

Co czytają menedżerowie zdrowia z rządzącego ugrupowania



Kapitał w ochronie zdrowia

Gdy francuski ekonomista nowego pokolenia Thomas Piketty wydał w 2013 r. swoje szeroko cytowane dzieło „Kapitał w XXI wieku” (tyt. oryg. *Le Capital au XXI^e siècle*), nie przypuszczał chyba, że krajem, który pierwszy będzie wdrażał nowe idee, będzie Polska. A już z pewnością byłby zaskoczony, że jego swobodne refleksje dotyczące ochrony zdrowia weszły do aksjologicznego kanonu działań ministra zdrowia.

Jak jest to często podkreślane, jednych ta książka fascynuje, innych oburza. „Warta przeczytania” – według słów prezesa Jarosława Kaczyńskiego – szybko staje się lekturą obowiązkową ugrupowania sprawującego władzę w Polsce i nie myślę tu wyłącznie o jego elicie. Fenomen tego dzieła polega na tym, że w historii myśli ekonomicznej jest zaledwie kilka rozpraw, z „Kapitałem” Karola Marksa na czele, które zdobyły tyle komentarzy i porwały tyle umysłów.

Nie ma mowy o przypadku

Nawiasem mówiąc, tytuł książki Piketty’ego nie wydaje się przypadkowy. Ja podchodzę do tego opracowania z dystansem, jak do każdej rozprawy naukowej. Rozumiem jednak, że u większości idea państwa egalitarnego, nieskończenie solidarnego, pozbawionego nierówności, w którym bogaci oddają majątek biednym, a państwo zapewnia szerokie bezpieczeństwo socjalne, może pobudzać wyobraźnię. Aby zro-

„Idea państwa nieskończenie solidarnego, pozbawionego nierówności, w którym bogaci oddają majątek biednym, a państwo zapewnia szerokie bezpieczeństwo socjalne, może pobudzać wyobraźnię”

zumiemy sens pracy Piketty’ego, należy poznać dwa opowiadania, które składają się na jego dzieło. Pierwsze to precyzyjna analiza historycznych danych podatkowych, które stanowią podłoże dowodu o większym zwrocie z kapitału niż z pracy i płynącego stąd wniosku o nieuniknionym wzroście nierówności społecznych. Drugie opowiadanie to swobodna refleksja nad różnymi zjawiskami historycznymi i działaniami fiskalnymi, które powstrzymują lub niwelują wzrost tych nierówności.

Problem z czytaniem ze zrozumieniem dzieła Piketty’ego polega na odróżnieniu tych dwu wzajemnie przeplatających się opowiadań. Z faktami, czyli z twardymi danymi podatkowymi, się nie dyskutuje. Można natomiast analizować, czy dane te są kompletne, reprezentatywne i czy zostały poprawnie zinterpretowane. Taka naukowa dyskusja trwa w środowisku ekonomistów. Inaczej wygląda sytuacja, jeśli chodzi o metody powstrzymywania nierówności. W tej sferze nic nie jest jednoznaczne, także dla samego autora. Piketty rozważa różne rozwiązania, toczy niejednokrotnie spór z samym sobą, raz argumentując na jedną stronę, raz na drugą. Można, a wręcz należy mieć własną ocenę tych rozważań, gdyż taka jest natura wywodu autora – akademika i naukowca. Nie wolno jednak otwierać tej książki na wybranych stronach i traktować wypowiedzianych tam myśli jako doktrynalny pewnik. Nie wolno ich wdrażać bez szerszej dyskusji w skali całego państwa, a już z pewnością z najwyższą ostrożnością należy postępować, implementując rozważania Piketty’ego w ochronie zdrowia.

