



Fot. Wojciech/Sundziel/Agroja Gazeta

Wygaszanie publicznej służby zdrowia

Wielu Polakom rządy koalicji PO-PSL, zwłaszcza w ostatnich latach, kojarzyć się będą z wygaszaniem określonych przedsiębiorstw, a nawet całych branż, jak np. górnictwo lub stocznie. Państwa nie było na to stać, a politycy nie potrafili (albo nie chcieli) znaleźć innego sposobu rozwiązania problemu niż owo „wygaszanie”. Z podobną sytuacją – do pewnego stopnia – będziemy mieli do czynienia w najbliższych latach w publicznej ochronie zdrowia.

Głównym problemem publicznej służby zdrowia w Polsce w ostatnich kilkunastu latach był (i jest) nadmierny i zwiększający się popyt na świadczenia zdrowotne, przewyższający ich podaż, co skutkuje ogromnymi kolejkami. Jest to po części proces naturalny, wynikający ze starzenia się społeczeństwa oraz zwię-

czenie prostych usług medycznych z koszyka świadczeń bezpłatnych. Można by wprowadzić (jak w Singapurze) indywidualne konta zdrowotne, na które każdy obywatel obowiązkowo odkłada pieniądze i z których może korzystać wyłącznie na leczenie swoje lub swojej rodziny. Oba sposoby mają tę zaletę, że pacjent sam decyduje, na co wydaje swoje pieniądze, a to motywuje go do racjonalnego korzystania z usług medycznych. Mogłoby się wówczas okazać, że obecne nakłady publiczne na lecnictwo w naszym kraju są wystarczające albo ich wzrost nie musiałby być tak znaczny.

W Polsce uznano jednak, że wszystkie świadczenia zdrowotne muszą być bezpłatne. Jak w takim razie poradzić sobie z wielką liczbą refundowanych świadczeń zdrowotnych wymagających sfinansowania z funduszy

„Już wkrótce służba zdrowia działająca nie dla zysku, tylko dla misji straci zdolność do wytwarzania tak dużej liczby świadczeń jak obecnie”

szających się możliwości medycyny. Po części jednak przyczyniła się do tego reforma z 1999 r., kiedy to odstąpiono od budżetowania szpitali i przychodni i uzależniono ich wynagrodzenie od wykonanych usług. Świadczeniodawcy zyskali silny impuls, aby zwiększać liczbę świadczeń i zachęcać pacjentów do korzystania z pomocy danej placówki. Było to zgodne z założeniami reformy i – generalnie – korzystne dla chorych. Przyniosło jednak pewien niekorzystny dla rządzących skutek: wymagało znacznego i stałego zwiększania nakładów na lecnictwo. Ich niedostatek był bowiem bardzo widoczny w postaci administracyjnego limitowania świadczeń, co wprowadza chorych w wielkie wzburzenie, a rządzących w zakłopotanie i wstyd. Świadczeniodawcy są bowiem w stanie „wyprodukować” dużo większą liczbę świadczeń, z których pacjenci chętnie by skorzystali, ale państwowy płatnik nie chce za nie zapłacić.

Czy ten problem można w ogóle rozwiązać? Można, wprowadzając jakieś sposoby motywowania pacjentów do racjonalnego korzystania z pomocy medycznej. Mogłaby to być np. forma współpłacenia za świadczenia, zwłaszcza te, które mogą być nadużywane, albo wyłą-

publicznych? Sposobem na to jest właśnie wygaszanie publicznej ochrony zdrowia, czyli sztuczne zmniejszenie jej potencjału. Jeśli zamieni się finansowanie za procedurę w finansowanie ryczałtowe, czyli powrót do budżetowania, szpitale szybko przestaną być chętne, a z czasem zdolne do wykonywania tak dużej liczby świadczeń jak obecnie. Efekt wzmocni się przez stworzenie sieci szpitali, czyli przez ograniczenie ich liczby. Jeśli wprowadzi się lekarza rodzinnego z budżetem, zobowiązanego do wydawania ograniczonej liczby skierowań do specjalisty, to również potencjał AOS się zmniejszy. Już wkrótce służba zdrowia działająca nie dla zysku, tylko dla misji straci zdolność do wytwarzania tak dużej liczby świadczeń jak obecnie. Choć oficjalnie nikt z rządzących tego nie przyzna, a nawet będzie się oburzał z powodu takiego porównania, to jednak faktycznym celem i skutkiem zapowiadanych zmian w publicznej ochronie zdrowia będzie ograniczenie jej potencjału, czyli rodzaj jej wygaszania. Dzięki temu nie potrzeba będzie tak wielkich nakładów na lecnictwo, a państwo zaoszczędzone pieniądze będzie mogło przeznaczyć na inne cele. ■