

Rozważania na marginesie książki: "Solidarność w procesie transformacji – Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej" Jánosa Kornai'a i Karen Eggleston

Jerzy Żyżyński

Zaostrzający się kryzys w polskim sektorze zdrowia rodzi nie tylko potrzebę reform i uchwalenia porządnej ustawy o ochronie zdrowia, ale też debaty społecznej. Ta jednak wymaga dostępności „surowca intelektualnego” w postaci publikacji dających społeczeństwu i zainteresowanym specjalistom możliwość zaznajomienia się ze światowym dorobkiem w tej dziedzinie. Jednak jak dotąd niewiele ukazało się prac o reformowaniu systemu ochrony zdrowia. Dlatego nieocenione jest pojawienie się polskiego tłumaczenia książki węgierskiego ekonomisty Jánosa Kornai'a, wybitnego teoretyka ekonomii i analityka gospodarek krajów socjalistycznych i postsocjalistycznych, napisanej wspólnie z Karen Eggleston, specjalistką ekonomii zdrowia z uniwersytetu Harvarda.

Książka składa się z dwóch części, z których pierwsza, „Punkty wyjścia”, obejmująca cztery rozdziały, dostarcza wyczerpującej analizy podstawowych przesłanek i warunków reform, stanu początkowego, wynikającego z dziedzictwa socjalizmu, oraz zawiera najważniejsze fakty i wnioski mające źródła w doświadczeniach międzynarodowych w reformowaniu systemów ochrony zdrowia. Autorzy trafnie zauważają na początku, że jest wielkim błędem wymienianie jako podstawowego argumentu na rzecz reformowania aspektu czysto ekonomicznego, budżetowego, tzn. że „nie ma dość pieniędzy”, „dziura budżetowa jest bardzo poważna” itp. Przytaczają oni dziewięć zasad, które powinny stanowić przesłanki reformowania, nawet wtedy, gdy pomyślny rozwój gospodarczy osłabiałby lub nawet niwelował ekonomiczny przymus reformowania. Pierwsze dwie zasady mają ich zdaniem charakter etyczny: jest to zasada suwerenności, wedle której powinno się promować model dający jednostce więcej możliwości decydowania w sferze usług „opiekuńczych”, w tym właśnie w sektorze ochrony zdrowia, i zasada solidarności, nakazująca niesienie pomocy cierpiącym i społecznie upośledzonym.

Zasady te wymagają jednak komentarza. Wolność wyboru jest niewątpliwie podstawą wolnych społeczeństw i najważniejszą zasadą gospodarki rynkowej: ry-

nek istnieje przecież tylko tam, gdzie istnieje możliwość wyboru. Autorzy mają rację, że powinna dotyczyć także usług ogólnie nazywanych opiekuńczymi, nie można wszak wolnym człowiekiem opiekować się na zasadach mu narzuconych. Czy jednak sektor ochrony zdrowia nie jest szczególną kategorią usług opiekuńczych, taką w której dla człowieka mniej istotna jest możliwość wyboru, a bardziej bliska dostępność i sprawność obsługi? Gdy jesteśmy chorzy, a tym bardziej wtedy, gdy ciężka choroba sprawia, że mamy ograniczone możliwości decydowania i dokonywania wyboru, chcielibyśmy pomocy szybkiej i skutecznej, a kwestia wyboru jest dla nas daleko mniej istotna. Oczywiście możliwość wyboru musi być elementem systemu, zwłaszcza w sferze rutynowych kontaktów między pacjentem a lekarzem (na przykład w kwestii wyboru lekarza rodzinnego), diagnostyce, poradnictwie. Czasem jednak taka możliwość wyboru prowadzi do negatywnych skutków, na przykład w postaci kumulowania popytu w głośnych, modnych ośrodkach, czego efektem może być obiektywnie niezasłużona deprecjacja innych, mniej reklamowanych (gdy na przykład tworzą się długie kolejki w Centrum Onkologii, podczas gdy wiele schorzeń można wyleczyć w szpitalach lokalnych). System musi zatem umiejętnie łączyć rejonizację z elastycznością, dającą pewne możliwości wyboru.

