

LINE-2017-04-25

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Dzień dobry państwu, proszę państwa bardzo mi miło poinformować państwa, że dzisiaj będziemy rozmawiać w ramach forum myśli strategicznej o zdrowiu, a więc jest to temat, który dotyczy nas wszystkich i od razu chciałam powiedzieć, że jesteśmy w trybie online, czyli już od tego momentu może nas oglądać cały świat. Gdyby ktoś nie chciał się pokazywać to musi nas o tym poinformować. Ponieważ jest tryb online, to mamy znacznie szersze grono niż tu na sali, jak mówi pan Michał Plewczyński, który obsługuje nagrania internetowe. Mówi, że po każdym spotkaniu około 100 osób się włącza do naszej debaty. Włącza się w taki sposób, że niektórzy od razu coś komentują i zadają pytania - prosiłabym o sygnał jakby się coś takiego działo - albo też później jeszcze dosyłają swoje wypowiedzi do czego też państwa zachęcam. Pan Robert Grześniński jest redaktorem odpowiedzialnym za Biuletyn, który leży tu przed państwem, prowadzącym redaktorem tego Biuletynu, ale oprócz tego odpowiedzialny jest za kontakty z państwem dotyczące właśnie publikacji i na stronie internetowej i w Biuletynie. I pan Robert będzie państwa nękał zwłaszcza w sprawie autoryzowania tekstu i prosiłabym wobec tego, żeby (po wystąpieniach panelistów sala będzie należała do państwa), więc prosiłabym się przedstawiać do mikrofonu bez względu na to jak się znamy wszyscy, bo pani stenografistka musi to zapisać i po głosie nas nie rozpoznaje. Chciałam teraz zrobić rzecz najważniejszą, czyli powitać naszych uczestników panelu, pani doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka. Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego, kierownik Katedry Zarządzania i Marketingu, ale również wiceprzewodnicząca Rady Narodowego Funduszu Zdrowia oraz doradca prezydenta Pracodawców RP w obszarze ochrony zdrowia. Tutaj chciałam dodać, że Pracodawcy RP także organizują cykl debat na temat ochrony zdrowia, bardzo inspirujące są to debaty i przekazują uwagi do odpowiednich instytucji, także bardzo dziękuję, że możemy korzystać z tego źródła. Pani prof. dr hab. Ewelina Nojszewska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie i ekspert Instytutu Innowacyjna Gospodarka. W Szkole Głównej Handlowej też jest realizowany projekt, a właściwie projekty dotyczące ochrony zdrowia, sama kilkakrotnie uczestniczyłam w tych debatach i też jest to duży dorobek, mam nadzieję, że zarządzający ochroną zdrowia będą umieli to wykorzystać i docenią. Pan prof. Tomasz Wiśniewski jest, jak państwo zauważyli idziemy alfabetycznie, więc pan prof. Tomasz Wiśniewski prawie został przymuszony żeby brać udział w tej dyskusji, bo termin panu profesorowi nie bardzo pasował, ale zgodził się na to,

żeby specjalnie ze Szczecina do nas przyjechać. Pan prof. Wiśniewski organizował fascynujący panel na konferencji w Kołobrzegu niedawno u prof. Zarzeckiego, gdzie była specjalna część poświęcona ochronie zdrowia z udziałem przedstawicieli NFZ-u, uczestniczyłam w tej części jako słuchacz. I pod wrażeniem tego panelu postanowiłam „przymusić” pana profesora, żeby zechciał się tu do nas dołączyć. I pan prof. Cezary Włodarczyk z Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego. Proszę państwa, widzą państwo, że dobór jest bardzo zróżnicowany jeśli chodzi o ośrodki i grupy, które państwo reprezentują, ja chciałam na samym początku, zwykle to się czyni na końcu, ale ja chciałam to uczynić na początku - wręczyć państwu książkę, która w pełni dotyczy tego czym państwo się zajmują. Bo właściwie zajmując się ochroną zdrowia państwo dbają o godne społeczeństwo i mamy w naszym wydawnictwie taką książkę „Godne społeczeństwo: program troski o ludzkość”. Cóż jest większym programem troski o ludzkość niż zdrowie człowieka? Więc dlatego prosiłabym o przyjęcie tej małej książeczki, a na pewno państwo znajdą wiele tutaj tez, które potwierdzają celowość tego czym państwo się zajmują, więc proszę przyjąć od nas tę książkę, proszę bardzo. Pani doktor proszę bardzo. Panie profesorze uprzejmie proszę o przyjęcie z wielkimi podziękowaniami i panie profesorze, ja wiem, że w samolocie może nadbagaż będzie, w razie czego poniesiemy konsekwencje tego nadbagażu, tylko proszę nas o tym poinformować. I proszę państwa ja tylko chciałam powiedzieć tak, że mamy wielki problem z ochroną zdrowia w Polsce. Ja z różnych lektur, przemyśleń i dyskusji, w których często uczestniczę mogę powiedzieć tylko tyle, są dwa problemy główne, chociaż jest ich więcej, ale wymienię dwa. Jeden problem jest to problem niedostatku środków na ochronę zdrowia, należymy do krajów, w których udział nakładów na ochronę zdrowia w PKB jest relatywnie niski, na pewno nasi mówcy do tego nawiążą, ale jeszcze jest problem bazy, bo jeżeli nawet byłby taki sam jak w innych krajach bogatszych to jednak tam się liczy od większego PKB czyli dodatkowy problem tutaj jest, a druga sprawa to jest nieustanne marnotrawstwo środków w ochronie zdrowia, ja tylko powiem o tym, co dotyczy większości państwa, bo tutaj w sali mamy profesorów, dydaktyków. Sama musiałam zrobić badania okresowe, czyli mieć kontakt z medycyną pracy. I okazało się, że moje gardło trzeba jakoś podratować, bo to jest moje narzędzie pracy i pan doktor przy kontroli napisał mi na kartce jakieś lekarstwo, ale mówi - musi pani iść z tym do lekarza rodzinnego to dostanie pani receptę, więc ja musiałam pójść, zająć kolejkę, zawracać głowę lekarzowi rodzinemu tylko po to, lekarz rodzinny nawet nie spojrzał na mnie ani na moje gardło, tylko po prostu wziął tą kartkę i

wypisał mi receptę. Nie dało się tego nawet przez recepcję załatwić tylko musiałam jednak się pokazać, więc... Czyli proszę państwa to pokazuje, że to jest tylko jeden z elementów marnotrawstwa środków, tych skąpych środków. W związku z tym warto dyskutować o ochronie zdrowia, ponieważ może chociażby na zasadzie kropli, która drąży skałę, przyczyni się to do poprawy, zobaczymy. Dlatego zachęcam państwa do wypowiedzi do protokołu, jeżeli państwo by chcieli dołączyć swój jakiś tekst czy analizę to też będziemy zobowiązani, proszę z nami się kontaktować, w tych biuletynach mają państwo na stronie internetowej napisany kontakt do nas i teraz poproszę w tej kolejności też alfabetycznej właściwie. Panie profesorze przepraszam, że pan alfabetycznie jest na końcu, ale chciałam jeszcze tylko powiedzieć, że pan prof. Tomasz Wiśniewski ponieważ, przyleciał do nas samolotem i odlatuje samolotem, więc będzie musiał 17:45 nas opuścić i tylko taka prośba, gdyby państwo mieli pytanie bezpośrednio do pana prof. Wiśniewskiego to prośba o - zaraz po panelu - skierowanie tego pytania, żeby pan prof. zdążył odpowiedzieć. Proszę bardzo, pani dr Gałązka-Sobotka, proszę bardzo.

**Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka:** Witam państwa bardzo serdecznie, pani profesor jeszcze raz serdecznie dziękuję za zaproszenie, temat debaty tej dzisiejszej dyskusji - *czy zdrowie w Polsce potrzebuje strategii* jest zapewne przedmiotem bardzo wielu sympozjów, konferencji, dyskusji panelowych, kongresów. Mnogość wydarzeń w ochronie zdrowia skłania mnie do takiej refleksji, że ta debata już nie powinna być mieć sensu, ponieważ bardzo wiele rzeczy na temat potencjalnej potrzeby stworzenia strategii dla ochrony zdrowia w Polsce zostało powiedziane i wypadałoby tylko dyskutować na temat tego czy ta strategia przynosi spodziewane rezultaty i spodziewane wyniki. Niestety, przez te wszystkie lata tak się zdarzyło, że kolejne ekipy rządzące unikały tego wezwania jakim jest opracowanie takiej długoterminowej strategii, która by mówiła nam o tym jaki system ochrony chcemy stworzyć, jak on ma być zorganizowany. W konsekwencji jak powinien być finansowany, aby można było osiągnąć postawione w tejże strategii cele, zarówno strategiczne, długoterminowe, jak i cele operacyjne, ja mówiąc o tej słabości polskiego systemu, który przejawia się w braku takiego planu strategicznego, patrzę na to przez pryzmat przede wszystkim tego o co walczymy tak naprawdę w systemie ochrony zdrowia, a walczymy o kapitał zdrowia, kapitał zdrowia, który zgodnie z teorią kapitału ludzkiego jest jednym z kluczowych elementów tego kapitału i decyduje o tym, żebyśmy mogli jako państwo i społeczeństwo realizować swoje cele gospodarcze i cele społeczne. I jakby celem zasadniczym i celem kluczowym w tejże strategii

wyduje się zdolność polskiego systemu ochrony zdrowia do zachowania kapitału zdrowia i jego odtwarzania, skutecznego odtwarzania wtedy, kiedy tego kapitału brakuje, w modelu systemowym, w ujęciu systemowym ta strategia powinna adresować następujące elementy i następujące zagadnienia zawierać w sobie, czyli dyskusja na temat nie tylko celów strategicznych, ale również nakładów, wyników, procesów i sprzężenia zwrotnego, jeżeli zakładamy, że chcemy stworzyć system, który jest sprawny, spójny i pozwala nam na to, aby przeznaczone na ochronę zdrowia zasoby mogły generować jak największą efektywność. Ta dyskusja na temat efektywności systemu ochrony zdrowia bardzo często sprowadza się do nakładów. Rzeczywiście można powiedzieć, że sprowadzamy wiele wątków tej dyskusji do tego, że pieniędzy jest rzeczywiście za mało w polskim systemie, potwierdzają to statystyki, pani profesor do tego się odniosła, że mamy zdecydowanie niższe finansowanie w stosunku do średniej europejskiej i trudno w związku z powyższym w kontekście tego finansowania realizować wiele wyzwań, przed którymi stoją społeczeństwa w zakresie zachowania kapitału zdrowia i jego skutecznego odtwarzania, niemożliwe jest to ze względu na dwa jakby przeciwstawne zjawiska. Z jednej strony rosnące, absolutnie rosnące potrzeby zdrowotne, które są wynikiem starzejącego się społeczeństwa przy jednoczesnym wzroście świadomości zdrowotnej polskiego społeczeństwa, ta edukacja zdrowotna przynosi powoli coraz większe efekty w postaci większego zapotrzebowania na ochronę zdrowia nie tylko ludzi chorych, dotkniętych chorobą, ale również osób zdrowych, ale z drugiej strony bardzo dynamicznego, ogromnego w swojej skali postępu naukowego, technicznego i technologicznego, które sprawiają, że to zapotrzebowanie na kapitał, który może zabezpieczyć usługi zdrowotne na poziomie średnio-europejskim, nie odwołuję się może do benchmarków światowych, ale do średnio-europejskiego, staje się coraz większym wyzwaniem dla wszystkich krajów, szczególnie tych, które są na drodze takiej transformacji poustrojowej. Przy czym w tej dyskusji o strategii, dyskusji o pieniądzach i świadomości tego, do czego ta strategia powinna odwoływać, wydaje się największym problemem takie odziedziczone z poprzedniego ustroju podejście, że wydatki na zdrowie są wydatkami, które nigdy nie przynoszą odpowiedniej politycznej stopy zwrotu, zatem zwiększanie finansowania ochrony zdrowia po to, aby zaspakajać potrzeby zdrowotne, które mogłyby uczynić polskie społeczeństwo zdecydowanie bardziej produktywnym wydają się być poza kręgiem zainteresowań polityków, ze względu na to, że postrzegamy je tylko i wyłącznie przez pryzmat kosztów a nie przez pryzmat inwestycji. To jest jedna z takich elementarnych zasad, czy też założeń, które jakby czynią, wydaje mi się,

brak zainteresowania stworzenia głębszej, przekrojowej strategii dla ochrony zdrowia w Polsce, bowiem zmuszałaby ona polityków i regulatorów absolutnie do tego, aby popatrzyć na wydatki na ochronę zdrowia przez pryzmat inwestycji w kapitał ludzki, rozumianych znacznie szerzej. My z panią profesorem byłyśmy zaangażowane w kampanię społeczną *Głosuję na zdrowie*, której zasadniczym przekazem było spojrzenie na zdrowie właśnie jako na inwestycję, na kapitał zdrowia Polaków, który pozwala realizować zarówno cele zawodowe, osobiste i prywatne, ale również cele gospodarcze poprzez naszą produktywność, gdy patrzymy na dane demograficzne, ale również na dane dotyczące aktywności zawodowej Polaków to widzimy, że dyskusja na temat wydłużania czy skracania wieku emerytalnego wydaje się trochę drugorzędna w kontekście tego, że bardzo wielu Polaków odchodzi z rynku pracy z powodów zdrowotnych. Większość z nas byłaby zdolna pracować, chciałyby pracować dłużej, gdybyśmy byli tylko do tego zdolni. Jako główną przyczynę wyjścia z rynku pracy bardzo często podajemy właśnie niezdolność do pracy i słaby stan zdrowia, brak możliwości szybkiej reakcji na problemy zdrowotne, w konsekwencji ograniczoną produktywność polskiego społeczeństwa. Mówimy bardzo dużo o tym, że efektywność ochrony zdrowia to nie tylko to, ile wydaje na to Narodowy Fundusz Zdrowia albo płatnik publiczny, ale przede wszystkim to, ile za to kupuje, a nie można tego analizować tylko i wyłącznie w rachunku sektora ochrony zdrowia. Niezbędne jest spojrzenie na to również przez rachunek łącznych kosztów państwa z tytułu ryzyka choroby. W tej strategii ochrony zdrowia zapewne brakuje nam w związku z tym odpowiedzi na pytanie - jaką zasadniczą rolę odgrywa system ochrony zdrowia w państwie i czy organizacja tego systemu ma realizować w rzeczywistości to, co się często powtarza, czyli zarządzać ryzykiem choroby, niestety w naszym systemie i w naszej organizacji dawno temu podjęliśmy, w mojej opinii niesłuszną, decyzję o rozdzieleniu od siebie składników tego ryzyka choroby jakim jest realizacja świadczeń rzeczowych od realizacji świadczeń finansowych, tracąc tym samym zdolność do tworzenia korelacji pomiędzy tym co służy odtworzeniu zdrowia, a tym co służy pokryciu kosztów choroby w postaci zasiłku chorobowego zasiłku rentowego czy świadczeń rentowych, które skłaniałyby z kolei organizatorów sektora ochrony zdrowia do szybszej, efektywniejszej reakcji. To może tyle gwoli refleksji, bo rozumiem, że mamy tam...

