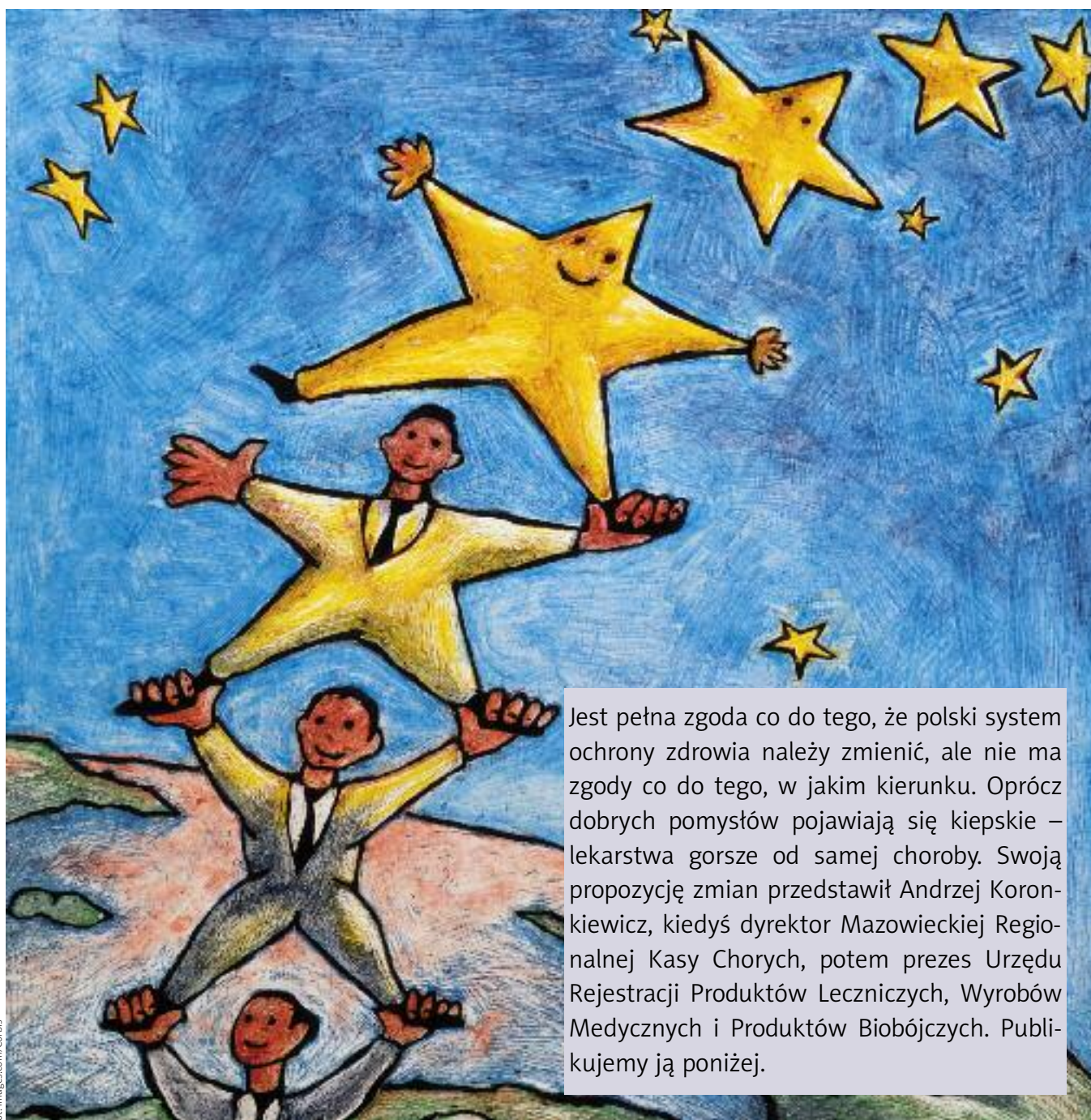


Propozycje zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej

# Europeizacja ochrony zdrowia



Jest pełna zgoda co do tego, że polski system ochrony zdrowia należy zmienić, ale nie ma zgody co do tego, w jakim kierunku. Oprócz dobrych pomysłów pojawiają się kiepskie – lekarstwa gorsze od samej choroby. Swoją propozycję zmian przedstawił Andrzej Koronkiewicz, kiedyś dyrektor Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych, potem prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Publikujemy ją poniżej.

