Wiesław W. Jędrzejczak

Medycyna i finanse: głos w dyskusji

Diametros nr 5, 202-204

2005

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MUZEUM HISTORII POLSKI

Diametros nr 5 (wrzesień 2005): 202 – 204

Medycyna i finanse: głos w dyskusji

Wiesław W. Jędrzejczak

Zacznę od sprostowania kilku tez, które uważam za błędne. Pierwsza z nich dotyczy uznania, że przekonanie, iż opieka zdrowotna należy się „za darmo" każdemu pacjentowi, jest ograniczone do krajów byłego obozu socjalistycznego. Otóż w całej Europie zapewnienie opieki zdrowotnej jako podstawowej potrzeby człowieka jest uznawane za podstawową funkcję państwa. W związku z tym wszyscy obywatele wszystkich krajów Unii Europejskiej mają prawo do publicznej służby zdrowia, a ta z kolei jest zobowiązana do zapewnienia im wszystkich podstawowych potrzeb zdrowotnych. I to prawo jest realizowane albo przez finansowanie z budżetu państwa (czyli z ogólnych podatków), albo za pośrednictwem celowanego parapodatku, jakim jest obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. To jest podstawowa różnica między wszystkimi krajami Unii Europejskiej a Stanami Zjednoczonymi.

Po drugie, całe rozważanie obecnej dyskusji dotyczącej racjonowania świadczeń zdrowotnych odnosi się tylko do systemów opartych na publicznej służbie zdrowia i powszechnym prawie do korzystania z niej. Tylko wtedy istnieje potrzeba racjonowania świadczeń zdrowotnych, ponieważ tylko wtedy może wystąpić sytuacja, że będzie więcej potrzebujących niż możliwości ich zaspokojenia. Przy braku systemu publicznej służby zdrowia tego problemu nie ma, gdyż ci, którzy nie mają żadnego prywatnego ubezpieczenia (np. 70 milionów obywateli USA) pokrywającego dane świadczenie po prostu go nie otrzymują ani nie mają żadnego tytułu, aby się o nie ubiegać, chyba, że po prostu zapłacą za nie z własnej kieszeni. W ośrodkach hematologicznych nie ma np. nieubezpieczonych chorych na białaczkę, gdyż tacy w ogóle nie są przyjmowani do szpitala specjalistycznego.

Po trzecie, rozważanie pomija etykę lekarską. Etyka lekarska ma zasady postępowania na okoliczność, kiedy lekarz ma możliwość udzielenia pomocy tylko jednemu z dwóch potrzebujących chorych. W takim wypadku powinien jej udzielić temu, kto ma większe szanse z tej pomocy skorzystać.

Po czwarte, jest tam nieuprawniony zarzut, że lekarze nie przejmują się skutkami finansowymi podejmowanych decyzji. Zakładam, że Autor był kiedyś w sklepie i widział, co w nim jest przyczepione do każdego sprzedawanego towaru. Jest to cena! I klient porównuje jednocześnie towary i ich ceny. Otóż nikt lekarzowi nie dostarcza informacji o cenach jego ewentualnych decyzji. Ani nikt go tego nie uczy na studiach, ani nie ma następnie informacji o tym, jak się te ceny zmieniają. Wyrywkowo i z własnej inicjatywy lekarz dochodzi do pewnych informacji, ale wiele z nich jest przed nim utajniona. Zresztą w wielu przypadkach nie ma wyboru. Jest tylko jeden lek w danym schorzeniu. Jeśli poważnie chce się od lekarza wymagać uwzględniania kryteriów finansowych przy podejmowaniu decyzji, trzeba najpierw zorganizować ogólnopolski bieżący system informowania każdego lekarza o tym, ile co kosztuje. Takiego systemu nie ma.

Po piąte, oddzielenie w Polsce lekarza od płatnika wcale nie uwalnia go od dyscypliny finansowej. Wprost przeciwnie czyni z niego podstawową osobę, która w swoim sumieniu musi rozstrzygnąć konflikt interesów chorego oraz szpitala i swojego. W interesie chorego jest zastosowanie skutecznego leczenia, które często kosztuje więcej niż refundacja, a w interesie szpitala zastosowanie leczenia tańszego od refundacji. W interesie szpitala jest nie przyjmowanie chorych ponad liczbę ustaloną w kontrakcie, a w interesie chorych jest uzyskanie pomocy. Interes szpitala to także interes chorych, gdyż zadłużenie zaburza jego pracę i ostatecznie prowadzi do zwolnień lekarzy, co jest zwykle wbrew interesom chorych. W dodatku w Polsce płatnik może dowolnie przerzucać swoje niedobory środków na świadczeniodawców i ich zadłużać. W opublikowanym niedawno raporcie NIK podano, że niektóre oddziały NFZ zawierały kontrakty ze świadczeniodawcami wyceniając punkt na 2 złote. Otóż jako konsultant krajowy uczestniczyłem w tworzeniu katalogu świadczeń i ich wycenie w oparciu o koszty. Ta wycena

odbywała się przy założeniu średnio 10 złotych za punkt z założeniem, że w zależności od województwa i kosztów życia w nim kontrakty będą się zawierać między 8 a 12 złotych za punkt. Wymuszenie przez NFZ sprzedaży za 2 złote czynności, których wykonanie kosztowało 10 złotych można porównać jedynie z działaniem gangsterskim.

Po szóste, nie mam nic przeciwko nierynkowemu racjonowaniu ekonomicznemu świadczeń zdrowotnych. Ale jestem przeciwny schizofrenii racjonowania, w której ta sama osoba jest za racjonowaniem dla innych, a przeciw racjonowaniu dla niej samej. Poza tym, racjonowanie ostatecznie polega na tym, że ktoś komuś (konkretny ktoś, konkretnemu komuś patrząc prosto w oczy) musi powiedzieć: proszę Pana Pan tego nie dostanie, gdyż wczoraj skończył Pan 60 lat, a ten lek jest tylko dla chorych młodszych niż 60 lat. Nazwa mojego zawodu brzmi „lekarz". Czyli jestem od leczenia, a nie od odmawiania leczenia i będę wdzięczny, jeśli decyzje o tym, że komuś się coś nie należy, będzie przekazywał konkretnemu pacjentowi etyk.