



# Naprawmy błędy przeszłości

Porównywanie naszego systemu opieki zdrowotnej do Titanica jest tak często powtarzane, że stało się już nudne. Umówmy się więc, że nazwa tego nieszczęsnego statku więcej tu nie padnie, ale i tak wszyscy będziemy wiedzieli, o co chodzi. Tekst jest o tym, że płyniemy, czy raczej dryfujemy, bez map, bez przyrządów nawigacyjnych, bez zdefiniowanego docelowego portu, mając na pokładzie nieco zanarchizowaną załogę i zdezorientowanych pasażerów.

Do napisania poniższego tekstu skłoniła mnie lektura bardzo ciekawego i obejmującego wiele zagadnień artykułu dr. Macieja Murkowskiego „Zdrowotna piątka” z numeru 1-2/2019 „Menedżera Zdrowia”, czyli już sprzed ponad roku. Artykuł, który wszystkim polecam, wskazuje wiele archaicznych bądź po prostu złych rozwiązań organizacyjnych w systemie i nie stracił nic na aktualności. Zmieniły się tylko dwie rzeczy: pogłębiły się braki zasobów, zwłaszcza ludzkich, oraz przyszła pandemia COVID-19, która odślniła wiele słabości obecnej organizacji. Mój tekst jest o tym, jakie fundamentalne błędy popełniono przez lata i jakie głębokie zmiany, oczywiście skromnym zdaniem autora, należałoby wprowadzić, aby zbudować system opieki zdrowotnej i społecznej na poziomie odpowiadającym aspiracjom obecnych i potencjalnych pacjentów, a w takiej samej mierze pracowników systemu. Będzie

o organizacji, bo ona, jeżeli jest dobra, pozwala lepiej wykorzystać skromne zasoby finansowe i ludzkie, którymi dysponujemy.

## Zacznijmy od historii

Przed 1989 r. w polskiej ochronie zdrowia dominował system oparty na zakładach opieki zdrowotnej. Był on niedoskonały, przede wszystkim z powodu skrajnego niedofinansowania, zapewniał jednak dość spójną opiekę nad pacjentami zamieszkującymi obszar jego działania poprzez konsolidację usług w ramach jednego zakładu nadzorowanego przez urzędy wojewódzkie i lekarzy wojewódzkich. Był to czysty system zaopatrzeniowy, tzw. model Besredki, zaczerpnięty z wzorów sowieckich. Na marginesie przypomnę, że brytyjski NHS do obecnych czasów opiera się na tych właśnie zasadach, a tworzący jego podwaliny lord Beveridge

specjalnie jeździł do Związku Sowieckiego, aby się zapoznać z organizacją tamtejszego systemu i po odpowiednich modyfikacjach zaimplantować go w Wielkiej Brytanii.

Kiedy jednak przyszedł rok 1989 i nastąpiła zmiana polityczna w Polsce, radośnie rzucono się do reform. Jak szybkie i radykalne były, przypomina ukuty wówczas termin „terapia szokowa”. Przyjęto *a priori*, że wszystkie poprzednie rozwiązania były fatalne i *ad hoc*, bez głębszych przemyśleń, bez pilotaży wprowadzano nowe rozwiązania. Lekarstwa często były bardzo bolesne, a niektóre chybione. Wystarczy porównać radykalizm polskich zmian gospodarczych wynikających z „planu Balcerowicza” ze spokojnymi zmianami w gospodarce czeskiej, które doprowadziły do podobnych efektów końcowych, jednakże bez masowego bezrobocia i zubożenia znacznej części społeczeństwa. Zartobliwie powiem, że zmiany te przeprowadzono całkowicie odwrotnie proporcjonalnie do zmian politycznych, takich jak dekomunizacja i lustracja. Czesi zrobili to szybko i sprawnie, a my po trzydziestu latach nadal wracamy do teczek, współpracy i przeszłości. Ale nie wchodzimy na bagniste grunty.

Szybkość zmian w pierwszych latach tylko w niewielkim stopniu dotyczyła opieki zdrowotnej. Warto wspomnieć ustawowe przywrócenie organów samorządu korporacyjnego czy stworzenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która próbowała je jakoś konstytuować w zmienionych czasach. Jednocześnie popełniono pierwszy kardynalny błąd, którego skutki odczuwamy do dziś. Było to przeniesienie w 1991 r. zadań i struktur pomocy społecznej z Ministerstwa Zdrowia do Ministerstwa Pracy. Z brakiem koordynacji opieki zdrowotnej i opieki społecznej borykamy się do dziś, szczególnie przy próbie tworzenia opieki nad ludźmi starymi, których liczba szybko przyrasta, ale też przewlekle chorymi.

