



Zdrowotny indeks WIG20

Rozmowa z prof. Jackiem Ruzkowskim, dyrektorem Centrum Zdrowia Publicznego Akademii Leona Koźmińskiego

– Pacjenci, lekarze, ekonomiści, rząd i opozycja – wszyscy zgadzają się co do jednego: obecny system ochrony zdrowia jest fatalny, drogi, nieefektywny. W tej sprawie mamy wyjątkowy, niespotykany w innych dziedzinach ogólnonarodowy konsensus. Więc dlaczego nie ma zmian?

– To pytanie aż prosi się o postawienie przewrotnej tezy: widocznie ten system nie jest aż taki zły, skoro trwa, niczym reżim Fidela Castro, tuż pod bokiem

rynkowego supermocarstwa. Czasami, gdy się zastanawiam, w czym tkwi jego siła, odnajduję jeden podstawowy argument – wszystkim stronom daje, mimo wszystko, złudne poczucie bezpieczeństwa. Pacjentom nadzieję, że zostaną jakoś przyjęci bez płacenia z własnej kieszeni, lekarzom – wzrostu dochodów, w tym nielegalnych, a całemu personelowi medycznemu – ochrony ich często niewłaściwie zlokalizowanych miejsc pracy. Ten system „daje żyć” po staremu, nie



„ Polski system ochrony zdrowia trwa, bo daje życie po staremu, nie zmusza do zmiany wykształconych przez lata postaw „

zmusza do zmiany wykształconych przez lata postaw. Ustawia w kolejki po deficytowe świadczenia, ale z drugiej strony najbardziej zniecierpliwionym – jak za dawnych czasów – daje możliwość obejścia tej kolejki za pieniądze, umożliwia dokonywanie zakupów „spod lady”. Na styku socjalistycznego systemu zdrowotnego i jego rynkowego otoczenia coraz bardziej iskrzy i zgrzyta (bo musi), lecz co by nie powiedzieć: system z roku na rok powoli się zmienia, ewoluuje. Może nie zawsze w dobrym kierunku, bo posuwa się szerokim zygzakiem, zatacza pod ciężarem zaniechań i błędów popełnianych przez kolejne ekipy. Lecz z drugiej strony, jest coraz więcej tych, którzy radzą sobie całkiem nieźle, wręcz coraz lepiej na trudnym rynku świadczeń zdrowotnych.

– **Zatem co dalej, kolejna wersja planu B? Zmiana definicji usług publicznych?**

– Nie. Kwestie własnościowe, które ostatnio dominowały w sporach, ustępują coraz bardziej problemom zmian w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Rząd coraz wyraźniej staje wobec skutków spowolnienia gospodarczego w ochronie zdrowia – zahamowania wzrostu dochodów zarówno płatnika publicznego (NFZ), jak i gospodarstw domowych. To, przy stale rosnących potrzebach zdrowotnych, wywołuje z kolei nacisk na ich zaspokajanie ze środków publicznych.

Dylemat, mówiąc w dużym uproszczeniu, polega na tym, jak mamy podzielić skutki spowolnienia pomiędzy sferę publiczną i gospodarstwa domowe. Jednym z instrumentów zaradczych jest poprawa efektywności finansowania poprzez lepszy, racjonalny podział zasobów na zdrowie, szczególnie tych finansowych. Należałoby kierować je tam, gdzie ich skutek będzie najlepszy. Należy jednak brać tu pod uwagę całkowite, gospodarcze koszty choroby, obejmujące także koszty pośrednie, nie zaś tylko koszty bezpośrednie ponoszone przez NFZ czy budżet państwa (Ministerstwo Zdrowia). Koszty pośrednie choroby to olbrzymie wydatki na renty, zasiłki chorobowe, programy rehabilitacyjne, dni niezdolności do pracy, utraconej produktywności czy przedwczesnej umieralności osób w wieku produkcyjnym. Zwalczenie i zapobieganie szczególnie tym chorobom, których gospodarcze skutki są najpoważniejsze, to fundament strategii poprawy efektywności finansowania, a w rezultacie – dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych. Warto inwestować we wczesne wykrywanie i dobre leczenie takich chorób, bo dzięki temu ponoszone wydatki zwracają się wielokrotnie. Czego nie wydamy na profilaktykę tych chorób i dobre prowadzenie pacjenta, odbije się wysokimi stratami dla gospodarki.

