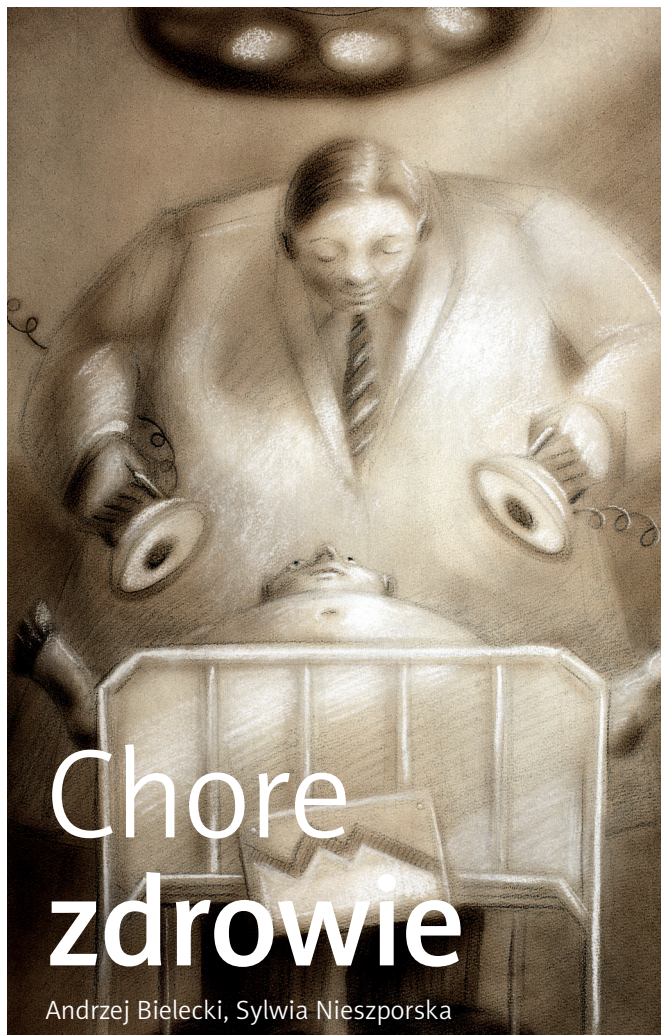


## Publiczna służba zdrowia: jak uzdrowić chory system



# Chore zdrowie

Andrzej Bielecki, Sylwia Nieszporska

Polski system ochrony zdrowia jest kompletnie dysfunkcyjny. Na dodatek podobnie dzieje się w wielu krajach na całym świecie. Jak to poprawić?

Konstytucja RP w art. 68 pkt 1 głosi, że „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, a w pkt 2, że „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” [1]. Zapisy te w dużej mierze pozostają jednak martwe. Niezależnie od tego, jak poważne jest schorzenie, na wizytę u specjalisty czeka się tygodniami, nierzadko miesiącami, a na operację czasem latami. Miesiącami mierzy się również czas oczekiwań na zabiegi rehabilitacyjne.

### 229 dni w kolejce

Jak podaje NFZ [2], na przykład na zabieg wszczęcia soczewki wewnątrzgałkowej, będący metodą leczenia zaćmy, na koniec października 2010 r. trzeba było czekać średnio niemal 229 dni, przy czym w niektórych województwach czas oczekiwania przekraczał rok. Również dostępność standardowych wizyt u specjalisty nie spełnia oczekiwań pacjentów. Przykładem może być wizyta u ginekologa, na którą pod koniec 2008 r. należało czekać w różnych rejonach kraju od 8 do 30 dni [3].

Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie z roku 1997 stanowi, że: „strony wezmą pod uwagę potrzeby zdrowotne i osiągalne zasoby oraz podejmą odpowiednie działania regulacyjne zapewniające prawo do równego dostępu do opieki zdrowotnej o odpowiedniej jakości” [4], jednak polski system ochrony zdrowia jest kompletnie niewydolny, co stawia równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych pod znakiem zapytania.

Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest wadliwa struktura finansowania publicznej służby zdrowia. Co więcej, nigdzie na świecie nie wypracowano wzorca godnego naśladowania, co może oznaczać, że w praktyce takiego w ogóle nie ma.

Jakie są przyczyny ułomności funkcjonujących systemów ochrony zdrowia? Na pewno pomocą w odpowiedzi na tak postawione pytanie może być krótka analiza głównych typów stosowanych rozwiązań wraz z ich zaletami i wadami.

### Dziewiętnasty wiek

Pierwszy z nich to służba zdrowia w pełni płatna z prywatnej kieszeni pacjenta (model dziewiętnastowieczny).

Przed wiekiem XIX trudno było mówić o służbie zdrowia w całym znaczeniu tego słowa oraz o systemie ochrony zdrowia w dzisiejszym rozumieniu. Przepływ pieniędzy w ochronie zdrowia sprowadzał się bowiem do opłat wnoszonych przez pacjentów, głównie na rzecz lekarzy (szpitale w owym czasie były małymi zakładami, gdzie umieszczano z reguły ludzi, którym bieda nie pozwalała na inne leczenie). Na świadczenia zdrowotne przeznaczano w 1900 r. jedynie 3 proc. całości dochodu narodowego, a wszelkie dopłaty na rzecz ubogich związane były z dobroczynnością i filantropijnie nastawionymi obywatelami [7].

