

Zanim nastanie obiecana świetlana przyszłość, trzeba...
przeżyć rok 2017

PIENIĄDZE

ALBO ŻYCIE

Fot. Gettyimages/Fanatic Studio

Gdy zaczną funkcjonować sieć, jedni zbankrutują, inni wygrają większe pieniądze i – taką nadzieję ma rząd – w końcu się finansowo zbilansują. Ten plan ma jednak kardynalną wadę: jakoś trzeba przetrwać ten „trudny, przelomowy rok”. Kasy coraz mniej, przestaje starczać na wydatki na realnym dla ubiegłego roku poziomie, reformy będą kosztować – tymczasem o pieniądzach na sfinansowanie zmian czy choćby przetrwanie nie słyhać. Wygląda na to, że jedynym pomysłem jest zgoda na beznadziejne pogrążenie się w długach. A o nie może się wyrzucić cała reforma. Co to wszystko razem oznacza? Prezentujemy analizę Rafała Janiszewskiego.

Wszystko wskazuje na to, że będzie to trudny rok zmian, które – aby przyniosły oczekiwany efekt – muszą wiązać się z kosztami. Zmiana w zakresie POZ, sieć szpitali, koordynacja świadczeń – to tylko niektóre z założeń reformy. Wygląda na to, że rząd chce zrationalizować wydatki na zdrowie poprzez skumulowanie pieniędzy w ograniczonej liczbie świadczeniodawców. Można sobie wyobrazić, że dotychczas wydawane pieniądze na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną przejdzie się zespołom lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy będą racjonalniej angażować specjalistów. Można sobie również wyobrazić, że część szpitali straci kontrakty lub będzie mieć mniejsze, a zaoszczędzone pieniądze przejdzie się placówkom włączonym do sieci szpitali, które dzięki temu będą mogły zrealizować więcej świadczeń.

Przejście przez ogień piekielny

Kluczową kwestią jest jednak okres przejściowy – rok 2017. Tak szeroka zmiana organizacyjna wymaga swoistej inwestycji w zapewnienie dostępu do nowo zdefiniowanych zasobów, by zaczęły pracować, a tym samym wypracowywać spodziewane oszczędności. Przebudowa rynku świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie dokona się z dnia na dzień. Sytuacja, w jakiej znajduje się obecnie płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia), nie stanowi dobrego startu dla reformy, która ma się odbyć bez zwiększenia nakładów. Już dzisiaj NFZ ma problemy z realizacją zadań, jakie nakłada nań minister zdrowia, a potencjalne kwoty zobowiązań wynikających z nadwykonań i refundacji leków są trudne do oszacowania. Co prawda, płatnik odkłada niektóre zobowiązania na później, ale to „później” będzie już w 2017 r.

Przykładem mogą być ostatnie postępowania o zawarciu umów w zakresie programów lekowych, w przypadku których NFZ podpisał kontrakty na symboliczne kwoty tylko po to, aby umożliwić świadczeniodawcom leczenie pacjentów. Z założenia umowa zawarta np. na leczenie chłoniaków o wartości 8 zł jest skazana na tzw. nadwykonania i wiadomo, że to zobowiązanie płatnik będzie musiał pokryć. Niestety, NFZ jest zmuszony do takiego działania, bowiem zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej może zawierać umowy tylko do wartości posiadanego budżetu. Natomiast złożenie wniosku o pożyczkę w wysokości 2 mld zł jest już desperacką próbą zachowania ciągłości finansowania. Jednak może taki kredyt ma sens? Jeśli przeznaczeniem tych pieniędzy ma być inwestycja w okres przejściowy związany z wdrożeniem reformy, to taka pożyczka może się zwrócić nie tylko w postaci oszczędności w systemie, ale przede wszystkim w postaci poprawy zdrowotności obywateli. W jaką przyszłość mają być zainwestowane 2 mld zł oraz koszt reorganizacji lecznic? A może koszt, który mamy ponieść, wcale nie dotyczy inwestycji, lecz jest ceną, jaką musimy zapłacić za przeszłość – lata wy-



Zbyszko Przybylski

dyrektor szpitala we Wrześni,
członek zarządu Polskiej
Federacji Szpitali

Rosnący deficyt pieniędzy na ochronę zdrowia z pewnością władze centralne będą się starały nadrobić przez wymuszenie zwiększenia wydatków na zdrowie ponoszonych przez samorządy. Kondycja finansowa samorządów jest natomiast różna. I spowoduje to z pewnością pogłębienie dysproporcji w funkcjonowaniu ochrony zdrowia pomiędzy różnymi regionami Polski.

