

Stenogram z konwersatorium „Czwartki u Ekonomistów”
nt: Patologie służby zdrowia i możliwości wyjścia z kryzysu
z 20 stycznia 2011 r.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

Drogie panie, szanowni panowie. Ostatnie liczenie wykazało, że jest nas na sali 25 osób. A więc liczba przedstawicieli jest dość godna, żeby rozpocząć. Państwo pozwolą, że się przedstawię. Moje nazwisko - Jerzy Małkowski. Mam dziś przyjemność i zaszczyt zastępować panią profesor Mączyńską. Ona niestety, przeprasza, ale obowiązki, które jej nagle wypadły, spowodowały, że nie może prowadzić tego ważnego spotkania i poprosiła mnie, żebym się tym zajął. Jestem prezesem Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego, a więc niejako gospodarzem tej ziemi oraz członkiem Zarządu Krajowego PTE i z przyjemnością oddam się temu, żebyśmy dziś omówili tak ważny temat, który nas wszystkich dotyczy, jakim są patologie służby zdrowia i możliwości wyjścia z kryzysu. Osobami, które nam przybliżą temat, wprowadzą do debaty, bo liczę na tę debatę, są: pan prof. Paweł Bożyk i pan prof. Jerzy Żyżyński. Proszę państwa, umówiliśmy się tak, że pan prof. Bożyk będzie pierwszym wprowadzającym, a pan prof. Żyżyński dokończy sprawę, a później będzie oczekiwana debata, to znaczy, wypowiedzi, pytania, uwagi, sugestie. Ponieważ już mówię, to pozwolę sobie na jedną uwagę. Otóż proszą państwa, gdy się ludzi pyta, przy każdej okazji, czego by chcieli, to mówią - zdrowia. Tak mówią, a jak się spojrzy na organizację państwa, to sprawa zdrowia gdzieś jest odsyłana: najczęściej tam gdzie jest szkolnictwo, sport, turystyka i zdrowie. To jest paradoks nie sprzeczność, że co innego chcemy, a co

innego robimy. Czy tu nie jest źródło tego, co autorzy nazwali patologią. Coś w tym musi być. Jeszcze jedno, proszę zapisywać swoje nazwiska, nie żeby do akt, tylko chodzi o to, ponieważ to będzie nagrywane, szanowna pani rzecznik, będzie później opracowywała ten materiał, żeby wiedziała kogo uwzględnić. Panie profesorze, proszę bardzo.

Pan prof. dr hab. Paweł Bożyk, Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Informatyczna w Warszawie

Proszę państwa, bardzo dziękuję za obecność na tym dzisiejszym spotkaniu. Chciałbym na wstępie powiedzieć, że my z kolegą Jerzym nie mamy najmniejszego zamiaru, zajmować się dzisiaj medycyną. Procedurami medycznymi, sposobami leczenia, bo byłoby to chyba najgorsze, co sobie można wyobrazić. Natomiast będziemy się chcieli zająć sprawami ekonomicznymi i związanymi z zarządzaniem służbą zdrowia. Ta sala i to miejsce, gdzie będziemy o tym mówili, świadczyć może tylko o jednym, że powinniśmy właśnie tylko o tych sprawach tutaj rozmawiać. Pretekstów do tego jest dość dużo, chociażby ze względu na trwającą reformę systemu ochrony zdrowia. I już na wstępie chciałem powiedzieć, że znacznie więcej zastrzeżeń sformułowaliśmy do poziomu mechanizmu działania niż do zarządzania szpitalami, przychodniami, domami opieki, itd. itd. Czyli, będziemy się koncentrowali na zarządzaniu służbą zdrowia jako całością bo tutaj najwięcej jest zastrzeżeń i tutaj najwięcej jest uwag. Pierwsza sprawa, użyję takiego słowa - ciągnie się kilkanaście lat, od 1998 r., to jest teza nadrzędna, że publiczna służba zdrowia jest znacznie mniej efektywna, niż byłaby służba prywatna. Nie wiadomo na jakiej podstawie ta teza została sformułowana, ponieważ nie trzeba daleko sięgać, wystarczy sięgnąć do amerykańskiego systemu

ochrony zdrowia, który w decydującej części jest systemem prywatnym, by w łatwy sposób obalić tę tezę. W Europie istnieje wiele przykładów, gdzie publiczna służba zdrowia funkcjonuje bardzo dobrze i istnieje wiele przykładów, gdzie prywatna służba zdrowia funkcjonuje bardzo dobrze. I odwrotnie. Można znaleźć przykłady złego funkcjonowania służby zdrowia publicznej i złego funkcjonowania służby zdrowia prywatnej. Ale nie o to tutaj chodzi. Dlaczego o tym wspominać. Ponieważ w 98 r. przy wypracowywaniu obecnej ustawy o ochronie zdrowia przyjęto tezę, że trzeba publicznej służbie zdrowia dać mniej środków, a wtedy to poprawi jej efektywność funkcjonowania, bo środków jest za dużo. Jak jest za dużo środków, to nie ma tendencji do efektywnego wykorzystania tych środków. Nasza teza jest absolutnie odwrotna. Wychodzimy z założenia, że gospodarka deficytów, rynek sprzedawcy rodzi odwrotne tendencje. Przecież pamiętamy patrząc na nas tutaj, wszyscy nie tak dawno, minęło od tej pory już 20 lat, ale znamy gospodarkę niedoborów i wiemy, że jak nie było szynki, wchodziliśmy do sklepu i ktoś miał szczęście spotkać szynkę, to kupował pół kilo, lub kilo, zamrażał potem i jadł to świństwo przez parę tygodni - mrożona szynka, czegoś mniej smacznego zapewne nie ma. W momencie kiedy jest tej szynki dużo, każdy z nas kupuje 10 dkg szynki, ponieważ jutro, czy pojutrze jak będę szedł kupię sobie następne dziesięć. Tak samo jest dzisiaj z systemem ochrony zdrowia, gdzie jest niewątpliwie rynek sprzedawcy, podaż usług jest znacznie mniejsza niż popyt na te usługi. Narodowy Fundusz Zdrowia jest czymś, co można porównać do Ministerstwa Gospodarki, do Komisji Planowania, który wydziela kartki jak gdyby dysponuje, czy zarządza systemem kartkowym. I tak długo dopóki nie

zmieni się, ale zanim to zdanie wypowiem, to jeszcze powiem, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat, życie potwierdziło, że ten system, który jest oparty na rynku sprzedawcy wcale nie doprowadził do bardziej efektywnego wykorzystania tych środków. Wręcz odwrotnie. Można powiedzieć, że w skali makro ta niegospodarność uległa pogłębieniu. Drugi wniosek jaki się nasuwa z tej naszej analizy, którą przeprowadziliśmy przy pomocy dojścia do takiego grona a z tego wynika, że szpitale, to znaczy te przedsiębiorstwa w skali mikro potrafiły mimo wszystko znacznie bardziej zracjonalizować swoje gospodarowanie, niż to się stało w skali makro. Największe marnotrawstwo jest w skali makro. I tam się szuka bardzo często metod, które są na pograniczu znachorstwa, na pograniczu po prostu tego, czego nie powinno być. Czyli ta teza, która legła u podstaw obecnej ustawy o ochronie zdrowia jest tezą błędną. Mniej środków na funkcjonowanie służby zdrowia nie doprowadziło i nie doprowadzi do poprawy efektywności ich wykorzystania. To może tylko i wyłącznie doprowadzić do pogorszenia. My dajemy tutaj, ja nie będę dzisiaj przytaczał przykładów z codziennej prasy, z codziennych mediów, czym jesteśmy karmieni na co dzień, ile osób cierpi ze względu na ten system. Ja tylko do jednego wniosku doszedłem, że w pogotowiu codziennie umiera 10 osób, ze względu na brak lekarzy, na brak karetek. Codziennie umiera 10 osób, ale się tego nie nagłaśnia oczywiście, bo to jest sprawa oczywista. Czy rzeczywiście brak lekarzy w pogotowiu powinien doprowadzać do takich rzeczy. Zresztą dwa lata temu Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało, że zmieni się radykalnie sytuacja w tej dziedzinie, będą też jeździli anestezjolodzy, specjaliści od chorób wewnętrznych. Komunikat, który się ukazał dwa, czy trzy dni temu, mówi, że

nic z tego nie będzie. W najbliższych latach nie jest możliwe zrealizowanie tej obietnicy, ponieważ nie ma lekarzy. Jak to nie ma lekarzy, skoro wystarczy pojechać do Niemiec czy do Holandii, gdzie są całe polskie szpitale, gdzie są wszyscy lekarze z Polski. Czy to nikomu nie daje do myślenia. Proszę państwa dlatego też, nasza teza czołowa, taka pierwsza, najważniejsza jest taka, że trzeba zwiększyć finansowanie służby zdrowia obciążając składką również pracodawców. Polska jest jedynym krajem w Europie, gdzie składkę zdrowotną płać wyłącznie pracownicy. Pracodawcy opłacają leczenie w Damianie, Luxmedzie, to w sumie jest ok. 2 proc. wydatków na służbę zdrowia. Ale to jest wbrew ustawie o ochronie zdrowia i nie o takie opłacanie tutaj chodzi. Dlatego te 9 proc. my traktujemy jako główny pułap obciążenia pracowników opłatami na rzecz ochrony zdrowia, bo to jest chyba najwyższa stawka w Europie. Nie ma drugiego kraju, gdzie pracownicy płaciliby 9 proc. płać na ochronę zdrowia. Na ogół to płać 6, 7, 8 proc. Drugą połowę płać pracodawcy lub państwo. Oczywiście pracodawcy podnieśli natychmiast raban, że to podniesie w bardzo poważny sposób koszty pracy i spowoduje, że polskie produkty będą nieopłacalne na rynku światowym. To jest kompletną nieprawdą, ponieważ koszty pracy w Polsce stanowią 35,2 proc. PKB i są na poziomie Indii; znajdujemy się za Brazylią. Przeciętnie koszty pracy stanowią 45 proc., w Szwajcarii 60 proc., w innych krajach jeszcze więcej. W każdym razie to nie jest prawda, że w Polsce koszty pracy są takie wysokie, chociażby z tego powodu, że poważna część pracowników w tej chwili jest na umowie zleceniu, czy na umowie o dzieło, co znacznie zmniejsza koszty pracy. Ale nawet nie o to chodzi. To jest teza całkowicie nieprawdziwa. Po naszej pierwszej

konferencji prasowej, pracodawcy, bo pamiętam kiedyś podniósł ktoś sprawę opodatkowania pracodawców, rozpoczął się niesamowity krzyk wszystkich pracodawców. Wszystkie korporacje, pani Bochniarz, Lewiatan i inni powiedzieli, że to jest w ogóle skandal, polskie produkty wypadną z konkurencji, bo koszty pracy będą horrendalne. Po tej naszej konferencji kiedy przekazaliśmy te wszystkie informacje, media dość obficie to opublikowały, jeden z szefów, jeden z pracodawców powiedział delikatnie w ten sposób: - To prawda, służba zdrowia nie jest nadmiernie finansowana w Polsce, ale nadal pracuje nieefektywnie. Co to ma do rzeczy? Symptodem złego finansowania służby zdrowia jest udział wydatków na ochronę zdrowia w produkcie krajowym brutto. W Polsce stanowi on, kiedy wszystko już policzymy, około 6,4 proc. Przeciętnie w Europie stanowi 10 i 11 proc. Wyższe jest w większości krajów Europy środkowej i wschodniej, czyli to my, ja już nie mówię o poziomie PKB i w przeliczeniu zwłaszcza na jednego mieszkańca tych krajów, jak jest we Francji, czy w Niemczech, czy gdzie indziej, ale tamto stanowi 10, 11 proc. U nas stanowi 6,4 proc., to jest powtórzenie tego, co ja powiedziałem, że te koszty, że to finansowanie służby zdrowia jest takie a nie inne. Mamy duże zastrzeżenia do terytorialnego finansowania służby zdrowia, to znaczy uczynienia odpowiedzialnymi województwa i wojewodów ponieważ prowadzi to do nieprawdopodobnego zróżnicowania jakości służby zdrowia. Są województwa, na terytorium których znajduje się bardzo dużo bogatych zakładów w wyniku czego te województwa mają znacznie większe środki na finansowanie służby zdrowia i są województwa bardzo biedne, gdzie tych środków nie ma. Ja już nie mówię o tym, jakie konsekwencje rodzi to np. w funkcjonowaniu pogotowia ratunko-

