



foto. 2 x Piotr Waniorek

Zielony bubeł*

Rozmowa z dr Katarzyną Tymowską,
adiunktem na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego,
kierownikiem Podyplomowego Studium Ekonomiki Zdrowia

Jak zrodził się pomysł *Zielonej księgi* i jaki miał być cel jej publikacji?

Z wypowiedzi Marka Balickiego można było wynioskować, że minister po publikacji *Zielonej księgi* oczekiwał czegoś innego. Zapowiadał, że *Księga* będzie podstawą do debaty na temat zmian systemowych, a tymczasem jest próbą wznowienia bilansu otwarcia w zakresie faktograficznych informacji w wymiarze monetarnym. To opracowanie nie może być podstawą do zapowiedzianej debaty.

Czy obraz przedstawiony w *Zielonej księdze* jest zgodny z rzeczywistą sytuacją polskiego systemu ochrony zdrowia?

Są w *Księdze* informacje powszechnie znane i do ich przedstawienia nie mam zastrzeżeń. Jest trochę informacji nowych, ciekawych i wartych uwagi. Są jednak również pewne informacje znane tylko osobom zajmującym się ekonomiką i finansami zdrowia, które omówiono z błędami metodologicznymi. Przykładem są badania modułowe GUS na temat wydatków gospodarstw domowych na służbę zdrowia. Ba-

dania modułowe dotyczą korzystania z opieki ambulatoryjnej w ciągu ostatnich 3 miesięcy, a w *Księdze* dokonano takiej analizy, jakby dane dotyczyły całego ostatniego roku. Po prostu autorzy raportu nie wczytali się w badania GUS.

Ale czy to niedopatrzenie ma jakieś konsekwencje?

Ma, bo np. nagle wykryto, że tak mało osób korzysta z podstawowej opieki zdrowotnej. Ale te dane dotyczą tylko 3 miesięcy. Gdyby przeanalizować cały rok, okazałoby się, że jest zupełnie inaczej. Ktoś może powiedzieć, że się czepiam, ale to jest problem wiarygodności danych. Oczywiście w *Księdze* są też rzeczy bardzo ciekawe. Przykładem mogą być dane dotyczące – *notabene* bardzo ciekawa analiza – prognozy przychodów ze składki. Co roku, kiedy tworzy się plan finansowy – przedtem kas chorych, a teraz Narodowego Funduszu Zdrowia – to w Ministerstwie Finansów zaczyna się od planowania przychodów ze składki. Dopiero po wykonaniu tej pracy NFZ przygotowuje cały plan. Jest tu nie tylko prognoza na wiele lat, ale również ciekawy komentarz.

Co panią w nim tak zainteresowało?

Zwrócenie uwagi na to, że rośnie udział składki tzw. prywatnej w przychodach ze składki, czego społeczeństwo jest zupełnie nieświadome. I za kilka lat, kiedy skończy się okres *dochodzenia* do 9 proc., to udział przychodu ze składki opłacanej od dochodów netto, czyli nieodliczanej od podatku ani od podstawy opodatkowania, będzie wynosił już 15

1999 r. wiele szpitali w Polsce miało także przychodnie przyszpitalne. Pomijam jednocześnie to, że były też zoz-y, które miały szpital, przychodnię przyszpitalną i ambulatoryjną jako zupełnie odrębną jednostkę i były to zespoły opieki zdrowotnej. Weźmy, np. taki szpital, który działał samodzielnie nie jako zespół zakładów, ale jako szpital i przychodnia. W rachunkach kosztów w tamtym okresie, a co do tego nie mam najmniejszych wątpliwości, w koszt wydatków na szpital wliczaliśmy również znaczną część kosztów tej przychodni. Kiedy wprowadzono kasy chorych, odrębnie podpisywano umowy na szpital i na działalność ambulatoryjną przy szpitalu. Ponadto po 1999 r. z różnych powodów – ekonomicznych i nie tylko – nastąpiła dalsza dekompozycja struktur. Liczne jednostki pozbyły się przychodni. W związku z tym szpital w roku 2003, 2004 czy 2005 był zupełnie inny, niż szpital w roku 1994. Pełnił już inne funkcje. Dlatego wskaźników elastyczności szacowanych dla szpitali typu X, które pełniły funkcję Y w latach 1994–1999, nie można przenieść do prognozy. Równie dobrze można położyć się na łacie, popatrzyć na chmury i na podstawie ich kształtu prognozować pogodę na jutro.

