

Pani Profesor, czy obecnie mamy kryzys?

Ma Pani na myśli, oczywiście, sektor zdrowotny. Tutaj nastąpiła poprawa sytuacji finansowej. Dokonała się na skutek dwóch czynników: po pierwsze programu corocznego podwyższania składki zdrowotnej o ćwierć punktu procentowego, jaki miał miejsce do 2007 r., a po drugie – z powodu dobrej koniunktury gospodarczej, czyli wysokiego wzrostu gospodarczego, który przyczyniał się do tego, że składka była większa w wyniku wzrostu zatrudnienia i wzrostu dochodów ludności. Dzięki tym dwóm czynnikom sytuacja poprawiała się w sensie absolutnym. Jednak w stosunku do PKB, poziom nakładów na ochronę zdrowia był jest ciągle ten sam: jeśli chodzi o publiczne wydatki na ochronę zdrowia, nadal ledwie przekraczamy 4,3 proc. PKB. W związku z tym, jeżeli w wyniku tych tak pozytywnie wpływających czynników, utrzymaliśmy względnie ten sam poziom nakładów, to rodzą się pytania: co będzie, jeżeli te czynniki przestaną działać? Jeśli pogorszy się koniunktura gospodarcza, czego należy się spodziewać niebawem i jeśli nie wprowadzimy programu wzrostu składki?

No właśnie, co się stanie?

Odpowiedź jest jedna: środków finansowych nie będzie więcej ani w sensie relatywnym, ani absolutnym. Z trudem da się utrzymać finansowanie na tym samym poziomie w ujęciu realnym. Trzeba bowiem wziąć pod uwagę to, że wskaźnik wzrostu cen leków czy aparatury medycznej jest wyższy niż przeciętny wskaźnik wzrostu cen w gospodarce. Ponadto już nie da się utrzymać wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek na poziomie znacznie odbiegającym od przeciętnego poziomu w gospodarce, jak to jeszcze niedawno miało miejsce.

Czy nie grozi nam wręcz zmniejszenie wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia w obliczu spowolnienia? Mamy kryzys finansowy, który do nas niewątpliwie dotrze, ostatnie dane GUS już pokazują, że jest już niewielki wzrost bezrobocia...

Mówi Pani o aktualnym kryzysie finansowym, a o pogorszeniu koniunktury gospodarczej wiadomo już wcześniej, w związku ze wzrostem cen energii. Wzrost cen energii ma ciągniony wpływ na rentowność innej produkcji oraz przyczynia się do wzrostu kosztów utrzymania i obniżenia siły nabywczej. Do kryzysu energetycznego może dołączyć obniżenie podaży i wzrost cen żywności, co dodatkowo ma także związek ze zmianami klimatycznymi. Jeżeli do tego dołożymy jeszcze reperkusje kryzysu finansowego w odniesieniu do produkcji, to rzeczywiście możemy mieć bardzo trudną sytuację. Tymczasem nasz wzrost gospodarczy powinien być dostatecznie wysoki, żeby następował wzrost zatrudnienia. Jesteśmy w takiej momencie rozwoju, że zatrudnienie rośnie, gdy wzrost gospodarczy wynosi ok. 5 proc. PKB. Gdy wzrost gospodarczy będzie niższy, to może spadać zatrudnienie. Spadek zatrudnienia przełoży się na ograniczenie wpływów do Funduszu.

Nakreślmy całość tej sytuacji, bo z drugiej strony mają znaczenie czynniki demograficzne...

