

✘ Dr Krzysztof Bukiel, 2018-09-10 07:48

Krzysztof Bukiel: Magicy i ich zaklęcia

✘

Fot. arch. red.

Postępowanie się „zaklęciami” przy reformowaniu publicznej ochrony zdrowia nie jest wynalazkiem obecnego rządu. Podobnie postępowali poprzednicy. Pierwszym takim zaklęciem było „powszechne ubezpieczenie zdrowotne”.

Zakończyło się kolejne Forum Ekonomiczne w Krynicy, którego częścią od paru lat jest też debata dotycząca ochrony zdrowia. W tym roku była ona połączona z kolejnym etapem debaty „Wspólnie dla zdrowia”, rozłożonej na 1,5 roku (do najbliższych wyborów parlamentarnych) i stanowiącej – wg rządzących - narzędzie do stworzenia optymalnego systemu publicznej ochrony zdrowia w naszym kraju.

Gdyby relację z tej medycznej części Forum oznaczyć tzw. tagami (słowami kluczowymi) to najpopularniejszymi byłyby: „rejestry zdrowotne” i „wynagradzanie za efekty leczenia” (angielski odpowiednik: value based healthcare). Przed rokiem karierę robiły inne pojęcia: „koordynowana opieka zdrowotna” i „sieć szpitali”, a jeszcze wcześniej najczęściej mówiono o „misji służby zdrowia ” i jej „de-ekonomizacji”.

Fakt, że kolejne debaty dotyczące ochrony zdrowia zdominowane są za każdym razem przez inne szczegółowe tematy nie jest – oczywiście – niczym dziwnym i nie zwracałbym na to uwagi, gdyby nie jeden szczegół. Otóż za każdym razem eksperci i politycy uczestniczący w tych debatach, przedstawiali omawiane akurat rozwiązania jako panaceum na wszelkie problemy publicznej ochrony zdrowia w naszym kraju, lekarstwo na które czekaliśmy od lat i bez którego niemożliwe było sprawne funkcjonowanie publicznego leczenia. W tym roku dowiedzieliśmy się, że bez istnienia rejestrów zdrowotnych nie jest możliwa prawidłowa alokacja środków przeznaczonych na służbę zdrowia. Rejestry pozwolą wreszcie na ocenę czy pieniądze te trafiają rzeczywiście tam, gdzie stosuje się najskuteczniejsze metody leczenia i tam, gdzie są one najbardziej potrzebne. Bez rejestrów pieniądze publiczne były marnowane, z rejestrami to marnotrawstwo się skończy. Podobnie przełomowym rozwiązaniem ma być nowy sposób płacenia za świadczenia zdrowotne. Teraz NFZ wynagradzać będzie nie za procedury jak dotychczas, czyli nie za samo leczenie, ale za efekty leczenia (na tym polega value based healthcare). Dzięki temu pieniądze publiczne będą najbardziej celowo i najefektywniej wykorzystane. Nawiasem mówiąc wprowadziło to wśród niektórych lekarzy popłoch, bo zastanawiają się oni czy dostaną pensję, gdy efektów leczenia nie będzie z powodu braku współpracy pacjenta z lekarzem. Każdy praktyk bowiem wie, że skutki leczenia w części tylko zależą od leczącego (z tego m. innymi powodu z lekarzem nie można zawierać umowy o dzieło).

Uważny i krytyczny obserwator procesu reformowania publicznej ochrony zdrowia, po tegorocznej debacie w Krynicy mógłby się zapytać: A co się stało z „przebojami” poprzednich krynickich debat, które również przedstawiano jako skuteczne lekarstwo na problemy publicznego leczenia. Pamiętamy przecież, jak Pani Premier i były Minister Zdrowia przekonywali nas, że wystarczy zamienić działanie szpitali „dla zysku” w działanie „dla misji”, a poprawi się zaraz dostępność leczenia i jego jakość. Pamiętamy, jak obiecywano, że gdy wprowadzi się jeszcze „sieć szpitali” i „koordynowaną opiekę zdrowotną” publiczna służba zdrowia całkowicie zmieni swoje oblicze, stanie się „szczelna”, efektywna i „pacjentocentryczna”. Chyba jednak coś poszło nie tak, skoro dzisiaj dowiadujemy się, że konieczne jest jeszcze powszechne wprowadzenie rejestrów medycznych i płacenie „za efekty”

