

A portrait of Professor Stanisław Gomułka, an older man with white hair, wearing a grey suit, white shirt, and patterned tie. He is smiling slightly and holding a pair of glasses in his right hand. He is sitting at a desk with an open book in front of him. The background is a plain, light-colored wall.

Odbić od dna

Rozmowa z profesorem
Stanisławem Gomułką,
głównym ekonomistą Business
Centre Club,
byłym wiceministrem finansów

Jest pan uznawany za zwolennika prywatyzacji szpitali. Krzysztof Grzegorek, wiceminister zdrowia, twierdził, że zrezygnował pan z funkcji wiceministra finansów, ponieważ chciał pan szpitalom stworzyć możliwość prywatyzacji, z czym resort zdrowia się nie zgadzał. Jak pan wyobrażał sobie prywatyzację szpitali? Na czym miała ona polegać?

Wypowiedź Krzysztofa Grzegorka była niecisła, wręcz myląca. W sprawie reformy służby zdrowia moje stanowisko było takie samo, jak ministra Jacka Rostowskiego. W porozumieniu z nim i po części w jego imieniu zabiegałem o wiele zmian w projektach tych ustaw, które zostały przesłane do Sejmu przez minister zdrowia na początku stycznia 2008 r. Moje notatki na ten temat były przedmiotem konsultacji z minister Ewą Kopacz i jej wiceministrami oraz z ministrem Michałem Bonim. Minister Rostowski prowadził z kolei konsultacje z premierem Donaldem Tuskiem. W końcu Sejm przyjął pakiet ustaw, które w mojej ocenie, były znacznie lepsze niż początkowe propozycje i na tym etapie reformy całkowicie je akceptowałem. Nie chciałbym natomiast mówić szczegółowo o tych moich postulatach, które nie znalazły się w ustawach. Obecnie najważniejsze jest wprowadzenie w życie pakietu przyjętego przez Sejm i Senat.

W takim razie zapytam inaczej. Czy gdyby rząd przyjął pana propozycje, prezydent by je zaakceptował?

Skoro prezydent zawetował ustawy przyjęte przez parlament, tym bardziej nie zgodziłby się na moje, dalej idące propozycje. Generalnie dotyczyły one zwiększenia roli sektora prywatnego w służbie zdrowia poprzez zarządzanie szpitalami, co już teraz jest możliwe, oraz zwiększenia roli tego sektora poprzez współwłasność, w tym dzięki prywatnym inwestycjom.

Ale to nie wszystko. Chodziło mi też o wprowadzenie współpłacenia za usługi zdrowotne przez świadczeniobiorców, co m.in. umożliwiłoby wcielenie w życie idei automatycznego podążania pieniędzy publicznych za pacjentem. O cenach usług decydowałyby same szpitale, które musiałyby konkurować ze sobą o klienta nie tylko jakością usługi, ale także ceną. W takiej sytuacji Narodowy Fundusz Zdrowia nie byłby potrzebny, bo o interes publiczny dbałby sam pacjent. Stopień współpłacenia powinien być – a raczej mógłby być – zróżnicowany w zależności od rodzaju usługi. Współpłacenie byłoby ustawione na takim poziomie, aby popyt na usługi zdrowotne był mniej więcej taki, jak podaż tych usług, i aby zapotrzebowanie na fundusze publiczne było takie, jak zadecydowałby parlament w ustawie budżetowej.

Czyli zalecał pan wprowadzenie fundamentalnych zmian. Moje pytanie, dotyczące spodziewa-

„ Skoro prezydent zawetował ustawy przyjęte przez parlament, tym bardziej nie zgodziłby się na moje, dalej idące propozycje „

nego zachowania prezydenta, wiązało się również z niechęcią społeczeństwa wobec wprowadzenia mechanizmów wolnorynkowych do służby zdrowia. Niechęć ta zdaje się gasić reformatorskie zapędy polityków, łatwo też na niej populistycznymi hasłami zbić polityczny kapitał. Uważa pan, że można przekonać obywateli do prywatyzacji służby zdrowia?

Dwadzieścia lat temu społeczeństwo zaakceptowało, że musimy płacić rynkową cenę za podstawowe produkty potrzebne do życia, takie jak chleb, mleko, ogrzewanie domu czy dach nad głową. Myślę, że po dyskusji ludzie zaakceptowaliby także rozciągnięcie tej zasady na usługi zdrowotne. Już teraz na ogół akceptuje się pogląd, że przy cenie zerowej lub niemal zerowej za usługi zdrowotne, popyt na wiele z nich jest praktycznie nieograniczony, zatem niemożliwy do sfinansowania nawet przez bardzo bogate społeczeństwa. Powszechnie uważa się też, że w sektorze prywatnym mamy większą dbałość o koszty i o klienta. Dlatego uważam, że permanentny kryzys w służbie zdrowia będzie wymuszał na wszystkich, także na politykach, poszukiwanie racjonalnych rozwiązań.

