



# Homo economicus

Rozmowa z Jakubem Szulcem – sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia

Jest pan ekonomistą i bankowcem. Miał pan do czynienia z ekonomiką ochrony zdrowia?

Zupełnie nie.

Co zatem sprawiło, że podjął pan pracę w resorcie zdrowia?

Dość długo opierałem się przyjęciu tej propozycji. Dośzedłem jednak do wniosku, że ta dziedzina jest bardzo interesująca, a na dodatek zbyt rzadko myśli się o niej w kategoriach ekonomicznych.

Jaką diagnozę ekonomiczną stawia pan ochronie zdrowia?

Brakuje nam całościowych danych na temat funkcjonowania systemu. Każda jednostka medyczna sprawa-

wozdaje co innego, choćby na poziomie czysto rachunkowym. Ciężko więc nie tyle o opisanie modelu docelowego, ile o diagnozę stanu obecnego. Jest to olbrzymi kłopot, i to pierwsza rzecz, na którą zwróciłem uwagę. Nie mam nic przeciwko podejmowaniu decyzji w warunkach niepewności czy niepełnej informacji, bo do tego jestem przyzwyczajony dzięki doświadczeniu zawodowemu. Jednak funkcjonowanie ochrony zdrowia powinno być możliwie najlepiej zbadane. Niestety, nie jest.

To jedyny problem?

Problemów jest mnóstwo! Musimy operować na otwartym, bardzo złożonym i wrażliwym organizmie, w grę często wchodzi bowiem ludzkie życie i zdrowie. Ponadto system jest niedokapitalizowany

50 proc. szpitali w ogóle nie ma zadłużenia wymagalnego i funkcjonuje bardzo dobrze, ponad 30 proc. jednostek ma zadłużenie niewpływające na ich bieżące funkcjonowanie, a szpitali, z którymi mamy naprawdę poważny problem, jest 10 proc.



i niedoinwestowany. Rozwiązania organizacyjne są dalece niedoskonałe. Jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że nigdy nie będziemy finansować wszystkiego. Mam jednak nadzieję sprawić, by ochrona zdrowia była dobrze zarządzana od strony finansowej.

**Ma pan na myśli jakieś mechanizmy wolnorynkowe?**

Niewątpliwie konkurencja jest potrzebna.

**Na jakim obszarze?**

Zarówno na poziomie płatnika, jak i świadczeniodawców. Dzięki konkurencji wśród świadczeniodawców podniosą się standardy usług medycznych. Powinniśmy jako pacjenci mieć możliwość decydowania o tym, z czyich usług chcemy korzystać.

Mówiąc o rynku w ochronie zdrowia, trzeba jednak pamiętać o jednej rzeczy – pełnego rynku w tej dziedzinie nigdy nie będzie, ani też nigdy nie powinno być. Nasze fundusze są bowiem i zawsze będą – ograniczone, niezależnie od tego, jak dynamicznie będzie się rozwijało i bogaciło społeczeństwo, i jakie będą wpływy ze składki. Nawet jeśli pokusilibyśmy się o wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, to skłonność do wykupywania takich polis zależy od ich ceny i nie ma co się ludzić, że znacząco zwiększy się pula pieniędzy w systemie.

**Ponoć pracuje pan nad nowym projektem o ubezpieczeniach dodatkowych?**

To nie jest prawdą. Rozpoczęliśmy natomiast poważną dyskusję w resorcie o docelowym modelu ochrony zdrowia w Polsce, a zatem i systemie ubezpieczeń.

**Jest pan zwolennikiem koncepcji podziału Narodowego Funduszu Zdrowia, która została ostatnio przedstawiona?**

Uważam, że mamy za mało danych, by ocenić, czy taki model przyniesie zakładane korzyści. Dość sceptycznie podchodzę do założenia, że siedmiu publicznych płatników to siedem razy lepsza konkurencja i chęć sprzedaży usług na siedmiokrotnie wyższym poziomie niż w przypadku jednego płatnika. To, co jest publiczne, jest publicznym; nie ma sensu wciskać konkurencji tam, gdzie jej po prostu nie ma.