Widzę też olbrzymie zagrożenie ogarnięcia całej polskiej ochrony zdrowia falą protestów. Trudno przy tym nie zauważyć podziałów w środowisku medycznym, w którym rząd zgodził się na podwyżki dla pielęgniarek, ale nie znalazł pieniędzy na podwyżki dla innych grup zawodowych. To rodzi frustrację i powoduje gromadzenie chmur protestów. Przy dalszym opóźnianiu podwyżek nakładów na ochronę zdrowia prędzej czy później protesty wybuchną.

A co na to szpitale? W zasadzie znalazły się w sytuacji bez wyjścia. Są już tak zadłużone, tak osłabione licznymi programami cięcia kosztów, że dyrektorzy staną przed diabelską alternatywą: albo bankructwo, albo dodatkowe beznadziejne zadłużanie.

**PŁATNIK ODKŁADA NIEKTÓRE
ZOBOWIĄZANIA NA PÓŹNIEJ,
ALE TO „PÓŹNIEJ” POJAWI SIĘ
JUŻ W ROKU 2017**

dawania na opiekę zdrowotną więcej, niż mamy, nieefektywnie i nieracjonalnie? Czy inwestujemy w coś, co będzie lepsze?

Zamiana siekierki na... właśnie – na co?

Najpierw chwila zastanowienia nad podstawowymi pojęciami wiążącymi się z obecną zmianą w systemie. Jak można wyczytać w Słowniku języka polskiego, reforma to „zmiana lub szereg zmian w jakiejś dziedzinie życia, w strukturze organizacji lub sposobie funkcjonowania jakiegoś systemu, mające na celu ulepszenie istniejącego stanu rzeczy”. Natomiast M. Winter definiuje opiekę zdrowotną jako „ogół działań zmierzających do zachowania, ratowania, przywracania i poprawy

**ZŁOŻENIE WNIOSKU O POŻYCKĘ
W WYSOKOŚCI 2 MLD ZŁ JEST DESPERACKĄ
PRÓBĄ ZACHOWANIA CIĄGŁOŚCI
FINANSOWANIA NFZ**



Fot. PAP/Rafał Guz

Tomasz Grodzki
minister zdrowia
w gabinecie cieni

Bez pieniędzy możemy się spodziewać katastrofy. Przede wszystkim bez odpowiednich środków nie będziemy mogli nadążać za postępem w medycynie. Trudno będzie leczyć innowacyjnie i skutecznie, a nasz dystans do krajów Unii Europejskiej w ochronie zdrowia zamiast się zmniejszać (tak jak w innych dziedzinach gospodarki) – będzie się powiększał. Będziemy leczeni źle, starymi metodami i to jest bardzo niesprawiedliwe wobec polskich pacjentów. Jeżeli mowa o pieniądzach, to wśród pracowników ochrony zdrowia, jeśli nie będzie podwyżek zarobków, znacznie zwiększy się pokusa szukania stabilniejszych podstaw materialnych – albo za granicą, albo w innych działach gospodarki. Problem odpływu kadr będzie zatem narastał. Już dziś ma on dramatyczne rozmiary, a grozi nam skala katastrofalna.

zdrowia w przypadku urazu, ciąży, porodu i pólgu oraz zapobieganie chorobom”.