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Tak, zwyczaj u nas jest taki, że najpierw paneliści występują w krótkich, około 15-minutowych wystąpieniach, później oddajemy głos sali, a później jeszcze

raz paneliści w odwrotną stronę, chyba, że by była od razu chęć ingerowania na wypowiedzi, to proszę sygnalizować. Ja tylko chciałam nawiązać do tego co pani doktor powiedziała o tej akcji *Głosuj na zdrowie*, bo tu było podkreślone, że my nie mamy rachunku holistycznego, pełnego, czyli na przykład do kosztów leczenia nie dodajemy, jeżeli jest na przykład nieprawidłowe leczenie, kosztów nieobecności pracownika w pracy i tak dalej i kosztów społecznych różnego rodzaju z tym związanych, ale nawet w samym środku, samym systemie ochrony zdrowia my mamy bardzo poszatkowany rachunek ekonomiczny, brakuje kompleksowego rachunku ekonomicznego, który sprawia, właśnie przyczynia się do marnotrawstwa. Bo jeżeli na przykład stosuje się przy danej chorobie jakieś rozwiązania tańsze, albo tańsze technologiczne rozwiązania, to sama procedura leczenia daje może niższe koszty, tylko, że nie bierze się pod uwagę tego, że pacjent po pewnym czasie wraca i jeszcze raz trzeba ponawiać te nakłady, to takiego rachunku w gruncie rzeczy się tak naprawdę nie prowadzi, ponieważ jest takie podejście poprzez procedury. To bardzo ostro było eksponowane w pierwszym spotkaniu pana Prezydenta RP w ramach Narodowej Rady Rozwoju, kiedy pierwsze spotkanie tej Rady właśnie dotyczyło ochrony zdrowia, ja uczestniczyłam w tym spotkaniu i muszę powiedzieć, że mój pierwszy wniosek był taki, że można się rozchorować od strachu przed rozchorowaniem się, ponieważ tak duży jest zakres zaniedbań i nieprawidłowości w ochronie zdrowia. Jednym słowem sektor zdrowia jest chory.

**Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka:** To jeśli ja mogę jeszcze tylko uzupełnić, ja myślę, że takim podstawowym naszym problemem jest to, że polski system jest systemem wycinkowym, nie jest systemem ochrony zdrowia. Ochrona zdrowia to zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia profilaktyka, edukacja, naprawianie i jakby powrót pacjenta do jak najwyższej efektywności jego na rynek pracy czy do funkcji społecznych i gospodarczych. My w rzeczywistości dzisiaj mamy system, który przede wszystkim skoncentrowany jest na naprawianiu zdrowia, czyli mówimy przede wszystkim o systemie opieki zdrowotnej pomijając aspekt profilaktyki, edukacji i prewencji zdrowotnej, co ogranicza w bardzo dużym stopniu właśnie efektywność wszystkich tych procesów.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** No właśnie, czyli już mamy wnioski, które powinny być brane pod uwagę w kształtowaniu polityki ochrony zdrowia, bardzo proszę pani profesor.

**Prof. Ewelina Nojszewska:** Pani profesor, bardzo dziękuję, w ogóle możliwość rozmowy z państwem poczytuję sobie za zaszczyt, podpisuję się pod tym co powiedziała najpierw pani profesor, potem pani doktor, nie będę oczywiście powtarzać tych rzeczy, a nawiązując do chyba pierwszego zdania pani profesor, że sytuacja w ochronie zdrowia jest katastrofalna to wydaje mi się, że odczujemy to, nawet jeżeli nie werbalizujemy, to czujemy, a poza tym, że ta zła sytuacja jakoś tak ogólnie rozlewa się po różnych sferach naszego życia i o tym, że państwo może się rozwijać i że zdrowie ma wpływ na wzrost gospodarczy i ta zależność jest dwukierunkowa. I państwo nierozwijające się, Adam Smith, już nie liczymy ile lat temu określił jako państwo stacjonarne i w tej chwili możemy powiedzieć, że kraje tej kultury zachodniej jeśli tak można powiedzieć właśnie przeszły w to stadium stacjonarności i tym tematem zajął się jeden z najlepszych współczesnych historyków, prof. Ferguson z Harvardu. I on upatruje przyczyn i proszę zobaczyć jak to jest nam bliskie i w ochronie zdrowia i w pozostałych dziedzinach, a mianowicie podtytuł jego książki *Wielka degeneracja* to jest jak psują się instytucje i umierają gospodarki i właśnie te instytucje są dla nas w tej chwili największym problemem, bo nas paraliżują, nawet pani profesor przed chwilą powiedziała o tych procedurach, o sposobie finansowania, myśmy przekroczyli granicę bezpieczeństwa jeśli chodzi o rozwiązania prawne, o instytucje i pozwolę sobie tylko wymienić te czynniki, a mianowicie ten czynnik polityczny, jakim jest demokracja, zawaliliśmy go. Bo wzrost długu publicznego zerwał umowę międzypokoleniową, drugim czynnikiem jest czynnik ekonomiczny czyli kapitalizm, czyli zła regulacja rynków, kryzys finansowy chyba jednak jeszcze się nie skończył, a więc mamy przeregulowane rynki i brak odpowiedzialności, konsekwencji osób, które ponoszą decyzje. Czynnik prawny, rządy prawa, które przerodziły się w rządy prawników, gdzie mamy mnóstwo szczegółowych regulacji, a ta idea, ten cel zaginął, ponadto ten czynnik społeczny, społeczeństwo obywatelskie, którego u nas jakoś historycznie nie bardzo mogło się rozwijać i w tej chwili nie tyleż internet, a właśnie wszechobecność państwa psuje i tę instytucję, także w ogóle jesteśmy historycznie w bardzo trudnym momencie i nie potrafimy się z tym uporać. I może po części też robimy ten błąd, że koncentrujemy się silosowo, drobiazgowo, wycinkowo, a to jest szerszy problem i właśnie prof. Ferguson cytuje duże fragmenty z książki autora w tej chwili nie pamiętam, książka ma tytuł „Lombard street” i była napisana w roku 1873 i to co jest tam napisane o funkcjonowaniu od strony ekonomicznej i finansowej to jest to co się dzieje w tej chwili, a przecież musimy pamiętać, że zdrowie i gospodarka to jest elementy wzajemnie na siebie oddziaływujące i tu mogę się powołać na

książkę autora brytyjskiego nazwisko Vogel, który zbadał dla Wielkiej Brytanii, Zjednoczonego Królestwa wpływ zdrowia, poprawę zdrowia i odżywiania się na wzrost gospodarczy. I wyszło na to, że w ostatnich 200 latach właśnie te dwa czynniki mają 30-procentowy udział we wzroście dochodu co przeliczył na 1.5-procentową stopę wzrostu per capita, oczywiście w stopie rocznej, czyli ten element jest nie do przecenienia abstrahując od tych elementów psychologicznych, emocjonalnych, no i co my możemy z tym zrobić? Pani profesor dała tytuł debacie, że strategia dla zdrowia, oczywiście tak, dla ochrony zdrowia tak i tak jak to jest w Unii Europejskiej in all policies, a nie tak silosowo jak u nas się to realizuje. No tak, ale mamy problem z elementem politycznym, bo ochrona zdrowia od lat jest areną walki politycznej, co nie służy ani statusowi zdrowotnemu, ani ochronie zdrowia, poza tym mamy jednak bałagan prawny, a nie porządek prawny i tutaj też jest wyzwanie jak uporać się z tym zagadnieniem, czy zawiesić regulację prawną, posadzić właśnie wybitnych prawników, żeby stworzyli taki kodeks prawa dla ochrony zdrowia i on zacznie obowiązywać. Poza tym podejście w tej chwili w dyskusjach może mniej, bo tutaj ludzie, którzy mają coś do powiedzenia nawołują, ale to jest trochę głos wołającego na puszczy, bo niestety te elementy nie są brane pod uwagę i podejście powinno być przecież interdyscyplinarne, profesjonalne, merytoryczne, nie tylko od strony medycznej, ale głos ekonomistów i prawników jest nie mniej ważny tutaj i wydaje mi się, może to jest moje takie zboczenie zawodowe bo jestem ekonomistą z katedry ekonomii, że liczyć, liczyć i jeszcze raz liczyć, a u nas się nie liczy, na pewno nie liczy się rzetelnie. Pani profesor wspomniała o kosztach procedur, no jak one były pierwotnie zrobione, czy to nie było przeniesienie po prostu katalogu NFZ-u, jak robi się teraz, jak się wysyła kwestionariusze do szpitali, po czym się okazuje, że baza komputerowa nie jest w stanie tego obrobić, no więc jak stworzyć rzetelną wycenę, która byłaby zresztą reprezentatywna dla i klinik wysokospecjalistycznych, gdzie się operuje powiedzmy wyrostki robaczkowe i w typowym szpitalu powiatowym, 5-oddziałowym. Wiadomo, że tam te koszty siłą rzeczy nie mogą być takie same, więc i z tą wyceną trzeba by zrobić jakiś porządek. Poza tym dramatem jest to, że nie umiemy uporać się z tą stroną bodźcowania, bo jeżeli jest tak, że lekarz w szpitalu, czy lekarz operujący ma powiedzmy 13-procentowy udział w procedurze jego dochód, no to wiadomo, że on ma bodziec, żeby operować, operować, będzie padał na twarz, ale będzie jeszcze operował, bo w oczach ma te pieniądze, które zarabia. Natomiast nie płaci się za leczenie pacjenta powikłanego, ja rozumiem, że bodźcem do tego miało być, żeby nie było pacjentów powikłanych ale płacenie za ilość wykonanych procedur wymusza to, że będą



pacjenci powikłani, a jeśli się za ich leczenie nie płaci no to szpital robi co może, żeby ich nie leczyć, nie marnować czasu i pieniędzy, no przepraszam, ale tak mówiąc językiem kolokwialnym do tego się to sprowadza, a te moje wiadomości to są właśnie z MBA w ochronie zdrowia, gdzie są lekarze i dyrektorzy szpitali i po prostu szczerze potrafią powiedzieć, jak to od podszewki wygląda. Poza tym koszty świadczeniodawców powinny być rzetelnie liczone i każdy świadczeniodawca powinien znać chociażby koszt każdego łóżka czy ma odpowiednią liczbę łóżek, a jakby co, bo w tej chwili mamy za dużo łóżek w tej chwili średnio w kraju. Ja wiem, że jak wychodzimy z psem na spacer to średnio mamy po 3 nogi, ale jednak te dane coś pokazują, jeżeli mamy niecałe 70 % wykorzystanych łóżek, a są oddziały jak okulistyka, niby okupowane, gdzie nie sięga 50 % obłożenie łóżek. Trzyma się łóżka, bo potem likwidacja, wprowadzenie jest problemem, więc bardziej szpitalowi opłaca się mieć święty spokój i nie zmieniać tej liczby, więc szpital, świadczeniodawca jest przedsiębiorcą, który powinien efektywnie gospodarować posiadanymi zasobami, w tej chwili teraz to się kompletnie nie dzieje, a także nie ma ośrodków które by prowadziły analizy, bo od strony ekonomicznej, a tu jest wielu z państwa ekonomistów przecież, nawet funkcja kosztów dla szpitala jest problemem, bo dla normalnego przedsiębiorstwa produkującego kawę czy wodę mineralną nie ma problemu, ale dla szpitala jest problem, czy jest ośrodek, który się tym zajmuje, czy jest potrzeba, żebyśmy się tym zajmowali, czy ktoś zechce to wykorzystać. Poza tym spotkałam się z opiniami dotyczącymi minimalizacji, właśnie liczenia kosztów, że po co, i tak wiemy, że leczenie osób starszych kosztuje drogo. Jasne, ale trzeba liczyć, żeby wiedzieć, żeby te koszty optymalizować, a poza tym zgodnie z nauką ekonomii minimalizacja kosztów nie polega na tym, o czym pani doktor wspominała, że tanie procedury, najtańsze procedury, nie, chodzi o to, żeby nie było marnotrawstwa, że trzymamy jakość i tą jakość osiągamy po minimalnym, niezbędnym koszcie bez marnotrawstwa, poza tym są metody liczenia efektywności wykorzystywane jak świat długi i szeroki ten cywilizowany, można sprawdzić na stronach rządu australijskiego, że najpierw przebadano, chyba najlepszą i bardzo taką nową, jeszcze ciepłą metodą ekonometryczną, stochastic frontier analysis, szpitale w Australii i dopiero na podstawie wyników przeprowadzono reformę szpitali, ochrony zdrowia w Australii. U nas tego się nie robi, próbowaliśmy to policzyć, nie dostaliśmy danych, bo ani system informacji ochrony zdrowia nie chciał dać danych, a szpitale ja rozumiem, dyrektorów, odpowiedziały, że nie, nie, nie, oni powiedzieliby prawdę o szpitalu. Oni tego nie mogą zrobić, no bo taka jest rzeczywistość i to jest racjonalne postępowanie i chciałabym nawiązać do tego, co pani

profesor powiedziała, że musimy obejmować pełne obliczenia i liczyć... Strategia wiąże się z długim okresem, powinniśmy oczywiście liczyć koszty w krótkim okresie, ale najważniejsze jest liczenie w długim okresie, obejmujące elementy związane przede wszystkim z opieką socjalną i z kosztami dla gospodarki. I nasz instytut opublikował badanie kosztów dla gospodarki wybranych trzech chorób ginekologiczno-onkologicznych i same koszty bezpośrednie koszty leczenia to jest mały pikus w porównaniu z tym co dajemy w ramach chorobowego, świadczeń rehabilitacyjnych, rent, czyli obciążenia dla finansów publicznych, oczywiście po to są składki, żeby tym ludziom pomagać, ponadto jak osoby chorują, absenteizm, prezenteizm, inwalidztwo, przedwczesne zgony to jest niewyprodukowany produkt krajowy brutto, który potrafimy oszacować i to są ogromne straty dla gospodarki plus niezapłacone podatki dla sektora finansów publicznych. Zatem jeśli podejmiemy całościowo z tymi kosztami pośrednimi, z tymi kosztami dla gospodarki to same koszty leczenia to właściwie można machnąć ręką, przy czym no właśnie te koszty pośrednie i dla gospodarki są też ogromne, że leczymy metodami nieefektywnymi, z publikacji wynika, że ponad 70 % leczenia leków onkologicznych jest nieskutecznych, to przepraszam po co my tych ludzi trujemy, wykańczamy, ponosząc jeszcze koszty, skoro można prywatnie zrobić sobie samemu badanie genomu, teraz to kosztuje u nas w Warszawie w granicach 3000 zł i mieć medycynę personalizowaną, więc ludzie będą nie skazani na śmierć czy cierpienie, ale będą skazani na zdrowie na powrót do normalnego funkcjonowania, do pracy i wytwarzanie produktu krajowego brutto. Mamy tutaj przeogromny zakres zagadnień, brak zdrowia publicznego tak naprawdę, prof. Samoliński już nawet przestał do tego nawoływać, pani doktor wspomniała o ochronie zdrowia, o tym, żebyśmy nie popadali w choroby, czyli także styl życia, profilaktyka, a może właśnie gdyby były dodatkowe, prywatne ubezpieczenia, gdzie stawki ubezpieczenia odzwierciedlałyby styl życia, wiele można zrobić. Czy nie moglibyśmy, czy nie powinniśmy pomyśleć o systemie docelowym i drogach dojścia do niego, o tym oczywiście możemy rozmawiać, ja do tego nie będę nawiązywać bo to wychodzi już poza temat. Dziękuję bardzo.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Dziękuję bardzo pani profesor.

