

MINISTERSTWO PUSTYCH SZUFLAD

Rozmowa z dr. hab. Wojciechem Misińskim, wykładowcą na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu, ekspertem Centrum im. Adama Smitha.

Z komunikatu Komisji Europejskiej wynika, że w 2013 r. wzrost gospodarczy w Polsce wyniesie zaledwie 1,1 proc., deficyt sektora finansów publicznych – 3,9 proc. PKB, a dług publiczny 57,5 proc. PKB. Niebezpiecznie zbliżyliśmy się do progów ostrożnościowych. Czy minister finansów Jan Vincent Rostowski szuka sposobów załatwienia dziury budżetowej także w służbie zdrowia?

Deficyt finansów publicznych stwarza wiele niebezpieczeństw. Nie podejrzewam, że minister Rostowski bezpośrednio będzie szukał funduszy do załatwienia dziury budżetowej w ochronie zdrowia, ale ten deficyt wpłynie pośrednio na pulę pieniędzy w systemie. Zabraknie ich na nowe inwestycje, np. realizowane przez uniwersytety medyczne, a także na modernizację SPZOZ-ów niespełniających standardów Unii Europejskiej, czego przykładem jest problem tzw. *clean room*, które w Polsce na pewno nie są „*clean*”. A na to potrzeba co najmniej kilkanaście miliardów złotych.

Prognozowany deficyt zachwieje jednak wszystkimi sektorami gospodarki – także ochroną zdrowia.

Deficyt finansów publicznych i recesja zagrażają systemowi, bo w Polsce wszyscy zapominają, że kwota, jaką dysponuje NFZ, zależy w decydującej mierze od wysokości bezrobocia i średniej wynagrodzeń. Bezrobocie rośnie, zarobki są coraz niższe, a budżet państwa – zgod-

nie z ustawą – musi opłacać, choć na niskim poziomie, ubezpieczenie bezrobotnym. Zarazem ustawa nie przewiduje żadnych mechanizmów asekuracyjnych, zakładających, że NFZ nie może mieć w danym roku mniej środków niż w roku poprzednim, powiększonych o wskaźnik inflacji.

Także przewidywania Komisji Europejskiej na 2014 r. nie napawają optymizmem. Wzrost gospodarczy ma wynieść tylko 2,2 proc. PKB, zatrudnienie znowu się zmniejszy o 0,2 proc., a dług publiczny wyniesie aż 58,9 proc. PKB. Robi się dosyć dramatycznie.

Tym bardziej że musimy zmienić zapisy księgowo, bo dziś nie wiadomo, w jakiej rubryce zapisać 15 mld zł długów SPZOZ-ów. Problemem jest bowiem to, że nie odpowiada za nie samorząd, czyli *de facto* nie są one wliczane do zobowiązań publicznych, choć w ostatniej instancji odpowiada za nie budżet państwa. Oznacza to, że 15 mld zł zaległości SPZOZ-ów należałoby wliczyć do długu budżetu państwa, a to sprawi, że zbliżymy się niebezpiecznie do progów ostrożnościowych. I tego może się obawiać minister finansów nalegający na reformę NFZ, dzięki której samorządy prawdopodobnie będą finansowały przede wszystkim publiczne szpitale, a prywatną medycynę zostawią odłogiem. Sytuacja staje się tym bardziej dramatyczna, że na rok 2014 komisja

A close-up portrait of a middle-aged man with short, light brown hair, wearing glasses and a light-colored, patterned suit jacket over a white shirt and a striped tie. He has a serious, somewhat skeptical expression. The background is a soft, out-of-focus grey.

