

Jak się leczyć: publicznie, prywatnie, społecznie?



Być albo nie być (zdrowym)

W rozmowach o opiece zdrowotnej nagminnie używane jest pojęcie „służba zdrowia”. A cóż ono oznacza? Część struktury państwa mającą taki właśnie, państwowy, status? Gdyby tak było, każdy pracownik tej służby byłby pracownikiem państwowym. Miałby legitymację służbową, podlegałby określonej pragmatyce, a państwo oprócz stawiania wymagań zapewniałoby mu ochronę. Czy jakkolwiek pielęgniarka lub lekarz są posiadaczami takich praw i obowiązków? Nie.

Nawet gdy pielęgniarka czy lekarz są pracownikami publicznej opieki zdrowotnej, to przecież nie są częścią jakiejś państwowej służby. Tymczasem niemal w każdej dyskusji na temat zdrowia pada określenie „Służba Zdrowia”, i to właśnie zapisywane dużymi literami. Przecież rozmówcy tylko wyjątkowo mówią na przy-

kład o prozdrowotnym zabezpieczeniu działań wojska lub policji, które mają odpowiedzialne za to służby. Ogólnie w państwie nie ma czegoś takiego, jak Służba Zdrowia.

Znakomita większość osób, których zawody składają się na zabezpieczenie opieki zdrowotnej w państwie,

nie jest pracownikami żadnej z istniejących służb. Nie można więc stawiać im wymogów charakterystycznych dla służb. Czy jest to tylko spór o słowa? Oczywiście nie. W świadomości większości Polaków (zaryzykujemy: wszystkich Polaków) związek lekarz – służba zdrowia jest nawet czymś więcej niż oczywistością. To warunek konieczny do myślenia o własnym bezpieczeństwie zdrowotnym. Także przedstawiciele rządu, ba – nawet eksperci bez zająknięcia używają tego pojęcia z całym zawartym w nim ładunkiem zobowiązań służbowych, które wziął na siebie każdy, kto zdecydował się uprawiać zawód z dziedziny prozdrowotnych. I wyciągają z tego daleko idące wnioski. Postulują na przykład, że lekarz ma obowiązek leczyć nawet wtedy, gdy nie ma do tego warunków społecznych czy ekonomicznych. Obywatel natomiast bezwarunkowo oczekuje leczenia, także wtedy gdy lekarz pracuje ponad siły (np. *opt out*) lub bez finansowania jego usług. Słowem, obywatel i władza traktują lekarza i pielęgniarkę jakby byli „na służbie”, a nie są.

Rodowodu tego stereotypu najpewniej należy szukać w czasach zagrożenia narodowego (wojny, powstania) i w okresie, kiedy ochrona zdrowia była częścią zabezpieczenia systemu sprawowania władzy. Właśnie ta końcowa przesłanka wydaje się dzisiaj kluczowa dla sposobu traktowania zawodów medycznych i okołomedycznych. Trudno uniknąć wrażenia, że opieka zdrowotna jest z jednej strony powszechnie pożądanym dobrem, a z drugiej narzędziem przynależnym kolejnym ekipom sprawującym władzę w naszym kraju. To bardzo mocne stwierdzenie. Czy ponad miarę? Zestawmy je z następnym stereotypem. Kim jest lekarz prowadzący prywatną praktykę w Polsce? Czy jego działalność jest znaczącym uzupełnieniem publicznej opieki zdrowotnej? Czy zajmuje jakieś szczególne miejsce w systemie ekonomicznym kraju? Czy może uprawiać swój zawód, otwarcie stosując etos lekarski? Odpowiedź na wszystkie pytania jest prosta – nie.

Stereotypy a rynek

Prywatnej placówce opieki zdrowotnej, od gabinetu po szpital, ośrodek rehabilitacyjny, laboratorium analityczne itd., wyznaczono te same miejsca w strukturze ekonomicznej państwa. Wszystkie one są przedsiębiorstwami i obowiązują je te same reguły funkcjonowania na rynku. Jak zakład ślusarski, który miałby się rozwinąć w fabrykę raket kosmicznych. A właściciel jest przedsiębiorcą. Prowadzi działalność gospodarczą i musi się wykazać zyskiem, aby inwestować, pozyskać kredyt czy wejść w alians z innymi podmiotami na rynku. Jakkolwiek rozumiany służebny charakter jego zawodu nie ma tutaj żadnego znaczenia. Ramy jego funkcjonowania (co do istnienia na rynku) określa prawo handlowe, świadczy on bowiem usługi. To, że wszędzie tam leczeni są ludzie, także niczym się nie różni od naprawy płotu. Ujawnia się tutaj stereotyp „drogich prywatnych usług medycznych” w opozycji do

„Obywatel i władza traktują lekarza i pielęgniarkę jakby byli na służbie, a nie są”

„darmowego” leczenia w publicznej „służbie zdrowia”. Publiczna opieka zdrowotna jest wyłącznym dysponentem obowiązkowych składek obywatelskich na leczenie, posiada gwarancje państwowe, można także na nią przeznaczać środki z wielu innych źródeł... Państwo powołuje się tutaj na swoje konstytucyjne zobowiązania i wyznacza sobie rolę dysponenta oraz regulatora. Z kolei z punktu widzenia kanałów obiegu pieniędzy jest faktycznym właścicielem środków inwestycyjnych, środków płynności finansowej i jedynym regulatorem dopuszczalności praktyk medycznych (rejestr podmiotów medycznych).