Pani doktor, wskazuje pani na wyrwkowe błędy metodologiczne, a tymczasem trzeba spojrzeć na wartość całej *Księgi*.

Ależ ona właśnie w dużej części składa się z błędów metodologicznych. Analiza treści *Księgi* i napisanie opinii o niej zajęło mi 12 godzin i doszłam do wniosku, że wiele szacunków i cała prognoza wykorzystu-

„ Zielona księga w dużej części składa się z błędów metodologicznych ”

proc., co oznacza, że grupy najmniej zarabiające, płacące małe podatki od dochodów osobistych, będą silnie obciążone dodatkowym podatkiem celowym na zdrowie.

Co jeszcze się pani nie podoba w tej *Księdze*?

Dyskusyjnym problemem jest szacowanie elastyczności wydatków na szpital, poz i opiekę ambulatoryjną. Jaka jest wiarygodność danych w modelu, w którym przyjęto, że wskaźniki elastyczności na najbliższe lata będą takie same, jak w latach 1994–2001? Po pierwsze, okres 1994–2001 był niejednorodny. Tymczasem w krótkookresowych analizach ekonometrycznych i statystycznych mówimy o tym, że można używać szeregów czasowych i trendów czasowych pod warunkiem, że zmiany nie były skokowe. A tu zmiany były skokowe. Np. skokowa była zmiana w statystyce publicznej i w statystyce ministra finansów, ile wydawano na szpital. Do

jąca te szacunki, przedstawiona w końcowej części tej pracy, jest zła.

Co z tej prognozy się nie sprawdzi?

Chociażby wysokość wydatków, które powinniśmy ponieść w najbliższych latach, aby zaspokoić popyt na świadczenia zdrowotne. Grupa badaczy próbowała stworzyć podstawy merytoryczne do odpowiedzi na pytanie, ile powinna wynosić składka. Nie kwestionuję tezy, że mamy za mało pieniędzy. Kwestionuję jakość tego rachunku.

Czy nie uznaje pani argumentu, że wydatki na zdrowie mierzone w procencie PKB są u nas niższe niż np. w Czechach?

Gdyby mój student na egzaminie powiedział, że w Polsce trzeba podnieść składkę tylko dlatego, że Czechy mają wyższy udział wydatków na zdrowie w dochodzie narodowym, to na pewno dostałby



dwóję z ekonomiki zdrowia i przyszedł na egzamin poprawkowy. Procent dochodu narodowego wydawanego na ochronę zdrowia jest jednym z najniższych wskaźników porównań międzynarodowych. Nie ma żadnego związku między zamożnością społeczeństwa a odsetkiem wydatków na zdrowie. Można znaleźć kraje o różnym poziomie zamożności, ale o tym samym odsetku dochodu narodowego przeznaczanego na służbę zdrowia. Natomiast występuje zależność między wydatkami na jednego mieszkańca na ochronę zdrowia, całkowitymi, nie tylko publicznymi, a dochodem narodowym na mieszkańca, pod warunkiem, że jedno i drugie wielkości zostały przedstawione w przeliczeniu, na np. dolary amerykańskie, z uwzględnieniem paritetu siły nabywczej dolara. Trzeba też powiedzieć, że społeczeństwo wydaje na ochronę zdrowia tyle, na ile je stać. Jak ma nadwyżki i wysoko ceni zdrowie, to wydaje więcej. Kiedy kraje Europy Zachodniej miały taki poziom dochodu narodowego na mieszkańca jak my teraz, to wydawały na jednego mieszkańca na ochronę zdrowia tyle co my obecnie, tyle że wtedy były inne technologie medyczne, nie tak kosztowne.

Czy jednak politycy nie powinni wziąć pod uwagę oczekiwań zdrowotnych społeczeństwa?

