



Fot. Sławomir Kamiński/Agencja Gazeta

# Wizja zdrowia według Warczyńskiego

Zgodnie z Konstytucją RP władze publiczne zapewniają obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Tym razem jednak nie będę mówić o równym dostępie, ale chciałbym się zastanowić, czy wyrażenie „władze publiczne” zawsze musi oznaczać rząd centralny. Wydaje się, że tak niewiele trzeba uczynić, żeby postrzeganie naszego systemu ochrony zdrowia się poprawiło. Dlaczego nie możemy tego zrobić?

Wiele mówimy ostatnio o przyszłości naszego systemu opieki zdrowotnej. Mało konkretne, ogólnikowe wizje docelowe zalewają środki masowego przekazu (dzisiaj media) i są centralnymi punktami większości konferencji poświęconych zdrowiu. Mało kto wie, że te kompetencje na dzisiaj są ustalone w nieznanym ustawie o działach.

## Czas na odrobinę edukacyjnej refleksji

Regulacja ta określa zakres kompetencji merytorycznych i nadzorczych wszystkich organów centralnej administracji państwowej – w skrócie, niestety, CAP, a więc także wszystkich ministrów, w tym premiera.

Ponieważ mówimy o zdrowiu, przyjrzyjmy się kompetencjom ministra zdrowia i dowiedzmy się, jakie sprawy (określenie ustawowe) obejmuje dział „Zdrowie”:

- 1) sprawy ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej – to oczywiście, że są to najważniejsze zadania ministra zdrowia (pamiętajmy, że określenie „ochrona zdrowia” wynika z Konstytucji i formalny powrót do „służby zdrowia”, przynajmniej w aktach prawnych, może nastąpić dopiero po jej zmianie);
- 2) sprawy nadzoru nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi... oraz nad kosmetykami! – to dla większości ciekawe odkrycie;

„Żaden centralny system nie uwzględni w zadowalającym stopniu potrzeb lokalnych, nawet wojewódzkich, a co dopiero powiatowych czy gminnych”

- 3) sprawy organizacji i nadzoru nad Państwowym Ractownictwem Medycznym – ważne i finansowane przez budżet;
- 4) sprawy zawodów medycznych – jakże na czasie;
- 5) sprawy warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego, z wyłączeniem nadzoru nad żywnością, objętego działem „Rolnictwo”, koordynacji bezpieczeństwa żywności, a w szczególności nadzoru nad jakością zdrowotną żywności w procesie produkcji i w obrocie oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością (tu muszę zwrócić uwagę na przegraną batalię Ministerstwa Zdrowia z Ministerstwem Rolnictwa!).  
Pamiętamy, że do niedawna ta ważna sfera naszego codziennego życia podlegała nadzorowi ministra zdrowia i Głównej Inspekcji Sanitarnej (GIS) oraz że była wyjątkowo skuteczna. No cóż, zmiana się dokonała (przy braku akceptacji ze strony Ministerstwa Zdrowia) i – podobnie jak za poprzednich rządów – uwagi Ministerstwa Zdrowia w zakresie depionizacji GIS nie miały żadnego znaczenia. Czekamy na powołanie nowej Agencji Bezpieczeństwa Żywności. Na szczęście nad tym procesem czuwa były sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, co daje nadzieję na kontynuację dalszej sprawnej działalności w tym obszarze;
- 6) sprawy organizmów genetycznie zmodyfikowanych w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzanie do obrotu nowej żywności – Hm! Czy te kompetencje nie powinny pasować do nowo powstającej Agencji Bezpieczeństwa Żywności?
- 7) sprawy lecznictwa uzdrowiskowego – doprawdy nie wiem, dlaczego, w oczach ustawodawcy, lecznictwo uzdrowiskowe, z całym dla niego szacunkiem, stało się ważniejsze niż podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna czy „najmniej ważne” lecznictwo szpitalne! Obszary te nie zostały wymienione w ustawie. Rehabilitacja, opieka długoterminowa czy opieka paliatywna i hospicyjna są już zupełnie bez znaczenia;
- 8) dalsze zapisy ustawy w zakresie działu „Zdrowie” (wierzcie), nie tylko dla tego artykułu, są nieistotne.  
Zastanawiam się, nie, jestem przekonany, że czas na zmiany kompetencji w obszarze „ochrony zdrowia” czy

„służby zdrowia” (ja wolę „opieki zdrowotnej”). Rzeczywiście, Konstytucja jasno określa, że to władze publiczne zapewniają dostęp do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jednak wyrażenie „władze publiczne” wcale nie musi oznaczać rządu centralnego!

