

50 PROC. POLITYKI, 50 PROC. RYNKU

Rozmowa z Georgiem Baumem,
prezydentem Rady Gubernatorów
Europejskiej Federacji Szpitali HOPE

Europejska Federacja Szpitali przygotowuje się do obrony przed skutkami kryzysu. Czy są jakieś wytyczne wspólne dla wszystkich europejskich krajów?

Jest z tym spory problem, bo kryzys kryzysowi nierówny. Bardzo trudno na przykład mówić o jakiś wielkich, fundamentalnych skutkach kryzysu w Niemczech, skąd pochodzę, czy w krajach skandynawskich. Owszem, mamy swoje obawy, mamy pierwsze niepokojące sygnały, ale trudno mówić o jakimkolwiek kryzysie. System działa sprawnie, a jeśli pojawiają się kłopoty, to nie częściej i nie poważniejsze niż wcześniej. Z drugiej strony są takie kraje, jak Grecja, Hiszpania czy Portugalia, gdzie sygnały są już nie tyle niepokojące, co dramatyczne. Tam rzeczywiście może dojść do bardzo poważnych komplikacji, obniżenia poziomu ochrony zdrowia. W tej sytuacji nie możemy sformułować jakiś wspólnych, wiążących rekomendacji. Musimy to zostawić organizacjom narodowym, które powinny reagować adekwatnie do sytuacji panujących w ich państwach. Na poziomie całej federacji możemy wspierać ich wysiłki.

Jak wspierać?

Przede wszystkim śledząc i wpływając na proces tworzenia prawa unijnego. Tak jak powiedziałem wcześniej, prowadzenie systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej pozostawiono rządów narodowym. Nie oznacza to jednak, że regulacje ogólnoeuropejskie nie mają żadnego wpływu na funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce czy Niemczech. Powołam się tu na unijne akty dotyczące czasu pracy lekarzy czy dyrektywę transgra-


niczną ułatwiającą pacjentom korzystanie ze świadczeń medycznych na terenie całej Unii.

Co w tych sprawach mogła i może zrobić Europejska Federacja Szpitali?

Mieć oczy szeroko otwarte. Najpierw śledzić proces powstawania unijnego prawa, konkretnych unijnych regulacji. I zanim przejdę do tego, co jeszcze Europejska Federacja Szpitali może zrobić, podkreślę ten aspekt. Przypominam, że regulacje dotyczące czasu pracy lekarzy nie powstawały w departamentach zajmujących się ochroną zdrowia, ale bardziej prawem pracy. Przed nami zatem olbrzymie zadanie śledzenia wszelkich zmian, które chcą wprowadzić instytucje unijne. Nie wolno ich lekceważyć, bo wiele z nich może mieć bardzo istotne znaczenie dla funkcjonowania narodowych systemów ochrony zdrowia. A dalej – na kształt odpowiednich rozporządzeń i dyrektyw możemy przecież wpływać. A więc możemy negocjować, zwracać uwagę na zagrożenia płynące z konkretnych zapisów, przedstawiać swoje stanowiska i zjednywać dla nich sojuszników.

Ale jak to zrobić? Nietrudno wyobrazić sobie sytuację, w której dyskutowany w Brukseli zapis będzie korzystny na przykład dla szpitali niemieckich, ale niekorzystny dla polskich. Jak w tej sytuacji zachowa się Europejska Federacja Szpitali?

To rzeczywiście problem, ale nie sytuacja bez wyjścia. Zawsze staramy się reprezentować interesy wszystkich naszych członków, a podstawowym narzędziem realizacji tego zadania jest próba wypracowania kompromisu, znalezienia wspólnego stanowiska. I na ogół to się kończy powodzeniem.

A close-up portrait of a middle-aged man with short, grey hair and glasses. He is wearing a dark suit jacket, a white shirt, and a blue and white striped tie. He has a serious expression and is looking slightly to the right. The background is dark and out of focus. There are some orange and black shapes in the bottom right corner, possibly microphones.

**KOSZT OCHRONY ZDROWIA ROŚNIE W TEMPIE
GEOMETRYCZNYM. TO NIE DO UNIESIENIA
DLA SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA
DZIAŁAJĄCYCH W OBECNYM KSZTAŁCIE**

**OCHRONA ZDROWIA TO TYLKO
W 50 PROC. SPRAWA SPOŁECZNA.
DZIWIĘ SIĘ, GDY SŁYSZĘ,
ŻE ARGUMENTY EKONOMICZNE
MAJĄ ZNACZENIE
JEDYNIEM SŁUŻEBNE**

Co oprócz kryzysu finansów publicznych stanowi największe wyzwanie dla menedżerów szpitali w Europie?