Podatki

Gdy przyjrzymy się dzisiejszym rozwiązaniom fiskalnym wdrażanym bądź rozważanym do zastosowania w Polsce, każde z nich znajdziemy u Piketty’ego – podatek od kapitału, bankowy, transakcyjny, uniwersalny podatek od dochodów, od majątku. Należy tylko czekać na kolejne koncepcje dyskutowane w książce, na czele z konfiskacyjnym podatkiem spadkowym (w trzecim pokoleniu dziedziczenia), podatkiem penalizującym (stopa podatku jest większa od

100 proc. powyżej ustalonego progu) i podatkiem od zgromadzonego majątku (jednorazowej 15-procentowej daninie pieniężnej liczonej od wartości wszystkich aktywów, każdego obywatela, dla zaspokojenia państwowego długu publicznego). Choć właściwie najnowsza propozycja dotycząca OFE częściowo już wychodzi naprzeciw tym koncepcjom. Czy jest lepszy sposób na wyrównanie nierówności niż odebranie przez państwo nadmiarowych aktywów bogatym? Piketty nieśmiało wskazuje, że jest nim wojna, przed którą pośrednio ostrzega.

Dlaczego piszę tyle o podatkach w kontekście zdrowia? Bo podatki są dla Piketty’ego jednym z narzędzi realizacji idei europejskiego państwa socjalnego, obejmującej państwowe gwarancje powszechnej opieki zdrowotnej. I tak samo jak rozważa, dyskutuje, analizuje, ocenia różne formy opodatkowania, także samo dyskutuje o zdrowiu. Niczego, co proponuje, nie uważa za panaceum. Toczy swobodny wywód, aby pokazać opcje, szanse, ale także niepewności. My tymczasem postanowiliśmy w Polsce traktować ten potok rozważań, pisany niczym u Marcela Prousta „W poszukiwaniu straconego czasu”, jak wielką narodową aksjologię. Dobrze, gdybyśmy dorobek autora brali w całości, zrozumieli jego pełny sens, a nie tylko czytali wybrane wersety i tworzyli z tego dogmatyczną wizję państwa i jego systemów, w tym ochrony zdrowia.

Wewnętrznie rozdarty

Gdy skupimy uwagę na kwestiach zdrowia, Piketty okazuje się wyraźnie rozdarty. Rozumie, jak istotnym filarem państwa socjalnego jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom. Waha się jednak, jakie rozwiązania zastosować, by to bezpieczeństwo zapewnić i sprostać kosztom tego zadania. We fragmencie poświęconym sposobom redukcji długu publicznego stwierdza: „Aby europejskie państwo socjalne mogło w sposób trwały spełniać swe zadania, zwłaszcza w dziedzinach edukacji, zdrowia i bezpieczeństwa, powinno nadal posiadać niezbędne do tego aktywa publiczne”, tzn. być właścicielem niezbędnej dla bezpieczeństwa zdrowotnego infrastruktury. W innym miejscu, gdzie analizuje efektywność dużych organizacji publicznych, podziela pogląd, że efektywność takich organizacji stoi pod znakiem zapytania. Wreszcie w trzecim miejscu pokazuje, jak różne kraje socjalne zorganizowały systemy ochrony zdrowia, niekoniecznie opierając się na aktywach publicznych. Oczywiście można otworzyć „Kapitał w XXI wieku” na dowolnej stronie i wybrać odpowiadający własnym przekonaniom cytat. Można też przeczytać całą książkę i zrozumieć głębszy sens tego dzieła.

Zadajmy pytanie: czy polskie państwo socjalne stać na zapewnienie bezpieczeństwa w ochronie zdrowia z pomocą kapitału publicznego? Przypomnijmy, że

„Z całą pewnością należy postępować z najwyższą ostrożnością, implementując rozważania Piketty’ego w ochronie zdrowia”



obecnie trwa już dyskusja nad kosztami dla budżetu różnych inicjatyw socjalnych, a co dopiero, gdy dodamy do nich koszty inwestycji w opiekę zdrowotną? Przy ograniczonych środkach własnych każde państwo powinno się skupiać na inwestowaniu środków publicznych w tych obszarach, które zgodnie z zasadą pomocniczości nie podlegają lub nie mogą podlegać inwestycjom prywatnym ze względu na skalę wydatków, złożoność procesów inwestycyjnych, ryzyko długoterminowe czy wreszcie potrzeby resortów siłowych, do których – mam nadzieję – zdrowie nie należy. Nasz rząd uważa jednak inaczej.