Druga zasada zaleca solidarność wobec biednych, „cierpiących, mających społeczne problemy i społecznie upośledzonych”. Trudno odmówić jej racji, jednak tak sformułowana zasada niesie z sobą zasadnicze nieporozumienie terminologiczne o dość głęboko sięgających konsekwencjach. Nazwana została „solidarnością” – i tak określona jest w tytule książki (ang.: *solidarity*). Tymczasem solidarność jest tylko określonym stosunkiem do innego człowieka, typem zachowania odniesionym do „ludzi w potrzebie”. W polityce i ekonomii solidarność ma być jednak czymś więcej: rezultatem stosowania zasady społecznej, pewnej filozofii postępowania w życiu społecznym i polityce, zwanej „solidaryzmem”. Solidaryzm (*solidarism*) to kierunek społeczno polityczny, który przeciwstawiając się ideom głoszącym walkę klas, głoszeniu zasady antagonizmu (co robił na przykład marksizm), propagował solidarność, jedność, wspólnotę interesów różnych klas. Solidaryzm to postawa najwłaściwsza dla dojrzałej gospodarki rynkowej, bo przecież w każdym społeczeństwie potrzebni są pracodawcy i pracownicy; sprzedawcy biżuterii i sprzedawcy chleba; maklerzy i sprzątacze ulic. Wszyscy mają swoje miejsce i są niezbędni w złożonej strukturze społecznej, nikogo nie wolno lekceważyć, dla każdego trzeba mieć należyty mu szacunek. Jest to zatem podejście holistyczne, zgodne z zasadami systemowego, całościowego patrzenia na świat. I z takiej zasady musi wynikać solidarność z każdym innym człowiekiem, nie tylko upośledzonym, dostrzeganie jego potrzeb i w pewnych kluczowych kwestiach przyznanie mu równorzędności – także w ochronie zdrowia. Jeśli bowiem zasadę solidarności odnieść tylko do cierpiących i upośledzonych, to co z bynajmniej nie upośledzonym, lecz sprawnym umysłowo i fizycznie, a po prostu skromnie uposażonym sprzątaczem ulic, którego praca przed budynkiem giełdy jest przecież potrzebna, by makler nie pośliznął się na skórce od banana i nie złamał nogi? W ochronie zdrowia zasada solidaryzmu oznacza, że temu sprzątaczowi przyznamy równe – w miarę możliwości systemu – prawa do leczenia, pomimo że jest biedny i na zasadach rynkowych środki, którymi dysponuje, nie byłyby wystarczające. Przyznamy mu te prawa właśnie na zasadzie solidaryzmu.

Oczywiście solidaryzm nie jest możliwy tam, gdzie daje się pierwszeństwo skrajnie liberalnej etyce, która uznaje, że indywidualizm, gra egoizmów jednostek, doprowadzi do najlepiej sprzyjającej rozwojowi struktury społecznej i odrzuci wszelkie formy redystrybucji, w tym ideę obowiązkowego ubezpieczenia. Autorzy słusznie jej zwolennikom się przeciwstawiają¹. Sprowadzają jednak postulat solidarności do wsparcia ze środków publicznych tych współobywateli, którzy nie są w stanie opłacić obowiązkowego ubezpieczenia, a więc najbardziej potrzebnych i bezrobotnych. Zasada solidaryzmu to natomiast coś więcej. Prowadzi ona do względnie zrównania dostępu różnych grup społecznych, ludzi z różnych klas dochodowych, do opieki zdrowotnej spełniającej stosunkowo wysokie standardy. Mówiąc w kategoriach statystycznych: współczynnik nierównomierności Giniego (*Gini coefficient*) dla dostępności usług medycznych powinien być wyraźnie mniejszy, a więc bliższy egalitaryzmowi, niż dla podziału dochodów.

Inne zasady podstawowe systemu opieki zdrowotnej mają technokratyczny, organizacyjny i ekonomiczny charakter. Są to: zasada (trzecia) konkurencji między różnymi formami własności; zasada (czwarta) propagowania bodźców efektywności, wedle której konieczne jest powstanie form własności i kontroli, które będą „zachęcały do wydajności i ją wspierały”; zasada (piąta) nowej roli państwa – ograniczającej je do ról nadzorczej, kontrolnej, edukacyjnej i „zabezpieczenia ostatniej instancji”; zasada (szósta) przejrzystości, nakazująca, by obywatelom udostępniano wiedzę o związkach między usługami opiekuńczymi dostarczanymi przez państwo a ponoszonymi przez nich obciążeniami podatkowymi, a więc by wiedzieli, co dzieje się z ich pieniędzmi; zasada (siódma) braku pośpiechu w realizacji reform, bo instytucje muszą mieć czas na ewolucję, a ludzie na adaptację; zasada (ósma) harmonijnego wzrostu, równowagi między środkami przeznaczanymi na rozwój gospodarki i na rozwój sektora opiekuńczego; i wreszcie zasada (dziewiąta) stabilności i trwałości finansowania, wedle której budżet państwa musi być w stanie stale, stabilnie finansować realizację państwowych zobowiązań.