### Reforma dobrych intencji i błędnych rozwiązań

Najważniejszą zmianą w naszym systemie opieki zdrowotnej była reforma wchodząca w skład pakietu czterech reform rządu Jerzego Buzka z 1999 r. Skala wprowadzanych zmian, często bezrefleksyjne założenia, brak pilotaży, brak konsensusu politycznego wokół nich sprawiły, że reformy w większości zakończyły się spektakularną kłapą i z części już się wycofano. Trwanie przy innych można tłumaczyć wyłącznie przeświadczeniem, wielokrotnie artykułowanym np. przez Donalda Tuska, że ponowne reformowanie czegośkolwiek to prosta droga do wyborczej porażki. Faktem jest, że cztery reformy najpierw przyniosły rozpad koalicji rządzącej poprzez wycofanie się z niej Unii Wolności, a następnie rozpad samej Akcji Wyborczej Solidarność i zniknięcie obu tych partii z przestrzeni publicznej. Co prawda większość polityków obu ugrupowań odnalazła się albo w Platformie Obywatelskiej, albo w Prawie i Sprawie-

„Najważniejszą zmianą w naszym systemie opieki zdrowotnej była reforma wchodząca w skład pakietu czterech reform rządu Jerzego Buzka z 1999 r.”

dliwoci, ale klęska 2001 r. była spektakularna. Wróćmy jednak do systemu opieki zdrowotnej.

Już w połowie lat 90. prowadzono dyskusje nad zmianą archaicznego, jak wówczas uważano, budżetowego systemu opieki zdrowotnej na nowoczesny, ubezpieczeniowy. Owocem dyskusji i decyzji politycznych podjętych przez rząd SDRP-PSL była ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przyjęta w 1997 r., tuż przed wyborami parlamentarnymi – jej realizację zostawiono władzy nowo wybranej. Ustawa zakładała wprowadzenie powszechnej składki zdrowotnej w wysokości 11 proc. dochodów, odliczanej od podatku, utworzenie systemu kas chorych – lokalnych ubezpieczalni zdrowotnych mających konkurować ze sobą, wprowadzenie opłaty hotelowej dla pacjentów i wiele innych ciekawych rozwiązań. Jednak jeszcze przed wejściem w życie poddano ją głębokiej nowelizacji w 1998 r. i dołączono do pakietu reform Jerzego Buzka. Leszek Balcerowicz, będący wówczas ministrem finansów, doprowadził do obniżenia składki ubezpieczeniowej z 11 proc. do 7,5 proc., związkowcy z AWS zlikwidowali zapis o opłatach hotelowych, z konkurujących kas pozostawiono 16 kas regionalnych i jedną branżową działającą co do zasady w całej Polsce. Z ustawy pozostało, mówiąc kolokwialnie: „ni pies, ni wydra”. Drastycznie ograniczono finansowanie systemu, wyeliminowano elementy jakiegokolwiek współpłacenia, zlikwidowano możliwość konkurowania płatników. Do tego doszły niestety jeszcze dwa tragiczne błędy, wynikające z wprowadzanych równoległe ustaw i gorączkowego pośpiechu przy ich tworzeniu.

### Rzeczpospolita samorządowa

W owym czasie wyrażano przekonanie, będące wnioskiem ze skrajnej i nieefektywnej centralizacji państwa przed 1989 r., że tworzenie tzw. Rzeczpospolitej samorządowej uaktywni społeczeństwo i pozwoli efektywniej wykorzystywać środki publiczne. Czy to się okazało prawdą, niech każdy oceni sam. Owocem tego myślenia była m.in. reforma samorządu terytorialnego, która przekształciła dotychczasowy dwupoziomowy system gminy plus 49 województw w trójpoziomowy – z odtworzeniem struktur powiatów, zlikwidowanych w 1975 r. Ponieważ trzeba było dać

