



Polskiej Unii Onkologii nie chodzi o to, aby było lepiej, tylko o to, by wykonać w imieniu swoich mocodawców ostatni skok na kasę

Polska Unia Hipokrytów

W zamieszczonym w tym numerze MZ wywiadzie (*Wojna rynku z monopolem*), były minister zdrowia Andrzej Wojtyła przyznaje, że samo zwiększenie ilości pieniędzy w systemie ochrony zdrowia nic nie da. Obecna organizacja pochłonie każde środki, a nie znajdzie to żadnego odzwierciedlenia w poprawie dostępności do świadczeń i w racjonalnym wykorzystaniu zwiększonych środków. Już widzę tę pianę na ustach wielu naszych lobbystów medycznych (patrz art. *Absolutyzm kliniczny*), którym zawsze mało.

Podobnie jak niektórym onkologom. W poprzednim numerze MZ (cykl *Dlaczego mamy najgorszą onkologię w Europie?*) zamieściliśmy artykuły i wypowiedzi wybitnych specjalistów, którzy wskazywali, w jakim kierunku powinny pójść prace nad modyfikacją Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Wszyscy zgodnie podkreślali, że obecna wersja ustawy służy jedynie umocnieniu pozycji Centrum Onkologii w Warszawie. Tymczasem powinna odbyć się publiczna dyskusja, bo – jak wykazał międzynarodowy program badawczy *Eurocare-3* – mamy najgorszą onkologię w Europie. I co? Żadnej merytorycznej dyskusji, tylko wyścig do kasy. Polska Unia Onkologii (PUO) – związana głównie z warszawskim Centrum Onkologii organizacją społeczną (?), firma lobbystyczna (?) z kilkusetmilionowym budżetem – nasila akcje, przede wszystkim wśród polityków lewicy (od lat we władzach PUO jest Marek Belka), aby zdążyć jeszcze przed wyborami. Nie chodzi jej o to, żeby było lepiej, tylko o to, by wykonać w imieniu swoich mocodawców ostatni skok na kasę. A politycy lewicy, jak kania dżdżu, przed zejściem ze sceny potrzebują ostatniego sukcesu.

Tymczasem system onkologii w Polsce jest chory na wszystkich poziomach i ma absurdalną, centralistyczną strukturę, co – choćby zdaniem prof. Jędrzejczaka – jest głównym źródłem zła. Sytuację tę można oczywiście poprawić, całkowicie reformując system, wprowadzając np. mechanizmy zmuszające lekarzy pierwszego kontaktu do większej dbałości o wczesne wykrywanie nowotworów, a nie przeprowadzając dla nich idiotyczne szkolenia.

Proszę wybaczyć prywatę, ale pisząc te słowa po raz pierwszy w życiu zetknąłem się z polską onkologią nie jako publicysta medyczny, a jako pacjent mający w rodzinie osobę z ciężkim problemem nowotworowym. I dzisiaj, po miesiącach zmagania z bezdusznym systemem, w którym, jak się okazuje, prywatnie bardzo mili funkcjonariusze odpowiedzialni za nasze zdrowie swoją niekompetencją, partykularnym widzeniem problemów czy chociażby zaniechaniem skazują ludzi na śmierć. Zastanawiam się, czy nie należałoby wytoczyć systemowi i reprezentującym go ludziom publicznego procesu o usiłowanie zabójstwa. Zwłaszcza, że podobnie zdeteminowanych pacjentów i członków ich rodzin jest cała rzesza. Bo jak by na to nie patrzeć, to w końcu pacjenci ocenią odpowiedzialnych za to, jaki zgotowali im system.

Janusz Michalak



Rozsądek prezesa

Listy oczekujących mogą w miarę sprawnie działać w szpitalach, w których większość przyjęć chorych odbywa się w trybie planowym

Dokuczliwym problemem dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej ciągle jest sprawozdawczość, a szczególnie tworzenie list kolejkowych. Należy jednak przyznać, że decyzja prezesa NFZ o utrzymaniu dotychczasowej interpretacji rozliczania wykonanych świadczeń zdrowotnych przywraca wiarę w zdrowy rozsądek, który oby na stałe zagościł w progach Narodowego Funduszu Zdrowia.

W obecnym systemie listy oczekujących mogą w miarę sprawnie działać w szpitalach, w których zdecydowana większość przyjęć chorych odbywa się w trybie planowym. W innych placówkach, posiadających szpitalne oddziały ratunkowe, gdzie większość pacjentów przyjmuje się w stanach nagłych, wdrożenie w praktyce listy oczekujących wymaga ciągłej modyfikacji, a w konsekwencji naraża chorych na odmowę przyjęcia w zaplanowanym terminie ze względu na brak możliwości wykonania świadczenia (np. brak wolnych łóżek) oraz obawę odmowy zapłaty za wykonaną procedurę. Dla przykładu: koszt leczenia chorego z obrażeniami wielonarządowymi, który zostanie przywieziony na szpitalny oddział ratunkowy przez śmigłowiec sanitarny z terenu województwa, równa się wycenie 20 operacji zaćmy oka lub prawie 50 operacji przepuklin pachwinowych. W związku z tym, że szpital nie może przewidzieć liczby, kosztów i rodzajów chorych przywiezionych w stanach nagłych, którym nie może odmówić pomocy, oznacza to, że chcąc przestrzegać dyscypliny finansowej zgodnie z limitami przyjęć wynikającymi z wartości podpisanych z NFZ umów, dyrektor będzie zmuszony do podjęcia tej jakże niekorzystnej dla pacjentów decyzji o przesunięciu w ramach listy oczekujących kilkudziesięciu chorych przygotowanych do przyjęcia i wykonania planowych zabiegów. Wynika to z faktu, iż koszt leczenia jednego chorego w stanie krytycznym wyczerpuje wartość środków z umowy z NFZ, która wystarczyłaby na leczenie kilkudziesięciu chorych oczekujących w kolejce. Rodzi się pytanie, jaką wiarygodność i wizerunek w oczach społeczeństwa będzie miał publiczny szpital zmuszany do ciągłych zmian list oczekujących, podczas gdy w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej nigdy nie nastąpi odmowa wykonania procedury czy to bezpłatnie, czy też w pełni odpłatnie, po wyczerpaniu limitu wynikającego z umowy z NFZ.

Jacek Łukomski