W tym momencie chciałbym przypomnieć „krótką historię” dotychczasowych reform opieki zdrowotnej. Do 1989 r. mieliśmy system budżetowy, odziedziczony po czasach jedynie słusznych i praktycznie kontynuujący system nakazowo-rozdzielczy, centralne planowanie, rejonizację itp.

### „Nowe”

Wszystko „nowe” zaczęło się w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych – za czasów rządów lewicy, PSL i ministra Żochowskiego. Wtedy powstał pierwszy projekt ustawy o powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych, w której planowano powstanie kas chorych. Projekt ten zakładał składkę zdrowotną na poziomie 11% (dzisiaj mamy 9%), ustanawiał zasady dla powszechnych ubezpieczeń prywatnych (prywatne kasy chorych) oraz zdrowotnych ubezpieczeń dodatkowych, wprowadzał symboliczne dopłaty pacjentów do wizyt w POZ, AOS i hospitalizacji oraz przewidywał określenie pozytywnego koszyka świadczeń gwarantowanych. Kolejny rząd AWS i UW, potem tylko AWS, kontynuował prace poprzedników. Tak! Zdarzyło się to tylko raz w naszej dotychczasowej historii reform zdrowotnych. W 1997 r. projekt ustawy o powszechnych ubezpieczeniach został przyjęty przez parlament. Daleko odbiegał jednak zarówno od projektu Żochowskiego, jak i od projektu AWS. Ustalał on składkę zdrowotną w wysokości 7,5% i zapisy o powszechnych ubezpieczeniach prywatnych, które miały zacząć obowiązywać od 2001 r. Ponadto szcątkowo określał negatywny koszyk świadczeń gwarantowanych, pozostałe zapisy zaś zniknęły. Do czasu wejścia w życie, czyli do 1 stycznia 1999 r., ustawa była nowelizowana 11 razy. Ostatecznie wykreślono także przepisy pozwalające na funkcjonowanie powszechnych prywatnych ubezpieczeń.

Po powrocie lewicy do władzy, zaledwie po dwóch latach funkcjonowania kas chorych, reforma ministra Łapińskiego zmiotła je z powierzchni ziemi za pomocą uchwalonej w 2003 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, która na skutek wyroku Trybunału Konstytucyjnego zakończyła swój żywot już w 2004 r. Od maja tamtego roku do dzisiaj (z kilkudziesięcioma nowelizacjami) system opieki zdrowotnej jest regulowany przez ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W planie mamy powrót do finansowania budżetowego. Koło się zamyka?

Wszystkie te reformy nie przynosiły oczekiwanej poprawy i były negatywnie oceniane przez społeczeństwo, co walcie przyczyniało się do wyborczych przegranych kolejnych koalicji rządzących. Skoro kolejne rządy, cza-

0101010100101110101010010101010101001011

sem z tej samej formacji partyjnej, z powodów niemerytorycznych nie mogły kontynuować linii poprzedników, to może problem tkwi nie w koncepcjach, ale w wyborze niewłaściwego realizatora tych praw i obowiązków?

Obywatele! Mamy przecież wybierane w powszechnych wyborach publiczne władze samorządowe. Po dwudziestu kilku latach funkcjonowania mają one dla nas coraz większe znaczenie, są coraz bardziej dojrzałe i odpowiedzialne.

