

Biedareforma

16 kwietnia 2011

Pakiet ustaw reformujących polski system opieki zdrowotnej dotyczy tak wielu dziedzin życia i zmienia sytuację tylu uczestników rynku medycznego, że trudno jest to opisać z jednego punktu widzenia. Na pewno najbardziej chwytliwe jest wyszukiwanie wpływu pomysłów Ministerstwa Zdrowia na pacjenta, czyli na „świadczeniobiorcę”. Jest to zrozumiałe i należy zwiększać poziom wiedzy społeczeństwa w tak ważnej sprawie, jednak odbywa się to w cieniu walki o sondaże, przy pomocy różnych pijarowskich zagrań zaciemniających i tak skomplikowaną rzeczywistość.

Przemiany dokonują się tak naprawdę przy letnim zainteresowaniu mediów, podobna jest temperatura debat sejmowych i medialnych. Sądzę, że w krajach starej Unii próba wprowadzenia tak daleko idących zmian byłaby przedmiotem ogromnych sporów, być może powodem ulicznych demonstracji, protestów, a na pewno tematem podstawowym w zbliżającej się kampanii wyborczej. Nie pierwszy raz okazuje się, że w Polsce przy zdrowiu można majstrować dużo łatwiej niż przy tematyce historycznej czy światopoglądowej.

Jest jednak jeden wspólny mianownik scalający wszystkie zaproponowane rozwiązania.

Wszystkie nowe ustawy i nowelizacje dotychczas obowiązujących prowadzą do ograniczania roli państwa, oszczędności finansowych i zrzucenia odpowiedzialności za kształt opieki zdrowotnej z Ministerstwa Zdrowia, głównie kosztem samorządów, ale również pracowników ochrony zdrowia i pacjentów. Nakłady na służbę zdrowia w Polsce są bardzo niskie i takie mają pozostać. Składka zdrowotna ma pozostać na dotychczasowym poziomie. Szpitale są zadłużone głównie z powodu niskiej wyceny przez NFZ świadczonych w nich usług. Tam gdzie świadczone usługi zdrowotne są prawidłowo wycenione,

ewentualnie wystarczy, że szpital specjalizuje się w procedurach nielimitowanych – sytuacja finansowa placówek przeważnie jest dobra, niezależnie od formy własności. Zarówno obecny system, jak i wprowadzane zmiany nie uwzględniają jednak wzrostu kosztów działalności szpitali, za podwyżkami VAT-u, cen energii, transportu, leków, po prostu nie uwzględniają inflacji – od kilku lat wycena świadczeń medycznych, cena punktu nie uwzględnia tak ważnego wskaźnika ekonomicznego jak inflacja!

Ostrożne szacunki mówią, że koszty działalności 600-łóżkowego, powiatowego szpitala wzrosną w tym roku o ok. milion złotych, bez jakichkolwiek podwyżek wynagrodzeń.

Te tematy nie są jednak w orbicie zainteresowań twórców reform.

Mamy natomiast wiele innych zmian. Ustawa podstawowa, o działalności leczniczej zakłada w praktyce konieczność przekształcania SPZOZ-ów w spółki. Jednocześnie przerzuca całą odpowiedzialność za funkcjonowanie szpitali na samorządy. Jeśli w danym mieście istnieje szpital, prowadzący działalność „na ostro”, świadczący usługi w dziedzinach słabo wycenionych, krótko mówiąc taki, który z racji pełnionej funkcji nie może się zbilansować mamy następujące możliwości:

1. Samorząd widząc niebezpieczeństwo drastycznego ograniczenia bezpieczeństwa zdrowotnego na danym terenie uznaje, że szpital musi istnieć i prowadzić dotychczasową działalność bo żadna jednostka prywatna nie przejmie tego rodzaju obowiązków i decyduje się na zachowanie SPZOZ-u, pokrywanie jego corocznych strat i ciągłą krytykę pracowników z racji niskich zarobków, pacjentów z racji złych warunków leczenia, reszty instytucji podległych danemu samorządowi z powodu obcinania nakładów np. na szkoły czy drogi. Przy okazji, tylnymi drzwiami odciążamy NFZ, a więc tak naprawdę rząd, od finansowania publicznej służby zdrowia ze składek, których wysokości nie będzie trzeba w tych warunkach podnosić.