**W SZUFLADACH MINISTERSTWA ZDROWIA
NIE MA NAWET ZAŁOŻEŃ PROJEKTÓW REFORMY, POWOŁANIA UNUZ I IN.
JEST KOMPLETNA PUSTKA INTELEKTUALNA.
NIE ROBI SIĘ NICZEGO NAWET W ZAKRESIE NAJPROSTSZYM
– STANDARYZACJI MEDYCZNEJ I KOSZTOWEJ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH.
SĄ PIENIĄDZE Z UNII EUROPEJSKIEJ, SĄ WZORCE,
ALE NIKT NIE CHCE Z TEGO SKORZYSTAĆ.**

przewiduje wzrost w wysokości 2,2 proc., ale według mnie oraz innych ekspertów w Polsce, będzie on jeszcze niższy, a tym samym do dyspozycji NFZ będą o wiele mniejsze środki niż obecne 60 mld zł.

Istotą reformy NFZ jest rozdzielenie funkcji płatnika i regulatora oraz kontrolera, a więc likwidacja centrali i przeniesienie jej kompetencji na poziom oddziałów regionalnych, a także powołanie w to miejsce Urzędu Ubezpieczeń Zdrowotnych, który ma nadzorować fundusze regionalne, pełnić funkcję regulatora (np. wyceniać usługi medyczne) i kontrolera jakości usług zdrowotnych. Czy to sposób na regulację systemu?

Należy podkreślić, że intencje reformatorskie Ministerstwa Zdrowia są całkowicie niejasne. Poza pewnymi hasłami, np. likwidacji NFZ i przekazania zadań do oddziałów, nie ma żadnych szczegółów. Pojawiają się natomiast niebezpieczne informacje, że oddziały miałyby funkcjonować przy wojewodach lub przy samorządach wojewódzkich. Tymczasem sama decentralizacja niczego nie daje. Ponadto jeśli jedynym jej celem ma być przekazanie zadań zdrowotnych i zarządzania SPZOZ-ami wojewodom i samorządom lokalnym, zrodzi to kolejną patologię. Można się bowiem spodziewać, że fundusze na ochronę zdrowia będą redystrybuowane z uwzględnieniem motywów politycznych, a nie efektywności leczenia i zabezpieczenia medycznego. Problemem polskiej służby zdrowia jest bowiem paternalizacja państwa – państwo (parlament i Ministerstwo Zdrowia) tworzy reguły, państwowy NFZ dysponuje pieniędzmi, większość placówek to jednostki publiczne, a na końcu państwo także kontroluje cały system.

Czyli państwo tworzy obieg zamknięty pieniądza?

Państwo jest nadregulatorem – wszystko znajduje się w rękach jednej rodziny. To nie dwa w jednym. To cztery w jednym. Pacjent w zderzeniu z monopolem państwa nie ma żadnych szans. Jeżeli nie stać go na prywatną klinikę, nie ma żadnego wyboru. Jest bezradny. Tymczasem rolę państwa powinno być jedynie stanowienie dobrego prawa i jego egzekucja. Ale już to, kto ma być płatnikiem i kto ma wykonywać zadania zdrowotne, powinno zależeć od naszego wyboru, tj. ubezpieczonych i pacjentów.

Jaki zatem byłby model idealny?

Nie ma idealnego modelu. Ja jestem zwolennikiem funkcjonowania państwowego ubezpieczyciela oraz ubezpieczeń prywatnych, ale oferowanych przez podmioty działające w systemie *non profit* – czyli nie dla zysku. To samo dotyczy świadczeniodawców – na rynku powinni działać publiczni i prywatni, co jednak nie oznacza, że prywatne jednostki muszą być nastawione wyłącznie na zysk i jego konsumpcję w postaci dywidendy.

Jak pan sobie to wyobraża?

Dobrym, chociaż nie idealnym, rozwiązaniem jest model przyjęty w Niemczech. Po zjednoczeniu obu państw niemieckich trzeba było coś zrobić z państwowym systemem ochrony zdrowia byłej NRD. I Niemcy wymyślili, aby jedna trzecia ZOZ-ów była publiczna, kolejną trzecią część systemu oddano w ręce kapitału prywatnego – ale *non for profit*, a ostatnia działa na zasadach czysto komercyjnych.

Nie bardzo rozumiem – to znaczy, że szpitalami zarządzają prywatne firmy, które nie zarabiają na tym ani euro?

