



Co robić? Dokładnie to, co robi dziś Ministerstwo Zdrowia, tylko nie tak opieszale

Fakty i mity

Mariusz Łapiński



W *Menedżerze Zdrowia* (nr 4/2007) przeczytałem wywiad z prof. Tomaszem Hermanowskim, którego znam od lat i niezmiernie cenię, ale pod którego poglądami jak zwykle nie mogę się podpisać. Dlatego do też przedstawionych w rozmowie *Gry rynkowe* chcę się odnieść polemicznie.



Pomysł, aby likwidować monopol Narodowego Funduszu Zdrowia i ponownie wprowadzać zamieszanie, zmieniając system finansowania opieki zdrowotnej Polsce, nie jest dobry. Tej operacji chory już nie przeżyje.

Masz pieniądze – żyjesz

Pragnę przypomnieć kilka faktów:

1. Ustanawiając kasy chorych, zmniejszono finansowanie ochrony zdrowia (przez obniżenie składki ubezpieczeniowej z 10 proc. do 7,5 proc.) do poziomu najniższego od początku transformacji ustrojowej. Celem była realizacja projektu Unii Wolności i Leszka Balcerowicza, czyli wprowadzenie liberalnego modelu ochrony zdrowia: *masz pieniądze – żyjesz, nie masz – umierasz*, doprowadzenie do rozpadu systemu opieki zdrowotnej, prywatyzacja szpitali publicznych i przerzucenie kosztów leczenia na obywateli poprzez wprowadzenie współpłacenia. W 2001 r. kasy chorych dysponowały 26 mld zł, dziś NFZ ma 40 mld zł. To efekt przeforsowania w Sejmie i Senacie w czasie, kiedy byłem ministrem, wzrostu składki do 8 proc. i wpisania w ustawie o NFZ corocznego wzrostu o 0,25 proc. (do 9 proc.) wbrew ówczesnemu ministrowi finansów Grzegorzowi Kołodce.

2. System opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonuje coraz lepiej. Zmniejszyło się zadłużenie szpitali, Fundusz płaci za nadwykonania, kolejki do specjalistów są coraz krótsze. Można było też dać 30-procentową podwyżkę lekarzom i innym pracownikom ochrony zdrowia. Potwierdzają to badania prof. Janusza Czapińskiego, opisane w publikacji *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Wynika z nich, że ponad 70 proc. gospodarstw domowych jest zadowolonych z opieki zdrowotnej. Nie jest to jednak dobra informacja dla mediów, które są w Polsce liberalne i przekazują zafałszowane informacje o tym, jak się leczy pacjentów. Opinia publiczna manipulowana przez media gorzej ocenia sytuację niż wygląda ona rzeczywistości. W badaniach *Diagnoza społeczna 2005* wykazano najważniejszy sukces utworzenia NFZ w miejsce kas chorych. Jak wynika z raportu, spadła liczba chorych rezygnujących z powodu braku pieniędzy z leków, wizyt u lekarza, z pobytu w szpitalu itd.
3. Tworząc kasy chorych, wzorowaliśmy się na modelu niemieckim. Podjęto taką decyzję, mimo że system kas chorych w Niemczech bankrutował, a ponadto na zdrowie nasi zachodni sąsiedzi wydają 140 mld euro rocznie, my zaś zaledwie 10 mld euro. Dziś to Niemcy korzystają z naszych rozwiązań. W lutym tego roku Bundestag przyjął ustawę o reformie ochrony zdrowia i od 2009 r. zacznie funkcjonować Federalny Centralny Fundusz Zdrowia. Tam zmiany w ochronie zdrowia będą prowadzone przez wiele lat. Nam łatwiej było zlikwidować kasy, które działały 3 lata (w Niemczech 123 lata), a do tego my mieliśmy ich jedynie 17, oni natomiast mają 250 dużych i kilkaset mniejszych.
4. Trzeba dalej realizować program zmian zainicjowany w 2002 r. i właśnie to dziś robi Ministerstwo Zdrowia. Co prawda, zbyt wolno, ale najważniejsze, że kontynuuje reformy – zajmuje się dodatkowymi