### Bołączki systemu centralnego

Sondaże pokazują, że bardziej ufamy władzom samorządowym niż wszystkim dotychczasowym rządům centralnym. Samorządy są bliżej ludzi, lepiej znają lokalne potrzeby i oczekiwania. Czy nie czas, aby – podobnie jak w przypadku opieki społecznej – samorządy przejęły szerokie kompetencje i odpowiedzialność także w obszarze opieki zdrowotnej?

Żaden centralny system nie uwzględnia w zadowalającym stopniu potrzeb lokalnych, nawet wojewódzkich, a co dopiero powiatowych czy gminnych. Wszystkie centralne systemy podlegają naciskom politycznym, a to nie polityka, ale praktyka, rzeczywista potrzeba, zadowolenie, satysfakcja lokalnej społeczności i obywatelska świadomość powinny decydować o ocenie systemu opieki zdrowotnej.

Codziennością pacjenta nie są ośrodki wysokospecjalistyczne, ale te znajdujące się najbliżej miejsca zamieszkania, te najbliższe także sercu, w których znamy lekarzy, pielęgniarki, dyrektorów i innych profesjonalistów ochrony zdrowia uczestniczących w codziennym życiu lokalnych społeczności. Ze złej realizacji tego zadania znacznie łatwiej obywatelom w kolejnych wyborach rozliczyć samorząd niż władze centralne.

Wbrew pozorom nie jest to wizja pionierska. Takie samorządowe systemy funkcjonują w dużej części krajów, które bierzemy za wzór dobrego funkcjonowania opieki zdrowotnej: prawie w całej Skandynawii (Szwecja, Dania, Norwegia), a także na południu Europy (Włochy, Hiszpania, Portugalia), w pewnym zakresie w Niemczech (przecież landy mają ogromną samodzielność), a nawet w Wielkiej Brytanii, która ma odmienne systemy w Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej.

Oczywiste jest, że ramy funkcjonowania systemu muszą być określone przez rząd i parlament. Minister zdrowia nadal musi być odpowiedzialny za nadzór nad lekami, wyrobami medycznymi, instytucjami, uczelniami medycznymi (szpitalami klinicznymi), za Państwowy System Ratownictwa Medycznego czy system kształcenia w zawodach medycznych. Minister zdrowia i centralny rząd powinni być odpowiedzialni za organizację, ale niekoniecznie za realizację obowiązków państwa w tym zakresie. Opisywana zmiana przybliży nas do państwa obywatelskiego, w którym obywatele mają znacznie większy wpływ na funkcjonowanie państwa, także w obszarze opieki zdrowotnej.



Fot. © gettyimages.com/Rob Colvin

„Wszystkie centralne systemy podlegają naciskom politycznym, a to nie polityka, ale praktyka, rzeczywista potrzeba, satysfakcja lokalnej społeczności i obywatelska świadomość powinny decydować o ocenie systemu opieki zdrowotnej”

Czy wtedy będziemy zadowoleni z opieki zdrowotnej? Na pewno bardziej niż obecnie. Popatrzmy na najlepiej oceniany przez własnych obywateli system ochrony zdrowia, którym jest system francuski. Prawie 75% Francuzów dobrze ocenia swój system, mimo konieczności dopłat, ubezpieczeń dodatkowych i konieczności oczekiwania na niektóre świadczenia. Zaskakujące są oczekiwania Francuzów wobec systemu opieki zdrowotnej. Okazuje się, że najbardziej ceniona jest jakość i różnorodność posiłków w szpitalach i uprzejmość personelu medycznego. Cała reszta – wliczając w to czas oczekiwania czy efekty kliniczne – pozostaje daleko w tyle. Jakże to ludzkie.

Czy poprawienie tych dwóch parametrów poprawiłoby ocenę naszego systemu przez Polaków? Ponieważ nasz personel medyczny jest dobrze wykształcony, a wyposażenie szpitali jest na poziomie europejskim... moim zdaniem, zdecydowanie tak. Czyżby to było takie proste?

Piotr Warczyński

Autor jest ekspertem ochrony zdrowia, był wiceministrem zdrowia.