

# BEZ GŁOWY



Ichabod Crane jest detektywem z Nowego Jorku. Zostaje wysłany do miasteczka Sleepy Hollow, by zbadać sprawę kilku makabrycznych morderstw: wszystkie ofiary pozbawione są głów. Crane jako zatwardziały racjonalista dopóty odrzuca istnienie demona, dopóki się z nim nie spotyka – ten opis fabuły amerykańskiego filmu „Jeździec bez głowy” doskonale pasuje do działań wszystkich ekip, które zabierały się w Polsce do reformowania ochrony zdrowia.

Efekt jest system, który działa, jakby był pozbawiony głowy, a każdego jego potencjalnego reformatora można uznać za człowieka, który „odrzuca istnienie demona, dopóki sam się z nim nie spotyka”. Od Balickiego, przez Religę i Pieczę, Kopacz, po Arłukowicza. Każdy, kto próbował reformować, egzekwować, domagać się szacunku dla zdrowego rozsądku – przegrywał. Wygrywało *status quo*, zaniechanie, „lepszą starą biedą”.

Nie możemy odczuć dobrodziejstwa systemu rynkowego, bo go do końca nie wprowadziliśmy. O sprawiedliwości społecznej też nie można mówić – w praktyce bogatsi już dziś mają lepszy dostęp i do prywatnej, i do publicznej ochrony zdrowia. Mamy system niezadowolający absolutnie nikogo. Dlaczego zatem wszyscy solidarnie go znosimy? Czy w ogóle warto go zmieniać, a jeżeli tak, to w jaki sposób? O odpowiedź na to pytanie poprosiliśmy ekspertów.



for. PAP/Radek/Pietruszka

## Robert Gwiżdowski

ekspert rynku medycznego Centrum Adama Smitha

To prawda, że większość uczestników systemu ochrony zdrowia ma pełne prawo do poczucia niezadowolenia z jego funkcjonowania. Ale są i tacy, którzy się w nim odnajdują. Jako adwokat zawsze zadaję sobie pytanie: *qui bono* – czyje dobro, kto na tym korzysta?

Brak głowy, brak pomysłu, brak reguł w polskiej ochronie zdrowia służy tym, którzy potrafią się szybko zorientować, jak zarobić w sytuacji, gdy nie do końca zaczęły działać mechanizmy rynkowe i jeszcze nie przestały działać te ze starej epoki. Służą nie tym, którzy chcą leczyć jak najtaniej i jak najlepiej, ale potrafiącym odgadnąć, za co płaci urzędnik zamawiający świadczenia medyczne i ustawiający cennik. Szkoda.

Powstało silne lobby, dużo biznesów stanowiących kotwicę dla tego systemu. Wiele osób doskonale zna meandry systemu, potapało się w jego zawiłościach i broni go. Gdyby ich prywatnie zapytać, czy system działa racjonalnie, odpowiedzieliby: „nie”. Ale gdyby zapytać, czy się w nim odnajdują, odpowiedzieliby: „tak”. A gdyby zapytać, czy chcieliby zmian, odpowiedź brzmiałaby: „nie wiem”. Czyli ochronnie dla obecnego systemu.



for. Rafał Guź/Fotorezepa

## Adam Kozierekiewicz

ekspert rynku medycznego

Jako społeczeństwo mamy dwa traumatyczne przeżycia. Najpierw kolektywistyczny system, który w teorii dawał wszystkim równe prawo do ochrony zdrowia, a w praktyce nie dawał nic prócz zapóźnień cywilizacyjnych. Potem próbę urynkwienia systemu. Nieudaną. W efekcie mamy do czynienia z takimi oczekiwaniami społeczeństwa: po pierwsze – nie chcemy kolektywizmu, po drugie – obawiamy się rynku. I tak, prawdę mówiąc, nasz system ochrony zdrowia jest pochodną tych oczekiwań. Nie ma ani kolektywizmu, ani rynku.

