



Widziane z samorządu – Politycy, ręce precz od ochrony zdrowia!

# Zlikwidować NFZ!

Janusz Krakowian

Większość wypowiadających się na temat sytuacji w ochronie zdrowia z uporem powtarza tezę, że przeznaczając na ochronę zdrowia 6 proc. PKB, załatwi się wszystkie problemy szpitali i opieki medycznej. Ci, którzy tak twierdzą, tak naprawdę nie wiedzą, ile pieniędzy winno być w systemie. Dla nich ważne jest samo hasło *6 proc. PKB*. Tymczasem nie powinno chodzić o procenty, lecz o kwoty, bo jeżeli PKB będzie wynosić 100 zł czy to ma znaczyć, że 6 zł wystarczy?

By uzdrowić sytuację w systemie ochrony zdrowia w Polsce, należy przede wszystkim zlikwidować NFZ i zastąpić go niezależnymi, konkurującymi ze sobą funduszami ubezpieczeniowymi.

## Dyktat Funduszu

Każdy pracujący mieszkaniec naszego kraju powinien być obowiązkowo ubezpieczony, lecz równocześnie

mieć prawo decydowania o wyborze ubezpieczyciela. Do rynku ubezpieczeń zdrowotnych należy dopuścić także ubezpieczycieli prywatnych. Tylko wtedy będzie możliwa prawdziwa konkurencja, dająca szansę na racjonalne wydawanie naszych pieniędzy. To spowoduje, że dyrektor szpitala, zamiast bezproduktywnie się spierać z NFZ (by w końcu i tak przyjąć jego dyktat), będzie zabiegał o pozyskanie do swojej placówki najlepszych fachowców i najlepszego sprzętu, by mieć jak naj-



wykluczyć z tego ubezpieczenia. Spowoduje to zwiększenie wpływów do systemu ochrony zdrowia, a także powinno spowodować obniżenie składek płaconych na ZUS przez dotychczas tam ubezpieczonych (to oddzielna sprawa, choć także wymagająca pilnej regulacji).

Skoro system ochrony zdrowia ma się opierać na tzw. solidaryzmie społecznym, można to osiągnąć jedynie poprzez maksymalne zwiększenie liczby obywateli opłacających składkę zdrowotną. Należy także usługi medyczne opodatkować zerową składką podatku VAT. To spowoduje zmniejszenie kosztów utrzymania placówek ochrony zdrowia, ale jednocześnie większą przejrzystość finansową i umożliwi wprowadzenie kas fiskalnych do gabinetów lekarskich, ograniczając szarą sferę. Możliwe jest także wprowadzenie minimalnej odpłatności za wizytę u lekarza czy pobyt w szpitalu. Te rozwiązania dotyczą jedynie problemu finansowania ochrony zdrowia.

### Bez strachu przed prywatyzacją

Odrębnym zagadnieniem jest organizacja systemu lecznictwa zamkniętego. O ile nie ma większego proble-

„ Każdy pracujący Polak powinien być obowiązkowo ubezpieczony, lecz równocześnie mieć prawo decydowania o wyborze ubezpieczyciela. Taki system spowoduje, że dyrektor szpitala zamiast bezproduktywnie spierać się z NFZ, będzie zabiegał o pozyskanie do swojej placówki najlepszych fachowców i najlepszego sprzętu ”

więcej pacjentów. Taki system ubezpieczeniowy spowoduje także, że pieniądź naprawdę *pójdzie za chorym*, a nagrodzeni będą ci, którym potencjalni pacjenci zaufają. Każdy szpital czy przychodnia powinny z mocy prawa być kontrahentami wszystkich ubezpieczycieli. Pacjent winien podać tylko numer swojej polisy i nazwę ubezpieczyciela, by leczyć się w wybranej przez siebie placówce. Wszystkie rozliczenia powinny być dokonywane między szpitalem i ubezpieczycielem.