Innymi słowy – państwo jest faktycznym właścicielem systemu opieki zdrowotnej. Państwo czy kolejne ekipy partyjne sprawujące władzę w państwie, które na uwadze mają potencjalnego wyborcę, a nie cierpienia chorego człowieka? Ekipy te wpisują w swój program wyborczy różne obietnice i taki zabarwiony ideologią program bezrefleksyjnie wtłaczają w system opieki zdrowotnej, podkreślając gorliwie, jak bardzo korzystnie wypadają na tle poprzedników. System opieki zdrowotnej przypomina bardziej pole eksperymentalne niż obszar wspólnej wszystkim ekipom partyjnym troski o zdrowie Polaków. Ten proces trwa od dziesięcioleci, a jego skutki są widoczne gołym okiem. Zasilanie tak skonstruowanego systemu coraz większymi środkami finansowymi nic nie da, ponieważ niedofinansowanie jest tylko jednym z głównych powodów jego problemów.

Stereotypowo – dziel i rządź

A kontrakty Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), które są przyznawane niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej (NZOZ)? Czyż nie jest to sposób wspierania prywatnej praktyki medycznej? Z całą pewnością nie. Fundusz przyznaje te kontrakty tylko z tego powodu, że publiczna opieka zdrowotna nie ma możliwości kompletnego pokrycia zapotrzebowania na usługi medyczne. Każda ogólnie dostępna statystyka pokazuje to dobitnie i nie trzeba nad tym osobno dyskutować. Ważne jest natomiast, jak funkcjonują NZOZ-y, które ubiegają się o kontrakty NFZ.

W pierwszej kolejności muszą rygorystycznie spełnić wszystkie warunki budowlane, sanitarne i komunikacyjne właściwe dla placówek medycznych. Adaptacja budynków i lokali lub budowa nowych to lwia część kosztów inwestycyjnych i eksploatacyjnych. W ramach kontraktu działalność musi się opierać wyłącznie na wymogach rejestru procedur medycznych i około-



” W Polsce nie ma leczenia – jest świadczenie zdrowotne, nie ma lekarzy – są uprawnieni świadczeniodawcy, nie ma ludzi chorych – są uprawnieni świadczeniobiorcy ”

medycznych przyjętych przez NFZ. Dodajmy, że dotyczą one usługi medycznej, nie zaś leczenia, a tym bardziej wyleczenia. W efekcie rozliczane są nakłady i przerób procedur, a nie ich skutki. Ważne jest to, że rozliczaniem zajmują się urzędnicy NFZ. Poprzez urzędowe standardy powstał nieempatyczny, ślepy na potrzeby cierpiącego człowieka twór. Nie ma leczenia – jest „świadczenie zdrowotne”, nie ma lekarzy – są „uprawnieni świadczeniodawcy”, nie ma w Polsce ludzi chorych – są „uprawnieni świadczeniobiorcy”. Na koniec „świadczenie”, czyli dopuszczalna procedura. Nie są to tylko słowa. Jest to język określający stan prawny w naszym kraju, zgodnie z którym traktuje się chorego i lekarza oraz sam proces leczenia. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej jest natomiast przedsiębiorstwem ze wszystkimi tego skutkami ekonomicznymi i podatkowymi. Państwo, pozostając niejako w cieniu, poprzez zasady funkcjonowania NFZ zmusza prywatne placówki medyczne do konkurowania ze sobą o kontrakty. Wygrywa nie ta, która lepiej leczy, lecz ta, która lepiej wypełni warunki realizacji i rozliczania procedur. Przykładowo – błąd w numeracji stron historii choroby pacjenta może być podstawą do wymierzenia kary nawet kilkunastu tysięcy złotych podczas kontroli warunków realizacji kontraktu.

