



CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych  
<http://www.case.com.pl>



<http://polskieradio.pl>

## Nie po drodze

**Rozmowa z prof. Stanisławą Golinowską, ekspertem i wiceprzewodniczącą Rady Fundacji CASE, dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wywiad przeprowadziła Hanna Dziarska z Redakcji Internetowej Polskiego Radia (17.05.2006 r.)**

**Paradoksem jest, że mimo kiepskiej kondycji służby zdrowia poprawił się stan zdrowia naszego społeczeństwa. Na szczęście, bo bycie pacjentem w naszym systemie ochrony zdrowia jest dzisiaj bardzo trudne ...**

System ochrony zdrowia jedynie w ok. 15% wpływa na kondycję zdrowotną społeczeństwa, a reszta są to czynniki środowiskowe, styl życia, uwarunkowania genetyczne. Znaczenia tych czynników często sobie nie uświadamiamy, tymczasem nasze zdrowie zależy od tego, jak się odżywiamy, jaki alkohol pijemy, w jaki sposób żyjemy, jaki jest stan naszego środowiska naturalnego, czy dostępne są nam tzw. zdrowe produkty i odpowiednie leki, czy uczestniczymy w różnych badaniach i programach profilaktycznych, jednym słowem – jaka jest nasza wiedza o determinantach zdrowia i czy potrafimy z niej korzystać. System ochrony zdrowia wpływa na naszą kondycję w części nazywanej zdrowiem publicznym, a w ramach opieki zdrowotnej jest adresowany już do ludzi chorych. Oczywiście im opieka zdrowotna jest lepsza, bardziej skuteczna i przyjazna, tym chorzy mają większe szanse powrotu do zdrowia.

**Im lepiej rozwinięty system zdrowia publicznego, tym mniej ludzi staje się pacjentami opieki zdrowotnej – tymczasem środki publiczne przeznaczone na ten pierwszy cel maleją, a nie rosną...**

Zdrowie publiczne zajmuje się tzw. inwestowaniem w zdrowie: promocją zdrowia, profilaktyką, prewencją, wczesnym ostrzeganiem. Staje się ono tym ważniejsze, im bardziej społeczeństwo się starzeje, bo chodzi o to, żeby dłuższe życie ludzi było lepszej jakości, bardziej komfortowe, abyśmy mogli być dłużej aktywni, bo młodych ludzi będzie mniej i ich skłonność do redystrybucji dochodów na rzecz pokolenia starszego będzie mniejsza. Na całym świecie przywiązuje się obecnie do tego ogromną wagę. W naszym niedofinansowanym systemie ochrony zdrowia mamy natomiast do czynienia z konkurencją między zdrowiem publicznym, a leczeniem chorób, co często oznacza wybory między środkami na leki i działaniami dla chorych, ratujące ich życie, a środkami na inwestowanie w zdrowie: na badania profilaktyczne, programy screeningowe, szczepienia itp. Konkurencja staje się coraz bardziej ostra, bo przybywa problemów zdrowotnych i chorób chronicznych w związku ze starzeniem się społeczeństwa, toteż nawet jeśli suma środków na ochronę zdrowia rośnie, to łatwiej jest zabrać większą część tym, którzy zajmują się inwestowaniem w zdrowie niż medycynie naprawczej i tak się na ogół dzieje.

Ponieważ środki są ograniczone, to zarówno działania w ramach zdrowia publicznego, jak i medycyny naprawczej wymagają oceny skuteczności medycznej oraz efektywności kosztowej, aby nie wydawać pieniędzy na procedury niepotrzebne, choć czasem medialnie nagłośnione i poruszające naszą wyobraźnię oraz serca. Stąd tak duża waga różnych ocen, zinstytucjonalizowanych w ramach procedur zwanych *health technology assesment*, by wiedzieć, czy skuteczność medyczna i jednocześnie opłacalność danego postępowania medycznego uzasadnia jego podejmowanie.

## **I tu pojawia się konieczność współpracy medycyny i ekonomii, bo żadna strona samodzielnie nie upora się z problemem.**