Każdy widzi, że obecny system jest zły. Codziennie media przynoszą jego miazdzącą krytykę. Kilka razy w tygodniu spotykamy się w gronie ekspertów i zawsze kończy się to niezmienną od lat konkluzją: tak jak jest, jest źle. Pełna zgoda. Kłopot w tym, że zgody nie ma od chwili, gdy zaczynamy mówić o tym, jak to poprawić. Wtedy pojawia się taka kakofonia pomysłów jak w wypadku debaty o metodzie *in vitro*. I narastają tak skrajne emocje, że trudno wypracować porozumienie. W tej sytuacji o wiele łatwiej do tolerancję dla obowiązujących wad niż o konsensus.



for. Tomasz Właszczyk/Agencja Gazeta

## Wojciech Maksymowicz

dziekan Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, były minister zdrowia

Jest źle, bo to, co obserwujemy w polskiej ochronie zdrowia, jest triumfem rachunkowości nad ekonomią. Ekonomia to nauka szersza, rachunkowość i księgowość są tylko jej poddziałami. Te poddziały, dążenie do poprawnego pod względem formalnym i niebudzącego zastrzeżeń audytu wypełnienia w tabelkach rubryk „winien” i „ma” – przestąpiły rządzącym ważniejsze cele, te ekonomiczne, a nie rachunkowe. To jest zadanie: jak z najlepszym skutkiem wydać to, co mamy.

W naszym systemie w praktyce decyzje podejmuje NFZ. Często nie są one zgodne z interesem ani pacjenta, ani lekarza, ani szpitala, ale spełniają oczekiwania zleceniodawcy – polityka. Pod względem formalno-księgowym rubryki tabelki nie wykazują nieprawidłowości. Za to poszkodowany jest pacjent, niezadowolony lekarz, szpital na skraju bankructwa. Jeśli system ochrony zdrowia zamiast chronić pacjentów, potrafi jedynie produkować poprawne pod względem formalnym bilanse, jest chory i stoi na głowie.



fot. daki

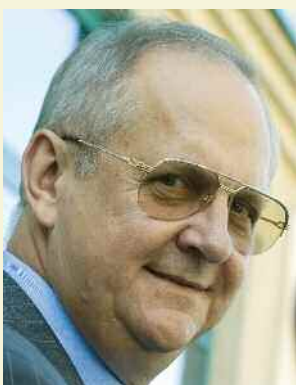
## Marek Balicki

dyrektor Szpitala Wolskiego, były minister zdrowia

Użyłbym takiego porównania: gdy Unia Europejska, Komisja Europejska chce coś zmienić, to w końcu zmienia. Trwa to latami, ale polityka jest konsekwentna, nastawiona na te zmiany. I w końcu one następują. W Polsce tej konsekwencji działania nie ma.

Rozmawiając z ekspertami różnych partii, od SLD po PiS, odnoszę wrażenie, że w kwestii koniecznych reform zgadzamy się w 80 proc. Różnica tkwi w 20 proc. Dramatem jest to, że z powodu tych 20 proc. nie potrafimy przeprowadzić nawet tego, w czym jesteśmy zgodni. Tym samym, wbrew własnej woli, *de facto* pozwalamy na to, by pozostało jak jest, choć to uwiera każdego.

Brak zgody w kwestii kierunku zmian przesądza o tym, że nic się nie zmienia. I to obraca się przeciw wszystkim.



fot. Archiwum

## Andrzej Mądrala

przedsiębiorca medyczny, wiceprezydent Pracodawców RP

Narodowy Fundusz Zdrowia potwierdza zasadność twierdzenia, że najtrwalsze są... prowizorki. Nikt w zasadzie nie planował wprowadzenia obecnego systemu. Zaczął on funkcjonować tylko dlatego, że nastąpił splot okoliczności medycznych, politycznych i społecznych. Były wybory, zwycięzca poczuł się w obowiązku doraźnie zareagować na postulaty społeczne dotyczące funkcjonowania kas chorych. I zareagował. W teorii – doraźnie, w praktyce konsekwencje tamtej decyzji odczuwamy do dziś.