Oczywiście, że nie. Każda firma komercyjna czy *non profit*, także SPZOZ, musi zarabiać, aby się rozwijać. Różnica polega na tym, że firmy *non profit* nie przeznaczają zysku na wypłatę dywidend, lecz na inwestycje. W naszych warunkach można by je nazwać stowarzyszeniami lub fundacjami.

Jaka jest efektywność ekonomiczna i medyczna takiego systemu?

Z badań niemieckich analityków wynika, że zmiana formy własności nie prowadzi do zmniejszenia dostępności świadczeń medycznych czy pogorszenia ich jakości – czym straszy się w Polsce. Wręcz przeciwnie. W Niemczech po zmianach organizacyjno-prawnych zarówno dostępność, jak i jakość znacznie wzrosły. Natomiast najbardziej efektywne ekonomicznie nie są wcale firmy komercyjne, lecz *non profit*. Na drugim miejscu są firmy komercyjne, a na szarym końcu – publiczne, do których budżet Niemiec musi dopłacać.

Czy model wypracowany w Niemczech można zaadaptować do polskich warunków?

W tym zakresie nie mamy w naszym kraju żadnych regulacji prawnych poza protezami legislacyjnymi w postaci możliwości przekształcania SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego. Co prawda są stowarzyszenia czy fundacje, ale nie ma nowoczesnych uregulowań prawnych organizacji *non profit*, np. instytucji parytarnych, tj. takich, których właścicielami są związki zawodowe i związki pracodawców.

To dosyć prosty pomysł.

W Polsce ciągle straszy się prywatyzacją. Tymczasem chodzi przecież o zmiany organizacyjno-prawne polegające na tym, że szpital przekształcony w spółkę może być w 100 proc. własnością gminy, powiatu czy województwa. Należy jednak unikać aż tak prostych rozwiązań. Przykładem jest Holandia, gdzie działają szpitale w formie spółek prawa handlowego będące jednocześnie własnością samorządów, fundacji, związków wyznaniowych, zakładów pracy, firm ubezpieczeniowych lub banków. W Polsce może być podobnie – samorząd

może oddawać po kilka procent różnym podmiotom, zostawiając sobie złotą akcję, czyli ostateczny głos w zarządzie.

Czy jednak nie nazbyt ufa pan polskiemu duchowi prawa? Nasz kraj różni się zasadniczo od luteirańskiej Holandii, gdzie kultura legislacyjna jest na o wiele wyższym poziomie.

Polskim problemem jest to, że cały czas mówimy, iż mamy system ubezpieczeniowy, podczas gdy funkcjonujące rozwiązanie niewiele ma z nim wspólnego. W Polsce panuje hybryda systemu ubezpieczeniowo-zaopatrzeniowego, realizowana w duchu komisarza Siemaszki [Nikołaj Aleksandrowicz Siemaszko, lekarz, rewolucjonista rosyjski, współpracownik Lenina, pierwszy komisarz ludowy ds. zdrowia – red.], który był twórcą systemu budżetowego.

Czy to znaczy, że i w służbie zdrowia mamy postkomunistyczny „układ”?

Niezupełnie. To, co się dzieje, jest zarówno spuścizną komuny, jak i efektem dyletanctwa. Polskie normy prawne są dziurawe, bo są dziełem ludzi kompletnie niezających się na modelowaniu systemu ochrony zdrowia. Przecież nie można przekształcać szpitala w spółkę, wymagając od zarządu takiej placówki pełnej odpowiedzialności za wynik finansowy, jeśli jej prezes nie ma wpływu na wartość kontraktu! Taki hipotetyczny prezes ma wpływ tylko na koszty, a żadnego na dochody. To, co robi NFZ, jest przecież po prostu budżetowaniem SPZOZ-ów. I tak to ma działać w spółkach. Zatem przekształcanie szpitali w spółki, w obecnym otoczeniu prawnym, to jakby wrzucić kogoś do basenu, ale zapomnieć nalać wody.

A jeśli już woda w basenie jest, to raczej mętna – przykładem mogą być zaniechania w standaryzacji medycznej i kosztowej.