„Składkę zdrowotną przestańmy nazywać składką ubezpieczenia zdrowotnego, a nazwijmy podatkiem zdrowotnym i zacznijmy go zbierać w sposób proporcjonalny od wszystkich obywateli”

jakieś zadania samorządom, przekazano im na nasze nieszczęście m.in. struktury ochrony zdrowia. I znowu – gdyby to się odbyło według jakiegokolwiek planu, z wizją obecnej i przyszłej struktury systemu. Ale nie, „masę spadkową” przekazano zgodnie z zapisami ustaw kompetencyjnych. Podstawową opiekę zdrowotną – gminom, ambulatoryjne leczenie specjalistyczne i szpitale – powiatom bądź województwom. Wyodrębnione resortowe szpitale pozostały przy MON i MSWiA, szpitale kliniczne i instytuty przy Ministerstwie Zdrowia, zanim po latach te pierwsze przekazano uczelniom. W wielu przypadkach przydzielano ręcznie szpitale wysokospecjalistyczne i specjalistyczne województwom, ale na przykład miasta na prawach powiatu brały albo nie brały. Jedne – jak Warszawa – przejęły szpitale na swoim terenie, inne nie.

Podobnie było z Państwową Inspekcją Sanitarną, która także na szczeblu powiatów przestała być strukturą rządową, a stała się samorządową, podległą lokalnym starostom. Jak bardzo struktury sanepidowskie zostały popsute przez 20 lat podległości najbiedniejszym organom samorządowym, pokazała pandemia COVID-19. Wykazała ona, że wiele struktur powiatowych nie miało ani zasobów ludzkich, ani sprzętu laboratoryjnego, ani wypracowanych procedur do przeprowadzania wywiadów epidemiologicznych, wychwytywania osób zakażonych i z kontaktu czy niezwłocznego wykonywania testów PCR. Ale to temat na inny artykuł.

Dodatkowym problemem było tempo wprowadzania zmian. Wszystkie cztery reformy weszły w życie 1 stycznia 1999 r. ZOZ-y przekształcono w SPZOZ-y w październiku 1998 r. i to było największe wyprzedzenie czasowe. Powiaty i województwa, tak samo jak kasy chorych, powstały 1 stycznia 1999 r. i musiały się tą nieszczęsną ochroną zdrowia zająć. Nie istniała ani wiedza, ani tradycja w nowo powstałych organach założycielskich i organach płatnika usług zdrowotnych. Wszystkie nowe instytucje zajmujące się ochroną zdrowia były po prostu nieprzygotowane do pełnienia swoich funkcji. Dodatkowo „zatruty owoc” Leszka Balcerowicza w postaci obniżenia wysokości składki zdrowotnej z 11 proc. do 7,5 proc. spowodował natychmiastowe załamanie się finansów wielu, jeżeli nie

większości zakładów opieki zdrowotnej. Kto wie, może taki był ukryty cel reformy, że zakłady i ich organy założycielskie zakończą dryf i wezmą się z kopyta do restrukturyzacji. Jeżeli tak, to zupełnie się to nie udało.

Owszem, wiele szpitali i przychodni zaczęło dostosowywać zatrudnienie czy posiadaną infrastrukturę do zakresu zadań, często nadmiernie tnąc, co się dało. Niektóre organy założycielskie zaczęły przekształcanie SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego jako organizację znacznie bardziej sprawną i kontrolowalną. To ostatnie nasiliło się zwłaszcza po latach, w czasie realizacji tzw. planu B za rządów PO, co było akurat dobrą inicjatywą. Zdecydowanie częstsze było jednak poszukiwanie źródeł dodatkowych przychodów lub próby pozbywania się problemów. Dodatkowe przychody można było uzyskać, wykonując więcej świadczeń, niezależnie od tego, czy były one potrzebne czy nie, lub tworząc nowe miejsca ich udzielania. W początkowym okresie kasy chorych nie ograniczały świadczeń, aby już po krótkim czasie, kiedy okazało się, że nie mają pieniędzy na sfinansowanie wszystkich, zacząć wprowadzać limity kwotowe umów. Tym sposobem pojawiło się zjawisko tzw. nadwykonań, które zostało ograniczone dopiero po wprowadzeniu wynagrodzenia ryczałtowego w sieci szpitali.