Powstał zatem model szkodliwy, nikogo niesatysfakcjonujący, ale za to wyjątkowo odporny na zmiany. Wystarczy uczestniczyć w życiu środowiska medycznego, bywać na konferencjach, czytać prasę, by w nieskończoność wydłużać listę wad i wynaturzeń, do których prowadzą obecne regulacje. Recepty są proste, mówimy o nich od lat, ale nikt nie ma siły i ochoty wprowadzać ich w życie. Obecny system jest najwyczejniej w świecie niewydolny, prędzej czy później i tak zbankrutuje. Szkoda, że jego agonii przyglądamy się biernie, bo im mniej działań naprawczych dziś, tym później szok i straty będą większe.



fot. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

## prof. Krzysztof Opolski

ekspert w dziedzinie ekonomii zdrowia Uniwersytetu Warszawskiego

Obecny system ochrony zdrowia jest silny słabością swoich przeciwników i brakiem porozumienia między nimi. To paradoks: niezadowolenie jest powszechne, ale system ciągle znajduje dość siły, by trwać. Każda próba jego zmiany wywołuje natychmiast dyskusję o olbrzymiej temperaturze politycznej i społecznej. Bo choć jest zgoda co do tego, że system trzeba zmienić, to nie ma zgody co do tego, jak go zmieniać. I w tym sensie, do pewnego stopnia oczywiście, rozumiem obawy przed reformami, przed debatą, przed podjęciem tematu i zajęciem się sprawą.

Kto na tym korzysta? W zasadzie nikt. Najbardziej poszkodowany jest oczywiście pacjent, najmniej poszkodowane te grupy, które mają odpowiednią siłę czy to polityczną, czy materialną. One potrafią zrozumieć system najlepiej, użyć rozmaitych form nacisku, by na obecnych realiach jak najlepiej zarobić albo choćby najmniej stracić.

By to wszystko zmienić, potrzeba szerokiej debaty z udziałem ekspertów od zdrowia i od ekonomii, z obozu rządzącego i opozycji, wyliczenia kosztów i optymalizacji wydatków. Żaden rząd nie poradzi sobie z tą reformą sam, bez debaty, ustępstw i przekonania oponentów przynajmniej do części swojego programu. Z przeprowadzeniem reformy nie poradzi sobie nikt, zorganizowanie debaty leży natomiast w zasięgu możliwości tego rządu. I jest to pilna konieczność.



601.images.com/Corbis

Wiele osób pisało i mówiło o tym, że jednym z najważniejszych powodów dysfunkcji systemu opieki zdrowotnej jest przyjęcie fałszywego, rynkowego założenia, że nie powinien być on nadmiernie regulowany. Przez ostatnie lata dość naiwnie sądzono, że przy finansowaniu opieki zdrowotnej wystarczy ustalenie opłaty za wykonanie pojedynczego świadczenia, a system dalej będzie się regulował sam. To założenie się nie sprawdziło.

Organizatorzy systemu, jeżeli zakładali istnienie rynku w opiece zdrowotnej, powinni pamiętać, że w każdym układzie rynkowym fundusze są nieograniczone, ale zarazem niewystarczające do zakupu wszystkich produkowanych dóbr. Dzięki tej prostej zasadzie wytwórcy są w niekomfortowej sytuacji rywalizowania o klienta – muszą podnosić jakość i obniżać ceny. To właśnie sprawia, że system rynkowy jest korzystny dla konsumenta.

### Idea na manowcach

Te elementarne założenia nie są jednak spełnione w naszym systemie opieki zdrowotnej, a przez to cała koncepcja bierze w łeb. Po pierwsze, pula pieniędzy w systemie jest ogra-

niczona – są to fundusze ściągane w ramach składki zdrowotnej z niewielkim udziałem świadczeń finansowanych przez państwo. Po drugie, nie ma konkurencji cenowej, bo ceny są regulowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia – jedyne płatnika. Po trzecie, być może najważniejsze, istnieje gigantyczna asymetria informacji pomiędzy sprzedającymi – podmiotami leczniczymi – a kupującymi – pacjentami. Obrazując tę asymetrię: jeżeli chcemy kupić buty, odwiedzamy wiele sklepów i wybieramy model, który najbardziej się nam podoba, przy zastrzeżeniu, że posiadamy pieniądze pozwalające nam na taki zakup. Wszystkie decyzje są po naszej stronie. Kiedy jesteśmy chorzy, to nawet jeżeli wybie-

