



Rozmowa z prof. dr. hab. n. med.  
Tomaszem Zdrojewskim z Komitetu  
Zdrowia Publicznego PAN

**OCHRONA**

**ZDROWIA**

**PEŁNA**

**SPRZECZNOŚCI**

Czego dowiedzieliśmy się podczas V Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość oraz XV Hospital & Healthcare Management? Jakie wnioski można wyciągnąć z funkcjonowania – i kłopotów – systemu ochrony zdrowia w ostatnich dwóch dekadach?

Podczas konferencji eksperci udowodnili, że w systemie ochrony zdrowia, jak w żadnym innym obszarze, jest mnóstwo sprzeczności – także sprzeczności interesów różnych uczestników systemu.

Poproszę zatem od razu o opisanie wybranej przez pana profesora największej sprzeczności w ochronie zdrowia.

Nie będę oryginalny i zacznę od finansowania. Proszę zauważyć, że chociaż dobre zdrowie jest dla Polaków najwyższą wartością, to już na początku transformacji ustrojowej w latach 90. ubiegłego wieku klasa polityczna zdecydowała o względnie niskich nakładach na opiekę medyczną w porównaniu z innymi państwami Europy Zachodniej. Niektórzy eksperci z krajów zachodnich i USA uważają wręcz, że jak na tak niskie finansowanie świadczeń zdrowotnych polski system cechuje wysoka efektywność.

Czy nie jest to kolejny paradoks?

W pewnym sensie tak, ale zaskoczę pana. Znam makroekonomistów, którzy uważają, że nieduże nakłady na ochronę zdrowia to racjonalna polityka. Przede wszystkim dlatego, że system ochrony zdrowia nieumiejętnie zarządzany potrafi wydać wszelkie przekazane na jego rzecz środki. W tym miejscu trzeba przyznać, że szczególnie w pierwszej dekadzie transformacji trudno było mówić o dobrym zarządzaniu i dostatecznej kontroli systemu. Poza tym, jak pokazuje doświadczenie wielu państw, nakłady na inne obszary, między innymi inwestycje w edukację, przynoszą więcej korzyści, a w dłuższej perspektywie są po prostu bardziej rentowne. Innymi słowy – zwiększanie wydatków to jedno, a efektywność ochrony zdrowia to drugie.

Czy w obszarze organizacji także znajdziemy antynomie?

Myślę, że dobrym przykładem jest brak spójnego systemu zbierania i monitorowania informacji w ochronie zdrowia. Podkreślę, że nie jest to paradoks charakterystyczny tylko dla naszego kraju – kraje o niskim i średnim poziomie dochodu narodowego w dużo mniejszym stopniu niż państwa bogate prowadzą analizy dotyczące efektywności kosztowej. Prawda jest taka, że w Polsce nie dysponowaliśmy, w wystarczającym stopniu, narzędziami statystycznymi i modelami, które pozwoliłyby przekonać ministra finansów i premiera do racjonalnych decyzji w pracach nad budżetem państwa w zakresie ochrony zdrowia.

**OBECNIPIERWSZORZĘDNYM ZADANIEM**

**DLA RZĄDZĄCYCH W POLSCE**

**BĘDZIE PRZEKONANIE SPOŁECZEŃSTWA,**

**ŻE NIE OPLĄCA SIĘ DAWAĆ**

**ZBYT MAŁO PIENIĘDZY NA ZDROWIE**

Jednym z pierwszych obszarów w zakresie monitorowania i analiz, w którym taki model wypracowano, była refundacja leków. Ważne dla poprawy sytuacji, chociaż opóźnione, było również utworzenie Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz specjalistycznych zespołów analitycznych w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia. Celowo powiedziałem, że to minister finansów i premier podejmują kluczowe decyzje w zdrowiu, bo to przecież oni decydują o strukturze finansowania ochrony zdrowia.

Doszliśmy do polityki zdrowotnej i jej uczestników – podczas sesji inauguracyjnej Kongresu „Antynomie w systemie ochrony zdrowia”, notabene nawiązującej do monografii pod redakcją pana profesora, prof. Krzysztofa Opolskiego i Zuzanny Opolskiej, mówił pan o tym, że zdrowie stało się politycznym sloganem.