Zacznijmy od propozycji połączenia NFZ i ZUS. Złej propozycji – ZUS powinien pełnić funkcję jedynie ubezpieczyciela emerytalnego. Podobne systemy mają Niemcy i Francja. Należy zwrócić uwagę, iż rozwiązania problemów polityki społecznej oparte na zasadach solidaryzmu międzypokoleniowego lub/i ubezpieczeniowego uległy już w końcu XX wieku znacznej deprecjacji. Obecnie istnieją wyłącznie tendencje do rozwoju indywidualnych form zabezpieczenia potrzeb związanych z ochroną zdrowia czy świadczeniami emerytalnymi.

Konflikt interesów pomiędzy ZUS i OFE oraz wymogi Unii Europejskiej w zakresie wielkości deficytu budżetowego będą sprzyjać rozdzieleniu funkcji systemu zabezpieczenia emerytalnego (system ZUS nie jest ubezpieczeniem zgodnie z teorią klasycznego trójkąta ubezpieczeniowego – płatnik składek, płatnik katalogu świadczeń, świadczeniodawca) i systemu ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy pamiętać, iż ustawa wprowadzająca NFZ upodobiła system ubezpieczeń zdrowotnych, wcześniej realizowany przez regionalne kasy chorych i branżową kasę chorych, do ZUS – i jest to klasyczny ZUS bis, ze wszystkimi negatywnymi uwarunkowaniami.

### Odwrotny kierunek

W związku z publikacją internetową portalu Onet Biznes dotyczącą połączenia ZUS z NFZ należy stwierdzić, iż pomysł ten idzie w odwrotnym kierunku niż rozwiązanie prezentowane wyżej, w myśl którego nie tylko nie należy łączyć ZUS i NFZ, ale wręcz zabrać z ZUS wszystko to, co wiąże się ze zdrowiem, czyli ubezpieczenia chorobowe i rentowe, a następnie połączyć w jednym systemie ubezpieczeń związanym z ryzykiem utraty zdrowia.

Na marginesie innych dywagacji poruszonych we wspomnianej publikacji, dotyczących uznania składki zdrowotnej za podatek, należy stwierdzić, że:

- połączenie składki na ubezpieczenie zdrowotne (z wyjątkiem ubezpieczonych w KRUS) z podatkiem dochodowym od osób fizycznych w latach 1992–1997, gdy tworzone koncepcje ubezpieczeń zdrowotnych, miało jedynie charakter przejściowy (sam tworzyłem wówczas koncepcję powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych i pierwszą ustawę oraz symulację ekonomiczną); w okresie późniejszym (1999 r.) składka miała być „odrębną częścią daniny publicznej”.
- obecnie (szkoda, że tak późno) należy rozważyć inny proces – odejście od takiego połączenia i całkowite wyodrębnienie składki na ubezpieczenie zdrowotne jako samodzielnej, a nie odejmowanej od podatku PIT – oczywiście należałoby obniżyć próg podatkowy o 7,75 proc., co niniejszym proponuję.

Co do kosztów poboru składki i jej naliczania przez ZUS, to w systemie: jeden ZUS – jeden NFZ, nie wydają się one wysokie, ale w przypadku planowanego podziału NFZ na fundusze regionalne (6–8 w skali ogólnopolskiej) war-

„ Ustawa wprowadzająca NFZ upodobiła system ubezpieczeń zdrowotnych, poprzednio realizowany przez kasy chorych, do ZUS ”

to rozważyć wariant wspólnej agencji poboru składek – tak jak we Francji, gdzie jedna agencja (ACOS) pobiera, rozlicza i redystrybuuje składki na ubezpieczenie: emerytalne, chorobowe (zdrowotne, zasiłkowe i rentowe) oraz ubezpieczenie świadczeń na rzecz rodziny.

Należy powrócić do poprzedniej stawki ubezpieczenia rentowego. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadków przy pracy i ubezpieczenie chorób zawodowych powinna zależeć od wskaźników obrazujących zagrożenia środowiska pracy.

„ W wypadku utrzymania w perspektywie następnych 20 lat (i więcej) systemu ubezpieczeniowego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z pewnością należy pilnie rozważyć wprowadzenie ubezpieczeń prywatnych ”

Wprowadzając ubezpieczenia dodatkowe, w pierwszej kolejności ubezpieczenie chorób przewlekłych i niepełnosprawności – tzw. chorób długoterminowych, należy ustalić odejmowanie składki od podatku dochodowego. Ubezpieczenia te powinny być powszechne i obowiązkowe (tylko wtedy będą mogły funkcjonować). Powinny też uwolnić NFZ od kosztów leczenia i opieki długoterminowej. Systemy takie funkcjonują np. w Niemczech i Holandii.