### Oddzielny system ubezpieczeń

By pojawiły się dodatkowe pieniądze w systemie, jak najszybciej musi zacząć funkcjonować oddzielny system ubezpieczeń dobrowolnych. To wiąże się, oczywiście, z wprowadzeniem tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych oraz takich, które będą wymagały częściowej lub pełnej odpłatności. By te dodatkowe pieniądze mogły wpłynąć do systemu, muszą dotyczyć procedur medycznych. Składkę za bezrobotnych powinno opłacać państwo. Należy także ograniczyć liczbę ubezpieczonych w KRUS. Wszystkich udających, że są rolnikami, trzeba

mu z podstawową opieką medyczną, bo ta w większości jest już niepubliczna, o tyle w systemie lecznictwa zamkniętego problem jest i to duży. Tu przede wszystkim należy uporządkować system nadzoru właścicielskiego. Szpitale publiczne powinny być nadzorowane przez samorządy wojewódzkie. Mało tego, służby marszałkowskie powinny mieć obowiązek konsultowania planowanych inwestycji z województwami ościennymi, by uniknąć ewentualnego ich dublowania. Jeden nadzorujący ma zdecydowanie lepszy obraz sytuacji i potrzeb na swoim terenie, a przez to ma wszelkie dane do lepszego wykorzystania pieniędzy, potencjału ludzkiego i infrastruktury. Nie należy także bać się prywatyzacji. To system ochrony zdrowia powinien mieć publiczny charakter, a nie szpital. Ważne jest, by pacjenci mieli zagwarantowane *bezpłatne* usługi medyczne przynajmniej na takim samym poziomie, jak dziś (określenie *bezpłatne* jest w tym wypadku oczywiście umowne, bo tak naprawdę to każdy z nas płaci przecież składkę na ubezpieczenie zdrowotne). Nie ma więc powodu, by bać się prywatyzacji szpitali. Jednak jednym z podstawowych warunków jej przeprowadzenia winna być zasada, że majątek,

a więc grunty i budynki, pozostają własnością samorządu. Dzierżawa majątku, a nie jego sprzedaż czy darmowe przekazanie spółce, jest wystarczającą gwarancją, że budynki nie zostaną wykorzystane do innych celów niż świadczenie usług medycznych. Nie wydaje mi się dobrym pomysłem, by spółki prawa handlowego powstałe w wyniku przekształcenia szpitali, były w całości lub w większości własnością samorządów. Zarządzanie takim spółkami nie będzie bowiem wolne od polityki, a ta powinna odsunąć się od ochrony zdrowia jak najdalej. Krótko mówiąc, zarządy spółek i ich rady nadzorcze nigdy nie powinny stać się lupem wyborczym, a proponowana struktura własności takiej gwarancji nie daje, wręcz przeciwnie. Tymczasem ochronie zdrowia powinno przyświecać hasło: *Politycy, ręce precz od ochrony zdrowia!* Dobrym przykładem niech tu będzie gospodarka, w większości prywatna. Mimo ciągłych waśni i sporów w parlamencie, ta ma się całkiem dobrze.

## Ubezpieczenie równoległe

Art. 44. Przedmiotem ubezpieczenia równoległego są dodatkowe uprawnienia ubezpieczonego równoległe przy udzielaniu przez świadczeniodawcę publiczno-prywatnego świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczenia dodatkowe, a w szczególności:

- 1) warunki w zakresie świadczeń towarzyszących;
- 2) dokonywanie wyboru lekarza;
- 3) dokonywanie wyboru innych niż określone w pkt 2, członków personelu medycznego;
- 4) warunki w zakresie opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 5) możliwość korzystania z usług hotelowych dla osób towarzyszących ubezpieczonemu równoległe u świadczeniodawcy publiczno-prywatnego lub poza nim;
- 6) organizacyjne wsparcie przez fundusz procesu leczenia;
- 7) udzielanie przez fundusz informacji o najbardziej korzystnych dla ubezpieczonego równoległe możliwościach uzyskiwania świadczeń opieki zdrowotnej.

