

nr 15 550 egz. ISSN 1897-7782

# Galiczyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2016

4/153

lipiec / sierpień



*Pora na sprzeciw!*

Nadzwyczajne wydanie „GGL”, z okazji planowanej na 24 września br. w Warszawie manifestacji, jako wyrazu sprzeciwu wobec fatalnej sytuacji w ochronie zdrowia, zawiera przede wszystkim:

Uchwałę Prezydium ORL w sprawie projektu ustawy o minimalnych wynagrodzeniach pracowników medycznych

Apel „Pora na sprzeciw!” o masowe poparcie przez lekarzy protestu OZZL przeciw polityce resortu

Stanowiska przedstawicieli w s z y s t k i c h partii politycznych i ważniejszych organizacji medycznych wobec sytuacji w ochronie zdrowia. Piszą:

**Krzysztof Bukiel** (OZZL);

**Andrzej Sośnierz** (PiS),

**Marek Balicki** (b. minister zdrowia),

**Władysław Kosiniak-Kamysz** (prezes PSL),

**Andrzej Matyja** (prezes ORL),

**Kamila Gasiuk-Pihowicz** (posłanka – Nowoczesna),

**Marek Wójcik** (prezes Zw. Powiatów Polskich),

**Marek Ziętek** (rektor UM we Wrocławiu),

**Andrzej Włodarczyk** (b. wiceminister Zdrowia),

**Agnieszka Ścigaj** (wiceprzew. Klubu Kukiz'15),

**Andrzej Mądrala** (wiceprezydent Stow. Szpitali Prywatnych),

**Beata Małecka-Libera** (posłanka – PO),

**Damian Patecki** (Porozum. Rezydentów).

Pierwsze podsumowanie Światowych Dni Młodzieży i relacja z narady o wadach projektu kontraktowania świadczeń.

W załączeniu Karta Praw Lekarza przedstawiona na XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy.

### Nasza okładka



Strajk 2007, Warszawa  
Fot. Archiwum Redakcji

## Protest przeciwko projektowi ustawy o płacach minimalnych pracowników medycznych

(Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej z dnia 10 sierpnia 2016 roku)

Prezydium ORL w Krakowie w pełni popiera planowany przez Porozumienie Zawodów Medycznych protest przeciwko przedstawionemu przez Ministra Zdrowia w czerwcu br. projektowi ustawy o płacach minimalnych w podmiotach leczniczych. Zdaniem organizatorów, „zapropozowane stawki są skandalicznie niskie i »zamrażają« obecne płace na co najmniej 5 lat”.

Proponowane uregulowanie minimalnych wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów znacząco odbiega od oczekiwań naszego środowiska. Wysokość zarobków lekarzy i lekarzy dentyistów powinna być adekwatna do ponoszonej przez nich odpowiedzialności za podejmowane decyzje w ochronie zdrowia i życia ludzkiego i wagi roli wykonywanego zawodu w życiu społeczeństwa.

Przedstawione propozycje w znaczący sposób odbiegają od oczekiwań lekarzy i lekarzy dentyistów wyrażonych już dziesięć lat temu w uchwale Krajowego Zjazdu Lekarzy z 7 stycznia 2006 r. w sprawie uregulowania minimalnej płacy dla lekarzy i lekarzy dentyistów, tzn. dla lekarza bez specjalizacji – dwukrotność średniego krajowego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłaszanego przez GUS oraz dla lekarzy ze specjalizacją – trzykrotność średniego krajowego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw ogłaszanego przez GUS.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie od lat nieustannie podejmuje starania mające na celu zapewnienie lekarzom i lekarzom dentyistom godnych warunków pracy i płacy, wyrażając wielokrotnie swoje zdanie w sprawie minimalnego wynagrodzenia lekarza w swoich stanowiskach i apelach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia i Parlamentarzystów.

Oczekiwany przez środowiska medyczne wzrost nakładów na system ochrony zdrowia do poziomu 6,8% PKB jest wg WHO najniższym, jaki zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne obywatelom. Obecne nakłady w wysokości 4,4% PKB nie dają możliwości zapewnienia pacjentom skutecznego, opartego na wiedzy medycznej, leczenia w godnych warunkach.

*Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie  
Lek. Katarzyna Turek-Fornelska*

*Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie  
prof. Andrzej Matyja*

### Wzrost czy stagnacja?

● Minister Zdrowia podał do wiadomości publicznej harmonogram przewidywanego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w nadchodzących latach.

Wydatki tak zwanej „Narodowej służby zdrowia”, pokrywane z naszych podatków i dotacji budżetowej, wyniosą w punkcie startu, tj. w 2017 roku, 4,38% PKB. To jest 3. miejsce od końca w Europie.

W kolejnych latach przewiduje się: 2018 rok – 4,58% PKB; 2019 – 4,79%; 2020 – 4,99%; 2021 – 5,19%; 2022 – 5,39%; 2023 – 5,6%; 2024 – 5,8%; 2025 – 6%.

Biorąc pod uwagę wzrost nakładów wielu państw w tym okresie, przepaść między nami znacząco nie zmaleje, a może wzrosnąć.

Niestety, resort nie publikuje przewidywanej w tych latach symulacji wzrostu naszego długu.

### Nakłady na zdrowie w państwach europejskich według OECD

● Publikowany poniżej procent wydatków PKB na zdrowie w państwach europejskich (uwzględniający nakłady budżetowe oraz ponoszone z prywatnych portfeli) przynosi nam 5. miejsce od końca w krajach europejskich.

# Pora na sprzeciw!

## Szanowni Państwo!

W dniu 24 września 2016 roku w Warszawie, z inicjatywy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, odbędzie się wielka manifestacja sprzymierzonych organizacji pracowników medycznych, w sprawie upokarzającego ministerialnego projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników ochrony zdrowia, w żadnej mierze niespełniającego ich oczekiwań.

Będzie to także wyraz sprzeciwu środowisk medycznych wobec kolejnych projektów totalnych reform strukturalnych, destabilizujących i tak marny system, wymagający ewolucyjnej naprawy. Likwidacja NFZ – który wielokrotnie i radykalnie krytykowaliśmy – nie będzie naprawą tego systemu, tylko pogłębieniem chaosu, niestety, raczej kosztownym.

Zdecydowaliśmy się na udzielenie pełnego poparcia dla publicznej formy protestu, zaniepokojeni biernością resortu, w warunkach dramatycznie pogarszającej się sytuacji w ochronie zdrowia, tasiemcowych kolejek, upokarzających płac wielu grup zawodowych w medycynie i narastającego deficytu kadrowego.

Przy okazji trudno mi nie zapytać, czy wykonując jeden z najtrudniejszych zawodów świata, wymagający kilkunastu lat nauki, wciąż będziemy upominać się o porównywalny status materialny z lekarzami innych państw? Czy nasze pielęgniarki, których tak brakuje, muszą szukać zatrudnienia za granicą, by godziwie zarabiać? Czy ratownik medyczny, sądząc po płacach, to rzeczywiście zawód o najniższym społecznym prestiżu? Czy młody lekarz rezydent przed „30” nie ma prawa do założenia rodziny, bo taki mu się status materialny oferuje?

## Szanowni Państwo!

Czego się nie tknąć, budzi wątpliwość, a często i sprzeciw. Koszmarna sprawozdawczość zżerająca czas lekarza na leczenie, angażująca ogromny aparat urzędniczy, dominuje. Wciąż postulowane urealnienie koszyka świadczeń należnych, jako fundament ekonomiczny nakładów, pozostaje w sferze postulatów. Koordynacja systemu inwestycyjnego, uporządkowanie struktur własnościowych, polityki lekowej, likwidacja monopolu ubezpieczeniowego – to kolejna grupa przedsięwzięć. Następna dotyczy kadr, kształcenia podyplomowego, jego kosztów. Dalsza, stopniowego przenoszenia ciężaru leczenia ze szpitali do podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, przywrócenia medycyny szkolnej, nadania opiece paliatywnej odpowiedniej rangi. Lista koniecznych zmian jest ogromna i żadne kosmetyczne poprawki nie zmieniają sytuacji, a jedynie na moment odwrócą uwagę publiczną.

Dlatego zmęczeni stagnacją resortu, w warunkach dynamicznie się zmieniającej rzeczywistości, zdecydowaliśmy się poprzeć akcję OZZL i apelujemy do Państwa o masowy udział w akcji protestacyjnej.

Szanowni Państwo!

Wysyłamy do Was nadzwyczajne wydanie „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” informujące o szczegółach organizacyjnych protestu. Wypowiadają się w nim przedstawiciele wszystkich partii politycznych i liczących się organizacji medycznych. Argumenty są nie do odparcia, a trudno uznać za satysfakcję fakt, że organy samorządu lekarskiego od lat przedstawiają propozycje rozwiązania większości problemów. Niestety, wszystko kończy się na ich wysłuchiwanie i konsekwentnym pozostawianiu przy urzędniczym „widzimi się!”. Tak jest także dzisiaj.

## Dlatego – pora na sprzeciw!

**Formularz zgłoszeniowy, dla członków OIL w Krakowie,**  
zamierzających skorzystać z transportu zbiorowego, znajduje się na stronie internetowej Izby:  
[www.izbalekarska.pl](http://www.izbalekarska.pl)

Dodatkowe telefony kontaktowe:

Kraków	12 619 17 20
Nowy Sącz	18 442 16 47
Krosno	13 432 18 59
Przemyśl	16 678 26 70

Zapisy przyjmujemy do 10 września 2016 roku. Zgłoszenia wyjazdów lekarzy z Nowego Sącza, Krosna i Przemyśla koordynują biura Delegatur.

**Zaproszenie do udziału w manifestacji – na str. 4**

# Chodźcie z nami

W imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy zapraszam wszystkich pracowników opieki zdrowotnej, a szczególnie Was, Koleżanki i Koledzy Lekarze, do udziału w organizowanej w Warszawie manifestacji w dniu 24 września 2016 roku (sobota).

Manifestacja organizowana jest przez Porozumienie Zawodów Medycznych, reprezentujące dziewięć ogólnopolskich związków zawodowych oraz przedstawicieli izb i innych organizacji skupiających wszystkie zawody medyczne.

Domagamy się natychmiastowego wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia do 6,8% PKB (zdefiniowanego przez WHO) oraz poprawy płac pracowników ochrony zdrowia, zgodnie z postulatami Porozumienia Zawodów Medycznych. Dla osiągnięcia tego celu, w wypadku odrzucenia naszych postulatów, przewidujemy eskalację działań protestacyjnych ze strajkiem generalnym w opiece zdrowotnej włącznie.

**Manifestacja rozpocznie się w Warszawie 24 września 2016 roku, w sobotę, o godzinie 12 na Placu Zamkowym. Trasa marszu przebiegać będzie przez Krakowskie Przedmieście, Rondo gen. Charles'a de Gaulle'a i zakończy się na Placu Konstytucji.**

W trakcie manifestacji rozpoczniemy zbieranie podpisów pod obywatelskim projektem ustawy o minimalnych płacach dla pracowników medycznych z uwzględnieniem postulowanych poziomów tych wynagrodzeń, w tym dla lekarzy specjalistów w wysokości trzech średnich krajowych, a dla lekarzy rezydentów dwóch średnich krajowych.

