

Debata: Mechanizmy rynkowe w ochronie zdrowia – czy znamy kierunek drogi?

Justyna Wojteczek



foto: Archiwum

Od wielu lat w publicznej debacie przewija się postulat urynkowienia ochrony zdrowia. Dyskusja *Ile gospodarki w systemie zdrowia*, która odbyła się na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego pokazała, że opinii na ten temat jest niemal tyle, ilu uczestników debaty. Najgorsze jest jednak to, że ciągle brakuje spójnej definicji rynku zdrowotnego, a podczas dyskusji można usłyszeć wniosłe hasła zamiast konkretnych programów.

Podczas warszawskiego spotkania kij w mrowisko włożył Paweł Szwed, były wiceminister zdrowia, były dyrektor szpitala, obecnie dyrektor Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, stwierdzając: – *Kiedy mamy do czynienia z rynkiem? Gdy podaż spotyka się z popytem i w ten sposób kształtuje się cena. Innymi słowy – rynek to wolność kształtowania ceny. A co mamy w ochronie zdrowia? Ceny są regulowane. Dlatego dyskusję trzeba zacząć od wyznaczenia celów. Bo... tego etapu jeszcze nie było.*

Im gorzej, tym lepiej

– *W ochronie zdrowia o rynku można mówić tylko w pewnych obszarach* – stwierdziła dr nauk ekonomicznych Małgorzata Winter z Uniwersytetu Warszawskiego.

Skoro rynek – to spółki prawa handlowego, podlegające prawu upadłościowemu i dyscyplinie finansowej. Ale i tu brak szerokiej zgody. Doktor Małgorzata Winter uważa, że szpital prowadzony w formie spółki nie jest opłacalnym przedsięwzięciem, ponie-

waż wówczas trzeba się dzielić z fiskusem pieniędzmi w postaci podatku dochodowego bez zwolnień przedmiotowych. Ponadto doświadczenia są takie, że im gorzej był zarządzany zakład opieki zdrowotnej, im gorszą miał sytuację, tym więcej na tym zyskiwał.

Na *dictum* Małgorzaty Winter ripostował Marek Balicki, zwracając uwagę, że kilkadziesiąt samorządów przekształciło swoje szpitale w spółki i nie zgłaszają problemu z płaceniem podatków. – *Ten podatek byłby problemem, gdyby trzeba było wypracować zysk do transferowania na zewnątrz* – podkreślił były minister zdrowia. Następnie po raz kolejny zadeklarował się jako zwolennik przekształcania szpitali w spółki kapitałowe, ale nie pod przymusem. – *Nie każdy szpital należy przekształcać. Jednak konieczne jest wprowadzenie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej elementów, jakimi rządzą się spółki* – powiedział Marek Balicki. Zwrócił też uwagę, że od paru lat w Polsce jest już i gotowość do przekształceń szpitali, i presja otoczenia na taką restrukturyzację. Balicki skrytykował propozycje Platformy Obywatelskiej, która w projekcie ustawy zapisała dla organów założycielskich obowiązki dofinansowywania swoich nieprzekształconych placówek co 3 lata, jeśli wykazałyby ujemny wynik.

Daleko od ideału

Kolejny temat, od lat pojawiający się przy okazji dyskusji o mechanizmach rynkowych to dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Paweł Sztwiertnia zwrócił uwagę na oczekiwanie, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne zwiększą pulę pieniędzy w systemie ochrony zdrowia. – *Trzeba jasno sobie powiedzieć: od tego pieniędzy więcej nie będzie* – podkreślił dyrektor INFARMY.

Z kolei Jacek Paszkiewicz, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez decentralizację publicznego płatnika urynkowałby najchętniej ubezpieczenie powszechne. Oczywiście, przy współlistniejących ubezpieczycielach prywatnych zbierających składki na ubezpieczenia dodatkowe. – *System oparty o płatnika publicznego jest nierentowny. Wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych jest z pewnością celowe* – przekonywał szef Funduszu, zarazem przyznając, że na razie brak spójnej koncepcji wprowadzenia tego pomysłu w życie.

Jedno jest pewne – obecna rzeczywistość daleka jest od idealnej. – *Lekarze nie chcą brać odpowiedzialności za decyzje kliniczne, nie obchodzą ich koszty terapii. Menedżerowie najpierw głoszą, że pieniądź powinien iść za pacjentem, a potem domagają się ryczałtów na świadczenia. Absurdem jest to, że w Narodowym Funduszu Zdrowia jest jeden strumień pieniędzy na świadczenia zdrowotne, a drugi na płace dla lekarzy i pielęgniarek* – mówił Paszkiewicz.

Zaś dyrektor powiatowego szpitala w Pruszkowie Krzysztof Ryzmuza poprosił o jedno: – *Niech przynajmniej przez 3 lata nie zmieniają się warunki. To znaczy, niech kontrakty będą zawierane na tych samych zasadach, niech nic się nie zmienia w sprawozdawczości, katalogu.*



foto: z Archiwum

„ Paweł Sztwiertnia: – *Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie zwiększą puli pieniędzy w systemie* ”

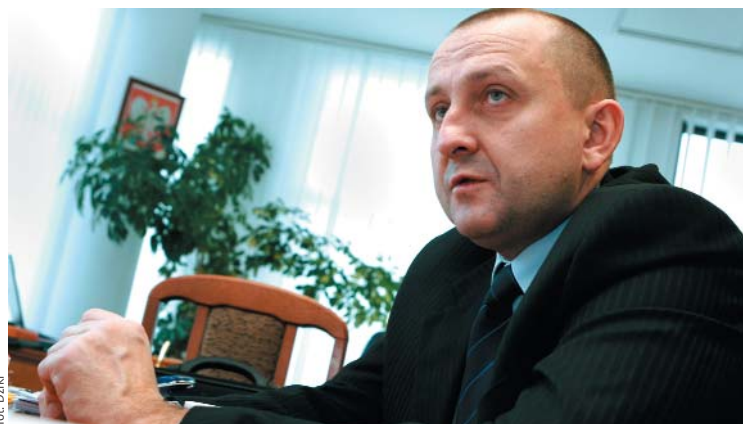


foto: Dąbki

„ Jacek Paszkiewicz: – *Absurdem jest to, że w Narodowym Funduszu Zdrowia są dwa strumienie pieniędzy: na świadczenia i na płace* ”

I niech programy komputerowe przynajmniej przez ten czas będą takie same. Bo w Polsce nawet przedsiębiorca w wolnorynkowej grze gospodarczej ma bardziej stabilne otoczenie niż najlepszy menedżer w ochronie zdrowia, który kieruje szpitalem finansowanym z publicznego źródła.

Debatę 11 kwietnia zorganizowały Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Media Trend Sp. z o.o. – Centrum Komunikacji Medialnej oraz Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia. Debatę prowadził redaktor naczelny *Menedżera Zdrowia* Janusz Michalak. ■