„ Głównym zarzutem dotyczącym ochrony zdrowia, jaki PO stawia PiS, jest to, że rządząca partia realizuje drugi etap reformy Łapińskiego ”

ubezpieczeniami zdrowotnymi, siecią szpitali, polityką lekową, RUM. Dlatego już nie warto słuchać bajek o decentralizacji czy o wolnym rynku. To rozwiązania tylko dla bardzo bogatych krajów (a i tak im to nie wychodzi; co więcej, wycofują się z takich pomysłów). Jedynym cywilizowanym krajem, w którym funkcjonuje darwinistyczny system opieki zdrowotnej, są Stany Zjednoczone. Wydaje się tam olbrzymie pieniądze na system opieki zdrowotnej, a i tak jest on jednym z najgorszych, jeśli chodzi o wydolność (dostępność do świadczeń zdrowotnych, długość życia obywateli itp.), 40 mln obywateli zaś nie jest objętych jakimkolwiek ubezpieczeniem. Skoro jest tam tak dobrze, jak mówi prof. Hermanowski, dlaczego Hilary Clinton próbowała przeprowadzić reformę opieki zdrowotnej i czemu jej się to nie udało? Podobnie jest na Ukrainie. Tam jest taka sytuacja, jaką pewnie mielibyśmy, nadal utrzymując kasy chorych. Nieliczni bogaci ubezpieczeni są w firmach ubezpieczeniowych, a biedni przed operacją kupują fartuchy, narzędzia i rękawiczki dla lekarzy.

Co robić?

Dokładnie to, co robi dziś Ministerstwo Zdrowia, choć działa ono zbyt opieszale. Porównując opublikowany w 2002 r. materiał *Strategiczne kierunki działań mini-*

stra zdrowia w latach 2002–2003 z obecnymi zadaniami resortu, wyszczególnionymi na stronie internetowej ministerstwa, można zauważyć, że dzisiejsza ekipa realizuje ten sam program. Zresztą głównym zarzutem dotyczącym ochrony zdrowia, jaki PO stawia PiS, jest to, że rządząca partia realizuje drugi etap reformy Łąpińskiego (być może nie ma innego sensownego rozwiązania niż to, jakie zaczęliśmy wprowadzać w życie w 2002 r.).

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Dzięki nim system ochrony zdrowia zyskałby dodatkowo 5 mld zł. Zgodnie z artykułem 68. Konstytucji, zadaniem rządu jest zapewnienie wszystkim chorym równego dostępu do leczenia. Stać nas dzisiaj na leczenie wszystkich na poziomie poloneza – ten, kto chce być leczony na poziomie mercedesa, niech dopłaca. Skorzystają na tym biedniejsi, bo na ich leczenie będzie więcej pieniędzy.

Sieć szpitali. Dzięki niej wyeliminowane zostaną niepotrzebne placówki, często będące w bardzo złym stanie. Więcej pieniędzy otrzymają pozostałe nowocześniejsze. Zwiększy się podaż personelu medycznego na rynku pracy, nie będzie się straszyć społeczeństwa emigracją pracowników służby zdrowia.

Polityka obniżania cen leków. Daje znaczne oszczędności i zahamowała drastyczny wzrost wydatków na leki refundowane, jaki obserwowaliśmy w czasach, gdy działały kasy chorych.

„ Żałuję, że nie było mi dane dotrzeć do chwili powstania NFZ, bo gdy mnie zabrakło, wiele przygotowanych rozwiązań nie weszło w życie, a jeśli już, to zaczęto je wcielać w życie dopiero po kilku latach ”

Rejestr usług medycznych. Pozwala zaoszczędzić ponad 2 mld zł rocznie, a także likwiduje 90 proc. korupcji w systemie opieki zdrowotnej. Przygotowany był do wprowadzenia w 2003 r. w ramach offsetu. Zabrakło mu wówczas pół roku.

OC – płacenie za leczenie ofiar wypadków przez firmy ubezpieczeniowe. Duży sukces obecnego rządu (w 2002 r. ustawę tę zablokował w Sejmie lobby firm ubezpieczeniowych).

Zmiana ustawy o zoz-ach. Jeden organ założycielski – samorząd wojewódzki (przeniesienie szpitali powiatowych do województwa) wymusi to racjonalną restrukturyzację.

Najważniejszą sprawą jest jednak wzrost wydatków na ochronę zdrowia. Jeśli będzie ona finansowana z pieniędzy publicznych w podobnym wymiarze jak w innych krajach unijnych (przynajmniej 5 proc. PKB), będziemy mieli szansę na najsprawniejszy i najbardziej nowoczesny system opieki zdrowotnej nie tylko w Europie. Świadczy o tym chociażby to, że Niemcy dziś korzystają z naszych rozwiązań.

Jak to osiągnąć?

a. Wzrost składki na ubezpieczenie zdrowotne do 10 proc. Takie rozwiązanie zagwarantuje sprawne działanie systemu. Metody mogą być następujące – co rok podwyżka o 0,25 proc. lub 0,50 proc. do 10-procentowej składki ubezpieczeniowej pokrywanej przez państwo. W 2003 r. metoda wzrostu składki bez pokrywania przez budżet była tak naprawdę metodą wprowadzenia sprawiedliwego współpłacenia. Wynikało to z tego, że co miesiąc 25 mln ludzi opłacało 0,25 proc. składki, tj. od kilkudziesięciu groszy (najbiedniejsi) do 6 zł (najbogatsi). NFZ zyskiwał dzięki temu 2 mld zł. Wprowadzenie odpłatności w wysokości kilku złotych za wizytę w gabinecie czy opłat hotelowych zwiększyłoby przychody o 200–300 mln zł (a trzeba by jeszcze tworzyć nowy kosztowny system pobierania tych opłat, poza tym stwarzałoby to poczucie zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego u ludzi gorzej sytuowanych).