Pacjenci oczywiście chcą się leczyć przy pomocy skutecznych, a więc coraz droższych technologii. Jest nawet takie pojęcie *dynamicznego moralnego ha-*

„ Gdyby mój student na egzaminie powiedział, że w Polsce trzeba podnieść składkę tylko dlatego, że Czechy mają wyższy udział wydatków na zdrowie w dochodzie narodowym, to na pewno dostałby dwóję z ekonomiki zdrowia „

zardu pacjentów. Polega on na tym, że następuje bardzo silne nadużywanie drogich technologii, szczególnie w grupach osób z wyższym wykształceniem. Z *Zielonej księgi* wynika, że w Polsce na leki wydaje się więcej niż na płace w służbie zdrowia. Ja jednak podważam ten rachunek, ponieważ nie mamy wiarygodnych danych o wydatkach na płace. Osoba, która to szacowała, przyjęła założenie, że struktura wydatków na płace jest taka, jak w latach 1999–2001. Ale od tamtego czasu zaszły zmiany. Część szpitali wydatki na płace rejestruje w pozycji *usługi obce*, ponieważ zatrudnia lekarzy na podstawie umów cywilnych. Poza tym w tych latach, dla których autorzy *Księgi* to prognozują i szacują, biorąc strukturę z lat poprzednich i ją ekstrapolując, niewielu lekarzy pracowało na umowę cywilną. A i lekarzy finansowanych wg stawek kapitacyjnych było niewielu. Ja nigdy nie zgodziłabym się oszacować wydatków na płace w Polsce w sektorze zdrowia, bo wiem, że nie mamy wiarygodnych danych. Jeśli więc ten element jest nieprawdziwy, to również nie sposób poważnie traktować tezy, którą egzemplifikuje.

Z tego wynika, że w *Księdze* jest niewiele wiarygodnych danych. Do zaburzenia całości wystarczy bowiem jeden fałszywy zestaw informacji.

Na pewno ciekawe są dane o rynku leków. A dlaczego? Bo zostały kupione od firmy, która zajmuje się sprzedażą informacji na ten temat. Dane te są dostępne tylko poprzez ich zakup za niemałą cenę. Co prawda przedstawiciel jednej z firm powiedział, że zdaniem lekarzy pracujących w koncernach farmaceutycznych zajmujących się analizą leków na rynku szpitalnym, firma ta nie doszacowuje niektórych wydatków na leki szpitalne, ale ja nie mam danych do wysnuwania takich wniosków.

Skoro jest tak dużo mało wiarygodnych danych, to po co była ta wrzawa wokół *Zielonej księgi*?

Nie wiem – ja jej nie zamawiałam. Miała być debata, ale po zapoznaniu się z treścią *Zielonej księgi* py-

tam, o czym? O metodologii? To musieliby się spotkać ekonometrycy.

Czy więc jest to bubel?

Księga w części prognostycznej powinna być opatrzona ogromną liczbą komentarzy zwracających uwagę na to, że są to tak przybliżone szacunki, że nie mogą być podstawą żadnej decyzji, a z ogromnej części tekstów trzeba wyrzucić różne zdania, które wskazują na to, że ktoś nie miał czasu czegoś przeczytać. Moim zdaniem, całość nadaje się raczej do kosza, bo ilość błędów, które tutaj popełniono, dyskwalifikuje ten materiał jako poprawny naukowo.

Czy zatem jest potrzebna Zielona księga bis?

Na pewno przydałyby się badaczom, którzy mogliby, wykorzystując takie dane, pisać doktoraty i habilitacje. Potrzebne są także lepsze dane do porównań międzynarodowych, do niektórych analiz makroekonomicznych. Ale czy Księga jest potrzebna praktykom? Należy bowiem pamiętać, że inne dane są potrzebne dyrektorowi szpitala do rachunkowości zarządczej, inne NFZ, a jeszcze inne dane zbiera się

kardiologii, a więc chorych kardiologicznych z interny przesuwano na tamten oddział, a w drugim nie było. W jednym szpitalu był zakład opiekuńczo-leczniczy albo oddział dla przewlekle chorych i tam były wyższe koszty interny niż w innym, gdzie przebywali przewlekle chorzy z niskimi kosztami leczenia. Takich *nieporozumień* w liczeniu jest w tej dziedzinie bardzo dużo. Gdyby mi np. student porównywał koszty rodzajowe w szpitalu onkologicznym z kosztami rodzajowymi w 4-oddziałowym szpitalu powiatowym w małej miejscinie, to bym powiedziała: kochany, ten rachunek jest do kosza, bo nie zapewniłeś kryterium porównywalności danych. I zapytałabym go, po co ci ta informacja? Jeśli dla średniej arytmetycznej, to wiedz, że nie możesz liczyć średniej arytmetycznej dla jednostek, które są tak niejednorodne. I dlatego nie liczy się tego w GUS, bo szkoda na to publicznych pieniędzy.