Jak to zrobić mądrze

Zdrowie jest obszarem, który w rozwiniętych krajach, z Holandią na czele, z powodzeniem poddaje się mądrym przekazaniu zadań publicznych państwa w ręce prywatne. Słowo „mądrym” należy podkreślić w dwójnasób, gdyż państwo musi w takim wypadku stać się mądrym regulatorem, właściwie zarządzającym instrumentami, jakie posiada, to jest koszykiem świadczeń gwarantowanych, ich wyceną, produktami rozliczeniowymi, redystrybucją pieniądza. Czy perspektywa tej dyskusji byłaby inna, gdybyśmy byli krajem dwu-

krotnie czy nawet czterokrotnie bogatszym? Byłaby jeszcze bardziej wyrazista. Najbogatsze państwa szanują pieniądź publiczny. Przykładają szczególną wagę do angażowania środków publicznych i gdy jest taka możliwość, najpierw angażują kapitał prywatny. W bogatej Europie jest ogrom przykładów partnerstwa publiczno-prywatnego czy wręcz stuprocentowych inwestycji prywatnych w ochronie zdrowia i nikt nie traktuje takich praktyk jako nagannych czy wręcz kryminogennych. Bogaci potrafią liczyć pieniądze. Biedni muszą je najpierw zdobyć, aby poznać cenę ich utraty.

To oczywiście, że Polska w kwestii regulacji rynku gospodarki zdrowotnej nie uniknęła błędów. Ba! Popelniono ich całą masę. Ale czy z tego ma płynąć wnioski, aby wyeliminować kapitał prywatny z sektora ochrony zdrowia? Czyja to wina? Czy kapitału, że zachowywał się racjonalnie, czy raczej regulatora, że nie zastosował właściwych rozwiązań gwarantujących zrównoważony rozwój systemu, zwlekał latami z naprawą tego stanu rzeczy, nie miał własnego głosu wobec medycznej oligarchii, akceptował i wykorzystywał brutalną prawdę, że tkanka ochrony zdrowia jest jednym z największych, jeśli nie największym łupem politycznym? Dziś regulator zdaje się dawać czytelną

„Czy polskie państwo socjalne stać na zapewnienie bezpieczeństwa w ochronie zdrowia z pomocą kapitału publicznego?”

odpowiedź, po czyjej stronie staje. Obudowuje szpitale publiczne murem prawnych ograniczeń przed sektorem prywatnym, tworzy zasady koncentracji infrastruktury ochrony zdrowia, które eliminują z sektora publicznego drobnych rodzinnych inwestorów prywatnych w specjalistycznej opiece środowiskowej. Postępuje zgodnie z zasadą: dziel i rządź. Dzieli szpitale na dobre – publiczne i złe – prywatne. Dzieli lekarzy na dobrych – oddanych służbie i tych, którzy kierują się wyłącznie interesem finansowym. Nie zaskakuje nawet, że rządu nie boją prywatne przedsiębiorstwa medyczne na poziomie opieki podstawowej, a uwierają ponad wszelką miarę prywatne szpitale. Bo kto wie, jaka będzie przyszłość opieki podstawowej. Zasada zrzucania całej odpowiedzialności za popełnione błędy wyłącznie na prywatnych właścicieli kapitału stała się wyśmienitym orężem walki politycznej. Można? Jak widać, można. Tylko jaka będzie tego cena?

To oczywiście boli, gdy dorobek całego życia czy środki gromadzone przez pokolenia (te, które Piketty proponuje znacjonalizować) są tracone w wyniku niefortunnych inwestycji. Trudno jednak zaakceptować stratę, gdy jest ona wynikiem doktrynalnie nieprzychylnego, nieracjonalnego i niezrozumiałego podejścia regulatora, realizowanego pod demagogicznym, ale jakże skutecznym politycznie hasłem: zdrowie nie jest towarem, zdrowie nie jest na sprzedaż. Podejścia, które ignoruje rolę kosztu pieniądza, zysku, potencjału inwestycyjnego, deficytu środków publicznych i tego, że każdym działaniem, także w ochronie zdrowia, rządzą zasady ekonomii. Nie wspomnę już o traktowanym ze wzgardą zysku ekonomicznym, który pozwala na dalsze inwestycje, i kompletnie pomijam przy tej okazji zysku społecznym, realizowanym przez prywatne przedsiębiorstwa ochrony zdrowia. Gdy podniosłem na jednym ze spotkań kwestię zysku społecznego, usłyszałem w odpowiedzi, że kapitał troszczy się o ludzi tylko przy okazji – przede wszystkim dba o siebie samego. Ta dyskusja ciągnie się za mną do dziś. Można i tak. Choć nawet jeśli byłoby to prawdą, to tylko źle świadczyłoby o regulatorze – nie o kapitale.