Technokratyczny charakter niektórych z tych zasad prowokuje do dyskusji. Na przykład zasada wzrostu wydajności, gdyż nie można przenosić tradycyjnego rozumienia wydajności i postulatu jej zwiększania do tak specyficznego obszaru, jakim jest ochrona zdrowia. Jeśli wydajny miałby być lekarz obsługujący w ciągu dnia wielu pacjentów lub chirurg wykonujący w szybkim tempie wiele operacji, to raczej nie podejmiemy ryzyka powierzenia im naszego zdrowia i wybierzemy takich, którzy są wolniejsi, ale dokładniejsi. Miejsce tradycyjnego rozumienia wydajności czy efektywności powinna zająć raczej jakaś norma postępowania właściwego, optymalnego według kryteriów sztuki lekarskiej – bo jest to przecież raczej sztuka, a nie zwykła działalność usługowo-produkcyjna. Podobnie wątpliwe jest ekonomiczne kryterium zysku, odpowiednie dla innych dziedzin gospodarki, ale niekoniecznie dla sektora zdrowia, gdzie motyw zysku może prowadzić do wielu patologii po stronie podaży – opisanych zresztą w pracy Kornai'a i Eggleston. Przecież sami mówią, jakże mądrze: *„Warto powtórzyć ostrzeżenie pod adresem tych, którzy przygotowują reformę w gospodarkach w okresie transformacji, aby mechanicznie nie powtarzali wzorów stosowanych i funkcjonujących w bardziej „normalnych” sferach biznesu, które leżą bliżej teoretycznego modelu doskonałej konkurencji. Konieczne jest uważne rozważenie specyficznych cech charakterystycznych służby zdrowia”* (s. 68).

Pomimo pewnych zastrzeżeń, trzeba przyznać, że zasady te uświadamiają i porządkują podstawowe zależności i kwestie, które reformatorzy sektora ochrony zdrowia powinni mieć na uwadze. Niestety u nas, jak wiele wskazuje, bardzo niska jest u polityków odpowiedzialnych za ten obszar świadomość tych zasad – na przykład tak ważnych zasad braku pośpiechu czy harmonijnego wzrostu; zasada solidaryzmu dla niektórych jest zaś czymś tak odległym, że z kompletnym brakiem zrozumienia nadają jej epitet „socjalistyczności” i potępiwszy w czambuł, odrzucają bez podjęcia merytorycznej dyskusji.

Trzy następne rozdziały tej części zawierają charakterystykę służby zdrowia ze względu na jej specyficzne ekonomiczne i organizacyjne cechy, opisują ważniejsze doświadczenia międzynarodowe, w tym system amerykański, oraz przedstawiają służbę zdrowia w Europie Wschodniej, z jej ułomnościami i patologiami odziedziczonymi po socjalizmie. Otrzymujemy wiele mało znanych faktów i momentami wręcz znakomitą analizę. Podane dane statystyczne pozwalają porównać sytuację w Polsce z innymi krajami postsocjalistycznymi czy z krajami OECD. Okazuje się, że z wydatkami na cele zdrowotne ok. 5% PKB plasujemy się na szarym końcu długiej listy krajów (OECD i kraje postsocjalistyczne): za Polską jest na tej liście tylko Meksyk i Turcja (tabela 3.4, s. 105), a kto wie, czy teraz nie jesteśmy ostatni. Także pod względem wielkości składki na opiekę zdrowotną zaliczamy się do najmniej szczodrych spośród krajów byłego obozu: podczas gdy my oddajemy 7,5% zarobków, Czechy poświęcają 13,5%, Słowacja 13,7%, Rumunia i Węgry 14%, Słowenia 12,8%, a Chorwacja aż 16%; mniejszą składkę niż Polska mają tylko Bułgaria (6%), Macedonia (3,6%) i Albania (3,4%). Kornai i Eggleston dowodzą co prawda, że wyższa składka nie gwarantuje, iż nie pojawi się deficyt sektora, ale przykład Słowenii, która w 1992 r. zaczęła ze składką 18% i stopniowo obniżała ją do 12,8%, wskazuje, że uporządkowanie dziedziny ochrony zdrowia wymaga poświęcenia na ten cel sporych nakładów i dopiero po reorganizacji i usprawnieniu można przy rozsądnym poziomie składki nakładać ograniczenie budżetowe. Dzięki przedstawionym przez nich danym porównawczym widzimy, że niski profesjonalizm kierowników polskich finansów publicznych, zwłaszcza w okresie gdy wprowadzano reformę systemu opieki zdrowotnej, spowodował, że narzucono zaniżony poziom składki, doprowadzając do narastania długu, szeregu patologii i żywiołowego procesu wymuszania dodatkowych opłat przez doprowadzone do finansowej niewydolności szpitale. Wszystkie negatywne skutki niekompetencji i nieprzestrzegania dobrych profesjonalnych zasad – przecież tak oczywistych, że nie trzeba ich szukać u twórców tej znakomitej pracy – dają teraz o sobie znać ze zdwojoną siłą.

