



Trudno liczyć na cud

Rozmowa z prof. Jackiem Ruszkowskim, dyrektorem Centrum Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego

Na jakim etapie reformy systemu ochrony zdrowia znajdujemy się w obecnej chwili?

Trudno mówić o jakichś działaniach na rzecz równoważenia systemu zdrowotnego szczególnie specyficznych dla obecnej doby. Z pewnością jednak nadal toczy się *polityczny spór na merytorycznym gruncie systemu zdrowotnego*. Nieco upraszczając, przyjąć możemy, że probierzem zmian są modyfikacje sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych. W roku 1999 przeszliśmy od centralnego systemu budżetowego do 16 niezależnych kas chorych, w efekcie czego rozdzielono świadczeniodawców od płatnika. Potem nastąpiła zmiana, która jednak nie była oparta na żadnych przesłankach zdrowotnych czy ekonomicznych, a jej zasadniczym motywem była centralizacja władzy nad systemem, bez dokonania jakiegokolwiek symulacji do oceny przewidywanych skutków tego przedsięwzięcia. Ale też w jaki sposób można było tego dokonać, jeśli poza brakiem chęci brakowało i brakuje nadal systemu informacyjnego, po-

zwalającego gromadzić i skutecznie przetwarzać dane i informacje o zdarzeniach w ochronie zdrowia? Inaczej mówiąc – w powołaniu NFZ nie chodziło o reformę, a o władzę.

Ale teraz mamy nową władzę, zmienili się politycy, tylko że został stary system.

Co gorsze – ten centralistyczny system jest ręcznie sterowany.

Tu powstaje pytanie: dlaczego taki ręcznie sterowany system jest dla władzy takim łakomym kąskiem?

Należy pamiętać, że służba zdrowia jest bardzo istotnym elementem zabezpieczenia społecznego. Problem polega także na tym, że każda ze sfer ochrony zdrowia w Polsce kojarzy się z Ministerstwem Zdrowia, a przez to z rządem, który w zasadzie utracił możliwość zarządzania systemem. Przestał bowiem być jedynym pracodawcą i płatnikiem. To widać na przykładzie pod-

wyżek, które może tak naprawdę dać tylko dyrektor szpitala, a nie rząd! Oczywiście, władza próbowała odświeżyć swoje możliwości regulowania płac, wprowadzając *ustawę 203*. Ale wyszło z tego nieszczęście.

Obecne regulacje prawne związane z podwyżkami są próbą powrotu do starych metod.

Prawda polega na tym, że podwyżka o 30 proc. od groszowych pensji daje groszowe podniesienie płac. Kiedy słyszę o negocjacjach w szpitalu AM przy Banacha, w których żąda się 40 proc. podwyżki dla lekarzy i 10 proc. dla pielęgniarek, to mam wrażenie, że jest to jakiś absurd. Bo co znaczy podwyżka o 10 proc. dla pielęgniarki, która dostaje na rękę 700 zł? To żart. Gdyby pielęgniarki znały języki obce, to już dawno wszystkie by wyjechały za granicę. Raz jeszcze powtarzam – obecny sposób podwyżki płac jest powieleniem niemal wszystkich błędów *ustawy 203*. Jednocześnie nikt nie kwestionuje, że lekarze w sektorze publicznym zarabiają śmiesznie mało.

liby bowiem przyznać, jak mało obywatele otrzymaliby w zamian za zapłacone składki.

Jak rozumiem – dlatego mamy taki problem ze stworzeniem koszyka świadczeń.

Zgadza się, bo ludzie dowiedzą się, jak mało im się należy. Co gorsze, powołana Agencja Oceny Technologii Medycznych wcale nie zajmuje się oceną technologii, tylko budowaniem koszyka. Dla każdej specjalności powołano zespół, w którym specjaliści, wg własnych poglądów, bez żadnych wymiernych reguł włączania (lub wyłączenia), autorytatywnie stwierdzają, co powinno znaleźć się w koszyku, czyli stać się świadczeniem gwarantowanym. W takiej sytuacji istnieje ryzyko, że w efekcie powstanie koszyk większy od obecnego, i tak już fikcyjnego, bo dostępność wielu zawartych w nim świadczeń jest co najmniej iluzoryczna. A przecież miało nastąpić jego urealnienie, czyli redukcja, której skutkiem byłoby stworzenie listy procedur, które mogłyby być objęte ubezpieczeniem uzupełniającym.

