

# Kompetencje, głupcze!

Rozmowa z prof. Stanisławą Golinowską





### Czy mamy kryzys?

Ma pani na myśli, oczywiście, sektor zdrowotny. Tutaj nastąpiła poprawa sytuacji finansowej. To skutek dwóch czynników – po pierwsze, programu corocznego podwyższania składki zdrowotnej o ćwierć punktu procentowego do 2007 r., a po drugie – z powodu dobrej koniunktury gospodarczej, czyli wysokiego wzrostu gospodarczego, który przyczynił 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 nakłady na ochronę zdrowia były ciągle takie same – 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?

Jeśli nie poprawi się poziomu finansowania, funduszy będzie mniej zarówno w sensie relatywnym, jak i 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 przeciętnej płacy w gospodarce.

### Czy nie grozi nam zmniejszenie wpływów do NFZ z powodu spowolnienia? Światowy kryzys finansowy niewątpliwie do nas dotrze...

Mówi pani o aktualnym kryzysie finansowym, ale o pogorszeniu koniunktury gospodarczej wiadomo było już wcześniej, w związku ze wzrostem cen energii, bo to ma 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 związek ze zmianami klimatycznymi. Jeżeli do tego dołożymy reperkusje kryzysu finansowego w odniesieniu do produkcji, rzeczywiście możemy mieć bardzo trudną sytuację. Tymczasem nasz wzrost gospodarczy powinien być dostatecznie wysoki, by zwiększało się zatrudnienie. Jesteśmy w takim momencie rozwoju, że zatrudnienie rośnie, gdy wzrost gospodarczy wynosi ok. 5 proc. PKB. Jeśli będzie niższy, może spadać. Spadek zatrudnienia przełoży się zaś na ograniczenie wpływów do Funduszu.

**Nakreślmy całość tej sytuacji, bo znaczenie mają również czynniki demograficzne...**

Wcześniej mówiliśmy o potrzebach finansowych sektora zdrowotnego, teraz pomówmy o potrzebach zdrowotnych społeczeństwa. Jeśli pieniędzy nie będzie więcej, pojawi się większy popyt na usługi zdrowotne. Przyczyną jest m.in. starzenie się populacji – 60 lat kończy pokolenie, które urodziło się w latach 1947–1956. To wtedy, po II wojnie światowej, w Polsce urodziło się bardzo dużo dzieci – najwięcej w Europie. Teraz ci *baby-boomers* zaczynają częściej zgłaszać się do lekarzy. 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 nowotworo-

## „Środków finansowych będzie mniej”

wymi. Pociuszające nieco jest to, że osiągnęliśmy znaczną poprawę, jeśli chodzi o choroby układu krążenia. Jednak wyzwania są ogromne. Nie jesteśmy do tego przygotowani pod względem zasobów ani instytucji. Zakładów opiekuńczo-leczniczych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych mamy bardzo mało! Ponadto starsze pokolenie, nawet jeśli nie musi przebywać w takich placówkach, potrzebuje leków i dobrego leczenia ambulatoryjnego. Jak wynika z naszych analiz, już teraz zużycie leków przez osoby powyżej 60. roku życia jest o 30 punktów procentowych wyższe niż przeciętnie. Reasumując, te większe potrzeby zdrowotne zderzą się z niedostatecznym wzrostem podaży usług, czego wynikiem będzie poczucie krzywdy i niezadowolenia. Presja na usługi zdrowotne wynika także z pojawiania się nowych technologii medycznych. Wchodzą one do naszego sektora zdrowotnego w sposób *spontanizno-restrykcyjny*. Unikamy racjonalnego 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 generyki. 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 generycznymi prowadzi w końcu do tego, że ceny tych ostatnich rosną, a leków oryginalnych nie spadają (*generic paradox*). Nasze zaniedbania dotyczą ponadto wydatków na badania naukowe. Tymczasem nawet stosowanie obcych technologii wymaga twórczego podejścia. Jesteśmy w Unii Europejskiej, której priorytetem jest innowacyjność, a my do niej ustawiamy się plecami. Nasi lekarze chcą być nowocześni i mieć pra-



foto: Agencja Gazeta

„Nasi pacjenci nie chcą umierać na nowotwory li tylko z miłości do Polski”

wo oraz warunki do twórczego stosowania innowacji, a także ich tworzenia. Pacjenci także będą się domagać nowoczesnych terapii i nie będą się godzić na przedwczesne umieranie np. na nowotwory z miłości do Polski. Będą szukać ratunku gdzie indziej, a za to przyjdzie nam zapłacić.