Autorzy nie dokonują wartościowania, nie oceniają sytuacji poszczególnych krajów, ale formułują wiele cennych uwag i spostrzeżeń, które na obecnym etapie prób naprawienia systemu mogłyby być w Polsce bardzo cenne. Dostarczają tym samym materiału do dyskusji i refleksji, bez których nie można budować nowego ładu w tak ważnym sektorze usług publicznych. Ukazują wady i zalety wielu rozwiązań. Szczególnie ważne jest wskazanie na istotne ułomności systemu ubezpieczeniowego, którego kluczowym elementem jest kalkulowanie indywidualnego ryzyka ubezpieczającego się. Kalkulacja ryzyka prowadzi wszak do zjawiska nazwanego efektownie „spirala śmierci” składki ubezpieczeniowej, gdy „chorzy ponad przeciętną” powodują wzrost kosztów, a w rezultacie wysokości składki, co

prowadzi do tego, że nawet względnie bogaci, ale słabego zdrowia, nie są w stanie płacić wysokich składek, których plan potrzebuje do osiągnięcia rentowności. Z drugiej strony ma miejsce inne niekorzystne zjawisko – „spijania śmietanki”, gdy ubezpieczyciele, lekarze, szpitale starają się pozyskiwać klientów względnie zdrowych i obciążonych niskim ryzykiem. W sposób oczywisty są one sprzeczne z zasadą solidaryzmu i wypaczają prawdziwy cel funkcjonowania systemu, ale ponadto, jak słusznie zauważają autorzy, godzą w zasadę suwerenności konsumenta.

Zjawisko ryzyka moralnego, zwane też nadużyciem moralnym, które pojawia się zwłaszcza tam, gdzie w grę wchodzi większe pieniądze, jest też konsekwencją, jak czytamy, wszystkich rodzajów ubezpieczeń. Z pewnością w pewnym stopniu może ograniczyć takie niekorzystne zjawiska konkurencja. Niewątpliwie mają rację autorzy, twierdząc, że bez regulacji ze strony państwa służba zdrowia może stać się „istną wylęgarnią prób i wysiłków, których celem jest sztuczne ograniczenie konkurencji”. Jednakże, jak sądzę, koncentrując się na anglosaskim modelu ubezpieczeń, za mało uwagi poświęcili oni ubezpieczeniom wzajemnym. O ile w ubezpieczeniu komercyjnym, bazującym na kalkulacji indywidualnego ryzyka, gdzie klient musi być szczegółowo przeanalizowany pod kątem wszystkich dotyczących go ryzyk², ubezpieczenia wzajemne opierają się na analizie statystycznej zbiorowości i wspólnym finansowaniu kosztów ubezpieczanej przez nie sfery działalności, na przykład związanej z jakąś sferą dobra publicznego. Model ten nie czyni zysku celem pierwszoplanowym, lecz nadaje mu znaczenie fakultatywne i, co ważne, kształtuje wspólnotę interesów ubezpieczyciela i ubezpieczonego, a dobre funkcjonowanie instytucji wymaga, by prawo rynku było ściśle reglamentowane³. To jednak osłabia mechanizm konkurencji i indywidualizm, których zwolennikami są, jak się wydaje, autorzy. Nic zatem dziwnego, że model ten nie jest głębiej analizowany, jedynie opisany pośrednio, gdy autorzy prezentują niemiecki model ubezpieczeń i jemu podobne. Zalecają natomiast, by „osoby odpowiedzialne za kształtowanie polityki w sektorze zdrowia wzięły pod uwagę zastosowanie różnych aspektów wielu systemów, aby móc skonstruować spójny i najbardziej odpowiedni system dla ich własnego kraju” (s. 109). Warto wszak zapytać: w jakich warunkach model eklektyczny, stanowiący próbę łączenia różnych wzorców, może być spójny i sprawnie funkcjonować? Czy to jest w ogóle możliwe?

