Od czasu masowych protestów pielęgniarek, które kilka lat temu doprowadziły do uchwalenia kontrowersyjnej „ustawy 203” w polskim środowisku medycznym panował względny spokój. Ale powszechna akcja protestacyjna przeprowadzona 7 kwietnia pokazała, że cierpliwość lekarzy i pielęgniarek ponownie się wyczerpuje. Istotne jest jednak pytanie, czy taka forma walki o własne interesy rzeczywiście jest właściwą i skuteczną drogą do poprawy sytuacji w polskiej ochronie zdrowia.

Najważniejszym przedmiotem żądań lekarzy jest trzydziestoprocentowa podwyżka wynagrodzeń. Przyglądając się obecnym płacom pracowników ochrony zdrowia, trudno nie przyznać prawa do takich żądań. Według danych GUS w ubiegłym roku średnie wynagrodzenie w sektorze zdrowotnym wyniosło niespełna 1900 zł, wobec średniej krajowej na poziomie 2300 zł. Nic więc dziwnego, że po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej medycy zaczęli poszukiwać zatrudnienia w innych krajach, pozostawiając polski system zdrowotny w obliczu kadrowego paraliżu. Pobliskie kraje takie jak: Czechy, Słowacja, Estonia czy Chorwacja sytuację wyjściową miały zbliżoną do naszej. Tam w ciągu kilkunastu lat udało się stworzyć względnie stabilne i sprawnie funkcjonujące systemy zdrowotne. U nas okazało się to zadaniem przerastającym możliwości decydentów politycznych.

Przedstawiciele personelu medycznego powinni z całą stanowczością domagać się nie tylko podwyżek płac, ale przede wszystkim fundamentalnych zmian podstawowych reguł wyznaczających kształt systemu ochrony zdrowia – w odniesieniu do jego finansowania oraz struktury organizacyjnej – bez których rzeczywista stabilizacja nie będzie możliwa. A stanowisko prezentowane przez instytucje takie jak Naczelna Izba Lekarska czy Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy dowodzi, że takich zmian są świadomi.

Jeden z najczęściej powtarzających się postulatów mających zapewnić poprawę sytuacji w ochronie zdrowia dotyczy wymiaru obowiązkowej składki ubezpieczeniowej. Nie jest on pozbawiony racji, czego dowodzi porównanie wymiaru składki oraz poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce i innych krajach (patrz tabela).

Leave this field empty if you're human:

Zasadniczo natomiast, zamiast na samym podnoszeniu składki należałoby się skupić na problemie racjonalizacji wydatków i wdrażaniu mechanizmów zapobiegających marnotrawieniu pieniędzy. W tym względzie wypada zwrócić uwagę na kilka kwestii. Po pierwsze – współpłacenie pacjentów. Ostatnimi czasy dość powszechnie w Europie uważa

się, że nawet niewielkie bezpośrednie dopłaty pacjentów do świadczeń zdrowotnych są skutecznym mechanizmem ograniczającym nadmierną konsumpcję świadczeń, a tym samym wpływającym na ograniczenie eskalacji kosztów funkcjonowania systemu. Po drugie – zracjonalizowanie modelu podstawowej opieki zdrowotnej. Powierzenie lekarzowi rodzinnemu funkcji odźwiernego systemu może skutecznie ograniczyć koszty udzielania świadczeń. W Polsce proces reformowania tego sektora rozpoczęto wraz z całą reformą systemową w 1999 roku. Jednak do dnia dzisiejszego nowoczesny model lekarza rodzinnego w większym stopniu jest projektem na przyszłość, niż faktycznie funkcjonującym mechanizmem. Jego założeniem było dążenie do większego obciążenia tańszego sektora lecznictwa ambulatoryjnego, przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów szpitalnictwa. Tymczasem rozwiązanie zastosowane w Polsce stanowiło dla lekarzy POZ zachętę do kierowania pacjentów na leczenie szpitalne, dzięki czemu sami mogli zaoszczędzić na kosztach procedur diagnostycznych i zwiększyć swoje własne dochody. Po trzecie – reforma strukturalna sektora świadczeniodawców, szczególnie w odniesieniu do szpitali. Jak się wydaje, komercjalizacja i upowszechnienie prywatyzacji w tym obszarze są nieodzowne dla poprawy jakości świadczeń oraz efektywności finansowej, czego dowodów niemało znaleźć można w lecznictwie ambulatoryjnym, gdzie kapitał prywatny, nawet jeśli jeszcze nie dominuje, to już zadomowił się na dobre. Zrozumieli to Estończycy i Słowacy, gdzie szpitale – niezależnie od formy własności – działają w oparciu o przepisy prawa handlowego. Umożliwiło to zahamowanie wzrostu zadłużenia sektora szpitalnego. Tymczasem u nas problem ten próbuje się rozwiązać poprzez kolejne akcje oddłużenia, których jedynym skutkiem jest – tak jak przy wszelkich odchudzających cudownych dietach – efekt jojo pogarszający sytuację wyjściową.