wego. Ja jestem szczególnie uczulony na to pogotowie z powodów, o których nie chciałbym tutaj mówić. Bardzo często pogotowie, które się znajduje na granicy jakiegoś województwa wcale nie może tego chorego zawieźć do szpitala, który jest pięć kroków dalej, bo go tam nie przyjmą, bo to już są inne środki. Czyli, naszym zdaniem podział tego na terytorium, na województwa jest absolutnie błędnym podziałem i uważamy, że trzeba z tym skończyć. Ale największe zastrzeżenia kierujemy pod adresem ostatniej reformy pani Kopacz. Mianowicie, dotyczącej, mówiąc bez żadnych ogródek, prywatyzacji służby zdrowia. W warunkach rynku sprzedawcy, prywatyzacja służby zdrowia musi doprowadzić do pogorszenia jakości usług dla większości korzystających z usług tej służby. Nie ma innych możliwości. To nie jest prawda, że istnieje sprzęt niewykorzystany, że istnieją procedury, który można by było wykorzystać. Ani sprzętu nie można wykorzystać, ani nie można tych procedur wykorzystać, bo nie ma limitów Narodowego Funduszu Zdrowia. Problemem nie jest brak sprzętu, czy brak procedur. Bardzo często problemem jest brak limitów. Mogę powiedzieć w formie groteskowej, że kiedyś na korce naderwałem sobie wiązanie w kolanie, zalecono mi naświetlanie i poszedłem na Hożą, bo okazało się, że jest 10 stanowisk do tego zabiegu, to było w sierpniu, i ja mówię, czy mogę, a tak, bardzo proszę, zapisujemy na kwiecień przyszłego roku. Ja mówię, jak to na kwiecień, to ja mam kuśtykać, tu nie ma tłoku. Tłoku nie ma, tam nikogo nie ma, bo myśmy już limity wykorzystali. Nie ma powodu limitów i wobec tego

Pan J.Małkowski

Nie braku limitów, tylko istnienie limitów, to się przejęzyczyłeś.

Pan prof. dr hab. Paweł Bożyk

Istnienie limitów, to znaczy brak zgody funduszu na wykorzystanie tych urządzeń. A ile kosztuje? 11 zł. Więc dziesięć naświetlań kosztowało 110 zł. Czy można zapłacić? A bardzo proszę. I oczywiście, to są jak mówię groteskowe zdarzenia, ale podstawową przyczyną jest brak zgody NFZ na wykorzystywanie sprzętu, na wykorzystywanie różnych rzeczy. Co to znaczy, bo bardzo często media nagłaśniają, że jedno szpitale funkcjonują bardzo dobrze i nie mają zaległości, a inne szpitale funkcjonują bardzo źle i mają duże zaległości w płatnościach. Sprawa jest niezwykle prosta, po prostu te pierwsze szpitale nie przyjmują od pewnego momentu chorych, odsyłają, nie przyjmują karettek, nie przyjmują zgłoszeń i odsyłają chorych, niech sobie idą gdzie chcą bo nie mają zgody funduszu. Fundusz chciałby, żeby ludzie chorowali równocześnie tak samo w pierwszym kwartale, w drugim, trzecim i czwartym. Rozdziela ją, wiemy jak planowanie wyglądało, widzę tu na sali wiele osób, które maczały ręce w procedurach planistycznych w przeszłości i dzisiaj, jeżeli chodzi o służbę zdrowia to niewiele tu się zmieniło. To znaczy, teza nasza jest taka. Prywatyzacja służby zdrowia w warunkach rynku sprzedawcy prowadzić może tylko i wyłącznie do pogorszenia sytuacji jeżeli chodzi o ochronę zdrowia większości korzystających z tej służby. I jest niemoralna, ponieważ nagradza te osoby, które stać na to, żeby ubezpieczyć się prywatnie i legalnie, nie ukradkiem poprzez ordynatora, czy dyrektora szpitala dostać się do tego sprzętu, czy do tych procedur, bo na to zezwalają nowe ustawy, które nie wiem, one nie zostały jeszcze przyjęte, jeszcze są wciąż w dyskusji, w toku. Uważam te ustawy jako całkowicie niemoralne, które nie mówią prawdy,

tak jak powinny one powiedzieć. Jeżeli chodzi o skutki dodatkowego ubezpieczenia. Zgodnie z założeniami WHO wszyscy pracownicy sektora publicznego powinni mieć równe prawo i równe możliwości korzystania z publicznej służby zdrowia. Wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń dla tych, których stać na ubezpieczenie się w firmach prywatnych, czy innych, oznacza, że wśród tych równych są jeszcze równiejsi i w tej sytuacji prowadzić to może do legalizacji dyskryminacji pewnych działań. Poza tym, jeżeli chodzi o prywatne spółki. One przecież mają się kierować zyskiem. To jak my sobie wyobrażamy stosowanie drogich procedur i drogich leków, skoro dzisiaj nawet NFZ nie pozwala na wykorzystywanie drogich procedur i drogich leków; w wielu przypadkach nawet ekstremalnie chorych. Szpital, jeżeli ma wygospodarować zyski, to będzie stosował aspiryny, a nie drogi sprzęt i drogie procedury, bo ten szpital, który nie będzie się kierował maksymalizacją zysku, prędzej czy później może zbankrutować. Ja już abstrahuję również od tego, że część szpitali może szybko zmienić się np. w domy wczasowe. Pierwszy przypadek w Polsce już był, kiedy właściciel szpitala stwierdził, że mu się zupełnie nie opłaca kontynuowanie leczenia, likwiduje szpital i przebudowuje ten szpital na dom wypoczynkowy dla chętnych, którzy zechcą z tego korzystać. Do czego ja zmierzam, zmierzam do tego, że w warunkach braku środków prywatyzacja służby zdrowia nie jest wyjściem, nie doprowadzi do poprawy tej sytuacji. Oczekiwanie, moim zdaniem jest to normalne okłamywanie społeczeństwa, obiecywaniem, że jak będą prywatne szpitale, to wtedy wszyscy będą doskonale załatwieni, będziemy mogli się leczyć i nie trzeba będzie zgłaszać żadnych zastrzeżeń. My apelujemy, ja osobiście apeluję do prywatnych

pracodawców, bo oni postawili jeszcze jeden warunek: odpłatności pacjentów za lekarza; to znaczy, żeby każdy pacjent, który idzie do lekarza płacił powiedzmy 10 czy 20 zł, żeby tą drogą wyeliminować nagminne chodzenie do lekarza przez niektórych chorych, bardzo często i my w tych wstępnych dyskusjach uważamy, że to jest słuszny postulat. Minister Łapiński obiecał, że to będzie, on zniósł ten postulat i on właściwie przeciwstawił się opłacaniu przez pacjentów nawet najniższych stawek za chodzenie do lekarza. Ale naszym zdaniem to nie jest, z tego nie będzie wielkich pieniędzy, to może być 300, 400 mln zł, gdzieś w tych granicach, to nie jest wielka kwota, ale to może jednak zmniejszyć tłok przed drzwiami niektórych lekarzy. Ja myślę tak, ponieważ podzieliliśmy się z panem prof. Żyżyńskim problemami, które tu będziemy referować, obiecałem, że nie przekroczę pół godziny, oddaję głos. Proszę bardzo.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

Serdecznie dziękuję. Prosimy o drugi głos.

Pan prof. dr hab. Jerzy Żyżyński, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski

Jeżeli pan profesor pozwoli, to ja będę siedział.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

Jest to dopuszczalne.

Pan prof. dr hab. Jerzy Żyżyński

Po prostu będzie mi wygodniej. Otóż, nawiązując do tego co mówił prof. Bożyk w sprawie tych limitów. Przypadek tego punktu, w którym była jakaś rehabilitacja, czy coś takiego. Fundusz zdrowia powiada, jest limit, mogę zapłacić tylko za ileś tam zabiegów, a pacjent w efekcie przyszedł po czasie kiedy już limit został wyczerpany i powiadają dalej nie

możemy i to jest znakomity przykład tego, że niedofinansowanie powoduje nieefektywne wykorzystanie środków. Twierdzenie, że damy mniej pieniędzy, będziemy bardziej efektywni, na tym przykładzie widać jakie jest fałszywe. Oczywiście może ktoś tam przyjść i zapłaci, ale to będzie mimo wszystko, ten sprzęt będzie niewykorzystany dlatego, że tych, którzy są w stanie zapłacić będzie niewiele. Zapomina się, że polskie społeczeństwo jest bardzo biedne; ciągle się o tym zapomina. Profesor Bożyk przypomniał to. 35,2 proc. udział kosztów związanych z zatrudnieniem, takie jest pełne statystyczne określenie; w PKB było w 2007 r. teraz co prawda troszeczkę wzrosło o jeden punkt procentowy, ale i tak jesteśmy na szarym końcu dlatego, że w krajach europejskich jest to standard. Około 50 proc. Natomiast przoduje jak już profesor mówił Szwajcaria, ponad 60, 62 proc. Jeszcze raz przypominam, udział kosztów związanych z zatrudnieniem brutto, czyli łącznie z podatkami, łącznie z narzutami, itd., czyli to obejmuje faktycznie, to co do swoich rąk dostają w formie wynagrodzeń za pracę lub nie. także sfera budżetowa, bo jest ona z podatków finansowana, częściowo przynajmniej od tej strony. I to jest to. Druga sprawa natomiast, to pracodawcy. Ja bym się wystrzegał mówieniem, że pracodawcy. Tak zwani przedstawiciele pracodawców, tzw. organizacje pracodawców. Pani Bochniarz to jest, ja uważam, tak mówiąc brutalnie, mówię, walę, że tak powiem prosto, proszę państwa to nie są pracodawcy, to są samozwańczy reprezentanci polskich przedsiębiorców i pracodawców, którzy sobie roszczą pretensje do działania w ich interesie, nie pytając nikogo. Biorą jakiś takich, pozał się Boże ekspertów, którzy coś tam robią, wydaje im się, że się znają na ekonomii, coś tam dłubią sobie

i jakieś poglądy wygłaszają, rzekomo w interesie pracodawców. To jest nieprawda. Dowodem na to, jest chociażby to, że jak była ustawa, która miała prosić państwa ograniczyć wysokie oprocentowanie, lichwiarskie oprocentowanie, to oni się temu przeciwstawili. A więc w czym interesie. Próba ograniczenia lichwiarskiego oprocentowania, to nawet Adam Smith przeciwko lichwie się wypowiadał prosić państwa, a oni tutaj, dlatego działają w interesie pewnych grup finansowych, które są zainteresowane wysoką stopą oprocentowania, itd. Także to nie są żadni pracodawcy. Niemniej jednak jest to byt, który istnieje i trzeba się z nimi zmagać. Ja uważam, że tu jest rola państwa, że państwo powinno to w jakiś sposób ograniczyć, ale tu nic niestety nie możemy zrobić. To jest taka z mojej strony uwaga co do tego. Są to z naszej strony kwestie istotne. Otóż, profesor zwrócił uwagę i słusznie, że potrzeba zwiększyć składkę dlatego, że dowodzą tego chociażby porównania międzynarodowe. Na świecie jest to 13,5, 13,7, to jest Słowacja i Czechy, 14 proc., gdzieś nawet 16, tak z pamięci mówię, nie powiem dokładnie, który kraj. Ale wszystkie kraje z nami porównywalne, czyli kraje post-socjalistyczne mają składkę na poziomie 14 proc. mniej więcej przeciętnie, która to składka jest dzielona między pracownika i pracodawcę, czyli część jest związana tym dodatkowym narzutem, a część jest; w jakiej proporcji? Pół na pół, albo w takiej proporcji, że jeżeli jedną trzecią płaci pracownik, dwie trzecie pracodawca, na ogół tak jest. I tu prosić państwa, tam gdzie jest niższa składka, tam jest i większy udział finansowania budżetowego z podatku, bo są kraje o rzeczywiście niższej składce, ale tam, wtedy wkracza budżet z finansowania dodatkowego. Także to jest kluczowa sprawa dlatego, że tutaj już

