



fot. Agencja FORUM

Postęp czy kontrrewolucja

Rząd przyjął projekt nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej z pieniędzy publicznych. Wprowadza ona m.in. definicje ciągłości i kompleksowości świadczeń oraz zakłada wydzielenie z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) poradni przyszpitalnych. Teraz NFZ będzie rozpisywał konkurs z zakresu AOS w dwóch turach. W pierwszej kontrakty otrzymają poradnie przyszpitalne, a w drugiej – o to, co zostanie – będą konkurować inne lecznice. W ocenie MZ powyższe rozwiązanie jest lepsze niż obecne, bo pozwoli większej liczbie pacjentów leczyć się w sposób kompleksowy i ciągły, co zapewniają właśnie przychodnie przyszpitalne.

Powyższe rozumowanie – pozornie – wydaje się rozsądne. W poradniach przyszpitalnych faktycznie

(przez drażniące ludzi limitowanie świadczeń), pokazują niedoszacowanie wyceny świadczeń przez NFZ (co przejawia się selekcją chorych na opłacalnych i nieopłacalnych) i – w końcu – powodują odpływ pieniędzy z publicznych zakładów, przysparzając lokalnym politykom wielu kłopotów. Dlatego już od dawna widać tendencję do stopniowego odchodzenia od rynkowych założeń reformy z roku 1999. Pomysł z dwuetapowym konkursem ofert w AOS, w którym poradnie przyszpitalne są lepsze z założenia, jest tego kolejnym przykładem. Podobny charakter ma nagłe zainteresowanie się rządzących Koordynowaną Opieką Zdrowotną (KOZ). Pod hasłem troski o jeszcze większą kompleksowość i ciągłość leczenia można będzie do szpitali z przychodniami specjalistycznymi

„ Wydaje się, że rządzący mają już dość mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia ”

z reguły łatwiej wykonać badania dodatkowe, łatwiej o lepszy sprzęt, a pracujący tam lekarze często zajmowali się chorym, gdy leżał w szpitalu, albo zajmą się nim, gdy do szpitala trafi. Wydaje się też, że koszty takiej poradni powinny być mniejsze, skoro korzysta ona ze wspólnej ze szpitalem bazy diagnostycznej, a niekiedy też pomieszczeń. Skoro jednak te przyszpitalne poradnie mają tyle zalet, to dlaczego przegrywają z innymi poradniami w konkursie ofert? Przecież ów „konkurs” został – przed laty – wymyślony właśnie po to, aby pacjentów leczyły najlepsze poradnie, najlepsze szpitale, najlepsi lekarze. Cóż się zatem stało, że najlepsi odpadają? A może wcale nie są najlepsi, a cała ta operacja służy po prostu ratowaniu publicznych placówek przez znajdowanie im dodatkowych źródeł finansowania i „utrącanie” konkurencji.

Wydaje się, że rządzący mają już dość mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia. Choć przynoszą one pewne korzyści, na przykład zmuszając placówki medyczne do drastycznych oszczędności, to jednak mają też wady: ujawniają ogromny deficyt funduszy w porównaniu z deklarowanym koszykiem

dołączyć POZ i otrzymamy KOZ-ę wręcz wzorcową. Konsekwencją przyjęcia KOZ-y musi być zmiana sposobu finansowania świadczeń. Skoro bowiem dana „jednostka” obejmie pacjentów opieką kompleksową, niepotrzebne będzie drobiazgowo rozliczanie poszczególnych procedur. Wystarczy przyznać KOZ-ie roczny budżet dla pacjentów objętych jej opieką. Zniknie też – przy okazji – prawo wyboru miejsca leczenia, a system zacznie przypominać dawne ZOZ-y (zespoły opieki zdrowotnej) z okresu PRL, ale czy ktoś będzie się tym przejmował? Czy ktoś jeszcze pamięta, dlaczego z ZOZ-ów i budżetowej służby zdrowia zrezygnowano, wprowadzając w to miejsce konkurencję między świadczeniodawcami, ich równouprawnienie oraz zasadę płacenia za wykonaną pracę, a nie za samo istnienie? Obawiam się, że nie mają tej wiedzy obecni sternicy polskiej służby zdrowia, bo gdy 20 lat temu trwała środowiskowa dyskusja o wadach „socjalistycznej służby zdrowia”, oni dopiero uczyli się. Później, gdy wprowadzano kasy chorych, pracowali w bankach. Dzisiaj ostre zawracanie do dawnych błędów nazywają postępową reformą. ■