W systemie tym pacjent płacił zatem bezpośrednio za każdą wizytę i każdą usługę medyczną. Opieka medyczna była więc traktowana jak zwykły towar, który można nabywać lub nie, w zależności z jednej strony od potrzeb, a z drugiej od zamożności. Istotną wadą systemu było to, że opieka medyczna była dostępna tylko dla osób posiadających na nią środki. Większość obywateli mogła sobie pozwolić co najwyżej na najprostsze, czyli najtańsze, usługi medyczne. Możliwości leczenia

poważnych chorób oraz dolegliwości przewlekłych były ograniczone, tym bardziej że w takich przypadkach następowało ograniczenie szans zarobkowania. Pacjent był więc w praktyce skazany jedynie na oszczędności, które zdołał zgromadzić, a które w zaistniałej sytuacji szybko się wyczerpywały.

Wady takiego rozwiązania są oczywiste: opieką medyczną objęty jest jedynie nikły procent społeczeństwa, a służba zdrowia nie wykorzystuje swoich możliwości – mogłaby leczyć dużo więcej pacjentów i dużo skuteczniej, ale ci, którzy tego leczenia potrzebują, na ogół nie mają na nie środków. Wbrew pozorom rozwiązanie to ma również istotne zalety: nie ma żadnego pośrednictwa między pacjentem a służbą zdrowia (pośrednictwo zawsze kosztuje) oraz cele podmiotów uczestniczących we wzajemnych relacjach są zbieżne – pacjent chce się leczyć, a służba zdrowia chce go leczyć. Ponadto w takim systemie nie występują niewydolne struktury usurpujące sobie prawo kierowania systemem.

W przypadku służb weterynaryjnych, które dzisiaj działają według takiego systemu, zalety przeważają nad wadami. W przypadku ludzi to rozwiązanie jest nie do przyjęcia ze względów etycznych – ludzkie zdrowie nie może być traktowane wyłącznie jako towar nabywany za pieniądze.

### Dwudziesty wiek

Z nastaniem kolejnego stulecia zmieniły się poglądy na ochronę zdrowia. Na mocy rozmaitych deklaracji i konwencji wprowadzonych w życie w wieku XX zwrócono uwagę na niezbitą fakt, że prawa człowieka pojawiają się wraz z jego narodzinami. Do takich podstawowych praw istoty ludzkiej należą godność, wolność i zdrowie. Jednym z takich dokumentów była Powszechna deklaracja praw człowieka z 1948 r., w myśl której „każdy człowiek ma prawo do życia w warunkach zapewniających dobre samopoczucie i zdrowie (...), a więc zapewniających wyżywienie, ubiór, mieszkanie, opiekę zdrowotną oraz niezbędne świadczenia socjalne, a także prawo zabezpieczające w przypadku utraty pracy, choroby, niepełnosprawności, starszego wieku i innych okoliczności, na które nie ma bezpośredniego wpływu” [4].

### Model amerykański

Model amerykański, zwany także modelem rezydualnym czy rynkowym, opiera się na idei „odciążenia państwa z obowiązku zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych” [8]. Rola państwa w systemie zdrowotnym sprowadza się do kontroli odpowiedzialności za zdrowie publiczne. Główny ciężar finansowania świadczeń medycznych spada na prywatne firmy ubezpieczeniowe, wybierane przez pacjenta, który wykupuje pakiet ubezpieczeń w takiej firmie, a ona potem pokrywa koszty jego leczenia w ramach świadczeń objętych nabytym ubezpieczeniem.

W systemie takim dochodzi trzeci uczestnik gry – firmy ubezpieczeniowe, których cele są przeciwstawne interesom pacjenta i służby zdrowia – w interesie firmy ubezpieczeniowej leży pobranie jak największej opłaty za ubezpieczenia przy równoczesnych jak najmniejszych wydatkach na pokrywanie jego kosztów. Przejawem patologii tego systemu jest m.in. duża liczba spraw sądowych, w których firmy ubezpieczeniowe są pozywane za odmowę pokrycia kosztów leczenia pod byle jakim pretekstem. Często spotyka się celowo niejasno sformułowane warunki ubezpieczenia, a kontrowersji jest wiele, nawet przy dobrej woli wszystkich stron (o co trudno).

Do zalet systemu należy natomiast charakterystyczny dla idei ubezpieczeń podział ryzyka pomiędzy wielu uczestników. Dlatego w przypadku choroby może się leczyć również ten pacjent, którego bez ubezpieczenia

„ Niezależnie od tego, jak poważne jest schorzenie, na wizytę u specjalisty czeka się tygodniami, nierzadko miesiącami, a na operację czasem latami ”

nie byłoby na to stać – koszty jego leczenia są bowiem pokrywane ze składek pacjentów, którzy nie zachorowali. W przeciwieństwie do rozwiązania opisanego wcześniej pojawia się pośrednik, ale przy wszystkich związanych z jego istnieniem problemach odgrywa on w sumie pozytywną rolę – zajmuje się kumulacją kapitału, co pozwala na rozszerzenie usług medycznych na istotnie większą część społeczeństwa niż w modelu dziewiętnastowiecznym.