Wcześniej mówiliśmy o potrzebnych zasobach finansowych dla sektora zdrowotnego, teraz pomówmy o potrzebach zdrowotnych naszego społeczeństwa. Teraz gdy pieniędzy nie będzie więcej pojawi się większy popyt na usługi zdrowotne. Wynika ona po pierwsze z procesu starzenia się populacji. 60 lat przekracza pokolenie, które urodziło się w latach 1947-56. To właśnie wtedy, po drugiej wojnie światowej, w Polsce urodziło się bardzo dużo dzieci – najwięcej w Europie. Teraz ci *baby-boomers* zaczynają częściej zgłaszać się do lekarza. Pojawiają się w większej skali choroby

chroniczne; dotyczące układu kostno-stawowego, układu krążenia, oddychania, cukrzyca, zaburzenia psychiczne i inne niesprawności oraz choroby wieku starczego, np. demencja. W dużo większym zakresie będziemy mieli do czynienia z chorobami nowotworowymi. Pocięszające nieco jest to, że osiągnęliśmy dużą poprawę, jeśli chodzi o choroby układu krążenia. Jednak wyzwania są tu ogromne. Nie jesteśmy do tego przygotowani; ani pod względem zasobów, ani instytucji. Zakładów opiekuńczo-leczniczych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych mamy bardzo mało! Ponadto starsze pokolenie, nawet jeśli nie musi przebywać w tego rodzaju placówkach, potrzebuje leków i dobrego leczenia ambulatoryjnego. Jak wynika z naszych analiz, już teraz zużycie leków osób powyżej 60 lat jest o 30 punktów procentowych wyższe niż przeciętnie. Reasumując: te większe potrzeby zdrowotne zderzą się z niedostatecznym wzrostem podaży usług, czego wynikiem będzie duże poczucie krzywdy i niezadowolenia.

Po drugie – presja na usługi zdrowotne wynika także z pojawiania się nowych technologii medycznych. Wchodzą one do naszego sektora zdrowotnego w sposób nazwałabym go ‘spontaniczno – restrykcyjnym’. Unikamy racjonalnego sposobu zarządzania w tej dziedzinie. Nowe technologie to nie tylko leki, to także nowe procedury medyczne, nowoczesne wyposażenie diagnostyczne, zabiegowe czy rehabilitacyjne. Jeśli chodzi o leki, to refundujemy głównie leki generyczne. Dopuszczanie leków innowacyjnych wymaga solidnych analiz farmakoekonomicznych, a te dopiero zaczęliśmy stosować i to bardzo ograniczonymi siłami. Na marginesie: ostatnie badania przeprowadzone w Europie pokazują, że masowe zastępowanie leków innowacyjnych lekami generycznymi prowadzi w końcu do tego, że ceny tych ostatnich rosną, a ceny leków oryginalnych nie spadają (‘generic paradox’). Nasze zaniedbania dotyczą także wydatków na badania naukowe. Tymczasem nawet stosowanie technologii obcych wymaga twórczego podejścia. Jesteśmy w Unii Europejskiej, której priorytetem jest innowacyjność, a my do niej ustawiamy się plecami. Nasi lekarze chcą być nowoczesni i mieć prawo oraz warunki do twórczego stosowania, a także tworzenia innowacji. Pacjenci także będą domagać się nowoczesnych terapii i nie będą godzić się na przedwczesne umieranie na przykład na nowotwory z miłości do Polski. Będą szukać ratunku gdzie indziej, a za to przyjdzie nam zapłacić.

To wszystko spowoduje, że presja popytowa w sektorze zdrowotnym będzie niesłychanie duża.

Czarnego obrazu dopełnia problem z kadrami medycznymi...

To prawda, bo brakuje nie tylko kapitału, a także zasobów pracy, które się kurczą. Jest to problem, wobec którego zapadła zasłona albo niewiedzy albo milczenia. To wymaga bardzo pilnej interwencji, ponieważ realny spadek nakładów na kształcenie kadr medycznych nadal się obniża. Od 1999 r. o około 30 %(!)

Tymczasem koalicja rządząca chce przeprowadzić przekształcenia szpitali w spółki.