Do tego można jeszcze dodać kilka haseł: „pieniądze powinny iść za pacjentem”, „pacjent jest najważniejszy”, „poprawa dostępności” i „kompleksowość opieki”. Ale chyba tyle wystarczy, aby zastanowić się nad potencjalnymi skutkami obecnej reformy. U jej podstaw znalazła się nowelizowana wcześniej ustawa o działalności leczniczej, którą nie bez powodu nazwano ustawą dekomercjalizacyjną. Powrót do pełnej odpowiedzialności państwa za opiekę medyczną, łącznie z bezpośrednim nadzorem nad podmiotami leczniczymi, wielu obywatelom wydał się uzasadniony. Wzbudził nadzieję na zwiększenie dostępności świadczeń oraz na równość traktowania pacjentów w lecznicach. Optymalizację wydatkowania środków oraz zapewnienie właściwego poziomu opieki miało zapewnić nowe rozporządzenie w sprawie warunków zawierania umów.

Choć pojawiło się sporo głosów, że niektóre podmioty dotychczas realizujące jakiś zakres leczenia obecnie nie będą mogły spełnić oczekiwań resortu, ogólny odbiór regulacji był pozytywny. Wszak jeśli mają być wydawane nasze pieniądze, to niech zostaną jasno określone zasady, na jakich będziemy leczeni.



Fot. gettyimages/Fanatic Studio

Uprzywilejowani

Na kolejnym etapie zmian przedstawiono koncepcję sieci szpitali, gdzie zamiast określenia poziomów zabezpieczenia medycznego opracowano regulację eliminującą z rynku sporą część świadczeniodawców, a wielu uniemożliwiająca dalsze leczenie w niektórych zakresach. Sieć szpitali nie jest bowiem koncepcją mówiącą o tym, że każdy szpital jest w sieci, tylko sposób i wielkość jego finansowania będzie uzależniona od zasobów. Jest algorytmem wskazującym, która placówka będzie miała gwarancję finansowania, a która nie. Dopiero w drugiej kolejności określa, w jakim zakresie lecznica będzie mogła liczyć na finansowanie.

Może się zatem okazać, że pacjent, który od lat leczył się w położonym w jego okolicy szpitalu powiatowym, np. na oddziale neurologii, po wejściu w życie nowych zasad będzie musiał szukać sobie innego świadczeniodawcy. Już obawiają się chorzy, którzy za-



pisali się na listę oczekujących – chociażby na endoprotezę – w swoim szpitalu powiatowym. Wszak jeśli ten nie otrzyma zapewnienia finansowania, to zakończy działalność w tym zakresie. Zgodnie z obowiązującym przepisem lecznica wyda stosowne zaświadczenie o pozycji na liście oczekujących, a pacjent uda się do wybranej placówki, aby umieścić go w kolejce, zachowując tę samą pozycję. To jednak wydłuży czas oczekiwania osób dotychczas zapisanych, nie mówiąc już o tym, że przecież kolejki z czegoś wynikają i te szpitale, które otrzymają finansowanie, mogą nie mieć fizycznej możliwości udzielenia tak dużej liczby świadczeń w optymalnym dla pacjentów terminie. Taka to może być „poprawa dostępności”.

Na własną rękę

Oczywiście, jeśli pacjent będzie wystarczająco zamożny, zdecyduje się zapłacić za zabieg z własnej kiesz-

**CHORZY, KTÓRZY ZAPISALI SIĘ
NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH NA ENDOPROTEZĘ
W SWOIM SZPITALU POWIATOWYM,
JUŻ SIĘ OBAWIAJĄ. WSZAK JEŚLI SZPITAL
NIE OTRZYMA ZAPEWNIENIA FINANSOWANIA,
TO ZAKOŃCZY DZIAŁALNOŚĆ W TYM ZAKRESIE**

szeni u świadczeniodawcy, który stracił finansowanie i od tej pory będzie leczył odpłatnie. Ten zaś, który nie ma pieniędzy, będzie czekał w kolejce, aż jego stan zdrowia pogorszy się na tyle, że zostanie przyjęty jako „nagły” w stanie zagrożenia zdrowotnego. Będzie zatem żył. Jednak czy to będzie „poprawa zdrowotności”, jeśli przy okazji koncentrowania środków publicznych w wybranych ośrodkach zwiększy się czas oczekiwania na świadczenie?