Przede wszystkim rosnący koszt ochrony zdrowia, a następnie liczba szpitali. Za duża.

Zacznijmy od kosztów. I od tego, które szpitale – prywatne czy publiczne – lepiej sobie z tym wyzwaniem radzą.

Co do kosztów, sprawa jest ewidentna. Rosną z roku na rok. Medycyna jest coraz skuteczniejsza, potrafimy coraz

lepiej leczyć, dajemy szansę na zdrowie, prawidłowe funkcjonowanie milionom ludzi, którzy bez postępu w medycynie nie mieliby takich możliwości. Ale ten postęp kosztuje – potrzebne są olbrzymie nakłady na badania, leki, sprzęt. Koszt ochrony zdrowia rośnie w tempie geometrycznym. Jest on nie do uniesienia przez instytucje zorganizowane w taki sposób jak dziś czy jak przed laty. Istnieje potrzeba wypracowania nowych ram funkcjonowania ochrony zdrowia.

Czyli jakich?

W mojej opinii ochrona zdrowia wymaga w 50 proc. zastosowania mechanizmów rynkowych, a w 50 proc. to sprawa społeczna, polityczna. I zawsze się dziwię, gdy słyszę, że ktoś chce wprowadzić mechanizm rynkowy, zapominając o uwarunkowaniach społecznych czy politycznych. Podobnie dziwię się, gdy słyszę, że ochrona zdrowia to sprawa społeczna, a argumenty ekonomiczne mają mniejsze, jedynie służebne znaczenie. Żaden z tych modeli nie ma szans na przetrwanie w swojej czystej, tradycyjnej formie. Sprostanie rosnącym kosztom utrzymania ochrony zdrowia wymaga zorganizowanego wysiłku całego społeczeństwa. Rozsądnie zaplanowanego i zbiorowego. Na którymś etapie planowania takiego wysiłku nie unikniemy zatem polityzacji systemów ochrony zdrowia. Ale też ochrona zdrowia wymaga systemu zachęt materialnych, dobrego wynagradzania fachowców, badaczy, organizatorów.

Mówił pan też o zbyt dużej liczbie szpitali. W Polsce mamy z tym poważny problem. Jak to wygląda w innych krajach, jak sobie z tym radzić?

W całej Europie mamy problem z tym, że ochroną zdrowia najczęściej zawiadują małe jednostki władzy terytorialnej, regionalnej. Za małe, by zapewnić całościową i kompleksową opiekę medyczną całej populacji zamieszkującej teren jej działania. O takiej opiece możemy mówić na poziomie koalicji regionów. Z uświadomieniem sobie konieczności zawarcia takich koalicji bywa różnie. Gdzieś się udaje się je zawrzeć, gdzieś indziej – nie. Dlatego rzeczywiście szpitali jest za dużo. Z drugiej strony mamy pewien kłopot z wyliczeniem, ile tych szpitali ma być. No bo ile? Kto z ręką na sercu odważy się powiedzieć, że na przykład jeden na 200 tys. mieszkańców, a nie jeden na 400 tys.? Kto wyjaśni dlaczego tak, a nie inaczej, kto odważy się powiedzieć, że wskaźnik ten jest na tyle uniwersalny, że powinien obowiązywać wszędzie, niezależnie od gęstości zaludnienia? Na przykład i w Londynie, i w północnej Norwegii... Mamy tu do czynienia z materią, z którą do końca nikt się jeszcze nie zmierzył. Jedno jest jednak pewne: szpitali rzeczywiście jest za dużo, wskazuje na to praktyka. A ich liczba będzie spadać i spada już dziś, ten proces postępuje.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski



HOPE

Europejska Federacja Szpitali HOPE to międzynarodowa organizacja *non-profit* utworzona w 1966 r. Reprezentuje ona krajowe stowarzyszenia publicznych i prywatnych szpitali oraz właścicieli szpitali, a także federacje władz lokalnych i regionalnych lub krajowych służb zdrowia. Dziś HOPE składa się z 34 organizacji pochodzących z 27 państw członkowskich Unii Europejskiej, Szwajcarii i Republiki Serbii. Misją HOPE jest promowanie poprawy zdrowia obywateli w całej Europie i wysoki standard opieki szpitalnej. Organizacja reprezentuje lecznice, które posiadają 80 proc. wszystkich łóżek szpitalnych w krajach Unii Europejskiej. Członkiem HOPE jest Polska Federacja Szpitali.