**Sławomir Wasilewski:** Ja jestem radcą prawnym, nie ekonomistą, ja mam dwa pytania, pierwsze jaka jest struktura własnościowa tych szpitali jakby pan to przedstawił jedna rzecz i druga czy te przychody obejmują również współpłacenie, czy tylko to są przychody finansowane przez no powiedzmy państwo tak.

[...] więc tam są różne organizacje i prywatne i właściciele prywatni.

**Sławomir Wasilewski:** Ale chodzi o jakby budżet w dużej mierze, czy gminy, czy powiatu, czy ewentualnie województwa, czy wręcz państwa i drugie pytanie a to współpłacenie jaki przy tych przychodach procent? Czy to też było przedmiotem?

Nie widzę tych danych.

**Sławomir Wasilewski:** Rozumiem, dziękuję.

[...] **Kamiecki, Krajowa Izba Gospodarki Nieruchomościami:** Panie profesorze czy pan badał jakie są koszty utrzymania zasobu służby zdrowia w Niemczech i w Polsce? W Polsce to jest znany taki wskaźnik, że zapotrzebowanie na energię roczne to często jest trzy razy więcej niż po prostu w przeciętnym powiedzmy budynku nie wiem biurowym chociażby, to jest 300-400 kilowatogodzin na rok na metr kwadratowy, a jak jest w Niemczech?

**Prof. Tomasz Wiśniewski:** Nie włączyłem tego chyba, więc tego nie wiem, natomiast poruszył pan ciekawy temat, w działalności medycznej koszty stałe są, stanowią duży procent jak wiemy prawda, dochodzący, różnie to się określa, ale pod 80 %, czasami może nawet więcej, trochę mniej, a to by wskazywało, jeżeli nie ma rynku na te usługi, nie wiem czy się państwo zgodzicie ze mną, ale na te usługi nie ma rynku tak naprawdę, rynek jest wtedy, kiedy ten uczestnik rynku odkrywa dno, a tutaj u nas raczej tego dna nie odkrywa. Jeżeli tak jest to być może rozsądne byłoby płacenie za koszty tego standby, czyli gotowości do świadczenia usług, i tutaj kłania się sieć szpitali, jeżeli ktoś jest w sieci to otrzymuje takie kwoty, które mają służyć do tego, żeby utrzymać strukturę, a oprócz tego są koszty zmienne i za koszty zmienne płacimy, taka płatność byłaby o tyle lepsza od rozwiązań, które są w tej chwili, że nie trzeba by, że te wszystkie dyskusje na temat nadwykonań nie miałyby miejsca w ogóle. Bo jeżeli są dodatkowe pieniądze w systemie to je wykorzystujemy tylko i wyłącznie na to, żeby finansować kolejne jakieś procedury, ale problem polega na tym, że my mamy za dużo szpitali, trzeba wskazać palcem, które...

[...]

**Prof. Tomasz Wiśniewski:** Więc tu chciałbym powiedzieć, że na naszej tej konferencji o której pani profesor wspominała, też taka dyskusja się odbywała i takim wnioskiem jest, że to chyba

jest błąd, że każdy powiat ma szpital, no bo dlaczego jeden ma, drugi ma, a trzeci być może nie ma, a czwarty ma dwa szpitale.

[...]

**Prof. Tomasz Wiśniewski:** No właśnie, dokładnie, a każdy starosta wie, że jak zamknie szpital to już go następnym razem nie wybiorą, być może... wniosek z tej naszej dyskusji jest taki, że być może tym właścicielem szpitali powinien być...

[...]

**Prof. Tomasz Wiśniewski:** Albo kilka rąk, ale na wyższym poziomie, czyli na przykład województwo bo województwo w ramach swojego podziału terytorialnego obejmuje ileś tam osób i ono może optymalizować pomiędzy szpitalami, czyli może zamknąć któryś, albo wyspecjalizować jeden i drugi, który leży za blisko siebie.

[...] system administracyjny się zmienił, a szpitale jak były wojewódzkie kiedyś tak dalej są wojewódzkie, mimo, że województwa tak naprawdę nie ma i to jest jakby...

**Prof. Tomasz Wiśniewski:** Ja myślałem raczej o tym, żeby szpitale powiatowe też podlegały pod województwo i później mając tego jednego właściciela należałoby zacząć optymalizować, zastanawiać się, no dobrze, a ile szpitali tak naprawdę na tę populację jest nam potrzeba.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Proszę państwa z żalem zwalniam pana prof. Wiśniewskiego, ale proszę z nami pozostać w kontakcie online, a państwa też zachęcam do zadawania pytań i wypowiedzenia się w trybie online, nawet jak się nasze obrady skończą, dziękuję panie profesorze, a teraz poproszę pana profesora, tylko proszę do tamtego mikrofonu. A państwo się przygotowują po tym wystąpieniu do wypowiedzi, chciałam tylko powiedzieć brawo. Dziękuję bardzo. Proszę państwa proszę się przygotować do wypowiedzi, z tym, że w zależności od liczby osób chętnych będę musiała stosować brzytwę jakąś i ucinać czas, ale zawsze jesteśmy otwarci na szersze wystąpienia na piśmie, proszę do nas przysyłać, być z nami w kontakcie i proszę się przedstawiać zawsze do mikrofonu. Bardzo proszę panie profesorze. Proszę państwa po ekonomistach, nieekonomista, medyk.

**Prof. W. Cezary Włodarczyk:** Nie, nie, już się tłumaczę, wcale nie jestem medykiem tylko jestem prawnikiem i bardzo dawno temu taki wydział skończyłem, a teraz zajmuję się

zdrowiem publicznym najbardziej, więc to tak, przepraszam za splątanie mojego życiorysu. Kilka słów chcę przedstawić państwu na temat strategii zdrowotnej, stawiając taką oto tezę, że strategii na świecie istnieje całe mnóstwo, to co teraz przedstawiam państwu na ekranie jest wyborem obrazków, które w tej dziedzinie znalazłem i prawdopodobnie, gdyby patrzeć na tak zwane wielkie strategie to pierwszeństwo powinno się przyznać temu przedsięwzięciu, które się nazywało zdrowie dla wszystkich do 2000 roku. I to od końca lat 70-tych tamtego wieku aż do końca 1000-lecia było jednym z wiodących haseł, które w środowisku WHO było lansowane, ale to tylko jeden z tych przypadków, przykład sytuacji, kiedy to chcieliśmy przebudować system społeczny w taki sposób, żeby zdrowie jako problem znalazło się w centrum uwagi, nie tylko społeczeństw, ale także tych rządzących, ale to jeden z przykładów w jaki sposób można strategię budować. Widzicie państwo coś co się nazywa strategią nationale i to Francuzi sobie wymyślili, że będą informatyzować swoją służbę zdrowia do roku 2020, gdzieś tam jest strategia związana ze starzeniem się społeczeństw, ale także australijska strategia poświęcona szczepieniom, no bo to też jest jakby ważny problem. Teraz mam dla państwa elegancki obrazek, który znajduje się w dokumencie amerykańskiej strategii Healthy People 2020, gdzie są przedstawione cele, które strategia ta proponuje amerykańskiemu społeczeństwu jako jak mówiła jedna z przedmówczyń model docelowy. Przetłumaczyłem to, społeczeństwo, w którym wszyscy są zdrowi i żyją długo, czy to nie jest piękny ideał proszę państwa? Przedstawić społeczeństwu coś takiego, a jak to osiągnąć to są te cztery strategiczne kierunki działania, wysoka jakość dłuższego życia wolnego od chorób, sprawiedliwość w zdrowiu, to podkreślam z całą mocą, bo hasło equity powtarza się teraz w każdym dokumencie strategicznym z jakim mamy do czynienia, środowisko też powinno być w porządku, no i promujemy jakość życia. ale można na ten sam problem, czyli tych nadrzędnych celów strategii spojrzeć w inny sposób i teraz pokazuję państwu wstęp do ustawy o zdrowiu publicznym, szwedzkiej ustawy o zdrowiu publicznym, z 2003 roku, no i oto mamy przed sobą zadanie tworzenia społecznych warunków zapewniających zdrowie na równych zasadach dla wszystkich, czyli hasło equity znowu się tu pojawia w innej werbalizacji, ale przecież jest, to jest ten cel nadrzędny, a potem mamy coś takiego podkreślam to jest strategia zdrowotna, ustawy o zdrowiu publicznym uczestnictwo i wpływ na życie społeczne, nic o zdrowiu, ani słowa. Warunkiem zdrowia, celem strategii zdrowotnej jest coś, co byśmy wyraźnie wpisali w demokratyczne myślenie o sposobie urzędowania państwa, a do tego jeszcze wstępne warunki ekonomiczne, economic and social [...] też takie coś jest, bo wszyscy wiedzą, że warunki

ekonomiczne i społeczne to ta wiązka czynników, które bodaj w nie najsilniejszym stopniu wpływa na stan zdrowia, przedstawiłem te szwedzkie i amerykańskie cele. A teraz mam coś co się nazywa globalna strategia zwalczania malarii, to jest problem dość ciekawy, jedna jednostka chorobowa, ale która od dawna znajduje się w polu uwagi Światowej Organizacji Zdrowia, jeszcze w końcówce lat 40-tych, tu świat ledwo z wojny wychodzi, WHO wpadło na pomysł, że oto przedsięwzięcie działania, dzięki którym malaria zniknie jako problem, WHO naprawdę z pełnym przekonaniem sądziło że da się coś takiego zrobić, nie dało się prosić państwa i od tego czasu WHO ustawicznie walczy z malarią, jest taka też globalna strategia, aż do 2030 roku, przyjęta w 2015 no i tutaj są takie stopniowo osiągalne cele, zbliżamy się do tego w końcu mamy o 90 % ograniczyć zachorowania na malarię, ale tymczasem będziemy się do tego zbliżać, najpierw o 40, potem o 75 i może w tej dalszej perspektywie uda nam się osiągnąć więcej. W Polsce też mieliśmy pełno strategii to tak jak Jagiełło pod Grunwaldem, który stwierdził, że miał mnóstwo broni, ale dwa miecze jeszcze mu się przydadzą, strategii też mamy mnóstwo, wypisałem tutaj kilka z nich. Pierwsza pochodzi z bardzo dawnych czasów 1987 rok, kiedy to został przygotowany raport *Cele i zadania polskiego programu zdrowie dla wszystkich*, mówiłem, że to było takie hasło, co to wszyscy podchwytywali, my też je podchwyciliśmy. Potem była między innymi strategia rozwoju ochrony zdrowia 2007-13, bardzo tajemniczy dokument, który, tak się w oryginale nazywał *policy paper dla ochrony zdrowia*, wzruszyło mnie to złożenie angielskiego wstępu krajowych ram strategicznych. Mamy narodową służbę zdrowia, coś co teraz jest przynajmniej częściowo realizowane to, że mamy sieć szpitali to jest jeden z celów tej właśnie strategii, tego dokumentu, tam jeszcze chcieliśmy utworzyć, powołać do życia urząd do spraw zdrowia publicznego no nic z tego nie wyszło, ale zamiary były jak najbardziej ambitne. Wiceminister Pinkas firmował taki dokument, wisi gdzieś tam w internecie można go znaleźć, potem się okazało, że nie jest to taki dobry pomysł. Zrezygnowaliśmy. Ale jako coś co jest wpisane w strategię, znalazłem strategię polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego takie też mamy i nawet prosić państwa gminną strategię ochrony zdrowia dla Wodzisławia Śląskiego, ale jakby ktoś chciał zobaczyć jak wygląda strategia, prosić bardzo Wodzisław Śląski czeka. No to co można by powiedzieć o tych strategiach? Mnóstwo tego jest: małe, duże średnie, szczegółowe, bywa, że dotyczą wąskiego problemu, ale są kłopotliwe z jakiegoś punktu widzenia. Zdrowie reprodukcyjne to jest taki cudny program, niby wszyscy wiemy o co chodzi, ale jakże łatwo się pokłócić, a sumienie wtedy, no co rusz zmusza nas do zaprzestania jakiegoś działania. Mnie chodzi o małą strategię,

moje przedmówczynie i przedmówca mówił o wielkich strategiach, ja do tego się odniosę w bardzo skromny sposób, problem szczepień proszę państwa. Znalazłem w dokumencie w miarę nowym, Healthset Glanso OECD to wydaje corocznie, szczepienia przeciwko dyfterytowi, tężcowi i kokluszowi małych dzieci i my proszę państwa jesteśmy w całkiem dobrej stawce, jesteśmy w rzędzie tych krajów, które mają 99 % jak oni mówią pokrycia, wyszczepień też takie brzydkie słowo jest, czyli całkiem nieźle, tutaj pan profesor przede mną mówił, że powie coś dobrego o systemie, ja też mówię o systemie coś dobrego, w sprawie szczepienia przeciwko kokluszowi i tak dalej jesteśmy świetni, nie koniec jeszcze na tym proszę państwa. Niby jesteśmy tacy dobrzy w szczepieniach, ale nie we wszystkich szczepieniach. To są szczepienia przeciwko grypie ludzi dorosłych, mamy proszę państwa czwarte miejsce od końca, a wszystko jest poniżej średniej OECD jak państwo widzicie. W Polsce, kiedy polski obywatel ma wydać 29 zł, bo tyle kosztuje szczepionka przeciwko grypie, staje się oszczędny, 29 zł. Sam kupiłem sobie i się zaszczepiłem, dając dobry przykład wszystkim, którzy się wahają czy to zrobić, otóż polski obywatel uważa, że to jest zbędny wydatek, bo skoro się zaszczepią nasi bliźni to przecież ja tego wirusa grypy sezonowej bo to tylko do takiej służby nie złapię, no więc w związku z tym się nie szczepię, ale mamy sukces czy nie mamy. Otóż, żeby jakoś się do tego odnieść, znalazłem przedsięwzięcie, które się nazywa *wiosna zdrowia*, jeżeli ktoś z państwa bywa w Katowicach to mógł iść do Spodka i tam dwudniowy bilet VIP-a, kosztował 7 tys. zł, więc jak ktoś jest chętny to jest okazja, można zobaczyć, kogo można zobaczyć? Główny organizator proszę państwa Jerzy Zięba, ale jak się nazywa to wszystko jedno, naturoterapeuta, to jest ciekawa specjalizacja zdrowotna, propagator naturalnych metod leczenia i zapobiegania nowotworom, autor bestsellerowej książki „Ukryte terapie. Czego ci lekarz nie powie?” I w której obala mity medyczne i ukazuje nieznaną medycynie, tutaj to bym podkreślił oblicze witaminy C. Otóż główne przesłanie tej książki jest takie, że jak bracie Łukasz witaminę C nic cię nie weźmie. To jest pierwszy i główna gwiazda proszę państwa bardzo ważne Andrew Wakefield. Wszyscy, którzy zajmują się trochę zdrowiem publicznym wiedzą, że to jest autor bodaj największego skandalu jaki w tej dziedzinie się objawił, ponieważ to jest osobnik, który opublikował w Lancecie, czyli w jednym z najlepszych czasopism jakie są na świecie artykuł, w którym opisał swoje badania wykazujące bezpośredni i silny związek między szczepieniami a autyzmem. To poszło w świat, badacze tak się tym przejęli, że postanowili sprawdzić co się kryje za tymi danymi i to jest jeden z bardzo nielicznych przypadków kiedy Lanset wycofał wydrukowany już artykuł, ogłosił, że opierał się na kłamstwie, a w