Przegląd rzeczywistości i dostępnych wzorców stawia wiele istotnych problemów i choć ich analiza z konieczności nie jest bardzo głęboka (musiałoby to wielokrotnie zwiększyć objętość pracy), to ważne jest, że autorzy umiejętnie je stawiają i zmuszają czytelnika do refleksji. W drugiej części pracy „Wytyczne dla reformy” prezentowane jest ogólne podejście i zalecane ramy dla reform sektora zdrowia w krajach postsocjalistycznych. Jak powiadają Kornai i Eggleston: „nie jest to zbiór reform *à la carte*, z którego można by wybierać, co komu ideologicznie odpowiada”. Czytelnik uzyskuje natomiast znajomość praktycznych zmian i implikacji, które wynikają z omówionych w pierwszej części zasad. W rozdziale piątym omówiono najważniejsze kwestie, jakie w swoim procesie reformy stwarzają i muszą uwzględnić dla strony popytowej, czyli szerokiej zbiorowości pacjentów, w krótkim rozdziale szóstym dla strony podażowej, czyli pracowników sektora ochrony zdrowia i funkcjonujących w nim instytucji, zaś w siódmym konsekwencje, jakie powstają w rezultacie interakcji strony popytowej i podażowej. Rozdział ostatni dotyka konsekwencji politycznych reformowania.

Postulat własnościowego pluralizmu prowadzi do konkluzji, że „konieczne jest istnienie takich uwarunkowań prawnych i organizacyjnych, które umożliwią legalne powstanie i rozwój instytucji oferujących taki rodzaj opieki w ramach komercyjnego zakupu i komercyjnej sprzedaży”. Z przyczyn ekonomicznych, technologicznych (ograniczonych możliwości stosowania drogich procedur) i organizacyjnych rodzi się nieodzowność rozdzielenia opieki zdrowotnej na podstawową i uzupełniającą. Pojawia się jednak, jakże trafne, pytanie: „gdzie biegnie linia demarkacyjna rozdzielająca opiekę podstawową i uzupełniającą?” (s. 182). Autorzy powiadają zatem, że „zakres opieki podstawowej powinien być zdefiniowany przede wszystkim poprzez finansowanie – ile społeczeństwo, poprzez swoje demokratyczne instytucje, zdecyduje się wydać na opiekę podstawową”(s. 185). Pociąga to za sobą smutną refleksję: jakże daleko nam do tych procedur demokratycznych, skoro u nas społeczeństwo poprzez nasze, jakże ułomnie funkcjonujące, procedury demokratyczne nie jest w stanie przebić się z możliwością wyrażenia swych rzeczywistych preferencji: wszystko jest ustalane poza społeczeństwem, a nawet odnosi się wrażenie, że z całkowitym go lekceważeniem.

Kornai i Eggleston powiadają dalej (s. 185), że kwestia, kto i jakie usługi ma otrzymać w ramach opieki podstawowej, ma być rozwiązana, po pierwsze, przez mechanizm determinujący całkowite wydatki na opiekę podstawową, wraz z wynikającą z tego redystrybucją i uzupełniającym finansowaniem za pomocą dopłat; po drugie, poprzez proces instytucjonalny, który decyduje o tym, jakie usługi zdrowotne znajduje się w pakiecie podstawowych korzyści; i po trzecie, przez lekarzy i innych dostawców usług zdrowotnych (wraz z samymi pacjentami), którzy decydują, kto otrzyma jaką usługę w warunkach ograniczeń narzucanych przez limit całkowitych wydatków, zakres pakietu korzyści i wpływu organizacji i bodźców.

Takie stawianie sprawy uważam jednak za błędne, autorzy są jakby niewolnikami utartych schematów, których elementem jest między innymi koncepcja tak zwanej listy pozytywnej, która miałaby określać, jakie procedury lecznicze pacjenci mieliby otrzymywać w pakiecie podstawowym. Sekwencja powinna być bowiem inna: po pierwsze, powinno się ustalać nie listę pozytywną lecz listę negatywną, czego nie należy finansować ze środków publicznych czy z ubezpieczenia podstawowego i obowiązkowego. Próba zbudowania listy pozytywnej zawsze będzie skazana na klęskę, bo praktycznie nie jest możliwe bezbłędne zinventaryzowanie wszystkich procedur zasługujących na wpisanie na taką listę, nie są do przewidzenia wszystkie możliwe kombinacje przypadków, jakie trzeba mieć na uwadze. Listę negatywną jest łatwiej skonstruować, mniejsze jest ryzyko błędów i łatwiej uzyskać na nią przyzwolenie społeczne.