Dla ułatwienia Państwu dotarcia do stolicy, krakowska Izba Lekarska wraz z OZZL przygotowuje transport (mikrobusy z delegatur, autokar z Krakowa), którym można będzie dojechać na manifestację. Dalsze szczegóły na stronach internetowych krakowskiej Izby Lekarskiej i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Na manifestacji nie może zabraknąć lekarzy. **Chodźcie z nami!**

*Piotr Waroła  
przewodniczący Zarządu Regionu Małopolskiego OZZL*

skich. 6,8% PKB zawdzięczamy wyraźnemu udziałowi obywateli (ok. 30%), co bliskie jest rekordowi.

Za nami jest tylko Rumunia (5,6) i państwa nadbałtyckie: Łotwa (5,7), Estonia (5,9) i Litwa (6,7).

A przed nami m.in.: Chorwacja (7,2), Bułgaria (7,4), Cypr (7,4), Czechy (7,5), Węgry (8,0), Słowacja (8,1), Grecja (9,2), Hiszpania (9,3), Anglia (9,3), Portugalia (9,5).

Czołówkę tworzą: Holandia (11,8), Francja (11,6), Niemcy (11,3), Austria (11,1), Dania (11,0), Szwecja (9,6),

Średnia europejska wynosi 8,7% i oddala się od nas.

## Zmora biurokracji NFZ i MZ

● Miło nam poinformować, że prezes Fundacji Watch Health Care, radca prawny związany od lat także z naszą Izbą, mec. Tomasz Pęcherz stoi na czele zespołu przygotowującego raport o absurdach naszej administracji w ochronie zdrowia.

Z wywiadu udzielonego przez T.P. dla „Dziennika. Gazety Prawnej” wynika, że zmorą ochrony zdrowia jest sprawozdawczość

dla ogromnej liczby instytucji (48 – m.in. MZ, NFZ, sanepid, PFRON, GUS, Urząd Marszałkowski, inny organ założycielski). Przykładem często dublowana przez lekarzy, którzy się zetknęli z pacjentem, mnożona w nieskończoność historia choroby. Generalnie panuje totalna nadregulacja, którą próbuje się objąć każdą czynność. Jako alibi stosuje się wyssane z palca wymogi unijne. Większość zbieranych danych idzie na makulaturę, nie jest nawet czytana przez instytucje kontrolujące.

## Jubileusze i konferencje w pierwszej dekadzie września

● W pierwszych tygodniach września odbędą się wydarzenia, na które chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę:

**Jubileusz 140-lecia Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie.** Uroczystość upamiętniająca rozpocznie się 3 września br. (w sobotę) o godz. 10 w Teatrze im. J. Słowackiego. Obchodom towarzyszyć będzie konferencja naukowa. W części artystycznej wystąpi Grzegorz Turnau. W niedzielę Szpital zaprasza do udziału w pikniku

rodzinnym (w godz. 11-16), organizowanym w Parku Strzeleckim.

● **V Międzynarodowa Konferencja „Kompleksowa terapia dyskracji plazmocytowych w 2016 roku”** organizowana przez Katedrę Hematologii CM UJ oraz Fundację Centrum Leczenia Szpiczaka, odbędzie się 3 września o godz. 15 w hotelu Pod Różą.

Wieczorem, tegoż dnia organizatorzy (dr Artur Jurczyszyn i prof. Aleksander B. Skotnicki) zapraszają na spotkanie towarzyskie w Muzeum Narodowym w Sukienicach. Początek o godz. 19.30.

● **Doroczny Światowy Kongres Stomatologiczny FDI**, organizowany po raz 104. (pierwszy raz w Polsce), odbędzie się w dniach 7-10 września br. w Poznaniu z udziałem ok. 12 000 osób ze 130 krajów.

● **XII Krakowskie Dni Dializoterapii** odbędą się w dniach 8-10 września br. Ich organizatorem jest Fundacja Amicis Renis. Uroczystość otwarcia nastąpi w Starej Zajezdni na Kazimierzu o godz. 18.

Natomiast wykłady i warsztaty będą się odbywały w Nowohuckim Centrum Kultury. Spodziewany jest udział przeszło 1000 uczestników wszystkich specjalności zaangażowanych w dializoterapię.

● **Ogólnopolska Konferencja nt. „Nowości w Ginekologii Onkologicznej;”** organizowana przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie i Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, odbędzie się w dniach 15-16 września br. w Hotelu Qubus w Krakowie. Podczas konferencji przewidziane jest pożegnanie przechodzącego na emeryturę, wieloletniego kierownika Katedry i Kliniki Ginekologii prof. Antoniego Basty.

● **Uroczyste wręczenie prawa wykonywania zawodu** tegorocznym absolwentom studiów medycznych odbędzie się w auli PWST, w dniu 5 września (poniedziałek), o godz. 12. Zapraszamy, jak zwykle, rodziców młodych lekarzy (w miarę wolnych miejsc).

● **Obchody XXV-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych.** 8 września, o godz. 10.00. Teatr im. J. Słowackiego.

### Zmarł kardynał Franciszek Macharski

Zmarł ks. kardynał Franciszek Macharski, b. metropolita krakowski (1979-2005). Urodzony w 1927 r. w rodzinie kupieckiej, w 1950 r. przyjął święcenia kapłańskie, od 1979 r. biskup, dr nauk teologicznych.

Przyczynił się do powstania ustawy regulującej stosunki państwa z Kościołem; w 1981 r., natychmiast po wprowadzeniu stanu wojennego, zał. Komitet Pomocy Internowanym; patronował wielu akcjom charytatywnym.

Przyjaciół środowiska lekarskiego, człowiek ogromnej skromności, dobroci, z wielkim sercem, empatią do bliźnich, obdarzony autoironicznym poczuciem humoru.

W przeddzień śmierci, w czasie Świątowych Dni Młodzieży w Krakowie, odwiedzony i pobłogosławiony przez papieża Franciszka. Pochowany w Katedrze Wawelskiej.



Zdj. z archiwum Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

## Egzamin zdany celująco!

Można by żartobliwie stwierdzić, że na ostatni tydzień lipca światowa stolica chrześcijaństwa została przeniesiona z Rzymu do Krakowa. Nawet okno papieskie zostało otwarte wieczorem, ku radości młodych pielgrzymów. I ukazał się w nim ktoś niesłychanie bliski ideałom młodego pokolenia.

Nie ma wątpliwości, że media przstraszyły krakowian wizją chaosu komunikacyjnego. Podobno miasto opuściło ok. 300 tys. mieszkańców, a więc jedna trzecia. Ale klimat wokół Dni uległ radykalnej zmianie, gdy na ulicach zaczęły dominować młode, roześmiane twarze, dalekie od wizerunku ogolonych łbów rodzimego chowu. Dni zyskały powszechną aprobatę, także wśród wcześniejszych sceptyków.

Z punktu widzenia promocji Polski, jej obecności na mapie świata, Dni Młodzieży zapadły w pamięć milionowej rzeszy przybyszów ze wszystkich kontynentów. I pozostaną tam na lata. Jeśli więc ktoś wątpił w sens ich organizacji, ponoszenia kosztów, niech uzna swój błąd. I nie będzie to tylko epizod z telewizyjnych serwisów informacyjnych, jak chcieliby niektórzy politycy.

Dla służb medycznych był to niezwykły sprawdzian. Według informacji udzielonej mediom przez wiceministra zdrowia Marka Tombarzewicza, podczas Świątowych Dni Młodzieży pomocy medycznej udzielono 23 tysiącom osób. W niedzielę, 31 sierpnia, do lekarzy zgłosiło się ok. 7 tys. osób, z czego 5,6 tys. to byli pielgrzymi. – Główny ciężar (ok. 6 tys. pielgrzymów) spoczął na barkach krakowskich lekarzy i pielęgniarek – poinformowała dr Małgorzata Popławska, od początku przygotowań kierująca merytorycznie i kompetentnie całością akcji.

Wzięło w niej udział ok. 3,5 tysiąca lekarzy, pielęgniarek i ratowników. Na ich wyposażenie złożyły się m.in. 123 karetki pogotowia SDM oraz 166 karet PRM, 20 ambulansów wojskowych, 17 namiotów szpitalnych, 17 patroli na quadach i blisko 500 patroli pieszych, kilka helikopterów. W Krakowie wszystkie szpitale całonocowo pozostawały w gotowości. Reasumując, nigdy nasza służba medyczna na tak długi okres, przeszło tygodnia, nie była obciążona takim zadaniem, z którego zresztą wywiązała się celująco.

Na szczęście żaden incydent terrorystyczny, czego obawiali się wszyscy, nie miał miejsca. Polska, w swojej jednorodności etnicznej, stanowi zresztą rzeczywiście „zieloną wyspę”. A w Świątowych Dniach Młodzieży bierze udział ten rodzaj młodzieży, która jest nadzieją świata, a nie zagrożeniem dla jego istnienia.

Kraków wypadł w te Dni godnie. Czy Brzegi były mu pomocne, czy nie wystarczyłyby Błonia, nie ma już sensu rozważać. Wszystko się udało. A przy okazji miasto wypiękniało, tyle chodników naprawiono, tyle latarni odmalowano, tyle trawników uporządkowano. Jakże byłoby pięknie, gdyby ten stan mógł trwać...

Stefan Cieplý

# Sonda GGL



## Zatoczyliśmy wielkie koło

Kiedy upadła „komuna”, wszyscy mieliśmy nadzieję na stopniowe uporządkowanie poszczególnych dziedzin naszego życia społecznego. I faktycznie, krok po kroku w wielu dziedzinach nastąpiły oczekiwane zmiany. Dzisiaj nikogo już nie dziwi swoboda podróżowania, wymiennalność złotówka, wolne wybory, swoboda gospodarcza, pełne półki w sklepach, wolność prasy i zgromadzeń. Jest jednak dziedzina, w której czas... nie to że się zatrzymał, ale jakby kręcił się w kółko albo trzepotał z miejsca na miejsce. Próbowujemy coś zmienić, robimy pierwsze kroki i zaraz potem zawracamy, wycofujemy się, aby znowu wrócić do tego, co jeszcze niedawno tak ostro krytykowaliśmy. Tą dziedziną jest publiczna ochrona zdrowia.

Przedstawiona niedawno rządowa propozycja jej reformy jest kolejnym już przykładem takiego trzepotania się. Planowane zmiany stanowią w dużej mierze powrót do budżetowej służby zdrowia, jaką znamy z okresu PRL i – chociaż autorzy reformy oburzają się na takie stwierdzenie – wydaje się, że głównym ich celem jest zmniejszenie potencjału publicznej opieki zdrowotnej. Stanie się tak, gdy szpitale przestaną być finansowane za wykonane świadczenia, a zamiast tego otrzymają określone budżety. Nie będą miały wówczas motywacji do zwiększania liczby świadczeń, z czasem stracą też do tego zdolność. Efekt ten wzmocni planowana sieć szpitali, która ograniczy ich liczbę i wyrzuci poza nawias placówki prywatne. Jeśli wprowadzi się do tego lekarza rodzinnego z budżetem, zmuszonego do wydawania ograniczonej ilości skierowań do specjalisty, to również „potencjał” AOS ulegnie zmniejszeniu. Tak działająca służba zdrowia szybko zmniejszy podaż świadczeń zdrowotnych. Korzyść dla rządzących będzie taka, że zmniejszy się także liczba świadczeń koniecznych do sfinansowania. Okaze się nagle, że te obecne nakłady nie są wcale takie małe i może w ogóle nie trzeba ich podwyższać. Tylko chorym będzie coraz trudniej.

