

Czy Platforma Obywatelska uzdrowi polskie zdrowie?

7 mitów, które blokują reformę systemu ochrony zdrowia

Jacek Szczęsny

Po wyborach parlamentarnych Platforma Obywatelska znalazła się w najlepszym momencie, aby przeprowadzić gruntowne i szokowe zmiany w systemie ochrony zdrowia. Jak bowiem twierdził Milton Friedman, guru światowej ekonomii, w czasie zapaści systemowej (a w takiej sytuacji znajduje się ochrona zdrowia) najlepiej sprawdza się właśnie *doktryna szoku*, polegająca na tym, że kryzys należy wykorzystać do *przeprowadzenia realnych zmian*. Jeśli PO naprawdę chce *realnych zmian*, musi najpierw rozprawić się z mitami, jakie stały się paradygmatami rodzimej służby zdrowia.

Ich zakorzeniecie w mentalności Polaków blokuje reformy i paraliżuje polityków, którzy obawiają się utraty popularności. Obiecywanego cudu gospodarczego nie będzie, jeśli Donald Tusk nie uwierzy, że może stać się mężem stanu na miarę np. Jeana-Pierre'a Raffarina, szefa centroprawicowego rządu Francji, który zdołał przeforsować bardzo niepopularną reformę systemu emerytalnego, choć towarzyszyły temu wielotysięczne protesty uliczne.

Mit nr 1

Można dalej utrzymać darmową służbę zdrowia, a system obędzie się bez współpłacenia

W pierwszym rządzie powinno wykreślić się mit o darmowej służbie zdrowia, która gwarantuje *wszystkim wszystkim*. Z takim – postkomunistycznym – stereotypem rozprawił się nawet Janusz Kochanowski (*Mediator, Menedżer Zdrowia* nr 6/2007). Rzecznik praw obywatelskich stwierdził, że w 68. artykule Konstytucji (mówiącym, iż *obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*) nie ma mowy o darmowym, ale równym i sprawiedliwym dostępie. *Darmowa powszechność dostępu do ochrony zdrowia jest sprzeczna ze zdrowym rozsądkiem i możliwościami finansowymi państwa. Proszę zauważyć, że ostatnio w Czechach wprowadzono częściową odpłatność, a w wielu innych krajach Unii Europejskiej współpłacenie jest na porządku dziennym.*

Jak widać, konieczność wprowadzenia współpłacenia (patrz sonda redakcyjna: *Konsultanci o współpłaceniu*) jest warunkiem *sine qua non* przetrwania służby zdrowia. Od dawna wiedzą o tym niemal we wszystkich państwach tzw. starej Unii. Warto przypomnieć, że np. w Niemczech ubezpieczeni zobowiązani są do wnoszenia tzw. opłaty rejestracyjnej (*Praxisgebühr*) w wysokości 10 euro przy pierwszej wizycie. Celem wprowadzenia tej opłaty było powstrzymanie ubezpieczonych od składania zbędnych wizyt, szczególnie u specjalistów. Z kolei we Francji część kosztów leczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego nie podlega refundacji. Wysokość procentowego uczestnictwa w kosztach ponoszonych przez ubezpieczonego waha się 20–60 proc. W bogatej Holandii ubezpieczony ponosi 20 proc. kosztów leczenia ambulatoryjnego (ale nie więcej aniżeli 90 euro rocznie). W równie bogatej i socjalistycznej Szwecji za świadczenia w opiece pozaszpitalnej pacjenci muszą płacić równowartość ok. 10 euro.

O tym, że wprowadzenie współpłacenia jest możliwe, świadczą nie tylko opinie lekarzy i ekonomistów. Z badań przeprowadzonych przez Instytut PENTOR wynika, że na dopłaty do leczenia jest gotowych zgodzić się aż 70 proc. respondentów. – *Legalizacja współpłacenia jest niezbędnym elementem reformy i racjona-*

lizacji systemu. Oczywiście, należy się zastanowić nad formą jego wprowadzenia. Gdyby pacjenci mieli dopłacić niewielką sumę, np. do kwot, jakie szpitale wydają na leczenie, na pewno będzie można podjąć dialog społeczny i uzyskać akceptację do wprowadzenia współpłacenia – mówi prof. Jacek Ruszkowski, dyrektor Centrum Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego.