nie można zwiększyć tego finansowania kosztem dalszego opodatkowania pracowników. Muszą się w to włączyć pracodawcy, jest tu niestety opór tych rzekomych przedstawicieli i oczywiście jak się rozmawia z ludźmi, pracodawcami, to na ogół oni się temu też przeciwstawiają, ale dlaczego, bo nie rozumieją tak naprawdę dynamiki finansowania. Jest podstawowa kwestia w systemie rynkowym, finansowanie po to, żeby coś dobrze działało trzeba na właściwym poziomie sfinansować. I oczywiście bywa marnotrawstwo środków, to jest normalne, to jest kwestia organizacji. I teraz trzeba tak organizować, żeby tego marnotrawstwa nie było, natomiast finansowanie musi być na odpowiednim poziomie, żeby to dobrze działało, to jest warunek konieczny, a nie wystarczający, żeby coś dobrze funkcjonowało. Drugą sprawą, na którą chciałbym zwrócić uwagę, która mnie osobiście też uważam za ważną rzecz, o której się nie mówi, to jest ten charakter ubezpieczenia. Płacimy ubezpieczenie zdrowotne, wobec tego chciałbym zwrócić uwagę państwa na to, czym jest ubezpieczenie. Przypomnieć to. Ubezpieczenie jest to, zbieranie funduszu poprzez składki po to, żeby z tego funduszu sfinansowano nam to co jest najbardziej kosztowne. Ja daję przykład samochodu. Każdy wie, że płacimy ubezpieczenie samochodu, żeby sfinansować koszty rozbicia, kradzieży, itd. itd. A nie tego, że nam się lusterko urwało, czy coś takiego, że koło nawaliło, itd. Czyli proszę państwa, z ubezpieczenia mamy finansować to co drogie. Wobec tego jak słyszymy, że NFZ nie zapłaci za jakieś tam kosztowne rehabilitacje bo to dużo kosztuje, to zaprzecza idei podstawowej ubezpieczenia. Taka jest jego rola, żeby właśnie tam, gdzie coś jest kosztowne właśnie tam zapłacić. Profesor słusznie przypominał, że za zwykłą wizytę możemy

zapłacić 10, 20 zł. Ja uważam, że to z powodzeniem naprawdę każdego na to stać, żeby sobie odłożył, musi iść do lekarza, zapłacił 10, 20 zł. Można to uregulować w ten sposób jak ktoś musi częściej z powodów zdrowotnych, to płaci raz w miesiącu przynajmniej. Jakoś to można uregulować, żeby to nie przekroczyło możliwości nawet biedniejszych ludzi. Ale proszę państwa, jeżeli coś jest kosztowne, to właśnie od tego się ubezpieczamy, żeby nam drogie zabiegi sfinansowali, czy rehabilitacji, czy operacji, itd. I teraz pytanie jak to ubezpieczenie ma funkcjonować. Przypominam, że tutaj są dwie formuły ubezpieczenia, które funkcjonują na świecie. Jedna formuła to jest tzw. ubezpieczenie komercyjne, które polega na tym, że ubezpieczyciel bada indywidualnie każdego ubezpieczającego się i związane z nim ryzyko poniesienia kosztów i stosownie do tego ryzyka poniesienia kosztów indywidualnych, określa stawkę ubezpieczeniową. To jest ubezpieczenie komercyjne. Wywodzi się to z tego brytyjskiego, że tak powiem systemu ubezpieczeniowego i funkcjonuje w krajach anglosaskich głównie. Ale proszę państwa, jest druga formuła, która nazywa się wzajemnością, ubezpieczeniem, według zasady ubezpieczeń wzajemnych. Polega to na tym, że ubezpieczenie jest organizacją nie nastawioną na zysk, non profit, zbierają się wszyscy, tworzą fundusz według reguł takich, żeby każdego było stać proporcjonalnie do dochodów i z tego funduszu są finansowane ich koszty związane z leczeniem, czy ubezpieczenia nawet jakieś inne rodzaje ubezpieczeń w ramach systemu wzajemności. I to co mamy - NFZ to jest tak naprawdę system ubezpieczenia wzajemnego, bo jesteśmy obciążeni proporcjonalnie do kosztów. Jak profesor powiedział i ja to potwierdzam, też popieram oczywiście powinni dołożyć się do tej składki

zatrudniający pracodawcy, ale oczywiście musi to być proszę państwa po to, żeby pokryć te wysokie koszty. Proszę państwa, co do tych patologii. Trzeba pamiętać, profesor powiedział, że lekarze wyjeżdżają. Pewnie, że wyjeżdżają. Co jeszcze potwierdza nam to proszę państwa, że musimy zwiększyć składkę. Funkcjonujemy w Unii Europejskiej w systemie, w którym jak w każdej gospodarce rynkowej jest konkurencja o zasoby. To jest najlepszy przykład tego, że jest konkurencja o zasoby. Zasobem jest kapitał ludzki, czyli ludzie nauczani u nas, którzy studiowali w Polsce. Moja lekarka, foniatra, bo lecę się u foniatry jako wykładowca, mówi, młodzi ludzie nie chcą przychodzić, bo młodzi ludzie na pniu dostają angaże, są takie firmy specjalne, które łowią kadry medyczne i dostają z miejsca, z mety pracę, szkołę dla dzieci, itp. w krajach skandynawskich, w Anglii. bo tu jest walka o zasoby. Więc jeżeli weszliśmy do Unii Europejskiej, i jesteśmy w systemie, w którym trwa konkurencja o zasoby, musimy do tego dostosować finansowanie. Czyli i tak trzeba tym ludziom zapłacić, trzeba to na właściwym poziomie sfinansować. Ale to jest oczywiste, powstaje cała drabina zależności. Proszę państwa, jak są niskie płace to są i niskie podatki, niskie składki. Jak są koszty związane z zatrudnieniem, na poziomie mniej więcej 36 teraz procent, 36,4 chyba, to proszę państwa, to z tego i podatki są niskie i słabe państwo, i sfinansowanie państwa, i niskie są składki pozostałe związane z tym, itd. itd. Tu trzeba właściwie odbudować tę sferę właściwego podziału dochodu narodowego, bo właściwie to zostało wypaczone, to jest konsekwencja oczywiście tego, że płace nie nadążają za wzrostem wydajności płacy od iluś tam lat i z tym trzeba coś zrobić. Nie ma w ogóle polityki strategicznej państwa w tej

dziedzinie. To jest może to, co na zasadzie wstępu chciałem powiedzieć i wydaje mi się najważniejsze kwestie, nie wiem czy nie przekroczyłem czasu.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

Dziękuję bardzo. Otóż, drodzy państwo, wysłuchaliśmy dwóch głosów formalnie, ale tak naprawdę to była jednolitość swoi-
sta, gdyż obaj nasi wspaniali prelegenci mieli podobny punkt widzenia. To nas nie ogranicza. Teraz my się wypowiemy na ten temat. Tak naprawdę gdyby ktoś zapytał mnie, o czym się mówi przy zdrowiu; o pieniądzach. Zwróciłbym się do pana prof. Wernika, który zna się na pieniądzach. Panie profesorze, gdyby pan zechciał zabrać głos. Prosimy bardzo.

Pan prof. Wernik

Proszę państwa, na konkretne pytania to ja nie potrafię odpowiadać. Natomiast chciałem wyrazić mój pogląd na sprawę. Wszyscy bardzo narzekamy na poziom ochrony zdrowia w Polsce. Tylko pytanie jest takie, na co my właściwie nie narzekamy. Jak się przyjrzeć wszystkim dziedzinom z życia publicznego, to na wszystko narzekamy. System emerytalny jest fatalny, poziom szkół jest zły. Drogi niedobre. Administracja zła. Siły zbrojne są niemalże na granicy rozkładu, itd. itd. Na wszystko narzekamy i właściwie, gdyby zadać pytanie, jaką dziedzinę uważamy za dobrą, to okaże się, że żadną. Takiej nie ma. Chyba z tą ochroną zdrowia trochę przesadzamy. Dlaczego, jest taki najbardziej syntetyczny wskaźnik poziomu zdrowotności ludności, to jest średni okres życia. I jak patrzymy na ubiegłe lata, to ten wskaźnik rośnie, czyli stan zdrowia naszego społeczeństwa nie jest tak fatalny, skoro się przedłuża średni czas życia. To jest pierwsza uwaga. Więc nie wpadajmy w taki nastrój, że to jest wszystko fatalne, złe.

Trzeba zacząć od początku jakąś zasadniczą reformę. Oczywiście, że nie jest dobrze, jestem daleki od tego twierdzenia. Rzeczywiście to co było tu mówione, relacja publicznych wydatków na ochronę zdrowia do PKB jest dość niska. Ja w tej chwili mam dane dotyczące roku 2011, czyli roku bieżącego, to w planie Narodowego Funduszu Zdrowia, o ile te dane są aktualne, nie zmieniły się od czasu jak dostałem dane, bo wszystko jest płynne i się często zmienia, to było niecałe 60 mld zł wydatków, przy nominalnym PKB, to mniej więcej 1,5 mln zł, to jest 4 proc. Oczywiście to nie są wszystkie wydatki publiczne, bo jest kilka miliardów z budżetu państwa, jest trochę też z budżetów samorządowych, ale w sumie ponad 5 proc. PKB,

Pan prof. Wernik

ja opieram się raczej bardziej na planach, na założeniach, na projekcie dotyczącym przyszłości i dlatego ograniczę się do tego, że te ponad 5 proc. w tym roku to niezbyt dużo. To na pewno jest za mało i ten pomysł obciążenia pracodawców wydaje mi się słuszny. Z tym, że z taką samą składką jak osoby fizyczne, bo to jednak byłaby przesada i wzrost kosztów, jednak ten problem jest i byłby zbyt duży, zwłaszcza, że trzeba będzie na pewno spowodować podniesienie kosztów pracy z powrotem do składki rentowej na starym poziomie, bo bez tego się nie uda doprowadzić do względnego zrównoważenia finansów publicznych, względnego to znaczy zejścia poniżej tych 3 proc. wymagalnych na podstawie traktatu ustalającego, traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Natomiast jestem bezwzględnie za wprowadzeniem odpłatności; częściowej odpłatności i to niewysokiej odpłatności. Dlaczego? Bo może w lecznictwie zamkniętym, w szpitalach, to ma mniejsze znacze-

nie, ale w lecznictwie otwartym absorbowanie lekarza przez pacjentów, zwłaszcza w starszym wieku, którzy chodzą tylko po to, żeby porozmawiać, to jest bardzo duże. To finansowo może dużo nie kosztować ludzi-pacjentów, zwłaszcza jak to ma być środek raczej prohibicyjny, niż stymulujący coś, ale na pewno odciążą i może zmniejszyć wydatki na lecznictwo otwarte. Natomiast tutaj bym się nie zgodził z tą sprawą niechęci do prywatyzacji. Po pierwsze prywatyzacja, to jest głównie, forma a raczej formalno-prawne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki, ale głównym właścicielem na ogół mają być samorzady. To właśnie by otworzyło pole do zwiększenia roli samorządów w zarządzaniu służbą zdrowia i mogłoby dać rezultat pozytywny. Natomiast, jeżeli tak jak się zakłada przecież, że prywatne, nie samorządowe, powiedzmy, będą chciał rozróżnić te sprawy, zupełnie prywatne zakłady, szpitale, miały prawo takie samo zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i tak samo świadczyłyby w określonym zakresie bezpłatne usługi, to problemu nie ma. Natomiast jest problem lepszego zarządzania. Ja nie jestem entuzjastą prywatyzacji, ale w gruncie rzeczy na szczeblu mikro, to prywatny właściciel zarządza lepiej, bo to nie jest tylko tak, że ogromne zadłużenie wielu szpitali, wielu zakładów ochrony zdrowia, jak to się tam nazwa dokładnie, to wynika z tego, że nie przyjmują ponad limity. Wynika także z bardzo złej gospodarki finansowej i materiałowej w samych jednostkach. Mogą zarządzać również urzędnicy, ale jednak to wszystko są prawidłowości statystyczne, a dominuje sytuacja, że prywatni właściciele zarządzaliby lepiej, niż zwłaszcza urzędnicy będący z zawodu lekarzami, bo nie wszystko się wiąże z usługami medycznymi, w dużym stopniu SA to problemy normalnej

organizacji pracy. Też ja osobiście popieram prywatyzację. Nawet bym był za pozostawieniem pewnej części oczywiście jednostek w rękach władz centralnych, to przyjąłbym zasadę przekazania samorządom, w formie spółek, których właścicielami są samorzady. Forma spółki sprzyja lepszemu zarządzaniu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

Dziękuję bardzo. Nasi prelegenci będą mówili na końcu, ale tu jest tzw. pytanie ad vocem pana profesora.