W drugiej kolejności należałoby przeprowadzić szacunki kosztów – ile co w różnych regionach⁴ musi kosztować. I po trzecie, na podstawie szacunku struktury zachorowań i stosowanych procedur, zabiegów oraz ich kosztów i znajomości struktury dochodów potencjalnych płatników należy wyznaczyć stawkę odpisu na rzecz ochrony zdrowia w ramach pakietu podstawowego zabiegów nie znajdujących się na liście negatywnej. Tak wyznaczona stawka będzie oczywiście wyższa, ale społeczeństwo musi mieć świadomość tego, że dobry, sprawny system opieki zdrowotnej musi kosztować.

Taka prawidłowa sekwencja postępowania może zawierać element korekcyjny w procedurze interakcji, sprzężenia zwrotnego czy, jak kiedyś to nazywano, „czó-

lenka planistycznego”. Jest to wszak struktura logiczna, która może prowadzić do zbudowania zdrowych finansów publicznych, zapewniających finansowanie na niezbędnym poziomie. Błędne jest natomiast stawianie na pierwszym miejscu subiektywnej oceny, „ile chcielibyśmy zapłacić” i do tego dostosowywania struktury sektora. To musi prowadzić do struktury chorej. Wielu ludzi przecież, jak też zauważają autorzy, „nie jest wystarczająco świadomych kosztów opieki zdrowotnej” (s. 187).

Kornai i Eggleston postulują nadanie umiarkowanego znaczenia opiece uzupełniającej finansowanej indywidualnie lub w ramach komercyjnych ubezpieczeń, gdyż zdają sobie sprawę z ekonomicznych ograniczeń po stronie popytu (zbiorności pacjentów) w krajach postkomunistycznych. Ale dla zakresu podstawowego optują za wprowadzeniem dodatkowych dopłat. Widać w tym swego rodzaju pułapkę wiary, iż zbawcze dla finansów ochrony zdrowia będzie wprowadzanie dopłat po stronie popytu. Trudno bowiem uzasadnić – i autorzy tego nie robią – twierdzenie, że pozwolą one „utrzymać w ryzach wzrost kosztów i uniknąć chronicznych niedoborów funduszy w opiece podstawowej”. Jest to swego rodzaju iluzja technokratyczna. Oczywiście brak bezpośredniego udziału w kosztach usług medycznych powoduje, że istnieje pewien margines nadmiaru popytu: zgłaszają się czasem do przychodni po porady hipochondrycy, ludzie, którym bardziej się wydaje, że są chorzy, niż jest tak w rzeczywistości, i to powoduje pewien wzrost kosztów funkcjonowania systemu. Ale czyż to nie jest jednak margines, którego skutki dla kosztów ogólnych są niewielkie?

Wprowadzenie dopłat powinno mieć raczej symboliczne znaczenie i wynikać nie tyle ze względów ekonomicznych, co raczej z aspektu moralnego: jeśli gotowi jesteśmy wydawać pieniądze na naprawę samochodu czy telewizora, nie mówiąc już o różnych innych celach o obiektywnie wątpliwej wartości, to dokładajmy się też trochę do wydatków na naprawę naszego własnego zdrowia. Choć znaczna część ludzi z powodu niskich dochodów nie jest nawet w stanie wykreować oszczędności, to wydatek na rzecz opieki zdrowotnej tych, powiedzmy, kilku czy kilkanastu złotych, kwota nie stanowiąca wielkiego obciążenia⁵, mógłby być przez nich ponoszony jako bezpośredni własny wkład do finansów systemu. Trzeba jednak pamiętać, że każde takie dodatkowe obciążenie dochodów oznacza z jednej strony zmniejszenie siły nabywczej płatników i przesunięcie jej ku beneficjentom tych zmian, z drugiej wygenerowanie nowej ceny – ceny ochrony zdrowia, czego konsekwencją musiałoby być z kolei – jak zostało udowodnione⁶ – odpowiednie dostosowanie polityki pieniężnej poprzez kreację pieniądza.

Kwestię wydajności w aspekcie kosztów łatwo przedstawić na przykładzie pogotowia ratunkowego. Sprawne funkcjonowanie pogotowia wymaga określonych nakładów na technikę, obsługę itd. Gdy jednak zdarzy się, że w pewnym okresie dzięki losowemu zbiegowi różnych korzystnych czynników liczba interwencji jest niewielka, to jednostkowy koszt usługi określony w wyniku podzielenia całkowitych kosztów przez liczbę obsłużonych osób okazuje się bardzo wysoki, a działalność pogotowia mało wydajna. Gdy w pewnym polskim mieście uznano, że wezwanie pogotowia przez starszą kobietę było nieuzasadnione, obciążono ją kosztami w wysokości kilku tysięcy złotych – było to oczywiście ekonomicznym absurdem, wynikającym z mechanicznego stosowania reguł zwykłej ekonomii do bardzo specyficznej dziedziny, w której te reguły nie mogą mieć zastosowania.