graf. David Nicholls/Corbis

„ Konieczność wprowadzenia współpłacenia jest warunkiem *sine qua non* przetrwania służby zdrowia. Od dawna wiedzą o tym niemal we wszystkich państwach tzw. starej Unii, a także Czeši i Słowacy ”

Mit nr 2

W Polsce obecnie nie można wprowadzić dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Współpłacenie niewiele wniesie do systemu, jeśli nie zostanie powiązane z dodatkowymi ubezpieczeniami. I tu pojawiają się problemy, bo na kształt rynku brokerskiego ma wpływ największy polski lobbysta w tej dziedzinie – PZU – wielka firma ubezpieczeniowa, która czerpiąc zyski z innych rodzajów ubezpieczeń, stała się mało elastycznym mastodontem i zawalidrogą na drodze do wprowadzenia powszechnych ubezpieczeń prywatnych. Tak wykreowany obraz ubezpieczeń powoduje, iż Polacy mają wrażenie, że są one dostępne wyłącznie dla osób bogatych. Być może dlatego coraz więcej firm brokerskich zaczyna *uciekać do przodu* i przez swoją ofertę niedrogich pakietów zdrowotnych chce zaczarować rzeczywistość, licząc

na powstanie ustawy o ubezpieczeniach dodatkowych. Co z tego, kiedy oferta ubezpieczeń zdrowotnych jest – w zgodnej opinii specjalistów – kalką zachodnich wzorców, kompletnie nieprzystosowaną do realiów Polski. To jednak problem ubezpieczycieli. Warto zatem, żeby politycy twórczo rozwinęli myśl prof. Zbigniewa Religi, który na początku tego roku wypuścił *próbny balonik*, ogłaszając propozycję stworzenia II filaru ubezpieczeń (od razu nazwanych *hotelowymi*), które gwarantowałyby jedynie wyższy standard obsługi.

Mimo że propozycja ta została storpedowana przez premiera Kaczyńskiego (*niewiele wspólnego z moimi przekonaniemami ma inicjatywa dotycząca dodatkowego ubezpie-*

szej Polsce – mówi prof. Jan Sobiech, kierownik Katedry Finansów Przedsiębiorstw Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

Mit nr 3

Służba zdrowia musi być przede wszystkim publiczna

Kolejnym problemem, z którym zderzą się politycy PO, jest sprecyzowanie określenia *publiczna służba zdrowia* – czy ma ono oznaczać dalsze utrzymywanie za państwowe pieniądze 700 szpitali? Czy publiczny ma zostać jedynie płatnik?

Pierwszy wariant jest modelem żywcem przeniesionym z czasów komunizmu, w drugim uruchomione zostaną mechanizmy prywatyzacji usług. Należy bowiem podkreślić, że państwo nie musi pozbywać się szpitali. Wystarczy, że powstaną w nich nzozy, z którymi NFZ (lub jego następcy) będzie podpisywać kontrakt, a budynki i większa część infrastruktury pozostaną państwowe i zarządzane przez *publicznych menedżerów*.

Innym rozwiązaniem jest przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego. Zdaniem dr. Wojciecha Misińskiego, eksperta Centrum im. Adama Smitha, tylko 15 proc. hospitalizacji w państwowych placówkach jest zasadnych, pozostałych chorych można leczyć ambulatoryjnie, a więc taniej. Potwierdzają to dane zbierane przez Główny Urząd Statystyczny. Na Dolnym Śląsku *publiczne łóżko* generuje rocznie 20 tys. zł strat. W spółce prawa handlowego – 2,8 tys. zł zysku. Warto, aby takie dane (a nie tylko wyniki popularności publikowane przez kolejne biura badawcze) czytali politycy.

Racjonalizacja wydatków jest niezbędna, bo mimo widocznego wzrostu budżetu NFZ (w 2008 r. ma on wynosić 48,9 mld zł), w porównaniu z większością krajów członkowskich OECD, Polacy przeznaczają na składkę zdrowotną jedynie 8,7 proc. swoich dochodów, a Zbigniew Religa zapowiadał niedawno, że polskie szpitale niemal natychmiast będą potrzebowały dokapitalizowania sprzętu co najmniej w wysokości 9 mld zł.