**Wobec tego uważa pan, że należy otworzyć drogę dla prywatnych ubezpieczycieli?**

Przyglądamy się kilku systemom, przy czym najbardziej holenderskiemu. Funkcjonuje on chyba najsprawniej, choć było to okupione wyjątkowo długim okresem pracy przed jego wprowadzeniem. Czy jednak taki system sprawdzi się w naszej rzeczywistości? Polska jest o wiele większym krajem niż Holandia. Systemy konkurencyjne, polegające na poddaniu ochrony zdrowia wolnej grze rynkowej, sprawdzają się w państwach małych, niekoniecznie będzie tak w dużych. Myślę więc, że trzeba znaleźć rozwiązanie pośrednie. W Polsce jest też spora bariera, jeśli chodzi o wprowadzenie systemu całkowicie podlegającego mechanizmom rynkowym, w postaci zapisów konstytucyjnych, przy czym nie oceniam ich w jakikolwiek sposób, tylko przyjmuję do wiadomości. Konstytucja wyraźnie wskazuje, że państwo musi zapewnić ubezpieczenia na poziomie podstawowym, gwarantującym bezpłatny dostęp do świadczeń medycznych, czyli musi być instytucja, która będzie się tym zajmować. Jeśli zatem mówimy o konkurencji, to wchodzi ona w grę tylko w zakresie świadczeń dodatkowych. Rozwiązania konstytucyjne nie pozwalają na wprowadzenie konkurencji na poziomie finansowania z pieniędzy publicznych. Artykuł 68. Konstytucji mówi, że wszyscy

mają równy dostęp do świadczeń medycznych finansowanych z funduszy publicznych, więc jak w takie podejście wbudować konkurencję? Można ją wprowadzić, ale akurat nie na tym obszarze.

**Zatem będzie trzeba mieć odwagę powiedzieć: Polaku, nie za wszystko państwo zapłaci!**

Proszę zwrócić uwagę, że koszyk świadczeń gwarantowanych to nie wydumana idea, tylko konkretny projekt, który wraz z załącznikami wkrótce trafi do Sejmu. Myślę, że tę dyskusję w pewnej mierze mamy za sobą. Ważne jest, by zapewnić dostęp do różnorodnych świadczeń. Różnica polega na tym, czy w ramach kontraktu z NFZ będę miał plombę, czy implant.

**Czyli, jak mówił klasyk Łapiński, chodzi o zapewnienie poloneza, a nie mercedesa?**

Coś w tym jest (*śmiech*). Proszę zwrócić uwagę, że do tej pory nie ma wyceny świadczeń. Odbywa się ona w pewnym sensie w NFZ. Pomijając to, nie ma taryfikacji świadczeń medycznych z prawdziwego zdarzenia. Jesteśmy bardzo często zmuszeni do podejmowania strategicznych decyzji, nie mając dostępu do informacji. Szpitale też nie wiedzą, jaką stosują taryfikację. Jeśli spojrzymy na rozporządzenie o rachunku kosztów w szpoz-ach, okazuje się, że podejście do wykonywania tego rozporządzenia jest takie sobie, a dane, które dzięki temu otrzymujemy, nie przystają do rzeczywistości. To utrudnia zarządzanie w szpitalach i podejmowanie decyzji na wyższych poziomach.

**Remedium?**

Przede wszystkim chciałbym, aby sprawozdawany przez szpitale rachunek kosztów był rachunkiem rzeczywistym, uwzględniającym uwarunkowania kadrowe, sprzętowe i informatyczne. Nie trzeba sprawozdawać każdego szczegółu, choć należy dążyć do uszczegółowienia kosztów procedur medycznych. Dopiero wtedy można te dane przetwarzać i mieć możliwość taryfikacji procedur medycznych z koszyka. Co ważne nie chodzi o to, czy dana procedura jest warta 1000 zł czy 1200 zł, lecz o to, jakie są relacje kosztowe pomiędzy poszczególnymi elementami tej procedury i innymi procedurami. Doprowadzenie do takiej taryfikacji to nie zadanie na rok, a na co najmniej cztery czy pięć lat. Na szczęście stosunkowo łatwo je zacząć, bo nie wymaga ustawy.

**Dyrektorzy szpitali wyrażają niepokój dotyczący planu B.**

Dlaczego niepokój?

