



Odrzucić stereotypy

Gdy niedawno PiS przedstawiło propozycję finansowania leczenia (ponownie) z budżetu państwa, jeden z wiceministrów zdrowia zażartował, że nie chce, abyśmy mieli służbę zdrowia jak w Korei Północnej albo na Kubie.

Mniej więcej w tym samym czasie inny wiceminister przyznał, iż rządzący mają kłopot z faktem, że pieniądze przeznaczone dla NFZ przechodzą nie raz bardzo długą drogę. Obaj panowie popełnili błąd: utożsamili finansowanie leczenia z budżetu państwa z budżetową organizacją służby zdrowia. A przecież to nie musi być to samo. Czym innym jest źródło pieniędzy, czym innym sposób ich rozdziału. Zasadniczą cechą budżetowej służby zdrowia było to, że szpitale i przychodnie otrzymywały

pieczenia zdrowotnego, finansowaną dla każdego obywatela z budżetu państwa. Bazowa wysokość tej składki powinna być równa dla wszystkich i różnicowana wyłącznie ze względu na płeć i wiek – odpowiednio do rzeczywistych różnic w kosztach leczenia określonej populacji. Znikłaby dotychczasowa składka na NFZ, a wraz z nią wielkie nierówności włożenie na zdrowie. Uproszczone byłyby też zasady podlegania powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ubezpieczonym byłby – po prostu – każdy obywatel RP, przez co zostałyby zrealizowany wreszcie konstytucyjny nakaz, że to obywatel (a nie „ubezpieczony”) ma prawo równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Kapitacyjna forma składki (niezależna

„ Kapitacyjna forma składki pozwoliłaby też na łatwiejsze wprowadzenie konkurencji po stronie płatników w ramach PUZ ”

określone roczne budżety przyznawane im przez urzędników i realizowały je wg zapisanych sztywno działów, rozdziałów, paragrafów, grup wydatków. Nie było związku między uzyskiwanymi przychodami a ilością wykonanej pracy.

Budżetowe źródło pieniędzy nie przekreśla jednak ich alokacji w sposób: wynagrodzenie za wykonanie określonego zadania. Jeszcze przed reformą z roku 1999 wprowadzono pilotażowo w niektórych miejscach finansowanie szpitali lub przychodni na zasadzie kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez wojewodów lub prezydentów miast. Od sytuacji późniejszej różniło to się tylko podmiotem kontraktującym: był nim urzędnik administracji publicznej zamiast kasy chorych. Budżetowe źródło pieniędzy przeznaczonych na opiekę zdrowotną nie musi też oznaczać likwidacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Co więcej, może nawet ułatwić wprowadzenie konkurencji po stronie płatników, realizujących to ubezpieczenie. Aby tak się stało, należy ustanowić kapitacyjną składkę ubez-

od dochodów, ale zróżnicowana w zależności od statystycznej chorobowości danej populacji (wiekowo-płciowej) pozwoliłaby też na łatwiejsze wprowadzenie konkurencji po stronie płatników w ramach PUZ. Nie byłoby bowiem ryzyka spijania śmietanki przez firmy zarządzające składkami i niepotrzebny byłby żaden dodatkowy mechanizm wyrównawczy pomiędzy firmami. Obywatele – po prostu – wybieraliby firmę, do której budżet państwa kierowałby ich składkę kapitacyjną.

Rozwiązanie powyższe jest proste, uczciwe, przejrzyste i trudno znaleźć w nim słabe strony. Poza jedną: wymaga od polityków odrobiny elastyczności, odrzucenia stereotypów i włączenia myślenia. Ja nie twierdzę oczywiście, że o takim rozwiązaniu myśli PiS, przedstawiając swoją propozycję powrotu do finansowania leczenia z budżetu. Prawdopodobnie partia ta jest zwolennikiem również budżetowego rozdziału pieniędzy. Nic nie stoi jednak na przeszkodzie, aby zastanowić się nad wywołanym tematem w sposób twórczy, a nie schematyczny. ■