

Nie ministerstwo, nie fundusz – sądy uporządkują naszą ochronę zdrowia

Trzecia władza



foto: iStockphoto

W systemie każdy ma swoje prawa i obowiązki. Ta pozorna równość staje się rzeczywistością tylko wtedy, gdy nie dochodzi do konfliktów. Niestety, konstrukcja naszej ochrony zdrowia nie tylko im sprzyja, ale nawet sama je generuje. Kto ma pogodzić strony co rusz wybuchających konfliktów między płatnikiem, pacjentem, ministrem i wyborcami? O ile uczestnicy tych sporów nie dogadają się między sobą – a wiele wskazuje na to, że tak się stanie – w ostateczności zadecydują sądy.

Gdzie te konflikty? Zacznijmy od góry, czyli od ministra, który jako polityk zawsze stara się dać pacjentom (wyborcom) jak najwięcej. Aby go zbyt nie poniosła fantazja, prezes NFZ, stojąc na straży funduszy płatnika, stara się maksymalnie ograniczać wydatki na świadczenia. W drodze swoistego przetargu ustala budżety świadczeniodawców, mających zapewnić dostęp do świadczeń w swoich regionach. Świadczeniodawcy ci dają pracę tysiącom ludzi i niejednokrotnie są największym przedsiębiorstwem w województwie czy powiecie. U podstawy piramidy znajduje się pacjent, któ-

rego jedynym pragnieniem jest skorzystanie z dobrodziejstwa systemu i poczucie siły swojej składki. Dość łatwo, niczym w jednorodnych grupach pacjentów, można z punktu widzenia pacjenta podzielić wszystkich na dwie grupy: „oni” i „my”.

Prawo

Porządek działania systemu określa prawo i ono powinno wszystkich traktować równo oraz definiować funkcje poszczególnych uczestników. Prawo, które chroni, nakazuje oraz skutecznie broni swoich zapisów za pośrednictwem rozbudowanego aparatu sprawiedliwości, kompe-

tentnych sądów i budowania silnego poczucia niezawisłości.

Najbliższa nam relacja: świadczeniodawca – pacjent, uwidacznia znaczne różnice w prawie. Zasadniczą jest to, że pacjent ma prawa, a świadczeniodawca obowiązki. Nie byłem w stanie wyliczyć liczby paragrafów określających powinności lecznicy oraz pracującego w niej lekarza. Zaryzykuję jednak stwierdzenie, że pacjent ma same prawa, a świadczeniodawca, w tym lekarz, same obowiązki. Podobna jest relacja pomiędzy płatnikiem a lecznicą. Nie ma wątpliwości, że monopolista, który do istniejących aktów nadrzędnych wydaje własne regulacje, traktując je jak prawo, nie jest zobowiązany w zasadzie do niczego. Nawet nadrzędna rola, jaką jest pokrywanie kosztów leczenia ubezpieczonych, została w przepisach odmiennie zinterpretowana. Wszak NFZ pokrywa koszty leczenia do wysokości posiadanych funduszy oraz płaci za świadczenia ujęte w koszyku świadczeń gwarantowanych. Definicja owej gwarancji jest również jasno określona. Gwarantowane świadczenie – tak, ale z zastrzeżeniem, że na zasadach określonych przez NFZ. Do tych zasad można zaliczyć np. ograniczenie dostępu do świadczenia wyłącznie do wybranej grupy chorych.

Spory

Taka sytuacja musi prowadzić do konfliktów. Do nieustannej walki chorego o własne prawa, świadczeniodawcy o pieniądze, a lekarza o godne warunki pracy.

Niepokojące są jednak konflikty wynikające z braku powiązania świadczeń ze standardami postępowania medycznego i najlepszą wiedzą terapeutyczną. System, który nieustannie tworzy ograniczenia dostępu, prędzej czy później traci na jakości, czego efektem jest fala pozwów, błędy w sztuce lekarskiej oraz pogorszenie się stanu zdrowia ubezpieczonych.

Wprowadzenie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta nie rozwiązało problemu. Coraz więcej spraw trafia

na wokandy, a prawnicy mają coraz więcej problemów z ich rozstrzygnięciem. Jak bowiem orzec, że świadczeniodawca nie miał prawa leczyć pacjenta, bo zarządzenie prezesa NFZ na to nie pozwala? Nie można też nie przyznać racji szpitalowi, że domaga się większej zapłaty za świadczenia, skoro leczył więcej chorych.

Na wokandzie

Dotychczas najczęstszym przedmiotem spraw sądowych był domniemany błąd w sztuce lekarskiej lub niezapewnienie dostatecznej opieki medycznej pacjentowi. Ale to się zmienia. Rosnąca świadomość uczestników systemu sprawia, że rozumieją, iż to nie lekarz czy lecznica są winni. Problem tkwi w przeregulowaniu systemu. Rozumiemy, że szpital dostaje zbyt mało pieniędzy z NFZ, a lekarz zbyt małą pensję. Widzimy, że system działa w trybie nakazowym i ma tak rozbudowaną konstrukcję prawa, iż nie jesteśmy w stanie nic mu zarzucić. Przepisy stają się coraz bardziej niezrozumiałe, a często wręcz nieprzystające do rzeczywistości.