rzemy sobie podmiot, w którym chcemy się leczyć, wszelkie pozostałe decyzje dotyczące terapii: kiedy i w jaki sposób – podejmuje już wykonawca usługi. Nie muszą dodawać, że może on powiedzieć, że potrzebujemy czegoś, o czym nie mieliśmy pojęcia, tzn. że jesteśmy chorzy na coś, czego sobie nie uświadamialiśmy. W skrajnych, choć nie tak rzadkich wypadkach wykonawca sugeruje nam leczenie choroby nieistniejącej lub będącej na takim etapie zaawansowania, że nie wymaga proponowanej nam interwencji.

Jak wynika z powyższego, w opiece zdrowotnej chcemy stosować rozwiązania rynkowe, choć środowisko jest całkowicie nierynkowe.

### Opłata za wykonane świadczenie

Do rozliczeń pomiędzy publicznym płatnikiem a podmiotami leczniczymi przyjęto zasadę opłaty za pojedyncze wykonane świadczenie, zwaną z angielska *fee for service*. Zasada ta w sposób naturalny powoduje wykonywanie wybranych, lepiej finansowanych procedur, kosztem tych wycenionych gorzej. Kolejnym efektem tej zasady jest brak holistycznego podejścia do systemu, ale przede wszystkim do pacjenta i brak ciągłości jego leczenia. Największym jednak problemem jest skupienie się na płaceniu za wykonanie pojedynczej procedury medycznej i całkowita ślepota na inne koszty: systemu, społeczeństwa, indywidualnego konsumenta. W następstwie takiego podejścia przez lata wycieraliśmy sobie gęby tzw. dobrem pacjenta, jednocześnie zajmując się przede wszystkim problemami zadłużenia szpitali czy wysokości wynagrodzenia ich pracowników. Tworząc iluzję rynku, stosowaliśmy najbardziej merkantylistyczne rozwiązania, oddłużając szpitale czy regulując w sztuczny sposób wynagrodzenia, jak w ustawie „203” lub „wedłowskiej”.

### Nos dla tabakierzy

Słuchając polityków, można dojść do wniosku, że najważniejszym pro-

blemem systemu są stale zadłużające się szpitale. Właśnie z tego powodu wprowadzono ustawę o działalności leczniczej, która upowszechniając komercjalizację szpitali, miała podobno doprowadzić do ich stabilizacji finansowej. Drugim problemem były od lat zbyt niskie wynagrodzenia pracowników. Regulowano je ustawowo, posuwając się nawet do przeznaczania pieniędzy pochodzących ze składki zdrowotnej nie na finansowanie procedur medycznych, lecz na bezpośrednie pokrywanie kosztów płacowych. Na szczęście, tzw. produkt podwyżkowy został zlikwidowany, choć do dziś istnieją jego pozostałości w postaci gwarancji wysokości kontraktów dla świadczeniodawców mających umowę z NFZ w 2008 r. Trzecim problemem była gospodarka lekami, „naprawiona” poprzez wprowadzenie ustawy refundacyjnej, której jedynym widocznym efektem jest zmniejszenie obciążeń NFZ i wzrost cen leków dla pacjentów.

Jak widać, organizatorzy systemu, rozprawiając o pacjentach i potrzebie poprawy ich sytuacji, zajmowali się wszystkim, tylko nie nimi.