Ośrodkami zdrowia zarządzać powinni profesjonalni menedżerowie, a nie tylko urzędnicy. W Europie służbą zdrowia zarządzają profesjonalni menedżerowie, którzy nie są lekarzami. Ja zapomniałem powiedzieć, że my jesteśmy zdecydowanie przeciwko lekarzom zarządzającym. Niech wyjadą do Niemiec, do Francji i jak się nauczą jak się zarządza, niech oni zarządzają publiczną służbą zdrowia.

Pan prof. Andrzej Wernik

Proszę pana, ale tu jest ta sprawa dość delikatna, że menedżer, który będzie zarządzał jednostką budżetową, czy quasi budżetową będzie urzędnikiem, a dopiero w spółce menedżer będzie prawdziwym menedżerem.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

ale panie profesorze, dla równowagi.

Chciałem zwrócić uwagę proszę państwa, to co mnie niepokoi, może ja się mylę, ale na styku prywatnego właściciela i państwa, które finansuje, np. NFZ, rodzą się niestety patologie i to są przykłady w Stanach Zjednoczonych. Był przypadek taki opisany w prasie, dwa takie przypadki, Otóż w pewnym, proszę państwa, hrabstwie jak to się mówi powiecie, nagle wzrosła ilość zabiegów cesarskiego cięcia, porodów poprzez

cesarskie cięcie. Dlaczego? Okazało się, że spadła liczba urodzeń i wobec tego lekarze, którzy mieli wyższe stawki za cesarskie cięcie, zaczęli namawiać kobiety do tego zabiegu, bo z tego były wyższe stawki. Pamiętajmy, że lekarz jest zainteresowany nie tym, że my jesteśmy zdrowi, tylko tym, że jesteśmy chorzy, wobec tego, jeżeli rodzi się motywację finansową, to tworzy się taka niezdrowa tendencja. Powinna być oczywiście wysoka etyka zawodowa, ale poza tą etyką są różni ludzie. Lekarze teraz zarabiają na tym, że my chorujemy, że przychodzimy do nich. Ja miałem takie przypadki, znam to. Otóż, lekarz zamiast od razu powiedzieć, to pan przyjdzie za tydzień, a wizyta to 150 zł itd. Z tego żyje. Tak samo w Stanach był przypadek, wszczepiono bajpasy i się okazało, że namawiali ludzi do bajpasów do operacji, bo za to były wysokie stawki, a okazało się, że w ogóle niepotrzebne były te bajpasy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

Dziękuję bardzo. Ale to był taki dwugłos i teraz przechodzimy do porządku, który żeśmy ustalili. Pan Marek Dryjański jest proszony.

Pan Marek Dryjański

Dziękuję. Zgadzam się z poglądem panelistów i dyskutanta, że celowe byłoby zwiększenie nakładów na służbę zdrowia w Polsce, wprowadzenie dodatkowego obciążenia pracodawców. W Ameryce, to już chyba wspomniano, że reforma Obamy wprowadziła nowy potężny paropodatek obciążający najbardziej produktywną część społeczeństwa amerykańskiego do finansowania najbardziej marnotrawnej na świecie amerykańskiej prywatnej służby zdrowia. Uważam, że paropodatek składkę zdrowotną, podobnie jak inne paropodatki, np. składkę emerytalną, rento-

wą należałoby zapewnić, zastąpić bezpośrednim finansowaniem z budżetu. Zamiast systemu ubezpieczeniowego wprowadzić system zaopatrzeniowy. Mniej państwa, mniej paropodatków. A teraz skąd wziąć środki. Są dwa źródła, które nie grożą ani pogorszeniem efektywności gospodarowania, ani nie byłyby kryminogenne, mianowicie, minimum, to przywrócić takie zasady poboru i stawek podatku od spadków i darowizn, jakie były jeszcze kilka lat temu. Podatek od spadków i darowizn nie wywołuje żadnych szkodliwych skutków gospodarczych. Nie jest też kryminogeny w odróżnieniu od paropodatków takich jak składki zdrowotne, emerytalne, rentowe i podatków dochodowych. I drugi. Powszechny podatek majątkowy. Jeżeli chodzi o ten pierwszy, to znaczy podatek od spadków i darowizn. W czasach potęgi imperium brytyjskiego w XIX w. był to podstawowy, główny składnik dochodów imperium brytyjskiego. Płacony był chętnie, bo przyjęcie podatku oznaczałoby akceptację przez państwo, że ktoś stał się prawowitym właścicielem czegoś. W Polsce też tak mogłoby być. Podatek od spadków i darowizn w każdym przypadku mógłby wynosić 50 proc. np. i nie miałyby to dla gospodarki ani dla społeczeństwa żadnych skutków ujemnych. Inne źródło. Podatek majątkowy. Gdyby, zamiast zabierać każdemu jedną szóstą jego dochodu, czy niektórych trochę więcej, państwo zabierało od każdego jedną pięćdziesiątą jego majątku, to można byłoby zlikwidować wszystkie paropodatki i wszystkie podatki dochodowe. I również podatki dochodowe są kryminogenne, bo powodują przypadki ucieczki w szarą, czy czarną strefę, są szkodliwe gospodarczo, bo powodują zmniejszenie opłacalności pracy lub działalności gospodarczej i w związku z tym np. rezygnacji z niej, a podatki majątkowe takiej wady nie mają. Czyli, państwo mogło-

by mieć dużo pieniędzy po to, żeby w sposób zaopatrzeniowy z budżetu wprost finansować także służbę zdrowia. I tu też przypomina mi się taka akcja propagandowa, lek za złotówkę, jakie to było potworne marnotrawstwo. I teraz osobny jak gdyby problem, jawność informacji medycznych. Jawność danych osobowych dotyczących konkretnych, poszczególnych osób. Śmiem twierdzić, że tajemnica lekarska nie jest do niczego potrzebna ani uczciwemu pacjentowi, ani uczciwemu lekarzowi. Jeżeli jakiś pacjent uważa, że jest mu potrzebna, to dobrze niech ją ma. Ale, pacjent powinien być pytany, czy chce aby informacje jego dotyczące były objęte tajemnicą lekarską. Ja np. tajemnicy lekarskiej, ani żadnej innej tajemnicy do niczego nie potrzebuję i tutaj to było w czerwcu 2009 r., czyli 1,5 roku temu z pewnym zdziwieniem dowiedziałem się, i z radością oczywiście, że obowiązujący stan prawny nie narzuca tajemnicy nikomu. To pismo Ministerstwa Zdrowia z 22 czerwca 2009 r. tak mnie właśnie uratowało. Dziękuję.

Przewodniczący spotkania, pan dr Jerzy Małkowski

Dziękuję bardzo. Rozwija się dyskusja. Co głos, to inny punkt widzenia. Będziemy mieli co podsumowywać. Pan dr Zygmunt Królak. Zygmuncie proszę cię bardzo, czym nas zaskoczysz.

Pan dr Zygmunt Królak

W poprzedni czwartek mieliśmy konferencję na temat, czy stać nas na finansowanie nauki. Tytuł zarówno prowokacyjny, jak i przewrotny. Jeden z profesorów przedstawił wspaniałą listę pokazującą nakłady na mieszkańca na naukę, gdzie w naszym regionie, przez Bałtyk, w Szwecji jest 16 razy więcej na głowę, a w takiej wspaniałej Finlandii 10 razy. To coś wskazuje. Jesteśmy w tej debacie, która mówi o zdrowiu. Musimy patrzeć na to z wyprzedzeniem. Prof. Rybiński, rektor Wyższej

Szkoły Ekonomicznej w ostatnim artykule w gazecie finansowej wskazuje, że OECD mówi, że w połowie tej dekady, którą zaczynamy w tym roku, aż do połowy następnej dekady trzeciej, Polska będzie miała wzrost PKB 1,4, podczas gdy kraje OECD będą miały 2 proc. To bieganie do tyłu już uprawiamy w OECD od 1996 r. Przypominam sobie, jak prof. Kołodko w momencie kiedy myśmy wchodzili do OECD w roku 1996 r. mówił: jesteście w grupie krajów najbogatszych. Byliśmy jako 24 państwo ostatnie. Dzisiaj jesteście jako 30 państwo, też ostatnie, bo wszystkie sześć państw, które rozszerzyły w międzyczasie OECD mają szybszy i większy PKB. Ponieważ w tej chwili zapowiadają, że do BRYK: Brazylia, Rosja, itd. dochodzą cztery następne państwa. To jest: Meksyk, Korea Południowa, Indonezja, które będą rządziły, to my coraz bardziej będziemy biegać do tyłu. Problemem zasadniczym zarówno w zakresie nauki jak i co do zdrowia jest kwestia stratega, bo jeśli prof. Rybiński zatytułował w gazecie finansowej swój artykuł, mówiąc, że, z nicnierobienia uczyniliśmy cnotę, to wczorajsza dyskusja w Sejmie powiedziała, że uczyniliśmy strategię.

Pan dr Jerzy Małkowski

Przepraszam, że przerwę ci, w Sejmie mówili o śmierci, a my mówimy o zdrowiu.

Pan dr Zygmunt Królak

Konkluduję. Problemem podstawowym jest strategia rozwoju poprzez imperatyw dynamicznego rozwoju, o którym pisałem w 2001 r. też był podstawowy, i bez tego mówienie o tym, które niezwykle słuszne jest co do tego, żeby podatek od majątku, hipoteczny przywołać tak jak w Stanach Zjednoczonych, TO rozwiązaniem strategicznym dla Polski, jest doprowadzenie do tego, żeby to co narzekamy, że deficyt i zadłużenie, tylko

rozwiązać można i dla nauki i dla wiedzy poprzez maksymalizację czy imperatyw dynamicznego rozwoju na to my mamy pieniądze i na co są środki, o której w książce „Gospodarka oparta na wiedzy” wynikającej z ostatniego kongresu naszego, wyraźnie napisałem, pan profesor Bożyk ma tablice rozwojowe. To jest aktualne dzisiaj i pod tym względem to jest wyjście do zarówno tego, co było tydzień temu, jak i do dzisiaj. Dziękuję bardzo.

Pan dr Jerzy Małkowski

Dziękuję bardzo. To jest ważny imperatyw. Zdrowie dla rozwoju. Proszę bardzo. W tej chwili mamy następnego mówcę pan Edmund Kęsicki, bardzo proszę.

Pan Edmund Kęsicki

Proszę państwa, tak się składa, że ja byłem zastępcą dyrektora ZOZ-u

Pan dr Jerzy Małkowski

Nie ujawniałem tego.