2. Samorząd stwierdza, że nie jest w stanie co roku dotować ochronę zdrowia na swoim terenie, decyduje się na przekształcenie szpitala, zakładając, że nowa placówka ograniczy swoją działalność do tych dziedzin, które pozwolą chociaż wyjść „na zero”. Do końca to nie jest możliwe, ale można wyobrazić sobie sytuację, w której sprawny menadżer ogranicza działalność np. oddziału chirurgii urazowej do poziomu minimalnego, nie likwidując go jednak aby nikt nie mógł zarzucić, że utracono możliwość zabezpieczenia zdrowotnego obywateli. Oczywiście wydłużają się kolejki, wprowadza się odpłatne świadczenia itd., koszty polityczne i społeczne rosną, ale już nie po stronie rządu... Mit o dodatkowych ubezpieczeniach jako źródle finansowania spółek szpitalnych upadł właśnie pod ciosami ministra finansów, który odrzucił projekt ministra zdrowia mówiący o możliwości odpisywania dodatkowej składki od podatku.

Kolejnym przykładem oszczędności budżetowych jest nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza. Likwiduje się staż podyplomowy, zmuszając uczelnie medyczne do skrócenia studiów o rok i wprowadzenia praktyk zawodowych na ostatnim roku. Tutaj przynajmniej nie ma ukrywania prawdziwych intencji, ministerstwo wskazuje na niestosowność finansowania z budżetu rocznego stażu. Szykuje się więc interesujący w wielu aspektach eksperyment. Studia lekarskie są długie, to prawda, trwają 6 lat. Nikt tam się jednak specjalnie nie nudzi... Pierwsze 2 lata to część teoretyczna, zajęcia z pacjentami zaczynają się na trzecim roku, nie oznacza to jednak zakończenia zajęć teoretycznych. Uczelnie muszą zdecydować więc o ograniczeniu o 25 proc. części praktycznej studiów, egzaminy końcowe mają się odbyć po piątym roku. Ciężkie zadanie stoi przed rektorami akademii medycznych. Wyrzucić z programu trochę pediatrii? Może kardiochirurgię? Onkologię? Komu powierzyć i gdzie przeprowadzić te praktyki zawodowe? Skąd brać na to pieniądze? Takimi szczegółami, jak to że staż odbywał się w warunkach „bojowych”, w szpitalach pełniących normalne dyżury, w zwykłych poradniach czy na salach

operacyjnych pod okiem starszych kolegów a nie w warunkach instytutów medycznych i klinik, w których siłą rzeczy szkolący się lekarze nie będą w większości pracować już nikt się nie zajmuje.

Ważne jest to, że zamiast płacić za 7 lat szkolenia budżet zapłaci za 6. Obiektywnie należy przyznać, że przy okazji upraszcza się i nieco ułatwia proces zdobywania przez młodych lekarzy specjalizacji, jest to dobre posunięcie.

Nowelizuje się ustawę o prawach pacjenta. Głównie wprowadzono rozwiązania ułatwiające poszkodowanym pacjentom dochodzenie swoich praw, uproszczono procedury, wprowadzono pojęcie zdarzenia medycznego. Generalnie idea dobra, potrzebne są nowe rozwiązania, jednak diabeł pewnie będzie leżał w szczegółach. Powołano komisje oceniające zdarzenia medyczne przy wojewodach. Czy administracyjne ograniczenia czasu na rozpatrzenie skarg i wniosków będą w praktyce do zrealizowania? Są na to zabezpieczone środki? Na biegłych, ekspertyzy, dodatkowe badania itd.? Wiadomo, że system odszkodowań za błędy lekarskie i inne zdarzenia w procesie leczenia w Polsce jest przestarzały i wymaga zmian. Takie zmiany pociągną za sobą wzrost ryzyka ubezpieczeniowego szpitali i lekarzy, wzrost składek naliczanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Szpitale będą zmuszone pokryć te dodatkowe koszty z nakładów otrzymywanych z NFZ za leczenie pacjentów. Nie polepszy to ich ciężkiej sytuacji finansowej... Powstanie dodatkowa pokusa wycofania się z niektórych, szczególnie obciążonych dużym ryzykiem powikłań świadczeń, trzeba będzie wydać dodatkowe pieniądze na analizy prawne, wynająć kancelarię prawną itd.

