

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



Złota jesień

Wbrew tytułowi, ściniek ten nie będzie dotyczył „bursztynowego złota”, którego nie tylko „złotem” media i politycy fascynują się już od pewnego czasu. Zapewne w chwili, gdy będą Państwo czytać te słowa, za oknami zagości w pełni polska złota jesień, mieniąca się setkami odcieni żółci, brązów i czerwieni, a także będącej już w defensywie zgniłej zieleni. Próbkę jej (jesieni, nie zieleni) możliwości mogą Państwo podziwiać, patrząc na okładkę tego numeru „Biuletynu WIL”. Jednakże jesień w przyrodzie to także nie temat moich dzisiejszych rozważań. W takim razie co? – spyta pewnie co bardziej niecierpliwzy z czytelników. Już spieszę z wyjaśnieniem. Tytułowa „złota jesień” dotyczy szpitali. Nie wiem, czy zdają sobie Państwo sprawę z tego, że to pewnie już ostatnia „tak spokojna” złota jesień w polskich szpitalach. I to nie tylko publicznych, ale także „skomercjalizowanych”. Wbrew urzędowemu optymizmowi, który w komercjalizacji szpitali widzi lek na całe zło toczące polską medycynę szpitalną, podane ostatnio przez media dane rysują obraz nieco mniej kolorowy. Brnięcie przez tzw. publiczne placówki w coraz większe długi to nic nowego. Można powiedzieć, że twórcy ustawy przewidzieli to, zapisując w niej groźbę, że albo samorząd będący właścicielem takiego szpitala pokryje jego długi, albo szpital będzie podlegał przymusowemu przekształceniu w spółkę prawa handlowego (cokolwiek ma to oznaczać w praktyce). Ponieważ większość samorządów nie ma wolnych funduszy, by pokryć długi szpitali (a jeśli nawet je „przypadkowo” posiada, woli wydać z większym sensem), bliska jest pora, gdy wszystkie szpitale będą skomercjalizowane. I wtedy już nie będzie z nimi problemów, gdyż „prywatny” właściciel nie pozwoli sobie na powstawanie i powiększanie się długów. Uboczny efekt tej decyzji to upadek firm – nie, nie będę ryzykował określenia „parabankowych”, gdyż obecnie szczególnie źle się ono kojarzy – wspierających finansowo szpitale, które w normalnych bankach nie mogą uzyskać w żaden sposób kredytu umożliwiającego im dalsze kredytowanie naszego wielkiego mo-

nopolisty, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia. Przecież NFZ „nie może” się zadłużyć, by pokryć swoje zobowiązania wobec osób z przymusu korzystających za jego pośrednictwem ze świadczeń, które powinien im zagwarantować i opłacić, a miały tego pecha, że zachorowały pod koniec roku, gdy tzw. limity się wyczerpały, a nie na początku, gdy jeszcze była szansa, że fundusz zapłaci za ich leczenie. Dlaczego te firmy upadną?! Ależ to proste! Przecież teraz „prywatny” już szpital nie będzie się zadłużał, ergo nie będzie potrzebował kredytu. Ani bankowego, ani tym bardziej parabankowego. Tak, poniosło mnie. Niestety, ta wizja nie będzie miała nic wspólnego z rzeczywistością, bowiem jak donoszą media, w tym roku zadłużają się już także przekształcone placówki, a te, które jeszcze jakoś ciągną, mają coraz gorsze wyniki i jak wieszczą eksperci, w przyszłym roku już na pewno „zatoną”. Tak więc tegoroczna jesień jest już zapewne ostatnią złotą jesienią polskich szpitali, bo za rok od razu będzie szary i dżdżysty listopad, bez liści na drzewach, tylko z samymi „upadłymi” liśćmi pod nogami, pokrywającymi równie upadłe szpitale... Ale może do tego nie dojdzie, z powodów, o których pisał w swoim „Wstępniaku” redaktor naczelny.

Wiedza lekarza jest niewiele warta

Prezes NFZ w jednym z ostatnio udzielonych wywiadów z troską „pochyliła się” nad leczeniem ambulatoryjnym. Efektem tego „pochylenia się” były obserwacje dotyczące porad w tzw. AOS, czyli ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Według prezesa, dominują tu proste porady (niemal 90 proc.), jak to nazwała „recepturowe”. Lekarze AOS nie kwapią się natomiast wykonywać porad złożonych, a najlepiej zabiegowych. W domyśle zapewne chodziło jej o domniemane przez nią przerzucanie tych porad, zabiegów do szpitali, gdzie kierują pacjentów „bez uzasadnienia”. Zapewne by jeszcze dobić tych „wrednych” specjalistów, prezes NFZ pozwoliła sobie na dygresję, że w Niemczech lekarz specjalista, który skieruje do szpitala pacjenta niewymagającego hospitalizacji, musi się wytłumaczyć przed ubezpieczycielem. Po pierwsze, dlaczego jego leczenie jest nieskuteczne, po drugie, czy nie była to przypadkiem próba przerzucenia kosztów na szpital, który zawsze jest droższy. Nie będę dyskutował, czy podany niemiecki przykład jest prawdziwy, tylko zwrócę uwagę pani prezes, że w Polsce o leczeniu szpitalnym nie decyduje lekarz kierujący (a może nim być nawet LEKARZ NIEBĘDĄCY LEKARZEM UBEZPIECZENIA!), tylko lekarz przyjmujący do szpitala. Ewentualne pretensje powinna więc kierować do lekarzy przyjmujących w szpitalach, że nie są dostatecznie asertywni i nie potrafią odmówić pacjentowi, który ich zdaniem (bądź raczej funduszu) został niepotrzebnie skierowany. Ale wróćmy do naszego tytułowego stwierdzenia, że „wiedza lekarza jest niewiele warta”. Inną konstatacją wynikającą z obserwacji prezesa NFZ jest to, że po raz kolejny