### Model niemiecki

Idea tego modelu, wywodząca się jeszcze z czasów kanclerza Bismarcka, opierała się na wprowadzeniu systemu powszechnego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego dla robotników [9]. W modelu tym pojawiają się kasy chorych – państwowe instytucje, których główna rola ma być taka jak firm ubezpieczeniowych w systemie rezydualnym. Z jednej strony, kasy chorych jako instytucje państwowe dysponują znacznie większymi środkami niż firmy ubezpieczeniowe, co pozwala, przynajmniej teoretycznie, na finansowanie leczenia w bardzo dużym zakresie. Z drugiej jednak strony, jako instytucje państwowe są obciążone potężnym i kosztownym aparatem biurokratycznym i często



„Opieka medyczna wieki temu była traktowana jak zwykły towar, który można nabywać lub nie, w zależności z jednej strony od potrzeb, a z drugiej od zamożności”

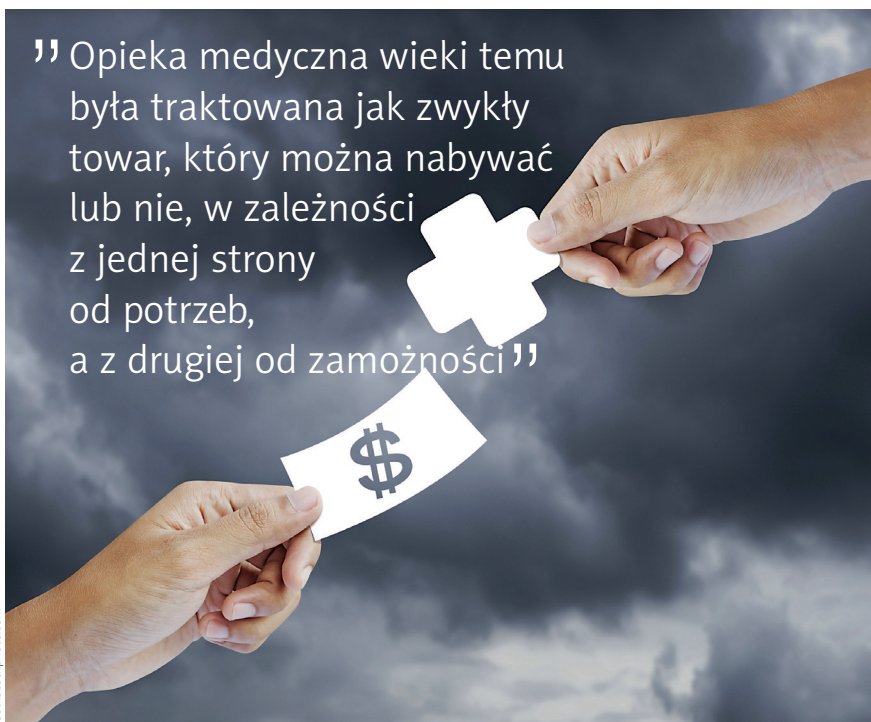


foto: iStockphoto.com

bywają uwikłane w kontekst polityczny. W Polsce podobny system funkcjonował po 1999 r. i powszechne było zjawisko obsadzania wysokich stanowisk w kasach chorych z klucza partyjnego [10]. Jako monopolista w systemie finansowania świadczeń medycznych kasy chorych arbitralnie ustalają ceny poszczególnych usług, a jako instytucje państwowe są „nietykalne” – zawsze mogą się usprawiedliwiać, że dają tyle środków, ile dostały od państwa, a wszystkim nieprawidłowościom winna jest sytuacja polityczna, ekonomiczna itd. Kasy chorych jako podmioty uwikłane politycznie często tworzą silną grupę lobbystyczną wpływającą na politykę i dbającą o swoje interesy, które mają niewiele wspólnego ani z interesami służby zdrowia, ani tym bardziej pacjentów. Wady te są w niewielkim stopniu osłabiane przez, ograniczoną na ogół, możliwość wyboru kasy chorych przez pacjenta.

Kasy chorych działały w Polsce od 1999 do 2003 r. jako publiczny płatnik. Ze względu na fakt zarządzania przez nie publicznymi środkami i stosunkowo dużej samodzielności w podziale funduszy doszło w tym czasie do sytuacji paradoksalnej: dostawcy usług konstruowali swoją ofertę niemal wyłącznie z uwzględnieniem preferencji płatnika, a nie pacjenta – głównego i bezpośredniego odbiorcy świadczeń medycznych [11].

### Hybryda

W roku 2003 podjęto w Polsce próbę zreformowania systemu opieki zdrowotnej, wprowadzając w życie projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia [12]. Fundusz pełni dzisiaj funkcję państwowej jednostki organizacyjnej działają-

cej na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [13].

Spośród wszystkich opisanych wcześniej ten model wydaje się najgorszy. Polską służbę zdrowia doprowadził bowiem do totalnej zapaści.