Drugim sposobem, jak wspomniano, było tworzenie nowych miejsc udzielania świadczeń. Ponieważ szpitale podlegały różnym organom założycielskim, zaczęły na własną rękę dzielić posiadane oddziały lub tworzyć nowe, aby uzyskiwać nowe kontrakty, albo zmieniać ich specjalności na inne – lepiej płatne. W takim mechanizmie zaczęły zanikać gorzej płatne oddziały podstawowe, a pojawiały się jak grzyby po deszczu coraz to nowe oddziały specjalistyczne. Nie było w tym żadnej polityki zdrowotnej, a główne role odgrywały czynniki ekonomiczne i ambicje organów założycielskich, dyrekcji szpitali, a także lekarzy.

Jeszcze innym rozwiązaniem, zwłaszcza w przypadku szpitali powiatowych, były próby ich wyprzedania podmiotom prywatnym, które roztrzącały przed sfrustrowanymi zarządami powiatów świetliste wizje rozwoju ich placówek po przejściu. Niektóre przejścia się udały, to prawda, jednak zwykle okazywały się spektakularną kłapą. To niestety powoduje, że obecnie dyskusja o prywatyzacji ochrony zdrowia, zwłaszcza szpitali, wywołuje powszechny opór. Z uwagi na dotychczasowe doświadczenia – rozumiały. Z uwagi na zasadność szeroko rozumianego partnerstwa publicznego-prywatnego – szkoda, że zepsuto atmosferę.

Podobna improwizacja w początkowym okresie działalności towarzyszyła kasom chorych. Pomimo istnienia formalnych struktur, takich jak Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych czy Krajowy Związek Kas Chorych, nie wprowadzono wspólnych zasad wyceny kupowanych świadczeń zdrowotnych czy wymogów wobec świadczeniodawców. Wszystko wykuwało się



„Nasz system nie jest słynnym transatlantykem zmierzającym na górę lodową. To raczej niezorganizowana flota statków różnej wielkości, należących do różnych armatorów”

*ad hoc* w zależności od województwa. Dopiero w późniejszym okresie, zwłaszcza po utworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia, zasady finansowania świadczeń stały się jednolite.

#### Co poszło nie tak?

Reforma systemu opieki zdrowotnej w założeniu miała spowodować wprowadzenie rozwiązań wolnorynkowych. Liczono, że konkurencja wśród płatników doprowadzi do lepszego wykorzystania pieniędzy zbieranych w ramach składki zdrowotnej, a przekazanie zakładów opieki zdrowotnej samorządom – do lepszego nadzoru nad ich działalnością i większej efektywności działania, co pozwoli na sfinansowanie niezbędnych inwestycji przez właścicieli bez ingerencji państwa. Tymczasem wszystko poszło na opak.

Instytucje publicznego płatnika praktycznie zbankrutowały już w pierwszym okresie działalności z powodu zbyt niskiego poziomu ściąganej składki po jej zmniejszeniu z 11 proc. do 7,5 proc., braku ujednoliconych zasad finansowania i limitowania umów. Obcięcie składki już na starcie jest głównym powodem zbyt niskiego finansowania systemu do dziś. Po drodze była gama mniej lub bardziej chaotycznych ruchów: zwiększenie składki zdrowotnej do 9 proc., aczkolwiek w części nieodliczanej już od podatku, wprowadzenie obciążenia ubezpieczycieli komunikacyjnych przez prof. Zbigniewa Religę i zwolnienie ich z tego obowiązku przez Ewę Kopacz, cięcia na zasadach opłacania składki przez bezrobotnych przez Marka Belkę zasypującego tzw. dziurę Bauca, przerzucanie na publicznego płatnika finansowania świadczeń opłacanych wcześniej z budżetu, takich jak np. kardiologia interwencyjna i wiele, wiele innych. O grze rynkowej ubezpieczycieli szybko zapomniano. Zarzucono możliwość konkurencji

między kasami chorych, uniemożliwiono powstanie kas komercyjnych, na koniec zlikwidowano kasy jako odrębne byty, wprowadzając jeden monopolistyczny Narodowy Fundusz Zdrowia. Szybko poszło, po niewiele ponad 4 latach było pozamiatane. O rozwiązaniach rynkowych można było zapomnieć.