” Gdyby pielęgniarki znały języki obce, to już dawno wszystkie by wyjechały za granicę.

Obecny sposób podwyżki płac jest powieleniem niemal wszystkich błędów *ustawy 203* ”

Jednak mamy deficyt środków publicznych, skąd zatem brać pieniądze na podwyżki?

Generalnie opinia o niedofinansowaniu służby zdrowia jest nieprawdziwa, jeśli wziąć pod uwagę rzeczywiste środki krążące w systemie. Prawdziwy jest natomiast głęboki deficyt środków na świadczenia finansowane ze środków publicznych. Tu jednak staje pytanie, na które nie ma dotąd odpowiedzi: ile za zdrowie chcemy płacić z podatku zdrowotnego, czyli ze składki, a ile z kieszeni? Czy jakkolwiek władza kiedykolwiek zwróciła się do społeczeństwa z tym zasadniczym pytaniem? Odpowiedź na nie ma już jednak charakter polityczny.

Czyli jesteśmy permanentnie oszukiwani przez polityków, którzy obiecują darmowe leczenie wiedząc, że każdy i tak sobie poradzi.

Poradzi sobie, bo musi. Rozwiązaniem tego problemu byłby autentyczny dialog, którego efektem byłaby umowa określająca, ile usług mamy umownie *za darmo* (bo przecież wszyscy płacimy podatek zdrowotny), a ile środków bylibyśmy skłonni wydać z budżetów gospodarstw domowych. O taki dialog będzie bardzo trudno, bo wszystkie dotychczasowe ekipy, niezależnie od barwy, starannie go unikały. Politycy musie-

Domyślam się, że w zespołach tych działają, np. konsultanci krajowi, podlegający lobbingsowi firm farmaceutycznych, którzy wpisują do procedur leki, których na polskim rynku jeszcze nie ma...

Byłbym ostrożny z formułowaniem takich supozycji. Nie ma do tego wystarczających przesłanek. Widać natomiast, że nie wszyscy z nich pamiętają, że z posiadanych środków, których źródłem jest składka (a na jej podniesienie nie ma zgody politycznej), nie będziemy w stanie wielu propozycji sfinansować. Cały czas jednak mamy do czynienia ze schizofrenicznym problemem. Bo mówią nam, co nam się należy, ale w praktyce bywa, że dostęp do tego *należnego* w ramach składki świadczenia jest żaden albo prawie żaden, czyli musi być reglamentacja, kolejki z wszystkimi tego konsekwencjami. Jeśli bowiem jakieś wysoce pożądane dobro jest reglamentowane (czyli racjonowane), to problem dostępu do niego jest tylko kwestią ceny, a stąd m.in. bierze swój początek *szara strefa*. Jeśli zatem w efekcie prac nad koszykiem osiągniemy znów przewagę deklaracji nad rzeczywistością – możliwościami płatnika publicznego, tym większy rozkwit osiągnie *szara strefa*.



” Opinia o niedofinansowaniu służby zdrowia jest nieprawdziwa. Prawdziwy jest natomiast głęboki deficyt środków na świadczenia finansowane ze środków publicznych ”

Dlatego zresztą już dzisiaj lekarze są uznawani za najbardziej skorumpowaną grupę społeczną.

Tak, ale naprawdę oni nie są temu winni. To zjawisko napędza sam system, który demoralizuje zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

Jakie jest wyjście z tej sytuacji, bo przecież na podniesienie składki nie ma co liczyć.

