

Zamiast kompleksowej polityki mamy zarządzanie

Z prof. dr. hab. n. ekon. Piotrem Błędowskim, gerontologiem społecznym, rozmawia Tomasz Michalek

Polska zmienia się pod względem demograficznym. Mówią o tym media, demografowie, politycy. Na ile jest to proces nieunikniony?

O tym, że jest to proces nieunikniony wiadomo już od kilkudziesięciu lat. A o tym, że będzie zmieniała się struktura demograficzna i wzrastał odsetek ludzi starych w naszym społeczeństwie, wiemy już w zasadzie od ponad 40 lat. Dzięki prognozom demograficznym, w Polsce bardzo szczegółowym aż do roku 2050, a na poziomie całej Unii Europejskiej nawet do roku 2080, wiemy też, jak będzie dalej przebiegał proces demograficznego starzenia się ludności.

Kiedy, według prognoz, ten trend może się odwrócić?

Nie jestem pewien, czy ten trend w ogóle może się odwrócić. Jeśli są badania wskazujące, że w okolicach roku 2030, 2035 tempo przybywania osób starych będzie największe, to można przyjąć, że w późniejszych latach ten proces nie będzie przebiegał tak szybko, ale jest nieunikniony. Nie jestem wprawdzie demografem, ale nie jestem pewien, czy ta sytuacja ulegnie istotnej zmianie w przyszłości.

Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko choroby, a właściwie chorób, bo w przypadku osób starszych mamy do czynienia z wielochorobowością. Czy stanowi to wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia?

Jeżeli rozumieć politykę społeczną bardzo szeroko i zakładać, że polityka zdrowotna mieści się w jej ramach, to powiedziałbym, że jest to ogromne wyzwanie nie tylko dla ochrony zdrowia, ale i dla polityki społecz-

nej. A jeśli jest wyzwaniem dla polityki społecznej, to jest nim również dla całego społeczeństwa i dla każdej instytucji każdego państwa. To bowiem problem, który dotyka nas we wszystkich wymiarach, w tym w wymiarze ekonomicznym. Z tym, że coraz więcej osób starszych cierpi na coraz więcej chorób, wiążą się ogromne koszty. Jesteśmy zobowiązani do tego, by udzielać pomocy zdrowotnej tym osobom, co jest naturalne i bezdyskusyjne, ale wszyscy wiemy, że świadczenia zdrowotne stają się coraz droższe. Jako społeczeństwo musimy mieć także świadomość, że nie wszystkie te osoby będą w stanie samodzielnie zaspokajać swoje potrzeby, czyli będą wymagały wsparcia i pomocy. Dodatkowym wyzwaniem dla państwa jest zatem zapewnienie stabilnych ram finansowania systemu wsparcia i umożliwienie tym pacjentom odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych. W ich

wypadku umożliwienie im dotarcia do każdego nawet specjalisty jest absolutnie niewystarczające. Trzeba to wszystko uspołnić i koordynować, stąd tocząca się dyskusja wokół geriatry, której od lat jesteśmy świadkami.

Na ile, pana zdaniem, resort zdrowia przygotowany jest koncepcyjnie i finansowo do tego typu działań w takim zakresie?

Wygląda to trochę tak, że każdy minister zdrowia ma jakieś stanowisko w tej sprawie, ale z tego nie wynika żadna koncepcja rozumiana jako jakiś kompleks rozwiązań. Każdy z ministrów oczywiście deklaruje pełne zrozumienie dla tych problemów, każdy wie, że jest to



Fot. Dominika Witkowska

związane z koniecznością zapewnienia odpowiedniego finansowania, ale nie zawsze poza te deklaracje wychodzi. Często jesteśmy świadkami sytuacji, w której znaczna część środowiska medycznego ma inne zdanie niż minister zdrowia, a i samo środowisko medyczne jest podzielone - chociażby teraz jesteśmy świadkami dyskusji na temat miejsca geriatry i roli interny. Geriatria nie rozwiąże wszystkich problemów, ale jest bardzo ważna. Nie jestem pewny, czy kolejni ministrowie zdrowia są tego świadomi. Tymczasem dopiero gdyby istniała taka całościowa koncepcja, można by dyskutować, jakie środki finansowe są potrzebne, by ją wprowadzić w życie. Wiemy na pewno, że świadczenia finansowe na rzecz osób starszych będą musiały z roku na rok wzrastać.