**Z powodu braku jednoznacznych informacji na ten temat.**

Proponujemy rozwiązania bardzo zbliżone do tego, co zaproponowaliśmy w ustawach. Musiały zostać zmo-



„ Pełnego rynku w tej dziedzinie nigdy nie będzie ani też nigdy nie powinno być ”

dyfikowane, ale w założeniach jest niewiele różnic. Proponujemy dużą pomoc w spłacie zobowiązań publicznych – czyli podatków wobec urzędów skarbowych oraz zobowiązań wobec ZUS. Chcemy spłacić całość tych zobowiązań. Jeśli chodzi o zadłużenie wobec jednostek samorządu terytorialnego, to nie nasza dziedzina. Jednak nie wierzę, by w takich sytuacjach nie zapadały pozytywne dla szpoz-ów decyzje ich organów założycielskich. Kolejna rzecz to pomoc w sfinansowaniu, ale nie spłata zobowiązań cywilnoprawnych. O czym mówimy? Zobowiązania szpoz-ów sięgają 10 mld zł, z czego 25 proc. to zobowiązania publicznych, a reszta to cywilnoprawne. Zdajemy sobie też sprawę, że będzie problem z tymi szpitalami, które nie przystąpią do programu, bo ich zadłużenie jest makabryczne.

**Raptem około 50 jednostek...**

No tak, ale z tym fatalnym zadłużeniem... Warto przy okazji powiedzieć, że 50 proc. szpitali w ogóle nie ma zadłużenia wymagalnego i funkcjonuje bardzo dobrze, ponad 30 proc. jednostek ma zadłużenie niewpływające na ich bieżące funkcjonowanie, a szpitale, z którymi mamy naprawdę poważny problem, jest 10 proc.



prawna, a rząd zapewnił ich oddłużenie w wysokości 11 mld zł. Żywiono wtedy nadzieję, że w tej nowej formule placówki te nie będą się zadłużały i zaczną prowadzić racjonalną gospodarkę finansową. Nie zdało to jednak egzaminu. Do rozważań obecnych nie dołączałbym tego, co stało się w 2005 r., ponieważ wtedy mieliśmy bardziej do czynienia z rozkładaniem tego zadłużenia, jego rolowaniem, niż z drastycznym spadkiem zadłużenia w ogóle, aczkolwiek przy założeniu konieczności przeprowadzenia jakiegoś programu restrukturyzacyjnego. Nie zapominajmy, że niezmienną była wówczas forma organizacyjno-prawna szpitali.

„ Być może Fundusz będzie pokrywał bieżącą działalność z kredytu ”

**Dlaczego zatem rząd nie chce stworzyć specjalnego programu właśnie dla nich?**

Co powiedzą wtedy pozostali, którzy podjęli wysiłek przekształceń? Już teraz takie pytania zadają samorządy, które podjęły olbrzymi trud, przekształcając swoje szpitale w spółkę i nie mogą być beneficjentami żadnego programu. Jaki sygnał wysyłalibyśmy, jeśli kierowalibyśmy program restrukturyzacyjny do tych 10 proc. czy 20 proc. szpitali w bardzo niedobrej sytuacji finansowej? Ano taki, że 80 proc. szpitali powinno się zadłużać na potęgę, bo potem przyjdziemy i zrestrukturyzujemy. Nie należy zapominać, że choć ochronie zdrowia potrzebne są bezwzględnie większe pieniądze, to równie istotną sprawą jest to, jak dana jednostka jest zarządzana. Trzeba dokładać pieniądze do systemu, ale też trzeba wymusić racjonalną gospodarkę finansową, bo inaczej wszelkie nasze wysiłki będą na nic.

