



Dr Krzysztof Bukiel, 2020-02-03 08:31

Krzysztof Bukiel

Pompa ssąco tłocząca



Zauważyłem, że politycy reformując publiczną ochronę zdrowia i wprowadzając jakiś jeden element tej reformy, nie potrafią „ogarnąć” wszystkich uwarunkowań, jakie tej zmianie towarzyszą. A może potrafią i tylko tak udają, bo mają w tym jakiś swój ukryty cel?

Wiele lat temu rząd PO-PSL wprowadził – słuszną skądinąd – zasadę, że szpital powinien działać jak spółka prawa handlowego. Dzięki temu – twierdzili politycy wówczas rządzący – szpitale przestaną się zadłużać, bo będą profesjonalnie zarządzane, a widmo możliwego bankructwa będzie dostatecznym „batem”, aby do efektywnego działania ich zmusić. OZZL (i niektórzy inni) zwracał uwagę rządzącym, że samo przekształcenie szpitali w spółki to za mało, aby przestały się one zadłużać. Trzeba jeszcze zapewnić, aby ceny za świadczenia nie były - sztucznie przez NFZ - zaniżane i trzeba znieść limitowanie świadczeń, które uniemożliwia rozwój szpitali i sprawiedliwą konkurencję między nimi. Nasze uwagi zignorowano, a jak to się skończyło – wszyscy wiemy. Teraz podobnie postępuje rząd PiS.

Minister zdrowia i prezes NFZ zapowiedzieli niedawno, że zniosą limitowanie świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). Dzięki temu zniknąć mają kolejki do lekarzy

specjalistów. Skoro udało się to w leczeniu zaćmy – twierdzą obaj panowie – uda się też w AOS. I znowu nasuwa się pytanie: Czy naprawdę w to wierzą, bo nie potrafią „ogarnąć” tematu, czy tylko tak udają, bo mają w tym jakiś swój ukryty cel?

Zniesienie limitowania – samo w sobie – jest słuszne i godne poparcia. OZZL domaga się tego od lat. Jest to warunek konieczny, ale niewystarczający, aby kolejki w AOS zlikwidować i nie chodzi tutaj wcale o niską liczbę lekarzy w Polsce. Kolejki – jak wiadomo – to wyraz nierównowagi między popytem, a podażą. Zniesienie limitowania świadczeń spowoduje, że podaż – sztucznie dotąd ograniczana – wzrośnie, a co z popytem? Najprawdopodobniej... też wzrośnie, przez co kolejki pozostaną jak dotychczas. Przyczyną tego będzie działanie swoistej „pompy ssąco tłoczącej”, zainstalowanej w naszym systemie publicznej ochrony zdrowia i napędzającej pacjentów do AOS.

Elementem ssącym tej pompy jest sposób finansowania AOS, w którym – generalnie: im więcej porad, tym większy zarobek. Każdy specjalista chce zatem mieć jak najwięcej porad. Elementem tłoczącym jest sposób finansowania POZ – ryczałtowy, zależny od liczby osób wpisanych na listę i niezależny od liczby udzielanych porad. Motywuje on lekarzy POZ do tego, aby pacjentów – o ile to możliwe – odsyłać gdzie indziej (np. do AOS). Dzisiaj administracyjne limitowanie świadczeń w AOS (i kolejki będące tego skutkiem) hamują nieco napływ chorych, którzy rezygnują z wizyty lub leczą się prywatnie. Likwidacja limitowania zachęci ich jednak do skorzystania z porad specjalistów w publicznym lecznictwie. Działanie „pompy” wzmocnione jest przez brak jakichkolwiek bodźców działających na pacjentów, które by zniechęcały ich do nadużywania porad lekarskich (nie tylko w AOS, ale w ogóle). W ten sposób popyt na świadczenia AOS staje się niemal nieograniczony.

Co zatem należałoby zrobić, oprócz zniesienia limitowania, aby zlikwidować kolejki do AOS? Kilka rzeczy naraz: Po pierwsze spowodować, aby lekarze POZ zaczęli konkurować z lekarzami AOS (w tym zakresie, w którym mogą) o pacjentów. Konieczna do tego jest nie tylko zmiana sposobu ich wynagradzania, ale także likwidacja – istniejących obecnie – licznych administracyjnych ograniczeń w wykonywaniu praktyki lekarskiej w POZ, jak np. zakaz leczenia i diagnozowania niektórych chorób, brak możliwości wykonywania wielu badań, zakaz wypisywania niektórych leków itp. Trzeba by też ograniczyć niepotrzebne wizyty u lekarza np. przez umożliwienie pracownikom skorzystania ze „zwolnienia lekarskiego” bez wizyty u lekarza – w banalnych schorzeniach, przez likwidację całego szeregu „zaświadczeń lekarskich” itp. Trzeba by – w końcu – znaleźć i wprowadzić jakiś sposób finansowego motywowania ludzi do nienadużywania porad lekarskich. Może to być jakaś forma współpłacenia za świadczenia albo zupełne wyłączenie leczenia ambulatoryjnego z zakresu świadczeń finansowanych przez NFZ i zrekompensowanie tego np. przez przyznanie każdemu obywatelowi odpowiedniej kwoty rocznej, przeznaczonej wyłącznie na ten cel.

Rząd PiS, jak można się spodziewać, zignoruje powyższe uwagi, podobnie jak rząd PO zignorował uwagi o tym, że samo przekształcenie szpitali w spółki nie rozwiąże problemu zadłużania szpitali. I tak jak skompromitowana została (niesłusznie) idea działania szpitali w formie spółek handlowych, tak skompromituje się (znowu niesłusznie) zasadę zniesienia limitowania świadczeń. Chyba, że o to właśnie chodzi.