodzieży, ogromnej liczby różnego typu późnych powikłań pocovidowych, za późno wykonanych zabiegów operacyjnych czy w gwałtownym wzroście liczby nowo rozpoznanych przypadków chorób onkologicznych, często w bardzo zaawansowanym stopniu. Liczba zgonów nadmiarowych stale zwiększa się, a końca tego wzrostu nie widać.

Czy jednak w polskiej ochronie zdrowia bardziej brakuje pieniędzy, czy dobrej organizacji – co zrobić, aby było lepiej?

– Pieniądze przeznaczane na finansowanie ochrony zdrowia zdecydowanie nie są wystarczające. Więcej, system wymaga pilnego zwiększenia finansowania. Jeśli chcemy europejskiej opieki dla naszych współobywateli, wydatki na zdrowie muszą się zbliżyć do średniego poziomu wydatków europejskich, ale... przy obecnej organizacji każde kolejne pieniądze i tak okażą się niewystarczające. Przytoczymy – dobrze znany przedstawicielom branży – przykład dziurawego wiadra, do którego system ochrony zdrowia jest przyrównywany. Polskiej ochronie zdrowia z pewnością brakuje pieniędzy, ale jeszcze bardziej lepszej organizacji pracy, wiarygodnej wyceny świadczeń medycznych i przededefiniowania pozycji pacjenta. System ochrony zdrowia jest przecież dla pacjenta, a nie dla samego siebie. Zmiana wycen procedur dostępnych jako świadczenia gwarantowane jest zadaniem kluczowym.



Fot. Sławomir Kamiński / Agencja Wyborcza.pl

Nowy taryfikator musi odzwierciedlać realne wyceny procedur, które w końcu uwzględnią koszty pracy. Konieczna jest też zmiana koszyka świadczeń gwarantowanych, tak aby zapewniał dostępność do świadczeń medycznych najważniejszych z punktu widzenia zdrowia obywateli, o udowodnionej skuteczności klinicznej, najbardziej efektywnych kosztowo spośród alternatywnych i możliwych do sfinansowania z dostępnych środków publicznych.

Na wszystkie problemy tego systemu trzeba w końcu zacząć patrzeć przez pryzmat odczuć, potrzeb i oczekiwań pacjentów. Rola biurokratycznych procedur powinna zostać ograniczona do niezbędnego minimum. Trzeba poprawić i rozszerzyć koordynację leczenia przy założeniu, że to placówka podstawowej opieki zdrowotnej musi stać się centrum koordynacyjnym opieki nad pacjentami.

Należy jak najszybciej rozpocząć przedstawianie piramidy świadczeń zdrowotnych z wierzchołką na właściwą podstawę. Szpitale są najdroższym elementem systemu, w związku z tym powinni do nich trafiać jedynie ci chorzy, którzy nie mogą być skutecznie leczeni w trybie ambulatoryjnym. Tymczasem cała obecna organizacja opieki opiera się w głównej mierze właśnie na szpitalnictwie – zamiast na profilaktyce, podstawowej opiece zdrowotnej i specjalistycznej opiece ambulatoryjnej.

Wszystkie te działania muszą zostać oparte na regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych. To z mapy potrzeb zdrowotnych społeczeństwa na danym terenie powinna wynikać struktura i organizacja wszystkich finansowanych z pieniędzy publicznych jednostek w regionie: POZ, AOS, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, lokalnych domów zdrowia, regionalnej sieci szpitali i specjalistyki w tych placówkach – również oddziałów medycyny jednego dnia czy wieloprofilowych – opieki rehabilitacyjnej, psychologiczno-psychiatrycznej, paliatywnej i długoterminowej oraz wielu innych. Żeby było to możliwe, zarządzanie systemem i sposób jego finansowania wymaga decentralizacji.

Jaki odsetek produktu krajowego brutto powinien być wydawany na zdrowie – i jak to osiągnąć?

– Inflacja i spodziewana trudna sytuacja budżetowa państwa w 2024 r. nie pozwalają na dowolność propozycji dotyczących wydatków na zdrowie. Całej prawdy o dziurze budżetowej i rzeczywistych możliwościach budżetu finansowania zakresu zadań dowiemy się dopiero po przejęciu przez opozycję władzy po wygranych wyborach. Pierwszym, obowiązkowym zadaniem dla kolejnych rządzących powinna stać się zmiana metodologii liczenia pieniędzy przeznaczanych na zdrowie, czyli likwidacja tzw. paradoksu N-2. Odniesienie finansowania ochrony zdrowia do PKB sprzed dwóch lat powoduje, że rzeczywista kwota to nie 6 proc. PKB, jak twierdził minister Adam Niedzielski, ale jedynie niecałe 5 proc. PKB. Dzisiaj możemy dodać,

że maksymalnie w dwóch kolejnych latach powinniśmy zwiększyć realne finansowanie do 7 proc. PKB. Uważamy, że złożenie dalej idących deklaracji przed poznaniem stanu finansów publicznych byłoby nieodpowiedzialne.