To kolejna działka zupełnie nietknięta, choć nie wymaga decyzji politycznych. Poza kilkoma projektami finansowanymi z Banku Światowego, które i tak wyłączały w szufladach, bo nikomu nie zależy na ich wprowadzeniu, w zakresie standaryzacji nie mamy niczego. No, może poza kupionym w Wielkiej Brytanii programem, który ktoś w swojej nieświadomości chciał zainstalować w komputerach NFZ, myśląc, że w ten sposób stworzy system.

Amerykanie tworzą gigantyczny program analizujący, jak to się dzieje, że w tym samym mieście ta sama operacja kosztuje w jednym szpitalu 9 tys. USD, a w drugim 50 tys. USD. Czy jesteśmy w stanie zoptymalizować koszty procedur medycznych w polskich szpitalach?

Przypominam, że Amerykanom tworzenie systemu *Diagnostic Related Groups* zajęło 17 lat i kosztowało kilka



**PACJENT W ZDERZENIU Z MONOPELEM PAŃSTWA
NIE MA ŻADNYCH SZANS.**

**JEŻELI NIE STAĆ GO NA PRYWATNĄ KLINIKĘ,
NIE MA ŻADNEGO WYBORU. JEST BEZRADNY.**

**TYMCZASEM ROLĄ PAŃSTWA POWINNO BYĆ
JEDYNIENIE STANOWIENIE DOBREGO PRAWA**

I JEGO EGZEKUCJA.

**ALE JUŻ TO, KTO MA BYĆ PŁATNIKIEM
I KTO MA WYKONYWAĆ ZADANIA ZDROWOTNE,
POWINNO ZALEŻEĆ OD NASZEGO WYBORU,**

TJ. UBEZPIECZONYCH I PACJENTÓW.

miliardów dolarów, a i tak jest on niedoskonały. Niemcy są na ukończeniu – po 7 latach adaptacji – tego systemu. Ale oni od 7 lat nagrywają operacje na dyktafony i analizują procedury i ich koszty. Tymczasem polski sposób na jednorodne grupy pacjentów polegał na tym, że ktoś pojechał do Anglii, kupił dyskietkę z programem i przeliczył kurs funta i złotego. Ale nie wziął pod uwagę uwarunkowań naszej organizacji systemu opieki zdrowotnej i wysokości wynagrodzeń. Minister Arłukowicz mówi, że trzeba powołać Agencję Wyceny i Standaryzacji Świadczeń Zdrowotnych. Zgadzam się, ale trzeba było to zrobić 13 lat temu. Problemem jest to, że nie mamy żadnych umocowań prawnych, a także nie wiemy, jaką rolę powinna ta agencja odgrywać w systemie. My nawet nie mamy prawidłowego rozporządzenia dotyczącego rachunku kosztów. Tym samym nie wiemy, co powinno być zrobione w ramach danego standardu medycznego i ile powinien on kosztować.

Rozumiem, że nie ma też uregulowań prawnych ułatwiających wejście na rynek ubezpieczycieli i tworzenie systemu ubezpieczeniowego z prawdziwego zdarzenia.

Firmy i banki są zainteresowane zarządzaniem polskim systemem ochrony zdrowia nawet na zasadzie *non profit* lub dokładając do tego interesu. Ale nie ma woli wpuszczenia ich na nasz rynek.

Nie rozumiem – banki mają zarządzać ubezpieczeniami zdrowotnymi, dokładając do tego interesu?

Tak dzieje się na Zachodzie. Dotyczy to także firm ubezpieczeniowych. Proszę bowiem pamiętać, że ubezpieczenie zdrowotne dotyczy wszystkich. A zasada jest prosta: jeśli mam ubezpieczenie zdrowotne w firmie X, to zapewne wykupię w niej także ubezpieczenie samochodu, mieszkania, roweru, majątkowe i na życie. Tak jest w USA. Etna zarządza Medicarem w stanie Massachusetts i na tym traci, ale zyskuje klientów na inne pakiety ubezpieczeń. Każda firma ubezpieczeniowa nie tylko jest, ale musi być zainteresowana ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Czy to oznacza, że firmy ubezpieczeniowe, zarządzając ubezpieczeniami zdrowotnymi, tworzą sobie *public relations*?