Tyle że wśród realizatorów usług pozostał trwały chaos wprowadzony przez nieszczęsną reformę. Naprzeciw ponownie scentralizowanego państwowego płatnika stanęła zdezorganizowana grupa podmiotów realizujących zadania w różnych rodzajach i zakresach świadczeń, częściowo publicznych, częściowo prywatnych, zorganizowanych w różnych formach (spółki osobowe i kapitałowe, SPZOZ-y, zakłady budżetowe), podległych różnym organom założycielskim i właścicielskim. Nic dziwnego, że były one przez wiele lat rozgrywane przez NFZ jak dzieci. Nic dziwnego także, że zaczęły tworzyć zupełnie nieprzewidziane przez ustawodawców organizacje mające stanowić przeciwwagę dla NFZ, takie jak Porozumienie Zielonogórskie.

Można powiedzieć, że reforma Jerzego Buzka przyniosła przede wszystkim chaos oraz ogromne marnotrawstwo i tak szczupłych środków, co nas wszystkich wiele kosztuje, i to w każdym aspekcie tych kosztów. Czy dlatego, że zrobiono to z premedytacją? Nie, zrobiono to, nie przewidując wielu możliwych scenariuszy, nadmiernie obcięto finansowanie systemu na początku, a w kolejnych latach wyłączenie gaszono pożary, dokonując zmian często wzajemnie sprzecznych. I chyba nadszedł już czas, aby ten chocholi taniec zakończyć.

#### W którą stronę podążać?

Jest na pewno kilka dróg uporządkowania systemu, ale trzeba wybrać jedną i podążać nią konsekwentnie. Niezależnie od ewentualnych protestów, ryzyku-

„Składkę zdrowotną na zasadach ogólnych płacą tylko ludzie pracujący na umowie o pracę, emeryci i renciści. Reszta ma zasady szczególne, niekorzystne dla systemu, choć w wielu przypadkach także wcale nie najlepsze dla samych płatników”

jąc odpowiedzialność polityczną. Można założyć, że przyjmujemy model całkowicie rynkowy – wycofać się z funkcji płatnika publicznego, pozostawiając finansowanie świadczeń podmiotom prywatnym decydującym o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalającym wysokość składki zdrowotnej w zależności od ryzyk zdrowotnych. Model w Polsce raczej niemożliwy do zrealizowania, bo zapewne pozostawiający olbrzymi margines ludzi (np. bezrobotnych i rolników) poza dostępem do świadczeń zdrowotnych. Można przyjąć np. uznawany za jeden z najlepszych w Europie model holenderski, w którym realizatorami usług i płatnikami są firmy prywatne, ale podlegają one ścisłym regulacjom działalności ustalonym przez państwo. Model optymalny, ale wymagający mrówczej, wieloletniej pracy przy opisie zadań regulujących system, przy tworzeniu struktury świadczeń dopasowanej do potrzeb zdrowotnych, opisie świadczeń finansowanych przez płatników, zakresie świadczeń dostosowanych do możliwości finansowych systemu i wielu, wielu innych. To można zrobić tylko w warunkach zrównoważonego systemu, który daje czas na taką rewolucję. Holendrzy ten czas mieli i po kilku latach ciężkiej pracy zastąpili dobry system lepszym. My niestety nie mamy czasu, bo nasz system ledwo zipie i powstaje pytanie, czy w związku z pandemią COVID-19 się nie rozsypie. W następstwie ubytku pieniędzy związanego ze spadkiem PKB, w następstwie braku pracowników, w następstwie zaburzeń organizacyjnych spowodowanych przez pandemię.

### **To co mamy, to nie jest żaden system ubezpieczeń zdrowotnych**

Moim skromnym zdaniem, jeżeli chcemy osiągnąć poprawę, powinniśmy być przede wszystkim konsekwentni i postawić na system zarządzany i finansowany w sposób w miarę spójny. Jeżeli mamy państwowego publicznego płatnika, który nie posiada praktycznie