konsekwencji British Medical Association, albo któraś z tych Royal pewnie Medical Association wyrzucił go ze swojego grona i pozbawiając prawa uprawiania medycyny na terenie Zjednoczonego Królestwa. I ten oto pan, były pan doktor jest główną gwiazdą w Spodku i przekonuje naszych obywateli, ale to tylko VIPów, normalny, że tak powiem człowiek, czyli my byśmy zapłacili znacznie mniej, więc to tak się nie martwię o te swoje pieniądze, no to to jest to. Co nasi eksperci o tym piszą? No na stronach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego jest nawet oświadczenie w tej sprawie, że nieszczepienie się szkodzi, bo jeżeli się obniży ten odsetek zaszczepionych, a na przykład przeciwko grypie to widać, że niedużo się zaszczepi, ale przy masowych szczepieniach zmniejsza się odsetek, to też zbiorowa odporność słabnie. Konsultant krajowy potwierdził to, że od 2011 roku następuje obniżanie się procenta osób szczepionych, a prof. Andrzej Zieliński członek PAN-owskiego komitetu ds. zdrowia publicznego wprost pisze, wpływ ruchów antyszczepionkowych jest coraz większy, a kto jest guru ruchów antyszczepionkowych? No Andrew Wakefield między innymi, no więc proponuję proszę państwa małą strategię, strategia utrzymania stanu uznawanego za sukces, czyli poziomu odsetka dzieci zaszczepionych, nie mówię o tej grypie bo to tutaj nie mamy się czym chwalić i przeciwstawiania się ruchom antyszczepionkowym, bo nie wystarczy teraz uprawiać promocji szczepień. Trzeba się sprzeciwić tej propagandzie, w której Wakefield jest tak wpływową postacią, ale są pułapki proszę państwa. Otóż znalazłem ostatnio w czasopiśmie Journal of health and social sciences, free access, więc można sobie ściągnąć bez kłopotów, takie oto stwierdzenie: w niedawnym amerykańskim badaniu stwierdzono, że rezygnacja ze szczepień jest częstsza w regionach bogatszych, tam gdzie przeważają biali mieszkańcy, mający wyższe wykształcenie, proszę państwa dla nas to jest dramat, dlatego, że wszyscy, którzy się zajmują promocją zdrowia są przekonani, że z inteligentnymi ludźmi to się można dogadać, z głupkami, czyli z suwerenem to jest gorzej. Natomiast z tymi inteligentnymi to można, a tu się okazuje, że wcale nieprawda, właśnie ci inteligentni uważają, że szczepienia mojemu dziecku na pewno zaszkodzą. Bogatsi i wykształceni, bo w Ameryce jest taka zależność. W Stanach zdarza się, że inteligenci są bogatsi, u nas jest trochę inaczej, tam pod tym względem jest nie najgorzej, no w związku z tym dla nas, którzy się zajmujemy tymi sprawami wpadamy w pułapkę, bo jak my będziemy oddziaływać, jakich argumentów mamy używać jeżeli ci mądrzejsi są przeciwko nam i uważają, że ich mądrość jest pod tym względem wyższa i jeszcze mamy drugą pułapkę proszę państwa, też znalazłem takie coś. Prezydent Trump spotkał się z Wakefieldem, który akurat mieszka teraz w Austin w Texasie, do Katowic rozumiem, że z



Austin przyjechał właśnie, gdzie uczestniczy w ruchu antyszczepionkowym i prezydent, podkreślił, wypowiada się w obronie obalanej teorii, to jest też z tego artykułu, z tego health & social sciences, obalanej teorii, że szczepienia powodują autyzm i ostatnio powołał komisję bezpiecznych szczepień Vaccine Safety Commission, żeby zbadać ten problem. No to okazuje się, że ci mądrale, ci wykształceni, biali i zamożni mają takiego sojusznika jeszcze, dla nas, którzy się tak jakoś opowiadamy za stosowaniem rozumu w tych sprawach sytuacja nie jest łatwa. Niepolityczny wniosek proszę państwa, więcej zaufania do posługiwania się rozumem, czyli dowodem, mamy takie eleganckie sformułowania, evidence based policy, mówimy i co z tego? Nagle się okazuje, że evidence do nikogo nie trafia. Wszyscy wiemy na czym to polega, istnieją oprócz tych normalnych faktów, fakty alternatywne, które są głoszone przez poważnych ludzi, między innymi prezydent Trump jest w czołówce tych, którzy się do faktów alternatywnych odwołują, no to co, mamy szansę, napisałem zdrowotna wyspa rozumu, że tutaj są te fale opanowane przez tych głupków, a my tutaj zbudujemy sobie taki kasztel, tak się chyba mówiło, gdzie będziemy się posługiwać rozumem i byłaby taka szansa, gdyby jeszcze medycy nie byli tacy aroganccy. Jakby państwo mieli na nich jakiś wpływ i to im zasugerowali to by było całkiem dobrze i już ostatni slajd. W Polsce jest wiele strategii zdrowotnych, tak jak mówię małych, dużych, średnich, ale nie ma żadnej kontynuacji w realizowaniu strategicznych zadań, jedna władza sobie takie zadania stawia, potem przychodzi druga i mówi wszystkie te cele fru do śmieci i zaczynamy od nowa. Proszę państwa los sieci szpitali jest pod tym względem niesłychanie typowy, to jest idea, która się zrodziła pod koniec lat 70-tych i znam ludzi, którzy wtedy głosili, że to powinno być, wszyscy potem zapomnieli, przyszedł prof. Religa wyciągnął to, albo wymyślił, albo sobie przypomniał i zrobił przecież projekt ustawy, ale PIS stracił władzę, potem Religa umarł, to następna ekipa powiedziała co? Sieć szpitali? Do śmieci, ale potem ci co powiedzieli że do śmieci też do śmieci. No i przyszła nowa ekipa i powiedziała budujemy sieć szpitali. To jest przecież proszę państwa mechanizm planowania, jak można rozwijać gigantyczny sektor, który pochłania prawie 8 % PKB i mówić, że to jest niepotrzebne, dlatego, że nasi przeciwnicy polityczni tak powiedzieli. Horyzont strategii, czasowy horyzont strategii jest podporządkowany politycznym kadencjom, na 4 lata nas wybierają, no to tutaj coś robimy, a potem, wszystko jedno co się zdarzy. Strategie rzadko są wywodzone z empirycznych ustaleń, zauważcie państwo nawet w tym ostatnim dokumencie ta narodowa służba zdrowia co to jest, tam nie ma ani jednego odesyłaacza do badań, żadnych zupełnie, jedyne dane, które są to są dane o publicznych wydatkach w krajach OECD, które są pewnie

wzięte z tego co ja państwu pokazywałem tego dokumentu Healtset Glans bo to łatwo jest przepisać i nic więcej. No to budować strategię bez najmniejszego odwołania się do ustaleń to jest coś wręcz niewyobrażalnego, a nie ma sobie co wyobrażać, tylko trzeba wziąć w rękę ten dokument. Nie ma monitoringu realizacji zadań, oczywiście, że nie ma, ale to żeby tak nas jako patriotów pocieszyć to powiem, że właściwie nigdzie nie ma. Brytyjczycy zrobili 10 różnych reform i też właściwie nie wiedzą jakie są konsekwencje, a te się kolejno modyfikowali. No i to że wybór priorytetów nie jest transparentny no to wiadomo, powiedziałem tutaj o zdrowiu reprodukcyjnym, to wiecie państwo już nie ma in vitro, bo to jest zła metoda, tylko jest jakaś inna, której nazwy nie potrafię sobie przypomnieć. To jest Nasex, no w związku z tym tak z mojego punktu widzenia, osoby, która się zajmowała tymi sprawami tam przez ileś lat tak to wygląda, dziękuję bardzo.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Bardzo dziękuję panie profesorze. Proszę państwa teraz państwo mają głos, ja proponuję teraz tak, oddaję teraz państwu głos, najpierw sprawdzę ile osób chciałoby się wypowiedzieć, a później jeszcze raz państwo. Panelistów poproszę o wypowiedzi i komentarze w odwrotnej kolejności, idziemy z ruchem wskazówek zegara, pan prof. Wernik, idziemy tak. I będziemy tak szli zgodnie z ruchem wskazówek zegara, więc proszę pilnować. Proszę bardzo. I teraz tak, ponieważ naszego spotkania z przyczyn rodzinnych i innych, wieczór, kolacje, przy świecach i tak dalej, nie możemy tak bardzo przedłużać, wobec tego ja proponuję po 3 minuty, nie więcej, zwykle nasze spotkania mają trwać około 1.5 godziny, jak wiadomo już się nie zmieściliśmy, więc proszę bardzo panie profesorze, pan prof. Wernik.

**Prof. Andrzej Wernik, Akademia Finansów i Biznesu Vistula:** Proszę państwa, czy się podejdzie do spraw od strony mojej specjalności, czy od strony finansowej. Wydaje mi się, że trochę za mało tej sprawie poświęcono uwagę w wypowiedziach panelistów, bo sprawa jest dość trudna z punktu widzenia finansowego, mianowicie podobno, ja tego nie badałem sam, więc muszę się powołać na to co przeczytałem. W długim okresie koszty ochrony zdrowia rosną bardzo szybko, rosną szybciej niż rośnie produkt krajowy brutto i trudno jest przyjmując, że finansowanie kosztów ochrony zdrowia obciąża finanse publiczne trudno jest utrzymać poziom wydatków na zdrowie przy szybko rosnących kosztach, szybciej niż rośnie PKB. I to jest, bo z tym się tak spotkałem, przyczyną na przykład upadku systemu ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii, który gdzieś w latach 50-tych, 60-tych uchodził za znakomity, a teraz ma opinię znacznie gorszą. [...] w innych krajach przedstawia się podobnie, utrzymanie tego poziomu

finansowania jest trudne. W Polsce poziom finansowania ochrony zdrowia, jeżeli uwzględnimy tylko bezpośrednie wydatki finansowe, jest oczywiście niski, jest jeden z najniższych w Unii Europejskiej i raczej bym powiedział, że nie jest chyba przy tak złym finansowaniu, ostateczny wynik nie jest tak strasznie zły, jak można by oczekiwać, ponieważ poziom zdrowotności Polaków nie jest taki tragiczny i przeciętna długość życia się jednak zwiększa. Ale ja nie chcę żadnych elementów optymistycznych wprowadzać, tylko wydaje mi się co należałoby zrobić. Jest jeszcze jedna prawidłowość, nie wiem czy słuszna, ale panuje opinia taka, że ile by się przeznaczyło na ochronę zdrowia finansów, środków publicznych wszystko może zostać pochłonięte bez specjalnej poprawy. Oczywiście to jest kwestia, która ma wielkie znaczenie, wewnętrzna struktura organizacji, wewnętrzna struktura finansowania, na ten temat ja się nie wypowiadam, bo się nie znam na tym, ale myślę, że racjonalne metody finansowania wewnątrz sektora ochrony zdrowia mogą pozwolić na bardziej racjonalne wykorzystanie. Bo pomimo wszystko, że jest bardzo źle, że poziom finansowania w Polsce jest tak niski, porównawczo oczywiście, to specjalnych perspektyw na jego podwyższenie nie bardzo widzę. Też finanse publiczne w Polsce są w dość trudnej sytuacji, teraz mieliśmy bardzo piękny efekt, który może nie został wykorzystany, że obniżyliśmy w roku ubiegłym deficyt sektora finansów publicznych o 0,2 punktu procentowego, czyli 2,6 % PKB, te 2,4 to jednak nastąpiło wyłącznie gwałtowną redukcją wydatków inwestycyjnych. Ale dług rośnie i też można powiedzieć, że dług nie jest taki strasznie wielki, skoro jest 54% PKB, a średnio w Europie jest 83 % PKB, ale to też słaba pociecha, gdyż trzeba zapobiegać wzrostowi długu, a jedyny sposób zapobiegania wzrostowi długu to ograniczenie deficytu. Dług to jest kumulowany deficyt, także na jakieś radykalne zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia w moim przekonaniu liczyć jest trudno, raczej trzeba myśleć o racjonalnym wykorzystaniu środków, które są przeznaczone i dlatego wydaje mi się, że [...] nie było, ale te pomysły, żeby likwidować Narodowy Fundusz Zdrowia i zastąpić go finansowaniem budżetowym w tradycyjnej postaci sprzed roku 1999 nie przysporzyłoby, bo ten pomysł czy z kasami chorych, czy Narodowym Funduszem Zdrowia, który właściwie jest tylko mutacją systemu kas chorych, to otworzyło by raczej pole do zwiększania środków, wydatków, bez większej poprawy efektów. To tyle chciałem powiedzieć.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Dziękuję bardzo, proszę bardzo.

**Jerzy Bujo, Krajowa Izba Gospodarcza:** Jestem inżynierem, nie jestem ekonomistą ani lekarzem, natomiast jestem szefem inkubatora przedsiębiorczości *telemedycyna*, więc trochę

się na tym znam, natomiast jakie mam spostrzeżenia, pierwszy raz jestem na państwa spotkaniu, chciałbym się odnieść do tego co mówił pan profesor ze Szczecina [...]

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Pan prof. Wiśniewski.

**Jerzy Bujo, Krajowa Izba Gospodarcza:** Chodzi o taką rzecz, że tam w Niemczech jest sytuacja prosta szpital to nie budynek, tam wszystkie szpitale wynajmują budynki, u nas szpitale muszą mieć własne budynki, stąd budynek jest wielokrotnie przeszacowany jeżeli jest na własność i druga rzecz służba zdrowia czyli ci, którzy zatrudniają są za drodzy, żeby ich było tak dużo jak u nas na tą samą wielkość szpitala, jeżeli by w naszym szpitalu było tyle samo osób zatrudnionych co w niemieckim na pewno służba zdrowia o 30 % mogłaby więcej zarabiać i trzecie najważniejsze pytanie. Teraz jest reforma służby zdrowia co z tego co państwo jako ekonomiści zostało zapisane w celach reformy służby zdrowia, przecież PTE ma do tego prawo i obowiązek żeby coś takiego wpisać, no jak dwie równoległe dyskusje mówią, że jest źle, natomiast wasze spojrzenie na służbę zdrowia nie jest wpisane w reformę, ono powinno być w reformę i wniosek jest taki, aby PTE wystąpiło z tym, jakie cele powinno w nowej reformie służbie zdrowia być zapisane, które są zgodne z poglądem ekonomistów polskich.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Bardzo dziękuję, chciałam powiedzieć, że nasze debaty i wyciągi z naszych debat wysyłam do różnych instytucji, ja sama się wypowiadałam na temat strategii odpowiedzialnego rozwoju, uwagi różnego rodzaju formułowałam, także w tych programach, o których mówiliśmy, to wszystko jest przekazywane, ale jak to się mówi, konia nie można zmusić do picia wody.

