



fot. Dzik

W kolejce do mitów

Wydaje się, że obecnie rząd wprowadzi do systemu zmianę sposobu kontraktowania i finansowania usług medycznych w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów, nowelizację ustawy o zoz-ach zakładającą proces przekształceń spoz-ów w spółki prawa handlowego wraz z przekazaniem środków finansowych na oddłużenie szpitali oraz zlikwiduje NFZ.

Szpitalnicy wciąż podnoszą, że ich możliwości przerobowe znacznie przekraczają wartości kontraktów zawieranych z NFZ (co jest rzeczą oczywistą). Czy zatem obecnie leczenie szpitalne dysponuje rezerwami do wykorzystania, np. przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne? Jak to się ma do planowanych zmian?

a zgodnie z zapisami konstytucji wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne (art. 32 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej).

Kolejna kwestia, która jest dość swobodnie podnoszona przez osoby wypowiadające się na temat systemu ochrony zdrowia dotyczy wzrostu liczby hospitalizacji. Często problem ten jest przedstawiany jako patologia. Nikt jednak nie porównuje tych informacji z tym, co dzieje się w innych krajach. Może gdybyśmy przestali wypowiadać się wyłącznie na temat wydatków PKB na ochronę zdrowia i porównywać je z innymi krajami, a zajęli się porównaniem choćby

„ Zasadniczą przeszkodą w poprawie efektywności szpitali publicznych w Polsce jest niedostosowanie infrastruktury i potencjału kadrowego do faktycznych potrzeb zdrowotnych ”

Pojawienie się w latach 90. XX w. nowych technologii medycznych, w tym zabiegów mało inwazyjnych oraz przyspieszonego trybu leczenia, zredukowało czas pobytu chorych w szpitalach. Wzrosło zapotrzebowanie na ambulatoryjną opiekę zdrowotną zamiast hospitalizacji oraz na hospitalizację *jednego dnia*. Sytuacja ta otwiera możliwości współpracy komercyjnych zakładów ubezpieczeniowych ze szpitalami publicznymi. Uważam, że zasadniczą przeszkodą w poprawie efektywności szpitali publicznych w Polsce jest – wynikające w znacznej mierze z uwarunkowań historycznych – niedostosowanie infrastruktury i potencjału kadrowego do faktycznych potrzeb zdrowotnych. Problem ten nasila brak jakiegokolwiek koordynacji rozwoju zasobów stacjonarnych i działań inwestycyjnych w tym obszarze. Wśród przyczyn niskiej efektywności należy wskazać na ograniczenia prawno-organizacyjne. Warto wskazać choćby na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 1 lutego 2006 r. (II OSK 720/05), który we wsteczny sposób przesądził o braku możliwości komercyjnego sprzedania usług zdrowotnych osobom prywatnym przez szpitale publiczne. Uważam, iż w polskim systemie ochrony zdrowia są łamane konstytucyjne podstawy państwa. Szpitale publiczne w dniu dzisiejszym nie mają możliwości pobierania dopłat do świadczeń medycznych (taką możliwość mają szpitale niepubliczne),

liczby hospitalizacji w poszczególnych krajach, to zobaczylibyśmy, jak daleko jesteśmy jeszcze za wieloma z nich. Na przykład okulistyka – średnio w Europie wykonuje się 250 witrektomii na milion mieszkańców, w Polsce tylko 104 witrektomie na milion mieszkańców. Coraz częściej pacjenci z tego powodu ślepną. Podobnie jest z operacjami zaćmy w przeliczeniu na milion mieszkańców – w 2006 r. wykonano 2429 zabiegów, gdy w tym samym czasie u naszych sąsiadów Czechów – 6000 (sic!).

Czy wobec powyższego można twierdzić, że niektóre specjalności zostały w sposób szczególny uprzywilejowane? Podaje się tu przykład choćby dializ. Pamiętajmy jednak, że jeszcze w 1999 r. mieliśmy potężne problemy z dostępem do tych usług, a dzisiaj pacjenci są tygodniowo czasami po 3–4 razy dializowani.

Oczywiście, są specjalności, na których w Europie jest pobudowany segment niepubliczny, tj. ginekologia z położnictwem, urologia, okulistyka, kardiologia, gastrologia, ale wynika to z atrakcyjności tych specjalności, a nie nadzwyczajnej wyceny procedur z tych dziedzin. Nie zapominajmy też o istotnych różnicach w kosztochłonności wyposażenia gabinetów wymienionych powyżej specjalności w porównaniu z innymi.

Może czas zaliczyć te wybujałe opowieści do kolejnych mitów ochrony zdrowia? ■