Ustawa refundacyjna to już typowy przykład oszczędności. Określa się ile procent swoich przychodów NFZ może przeznaczyć na dopłaty do leków refundowanych. Co więcej, producent będzie ponosił ryzyko jeśli za dużo danego leku zostanie sprzedane w aptekach to koszty refundacji ma ponosić właśnie producent. Czy lek mający dobrą opinię wśród pacjentów i lekarzy będzie

sprzedawany w aptekach np. do końca października, bo jego limit wtedy się skończy? Firmy farmaceutyczne są bogate, działają w różny sposób aby podnieść swoje dochody, czasem niezbyt etycznie. Lepiej byłoby jednak skopiować jakiś system działający już w Europie i odpowiedni regulujący rynek, niż wprowadzać tak dziwne rozwiązania. W Polsce pacjenci dopłacają do leków bardzo dużo. Więcej, niż w bogatszych krajach. Tego jakoś nie próbujemy zmienić... Są głosy, że wprowadzane zmiany zaowocują wzrostem cen w aptekach. Na pewno niektórzy pacjenci, z określonymi chorobami będą mieli pecha i mocno się zdziwią przy okienku aptecznym, dla innych niewiele się zmieni. Czy jednak na tym mają polegać reformy, żeby mieć szczęście i zachorować np. na cukrzycę a nie na oporne nadciśnienie tętnicze?

Ostatnia nowość, to ustawa o systemie informacyjnym, tzw. e-pacjent i e-recepty. Dobrze, że idziemy w nowoczesność. Należy wprowadzać nowe technologie, przyszłość to z pewnością społeczeństwo informatyczne. Pacjenci to w dużej części ludzie starsi, schorowani, czasem mający kłopoty z dotarciem do lekarza. Pewnie informatyzacja pomogłaby również im. Były obawy, czy nasze państwo stać na wprowadzenie tak wielkiej rewolucji. Oczywiście państwa nie stać, ale od czego mamy szpitale? Wprowadzenie systemu e-pacjenta i e-recepty zmusi zakłady opieki zdrowotnej do zakupienia ogromnej ilości dodatkowego sprzętu komputerowego, licencji, programów, opłacenia kosztów szkoleń, napraw, dodatkowych łączów internetowych, zatrudnienia informatyków. Tak więc niewątpliwie poprawi się możliwość kontroli działalności medycznej, system się unowocześni, ale koszty tych operacji będą pokrywane z mizernych środków dostępnych szpitalom.

Można więc w skrócie opisać wprowadzane zmiany jako taką biedareformę pieniędzy nie ma i nie będzie, zbliżają się wybory, system bankrutuje, trzeba coś zrobić, tylko tak, aby nie wydać pieniędzy. Od mieszania herbata jednak nie robi się słodsza... Brakuje specjalistów – skrócić studia i zlikwidować

staż, brakuje pielęgniarek – zatrudnić te co są na kontrakty, aby pracowały jak lekarze na 1,5-2 etaty, nie można dostosować nakładów na leczenie do potrzeb zdrowotnych obywateli – przekształcić szpitale w spółki aby leczyły tylko do poziomu finansowania, jak się komuś nie chce czekać to może zapłacić, rosną wydatki na refundacje leków – wprowadzić limity dla producentów... Zakres wprowadzanych zmian pokazuje nam nie siłę, ale słabość naszego państwa, widocznie czeka nas duża zapaść finansów publicznych i reformy w zdrowiu mają ją trochę oddalić w czasie. Brakuje rozwiązań programowych, długoterminowych, całościowych, opracowujących strategię zdrowotną na poziomie chociaż województw, jeśli nie całego kraju. Wybiera się rozwiązania, które rozmywają odpowiedzialność, wkrótce nikt nie będzie za nic konkretnego odpowiadał, ewentualnie za wszystko będzie odpowiadać lekarz izby przyjęć...

Komercjalizacja i następnie prywatyzacja szpitali może doprowadzić do sytuacji podobnej jak w przypadku lecznictwa otwartego, pamiętamy sromotną porażkę rządu w starciu z lekarzami przedsiębiorcami z Porozumienia Zielonogórskiego z początku tego roku. A chodziło o drobną sprawę uszczelnienia sprawozdawczości z wykorzystania publicznych środków. Likwidacja publicznego systemu szpitalnictwa w Polsce może mieć dużo dotkliwsze skutki, również dla NFZ-tu i przekonanego o przewadze prywatnego sektora rządu. Ważne jednak widocznie jest to, aby odtrąbić sukces tu i teraz, jego „owoce” poznamy za 2-3 lata...

Autor: lek. med. Wojciech Konieczny

Źródło: [Lewica](#)