Zarówno w profilaktycznej, jak i w naprawczej części ochrony zdrowia konieczne są trudne analizy ekonomiczno-medyczne, do przeprowadzenia których potrzebni są specjaliści z obu dyscyplin, a o współpracę jest tu dość trudno. Tymczasem pojedynczo przedstawiciele żadnej z dyscyplin nie poradzą sobie z rozpatrywaniem połączonych kryteriów skuteczności medycznej i efektywności kosztowej. W niektórych krajach lody między obu dyscyplinami topnieją, chociaż także i tam nadal nie jest łatwo o niezbędną kooperację. W krakowskim Collegium Medicum na UJ od dłuższego już czasu próbujemy wypracowywać pewien model współpracy. Szkoła zdrowia publicznego, w której mamy zarówno własnych ekonomistów, jak i współpracowników z Akademii Ekonomicznej, jest częścią dużej uczelni medycznej, w której rządzą lekarze, jednak respektują oni potrzebę ekonomicznego kształcenia tego środowiska zawodowego. Prowadzimy też wspólne studia doktoranckie. Porozumiewamy się coraz lepiej, chociaż nie raz spotkałam się z zaznaczeniem hierarchii i pewnym lekceważeniem spraw pozamedycznych. Muszę jednak powiedzieć, że częściej ma to miejsce na zewnątrz naszego środowiska. Na przykład najbliższą krajową konferencję ekonomiczną na temat dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych robią wyłącznie medycy, a ekonomiści zostali zaproszeni jako goście – do posłuchania. Czy można sobie wyobrazić, żeby ekonomiści zorganizowali kongres na temat epidemiologii chorób układu krążenia i zaprosili lekarzy wyłącznie w charakterze gości? Dopóki między oboma środowiskami nie będzie ścisłej współpracy, zarówno w szpitalu, gdzie razem z ordynatorem decyzje podejmować będzie ekonomiczny menadżer, jak i w Ministerstwie Zdrowia, gdzie strategię zmian systemu opracowywać będą medycy razem z ekonomistami, to nadal efektywność mikroekonomiczna będzie niska, a na szczeblu rządowym będą powstawały koncepcje bardziej egzotyczne niż profesjonalne dokumenty.

## **Tego wszystkiego nie muszą, a zapewne też nie chcą wiedzieć ci, którzy pewnego dnia z ludzi zdrowych stają się chorymi. Chcieliby mieć pewność, że skoro płacą podatki i składki na ubezpieczenie zdrowotne, należy im się bezwarunkowo odpowiednie świadczenie, tymczasem bardzo często odchodzą z kwitkiem i z konieczności muszą zasilać kasę prywatnych przychodni i klinik. Czy problem polega na zbyt niskiej, chociaż wysokiej składce?**

Istotnie, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest w Polsce raczej niska. Natomiast w połączeniu ze składką na ubezpieczenie emerytalne i rentowe – jest bardzo wysoka, a suma składek ubezpieczeniowych istotnie podraża koszt pracy. Podniesienie składki zdrowotnej jeszcze bardziej zwiększyłoby ten koszt, ograniczając motywację do tworzenia nowych miejsc pracy, a w dalszej konsekwencji – zmniejszając zdolność do płacenia składek w ogóle. Określając wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, trzeba wziąć pod uwagę warunki brzegowe: z jednej strony – ile możemy płacić, żeby nie szkodzić gospodarce, a z drugiej strony – ile z tej składki chcemy (powinniśmy) udzielić świadczeń. Wydaje się, że ekonomiści bardziej pilnują pierwszego warunku, chociaż i tu mamy problemy. Natomiast na pytanie – ile powinniśmy i możemy udzielić świadczeń ze środków publicznych (warunek drugi) – medycy nie chcą odpowiedzieć, mimo że coraz trudniej jest im z tym funkcjonować. Zostawiają to politykom, a ci tego wyzwania ciągle nie podejmują w obawie, że zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych nie przysporzy im kapitału politycznego. Koszyk ten bowiem w sposób otwarty wskaże to, co należy się ubezpieczonym, a co się nie należy, a tego ostatniego żaden polityk nie będzie chciał powiedzieć. Były już zrobione wstępne prace autorskie, jest projekt Banku Światowego, są pewne doświadczenia innych krajów, z których można skorzystać. W Ministerstwie Zdrowia powstała nawet specjalna agencja, której prace mogłyby pomóc w wyborze zawartości koszyka, jednak nadal brakuje tu przekonania, a w konsekwencji – woli politycznej. W gruncie rzeczy problem ten jest nadal lekceważony.

## **Koszyk podstawowy byłby finansowany z naszych składek, a co z resztą świadczeń, które się w nim nie znajdują?**

Poza tym koszykiem pozostałaby pewna część świadczeń – mniejsza lub większa – i trzeba zastanowić się, jak je sfinansować. W projekcie Zespołu ministerialnego z początku 2004 r. (kierowego przez C.W. Włodarczyka), a potem opracowanego w CASE, proponowaliśmy tzw. koszyk rekomendowany, utworzony w wyniku analizy skuteczności medycznej i efektywności kosztowej, który mógłby być finansowany z różnych źródeł, niekoniecznie indywidualnych, np. ze środków zbieranych przez organizacje pozarządowe czy uzyskiwanych w ramach różnych akcji społecznych. Świadczenia rekomendowane związane byłyby z pewnymi rzadkimi, kosztownymi do leczenia chorobami. Można by je też finansować, przeznaczając na ten cel np. 1% podatku dochodowego, czy przeprowadzając specjalne zbiórki, z tym, że to zbieranie środków powinno być uporządkowane po uprzednim przeprowadzeniu profesjonalnej analizy jak, gdzie i za jaką cenę

dany przypadek można leczyć. I wreszcie – koszyk rynkowy, całkowicie odpłatny, oparty o zasadę indywidualnej odpowiedzialności. Zdrowie jest bowiem nie tylko dobrem publicznym, ale i prywatnym, toteż trzeba nauczyć się odpowiedzialności za nie i dbałości o nie. Pewne choroby są wynikiem lekceważącego stosunku do własnego zdrowia i życia, więc w takich wypadkach powinno się indywidualnie ponosić tego skutki, przynajmniej częściowo.