– **Jakie choroby powinny trafić pod lupę?**

Pracujemy nad indeksem najdroższych chorób w Polsce. Trochę na wzór Warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych, gdzie prócz głównego indeksu WIG, funkcjonuje również indeks WIG20, opisujący 20 najważniejszych dla polskiej gospodarki firm. My dążymy do wytypowania 20 najbardziej kosztownych gospodarczo chorób i niesprawności, a zatem tych o najwyższych kosztach bezpośrednich i pośrednich łącznie. Do najbardziej podejrzanych winowajców mogą należeć częste, przewlekłe, trudno wyleczalne schorzenia w rodzaju cukrzycy, reumatoidalnego zapalenia stawów czy całej grupy chorób psychicznych, od depresji począwszy, na psychozach skończywszy. Te choroby dotyczą wielkiej części naszej populacji, generują ogromne koszty gospodarcze. Nieleczeni lub źle leczeni pacjenci stają się ciężarem



„ Nieleczeni lub źle leczeni pacjenci stają się prawdziwym ciężarem dla społeczeństwa i gospodarki. Dobrze leczeni potrafią przez dziesięciolecia funkcjonować, budować dobrobyt własny i społeczeństwa ”

dla społeczeństwa i gospodarki. Dobrze leczeni potrafią przez dziesięciolecia funkcjonować, budować dobrobyt własny i społeczeństwa. Wydatki na te choroby to zwyczajnie inwestycja, biznes, na którym wszyscy dobrze wyjdą. Pacjenci – w pierwszej kolejności.

– Tylko kto zmusi NFZ do zmiany sposobu finansowania chorób? Jaka siła? Sejm uchwali ustawę, minister wyda rozporządzenie?

– W tej chwili rząd pracuje nad uchwaloną wcześniej modyfikacją strategii rozwoju Polski na lata 2007–2015. Mam przyjemność brać udział w tych pracach.

– Czyli: dziś strategia, jutro konkretny dokument, pojutrze wybory parlamentarne. Droga od pomysłu do przemysłu – dość długa.

– Rzeczywiście, powinna być jak najkrótsza. Tyle że w przypadku polskiej ochrony zdrowia powinniśmy odzwyczaić się od myśli, że będzie możliwy przełom, dotknięcie czarodziejskiej różdżki, które odmieni system. W ochronie zdrowia jak w soczewce koncentrują się biznes, polityka, misja publiczna, interesy grupowe. Cały system nakierowany jest na to, by godzić interesy pacjentów, pracowników i – co z perspektywy dużych i bogatych miast może być szokujące – całych społeczności lokalnych. Już dziś bywa, że szpital jest najlepszym i największym pracodawcą w regionie, a trwanie obecnego systemu uzasadniane jest tam ochroną miejsc pracy, walką z bezrobociem. I nasza droga, nieefektywna, źle zarządzana ochrona zdrowia tkwi w obecnym systemie z przyczyn pozamedycznych, pozaekonomicznych – ale ważnych, trudnych do usunięcia czynników politycznych. Dlatego nie spodziewałbym się jakiegoś spektakularnego przełomu, raczej zmian dokonywanych „taktyką salami”, odcinania najbardziej szkodliwych i niewygodnych elementów systemu „plasterek po plasterku”.

– Który kawałek zmurszałego systemu zostanie odcięty w pierwszej kolejności?

– Bez znaczącego zwiększenia realnego wpływu społeczności lokalnych na opiekę zdrowotną nie da się skutecznie pchnąć systemu zdrowotnego w kierunku równowagi. Składa się na nią bowiem cała mnogość równowag lokalnych, kształtowanych przez miejscowe czynniki i wymagających odrębnych środków i metod równoważenia. Próby poprawiania naszego bezpieczeństwa zdrowotnego z jednego centrum, z Warszawy, mimo najlepszych chęci rządzących nie mogą się udać. Regiony Polski są nadal silnie zróżnicowane pod względem potrzeb zdrowotnych, infrastruktury materialnej i kadrowej lecznictwa, zamożności, a także – co bardzo ważne – pod względem kulturowym. Mówimy tym samym językiem, mamy poczucie więzi, ale gdyby dokładnie przyjrzeć się województwom zachodnim i porównać je ze ścianą wschodnią, to okaże się, że to dwa różne kraje. Inne są potrzeby zdrowotne na zurbanizowanym Śląsku, inne na rolniczej Lubelszczyźnie. Należy dążyć ku regulacjom ułatwiającym społecznościom lokalnym samodzielne radzenie sobie z problemami zdrowotnymi, w miejsce rozwiązań narzucanych przez władze ze stolicy. I po części ten proces decentralizacji już się zaczął. Każdy z regionalnych oddziałów NFZ to jakby odrębne państwo – ma własne procedury, odmienne sposoby komunikacji. I pora iść tak dalej, by na końcu tej drogi ujrzeć samorząd terytorialny – województwo, powiat, nie tylko, tak jak dzisiaj, właściciela szpitali,

lecz również płatnika świadczeń zdrowotnych, ponoszącego realną odpowiedzialność za bezpieczeństwo zdrowotne swoich społeczności.