### Polityka lekowa

Kolejnym zagadnieniem jest polityka związana z lekami. Obecnie na refundację leków budżet państwa wydaje 6 mld zł rocznie. Lepszym jednak od refundacji określeniem będzie w tym wypadku dotacja na rzecz koncernów farmaceutycznych. Po pierwsze, sam proces umieszczania na liście leków refundowanych określonych specyfików jest wysoce korupcyjny. Po drugie, powoduje on zawyżanie ich cen i ogranicza konkurencję na rynku. Ten nieuczciwy proceder należy zastąpić dopłatami do leków dla osób niezamożnych i przewlekle chorych. Unikniemy wtedy sytuacji, w której zarówno najbogatszy Polak, jak i bezrobotny zapłacą

za lek złotówkę. Mało tego, nie będzie również takich sytuacji, że farmaceutyki używane, np. w leczeniu pęcherzycy nie znajdują się na liście leków refundowanych ze względu na zbyt małą (ok. 400 osób w Polsce), zdaniem ministerstwa, liczbę cierpiących na tę chorobę. Rozwiązanie, które proponuję, jest zdecydowanie tańsze, bardziej sprawiedliwe społecznie i zdecydowanie mniej korupcjogenne.

### Recepty bez nadziei

Reasumując – nie ma jednej prostej recepty na uzdrowienie systemu ochrony zdrowia. Trzeba jednak podjąć wiele działań zmierzających do racjonalizacji wydatków i zmniejszenia kosztów administracyjnej obsługi systemu. Niestety, proponowane projekty ustaw nie spełniają pokładanych w nich nadziei.

Po pierwsze, nie ma w nich mowy o likwidacji NFZ i wprowadzeniu konkurencji na rynku ubezpieczeń zdrowotnych. To, w połączeniu z przekazaniem szpitali samorządom wojewódzkim, ograniczyłoby biurokrację i spowodowałoby przesunięcie wydatków bezpośrednio na leczenie. Zły jest też pomysł przekazywania na własność majątku szpitali tworzonemu przez samorządy spółkom. To, w połączeniu z darmowym przekazywaniem udziałów pracownikom, prowadzi do oddania majątku pracownikom za darmo. Jeżeli do tego dodać 5-milionowy kapitał założycielski, w który samorząd musi wyposażyć spółkę, nie jest to nawet prywatyzacja za złotówkę, ale bardzo kosztowny prezent.

W proponowanej ustawie o dodatkowych ubezpieczeniach zbyt dużą wagę przywiązuje się do tzw. ubezpieczeń równoległych (patrz ramka: *Ubezpieczenie równoległe*). Tymczasem, jak wynika z uzasadnienia i definicji tego rodzaju ubezpieczenia, tylko niewielka część pieniędzy trafi z niego do systemu ochrony zdrowia. Większy nacisk powinien być położony na ubezpieczenia związane bezpośrednio ze świadczeniami medycznymi (zakładając, że przynajmniej w początkowej fazie ich funkcjonowania, stosunkowo niewielka liczba ludzi skorzysta z tej możliwości, wpływy z tego tytułu nie będą zbyt duże, dlatego warto rozważyć możliwość wprowadzenia drobnych opłat za wizytę u lekarza czy pobyt w szpitalu). Do tego potrzebny jest oczywiście koszyk świadczeń gwarantowanych, ale o tym na razie cisza. Ponadto ustawa ta jest zbyt skomplikowana i za mało w niej konkretnych. Jeżeli chcemy, by spełniła swoją funkcję, musi być prosta i przejrzysta. Obywatel przystąpi do dobrowolnego ubezpieczenia pod dwoma warunkami – musi go być na nie stać i musi wiedzieć, co takie ubezpieczenie mu gwarantuje. Mówienie zaś o składce w wysokości nawet 1500 zł miesięcznie jest obrażaniem inteligencji ludzi, którzy zarobili sporo pieniędzy. Dlaczego? Tego nawet nie będę usiłował tłumaczyć. ■

*Autor jest wicestarostą Częstochowy.*