**Jerzy Bujo:** Pani profesor trzeba po prostu żądać, żeby to było, z własnego doświadczenia wiem, myśmy stworzyli program telemedycyny, wpisaliśmy to do zadań Ministerstwa Zdrowia, na tej podstawie został powołany departament i na tej podstawie dwa lata temu prof. Zembala zmienił prawo, które dopuszcza telemedycynę, myśmy byli inicjatorami, w 2010 roku jako KIG podjęliśmy pierwsi telemedycynę w kraju, jest 8 firm w tej chwili, szukamy drugiego poziomu finansowania, ale opracowanie które zostało przez nas zrobione było podstawą zmiany bośmy tego żądali i myślę, że powinniście nie przysyłać, ale żądać, bo macie do tego prawo jako ekonomiści i Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, ja jestem inżynierem, nie lekarzem, ale takie obowiązki po waszej stronie powinny być.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Proszę bardzo.

**Prof. Iwona Jakubowska-Branicka, Uniwersytet Warszawski:** (aut.) Dziękuję za udział w tej debacie, była niesłychanie interesująca. Nie jestem ekonomistą, nie jestem prawnikiem, nie jestem lekarzem, jestem socjologiem, ale pozwolę sobie na krótkie, nie wiem czy udane, podsumowanie debaty. Otóż tak, mamy trzy elementy, trzy podmioty: mamy pacjenta jego interesy; mamy interes ekonomiczny państwa i trzecim elementem są szpitale oraz ich interesy. Otóż wydaje się, że w kontekście niesłychanie interesującej wypowiedzi pani prof. Nojszewskiej, mamy do czynienia z pewnego rodzaju paradoksem. Mianowicie tak, globalny rachunek ekonomiczny, jeżeli uwzględnimy wszystkie koszty o czym mówiła pani profesor, jest współbieżny z interesem pacjenta. To znaczy państwu jako instytucji opłaca się zainwestować w pacjenta, w jego zdrowie, ponieważ, zyska po prostu na tym, jeżeli obywatel będzie zdrowy i będzie płacił podatki, będzie to korzystne dla całego systemu. Jeżeli natomiast rachunek ekonomiczny zawężymy do samych kosztów leczenia, wówczas interes pacjenta jest zdecydowanie rozbieżny z interesem ekonomicznym państwa, ponieważ państwu jako instytucji nie opłaca się łożyć na pacjenta, nie opłaca się inwestować w leczenie, ponosić wysokich kosztów tego leczenia. To oczywiście przekłada się na sposób funkcjonowania szpitali, którym zdecydowanie bardziej opłaca się pozbywać kosztownych pacjentów, mam na myśli nie tylko tych, którzy wymagają drogich terapii, ale tych, którzy po prostu wymagają zaopiekowania. Tak więc, no cóż, konkluzja będzie pewnie taka, że należałoby w ogóle zmienić sposób myślenia o sposobie funkcjonowania systemu zdrowia, bo musimy uwzględnić tu wszystkie elementy o których mówiła pani profesor. Może wówczas uniknie się takich sytuacji, że szpitale wypisują, wyrzucają właściwie umierających ludzi, pozbawiając ich tym samym koniecznej opieki z uwagi na wysokie koszty. Niestety w ostatnim czasie byłam świadkiem tego typu działań. Dziękuję.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Statystyka jest lepsza.

**Prof. Iwona Jakubowska-Branicka:** Tak dokładnie...

[...]

**Prof. Iwona Jakubowska-Branicka:** (aut.) Rozumiem, bo celem mojego wystąpienia było, ja wiem, że Ameryki nie odkryłam, natomiast interes ekonomiczny nie jest rozbieżny w kontekście wypowiedzi pani profesor z etyką. Tutaj rzeczywiście mamy współbieżność, opłaca się dbać o chorego, o jego dobrostan, w szerokim tego słowa znaczeniu, natomiast jeżeli zawęzi się rozważanie kosztów leczenia, rozważanie kosztów opieki nad pacjentem tylko i wyłącznie do kosztów leczenia, wówczas pacjent właściwie pozostaje bez żadnych szans na zaopiekowanie w krytycznych sytuacjach, a już wiem, że trzeba, ale jeszcze krótko pozwolę... jak mówię nie jestem tutaj ekonomistą, natomiast ja zupełnie nie jestem w stanie zrozumieć dlaczego całe projekty opieki nad chorymi są jakieś bezsensowne, mam na myśli na przykład opiekę onkologiczną, kiedy rzeczywiście są wykorzystywane strategie, są odpowiednie terapie stosowane natomiast absolutnie nie ma opieki nad chorymi, którzy mają te terapie i którzy wymagają pomocy i opieki, a to daje się terapię i wypuszcza się chorego, jak przetrwa to fajnie to przyjdzie na następne, a jak umrze gdzieś tam w domu, no to trudno, już nie przyjdzie, dziękuję.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Proszę bardzo.

**Krzysztof Jakubiak:** (aut.) Dzień dobry, jestem redaktorem naczelnym *Pulsu Medycyny*. W naszej debacie trochę brakuje głosów dotyczących finansów. Przysłuchuję się przy wielu okazjach rozmowom lekarzy i ekspertów. Często jest tak, że lekarze kończą dyskusję na pieniądzach, a właściwie na braku pieniędzy. Właściwie nie ma dużego kongresu medycznego, na którym lekarze nie mówiliby o pieniądzach. Dlatego jestem trochę zdziwiony, że Państwo mówicie tak wiele o medycynie i pacjentach, natomiast o pieniądzach - niewiele. Chciałbym skierować pytanie do wszystkich paneli stów. Jeżeli debata koncentruje się wokół strategii, to tworząc strategię dla ochrony zdrowia w Polsce należałoby sobie odpowiedzieć na strategiczne, fundamentalne pytania dotyczące ekonomii w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia. Fundamentalnym pytaniem, jak ten sektor powinien działać, czy powinien być sterowany na zasadzie publicznego serwisu nadzorowanego i organizowanego przez państwo, dostarczającego obywatelom usługi zdrowotnych. Państwo realizuje ten swój obowiązek ze środków publicznych i zapewnia obywatelom opiekę, profilaktykę, rehabilitację. Czy też powinniśmy iść w kierunku wolnego rynku usług zdrowotnych. To jest dla mnie takie fundamentalne pytanie. Bardzo ciekaw jestem Państwa opinii, czy tak zwana służba zdrowia powinna się rozwijać w kierunku wolnego rynku usług, na których usługodawcy, czyli szpitale,

lekarze, przychodnie konkurują o klienta, a klient wybiera usługodawcę. Pytanie o to, koszty świadczeń zdrowotnych pokrywa płatnik publiczny czy prywatny jest wtórne w stosunku do takiego generalnego dylematu. Jeżeli idziemy w jednym lub drugim kierunku, to jakieś powinniśmy ponosić konsekwencje i odpowiednio budować strategię działania. Myślę, że rozmowy o bardziej szczegółowych kwestiach, takich jak chociażby sieć szpitali, powinny być pochodną decyzji strategicznych.

Drugim bardzo istotnym, strategicznym pytaniem, jest kwestia, czy ochrona zdrowia, czyli to, co my dzisiaj nazywamy służbą zdrowia, a dotyczy głównie leczenia, powinna być w jakiś sposób włączona w system opieki socjalnej. Symboliczne w tej kwestii jest pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia powinno być połączone w jeden organizm z Ministerstwem Rodziny, Pracy, i Polityki Społecznej, czy też powinno funkcjonować osobno. Myślę, że łączenie tych obszarów to nie jest jednak dobry kierunek, biorąc pod uwagę dzisiejszą sytuację finansową ZUS-u, który jest praktycznie bankrutem i sytuację finansową NFZ-u, który co roku ma nadwyżki finansowe. Gdybyśmy te dwie instytucje połączyli, to mielibyśmy jednego, większego, bankruta. Można bowiem wydawać dowolne pieniądze na ochronę zdrowia, ponieważ jest to „towar” niemierzalny, ale tych pieniędzy zawsze będzie za mało. Reasumując mam do ekspertów proste pytanie, czy powinien istnieć rynek usług zdrowotnych, czy też powinien działać serwis publiczny, państwowy. Dziękuję.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Bardzo dziękuję, ja państwa uprzedzałam, że są z nami internauci i akurat z pana wypowiedzią koresponduje wypowiedź internautki ze Szczecina, pani Elżbiety Szarugi, poproszę o przeczytanie.

**Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka:** Myślę, że to jest odpowiedź panie redaktorze trochę na pytanie, ile wolnego rynku w sektorze ochrony zdrowia. Internautka pisze do nas: w moim odczuciu pacjent powinien być traktowany jako klient i konsument usług medycznych z pełną ochroną prawną w tym zakresie, inaczej mówiąc warto by o niego po prostu zadbać, niestety istnieją przypadki traktowania pacjenta jako źródła przykrego obowiązku, wydaje się, że dopóki nie zdarzy się przykra sytuacja powszechnie przyryka się oko na tego typu praktyki. Żywię głęboką nadzieję, że zostaną wypracowane niezależne instytucje predysponowane do egzekwowania również w wymiarze finansowym praw pacjenta, świadczenia określonych świadczeń medycznych, kontrolujących na bieżąco działania jednostek medycznych,

rejestrujących odpowiedzialność za pacjenta w przypadku odsyłania do innej placówki, mimo iż same mogły udzielić świadczeń pomocy medycznej, media przedstawiają wiele sytuacji niestety kończących się tragicznie, nie rozumiem dlaczego te błędy nie uczą.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Bardzo dziękujemy pani internautce, pozdrawiamy internautów, a teraz prosimy kolejno, kto się zgłaszał, pan prof. Jaczynowski tak? Panie profesorze bardzo proszę.

**Prof. Lech Jaczynowski, Wyższa Szkoła Menadżerska, redaktor naczelny czasopisma poświęconego zarządzaniu:** (aut.) Proszę państwa, przysłuchując się wypowiedziom wszystkich państwa widać, że materia jest niesłychanie złożona, tutaj prostych lekarstw nie ma. Chciałem zwrócić uwagę na parę takich sytuacji, które zaczęły mnie zastanawiać. Bardzo często państwo używacie sformułowań typu „interes na przykład szpitala”, tak mówiła pani profesor. Przed laty prof. Witold Kieżun napisał taką książeczkę „Autonomizacja jednostek organizacyjnych” i tam zwrócił uwagę na kilka organizacyjnych błędów, które wynikają ze źle sformułowanych celów. Jednym z tych błędów jest antropomorfizacja. Struktura organizacyjna jest martwym przedmiotem. Struktura organizacyjna nie ma interesów, to ludzie, którzy są w tej strukturze mają interes. Ktoś powie to jest po prostu skrót myślowy. Niesie on jednak konsekwencje -jeżeli jest sukces to do nagradzania jest wtedy bardzo wiele osób. Natomiast jeżeli nie ma sukcesu, to nie ma odpowiedzialności, to nie my, to struktura, to szpital, to system cały źle był skonstruowany. To byłaby pierwsza moja uwaga. Druga uwaga też jest związana z celami. Proszę państwa w środowisku teoretyków organizacji jest takie twierdzenie, cele rządzą organizacją. Są to głównie zadania kluczowe realizowane przez środowisko, przez ludzi, bo to oni wpływają na to, czy te cele strategiczne będą zrealizowane czy nie będą. A jak jest ze środowiskiem? Przed parunastu laty miałem okazję być na konferencji, która była organizowana w Spale i tam jeden z referentów bardzo narzekał na organizację sportu akademickiego, na temat wychowania fizycznego w szkołach wyższych. Odwołując się do ówczesnej ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym zwrócił uwagę, że we wszystkich szkołach studenci mają 90 godzin obowiązkowego wychowania fizycznego, a w akademiach medycznych tylko 30. W tym momencie wstał jeden ze słuchaczy, przedstawił się, że jest prorektorem Akademii Medycznej w Białymstoku i stwierdził: „...uświadomiliście mi państwo jedną bardzo ciekawą rzecz, którą ja obserwuję w swojej uczelni, studenci jak ognia unikają wszelkich zajęć które mają charakter profilaktyczny, nie chcą chodzić na W-F, mimo,



że to jest profilaktyka zdrowia chorób cywilizacyjnych, nie chcą chodzić na zajęcia z higieny, przecież to też jest profilaktyka, na zajęcia na których się mówi o szczepieniach, bo to też jest profilaktyka, oni chcą leczyć, oni chcą mieć chorego pacjenta, bo na tym się zarobi, a na profilaktyce nie". Tu się odwołuję do pani stwierdzenia na początku debaty, tylko tu jest konkretny przykład - proszę państwa wydaje mi się, że presja środowiska przy tych celach, które są realizowane na dole systemu narzuca rozwiązania, które nas wprawiają w osłupienie, jednym z takich pomysłów jest co trzeba zrobić, żeby wydłużyć kolejkę do lekarza? A po co wydłużyć kolejkę? Bo jak ktoś jest naprawdę chory to nie będzie czekał dwóch lat aż dostanie się np. do kardiologa, tylko idzie prywatnie się leczyć, no bo on chce żyć. Proszę państwa jakie są pomysły na wydłużanie kolejki? Mam chorobę przewlekłą, muszę co pewien czas pójść do lekarza, żeby dostać receptę na kolejny okres. W zasadzie jestem zdrowy, nic mi nie dolega poza cholesterolem, ale ja muszę się zapisać do lekarza, zająć miejsce komuś kto jest naprawdę chory. Od ubiegłego roku od kwietnia miała być wprowadzona zasada, że pielęgniarki przyjmują takich pacjentów, a recepty ja sobie później sam odbiorę, nie zabieram miejsca w kolejce do lekarza, ale to nie weszło w życie. Dlaczego? Nie wiem. Proszę państwa, inny przykład, dostałem się do specjalisty i zapobiegliwie wyposażyłem się w pewne badania, żeby od razu pójść do niego z wynikami. Nie, nie proszę pana my mamy swoje laboratorium, musi pan pójść i powtórzyć je w naszym laboratorium. Oczywiście kolejka się wydłuża. Ja teraz tak się przyglądam tej ostatniej ustawie o recepcie na pigułkę „dzień po” - kusi mnie żeby zrobić badania, wylosować próbę z generalnej populacji wszystkich aptek w Polsce, sprawdzić ile oni tego sprzedawali do tej pory i za pół roku jak się to wszystko już ułoży. Ja bym postawił tezę, że się nic nie zmieni, będzie tyle samo sprzedawane, tylko że wszystkie te panie, a tutaj nie można czekać kilka dni, będą biegły prywatnie do lekarza. To są straszne pieniądze, nie wiem może błąd jest w tym, że ci lekarze są niedowartościowani, pracują na kilku etatach, pracują na różnych dyżurach. Jak porównują się z innymi lekarzami z innych krajów, no to może oni mają rację, może w tym kierunku trzeba poprowadzić rozumowanie, ja wiem, że Judymów już nie ma, ale coś z tym fantem trzeba zrobić. Dziękuję bardzo.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Bardzo dziękuję panie profesorze, ja mam apel do wszystkich, jeżeli by państwo chcieli rozszerzyć swoje wypowiedzi, bo wiem, że te trzy minuty to jest mało, to bardzo, bardzo zachęcam, bardzo proszę panie mecenasie.