Czy udział środków publicznych w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce jest, pani zdaniem, taki jak w porównywalnych krajach?

Nie ma czegoś takiego jak kraj porównywalny. Bo to zależy od tego, jaka jest definicja środka pu-

” Z Zielonej księgi wynika, że w Polsce na leki wydaje się więcej niż na płace w służbie zdrowia. Ja jednak podważam ten rachunek, ponieważ nie mamy wiarygodnych danych o wydatkach na płace ”

w statystyce publicznej. Zresztą była już w Polsce firma, która zajmowała się zbieraniem i handlowaniem informacjami o kosztach w szpitalach. Okazało się jednak, że nie tylko był mały popyt na wiarygodne informacje, ale koszty zdobycia tych informacji są tak wysokie, że nikt by ich nie kupił po cenie, która miałyby pokryć wydatki niezbędne do ich uwiarygodnienia.

Czy są więc na tym rynku jakieś wiarygodne dane? Czy posługujemy się tylko danymi cząstkowymi?

Są pewne źródła informacji, są analizy rynku. Jak ktoś np. wchodzi na rynek z odczynnikiem typu X, o którym wiadomo, że stosowany jest w danych procedurach, to przecież wie, jaki jest koszt takiego odczynnika i wartość rynku. Problemem jest to, komu jest potrzebna wiarygodna informacja. Są na przykład szpitale, które np. mają informacje o kosztach wg struktury rodzajowej na internie i o kosztach jednostkowych leczenia jednego hospitalizowanego. Gdy dokładniej przyjrano się tym danym, okazywało się, że na internie w pierwszym szpitalu przyjmowano pacjentów z innymi chorobami niż w szpitalu drugim. Dlaczego? Bo w jednym szpitalu był oddział

publicznego, jaki system opieki zdrowotnej w danym kraju przyjęto. Potocznie uważa się, że w Ameryce dominują w ochronie zdrowia wydatki prywatne. A to jest nieprawda. *Medicare*, *Medicaid*, służba zdrowia dla weteranów, służba zdrowia dla Indian, dotacje dla szpitali komunalnych, które przyjmują osoby nieubezpieczone, ulgi podatkowe dla pracodawców, którzy nie płacą podatków i kupują plany zdrowotne dla swoich pracowników – wszystko to wlicza się do wydatków publicznych. Są to wydatki podlegające bardzo ścisłemu nadzorowi agencji publicznych, rządu federalnego i stanowego.

Czyli to nieprawda, że tam jest wolny rynek?

Nigdzie nie ma wolnego rynku. Za kraje o największej regulacji państwowej w służbie zdrowia uznaje się Niemcy i Stany Zjednoczone. To oczywiście strasznie dużo kosztuje – ocenia się, że 25 proc. całości środków na ochronę zdrowia w USA wydawane jest na administrację i nadzór. Dlaczego tak dużo? Bo medycyna to dziedzina, która nie daje się łatwo nadzorować z zewnątrz. Dlatego świat idzie w kierunku takich technik finansowania, żeby dele-

gować nadzór do profesjonalistów medycznych przez ustalanie standardów i procedur, a także delegować odpowiedzialność finansową oraz zmierzać do kupowania dużych pakietów usług, a nie każdej usługi osobno. Dlaczego? Bo udokumentowanie z zewnątrz, że dany wydatek był bezzasadny, że pacjentowi podano niezasadnie za drogi lek, jest bardzo trudne. Tylko lekarz i profesjonalista medyczny ma prawo ten wydatek zakwestionować, a nie np. urzędnik instytucji, która płaci za usługi. Medycyna to specyficzna dziedzina, gdzie nadzór administracyjno-biurokratyczny w pewnym momencie z góry skazany jest na niepowodzenie. On może być skuteczny tylko przez limit. I takie limity są stosowane od czasu wprowadzenia kas chorych u nas, bo mamy tendencję do nadużywania usług. Środki publiczne są ograniczone, a nie mamy zbyt wielu sposobów nadzoru nad ich wykorzystaniem. Ale limitowanie, chroniąc finanse publiczne, tworzy setki problemów dla pacjentów i świadczeniodawców.

pan sobie przeciętnego lekarza rodzinnego, który idzie na pogrzeb swojego pacjenta?!