Bez poprawienia efektywności systemu nawet znaczne dołożenie pieniędzy publicznych na opiekę zdrowotną nie da żadnej, albo prawie żadnej zauważalnej poprawy dostępności i jakości świadczeń. Dlatego trzeba zmienić system finansowania, czyli wprowadzić ubezpieczenia uzupełniające, a do tego stworzyć koszyk, ale nie jako statyczną listę świadczeń już po pół roku nadającą się do aktualizacji, lecz jako obiekt dynamiczny – zbiór reguł, które określałyby, co włączać do koszyka jako nowe i bardziej opłacalne, a co usuwać jako nieopłacalne i przestarzałe. Określenie dostatecznie pojemnego, jasno zdefiniowanego koszyka świadczeń uzupełniających (i dodatkowych) natychmiast zachęciłoby do wejścia na rynek poważne firmy ubezpieczeniowe. Konkurencja między nimi, zgodnie z prawami rynku, w naturalny sposób ustaliłaby koszt składki na przystępnym poziomie. Oczywiście, wszystko co byłoby poza *koszykiem uzupełniającym* byłoby w *koszyku podstawowym*. W podstawowym byłaby, np. endoproteza standardowa, a gdyby pacjent chciał mieć endoprotezę najnowszej generacji, byłaby ona opłacona z polisy ubezpieczenia uzupełniającego.

Ale tak właśnie ma wyglądać koszyk proponowany przez ministerstwo.

Problem w tym, że obecnie tworzony jest koszyk pozytywny, a to jest praca na wiele lat. Mało tego

– po zaprojektowaniu koszyka trzeba go będzie wnet modyfikować, bo postępy w diagnostyce i terapii (i związane z nimi nowe technologie medyczne) są dziś nad wyraz dynamiczne. Dlatego, jak już wcześniej wspomniałem, koszyk winien być tworem dynamicznym – zbiorem reguł, które określają czy pojawiająca się nowa technologia lub jej modyfikacja warta jest wprowadzenia do koszyka, czy też nie, lub też które z dotychczas stosowanych technologii należy z niego usunąć. Z naszym koszykiem problem polega na tym, że my proponujemy *wrzucanie* doń niemal wszystkiego, co pojawia się na rynku, ale jednocześnie prawie nic nie jesteśmy skłonni z niego usuwać. Aby zatem utworzyć dynamiczny, stale aktualny, zoptymalizowany koszyk świadczeń zdrowotnych, teraz te ponad 600 osób, które obecnie w ręczny sposób tworzą koszyk (600, bo mamy ponad 60 specjalności, a w każdym zespole działa ok. 10 specjalistów) będzie chyba musiało działać w *permanencji*. Przedkładaniem rekomendacji włączania i wyłączania do koszyka świadczeń, ocenianych w świetle reguł opartych na dowodach naukowych, zajmują się na świecie instytucje eksperckie odpowiadające polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych. Rekomendacje te są podstawą do tworzenia i racjonalnej modyfikacji koszyków świadczeń zdrowotnych. Problem w tym, że nasza AOTM miast tego zajmuje się... ustanawianiem koszyka. I tu koło się zamyka.

Przejdźmy jednak do zjawisk makro. Czy po wprowadzeniu ubezpieczeń uzupełniających będzie jeszcze miejsce na politykę lekową państwa?

Oczywiście, że będzie na taką politykę miejsce, bo przecież zasadnicza część systemu ochrony zdrowia będzie finansowana ze środków publicznych. Warto pamiętać, że prywatny ubez-

pieczytel będzie zachęcał klientów hasłem, że finansuje leczenie tylko lekami innowacyjnymi, których nie ma na liście refundacyjnej ubezpieczyciela publicznego (np. NFZ). Niedopuszczanie przez rząd do refundacji nowych leków innowacyjnych było dotychczas typową cechą jego polityki w aktualnym modelu opieki zdrowotnej. Dopiero w zeszłym roku, po wielu latach, *wpisano* na listy refundacyjne sartany.

Jak jednak tworzyć model, skoro w Polsce nie mamy wiarygodnych danych na temat systemu ochrony zdrowia?

W Polsce tak naprawdę brak systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Istnieją tylko rozrzucone geograficznie i instytucjonalnie jego fragmenty. Chcę jednak zaznaczyć, że system informacyjny niekoniecznie musi sprowadzać się do Rejestru Usług Medycznych, czyli RUM-u. Wracając do danych – w Polsce mamy głęboki deficyt danych i informacji, które pozwalałyby obserwować najważniejsze zjawiska zachodzące w systemie zdrowotnym. W podstawowej opiece zdrowotnej, udzielającej ogromnej liczby świadczeń wiadomo tylko, że płaci się stawkę kapitulacyjną, a poza tym prawie nic więcej. Nie pozwala to kontrolować ordynacji świadczeń, a w szczególności zasad kierowania