**Sławomir Wasilewski:** Ja jestem radcą prawnym i miałem, że tak powiem przyjemność pracować przez 3 lata w Narodowym Funduszu Zdrowia i jak się posłucha tutaj wszystkich dyskusji, no to w zasadzie każdy ma rację tak, ale tutaj powiedział pan profesor święte słowa, żeby budować strategię to tą strategię trzeba budować od podstaw, a wszystkie kolejne ekipy rządzące jakby uważają, że jedynym sposobem naprawy służby zdrowia to jest dosypanie kasy do systemu i bez zmiany jej organizacji. I tu ja mam taką refleksję, że jakiegokolwiek pieniądze wsypane by nie były do tego budżetu jeżeli chodzi o... to i tak bez zmiany jakby organizacji systemu ochrony zdrowia nic nie dadzą, ale dlaczego tak jest, bo to jest najprostszy system, no bo można w 5 minut powiedzieć, że nie no wszystko źle, bo mamy za mało pieniędzy, a u nas mamy sytuację taką, zresztą jak ktoś nie ma dużo środków to bardzo oszczędnie środkami powinien gospodarować, natomiast cały ten system, cała organizacja, ona jakby nie skłania do jakichkolwiek oszczędności tak i już pomijając te wszystkie procedury, które... no już... tu moglibyśmy dyskutować godzinami. Także ja chciałbym się tylko podzielić tą refleksją o tych pieniądzach, że to najprostszy system do sypania, ale to nie zmieni, nie poprawi, dziękuję bardzo.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Schował się pan prof. Baczeko, nie pominęłam pana profesora.

**Prof. Tadeusz Baczeko, Instytut Nauk Ekonomicznych PAN:** (aut.) Jestem pod wrażeniem zarówno wagi tematu i dotychczasowej dyskusji, która pokazuje wielowymiarowość wyzwań przed którymi stoimy. Wiele wskazuje na celowość zastosowania podejścia systemowego. Jednak procesy, które obserwujemy mają niewiele z tym podejściem wspólnego. Widzimy listę strategii, które wszystkie się urywają, nie są kontynuowane i faktycznie ma się takie wrażenie jak byśmy zaczęli od początku. To jest to dosyć przerażające. Jeżeli chodzi o problematykę strategii, to tutaj z Panią Profesor rozmawialiśmy na ten temat.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Z panią prof. Alicją Sosnowską.

**Prof. Tadeusz Baczeko:** (aut.) Tak jest, rozmawialiśmy, że żeby mówić o strategii trzeba mieć wizję systemu. Jeżeli jest to układanka puzzli, które do siebie nie przystają, no to bardzo jest ciężko do tego układać strategię. Na pewno istnieje tu niejedno wyzwanie. Wymiar efektywności systemu istnieje, ale aby zidentyfikować możliwe potencjały i ograniczenia trzeba go przedstawiać w taki sposób, aby opisywał jak on naprawdę funkcjonuje. Dotychczasowa ewolucja i liczne wyzwania finansowe spowodowały, że powstał system, który

działa na specyficznych zasadach. Pracownicy sektora publicznego zatrudnieni są często w sektorze prywatnym w warunkach licznych niespójności między procedurami powodującymi powstawanie ryzyk dla pacjentów i kadry medycznej oraz braku uwzględnienia szeregu różnych elementów w tym takich jak Home Health Care, czy choroby rzadkie. Cały system funkcjonuje w warunkach niskiego poziomu publicznego finansowania wydatków na zdrowie. Sytuacja ta wyzwoliła pewne mechanizmy, które funkcjonują w praktyce. Jednak rozwiązania instytucjonalne, nijak nie przystają do tych mechanizmów. Nakładanie na to kolejnej strategii jest jakimś pomysłem, ale niestety może spowodować ogromne zamieszanie. Do tego koszyczka strategicznego mogę dodać jeszcze taki wątek, o którym nie wspomniano tutaj. Poza strategiami omawianymi dzisiaj w Polsce opracowano także tak zwane programy typu foresight to znaczy takie, gdzie wszyscy interesariusze brali udział przy wyborze jakimi ścieżkami się będziemy przesuwać w przyszłości. Brałem udział jako koordynator Panelu Ekonomicznego w programie typu foresight pt. „System Monitorowania i Scenariusze Rozwoju Technologii Medycznych w Polsce” realizowanym przez konsorcjum ROTMED, którego członkiem był Instytut Nauk Ekonomicznych PAN. Uczestniczyliśmy razem z panią prof. Mączyńską w Panelu Ekonomicznym tego projektu. Jednym z ważnych wyników tego badania, było to że możliwe jest traktowanie systemu zdrowotnego nie jako obciążenia, tylko jako czynnika wzrostu gospodarczego. Projekt ten i kolejne analizy nawiązujące do jego wyników wskazywały, że w systemie ochrony zdrowia ukryte są ogromne potencjały. Budowane są sztuczne rozwiązania instytucjonalne, natomiast te potencjały są gubione. W dzisiejszej dyskusji pan red. Krzysztof Jakubiak wspominał, że popyt na zdrowie jest nieograniczony. Pan profesor Wernik też mówił o ogromnym wyzwaniu finansowym związanym z ochroną zdrowia. To wyzwanie finansowe istnieje. Istnieje od strony takiej jak mówiła pani prof. Ewelina Nojszewska, czy pani prof. Iwona Jakubowska-Branicka, która podkreślała wyzwania związane z pogodzeniem efektywności z zapewnieniem dobrostanu pacjenta. Ale to nie znaczy, że nie stoimy wobec wyzwania niskiego poziomu finansowania tego sektora przez państwo i że w tym systemie nie są zaszyte ogromne potencjały, które mogłyby doprowadzić do tego, że tę barierę finansowania moglibyśmy zmniejszyć. Z tych możliwości po prostu się nie korzysta. A tutaj tkwią bardzo duże możliwości związane z powiązaniem sfery technologicznej i innowacyjnej z sektorem zdrowia. Pani prof. Nojszewska mówiła o możliwości badania genomu, dopasowaniu procedur medycznych do specyfiki potrzeb pacjentów i do działań spersonalizowanych. Jeżeli jest to możliwe jednostkowo, to możliwe jest poważne

traktowanie wszystkich pacjentów w sposób spersonalizowany. To co jest obciążeniem, kiedy mówi się, że ten pacjent jest nieusatysfakcjonowany może stanowić ogromny potencjał. Potencjał rozwoju systemu zdrowotnego jest w identyfikacji źródeł niezadowolenia pacjenta. Trzeba umieć wyjść jemu naprzeciw i ten głos ze Szczecina tutaj nam podpowiada, że idziemy właściwą drogą w naszym myśleniu. Chcielibyśmy, żeby rozwiązania instytucjonalne uwzględniały potrzeby interesariuszy oraz wzięły pod uwagę realia gospodarki ze szczególnym uwzględnieniem szeroko rozumianego sektora medycznego. Dziękuję za możliwość udziału w tym bardzo ważnym spotkaniu. Chciałbym w tym miejscu podziękować współautorom „Raportu o innowacyjności sektora medycznego w Polsce” wydanego przez instytut Nauk Ekonomicznych PAN ([www.innovation-in-healthcare.pl](http://www.innovation-in-healthcare.pl)) za ich wkład w badania oraz organizatorom spotkania za możliwość wystąpienia .

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Panie profesorze ma pan na myśli głos internautki tak?

**Prof. Tadeusz Baczek:** Tak.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Panie profesorze bardzo proszę...

**dr hab. Paweł Lesiak, SGH:** (aut.) Ja wolałbym się nie przedstawiać, bo mam już dwa procesy, które mi pewien lekarz wytoczył i dlatego chciałem się przyłączyć do głosu pani internautki ze Szczecina. Ja powiem jako ekonomista i jako insider branży, często mówi się, że insiderami są lekarze i każdy z nas tutaj mówił „nie jestem lekarzem” i to od razu już siebie trochę sam deprecjonował, ale my wszyscy jesteśmy przecież pacjentami, czyli też insiderami, z drugiej strony. Ja mówię też wobec tego jako branżysta, tyle że pacjent. Otóż proszę państwa nie można jakiegokolwiek strategii wprowadzić skutecznie, jeśli nie policzy się faktycznych kosztów. W Polsce tematem tabu i tutaj niestety muszę kamyczek wrzucić do ogródka prasie też branżowej medycznej, tematem tabu są patologie wśród białego personelu. Ja między innymi przez zajmowanie się takimi patologiami niechcący trafiłem przed wymiar sprawiedliwości, otóż podam przykład ogólny, żeby bez nazwisk, bo nie chcę mieć kolejnych procesów. Jak kilka lat temu zaczęto wprowadzać system internetowego sprawdzania przez pacjentów jakie mieli świadczenia zdrowotne, w telewizji były pokazywane takie przykłady, jak młodej dziewczyny, której rzekomo wstawiono sztuczną szczękę, chociaż miała wszystkie własne zęby. Inna kobieta miała zoperowane męskie narządy, jakiś mężczyzna urodził dziecko. Takich przykładów jest więcej. I jeśli słyszę o patologiach, czytam prasę branżową, brałem udział w

dyskusjach z przedstawicielami samorządu lekarskiego, to największym problemem dla samorządu lekarskiego jest to, że są roszczeniowi i pieniaccy pacjenci. To są dwa takie epitety: roszczeniowy pacjent i piniacz. Tak od razu z automatu. To chyba prawnicy, którzy są w izbach lekarskich tak lekarzy szkolą. Natomiast z drugiej strony, jeżeli chodzi o nagłaśnianie patologii wśród lekarzy, to często – państwo może byliście świadkami audycji telewizyjnych – przedstawiciele, wysocy przedstawiciele samorządu lekarskiego, izb lekarskich mówią „po co to nagłaśniać, to niszczy zaufanie pacjenta do lekarzy”. Ale o pacjentach można źle mówić. W artykule pt. „W obronie lekarzy” w nr. 2/2016 „Gazety Lekarskiej” Rzecznik Praw Lekarza Zbigniew Brzezina sugeruje, że zaniedbań lekarskich nie powinno się nagłaśniać. Jednocześnie zachęca wszystkich lekarzy, którzy wygrali procesy sądowe przeciwko pacjentom, żeby przysyłali na ten temat informacje w celu ich „nagłośnienia”. Każdy człowiek, także ja, jest omylny, popełnia błędy, jest osobą grzeszną. To jest rzeczą naturalną i samo w sobie nie stanowi wyjątkowego problemu. Prawdziwy problem zaczyna się wtedy, gdy tkwimy w błędzie. Jeśli ja na przykład w jednym z centrów onkologii, nie będę podawał nazwy, ostrzegłem, że jest bałagan na oddziale i na tym samym oddziale potem, rok później pacjentowi, przez „czeski błąd” jak teraz się twierdzi, wycięto zdrową nerkę i ja za to też mam czyniony zarzut, że ja niestarannie się wypowiadałem. Kodeks etyki lekarskiej, art. 52, który zresztą swego czasu kilka lat temu trafił przed Trybunał Konstytucyjny. Lekarz powinien zachować wyjątkową ostrożność, tak jakby przez skrzyżowanie przejeżdżał w ocenie pracy innych lekarzy. Są przypadki w Polsce, że byli odważni lekarze i niechętnie skrytykowali swojego kolegę, mają wilczy bilet, niestety już w swoim środowisku mają ogromny problem, pojawia się ostracyzm. W Niemczech była kilka lat temu taka propozycja, żeby wprowadzić taki urzędowy, administracyjny ranking lekarzy, gdzie pacjenci przedstawiają się z imienia, nazwiska, i szczerze opisują lekarzy bez obawy o konsekwencje prawne. Jeśli urzędnik na przykład ministerstwa zdrowia zobaczy, że na danego lekarza jest więcej skarg, to można na przykład takiego lekarza skontrolować, można na przykład umyślnego czy tajemniczego pacjenta do niego posłać, żeby takie osoby eliminować ze środowiska, albo zwrócić im uwagę na niedociągnięcia. Przesłanie byłoby takie: jesteś nadzorowany, namierzaliśmy cię, jeśli jeszcze raz się powtórzy nieodpowiednie postępowanie, to np. powtarzasz studia, albo tracisz prawo wykonywania zawodu. Czyli kończąc, potrzebna jest kontrola, potrzebna jest kontrola, także środowiska medycznego, nagrywanie na przykład wszystkich operacji, a nie tylko niektórych jak kardiologiczne. Konieczna jest zmiana Kodeksu etyki lekarskiej, tam jest nie

tylko art. 52 sankcjonujący de facto źle pojętą solidarność zawodową, ale jest też artykuł 55. Jest w nim zapisane, że lekarz powinien uprzedzić osoby, które będzie kontrolował, czyli swoich kolegów po fachu, bo w Polsce tylko lekarz może lekarza kontrolować i dokumentację medyczną, kiedy będzie kontrola, żeby oni mogli być obecni na miejscu wtedy. To też trzeba zmienić, bo kontrole powinny być niezapowiedziane. Ja jestem z SGH, tutaj pani prezes Towarzystwa też jest z SGH, my jesteśmy oceniani przez studentów też anonimowo, i musimy z tym się pogodzić. Nam by nie przyszło do głowy, żeby za krytykę poziomu naszych wykładów ścigać studentów sędownie. Jednak na stronie internetowej jednej z Izb Lekarskich pewna prawniczka poucza lekarzy, że stwierdzenie przez pacjenta na portalu internetowym, iż dany lekarz jest niefachowy, niekompetentny, nie potrafi mnie wyleczyć, już może stanowić podstawę do wykorzystania artykułu 212 kk o zniesławienie i art. 23, 24 kodeksu cywilnego o naruszenie dóbr osobistych... Nam w SGH, jeśli student by powiedział, że nie potrafimy prowadzić zajęć, to by nam nie przyszło do głowy, żeby go oskarżyć. Jeżeli mam jedną taką opinię, to ją lekceważę. Jeśli mam 10-20 takich opinii to skłania mnie do autorefleksji, czy może coś źle zrobiłem. Środowisko lekarskie jest na swoim punkcie przewrażliwione, ja tu widzę syndrom oblężonej twierdzy i powstanie tych rzeczników praw lekarza przy izbach lekarskich kilka lat temu, że musimy, nie popuszczajmy pacjentom, przed sąd i tak dalej, takie są teksty, w różnych artykułach medycznych, to dla mnie jako pacjenta jest coś upokarzającego. Dziękuję bardzo.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Dziękuję panie profesorze. Ja mam taką prośbę do państwa. Państwo mają rozliczne kontakty z instytucjami, niezależnie od tego, co my robimy jako PTE, proszę dysponować linkiem do naszego spotkania, do debaty online, do naszych Biuletynów, gdzie potem relacjonujemy to, i przesyłać gdzie się da i komu się da, bo niezależnie od wszystkiego może to działać na zasadzie kropli, która drąży skałę, nawet jak nie od razu mamy reakcję, bo jak widać z wypowiedzi pana profesora, ale także internautki, mamy opór środowiska medycznego. Opór, który nie pozwala racjonalizować tego co powinno być racjonalizowane. Proszę państwa wiem też coś na ten temat, bo mam w rodzinie lekarzy, więc rzeczywiście oni sami przyznają, że jest wiele do zrobienia. Zachęcam internautów do pisania do nas. Pani Elżbiecie Szarudze, która do nas napisała, bardzo jej dziękujemy, ale ponieważ tu były odniesienia do wystąpień pani Szarugi, więc zachęcam ją do interakcji, jeżeli nie teraz to później. Proszę bardzo. Pan prezes teraz w kolejności tak?