Jakby tego było mało, pojawiają się koncepcje zmian w sposobie finansowania określonych technologii medycznych. Skoro już przywołałem przykład endoprotezoplastyki, to może warto zwrócić uwagę na pomysły dotyczące regulacji refundacji wszczepów. Obecnie są one finansowane w ramach zróżnicowanych grup kosztowych, podzielonych i wycenionych w zależności od rodzaju i w powiązaniu ze skomplikowaniem zabiegu. Pojawiające się propozycje wprowadzenia limitów kosztowych na poszczególne rodzaje endoprotez będą prowadziły do konieczności dopłacania przez pacjentów do technologii niemieszczących się w koszcie przewidzianym przez płatnika. To podzieli pacjentów na zamożniejszych i biedniejszych, a w konsekwencji w przypadku tego rodzaju technologii – na otrzymujących lepsze leczenie i gorsze leczenie. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że postęp technologii zmierza do uzyskania możliwie najlepszego dopasowania, najlepszej trwałości i minimalizacji powikłań. Różnych rodzajów endoprotez nie można porównać z różnymi rodzajami pieluchomajtek, w przypadku których producenci prześcigają się w wymyślaniu ergonomicznego kształtu czy jakości przyklepca. O ile może być zrozumiałe określenie limitu dla takich produktów, jak te stosowane w unieruchomieniu kończyny (i tu zgadzam się, że „na Fundusz” może być zwykły gips, a za dopłatą można będzie otrzymać specjalny materiał z lekkiego tworzywa), o tyle w przypadku wszczepów powinniśmy umożliwić terapeutom swobodny wybór rodzaju wyrobu, bowiem powinien się on kierować „dobrem pacjenta”. Wszak to terapeuta odpowiada za właściwą diagnozę i leczenie. Jeśli zatem uzna, że dla chorego najlepszą opcją będzie



Marek Balicki
były minister zdrowia,
członek Narodowej Rady
Rozwoju przy prezydencie RP

Nas po prostu nie stać na niezwiększanie nakładów. Zwracam uwagę, że co rok przybywa po kilkadziesiąt tysięcy osób powyżej 65. roku życia. Ich potrzeby zdrowotne są znacznie większe niż pacjentów młodszych. Jeżeli więc nie będziemy podwyższać nakładów, siłą rzeczy skazemy się nie na klepanie starej biedy, ale wręcz na pogorszenie dostępności i jakości ochrony zdrowia. Zwracam też uwagę, że lwia część środków na ochronę zdrowia to pieniądze na opłacenie wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek, innych zawodów medycznych i pozamedycznych. Jeżeli nie będzie podwyżek nakładów, nie będzie też podwyżek pensji. A to oznacza dalszy odpływ kadr. Nożyce między podażą a potrzebami zaczną się niebezpiecznie rozszerzać. Dlatego nie wyobrażam sobie sytuacji, w której podwyżek miałoby nie być.

endoproteza, do której będzie musiał dopłacić, to często da takie zalecenie pacjentowi.

Koszt terapii

Rozumiem też ministra, który poszukuje optymalnego kosztu uzyskania optymalnego efektu terapeutycznego. Jednak resort ma w rękach szereg lepszych narzędzi niż tylko ustalanie limitu. Może przecież oceniać pojawiające się nowe technologie i określać ich cenę urzędową (tak jak w przypadku leków). Może również dokonywać swoistych „zakupów centralnych”, negocjując z dostawcami i producentami korzystniejsze warunki. Połączenie narzędzi oceny technologii z ich wyceną jest metodą przyjętą w wielu krajach, a w Polsce także w tym zakresie sporo już poczyniono.

Ręce ministra

Upaństwowienie oznacza dla mnie to, że lecznice nie tylko stają się publiczne, ale też będą rękami ministra zdrowia, który – nadzorując i finansując świadczenia zdrowotne – nieustannie poszukuje optymalizacji kosztów przy jednoczesnej poprawie dostępności i jakości.

