



Fot. Wojciech/Sundziel/Agroja Gazeta

Problemy prawdziwe i pozorne

Przeglądając się dyskusjom dotyczącym systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce, można by pomyśleć, że jest to najbardziej skomplikowana rzecz na świecie. Dyskusje te trwają od 25 lat, czyli od chwili, gdy w ogóle stały się możliwe, i nic nie wskazuje na to, aby miały się kiedykolwiek skończyć, bo liczba problemów nie tylko nie zmniejsza się, ale przeciwnie – narasta. Jaka jest tego przyczyna? Rządzący (dotyczy to niestety wszystkich kolejnych ekip), nie chcąc się zmierzyć z prawdziwymi problemami, stale tworzą problemy pozorne.

Przykładem takiego pozornego problemu jest brak map potrzeb zdrowotnych tworzonych przez wojewódzkich urzędników. Właśnie z tego powodu – zdaniem rządzących – powstaje dysproporcja w rozwoju poszczególnych rodzajów świadczeń. Niektóre z nich rozwijają się nadmiernie, inne pozostają zaniedbane.

mi, pomijając zupełnie fakt, że już raz podobny „projekt” został przeprowadzony, a pozytywnych skutków trudno się było doszukać. Minister Cegielska niedługo po objęciu swojego stanowiska zarządziła przeprowadzenie analizy zapotrzebowania na szpitale i inne zakłady opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach i powiatach. Miała to być podstawa do programu restrukturyzacji tych zakładów. Analizę przeprowadziły wybrane firmy konsultingowe (niektóre z nich powstały *ad hoc*) i one też zaproponowały odpowiednie zmiany. Był też – a jakże – nadzór społeczny nad tymi programami w postaci tzw. komitetów sterujących. Parę lat później NIK krytycznie oceniła całe to przedsięwzięcie.

Ten sam realny problem – nieadekwatnej wyceny świadczeń – leży u podstaw unikania przez świadczeniodawców realizacji tzw. koordynowanej opieki

„Pozorne problemy mają tę zaletę, że można nad nimi długo debatować, a później jeszcze dłużej z nimi walczyć, udowadniając, że los „polskiego pacjenta” nie jest rządzącym obojętny”

Przyczyną ma być brak urzędniczej kontroli nad powstawaniem nowych podmiotów, które – gdy już powstaną – zmuszają NFZ do ich finansowania. W ten sposób brakuje pieniędzy na pozostałych świadczeniodawców i dysproporcje narastają.

Jest to – oczywiście – teza fałszywa. Nierównomierne rozwój poszczególnych dziedzin usług medycznych nie wynika z braku ogólnych planów, ale z nierównej opłacalności poszczególnych świadczeń. W przypadku tych lepiej wycenionych znajdują się chętni do ich wykonywania (i inwestorzy), tych deficytowych nikt wykonywać nie chce. Problemem nie jest zatem brak planów, ale niewłaściwa wycena świadczeń. Nie jest ona oparta ani na rynkowej wartości usług, ani na żadnej merytorycznej metodologii. Zajęcie się tym realnym problemem zmusiłoby jednak rządzących do zmierzenia się z jeszcze bardziej podstawowym zagadnieniem: deficytem funduszy przeznaczonych na publiczną ochronę zdrowia w stosunku do zakresu świadczeń bezpłatnych. Wolą oni zatem dyskutować nad mapa-

zdrowotnej. Poszczególne podmioty zajmują się tylko wybranymi – opłacalnymi – etapami leczenia. Nieopłacalnymi etapami nikt nie chce się zajmować, a pacjent bezskutecznie błąka się od jednego do drugiego świadczeniodawcy, szukając pomocy. Jednak rządzący znaleźli inną przyczynę tego zjawiska i wykreowali inny problem – pozorny. Jest nim brak kontraktowania przez NFZ „produktu” koordynowana opieka zdrowotna. Teraz będą długo dyskutować o tym, jak te produkty zdefiniować i jak zmusić świadczeniodawców, aby zechcieli je oferować.

Przykładów takich pozornych problemów można by znaleźć jeszcze wiele i z pewnością nigdy ich nie zabraknie. Mają one bowiem tę zaletę, że można nad nimi długo debatować, a później jeszcze dłużej z nimi walczyć, udowadniając w ten sposób, że los „polskiego pacjenta” nie jest rządzącym obojętny. Można nawet kilka razy wdrażać te same rozwiązania, zmieniając nieco ich charakter i nazwy. Tylko faktyczna kondycja publicznej ochrony zdrowia pozostaje bez zmian. ■