



fot. Agencja FORUM

Koszty transakcyjne

Dawno temu, gdy komputery były jeszcze wielkie jak szafa i stanowiły dużą rzadkość, dyrektor jednej z fabryk chwalił się dziennikarzom, jak nowoczesny jest jego zakład: kupiliśmy właśnie komputer, który zastępuje pracę 3 ludzi. – *A kto go obsługuje?* – zapytali dziennikarze. – *Mamy do tego 5 nowych pracowników.*

Ten dowcip, chociaż stary, znakomicie ilustruje całym współczesny problem publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Są nim nieproporcjonalnie wielkie koszty transakcyjne wielu rozwiązań systemowych, wprowadzanych od pewnego czasu do publicznej ochrony zdrowia w celach, które z pewnością trudno uznać za merytoryczne.

dziwa przyczyna ówczesnych i obecnych problemów była i jest gdzie indziej.

Dwa powyższe przypadki dotyczą szczególnie wielkich „transakcji” w systemie ochrony zdrowia, których koszty były lub będą o niebo większe od korzyści. Ale mniejszych, podobnie nieefektywnych rozwiązań w organizacji publicznej ochrony zdrowia jest wiele. Wymienię kilka z nich. Chociaż prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych przysługuje – zgodnie z konstytucją – wszystkim obywatelom, zostali oni podzieleni na wiele różnych kategorii, a każdej z nich przyporządkowano inną „legitymację prawną” do ko-

„ Nie jest sztuką wprowadzać skomplikowane procedury, wielkie zmiany i reformy, które nic właściwie nie poprawiają, mimo że dużo kosztują i wymagają wielkiej pracy. Sztuką jest zmienić bardzo niewiele, aby poprawić wszystko ”

Ostatnim przykładem takich działań jest „reforma Arłukowicza”, czyli program zmian w systemie publicznej ochrony zdrowia przedstawiony niedawno przez ministra. Jest on rzeczywiście imponujący. Przewiduje dzielenie, łączenie, zamianę jednych instytucji w drugie, decentralizację jednych decyzji i centralizację innych. Dzięki temu ma być taniej, sprawniej, nowocześniej i bliżej pacjenta. Pracy przy wdrażaniu tej reformy będzie co niemiara. Pójdzie też na nią sporo pieniędzy. Wiele osób znajdzie zatrudnienie. Zajmie to wszystko parę lat, zanim się jakoś ułoży, a pozytywnych efektów... nie będzie żadnych.

Obecny minister zdrowia jest w tym działaniu bliźniaczo podobny do swojego poprzednika sprzed 10 lat – Mariusza Łapińskiego, który na ówczesne problemy publicznej służby zdrowia – identyczne jak obecne – zareagował podobnie, tylko w odwrotnym kierunku. Łapiński głównie łączył i centralizował, co zapewne wiązało się z tym, że miał do czynienia nie z jednym funduszem, ale z 16 kasami chorych, które łatwiej było połączyć niż jeszcze bardziej podzielić. Też miało być taniej, sprawniej i lepiej dla pacjenta. Oczywiście nic z tego nie wyszło, bo praw-

rzystania ze świadczeń. Łączy się to oczywiście ze skomplikowanym sposobem gromadzenia i weryfikacji danych, wymaga rozbudowanego systemu elektronicznego, pochłania wiele czasu i pracy, a i tak na końcu dowiadujemy się tego, o czym wiedzieliśmy od początku. Równie skomplikowany i kosztowny jest system zbierania składek na NFZ oraz sposób ustalania ich wielkości, a i tak jest on daleki od deklarowanej zasady solidaryzmu społecznego. Można by tu jeszcze wymienić system refundacji leków, który – w wielu przypadkach – mobilizuje wielkie „siły i środki”, aby zafundować pacjentom refundację np. 1,5 zł, oraz obowiązek corocznej weryfikacji rozpoznania choroby przewlekłej u specjalisty, co nie chroni przecież przed nieuzasadnionym korzystaniem z leków, a jedynie podraża ich wypisanie przez lekarza rodzinnego.

Nie jest sztuką wprowadzać skomplikowane procedury, wielkie zmiany i reformy, które nic właściwie nie poprawiają, mimo że dużo kosztują i wymagają wielkiej pracy. Sztuką jest zmienić bardzo niewiele, aby poprawić wszystko. Obawiam się, że ta zasada jest dokładnie przeciwstawna myśleniu polityków. ■