Mit nr 4

Będziemy mieli sieć szpitali

Obszarem niewyobraźalnego chaosu i braku spójnej koncepcji są zasady tworzenia kryteriów sieci szpitalnej. Tu także znajdzie się duże pole do popisu dla odważnych polityków. O porażce chwalebnej idei Zbigniewa Religi – stworzenia sieci, świadczą dwa fakty. Arbitralny sposób powstania założeń spowodował wniesienie ok. tysiąca poprawek, gdy pierwszy projekt trafił do tzw. dyskusji społecznej (do drugiego wnie-

„ Coraz więcej firm brokerskich zaczyna uciekać do przodu i przez ofertę niedrogich pakietów zdrowotnych chce zaczarować rzeczywistość, licząc na powstanie ustawy o ubezpieczeniach dodatkowych ”



czenia i podziału w szpitalach na biedniejszych i bogatszych pacjentów), wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych jest niezbędne ze względu na stały niedobór środków NFZ oraz ustawodawstwo unijne, które promuje rozwój tej formy finansowania służby zdrowia. – Z pewnością rozwojowi ubezpieczeń dodatkowych powinien sprzyjać odpowiedni rozwój systemu zachęt czy bodźców, przede wszystkim skłaniających do ich zakupu. Znaczenie ma też polityka antykorupcyjna. Hazard moralny i korupcja – to główna bariera rozwoju ubezpieczeń dodatkowych w dzisiaj-



Konsultanci o współpłaceniu – sonda redakcyjna

prof. Witold Szyfter

konsultant krajowy w dziedzinie otolaryngologii

Służba zdrowia jest w tak trudnej sytuacji, że każde rozwiązanie, które może zwiększyć jej finansowanie, jest wskazane. Także współpłacenie. Muszą jednak z niego zostać wyłączone osoby najmniej zarabiające, bezrobotne, korzystające z pomocy socjalnej i emeryci. W efekcie – także w laryngologii – znaleźlibyśmy

Współpłacenie to dla mnie wnoszenie drobnych, 5–10-złotowych opłat za pobyt w szpitalu czy jeszcze mniejszych kwot za wizytę w przychodni

grupę pacjentów, którzy mogliby współpłacić za niektóre procedury. Na pewno jednak nie mogłoby to dotyczyć chorób nowotworowych i przypadków ostrożyżurowych – stanów zagrożenia życia. Trudno przecież oczekiwać, żeby od osób ubezpieczonych – a przecież wszyscy jesteśmy obowiązkowo ubezpieczeni w NFZ – żądać dodatkowych opłat. Gdyby wprowadzono taki system, mogłaby zostać wypaczona idea medycyny XXI wieku. Kiedyś rozważaliśmy możliwość wplatania 20 proc. od ceny implantu ślimakowego. Ale przecież taki implant kosztuje 80 tys. zł, a musi być wszczepiony u dziecka do 2. roku życia. Okazało się, że wielu rodziców nie stać na taki wydatek, a wobec tego żądanie pieniędzy, a zarazem skazywanie tych dzieci na głuchotę jest nieludzkie. Współpłacenie to dla mnie wnoszenie drobnych, 5–10-złotowych opłat za pobyt w szpitalu czy jeszcze mniejszych kwot za wizytę w przychodni. Te złotówki pomnożone przez tysiące wizyt i hospi-

talizacji mogłyby przyczynić się do znaczącej poprawy finansów służby zdrowia. ■

prof. Jan Kanty Kulpa

konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej

Uważam, że w przypadku badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, które powinny być wykonywane w określonych odstępach czasu, powinno wyznaczyć się częstość podstawową. Mogłoby to dotyczyć badań np. poziomu cholesterolu, glukozy, które w normalnej sytuacji zdrowotnej – u osób, które nie odczuwają dolegliwości – powinny być wykonywane raz na rok. Zwiększenie ich

Nie wiem, jak wygląda sytuacja w innych dziedzinach medycyny, wiem natomiast, że w diagnostyce wprowadzenie zasady współpłacenia jest możliwe, a nawet – w wielu przypadkach – niezbędne

częstotliwości, ale bez skierowania lekarza, powinno być odpłatne. Jeżeli bez żadnych wskazań medycznych ktoś chce kontrolować swój stan zdrowia, bo np. znajduje się w określonej grupie wiekowej, to państwo powinno zapewniać podstawowy standard diagnostyki. Wszystko, co jest usługą ponadstandardową, powinno być płacone. Przykładem może być popularne badanie PSA (ang. *Prostate Specific Antigen*), a więc *antygen swoisty dla prostaty*. Antygen ten jest użytecznym narzędziem do wczesnego