Taką ocenę proponowanej przez rząd reformy narzucają dwa istotne fakty. Oto minister zdrowia, zapowiadając zwiększenie nakładów na publiczne leczenie, stwierdził, że obiecywany przez rząd poziom 6% PKB zostanie osiągnięty za 10 lat, kiedy nie wiadomo, kto ten rząd będzie tworzył, a przez najbliższe trzy lata kadencji obecnego rządu nakłady będą nawet mniejsze niż obecnie. Spójnie z powyższą zapowiedzią zabrzmiała inna, dotycząca płac w publicznej ochro-

nie zdrowia. Przedstawiony przez ministra projekt ustawy o minimalnych płacach w podmiotach leczniczych przewiduje ich wzrost (nawiasem mówiąc b. niewielki) – za 5 lat, a do tego czasu – zamrożenie wynagrodzeń na obecnym, niekiedy skrajnie niskim poziomie.

Nic dziwnego, że obie propozycje zostały przyjęte z rozczarowaniem i oburzeniem przez związki zawodowe i inne organizacje skupiające pracowników medycznych. Wszyscy poczuli bowiem, że odbierana jest im – po raz kolejny – nadzieja na poprawę ich sytuacji drogą „pokojową”. Znowu konieczne będą strajki, niepokoje, protesty, aby „wyrwać” cokolwiek od dyrektorów szpitali. Znowu oskarży się ich o brak zawodowej etyki, o „pazerność”, o traktowanie chorych jak zakładników, a i tak sytuacja niewiele się poprawi. Stąd pomysł i decyzja tych związków i innych organizacji, aby połączyć swoje siły i wspólnie jako Porozumienie Zawodów Medycznych upomnieć się o dwie najważniejsze sprawy: natychmiastowe zwiększenie nakładów na publiczną ochronę zdrowia do poziomu przynajmniej 6,8 % PKB (poziom wskazywany przez WHO) i natychmiastowe, istotne zwiększenie płac wszystkich zawodów medycznych. Pod takimi właśnie hasłami odbędzie się wielka manifestacja pracowników medycznych w dniu 24 września w Warszawie. Będą na niej przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych. Nie może zabraknąć na niej także wielkiej liczby lekarzy.

*Krzysztof Bukiel  
przewodniczący Zarządu Krajowego OZZL*



## Im więcej się odstania, tym większą wieje grozą

Początkowo dość ogólnie sformułowany program zmian w ochronie zdrowia stopniowo się konkretyzuje. Minister zdrowia coraz odważniej przedstawia swoje plany, a im więcej odstania, tym większą grozą wieje.

Z końcem lipca Ministerstwo Zdrowia ogłosiło dokument „Narodowa Służba Zdrowia – Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”. Już sama niefortunnie dobrana nazwa programu zmusza do postawienia szeregu pytań. Co oznacza przymiotnik „narodowa”? Przecież w dokumentach rządowych słowa powinny coś znaczyć, nie może być mowy o przypadkowości. Czy ma być to służba zdrowia dla narodu polskiego, czy też pracownicy służby zdrowia będą narodowości polskiej. O co tu chodzi? Jak wynika z niektórych zapisów w dalszej części programu, chodzi o służbę zdrowia dla polskich obywateli, czyli obywateli Państwa Polskiego. W takiej sytuacji właściwszym byłoby określenie „państwowa”, a nie „narodowa”. Nie będę się już pastwił nad rzeczownikiem „służba”. Przejdźmy do treści.

Pierwsza część tekstu zaopatrzona podtytułem „Podstawy obecnego systemu opieki zdrowotnej” ma być krótką diagnozą stanu obecnego. Niestety, dawno już nie czytałem tak błędnej i powierzchownej diagnozy obecnego funkcjonującego systemu, którego notabene nie jestem fanem. W drugim zdaniu autorzy piszą, że zmiana wprowadzająca model ubezpieczeniowy w roku 1999 oparta była na konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi.

To nieprawda. Głównymi celami wprowadzonej reformy było uniezależnienie wielkości nakładów na ochronę zdrowia od trudnych i niekorzystnych dla ochrony zdrowia meandrów polityki budżetowej. Od tego roku wielkość środków na ochronę zdrowia gromadzonych w formie składki zdrowotnej związana była z dochodami ludności, co zapewniło stały systematyczny wzrost nakładów. Poprzednio corocznie mieliśmy do czynienia ze swoistym tańcem wokół budżetu państwa, w którym to tańcu minister zdrowia najczęściej dostawał kosa i musiał brać i dzielić to, co „dał” minister finansów. Drugim fundamentem reform była zmiana sposobu finansowania zakładów opieki zdrowotnej. Zamiast przekazywania budżetu na działalność placówki, pieniądze zaczęły płynąć za pacjentem, czyli zakłady opieki zdrowotnej otrzymywały pieniądze po wykonaniu pacjentowi świadczenia zdrowotnego, a ich budżet uzależniony był od ilości wykonanych świadczeń.

W trzecim zdaniu mowa jest o tym, że szpitale (w rzeczywistości nie tylko szpitale) zostały przekazane jednostkom samorządu terytorialnego. Tak, ale to nie ta reforma. Przekazanie zakładów opieki zdrowotnej samorządom było skutkiem reformy samorządowej, a nie reformy służby zdrowia. W dalszej części tego zdania autorzy stwierdzają, że jedną z cech reformy była różnorodność zasad organizacji opieki zdrowotnej w różnych kasach chorych. Też nieprawda. W tym czasie organizację placówek ochrony zdrowia regulowała Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej obowiązująca w całej Polsce. Kasy chorych nie miały żadnego wpływu na organizację tych zakładów, a o tym, którą z możliwych form organizacyjnych wybrać, decydował właściciel czyli głównie jednostki samorządu terytorialnego (tj. gminy, miasta, powiaty itd.).

Nie będę dalej omawiał tej części dokumentu, dodam tylko, że w jego końcowej części znajdują się już tylko same nieprawdy. Niedobrze jest, że tak fałszywa diagnoza stała się podstawą do formułowania propozycji zmian, bo czy fałszywa diagnoza może być podstawą prawidłowego leczenia?

Trudno być optymistą, wczytując się w propozycje zmian. Nie będę w tej krótkiej wypowiedzi szerzej ich omawiał, bo powstałby z tego tęgi referat. Zaznaczę tylko, że przeniesienie pieniędzy do wojewody to nie jest dobre rozwiązanie, budżetowanie szpitali – to bardzo niedobre rozwiązanie, preferowanie kompleksowych, wielospecjalistycznych placówek, co skutkuje rekonstrukcją ZOZ-ów – to niedobre rozwiązanie, istotne przesunięcie pieniędzy do szpitali klinicznych – to niedobre rozwiązanie...

Obyśmy tylko zdrowi byli!!!

*Andrzej Sośnierz  
poseł na Sejm – PiS  
b. prezes NFZ*



## Centralizacja – zagrożeniem?

Przedstawiony przez ministra Konstantego Radziwiłła pięciopunktowy plan reformy opieki zdrowotnej zapowiada daleko idące zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia. Zmiany będą dotyczyć m.in. zasad dostępu do opieki, zarządzania i finansowania systemu, sposobu wynagradzania świadczeniodawców, planowania zasobów szpitalnych oraz organizacji podstawowej opieki zdrowotnej. Do 2025 r. publiczne nakłady na zdrowie mają osiągnąć poziom 6% PKB. Istotnym elementem planu jest też integracja systemu zdrowia publicznego i powołanie Urzędu Zdrowia Publicznego.

Zmiany mają być radykalne, a ich rezultatem będzie przebudowa systemu. Czy spełnią one oczekiwania głównych interesariuszy, a więc pacjentów, pracowników służby zdrowia, menedżerów, organizacji pozarządowych działających w ochronie zdrowia, samorządów lokalnych itd. pokaże przyszłość. Dzisiejsza ocena planu jest utrudniona przede wszystkim z powodu jego słabości. Nie zostały bowiem przedstawione ani uszczegółowione założenia, ani wyliczenia dotyczące poszczególnych obszarów zmian. Mamy jedynie zapewnienia, że prace w ministerstwie są bardzo zaawansowane. Istotną wadą jest też brak określenia celów i wskaźników, jakie dzięki reformie mają być osiągnięte.

Można odnieść wrażenie, że plan jest spóźniony o kilkanaście miesięcy i bardziej przypomina manifest wyborczy niż poważną i przemyślaną w szczegółach strategię, jakiej należało oczekiwać po 9 miesiącach rządzenia. Biorąc pod uwagę powyższe zastrzeżenia, można jednak pozwolić sobie na wstępną ocenę przynajmniej niektórych elementów.

Na pozytywną ocenę zasługuje bez wątpienia postulat objęcia prawem do opieki zdrowotnej wszystkich obywateli mieszkających na terenie kraju, niezależnie od ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo takie mają już dzieci do 18 r. ż. oraz kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu. Jednak, żeby tę zmianę wprowadzić, nie trzeba likwidować NFZ. Słuszny jest również pomysł utworzenia sieci szpitali i określenia ich referencyjności. Brakuje tu jednak szczegółów. Trudno też krytykować wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej i dążenie do lepszej koordynacji opieki. Jednak nadmierne obciążanie kolejnymi zadaniami lekarzy rodzinnych może prowadzić do skutków odwrotnych od zamierzonych. Ograniczanie się w opiece podstawowej do lekarzy i pielęgniarek wydaje się zbyt zachowawcze. Konieczne zwiększenie finansowania przez ministra finansów projektu ustawy, może niestety pozostać w sferze życzeń. Warto zauważyć, że zarysowana perspektywa czasowa wydaje się dość umiarkowana.

Jednak najważniejszym punktem planowanej reformy jest likwidacja NFZ, powrót do finansowania budżetowego

8 oraz jeszcze większa centralizacja systemu. Te zapowiedzi będą największe kontrowersje, a ich realizacja może wręcz pogorszyć funkcjonowanie służby zdrowia. Takie opinie są dzisiaj przeważające, a rząd nie przedstawił dotąd poważnych argumentów uzasadniających zmianę. Można jedynie mieć nadzieję, że przedstawienie w najbliższym czasie szczegółowych założeń planu otworzy szeroką debatę publiczną, a wynikające z niej wnioski zostaną przez rządzących wzięte pod uwagę. W przeciwnym przypadku cena polityczna forsowania zmian za wszelką cenę może być wysoka.