Było to też absurdem ze względów społecznych i próba podjęcia takiego działania świadczyła nie tylko o braku elementarnej wrażliwości społecznej, ale też o braku stosownego wykształcenia osób odpowiedzialnych za działanie tej instytucji.

Autorzy szczegółowo analizują kwestię listy priorytetów usług. Bazując na przykładzie listy utworzonej w amerykańskim stanie Oregon, wysuwają wiele istotnych zastrzeżeń. Ich analiza jest interesująca, ale jednak zbyt technokratyczna. Szkoda jednakowoż, że tylko do przypisu i nie wyciągając szerszych wniosków, wyrzucają zastrzeżenia Komitetu Usług Podstawowych Nowej Zelandii, że lista taka „musiałaby być zarówno tak obszerna, że aż pozbawiona sensu, lub tak ograniczona, że aż nieelastyczna i niesprawiedliwa” (s. 207) czy rządu brytyjskiego, który tworzenie takiej listy uznał za „niebezpieczną zabawę”.

Bardziej racjonalna jest zatem, jak zostało wyżej powiedziane, negatywna lista usług, których system opieki zdrowotnej nie będzie finansował z puli środków publicznych – i tę metodę autorzy traktują bardzo marginesowo (str. 210). Mogą być wszak dwa powody wprowadzenia usługi medycznej, zabiegu czy leku na taką listę: powód moralny, gdy uznajemy, że „nie godzi się” finansować czegoś ze środków publicznych, i powód ekonomiczny, gdy coś stanowi dobro tak rzadkie, że nie jest możliwe szerokie udostępnienie go wszystkim potrzebującym (na przykład nowa technologia) ani sformułowanie zasad hierarchii dostępu (kolejki) zgodnej z potrzebami medycznymi (odkładanie w czasie dostępu mniej potrzebujących), zatem jedynym kryterium selekcyjnym może być udział potrzebującego w kosztach. Zadaniem władz nadzorujących sektor ochrony zdrowia musiałoby być jednak dążenie do zwiększenia dostępności tej rzadkiej procedury (na przykład diagnozy rezonansem magnetycznym przez nakłady na zwiększenie ilości urządzeń).

Wartością tej pracy jest niewątpliwie szeroki przegląd różnych podejść do wielu problemów ochrony zdrowia w różnych krajach. Z pewnością trafna jest sformułowana przez autorów wobec decydentów w Europie Wschodniej zachęta do kształtowania procesu ustalania priorytetów opieki podstawowej na zasadach przejrzystości. Jest wiele pozytywnych przykładów, np.: Nowej Zelandii, gdzie posłużono się kwestionariuszami ankiet, przeprowadzono publiczne debaty, „warsztaty etyczne” i otwarte wykłady ekspertów; Szwecji, gdzie w grupach roboczych publicznie dyskutowano ważne kwestie; Holandii, gdzie wdrożono, jak piszą autorzy, imponujący program komunikacji społecznej, obejmujący publiczną kampanię informacyjną, wywoływanie i gromadzenie informacji zwrotnych. U nas niestety wciąż funkcjonuje pokomunistyczna tradycja budowania takich programów w „zaczysku gabinetów”, niemal w warunkach cieplarnianych dla korupcji i lobbingsów różnych grup interesu, bez konfrontacji z opinią publiczną, ponad tymi, których to dotyczy, czyli aktualnymi lub potencjalnymi pacjentami systemu opieki zdrowotnej, ponad społeczeństwem, pozbawionym realnej reprezentacji. Jak piszą autorzy, jedynym krajem, który stosuje przejrzyste procedury ustalania priorytetów, jest Słowenia – ale w kraju tym, przypomnijmy, składka na ubezpieczeni zdrowotne stanowi prawie 13% zarobków brutto ubezpieczanych i stopniowo zmniejszała się z ustalonego w 1992 r. poziomu 18%.

Kornai i Eggleston zalecają pluralistyczny charakter strony podażowej systemu ochrony zdrowia, co jednak ważne, gorąco przestrzegają przed pośpieszną i żywołową prywatyzacją. Powiadają wprost: „Stanowczo doradzamy powstrzymanie się od jakiegokolwiek kampanii prywatyzacyjnej, która miałaby zacząć się wcze-

śniej, niż zostanie osiągnięty pewien krytyczny próg wartości, konieczny dla prywatyzacji” (s. 245). Zachęcają do pobudzenia inicjatywy prywatnej, proponują, by państwo wspierało inicjatywę prywatną choćby przez tanie kredyty lub gwarancje kredytowe, ale sprzeciwiają się tym, którzy prowadzą kampanię na rzecz szybkiej i wymuszonej prywatyzacji – jak najwyraźniej usiłuje się zrobić w Polsce. Wyrażając aprobatę dla kapitalistycznych form, zapominają jednak o dostrzeżonej wcześniej specyfice branży medycznej i wszelkich negatywnych doświadczeniach, wynikających z działalności biznesu prywatnego w krajach zachodnich.