wykrywania raka gruczołu krokowego [przy. red.] u mężczyzn po 50. roku życia. Badanie takie powinno być wykonywane raz w roku. Jeśli ktoś chce badać się częściej, to powinien za takie badanie płacić. Pamiętajmy także, że w społeczeństwie mamy do czynienia z pewną liczbą hipochondryków, którzy częściej niż inni chcą sobie robić np. USG. Nie ma żadnych powodów, żeby korzystaliby ze skierowań lekarskich i wykonywali badania bez wskazań medycznych częściej, niż zalecają to ogólne standardy. Jaka to powinna być odpłatność? Taka, która pokryje koszty odczynników i tzw. koszty ogólne. Nie wiem, jak wygląda sytuacja w innych dziedzinach medycyny, wiem natomiast, że w diagnostyce wprowadzenie zasady współpłacenia jest możliwe, a nawet – w wielu przypadkach – niezbędne. Oczywiście, nieodpłatnie powinny być wykonywane badania szpitalne, robione w ramach stosowanych procedur medycznych, chyba że dotyczyłyby to badań, których przydatność nie została w pełni potwierdzona. Takie badania mogłyby być przeprowadzone w porozumieniu z pacjentem i na jego koszt. To jednak odległa przyszłość – na razie takie zasady wprowadzono w USA. Natomiast odpłatność na poziomie podstawowym można wprowadzić niemal natychmiast. ■

prof. Jacek Szmidt

konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej

W dziedzinie chirurgii ogólnej raczej nie ma takich procedur, które mogłyby podlegać współpłaceni. Kiedyś, gdy z ministrem zdrowia rozmawialiśmy o współpłaceni, to wykluczaliśmy dziedziny związane z ratowaniem życia. Oczywiście, można by wprowadzić odpłatność w niektórych dziedzinach chirurgii bariatrycz-

Uważam, że należy rozważyć wszelkie metody zwiększenia finansowania chirurgii ogólnej, bo obecne środki są dramatycznie niskie

nej. Mimo to – nawet w przypadku zmniejszenia otyłości czy apetytu – mam pewne wątpliwości, czy takie zabiegi powinny być odpłatne. Dlaczego? Ponieważ w wielu przypadkach otyłość może stwarzać zagrożenie dla życia pacjenta. Uważam, że należy rozważyć wszelkie metody zwiększenia finansowania chirurgii ogólnej, bo obecne środki są dramatycznie niskie. ■

prof. Waldemar Placek

konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii

Uważam, że istnieje nie tylko możliwość, ale i konieczność współpłacenia (w wysokości 50–100 proc.), a nawet pokrywania w 100 proc. kosztów leczenia objawów o charakterze kosmetycznym oraz spowodowanych czynnikami psychospołecznymi. ■

prof. Grażyna Rydzewska

konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii

Pracując nad koszykiem świadczeń, doszliśmy do wniosku, że powinny w nim znaleźć się procedury gwarantowane i takie, wobec których należy rozważyć współpłacenie. W gastroenterologii jest kilka takich procedur, które wg mnie mogłyby podlegać jakiejś formie współpłacenia. Paradoks polega na tym, że nie jestem zwolennikiem tej formy dopłacania z prywatnej kieszeni pacjenta. Uważam, że najbardziej rozsądnym rozwiązaniem jest wpro-

wadzenie zamiast tego ubezpieczeń dodatkowych. Takie rozwiązanie gwarantowałoby zmianę systemową oraz zabezpieczałoby przed rozproszeniem opłat wnoszonych przez pacjentów. Moim zdaniem, w momencie wprowadzenia współpłacenia procedura- mi, które nie ze wszystkich wskazań musiałyby być gwarantowa-

Odpłatność nie powinna dotyczyć określonych procedur, ale procedur wynikających z określonych wskazań

ne przez finanse publiczne, jest kapsułka endoskopowa czy terapia fotodynamiczna. Uważam zarazem, że odpłatność nie powinna dotyczyć określonych procedur, ale procedur wynikających z określonych wskazań. Jeśli np. pacjent ma krwawienie z jelita cienkiego, to powinien otrzymać kapsułkę w ramach ubezpieczenia. Jeśli natomiast ma tylko bóle brzucha, a po diagnozowaniu są wskazania mniej istotne – niepowodujące zagrożenia życia – to wówczas można rozważyć jakąś formę współpłacenia. Oczywiście nie wiem, w jakiej wysokości powinny być te opłaty, bo nigdy się nad tym nie zastanawiałam, zresztą wysokość opłat powinna zostać określona przez specjalistów od farmakoekonomiki. ■