System ten charakteryzuje się centralnym sterowaniem i planowaniem, co jest rozwiązaniem analogicznym do tego, jakie obowiązywało w gospodarce komunistycznej. Efekt jest taki, że wydatki zaplanowane na poszczególne rodzaje usług mają się nijak do rzeczywistości – na ogół są grubo niedoszacowane, co powoduje, że w ostatnim kwartale danego roku szpitale często odmawiają wykonywania zabiegów, zdając sobie sprawę, że NFZ

za nie nie zapłaci [14]. W efekcie szpitale pracują na pół gwizdka – z jednej strony pacjenci czekają badania i zabiegi, z drugiej strony aparatura stoi niewykorzystana, a obsługujący ją personel nie ma nic do roboty w ramach kontraktu. Paradoks sięgnął zenitu, gdy np. nowo otwarty, świetnie wyposażony oddział chirurgii onkologicznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach stracił w sierpniu 2012 r. kontrakt na skutek wypowiedzenia placówce umowy przez NFZ bez podania powodów [15].

### Arbitralność

Arbitralnie ustanawia się też zasady refundacji leków i częste są afery z tym związane – powiązania decydentów z koncernami farmaceutycznymi [16]. Potężna biurokracja w dużej mierze istnieje sama dla siebie [17]. Największe chyba dyskusje budzi istnienie centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, która nawet w opinii ministra zdrowia powinna być zlikwidowana [18].

Zgodnie z raportami NFZ [19] koszty administracyjne ponoszone przez fundusz ogółem stanowiły nieco ponad 1 proc. wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej. Ale kolejną cechą tego systemu są niskie zarobki lekarzy i pielęgniarek przy jednoczesnych wysokich zarobkach urzędników obsługujących fundusz. Powoduje to obserwowany odpływ wykwalifikowanych kadr medycznych za granicę. Charakterystyczny jest fakt, że problem ten zdaje się być przez decydentów niedostrzegany – rząd ma zawsze coś ważniejszego na głowie, a funduszowi cała służba zdrowia jest do niczego niepotrzebna, potrzebne są tylko podatki na leczenie płacone przez obywateli, a te państwo zawsze potrafi skutecznie wyegzekwować.

Dlatego wszelkie postulaty typu: służba zdrowia jest niedoinwestowana i w związku z tym należy zwiększyć składki z 9 do 11 proc. (są to zarówno pomysły opozycji związanej z PiS na uzdrowienie sytuacji w służbie zdrowia, jak i jedna z opcji rozważana przez rząd) [22], należy traktować wyłącznie jako próbę ograbienia obywateli z kolejnych pieniędzy przez lobby powiązane z funduszem. Bez zmian systemu finansowania uzyskane w ten sposób środki trafią do kieszeni urzędników NFZ, a nie do zakładów opieki zdrowotnej. Reasumując – sytuacja jest obecnie taka, że obywatel przymusowo płaci tzw. składki ubezpieczeniowe na NFZ, który go w praktyce przed niczym nie ubezpiecza, a w przypadku choroby wymagającej interwencji specjalisty musi po raz drugi zapłacić za leczenie w gabinecie prywatnym.

We wszystkich opisanych wyżej systemach finansowania występuje podstawowa patologia, na którą nikt nigdy nie zwraca uwagi, a która w uproszczeniu przedstawia się następująco: lekarz dostaje pieniądze za interwencję, czyli w jego interesie leży, aby pacjent był chory – zdrowy do lekarza nie przyjdzie, bo nie ma po co, więc lekarz nic nie zarobi.

### Optymalny system

Czy można opracować model działania służby zdrowia, który by eliminował wskazane wyżej patologie? Twierdząco odpowiada na to pytanie teoria systemów, w szczególności systemów autonomicznych [23, 24] – cybernetyczną analizę oraz pełny opis proponowanego systemu, opisanego w skrócie poniżej, można znaleźć w pracy Bieleckiego i Stockiego [25].

Wyobraźmy sobie następującą sytuację: podstawową jednostką funkcjonalną służby zdrowia jest szpital. Oznacza to między innymi, że każda przychodnia w sensie organizacyjnym jest częścią konkretnego szpitala. Każdy szpital ma konto w banku. Pieniądze, które teraz są ściągane na służbę zdrowia do NFZ (9 proc. zarobków), byłyby przekazywane bezpośrednio na konto wybranego przez pacjentów szpitala. Każdy szpital ogłasza, jakie usługi świadczy w ramach pieniędzy wpłacanych przez obywateli na jego konto do banku, a za jakie usługi pobierane są opłaty dodatkowe i w jakiej wysokości. Szpital byłby też odpowiedzialny za refundację leków – w tym zakresie również każdy szpital miałby pełną swobodę określania swojej polityki.

Jeśli pacjent potrzebowałby usługi, której jego szpital wykonać nie może, to szpital musiałby wykupić tę usługę dla swojego pacjenta w innym szpitalu, np. specjalistycznym.

Pacjent ma pełną swobodę wyboru szpitala, do którego wpływają jego pieniądze. Szpital natomiast ma pełną swobodę zakładania swoich filii, zarówno w postaci szpitala, jak i przychodni, w każdym miejscu w Polsce. Szpitale są na swoim rozrachunku – państwo

nie daje im żadnych dodatkowych pieniędzy, niewydolny szpital bankrutuje, a jego majątek jest wykupywany przez inne szpitale.