### **I tak już obecnie pokrywamy ok. 35% kosztów leczenia, mimo ustawowo bezpłatnej służby zdrowia.**

Nasze prywatne finansowanie wynosi 35%, ale z tego sporą część wydajemy na leki, w ramach samoleczenia, dopłaty do leków refundowanych przepisywanych przez lekarzy, na prywatną diagnostykę i leczenie. Jest to jednak dużo. Ludzie dopłacają wg własnych ocen i potrzeb, nie zawsze koniecznych, a efektywność tej alokacji jest ograniczona. Z prywatnego finansowania obecnie najbardziej korzystają firmy farmaceutyczne, a nie sektor zdrowotny. Reformując służbę zdrowia, dopuściliśmy do różnych prywatnych rozwiązań, które jednak nie porządkują całego systemu. Chodzi o to, żeby teraz podejść do tego w sposób uporządkowany, ale to utrudnia nam np. decentralizacja. To był błąd, że zanim oddaliśmy własność szpitali samorządom terytorialnym, nie opracowaliśmy wcześniej sieci szpitali oraz standardów ich wyposażenia i nie wdrażaliśmy systematycznie wynikających z tego zasad lokalizacji placówek, co zrobili niektórzy nasi sąsiedzi.

### **Jakiej przebudowy, zdaniem ekonomistów, wymaga system ochrony zdrowia, aby był skuteczny medycznie, efektywny kosztowo, satysfakcjonujący pacjentów?**

Ta przebudowa wymaga właściwej sekwencji i odpowiednich działań. Przede wszystkim konieczna jest poprawa zarządzania całym sektorem ochrony zdrowia, dobra koncepcja reformy i odpowiedzialni fachowcy, którzy będą ją realizować. Jako że o tym decydują politycy, to poprawa funkcjonowania sektora ochrony zdrowia wymaga takich ludzi, którzy będą posiadali nie tylko silne zaplecze polityczne, ale także fachowe, a o to wcale nie jest łatwo. Istotną sprawą jest też poprawa zarządzania na szczeblu mikroekonomicznym, czyli w placówkach. To wymaga odpowiednio przygotowanej kadry oraz klarownych reguł gry, a przede wszystkim takich zasad i metod finansowania, które wywoływać będą motywację do wyższej efektywności. Dopiero po uporządkowaniu należy system dofinansować, aby mógł lepiej funkcjonować. Jeżeli bowiem najpierw zwiększymy środki, a nie poprawimy zarządzania, to zostaną one zmarnowane. W obecnej sytuacji istnieje niebezpieczeństwo, że żądania podwyżek wynagrodzeń, wprawdzie uzasadnione, ale pod groźbą strajków i demonstracji wymuszają skierowanie do sektora jakichś środków bez systemowej koncepcji ich efektywnego zagospodarowania.

Trzeba wreszcie tak oddłużyć placówki służby zdrowia, aby proces zadłużania dalej nie postępował. Po zrównoważeniu systemu potrzebne będą poważniejsze reformy, np. wprowadzenie bardziej skomplikowanych metod finansowania procedur (tzw. DRG) oraz organizacji (np. opieka koordynowana), co spowoduje, że system będzie znacznie efektywniejszy medycznie i kosztowo. Te nowe wyzwania podejmuje już Węgry. My jednak najpierw musimy stworzyć odpowiednie informacje, prowadzić odpowiednie analizy, zatrudniać wysokiej klasy fachowców, aby lepiej zarządzać całym systemem i poszczególnymi placówkami.

Sytuacja w ochronie zdrowia jest coraz trudniejsza, bo mimo że sektor ten od dłuższego czasu funkcjonuje w warunkach kryzysu zarządzania i poważnych problemów finansowych, to postęp działań porządkujących dokonuje się w tempie ślimaczym. Ponadto rozdzierany jest konfliktami, które zabierają energię potrzebną do jego kompleksowej naprawy. Sadzę, że determinacja do działań radykalnie poprawiających zarządzanie nie jest dostateczna.

**Rozmawiała Hanna Dziarska  
Redakcja Internetowa  
Polskie Radio S.A.**