### Zlikwidować lany poniedziałek

W celu uruchomienia takiego systemu należy zlikwidować 2 dni ustawowo wolne od pracy i uzyskane w ten sposób środki przeznaczyć na ubezpieczenie – tak zrobili Niemcy. Proponuję lany poniedziałek i 1 maja, skutki finansowe to „zysk” w wysokości ok. 2 mld zł w skali roku. Szacowane w latach 90. koszty opieki dłu-



foto: iStockphoto

„ W dużych aglomeracjach miejskich trzeba pilnie wybudować szpitale leczenia urazów – centra urazowe „

goteterminowej (przy złych prognozach demograficznych) wynosiły ok. 4 mld zł, czyli należy przewidzieć także dofinansowanie we wstępnej fazie z budżetu państwa.

W przypadku utrzymania w perspektywie następnych 20 lat (i więcej) systemu ubezpieczeniowego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z pewnością należy pilnie rozważyć wprowadzenie ubezpieczeń prywatnych, które z natury rzeczy będą ukierunkowane na finansowanie opieki zdrowotnej organizowanej i udzielanej głównie przez podmioty prywatne. Będzie to niestety medycyna bogatych, ale w gospodarce rynkowej jest to nieuniknione.

Zasady konstrukcji takich alternatywnych ubezpieczeń powinny jednak być ściśle określone:

- składka na prywatne ubezpieczenie zdrowotne musi być odliczana na takich samych zasadach jak w ubezpieczeniu powszechnym od podatku dochodowego od osób fizycznych, a w przypadku rolników indywidualnych i utrzymania dotacji budżetowej – przekazywana w wielkości „kapitacyjnej” do wybranej instytucji ubezpieczeń zdrowotnych (podobnie w innych sytuacjach budżetowego finansowania składek zdro-

wotnych, choć trudno sobie wyobrazić, aby podopieczni opieki społecznej albo bezrobotni mieli korzystać z ubezpieczeń prywatnych);

- wysokość składki będzie najprawdopodobniej kalkulowana zgodnie z zasadami ryzyka ubezpieczeniowego (rachunek aktuarny uwzględniający wiek, płeć, choroby itp.);
- problemem może być zakres świadczeń i liczba uprawnionych – po pierwsze: zakres świadczeń, do których będą uprawnieni posiadacze prywatnych polis, nie powinien być mniejszy niż w ubezpieczeniu powszechnym, ale tu praktycznie 99,99 proc. (i więcej!) to świadczenia gwarantowane (choć tylko teoretycznie), więc bardzo źle się stało, że koszyk świadczeń w takiej formie (rozporządzenia ministra zdrowia) powstał; prywatne ubezpieczenia zdrowotne będą się musiały z tym uporać, bo świadczenia gwarantowane powinny być dostępne w praktyce, a nie tylko w teorii; po drugie: ubezpieczenia prywatne z reguły są indywidualne, więc nie mają charakteru rodzinnego, choć składki żony i dzieci mogą być wyliczane zniżkowo lub określane w zależności od zawartości pakietu świadczeń.

Jeżeli mamy przełamać monopol NFZ, stworzenie ubezpieczeń prywatnych (komercyjnych) wydaje się nieuniknione, ale też ryzyko nierówności dostępu i podziału na lepszych i gorszych pacjentów z pewnością istnieje. W celu złagodzenia tych podziałów można wprowadzić zasadę, iż ubezpieczony w systemie powszechnym

(NFZ) może korzystać ze świadczeń udzielanych przez podmioty prywatne (niemające kontraktu z publicznym płatnikiem), dopłacając z własnej kieszeni różnicę pomiędzy faktycznym kosztem świadczeń a refundacją z NFZ, która powinna trafiać do świadczeniodawcy prywatnego w tej samej wysokości jak w przypadku za-kontraktowanego świadczenia publicznego.

Na marginesie tych propozycji należy stwierdzić, iż obecnie jest tak w przypadku określonych świadczeń stomatologicznych, ponadto odpowiada to przepisom dyrektywy UE o dostępie do świadczeń w krajach członkowskich.

Leczenie chorób nowotworowych również należy „wyjąć” z NFZ i powiązać z udziałem w akcyzie na wyroby alkoholowe i tytoniowe, opłatach za skażenie środowiska oraz podatkach od produktów leczniczych i ich reklamy (we wszystkich formach). Do zarządzania funduszem leczenia chorób nowotworowych należy wykorzystać najzdolniejszych ekonomistów. Należy też przewidzieć dotacje budżetowe wspierające zwłaszcza wprowadzanie nowych procedur diagnostyczno-leczniczych.

