

# Unia Europejska w polskich szpitalach



Fot. Sławomir Kamiński / Agencja Gazeta

Rozmowa z Jerzym Kwiecińskim, wiceministrem rozwoju

Pomówmy o przyszłej perspektywie budżetowej Unii Europejskiej, która nie rysuje się tak korzystnie jak poprzednia. Można się obawiać, że nasza ochrona zdrowia dostanie znacznie mniej pieniędzy. Co może wpłynąć na przyszły budżet UE i jakie będą tego konsekwencje dla sektora ochrony zdrowia, który dotychczas był jego beneficjentem?

Przyszłość unijnego budżetu zależy oczywiście w dużej mierze od tego, jak zakończą się negocjacje UE z Wielką Brytanią, która była przecież jednym z największych płatników. Wydaje się, że jej wkład finansowy warto byłoby jakoś zrekompensować, bo przecież Brytyjczycy także z tego budżetu korzystali, a niebawem zapewne przestaną. Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na budżet są nowe wyzwania unijne, których przedtem nie było. Chodzi o kwestie migracyjne, bezpieczeństwa, terroryzmu. Unia z pewnością będzie chciała na te nowe obszary wydawać pieniądze.

**Czyli na ochronę zdrowia może być mniej środków niż w przeszłości. Pytając wprost: czy konieczność walki z terrorystami odbierze polskim szpitalom pieniądze?**

Na razie w rozmowach nie są poruszane obszary szczegółowe, a do takich należy zdrowie. Obecnie skupiamy się na kwestiach związanych z priorytetami unijnej polityki i z wysokością samego budżetu. Mam wrażenie, że główny strateg przyszłego budżetu komisarz Günther Oettinger uważa, że najważniejsze dotychczasowe inwestycyjne priorytety unijne powinny zostać utrzymane i finansowane. Dotyczy to polityki spójności i wspólnej polityki rolnej. Nowe wyzwania natomiast powinny być finansowane z dodatkowych składek. Na temat ochrony zdrowia nie było jeszcze mowy, ale tego typu podejście stało się już trochę regułą. W obecnej perspektywie finansowej też wydawało się, że zdrowie w ogóle nie zostanie ujęte, a tak się nie stało. W UE za sferę zdrowia odpowiadają poszczególne kraje członkowskie, choć jednocześnie Unia udziela wsparcia dla ratownictwa medycznego. Tu nie tylko korzysta dany kraj, ale mieszkańcy całej wspólnoty. W obecnej perspektywie UE udziela wsparcia profilaktyce i geriatrui w związku ze starzeniem się społeczeństwa, co stanowi problem całej Unii.

**To koszt czy inwestycja? Jak to widzi Unia?**

Unia, o co zresztą zabiegaliśmy, postrzega sektor ochrony zdrowia jako część gospodarki. Nie tylko państwo zapewnia opiekę obywatelom, lecz także jest to sektor, w którym powstają innowacje. Odpowiadając jednak na pytanie, czy sektor ochrony zdrowia uzyska mniej: to nie zależy od tego, czy przyszły budżet będzie mniejszy czy większy, ale raczej od tego, jak polityka zdrowotna czy pewne jej elementy staną się

„ W obecnej perspektywie finansowej też wydawało się, że zdrowie w ogóle nie zostanie ujęte, a tak się nie stało ”

ważne nie tylko dla krajów członkowskich, lecz także dla UE jako całości. W perspektywie 2007–2013 artykułowaliśmy problem chorób serca oraz krótsze przeżycie chorych onkologicznie i na te obszary uzyskali silne wsparcie.