Tak – każda z wielkich firm ubezpieczeniowych chce być jak najbliżej potencjalnego klienta, a pacjentami jesteśmy bądź będziemy wszyscy. Nie ma lepszej reklamy dla ubezpieczyciela niż oferowanie ubezpieczeń zdrowotnych. Dzięki nim firma dociera do wszystkich potencjalnych klientów. W Polsce nie ma politycznej woli dopuszczenia towarzystw ubezpieczeniowych do zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Ale to tylko jeden z polskich problemów – innym jest niechęć do wprowadzenia postulowanych dopłat do świadczeń ponadstandardowych.

No właśnie – wszyscy reformatorzy mówią o dopłatach.

Na razie w Polsce mówimy, że każdy obywatel ma prawo do pełnego zakresu usług medycznych, że każdemu należy się wszystko – czyli *de facto* nie należy się nic. Dlatego też ciągle jest mowa o ubezpieczeniach gwarantujących leczenie ponadstandardowe. Problemem jest to, o czym wcześniej wspominałem: my nie wiemy, co ma być w standardzie. Ponadto politycy wszystkich opcji boją się tego pomysłu jak ognia, bo to niepopularne politycznie – a taka reforma wykracza poza cztery lata kadencji Sejmu. Druga rzecz: nie mamy specjalistów, którzy mogliby przygotować taką reformę, a posłowie nie mają o tym zielonego pojęcia.

Jest jeszcze lobby medyczne, które w tym chaosie pławi się jak w basenie z pieniędzmi.

Lekarze i prywatna służba zdrowia są zainteresowani, aby w SPZOZ-ach działało się jak najgorzej. Bo pieniądze niezadowolonych trafią do prywatnych kieszeni – lekarzy, którzy położą chorego w publicznym szpitalu, lub firm, które zrobią to samo, ale na zasadzie komercyjnej. Dodatkowo prywatyzacja w polskim wydaniu w ogóle jest obciążona grzechem interesowności grup kapitałowych, niekoniecznie zainteresowanych zarządzaniem szpitalami, ale świetnymi lokalizacjami w centrach miast, budynkami oraz terenami z dobrą infrastrukturą.

Znanych jest w Polsce kilka przykładów prywatyzacji, które kończyły się parcelowaniem szpitalnych działek.

Tak działa w Polsce wiele grup kapitałowych myślących o prywatyzacji w najprymitywniejszy sposób. Tymczasem trzeba zadbać o bezpieczeństwo prywatyzacji, np. tak jak to zrobili Niemcy. Otóż nasi zachodni sąsiedzi oddali specjalistkę w zarząd spółki powołanej przez m.in. Deutsche Bank, który robi to *non profit*. Właścicielem nie jest Jasiu Kowalski, chcący sprzedać budynki lub wyciągnąć ze szpitala dywidendę, tylko bank, zyskujący dzięki takiemu działaniu nowych klientów i utrwalający pozytywny wizerunek wśród starych.

Po takiej dawce czarnego obrazu systemu ochrony zdrowia A.D. 2013 wypada zapytać o projekcję systemu na najbliższy rok.

Chciałbym się mylić, ale myślę, że poza słowami nie będzie się działo nic. Literalnie: nic! Mam doświadczenie w projektowaniu systemowym. Jest to proces niezmiernie skomplikowany i dlatego wiem, że są to tylko hasła, a w szuladach Ministerstwa Zdrowia nie ma nawet założeń projektów reformy, powołania UNUZ i in. Jest kompletna pustka intelektualna. Nie robi się niczego nawet w zakresie najprostszym – standaryzacji medycznej i kosztowej świadczeń zdrowotnych. Są pieniądze z Unii Europejskiej, są wzorce, ale nikt nie chce z tego skorzystać.

Rozmawiał Jacek Szczepny