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

**Czarnego obrazu dopełnia problem z kadrami medycznymi...**

To prawda, bo brakuje nie tylko kapitału, ale także zasobów pracy, które się kurczą. Jest to problem, wobec którego zapadła zasłona albo niewiedzy, albo milczenia. Wymaga to bardzo pilnej interwencji, ponieważ realne nakłady na kształcenie kadr medycznych nadal się obniżają, od 1999 r. średnio o 30 proc. (!).

**Tymczasem koalicja rządząca chce przekształcić szpitale w spółki.**

Jeżeli mamy oddać szpitale całkowicie w ręce samorządów, to zasadnicze pytanie dotyczy ich możliwości finansowych. Skąd mają one wziąć pieniądze na lepsze zarządzanie, na konieczne restrukturyzacje i unowocześnienie szpitali? Pieniądze, które samorządy wydają na ochronę zdrowia, nie przekraczają 5 proc. 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 fundusze i w odpowiednie regulacje, aby mógł dbać o efekty zdrowotne i jednocześnie być efektywnym

właścicielem? Czy dokonano analizy zdolności wszystkich samorządów do wykonywania funkcji właścicielskich i przewidziano ich wzmocnienie w *know-how*? Jednym zdaniem – samorząd musi mieć i pieniądze, i kompetencje! W przeciwnym razie – to zwykła psychotechnika, 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? Powinien on być uchwalony wcześniej niż ustawa o przekształceniach zakładów opieki zdrowotnej.

Co do prywatyzacji, to pomysł ten stał się remedium na zadłużanie się szpitali, postrzegane jako główny problem sektora zdrowotnego. To źle, że dyskutuje się głównie o prywatyzacji, a nie np. o realiach decentralizacji. Niektórzy obawiają się, że samorządy po okresie trudów z zarządzaniem swoimi szpitalami będą je sprzedawać, tak jak dotychczas grunty i nieruchomości, nie zawsze mając na uwadze interes publiczny. Nasze analizy pokazują, że problem zadłużenia dotyczy niewielkiej liczby placówek, a przyczyny zadłużenia mają charakter strukturalny. Są to np. duże, wyspecjalizowane szpitale, które z natury nie dostosowują swych działań do opłacalnej struktury procedur, np. leczą bardzo skomplikowane przypadki, wykonują badania naukowe czy prowadzą kształcenie. Ich organami założycielskimi są uczelnie, agencje rządowe, a tylko w kilku wypadkach samorządy terytorialne. Natomiast oddłużanie standardowych szpitali sprzyja ich motywacji do zadłużania się. I one to robią. Zwolennicy prywatyzacji mają cichą nadzieję, że prywatny szpital zwiększy odpłatność pacjentów. Wtedy system łatwiej się zbilansuje, przesuując 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! PKB na mieszkańca nie wynosi nawet 50 proc. średniej unijnej. Mamy najniższą stopę zatrudnienia i najwyższy wskaźnik ubóstwa dzieci, dopiero niedawno przekroczono wskaźnik 10-procentowego udziału obywateli z wyższym wykształceniem w populacji, a zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych i infrastrukturalnych stawia nas na szarym końcu UE. 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 korzy-



stać z opieki zdrowotnej, a jeśli już – to w ostatniej, najdroższej fazie choroby. To zagrożenie obniżenia jakości populacji, a nawet jej bezpieczeństwa zdrowotnego. 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 mogli się rozwijać na miarę naszych ambicji, mimo niekorzystnego zdrowotnie trendu demograficznego.

**Czyli, pani zdaniem, pomysły PO nie rozwiążą najważniejszych problemów ochrony zdrowia, a może nawet sytuację pogorszą?**

Nie sadzę, żeby ustawa o przekształceniach szpizow w spółki prawa handlowego stanowiła jedyny pomysł na naprawę funkcjonowania ochrony zdrowia, oraz była podstawowym elementem strategii na przyszłość. Jeśli tak by było, to trzeba zauważyć, że diagnoza podstawowych problemów sektora zdrowotnego jest inna, a narzędzia, które się proponuje, odpowiadają na inne problemy i cele, nie zawsze powiązane ze zdrowiem. W obecnej dyskusji całkowicie pomija się problem tego, jak poradzimy sobie z zasadniczymi wyzwaniem, z którymi musi się zmierzyć system 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.