Szpitale mają też całkowitą swobodę decyzji w zakresie polityki kadrowej i dysponowania posiadanymi środkami. Szpital nie może zatrzymać pacjenta, jeśli ten zechce być objęty opieką innego szpitala, ani nie może odmówić objęcia opieką pacjenta, jeśli ten wybrał dany szpital. Szpital nie posiada informacji, ile pieniędzy wpływa od danego obywatela, co pozwala na realizację konstytucyjnej zasady równego dostępu do opieki medycznej, niezależnie od stopnia zamożności. Obywatel natomiast musi jakiś szpital wybrać. Jedyną rolą państwa jest pilnowanie, aby powyższe zasady były przestrzegane. Przeanalizujmy cechy takiego systemu.

- Pieniądze nie są marnowane przez pośredników – jedynym pośrednikiem jest bank, który obsługuje konto szpitala, przy czym szpitale miałyby swobodę wyboru banku. Wszelkie rozwiązania polegające na powołaniu centralnego banku do obsługi służby zdrowia byłyby błędem. Taki bank byłby monopolistą w obsłudze szpitali i mógłby pobierać zbyt wysokie opłaty za ich obsługę. Poza tym łatwo byłoby go upolitycznić i próbować za jego pośrednictwem wpływać na działanie szpitali.

- Działają mechanizmy rynkowe – szpitale dobre mają coraz więcej pacjentów, więc zakładają nowe filie i przychodnie, a szpitale złe są eliminowane, co jest zjawiskiem bardzo pozytywnym. Kiepski szpital przynosi więcej szkody niż pożytku. Jednocześnie system działa tak, że bankructwo szpitala nie przynosi żadnej szkody jego pacjentom – po prostu wybierają inny szpital, który nie może odmówić objęcia ich swoją opieką, bo takie są zasady.

- Interes szpitala i jego pacjentów jest zbieżny, i to na znacznie głębszym poziomie niż w służbie zdrowia w pełni odpłatnej. W interesie szpitala leży, żeby pacjent przekazywał pieniądze i nie chorował. Wtedy, mówiąc w dużym uproszczeniu, szpital będzie miał środki finansowe i mało pracy. Dlatego szpitalom będzie się opłacało inwestować w profilaktykę, która – jak wiadomo – jest tańsza niż leczenie. Zmieni to model działania służby zdrowia z wyłącznie interwencyjnego na w dużej mierze profilaktyczny.

- Szpital dba o to, aby podnosić kwalifikacje lekarzy – dużo dobrych lekarzy oznacza dużą liczbę pacjentów chętnych do leczenia się w danym szpitalu.

- Problemy służby zdrowia zostają odpolitycznione. Obecnie sytuacja w Polsce wygląda tak, że lekarze co jakiś czas grożą strajkiem z powodu czasu pracy i wynagrodzeń. W proponowanym systemie rząd w ogóle nie jest stroną – nie rząd decyduje, ile lekarz ma zarabiać, tylko dyrektor szpitala w zależności od tego, ile ma pieniędzy i na ile dany lekarz jest w szpitalu potrzebny.

- Zostaje uruchomiona inwencja środowiska – od szpitala zależy, jakie wprowadzi standardy, unowo-



foto: iStockphoto.com

## „Ludzkie zdrowie nie może być traktowane wyłącznie jako towar nabywany za pieniądze”

czeństwa, jaki sprzęt zakupi itd. Szpitalom będzie się opłacało wdrażać nowe i niestandardowe, a zarazem obiecujące pomysły, bo to będzie szansa na przyciągnięcie pacjentów. Może się na przykład okazać, że szpitalowi opłaca się wybudować basen dla swoich pacjentów jako obiekt rekreacyjno-profilaktyczny i terapeutyczny (np. leczenie chorób kręgosłupa). Niech Czytelnik sam odpowie na pytanie, jaka jest szansa realizacji takiego pomysłu w obecnym systemie. Będzie się także opłacało wysoko gratyfikować dobre pomysły.

- W proponowanym rozwiązaniu działa mechanizm podziału ryzyka, analogicznie jak w systemie ubezpieczeń. Dlatego proponuje się szpital jako podstawową jednostkę, aby mogła ona dysponować odpowiednio dużymi środkami – przychodnia bez wątpienia byłaby jednostką zbyt małą. Gdyby się okazało w praktyce, że szpitale również są zbyt małymi jednostkami, to jako jednostkę podstawową należałoby wyspecyfikować grupę np. trzech szpitali. Zresztą po pewnym czasie, poprzez działania systemu i zakładanie filii, ustaliłaby się optymalna wielkość podstawowej jednostki systemu.

- W tego typu systemie silnie i pozytywnie działają mechanizmy samoregulacji.

### Wrogowie reformy

Głównym problemem byłoby wdrożenie takiego systemu. Przede wszystkim lobby związane z NFZ zrobi wszystko, aby tego typu reformę zablokować. Jednakże część pracowników funduszu znalazłaby zatrudnienie w szpitalach w roli dyrektorów ekonomicznych itp., gdyż szpitale potrzebowałyby ekonomistów i fachowców od zarządzania.

Kolejna trudność leżałaby, być może, po stronie środowiska lekarskiego. Opisany system silnie weryfikowałby jakość usług medycznych i poziom wiedzy lekarzy – pamiętamy, jak skutecznie został storpedowany przez środowisko nauczycielskie pomysł rządu premiera Buzka, aby płace w szkole uzależnić od osiągnięć nauczyciela. Problem leży w mentalności obywateli, która obecnie w Polsce jest bardzo rozszczeniowa – nikt nie chce brać odpowiedzialności za wyniki swoich działań. Dlatego lekarzom wygodniej jest żądać od rządu gwarantowanej pensji w wysokości trzykrotnej średniej krajowej niż poddać się weryfikacji mechanizmów rynkowych. Jest jednak nadzieja, że

znacząca część środowiska lekarskiego poprze system, który pozwoli najlepszym uzyskać bardzo duże zarobki bez konieczności emigracji za granicę, a solidnym – godziwe zarobki.