Wobec tak funkcjonującego systemu prywatne podmioty medyczne konkurują ze sobą zamiast konkurować o pacjenta. Nie konkurują z publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, bo w istniejącym systemie nigdy nie uzyskają takich samych możliwości inwestycyjnych i eksploatacyjnych. Co zatem robią? Wybór jest prosty. Adaptacja do rzeczywistości, na którą nie ma się wpływu, albo rezygnacja z prowadzenia działalności. Jako przedsiębiorstwa próbują zwykle maksymalizować zysk, wprowadzając usługi lecznicze niewymagające bardzo kosztownych inwestycji, najlepiej takie, których NFZ nie refunduje albo których czas realizacji w systemie publicznej opieki zdrowotnej jest bardzo długi. W ten sposób potwierdzają stereotyp, że prywatna praktyka lekarska jest nastawiona na „łatwo dostępny” zysk.

Zdziwiony Hipokrates

Prywatna praktyka lekarska jest stopniowo pozbawiana etosu ochrony życia i zdrowia ludzi na rzecz kalekiej praktyki rynkowej. Dodajmy, że warunki ekonomiczno-prawne nie pozwalają na przekroczenie poziomu „manufaktury” albo dawnej działalności PRL-owskich „badylarzy”. Pejoratywne i stereotypowe określenie „prywaciarz” przyłgnęło także do zawodu lekarza. Zawodu, który dzisiaj wolny jest tylko z nazwy. Faktycznie samodzielność w sferze prywatnej praktyki lekarskiej oznacza samotność i właściciela przedsiębiorstwa, i lekarza, który bez zaplecza technologii i żywej nauki staje się na rynku prywatnym rzemieślnikiem. Powstają jednak pewne twory rynkowe próbujące wyjść poza stereotyp. Czynią to poprzez oferowanie swoich usług w wersji „lux z pełną odpłatnością”. Podnoszą standard kultury obsługi, zapewniają bardziej komfortowe warunki wykonywania zabiegów i „nieograniczony” dostęp do usług. Pracują w nich ci sami lekarze i pielęgniarki, którzy w innych placówkach realizują wymogi kontraktowe NFZ. Idea jest prosta: za pieniądze lepsza i szybsza usługa prozdrowotna. Przedsiębiorstwa tego typu rozrastają się aż do formy, którą właściciele dumnie nazywają siecią. Na świecie firmy sieciowe mają zupełnie inny schemat inwestycyjny – finansowanie rozwoju jest oparte na prostym, dość tanim standardzie i bardzo drogich usługach „dodatkowych”. Taki biznesplan wspierają banki i towarzystwa ubezpieczeniowe, które są zwykle inwestorem długoterminowym. W efekcie powstaje sieć zależnych podmiotów rygorystycznie realizująca plan biznesowy. W ostatnich latach w Polsce skutki starcia prawdziwych sieciówek z lokalnymi właścicielami kilku, kilkunastu placówek przeciwiczyli aptekarze. W naszym kraju apteki szczyły się swoim odróżnieniem od drogerii i było to widać na pierwszy rzut oka, po przekroczeniu progu. Dzisiaj leki wyjmuje się z szuflady, a na półkach stoją kosmetyki i wyroby „medycznopodobne”, na handlu którymi faktycznie się zarabia. Normalna apteka nie jest w stanie

wytrzymać polityki finansowania „promocji” i standardu dostępu do reklamowanych produktów – powoli schodzi z rynku. Jeśli duże, sieciowe firmy medyczne wejdą do Polski, zrobią to samo z prywatnymi gabinetami, poradniami i małymi szpitalami. Ich oferta będzie zabójcza także dla POZ. Państwo będzie mogło w ten sposób przedstawić lepiej zarządzany i tańszy, bo wystandaryzowany sektor „opieki zdrowotnej” oraz stabilniejszy finansowo sposób „zaspokajania” potrzeb obywatela. Porównanie z relacją osiedlowych sklepików do pierwszej z brzegu markowej sieci międzynarodowej firmy handlowej narzuca się samo. Sklepy znikają. Markety „zbijają ceny zawodowo...”, a nie przy okazji. Zdrowe leczenie to nie jest oczywistość.

Gdzie zatem szukać siły i takich zasad funkcjonowania na rynku, które pozwolą się rozwijać prywatnym firmom medycznym i konkurować wyłącznie o dobrze leczonego pacjenta, a nie ze sobą, według zasady: ile z tortu popytu na usługi zdrowotne można „zjeść” – przejąć?

