Fundusz pozorów

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: wtorek, 10, marzec 2020 21:39
Grzegorz P. Kubalski
Odsłony: 666

W miniony weekend Prezydent i Minister Zdrowia zapowiedzieli utworzenie Funduszu Medycznego. Jak zostało wyraźnie powiedziane – bez żadnego związku z piątkowym podpisaniem przez Prezydenta ustawy o zmianie ustawy o radiofonii i telewizji oraz ustawy o opłatach abonamentowych. Oczywiście na tym etapie prac nie są znane szczegóły zaproponowanych rozwiązań, ale wydaje się że niekoniecznie rozwiążą one aktualne bolączki służby zdrowia.

Zgodnie z dostępnymi informacjami Fundusz Medyczny ma stanowić zewnętrzne źródło finansowania systemu ochrony zdrowia. Już samo to założenie jest bardzo kontrowersyjne. Z jednym wyjątkiem – o którym będzie mowa niżej – brak jest uzasadnienia do dublowania rządowych funduszy odpowiedzialnych za finansowanie określonych usług publicznych. W polskim systemie prawnym kwoty na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych zabezpieczone są – co do zasady – w Narodowym Funduszu Zdrowia. W pierwszej zatem kolejności należałoby dodatkowe środki na ochronę zdrowia należałoby skierować właśnie tam – zwłaszcza, że chociażby w szpitalach powiatowych zaczynamy być świadkami drastycznego niedofinansowania udzielanych świadczeń. Nie dalej jak w ubiegłym tygodniu Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych i Związek Powiatów Polskich zwrócili Ministrowi Zdrowia uwagę, że szpitale osiągają kres swojej wydolności. Jest to konsekwencją wielu czynników – począwszy od niezgodnego z pierwotnymi założeniami ukształtowania sieci szpitali, poprzez zaniżenie wysokości ryczałtu przysługującego szpitalom w sieci, odgórnie ustalane podwyżki wynagrodzeń niektórych grup pracowników medycznych – pociągające za sobą presję płacową pozostałych grup, podwyższanie standardów zatrudnienia, a na ostatnim drastycznym podniesieniem płacy minimalnej skończywszy. Skutkiem tego jest pojawienie się pierwszych szpitali, które po prostu zaprzestają świadczenia usług medycznych na niektórych oddziałach. Szacuje się, że przerwanie tego trendu wymagałoby wzrostu wyceny wszystkich świadczeń medycznych realizowanych w ramach procedur szpitalnych i w AOS, zarówno w ryczałcie, jak i poza nim, o 15%. Dodatkowe środki finansowe powinny być w pierwszej kolejności przeznaczone na ten cel, służąc ustabilizowaniu aktualnej sytuacji w służbie zdrowia.

Tymczasem zgodnie z zapowiedziami środki Funduszu – 2,75 mld zł – mają być przeznaczone na trzy inne cele:

- leczenie onkologiczne i chorób rzadkich dzieci i dorosłych. Istotnie – racjonalne jest skierowanie odrębnego strumienia środków na leczenie chorób rzadkich. Ich specyfiką jest zwykle bardzo wysoki koszt terapii – sięgający milionów złotych w przeliczeniu na jednego pacjenta. Są to kwoty, których nie da się ująć w żadnym ryczałcie, gdyż liczba przypadków jest zbyt mała, aby dała się prawidłowo ująć w obliczeniach statystycznych. Dodatkowe środki na onkologię są natomiast przyznaniem, że leczenie nowotworów jest zbyt nisko wycenione w ramach środków NFZ. Jeśli jednak tak jest to lekarstwem jest prawidłowa wycena świadczeń, a nie tworzenie równoległego strumienia środków;
- inwestycje – zakup wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego oraz rozwój infrastruktury szpitalnej dla leczenia chorób onkologicznych, kardiologicznych i neurologicznych. Wydawałoby się, że pomysłowi należałoby tylko przyklasnąć. Niby tak, ale… Polską bolączką jest kreatywne kalkulowanie kosztów świadczonych usług publicznych. Standardem w sektorze prywatnym jest uwzględnianie w cenach oferowanych produktów czy usług kosztów odtworzenia wykorzystywanych środków trwałych. Dzięki temu przedsiębiorstwo jest w stanie utrzymać ciągłość swojego funkcjonowania. W sektorze publicznym często celowo się o tym zapomina. W koszcie doprowadzenia wody nie uwzględnia się kosztów odtworzenia sieci wodociągowej – co pozwala władzom gminy chwalić się niższymi cenami niż mają mieszkańcy innych gmin, w

Phoca PDF

kosztach usług z zakresu publicznego transportu zbiorowego nie uwzględniamy kosztów zakupu autobusu – i dzięki temu wychodzi abstrakcyjnie niska stawka wozokilometra, w wycenie świadczeń medycznych państwo nie uwzględnia kosztu sprzętu za to obiecuje, że będzie finansowało jego zakup z odrębnego Funduszu. Różnica jest tylko taka, że w przypadku uwzględnienia kosztu w koszcie świadczeń środki płyną automatycznie tam, gdzie pacjenci faktycznie są liczeni. W ujęciu funduszowym środki mogą być rozdzielane według zupełnie innego kryterium…;

- profilaktykę zdrowotną. W tym przypadku znów cel wydaje się być na pierwszy rzut oka szczytny - zawsze taniej jest zapobiegać niż leczyć. Owszem, ale profilaktyka zdrowotna jako taka powinna stawić podstawę działania standardowego systemu, zwłaszcza na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie natomiast stworzyliśmy system, w którym podstawowa opieka zdrowotna jest bardzo dobrze finansowana, a jednocześnie spoczywa na niej najmniejsza odpowiedzialność. W miejsce modelu lekarza rodzinnego, który miał być dostępny właściwie 24h na dobę, uzyskaliśmy system, w którym lekarze POZ pracują w określonych z góry godzinach odsyłając nieraz pacjentów, którzy przyszli zbyt późno, do obsłużenia przez nocną i świąteczną pomoc lekarską. System wymaga zatem gruntownej reformy, a nie dodatkowego strumienia środków na profilaktykę. Zwłaszcza gdyby te środki miały trafić znów w ręce POZ – wtedy w praktyce mielibyśmy do czynienia z ukrytą podwyżką wynagrodzeń personelu tam pracującego z pokrzywdzeniem osób z AOS, czy szpitali.

Odrębną kwestią jest brak wskazania źródła sfinansowania funkcjonowania Funduszu Medycznego. Dowiemy się o tym przy pracach legislacyjnych. Wtedy też poznamy odpowiedzi na pozostałe pytania. Obyśmy tylko nie byli nimi zaskoczeni…

Phoca PDF