### Brak rozsądku

Podstawowe pytanie brzmi: jaki sens ma stosowanie zasady *fee for service* przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych i jednocześnie ich limitowanie? Kiedy w 1999 r., w pierwszym roku działania kas chorych, wprowadzono tę generalną zasadę, podpierano się teorią, że pieniądze powinny iść za pacjentem. I miało to sens, bo oznaczało, że najlepsze szpitale i przychodnie, które przyciągną najwięcej pacjentów, będą miały najlepsze finansowanie. Tyle że przy opisanej wyżej asymetrii informacji potrzeby zdrowotne można było mnożyć w nieskończoność i w krótkim czasie większości kas zaczęła grozić niewypłacalność. Wtedy wprowadzono limitowanie świadczeń, tworząc *de facto* szpitalne budżety, dla których opłata za pojedyncze świadczenia stała się wyłącznie sposobem rozliczania kontraktów. Trzeba do

tego dodać brak transparentnej wyceny świadczeń, sprawiający, że jedne świadczenia opłaca się wykonywać bardziej, inne mniej, a jeszcze inne wręcz wcale. Doprowadziło to do paranoi, bo większość prezesów, dyrektorów czy ordynatorów zajmuje się tym, jakie procedury wykonywać i jak je rozliczać, a nie tym, jak pomagać pacjentom. Następnym elementem jest brak ustandaryzowa-

„ Żeby wrócić do normalności, musimy wreszcie odrzucić prymat myślenia ekonomicznego, zresztą w wielu miejscach błędnego czy wręcz głupiego, i skoncentrować się na celowości leczenia ”

nych zasad przydzielania kontraktów. Sprawia to, że przy ogólnym niedoborze pieniędzy w systemie podmioty lecznicze o porównywalnym potencjale mają często wręcz drastycznie różne wartości kontraktów. A przecież muszą one spełniać te same standardy wyposażenia, a przede wszystkim zatrudnienia. Wobec limitowania świadczeń nie mogą wykonywać ich bez ograniczeń i przez pewien czas pozostają jedynie w gotowości, ponosząc jej koszt. A koszt gotowości do udzielania świadczeń w ogóle nie jest przez

organizatorów systemu i płatnika dostrzegany. Z tego powodu, niezależnie od błędów popełnianych przez zarządców, podmioty posiadające niższy kontrakt mają gorszy wynik finansowy.

Drugą ważną kwestią przy finansowaniu systemu, która wydaje się zupełnie pomijana, jest konieczność limitowania podmiotów leczniczych mających kontrakt z publicznym



płatnikiem. Przy braku funduszy nielimitowanie prowadzi do rozdrobnienia kontraktów, co powoduje, że zamiast wydawać pieniądze na koszty techniczne procedur, przeznaczamy je na zakup sprzętu medycznego do nowych podmiotów, media i przede wszystkim płace. Ponieważ kontrakty są niskie, to i proponowane płace, zwłaszcza dla pielęgniarek, są niskie. Kontrakty lekarskie, które powoli stają się normą, mają wysoką stawkę godzinową lub prowizyjną, ale z uwagi na niewielką liczbę punktów do „wyro-

bienia” przynoszą także umiarkowany przychód z jednego miejsca pracy. Ponadto, ponieważ liczba pracowników jest niedostateczna, pracują oni w kilku miejscach, omijając dyrektywę unijną o czasie pracy i stwarzając zagrożenie dla zdrowia swojego oraz swoich pacjentów. Niestety, zwłaszcza w wypadku pielęgniarek, często jest to po prostu przymus ekonomiczny.

dalszego udzielania pomocy, a nie można wypisać go do domu. Aby zobrazować to nastawienie, wystarczy przypomnieć powracające narzekania lekarzy i zarządzających placówkami medycznymi na leczenie nieubezpieczonych, za których nikt nie chce zapłacić, bądź na tzw. rezydentów, których nigdzie nie można przekazać. Potwierdzają to także ostatnie doniesienia z dziedziny kar-

ostatnie spory wokół ustawy refundacyjnej oraz zarządzenia prezesa NFZ, które pod groźbą kar przerzucały na lekarzy obowiązki administracyjne dotyczące identyfikacji pacjentów i przestrzegania uprawnień refundacyjnych. Po raz kolejny lekarz miał nie tyle leczyć pacjenta, ile pilnować, żeby był uprawniony do leczenia i był leczony zgodnie z narzuconymi przepisami, niekoniecznie pokrywającymi się ze standardami medycznymi.