**Zbigniew Derdziuk:** Kiedyś byłem prezesem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dzisiaj pracuję w MBanku jako doradca, ale jak słucham tej dyskusji to przypominam sobie czasy kiedy pracowałem w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, to w 91 roku tam byłem. Wtedy pan doktor a dziś profesor, Cezary Wudarczyk razem z panią profesor Tymowską i Golinowską przedstawił taki program naprawy zdrowia, więc tych strategii było bardzo wiele i dlatego zacznę w tej dyskusji od ostatniej tutaj wypowiedzi trochę parafrazując to, co pan profesor Włodarczyk mówił o tym szczepieniu, to my naprawdę kiedyś zbudujemy, już bardzo jesteśmy bliscy takiego przekazu, że pacjenci to umierają tylko z powodu błędu lekarza, a nie dlatego że życie się kończy. Więc jakby ostrzegam przed takim bym powiedział, taki jest medialny przekaz. Bądźmy świadomi, że dzisiaj tutaj wszyscy ekonomiści mówili, ja jestem socjologiem z wykształcenia, jak bardzo jest ważna kwestia finansowania. Dzisiaj każdy lekarz staje przed wyzwaniem jak zarządzać niedoborem w systemie zdrowia, bo ma 15-10 minut na pacjenta, musi go zbadać. Moja żona się zawsze spóźnia, jest lekarzem, bo po prostu bada i robi wywiad na taką okoliczność. Nasz system tego nie przewiduje. Dlaczego nie przewiduje? Bo mamy procedury, mamy cały mechanizm rozliczania kosztów, jeżeli chcemy mieć... tutaj się pojawiały takie dylematy dotyczące jaki jest model, czy to jest ubezpieczeniowy, czy taki zabezpieczeniowy, jak to ma być. Oczywiście mamy taką hybrydę, bo mamy procedury według tam [...] amerykańskich, które pokazują, że liczymy, płacimy za konkretne usługi, a wcale tak nie działa jak system, ten mechanizm tych niedoborów jest taki różny, ale to tylko też pokazuje, że jeśli mówimy o strategii państwa, to ona na przestrzeni 27 lat, jak to obserwuję, bardzo ewaluowała i mamy od ściany do ściany różne rozwiązania. Tak jak pamiętam, jak byłem w rządzie z profesorem Religią to ta sieć szpitali była pewnym planem. Dzisiaj tak naprawdę, jeśli mówimy o tej sieci szpitali to mamy dużo więcej wiedzy na ten temat. To jeszcze poprzedni rząd zaczął, zresztą pewnie tu się wypowie pani dyrektor, zaczął tworzyć jakby bazę wiedzy. Jeszcze jak byłem w ZUSie to zrobiliśmy z profesorem świętej pamięci Ruszkowskim takie dane dotyczące jakby kosztów zdrowia na rynek pracy wpływu z Ernst and Youngiem, ale też i [...] to sponsorowałam, w ZUSie tak, taka fabryka duża. Więc to jest tak, że wtedy zrobiliśmy też takie badanie dotyczące kosztów pośrednich pracy, bo tak naprawdę nie było metodologii w tym zakresie. Publikacja mapy zdrowia jest od paru lat. Teraz możemy z nich korzystać w tym zakresie, to znaczy to, co pani doktor Gałązka-Sobotka mówiła Evidence Base Policy, jakby informatyzacja. My dopiero tak naprawdę korzystamy z dorobku informatyzacji i agregacji danych, które się pojawiły. Jak byłem w ZUSie to zrobiliśmy portal

wiedzy statystycznej, gdzie wszystkie te dane dzisiaj są dostępne de facto online publikowane. Myślę, że kolejne instytucje będą się w tym zakresie otwierały. Jeśli zaś chodzi o porównanie profesora Wiśniewskiego to trochę miałem takie wrażenie, że one są bardzo ciekawe i metodologicznie statystycznie poprawne, tylko kontekst trochę jest różny i jak sobie widziałem te słupki, to widziałem różne... przed założeniem i historię uwarunkowań organizacji służby zdrowia, które są nieadekwatne później do wszystkich wniosków w tym zakresie. Ale powiedzmy coś optymistycznego. Medycyna polska, mimo że ma skandalicznie niski poziom nakładów jako procent PKB, który nie dostosowuje się też do wyzwań, jaki jest dłuższe trwanie życia i wzrost medyczny, który wymaga więcej nakładów, ma naprawdę dobre rezultaty. Dalsze przeciętne trwanie życia za ostatnie 25 lat wzrosło powyżej 5 lat. Narodowy program ochrony radiologicznej wydłużył dalsze trwanie życia tak mniej więcej 2-3 lata to on o tyle kontrybuuje w tym zakresie także kwestia jest cały czas konsekwencji, tworzenia tych strategii. Mamy dane dotyczące prowadzonej polityki, trzeba tylko korzystać z tej wiedzy i być konsekwentnym w tym zakresie, a tutaj jak pan prof. Włodarczyk pokazywał, że wiele tych danych jest zawsze jakimś tam elementem, albo też podejść jest elementem pewnych bym powiedział przesądów, oczekiwań, albo mody, albo jakiś showman się pojawi i zaproponuje nam nowe podejście. [...] tak poza profesorem Religą takich wielkich jakby postaci może nie było, oczywiście każdy minister starał się pewne rzeczy robić, a i tak gdzieś ugrzęźnięcie w bieżące zarządzanie niedoborem, bo tak naprawdę nie ma dużego nacisku na profilaktykę, na takie [...], jakby to oceniać, wszystkie jakby aspekty tylko leczymy doraźnie. Dziękuję.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Dziękuję bardzo. Proszę państwo, jeśli państwo uznają, że nasza debata się państwu podobała, albo nie, to prośba, ja wiem, ja pamiętam, to prośba o wypełnienie tej ankiety, która leży przed państwem, ona jest anonimowa, ale bardzo jesteśmy ciekawi jak państwo odbierają, bo państwa opinie są dla nas ważne i nam pomagają w rozwiązywaniu różnych spraw. Proszę bardzo. Przykro mi, że pani wypowiada się jako ostatnia w ramach dyskusji z sali, ale jeszcze potem występują paneliści. Proszę się przedstawić.

**Barbara Więckowska:** Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu i wydaje mi się, że to dobrze, że się wypowiadam ostatnia. Nazywam się Barbara Więckowska, jestem pracownikiem przede wszystkim Szkoły Głównej Handlowej, katedry Ubezpieczenia Społecznego u prof. Szumicz, a więc te zaproszenia pani profesor - bardzo dziękuję, dostajemy cyklicznie, a że się tutaj pojawiłam rzeczywiście pierwszy raz, to dlatego że równocześnie są



zajęcia i pełnię funkcję dyrektora departamentu, analiz i strategii w Ministerstwie Zdrowia. Ten departament został powołany w 2013 roku i rzeczywiście do tej pory zajmowaliśmy się głównie analizami i przysłałam tutaj wysłuchać tego właśnie, odpowiedzi na pytanie, czy potrzebujemy strategii, czyli tą drugą nogę budować, czy nie, a jeżeli tak, to rzeczywiście w jaki sposób taką strategię budować. I muszę powiedzieć, że jestem rozczarowana tym co usłyszałam, bo de facto nie odpowiedzieliście na moje pytanie, ale z drugiej strony to świadczy o tym, że ten temat wcale nie jest taki prosty, jakby się wydawał. Bo to co zapisałam przed wystąpieniem pana prof. Włodarczyka, wszystko jakby pięknie powiedział, bo moje wątpliwości to były czy strategia dla zdrowia ogółem, czy robić strategię małe. Jeżeli już zrobimy wysiłek dla stworzenia takiej strategii to jak utrzymać ją właśnie w tej cykliczności wyborów i kadencyjności, bo zaraz ktoś nam je wywali, więc po co ją robić. Jeżeli już rzeczywiście udało nam się utrzymać tę strategię, to znowu dojdzie nam do takiej sytuacji, że trzeba współpracować z innymi ministeriami i się okaże, że silosowo znowu nie jesteśmy w stanie je wdrożyć, więc może rzeczywiście małe strategie, ale jak jedną małą zrobimy, to teraz inni będą krzyżeć dlaczego nie zrobiliśmy strategii dla innych dziedzin, dlaczego akurat to jest największy priorytet. I tak czekałam na ten ostatni slajd, bo naprawdę myślałam, że to będzie rozwiązanie problemów, a on dorzucił takich kamyczków do ogródka całego, że problem jest nierozwiązywalny w gruncie rzeczy. Myśmy... ja mogę powiedzieć tak, że ja nie uważam, że lekarze są aroganccy, bo do tej pory współpracuję z lekarzami i widać, że potrzeba analizy danych po stronie lekarzy jest olbrzymia. To nie jest tak, że oni ukrywają tę wiedzę, tylko też nie mają dostępu. Jak to wygląda, że konsultant krajowy robi sprawozdanie dla ministra zdrowia pytając o dane konsultantów wojewódzkich, a konsultanci wojewódzcy pozyskują te dane ze szpitali, drogą, że tak powiem zapytań, a to wszystko jest de facto w bazie NFZ. My popełniliśmy rzeczywiście taki olbrzymi błąd, że jakby zbieraliśmy dane, a żeśmy ich nie analizowali, po prostu brak nadzoru merytorycznego nad systemem. Generalnie, gdybyśmy pracowali w komercyjnym zakładzie ubezpieczeń, w życiu byśmy nie dopuścili do takiej sytuacji, gdzie analizujemy jak świadczenia są realizowane, bo państwo mówicie o tym, że za mało jest nakładów na system ochrony zdrowia, powinniśmy właśnie analizować środki wydawane, czy marnotrawimy je, czy też nie, natomiast tego nie zrobimy bez lekarzy, bo tylko oni wiedzą jak ten system funkcjonuje, że ten system funkcjonuje, jakie wskaźniki do poszczególnych oddziałów, czy chorób możemy przyłożyć, żeby zobaczyć, czy ścieżka leczenia pacjenta jest optymalna, czy też nie, nawet jeżeli nie mamy standardów. Generalnie w

Ministerstwie, od właśnie 2014 roku działają grupy robocze, obecnie ich mamy 30. Gdzie analizujemy poszczególne rozpoznania, żeby umieć rozmawiać z lekarzami, bo to, że ktoś nam mówi, że jest zawał serca, to my musimy wiedzieć jak te rozpoznanie przełożyć na kod ICZ10, żeby znaleźć odpowiednio to w bazie, my musimy mieć ten sam słownik pojęć. Dopiero jak uznajemy, że zgadzamy się co do tego co to jest astma, co to jest nowotwór, to możemy zrobić analizę wskaźników i zobaczyć, zastanowić się, dlaczego mamy tyle astm hospitalizowanych, gdzie na świecie mówi się, że to jest jedna z przyczyn niewydolności systemu i możliwości uniknięcia hospitalizacji. I mi się wydaje, że jesteśmy na takim etapie, gdzie opublikowaliśmy w grudniu ubiegłego roku mapę potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób, bo w onkologii i kardiologii przebywaliśmy w 2015, gdzie dla każdego województwa pokazaliśmy dane dla wszystkich szpitali. Może nie ma jeszcze wniosków, bo rzeczywiście wnioski są bardzo trudne, bo na niektóre dane właśnie niestety trzeba dość krytycznie spojrzeć, natomiast materiał do budowania strategii jest bardzo duży już teraz, zespoły robocze współpracują z konsultantami krajowymi, więc łącznie to jest 1000 osób, gdzie dla każdej grupy chorób próbujemy znaleźć te wskaźniki mówiące o tym co jest ważne i jak należy to zmieniać i na podstawie tego moglibyśmy zrobić małe strategie. Tylko teraz jak to wdrożyć? Bo generalnie jakiś pomysł mamy i tutaj jakby oczekiwał olbrzymiego wsparcia, czyli jak należy z tych danych już, jeżeli mamy wnioski przeprowadzić ten proces wdrażania strategii, gdzie wsparcie środowiska medycznego w moim odczuciu będzie olbrzymie. Naprawdę, nawet przy pediatrii, kiedy prognozowaliśmy zmniejszenie łóżek w szpitalach i była olbrzymia dyskusja po stronie pediatrów. Jak zrobiliśmy inny model, bo znowu właśnie matematyka versus medycyna, gdzie pokazywaliśmy inny model prognostyczny już na życzenie pediatrów, różnica łóżek w skali kraju była 15. I dopiero wtedy zaczęli analizować, co się dzieje w pediatrii niedobrego, dlaczego akurat takie zmniejszenie liczby łóżek. I bez wsparcia środowiska żadna strategia nie wejdzie w życie, dopóki nie wciągniemy środowiska na pokład i nie pokażemy im, że mamy problemy z danymi i jakby jakie problemy my widzimy w systemie, to nie będziemy mieli wspólnej dyskusji, bo niestety nie można nic o was bez was tak? I to jest ten problem, dziękuję bardzo.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Bardzo dziękuję pani doktor, ja będę zobowiązana gdyby pani nam wskazała, czy linki, czy dodatkowe materiały, żebyśmy mogli zamieścić na stronie internetowej, jeżeli pani dysponuje owymi, bo chcemy, żeby nasza debata była szeroko upowszechniona. Chciałam państwu powiedzieć, że nasze debaty są otwarte, czyli każdy ma

tu wolny wstęp, ale też wstęp internetowy, wobec tego my nigdy nie wiemy kto nas ogląda i jakie z tego wynikają następstwa, ale czasami mamy sygnały, tak jak dzisiaj od internatuów, więc bardzo apelujemy o upowszechnianie naszej debaty. Proszę państwa, czy jeszcze ktoś chciałby? Ale króciutko, bo już musimy zamykać. Proszę bardzo panie inżynierze.

Dwie sprawy, tak jak patrzę i słucham. Wydaje mi się, że nie możemy żądać od lekarza, żeby uwzględnił wszystko to, co jako minister zdrowia, być może rozwiązanie tak jak w MONie, gdzie nie generał jest ministrem, tak samo tutaj w Ministerstwie Zdrowia, gdzie ministrem powinien być ekonomista i człowiek od zarządzania. Nie żądajmy od lekarza. On musi umieć i wiedzieć jak leczyć i tworzy służbę zdrowia na swój obraz to tak jakby od państwa żądano czegoś takiego jak należy leczyć i myślę, że to jest najważniejszą rzeczą.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Proszę państwa, ja wiem, że jeszcze moglibyśmy bardzo długo dyskutować, bo każdy z nas ma jakieś doświadczenia związane z funkcjonowaniem ochrony zdrowia. Chciałam poprosić naszych panelistów, ale w odwrotnej kolejności, czyli pan profesor jako pierwszy ma głos. Bardzo proszę, pan profesor Włodarczyk.