*Marek Balicki*

*b. Minister Zdrowia, czł. Narodowej Rady Rozwoju*



## Lekarze i pacjenci chcą ewolucji, a nie rewolucji

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił długo oczekiwane przez środowisko medyczne założenia reformy ochrony zdrowia w Polsce. Po kilku miesiącach prac Rządu zamiast konkretnych propozycji i projektów aktów prawnych mam listę pobożnych życzeń, które nie porywają, nie przekonują i nie gwarantują efektywnej reformy ochrony zdrowia.

Odnosząc się do poszczególnych założeń należy stwierdzić:

1. Utworzenie wojewódzkich urzędów zdrowia zamiast wojewódzkich oddziałów NFZ nie poprawi bytu pacjentom i środowisku medycznemu. Już kiedyś przerabialiśmy zmianę kas chorych na NFZ i poza zmianą szyldu i pieczętek niewiele się zmieniło. Wszystko wskazuje na to, iż tym razem skończy się także na zmianie nazewnictwa publicznego płatnika, który przecież i tak musi istnieć.

2. Powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych, w tym dla osób nieubezpieczonych to „studnia bez dna” oraz niesprawiedliwe rozwiązania dla tych, którzy opłacają składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jak mamy zwiększyć ściągalność składek zdrowotnych, a przez to nakłady na ochronę zdrowia, gdy nieubezpieczeni zostaną zrównani w prawach z osobami ubezpieczonymi?

3. Koncepcja premiowania opieki specjalistycznej przy szpitalach kosztem dyskryminowania przychodni specjalistycznych w małych miejscowościach, gdzie nie ma szpitala, znacząco utrudni życie obywatelom i zamiast poprawić dostępność wręcz ją jeszcze bardziej utrudni, a chyba nie o to chodzi ministrowi zdrowia.

4. Perspektywa wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia, dzięki wprowadzonej reformie do 6% PKB w 2025 roku to niedorzeczność. Czy tyle lat oczekiwania na mgliste efekty tej reformy przekona lekarzy rezydentów, lekarzy POZ i specjalistów, pielęgniarki oraz pacjentów? Wszyscy użytkownicy systemu ochrony zdrowia oczekują jak najszybszych zmian, a nie obiecywania gruszek na wierzbie. Jak minister

przekona środowisko medyczne i pacjentów, że będzie lepiej ale dopiero w 2025 roku?. Jak minister uzyska ten wzrost nakładów bez uszczelnienia systemu i odważnych decyzji – czy kosztem samorządów, które zmusza się do dosypywania własnych środków do ochrony zdrowia?

Odpowiedzialność za zdrowie Polaków wymaga uczciwego stawiania sprawy i proponowania realnych reform, które coś zmieniają na lepsze, a nie będą tylko „sztuką dla sztuki”. Środowisko lekarskie i pacjenci są już zmęczeni reformami. Chcą stabilności i spokoju, a nie kolejnych „rewolucji”, tylko ewolucji dotychczasowych rozwiązań. Nie chcą cofać się do początku lat 90. ubiegłego wieku, lecz chcą udoskonalenia tego co przez 25 lat udało się osiągnąć polskiej ochronie zdrowia. Przechodziliśmy tę drogę wspólnie przez ostatnie ćwierćwiecze różnych rządów i choć była ona kręta niesie bagaż naszych unikalnych doświadczeń i osiągnięć, których nie sposób w jednej chwili pominąć.

Jeśli brak jest pomysłów, zapraszam do skorzystania z koncepcji reformy wypracowanej przez PSL z udziałem środowiska medycznego, pacjentów oraz samorządów. „Pakt dla Zdrowia” dostępny jest na stronie [www.psl.org.pl](http://www.psl.org.pl)

*Władysław Kosiniak-Kamysz*  
*Prezes PSL*



## Medycyna musi być nowoczesna

To nie slogan, to oczywistość – medycyna musi być nowoczesna, bo to ona w znacznym stopniu decyduje o naszym samopoczuciu. Jeśli więc z badań międzynarodowych wynika, że wskaźnik zadowolenia z życia sytuuje nas poniżej miejsca (na 60, ze 159 krajów) wynikającego z poziomu dochodu narodowego, to warto politykom odpowiedzieć, że ich szanse na ponowny wybór w znacznym stopniu uzależnione są od uwagi, jaką poświęcą kreowaniu systemu ochrony zdrowia. I nie wystarczy obudzić się przed wyborami.

Jeśli wziąć za przykład kraje, w których organizację medycyny uważa się za modelową (np. Holandię czy Danię), to drogą prowadzącą do racjonalnych wydatków i najlepszych wskaźników epidemiologicznych nie jest, ani system wolnorynkowy, ani budżetowy. Jest system mieszany! Umiejętnie, inteligentnie dostosowany do obyczajowości społeczeństwa. Jeśli więc w Polsce najwyższym prestiżem cieszy się szpitalnictwo, to mimo ekonomicznych walorów leczenia przez lekarza rodzinnego, musimy zwolna, a nie rewolucyjnie dokonywać w tym zakresie zmian.

Przyznam się, że wolałem Konstantego Radziwiłła jako prezesa czy sekretarza NRL, niż jako Ministra. W tej drugiej roli jakby zatracił osobowość.



Tymczasem nowoczesna medycyna – i nie ma tu miejsca na pudrowanie sytuacji – wymaga wzrostu transparentności w kreowaniu nie tylko wydatków, ale i dochodów. To, jak się wydaje, wszyscy wiemy. Ale nic nie robimy, by zmienić sytuację, w której znacząca część społeczeństwa nie ponosi de facto żadnych kosztów ochrony zdrowia. W ogóle, w tym zakresie wszelkie uprzywilejowania są *n i e m o r a l n e*.

Nowoczesna medycyna to także zielone światło dla cyfryzacji opanowującej świat. I to doprawdy ponura konstatacja, że w liczącym 38 mln obywateli społeczeństwie, nie potrafimy stworzyć systemu elektronicznej rejestracji usług medycznych, który pozwoliłby wreszcie na indywidualną kartotekę zdrowia każdego obywatela. Szkoda, że w projektach Ministra w ogóle się na ten temat milczy, choć tu akurat znajdują się wielkie rezerwy.

O potrzebie sformułowania realnego koszyka świadczeń i ich wyceny, stworzeniu wachlarza ubezpieczeń, dostosowaniu systemu do zmian demograficznych, wytworzeniu nawyków współodpowiedzialności za własne zdrowie u obywateli i paru (ale tylko paru) innych kwestiach, trzeba w końcu zdecydować. I nie przykrywać ich kołdrą puchową, z której wokół sypie się pierze, a w rezultacie nic nie widać. To właśnie, niestety, stanowi zawartość proponowanych zmian, które żadnej zmiany, moim zdaniem, nie przyniosą. Dlatego pora na sprzeciw.

*Andrzej Matyja  
Prezes ORL w Krakowie*



## Propaganda sukcesu

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił projekt, koncepcję zmian w służbie zdrowia. Samo słowo „służba” w polskim społeczeństwie źle się kojarzy, zawsze traktowana była po macoszemu, chyba że o to właśnie ma chodzić. Ogólnikowość zaprezentowanych propozycji jest tak szeroka, że bardzo trudno o merytoryczną dyskusję, a łatwo o polityczną. Pacjent już to wielokrotnie odczuł, gdyż diabeł tkwi w szczegółach, a one mogą być różne, wręcz skrajnie. Tymczasem zdrowie jest najwyższą wartością każdego z nas i nie powinno być przedmiotem politycznych sporów.

Niestety z przykrością należy stwierdzić, że pan Minister z nikim z interesariuszy swoich koncepcji nie konsultował. Natomiast upolitycznił rzecz do maksimum, zapomniał przy tym o pacjencie, który powinien być w centrum zainteresowania, niezależnie od systemu. Natomiast tak silna centralizacja, jaką proponuje, z jednoosobową polityczną odpowiedzialnością za funkcjonowanie opieki zdrowotnej, w żadnym kraju się nie sprawdziła.

Likwidacja NFZ jest realizacją programu wyborczego PIS, jest decyzją polityczną, w praktyce papierową i kosztochłonną, niewnoszącą nic nowego do systemu zarządzania, w którym pacjent dalej będzie niechciany elementem.

Bardziej efektywne wykorzystanie środków przy równoczesnym wzroście nakładów jest natychmiastową koniecznością, nie rozłożoną na tak odległy czas. Zagraża to, wg WHO, bezpieczeństwu zdrowotnemu obywatela. Europa nam ucieka i trudno w tej chwili określić poziom finansowy, który będzie uznany za bezpieczny w roku 2025. Być może, że będzie on jeszcze bardziej oddalony, gdy będziemy realizować koncepcję Ministra Radziwiłła (6% PKB). Musimy znaleźć racjonalny sposób wygoszparowania koniecznych środków w budżecie Państwa, wprowadzając dyscyplinę wydatków publicznych. Tymczasem dotychczasowe działania są odwrotne, przykładem wzrost płac w Kancelarii Premiera czy też 500+ dla bogatych Polaków.

Cała koncepcja naprawy systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju oparta jest na fikcji, a nie faktach. Wszystko w imię propagandy sukcesu. Z pominięciem wiarygodnych danych, z zaniechaniem polityki zdrowotnej poprawiającej dostępność do nowoczesnej opieki medycznej. W rezultacie szybko nastąpi konieczność wprowadzania kolejnych zmian.

Utrzymane na tym samym poziomie każdego roku nakłady na opiekę zdrowotną w naszym kraju, przy równoczesnym wzroście liczby jej wymagających, ze względu na starzenie się społeczeństwa (demografia), musi pogorszyć dla całej populacji dostępność świadczeń. Ubezpieczenie zdrowotne nie jest szczególnie lubiane przez Ministra, a przecież motywuje ludzi do aktywności zawodowej. Przekonanie, że bezdomny czy nieubezpieczony nie chodzi do lekarza jest fałszywe.

Tymczasem sensem proponowanej reformy nie jest szukanie dodatkowych środków dla systemu, bez których nic się nie zmieni. Wręcz odwrotnie pogłębi się chaos, którego nie wyeliminuje jednoosobowe zarządzanie systemem przez Ministra. Także oparcie całokształtu opieki zdrowotnej na POZ, nieprzygotowanym kadrowo, tylko pogłębi kryzys systemu.

Tak naprawdę program Ministra to przede wszystkim manifest polityczny, w którym nie porusza się żadnego istotnego problemu, z jakim od lat boryka się opieka zdrowotna w naszym kraju. Nie usłyszałam, w jaki sposób Minister chce zlikwidować kolejki do leczenia. Jak chce zrównoważyć nakłady z tak szerokim koszykiem świadczeń gwarantowanych. Jak poprawić żenująco niskie wynagrodzenia personelu medycznego. Jak zlikwidować pogłębiający się deficyt kadr medycznych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. Co zrobić, by młodzi, świetnie wykształceni lekarze nie musieli szukać zatrudnienia poza Polską? Co zrobić, by szpitale przestały się zadłużać? W jaki sposób doprowadzić do sprawiedliwego obciążenia obywateli ciężarem utrzymania publicznej ochrony zdrowia, gdyż dzisiaj znaczna część Polaków nie płaci ubezpieczenia zdrowotnego, a korzysta z opieki medycznej. Tych problemów jest znacznie więcej, ale Minister je przemilczał.