Pan Edmund Kęsicki

To co pan profesor powiedział. Menedżerowie. Sytuacja jest następująca. Następuje zmiana, wybory, wyrzuca się naprawdę dobrych menedżerów, A przyjmuje takich którzy się nie orientują w ogóle. Ja powiem tak: ja od razu obejmując ten szpital mówię 8 mln zadłużenia ? Mówię, muszę z kogoś zrezygnować Od razu obniżyłem koszty. Sytuacja jest następująca, że naprawdę w Polsce jest wielu dobrych menedżerów. i po prostu to działa bo on jest dobrym menedżerem, wyprowadzać potrafi z długów szpital. Natomiast, ja również znam służbę zdrowia z uwagi na to że siostra jest lekarzem, żona lekarzem i mam masę znajomych. Część pracowała i pracuje w Narodowym Funduszu Zdrowia. Kiedy tam zarządzali, ludzie o czystych rękach to daje gwa-

rancję, że około miliarda złotych, by można było przeznaczyć na szpitale dziecięce, itd. itd. Tam jest takie marnotrawstwo, NFZ w taką firmę, w którą my wszyscy wpłacamy miliardy złotych i urzędnik ma 100 mld do wydania, bez kontroli praktycznie. Po prostu zaprzyjaźnia się z różnymi firmami, a popełniono straszny błąd, bo te firmy od razu zgłaszają się do tych naczelników, zaprzyjaźnili się, szkolenia, wizytacje, wyjazdy zagraniczne i te firmy się kręcą w dalszym ciągu. Dlatego też, jeżeli po prostu by byli dobrzy menedżerowie to dobrze by zarządzili. Jednego znam, który prowadził Pocztę Polską, pięć lat temu. 250 mln zawsze było zysku. Teraz są straty. Także to jest po prostu błąd za błędem. Lekarze wypisują lekarstwa, a później się to wyrzuca, tych kropelek też za duża ilość opakowań i kończy się ważność i to się wyrzuca. Także trzeba odszukać tych dobrych menedżerów.

Pan dr Jerzy Małkowski

Proszę państwa, nasze spotkanie jest jak skarbonka, każdy coś rzuca do niej.

Pan dr Jerzy Małkowski

Proszę państwa na chwilę zmienmy punkt widzenia, bo teraz my maluczcy narzekaliśmy. Pan poseł Wojciech Jasiński, niech pan nas z góry oświeci. Zażartowałem, ale proszę spojrzeć na nas z góry.

Pan Wojciech Jasiński

Proszę państwa, pan prof. Bożyk powiedział, zaczął od tego, że źle funkcjonuje szpitale i to jest powszechna prawda, publiczna służba zdrowia. Ja bym zaczął może od większego stopnia ogólności. Tam gdzie państwo źle funkcjonuje, tam nie ma prawa funkcjonować dobrze publiczna służba zdrowia. Nasze państwo funkcjonuje źle co do tego nie ma żadnych wątpliwo-

ści. Jakie środki? Na pewno jest za mało pieniędzy w systemie co tu jest, ja się z tym zgadzam. Skąd pozyskać to sprawa druga. Jest rzeczą oczywistą, że w Polsce są ludzie, można powiedzieć, super ekonomiści nawet, którzy chcą nas przekonać, że Polska kosztami pracy powinna funkcjonować na równi z Chinami. Ja to dosyć często mówię i stąd te nazwiska, które tutaj padły są jak najbardziej aktualne. Polska jest w końcu położona w środku Europy w XXI w. i kosztami pracy z Chinami nie może konkurować, a w różnych opracowaniach to ciągle słyszymy, Chiny tanie, Indie tanie, są tańsze od Polski i w związku z tym to jest dla mnie absolutnie nie do przyjęcia punkt widzenia. Prywatyzacja. W Polsce od 20 lat funkcjonujemy w okresie przejściowym. Przed 20 lat mówiono, że prywatyzacja wszystko załatwi. Czy nawet inaczej mówiono, wolny rynek, bo tu trzeba wolny rynek w warunkach niedoboru, wolny rynek ma oczywiście wielkie zalety, ale musimy pamiętać, że wolny rynek to doprowadzi także do monopolu. Monopol jest produktem prostym wolnego rynku i poza tym, jak już takie dziwne spostrzeżenie, że ci, którzy bardzo optowali i ja i moja formacja była za tym, żebyśmy weszli do Unii Europejskiej. Ale trzeba powiedzieć jedno, to jest takie proste spostrzeżenie, Unia Europejska jest najbardziej regulowanym rynkiem. Ci, którzy w Polsce mówią jak najbardziej wolny rynek, mówią, jak najbardziej, wchodźmy jak najszybciej do najbardziej regulowanego rynku. Trudno tutaj nie zauważyć delikatnie mówiąc niekonsekwencji. Wolny rynek jak powiedziałem ma swoje zalety, ale z jego funkcjonowaniem jest problem. Pan prof. Wernik powiedział o tym, że jest za prywatyzacją. Ja bym tutaj spostrzegł, kiedyś był mit, że bezpośrednie wybory wójtów i prezydentów rozwiążą wszystkie problemy, nie

rozwiązały, chociaż oczywiście też mają swoje zalety. Prywatyzacja. Ja bym widział dzisiaj jedno, dzisiaj i małe i duże firmy, one się nie tyle zajmują racjonalizacją kosztów, ile dzisiaj szanowni państwo chcą mieć prawo do kreowania kosztów, to samo w sobie jest duże wyzwanie dla menedżera, bo to, czy wykreować zysk, czy wykreować wysokie koszty przede wszystkim dla siebie, to także w małych jednostkach służby zdrowia jest problem. To moim zdaniem nie załatwi niczego, to stanowczo może doprowadzić do tego, że w biednym polskim społeczeństwie służba zdrowia będzie dla wybranych. Jeszcze chwilę o menedżerach. Ja bym nie chciał z moim przedmówcą mówić o menedżerach, bo tutaj bywa bardzo różnie. Są przykłady i w tą, i w tą stronę, mamy też przykłady różnorakie, że menedżerowie jakby tutaj powiedzieć, bardziej patrzą na swój interes, niż na interes placówki, w której się wyrwali spod kontroli właścicieli. Więc tutaj jest dyskusja, ale tą dyskusję bym wolał przenieść do kuluarów, bo tu nam się kłaniają dwa problemy, których w Polsce nie zrobiono. Z jednej strony prawdą jest uważam, że to co powiedział pan prof. Żyżyński, że to ubezpieczenie zdrowotne ma służyć temu, żeby za drogie procedury płacić, ale z drugiej strony jest u nas problem nierozwiązywalny, żeby za drogie procedury płacić to znaczy z koszyka świadczeń zdrowotnych, które moim zdaniem powinien być i problem sieci szpitalnych. Ja dawno temu miałem wyrostek i leżałem tydzień, dzisiaj na wyrostek się leży dzień. Dzisiaj jest kwestia technicznego uzbrojenia szpitali do tego można odnieść, tylko że dzisiaj to powinno długo trwać i jest problem ilości szpitali tych o czterech podstawowych oddziałach. To trzeba ustalić, ja się zgadzam, że to powinno być w konsensusie politycznym dużym zrobione. My uważaliśmy,

że prof. Religa może to spróbować przeprowadzić. Niestety. To musi być uczciwa dyskusja w parlamencie, bo tu bardzo łatwo rozhuścić demagogię. Z jednej strony musimy możliwie zwiększać, rozszerzać dostępność do służby zdrowia, ale z drugiej strony wiadomo, że w pewnych sprawach Francji choćby, czy Anglii nie przeskoczmy. Tam jest tych pieniędzy znacznie więcej i szpitale mogą znacznie więcej zaoferować. W polskich warunkach to jest potrzebne, bo nie oszukujmy się, mówiono często o tym, wszyscy mówili o tym, że pacjent będzie miał prawo wybierać szpitale. Różnego rodzaju mechanizmy państwowe, społeczne doprowadziły do tego, że tego faktycznego wyboru nie ma. Jest tak, że w Stargardzie Szczecińskim jak szpital nie dostanie kontraktu, to pokażą dziecko, które umiera, puszczą to w telewizji i wszyscy się ujmują za tym, a niewykluczone, że to było z różnych względów; broń Boże ja nie mam żadnych doświadczeń ze Stargardu Szczecińskiego, ale być może akurat jakiś oddział jest słaby i tam rzeczywiście nie ma amatorów. Dzisiaj dowieść do szpitala ludzi 20 km dalej to nie jest większy problem. Nie możemy od tego problemu odejść. Ten problem trzeba rozwiązać i musi to być przynajmniej przy jakimś konsensusie bez ataków demagogicznych. Ja uważam, że myśmy w czasie naszych rządów chcieli to rozwiązać, niestety nie dało się z różnych względów, bo to było po prostu niemożliwe, generalnie też jestem zwolennikiem finansowania budżetowego służby zdrowia. To znaczy tak, podatek od spadków i darowizn skutków gospodarczych może być większych nie było, ale skutki społeczne stanowczo. Jednak w dużej mierze tych, którzy mają wielkie majątki, przekazują i opodatkować, to może dobrze i można się zgodzić, ale ci, którzy przekazują niewielkie majątki i opodatkować w wysoko-

ści 50 proc. to niemożliwe. Nie uważam, żeby skutki społeczne takiego wysokiego podatku od spadków i darowizn, nie mówiąc o tym, że niektóre z tych podatków to tu by trzeba było zmienić cały system podatkowy. Nie wiem czy Polskę za bardzo na to stać, ale generalnie finansowanie budżetowe służby zdrowia mnie się podoba. Uważam, że w dużej mierze NFZ jest instytucją mało wydajną i mało skuteczną; kosztów całą masę przejada. Można w różny sposób mówić jeszcze o dostępie różnych indywidualnych osób, ale koszyk świadczeń niezbędny, to pieniędzy uważam mało. Z całą pewnością prywatyzacja szpitali tych, które są nie powinna funkcjonować, bo to jest moim zdaniem dzisiejszy rządowy problem, wprowadzie zapisane, że to chodzić o samorzady będzie, jeśli przejdą szpitale pod samorzady, ale to samorzady będą dążyły do sprywatyzowania tych szpitali. To jest rzecz najoczywistsza w świecie i nie będzie państwo tym ludziom fundować a w Polsce jak twierdzą ludzi biednych jest w dalszym ciągu dużo, a państwo nie będzie w stanie zapewnić podstawowej opieki zdrowotnej. To znaczy, to co jest podstawowe, to jest kwestia umowna, ale tą podstawową na znacznie niższym poziomie niż w Polsce, w środku Europy, w XXI w. to powinno być zaproponowane. Dziękuję uprzejmie.

Pan dr Jerzy Małkowski

Dziękuję bardzo. Pan Adam Kusiew.

Pan Adam Gusiew

Dziękuję bardzo. Proszę państwa z dyskusji naszej wynika jedna taka dość oczywista sprawa. Do tego, żeby coś się zmieniło, może nie mówmy na razie o reformie, ale żeby dokonały się jakiegokolwiek zmiany w systemie ochrony zdrowia, potrzebne są trzy rzeczy. Pierwsza z nich to pieniądze. Druga, pieniądze. Trzecia, też pieniądze. I to jest podstawowe-

wa sprawa. Jeżeli my nie zabezpieczymy tych środków dla funkcjonowania tej całej substancji, tej całej materii dość skomplikowanej, my nie ruszymy. Możemy sobie budować rozmaite konstrukcje, rozmaite modele, z tego nic nie będzie. Należałoby, tak jak pan profesor powiedział, zresztą z całym szacunkiem, jeden i drugi pan profesor zwracał na to uwagę, należy uszczelnić system. Należy ten system doprowadzić do takiego stanu, żeby on funkcjonował tak jak ustawodawca sobie to wymyślił. Mianowicie, chodzi o składkę ubezpieczeniową. To jest pewna formuła prawna, w której są zapisane pewne obowiązki i pewne zobowiązania wobec składkowy. Składka jest przeznaczona, może nie mam przed sobą dokładnego zapisu, ale głównie na leczenie, na wykonanie procedur służby zdrowia i doprowadzenie pacjenta, łącznie z lekami, do jakiegoś tam stanu, powiedzmy ogólnie rzecz biorąc, dobrego zdrowia. Co się dzieje? Jeżeli tak, to ma to się rozumieć, że mamy szpitale, mamy otwarte lecznictwo i zamknięte lecznictwo. W otwartym lecznictwie, święte słowa, przecież to jest nic nowego, przecież to jest Europa, a przecież jesteśmy już w tej ukochanej Europie. Europa bierze pieniądze za wizyty lekarza. Koniec, kropka. Dokładnie tyle co pan profesor powiedział, to nie są wielkie pieniądze, to jest 300 tys. Ale to jest początek dopiero. Następna sprawa, nad którą warto byłoby się pochylić, to jakie jest faktyczne w tej chwili wykorzystywana ta składka. Czy my naprawdę nie mamy tych pieniędzy. Proszę zwrócić uwagę, pieniądze są, nie mają barwy politycznej. Jak są wykorzystywane pieniądze, co się finansuje z tej naszej składki. Finansuje się po pierwsze hotel, którym jest szpital. Po drugie, restauracje, którym jest szpital. Po trzecie, posługę duchową, która jest w szpitalu.