ustalanego przed wypisem. Brak systemu kontroli klasyfikacji dokonywanej przez szpital oznacza klęskę dla płatnika. Szpital bowiem może tak ustalać rozpoznanie główne, aby było ono *najdroższe* spośród rozmaitych rozpoznań chorób stwierdzonych u pacjenta. W USA kontrolerzy sprawdzają, jak historia choroby została zakodowana przez szpital (m.in. jaki kod rozpoznania głównego został nadany leżonemu przypadkowi jako podstawa ustalenia kosztu), a co faktycznie wynika z rekordu medycznego pacjenta. Jeżeli szpital dokonał tzw. *nadkodowania*, czyli zakodował historię choroby niezgodnie ze stanem faktycznym, tak aby otrzymać wyższą refundację od płatnika publicznego (MediCare), to grzywna nałożona w takim przypadku może oznaczać bankructwo placówki.

W Stanach Zjednoczonych konsorcja tworzą ubezpieczyciele i szpitale. Czy taki model można wprowadzić w Polsce?

Są to tzw. HMO (*Health Maintenance Organizations*), organizacje łączące w sobie funkcje świadczeniodawcy i ubezpieczyciela. Zazwyczaj są one zakładane przez dużych świadczeniodawców, pragnących zabezpieczyć zbyt dla swoich usług. W naszej uczelni opracowaliśmy projekt doradczy

” Agencja Oceny Technologii Medycznych wcale nie zajmuje się oceną technologii, tylko budowaniem koszyka. Jeśli w efekcie jej prac osiągniemy przewagę deklaracji nad rzeczywistością – możliwościami płatnika publicznego, tym większy rozkwit osiągnie szara strefa ”

wania pacjentów do leczenia szpitalnego. Kontrola i rozliczanie hospitalizacji jest również bardzo ograniczone, z braku odpowiedniego systemu informacyjnego płatnika. W krajach o rozwiniętych systemach zdrowotnych i poważnie traktujących kontrolę wydatków z kieszeni podatnika, systemy informacyjne mają znaczenie podstawowe. Dzięki stosowanym tam systemom klasyfikacji pacjentów wg zużycia zasobów (tzw. system *jednorodnych grup pacjentów*), płatnik publiczny nie tylko panuje nad własnymi wydatkami na refundację leczenia, lecz zapewnia szpitalom utrzymanie *płynności finansowej*, wypłacając im należność w formie precyzyjnie wymierzonych przedpłat. Dzięki temu, m.in. nie istnieje tam problem zadłużania się szpitali i oczywiście ponoszenia dodatkowych kosztów obsługi kredytu. Aby jednak taki system wprowadzić, trzeba posiadać stosowne narzędzia kontroli dokonywanej przez szpital klasyfikacji (zaliczania) pacjentów do odpowiednich *jednorodnych grup pacjentów* w świetle m.in. rozpoznania głównego,

podobnego *joint venture* pomiędzy PZU Życie i szpitalem MSWiA. Tak uczynił też w swoim czasie najlepszy ponoć szpital kliniczny w USA – *Johns Hopkins Hospital* w Baltimore, który popadł w kłopoty z powodu gwałtownego spadku popytu na swoje nienajtańsze usługi. Szpital zorganizował wówczas własny, rozbudowany system podstawowej opieki zdrowotnej, kierujący pacjentów do klinik *Johns Hopkins* i jednocześnie wyemitował własne lokalne ubezpieczenia zdrowotne. Podobnie uczynił profesor Marek Durlik – dyrektor Centralnego Szpitala MSWiA, tyle, że był to tzw. system abonamentowy, w którym cena abonamentu (odpowiednika polisy) nie jest różnicowana ze względu na stan zdrowia osoby zakupującej abonament. Z powodu tego *niuansu* w swoim czasie oskarżono Andrzeja Sośnierza o nielegalne prowadzenie działalności ubezpieczeniowej, ponieważ jego firma – Śląska Opieka Medyczna różnicowała opłaty abonamentowe zależnie od cech osoby zakupującej w ten sposób świadczenia zdrowotne.

