



Skansen zdrowia

Rozmowa z prof. Jackiem Ruskowskim, dyrektorem Centrum Zdrowia Publicznego Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego

fot. (3x) Dąki

Urzednicy Ministerstwa Zdrowia zmagaja sie z zalozeniami, ktore maja byc podstawa do utworzenia sieci szpitali. Czy nie sadi pan, ze nalezaloby w nich uwzglednic szpitale prywatne, ktore powinny otrzymac 5–10-letnie promesy kontraktow?

Na pewno przyczyniloby sie to do rozwoju opieki zdrowotnej i do pojawienia sie nowych swiadczeniodawcow. Trzeba jednak pamietac, ze promesa nie jest kontraktem, a wiec strony zawierajace umowe przedwstepna moglyby dokonywac w niej zmian. Problemem jest rowniez to, ze gdy u partnerow umowy zaczynaja sie klopoty finansowe, nie ma mowy o sukcesie przedsiwzięcia. Co zrobic, np. z inwestorem obiecujacym, ze po 2 latach od podpisania promesy bedzie przeprowadzal 300 zabiegow zaomy rocznie, a po tym czasie stwierdza, ze nie wywiaze sie z umowy?

To moze w umowie powinna byc klauzula zakladajaca przepadek wadium, będacego zabezpieczeniem NFZ?

Oczywiscie, ale to ciagle dotyczy promesy, a nie kontraktu. Tymczasem kontraktujac swiadczenia NFZ zaklada, ze zapewni opieke medyczna pacjentom. Po co Funduszowi wadium, skoro chorzy nie otrzymaja pomocy? Dlatego, aby wprowadzac jakiegokolwiek udoskonalenia, nalezy zmienic model ochrony zdrowia.

Jak to zrobic, skoro do obowiazujacego przyzwyczaili sie pacjenci, swiadczeniodawcy i inwestorzy?

Czas skonczyc z wiecowaniem i populizmem politykow, wmawiajacych ludziom, ze sluzba zdrowia jest bezplatna. Trzeba rozpoczac dyskusje. Na naszej uczelni wciadz rozwijamy inicjatywy, z mysla o doprowadzeniu do porozumienia sil zdolnych nie tylko ukszaltowac wizje systemu zdrowotnego realnego ekonomicznie i akceptowalnego spolecznie, ale rowniez doprowadzic do jego skutecznego wdrozenia.

Kto ma dojsc do porozumienia?

Sa to przede wszystkim powazni swiadczeniodawcy – obecni i przyszli – przedstawiciele firm produkujacych na potrzeby lecznictwa, a takze obecni i przyszli platnicy. Nad ich porozumieniem winni sie pochylac z troska *regulatorzy* – przedstawiciele wladz publicznych, niezwykle wazni partnerzy dialogu. Jezeli ksztalt akceptowalnego spolecznie i realnego ekonomicznie systemu narodzi sie z porozumienia wymienionych sfer, szczegolnie tych sklonnych zaryzykowac wielkie pieniadze, jakimi przeciez dysponuja, politykom pozostanie takie rozwiazanie zaakceptowac.

Jak przekonac opinie publiczna do nowego systemu?

Stale podkreslam, ze kazdy projekt musi co najmniej zyskac akceptacje spolecznostwa i wykazac sie realizmem ekonomicznym. Musi tez sie znalezc odpowied-



„ Czas skonczyc z wiecowaniem i populizmem politykow, ktorzy wmawiaja ludziom, ze sluzba zdrowia jest bezplatna ”

ni czas na wprowadzanie zmian, aby wszystkie strony zdazyly sie adaptowac do reformy. Ostatnia kwestia jest akceptacja polityczna. Z tym jednak jest mniejszy problem, bo gdy trzy pierwsze zalozenia zostana spelnione, zaden trzewo myslacy polityk nie powinien sie przeciwstawiac zmianom. Przeciez kazdy z nich jest naszym przedstawicielem.

Na razie mamy zmasowany opor przeciw wszelkim reformom. O co tu chodzi?

Niechec wynika przede wszystkim z braku wiedzy o zasadniczych zjawiskach w systemie zdrowotnym, poruszamy sie w ciemnoscach i dlatego trudno przewidziec skutki znacujacych zmian systemowych. Pozostaje zatem ostrozna doraznosc, a do tego politykom niezbedne jest utrzymanie ręcznego sterowania systemem ochrony zdrowia. Wprowadzenie, np. promesy oznaczaloby ustanowienie reguly i w pewnej sferze wymusiloby takze przejrzystosc. Tego obawiaja sie politycy wszystkich szczebli – od premiera poczawszy, przez ministra zdrowia, na burmistrzu skonczywszy. Dzisiaj, trzymajac wszystkie sznurki w ruku, decydenci w kazdej chwili moga wysuplac pieniadze i pokazac hojnosc oraz dbalosc o pacjentow, czyli o elektorat. Oczywiscie, wszystko odbywa sie za nasze pieniadze. Krótco mowiac, reguly odbieraja wladze. Dlatego decydenci bronia sie przed nimi rękami i nogami.

Zajmujemy sie ręcznym sterowaniem ochrona zdrowia, natomiast Amerykanie uznaja medycyne za jeden z dzialow gospodarki.