Po czwarte, wszystkie środki techniczne, które wcale nie są zapisane w ustawie pod hasłem, składka ubezpieczeniowa. I wcale nie mają pełnić tej funkcji. Jak to jest zrobione. Prosta sprawa. Panowie profesorowie zwracali uwagę na to, że zakłady pracy powinny partycypować niejako w uzupełnieniu wysokości składek. Naturalnie. Proszę bardzo, Szwecja. Co się dzieje. Idzie pacjent do lekarza, ja już nie mówię jakiego, ale pracodawca wtedy płaci właśnie te 20 proc. na dobro tego pacjenta, który przebywa w szpitalu. Ten pracodawca płaci, bo się stało nieszczęście, ale stało się nieszczęście z powodu nie wiem, wyrostka robaczkowego, czy innej przypadłości. Natomiast i to jest pierwsza, na którą chciałbym zwrócić uwagę. Moim zdaniem należałoby wprowadzić, oprócz opłaty za porady lekarskie, gdzie siedzi rzeczywiście rząd starszych ludzi, a człowiek widać, rzeczywiście chory przychodzi, nie dostanie się za boga chińskiego, bo babacie okupują tam te gabinety od godziny czwartej rano. Nie dostanie się, nie ma szans. To z całą pewnością graniczy. Natomiast uważam, że jeżeli pacjent idzie do szpitala i leży w tym szpitalu, to odpadają mu duże koszty, koszty chociażby z powodu wyżywienia. Mówi się, że to są grosze, w porządku, ale te grosze pomnożone, nie pamiętam robiłem obliczenia, przez ilość chorych, którzy korzystają z hospitalizacji, obliczyłem to, że to wszystkie te składniki dają rocznie około miliarda złotych. A to już są poważne pieniądze, nawet w budżecie służby zdrowia. To są bardzo poważne pieniądze. Ale to jest miliarda i tam żeśmy znaleźli 300 mln, to są w dalszym ciągu powiedzmy małe pieniądze. Pan był łaskaw, pan minister Jasiński wspomnieć prof. Religę, a ja również się spotykałem z prof. Religą i chciałem zapytać pana ministra Jasińskiego, co

się stało z pomysłem pana profesora Religi dotyczącym finansowania pogotowia ratunkowego. Co się stało? Ja wiem, bo znam ten projekt, bo jeszcze zanim pan minister Religa był u państwa, to był w takiej formacji i tam żeśmy na ten temat dyskutowali. Proszę państwa, tu są pieniądze. Tu są przeogromne pieniądze, to nie jest miliard, to tego nawet Niemcy nie policzyli, to są potworne pieniądze, które gdzieś się rozplývają. Na czym rzecz polega, mamy ubezpieczenia, takie, siakie, owakie. I mamy również NNW, od następstw nieszczęśliwych wypadków. Proszę państwa, to się dzieje z tymi pieniędzmi? Jakie jest nieszczęśliwy wypadek. Ja idę, potracił mnie samochód, łamię rękę, dostaję tysiąc złotych. I to jest moje ubezpieczenie NNW, a kto zapłaci szpitalowi za te procedury, które spowodowały, że włożyli mi rękę do tego gipsu? A kto za to zapłaci? Płaci NFZ czyli szpital. Pytam dlaczego? Przecież to są pieniądze, przepraszam bardzo za to co powiem, ale wyprowadzone, po prostu ukradzione przez ubezpieczycieli służbie zdrowia. Te pieniądze, jeżeli jest wypadek, to na Zachodzie, każda przyzwoita firma ubezpieczeniowa mówi tak, tyś to zrobił, dobra, tyle i tyle płacisz za to, my pokrywamy resztę. Te pieniądze oddajemy szpitalowi za procedury, które zostały wykonane na tym pacjencie z powodu wypadku, który zaistniał. Jakie to są pieniądze. Na to nawet Niemcy nie wpadli i oni właśnie zrobili te ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, my oczywiście też sobie zafundowaliśmy, tylko nie wiemy o chodzi. Polega na wypłaceniu jakiś śmiesznych pieniędzy, jakiemuś człowiekowi, który uległ wypadkowi. A ja pytam, co jest z resztą tych pieniędzy, bo przecież płacimy co miesiąc, te składki są pobierane, ja nie mówię w jakiej wysokości, że to jest 10, czy 20 zł miesięcz-

nie, ale znowu przełożone przez miliony ludzi dają potworne kwoty. A znowu tych wypadków, tych tysiąc złotych nie jest tak wiele. Natomiast pozostałe czynniki, takie jak transport chorego z miejsca wypadku, takie jak zabezpieczenie, zaopatrzenie tego chorego, takie jak hospitalizacja tego chorego, przecież to jest w dalszym ciągu obciążona składką. Panowie profesorowie, żebyśmy zrobili trzy razy większą składkę, to jeżeli tego nie zmienimy, to po prostu zawsze będzie nam na coś brakowało. Jeżeli się umówiliśmy, co do istoty, że ta składka zawiera takie i takie elementy, proszę bardzo i w żadnym wypadku nie możemy dopuścić, naprawdę pan prof. Religa coś się stało, że nie doprowadził tego do końca.

Pan

Jak to, doprowadził, przepraszam.

Pan Adam Gusiew

To gdzie są pieniądze?

Dlaczego nie działa?

Bo zostało później uchylone.

Pan - wypowiedź nie do mikrofonu

Pan Adam Gusiew

Nie powiedziałem, że mam pretensje do profesora, powiedziałem tylko o wielkim umyśle profesora Religi.

I my nie potrafimy się o te pieniądze upomnieć, panowie profesorowie. To jest katastrofa. Dziękuję bardzo.

Pan dr Jerzy Małkowski

Jeszcze mamy głos pana dr Muszyńskiego Andrzeja, prosimy bardzo.

Pan dr Andrzej Muszyński

Przepraszam, to jest taki głos troszeczkę historyczny, żeby dokładnie jeszcze raz powtórzyć, nie chcę mówić tak, aby to

zabrzmiało historycznie, tylko historycznie. To znaczy, jest to kolejna debata w PTE, która dotyczy problemu. To znaczy, dlaczego dotyczy problemu. Dlatego, że tak naprawdę to nie możemy się odnieść do tego i nie odnosimy się już w kolejnej debacie PTE do tego, co jest w oficjalnych dokumentach rządowych i europejskich nazywany dokumentami strategicznymi. Albo inaczej. Tam służby zdrowia *explicite* nie ma. Tam są priorytety, które mogą sugerować, że ma to związek ze służbą zdrowia, ale tam formalnie w tych kredytach, ani Europa 2020, ani Polska 2015, w tym nie ma. Natomiast jest coś innego, co się wydaje dosyć interesujące. I na to zwrócił uwagę prof. Wernik i uważam, że dobrze, że zwrócił na to uwagę, ponieważ istotnie. Jeżeli popatrzymy na cel strategii 2015, czyli poprawa, cytuję mniej więcej z pamięci, poprawa jakości i poziomu życia mieszkańców Polski, poszczególnych obywateli i ich rodzin; do tego są ustawiane priorytety później i tego już nie będę powtarzał. Czyli, zarówno mamy do czynienia ze wzrostem poziomu życia jak i jakości życia. Teraz, trudno nam się określić w jakim stopniu dzieje się to w związku z tym, że jesteśmy zdrowsi i dłużej żyjemy, i w jakim stopniu z tego punktu widzenia będziemy patrzyli na patologię i ja patologię widzę w dwóch wymiarach zupełnie inaczej. Już teraz przechodzę do syntezy. Ja patologię widzę w systemie, w tym systemie finansowania, ponieważ nie mamy tak naprawdę polskiego systemu planowania budżetowego i to jest troszeczkę tak, że każdy troszeczkę ma rację i każdy troszeczkę, że tak powiem błądzi, że tak powiem uderzając w różne struny. Co to znaczy, że nie mamy systemu. To znaczy, nie mamy zgody co do tego, co w tym systemie jest najważniejsze z punktu widzenia inwestycyjnego i rozwojowego. W ogóle nie mamy w systemie budżetowym zgody

co do tego jak z tymi inwestycjami tak naprawdę mamy sobie radzić i pakujemy do jednego worka wydatki bieżące i wydatki inwestycyjne. I co się dzieje tak naprawdę. Naprawdę przez ostatnie 20 lat mieliśmy szereg tego typu, np. dziwnych rzeczy, że mieliśmy do czynienia z dyscypliną budżetową na różnych poziomach, dyskusją o podnoszeniu składek, a z drugiej strony przez kilkanaście lat się budowało szpitale wojewódzkie i nikt tego jakoś nie zahaczył od strony powiedzmy, od strony systemowej, nie powiedział wyraźnie i to jest, ale to jest oczywiście błąd systemu politycznego. I nikt nie powiedział tego wyraźnie, że w taki sposób inwestycji prowadzić się w układzie publicznym nie da. Czyli. Kiedyś tu w tym naszym gmachu została sformułowana uwaga, że potrzebna jest poważna debata nad siódmym priorytetem do tych priorytetów, które zostały przyjęte. Później zostały włączone strategie zamiast priorytetów z tego dokumentu Polska 2030. Do tej pory czekamy jak się to jakoż ułoży, ale ten priorytet został zgłoszony, tylko jakość zarządzania publicznego, w dalszym ciągu czeka na podjęcie poważnej debaty. Czyli mamy tak. Na dobrą sprawę można powiedzieć, że patologie mamy i w systemie i odbiciem patologii w systemie jest spojrzenie na służbę zdrowia, przy czym system jest zdrowia i opieki społecznej. Można wybyło tak właściwie, żeby nie przemęczać, że tak powiem naszej wyobraźni można byłoby tak sobie powiedzieć, że niedługo otrzymamy dodatkową porcję informacji jak my się tak naprawdę wywiązaliśmy z ostatniego roku walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Ciekawy jestem, bo już pewne badania w województwie mazowieckim GUS zrobił, ciekawy jestem jakie wnioski z tego będą wynikały, bo z dzisiejszej np. debaty w „Rzeczpospolitej” na temat tego, jak ustawiać walkę z długiem

publicznym to wynika generalnie to, że my nie będziemy w zasadzie mogli liczyć za bardzo na zwiększanie, czy zwiększenie finansowania obszarów istotnych, a będziemy mogli liczyć tylko i wyłącznie na zwiększenie obciążeń. Tą metodą wydaje mi się, że na zakończenie będzie dowcip, że przychodzi kobieta do doktora, do lekarza przychodzi i pyta co mam robić panie doktorze. Odpowiedź jest taka, niech się pani rozbiera. No dobrze, a gdzie mam położyć ubranie. Bardzo proszę obok mojego. I może tym optymistycznym akcentem dojdziemy do jakiegoś porozumienia.