### Inicjatywa rządu

W polskich realiach politycznych, kiedy daleko nam do społeczeństwa obywatelskiego, inicjatywa wszelkich reform leży po stronie rządu. Sytuacja jednak nie napawa optymizmem, gdy analizuje się rozwiązania proponowane przez rządzącą już od siedmiu lat koalicję. Pierwszą reakcją rządu na postulaty lekarzy były groźby: minister rozważy wprowadzenie zakazu łączenia pracy w publicznych szpitalach i prywatnych gabinetach [26]. Oczywiście jest to pewien postęp w porównaniu z pomysłami poprzedniego rządu, który groził, że strajkujących lekarzy powoła do wojska. Realizacja tego pomysłu mogłaby spowodować, że znaczna część lekarzy odejdzie z publicznej służby zdrowia, co sprawi, że w praktyce przestanie ona zupełnie funkcjonować, albo też zarządzenie pozostanie na papierze i mimo formalnego wprowadzenia nie będzie egzekwowane.

### Współpłacenie

Kolejny pomysł – podniesienie składki – już wyżej skomentowano. Pewnym novum jest rozwiązanie funkcjonujące w Czechach i Szwecji [27] – dodatkowa, drobna odpłatność za każdą wizytę u lekarza pierwszego kontaktu. Propozycje z 2008 r. to 4 zł za każdą wizytę i 8 zł za każdy dzień hospitalizacji. Problem w tym, że przy równoczesnym zachowaniu obecnego systemu finansowania jest to jedynie podpieranie walącego się domu, czego efektem będzie to, że system nadal pozostanie niewydolny, a wyspecyfikowane opłaty będą systematycznie zwiększane. Kuriozalny jest komentarz Marka Kmiecica, w 2008 r. szefa re-



gionu małopolskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Uważa on, że „sporo pacjentów niepotrzebnie przychodzi do przychodni (sic!). Cztery złote to symboliczna kwota, a pacjent zawsze zastanowi się, czy wizyta jest mu rzeczywiście potrzebna. W ten sposób może do systemu nie wpłyną wielkie kwoty, ale na pewno zmniejszą się kolejki w przychodniach” [22]. Charakterystyczne jest to, że pacjent jest traktowany jak intruz. Równocześnie sam komentator przyznaje, że jest to rozwiązanie doraźne. W całej tej dyskusji w ogóle nie jest brane pod uwagę dobro pacjenta i jego punkt widzenia. Nikt nie przychodzi do lekarza dla przyjemności, nikt też nie jest hipochondrykiem dla własnego widzimię. Jeśli lekarz stwierdza, że nie ma zmian somatycznych, a pacjent źle się czuje, to oznacza co najmniej tyle, że jest mu potrzebna porada psychologa, który też powinien być dostępny na miejscu. Oczywiście w obecnym systemie i rozważanych przez rząd jego modyfikacjach jest to zupełna abstrakcja.

Kolejnym kuriozum była wypowiedź Beaty Małeckiej-Libery, wiceprzewodniczącej sejmowej Komisji Zdrowia: „Zanim podejmiemy jakiegokolwiek decyzje musimy mieć wyliczenia, ile kosztują procedury (sic!). Pacjenci muszą wiedzieć, za co płacą i czego mogą w zamian oczekiwać” [22]. Dziwne, że fundusz jeszcze takich wyliczeń nie zrobił. Co ciekawsze, w czerwcu 2012 r. minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, stwierdził: „Zależy nam na tym, aby wycena procedur była przeprowadzona w sposób jak najbardziej profesjonalny, niezależny i obiektywny”. Tak więc w ciągu 4 lat wysocy przedstawiciele władz co najmniej dwukrotnie wypowiedzieli się w sprawie konieczności wyceny usług, i na tym koniec. Tylko pozazdrościć tempa pracy... Problemem, o którym oczywiście nikt nie wspomniał, jest to, na jakich przesłankach takie obliczenia miałyby być oparte. Ile kosztuje na przykład wykonanie zastrzyku (i dlaczego akurat taka, a nie inna kwota) i ile zastrzyków zostanie wykonanych w Polsce w kolejnym roku? Jako żywo przypomina to komunistyczną gospodarkę opartą na planach pięcioletnich.

### Syndrom pierwszego dnia

Warto zwrócić uwagę, że jedynymi systemami, w których pacjent dokładnie wie, ile i za co płaci, są system dziewiętnastowieczny oraz system proponowany w niniejszym artykule. Obecnie system funkcjonuje tak, że wpłynęły do niego ponad 64 mld zł, a poprawy nie widać [19].

Kolejnymi katastrofami dla obecnego systemu są w ostatnim czasie pierwsze dni każdego roku, gdy zaczynają obowiązywać nowe rozporządzenia ministra. W 2012 r. ten kalendarzowy kataklizm zaowocował tym, że co najmniej kilkudziesięciu pacjentom chorym na raka przerwano chemioterapię, w związku

z czym do Ministerstwa Zdrowia wkroczyła prokuratura [28].