prof. Anna Dobrzańska

konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

Uważam, że wszystkie procedury medyczne dla populacji wieku rozwojowego znajdują się w koszyku gwarantowanym, nie ma zatem mowy o jakiegokolwiek odpłatności. Takie jest stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii. ■

prof. Jerzy Szaflik

konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki

Okulistyka jest jedną z niewielu dziedzin, w której wprowadzenie współpłacenia jest konieczne. Dam prosty przykład – przy zaćmie można wszczepić soczewki, dzięki którym pacjent będzie widział tak samo. Problem polega na tym, że mamy do wyboru soczewki za 300 zł i za 1,5 tys. zł. Mogą znaleźć się pacjenci, którzy będą chcieli mieć wszczepione te droższe. W takiej sytuacji trudno wymagać, aby płacił za to NFZ. W chirurgii oka jest jeszcze kilka procedur, które mogłyby podlegać współpłaceni. Dotyczy to zaćmy, jaskry czy chirurgii rekonstrukcyjnej – mam tu na myśli wszczepianie protez gałki ocznej. Na rynku mamy niestety kosztowne protezy ruchome, które istotnie zmieniają standard życia, natomiast nie mają znaczenia dla zdrowia pacjenta. W takiej sytuacji odpłatność jest niezbędną. Jestem zwolennikiem

Okulistyka jest jedną z niewielu dziedzin, w której wprowadzenie współpłacenia jest konieczne

wprowadzenia współpłacenia. Zupełnie innym problemem jest organizacyjne i prawne zagospodarowanie tych dodatkowych pieniędzy. Obawiam się, że przy dzisiejszym systemie w pobieraniu opłat znalazłoby się trzech *pośredników* i w efekcie środki uzyskane z natychmiastowego wprowadzenia współpłacenia nie wystarczyłyby na pensje urzędników. Jeśli natomiast przygotowany zostanie system pobierania i dysponowania dodatkowymi opłatami oraz zdejmie się z lekarzy odium złodziei, to możemy uzyskać znaczący zastrzyk środków dla polskiej medycyny. Mimo

to obawiam się, że i tak dużą część pieniędzy pochłona pobyry urzędników. ■

prof. Andrzej Górecki

konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii

Ze współpłacenia przez pacjenta na pewno musi być wykluczona traumatologia, bo przecież trudno płacić za wypadek i urazowe uszkodzenia narządów ruchu. Tu można mówić o współpłaceniu przez ubezpieczyciela komunikacyjnego. Tę ideę gorąco popieram. W dziedzinie ortopedii należy rozważyć współpłacenie w przypadku niektórych operacji planowych, a dobrymi przykładami są protezy stawów, np. biodrowego i kolanowego. Ortopedzi mają do wyboru różne typy i konstrukcje protez. Kwalifikacja musi wynikać ze stanu klinicznego pacjenta i wiedzy specjalisty o skuteczności wyboru określonej metody. Jednak gdy pacjent poprosi o protezę o określonej odmianie materiałowej czy konstrukcyjnej, o której dowiedział się z Internetu, z reklamy prywatnego szpitala czy u ciotki na imieninach, a możliwe jest zastosowanie takiego wszczepu u tego pacjenta, to powinno zostać ustalone, że koszt wszczepu jest pokrywany przez publicznego ubezpie-

Żeby wprowadzić współpłacenie, najpierw trzeba rozwinąć system dodatkowych ubezpieczeń. W innym przypadku pieniądze zostaną rozproszone