żadnej konkurencji, to nie czaruje się, że w Polsce funkcjonuje system ubezpieczeniowy. Jest to klasyczny system zabezpieczeniowy, w którym płatnik koślał, bo koślał, ale finansuje świadczenia zdrowotne potrzebne społeczeństwu. Przecież nawet tzw. składka zdrowotna nie ma żadnych cech składki ubezpieczeniowej, bo nie jest różnicowana w zależności od ryzyka. Jest to niesprawiedliwie nakładana danina publiczna, która bismarckowskie ubezpieczenia przypomina tylko częściowo. Zasada bismarckowska, która mówi mniej więcej to, że każdy płaci proporcjonalnie do dochodu, a otrzymuje zależnie od potrzeb zdrowotnych, została złamana już na początku reformy Jerzego Buzka i do tej pory tego nie naprawiono. Przypomnę, że składkę zdrowotną na zasadach ogólnych płacą tylko ludzie pracujący na umowie o pracę, emeryci i renciści. Reszta ma zasady szczególne, niekorzystne dla systemu, choć w wielu przypadkach także wcale nie najlepsze dla samych płatników. Dotyczy to np. przedsiębiorców, którzy płacą składkę od podstawy w wysokości 3/4 średniego wynagrodzenia miesięcznego z poprzedniego roku. Jeżeli zarabiają mniej, to płacą składkę ponadnormatywnie dużą, jeżeli więcej – ta składka jest niedoszacowana, ale za to trzeba zapłacić większy podatek dochodowy. O rolnikach płacących złotówkę od hektara, bezrobotnych, za których płaci budżet od podstawy w wysokości 70 proc. zasiłku pielęgnacyjnego, i innych grupach już nawet nie wspomnę. Po prostu składka zdrowotna wbrew swojej nazwie nie jest powszechna ani solidarna. To zresztą jeden z powodów, obok następstw jej cięcia przez Leszka Balcerowicza w 1998 r., zbyt niskich nakładów na system opieki zdrowotnej.

Kolejnym elementem jest brak możliwości tworzenia ubezpieczeń komplementarnych, suplementarnych i równoległych. W pierwszym przypadku koszyk świadczeń zdrowotnych ciągle obejmuje prawie wszystkie możliwe świadczenia, co ogranicza tworzenie ubezpieczeń komplementarnych praktycznie do technologii lekowych nieprzyjętych do finansowania w Polsce. W drugim przypadku nie opisano standardu świadczeń, więc nie wiadomo, co można zaproponować pacjentowi powyżej tego standardu. Tu kłaniają się problemy z lepszymi materiałami wszczepialnymi, których odpłatne zastosowanie było traktowane niemal jak przestępstwo i surowo przez NFZ karane. Trzeci rodzaj ubezpieczeń to możliwość rezygnacji z ubezpieczenia powszechnego z wszystkimi tego konsekwencjami, ale z obowiązkowym ubezpieczeniem prywatnym, czego polskie prawo jednak nie dopuszcza. Trudno się dziwić, że w takich warunkach od 20 lat dyskutujemy o tworzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, ale tak naprawdę ich nie stworzyliśmy. Istniejące ubezpieczenia to jedynie „protezy od niewydolności systemu” ułatwiające np. dostęp do specjalisty w warunkach ambulatoryjnych. Skromnie.

Także zakłady opieki zdrowotnej, w większości zorganizowane w archaicznej formie SPZOZ-ów, nie są żadnymi podmiotami ubezpieczenia zdrowotnego. Jako SPZOZ-y nie mogą świadczyć tzw. usług komercyjnych (choć jest to obchodzone na wszelkie możliwe sposoby). Jednostki zorganizowane w formach spółek prawa handlowego świadczą usługi komercyjne, ale usługi leczenia szpitalnego są realizowane w stopniu bardzo skromnym z uwagi na duży koszt i brak powszechnych ubezpieczeń dodatkowych. Wystarczy spojrzeć na powracające spektakle medialne o nowo powstałym z inicjatywy prywatnej fantastycznym ośrodku specjalistycznym, który mógłby leczyć ludzi, ale... nie ma kontraktu z NFZ. No skoro NFZ płaci tak fatalnie, kolejki do świadczeń są takie długie, prywatne firmy ubezpieczeniowe i ich eksperci na kolejnych konferencjach powtarzają, jak ten segment rynku puchnie, to ciśnie się na usta pytanie, o co chodzi. Kto tu, kolokwialnie mówiąc, buja?