Widząc rosnące potrzeby oraz postęp nauki i techniki, zwiększa się wydatki tam, gdzie można uzyskać wyższą jakość za wyższą cenę. Odnoszę wrażenie, że w obecnej reformie nie o to chodzi. Zdając sobie sprawę z niedostatku finansowych oraz wiedząc, że nie można w sposób bezpośredni wyciągnąć pieniędzy z kieszeni obywateli (choć nie wiem, czy odpowiedni pakiet świadczeń gwarantowanych nie przekonałby

społeczeństwa do zwiększenia obciążenia składką), minister tworzy system socjalny. Publiczny, powszechny dostęp do podstawowych świadczeń, w którym liczba świadczeniodawców jest ogólnie regulowana i finansowana „budżetowo”. Co to znaczy budżetowo? Wydaje się, że chodzi o przydzielenie określonej kwoty pieniędzy na realizację zadania, jakim jest świadczenie usług. Budżet ten powinien zatem być określony na podstawie faktycznych kosztów finansowania lecznicy. Choć w tym względzie mamy wielką dziurę, bowiem (szczególnie w publicznych placówkach) nie ma jednolitego, szczegółowego rachunku kosztów.

Rachunki

Gdyby cały projekt budżetowego finansowania poprzedzić regulacjami dotyczącymi rachunku kosztów, budżety można by opierać na faktycznych kosztach, które można monitorować i na które można wpływać. Można je obniżyć poprzez regulację kosztów składowych tego rachunku, np. ceny urzędowe leków czy regulowane wynagrodzenia, a nawet poprzez preferencyjne warunki dotyczące obciążeń podatkowych. Ustalanie wielkości budżetów lecznic na podstawie wykonania świadczeń z roku 2015 od początku skazane jest na niepowodzenie. Wiadomo, że pieniędzy będzie za mało, aby utrzymać liczbę i jakość świadczeń realizowanych dotychczas.

Rodzaj i jakość świadczeń wiąże się z pojęciem koszyka gwarantowanego, który obecnie jest wielkim workiem niedookreślonych procedur i postępowań, w przypadku jakichkolwiek wątpliwości wskazującym na konieczność udzielenia świadczenia. Kto zatem określi koszyk w systemie „niby-budżetowym”? Wiadomo – świadczeniodawca. To on, mając na względzie wielkość posiadanego budżetu oraz obowiązek zapewnienia optymalnego leczenia, będzie zmniejszał zakres czynności na tyle, aby być w stanie zmieścić się w budżecie. Wszak na koniec każdego roku musi przedstawić szczegółowe sprawozdanie finansowe, wskazując, czy i jaką uzyskał stratę netto. Będzie musiał zaraportować szereg ściśle określonych wskaźników dotyczących rentowności, obsługi płatności i zadłużenia. Nie uda się zatem, jak dotychczas, „rolowanie długu”, powstrzymywanie płatności czy brak obsługi tzw. starych długów, by wykazywać, że działalność bieżąca się bilansuje. Gdzieś przecież trzeba znaleźć środki na pokrycie 11 mld zł zobowiązań, jakie mają lecznice w Polsce. Może zatem dojść do sytuacji, w której lecznica nie zapewni pacjentowi najlepszej opcji terapeutycznej, a terapeuta wskaże ją pacjentowi, skazując go tym samym na usługi komercyjne.

Pieniądze nie pójda za pacjentem

Można się zastanowić nad szansą zwiększenia możliwości sfinansowania świadczeń w placówkach będących w sieci dzięki ogólnemu zmniejszeniu liczby

finansowanych lecznic. Pacjent pójdzie więc za pieniędzmi, ale czy za nimi pójdzie też terapeuta? To kolejne pytanie, na które nie do końca odpowiedziano... Stworzenie w systemie sytuacji, w której wątpliwe jest otrzymanie świadczenia, a tym bardziej świadczenia na możliwie najlepszym poziomie, umocni w społeczeństwie przekonanie, że trzeba je kupić prywatnie.