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 równocześnie będzie dbał o pacjenta...

To są argumenty wynikające, niestety, z ograniczonej wiedzy ekonomicznej osób je głoszących. Gospodarka rynkowa jest bardziej efektywna niż systemy nakazowo-administracyjne, ale wymaga spełnienia wielu warunków – uczciwej konkurencji, dostępu do informacji i jej symetrii, braku monopolu itd. Ponadto rynek jest zawodny w wypadku 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 funkcjonuje w gospodarce – czy przysparzam wydajności, czy kosztów. W związku z tym państwo musi o nie dbać, tak jak musi dbać o edukację. W takim wypadku potrzebne są rozwiązania mieszane (*private-public mix*). A są one 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, infor-

macji, nie mamy porozumień, komunikacji, współdziałania. Nawet między Ministerstwem Zdrowia a NFZ 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 za-

„Gdzie jest sieć szpitali – ten przestrzenny plan zagospodarowania w ochronie zdrowia? ”

ządzanie. Na to także potrzebne są fundusze. 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 jednoznacznego 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?**

Alokacji funduszy dokonuje się na korzyść bieżących dochodów właściciela, zaniedbując problemy infrastrukturalne i długookresowe, a działanie czysto rynkowego systemu wyklucza z dostępu do świadczeń grupy biedniejsze. Możemy się tu już posłużyć argumentem empirycznym, pochodzącym z doświadczeń Chile. Państwo to w ramach znanych reform lat 80. sprywatyzowało nie tylko system emerytalny, ale i ochronę zdrowia. O ile prywatyzacja emerytur stała się szlagierem, o tyle 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 ok. 60 proc. 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 pol-

skim sektorze zdrowotnym potrzeba, aby lekarz zważał na koszty (i to nie tylko na te bezpośrednie), stosował zasady dobrego zarządzania, mimo że jego głównym zadaniem jest leczenie chorych. Cel zdrowotny można jednak zawsze osiągnąć taniej lub drożej. Na pewno obowiązująca ustawa o zakładach opieki zdrowotnej jest niedobra, bo rozmywa odpowiedzialność. Zwiększenie odpowiedzialności organów założycielskich i bezpośrednio zarządzających szpitalami jest potrzebne, natomiast nie jest to wystarczające, by poprawić efektywność w sektorze zdrowotnym. Także prywatyzacja szpitali tego nie zmieni. Podstawowym płatnikiem będzie państwo i od jakości jego regulacji, jakości instytucji oraz efektywności ich zarządzania będzie zależała także jakość funkcjonowania szpitali.

## „ Wydatki na zdrowie to nie wydatki socjalne, to inwestycje w człowieka ”

**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. Oznacza to, 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 nimi. Tymczasem zarządzanie jest coraz lepsze, co pokazują nasze analizy. Kształcimy zresztą menedżerów, utrzymujemy z nimi kontakt i wiemy, że dobrze sobie radzą. Problem polega na tym, że na szczeblach wyższych 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 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 jej wykorzystania? Pamiętajam, jak kiedyś

pewni urzędnicy Ministerstwa Zdrowia upierali się przy tym, że nie ma problemu emigracji lekarzy! 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? Społeczeństwo powinno to wiedzieć. W krajach europejskich powoływane są gremia uznanych i niezależnych ekspertów, przygotowujących 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 np. 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 oraz 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 wyższą świadomość zdrowotną i zdrowie staje się dobrem luksusowym. Robią sobie kolejne operacje plastyczne, jeżdżą do spa i poddają kuracjom kondycyjnym. Problemem w naszym kraju jest natomiast ciągle to, że ludzie zbyt rzadko i zbyt późno chodzą do lekarza. Kosztuje to nas olbrzymie pieniądze. Ponadto 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, żeby były zdrowe i sprawne.

**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.

*Rozmawiała Justyna Wojteczek*

Profesor **Stanisława Golinowska** kierowała pracami *Zielonej Księgi II*, która powinna być wkrótce ogólnie dostępna na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia. Niedawno zakończyła także duży projekt badawczy dla Ministerstwa Nauki na temat ubóstwa i wykluczenia społecznego, uwzględniający także problemy nierówności w dostępie do ochrony zdrowia. Uczestniczy w pracach Komitetu ds. Polityki Rozwoju ONZ w zakresie globalnej problematyki ubóstwa i nierówności w dostępie do ochrony zdrowia.