czyciela do wskazanej w standardach tej operacji wysokości. Wszystko, co przekracza tę sumę, powinno być opłacane przez pacjenta. Oczywiście nie może się to odbywać kosztem jakości życia pacjenta – nie możemy za standard uznać protez z drewna tylko dlatego, że są one tańsze od tytanowych. Tak więc najbardziej klarowne zasady współpłacenia dotyczą protez stawów. Reszta procedur w ortopedii wynika z wiedzy medycznej i oceny skuteczności dokonywanej przez lekarza, a nie z przekonania i życzeń pacjenta. Przykładami zabiegów, gdzie konieczne jest pełne refinansowanie przez państwo operacji, są wszczepy kręgosłupowe czy onkologiczne – trzeba stosować najlepsze, bo to skutkuje jakością i długością życia pacjentów. Nie może być tak, że najlepsze, czyli skuteczne klinicznie i niestety drogie, protezy dostaną tylko ci pacjenci, których na to stać. Jeśliby tak się stało, to mielibyśmy do czynienia z podziałem obywateli ze schorzeniami nowotworowymi narządu ruchu na sprawnych ruchowo – tych, których było stać na protezę za 60 tys. zł, i tych, u których zespolicilibyśmy kości, sprowadzając ich życie do wegetacji w łóżku. Dlatego uważam, że współpłaceniu mogą podlegać protezy stawów i może ortotyka – aparaty wspomagające funkcje ruchowe. Chcę jednak wyraźnie podkreślić, że aby wprowadzić odpłatność za niektóre usługi medyczne, trzeba najpierw rozwinąć system ubezpieczeń, bo tylko wówczas możliwe będzie wprowadzenie współpłacenia. W innym przypadku pieniądze zostaną rozproszone, a sam system będzie budził wiele konfliktów etycznych i społecznych. ■

siono 532 zastrzeżenia). To najlepsze potwierdzenie złej praktyki tworzenia prawa. Wielu ekspertów podkreślało bowiem, że najpierw powinny odbyć się konsultacje, a dopiero potem stworzenie projektu ustawy.

Innym problemem są naciski przedstawicieli różnych lobby, którzy podczas tworzenia projektu ustawy o sieci antyszambrowali na korytarzach pałacu przy Miodowej, uzyskując gwarancje wpisania ich szpitala na listę placówek, które pod żadnym pozorem poza siecią znaleźć się nie mogą. Lęki samorządowców i szefów placówek były tak wielkie, że naciskom podlegali także parlamentarzyści europejscy i urzędnicy zatrudnieni w strukturach UE.

Tymczasem – jak dowiadujemy się od wielu dyrektorów szpitali – sieci szpitali nie było, nie ma i nie będzie. Może i dobrze, bo jak stwierdził Andrzej Sokołowski, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych, *w Polsce ochronę zdrowia ciągle traktuje się w kategoriach politycznych, a nie handlowych. Strasznie, że pewnego dnia nie będzie się gdzie leczyć, można włożyć między bajki. Tak naprawdę ta sieć nie jest nikomu potrzebna, bo jeśli gdzieś są braki w systemie, wypełnia je sektor prywatny.*

„ Państwo nie musi pozbywać się szpitali. Wystarczy, że powstaną w nich nzozy, z którymi NFZ będzie podpisywać kontrakt, a budynki i większa część infrastruktury pozostaną państwowe i zarządzane przez publicznych menedżerów ”

Mit nr 5

Powstanie koszyk

Innym problemem jest koszyk świadczeń gwarantowanych. Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że nad tym projektem nikt nie panuje. Potwierdza to brak synchronizacji w pracach NFZ i Agencji Oceny Technologii Medycznych. W efekcie nie doczekaliśmy się wizji w określeniu celów polityki zdrowotnej, jakie mają być osiągnięte przez zakup określonych usług medycznych. AOTM tworzy coś dziwnego – pod nazwą Centralnej Bazy Świadczeń Medycznych, która nie ma nic wspólnego z koszykiem usług medycznych. Koszyk, w rozumieniu AOTM, polega na tłumaczeniu przez ok. 70 zespołów specjalistów ICD procedur medycznych na procedury medyczne kontraktowane przez NFZ, a te z kolei na CPT, który wcześniej był opracowany przez Naczelną Izbę Lekarską. Podsumo-



„ Przekonanie polityków wszystkich szczebli i samych medyków, że nikt tak dobrze nie pokieruje szpitalem jak lekarz, jest spadkiem po PRL-u, którego należy natychmiast pozbyć się, bo jest źródłem wielu patologii ”

wując – fragmentaryzuje się usługi medyczne. Niektóre zespoły stworzyły po 400–500 procedur. W sumie w koszyku znalazło się ok. 18 tys. procedur. Z kolei NFZ kontraktowane usługi medyczne w zakresie lecznictwa szpitalnego (tj. ok. 1400 procedur) chce pogrupować na wzór jednorodnych grup pacjentów, czyli zmniejszyć ich liczbę do ok. 500–600 (na świecie za optymalne uważa się 800–900 procedur). Zatem NFZ idzie w przeciwnym kierunku niż AOTM. Kto rozwiąże tę sprzeczność? Bóg raczy wiedzieć. Jedno jest pewne – powołana rozporządzeniem ministra zdrowia AOTM stanie w szranki z NFZ, a to zarzewie kolejnego konfliktu, który może sparaliżować reformę systemu.