Siła prywatnych

Warto zwrócić uwagę, że od czasu powstania kas chorych wydatki na prywatne usługi medyczne bardzo wzrastają. Największy wzrost obserwujemy w ostatnich latach. Jest to skutek przede wszystkim długich kolejek, choć również dostępności nowoczesnych technik diagnostyki i leczenia. Czy zatem projektowana reforma jest reformą w myśl przytoczonej wyżej definicji? Czy może jest dalszym zwiększaniem współdziałania pacjentów w pokrywaniu kosztów leczenia, jednak z zapewnieniem większego bezpieczeństwa zdrowotnego w podstawowym zakresie? Słowo „podstawowy” od razu budzi pytanie: gdzie jest granica pomiędzy podstawowym a specjalistycznym? Wnioskując po zamierzeniach dotyczących zmian w organizacji i finansowaniu POZ i AOS, granica ta się zaciera, a w zasadzie sprowadza się znów do zakresu podstawowego.

Zwiększenie kompetencji lekarza POZ i zrzućenie na niego odpowiedzialności za diagnostykę i wykorzystanie zasobów specjalistycznej opieki zdrowotnej jest tego przykładem. U podstaw systemu staje lekarz o interdyscyplinarnej wiedzy, który ukończył program specjalizujący w medycynie rodzinnej. Teoretycznie to on ma realizować zadanie w postaci konsultacji specjalistycznych. Tylko dlaczego zmieniono definicję lekarza POZ, zgodnie z którą obecnie funkcję tę może pełnić lekarz, który nie ukończył tego kursu, a tylko go rozpoczął? Czy zrobiono to, aby zapewnić dostęp do lekarza większej liczbie pacjentów, którzy do tej pory korzystali z opieki lekarza specjalisty? To znów przejaw spłaszczenia systemu i sprowadzenia go do zakresu podstawowego, w którym lekarz POZ będzie wazył pomiędzy własną odpowiedzialnością zawodową a budżetem, jaki otrzyma na opiekę nad pacjentem. Jeśli zatem chory koniecznie będzie chciał kontynuować swoje leczenie u specjalisty, a lekarz POZ nie uzna tego za konieczne, to nic nie będzie stało na przeszkodzie, aby chory kupił sobie tę poradę prywatnie. Kupi ją u wielu lekarzy specjalistów, którzy po takiej zmianie zdecydują się na „kontynuowanie swojej ścieżki kariery poza strukturami narodowej służby zdrowia”. Warto przy tym (może trochę z humorem) przyjrzeć się obrazkowi pochodzącemu z materiałów informacyjnych ministra zdrowia, który przedstawia koncepcję organizacji zespołu lekarza POZ.

W pierwszej kolejności zwróćmy uwagę na postać pacjenta. Jak widać, „pacjent jest najważniejszy”, co wcale nie oznacza, że ma najwięcej do powiedzenia.

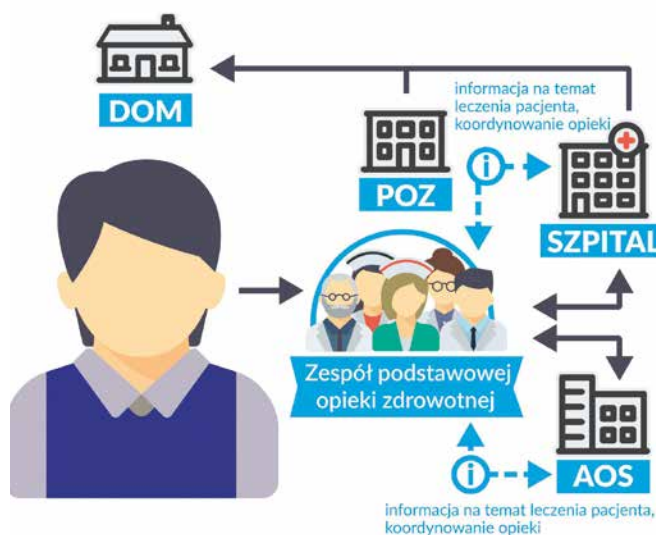


Grzegorz Byszewski
zastępca dyrektora
Centrum Monitoringu
Legislacji przy Pracodawcach RP