Takie podejście powoduje jednak także szkody ekonomiczne. Zwiększając współfinansowanie leków przez pacjentów, powoduje się, że spada ich konsumpcja. Oznacza to zysk dla budżetu NFZ przeznaczanego na refundację, ale jednocześnie powoduje, że wielu przewlekle chorych przestaje przyjmować leki lub przyjmuje je niezgodnie ze wskazaniami. Ilu spośród nich powraca do lekarza z zaostrzeniem objawów lub co gorsza trafia do szpitala, gdzie ponowne wyrównanie stanu zdrowia i ustalenie terapii kosztuje wielokrotnie więcej? A jak mówią doniesienia, porzucanie terapii zdarza się nawet ludziom po transplantacjach.

### Brak refundacji

Kolejnym błędem jest brak refundacji niektórych kosztownych leków. O ile wątpliwości może budzić podawanie w stanach niemalże terminalnych drogich leków onkologicznych, dla których badania kliniczne nie wykazują ewidentnego efektu przedłużającego życie, o tyle ograniczanie możliwości takiego leczenia w niektórych chorobach psychicznych, stwardnieniu rozsianym, cukrzycy, WZW i wielu innych schorzeniach jest dyskusyjne. Dla każdego takiego leku powinna być przeprowadzona analiza efektywności kosztowej, zwłaszcza wobec nacisków producentów – koncernów farmaceutycznych. Wykonanie takich badań przez AOTM byłoby długotrwałe, ale metaanalizy badań przeprowadzonych w innych krajach powinny być podstawą do podejmowania wiążących decyzji. A reko-



foto: 123RF

### *Aegroti, cura te ipsum*

Zawarta w podtytule gra słowna wcale nie jest zabawna. Obecny sposób finansowania systemu doprowadza bowiem do sytuacji, że pacjent stał się „dostarczycielem punktów”, a jego losem nikt nie jest zainteresowany po wykonaniu czynności, za którą ma zapłacić NFZ. Nie istnieje żadna kompleksowość i ciągłość leczenia. Pacjenta przekazuje się do ośrodka bardziej specjalistycznego lub ośrodka opieki długoterminowej tylko wtedy, gdy nie ma możliwości

diologii o wysokiej odległej śmiertelności pacjentów poddanych zabiegom PCI, wynikającej z braku zorganizowanego leczenia następczego po interwencji.

Przecież takie podejście do pacjenta urąga nie tylko przysiędze Hipokratesa, ale jest zaprzeczeniem innej podstawowej zasady, że jego zdrowie jest dla lekarza najwyższym prawem. I nie jest to zarzut wobec lekarzy, lecz wobec organizatorów systemu, którzy doprowadzili do tej sytuacji. Właśnie oni są głównymi odpowiedzialnymi, co potwierdzają

mendacje AOTM dziwnie często zawisają w powietrzu.

### Brak ciągłości

Nierozsądne decyzje ekonomiczne w polityce lekowej to tylko część problemów. Brak ciągłości leczenia objawia się chociażby niezapewnieniem leczenia usprawniającego po niektórych incydentach, takich jak ostre zespoły wieńcowe czy udary mózgowie, oraz po operacjach naprawczych, zwłaszcza narządu ruchu. Nierehabilitowani pacjenci po udarach często pozostają w łóżku do końca życia, po zawałach mięśnia sercowego – stają się ciągle powracającymi pacjentami z niewydolnością

Przez lata nie potrafiliśmy wprowadzić powszechności badań profilaktycznych, co powoduje, że wskaźniki śmiertelności w wielu chorobach są wyższe niż w większości krajów Europy. Nie jest to spowodowane brakiem umiejętności naszych lekarzy, lecz bardziej zaawansowanym stadium choroby, z którym trafiają do nich pacjenci. Kolejna maksyma – „lepiej zapobiegać niż leczyć” – jest martwa. Wystarczy wspomnieć fiasko badań cytologicznych, niemal notorycznie niewykonywanych w gabinetach ginekologicznych mających kontrakt z NFZ z powodu skomplikowanego przekazywania danych. Z drugiej strony ostatnia