To, co pan proponował w czasie prac nad ustawami, przypomina model czeski. W 2008 r. w Czechach wprowadzono odpłatność za część usług medycznych, m.in. pobyt w szpitalu, wydanie recepty, zgłoszenie się na pogotowie czy wizytę u niektórych lekarzy. Powiedzmy jasno – zostajemy w tyle za Czechami z powodu niechęci społeczeństwa, czy też może to politykom brakuje determinacji?

Uważam, że to politycy nie wierzą w racjonalność społeczeństwa. Sami boją się mówić w sposób otwarty o tych kwestiach, w obawie, że konkurencja polityczna to wykorzysta.

Czym, pana zdaniem, grozi brak prywatyzacji polskich szpitali? Może finansową zapaścią systemu finansowania polskiej służby zdrowia?

Komercjalizacja i prywatyzacja to tylko metody na zwiększenie efektywności świadczenia usług. Aby nie



fot. Grzegorz Kowalecki/Puls Biznesu/Forum

„ Wprowadzenie współpłacenia za usługi zdrowotne przez świadczeniobiorców umożliwiłoby wcielenie w życie idei podążania pieniędzy publicznych za pacjentem ”

dopuścić do zapaści finansowej, potrzebne jest także, a nawet przede wszystkim, utrzymanie kontroli nad popytem na usługi zdrowotne. Kontrolę tę realizuje się albo poprzez cenę, albo poprzez kolejki. Przy zerowej cenie usług medycznych dla świadczeniobiorcy musimy mieć permanentne kolejki.

Odrębnym tematem jest niewydolny i drogi NFZ. W wywiadzie dla *Menedżera Zdrowia* Anna Knysok, była wiceminister zdrowia, oceniła, że *jest jak za czasów PRL: decyzje w najdrobniejszych sprawach podejmuje się w Warszawie, w oderwaniu od rzeczywistych potrzeb i uwarunkowań. To największy grzech NFZ i systemu ochrony zdrowia. Tracimy na tym miliardy złotych.* Gdyby przyjęto pana zalecenia, problem NFZ zostałby rozwiązany poprzez zlikwidowanie samego NFZ...

W swoim czasie, gdy pani Knysok była wiceministrem odpowiedzialnym za reformę w służbie zdrowia w rządzie Jerzego Buzka, tłumaczyłem jej dużą ograniczoność reformy, którą rząd forsował, w tym przykre konsekwencje, jakie przyniesie finansowanie służby zdrowia. Po wielu rozmowach wydawała się

zgodzać ze mną. Sądząc z cytatu, który pan przytoczył, nie ma to jak praktyczne zderzenie z rzeczywistością.

Plan B, autorstwa minister Kopacz, nie przynosi takich rezultatów, jakich się spodziewano. Szpitale i samorządy obawiają się korzystania z oferty resortu, uważając ją za niewystarczającą. Oczekują na przykład, że resort weźmie też na barki pokrycie zobowiązań wobec dostawców sprzętu medycznego. Jaką przyszłość widzi pan dla planu B? Jak go pan ocenia?

Przyznam szczerze, że nie analizowałem dokładnie planu B. Minister Kopacz ma zapewne dobre intencje, chciałaby zrobić coś dobrego, coś poprawić... Oczywiście, dobre intencje nie wystarczą.

Finansowanie polskiej służby zdrowia zależy od stanu finansów państwa. W swych wypowiedziach zaznacza pan, że oficjalny deficyt budżetu państwa stanowi około połowy prawdopodobnego deficytu całego sektora finansów publicznych. Co to może oznaczać dla NFZ?

Duży deficyt finansów publicznych może zmusić parlament do podniesienia niektórych danin podatkowych. Perspektywa ta zniechęca rząd do podnoszenia składki zdrowotnej. Dlatego sądzę, że dochody NFZ w najbliższych latach będą rosły w tempie umiarkowanym.

Mówiliśmy o wariacie czeskim, teraz zapytam o węgierski. Przestrzegał pan, że za wysoki deficyt możemy być ukarani przez rynki finansowe dużym wzrostem kosztów obsługi długu. Taka surowa kara spotkała Węgry, co zmusiło ten kraj do silnego obniżenia deficytu. W jakim stopniu ziszczenie takiego scenariusza mogłoby się odbić na finansowaniu służby zdrowia?

Nawet w przypadku realizacji wariantu węgierskiego nie sądzę, by w Polsce było konieczne obniżenie składki zdrowotnej. Bardziej prawdopodobne jest, że ponownie podwyższymy składkę rentową.

Jakie programy naprawcze uważa pan za niezbędne, aby poprawić stan finansów państwa? Mówiąc inaczej – gdzie trzeba ciąć wydatki? Bo chyba nie w służbie zdrowia? A może jednak...?

Wydatki publiczne na służbę zdrowia są na tyle umiarkowane, że nawet w sytuacji konieczności znacznej i szybkiej poprawy w finansach publicznych, zapewne nie byłyby zmniejszane. Nie można natomiast dać NFZ uprawnień do zaciągania długu. No i oczywiście nie można również dopuścić do nowej fali zadłużania się jednostek służby zdrowia.

Rozmawiał Bogusław Mazur