Odpowiedź na pytanie, jak osiągnąć finansowanie na poziomie 7 proc. PKB, jest złożona. Przede wszystkim należy przypomnieć, że rząd na mocy Polskiego Ładu zlikwidował odpis podatkowy składki zdrowotnej. To posunięcie było neutralne dla budżetu ochrony zdrowia, ale istotnie zwiększyło dochody budżetu państwa, radykalnie podnosząc obciążenie na przykład przedsiębiorców. Postulujemy, aby te pieniądze wróciły do obywateli poprzez zwiększenie budżetu ochrony zdrowia. Ponadto – w systemie finansów publicznych – proponujemy:

- przekierować do systemu całość lub odpowiednią część dochodów państwa z akcyzy za wyroby tytoniowe i alkohol, opłaty cukrowej, hazardowej oraz nowej opłaty od tzw. niezdrowej żywności,
- powrócić do finansowania niektórych wydatków zdrowotnych z pieniędzy pochodzących z budżetu państwa w formie dotacji celowej, przy czym dotyczy to przede wszystkim świadczeń wysokospecjalistycznych i leczenia hemofilii, finansowania jednostek państwowego ratownictwa medycznego, programów lekowych, kosztów zakupu szczepionek, składek na ubezpieczenie zdrowotne za wybrane grupy ubezpieczonych oraz strategicznych inwestycji w systemie i oddłużenia podmiotów leczniczych,
- wykorzystać pieniądze europejskie jako dodatkowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce – przede wszystkim udział w Europejskim Programie Walki z Rakiem oraz inwestycje i działania edukacyjne – co pozwoli na przeznaczenie większości pieniędzy ze źródeł krajowych bezpośrednio na leczenie obywateli,
- wprowadzić swoiste reguły wydatkowe – na poziomie deklaracji politycznej – na przykład przekazywanie całości lub określonej nadwyżki dochodów budżetowych w stosunku do dochodów z roku ubiegłego w formie dotacji do Narodowego Funduszu Zdrowia do czasu osiągnięcia odpowiedniego progu finansowania systemu ochrony zdrowia,
- ograniczyć niektóre wydatki państwa i przekazać przeznaczone na ten cel pieniądze na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik, czy więcej?

– Naprawa systemu ochrony zdrowia, która musi nastąpić, powinna być wyważona i dobrze rozłożona w czasie. Nie może wprowadzać zmian pogłębiających chaos. Polski system w swojej aktualnej kondycji nie przeżyje kolejnej rewolucji. Nie poradzi sobie w sytuacji likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, ale też równie zgubne będzie dla niego szybkie wprowadzenie dodatkowych, konkurencyjnych płatników.

Zarządzanie systemem ochrony zdrowia oraz sposób jego finansowania wymagają decentralizacji, a to jest równoznaczne z decentralizacją struktur płatnika. To, czy powstanie szesnaście wojewódzkich – i jeden resortowy – zadaniowo niezależnych od jednostki centralnej płatników wojewódzkich, czy też mniejsza liczba płatników regionalnych, będzie zależało od przyjętej struktury zarządczej. Wojewódzki lub regionalny płatnik powinien być częścią instytucji zarządczej pełniącej funkcję gospodarza sieci jednostek publicznego systemu ochrony zdrowia działających na terenie objętym jej kompetencjami – odpowiednio województwo lub region. Właściwa jednostka płatnika, oprócz finansowania świadczeń medycznych na terenie objętym właściwymi kompetencjami, powinna odpowiadać za określenie wskaźników w obszarze HTA, benchmarkingu oraz jakości i efektywności podległych jednostek.

Dopiero po uporządkowaniu systemu możliwe stanie się wprowadzenie konkurencji między wojewódzkimi/regionalnymi płatnikami.

Czy współpłacenie za świadczenia w ochronie zdrowia powinno być dopuszczalne?