Twardziele i elastyczni

Kapitał oraz tak krytykowany przez Piketty’ego i jego polskich sukcesorów właściciele kapitału tym

różnią się od pacjentów, że są nad wyraz elastyczni i przygotowani na poniesienie strat w związku z podejmowanym ryzykiem. *De facto* są nawet przygotowani na poniesienie, oczywiście niechętnie, pewnych strat w związku z ryzykiem politycznym. Mają na to szereg odpowiedzi, z których najbardziej oczywista jest płynność – zdolność do transformowania jednego biznesu w drugi, przepływania kapitału z rynku do rynku, z kraju do kraju, z jednej gospodarki do innej. Czy pacjenci są przygotowani na zmiany w równym stopniu, na odpłynięcie kapitału prywatnego i przejęcie jego zadań przez sektor publiczny? Uważam, że potencjał kompensacyjny sektora publicznego jest dalece przeszacowany. Owszem, występuje nadmiar sal operacyjnych, łóżek, w pewnych przypadkach sprzętu diagnostycznego. Pytanie jednak, czy jest dość personelu do jego obsługi, jaka jest jakość tych sal, ile mają zestawów operacyjnych, by nadążać ze sterylizacją, ile pracuje tam instrumentariuszek, pielęgniarek anesteziologicznych, anesteziologów i wreszcie jaka jest gotowość personelu przejęcia na siebie zwiększonego ciężaru przy, jak należy wnioskować z nowej taryfy świadczeń, mniejszym wynagrodzeniu.

Nie dowierzam, że z wycofaniem sektora prywatnego wszystko zmieni się na lepsze. Przyjmuję, że pacjenci będą przede wszystkim musieli liczyć na samych siebie, swoją rodzinę i własne środki na leczenie. Czy rząd jest na to przygotowany? Pomińmy wątek polityczny tej odpowiedzi i skupmy się na aspekcie finansowym. Czytając „Plan na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju”, nie sądzę, aby potencjał inwestycyjny sektora publicznego był wystarczający, by pokryć niedobór środków po wycofaniu się kapitału prywatnego. Rząd potrzebuje kapitału na inwestycje w nowoczesne państwo, innowacyjną gospodarkę i... zdrowych obywateli. W mojej ocenie nie ma tych środków w wymaganej ilości, a sama zdolność do kreowania pieniądza publicznego z pomocą mechanizmów fiskalnych, czerpanych garściami z Piketty’ego, też wydaje się przesadzona. Wystarczy spojrzeć na nastawienie ministra finansów wobec potrzeb resortu zdrowia – zostawiam to bez komentarza.

Cena

Powracając do kwestii kosztu kapitału, należy podkreślić, że kapitał ma zawsze cenę, bez względu na to, czy jest to kapitał publiczny czy prywatny. Przekonanie, że kapitał publiczny bierze się ze stojącego na terenie ministerstwa finansów bankomatu – to znaczy, że koszt jego pozyskania jest zerowy, gdy tymczasem burżuazja czerpie z niego niedopuszczalną dywidendę – poraża mnie swoją naiwnością. Dywidenda jest niczym innym jak rentą z kapitału, będącą zapłatą za jego cenę, także za ryzyko, o którym piszę powyżej. A cena kapitału publicznego? Proszę policzyć. Najpierw koszt utraconych zdolności inwestycyjnych przedsiębiorców z podatku CIT, potem ograniczenie