leczenia, a nie za samo leczenie. I tutaj znowu uważny i krytyczny obserwator może zadać pytanie: skoro to, co zapowiadano rok temu i dwa lata temu jako wielki i pozytywny przełom, przełomem takim się nie stało, to może i tegoroczne remedium wcale takim remedium nie jest. A może w ogóle wszystkie te hasła służą zupełnie innemu celowi? Na przykład takiemu, aby odwrócić uwagę od działań, które są rzeczywiście najbardziej potrzebne dla naprawy publicznej ochrony zdrowia i jednocześnie, aby sprawić wrażenie, że rządzący usilnie i pracownicy o taką naprawę zabiegają? Byłby to więc rodzaj zaklęć, podobnych do tych, które „magicy” w cyrku używają robiąc swoje „sztuczki”.

Posługiwanie się „zaklęciami” przy reformowaniu publicznej ochrony zdrowia nie jest wynalazkiem obecnego rządu. Podobnie postępowali poprzednicy. Pierwszym takim zaklęciem było „powszechne ubezpieczenie zdrowotne”, które – samo przez się - miało przynieść radykalną poprawę. Dlatego odrzucano uwagi, że konieczna jest jeszcze odpowiednia wysokość składki na to ubezpieczenie, aby kasy chorych miały z czego zapłacić za wszystkie potrzebne świadczenia, a szpitale nie zbankrutowały. Zamiast dodać brakujących pieniędzy zastosowano kolejne zaklęcie: „restrukturyzacja”. Miała ona objąć poszczególne szpitale i całą sieć placówek w poszczególnych województwach. Rząd zapłacił nawet za specjalne eksperckie (konsultingowe) zespoły, które takie „restrukturyzacyjne programy” opracowały. Kiedy i to zaklęcie okazało się nieskuteczne, wymyślono nowe: „Narodowy Fundusz Zdrowia”. Teraz wszystko miało być ujednoczone, a zatem sprawiedliwe, przez to oszczędne i celowe. Kiedy i wprowadzenie NFZ nie pomogło, kolejnym zaklęciem stała się „komercjalizacja szpitali” i ich przekształcenie w spółki prawa handlowego. Nie chciano nawet słuchać, że nawet najlepiej zarządzana spółka nie da rady, gdy jej przychody z założenia będą niższe niż najniezbędniejsze koszty. Nic dziwnego, że po tej kompromitacji rozwiązań (pseudo)rynkowych kolejnymi zaklęciami były wspomniane wcześniej: „de-ekonomizacja”, „działanie dla misji” itd.

Magicy w cyrku mają świadomość, że ich zaklęcia nie mają żadnej mocy i wypowiedane są tylko na niby. Świadomość tę ma też cyrkowa publiczność. A czy nasi „magicy” od reformowania publicznej ochrony zdrowia zdają sobie sprawę z rzeczywistej wartości ich „zaklęć” i czy wiedzą co faktycznie należałoby zrobić, aby sytuację w publicznej ochronie zdrowia poprawić? Można sądzić, że tak. Kiedy naprawdę chcą uzyskać oczekiwany efekt (na przykład tuż przed wyborami) sięgają po sprawdzone i nie tak spektakularne, ale za to skuteczne metody. Na wspomnianej debacie w Krynicy usłyszeliśmy właśnie od prezesa NFZ, że przeznaczył dodatkowe 300 mln złotych na skrócenie kolejek do AOS. Dzięki temu tzw. pierwszorazowe wizyty (które są odnotowywane przy monitorowaniu czasu oczekiwania na leczenie) mają być nielimitowane, a lekarzy zachęca się do pracy nawet w soboty (a może i dni świąteczne?). Podobną metodę - przez dodanie pieniędzy - rządzący zastosowali parę miesięcy temu aby skrócić kolejki do niektórych badań obrazowych (TK, MR) i na operację zaćmy.

Skoro nawet osoby reformujące ochronę zdrowia nie wierzą - w praktyce - w skuteczność swoich „zaklęć”, jak my mamy w nią uwierzyć?