Pan dr Jerzy Małkowski

Rzeczywiście nas to trochę podniosło na duchu. Chciałbym prosić panią Janinę Sobczak-Kowalik. Mogę zdradzić, że pani jest z Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Pani Janina Sobczak-Kowalik

Ja chciałam powiedzieć tak, że troszkę dyskusja poszła w kierunku, bo każdy z nas by znalazł bardzo wiele patologii i wiele żalu. Główne przesłanie z wykładu odnosiło się oczywiście do braku pieniędzy. Jednak ja bym nie generalizowała tego, że jest to wyjątkowość. Ponieważ proszę państwa, jednak nasz system nie jest szczelny, a przez to, że nie jest szczelny, to on finansuje rzeczy, które są niefinansowane w innych krajach. Proszę państwa żłobki. Proszę mi pokazać kraj, w którym żłobek jest jako zakład opieki zdrowotnej, gdzie pielęgniarki są finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Mało tego, kiedyś były te EKD - Europejskie Kody Działalności i tam w ogóle nigdzie żłobków nie ma pod zdrowiem. One są zawsze pod socjalem, czy pomocą społeczną, itd. Druga rzecz bardzo ważna, bo ja niestety ze względu na pogrzeb bliskiej osoby nie mogłam być na wykładzie, który tu

był na temat szkolnictwa. Proszę państwa, uwierzcie mi państwo, nie ma świecie szpitala klinicznego, który jest w 99 proc. finansowany ze składki zdrowotnej. Szpitale kliniczne, bo akurat się na tym znam, zresztą pracowałam w nadzorze szpitali klinicznych tu w Warszawie na Uniwersytecie Medycznym, proszę państwa, szpitale są i jak pan spyta Niemców, spytacie Francuzów, to każdy odpowie, szpitale kliniczne, to jest zupełnie inny system. One są w ogóle nie liczone w tym kierunku. Natomiast u nas jest jakaś nieprawdopodobna historia. Szpitale kliniczne to są kliniki i katedry akademii medycznych, w związku z tym stworzono do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej takie coś, że sposób to ma określać ustawa, za co te szpitale dostają grosze. Nie chcę rozwijać, ja tylko chciałam podać dwa takie krótkie przykłady. Proszę państwa, ale jest też taka rzecz, natura nie znosi próżni. Jeżeli nie mamy w Polsce uporządkowanego ustawodawstwa, to zawsze będziemy mieli to co było tu powiedziane, o tych cięciach, gdy spadają urodzenia. Pamiętam jak wmawiano matkom w Ameryce, że wycięcie migdałków do roku, to będzie dziecko zdrowe, wyrostki robaczkowe, itd. Od tego jest system państwa, który powinien pewne rzeczy. Teraz, chciałam dorzucić, jeszcze zająć trzy minuty. A propos tego zarządzania szpitalami. Proszę państwa, we Francji, szpitalami, dyrektorzy szpitali są mianowani w całej Francji przez ministra zdrowia. Minister zdrowia prowadzi i to nie może być tak, co się zdarzyło np. w jednym z byłych małych miast wojewódzkich, jeszcze w danym systemie, że ktoś, kto miał zakład stolarski nagle był dyrektorem szpitala. To są proszę państwa menedżerowie, którzy muszą mieć ukończone pewne stopnie kształcenia i dopiero wtedy w ogóle mogą być dyrektorami. To jest jedna rzecz. To

tylko tak chciałam powiedzieć. Ale, bo minister się czuje, bo rząd się czuje odpowiedzialny za zdrowie. Druga sprawa proszę państwa. We Francji istnieje pojęcie szpital , czyli dosłownie, to znaczy przedsiębiorstwo państwowe, ale to u nas ustawa z 80 r. o przedsiębiorstwach państwowych, to było w ogóle jakby wykluczenie jakichkolwiek form rynkowych. Natomiast nasz byt prawny, który są nazywał fundusz zdrowia który teraz jest zamieniany w spółki z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, proszę państwa, ten byt prawny dlaczego nie zdaje egzaminu. Dlatego proszę państwa, że menedżer musi mieć możliwość podejmowania pełnych decyzji strategicznych zaraz. A tu musiał zwoływać radę społeczną, a rada społeczną wybierały samorzady terytorialne. Ja pamiętam, ja byłam z ramienia minister Cegielskiej w jednym ze szpitali klinicznych, gdzie był jeden, 48 godzin, żeby zgłosić akces, bo chciała jakaś firma podarować odśnieżaczki, to był duży teren, chodziło o chodniki. Było 48 godzin na wykupienie za grosze, dosłownie powiedzmy za symboliczną złotówkę, ale dyrektorowi tego nie wolno zrobić. On musi mieć zgodę rady społecznej zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej. Stąd proszę państwa, ludzie tak strasznie się chcą wyrwać z tego bytu prawnego, jakim jest ten samodzielny, publiczny zakład opieki zdrowotnej, czyli to jest ta większość szpitali, bo przecież wcześniej to były zakłady budżetowe i żyliśmy według starej ustawy - Prawo budżetowe, gdzie były te paragrafy. I dopiero zmiana prawa budżetowego na ustawę o finansach publicznych, jeszcze wcześniej właściwie, zlikwidowano, bo były remonty kapitalne, kiedyś liczone jako inwestycje. Ja teraz dla przykładu podam, bo państwo jesteście z Warszawy. Mamy Akademię, Uniwersytet Medyczny, proszę państwa, buduje

się całe centrum między ulicą Banacha a Trojdena, Grójecką a Żwirki i Wigury. Proszę państwa. Co pierwsze zbudowano, oprócz tego głównego szpitala zbudowano rektorat. Proszę państwa taka sama sytuacja w Normandii, gdzie proszę państwa buduje się nowe szpitale, a w starych zabytkowych szpitalach potem umieszcza się dyrekcję. I my będziemy mieli na tej Nowogrodzkiej remont, mamy całe życie tam remont i jeszcze będzie remont, bo tych starych budynków nie można przystosować do nowoczesnych szpitali. I to jest, chciałam ten przykład powiedzieć na zakończenie jako przykład, że jednak możliwość pozyskiwania pieniędzy też rozpuszcza, że my nie mamy takiego spojrzenia jakby to było moje własne. Cały czas mamy inne jakby spojrzenie na to. I stąd właśnie, bardzo dobrze, że PTE rozpoczęło tę dyskusję, bo ja się zgłosiłam 1,5 roku temu, że chciałam, jak żeśmy omawiali tu Węzły Gordyjskie, ja powiedziałam, że spróbuję coś zrobić na temat węzłów gordyjskich służby zdrowia, ale nie zdecydowałam się, bo się bałam myśleć, że zanim ja to powiem to już będzie, rząd coś wymyśli. Ale zawiodłam się na rządzie

Pan dr Jerzy Małkowski

Nadmierny optymizm, zazdrościmy pani optymizmu.

Pani Janina Sobczak-Kowalik

Jeszcze muszę jedną rzecz powiedzieć. Proszę państwa, prawo do tajemnicy lekarskiej. Pana odpowiedź jest inna. To nie jest, że nie obowiązuje, tylko, że jeżeli pan nie chce tajemnicy lekarskiej, to wówczas nie mogą panu odmówić udzielenia, taką dostał pan odpowiedź, bo tu chodziło tylko o to, że pan nie chciał wpisać konkretnych osób do udzielania informacji. Więc ja jedna optuję za tym, i uważam, że proszę państwa,

prawo do tajemnicy lekarskiej jest podstawą, to jest proszę państwa moja własność konstytucyjna.

Pani Janina Sobczak-Kowalik

Profesor powiedział o konstytucji. Tam jest pewien zapis, ust. 1, ust. 2 o równych zasadach dostępu. Tylko nie mówmy to, że to znaczy, że ma być wszystko bezpłatnie, bo państwo mówili o składce dodatkowej, tak. We Francji 90 proc. ludzi jest dodatkowo ubezpieczonych. Ale dlaczego? Dlatego, że oni współpracą i żeby 75 proc. zwraca im ubezpieczenie. 25 proc. płaci sam, chyba, że się ubezpieczy dodatkowo i to są te ... wzajemne, a podstawową cechą ubezpieczenia wzajemnego jest, że ja jestem członkiem tego ubezpieczenia, tym się różnią wzajemne od komercyjnych. Wybory, wszystko, całe mnóstwo funkcji jest społecznych. I jest kodeks ubezpieczeń wzajemnych we Francji. Dziękuję.

Pan dr Jerzy Małkowski

Dziękuję bardzo. Pan Marian Szymański. Ja przepraszam, tak przyspieszam bo już czas jest, a chcemy jeszcze dać głos naszym prelegentom. Proszę bardzo pan Szymański.

Pan Marian Szymański

Jako pacjent, najlepiej. Kwestia służby zdrowia, czy prywatna czy społeczna. Nietrudno byłoby to udowodnić, że musi dominować jednak społeczna. Jako zdrowie jest dobrem wspólnym, ale też jest dobrem prywatnym. Nie ma co za tym idzie prywatnej współodpowiedzialności za nawet prywatne zdrowie, a tym bardziej dobro wspólne jakim jest zdrowie innych. O co mi chodzi? Brak jest dyscypliny pacjentów w szpitalach. Przykład, nagminne palenie papierosów, nagminne lekceważenie swojego zdrowia w taki sposób, że leży 10 dni, raptem rezygnuje, ucieka na własne żądanie się wypisuje. Kolejny przy-

kład, w minionym roku leżałem trzy tygodnie w szpitalu. Co tydzień, w poniedziałek kilka osób zostało przywożonych na oddział chirurgiczny, urazy po dyskotekach. Proste pytanie. Niech się biją, ale czy ubezpieczeni. To jest odpowiedź na pańską sugestię, kwestię tego quasi podatku. Otóż, się biją, nie bojąc się konsekwencji finansowych. Policja chwyta takiego delikwenta, wsadza na dwa lata, następne koszty społeczne, a winny nie odpowiada finansową. I w tym momencie jest to dowód strasznego bałaganu w państwie, że nie reguluje tych podstawowych zachowań. Straszny bałagan proszę państwa. Ta dyskusja powinna być pierwszą do permanentnej dyskusji na ten temat zdrowia, służby zdrowia, organizacji itd. O tym powinno się mówić bez przerwy, bo to jest wręcz sprawa sztandarowa. Bez względu na ustrój społeczny w państwie, to jest sprawa sztandarowa. Czy się mówi? Otóż, się nie mówi. Jest skandaliczna wiedza medyczna. Znamy się na polityce, w cudzysłowie, a już tym bardziej na medycynie i się okazuje, zachowania ludzi w sklepach np. mięsnych, ekspedientek, które kichają w dłonie, ona bierze później co prawda w tą dłoń, na tą dłoń nakłada folię, ale jak parska, to ja już wychodzę, bo uczulony jestem na tę kwestię, bo kiedyś prowadziłem bar. Edukacja powinna być, począwszy od szkoły podstawowej, na co najmniej średnim poziomie prowadzona w społeczeństwie, żeby nie było idiotyzmów jakie w tym momencie się dzieją nadal, że ktoś świadomy swojego nosicielstwa wchodzi w tłum, itd. To nie jest tylko na poziomie higieny. Ale jeżeli podam przykład skandaliczny według mnie, umiera aktor na wirusowe zapalenie wątroby, bo się nie zaszczepił. Brak wiedzy, prosty przykład mój osobisty. Od diagnozy do operacji minęło 6 tygodni. Ja miałem kolonoskopię, USG, tomografię i operację. Dlaczego?

Dzięki społecznej służbie zdrowia, ale również dzięki temu, że były prywatne usługi panie profesorze. Więc, my nie możemy wykluczyć prywatnych usług. Ja nie wierzę w prywatyzację służby zdrowia, to jest to niemożliwe. Gdyby do tego doszło, to byłoby największe złodziejstwo, bo my mówimy o prywatyzacji, ale boimy się tej złodziejskiej prywatyzacji. Nie możemy wykluczyć, bo jeżeli ktoś się zdecyduje budować prywatne szpital, daj mu Boże. Niech pożyczycy pieniądze, niech znajdzie spółkę w porządku. Owsiak zbiera pieniądze i mówi, że zebrane pieniądze przeznacza na instrumentarium medyczne. To dowodzi, że państwo zaniedbuje w nabywaniu tego typu urządzeń. Mówię prymitywnie, ale takie jest moje rozumowanie. Państwo dysponujące największą skalą funduszu, powinno mieć najlepszy sprzęt. 30,40 milionów w tym okrzykniętym funduszu, jest śmieszną sprawą wobec skali marnotrawstwa pieniędzy w wielu różnych dziedzinach. Ja już nie chcę tutaj tego wymieniać. Konsekwencje. Jestem, skończę tak jak zacząłem, jestem za wspólną troską o zdrowie, społeczną służbą zdrowia, ale ja się boję takiego rozumowania, że załatwimy wszystko przez obciążenia, podatki, a tym bardziej jak pan proponował podatki, quasi katastralne od majątku, bo to byłoby znowu zwolnienie z odpowiedzialności konkretnego człowieka. Dziękuję.

Pan dr Jerzy Małkowski

Proszę państwa teraz krótkie konkluzje. Proszę bardzo pan prof. Żyżyński.

