



fot. Agencja FORUM

# Reforma z zasadami

– Rozpoczęliśmy w resorcie poważną dyskusję o docelowym modelu ochrony zdrowia w Polsce – zapowiedział w ostatnim numerze *Menedżera Zdrowia* wiceminister Jakub Szulc. Sama dyskusja to jednak zbyt mało. Najważniejsze, to nie zapominać o kilku zasadach.

## Cel

Ważne jest, aby – już na starcie reformy – wiedzieć nie tylko, do jakiego modelu się dąży, ale również – dlaczego takie, a nie inne rozwiązania się proponuje.

Minione lata reformowania opieki zdrowotnej wyraźnie pokazują, że tej zasady zabrakło. W przy-

## Hierarchia

Równie ważna jest świadomość, jakie jest znaczenie poszczególnych elementów systemu. Weźmy choćby likwidację kas chorych i wprowadzenie NFZ. W istocie zmiana ta nie była tak wielka, jak ją przedstawiano. Najważniejszym elementem reformy z roku 1999 były bowiem nie kasy chorych, ale powszechna zmiana finansowania świadczeniodawców. Również płace pracowników ustalane były urzędową siatką płac, bez wielkiego związku z faktycznie wykonywaną pracą. Od 1999 r. świadczeniodawcy przestali otrzymywać pieniądze, a zaczęli je zarabiać.

Podobnie jak nic nie zmienia formalne wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, jeśli

„ Jak się wprowadzi „A”, to trzeba też wprowadzić „B”.  
W przeciwnym przypadku „A” nie zadziała ”

padku wielu działań wycofywano się z nich, zanim je wdrożono. Składka na PUZ miała wynosić 11 proc., skończyło się na 7,5 proc. na starcie i powolnym wzroście do 9 proc. obecnie. Kasy chorych miały być niezależnymi wspólnotami ubezpieczonych, na wzór towarzystw ubezpieczenia wzajemnego, a zostały państwowymi firmami. Składka na PUZ miała być zmienna, w zależności od decyzji kasy, podobnie jak i zakres ewentualnych dopłat do leczenia, a ostatecznie zdecydowano się na stałą wysokość składki, regulowaną ustawowo i brak jakichkolwiek dopłat. Zapowiadano konkurencję dla kas chorych w postaci prywatnych ubezpieczalni, aby w końcu zamienić 17 kas w jedną, zwaną Narodowym Funduszem Zdrowia. Podobnie stało się z hasłem: pieniądze pójdą za pacjentem, co miało oznaczać konkurencję między świadczeniodawcami. Ostatecznie pieniądze poszły nie za pacjentem, ale za decyzją urzędnika kasowego, który rozdziela kontrakty i limity świadczeń. Wystartowano w kierunku rynkowego modelu opieki zdrowotnej, zatoczono koło i wylądowano bardzo blisko systemu budżetowego.

nie zrównoważy on zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych z ilością tych środków. Równie pozorny charakter będą miały dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, gdy nie będzie w praktyce od czego się ubezpieczyć (bo wszystko będzie za darmo).

## Zależności

Jest – w końcu – trzecia ważna rzecz, o której warto pamiętać. Są to wzajemne powiązania elementów systemu. W wielu przypadkach jest tak, że jak się wprowadzi „A”, to trzeba też wprowadzić „B”. W przeciwnym przypadku „A” nie zadziała.

Dobrym przykładem jest tutaj koszyk świadczeń gwarantowanych. Jeżeli chcemy go wprowadzić naprawdę, to musimy wprowadzić też współpłacenie za leczenie. Jeśli ktoś mówi, że wprowadzi koszyk, a nie zgadza się na współpłacenie, to albo kłamie, albo nie wie, co mówi. Czy ministerstwo zdrowia pamięta o powyższych zasadach, rozpoczynając dyskusję o docelowym modelu ochrony zdrowia w Polsce? Wiele publicznych wypowiedzi przedstawicieli ministerstwa każe w to wątpić. ■