” W Polsce tak naprawdę brak systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Istnieją tylko rozrzucone geograficznie i instytucjonalnie jego fragmenty. W efekcie mamy głęboki deficyt danych i informacji, które pozwalałyby obserwować najważniejsze zjawiska zachodzące w systemie zdrowotnym ”



fol. (3x) Dziaki

Niedługo powstanie sieć szpitali, tak przynajmniej zapowiada Zbigniew Religa. Jaki będzie jej kształt?

To wielki problem, bo to problem alokacji infrastruktury, a poza tym nikt nie wie, na czym ta sieć ma polegać – jakie będą konsekwencje dla szpitali.

Ależ wiadomo – 150–200 szpitali ma zostać zlikwidowanych.

Z tego, co wiem nie zlikwidowanych, ale tylko zostanie zaprzestane ich finansowanie. Dla wielu będzie to oznaczać likwidację, a dla innych restrukturyzację. To zresztą będzie powód do wielkiej awantury, bo są tereny, na których szpital jest najpoważniejszym pracodawcą, a nie można zapominać, że za szpitalem stoją zarówno jego pracownicy, jak i społeczność lokalna. Oczywiście, pomysł tworzenia sieci idzie w słusznym kierunku z ekonomicznego punktu widzenia, jako próba zmiany alokacji infrastruktury lecznictwa dostosowanej nie do potrzeb zdrowotnych, a z myślą o realizacji lokalnych ambicji lub, dość często do naszych zobowiązań militarnych, wyznaczanych potrzebami Paktu Warszawskiego.

Jakie są zatem zasadnicze przyczyny trudności, jakie wciąż przeżywa system zdrowotny?

Bezpośrednich przyczyn jest wiele zarówno o charakterze podażowym, jak i popytowym. Po stronie popytowej wymienić należy: monopol płatnika wobec pacjenta i świadczeniodawcy, niedorozwój systemu finansowania – głównie brak ubezpieczeń uzupełniających, koszty świadczeń finansowanych ze środków publicznych przewyższające przychody płatnika z tytułu składki, niejasne zasady współpłacenia, narastający problem *szarej strefy*. Zaś po stronie podażowej: struktura i wolumen

oferowanych usług zdrowotnych niedostosowany do oczekiwań i możliwości płatniczych sektora publicznego, brak koszyka świadczeń gwarantowanych, niewłaściwa struktura przestrzenna i organizacyjna szpocz-ów, niedostateczny nadzór właścicielski w sektorze publicznym, brak prywatyzacji lecznictwa zamkniętego. Jednak najważniejsze korzenie kryzysu polskiego systemu zdrowotnego tkwią znacznie głębiej. Otoczenie systemu zdrowotnego – ustrój polityczny i system ekonomiczny począwszy od 1989 r. zmieniły się radykalnie. Natomiast system opieki zdrowotnej zmienił się niewiele, a znaczne jego dziedziny zdają się tkwić nadal w epoce *realnego socjalizmu*. Innymi słowy – system został daleko w tyle za swym otoczeniem ekonomicznym i politycznym. To właśnie generuje większość problemów. Jednym z przejawów tej rozbieżności jest narastający spór o to, do jakiego stopnia opieka zdrowotna jest świadczeniem należnym nam w ramach gwarancji konstytucyjnych, na ile zaś jest dobrem konsumpcyjnym. Innym obserwowalnym objawem tego stanu jest niewzruszone przekonanie władzy publicznej, że tylko ona jest w stanie zapewnić obywatelom właściwy dostęp do opieki zdrowotnej.

Czy maksymalne urynkowanie poprawiłoby sytuację?

Jestem zwolennikiem urynkowania *rozsądnego*, a nie *maksymalnego*. Rynek załatwia wiele problemów, których nie może rozwiązać publiczny system racjonowania usług. Niesie też pewne zagrożenia. Jednak niezależnie od charakteru, w moim przekonaniu każda koncepcja zmian musi spełniać cztery podstawowe warunki, które nazywam *kryteriami pragmatycznymi*. Są to akceptowalność społeczna i polityczna, realizm ekonomiczny, oraz czas, w jakim chcemy osiągnąć cel.

A jak pan przykłada swoje pragmatyczne kryteria do koncepcji 10 zadań profesora Religi?