Zgadza się. Powiem więcej: niestety politycy boją się systemu ochrony zdrowia. Być może mają dobrą intuicję – zdają sobie sprawę, że trzeba w reformowanie tej dziedziny włożyć dużo pracy. To trochę złośliwe, co mówię – wiem. Politycy próbują przejść obok tych problemów, a to nie jest właściwe. Nie da się poprawić systemu ochrony zdrowia, przechodząc obok lub zmieniając go jedynie powierzchownie. Warto w tym miejscu wskazać jeszcze jedną sprzeczność wynikającą z faktu, że w kolejnych rządach minister zdrowia był słabym graczem, jeśli chodzi o najważniejsze decyzje, czyli wielkość nakładów i ich strukturę. Myślę, że pandemia pokazała nam wszystkim, jak wiele różnych obszarów musi on objąć swoimi działaniami i odpowiedzialnością – zdrowie publiczne, opiekę zdrowotną, społeczną, bezpieczeństwo obywateli i państwa, edukację i komunikację społeczną, system informacji czy innowacje. Może politycy dojdą w końcu do wniosku, że minister zdrowia, realizując i realnie wpływając na działy edukacji, rodziny i opieki społecznej, kultury fizycznej i sportu, komunikacji społecznej, powinien sprawować swój urząd w randze wicepremiera rządu. Z pewnością uzyska dzięki temu większe szanse na dialog i przekonanie ministra finansów do nowych rozwiązań budżetowych.



Fot. Patryk Rydzik

Trzeba przyznać, że w Polsce dialog między ekspertami medycznymi, politykami a społeczeństwem w sprawie zbyt niskich nakładów na zdrowie – niezależnie od tego, jaki skutek przynosi – niewątpliwie w ostatniej dekadzie się rozwinął. Czy możliwa jest skuteczna praca ponad podziałami?

Obecnie najbardziej popularne spojrzenie na tę sprawę w mediach jest następujące – dobre zdrowie Polaków, w zgodnej opinii polskich polityków, jest podstawowym elementem naszej racji stanu. Z tym jednolitym poglądem elit politycznych i społeczeństwa kontrastuje niskie finansowanie i niedostateczny stan systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. W statystykach zdrowotnych w Unii Europejskiej należymy do grupy krajów o prawie najgorszych wskaźnikach – zdrowotnych, dostępności świadczeń wysokospecjalistycznych, stanu aparatury i infrastruktury.

Wprawdzie eksperci zewnętrzni podkreślają, że polski system wyróżnia się w krajach Unii Europejskiej wysoką efektywnością w relacji nakłady – wskaźniki zdrowotne, ale wydaje się, że społeczne, zdrowotne, ekonomiczne i polityczne rezerwy dalszego trwania tej sytuacji ulegają wyczerpaniu. Szybkie starzenie się społeczeństwa, wzrost kosztów nowych technologii

medycznych, a także niezadowolenie relatywnie nisko wynagradzanych pracowników medycznych mogą prowadzić do nieprzewidywalnego w skutkach kryzysu. System ochrony zdrowia z uwagi na jego złożoność, by naprawdę był efektywny, powinien się opierać na pracach ponad podziałami politycznymi i nie mieć ścisłego związku z cyklem parlamentarnym i rządowym. Wydaje się jednak, że nie można liczyć na taki proces. Politycy, wiedząc, jak ważne dla społeczeństwa są problemy zdrowotne, bardzo łatwo ulegają pokusie walki politycznej i atakowania przeciwników w obszarze ochrony zdrowia.