Innym problemem jest sposób tworzenia koszyka. Nawet Zbigniew Religa przyznał, że w krajach zachodnich koszyk powstawał przez wiele lat. W związku z polskim kryzysem Trybunał Konstytucyjny wręcz wymógł na ministrze zdrowia stworzenie koszyka w jak najkrótszym czasie. To kolejne potwierdzenie starego porzekadła, że na ekonomii i zdrowiu w Polsce znają się wszyscy – nawet juryści z Trybunału Konstytucyjnego. Jeśli nowy minister zdrowia będzie tak spolegliwy, z koszyka zostaną wióry.

Mit nr 6

Tylko lekarze mogą kierować szpitalami

Kolejnym mitem jest przekonanie polityków wszystkich szczebli i samych medyków, że nikt tak dobrze nie pokieruje szpitalem jak lekarz. Tymczasem to spadek po PRL-u, którego należy natychmiast pozbyć się, bo jest źródłem wielu patologii. Jak twierdzą specjaliści, *lekarski układ* rodzi samowolę, antyliberalizm i autarchię.

Co najgorsze – za utrzymaniem postsowieckiego *status quo* opowiada się zwarty szereg profesorów, ordynatorów i decydentów, którzy wzięli w pacht polskie szpitale. W takiej sytuacji jak dowcip brzmi stwierdzenie, że władzę w szpitalach sprawuje przez swoich przedstawicieli minister zdrowia, wojewoda czy burmistrz. Praktycznie rządzą ordynatorzy, którzy jako samodzielni pracownicy sprawują władzę z wyżyn autorytetu i układów. Nie licząc się z budżetami placówek, razem z politykami *powiatowymi* stają się szafarzami *być albo nie być* zakładów pracy, jakimi są szpitale, oraz zdrowia lokalnych społeczności. Dezynwolturą wykazują się też inni rzecznicy utrzymania władzy w szpitalach – ich dyrektorzy-lekarze. Przykładem znane sytuacje tworzenia klinik i oddziałów dla krewnych i przyjaciół szefów placówek.

Można by przytoczyć więcej argumentów, bo obecna, wielowymiarowa podległość sprzyja wynaturzeniu, które przekłada się na niemożność sprawowania jakiegokolwiek kontroli nad wydatkami szpitala. I tu kolejny paradoks (pisaliśmy o nim w artykule *Świeża krew, Menedżer Zdrowia* nr 7/2007) – mamy w Polsce co najmniej kilkuset absolwentów MBA w zakresie zarządzania służbą zdrowia oraz kilka tysięcy świetnie wykształconych i przeszkolonych pracowników firm farmaceutycznych. Należy wykorzystać ich umiejętności natychmiast, a nie czekać, aż zostaną zatrudnieni w nzo-ach lub wyjadą za granicę.

Mit nr 7

Pacjenci mają możliwość wyboru lekarza a pieniądze idą za pacjentem

Od lat pacjenci są oszukiwani przez niemal wszystkich ministrów zdrowia, którzy wmawiają im, że mają możliwość wyboru lekarza i placówki medycznej. Jako argumentu używa się przypadków pacjentów ze Śląska leczących się np. w Warszawie (i na odwrót). Tymczasem praktyka wskazuje, że w ochronie zdrowia panuje swoista rejonizacja. Dlatego większość polityków kłamie w żywe oczy, że jak tylko dojdą do władzy, wprowadzą zasadę *pieniądza idącego za pacjentem*. Aby tę zapowiedź zrealizować, należy wprowadzić prawdziwy wolny rynek wyboru lekarza i szpitala. W tej grze rynkowej lekarze czy też szpitale powinni być zainteresowani działaniami, które zapewnią im należyty dopływ pacjentów. Aby tak się stało, konieczne jest zdemonopolizowanie publicznego płatnika oraz wprowadzenie – od dawna postulowanego przez ekspertów Centrum im. Adama Smitha – bonu zdrowotnego. Konieczne jest także zwiększenie finansowania ochrony zdrowia, które spowoduje, że znikną limity. Gdyby bowiem dzisiaj umożliwiono pacjentom swobodny wybór szpitala, to i tak nie ma gwarancji, że będą oni mogli skorzystać z jego usług, bo limity na to nie pozwolą. ■