Mamy zatem kolejną pseudoreformę, polegającą głównie na zmianie nazw, sztyków, stanowisk i mnożeniu nowych biurokratycznych struktur.

*Kamila Gasiuk-Pihowicz  
Posłanka na Sejm – Nowoczesna*

## Uwagi do programu medycznego Ministra Zdrowia w zakresie stomatologii



Nowe zarządzenie 57/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 29 czerwca 2016 r. zmienia nieco dotychczasowe zasady zawierania umów z lekarzami w rodzaju „leczenie stomatologiczne”. Nie ma już etatu przeliczeniowego, nie ma też zapisów dotyczących kontraktowania świadczeń w odniesieniu do jednego lekarza (nie mniej niż pół etatu, a nie więcej niż 1 etat). Jest to szczególnie korzystne dla lekarzy pracujących w jednostkach uczelni medycznych.

Ogromnym osiągnięciem jest współczynnik korygujący w stosunku do leczenia dzieci 1,2 wyceny punktowej. W moim przekonaniu jest on w dalszym ciągu zbyt niski. Warto by rozważyć umożliwienie przyjmowania dzieci lekarzom posiadającym kontrakt ogólnostomatologiczny, ponieważ dzisiaj przy dwóch kontraktach (ogólnym i dziecięcym) takiej możliwości brak.

Nie uwzględniono w planach Ministra Zdrowia wyceny świadczeń przez płatnika. Kontrakty trwają 3,5 roku, a wycena na ten okres jest jedna. Nie uwzględnia zmian cen mediów, a przede wszystkim materiałów (ogromna ich większość jest kupowana w strefie euro, a cena tej waluty nie stoi w miejscu). Wycena usług specjalistycznych jest identyczna, a czasem niższa od ogólnostomatologicznych. Jest to sytuacja kuriozalna.

Kolejny nieruszony problem to 15 tys. punktów w produkcie ogólnym. Przy pewnym etacie na przyjęcie pacjenta pozostaje około 5 min wraz z jego wejściem i wyjściem, nie mówiąc o wypełnieniu dokumentacji. Zgoła inaczej wygląda to w zakresie protetyki i ortodoncji. Tam kontrakt można wykonać w 2 tygodnie.

Uważam również, że czas najwyższy weryfikować jakość usług. Pacjenci krążą po przychodniach np. z usuniętą częścią zęba, za którą lekarz naliczył sobie punkty, a ten, który po nim poprawiał, punktów już nie dostał.

Nierozwiązana jest również kwestia koszyka świadczeń stomatologicznych. Dotyczy to przede wszystkim jatrogennych protez osiadających, leczenia endodontycznego czy używalności materiałów ważonych. (Pominałem tu problemy uczelni medycznych – dostęp studenta do pacjenta czy kształcenie ogólnoakademickie).

W mojej ocenie konieczne jest powołanie poważnego zespołu specjalistów, który przeanalizowałby obecną sytuację w stomatologii, i który by zaproponował Ministrowi wspólczesne i przystające do rzeczywistości nowe rozwiązania.

*Prof. Marek Ziętek  
Rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*

## Zmiana dla zmiany, za którą nie ma z czego zapłacić!



System ochrony zdrowia w Polsce wymaga naprawy. Ale naprawy ewolucyjnej. I nie dlatego, że zmieniła się w Polsce polityczna władza. Wynikającej z naturalnego faktu, że jest czymś oczywistym iż po 18 latach od reformy zapoczątkowanej przez Rząd premiera Jerzego Buzka potrzeba korekty, wynikającej z doświadczeń minionego czasu. Również przeobrażenia cywilizacyjne oraz perspektywa reagowania na efekty nadchodzącego niżu demograficznego stanowią przyczynek do podjęcia zmian systemowych. Lecz ewolucyjnych, a nie rewolucyjnych, burzących dotychczasowe dokonania okresu transformacji w Polsce i przywracających rozwiązania, które się nie sprawdziły w czasach, słusznie minionych (jak chociażby centralizacja systemu, odejście od konstytucyjnej zasady pomocniczości czy też gnębienie prywatnych podmiotów leczniczych).

Integracja zarządzania opieką zdrowotną w rękach ministra oznaczać będzie powrót do centralnego sterowania i patologiczną sytuację, kiedy tenże minister będzie sam: planował działania systemu ochrony zdrowia, realizował je, a w końcu sam się kontrolował i oceniał!

Plan działań zaproponowany przez Pana Ministra Konstantego Radziwiłła, a nazwany Narodową Służbą Zdrowia, jest niestety w kwestiach strategicznych, wyłącznie zmianą dla samej zmiany, która dobrą nie będzie. Dodatkowo nie wiadomo skąd miałyby się znaleźć pieniądze na jego realizację.

Bo najślabszym elementem planu Pana Ministra są kwestie finansowe. Po pierwsze błędne jest odkładanie w czasie zwiększenia nakładów na działanie systemu ochrony zdrowia. 6 proc. PKB potrzebne jest systemowi już dzisiaj, a zmiany demograficzne spowodują, iż w połowie lat dwudziestych będzie ich potrzeba o wiele więcej. Rolowanie procesu zwiększania środków na leczenie Polaków oznaczać będzie, że w przyszłości wzrost nakładów będzie musiał być skokowy. Minister Radziwiłł jest w szachu, bowiem kłopoty finansowe związane m.in. z realizacją programu 500+, obniżeniem wieku emerytalnego czy podniesieniem kwoty wolnej od podatku nie pozostawiają złudzeń. Na znaczące zwiększenie nakładów na system ochrony zdrowia budżetu państwa stać nie będzie.

Chyba, że zapłacimy za to sami, jako podatnicy, na co się zresztą zapowiada. Wyraźnie trzeba to powiedzieć, że propozycje resortu oznaczają podwyższenie obciążeń podatkowych Polaków o 7,75 proc., bowiem likwidowana ma być ulga w PIT z tytułu opłacania składki zdrowotnej.

Kolejny pomysł, na który nie stać dziś państwa, to odejście od systemu ubezpieczenia zdrowotnego, na rzecz prawa do świadczeń dla wszystkich „potrzebujących obywateli stale zamieszkałych w Polsce i innych mających legalne prawo pobytu

w Polsce". Czyli, parafrazując powiedzenie z czasów PRL, „czy się stoi i czy się leży, ubezpieczenie się należy!”.

Nie przyniesie żadnej wartości dodanej likwidacja narodowego płatnika i powrót do systemu budżetowego. Utworzenie w miejsce NFZ – Państwowego Funduszu Celowego ma, tu – kolejny cytat z propozycji resortu „zapewnić racjonalne wydatkowanie środków publicznych przez Ministra Zdrowia”. Ten pomysł to przejaw tęsknoty za Arkadią, oderwanie od bieżącej sytuacji budżetu, dowód braku zaufania do obywateli, wynikający z przekonania, że tylko minister zapewnia racjonalność wydatków publicznych.

Gwoli sprawiedliwości, część propozycji resortu zdrowia zasługuje na poparcie, np. uregulowanie kwestii roli POZ, jako koordynatora procesu leczenia pacjenta, integracja działań dotyczących profilaktyki, skoordynowanie świadczeń po leczeniu szpitalnym. Ale te kilka pozytywnów nie przesłaniają ogólnego obrazu planu, który nie wyleczy polskiego systemu ochrony zdrowia, a wręcz odwrotnie pogłębi jego kryzys. Tego Państwu i sobie nie życzę.

*Marek Wójcik  
b. minister administracji i cyfryzacji  
Prezes Związku Powiatów Polskich*



## Wiele hałasu

Zadzzwonił do mnie profesor Andrzej Matyja, prezes ORL w Krakowie, z propozycją, żebym napisał do „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” felieton na temat projektu reformy systemu ochrony zdrowia przedstawionego przez ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła. Początkowo odmówiłem. Kiedy jednak dowiedziałem się, w jakim towarzystwie oceniających plany obecnego ministra zdrowia się znajdę, zmieniłem zdanie i kreślę poniższe słowa.

Zacząłem oczywiście od tego, że przeczytałem dostępne założenia proponowanych przez kol. Radziwiłła zmian i sięgnąłem do zakamarków mej pamięci, żeby przypomnieć sobie, co mówił na Krajowym Zjeździe Lekarzy, na posiedzeniach Naczelnej Rady Lekarskiej czy Okręgowej Rady Lekarskiej. Moim zdaniem jego plany ciągle ewoluują i są coraz bardziej odległe od tego, co jeszcze całkiem niedawno głosił, piastując różne funkcje w samorządzie lekarskim.

Stanisław Dygat, prozaik i felietonista, miał podobno kiedyś ocenić film Aleksandra Forda z 1952 r. *Młodość Chopina*, niezwykle krótko, ale i bardzo konkretnie: „Skarżanki cyc i nic...”. Taka jest anegdota. Ale te kilka słów sprzed kilkudziesięciu lat wydaje mi się najbardziej adekwatne do oceny proponowanej „dobrej zmiany” w ochronie zdrowia.

Dlaczego tak uważam? Otóż, nie wchodząc w szczegóły (których w rzeczywistości jeszcze nie ma, a przecież diabeł tkwi w szczegółach), poziom ogólności propozycji pod nazwą bu-

dżetowanie służby zdrowia (określenie, którego minister często używa, a wielu z nas, zwłaszcza „starszych”, nie lubi, bo pamiętamy, że byliśmy i dalej jesteśmy traktowani jak służba) okazuje się tak duży i może oznaczać tak odmienne sposoby „budżetowego” finansowania placówek, że trudno coś konkretnego w tej sprawie powiedzieć. Czy budżetowanie obejmie wszystkie publiczne placówki? Czy budżetowany i jak będzie POZ? Kto i na jakich zasadach będzie określał poziomy finansowania? Itd., itp., jak w piosence Młynarskiego. Kolejne pytanie, tym razem z serii „królestwo za konia”: jak minister i jego ekipa namówią lekarzy rodzinnych do przejścia większości zadań i obciążeń, co ma odciążyć najdroższy element systemu, czyli szpitale i ich SOR-y (a także izby przyjęć), oraz obniżyć koszty funkcjonowania ochrony zdrowia? Jak wyobraża sobie funkcjonowanie ochrony zdrowia w momencie, kiedy lekarzom i pielęgniarce, których tak bardzo brakuje w Polsce, zabroni się pracować na tzw. kontraktach (co doprowadzi do tego, że będą musiały być wprost przestrzegane unijne przepisy dotyczące czasu pracy)? Efektem będzie konieczność zamknięcia setek placówek zdrowotnych z powodu braku wykwalifikowanego personelu.

Minister Radziwiłł niedawno powiedział, że „lepszy zmęczony lekarz niż brak lekarza”. To bulwersujące stwierdzenie szeroko jest komentowane.

Na koniec odniosę się do zapowiadanego tempa i wysokości podwyżek płac dla pracowników ochrony zdrowia i zwiększenia do 6% PKB (sic!) nakładów na zdrowie z budżetu państwa w „bliższej określonej niereczywistości” (o które samorządowiec Radziwiłł tak usilnie walczył). Jeżeli pozwoлиłem sobie na początku przytoczyć Stanisława Dygata, teraz nie pozostaje mi nic innego jak sięgnąć do Henryka Sienkiewicza. Rzeknę więc: Kostku, „Niderlandy obiecujesz, a ich nie masz!”