Współpraca, ochrona etosu zawodu, wzajemne polecanie się, ułatwianie dostępu do rozwoju sztuki i technologii medycznych oraz faktyczna wymiana doświadczeń – wydaje się, że to jest recepta na kształtowanie rynku, którego *de facto* nie ma. Tworzyć podmioty rynkowe oparte na tych zasadach, stawać się partnerem, a nie petentem wobec państwa i jego agendy NFZ. Samodzielność to samotność i słabość rynkowa (społeczna także). Współpraca i nawet prosta, częściowa kooperatywa samodzielnych podmiotów to siła, która może pobudzić nawet inne niż obecnie funkcjonujące drogi inwestycyjne i wpłynąć na wizerunek zawodu oraz miejsce praktyki lekarskiej w społeczeństwie. Dzisiaj tylko jedna firma z branży medycznej w Polsce wprowadza wszystkie te składowe w swoją strukturę i zasady funkcjonowania rynkowego – Krąg Zdrowia sp. z o.o. Czy powstaną następne o podobnym profilu i aspiracjach? Będzie to zależało od determinacji oraz umiejętności samych lekarzy w poszukiwaniu idei i sojuszników. Zanim nastąpi rynek. Jeśli nawet dopuścimy taką myśl i taki stan prawny, że leczenie nazwiemy usługą, to nie oznacza, że usługa medyczna jest leczeniem. Nawet w warsztacie mechaniki samochodowej pytamy po naprawie alternatora: „czy teraz z moim samochodem jest już dobrze?”. A mechanik odpowiada, że „alternator jest dobrze naprawiony” – i tyle. Nie chcemy mieć do czynienia z fachowcem od napraw części. Trzeba zrobić wszystko, aby tak się nie stało w przypadku leczenia i lekarza. Leczenie jest nastawione na dobro (pacjenta) i samo jest dobrem. Jego wycena rynkowa, a bez tego się nie obędzie, może dotyczyć wyłącznie cenności, a nie dobra. Dobro jest odniesieniem cenności, nie odwrotnie. Drogie nie oznacza przecież dobre... To bardzo niebezpieczna przesłanka. Łatwo obraca się przeciwko wszystkim uczestnikom gry społeczno-rynkowej. Jak ochronić i wykorzystać ten uni-

kalny stosunek wartości i praktyki zawodowej? Uważamy, że zachodzi tutaj analogia między relacjami lekarza i leczenia a nauczyciela i uczenia. W czasie transformacji ustrojowej w Polsce dostrzeżono możliwość wykroczenia poza paradygmat publicznej szkoły i dopuszczono alternatywny sposób realizacji zadań szkolnictwa. Wykroczone poza schemat powszechnej – państwowej szkoły. Powstała szkoła społeczna realizująca te same zadania, lecz stosująca odmienne sposoby nauczania i reguły finansowania. Fundacje, stowarzyszenia, samorządy terytorialne, prywatne osoby, wreszcie samo państwo mogą brać udział w realizacji i organizacji nauczania Polaków. Szkoła społeczna musi respektować część wytycznych państwa (minima programowe), ale ona sama nie jest tylko przedsiębiorstwem. Cieszy się specjalnym statusem zarówno prawnym, jak i ekonomicznym. Szkoła społeczna zajęła miejsce uzupełnienia edukacji w kraju o ofertę wykraczającą poza unifikację i zobowiązania konstytucyjne państwa. Istnieje nadal „darmowa” szkoła publiczna i istnieje w pełni płatna szkoła prywatna, istnieje wreszcie szkoła społeczna o złożonej formie finansowania. A nauczycielowi nie zarzuca się, że naucza wyłącznie za pieniądze.

Aby powstała społeczna ochrona zdrowotna, konieczne jest spełnienie kilku warunków:

- państwo musiałoby w części zrezygnować z posiadania (od prześcieradła do tomografu i budynku szpitala) środków realizacji procesu leczenia, przeznaczając je na dofinansowanie działalności placówek społecznych wypełniających zadania leczenia chorych;
- leczenie powinno być rozumiane (także w ramach stanowionego prawa) jako wielowymiarowy proces nakierowany na dobro chorego, czyli jego zdrowie, a nie tylko na realizację różnego typu usług medycznych polepszających jego dobrostan;
- podstawą istnienia społecznej placówki leczniczej może stać się zdolność do tworzenia projektu zdrowia i zdrowienia według potrzeb ludzi i społeczności, zamiast spełniania minimum konstytucyjnych praw do opieki zdrowotnej obywateli; projekt zdrowie powinien mieć możliwość przyjmowania, inwestowania i akumulacji środków finansowych pozyskiwanych z różnych źródeł, a pożytkowanych na jeden cel – zdrowie pacjenta;
- wkład finansowy, choć różnej wysokości i różnego pochodzenia, od chwili wejścia do projektu powinien być równo traktowany przez system fiskalny państwa;
- kwalifikacje podmiotów biorących udział w projekcie powinny pozostać w sferze regulacji państwowych.

Czy jest w Polsce miejsce na społeczną opiekę zdrowotną? Czy ktoś chciałby się w niej leczyć? Być albo nie być leczonym z uwagi na wydolność państwa to nadal dylemat egzystencjalny. Można go sprowadzić do racjonalnego i etycznego wyboru.

Krzysztof Galbas, Wojciech Walczak