– Słowo „współpłacenie” jest wieloznaczne i może oznaczać prawo dopłaty do np. sprzętu wszczepialnego, ale również opłaty techniczne w związku z realizacją dowolnego świadczenia medycznego. Jako Polska 2050 Szymona Hołowni nie dopuszczamy możliwości jakiegokolwiek formy współpłacenia za świadczenia zdrowotne finansowane z pieniędzy publicznych. Przy obecnie trudnym dostępie pacjentów do tych świadczeń zdrowotnych i nierównościach oraz zubożeniu części społeczeństwa, wprowadzenie obowiązku współpłacenia pogłębiałoby poczucie niesprawiedliwości społecznej i nierównego dostępu do świadczeń medycznych w sposób naruszający art. 68 Konstytucji RP.

Czy należy oddłużyć szpitale, w których sytuacja finansowa jest niedostateczna, a skuteczność leczenia niezadowalająca, czy zlikwidować?

– Sytuacja finansowa większości polskich szpitali jest trudna bez względu na wielkość jednostki, jej specjalistykę czy rodzaj własności. Placówki powiatowe lub marszałkowskie, ale posadowione w mieście powiatowym, są zwykle największym pracodawcą w okolicy. Już ten fakt wyklucza jakiegokolwiek dywagację na temat ich likwidacji. Równie ważnym argumentem jest poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i obywateli, jaki daje bliski dostęp do jednostki ochrony zdrowia. Wreszcie, przyczyny ujemnego wyniku finansowego jednostki mogą być zupełnie niezależne od sposobu zarządzania nią. Dlatego uważamy, że w przypadku wszystkich placówek publicznego systemu ochrony zdrowia realizujących świadczenia zdrowotne finansowane z pieniędzy publicznych państwo przede wszystkim powinno wesprzeć restrukturyzację zobowiązań wymagalnych.

Przed rozszerzeniem procesu oddłużenia szpitali o zobowiązania pozostałe należy wprowadzić systemowe działania naprawcze, np. audyty zarządcze, zmiany wycen procedur dostępnych w ramach świadczeń gwarantowanych, żeby odzwierciedlały rzeczywiste koszty, oraz działania odwracające w województwie/regionie tzw. piramidę świadczeń zdrowotnych.

Co zrobić, aby medycy nie wyjeżdżali z kraju?

– Zatrzymanie emigracji absolwentów studiów medycznych – lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz reprezentantów innych zawodów medycznych – jest najważniejszym i jednocześnie najtrudniejszym zadaniem dla przyszłych organizatorów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Proponujemy pięć działań, które miałyby poprawić sytuację personelu medycznego.

Po pierwsze – podwyżki.

Podnieśmy minimalne wynagrodzenia wszystkich pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w sektorze publicznym – przy czym tempo wzrostu powinno zależeć od aktualnego stanu finansów publicznych.

Ważne jest też zaktualizowanie i doprecyzowanie norm zatrudnienia dla kadr medycznych oraz opracowanie maksymalnych miesięcznych taryf łącznego godzinowego obciążenia pracą, bez względu na miejsce i formę zatrudnienia, oraz uwzględnienie w ocenie jakości usług świadczonych przez placówki medyczne także parametru bezpieczeństwa warunków pracy.

Po drugie – organizacja.

Przeorganizujmy system w taki sposób, aby wykwalifikowani medycy mogli się skupić przede wszystkim w procesach związanych bezpośrednio z opieką nad pacjentem. W tym kontekście konieczne jest promowanie nowych zawodów medycznych, takich jak asystent lekarza i asystent pielęgniarki, koordynator zdrowotny w POZ, sekretarka i rejestratorka medyczna oraz opiekun medyczny. Dodatkowym wsparciem dla kadr zajmujących się leczeniem powinna stać się obowiązkowa w każdym szpitalu pomoc pracowników socjalnych i prawników, którzy przejmą obowiązki monitorowania terminów ważnych z punktu widzenia zachowania ubezpieczenia przez pacjenta, przygotowywania dokumentów dla zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, wniosków o należne zasiłki stałe lub czasowe, poszukiwania miejsc do opieki długoterminowej, egzekwowania potwierdzeń ubezpieczenia, przygotowywania i egzekwowania należności za proces diagnostyczno-terapeutyczny czy kontaktowanie się z korpusem dyplomatycznym w sprawie leczenia, finansowania i planowania dalszej opieki nad obywatelami innych narodowości.

Po trzecie – specjalizacje po nowemu.