*Andrzej Włodarczyk  
b. wiceminister zdrowia  
b. prezes ORL w Warszawie,  
wiceprezes NRL*



## Reformy tak, ale jakie?

Prezentowane przez Pana Ministra Konstantego Radziwiłła założenia reformy służby zdrowia nie napawają optymizmem. Oprócz zamiany NFZ na inny urząd oraz wyeliminowania praktycznie konkurencji między podmiotami publicznymi świadczącymi usługi medyczne reszta zdecydowanie nie wpłynie na poprawę jakości opieki medycznej.

Pacjenci czekają na takie zmiany, które poprawią jakość usług medycznych i ułatwią im dostęp do lekarzy – szczególnie specjalistów. W tych propozycjach tego nie widać. Kroki zmierzające do upaństwowienia większości placówek medycznych mogą, niestety, przynieść odwrotny efekt, niż założył sobie Minister. Jeśli chcemy by wartością w pracy służ-

12 by zdrowia była jakość usług to elementy konkurencji są jej warunkiem, a odbiurokratyzowaniu nie pomoże zastąpienie jednych urzędników drugimi.

Ministerstwo zapowiada zwiększenie nakładów na służbę zdrowia. Jest pytanie, z czego te nakłady będą pokryte? Już teraz istnieje spora patologia w krzywdzących dysproporcjach płacenia składek, bez różnicy w ofercie świadczeń. Np. część obywateli, zatrudnionych w kilku miejscach, by utrzymać rodzinę, płaci po kilka składek. Rozumiemy ideę solidaryzmu społecznego, w Polsce każdy powinien mieć dostęp do podstawowej opieki medycznej, tymczasem kolejki wymuszają korzystanie z prywatnych gabinetów.

Oczywiście nie znamy jeszcze szczegółów proponowanych reform, ale można mieć obawy, że chodzi wyłącznie, by „coś zmienić”.

W Polsce służba zdrowia wymaga gruntownych zmian. Ekspercki dialog ponad podziałami politycznymi powinien wypracować dobre i skuteczne rozwiązania, dla pacjentów, którymi jesteśmy lub będziemy. Przy Klubie Parlamentarnym Kukiz'15 powstaje zespół ekspercki, który będzie pracował nad propozycjami reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zespół to szerokie grono z udziałem reprezentacji zawodów medycznych, ale też ekonomistów, prawników, przedstawicieli organizacji pozarządowych zajmujących się ochroną praw pacjenta i organizacją pomocy medycznej.

Zachęcamy do przyłączenia się do prac tego zespołu. Niewątpliwie służba zdrowia wymaga „leczenia” ale zdecydowanie przez specjalistów i w drodze uzgodnień społecznych. Do tego zachęcamy wszystkie ugrupowania i środowiska. Jako Klub, chętnie stworzymy warunki do tego dialogu.

*Agnieszka Ścigaj  
Posłanka na Sejm VIII Kadencji; wiceprzewodnicząca  
Klubu Kukiz'15*



## **Naiwność czy chłodna kalkulacja?**

Pani Premier Beata Szydło, w swoim pierwszym sejmowym exposé jesienią 2015 roku, nakreśliła wizję systemu ochrony zdrowia, w którym prywatne ośrodki służby zdrowia, tworzone z własnych środków, i utrzymywane ze środków, które przeznaczają na ochronę zdrowia obywatele, są wyraźnie oddzielone od publicznej służby zdrowia. Przekonywała, że takie odseparowanie kapitału publicznego od prywatnego, przy odpowiednim finansowaniu budżetowym służby zdrowia, pozwoli bardzo wysoko nagradzać lekarzy, a także docenić w wymiarze finansowym ogromne znaczenie pracy pielęgniarek, ratowników medycznych i innych pracowników służby zdrowia, których dochody są dzisiaj zbyt niskie.

Nie inaczej w okresie kampanii wyborczej o reformie systemu mówił dr n. med. Konstanty Radziwiłł, wtedy jeszcze kandydat do Senatu RP. Dziś, niemalże rok od tych wydarzeń, deklaruje „Narodową Służbę Zdrowia – Strategię Zmian w Systemie Ochrony Zdrowia w Polsce”, która ma być spełnieniem politycznej obietnicy.

Powiedzmy na wstępie. Dramat polskich pacjentów i pracowników systemu ochrony zdrowia polega na tym, że każdy polityk zajmujący się tym problemem, musi podjąć decyzję – czy aspiruje do roli męża stanu, czy rządowego prominenta. Gdzie prowadzą osobiste wybory Ministra Radziwiłła? To łatwo odczytać. W najlepszym wypadku perspektywa dojścia w 2025 roku do poziomu wydatków na zdrowie określanego przez WHO jako minimalny. Projekcja minimalnych wynagrodzeń profesjonalistów medycznych uwłaczająca ich godności.

Koszty polityczne partii, która wzięłaby te problemy na siebie, byłyby nie do udźwignięcia. Dlatego sprawcą wszelkich nieszczęść okazał się prywatny inwestor ochrony zdrowia, który podobno zbija kokosy na publicznym systemie. Zdrowotna tragedia kraju bierze się rzekomo z sektora prywatnego.

Minister Radziwiłł rozumie, że ta retoryka nie jest łatwa do sprzedania. Pacjenci znają sektor prywatny i wiedzą, co w nim dobre, lepsze niż w publicznym. Minister też to wie z autopsji. Ale cynicznie uderza we własne środowisko. Kieruje się kłamliwą, chłodną politycznie kalkulacją, by broni populistycznych podwalin swego urzędu. Nie zachowuje krzty szacunku dla wysiłku i osobistego ryzyka prywatnych przedsiębiorców. Liczy się tylko z jednym – z głosem partii.

Przez ostatnie ćwierć wieku ogromnym wysiłkiem zorganizowaliśmy wzorcowe szpitale, ośrodki diagnostyczne, centra terapii. Lekarze mogą być dumni, a pacjenci szczęśliwi, bo uzyskują w nich najlepszą możliwą opiekę. W tym celu wielu z nas zaciągnęło w bankach ogromne kredyty, które trzeba spłacać. Ale to dla Ministra Radziwiłła nie ma znaczenia. Najważniejsze, że mamy winnego dramatu.

Tylko czy ludzie to kupią? Przecież doświadczają każdego dnia, że prywatne szpitale i zdrowa konkurencja działają w imię zdrowia i życia pacjentów.

Najgorsze w tym wszystkim jest naiwne przekonanie, że rezygnacja z prywatnych inwestycji przyniesie dobrostan dla dzieci i młodzieży, a szczególnie starsze pokolenie znajdzie się pod troskliwą opieką. Oczywiście twórca tych osiągnięć zdobędzie wieczną sławę. Tylko jaką cenę przyjdzie zapłacić za tę polityczną naiwność, także tym którzy się chorymi opiekują?

Na koniec muszę zapytać: Gdzie ten mąż stanu, na którego wszyscy liczyliśmy!

*Andrzej Mądrala  
Wiceprezydent Pracodawców  
Rzeczypospolitej Polskiej*

## Czy wystarczy likwidacja NFZ?



Cała reforma Narodowego Programu Zdrowia przedstawiona przez ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła koncentruje się na 5 hasłach:

- likwidacja NFZ i wprowadzenie budżetowego systemu finansowania ochrony zdrowia,
- ustanowienie sieci szpitali publicznych,
- wzrost finansowania zdrowia do poziomu 6% PKB w 2025 roku,
- zmiany w finansowaniu i organizacji POZ,
- utworzenie Urzędu Zdrowia Publicznego.

To raczej mglista zapowiedź, wskazanie kierunków zmian dość odległych w czasie, bez konkretów i projektów ustaw. Wróżymy z fusów, bo jaki będzie ostateczny kształt, nie wiadomo.

Dyskusje zaczynamy dzisiaj, a zmiany docelowo mają nastąpić od 2018 roku. Nasuwa się zatem pytanie, co będzie się działo do tego czasu? Jestem przekonana, że dominować będzie niepewność, chaos i wyczekiwanie po stronie zarządzających, inwestorów i personelu medycznego. A co w tym czasie będzie dobrego dla pacjentów? Czy odczują poprawę? Na pewno, nie.

Jako pozytywną zapowiedź oceniam wzrost finansowania zdrowia do wysokości 6% PKB. Niestety w dalekiej przyszłości. Czy to w ogóle zostanie zrealizowane? Czy w 2025 roku ten wzrost nie okaże się jednak zbyt niski i czy znowu nie będziemy w ogniu cywilizowanego świata, bo inni będą wydawać na ochronę zdrowia już znacznie więcej. Pamiętajmy o nowych wyzwaniach jakie niesie demografia i wzrost chorób przewlekłych.

Z ciekawością przyjmuję propozycje zmian w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Zawsze uważałam, że poz powinien być podstawą systemu. Jednak czy na pewno akcenty zmian położone są tam, gdzie powinny? Już teraz dużo słyszymy o konflikcie z pielęgniarkami i formie ich zatrudniania. Zmieniony zostaje system wynagradzania, ale jakoś nie widzę podkreślenia jakości i efektywności leczenia czy objęcia pacjentów opieką profilaktyczną.

Kompletnie nie zgadzam się natomiast z propozycją likwidacji NFZ i przejściem na finansowanie budżetowe. To swiste deja vu. Już myślałam, że te czasy nie wrócą. A jednak! Minister Zdrowia będzie zarządzał Państwowym Funduszem Celowym „Zdrowie”, będzie powoływał dyrektorów wojewódzkich urzędów zdrowia, a także razem z wojewodą będzie miał nad tymi urzędami kontrolę. Panie Ministrze, to już było i się nie sprawdziło. Czy te zmiany w jakikolwiek sposób poprawią dostępność opieki dla pacjenta? Czy dzięki temu pacjent będzie się sprawniej poruszał po systemie?

Jak się ma ta propozycja do przygotowanych map potrzeb zdrowotnych?

I wreszcie sieć szpitali. Ten temat też powraca. Chodzi raczej nie o sieć, ale całą pajęczynę misternie splecioną, nie wiadomo na jakich kryteriach opartą. Jedno jest pewne, że ci którzy będą w sieci, mają zagwarantowane finansowanie, a więc święty spokój. Żadnej konkurencji, żadnego wysiłku w poprawie jakości usług. Jeżeli do tego dodamy wypowiedź pana ministra, że publiczne pieniądze mają być przeznaczone na publiczne placówki, to już wiemy, co czeka resztę. Ciężki los.

I na koniec idea utworzenia Urzędu Zdrowia Publicznego. To nic nowego. Taka propozycja wielokrotnie padała w trakcie przygotowywania ustawy o zdrowiu publicznym. Ale Urząd taki powinien obejmować o wiele szerszy zakres zagadnień, niż to, co się zaproponuje i na pewno na czele nie powinien stać podsekretarz stanu z Ministerstwa Zdrowia. To jest zaprzeczenie idei zdrowia publicznego i jego ponadresortowego charakteru. Przecież obecnie resort zdrowia także nadzoruje podległe mu instytucje. Urząd miałby rację bytu, gdyby obejmował swym zasięgiem szereg obszarów związanych ze zdrowiem publicznym pośrednio, np. bezpieczeństwo żywności.