**Ocena dotychczasowej restrukturyzacji nie jest jednoznacznie pozytywna. Państwo też nie proponujecie radykalnych zmian, przy czym mamy o tyle trudniejszą sytuację, że zbliża się kryzys. Jak zamierzacie zadbać, by programy restrukturyzacyjne tym razem były dostosowane do potrzeb i realizowane?**

Nie można dać absolutnej gwarancji. Na przełomie 1998 i 1999 roku szpitale zyskały osobowość

**Dzięki sprzeciwowi Platformy Obywatelskiej między innymi...**

Tak jest, ale w tę dyskusję nie chcę teraz się wdawać, zwłaszcza że można też dyskutować o tym, czy spółki użyteczności publicznej to właściwa forma prowadzenia szpitala. Co jest przyczyną tego, że szpitale mają takie zadłużenie? Niewątpliwie niedostatek finansowania. Trzeba też zwrócić uwagę na fakt, że w ostatnich latach to finansowanie niezwykle się zwiększyło – niemal dwukrotnie, a nie nastąpił wielki spadek zadłużenia. Na leczenie w ogóle potrzebujemy więcej pieniędzy, ale jednak pamiętajmy, że i w obecnych warunkach finansowych można funkcjonować.

**Czy wobec tego zostanie podwyższona składka na ubezpieczenie zdrowotne?**

Jak najbardziej, ale dopiero od 2010 r. Chcielibyśmy wcześniej doprowadzić do przekształcenia znacznej części szpitali.

**Kryzys finansowy nie będzie tym planom przeszkadzał?**

Kłopot polega na tym, że jeszcze na początku ubiegłego roku nikt nie przypuszczał, w jakiej sytuacji znajdzie się świat w tym roku i nie przewidywał takiego rozwoju wypadków. Dlatego trzeba się będzie mocno zastanowić, jak to przeprowadzić – czy poprzez odpis od podatku, wskutek czego zostaną uszczuplone dochody budżetu państwa, czy poprzez podwyższenie



„ Placówki medyczne są w lepszej sytuacji niż znakomita większość przedsiębiorców, bo mają zagwarantowany dochód „

składki z kieszeni podatnika, co oznacza podwyższenie podatku o procent.

**A wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego dla rolników?**

Nie wiem, co się dzieje w KRUS, bo za te sprawy odpowiada minister Sawicki. Zanim przyszedłem do ministerstwa, czytałem o zamierzeniach w tej dziedzinie, ale to operacja na wiele lat i szybko nie będzie widać efektów. Podwyższenie składki chcielibyśmy powiązać ze zmianami organizacyjnymi po stronie świadczeniodawców oraz po stronie płatnika.

**Wcześniej w naszej rozmowie nie wyrażał się pan entuzjastycznie o projekcie podziału NFZ.**

I podtrzymuję! Najgorsze, co można zrobić, to postawić sobie tezę i pod nią budować rzeczywistość. Chcę znać odpowiedź na pytania, co nam jest potrzebne i na co nas stać. Po wstępnej analizie okazuje się, że siedmiu publicznych płatników to nie jest rozwiązanie zwiększające konkurencyjność. Po pierwsze – dlatego, że wszystkie podmioty będą publiczne, a po drugie, będą za słabe, by prowadzić działalność w całym kraju. Chcemy zobaczyć, jak wygląda to w kilku innych krajach, i wtedy podjąć decyzję. Proces legislacyjny jest najłatwiejszą częścią zadania. Nie zmieniamy jednak wstępnego założenia, że najpierw uszczelniamy system, wprowadzając m.in. takie zmiany organizacyjne u świadczeniodawców, które wymuszają lepsze zarządzanie, a dopiero potem dodajemy pieniądze.

**Czy to coś zmieni?**

Tak. Jeśli głównym problemem jest zadłużenie, a chodzi nam o to, by funkcjonowały na rynku podmioty stabilne ekonomicznie, trzeba się zastanowić, co będzie barierą hamującą zadłużanie się. Proszę zauważyć,

że od pewnego czasu samorzady zaczęły wreszcie zwracać uwagę na to, co dzieje się z finansami w ich placówkach medycznych. Co do tego doprowadziło? W moim przekonaniu wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2007 r., który pozwolił na zajęcia komornicze w szpitalach, a to oznacza, że koszty długów będą obciążać samorząd. Przekształcenie w spółki postawi dodatkową tamę, a ponadto wymusi sprawne zarządzanie. Mało kto zwraca uwagę, że placówki medyczne są w lepszej sytuacji niż znakomita większość przedsiębiorców, bo mają zagwarantowany dochód. Bywają niedofinansowane, niektóre dziedziny są finansowane słabiej niż inne, ale pewien dochód jest zagwarantowany. Gdyby zapytać jakiegokolwiek przedsiębiorcę, czy chce mieć zagwarantowany dochód na określonym poziomie, powiedziałby: hurra! I dostosowałby działalność do tego poziomu finansowania.