### Co niebieskie, to niebieskie

Jedynym racjonalnym rozwiązaniem wydaje się nazwanie rzeczy po imieniu i wprowadzenie do systemu elementarnego porządku. Powiedzmy sobie wreszcie uczciwie, że mamy wielki bałagan, a nazwy przypisywane poszczególnym jego elementom nie odpowiadają rzeczywistości. Przestańmy w końcu nazywać NFZ instytucją ubezpieczeniową – jest on wyłącznie płatnikiem publicznym, który zakupuje świadczenia mające zaspokoić potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Składkę zdrowotną przestańmy nazywać składką ubezpieczenia zdrowotnego, a nazwijmy podatkiem zdrowotnym i zacznijmy go zbierać w sposób proporcjonalny od wszystkich obywateli. Po jego upowszechnieniu oszacujmy, na ile zaspokajają potrzeby zdrowotne i w razie niedoboru zabierzmy się w końcu uczciwie do przygotowania koszyka świadczeń zdrowotnych. Usuńmy to, na co nie ma pieniędzy ściąganych w formie podatku zdrowotnego, a co można ubezpieczyć dodatkowo. Opiszmy starannie standardy świadczeń, zwłaszcza w zakresie gwarantowanych wyrobów medycznych czy technik operacyjnych. Będzie miejsce na uczciwe ubezpieczenia komplementarne i suplementarne.

Oszacujmy posiadane zasoby – co jeszcze jest prywatne, a co już publiczne. Niektóre rodzaje usług zdrowotnych, takie jak szeroko pojęte leczenie ambulatoryjne, są w znacznej części sprywatyzowane i będą się musiały same dostosować do wymogów stawianych przez NFZ i wysokości proponowanych im kontraktów. W leczeniu stacjonarnym znakomita większość jednostek to jednak szpitale utworzone przez podmioty publiczne, choć prowadzone w różnych formach. W ich przypadku należy przeprowadzić dwie trudne operacje. Pierwszą jest chociażby czasowe oddanie ich pod jeden zarząd w każdym regionie – zarząd wojewody. Ale wszystkich, nie tylko powiatowych i wojewódz-



„Przestańmy w końcu nazywać NFZ instytucją ubezpieczeniową – jest on wyłącznie płatnikiem publicznym, który zakupuje świadczenia mające zaspokoić potrzeby zdrowotne społeczeństwa”

kich, także klinicznych czy resortowych. Tylko taka sytuacja, kiedy jest jeden właściciel, pozwoli na rzeczywistą restrukturyzację produktową zgodnie z potrzebami wynikającymi z map potrzeb zdrowotnych. Przykro mi, ale po prostu trzeba posprzątać po radosnej twórczości ostatnich 20 lat. Piszę „czasowe”, bo po przeprowadzeniu rozumnej restrukturyzacji produktowej i standaryzacji działania wyobrażam sobie ponowne ich usamorządowanie, ale już tylko w rękach uczelni medycznych i marszałków województw. Druga operacja to likwidacja archaicznej formy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jeżeli politycy boją się formy spółki kapitałowej, to nie ma sprawy. Forma może się nazywać dowolnie, ale powinna zapewnić sprawne zarządzanie szpitalem. Z odpowiednio wynagradzanym, ale ponoszącym odpowiedzialność zarządem, a także kompetentnymi, a nie społecznymi organami kontrolnymi.

Nie można zapomnieć o nieszczęsnym rozdzieleniu zadań opieki zdrowotnej i pomocy społecznej przed niemal 30 laty. Warto jak najszybciej przywrócić te zadania Ministerstwu Zdrowia oraz rozważyć gospodarowanie składką chorobową i rentową przez NFZ. To przywróci wszechstronność opieki nad ludźmi sta-

„Jeżeli będziemy chcieli dalej reformować nasz bałagan, jednocześnie bałaganem go pozostawiając, to wszystkie dyskusje o płaceniu za jakość, wszystkie sieci i pilotaże będą tylko sztuką dla sztuki”

rymi i przewlekle chorymi oraz pozwoli na racjonalizację wydatków przy jej finansowaniu. Zresztą wiele o tym pisał jeszcze niedawno Andrzej Jacyna, były prezes NFZ.

Identycznie, po doświadczeniach epidemii COVID-19, należy rozważyć spionizowanie struktury Państwowej Inspekcji Sanitarnej i najniższe jej organy odebrać powiatom oraz poprzez wojewodów podporządkować GIS. Tej organizacji samorządowość, mimo 20 lat praktykowania, także się nie przysłużyła.