Polityka lekowa

Trudno nakazać firmie farmaceutycznej, aby sprzedawała swoje leki poniżej kosztów wytworzenia i dystrybucji. Oczywiście, można tworzyć listy refundacyjne oparte na produktach generycznych. Ale przecież nie da się pozbawić polskich pacjentów preparatów innowacyjnych, bo powinni mieć do nich podobny dostęp jak chorzy z innych krajów UE. Polityka lekowa przede wszystkim musi się opierać na racjonalności terapii i uwzględniać potrzeby zdrowotne, a optymalizowanie kosztów powinno się znajdować na drugim miejscu. U nas jest odwrotnie i za wszelką cenę „oni” walczą o uzyskanie oszczędności w refundacji, czego efektem jest rosnąca liczba recept na 100 proc. odpłatności. Z jednej strony, pacjent ma prawo do leku refundowanego, a z drugiej, płatnik wprowadza restrykcje wobec lekarza, które budzą w nim strach przed wypisaniem recepty.

„ Coraz więcej spraw trafia na wokandy, a prawnicy mają coraz więcej problemów z ich rozstrzygnięciem. Jak bowiem orzec, że świadczeniodawca nie miał prawa leczyć pacjenta, bo zarządzenie prezesa NFZ na to nie pozwala? ”

Silowe obniżanie cen producentom sprawia, że niejednokrotnie nie opłaca im się sprzedawać specyfiku na polskim rynku lub wręcz ich preparat jest wywożony przez handlarzy za granicę, co prowadzi do braków leków w aptekach. Szpitale onkologiczne często borykają się z brakiem cytostatyków, a aptekarze zmuszeni są odpowiadać pacjentowi: „Nie ma w hurtowni”.

Koszyk świadczeń niegwarantowanych

„Oni” regulują wydatki, a „my” zadajemy sobie pytanie, co się stało z naszymi składkami. Nie chcemy płacić większej daniny na NFZ, a równocześnie jesteśmy gotowi ponieść większe wydatki na zdrowie, ale nie w publicznym sektorze.

W efekcie mamy koszyk świadczeń gwarantowanych, który nie jest możliwy do zrealizowania i mimo licznych ograniczeń nie wystarcza na niego pieniędzy. Narastający konflikt rozdrabnia się na setki spraw sądowych, których rozstrzygnięcie odwleka się w czasie, by ich konsekwencje ponieść w kolejnym roku budżetowym. Rozwiązania nie ma. Możliwa jest tylko ucieczka w inny obszar finansowania i odpowiedzialności. Taki, który będzie maksymalnie pozbawiony polityki, a oprze się na racjonalnym rachunku kosztów produktu. Rynek nie reguluje się zarządzeniami prezesa i choć jest drapieżny i często pozbawiony elementów humanizmu, to jest przewidywalny. Pacjenci coraz częściej nie chcą już mieć swoich praw i rozumiejąc reguły rynku, wolą dysponować swoimi pieniędzmi, bowiem wówczas sami będą podlegać prawom rynku. Zjawisko to dość wyraźnie przejawia się w rosnącej liczbie osób korzystających z prywatnej opieki

medycznej. Niejednokrotnie ludzie decydują się na różnego rodzaju ubezpieczenia czy abonamenty, dzięki którym bez problemu mogą korzystać z usług lekarzy. Ta migracja może spowodować znaczne zmniejszenie liczby ubezpieczonych w NFZ i korzystających z opieki publicznej. Ich obowiązkowa składka nadal jednak będzie zasilać budżet płatnika i w zasadzie służyć utrzymaniu lecznic. Może to poprowadzić system w dobrym kierunku, do rozwiązania, w którym publiczna ochrona zdrowia będzie zapewniać wyłącznie bazowy, podstawowy koszyk świadczeń – pakiet usług związanych z ratowaniem życia, podstawowe czynności lekarskie w nagłych zachorowaniach zagrażających życiu. Wówczas będzie można uczciwie powiedzieć, że koszyk jest gwarantowany, a pieniędzy wystarczy na to, aby dostęp do świadczeń miał każdy.

Oczywiście wiąże się to z koniecznością powstania systemu ubezpieczeń dodatkowych i obawą, że i te „oni” będą chcieli regulować. Właśnie dlatego obecnej „naszej” walki przed sądami nie traktuję jako krucjaty przeciw lekarzom czy lecznicom, ale jako przeciwstawienie się systemowi. Ogromnemu aparatowi aktów prawnych, którego głównym celem jest ograniczenie dostępu do leczenia. Pocięszające jest to, że rozumiemy już, iż leczenie kosztuje więcej, niż na nie płacimy. Brak zaufania do publicznego płatnika nie tylko stworzył podział na „my” i „oni”, lecz także uzmysłowił, że najważniejsze jest „ja”. Wszak „ja” mam dbać o swoje zdrowie i „ja” mam podejmować decyzje, gdzie i za ile będę się leczył.

Rafał Janiszewski