W każdej z części są inne problemy. Profesor Religa np. chce doprowadzić do sytuacji, w której na rynku działa więcej niż jeden płatnik mający dostęp do środków publicznych. Co się wtedy stanie? Obecnie koszty administrowania NFZ wynoszą niecałe 2 proc. Załóżmy, że powstanie 5 funduszy ubezpieczeniowych z dostępem do środków publicznych (czyli składki), to 20 proc. wydatków pójdzie na sam marketing (nie licząc administracji), ponieważ fundusze będą musiały między sobą konkurować. A przecież sumaryczny dochód funduszy ze składki pozostanie ten sam, co obecnie uzyskiwany przez jeden fundusz, czyli NFZ. Natomiast chcę podkreślić, że trudno mi oceniać coś, co istnieje jako pewna idea, a czego nie ma w sensie konkretnego modelu. Obecny system jest akceptowalny politycznie

(choć nie do końca, bo ma być zmieniany), ale nie ma aprobaty społecznej. Nie są zadowoleni ani pacjenci, ani pracownicy systemu opieki zdrowotnej. Dlatego pozostaje on w stanie głębokiej nierównowagi społecznej zarówno zewnętrznej, jak i wewnętrznej. Realizm ekonomiczny publicznej sfery systemu zdrowotnego jest głęboko kwestionowany. Czas, w jakim władze spodziewają się choćby w części przywrócić równowagę systemu, nie został określony. Zatem wiele wskazuje na to, że wiele trudnych chwil jeszcze przed nami i to w nieodległej przyszłości. Ponieważ zaś trudno liczyć na cud, pozostaje życzyć naszemu nadal socjalistycznemu systemowi zdrowotnemu przede wszystkim wiele sił w doganianiu swego otoczenia – demokracji i gospodarki rynkowej. Oznacza to potrzebę autentycznego dialogu społecznego, uznania realiów ekonomicznych opieki zdrowotnej oraz prawdziwej odwagi polityków.

Rozmawiał Janusz Michalak



DZIENNIKARSKI KLUB PROMOCJI ZDROWIA

00-366 WARSZAWA, UL. FOKSAL 3/5

tel./faks +48 22 827 87 05; e-mail: kontakt@klubzdrowia.org

Zapraszamy na strony www.klubzdrowia.org

Leki a sprawa polska

– To była jedna z niewielu ostatnio przeprowadzanych dyskusji, które były naprawdę konstruktywne – stwierdził prowadzący ją Janusz Michalak, redaktor naczelny *Menedżera Zdrowia* w podsumowaniu debaty *Rynek farmaceutyczny a przygotowywane zmiany regulacji prawnych*. Zgromadzeni w prezydium oficjele – A. Tarasewicz, prezes Związku Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, M. Maurer, dyrektor Infarmy i A. Wróbel, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej przedstawili swoje uwagi i wnioski dotyczące propozycji zmian. Wynika z nich, że po postulowanym wprowadzeniu *szttywnych cen* wraz z brakiem możliwości udzielania rabatów przez firmy farmaceutyczne, hurtowników i aptekarzy co prawda nastąpi nieznaczne zmniejszenie wydatków refundacyjnych o 3–5 proc. rocznie, ale jednocześnie nastąpi spadek marży aptecznej na leki refundowane do poziomu ok. 13,2 proc., a przede wszystkim wzrośnie poziom współpłacenia pacjenta za leki o dodatkowe 9–11 proc. (do poziomu ok. 38 proc.). Będzie to miało dotkliwe konsekwencje zarówno dla branży, jak i dla pacjentów.

W ożywionej dyskusji wzięli udział również eksperci – P. Kula, szef PharmaExpert i mec. Marta Sendrowicz z kancelarii Backer & McKenzie. Na przedstawiane wątpliwości odpowiadał bardzo obszernie wiceminister Bolesław Piecha, odpowiedzialny za politykę lekową. Spotkanie, jak zwykle, nie skończyło się konkretnymi wnioskami, ale dało obu stronom okazję do wymiany poglądów.

Debatę przygotowała Media Trand sp. z o.o., Centrum Komunikacji Medialnej we współpracy z *Dziennikarskim Klubem Promocji Zdrowia* a przy wsparciu medialnym *Rzeczpospolitej i Menedżera Zdrowia*.