Pan prof. dr hab. Jerzy Żyżyński

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, tu było masę bardzo ciekawych spraw poruszonych. Prof. Wernik mnie ubiegł, bo też chciałem do tej sprawy z podatku, pan by sobie wyobraził proszę pana taką rzecz, że dostaje pan w spadku mieszkanie i

pan z połowy tego mieszkania chciałby zapłacić i tak pan z dochodów musi płacić. Każdy podatek płacimy z dochodów. Nie dyskutujemy tego.

Pan prof. dr hab. Jerzy Żyżyński

Nie dyskutujemy tego, bo podstaw ekonomii się nie ma.

Proszę państwa. Masę innych rzeczy jest, już nie będę o tym mówił. Rzeczywiście, tu powiedział jeden z panów, że gdzieś tam się pobijają i nikt nie płaci za to. Oczywiście, często się dziwię, dlaczego jak ktoś spowoduje, czyjeś straty, konieczność jego leczenia, niech za to płaci, to jest oczywiste. Czy ubezpieczenie. Proszę państwa, ja kiedyś miałem jako student wypadek, potrącony przez samochód, dostałem odszkodowanie, kupiłem sobie magnetofon, czyli właściwie to ubezpieczenie wypadkowe tego typu, to jest właściwie nagroda za to, a to powinno finansować nasze leczenie i ma pan dokładnie rację, oczywiście, to powinno finansować nasze leczenie. To jest po prostu wadliwe ustawienie całego systemu. Ja na szczęście nie miałem nieszczęśliwego wypadku, żeby musiał korzystać z tego ubezpieczenia, ale powiedzmy, powinno być coś takiego, jak ubezpieczenie mieszkania, że mi zaleje, dostaje ubezpieczenie, żeby sobie sfinansować naprawę tego mieszkania, bo klepki trzeba wymienić, malowanie, itd. Tak samo tego typu ubezpieczenie zdrowotne tego typu, też powinno od nieszczęśliwych wypadków finansować m koszty leczenia i powinno po prostu iść bezpośrednio właściwie do instytucji, która finansuje moje leczenie. To jest sprawa oczywista. Ale tutaj proszę państwa, masa jest luk takich, które u nas nie ma tego uporządkowania, masę kwestii takich finansowych, które się, to państwo nie potrafi sobie z tym poradzić, ja nie rozumiem. Pani mówi taki przykład, że jakąś zgodę potrzebowali. Ja

chciałem napisać list do „Rzeczpospolitej” w takiej drobnej sprawie, że jakiś chłopak wpadł niewidomy, był poszkodowany, i tam trzeba jakieś takie zrobić wypukłości, żeby człowiek nogami wyczuwał. I oni tego nie mogą zrobić dlatego, że oni czekają już ileś tam miesięcy na zgodę. Oni nie mogą. Przecież to jest dla mnie jakieś chore, to jest jakież upadek rozumu ludzkiego dlatego, że w takiej sytuacji następnego dnia zarządzający tym daje zlecenie, które się przylepia bez problemu takie te, ale nie, bo oni muszą czekać, bo to nie ma przepisu. To wynika z tego, że mamy jakiś zastój w myśleniu, to jest upadek rozumu ludzkiego moim zdaniem za tym się kryje i nie potrafimy gospodarować tymi możliwościami jakie posiadamy, tak naprawdę. To samo w zdrowiu. Ale jeśli chodzi o tej prywatyzacji, mimo wszystko mnie to niepokoi. Usługi mogą niektóre być odpłatne. Natomiast rodzi się, zawsze się rodzi niebezpieczeństwo na styku między prywatnym i państwowym. Macie najwięcej marnotrawstwa tam gdzie jest, dlatego, że prywatny staje się taką pompą, która chce wyssać jak najwięcej publicznych pieniędzy i to mamy bardzo wiele na to przykładów. I tak samo jest, jak ja widziałem wczoraj w telewizji, że czescy biznesmeni się zainteresowali jakimiś szpitalami, gdzieś tam w Cieszynie, czy gdzieś, czy w Wałbrzychu. Mnie to zgroza ogarnia. Będzie oczywiście konsekwencja taka. Jest to biznes. To jest taki biznes, że kosztowne rzeczy, kosztowne się usunie, przeniesie na dające duże dochody, ja wiem operacje plastyczne, itd. bo to ta chirurgia plastyczna jest bardzo dochodowa, chociaż szkodliwa, itd., i to będzie prowadzić do wielkiego. Także tu trzeba oczywiście, nie można w dzisiejszym świecie wykluczyć prywatnego, ale mechanizmy finansowania rodzą dużo niebezpieczeństw i to stanie się

pompą pompującą. Także to musi być publiczna, jest publiczna. Dobry menedżment, czyli dobrzy fachowcy od zarządzania i to można zrobić, a dlaczego my nie potrafimy tego zrobić, to ja tego nie rozumiem. I to bardzo wiele kwestii, które zostało poruszonych.

Pan dr Jerzy Małkowski

Pan prof. Bożyk.

Pan prof. dr hab. Paweł Bożyk

Ja nie będę mówił długo, ale chciałem parę zdań powiedzieć, może dla niektórych interesujące. Otóż, proszę sobie wyobrazić najbardziej trafiła do mnie ta teza wystąpienia, że ta dyskusja powinna zacząć, zapoczątkować cykl dyskusji w PTE na ten temat, ponieważ jest to temat, którego nie chcą podejmować media i żebyście wiedzieli, jak trudno jest zainteresować media tym tematem. A z drugiej strony jest nieprawdopodobne społeczne zainteresowanie tym tematem. Dlaczego tak twierdzę? Otóż, ja puściłem zaproszenie, nie wiem dokąd ono dotarło, ale miałem taki pech życiowy w zeszłym roku, że tragicznie zmarła moja żona, która miała lekki niedowład i pogotowie odmówiło przyjechała, bo nie było lekarzy, bo zwolniono 50 proc. lekarzy, żeby zaoszczędzić pieniądze. Uruchomiłem stronę internetową na ten temat i dotychczas w ciągu sześciu miesięcy zgłosiło się na dzień dzisiejszy 363 tys. internautów. 363 tys. i codziennie wchodzi tysiąc nowych. Jest tam licznik, można zobaczyć. Strona się nazywa ankabożek.pl, z małych liter i bez kropki w tym ankabożek. Proszę zobaczyć, i to co tam wypisują ci internauci, to co oni przysyłają, to ja po nocach nie mogę spać. Ja przez całe lata myślałem, że jestem z innej gliny, jestem człowiekiem zdrowym, do szpitala, nigdy w szpitalu nie byłem, ale po tym się okazało, że

kiedy człowiek dotknie tego tematu, to dopiero wie, co pod tą powierzchnią się kryje. Naprawdę nie życzę nikomu, żeby się o tym przekonał, jeżeli tego nie musi zrobić. Czyli ta teza, żebyśmy rozpoczęli cykl dyskusji. Ja robię co mogę, sam napisałem już szereg artykułów, uruchomiam prasę, itd. itd. postawiłem sobie za, to może jest mój odwet, ja to wszystko co się stało. Pogotowie ratunkowe oświadczyło mi, że nasze nieszczęście polegało, że myśmy trafili na pana, bo codziennie umiera w pogotowiu 10 osób. I cicho, i nikt o tym nie pisze. Pies z kulawą nogą nie pisze o tym. Codziennie umiera 10 osób w pogotowiu, w karetkach pogotowie, na korytarzach. Może dam taki przykład, przywieziono młodego człowieka, 19-letniego do szpitala. Karetka o czasie przyjechała, szpital go przejął i go postawili na korytarzu i o nim zapomnieli, a miał atak ślepej кишки. Kiedy sobie rano przypomnieli, już był trupem. Miał 19 lat i nikt tym się nawet nie zainteresował. Takich przykładów codziennie otrzymuję masę na tej stronie. Ale to tak na marginesie. Proszę państwa. Jeżeli chodzi o prywatyzację. Ja się zgadzam z tą tezą, że jest zapotrzebowanie na prywatne usługi. Moja teza prywatna jest taka, że jeżeli jest równowaga między popytem, a podażą usług, jest duże miejsce dla prywatnych usług. Gorzej jest kiedy jest deficyt usług, a olbrzymi popyt wtedy, możliwości patologiczne są nieprawdopodobnie duże. Tu nie chodzi o wyeliminowanie usług prywatnych, tu chodzi o to, żeby nie przejmowali wyposażonych przez nas wszystkich. Nawet nie ma podstaw prawnych, żeby szpital, do którego myśmy przy pomocy naszych składek kupili sprzęt, wybudowali budynki, żeby teraz przejmował ktoś za symboliczną złotówkę i jak to się mówi, potem robił z tym co mu się podoba. Np. amerykański szpital

już ma propozycje, żeby wyprowadzić ze śródmieścia te szpitale, dobudować budynki tanie gdzieś tam w Jankach, a tu zrobić apartamentowce, wyburzyć te szpitale i zarobić miliardy dolarów. Nawet nie zdajecie sobie państwo czym to grozi. Trzeba być bardzo ostrożnym. W każdym razie prywatyzacja, usługi prywatne tak, ale nie tego typu prywatyzacja, która już zmiotła z powierzchni ziemi setki fabryk po których nie ma nawet śladu, a były nieźle funkcjonujące. Ja się osobiście nie zgadzam, że my możemy opodatkowanie prywatnych przedsiębiorców zastąpić podatkami. Proszę państwa dlaczego, w odróżnieniu od całej Europy prywatni przedsiębiorcy nie mogą płacić w Polsce na służbę zdrowia. Pytam się dlaczego, skoro płacą wszędzie. Ci prywatni przedsiębiorcy wcale tego nie inwestują. Dziewięć dziesiątych zysków jest konsumowanych. Kupuje się drugi samochód, trzeci samochód, czwarty dom, piąty dom. Czy nie lepiej zatem spowodować i dofinansować tę służbę zdrowia. Czytałem raport, że w ogóle prywatne inwestycje leżą, pieniądze są zamrożone, nie ma chętnych do inwestowania. A to wszystko się konsumuje. To ja pytam się, teraz mam wyprowadzać podatek od nieruchomości, bo prywatne święte krowy chcą jeszcze sobie kupić czwarty dom, czy piąty, czy pojechać dziesięć razy na urlop. Nie mogę się z tym zgodzić. Uważam że po prostu cała Europa przyjęła taki system .

Pan prof. dr hab. Paweł Bożyk

Nie chcę, wie pan, ale leczy dobrze. Jak mieliśmy wypadek w Niemczech to przyjechało 30 karettek, pięć helikopterów, a tutaj w ogóle jednej karetki nie można w trzy minuty od służby zdrowia poprosić.

Pan dr Jerzy Małkowski

Niech pan da spokój. Niech to będzie konkluzja. Drodzy państwo, byliśmy świadkami i uczestnikami przeżycia, nie spotkania, tylko, jestem przekonany. Mówię to jako stary wytrawny bywalec, to było pewne przeżycie. Dzięki panu profesorowi, dzięki panu profesorowi, dzięki nam wszystkim, bo potrafiliśmy, jak to nazywam, skarbonki, czy do tego zasobnika wrzucić te swoje, że tak powiem przemyślenia. Podsumowując, to ja mogę tak powiedzieć. Dziękuję. Chciałem uhonorować panów wręczając podziękowania od pani prof. Mączyńskiej oraz symboliczną książkę, w tym wypadku Stiglitz „Freefall”. Panie profesorze dziękuję. Panu profesorowi Galbraitha „Ekonomia” i też podziękowania. A ze swojej strony jako prezes Oddziału Warszawskiego PTE obiecuję, że państwu, że podejmiemy ten temat z pytaniem, czy ekonomia i ochrona zdrowia to jest właśnie to. Myśmy dzisiaj postawili znak zapytania. Czy rzeczywiście to pieniądz decyduje, czy może myślenie, czy może odpowiedzialność, czy może ludzie. Podejmiemy ten temat w Oddziale Warszawskim i zapraszam państwa już dzisiaj. Myślę gdzieś koło kwietnia byśmy się spotkali. Serdecznie wszystkim dziękuję i życzę zdrowia.

Koniec spotkania