Należy obawiać się przede wszystkim tego, że będzie kolejna próba przerwania na szpitalne wszystkich złych skutków braku wzrostu finansowania. To przecież najłatwiejsze do zrealizowania i w tę stronę idzie działanie i myślenie resortu nie od dziś. Optymalizacja wydatków w ochronie zdrowia i informatyzacja systemu mogą przynieść pewne oszczędności, co potwierdza opublikowany w styczniu br. przez OECD raport Tackling Wasteful Spending on Health. Ale bez zwiększenia finansowania systemu ochrony zdrowia istnieje zagrożenie, że będzie presja na utrzymanie dostępności leczenia szpitalnego (mimo rosnącej liczby osób w wieku starszym), co będzie się wiązało ze wzrostem zadłużenia szpitali (w przypadku wprowadzenia finansowania ryczałtowego szpitali) albo pogarszającą się sytuacją finansową NFZ (w obecnym systemie).

Na pewno nie uda się zrealizować zwiększenia wynagrodzenia personelu medycznego, co spowoduje w długim okresie rosnącą migrację tych osób. Brak pieniędzy doprowadzi też do dalszego obniżania wyceny procedur medycznych, co spowoduje zadłużanie się szpitali i pogorszenie jakości leczenia (szpital zadłużony nie będzie miał środków na inwestycje w infrastrukturę, nowy sprzęt czy wprowadzanie nowych technologii medycznych).

Koordinacja opieki poprzez POZ



Źródło: Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018. www.mz.gov.pl



Fot. Gettyimages/Fanatic Studio

USTALANIE WIELKOŚCI BUDŻETÓW LECZNIC

NA PODSTAWIE WYKONANIA ŚWIADCZEŃ

Z ROKU 2015 OD POCZĄTKU SKAZANE

JEST NA NIEPOWODZENIE.

WIADOMO, ŻE PIENIĘDZY BĘDZIE ZA MAŁO,

ABY UTRZYMAĆ LICZBĘ I JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Wszak nie ma ust. Całość regulacji wchodzi w życie częściami utkanymi w szereg przepisów pojawiających się co chwilę i wielokrotnie zmienianych, więc pacjent ich już nie widzi – wszak nie ma oczu. Oczy ma za to zespół lekarza POZ. Proszę zwrócić uwagę na strzałki wskazujące, jaki zakres świadczeń jest dostępny dla pacjenta. W zasadzie może się on kontaktować tylko z lekarzem POZ, za pośrednictwem którego może uzyskać konsultację lekarza specjalisty. Wizyta w AOS nie może jednak skutkować skierowaniem do szpitala, bo- wiem to kompetencja lekarza POZ.

Wszystkim mało, ale równo

Jeśli zatem, nauczeni odpowiedzialności za własne zdrowie, polscy pacjenci (z całą pewnością ich liczba wzrasta) będą chcieli korzystać z finansowania opieki zdrowotnej z pieniędzy publicznych, będą musieli to robić na zasadach określonych przez system. Zasadach opartych na równej dostępności – zorganizowanej, ale ograniczonej. Powszechność systemu albo więcej kosztuje, albo ogranicza koszyk świadczeń. Z całą pewnością daje tyle, aby przeżyć, jednak aby dostać więcej, trzeba mieć pieniądze. Publiczny płatnik ich nie ma, więc mniej jasno, ale bardziej uczciwie mówi, co oferuje, nieśmiało przebąkując o limitach i zbliżającej się konieczności dopłat do tego, co lepsze, nowocześniejsze, szybsze i bardziej przystępne. Ciekawe tylko, czy Ministerstwo Zdrowia nie przeoczyło faktu, że jednak pacjent ma oczy i usta, których może w pewnym momencie użyć.

*Rafał Piotr Janiszewski
Autor jest właścicielem Kancelarii Doradczej Rafał Piotr Janiszewski.*