



Dr Krzysztof Bukiel, 2018-10-16 08:28

Krzysztof Bukiel: Zniewolony umysł (reformatorów ochrony zdrowia)



Fot. arch. red.

Ogólnonarodowa debata „Wspólnie dla zdrowia”, która miała być forum wymiany różnych pomysłów na kształt systemu publicznej ochrony zdrowia trwa już 6 miesięcy, podczas których odbyło się parę spotkań. Można zatem pokusić się o pierwsze jej oceny.

Jak dotąd debatujący doszli do następujących wniosków: system ma być pacjentocentryczny, trzeba zmienić sposób wynagradzania świadczeniodawców: zamiast - jak dotychczas - płacić za procedury, trzeba

płacić za efekty leczenia, wprowadzając powszechnie tzw. koordynowaną opiekę zdrowotną. Trzeba też przy uwzględnianiu wyceny świadczeń uwzględniać koszty pośrednie. Wszystkim powyższym celom pomoże wprowadzenie rejestrów medycznych oraz e-dokumentacji, e-recept, i w ogóle e-medycyny.

Zakres tematów, jakimi zajmowali się uczestnicy debaty wskazuje wyraźnie, że – wbrew zapowiedziom ministra zdrowia – pole, po którym poruszają się dyskutanci jest mocno ograniczone. Tak naprawdę, to przedmiotem rozważań były głównie tematy, które – w istocie – należą do kompetencji i zakresu zainteresowania płatnika (NFZ): jak wynagradzać świadczeniodawców, jak zdefiniować finansowane „produkty”, jak je wyceniać, w jaki sposób tworzyć i przysyłać dokumentację medyczną? Najwyraźniej uczestnicy „Debaty” uznali, że jedynym, co można zmienić w systemie publicznej ochrony zdrowia, to sposób wydatkowania pieniędzy przez NFZ. Wszystkie inne elementy systemu zostały uznane za trwałe i nienaruszalne. Dlatego nie zajmowano się ani wysokością publicznych nakładów na ochronę zdrowia, ani sposobem ich pozyskiwania (budżet, składka ubezpieczeniowa, inne sposoby). Nie zastanawiano się co należy zrobić, aby system stał się wydolny, czyli „bezkolejkowy” przyjmując, że jest to niemożliwe. Nie podejmowano tematu nadmiernego (tj. nieuzasadnionego merytorycznie) popytu na refundowane świadczenia zdrowotne, nie zastanawiano się też jak temu przeciwdziałać – czy przez współpłacenie, ograniczenie koszyka czy innymi metodami. Pominięto w ogóle temat ewentualnej konkurencji między płatnikami - dysponentami środków publicznych przeznaczonych na lecnictwo.

To mentalne ograniczenie „reformatorów” do pewnych wąskich ram nie jest przypadkowe, bo dobrze koreluje z innymi działaniami rządzących, którzy – wbrew początkowym zapowiedziom ministra Szumowskiego – kontynuują linię konsekwentnej etatyzacji publicznej służby zdrowia i ręcznego nią sterowania. Nikt nie zastanawia się nad racjonalnością wprowadzenia sieci szpitali, a co najwyżej nad jej kosmetyką. Minister zdrowia autorytatywnie ocenił (wbrew faktom, które przytoczył), że Polacy nie są gotowi do współpłacenia za leczenie i wolą czekać w kolejkach byleby tylko wszystko pozostało „za darmo”. Inni równie pewnie stwierdzili, że Polacy nie godzą się na wzrost wysokości składki zdrowotnej. Codzienne relacje z kolejnych szpitali, gdzie trafiają „rządowe” pieniądze przeznaczone na sprzęt, remonty lub rozbudowę, mają przekonać, że nic tak, jak bezpośrednio sterowanie służbą zdrowia przez rządzących nie zapewni jej bogactwa i odpowiedniego poziomu.

Wszystko to razem przypomina mi próby reformowania upadłej gospodarki w okresie PRL, zwłaszcza po roku 1980. Wówczas też wszystkie reformatorskie pomysły ograniczały się do tego jak w socjalistycznych, państwowych przedsiębiorstwach zwiększyć wydajność pracy, ograniczyć marnotrawstwo, pobudzić innowacyjność i racjonalizację. Nikt nie odważyłby się nawet na rozważania na temat wprowadzenia wolnego rynku, konkurencji, działania „dla zysku”, prywatyzacji. I nie trzeba było nawet nikogo z ówczesnych reformatorów siłą do tego przekonywać. Oni sami z siebie rozumieli gdzie są granice ich mentalnej swobody.

Jak jest z tą swobodą u obecnych reformatorów ochrony zdrowia? Pewne światło na to może rzucić następujący fakt: OZZL organizuje w drugim dniu swojego Krajowego Zjazdu – w sobotę 20 października dyskusję dotyczące oczekiwanego kształtu racjonalnego systemu publicznej ochrony zdrowia. Do dyskusji zaprosiliśmy ministra zdrowia, prezesa NFZ, przewodniczącego Rady społecznej debaty „Wspólnie dla zdrowia”, przedstawicieli pracodawców publicznej i prywatnej ochrony zdrowia, prezydenta Centrum im. A. Smitha, przedstawiciela organizacji pacjentów, reprezentantów samorządu lekarskiego. W zaproszeniach zaznaczyliśmy, że w dyskusji chcielibyśmy usłyszeć odpowiedzi na następujące „ustrojowe” pytania:

1. Czy system publicznej ochrony zdrowia powinien być wydolny tzn. „bezkolejkowy”, czy jest to niemożliwe, a problemem do rozwiązania jest jedynie właściwe „zarządzanie kolejkami” ?
2. Jakie są warunki niezbędne do zbudowania systemu „bezkolejkowego” i czy jest to możliwe bez finansowego motywowania pacjentów do racjonalnego korzystania z refundowanych świadczeń zdrowotnych, jakie mechanizmy finansowego motywowania pacjentów można wprowadzić? Jak ograniczyć nadmierny (nieuzasadniony) popyt na świadczenia zdrowotne?

3. Jak duże powinny być nakłady publiczne na ochronę zdrowia, jakie powinno być ich źródło: składka, budżet państwa, czy inne?
4. Czy powinien być jeden płatnik (jeden dysponent środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia) czy wielu konkurujących ze sobą?
5. Jakie są najbardziej efektywne sposoby alokacji środków? Czy świadczeniodawcy powinni otrzymywać pieniądze za wykonane świadczenia czy ryczałtowo za samo istnienie ? Czy wszyscy powinni być podobnie traktowani „naturalni monopolści” ?
6. W jaki sposób rozwiązać problem płac w publicznej ochronie zdrowia ? Czy jest w ogóle taki problem? Czy możliwe jest zawarcie „umowy społecznej” w sprawie płac w ochronie zdrowia?

Minister zdrowia i przedstawiciel Rady społecznej debaty „Wspólnie dla zdrowia” odpowiedzieli, że nie wezmą udziału w dyskusji, prezes NFZ nie odpowiedział w ogóle.