Podkreślę jednak, że najbardziej poszkodowani w każdym nieudanym procesie naprawy systemu ochrony zdrowia są zwykle najslabsi, czyli ludzie najubożsi i chorzy wymagający opieki długoterminowej. A to zwiększa nierówności w zdrowiu, które z kolei nie tylko są niekorzystne społecznie, lecz także utrudniają utrzymanie solidaryzmu społecznego w podstawowym ubezpieczeniu zdrowotnym. W niedofinansowanym i niesprawnym systemie pacjenci formalnie i nieformalnie dopłacają w razie zachorowania dużo więcej niż przy systemie dobrze zorganizowanym i odpowiednio finansowanym. Co więcej, obywatele biedniejsi lub mniej sprawni w poruszaniu się po krętych drogach systemu, pomimo wniesionych opłat często uzyskują gorszą jakość lub mniejszy zakres świadczenia.

**Czy możliwe jest zatem jakiegokolwiek naprawienie systemu?**

Odpowiem tak: każdy, kto chce podjąć działania dla poprawy systemu ochrony zdrowia, musi zdawać sobie sprawę z szeregu antynomii, które napotka. Wynika to między innymi z konieczności połączenia analiz ekonomicznych z normami etycznymi i czynnikami społecznymi oraz z szybkiego postępu w technologiach medycznych. Dodatkowym problemem, nierzadko lekceważonym przez polskich polityków o nastawieniu bardziej liberalnym, jest też znaczna asymetria wiedzy pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem. Postulat, by w prosty sposób wprowadzić rynkowe rozwiązania i możliwość wyboru, jak w handlu innymi dobrami, jest w tym kontekście po prostu nie do przyjęcia, także z powodu możliwych manipulacji i nadużyć. Asymetria informacji pomiędzy pacjentem a świadczeniodawcą w systemie opieki zdrowotnej jest w sposób oczywisty nieporównanie większa niż na rynku motoryzacyjnym, spożywczym czy obuwniczym. Doświadczenia najbardziej rozwiniętych krajów, o najwyższej kulturze zarządzania systemem ochrony zdrowia i najwyższej kulturze zdrowotnej pacjentów, takich jak Kanada i kraje skandynawskie, pokazują, że nawet w tamtych warunkach pacjenci nie mają wystarczających kompetencji do dokonywania w pełni samodzielnych wyborów. Dlatego doktrynalne stosowanie zbyt prostych recept, np. hasła „wolny rynek”, oznacza realne zagrożenie, a nie możliwość poprawy sytuacji. W sektorze ochrony zdrowia

pozytywne efekty konkurencyjności usługodawców mogą być wyzwolone tylko w przypadku odpowiedniego systemu regulacji, z precyzyjnym standaryzowaniem i obiektywnym wartościowaniem jakości usługodawców.

Zwróć uwagę na zasadniczą sprzeczność pomiędzy dużymi oczekiwaniami społeczeństwa, notabene rozbuźdzonymi przez media, a realnymi możliwościami rządzących i klasy politycznej w ogóle. Media – i politycy – wypromowali wśród Polaków oczekiwanie szybkiej naprawy systemu ochrony zdrowia za pomocą magicznych decyzji. Takie proste działania w istocie nie istnieją – w procesie poprawy działania systemu ochrony zdrowia nie ma prostych i łatwych rozwiązań. Propagowany przez niektóre środowiska pogląd, że liberalne otwarcie rynku usług medycznych spowoduje w pełni samoczynne uregulowanie systemu i jego racjonalne kosztowo funkcjonowanie, jest nie tylko błędnym, lecz także niebezpiecznym stereotypem. W Polsce w latach 90. ubiegłego wieku wytworzył się mit „pozytywnego amerykańskiego systemu”, o czym zdecydował głównie najwyższy na świecie potencjał technologiczny części świadczeniodawców w USA. Trzeba jednak pamiętać, że osiągnięto to przy rekordowo wysokich kosztach jak na standardy europejskie, nie zapewniając przy tym efektywnego wykorzystania środków. Umożliwienie wolnego wyboru i utworzenie wolnego rynku świadczeniodawców czy ubezpieczycieli bez odpowiednich regulacji może przynieść efekty odwrotne do zamierzonych: większe marnotrawstwo środków, mniejszą efektywność i pogorszenie zdrowia populacji.