mamy na tym stanowisku osobę uważającą, że wiedza lekarza specjalisty jest nic niewarta! No, może nieco przesadziłem. Nie nic, tylko 3,5 pkt. Pani prezes, to polskim, a właściwie NFZ-owskim wypaczeniem jest to, że w AOS płaci się za „fikolki” i „gadżety”, a nie za wiedzę. W cywilizowanych krajach (też mógłbym podać różne przykłady, tak samo bulwersujące NFZ-owskiego płatnika, jak pani przykład – mnie) lekarzowi specjaliście płaci się za wiedzę i doświadczenie zawodowe, a nie za to, czy wykonał np. echo serca, EKG wysiłkowe lub zlecił 10 czy 20 badań laboratoryjnych. I jeszcze jedna uwaga. W obecnym „cenniku” NFZ nie ma czegoś takiego jak porada „recepturowa”, który to termin jest już sam w sobie kuriozum.

Liski chytruski

Prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej wyraził kilkanaście stron wcześniej zadowolenie z faktu, że zwiększono liczbę rezydentur dla lekarzy po stażu. Też się z tego cieszę. Należy jednak pamiętać, że rezydentur jest tylko 2500, a lekarzy, którzy teraz staż ukończyli, niemal 4000, nie licząc tych, którzy pozostali z poprzednich lat. Tak samo jak prezes uważam, że szkolenie specjalizacyjne powinno zostać „zdecentralizowane” i powinno wrócić do korzeni, jak to było przez wiele dziesięcioleci i jakości ci specjaliści, wyszkoleni w tamtym, zapewne „niesłusznym” systemie (skoro został zarzucony), nie prezentują gorszego poziomu, a śmiem nawet twierdzić, że średnio ten poziom jest wyższy. Mój ścinek nie ma jednak być tylko powtórzeniem uwag prezesa, lecz tak przy okazji chciałbym zwrócić uwagę na pewną patologię, która szerzy się w Polsce i w przyszłości może spowodować, że studia lekarskie będzie kończyło jeszcze mniej osób niż obecnie (może wtedy rezydentur będzie więcej niż chętnych). O co chodzi? Otóż jak doniosły media, niektóre szpitale, w których studenci mają odbywać obowiązkowe praktyki, żądają od nich opłat za możliwość ich odbycia. Te mniej pazerne zadowolają się jednorazową opłatą od 120 do 200 zł, te bardziej życzą sobie 5 zł netto za godzinę praktyki, co czyni ponad 900 zł brutto za wymaganą praktykę. Tym sposobem studenci medycyny są chyba jedynymi „uczącymi się zawodu”, którzy za swoją pracę nie tylko nie dostają wynagrodzenia, ale jeszcze muszą płacić. Co prawda to uczelnia powinna zagwarantować miejsce do odbycia takiej praktyki, ale jak wiadomo, kliniki z gumy nie są i wszyscy się tam nie zmieszczą. Naturalne jest więc, że studenci są kierowani także do innych szpitali. Teoretycznie w sprawie opłat za taką praktykę uczelnia powinna porozumieć się ze szpitalem, ale jak to w życiu bywa – albo nie mogą dojść do porozumienia, albo po prostu udają, że problemu nie ma, a w efekcie student, by zaliczyć rok, musi sam zapłacić. Tak jest teraz. A jak będzie w niedalekiej przyszłości, gdy studenci ostatniego roku studiów będą musieli odbywać praktyki zawodowe? Nie będę snuł apokaliptycznych wizji, ale odpowiedź nasuwa się sama. Skoro obecnie nie ma miejsca w klinikach dla wakacyjnych praktykantów, co się będzie działo za parę lat z praktykami zawodowymi (przecież nagle nie przybędzie klinik i pracujących tam opiekunów studentów), mogą sobie Państwo sami wyobrazić. I nie będzie to budujący obraz. A gdy jeszcze na to nałożymy podobną do obecnej patologiczną chęć zarobku niektórych lisków chytrusków – dyrektorów szpitali, to raczej nie chciałbym być w skórze studentów ani potem ich ewentualnych (o ile udałoby im się zaliczyć wymaganą praktykę zawodową) pacjentów.