Ministerstwo Zdrowia określiło swoją strategię w dokumencie pod nazwą „Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020”. Czy pana zdaniem ta strategia może w jakikolwiek sposób przyczynić się do poprawy sytuacji osób starszych?

Na pewno może się przyczynić, ale określanie mianem strategii dokumentu, który dotyczy następnych pięciu lat, wydaje mi się lekką przesadą. To jest program, i wcale nie wiadomo, co będzie się działo po tych pięciu latach. A problemy zdrowotne i zadania związane z poprawą zdrowia tych osób są złożone, i nie są to problemy, które dadzą się rozwiązać w horyzoncie pięcioletnim. To dobry moment, by takie działania rozpocząć, ale już dzisiaj powinniśmy wiedzieć, jak tego rodzaju program będzie wyglądał po roku 2020, co powinniśmy zrobić w roku 2030, a co w 2040. A tego po prostu nie ma.

Wspomniał pan, że wyzwaniem, jakim jest starzejące się społeczeństwo, to problem nie tylko ministra zdrowia, ale również osób odpowiedzialnych za politykę społeczną. Czy pana zdaniem mamy szansę na spójną i jednolitą politykę w tym zakresie, czy raczej grozi nam kontynuacja polityki resortowej?

Odpowiem dwa razy tak. Grozi nam zarówno utrzymanie resortowej polityki, jak i mamy szansę na prowadzenie spójnej polityki. Jedno nie wyklucza drugiego.

Szansy upatruję w spotkaniach Rady ds. Polityki Senioralnej. Na jej ostatnim posiedzeniu był obecny zarówno wiceminister zdrowia, jak i dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, który został jej członkiem. Ewidentnie wskazuje to, że istnieją działania zmierzające do stworzenia wspólnego programu. Kwestią otwartą pozostaje, czy taki wspólny program, który będzie obejmował działania kilku ministerstw, może powstawać w jednym resorcie, czy może powinien powstać na poziomie kancelarii premiera. Nie wiem, na ile program wyjdzie też poza, skądinąd



Sesja „Jak rozumieć politykę senioralną” podczas Kongresu KOBIETA I MĘŻCZYŻNA 65+

Fot. Dominika Witkowska

słuszne, deklaracje i trafnie sformułowane zadania, i na ile będzie miał zabezpieczenie finansowe. W związku z tym szansa, jak widać, istnieje, ale czy z niej skorzystamy - to pytanie wciąż pozostaje otwarte. Obawiam się, że może nam grozić utrzymanie tej resortowej polityki, ponieważ mamy ustawę o działach administracji rządowej, z której wynika, kto się czym zajmuje w poszczególnych resortach i jak w związku z tym są rozdzielane pieniądze. Nie wiem zatem, czy istnieje prawna możliwość łączenia działań na rzecz seniorów, a przede wszystkim - czy jest wola polityczna po stronie wielu ministrów, by zrezygnować z części swoich uprawnień i stworzyć nadrzędny organ zajmujący się kompleksowo problemami starzejącego się społeczeństwa. Koncepcje są w zasadzie dwie: albo istnieje taki organ, albo każde z ministerstw jest ministerstwem do spraw starości i czegoś jeszcze: zdrowia, transportu, kultury itd. „Maddycki plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw”, uchwalony w 2012 roku, zakładał koncepcję

mainstreamingu, zgodnie z którą problemy osób starszych będą uwzględniane w każdej działalności publicznej. I być może to jest właściwe rozwiązanie, o ile zapewnimy na nie odpowiednie środki i odpowiednią koordynację, aby nie było tak, że trzy resorty będą właściwie robiły to samo, nie wiedząc wzajemnie o swoich działaniach, bo każde zadanie będzie się u nich nazywało nieco inaczej.

Z perspektywy pacjenta, który boryka się z problemem nietrzymania moczu, spójrzmy na ten problem przez pryzmat wyrobów medycznych, takich jak środki absorpcyjne, które są dla niego niezbędne do utrzymania higieny. Dodajmy, że nietrzymanie moczu w dużej mierze dotyka właśnie osoby starsze. Pacjent z NTM może liczyć na refundację tych środków zarów-

no ze strony NFZ-u podległego ministrowi zdrowia, jak i PFRON-u, który podlega Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Dofinansowanie na poziomie MOPS-u czy PCPR-u, które rozdzielają w terenie środki z PFRON-u, jest uzależnione od wcześniejszej decyzji refundacyjnej NFZ. W efekcie, jeżeli ktoś potrafi sprawnie poruszać się po systemie, może otrzymać dofinansowanie na zakup pieluchomajtek w pełnej kwocie. Może to jest jakiś element działania ponadresortowego?