Aktualne problemy w systemach ochrony zdrowia, występujące również w niejednym wysoko rozwiniętym państwie niezależnie od stosowanych rozwiązań, jednoznacznie potwierdzają tezę, że nie ma prostych, takich samych recept na naprawę systemu. Działania naprawcze zgodnie z obowiązującą wiedzą powinny obejmować: prawidłową analizę teoretyczną problemu, kompleksową ocenę trudności i zagrożeń ekonomicznych, społecznych i politycznych, precyzyjny i długofalowy plan wdrażania, stałe monitorowanie i reagowanie podczas tego procesu.

Wracając do polityków – żadna grupa polityczna, która w ostatnich 30 latach kreowała reformy w naszym kraju, nie może się wykazać w zadowalającym zakresie tego rodzaju opracowaniami. Z pewnością najbliższym resort zdrowia kierowany przez prof. Zbigniewa Religę. Co do uwarunkowań ekonomicznych w działaniu systemu ochrony zdrowia – z pewnością nieracjonalne jest utrzymywanie instytucji charakteryzujących się znacznym deficytem odpowiedzialności właścicielskiej i nadzorczej oraz niewydolnych w zakresie powierzonych im zadań. Na pewno rację mają ci eksperci, którzy postulują przestrzeganie zasad ekonomicznych i efektywne wykorzystanie środków, co w rezultacie służy dobru chorych. Kiedy jednak podejmowano takie działania w poprzednich latach, niejednokrotnie byliśmy świadkami utrudnień i kontrakcji silnych graczy na rynku usług

**POLITYCY BOJĄ SIĘ  
SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.  
BYĆ MOŻE MAJĄ DOBRĄ INTUICJĘ  
– ZDAJĄ SOBIE SPRAWĘ,  
ŻE TRZEBA W REFORMOWANIE  
TEJ DZIEDZINY WŁOŻYĆ DUŻO PRACY**

medycznych w imię partykularnych interesów różnych grup lub modułów całego systemu. Uprawnione, także w warunkach polskich, wydaje się twierdzenie, że wprowadzanie konkurencji na rynku usług medycznych jako narzędzia naprawy systemu może przynieść istotne korzyści, ale warunkiem są dobre regulacje prawne i administracyjne oraz ich dobre monitorowanie. Dużą redukcję antynomii może przynieść wprowadzenie precyzyjnego systemu klasyfikacji świadczeniodawców i stworzenie im równych szans poprzez referencyjność oraz standaryzowanie, a także ocenę zakresu i jakości usług. Efektem dodanym będzie wtedy konkurencja, przede wszystkim w niemedyce części usług, np. hotelowej, biurowej czy w poziomie empatii pracowników. Problemem o podobnym negatywnym znaczeniu jak doktrynalne rzucanie hasła o wolnym wyborze w ochronie zdrowia jest obrona przez środowisko lekarskie tradycyjnego pojmowania profesji lekarza jako zawodu zupełnie „wolnego”. Dla dobra ogółu chorych działania diagnostyczne i terapeutyczne muszą z jednej strony spełniać standardy oparte na nowoczesnych analizach technologii medycznych, a z drugiej strony mieścić się w uwarunkowaniach ekonomicznych systemu.

**Zasugerujmy zatem, co należy zrobić, aby w systemie było lepiej. Jaka jest pana profesora wizja naprawy?**

Obecnie pierwszorzędym zadaniem dla rządzących w Polsce będzie przekonanie społeczeństwa, że nie opłaca się dawać zbyt mało pieniędzy na zdrowie, gdyż w końcowym efekcie w niewydolnym systemie indywidualne koszty ponoszone przez obywatela w razie choroby własnej lub bliskich mogą wzrosnąć w dwójnasób. Być może czeka nas przed nadchodzącymi wyborami tradycyjna szermierka na proste populistyczne hasła. Niemniej na obecnym etapie rozwoju systemu ochrony zdrowia nie można wykluczyć rzetelnej dyskusji, czy warto się ubezpieczyć lub zapłacić odpowiednio wyższą składkę albo podatek. Z pewnością trzeba w tym dialogu zapewnić społeczeństwu poczucie adekwatności ponoszonych nakładów i uzyskiwanych korzyści.