Jednak to nie reguła. Tygodnik Powszechny na podstawie Zielonej księgi napisał o służbie zdrowia jako o stajni Augiasza.

Gdzie ona jest, wszędzie? Wszyscy, kradną, oszukują? Nieprawda. Znam dziesiątki szpitali, które są świetnie zarządzane. Nie pogorszyła się ich skuteczność. Nie jest też prawdą, że nie mamy żadnych dobrych danych, bo np. dane o wydatkach wg procedur i wieku, gromadzone w NFZ, są już bardzo dobre. Wydatki na inwestycje, wg szacunków takich jak w Zielonej księdze, są niewielkie, a jednocześnie w Polsce sprzedaż aparatury i sprzętu medycznego rośnie. Dlaczego? Bo są także źródła finansowania inwestycji, a zachodnie firmy są zainteresowane inwestowaniem, gdyż nasz rynek ma perspektywę wzrostu. Wszyscy opowiadają, że my tyle wydajemy na zdrowie, bo płacimy lekarzom łapówki. Tymcza-

” W Zielonej księdze są ciekawe dane o rynku leków. A dlaczego?

Bo zostały kupione od firmy, która zajmuje się sprzedażą informacji na ten temat ”

To naturalne zjawisko, że ludzie chcą korzystać z najlepszej opieki medycznej.

Stopień korzystania z opieki zdrowotnej rośnie w miarę wzrostu zamożności i poziomu wykształcenia. Ludzie w dużych aglomeracjach, z wyższym wykształceniem i z większymi dochodami korzystają kilkakrotnie częściej z usług specjalistycznych niż ludzie w małych miejscowościach. Takie są kulturowe uwarunkowania. W efekcie w dużych miastach generowane są niewspółmiernie wysokie koszty.

Czyli należy wprowadzić współpłacenie pacjentów?

Korzystanie z opieki zdrowotnej można nadzorować różnymi metodami. Znam praktykę lekarza rodzinnego w Łodzi, który tak zorganizował opiekę nad swoimi pacjentami, że nie nadużywają oni opieki zdrowotnej. On nawet ma takie motto: *ochronić pacjentów przed kontaktem ze służbą zdrowia*, żeby jak najrzadziej przychodzili i jak najrzadziej korzystali z usług specjalistów i szpitala. Lekarz ten uruchomił programy edukacyjne, wprowadził badania profilaktyczne dzieci oraz ludzi starych i w tych grupach populacji wyodrębnił podgrupy ryzyka. Dla każdej grupy ryzyka ustalone są procedury postępowania. I nie ma tam sytuacji, że osoba chora na cukrzycę przychodzi 10 razy dziennie, ponieważ chorzy na cukrzycę zaufali mu i znają standardy leczenia. Jak przyjechaliśmy tam z koleżanką na wywiad i chciałyśmy się umówić, to lekarz prosił o zmianę godziny, bo zmarł mu pacjent i idzie na pogrzeb. Wyobraża

sem udział wydatków nieformalnych spada, a rośnie udział wydatków na zakup usług na oficjalnie działającym rynku oraz wydatków na leki, w tym i bez recepty, bo ludzie chcą się lepiej leczyć (choć zbyt silnie ulegają reklamie leków i mało wiedzą o skutkach ubocznych). Na razie wydatki prywatne na zdrowie nas nie rujną, bo równocześnie, przy dużych problemach zdrowotnych, można bez większych przeszkód po prywatnej wizycie dostać się do lekarza w ramach kontraktu. Oba sektory żyją w pełnej symbiozie od ponad 50 lat i dzięki temu cały system się rozwija.

Czyli mamy status quo i, pani zdaniem, nie ma szans na – tak obecnie lansowaną – bliską perspektywę rozwoju prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych?

Przy tych ryzykach, które są – na pewno nie. W obecnym systemie ryzyko ewentualnych wydatków prywatnych jest ciągle niższe niż wydatek na polisę ubezpieczeniową.

Czyli w dalszym ciągu z jednej strony będzie istniał system publiczny, a z drugiej prywatny, ale mały?

Prywatny, tak. Ale czy mały? Zależy gdzie. W dużych aglomeracjach wielki, a w *Pcimiu Dolnym* niewielki. Myślę, że jeszcze przez wiele lat będzie istniała podobna do obecnej symbioza dwóch systemów.

Rozmawiał Janusz Michalak

*Tytuł pochodzi od redakcji