Oczywiscie, finansowanie ochrony zdrowia z publicznych pieniedzy, wg klarownych regul i z wykorzystaniem odpowiednich instrumentow informatycznych, umozliwia nie tylko podpisywanie promesy, ale nawet placenie za ofertę swiadczeniodawcy z gory. Dobrym



„ Wprowadzenie promes kontraktów oznaczałoby ustanowienie reguły i w pewnej sferze wymusiłoby przejrzystość. Tego zaś obawiają się politycy wszystkich szczebli ”

przykładem jest stosowana w USA i wielu krajach europejskich metoda klasyfikowania przypadków wg zużycia zasobów (metoda tzw. jednorodnych grup pacjentów), pozwalająca m.in. na przewidywanie wydatków. Wspomniane promesy ułatwiłyby też wprowadzenie w Polsce uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego. Dzisiaj struktura usług oferowanych przez nzozy jest dość mizerna – nie obejmuje świadczeń i procedur wymagających stosowania drogich technologii. By świadczyć takie usługi, potrzebne są kosztowne inwestycje, a te w Polsce są z kolei obciążone wysokim ryzykiem, bo nie tylko nie ma przyrzeczenia zakupu usług, ale nieznanym jest docelowy kształt systemu zdrowotnego. I tak koło się zamyka. Dlatego wyjściem z impasu jest wprowadzenie niepublicznych ubezpieczeń uzupełniających, tzw. drugiego filaru. Oznaczałoby to również, że świadczenia z ubezpieczenia w II filarze byłyby realizowane głównie w nzozach. W ten sposób nie mieszano by pacjentów ubezpieczonych w systemie publicznym i prywatnym.

Dzięki temu nzozy mogłyby oferować również najdroższe zabiegi – naczyniówkę, kardiologię inwazyjną czy neurochirurgię?

Oczywiście, a także świadczenia z zakresu onkologii. Dzięki temu może doszłoby w Polsce do zburzenia scentralizowanego, stalinowskiego systemu lecznictwa chorób nowotworowych, który utrzymał się chyba tylko u nas. Gdyby prywatny sektor mógł wejść na rynek chemioterapii i radioterapii oraz niektórych obszarów diagnostyki, dostępność i jakość tych świadczeń niewątpliwie by się poprawiła. Jednocześnie urealniono by ceny i zminimalizowano korupcję. Jednak, żeby do tego doszło, inwestorzy muszą poczuć odrobinę pewności i przejrzystości systemu. O to w naszym kraju najtrudniej.

Być może, że to – proszę wybaczyć określenie – nieruchawe towarzystwo w ogóle nie jest zainteresowane reformą?

Coś w tym jest. Świadczy o tym choćby sposób konstruowania i znaczenie nadawane koszykowi świadczeń gwarantowanych, który *de facto* wydaje się być następnym katalogiem pobożnych życzeń, gdyż nie oceniono możliwości jego sfinansowania z podatku zdrowotnego, czyli ze składki na NFZ. A to ma przecież fundamentalne znaczenie, jeśli chodzi o realną dostępność świadczeń gwarantowanych. Poza tym koszyk nie może być instrumentem statycznym, określonym raz na zawsze. Wciąż zmieniają się potrzeby zdrowotne i technologie medyczne. Koszyk winien być zatem strukturą dynamiczną, która wykorzystując zbiór reguł działa permanentnie. Niezbędny byłby monitoring, umożliwiający szybką aktualizację listy świadczeń (na podstawie dowodów naukowych ich efektywności klinicznej i kosztowej) finansowanych z pieniędzy publicznych. Co gorsze, w Polsce czyni się z koszyka cel sam w sobie, przedstawiając go jako *panaceum* na wszelkie niedostatki systemu. Tymczasem jest on tylko jednym z instrumentów wspierających alokację zasobów w systemie publicznym. Są systemy zdrowotne i kraje, w których koszyk świadczeń gwarantowanych uznano za zbędny. W Szwecji nie ma definicji koszyka świadczeń, a system zdrowotny funkcjonuje prawidłowo. W USA, w kraju najwyższych w świecie wydatków zdrowotnych, alokacja funduszy publicznych na zdrowie oparta jest przede wszystkim na kryteriach populacyjnych.

Jak zatem powinna być określana struktura koszyka?

Wydaje się, że najprościej byłoby określoną pulę świadczeń finansować z ubezpieczeń uzupełniających, zaś resztę wrzucić do koszyka.

Byłby to koszyk negatywny.

Niezupełnie. W definiowaniu koszyka negatywnego publiczny płatnik ustala, jakich świadczeń nie będzie finansował. W naszej koncepcji to *niepubliczny koszyk* określałby zakres tego, co finansuje ubezpieczenie uzupełniające. W ten sposób mogłoby powstać nawet kilka koszyków dla określonych grup klientów, wykupujących polisę w zależności od zakresu ryzyka, od których skutków chcieliby się ubezpieczyć. Poza tak pożądanym wyjaśnieniem sytuacji, byłaby to poważna szansa na odciążenie płatnika publicznego i na znaczącą poprawę dostępności oraz jakości opieki zdrowotnej w Polsce.

Takie propozycje to w polskich warunkach na razie mrzonki.

Zgadza się, bo żyjemy w demokratycznym kraju o rozwiniętej gospodarce rynkowej, gdzie w opiece zdrowotnej utrzymywany jest nadal system nakazowo-rozdziałczy z czasów realnego socjalizmu. W efekcie to swego rodzaju skansen, napędzany korupcją, lekceważący interesy pacjentów i kadry medycznej, a do tego głuchy na głosy rozsądku.

Rozmawiał Janusz Michalak