Konieczna jest również większa integracja struktur organizacyjnych udzielających świadczeń z zakresu onkologii. System taki musi być hierarchiczny i zróżnicowany terytorialnie. Instytut Onkologii powinien pełnić funkcję głównego podmiotu referencyjnego, mieć filie we wszystkich regionach (6–8) i oddziały we wszystkich województwach, tworzące sieć jednostek organizacyjnych. Powinien finansować leczenie chorych na nowotwory i koordynować diagnostykę i terapię w zakresie chirurgii onkologicznej, chemioterapii i radioterapii. Radioterapia powinna być dostępna w każdym województwie. Głównym koordynatorem powinno być Ministerstwo Zdrowia.

Należy utrzymać budżetowy sposób finansowania ratownictwa medycznego, łącznie ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi. To będzie gwarantować równość w dostępie do świadczeń ratujących życie. System ratownictwa medycznego powinien mieć charakter wojewódzki i strukturalnie łączyć centra powiadamiania ratunkowego, Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego wraz ze środkami transportu (karetki W, R, N itp., łodzie ratunkowe, transportery terenowe itp.), centra urazowe (duże aglomeracje miejskie) i szpitalne oddziały ratunkowe. W tej dziedzinie również głównym koordynatorem powinno być Ministerstwo Zdrowia.

Świadczenia stomatologiczne powinny być bezpłatne dla ubezpieczonych w wieku 0–18 lat i kobiet w ciąży, w możliwie pełnym zakresie. Doświadczenia krajów skandynawskich dowodzą, że w perspektywie 20–30 lat problemy stomatologii zostaną opanowane i spadnie zapotrzebowanie w tym zakresie.

Należy skończyć z lecznictwem sanatoryjnym w obecnej formie, NFZ nie powinien finansować „wczasów”. Trzeba pozostawić jedynie szpitale uzdrowiskowe dla pacjentów po pobytach w szpitalach jako kontynuację

**Jesteś menedżerem w służbie zdrowia?**

NES Healthcare Polska  
**NES**

**Oferujemy:**

- rekrutację personelu medycznego
- szkolenia dla lekarzy i pracowników działów personalnych
- doradztwo w zakresie Zarządzania Zasobami Ludzkimi
- coaching

Zapraszamy do kontaktu  
22 292 68 32  
dzial@berkowska.neshealthcare.pl  
[www.neshealthcare.pl](http://www.neshealthcare.pl)

NES Healthcare jest firmą z ponad 25-letnim doświadczeniem w rekrutacji medycznej na rynku brytyjskim i ponad 5-letnim doświadczeniem w Polsce

leczenia. Szpitale uzdrowiskowe powinny być finansowane tak jak ogólne, z uwzględnieniem systemu JGP (jednorodnych grup pacjentów), można także rozważyć niewielki udział pacjentów w kosztach żywienia i zakwaterowania, zwłaszcza w przypadku pobytów krótkoterminowych – do 4 tygodni.

Świadczenia rehabilitacji ambulatoryjnej i stacjonarnej powinny dotyczyć głównie kontynuacji leczenia szpitalnego. Należy utrzymać finansowanie przez NFZ przypadków ambulatoryjnych, np. „doleczania” prostych złamań, skręceń i innych uszkodzeń układu kostno-stawowego, gimnastyki oddechowej, gimnastyki korekcyjnej, określonych medycznie (skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego potwierdzone przez specjalistę rehabilitacji medycznej) zabiegów fizjo- i fizykoterapii.

W przypadku konkretnych zawodów, istotnych z punktu widzenia zaspokajania potrzeb społecznych, można rozważyć organizację turnusów rehabilitacyjno-uzdrowiskowych o charakterze profilaktycznym lub/i leczniczym dla tzw. poprawy ogólnego stanu zdrowia i kondycji fizycznej – turnusy takie mogłyby uzyskać częściowe dofinansowanie ze środków pracodawców.

### Zmiany organizacyjne

W dużych aglomeracjach miejskich (300 tys. – 2 mln mieszkańców) należy pilnie wybudować szpitale lecze-

nia urazów – centra urazowe, które pełniłyby ostre dyżury w specjalnościach zabiegowych: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej, chirurgii szczękowej, neurochirurgii, urologii i chirurgii dzieci (z wyłączeniem chirurgii noworodka). Systemy takie sprawdziły się w krajach UE. Jedno centrum urazowe powinno zabezpieczać potrzeby zdrowotne 250–300 tys. mieszkańców przy 200–300 łóżkach w tzw. systemie satelitarnym.