**Prof. Włodarczyk:** Bardzo mi się zrobiło przykro, że rozczarowałam panią, bo ja nie miałem takiego zamiaru, żeby kogokolwiek wprowadzić w nastrój pesymizmu. Przeciwnie, starałem się te dobre rzeczy wykazywać, na przykład nasz sukces w szczepieniu. Jak budować strategię? To takie rzeczy są rozpracowane. W mojej książce sprzed 3 lat jest to opis jednego z takich podejść, jak budować strategię podzieloną na 7 etapów, jak to zaczynamy od diagnoz, jak to debatujemy o wartościach, a potem przechodzimy do wdrożenia i jeszcze kończymy sprawdzeniem co z tego wszystkiego nam wyszło. Więc metoda to jest, narzędzie to my mamy, ale wszystkie te praktycznie narzędzia są budowane w taki sposób, były te zastosowania w idealnej sytuacji. Świat jest racjonalny, ludzie są lojalni, podporządkowują się racjonalnym argumentom. Ale życie pokazuje, zwłaszcza ostatnich lat, że świat taki chyba nie jest. I kiedy zastanawiamy się, jacy są pacjenci, ten wątek się pojawia tutaj wielokrotnie. Pierwsza odpowiedź jest - bardzo różni. Są tacy, którzy są racjonalni i są tacy którzy są nieracjonalni. Są tacy, którzy są roszczeniowi i są tacy, którzy chcą kooperować. Problem polega na tym w jakich proporcjach i gdzie oni mniej więcej w tej przestrzeni się lokują, ale jeżeli my mamy informacje, że mniej niż 5% Polaków decyduje się na wydanie 29 zł na szczepionkę przeciwko grypie. To wydaje się, że hipoteza, potwierdzam nie twierdzenie, lecz hipoteza, o tym, że nasi rodacy są

niezbyt racjonalni w wyborach zdrowotnych jest wysoce prawdopodobna. W związku z tym te nasze pomysły na przyszłość muszą to uwzględniać. Nie możemy ich traktować jako partnera wszystkich, jako partnera, z którymi dyskutujemy, których informujemy o tym, jak należy postępować, bo oni się do takiego dialogu nie nadają. Tylko jedna sprawa, która była podniesiona w dyskusji, która pewnie wszystkich państwa dręczy. Ile rynku, ile regulacji. Sprawa jest nie do rozstrzygnięcia. I jakkolwiek próba jednoznacznego rozstrzygnięcia tego dylematu nie może być uważana za zasadną, ale w Polsce o tyle mamy łatwiejszą dyskusję, że od lat 70-tych, nie pamiętam, czy to był 72, czy 77 rok został opublikowany słynny esej Arrowsa, na temat ubezpieczenia chorobowego to się wtedy nazywało. I tam jest wprowadzone pojęcie asymetrii informacyjnej. Nasz sektor jest obciążony tą paskudną cechą, że jedni wiedzą więcej, a drudzy wiedzą mniej. W związku z tym, kiedy dochodzi między nimi do transakcji, to oni nie są równorzędnymi partnerami. Lekarz wie, a pacjent nie wie. Ale znowu, żeby nie budować zdań z wielkim kwantyfikatorem. Są takie obszary medycyny, gdzie pacjent wie więcej. Na przykład u dentystów. Wiem, czy mnie boli z prawej strony, czy mnie boli z lewej strony, czy mnie na górze boli, czy na dole boli. I dlatego w tej dziedzinie, w większości krajów panują mechanizmy są wprowadzone, mechanizmy rynkowe, bo tu pacjent jest partnerem. Idę do pana doktora, czy pani doktor i mówię tu mnie boli i wiem co on mi robi. Czyli jeszcze mogę ocenić efekt zastosowanej procedury medycznej. Ale jeżeli coś mnie boli w brzuchu, to nie wiem co tam mnie boli. I w związku z tym muszę zaufać lekarzowi i nie ma od tego wyjścia. A jeżeli muszę mu zaufać, to nie jestem równorzędnym partnerem. Nie wiem co chcę kupić od niego. I w związku z tym, pomysł, że my dajemy ludziom pieniądze, a ludzie będą sobie kupowali świadczenia, jest po prostu niemożliwy. Jest drugi czynnik, to jest to, co na świecie wiąże z ubezpieczeniem katastroficznym. Są takie schorzenia, które wymagają takich zabiegów, których sfinansowanie przekracza całkowicie możliwości gospodarstwa domowego. W Ameryce, która walczy o utrzymanie Obama Care teraz, ocenia się, że jest mniej więcej 800 tys. bankructw, gospodarstw domowych rocznie z powodu przekroczenia kosztów, czy wydatków na opiekę zdrowotną. To jakaś postać ubezpieczenia, czyli publicznej interwencji jest absolutnie niemożliwa. I w związku z tym takie hasło dużo rynku, nie powinno być głoszone, ono jest mylące. Kto je głosi? Ten kto może na tym skorzystać. Jeżeli mamy pana doktora w intratnej specjalności to on będzie zwolennikiem tego. Ale zauważmy jak tutaj interwencja płatnika publicznego interweniuje. Póki procedury kardiochirurgiczne były opłacalne, powstawało tego nie wiadomo ile. Dlaczego? Można było na tym zarobić. Między

innymi to się przyczyniło do naszych sukcesów w leczeniu zawału serca. Niewątpliwie. Ale to pokazuje, że sposób wyceny procedury może być bodźcem, który kształtuje politykę zdrowotną, właśnie tą strategię. Otóż można sobie wyobrazić, że my nie budujemy wprost celów, tylko przy pomocy struktury i bodźców poprzez wycenę procedur dajemy sygnał jakie procedury, czyli jakie schorzenia chcemy leczyć. Ale jeszcze tak, żeby mimo wszystko zbyt optymistycznie nie kończyć. To prawda, że średnia długość życia nam się wydłuża, ale na przykład przeżywalność większości chorób nowotworowych nam się nie wydłuża. I jesteśmy dramatycznie źle w stosunku do pozostałych krajów Unii Europejskiej. My wykrywamy raka piersi, wykrywamy. I biedna kobieta umiera. A w zdecydowanej większości krajów unijnych przeżywa. W związku z tym, my mamy co tutaj robić.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Bardzo dziękuję panie doktorze.[...] na pewno byłoby jeszcze dużo pytań i wypowiedzi, ale zachęcam do elektronicznej formy, ponieważ noc się zbliża. Proszę bardzo pani profesor.

**Prof. Ewelina Nojszewska:** Dziękuję bardzo. Dla mnie takim powiewem optymizmu było to, co powiedziała pani doktor, pani dyrektor, że jednak te dane są analizowane w celu podejmowania racjonalnych decyzji, żeby ten status zdrowotny był podnoszony Polaków i żeby cały system był, lepiej funkcjonował, był bardziej efektywny i ekonomicznie i skuteczny klinicznie. No bo mamy problemy chociażby po stentach po roku, umieralność jest taka jak bez stentów. No bo właśnie nie ma tego kompleksowego leczenia. Mamy bardzo dużo do zrobienia. I tutaj wydaje się, że można by pociągnąć rozważania, które już rozpoczął pan profesor a jasno zwerbalizował pan redaktor, jaki powinien być ten system, czy publiczny zarządzany przez państwo, no chyba niekoniecznie, rynkowy, też wiemy, że absolutnie nie, ale odpowiedzialność za zdrowie za status zdrowotny jest jednak na państwie i państwo powinno stwarzać warunki odpowiednią regulacją prawną i to powinno być szeroka regulacja, która stwarza pewne ograniczenia. Na przykład niech będzie publiczny płatnik, bo już było powiedziane, pan profesor powiedział, właściwie musi być, niech będą płatnicy prywatni, mogą być zrzeszeni, ale niech państwo postawi warunek, że koszty administracyjne nie mogą przekroczyć iluś procent. NFZ funkcjonuje na granicy jednego procentu, a PIU proponowało 30 parę procent. Także są granice, które powinny być przestrzegane, tworzące warunki do takiego mądrego i słusznego funkcjonowania, jakby to przepraszam ale kretyńsko nie zabrzmiało. Tak samo jaka jest własność, wszystko jedno jaka jest własność, bo nie wedle własności oceniamy

i nie będą świadczeniodawcy i szpitale i prywatni i publiczni, tylko stawiamy na przykład na rozliczanie związane z jakością, żeby nie było tak jak mówiłam nieleczenia powikłanych pacjentów. Więc trzeba stworzyć mądre ramy, które pozwolą na tą skuteczność i kliniczną i efektywność ekonomiczną, że i płatnik publiczny i płatnik prywatny i świadczeniodawca publiczny i prywatny niech będą ubezpieczenia komercyjne, niech będą współpłacenia, od których można się ubezpieczyć także i dlatego płatnik publiczny ma nie mieć możliwości świadczenia także komercyjnych ubezpieczeń. Niech to będzie jak najszersze, tylko mądrze uregulowane prawnie i oczywiście na pewno trzeba będzie doskonalić, bo będą nam wyskakiwać króliki z kapelusza, bo wydaje nam się, że sformułowaliśmy właściwe bodźce, a potem okazuje się, że jest dokładnie odwrotnie. Dziękuję bardzo.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Pani doktor kończy naszą debatę. Proszę państwa, oszczędzę państwu podsumowania, ale nie zamykam dyskusji. Kontynuujemy dyskusję w internecie.

**Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka:** Myślę, że wiele jeszcze godzin, dni i lat przed nami, żebyśmy mogli tą dyskusję w ogóle zakończyć. Wydaje mi się, że konstatacja jest jedna, ja ją przynajmniej tak słyszę, że dyskusja o strategii i sensie sprowadza się niestety do tego na ile taka strategia i taki dokument będą wykorzystywane przez kolejne ekipy tych, którzy sprawują kontrolę i opiekę nad systemem ochrony zdrowia. I tu niestety nie mamy dobrego wniosku, bowiem kolejne ekipy udowadniają, że nie jesteśmy w stanie zgodzić się w moim odczuciu do prawd bardzo obiektywnych, bardzo obiektywnych i spójnych. A mianowicie, że chodzi o to, żeby zachować zdrowie, że chodzi o to, żeby go szybko i skutecznie odtwarzać, że chodzi o to, aby środki przeznaczone na ten proces były jak najefektywniej wykorzystywane. Wydaje mi się, że trudno się nie zgodzić z takimi założeniami. Że chodzi o to, że głównym aktorem wszystkich procesów na tej scenie jest pacjent. Ale jego podmiotowość jest sumą, jest relacją między jego prawami i obowiązkami, bo w tej dyskusji o tym kto winny, czy lekarz, czy pacjent argumentów za i przeciw jest bardzo wiele. Myślę, że bardzo dobrą jest publikacja pana Pawła Reszke „Mali bogowie”. Zachęcam do niej, są linki na Youtube do wywiadu z redaktorem, który się wcielił w rolę sanitariusza. I świat medycyny opisuje jako ten, który w tym procesie uczestniczy. I dotknięty organizacją i niedoborami, o których dużo dzisiaj mówiliśmy pokazuje jak każdy z nas, bardzo wrażliwy na dobro pacjenta, zamienia się niestety w potwora, w pewnej chwili dotknięty tym co się dzieje w środku systemu i na dole tego systemu. Pan prof. Włodarczyk powiedział, ja się z tym zgadzam, w kontekście do tego, jak podejść do budowania

strategii. Metodologia jest jasna. Cudownie, że mamy już podstawę do diagnozy. Do tej pory wszystkie strategie i dokumenty, również narodowa strategia zdrowia, nie odwoływały się do diagnozy. Nie do końca wiedzieliśmy co nazywamy największym problemem. Podstawą w moim odczuciu do zbudowania dobrej strategii, takiej powiedziałabym ponadpolitycznej, jest odpowiedzenie sobie na pytanie co uznajemy tu i teraz i w perspektywie najbliższych lat za główne wyzwania. Ponieważ wyzwań jest więcej niż możliwości i odpowiedzi na nie, trzeba zrobić to co zrobił premier Morawiecki w strategii odpowiedzialnego rozwoju, jakby jej nie oceniać, ale to co uważam za pewien przełom w kształtowaniu strategii dla państwa to jest powiedzenie musimy określić priorytety. Te priorytety muszą wynikać z potrzeb, ich wagi i pewnych wyzwań przed którymi stoi nie system ochrony zdrowia, ale państwo, bo priorytety w polityce ochrony zdrowia nie określają potrzeby systemu ochrony zdrowia, tylko potrzeby państwa. Jeżeli określimy te priorytety, to to czego mi absolutnie brakuje we wszystkich dokumentach, które nazywamy strategiami, wskaźników, którymi będziemy mierzyli rezultat. Wskaźnik rezultatu, zdefiniowany w interwałach czasowych, czyli w datach co chcemy mieć w 2020, a co chcemy mieć w 2030. Nie uznaję dokumentu i nie mogę go nazwać strategią, jeśli ten, który wyznacza cele nie opisuje osiągnięcia tych celów w bardzo obiektywnych i jednoznacznych miarach. Jeżeli zdefiniujemy priorytety i opiszemy cele wskaźnikami to musimy określić procesy, jakie będą nam służyły do tego, aby to osiągnąć. W moim odczuciu absolutnie krwioobiegiem systemu jest informatyzacja. Za układ limfatyczny będę uznawała jednak monitorowanie i mierzenie efektu. Nie procedur. Nie hospitalizacji, nie środków przeznaczanych na poszczególne województwa, tylko to, co tak naprawdę kupujemy i osiągamy w tym procesie. Zatem bez tego monitoringu, a zatem bez informatyzacji absolutnie nie będziemy w stanie, że tak powiem, realizować tejże strategii. I zapewne to co na końcu się pojawia to sprzężenie zwrotne. Wygenerowanie mechanizmów, które zamienią kulturę dominacji, wyjaśnię co rozumiem przez kulturę dominacji na poziomie makro, system dzisiaj nastawiony przede wszystkim na leczenie zamknięte. Prawie 50% środków na ochronę zdrowia wciąż alokowanych jest w systemie zamkniętym. Kiedy nauki medyczne i nauki organizacji mówią, że 80% potrzeb zdrowotnych możemy zaspokoić w systemie otwartym, czyli systemie podstawowym i ambulatoryjnym opieki specjalistycznej. Dominacja w tej organizacji mierzona jest również w tym, że dominuje naprawianie, a nie profilaktyka, jakby właściwy styl, a model [...] mówi nam, że absolutnie to nasze podstawy prozdrowotne, czyli tu się kryje obowiązek pacjenta, nasze postawy prozdrowotne decydują o skuteczności tejże

strategii. I tak jak każdy biznesman, każdy ekonomista dopiero wtedy, ja niestety raczej w tym kierunku idę, wtedy zadaję sobie pytanie. Ile ma mnie to kosztować, ile potrzebuję środków, żeby te cele, w tych horyzontach czasu osiągnąć. W moim odczuciu, my takiej mapy procesów i mapy celów nie wykonaliśmy. Zatem to, że w długoletniej perspektywie finansowej, opublikowanej w tym roku, nie mamy zabezpieczonego wzrostu finansowania na ochronę zdrowia, w moim odczuciu jest konsekwencją racjonalności ministerstwa finansów, które mówi dam więcej, pod warunkiem, że będę wiedział na co. Ja bym tym skończyła.

**Prof. Elżbieta Mączyńska:** Dziękuję pani dyrektor. Proszę państwa, proszę dzisiaj w domu rodzinom pokazać, tutaj strzałką pokazuję, że byli państwo tutaj w PTE, a nie gdzie indziej. Noc się zbliża, a w ogóle wszystkie nasze spotkania są tutaj, Forum Myśli Strategicznej, Czwartki u Ekonomistów, trzeba kliknąć, albo też konferencje [...]. Zachęcam do śledzenia naszej strony internetowej. Chciałam bardzo państwu podziękować, ale przede wszystkim naszym panelistom, myślę, że się brawa należą.