### Długi

W 2012 r. suma długów polskich szpitali wynosiła 10 mld zł [31]. Jedyną reakcją rządu na zaistniałą sytuację było zwolnienie ówczesnego szefa NFZ Jacka Paszkiewicza. Zgodnie ze zdrowym rozsądkiem należałoby oczekiwać, że w tak katastrofalnej sytuacji premier, minister zdrowia i NFZ będą solidarnie pracować nad tym, aby wyjść z kryzysu. Żadnych działań w tym zakresie jednak nie widać. Dowiadujemy się natomiast, że Ministerstwo Zdrowia zamierza wprowadzić rozporządzenie, że każdy gabinet stomatologiczny mający umowę z NFZ musi zatrudniać asystentkę [33]. Projekt zmiany uchwały zakładał od 1 stycznia 2015 r. udział we wszystkich świadczeniach asystentki lub higienistki stomatologicznej, a do końca 2014 r. pomocy dentystycznej. W uzasadnieniu czytamy: „Brak fachowej asysty może w niektórych przypadkach skutkować zagrożeniem zdrowia i życia pacjenta”.

W sytuacji gdy urzędnicy NFZ bezkarnie wydają wyroki śmierci na pacjentów, odmawiając im refundacji leków [34], stan polskiego systemu ochrony zdrowia z jednej strony kojarzy się z ponurym żartem, z drugiej – kończy się często dramatem osób bezpośrednio w system uwikłanych. Jak przyznaje nawet biuro premiera: „Po okresie ponad półtorarocznego funkcjonowania ustawy refundacyjnej [35] konieczna jest zmiana niektórych jej przepisów i doprecyzowanie istniejących regulacji. Zaproponowane rozwiązania mają przede wszystkim zwiększyć dostępność leków dla pacjentów i zapewnić skuteczniejsze monitorowanie tej dostępności” [36].

### Wbrew pacjentom

Najważniejszym problemem polskiego sektora zdrowotnego jest jednak znieczulenie na potrzeby pacjentów. Społeczeństwo polskie ma wszelkie podstawy do tego, aby postrzegać system jako organizm bezduszny, nieczuły na życie ludzkie, a tym samym odległy ideologicznie od wszelkich norm etycznych i moralnych wypracowanych przez wieki. Rzeczywiste losy polskich pacjentów: brak lekarzy w szpitalu, brak zgody na wykorzystanie sprzętu medycznego w procesie diagnozowania, przyczynianie się lekarzy do śmierci dzieci, brak na czas karetki – to wszystko można tłumaczyć brakiem pieniędzy, czy kontraktu z NFZ. Jednocześnie jednak obnaża to przetrącony kręgosłup moralny nie tylko instytucji zdrowotnych, lecz także zatrudnionego w nich personelu medycznego.

Należy podkreślić, że proponowane w niniejszej publikacji rozwiązanie z jednej strony bazuje na cybernetycznej teorii systemów autonomicznych [25], z drugiej zaś jest realizacją zasady solidarności społecznej, która w polskich warunkach znalazła wyraz w ruchu społecznym, jakim była Solidarność powstała w 1980 r.

Ruch ten doczekał się już analiz teoretycznych i filozoficznych [37–39], które mogą być dobrą podstawą do dalszego rozwijania idei przedstawionej w niniejszym artykule. Zasady solidarności społecznej w kontekście wspólnotowej eksploatacji zasobów naturalnych były badane przez Elinor Ostrom [40–43] i zostały uhonorowane Nagrodą Nobla w dziedzinie ekonomii. Wypracowane przez Ostrom rozwiązania mogą być

zaadaptowane na grunt wspólnego użytkowania usług medycznych w ramach dopracowywania prezentowanej idei organizacji służby zdrowia.

*Doktor hab. Andrzej Bielecki jest ekspertem Instytutu Karola Wojtyły – Fundacja Naukowa.*