Niewątpliwie jednym z najważniejszych ogólnych wniosków, jakie formułują autorzy tej znakomitej pracy, jest to, że reformy zdrowotne wymagają starannego przemyślenia. Nie można ich ani opracowywać, ani realizować w pośpiechu, a poważnym błędem jest wprowadzanie dopłat w ramach drastycznego programu stabilizacyjnego i dostosowawczego, jak to zrobiono na Węgrzech czy w okresie kryzysu gospodarczego, jak to usiłuje się zrobić w Polsce. Zdecydowanie opowiadają się za ewolucyjnym, ostrożnym, sekwencyjnym kształtowaniem systemu opieki zdrowotnej, bo, jak powiadają, „instytucje potrzebują czasu na ewolucję, a obywatele na adaptację” (s. 315).

Napisana świetnym językiem⁷ praca Kornai’a i Eggleston ukazała się w 2001 r. nakładem Cambridge University Press i w rekordowym czasie została udostępniona polskiemu czytelnikowi. W sytuacji gdy mamy tyle problemów z reformą naszego systemu, pozycja ta powinna być „rozrywana” przez środowiska związane z ochroną zdrowia, pracowników Ministerstwa Zdrowia, nie mówiąc o posłach debatujących nad reformą systemu. Powinna to być dla nich lektura obowiązkowa.

Eggleston, K., Kornai, J. 2002. *Solidarność w procesie transformacji – Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im Leona Koźmińskiego.

Przypisy

- ¹ Warto dodać, że matematycznego dowodu na to, że taka, popularna dziś, naiwna liberalna koncepcja, zapożyczona bezpośrednio od A. Smitha i jeszcze bardziej strywializowana, jest błędna, dostarczył John Nash, matematyk zajmujący się między innymi teorią gier, laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii w 1994 r. Niestety większość ekonomistów, zwłaszcza tych z nurtu neoliberalnego, tej tak istotnej dla zrozumienia ekonomii części jego dorobku nie zna, żaden podręcznik ekonomii nie włączył jego odkryć do toku swego wykładu.
- ² Źródłem tego podejścia są, wypracowane w Wielkiej Brytanii, ubezpieczenia morskie, w których udający się na daleką wyprawę ubezpieczony statek podlegał szczegółowej analizie pod względem ryzyk, jakie niosła zamierzona trasa podróży (por. Michel Albert, *Kapitalizm kontra kapitalizm*, Sigmum, Kraków 1994).
- ³ Tamże, s. 99-106.
- ⁴ Narodowy Fundusz Zdrowia ze, słusznego skądinąd, postulatu ujednoczenia w ramach kraju standardu i struktury usług dla pacjentów, dla których stawka odpisu na ubezpieczenie zdrowotne jest przecież w całym kraju jednakowa, błędnie wyprowadził wniosek, że stawki dla wykonawców należy także ujednoczyć. Jest to oczywiście elementarny błąd, gdyż regionalnie koszty mogą być różnicowane, zatem stawki ofert dla wykonawców także powinny się różnić.

- ⁵ „Od 1999 roku systematycznie pogarszają się oceny Polaków na temat własnych możliwości oszczędzania. Według danych ze stycznia br. 84 proc. Polaków uważa, że w ciągu najbliższych dwunastu miesięcy nie uda im się odłożyć pieniędzy. Odsetek osób, które sądzą, że nie uda im się odłożyć żadnych oszczędności systematycznie rośnie o 3-4 punkty procentowe rocznie. W 1999 roku wynosił on 66 proc. a w styczniu 2004 roku wynosi aż 84 proc. Z kolei odsetek osób, które uważają, że uda im się odłożyć oszczędności, zmniejszył się w stosunku do 1999 roku o połowę i wynosi obecnie 12 proc.” (cytowane za: Ipsos – www.demoskop.com.pl);
- ⁶ J. Żyżyński, *Pieniądz a transformacja gospodarki*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1998.
- ⁷ I trzeba przyznać, bardzo dobrze przetłumaczona, aczkolwiek z niewielkim usterkami.