b. Składki rolników. W latach 70. ubiegłego wieku Edward Gierek jednego dnia podjął decyzję o wprowadzeniu bezpłatnej ochrony zdrowia dla 10 mln rolników w zupełnie do tego nieprzygotowanym finansowo systemie opieki zdrowotnej. Dziś w znacznej części pokrywa ich składki budżet państwa należy to urealnić.

c. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Pozwolą na stworzenie prywatnych szpitali, odciążając sektor publiczny. Równocześnie dodatkowe fundusze zyskają szpitale publiczne.

Mądrość polityka

Z badań opinii publicznej wynika, że prawie 90 proc. Polaków jest przeciwko prywatyzacji szpitali i wprowadzeniu współpłacenia (chyba, że badania nie są wiarygodne). Dlatego jasne jest, że nie można realizować liberalnego modelu ochrony zdrowia. W latach 2003–2005 wmawiano nam, że jeżeli nie przeprowadzimy reformy finansów publicznych proponowanej przez ministra Jerzego Hausera, załame się budżet państwa. Nie zrealizowano tego planu, a finanse nie załamały się i gospodarczo doskonale się rozwijamy. Podobnie – gdy zwiększy się finansowanie ochrony zdrowia – obalony zostanie mit o ratowaniu systemu opieki zdrowotnej za pomocą prywatyzacji szpitali i współpłacenia przez chorych.

Dziś bardzo żałuję, że nie było mi dane dotrzeć do chwili powstania NFZ (zostałem odwołany z funkcji ministra zdrowia 17 stycznia 2003 r., a fundusz zaczął funkcjonować 1 kwietnia 2003 r.). Gdy mnie zabrakło, wiele przygotowanych rozwiązań nie weszło w życie, a jeśli już, to zaczęto je wcielać w życie dopiero po kilku latach (a nie po kilku miesiącach, jak być powinno). Niestety, po mnie było siedmiu prezesów NFZ i ośmiu ministrów zdrowia, a żaden z nich nie miał wizji i determinacji w naprawie systemu opieki zdrowotnej. Dziś widzę, że taką determinację ma prof. Zbigniew Religa. Dlatego trzeba mu życzyć, aby odniósł sukces. Zazdroszczę prof. Relidze wsparcia premiera i rządu (czego mi przy wprowadzaniu radykalnych zmian brakowało).

Mam żal do premiera Leszka Millera, że odwołał mnie z funkcji ministra tak szybko – zdołałem wprowadzić zaledwie 25 proc. planowanych zmian. Mądrość polityka i świadomość, że efekty reform systemowych w ochronie zdrowia są widoczne po kilku latach, powinny mieć wpływ na podejmowanie decyzji. Zgadzając się na tak radykalny program, należało go z żelazną konsekwencją realizować. Nie można jego autora odwoływać, nim reforma nie zostanie ukończona. Jest powiedzenie, które świetnie pasuje do opisanej sytuacji – *nie zmienia się koni w czasie przeprawy przez rzekę*. Nie powinno się mu powierzać teki ministra, jeśli się takich zmian nie planowało. Skoro jednak powierzono mu to zadanie,

trzeba było mu dać szansę na skończenie tego, co rozpoczął, a rozliczać go później. Z powodu rotacji na stanowisku szefa resortu zdrowia przez kilka lat mieliśmy niepotrzebny bałagan w ochronie zdrowia, za który chciałbym dziś przeprosić wszystkich chorych i pracowników ochrony zdrowia.

Odpowiedzialność rządu

Patrząc z perspektywy kilku lat, które minęły od czasu, gdy przestałem pełnić obowiązki szefa resortu zdrowia, cieszę się z dwóch rzeczy.

1. Ponieważ dziś już wiem, ile interesów różnych lobby działających w ochronie zdrowia naruszyłem, ilu politykom wszedłem w szkodę, cieszę się, że jeszcze żyję.
2. Drugi powód do zadowolenia jest taki, że inicjując zmiany w ochronie zdrowia, przywróciłem odpowiedzialność rządu i państwa za zdrowie obywateli, której politycy pozbyli się, gdy zaczęły funkcjonować kasy chorych. Dla mnie jako osoby mającej serce po lewej stronie jest to szczególnie ważne.

Prof. Mariusz Łapiński był ministrem zdrowia [w latach 2001–2003], obecnie pracuje w Akademii Medycznej w Warszawie

Tytuł i śródtytuły pochodzą od redakcji