popytu podatkiem PIT i VAT w kluczowej grupie obywateli o średnich dochodach, następnie koszty akwizycji i administracji podatków. To wszystko oczywiście nie wystarcza. Do tego doliczmy koszty wszelkich instrumentów finansowych wykorzystywanych przez państwo, aby uzupełnić deficyt. Mało? Jestem przekonany, że jeśli Piketty policzyłby koszt kapitału prywatnego w ochronie zdrowia, doszedłby do konkluzji, że kapitał prywatny jest tu tańszy niż kapitał publiczny, tym bardziej że pobieranie dywidendy przez prywatnych właścicieli przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne należy do rzadkości. Tańszy, to znaczy bardziej dla państwa opłacalny – pozwalający w efekcie na zwiększenie dostępności świadczeń i skrócenie kolejek. Oczywiście państwo musi zbierać daniny publiczne, tylko proszę nie sądzić, że koszt zgromadzonego w ten sposób pieniądza jest zerowy. Tym bardziej należy go szanować i sprawdzać, co ekonomicznie jest bardziej opłacalne dla państwa – wykorzystanie skromnych środków publicznych czy przekazanie pod kontrolą zadań publicznych państwa partnerom prywatnym. Ważne tylko, by rynek, na którym ten kapitał ma działać, był mądrze i sprawnie regulowany, gdyż nie występuje tu tak lubiany przez władzę hierarchiczny system nakazowo-rozdzielczy, tylko obca duchowi egalitaryzmu użyteczność. Dziwne, że to właśnie w Polsce kapitał prywatny budzi takie emocje. A może nie powinno to dziwić?

Użyteczność, wprowadzona do sektora gospodarki zdrowotnej przez kapitał prywatny, jest jednocześnie podstawowym motorem wzrostu efektywności sektora. To sektor prywatny pierwszy zaczął w tej skali stosować wspólne centra usług, kolokację zaplecza administracyjnego, elektroniczną dokumentację medyczną, interoperacyjność wymiany danych medycznych, współczesne standardy zarządzania, zarządzanie ryzykiem klinicznym. Także innowacje w obszarze instrumentów finansowych, np. finansowanie inwestycji odwróconym leasingiem, po raz pierwszy zostały zastosowane na szeroką skalę w ochronie zdrowia w sektorze prywatnym. Należy zadać sobie otwarte pytanie: gdzie byłaby ochrona zdrowia w Polsce, gdyby nie stymulacja sektora prywatnego? Są tacy, co odpowiedzą – znacznie dalej! Sektor publiczny mógłby wykorzystać absorbowane przez szpitale prywatne 8–10 proc. środków na hospitalizacje i skrócić kolejki. Nie byłoby ciągłych negocjacji z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze byłoby dostępni całymi dniami w szpitalach i leczyli chorych. Dializoterapia, kardiologia inwazyjna, diagnostyka obrazowa i laboratoryjna stałyby na nieporównanie wyższym poziomie niż obecnie. Czyżby?

Szukanie wroga

Nie doszukujemy się wrogów wśród inwestorów prywatnych ochrony zdrowia. Wykorzystajmy ich poten-



„ Państwo zaczyna dzielić szpitale na dobre – publiczne oraz złe – prywatne. Podobnie zaczyna dzielić lekarzy ”

cjał i wsparcie, nawet jeśli prócz wzniosłych przesłanek kierują się własnym pożytkiem. Będzie to z większą korzyścią dla pacjenta, kraju i dla całego sektora gospodarki zdrowotnej niż powracająca co kilkadziesiąt lat wiara w sprawczą moc ideałów państwa egalitarne, które mogą zastąpić dążenie człowieka do własnej tożsamości i rozwoju.

Na koniec rozważań o kapitale warto zwrócić uwagę, co jest faktycznym problemem w ochronie zdrowia, prócz zasad organizacji sektora i efektywności. Tu Piketty ma zdecydowanie rację. Nie to, czy kapitał powinien być publiczny, nie kwestie nacjonalizacji aktywów ochrony zdrowia, ale zasady płacenia profesjonalistom medycznym za ich pracę. Tu dochodzi do znacznych i nieuzasadnionych nierówności, tak w Polsce, jak i na całym świecie. A trzeba przypomnieć, że koszty pracy należą do podstawowych składników kosztów systemu. Ale to temat na inną refleksję.

Robert Mołdach
Autor jest ekspertem Instytutu Zdrowia i Demokracji.