– Tu zawsze istnieje obawa, wyrażona, choć nie wprost, przez Bank Światowy przy okazji wprowadzania reformy samorządowej, że o ile życiu całej Polski ton nadaje „warszawka”, to Polsce lokalnej – sitwy. Szpitale to przechowalnia kadr, gdzie zatrudnienie znajdują ludzie starosty, marszałka. Chce Pan oddać szpitale sitwom?

– Od czasu, gdy zaczęła się reforma samorządowa, dużo zmieniło się pod tym względem. Przede wszystkim to, że starostowie, prezydenci miast wybierani są w wyborach bezpośrednich i rozliczani przez wyborców co kadencję. I tak jak w wypadku władz centralnych wybór tej samej ekipy rządzącej na drugą kadencję ciągle graniczy z cudem, zakrawa na fenomen, to w wypadku władz lokalnych zdarza się często. A w ochronie zdrowia szpitale zarządzane przez powiaty i województwa funkcjonują o niebo lepiej niż kliniczne, zarządzane centralnie. Broniły się one rękoma i nogami przed przejęciem przez województwa i dziś pewnie tego żałują.

– Kiedy będziemy mieć w Polsce ubezpieczenia dodatkowe?

– To zależy, wbrew pozorom, od działania NFZ.

– Wprowadzenie ubezpieczeń zależy od NFZ? Obalenie monopolu – od monopolisty? Jak to możliwe?

– To dość naturalny mechanizm. Jak wspomniałem wcześniej, dzisiaj siłą NFZ jest to, że jako tako godzi interesy wszystkich uczestników systemu, niestety, nie zawsze te najszczytniejsze. Im gorzej będzie sobie z tym radził, tym szybciej skończy się jego monopol. Sprzyja temu również spowolnienie gospodarcze. Przy stale rosnących potrzebach zdrowotnych brak bowiem adekwatnego przyrostu środków publicznych na zdrowie, coraz większe koszty rosnących potrzeb przerzucane są na barki gospodarstw domowych. Wówczas to rodzi się realny popyt na inne niż publiczne ubezpieczenie zdrowotne, w tym prywatne ubezpieczenie uzupełniające, czyli ubezpieczające ryzyka inne niż objęte ubezpieczeniem publicznym.

– Czyli im gorzej, tym lepiej?

– Monopol NFZ już się chwieje, także w kwestii ubezpieczeń. Trudno mówić o pozycji monopolisty w sytuacji, gdy tak wielką popularnością cieszą się abonamenty medyczne, czyli coś, co w swojej istocie jest przecież rodzajem polisy ubezpieczeniowej. I to tak popularnej, że firmy abonamentowe przestały nadążać z bieżącą obsługą pacjentów, że pojawiły się w nich

„ Na styku socjalistycznego systemu zdrowotnego i jego rynkowego otoczenia coraz mocniej zgrzyta. Bo musi ”

nieznane wcześniej kolejki. By je rozładować, otwierane są nowe oddziały, zatrudniani pracownicy. Ciągłe rozwijają się prywatne szpitale, a więc w praktyce mamy nie tyle współpłacenie, ile podwójne płacenie – płacenie za dostęp, jako że zdecydowana większość świadczeń oferowanych przez firmy abonamentowe zawarta jest również w koszyku świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych. System zmienia się w dobrą stronę, lecz nie nadąża za tym prawo. I w tym kłopot.

– Kiedy zatem zmieni się prawo?

– O tym zadecyduje czynnik polityczny, odwaga decydenta. Zdaję sobie sprawę, że o tę odwagę trudno, z drugiej jednak strony wiadomo, że w ostatecznym rozrachunku ta odwaga wychodziła decydującym na dobre.

„ Niewykluczone, że sprawa ochrony zdrowia będzie jednym z najważniejszych punktów kampanii przed wyborami parlamentarnymi. I może to sprzyjać podejmowaniu twardych decyzji ”

– Być może w ostatecznym rozrachunku tak będzie, ale politycy mają krótszą perspektywę: do najbliższych wyborów. Takie czekają nas w Polsce za rok.

– Niewykluczone, że sprawa ochrony zdrowia i twardych decyzji będzie jednym z najważniejszych punktów przyszłej kampanii wyborczej. Może to sprzyjać podejmowaniu niełatwych decyzji. Bo rządzący, owszem, często płacą utratą popularności za ich podejmowanie, ale wyborcy w równie bezlitosny sposób karzą podczas głosowania tych, którzy popełnili „grzech zaniechania” i zamiast zarządzać, chowali głowę w piasek.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski