

TOMASZ ZDROJEWSKI
ZUZANNA OPOLSKA

Czego nauczyliśmy się w ostatnich dwóch dekadach?

Ocena zmian, jakie zaszły w polskim systemie ochrony zdrowia w XXI w., a precyzyjniej od reformy w 1999 r., z kilku powodów jest bardzo trudna. Chcąc zrobić to dobrze, kolejne posunięcia należałoby komentować na tle ówczesnych uwarunkowań społecznych, ekonomicznych i politycznych. Cel tego rozdziału jest jednak dużo węższy.

Odnosząc się do zdarzeń, które pamiętamy, chcielibyśmy unaocznic czytelnikowi, jak wnikliwie i starannie należy przygotowywać, a następnie wprowadzać zmiany w ochronie zdrowia, by dobrze rozwiązywać często sprzeczne interesy różnych beneficjentów i interesariuszy, a także redukować typowe dla systemu ochrony zdrowia antynomie. Tym bardziej że reformowanie systemu ochrony zdrowia znacząco utrudniał fakt, że politycy bardzo łatwo ulegali pokusie łatwego wkraczania w kampanie wyborcze ze swoimi często bardzo fragmentarycznymi i nierzadko demagogicznymi postulatami. Racjonalny dialog był również w tym okresie znacznie utrudniony z uwagi na media nastawione na promowanie i wzmacnianie informacji negatywnych. W rezultacie w badaniach projektu „Diagnozy społecznej” prof. Janusza Czapińskiego zdecydowana większość Polaków uważała, że system ochrony zdrowia działa w Polsce źle, ale jednocześnie prawie 80% respondentów wskazywało na pozytywne efekty swojego ostatniego bezpośredniego kontaktu z ochroną zdrowia.

Media i politycy wypromowali też wśród Polaków oczekiwanie na szybką naprawę systemu ochrony zdrowia przy pomocy magicznych decyzji. Takie proste działania w istocie nie istnieją i dobrze ilustruje to na licznych przykładach niniejsza monografia.

Za niskie nakłady na „podstawową wartość”

Za podstawową antynomię można uznać to, że Polacy we wszelkich sondażach jednoznacznie wskazują dobre zdrowie jako podstawową wartość w życiu. W ostatnich dekadach (np. w badaniu CBOS w 2005 r.) dobre zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, w zgodnej opinii dorosłych Polaków stanowi niezmiennie najcenniejszy element w naszym życiu, który wartościujemy dwa razy wyżej od udanej pracy zawodowej. Tym-

czasem od samego początku transformacji ustrojowej w latach 90. ubiegłego wieku klasa polityczna zdecydowała o względnie bardzo niskich nakładach na system ochrony zdrowia w porównaniu do innych państw Europy Zachodniej.

Niektórzy eksperci z krajów zachodnich i USA uważają wręcz, że jak na tak niskie finansowanie świadczeń zdrowotnych polski system cechuje wysoka efektywność. Niektórzy eksperci makroekonomiczni odpowiedzialni za ten stan rzeczy mówią *off the record*, że nieduże nakłady na ochronę zdrowia to racjonalna polityka. Przede wszystkim dlatego, że system ochrony zdrowia nieumiejętnie zarządzany potrafi wydatkować 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 wskazują niektórzy eksperci, nakłady na inne obszary, m.in. inwestycje w edukację, przynoszą więcej korzyści, a w dłuższej perspektywie w skali całego państwa są po prostu bardziej rentowne. Pokazało to doświadczenie wielu państw – im wyższy jest poziom edukacji społeczeństwa, tym nakłady na medycynę naprawczą stają się relatywnie mniejsze.

Kolejna sprzeczność to brak dobrych i rzetelnych danych do analiz porównawczych, co wynika z niedostatecznego monitorowania spraw dotyczących zdrowia w Polsce. Nie jest to tylko paradoks charakterystyczny dla naszego kraju – Światowa Organizacja Zdrowia w swoich opracowaniach podkreśla, że 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 stopniu wystarczającym, narzędziami statystycznymi i modelami, które pozwoliłyby przekonać ministra finansów i premiera do racjonalnych decyzji w pracach nad budżetem państwa w zakresie ochrony zdrowia. Jeden z pierwszych obszarów w zakresie monitorowania i analiz, w którym taki model wypracowano i to jeszcze pod koniec lat 90. ubiegłego wieku, dotyczył refundacji leków. Bardzo ważne dla poprawy sytuacji, chociaż opóźnione w stosunku do potrzeb, było utworzenie Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz specjalistycznych zespołów analitycznych w Ministerstwie Zdrowia i Narodowym Funduszu Zdrowia.

Minister zdrowia za „słabym graczem”

Celowo powyżej napisaliśmy, że to minister finansów i premier podejmują kluczowe decyzje w zdrowiu, bo to przecież oni decydują o strukturze finansowania ochrony zdrowia. Warto w tym miejscu wskazać na kolejną sprzeczność wynikającą z faktu, że w kolejnych rządach minister zdrowia był słabym „graczem”, jeśli chodzi o decyzje najważniejsze, czyli wielkość nakładów i ich strukturę. Tymczasem pandemia bardzo szybko pokazała wszystkim, jak wiele różnych obszarów musi on objąć w swoich działaniach i odpowiedzialności w tym: 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.

Klasycznym przykładem zbyt małej roli ministra zdrowia jest opóźnienie przyjęcia przez Polskę dyrektywy Unii Europejskiej z 2014 r. dotyczącej zakazu sprzedaży papierosów mentolowych i z kapsułką smakową. Działania i poglądy kierownictwa resortu zdrowia stały w ostrej opozycji do przedstawicieli ministerstwa rolnictwa, a najpewniej też finansów, biorąc pod uwagę, że Polska była jednym z głównych producentów tych papierosów w Europie. Skarga polskiego rządu wniesiona w 2015 r. na tę dyrektywę wpisywała się niewątpliwie w szereg sporów, które przez lata powstawały w odniesieniu do różnych regulacji stanowiących na szczeblu Unii w przedmiocie produkcji, prezentowania i sprzedaży wyrobów tytoniowych oraz powiązanych wyrobów na europejskim rynku wewnętrznym. Z jednej strony była ona związana z poważnymi interesami gospodarczymi Polski. Z drugiej miała związek z codziennym życiem milionów obywateli Unii. Za tym wszystkim stało jednak pytanie, a w zasadzie kolejna antynomia systemowa. Jaki zakres działania powinien mieć ustawodawca unijny, by produkty mogły być w obrocie na jednolitych warunkach w całej UE bez pominięcia fundamentalnego celu wysokiego poziomu ochrony zdrowia? W tej konkretnej skardze wniesionej przez Rzeczpospolitą Polską przedstawiliśmy trzy argumenty. Po pierwsze, zdaniem Polski papierosy mentolowe stanowią produkt „tradycyjny”, który jest dla młodych osób mniej atrakcyjny od innych aromatyzowanych wyrobów tytoniowych. Po drugie, nie zostało w sposób obiektywny wykazane, że zakaz papierosów mentolowych prowadzi do tego, że mniej młodych osób skłania się do palenia papierosów. Po trzecie, dyrektywa spowoduje rozkwit czarnego rynku papierosów mentolowych w Europie. Wszystkie wymienione tezy zostały uznane za niewystarczające lub błędne. Ostatecznie zakaz sprzedaży papierosów mentolowych w państwach członkowskich UE wszedł w życie już w 2016 r., ale do 2020 r. obowiązywał okres przejściowy. Dopiero 20 maja 2020 r. papierosy smakowe, w tym papierosy mentolowe i z mentolową kapsułką, a także tytoń smakowy do samodzielnego skręcania papierosów zniknęły ze sprzedaży.

Komisja Europejska stała na słusznym stanowisku, że papierosy powinny mieć smak wyłącznie tytoniu, gdyż dodatkowy, przyjemny smak skłania większą ilość osób, szczególnie młodych, do palenia. Tymczasem według Polskiej Izby Handlu w naszym kraju ze sprzedaży papierosów do budżetu państwa wpływało wtedy rocznie ok. 26 mld zł., z czego 7-9 mld zł stanowiły przychody ze sprzedaży papierosów mentolowych. Cała historia bardzo dobrze ilustruje, jak trudne i złożone z powodu silnych uwarunkowań ekonomicznych są twarde decyzje prozdrowotne, a także dlaczego minister zdrowia z bardzo dobrym warsztatem analitycznym w zakresie zdrowia, spraw społecznych i ekonomicznych powinien być silniejszym niż dotąd partnerem w rządzie RP.

W Polsce od kilku już lat eksperci zdrowia publicznego starają się wskazać, do jakiej katastrofy zdrowotnej prowadzi prawie największy w świecie wzrost spożycia alkoholu rozpoczęty redukcją podatku akcyzowego o 30% w 2003 r. Zanotowano wtedy wzrost spożycia wyrobów spirytusowych o 42% z 2,4 l per capita w 2003 r. do 3,4 l per capita w 2008 r. Wobec obecnego rekordowego spożycia alkoholu w Polsce oraz olbrzymich szkód powodowanych przez alkoholizm niewątpliwie jako eksperci zdrowotni musimy się przygotować na długi proces „dialogu” z ministrem finansów i premierem. Bardzo potrzebne są twarde, mądre i jednocześnie pragmatyczne decyzje dotyczące akcyzy szczególnie na napoje spirytusowe i piwo. Celowo napisaliśmy „pragmatyczne”, bo należy pamiętać o tak podstawowych faktach jak założenia krzywej

Laffera, odnoszącej się do rynku napojów alkoholowych, gdzie coraz większy fiskalizm przyczynia się do powiększenia skali i aktywności szarej strefy. Ekspertsi ekonomiczni od razu podkreślą, że przemysł alkoholowy ma duże znaczenie dla gospodarki państwa, a jego rola w kontekście zasilania budżetu państwa poprzez wpływy z tytułu podatków pośrednich, akcyzy, VAT, opłat koncesyjnych oraz tworzenia miejsc pracy jest nieocenia. Zapominają jednak, że ze względu na specyfikę produktu nadmierne spożycie alkoholu prowadzi do znacznego wzrostu kosztów społecznych. Nadmierna konsumpcja napojów alkoholowych, ze względu na ich uzależniający charakter, ma obecnie wielkie negatywne skutki, a państwo ponosi odpowiedzialność i koszty walki z uzależnieniami, chorobami, wypadkami i innymi następstwami spożywania alkoholu.

Wyżej przytoczone przykłady konkretnych spraw dotyczące akcyzy, sprzedaży i handlu alkoholem i papierosami w Polsce bardzo dobrze ilustrują różnice w podejściu do tych problemów różnych ministrów w rządzie i tak potrzebnej większej roli niż dotąd ministra zdrowia.

Praca ponad podziałami a realia

Wracając do sprawy zbyt niskich nakładów na zdrowie w Polsce trzeba przyznać, że dialog w tej sprawie pomiędzy ekspertami medycznymi, politykami a społeczeństwem niewątpliwie w ostatniej dekadzie rozwinął się pozytywnie. Aktualnie najbardziej popularna narracja w mediach jest następująca. Dobre zdrowie Polaków, w zgodnej opinii polskich polityków, jest podstawowym elementem naszej racji stanu. W kontraście do tego jednolitego poglądu elit politycznych i społeczeństwa pozostaje niskie finansowanie i niedostateczny stan systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. W statystykach zdrowotnych w Unii Europejskiej zaliczamy się do grupy krajów o prawie najgorszych wskaźnikach:

- zdrowotnych,
- dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych,
- stanu aparatury i infrastruktury.

Chociaż eksperci zewnętrzni podkreślają, że polski system wyróżnia się w krajach UE wysoką efektywnością w relacji nakłady/wskaźniki zdrowotne to wydaje się, że społeczne, zdrowotne, ekonomiczne i polityczne rezerwy dalszego trwania tej sytuacji ulegają wyczerpaniu. Szybkie starzenie się społeczeństwa oraz wzrost kosztów nowych technologii medycznych, a także niezadowolenie relatywnie nisko wynagradzanych pracowników medycznych mogą prowadzić do nieprzewidywanego w skutkach kryzysu. Bardzo dobrym unaocznieniem tego, że poważne zmiany w ochronie zdrowia to prawie zawsze procesy wielowątkowe i wielosektorowe wymagające dobrej komunikacji społecznej oraz wykraczające poza rutynowy okres czteroletniej kadencji rządu, była ambitna reforma z 1999 r. Duże oczekiwania społeczne wyzwolone przez polityków i media z jednej strony, oraz zbyt ambitne, szybko przygotowywane i wprowadzane przez nową kadrę kierowniczą zmiany stały się łakomym i łatwym kąskiem politycznym dla ówczesnej opozycji. W rezultacie krytyki reformy z 1999 r. doszło w 2003 r. do zmiany władzy i „kontreformy” z utworzeniem jednolitego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tutaj nasuwa się bardzo zasadniczy wniosek i wyłania kolejna antynomia. System ochrony zdrowia z uwagi na jego złożoność by był naprawdę efektywny, powinien opierać się na pracach ponad podziałami politycznymi i nie mieć ścisłego związku

z cyklem parlamentarnym i rządowym. Wydaje się jednak, że nie ma co na taki proces liczyć. Politycy wiedząc, jak ważne dla społeczeństwa są problemy zdrowotne, bardzo łatwo ulegają pokusie walki politycznej i atakowania przeciwników w obszarze ochrony zdrowia.

Warto podkreślić, że najbardziej poszkodowani w każdym nieudanym procesie naprawy systemu ochrony zdrowia są zwykle najsłabsi, czyli ludzie najubożsi i chorzy wymagający opieki długoterminowej. A to zwiększa nierówności w zdrowiu, które z kolei są nie tylko niekorzystne społecznie, ale 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 miałyby to miejsce 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. Utrudnia to w praktyce stosowanie solidaryzmu jako bardzo ważnej cechy systemu w cywilizowanym świecie.

Proste recepty a antynomie

Każdy, kto chce podjąć działania dla poprawy systemu ochrony zdrowia, musi zdawać sobie sprawę z szeregu antynomii, które napotka. Wynika to m.in. z konieczności połączenia analiz ekonomicznych z normami etycznymi i czynnikami społecznymi oraz z szybko postępujących postępów 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 możliwości wyboru, jak w handlu innymi dobrami, jest w tym kontekście, także z powodu możliwych manipulacji i nadużyć po prostu nie do przyjęcia. Asymetria informacji pomiędzy pacjentem i 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 takich jak np. hasło „wolny rynek” oznacza realne zagrożenie, a nie możliwość poprawy sytuacji. W sektorze zdrowia pozytywne efekty konkurencyjności usługodawców mogą być wyzwolone tylko w przypadku odpowiedniego systemu regulacji z precyzyjnym standaryzowaniem i obiektywnym wartościowaniem jakości usługodawców.

Zwróciliśmy już uwagę na zasadniczą sprzeczność pomiędzy dużymi oczekiwaniami społeczeństwa, notabene rozbudzonymi przez media, a realnymi możliwościami rządzących i klasy politycznej w ogóle. Tymczasem w procesie poprawy działania systemu ochrony zdrowia nie ma prostych i łatwych rozwiązań. Propagowany przez niektóre środowiska pogląd, że proste liberalne otwarcie rynku usług medycznych spowoduje w pełni samoczynne uregulowanie systemu i jego racjonalne kosztowo funkcjonowanie, jest nie tylko błędnym, ale i niebezpiecznym stereotypem. W Polsce wytworzył się w latach 90. ubiegłego wieku mit „pozytywnego amerykańskiego syste-

mu”, o czym głównie zdecydował najwyższy w świecie potencjał technologiczny części świadczeniodawców w USA. Trzeba jednak pamiętać, że osiągnięto to za pomocą, jak na standardy europejskie, rekordowo wysokich kosztów, nie zapewniając przy tym efektywnego wykorzystania środków. Umożliwienie wolnego wyboru i utworzenie wolnego rynku świadczeniodawców czy ubezpieczycieli, bez odpowiednich regulacji, może wywołać efekty odwrotne do zamierzonych: większe marnotrawstwo środków, gorszą 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 zawierać:

- prawidłową analizę teoretyczną problemu,
- kompleksową ocenę trudności i zagrożeń ekonomicznych, społecznych i politycznych,
- precyzyjny i długofalowy plan wdrażania, stałego monitorowania i reagowania podczas tego procesu.

Żadna grupa polityków, którzy w ostatnich 30 latach kreowali reformy w naszym kraju, nie może wykazać się w zadowalającym zakresie tego rodzaju opracowaniami. Z pewnością najbliższą ich był resort zdrowia kierowany przez prof. Zbigniewa Religę.

Wracając 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. Jednak, gdy podejmowano takie działania w poprzednich latach, niejednokrotnie byliśmy świadkami utrudnień i kontrakcji silnych graczy na rynku usług 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 do naprawy systemu może przynieść istotne korzyści, ale warunkiem są dobre regulacje prawne i administracyjne, jak i ich dobre monitorowanie. Dużą redukcję antynomii może przynieść wprowadzenie precyzyjnego systemu klasyfikacji świadczeniodawców i stworzenie im równych szans poprzez referencyjność oraz standaryzowanie, także ocenę zakresu oraz jakości usług. Efektem dodanym będzie wtedy konkurencja przede wszystkim w niemedyce części usług np. hotelowej, biurowej czy poziomie empatii pracowników.

Problemem o podobnym negatywnym znaczeniu jak proste doktrynalne rzucanie hasła o wolnym wyborze w ochronie zdrowia jest obrona przez środowisko lekarskie tradycyjnego pojmowania zawodu 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.

Reformowanie a komunikacja społeczna

Pisząc o funkcjonowaniu i reformowaniu systemu ochrony zdrowia, warto podkreślić olbrzymie zadania komunikacji społecznej, w tym edukacji społeczeństwa i elit politycznych. Jak pokazały najnowsze doświadczenia pandemii, komunikacja społeczna jest jednym z bardziej zaniedbanych, a z drugiej strony niezwykle potrzebnych modułów systemu. Jednocześnie jest ona nieodzownym warunkiem uzyskania poparcia partii politycznych, ekspertów, społeczeństwa, pracowników systemu ochrony zdrowia i środków masowego przekazu dla naprawy systemu. Niestety, kolejne rządy niekoniecznie wyciągnęły odpowiednie wnioski z doświadczeń z lat 1999-2003. Jak napisaliśmy już wyżej, niektórym błędom reformy z 1999 r., ale także dużym zaniedbaniom w komunikacji społecznej, towarzyszyła nadmiernie krytyczna ocena przez opozycję, a następnie jej upolitycznienie przez „kontrreformę” kolejnego rządu w 2003 r.

Niezadowolone społeczeństwa i pracowników systemu stale wzmocnione jest sposobem relacjonowania zagadnień zdrowotnych przez środki masowego przekazu, które ze swej natury koncentrują się na zjawiskach negatywnych, często jednostkowych i incydentalnych. Elementem redukującym ten proces może być tylko dobrze przygotowana publiczna debata, spełniająca cele edukacyjne i operacyjne w przygotowaniu oraz realizacji procesu naprawy. Niezwykle cenne, jak pokazały przykłady z innych krajów, może być prowadzenie projektów typu *foresight*. Niestety, w ostatnich 15 latach podjęte trzykrotnie przez prof. Michała Kleibera i nasz zespół próby realizacji tego typu projektów w Polsce spełzły na niczym.

Na koniec warto podjąć temat przesłanek ideowych w procesie naprawiania systemu w ubiegłych dekadach w Polsce, gdzie także można napotkać na różne sprzeczności. Wykazaliśmy już, że dużymi błędami w dotychczasowych próbach naprawy systemu było ich nadmierne upolitycznienie. Taki instrumentalny i podporządkowany *de facto* interesom politycznym proces uniemożliwiał na samym początku współpracę ponadpartyjną i budował walkę polityczną zamiast szukania zgody. W konsekwencji zamiast pogłębionych analiz debatę wypełniały chwytliwe hasła. Ciągnęła i narastająca spirala sporów politycznych w dziedzinie zdrowia pomiędzy rządzącymi a opozycją, zwykle ograniczająca się do haseł kreowanych przez polityków liczących na własne sukcesy polityczne lub niezręcznie wspierana przez różne grupy interesu, w praktyce uniemożliwiała współpracę. Wydaje się, że duża część obecnych kłopotów w funkcjonowaniu systemu wynika z braku pogłębionych analiz teoretycznych wielu ważnych problemów systemu, które można było naprawić właśnie „ponad podziałami”.