dają się nabrać na mrzonki ubezpieczeń dodatkowych czy kolejek oczekujących i dobrze wiedzą, przez który gabinet prywatny trzeba się przewinać, aby doczekać potrzebnej operacji; lekarzy – uczestniczących w tym procederze z drugiej strony, ale też główkujących, jak uzyskać najlepsze wyniki swoich poradni czy oddziałów; zarządzających przychodniami i szpitalami. Jeżeli jakaś procedura jest nieopłacalna, przyjmuje się pacjenta kilkukrotnie, aby uzyskać finansowanie pokrywające koszty zabiegu – tak jak przy autotransfuzji, kiedy uzyskuje się od jednej osoby ilość krwi potrzebną do operacji poprzez kilkukrotne pobory i przetoczenia. Nierzadko wykonuje się procedurę lepiej płatną zamiast wystarczającej, choć tańszej. Wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów powoduje wykonywanie procedur tańszych kosztowo. Klasykiem przykładem jest opór wobec wprowadzenia prawa do znieczulenia okołoporodowego. Z jednej strony zarządzający zasłaniają się brakiem anestezjologów przy ciągle zaostżanych standardach, z drugiej mówi się głośno, że obecna wycena porodu nie pokrywa kosztów wykonania znieczulenia.

Ta dewastacja myślenia, która w ostatnich latach dokonała się w umysłach osób mających w ten czy inny sposób kontakt z systemem opieki zdrowotnej, jest być może największą szkodą i największym kosztem, który ponosimy. Żeby wrócić do normalności, musimy wreszcie odrzucić prymat myślenia ekonomicznego, zresztą w wielu miejscach błędnego czy wręcz głupiego, i skoncentrować się na celowości leczenia. Oczywiście narzędzia promujące efektywność leczenia muszą mieć priorytet, lecz są one tylko narzędziami. Ostatnio mam wrażenie, że stały się celem. Synonimem braku umiejętności ich stosowania jest określenie „małpa z brzytwą”. W wielu sytuacjach staje się to rzeczywistością.

Maciej Biardzki

„ Obecny sposób finansowania przekształcił pacjenta w dostawcę punktów, którego losem po wykonaniu czynności opłaconej przez NFZ nikt nie jest zainteresowany ”

serca, po implantacji endoprotez – wymagają rewizji i nieraz wymiany protezy.

Podstawą ciągłości leczenia powinno być wzmocnienie roli lekarza rodzinnego. Tymczasem regułą jest kierowanie pacjentów do specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego, znowu opłacanego metodą *fee for service*, gdzie miesiącami oczekują na wizytę, a w międzyczasie ponownie trafiają do szpitala. Zdarza się, że lekarz rodzinny nic nie wie o chorobie swojego podopiecznego.

Kolejnym elementem jest ograniczenie finansowania lecznictwa długoterminowego i przerzucenie większości funduszy na naprawcze leczenie krótkoterminowe. Brak miejsc w placówkach leczenia długoterminowego powoduje, że królowa medycyny – interna – jest zasypana przypadkami wymagającymi bardziej pielęgnacji niż diagnostyki i leczenia. Ile nas wszystkich kosztuje taka polityka organizacji i finansowania usług?

inicjatywa funduszu wprowadzająca wymóg ścisłego przestrzegania czasu pracy (min. 3 razy w tygodniu po 4 godziny) spowodowała zniknięcie ostatnich gabinetów z małych miasteczek i wsi, ostatecznie likwidując możliwości wykonania tego badania dla większości kobiet.

Na koniec trzeba wskazać koszty nieponoszone bezpośrednio przez NFZ, ale przez ZUS, a pośrednio przez całą gospodarkę narodową. Są to koszty przedłużającej się lub powtarzającej się absencji chorobowej, koszty rent inwalidzkich, ubytku rąk do pracy. Tych kwot nikt nie liczy, a można je szacować na miliardy złotych.

### Mimikra

Oprócz dehumanizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej i wszechobecnych absurdów ekonomicznych najbardziej irytująca jest umiejętność przystosowywania się do istniejącego stanu. Dotyczy to wszystkich: pacjentów, którzy nie