Niezbędne jest opracowanie na nowo organizacji specjalizacji, z nowymi kompetencjami i kwalifikacjami zawodowymi. To powinno być realizowane poprzez:



- skrócenie studiów na kierunku lekarskim o rok dzięki wprowadzeniu w kształceniu systemu bolońskiego,
- ograniczenie liczby specjalizacji lekarskich i przegląd treści programów specjalizacyjnych,
- zwiększenie dostępności do specjalizacji i uczynienie systemu kształcenia elastycznym,
- usprawnienie procesu specjalizacyjnego ze skróceniem czasu ich trwania, umożliwieniem prowadzenia modułu podstawowego przez szpitale powiatowe oraz zasadnicze wzmocnienie roli kierownika specjalizacji, również jego końcowej ewaluacji,
- zdefiniowanie na nowo specjalizacji deficytowych, ułatwienia w ich wyborze oraz wyraźne zwiększenie wynagrodzenia osób szkolących się w dziedzinach deficytowych,
- współdzielenie kompetencji i nowe kompetencje dla zawodów medycznych już istniejących, np. dla asystentów medycznych, położnych, fizjoterapeutów.

Po czwarte – bez winy.

Objęci systemem no fault – co do odpowiedzialności za zdarzenia medyczne – powinni być przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych bezpośrednio wykonujących świadczenia zdrowotne.

Po piąte – dobrostan.

Wskazane jest zaopiekowanie się dobrostanem psychologiczno-psychiatrycznym kadry medycznej przy coraz częściej i coraz wcześniej pojawiających się znamionach zespołu wypalenia zawodowego. Elementami systemowego wsparcia psychologicznego powinny być bezpłatna pomoc psychologiczno-psychotherapeutyczna dla wszystkich medyków, konsultacje psychiatryczne, terapie uzależnień i urlopy regeneracyjne.

Czy in vitro powinno być finansowane z pieniędzy publicznych?

– Jesteśmy za ustawową gwarancją refundacji procedury in vitro jako techniki leczenia niepłodności. Powinna być ona realizowana jako element „Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce” i finansowana bezpośrednio z budżetu państwa jako zadanie ministra zdrowia.

Pomoc musi być dostępna, bezpłatna i bezpieczna oraz przeprowadzana zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu i Embriologii, a także realizowana w poradniach diagnostyki niepłodności z pełną refundacją z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Uważamy też, że należy podjąć działania, których celem będzie zwiększenie liczby lekarzy uprawnionych do wykonywania procedury in vitro.

Co z aborcją?

– Od 7 stycznia 1993 r. obowiązywała ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach

dopuszczalności przerywania ciąży, czyli tak zwany kompromis aborcyjny – ograniczyła ona dostęp do zabiegów przerywania ciąży. Te były dopuszczalne w trzech przypadkach:

- gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety – bez ograniczeń ze względu na wiek płodu,
- gdy badania lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu – do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem ciężarnej,
- gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego – do 12 tygodni od początku ciąży.

Były, bo to prawo obowiązywało do 27 stycznia 2021 r., kiedy Trybunał Konstytucyjny opublikował uzasadnienie pisemne wyroku z 22 października 2020 r., w którym orzekł o niekonstytucyjności jednej przesłanki, czyli przepisu dopuszczającego aborcję w przypadku dużego prawdopodobieństwa ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu.

Czy należałoby to zmienić – czy kompromis aborcyjny z 1993 r. powinien zostać przywrócony?

– Od 22 października 2020 r. Polki i Polacy protestują przeciw wydanemu na wniosek grupy 118 posłów wyrokowi Trybunału Konstytucyjnego, który wykluczył możliwość przeprowadzenia aborcji w przypadku uszkodzenia lub wad płodu i uznał ją za niezgodną z konstytucją. Kolejne przypadki śmierci młodych kobiet w ciąży, do jakich doszło od momentu opublikowania uzasadnienia wyroku TK do czerwca 2023 r. w kontekście zmienionych w ten sposób przepisów, wywołują społeczny gniew i sprzeciw, co jednoznacznie wskazuje, że konieczne jest rozpoczęcie dialogu społecznego o tym, jakich regulacji oczekują Polki i Polacy.

Natychmiast po wygranych wyborach parlamentarnych chcemy tymczasowo przywrócić przepisy ustawy z 1993 r. o niekaralności przerywania ciąży, gdy badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Uważamy, że prezydent Andrzej Duda taką ustawę podpisze. Jednocześnie jesteśmy przekonani, że nie zgodzi się na liberalizację prawa aborcyjnego. Ponieważ jednak, zgodnie z art. 4 Konstytucji RP, w Polsce władza zwierzchnia należy do narodu i może on realizować ją bezpośrednio, proponujemy przeprowadzenie referendum. Jego wynik jest wiążący dla wszystkich organów państwa, również dla prezydenta. Chcemy, by pytanie referendalne przygotował reprezentatywny panel obywatelski.

Doradca do spraw prawnych r. pr. Miłostawa Zagłoba oraz doradcy do spraw medycznych prof. n. med. Urszula Demkow i dr hab. n. med. Cezary Pakulski