Tymczasem, co prawda nieliczne, ale dobre wzory innych krajów pokazują, że tylko mądre „przekierowanie” sporów elit politycznych i polityków zdrowotnych na rozwój umożliwi nam skuteczną rywalizację z innymi krajami, do których w ostatniej dekadzie w zakresie chorób zakaźnych i czynników ryzyka tych chorób wcale nie zmniejszyliśmy dzielącego nas dystansu. Poza tym głębsza analiza obecnej wiedzy, doświadczeń i doktryn zdrowotnych na świecie wyraźnie pokazuje, że pole manewru w konstruowaniu nowoczesnego systemu ochrony zdrowia między solidarnym a liberalnym podejściem uległo dużemu zawężeniu.

Obecnie za nowoczesny system przyjmuje się ten, który tam, gdzie to potrzebne, funkcjonuje „solidarnie” (np. powszechność ubezpieczenia) oraz tam, gdzie to możliwe, „liberalnie” (np. konkurencja na dobrze uregulowanym rynku usług). W obecnych

doktrynach zdrowotnych zarówno w krajach Unii Europejskiej, jak i Stanów Zjednoczonych przeważa opinia o potrzebie powszechności opieki i solidaryzmie w zbieraniu środków. Z drugiej strony zamierzona i dobrze kontrolowana komercjalizacja, a nawet prywatyzacja podmiotów świadczących usługi, ale działających w modelu *non profit*, oraz wprowadzanie ubezpieczeń dodatkowych i alternatywnych mogą wyzwolić w niektórych sektorach systemu szybszą poprawę niż podmioty *stricte* publiczne, pod warunkiem dobrej regulacji konkurencji na rynku. Nowoczesny kapitalizm w ochronie zdrowia mógłby polegać więc na zaplanowanym uruchomieniu dobrze regulowanych mechanizmów rynkowych w celu optymalizacji wydatków i poziomu usług z zachowaniem priorytetu, jakim jest powszechność ubezpieczenia, solidaryzm oraz wynikające stąd bezpieczeństwo zdrowotne i społeczne obywateli.

Aktualnie pierwszorzędnym zadaniem będzie dla rządzących w Polsce przekonanie społeczeństwa, że nie opłaca się płacić zbyt mało na zdrowie, gdyż w końcowym efekcie, w niewydolnym systemie w razie zachorowań swoich i bliskich indywidualne koszty 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 od tego ubezpieczyć lub zapłacić odpowiednio wyższą składkę lub podatek. Z pewnością trzeba w tym dialogu zapewnić społeczeństwu poczucie adekwatności ponoszonych nakładów i uzyskiwanych korzyści.

Podstawową trudność dla takich odważnych dyskusji stanowią mogą niestety sami obywatele Rzeczypospolitej. Są oni dzisiaj znacznie lepiej wykształceni, ale jednocześnie przywykli do uprzedniej nadmiernie egalitarnej socjalnej polityki 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 w celu redukcji liczby zachorowań jest niepotrzebne wydatkowanie wielkich środków na medycynę naprawczą. Polska zalicza się 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 prewencji i medycyny naprawczej trwa w Polsce od początku okresu transformacji i wymaga stanowczej zmiany paradygmatu. Zdecydowanym celem i priorytetem polityki zdrowotnej powinna stać się redukcja liczby zachorowań na choroby układu krążenia i nowotwory.

Z pewnością niewydolny system z np. dużo większą liczbą zachorowań na zawały serca i udary mózgu niż w krajach skandynawskich przyczynia się do znacznej utraty produktywności wśród czynnych zawodowo osób, 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, ale także jako współtwórcę dobrobytu państwa.

Podsumowanie

Jedyną drogą do naprawy systemu jest dobre monitorowanie jego działania, uwzględnienie wielu uwarunkowań w tym politycznych, dobra komunikacja społeczna, a przede wszystkim wykorzystanie współczesnej wiedzy i dobrych praktyk w tym zakresie. Tylko taka, być może dla polityków niezbyt atrakcyjna, organiczna praca ma szansę przynieść znaczącą redukcję istniejących antynomii lub 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, prócz nielicznych, dobrych kompleksowych opracowań w tym 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, gwarantując pozyskanie najlepszych ekspertów i najwyższą jakość proponowanych działań.