Jest wreszcie rzeczą nieodzowną – jeśli poważnie myśli się o naprawie polskiego systemu zdrowotnego – gruntowna reorganizacja całego obszaru płatnika. Przy dość ścisłym zdefiniowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach finansowania publicznego, w Czechach i Słowacji pozostawiono spory zakres swobody wszelkim podmiotom (również prywatnym) zainteresowanym tworzeniem funduszy ubezpieczeniowych, w Słowenii zaś i Chorwacji dzięki prawnym zachętom udało się wśród pacjentów upowszechnić zwyczaj wykupywania dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia rekompensującego konieczność współpłacenia czy też zapewniającego podwyższony standard usług. Proces ten, jakkolwiek może budzić pewne obawy o stabilność systemu, wydaje się jednak w warunkach rynkowych całkiem naturalny.

Jakie więc sugestie można by względem decydentów politycznych wystosować w oparciu o powyższe rozważania? Rozwiązaniem zadowalającym wszystkich mogłoby być oparcie systemu finansowania świadczeń zdrowotnych o trzy filary – w sposób przypominający nieco

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl.

nowy system emerytalny. Pierwszy z filarów stanowiłyby konkurujące między sobą kasy chorych oferujące powszechne obowiązkowe ubezpieczenie w zakresie podstawowych kategorii świadczeń (podstawowa opieka zdrowotna, leczenie specjalistyczne oraz szpitalne na niższych stopniach referencyjnych, promocja zdrowia i profilaktyka, refundacja podstawowych leków). Filarem drugim byłoby powszechne obowiązkowe ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia, finansujące koszty procedur wysokospecjalistycznych (usługi świadczone przez szpitale kliniczne), opieki długoterminowej, terapii wybranych chorób przewlekłych, leczenia psychiatrycznego oraz refundacji określonych kategorii leków, czyli wszędzie tam, gdzie kapitał prywatny niekoniecznie byłby skłonny się zaangażować. W tym filarze zakres swobody rynkowej byłby ograniczony chociażby z uwagi na faktyczny (i chyba niemożliwy do wyeliminowania) monopol szpitali klinicznych w zakresie wykonywania procedur wysokospecjalistycznych. Aby uniknąć zbyt gwałtownych zmian, w początkowym okresie NFZ, lub też powstałych na jego gruncie kilka publicznych funduszy ogólnokrajowych, mógłby działać również w ramach filara podstawowego. Trzecim filarem byłoby dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne w komercyjnych funduszach, pokrywające koszty procedur nieujętych w koszyku świadczeń gwarantowanych oraz koszty współpłacenia za usługi uzyskiwane w ramach dwóch pierwszych filarów.

Wdrożenie takiego systemu z pewnością wymagałoby czasu oraz uważnych działań legislacyjnych. Dlatego zmiany należy rozpocząć już teraz. Gdy przyjrzymy się propozycjom przedstawianym przez Zbigniewa Religę, okazuje się, że są one w sporej części zbieżne z tymi przedstawionymi powyżej. Problemem fundamentalnym jest jednak to, że póki co na propozycjach się kończy. Minister Zdrowia zarysował wprawdzie pewien horyzont czasowy, w którym transformacja systemu ma się dokonać i można nawet zgodzić się, że takie rozłożenie w czasie ma pewne racjonalne podstawy – zarówno w odniesieniu do stabilności systemu, jak i poczucia bezpieczeństwa pacjentów. Jednakże rozpiętość owego horyzontu czasowego może budzić pewne obawy, czy rzeczywistą przesłanką jego dość odległego umiejscowienia nie jest przypadkiem chęć przerzucenia odpowiedzialności za wdrażanie zmian na kolejne rządy. Jeśli jednak chcemy zahamować nabierający tempa exodus specjalistów medycznych, trzeba dać im jasny sygnał, że oczekiwane zmiany faktycznie nastąpią. Jest dość charakterystyczne, że wszystkie właściwie państwa ościenne, które zostały powyżej ukazane jako przykłady udanych reform, proces przekształceń rozpoczęły już u samego zarania okresu transformacji, a więc w początkach lat 90-tych. Patrząc z tej perspektywy dotychczasowe piętnaście lat w Polsce należałoby uznać za czas zmarnowany. Jak mówi starodawne porzekadło – czas to pieniądz. A że do najbogatszych nie należymy, chyba nie stać nas na to, by tracić jeszcze więcej.

Podstawowa wysokość składki ubezpieczenia zdrowotnego oraz wydatki na ochronę zdrowia

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl.

w wybranych krajach Europy Środkowo – Wschodniej.

Kraj	podstawowa wysokość składki ubezpieczeniowej	Wydatki na ochronę zdrowia jako % PKB
Chorwacja	15%	9,1
Słowenia	13,45%	8,3
Czechy	13,5%	7,5
Estonia	13%	5,3
Słowacja	13,7%	5,9
Węgry	14%	7,8
Polska	**8,75%**	**6,0**

Powyższy tekst jest jedynie skrótem artykułu, jaki ukazał się na łamach Służby Zdrowia nr 35-38 15 maja 2006 r.

Materiał pobrany ze strony Instytutu Sobieskiego, sobieski.org.pl.