Jeżeli mamy oddać szpitale całkowicie w ręce samorządów, to zasadnicze pytanie dotyczy ich możliwości finansowych. Skąd one mają wziąć pieniądze na lepsze zarządzanie, na konieczne restrukturyzacje i unowocześnienia szpitali? Pieniądze, które samorzady wydają na ochronę zdrowia nie przekraczają 5% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce. W znacznej mierze pochodzą z podatku od punktów sprzedaży alkoholu i są kierowane na cele związane ze zwalczaniem i leczeniem alkoholizmu. Czy przewidziane jest wzmocnienie samorządu terytorialnego w środki finansowe i w odpowiednie regulacje, aby mógł być dbającym o efekty i zdrowotne i jednocześnie

efektywnym właścicielem? Czy dokonano analizy zdolności wszystkich samorządów do wykonywania funkcji właścicielskich i przewidziano ich wzmocnienie w *know how*. Jednym słowem samorząd musi mieć i pieniądze i kompetencje! W przeciwnym razie – to zwykła spychotechnika, która może prowadzić do ograniczenia dostępu do świadczeń, nierówności, a nawet zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. Państwo jest odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne, także w sensie geograficznym. Jak się je zapewni bez takiego narzędzia jak sieć szpitali? Gdzie jest ten przestrzenny plan zagospodarowania w ochronie zdrowia? On powinien być uchwalony wcześniej niż ustawa o przekształceniach zakładów opieki zdrowotnej.

Co do prywatyzacji, to pomysł ten wyrósł jako *remedium* na zadłużanie się szpitali, postrzegane jako główny problem sektora zdrowotnego. To źle, że dyskutuje się głównie o prywatyzacji a nie na przykład o realiach decentralizacji. Niektórzy, obawiają się, że samorządy po okresie trudów z zarządzaniem swoich szpitali będą je sprzedawać, tak jak dotychczas w przypadku gruntów i nieruchomości, nie zawsze mając na względzie interes publiczny. Nasze analizy pokazują, że problem zadłużenia się dotyczy niewielkiej liczby szpitali, których przyczyny zadłużenia się mają charakter strukturalny. Są to na przykład duże, wysoko wyspecjalizowane szpitale, które 'z natury' nie dostosowują swych działań do opłacalnej struktury procedur, np. leczą bardzo skomplikowane przypadki chorób, wykonują jakieś badania naukowe czy prowadzą kształcenie. Ich organami założycielskimi są uczelnie, agencje rządowe, a tylko w kilku przypadkach samorządy terytorialne. Natomiast oddłużanie standardowych szpitali sprzyja ich motywacji do zadłużania się. I one to robią.

Prywatyzacja jest argumentowana cichą nadzieją na to, że prywatny szpital zwiększy odpłatność pacjentów. Wtedy system łatwiej się zbilansuje, przesuając część popytu do sfinansowania z dochodów indywidualnych. Problem polega na tym, że rozkład dochodów ludności w Polsce jest bardzo z tego punktu widzenia niekorzystny. To jest rozkład bez grubego środka, kraju na dorobku, gdzie prywatny popyt jest bardzo ograniczony. Wzrost wydatków prywatnych, mimo że rosną dochody, nie jest tak dynamiczny, by dać szansę na wygenerowanie masowego popytu indywidualnego na usługi zdrowotne. Polska jest biednym krajem! Krajem, którego PKB na głowę mieszkańca nie wynosi nawet 50 proc. średniej unijnej, krajem, który ma najniższą stopę zatrudnienia i najwyższy wskaźnik ubóstwa dzieci, w którym dopiero niedawno przekroczono wskaźnik 10 % udziału obywateli z wyższym wykształceniem w całej populacji, w którym zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych i infrastrukturalnych stawia nas na szarym końcu UE- 27. Taki kraj nie powinien sobie fundować systemu, w którym ludzie z własnej kieszeni będą zmuszeni wykładać na ochronę zdrowia, ponieważ będą zdrowie zaniedbywać w obliczu konkurencji innych dóbr. Nie będą korzystać z opieki zdrowotnej, a jeśli już – to w ostatniej, najdroższej fazie choroby. To zagrożenie bezpieczeństwa populacyjnego. Tym bardziej, że w wyniku bardzo dynamicznego procesu starzenia się potrzeby zdrowotne będą większe. Raczej należałoby zainwestować w zdrowie, aby ta starsza populacja była wciąż sprawna, wydajna i efektywna. To jest inwestycja w kapitał ludzki. Tylko wtedy będziemy się mogli rozwijać się na miarę naszych ambicji mimo niekorzystnego zdrowotnie trendu demograficznego.