Szanowny Panie Ministrze, zaproponowane zmiany to głównie nowe stanowiska i urzędy. A gdzie w tym wszystkim jest Pacjent?

*Beata Małecka-Libera  
Posłanka na Sejm – Platforma Obywatelska  
b. wiceprzewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia*



## Ucieczka od odpowiedzialności

Problem z propozycjami reform Ministerstwa Zdrowia jest taki, że są one głównie działaniami pozorowanymi. Minister, będący długoletnim działaczem samorządu lekarskiego, dostał od nas lekarzy olbrzymi kredyt zaufania. Wszyscy powitaliśmy nominację Pana Radziwiłła z olbrzymią radością i nadzieją. Ciągłe wierzymy, że po trudnych początkach Nasz Kolega wywalczy sobie w rządzie na tyle silną pozycję, że będzie w stanie wprowadzać oczekiwane zmiany. Niestety, wiele dowodzi, że szanse na to są niewielkie.

Smutnym i dobitnym przykładem jest jedna z wypowiedzi Pana Ministra, w której mówi, że „Rezydenci chcą zarabiać tyle, co wiceministrowie.” Pan Radziwiłł zdystansował się od wspólnego postulatu całego środowiska, pod którym sam się podpisał, to jest wynagrodzenia w wysokości dwóch średnich krajowych dla lekarzy w trakcie specjalizacji i trzech średnich krajowych dla specjalistów.

Przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia propozycje zmian należy ocenić negatywnie, ponieważ zmiany będą zbyt powolne. Założenie dotyczące wzrostu nakładów na ochronę zdrowia ma jeden warunek *sin equa non*, PiS musi rządzić do

14 2025 roku, w którym to mamy osiągnąć postulowane 6,0% PKB (nie mówię już o 6,4% PKB, które WHO uznało za najniższy wskaźnik, gwarantujący bezpieczeństwo socjalne pacjenta). Wygląda na to, że do uzdrowienia sytuacji w ochronie zdrowia potrzeba kolejnego rekordu w naszej młodej demokracji, to jest wygrania trzech wyborów parlamentarnych z rządu. Czy kolejne rządy będą kontynuować plany swoich poprzedników?

Dlaczego Minister Zdrowia nie chce wziąć odpowiedzialności i wprowadzić zmian w tej kadencji? Wyznaczenie tak długiej perspektywy czasowej może być traktowane tylko jako ucieczka od odpowiedzialności i działanie pozorowane, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę, że w 2017 roku nakłady na ochronę zdrowia spadną. Eksperci nie mają wątpliwości, że minimalne tempo wzrostu środków musi wynosić 0,5% PKB rocznie.

Niestety, podobnie przedstawia się drugi, sztandarowy projekt Ministra Zdrowia to jest ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. Wobec fali krytyki ma być to ustawa „o najniższych wynagrodzeniach”. W moim odczuciu jeszcze trafniejszą nazwą byłaby „ustawa o symbolicznych wynagrodzeniach”. Projekt ten miał systemowo uregulować

wynagrodzenia w ochronie zdrowia, zapewniając stały wzrost uposażeń dla wszystkich grup zawodowych. Podczas rozmów z MZ byliśmy do niego odsyłani. Niestety tutaj znowu mamy do czynienia z przerzuceniem odpowiedzialności na przyszłą kadencję parlamentarną. Do 2022 roku zamrożono waloryzację wynagrodzeń, zaś po tym roku lekarz specjalista, będący najlepiej uposażoną osobą, ma osiągnąć poziom zarobków wynoszący 1,2 średniej krajowej.

Jeśli chodzi o pozostałe propozycje zmian zaproponowane przez Ministra Zdrowia, to niestety bez wzrostu finansowania nie mają one żadnego znaczenia. W systemie nie ma środków, które są ewidentnie marnotrawione, po które można łatwo sięgnąć, to jest mit. Wszystko funkcjonuje dlatego, że jako lekarze łątamy zepsuty sprzęt plastrem i mamy nadzieję, że jeszcze trochę podziała.

Wobec przedstawionych propozycji zmian konieczny jest silny i zdecydowany sprzeciw środowiska lekarskiego, który nie może być łagodzony przez to, że „jest to Nasz Kolega”.

*Damian Patecki  
Przewodniczący Porozumienia  
Lekarzy Rezydentów OZZL*

## Uwagi do projektu zasad kontraktowania świadczeń medycznych

# Spotkanie w Izbie, bez makijażu

Uwagi do projektu zmian systemowych w ochronie zdrowia (w tym dotyczące wynagrodzeń minimalnych) – projektu przedłożonego 21 czerwca br. przez ministra zdrowia Konstantego Radziwiła, na posiedzeniu Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia – były tematem spotkania w siedzibie OIL w Krakowie, 10 sierpnia br. Starannie przygotowane analizy i opinie zespołów izbowych, przedstawione w formie multimedialnych prezentacji, były przedmiotem wspólnej oceny.

W spotkaniu wzięli udział – obok zespołów lekarzy powołanych przez ORL – I wicewojewoda Małopolski p. Józef Gawron oraz dyr. Małopolskiego Oddziału NFZ Elżbieta Fryzlewicz-Chrapisińska.

„Trwa okres przejściowy, zawsze obecny konflikt na linii lekarz – płatnik nasila się w świetle projektu (jw.) przedłożonego przez nowego Ministra. Zdrowie to inwestycja, która się zwraca, a nie dotyczy wyłącznie kosztów. Niestety, nie znalazłem w projekcie docenienia roli pacjenta, brak też rozwiązań zapowiadających skrócenie kolejek. Natomiast zapowiadane osiągnięcie 6% PKB w 2025 roku nas ośmiesza, Europa wydawać będzie wtedy 10% PKB. Porozmawiajmy zatem o tym, co nas czeka?” – powiedział, wprowadzając do dyskusji, prezes ORL prof. Andrzej Matyja.

„Nie znam proponowanych szczegółów zmian, ale nie wyobrażam sobie udanej reformy bez akceptacji środowiska lekarskiego” – oświad-



czył odpowiedzialny za zdrowie i politykę społeczną wicewojewoda Józef Gawron (b. z-ca dyr. Szpitala w Brzesku). Trzeba urealnić należny koszyk świadczeń. Diabeł tkwi w szczegółach, więc nie wiem, czy likwidacja NFZ na rzecz tzw. Funduszu Celowego coś wniesie, bez wzrostu nakładów. Wiem, że w przygotowywanym Narodowym Programie Zdrowia ma wzrosnąć rola lekarza rodzinnego; że sens ma idea sieci szpitali publicznych; że musi ulec zmianom system specjalizacji – ale przyszedłem tutaj przede wszystkim słuchać, a następnie przekazać Państwa uwagi do rządu”.

W tonie bardziej informacyjnym wypowiedziała się dyr. E. Fryzlewicz-Chrapisińska, podkreślając na wstępie zmienioną od 1 lipca br. funkcję NFZ, który nie określa już warunków, jakim mają odpowiadać świadczeniodawcy (co było, dodajmy od siebie, jednym z głównych źródeł rosnącej biurokracji). Kończy się konkurs ofert, priorytety zdrowotne będzie określał Wojewoda. Zasady i system finansowania ochrony zdrowia od 2018 roku są w trakcie przygotowywania.

Następnie dyr. Chrapisińska scharakteryzowała pokrótce plan finansowy MOW NFZ na 2017 rok. Ma on być najwyższy wśród oddziałów wojewódzkich. Główne środki pójną na nowe zasady funkcjonowania POZ i na wynagrodzenia pielęgniarek, nadto na pediatrię, stomatologię szkolną, opiekę psychiatryczną i paliatywną.

\* \* \*

Stan opieki stomatologicznej i jej perspektywy w myśl proponowanych zmian systemowych przedstawił w imieniu zespołu pracującego w składzie: dr dr Anna Kot, Anna Maciąg, Dariusz Kościelniak, Andrzej Stopa przewodniczący Komisji Stomatologicznej ORL lek. dent. Robert Stępień.

Według ustaleń współczesnej medycyny choroby jamy ustnej są źródłem wielu schorzeń, m.in. raka trzustki. Tymczasem w Polsce dopuściliśmy do tragicznych zaniedbań, w całej populacji, w dodatku niszcząc wręcz stomatologię szkolną. Dane w tej kwestii publikowaliśmy wielokrotnie, więc z obszernej prezentacji przytaczamy tylko kilka liczb. I tak 98,6% Polaków ma próchnicę, 40% Polaków powyżej 40 lat nie ma własnych zębów. Fatalny, bodaj najgorszy w Europie jest stan jamy ustnej dzieci. Próchnica występuje u 95% osiemnastolatków i 80% sześciolatków. 55% dzieci ma wady zgryzu. Jednocześnie ma miejsce ciągły spadek nakładów NFZ z 4,2% ogólnego budżetu w 2008 roku do 2,48% w 2016 roku. W Małopolsce 700 tys. dzieci potrzebuje ok. 700 specjalistów, ale niska wycena świadczeń oraz likwidacja gabinetów w szkołach sprawiły, że opieką (prywatną) objętych jest ok. 15% dzieci.

A wszystko to ma miejsce przy „nadprodukcji” stomatologów, w dodatku pozbawionych możliwości specjalizacji. Prezentację dr. Stępnia zamknęła obszerna lista konkretnych postulatów, których realizacja przyniosłaby w perspektywie kilkunastu lat poprawę sytuacji. Wart uwagi wydaje się m.in. nowatorski projekt Małopolski wprowadzenia systemu kapitacyjnego finansowania opieki nad dzieckiem.

Uwagi do projektu zasad kontraktowania świadczeń podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przygotował zespół w składzie dr Jarosław Zawiliński (przewodniczący), dr dr Maciej Dendura, Krysztyna Targosz, Tomasz Winkowski i Aleksander Więcek.

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej doktor Tomasz Winkowski zwrócił uwagę na wiele szczegółów w rozporządzeniu NFZ w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert o udzielanie świadczeń, wymagające podwyższenia wyceny punktowej.

Zważywszy na rosnącą rolę lekarza rodzinnego jako koordynatora całego procesu leczniczego podkreślił zwłaszcza konieczność pokonania bariery niemożności, jaką jest od lat nieumiejętność stworzenia Systemu Elektronicznej Rejestracji Usług Medycznych. Proponował także obniżenie limitu zbieranych deklaracji, wzrost nakładów na POZ.

Opinie te uzupełnił dr Aleksander Więcek, występujący w imieniu Małopolskiego Oddziału Porozumienia Zielonogórskiego, który wskazał na liczne biurokratyczne zapisy NFZ, nakazujące dublować orzeczenia lekarza POZ przez specjalistów.

Więcej krytycznych uwag do rozporządzenia MZ w sprawie kryteriów warunkujących zawieranie umów o udzielanie świadczeń medycznych przedstawił dr Jarosław Zawiliński. Limitowanie porad, brak modelu funkcjonowania przyszpitalnych AOS, brak możliwości renegotjowania umów, to tylko niektóre. Całokształt uwag został zamieszczony w prezentacji.