#### Kto to przeprowadzi?

I to jest pytanie fundamentalne z wielu powodów. Do dokonania tak głębokich zmian potrzebny jest konsensus wielu sił politycznych, bo przy jego braku w warunkach dzikiej walki stronnictw, którą obserwujemy na co dzień, próba ich przeprowadzenia będzie torpedowana przez każdą opozycję. To wymaga zgody resortów mundurowych, uczelni i samorządów na oddanie swoich szpitali. Na koniec zgody na taki projekt ich pracowników – dyrektorów i prezesów, ordynatorów i kierowników, lekarzy, pielęgniarek i innych profesjonalistów medycznych. Zrozumienia projektu przez resztę społeczeństwa – potencjalnych pacjentów. Nie ma co ukrywać, że będzie bolało, bo naruszone zostaną interesy wielu osób.

Wydaje się, że do stworzenia modelu docelowego rozsądnie byłoby powołać niezależną strukturę (instytut, agencję), w której organach nadzorczych znalazłby się przedstawiciele wszystkich stronnictw politycznych i która korzystałaby z zaplecza eksperckiego innych instytucji. Być może należałoby ją umieścić pod auspicjami prezydenta RP. Struktura taka, w porozumieniu z dotychczas istniejącymi, przejęłaby tworzenie map potrzeb zdrowotnych i do nich dopasowała strukturę docelową organizacji szpitali i przychodni w całej Polsce. Wskazywałaby priorytety AOTMiT przy pracach nad przebudową koszyka świadczeń zdrowotnych. Zaproponowałaby nową formę integracji zadań opieki zdrowotnej i opieki społecznej czy nową koncepcję struktury Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Zajęłaby się także wieloma innymi zagadnieniami dotyczącymi

jakże potrzebnej standaryzacji działalności w ramach systemu. Po prostu potrzebny jest nowy mózg systemu, którego nie ma, a wszystkie próby zastępowania go powtarzanymi od lat debatami eksperckimi są po prostu nieskuteczne. Rekomendacje z tych debat trafiają na biurka urzędników Ministerstwa Zdrowia, którzy pojedyncze pomysły próbują implementować do rozregulowanego systemu. A to, jak pisałem, żadnych istotnych efektów nie przyniesie.

#### Co zyskamy?

Zyskamy porządek w tzw. sferze publicznej. Przez upowszechnienie składki zdrowotnej zyskamy większy spływ środków do systemu. Przez konkretne prace nad koszykiem świadczeń stworzymy warunki do rzeczywistego wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych. Przez ujednoczenie zarządu będziemy mogli przeprowadzić restrukturyzację produktową, dostosowując liczbę oddziałów i łóżek do potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa (przy uwzględnieniu migracji międzywojewódzkiej), ale jednocześnie do posiadanych zasobów ludzkich. Kto wie, może tak promowana przez OZZL zasada „jeden lekarz w jednym miejscu” jest realna, tylko trzeba dokonać pewnych komasacji?

Podmioty prywatne będą mogły się ubiegać u płatnika publicznego o kontrakty w zakresie świadczeń niewykonywanych przez podmioty publiczne lub wykonywanych w niewystarczającej liczbie z uwagi na brak potencjału. Równocześnie podmioty publiczne zorganizowane w nowej formie prawnej będą mogły podpisywać umowy z instytucjami ubezpieczeniowymi, które zechcą sprzedawać nowe produkty rzeczywistego ubezpieczenia zdrowotnego po opisaniu zawartości koszyka świadczeń zdrowotnych na zasadach przedstawionych wyżej.

To są sprawy fundamentalne. Jeżeli będziemy chcieli dalej reformować nasz bałagan, jednocześnie bałaganem go pozostawiając, to wszystkie dyskusje o płaceniu za jakość, wszystkie sieci i pilotaże będą tylko sztuką dla sztuki. Wyżyją się w nich uczestnicy kolejnych debat, ale istotnych efektów dla głównych interesariuszy nie należy się raczej spodziewać.

W nawiązaniu do początku – nasz system nie jest żadnym słynnym transatlantykiem zmierzającym na górę lodową. To raczej niezorganizowana flota statków różnej wielkości, należących do różnych armatorów, z co chwila przeskakującymi pomiędzy pokładami marynarzami. Admirał jest tylko nominalny, kapitanowie często bez umiejętności, ale ze znajomościami u armatorów. Główny intendent floty ciągle nie ma pieniędzy na żołąd i paliwo do statków i nie bardzo wie, jak je zdobyć. Flota przetrzymała już niejedną burzę, więc armatorzy mają nadzieję, że gdyby coś się stało, to ich statek przetrwa. Jeżeli się mówi o pasażerach, to głównie dla pozoru.

Maciej Biardzki