Czyli Pani zdaniem pomysły Platformy nie rozwiążą najważniejszych problemów ochrony zdrowia, a może nawet sytuację pogorszą?

Nie sadzę, że by ustawa o przekształceniach spoz w spółki prawa handlowego stanowiła jedyny pomysł na naprawę funkcjonowania ochrony zdrowia oraz była podstawowym elementem strategii na przyszłość. Jeśli tak byłoby, to trzeba zauważyć, że diagnoza podstawowych problemów sektora zdrowotnego jest inna, a narzędzia, które się proponuje, odpowiadają na inne problemy i cele, które ze zdrowiem nie zawsze są powiązane. W obecnej dyskusji całkowicie pomija się problem tego, jak poradzimy sobie z zasadniczymi wyzwaniami, jakie stoją przed systemem ochrony zdrowia. Proponowane zmiany nie tylko nie są remedium na rzeczywiste problemy, ale na dodatek stwarzają niebezpieczeństwo, że system, który po dotychczas względnie dobrym okresie ledwo, ledwo się spina, może zostać rozchwiany.

Ale przecież powszechne jest przekonanie, że niewidzialna ręka rynku wszystko załatwi, a prywatny właściciel jest lepszy od publicznego, że w obecnej sytuacji prywatny właściciel zmusi płatnika do realnej wyceny procedur, a z drugiej strony będzie dbał o pacjenta...

To są argumenty wynikające, niestety, z ograniczonej wiedzy ekonomicznej osób je głoszących. Gospodarka rynkowa jest oczywiście bardziej efektywna niż systemy nakazowo – administracyjne, ale wymaga spełnienia wielu warunków, o które trzeba dbać: uczciwej konkurencji, dostępu do informacji oraz jej symetrii, braku monopolu itd. Ponadto rynek jest zawodny w przypadku tzw. dóbr publicznych. Zdrowie jest zarówno dobrem publicznym, jak i prywatnym. Moje zdrowie to nie tylko moja sprawa - ma wpływ na innych i decyduje o tym, jak funkcjonuję w gospodarce – czy przysparzam wydajności czy kosztów. W związku z tym państwo musi o nie dbać, tak jak musi dbać o edukację. W takim przypadku potrzebne są rozwiązania mieszane (*private-public mix*). Rozwiązania mieszane są zawsze trudniejsze. Potrzebny jest zarówno bardzo dobrze działający sektor publiczny, jak i dobrze funkcjonujący sektor prywatny. W Polsce i w jednym, i w drugim przypadku mamy systemy o niskiej efektywności i słabo zarządzane. Szczególnie na poziomie sektora zdrowotnego tzw. *governance* jest niskiej jakości. Nie mamy dobrej koordynacji, informacji, nie mamy porozumień, komunikacji, współdziałania. Nawet między Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia występują destrukcyjne konflikty. Ponadto system jest źle zaprojektowany. Jego poważną wadą jest brak instytucjonalnego i systemowego związku między płatnikiem a właścicielem (właściciel czyli samorząd jest odpowiedzialny za inwestycje i remonty, a za bieżącą działalność szpitala - płatnik). Tego problemu także nie rozwiązuje proponowana ustawa. Przysparzający zdrowia i efektywny kosztowo sektor zdrowotny wymaga wzmocnienia zarówno w części publicznej jak i prywatnej. Potrzebna jest profesjonalna kadra, dobre regulacje oraz dobra organizacja i zarządzanie. Na to także potrzebne są środki.