Kolejne uwagi do projektu zasad kontraktowania świadczeń medycznych w odniesieniu do szpitali, przedstawionego w maju br. przez Ministerstwo Zdrowia, nakreślił dr Jerzy Friediger.

„Na początku należy stwierdzić, że 7 organów założycielskich, a na szczycie instytucje podległe bezpośrednio resortowi – ocenił dr Friediger – to aż nadto”.

Celem zmian procedur Funduszu, w projekcie Ministerstwa, było ich uproszczenie, zmniejszenie wymogów administracyjnych. Miała nastąpić poprawa dostępności świadczeń dla pacjentów, zapowiadano racjonalniejsze wykorzystanie kadr. Niestety, przedstawione karty punktowe ocen poszczególnych czynności w zasadzie niewiele zmieniają.

Jak się wydaje, główną zmianą będzie preferowanie szpitali większych, prowadzących świadczenia wysoko specjalistyczne, kosztem mniejszych. Zapowiadanej racjonalizacji wykorzystania kadr nie widać. Brakuje także istotnego podwyższenia wycen. I to wszystko.

„W tle widoczny jest zamiysł wprowadzenia referencyjności szpitali” – dodał A. Matyja. To projekt dyskusyjny, bo usunięcie wyrostka wszędzie kosztuje tyle samo. Różne są natomiast koszty funkcjonowania szpitali, np. w klinicznych związane są ona z obowiązkiem dydaktyki.

Natomiast z perspektywy minionego czasu, projekt ministerialny ocenił dr Marcin Kuta, przed 17 laty współtwórca systemu Kas Chorzych, obecnie dyr. Szpitala im. E. Szczeklika w Tarnowie. Jego zdaniem, system ochrony zdrowia zatoczył koło i wraca do punktu wyjścia. Ustalenie właściwych relacji między podstawową opieką zdrowotną a szpitalnictwem to kwestia zasadnicza. W projekcie zbyt dużo uwagi poświęca się punktom, a za mało możliwościom kadrowym tak szpitali, jak i POZ. Referencyjność szpitali jest zawsze, czy ją ktoś ustali odgórnie, czy też określą ją pacjenci.

W kwestii inwestycji mówca opowiedział się jednoznacznie za koordynacją, której brak jest w ogóle niewytłumaczalny, natomiast stawianie bariery 3 mln zł, powyżej której należy uzyskać zgodę na inwestycje, jest niczym innym niż biurokratycznym zapisem. To za mało, gdyby w grę wchodziło euro, można by się zastanawiać.

Problematykę koniecznego uzależnienia zmian w organizacji ochrony zdrowia od procesów demograficznych przedstawił w ostatniej prezentacji p. Marek Wójcik, b. wiceminister administracji i cyfryzacji, wcześniej i aktualnie prezes Związku Miast i Powiatów Polskich.

Jak wiadomo, do roku 2020 liczba ludności w wieku powyżej 65 lat wzrośnie o 13%. Wiadomo też, że koszty leczenia rosną w tym pokoleniu z każdym rokiem, szczególnie populacji w wieku powyżej 80 lat. W tych kosztach liczyć się należy ze wzrostem koniecznych hospitalizacji, do roku 2020 ok. 3,1% (tj. 278 tys. osób), a w roku 2030 nawet o 700 tys. W ślad za tym rosnąć będą koszty anestezjologii i intensywnej terapii. Charakterystyczna dla tego wieku jest rosnąca wielochorobowość.

Wśród schorzeń, które będą nas trapić, mówca zarysował wzrost powyżej 10% w angiologii, chirurgii naczyniowej, geriatrici oraz kardiologii i okulistyce dziecięcej.

Charakteryzując drogę do wzrostu nakładów na zdrowie na poziomie 6% PKB prezes Marek Wójcik wyraził opinię, iż podwyżki dla pielęgniarek są nieodzowne, i że w perspektywie najbliższych lat nie obydzie się bez trudnych politycznie decyzji w postaci weryfikacji koszyka i wycen świadczeń gwarantowanych.

Jak projektowane zmiany i widoczne problemy rysują się z perspektywy prawnika, przedstawił mec. Tomasz Pęcherz, prezes i ekspert World Health Care, doradca Ministra Zdrowia.

„Každy system będzie miał swoich sympatyków i swoich wrogów – oświadczył refleksyjnie na wstępie – interesów wszystkich lekarzy nie da się pogodzić. Niemniej każda reforma systemowa u nas musi się rozpocząć od ustalenia koszyka świadczeń i wycen, dopasowanego do możliwości państwa. A takiej próby od 18 lat nikt nie podjął”. W dalszych konkluzjach mecenas scharakteryzował m.in. przyczyny deficytu kadr specjalistów oraz marnotrawstwo na tle wygórowanych wymagań sprzętowych NFZ.

Dziękując za spotkanie, wicewojewoda Józef Gawron zapowiedział poparcie dla zmian przedstawionych przez lekarzy, a prezes Andrzej Matyja wyraził uznanie dla zespołów przygotowujących analizy i oceny proponowanych reform, które zostaną przekazane do resortu i Urzędu Wojewody. Podwyższenie nakładów jest nieodzowne, podkreślił na zakończenie, przy czym pierwszym krokiem koniecznym w tym zakresie wydaje się równomierne obciążenie podatkowe wszystkich obywateli.

(cis)



## Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

ul. Krupnicza II A, 31-123 Kraków  
izbalekarska.pl; www.oilkrakostom.pl

Sekretariat:

tel. 12 619 17 20, fax 12 619 1730

e-mail: [biuro@oilkrakow.org.pl](mailto:biuro@oilkrakow.org.pl)

### Numery wewnętrzne:

- Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń) ..... 619 17 05
- Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń) ..... 619 17 25  
e-mail: [s.smolen@hipokrates.org](mailto:s.smolen@hipokrates.org)
- Kancelaria OROZ ..... 619 17 17; fax 619 17 29
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) ..... 619 17 08  
e-mail: [emilia@oilkrakow.org.pl](mailto:emilia@oilkrakow.org.pl)
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) ..... 619 17 26  
e-mail: [d.dziubina@hipokrates.org](mailto:d.dziubina@hipokrates.org)
- Rejestr Lekarzy ..... 619 17 16  
e-mail: [rejestr57@hipokrates.org](mailto:rejestr57@hipokrates.org)
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe ..... 619 17 13
- Księgowość (mgr M. Chodór) ..... 619 17 15  
e-mail: [ksiegowosc57@hipokrates.org](mailto:ksiegowosc57@hipokrates.org)
- Kasa ..... 619 17 14
- Składki ..... 619 17 32  
e-mail: [skladki@oilkrakow.org.pl](mailto:skladki@oilkrakow.org.pl)
- Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” ..... 619 17 27  
e-mail: [redakcja@oilkrakow.org.pl](mailto:redakcja@oilkrakow.org.pl)
- Informatycy; str. internetowe ..... 619 17 01

### Komisje:

- Bioetyczna (A. Krawczyk) ..... 619 17 12  
e-mail: [a.krawczyk@hipokrates.org](mailto:a.krawczyk@hipokrates.org)
- Etyki ..... 619 17 13
- Kształcenia (mgr P. Pachel) ..... 619 17 22  
e-mail: [ksztalcenie@hipokrates.org](mailto:ksztalcenie@hipokrates.org)
- Kultury ..... 619 17 16
- Sportu ..... 619 17 01
- Socjalno-Bytowa ..... 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) ..... 619 17 18  
e-mail: [k.trela@hipokrates.org](mailto:k.trela@hipokrates.org)
- Zagraniczna i Obcokrajowców ..... 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów ..... 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy (mgr A. Chuchmacz) ..... 619 17 13  
e-mail: [a.chuchmacz@hipokrates.org](mailto:a.chuchmacz@hipokrates.org)

- ds. Organizacji Syst. Ochrony Zdrowia ..... 619 17 20
- ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz) ..... 619 17 13
- ds. Umów i kontraktów ..... 619 17 12
- ds. Uzdrowisk ..... 619 17 12
- ds. Ubezpieczeń ..... 619 17 18
- Rzecznik Praw Lekarza ..... 619 17 13

### Biuro OIL w Krakowie czynne:

poniedziałek, środa	godz. 8.00 do 17.00
wtorek, czwartek	godz. 8.00 do 16.00
piątek	godz. 9.00 do 15.00

### w Krośnie:

ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno

tel. 13 432 18 59; e-mail: [krosno@hipokrates.org](mailto:krosno@hipokrates.org)

poniedziałek, środa	godz. 8.00 do 17.00
wtorek, czwartek	godz. 8.00 do 16.00
piątek	godz. 9.00 do 15.00

### w Nowym Sączu:

ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz

tel. 18 442 16 47; e-mail: [nowy.sacz@hipokrates.org](mailto:nowy.sacz@hipokrates.org)

poniedziałek, środa	godz. 8.00 do 17.00
wtorek, czwartek	godz. 8.00 do 16.00
piątek	godz. 9.00 do 15.00

### w Przemyślu:

Rynek 5, 37-700 Przemyśl

tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24

e-mail: [przemysl@hipokrates.org](mailto:przemysl@hipokrates.org)

poniedziałek, środa	godz. 8.00 do 17.00
wtorek, czwartek	godz. 8.00 do 16.00
piątek	godz. 9.00 do 15.00

### Dyżury Radców Prawnych:

**mec. Anna Gut** tel. 12 619 17 24  
poniedziałek, środa godz. 14.00 do 17.00

**mec. Tomasz Pęcherz** tel. 12 619 17 31  
wtorek, czwartek godz. 12.00 do 16.00

**mec. Tomasz Huber** tel. 12 619 17 19  
poniedziałek, środa godz. 13.00 do 17.00  
wtorek, godz. 12.00 do 16.00

### Ubezpieczenia

- Ubezpieczenia życiowe ..... 619 17 15
- Ubezpieczenia OC (Inter, PZU, Uniqa) ..... 619 17 16
- Ubezpieczenia OC – PZU ..... 619 17 18



Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 550 egz.

ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków; tel. 12 619 17 27; fax: 12 422 57 55; e-mail: [redakcja@oilkrakow.org.pl](mailto:redakcja@oilkrakow.org.pl)

Redaguje kolegium w składzie: Redaktor Naczelny – Jerzy Friediger; Sekretarz Redakcji – Stefan Ciepły

Członkowie: Henryk Gaertner, Bartłomiej Guzik, Artur Hartwich, Mariusz Janikowski, Bożena Kozanecka, Małgorzata Popławska, Filip Ratkowski, Jacek Tętnowski, Katarzyna Turek-Fornelska, Andrzej Urbanik, Jolanta Grzelak-Hodor, Krzysztof Zgłobicki (grafika), Katarzyna Domin (korekta). Przygotowanie do druku: Globic RC; e-mail: [globic@gmail.com](mailto:globic@gmail.com)

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji i zmian tytułów w nadsyłanych tekstach i korespondencji. Anonimów nie drukujemy. Za treść ogłoszeń nie ponosimy odpowiedzialności.