System ten zorganizowany jest według schematu:

- jednostka centralna – centrum urazowe;
- w najbliższym otoczeniu (np. na terenie tego samego miasta):
  - szpital(e) instytutów naukowo-badawczych lub/i uniwersytetów medycznych,
  - szpital(e) wojewódzkie (dawne wojewódzkie szpitale zespolone i wojewódzkie szpitale specjalistyczne, np. chorób zakaźnych),

„ Należy rozwijać jednostki opieki długoterminowej, w tym centra ortopedyczno-rehabilitacyjne zajmujące się endoprotezami i leczeniem usprawniającym ”

- szpital(e) resortowe MON, MSWiA,
- szpital(e) miejskie i powiatowe,
- zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- zakłady opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- inne (np. zakłady rehabilitacji leczniczej).

Należy pilnie rozwijać jednostki opieki długoterminowej, w tym centra ortopedyczno-rehabilitacyjne zajmujące się endoprotezami i leczeniem usprawniającym. Jedno takie centrum powinno być w każdym województwie – 200–300 łóżek z możliwością wykonywania operacji „uzupełniających”, np. zaćmy czy przerostu gruczołu krokowego, jako typowych procedur medycznych realizowanych u osób w wieku emerytalnym.

Podobne jednostki jako centra readaptacyjne funkcjonują w Stanach Zjednoczonych, Belgii i we Francji, zapewniając jednocześnie świadczenia o charakterze leczniczym i rehabilitacyjnym. Ich działalność w istotnym stopniu „uwalnia” łóżka w szpitalach i poprawia kondycję zdrowotną osób korzystających z systemu opieki długoterminowej.

Należy powrócić do systemu opieki nad matką i dzieckiem. Szpitale ginekologiczno-położnicze i dziecięce powinny być odrębne organizacyjnie w systemie

3-stopniowej referencyjności. Taki system doskonale sprawdził się w PRL i nadal funkcjonuje w krajach UE. Opieka nad kobietami ciężarnymi, noworodkami i dziećmi do 18. roku życia powinna być priorytetem polityki zdrowotnej państwa.

Podobnie jak w wypadku chorób nowotworowych, system organizacji świadczeń powinien być hierarchiczny (3 stopnie referencyjne) i koordynowany przez Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem Instytutu Matki i Dziecka oraz Centrum Zdrowia Dziecka. Należy również rozważyć reaktywowanie wojewódzkich ośrodków matki i dziecka odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie opieki ginekologicznej, położniczej i pediatrycznej w województwie.

Należy też powrócić do medycyny szkolnej w szkołach i uczelniach, zwłaszcza publicznych. Ten system również sprawdził się w PRL.

Proponuję także powrócić do koncepcji spółek użyteczności publicznej o zróżnicowanej strukturze właścicielskiej, ale nieopartych na przepisach kodeksu handlowego. Zasada działalności dla zysku czy też dodatniego wyniku finansowego nie powinna być stosowana do publicznych szpitali. Dynamicznie rozwijający się prywatny sektor szpitalnictwa nie zastąpi publicznej opieki zdrowotnej.

### Zmiany w kształceniu personelu

Należy powrócić do średniego kształcenia zawodowego, przede wszystkim tzw. pomocy pielęgniarskich (*aide soignante*) i opiekunek osób niepełnosprawnych (dawne „siostry” PCK), takiego personelu dziś brakuje.

Nabory na studia, przede wszystkim licencjackie, w zakresie pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego i fizjoterapii powinny odzwierciedlać bieżące i przyszłe (10–20 lat) zapotrzebowanie, z uwzględnieniem czynnika migracji (10–20 proc.).

Obecnie średnia wieku pielęgniarki zatrudnionej w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej to ok. 50 lat. Luka pokoleniowa spowoduje braki kadrowe w wysokości 30–60 proc.! Już dziś konieczne jest zatrudnianie emerytek i rencistek.

System kształcenia lekarzy specjalistów powinien zostać zdynamizowany, z uwzględnieniem wzrostu liczby rezydentur, jak też doskonalenia zawodowego na studiach i kursach podyplomowych finansowanych także przez publicznych pracodawców za tzw. odpracowanie, gwarantujące względną stabilność kadry medycznej.

Kształceniem menedżerów (dyrektorów, kierowników) opieki zdrowotnej powinna się zajmować wyłącznie jedna publiczna uczelnia podyplomowa (4–6-semesteralny cykl kształcenia). Studia powinny się kończyć obroną pracy dyplomowej i egzaminem państwowym. System ten sprawdził się we Francji (Szkoła Narodowa Zdrowia Publicznego). Organem założycielskim takiej uczelni powinien być minister zdrowia.

Andrzej Koronkiewicz