W debacie publicznej często wskazywany jest jakiś dobry szpital prywatny, przekształcony z publicznego jako argument na poparcie proponowanych przekształceń. Takie jednostkowe przykłady – to argument nieprofesjonalny. Zawsze można wskazać jednostkowy przykład na potwierdzenie tezy przeciwnej. Tymczasem badania empiryczne z wielu krajów dowodzą, że nie ma jednoznacznie związku między własnością szpitala a jego efektywnością leczniczą i kosztową. Natomiast w systemach całkowicie prywatnych (także w sensie finansowym) występują problemy i to nie tylko z realizacją celu zdrowotnego, ale także z efektywnością ekonomiczną.

Na czym polega ta zawodność?

Alokacja środków dokonuje się na korzyść bieżących dochodów właściciela, zaniedbując problemy infrastrukturalne i długookresowe, a działanie czysto rynkowego systemu wyklucza z dostępu do świadczeń grupy biedniejsze. Tu możemy się już posłużyć argumentem empirycznym, pochodzącym z doświadczeń Chile. To państwo, w ramach znanych reform lat 80. całkowicie sprywatyzowało nie tylko system emerytalny, ale i ochronę zdrowia. O ile prywatyzacja emerytur stała się szlagierem, to nikt nie wspomina o tym, że sprywatyzowany system ochrony zdrowia zaczął poważnie szwankować i państwo wróciło w 2003 r. ogromnym nakładem środków do systemu publicznego (w skali około 60% wydatków).

Może warto jeszcze raz podkreślić, że prywatyzacja nie oznacza automatycznie zarządzania efektywnego i skutecznego zdrowotnie. W polskim sektorze zdrowotnym potrzebna jest efektywność ale niekoniecznie przymusowa prywatyzacja, jeśli miałoby tak być, jak przesadnie się niekiedy interpretuje proponowane zmiany. W polskim sektorze zdrowotnym potrzeba, aby lekarz zważał na koszty (i to nie tylko na te bezpośrednie) i stosował zasady dobrego zarządzania, mimo że jego głównym zadaniem jest leczenie chorych. Cel zdrowotny można jednak zawsze osiągać taniej lub drożej. Na pewno obecnie działająca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej jest niedobra, bo rozmywa odpowiedzialność. Na pewno rozwiązania w kierunku zwiększenia odpowiedzialności organów założycielskich i bezpośrednio zarządzających szpitalami są potrzebne, natomiast to nie jest wystarczający kierunek na poprawę efektywności w sektorze zdrowotnym. Także prywatyzacja szpitali tego nie zmieni. Podstawowym płatnikiem będzie państwo i od jakości jego regulacji, instytucji oraz efektywności ich zarządzania będzie zależała także jakość funkcjonowania szpitali.

Stawia Pani zarzut obecnemu rządowi i poprzednim także, że system ochrony zdrowia charakteryzuje się brakiem sterowności. Co to oznacza i z czego wynika? Czy można temu zaradzić?