**Myśli pan profesor, że jest to w ogóle możliwe?**

Podstawową trudność przy podejmowaniu takich odważnych dyskusji mogą niestety stanowić sami obywatele Rzeczypospolitej. Są oni dzisiaj znacznie lepiej wykształceni, ale jednocześnie przywykli do uprzedniej nadmiernie egalitarnej polityki socjalnej i zbyt małej osobistej odpowiedzialności za zdrowie. W tym ostatnim aspekcie zbliżamy się do wyeksponowania jeszcze jednej bardzo ważnej antynomii typowej dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Naturalnym efektem bardzo niskich nakładów na zdrowie publiczne, niedostatecznej edukacji zdrowotnej społeczeństwa i generalnie braku nowoczesnej strategii państwa zmierzającej do redukcji liczby zachorowań, jest niepotrzebne wydawanie wielkich pieniędzy na medycynę naprawczą. Polska należy do rekordzistów w Unii Europejskiej, jeśli chodzi o zachorowania i zgony, których można uniknąć. Jak słusznie podkreśliła Rządowa Rada Ludnościowa 6 lat temu, antynomia w kompletnie nierównym podejściu do profilaktyki i medycyny naprawczej trwa w Polsce od początku okresu transformacji i wymaga stanowczej zmiany paradygmatu. Zdecydowanym celem i priorytetem polityki zdrowotnej powinna się stać redukcja liczby zachorowań na choroby układu krążenia i nowotwory.

Z pewnością niewydolny system, np. z dużo większą liczbą zachorowań na zawały serca i udary mózgu niż w krajach skandynawskich, przyczynia się do znacznej utraty produktywności wśród osób czynnych zawodowo, obciążając tym samym system ubezpieczeń społecznych. Taka utrata zdrowia przez obywateli hamuje rozwój gospodarczy. W tym kontekście minister zdrowia w negocjacjach z ministrem finansów powinien przedstawiać system ochrony zdrowia nie tylko jako beneficjenta, lecz także jako współtwórcę dobrobytu państwa.

Jedyną drogą do naprawy systemu jest dobre monitorowanie jego działania, uwzględnienie wielu warunków, w tym politycznych, dobra komunikacja społeczna, a przede wszystkim wykorzystanie współczesnej wiedzy i dobrych praktyk w tym zakresie. Tylko taka organiczna praca, być może dla polityków niezbyt atrakcyjna, ma szansę przynieść znaczącą redukcję istniejących antynomii i zapobiec pojawieniu się nowych. Analiza rozwiązań stosowanych w nowoczesnych państwach Europy i świata, a także doświadczenia polskie ostatnich dekad pokazują, że modelem wartym rekomendowania i spełniającym oczekiwania skuteczności i bezpieczeństwa, a także powszechności i solidarności jest model łączący w sobie cechy systemu budżetowego i ubezpieczeniowego. Dlatego niezbędne jest zapewnienie takich środków na proces naprawy, które będą adekwatne do rangi problemu. W ostatnich latach brakowało, poza nielicznymi, dobrych kompleksowych opracowań w tym



Fot. Patryk Ryżyk

zakresie. Wynikało to między innymi z prawie całkowicie społecznego charakteru pracy ekspertów lub stymulowania i wynagradzania ich prac przez konkretne grupy interesu. Niezbędne jest przygotowanie dla zespołów ekspertów profesjonalnych warunków pracy, odpowiedniego zaplecza organizacyjnego i konsultanckiego oraz szybkiego dostępu do danych źródłowych o systemie. Wymienione warunki powinny być konkurencyjne wobec tych proponowanych przez instytucje niepubliczne, co zagwarantuje pozyskanie najlepszych ekspertów i najwyższą jakość proponowanych działań.

*Rozmawiał Krystian Lurka*

*Zachęcamy do zapoznania się z monografią „Antynomie w systemie ochrony zdrowia” pod redakcją Krzysztofa Opolskiego, Zuzanny Opolskiej i Tomasza Zdrojewskiego opublikowaną przez Polską Akademię Nauk.*