Nie jestem pewien, czy jest to działanie zamierzone, które ma doprowadzić do sytuacji, w której pacjent sprawnie poruszający się po tym systemie, może sobie zapewnić pełne finansowanie tych środków. Osobiście nie uważam za „systemowe” rozwiązania, w którym radzi sobie tylko ktoś, kto się sprawnie i szybko orientuje, a ktoś, kto z różnych przyczyn, chociażby zdrowotnych, nie jest w stanie tego zrobić, ma mniejsze prawa. To powinno działać w taki sposób, że każdy, kto spełnia określone warunki, ma takie uprawnienia i mu się to należy, ma pełne prawo do całkowitego finansowania i może to załatwić w każdej aptece czy sklepie medycznym. Dla mnie obecna sytuacja nie jest zaczątkiem jakiejś koordynacji, ale dowodem na permanentny brak współpracy.

Śledząc wypowiedzi polityków na temat wyrobów medycznych, można dojść do wniosku, że największym problemem są dla nich stale rosnące wydatki publiczne na refundację tych wyrobów. Jak to wytłumaczyć, skoro według statystyk, nasze społeczeństwo jest dużo bogatsze niż 20-30 lat temu, system refundacji jest restrykcyjny, skomplikowany i mało atrakcyjny, a jed-

Spółeczeństwo rzeczywiście jest coraz bardziej zamożne, co jednak nie znaczy, że dotyczy to wszystkich. Pacjent z NTM często prawdopodobnie bierze też leki, z których część może nie być refundowana i dlatego szuka oszczędności gdzie indziej.

nak coraz więcej osób stara się o to dofinansowanie? Społeczeństwo rzeczywiście jest coraz bardziej zamożne, co jednak nie znaczy, że dotyczy to wszystkich. Pacjent z NTM często prawdopodobnie bierze też leki, z których część może nie być refundowana i dlatego szuka oszczędności gdzie indziej. To jest jedna z przyczyn. Druga jest czysto ludzka: skoro mamy możliwość refundacji, dofinansowań czy dopłat, to dlaczego mamy z niej nie skorzystać? Nie sądzę, by największym problemem ochrony zdrowia była refundacja tego rodzaju środków. Wydają się one kroplą w oceanie wydatków. Problemem są nie tyle rosnące wydatki, co zdefiniowanie priorytetów w ochronie zdrowia.

Są tam, obawiam się, zdefiniowane te obszary, których przedstawiciele są bardziej przebojowi i mogą lepiej zadbać o tę swoją priorytetową pozycję. Problemem są także nie do końca przemyślane decyzje. Wiele z nich wcale nie zapewnia równego dostępu do refundowanych świadczeń.

Tak jest właśnie w przypadku środków absorpcyjnych, gdzie kryterium chorobowym nie jest nietrzymanie moczu, ale występowanie innych chorób współistniejących, które trzeba wykazać, by tę refundację otrzymać. Jeśli przyjrzymy się danym Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED z 2015 roku i porównamy wydatki na środki absorpcyjne w krajach takich jak Czechy czy Słowacja, to okazuje się, że wydają one na te wyroby nawet kilkanaście razy więcej niż Polska. Czy to oni są tacy rozrzutni, czy może my nie do końca potrafimy liczyć skutki finansowe takich decyzji w dłuższej perspektywie?

Myszę, że jest to efekt podejmowania tego typu decyzji w Polsce przez księgowego lub polityka, który ma mentalność księgowego, ponieważ patrzy tylko na bieżące wydatki, a nie bierze pod uwagę żadnych innych aspektów. Jednym z głównych problemów osób z NTM jest obniżenie jakości ich życia. Jeśli zapewnimy takim pacjentom szeroki dostęp środków absorpcyjnych, jeśli nie będą musieli zastanawiać się, skąd wziąć na nie pieniądze, albo dokąd po nie pojechać, to ich jakość życia na pewno się poprawi. Będzie to miało wpływ również na szereg innych elementów ich funkcjonowania w społeczeństwie. Elementów, których osoba podejmująca bieżące decyzje w ogóle nie uwzględnia w rachunku, ponieważ patrzy na liczby, które mają się zsumować tu i teraz. Obawiam się, że my nie mamy polityki, mamy tylko zarządzanie.

Dziękuję za rozmowę.