Sterowność systemu oznacza umiejętność jego ukierunkowywania w odpowiedzi zarówno na bieżące jak i przyszłe potrzeby. Twierdzę, że ograniczenia sterowności wynikają także z nieprawdopodobnie dużej skali upolitycznienia systemu. To oznacza, że mniej liczy się zdrowie i dobro pacjentów, a bardziej cele i aspiracje polityczne rządzących. Ponadto w sektorze zdrowotnym rządzą niemal wyłącznie lekarze. W obszarze zarządzania szpitalami czyli na poziomie mikroekonomicznym, dokonał się jednak w ostatnich czasach widoczny postęp. Często mówi się, że zadłużenie szpitali to wynik złego zarządzania szpitalami. Tymczasem zarządzanie szpitalami jest coraz lepsze, co pokazują nasze analizy. Kształcimy zresztą tych menedżerów, utrzymujemy z nimi kontakt i wiemy, że dobrze sobie radzą. Problem polega na tym, że na szczeblach wyższych sektora takich dobrych menedżerów, ogarniających problemy wyższego poziomu, nadal brakuje. Na czele głównych instytucji stoją albo politycy, albo przedstawiciele różnych grup interesów. Najgorsze jest jednak to, że osoby te nie mają narzędzi, którymi można to zarządzanie w odpowiedni sposób prowadzić. Nie dysponują informacjami, analizami, prognozami, raportami itp. Nie są także zdeterminowani do tworzenia i rozwijania tych narzędzi. Czy można sobie wyobrazić prowadzenie biznesu, w którym nie ma danych i analiz, w którym raz na cztery lata zaprasza się ekspertów, żeby sprawdzili stan finansów, gdzie nie ma żadnych prognoz dotyczących kadry, gdzie nie ma żadnych analiz dotyczących wykorzystania tej kadry? Pamiętam jak kiedyś pewni urzędnicy Ministerstwa Zdrowia upierali się przy tym, że nie ma problemu emigracji lekarzy! Jak osoba reprezentująca departament dialogu społecznego, nie chciała dostrzec konfliktów między poszczególnymi grupami zawodowymi i rozważyć koncepcji dialogu społecznego dla sektora zdrowotnego nawet wtedy, kiedy już wybuchały strajki.

Swoją drogą, czy minister ma jakąś grupę ekspertów? Kto mu doradza? To powinno być społeczeństwu znane. W krajach europejskich powoływane są gremia uznanych i niezależnych ekspertów, w których powstają odpowiednie raporty nie tylko diagnozujące problemy, ale także symulujące skutki podejmowanych decyzji. Nasi urzędnicy wysokiego szczebla są przekonani, że wystarczy zadzwonić do odpowiedniego wojewody czy głównego specjalisty, aby otrzymać pełną informację o tym, co dzieje się na przykład w samorządach.

Reasumując: uważam, że zasadniczym problemem w ochronie zdrowia obecnie jest bardzo słabe *governance* na poziomie sektora zdrowotnego. Aby to zarządzanie sektorem i w sektorze poprawić potrzebne są profesjonalne kadry i odpowiednie narzędzia, czyli kompleksowe informacje, analizy i prognozy, których wnioski zostaną wykorzystane jako zasadnicza podstawa podejmowania decyzji.

Mówi Pani, że należy inwestować w zdrowie człowieka. Czy zatem należy odłożyć do lamusa powiedzenie Leszka Balcerowicza, że ochrona zdrowia to czarna dziura?

Jest to prawda w społeczeństwach bogatych, gdzie ludzie mają także wyższą świadomość zdrowotną i zdrowie staje się wówczas dobrem luksusowym. Robią sobie kolejne operacje plastyczne, jeżdżą do spa i poddają kondycyjnym kuracjom. Problemem w naszym kraju jest natomiast ciągle to, że ludzie za mało i zbyt późno chodzą do lekarza. To nas kosztuje olbrzymie pieniądze. Ponadto nam potrzebne są inwestycje w człowieka i to na dodatek wczesne inwestycje w człowieka. Za słabo dbamy o młodzież, o dzieci, których jest coraz mniej, więc tym bardziej powinno nam zależeć na tym, żeby były zdrowe i sprawne.

A potrzebny jest wzrost składki?

Oczywiście. Inaczej nie zainwestujemy w zdrowie. Tak samo potrzebne są nam wyższe wydatki na naukę i edukację. To nie są wydatki socjalne, to są inwestycje w człowieka.

Prof. Stanisława Golinowska kierowała pracami Zielonej Księgi II, która powinna być wkrótce ogólnie dostępna na stronach WWW Ministerstwa Zdrowia. Niedawno zakończyła także duży projekt badawczy zamawiany Ministerstwa Nauki na temat ubóstwa i wykluczenia społecznego, uwzględniający także problemy nierówności zdrowia. Aktualnie uczestniczy w pracach Komitetu ds. Polityki Rozwoju ONZ w zakresie globalnej problematyki zdrowia.