*Doktor Sylwia Nieszporska jest ekspertem Politechniki Częstochowskiej.*

## Piśmiennictwo

- <sup>1</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.
- <sup>2</sup> Listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) (luty, 2010).
- <sup>3</sup> Nieszporska S., Regionalna analiza statystyczna dostępności świadczeń ginekologiczno-polożniczych, w: Lewandowski R., Walkowiak R., „Współczesne wyzwania strukturalne w ochronie zdrowia”, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2009, s.181.
- <sup>4</sup> Karski J. B., Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia, CeDeWu, Warszawa 2006, str.25.
- <sup>5</sup> Wypowiedź Marka Balickiego w: Pacjent, czyli nikt, „Menedżer Zdrowia” 7/2013, s.15.
- <sup>6</sup> Włodarczyk C., Poździej S., Systemy zdrowotne. Zarys problematyki, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s.15.
- <sup>7</sup> Getzen T. E., Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka, PWN Warszawa 2000, s.26.
- <sup>8</sup> Suhecka J., Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010, 49.
- <sup>9</sup> Strzelecka A., Metody taksonomiczne i ekonometryczne w badaniach publicznych wydatków zdrowotnych, w: Ryc K., Skrzypczak Z. (red.), „Ochrona zdrowia na świecie”, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s.192.
- <sup>10</sup> Andrzejewski P., Polityczna mapa wpływów, „Wprost” 10/2000 (901), <http://www.wprost.pl/ar/842/Polska-o-partiach/?pg=2>
- <sup>11</sup> Niżnik J., W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004, s.177.
- <sup>12</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. 2003 r. Nr 45, poz. 391.
- <sup>13</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004 r. Nr 210, poz. 2135.
- <sup>14</sup> Maciejewski J., Atak serca systemu, „Menedżer Zdrowia” 7/2013, s.20.
- <sup>15</sup> Katowice: oddział chirurgii onkologicznej stracił kontrakt, NFZ wypowiedział nagle umowę, Rynek zdrowia, 04.08.2012, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zaradzanie/Katowice-oddzial-chirurgii-onkologicznej-stracil-kontrakt-NFZ-wypowiedzial-nagle-umowe,122150,1.html>
- <sup>16</sup> Borzym A., Lody na lekach, czyli lobbying farmaceutyczny, „Gazeta Polska” 8/2012.
- <sup>17</sup> Czas stworzyć Państwową Agencję Zdrowia, „Puls Medycyny” 2013-11-27, <http://pulsmedycyny.pl/3446113,26834,czas-stworzyc-panstwowa-agencje-zdrowia>
- <sup>18</sup> Minister Arłukowicz chce zlikwidować NFZ, RMF24, Piątek, 22 marca 2013, [http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-minister-arlukowicz-chce-zlikwidowac-nfz,nId,945471?utm\\_source=paste&utm\\_medium=campaign&utm\\_campaign=other](http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-minister-arlukowicz-chce-zlikwidowac-nfz,nId,945471?utm_source=paste&utm_medium=campaign&utm_campaign=other)
- <sup>19</sup> Przychody i koszty Narodowego Funduszu Zdrowia, Załącznik do Zarządzenia Nr 104/2012/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 grudnia 2012 r.
- <sup>20</sup> Niedbał J., Ile zarabia się w służbie zdrowia, Bankier.pl 2013-10-17, <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-zarabia-sie-w-sluzbie-zdrowia-2960265.html>
- <sup>21</sup> Dusza A., Nagrody i zarobki urzędników MZ i NFZ, „Medexpress” 4 lutego 2013.
- <sup>22</sup> „Dziennik Polski” 5–6 stycznia 2008.
- <sup>23</sup> Mazur M., Cybernetyczna teoria układów samodzielnich, Warszawa 1966.
- <sup>24</sup> Mazur M., Cybernetyka i charakter, PIW, Warszawa 1976.
- <sup>25</sup> Bielecki A., Stocki R., Systems theory approach to the health care organization on the national level, „Cybernetics and Systems” 41/2010, 489-507.
- <sup>26</sup> „Dziennik Polska, Świat, Europa” 3 stycznia 2008.
- <sup>27</sup> Moks M., Szwedzki system ochrony zdrowia – wybrane kierunki jego reformowania, *Oeconomica Copernicana* 1/2010, s.157.
- <sup>28</sup> „Gazeta Krakowska” 21 lipca 2012.
- <sup>29</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. nr 112, poz. 654
- <sup>30</sup> Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447.
- <sup>31</sup> „Rzeczpospolita” 4 czerwca 2012.
- <sup>32</sup> „Rzeczpospolita” 27 maja 2013.
- <sup>33</sup> „Dziennik Polski” 19 lipca 2012.
- <sup>34</sup> Zygadło E., Braki leków, czyli cena globalizacji, „Menedżer Zdrowia” 5/2013, s.54.
- <sup>35</sup> Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Dz. U. z 2011 r. nr 122, poz. 696.
- <sup>36</sup> [https://www.premier.gov.pl/wydarzenia/decyzje-rzadu/zalozenia-do-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-refundacji-lekow-srodkow.html#content\(16.01.2014\)](https://www.premier.gov.pl/wydarzenia/decyzje-rzadu/zalozenia-do-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-refundacji-lekow-srodkow.html#content(16.01.2014)).
- <sup>37</sup> Tischner J., Etyka Solidarności oraz homo sovieticus, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005.
- <sup>38</sup> Osa M., Creating Solidarity: The Religious Foundations of the Polish Social Movement, *East European Politics and Societies*, vol.11, 1997, 339-65.
- <sup>39</sup> Jan Paweł II, Nie przeciw komukolwiek, lecz ku wspólnemu dobru, w: „Jan Paweł II – Nauczanie Społeczne”, tom 4, Ośrodek Dokumentacji i Studiów Społecznych, Warszawa, 1984.
- <sup>40</sup> Agrawal A., Ostrom E., Collective action, property rights, and decentralization in resource use in India and Nepal, *Politics & Society*, vol.29, 2001, 485-514.
- <sup>41</sup> Ostrom E., Coping with tragedies of the commons, *Annual Reviews Politics & Society*, vol.2, 1999, 493-535.
- <sup>42</sup> Anderies J.M., Janssen M.A., Ostrom E., A Framework to analyze the robustness of social-ecological systems from an institutional perspective, *Ecology and Society*, vol.9, 2004, 18.
- <sup>43</sup> Dietz T., Ostrom E., Stern P.C., The struggle to govern the commons, *Science*, vol. 302, 2003, 1907-1912.