**Skoro sektor ochrony zdrowia jest częścią gospodarki i UE lubi innowacje, a te zazwyczaj powstają w sektorze prywatnym, jak pogodzić preferującą szpitale publiczne ustawę o sieci autorstwa Ministerstwa Zdrowia z rzeczywistą potrzebą opracowywania oraz wdrażania nowych rozwiązań i technologii w obszarze ochrony zdrowia?**

Proszę pamiętać, że jestem członkiem rządu. I jeżeli na forum rządu już zapadła decyzja w tej sprawie, nie będę do niej wracał. A co do znaczących innowacji w sektorze zdrowia, to nie powstają one raczej w spółkach jednoosobowych, ale głównie w ośrodkach uniwersyteckich, w szpitalach klinicznych. Rzeczywiście z mojego punktu widzenia problem polega na tym, aby dla tych innowacji znaleźć sposób na zaistnienie w naszym systemie, żeby nasze pomysły nie były eksportowane za granicę, żeby ludzie, którzy je opracowują, nie emigrowali.

**Ale właśnie w tym zakresie sektor publiczny jest niewydolny.**

Właśnie. Dlatego my musimy stworzyć odpowiednie mechanizmy. Oczywiście można powiedzieć, że wydajemy mało na sektor ochrony zdrowia w relacji do PKB. Jest to ok. 4,5% środków publicznych, a całość wydatków wynosi nieco ponad 6% PKB. Jeżeli porównujemy się z takimi krajami, jak Niemcy czy Austria, gdzie nakłady oscylują wokół 9–10% naszego PKB, to rzeczywiście mamy kogo gonić. Będziemy do tego poziomu stopniowo dochodzić. Ale problemem są nie tylko kwoty, lecz także to, czy mając ten potencjał, wykorzystujemy środki w sposób jak najefektywniejszy. Jestem przekonany, że kluczem do tego są innowacje.

**Czy jednak sieć tego nie zepsuje w sytuacji ryczałtowej płatności za świadczenia?**

Poczekajmy na efekty tej reformy. Wydaje mi się, że w relacji do nakładów i w porównaniu z innymi krajami ochrona zdrowia stara się osiągać przyzwoity po-



Fot. Sławomir Kamiński/Agencja Gazeta

„Będziemy chcieli dochodzić do wyższych nakładów na zdrowie, ale musimy też poprawić funkcjonowanie systemu”

ziom usług, ale to nie jest na miarę oczekiwań polskiego społeczeństwa i oczywiście nie oznacza, że nie mogłoby być lepiej. Na pewno mogłoby być lepiej i dlatego konieczne są zmiany.

Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje przeznaczanie na zdrowie co najmniej 6% PKB ze środków publicznych. My się do tego nie stosujemy. Czy to oznacza, że kwestionujemy wyliczenia i rekomendacje WHO? A jeśli nie kwestionujemy, to dlaczego się do nich nie stosujemy?

Nie kwestionujemy tych zaleceń, ale to jest tak jak z samochodem. Chciałbym mieć lepszy, ale nie mam na niego pieniędzy. Tak jest w tej sytuacji. Do rekomendowanego przez WHO poziomu będziemy dochodzić stopniowo, to musi zostać rozłożone w czasie i tak jest

zapisane w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju. Wydatki na zdrowie są traktowane jako wydatki rozwojowe, tak jak na badania czy na drogi, co jest zresztą zgodne z zaleceniami OECD. Ale powtórzę: będziemy chcieli dochodzić do wyższych nakładów, ale musimy też poprawić funkcjonowanie obecnego systemu, bo większa poprawa jest niewątpliwie potrzebna w sektorze ochrony zdrowia. Te dwa procesy muszą więc być prowadzone równolegle. Jednak rzeczywiście wyzwaniem jest sprawienie, aby innowacje były wykorzystywane przez sektor ochrony zdrowia i przyczyniały się do zwiększania jego efektywności.

**Czy współpłacenie mogłoby pomóc choćby w zmniejszeniu zadłużenia szpitali publicznych?**

Nie chciałbym tego tutaj rozstrzygać. Uważam, że powinniśmy na ten temat rozmawiać. Jednak to problem nie tylko decyzji rządu czy parlamentu, lecz także akceptacji społecznej. Nie powinno być tak, że ktoś arbitralnie stwierdzi, że współpłacenie należy wprowadzić. Trzeba wziąć pod uwagę kwestie społeczne. To delikatna materia.

*Rozmawiali: Marta Koblańska, Bartłomiej Leśniewski*