**Wszystkie programy restrukturyzacyjne leczyły do tej pory skutki, a nie przyczyny. Czy nie będzie tak i tym razem?**

Dotychczasowe programy były programami raczej odciążeniowymi, a nie restrukturyzacyjnymi. Pojawiły się pewne elementy restrukturyzacji w 2005 r., ale nie do końca się to udało, bo często restrukturyzowano wyłącznie na papierze. Jeśli zgodzimy się, że przyczyną zadłużenia jednostek jest w dużej mierze fakt, że miały one tę możliwość z uwagi na brak sankcji, to zrozumiałe są działania zarządzających, którzy zamiast podejmować trudną decyzję, woleli podjąć łatwą i zadłużyć się. To oczywiście uproszczenie, ale prawda jest taka, że nie było specjalnych zachęt do prowadzenia dobrej gospodarki finansowej ani kar za prowadzenie złej. Nie chcemy nikogo rzucać na głęboką wodę. Będziemy wymagać od samorządów przedstawienia planów, w których zmiany restrukturyzacyjne będą uzasadnione potrzebami medycznymi danej populacji oraz rachunkiem ekonomicznym. Ocenę będzie przeprowadzał najpierw NFZ pod kątem możliwości finansowania określonych usług przez najbliższych pięć lat, a uzyskanie pozytywnej oceny stanie się nie tyle gwarancją, ile promesą stabilnego finansowania tej działalności.

**Pieniądze będą szły do samorządów czy do szpitali?**

W znakomitej większości do samorządów, choć część będzie trzeba przekazać bezpośrednio szpitalom.

**Jak będzie państwo pilnować, by te pieniądze nie wyciekły np. na milion ekspertyz pisanych przez krewnych i znajomych królika?**

Nie zapłacimy za samo przekształcenie. Pomożemy w spłacie części zadłużenia. Wysiłek organizacyjny będzie musiał podjąć organ prowadzący. Udzielimy też pomocy merytorycznej – konstituujemy zespół ekspertów, który będzie pokazywał krok po kroku, jak to należy zrobić, jakie warunki spełnić. Nie będzie tak, że

„ Najpierw uszczelnienie systemu, a dopiero potem dodanie pieniędzy „

samorząd dostanie jedynie uchwałę Rady Ministrów z załącznikiem.

**Czy zachowacie państwo pomysł z kategoryzacją szpitali na grupy A, B i C?**

Nie ma takiej potrzeby, bo jednostka nie będzie musiała korzystać ze wszystkich form pomocy. Zasadniczą różnicą pomiędzy ustawami a tym programem jest to, że zobowiązań nie będzie przejmować spółka, lecz jednostka samorządu terytorialnego. *De facto* – jeśli pomagamy jednostkom w spłacie zobowiązań, przyznając np. dotację na spłatę zobowiązań publicznoprawnych, możemy ją przekazać dopiero wtedy, kiedy jednostka przejmie te zobowiązania. Przejmie je wtedy, kiedy szpital będzie zlikwidowany, czyli wypisany z rejestru wojewody. To ma zapobiec także zjawisku szpitali-wydmuszek. Polegało to na tym, że samorząd tworzył spółkę, ale nie likwidował całkowicie szpitala. Pozostawiał go nie po to, by prowadził jakąkolwiek działalność, a jedynie po to, by niejako trzymać w nim długi. Oczywiście, jest to sposób na obejście problemu, ale nie jest jego rozwiązaniem.

**Jak kryzys finansowy odbije się na ochronie zdrowia?**

Narodowy Fundusz Zdrowia nie może wydać na świadczenia mniej niż w roku poprzednim. Oznacza to, że nawet jeśli zostaną zrewidowane założenia co do przypisania składki w NFZ, nie mogą zostać zmniejszone wydatki na świadczenia medyczne. Nie ma zatem ryzyka zmniejszenia – w stosunku do roku poprzedniego – dostępności do świadczeń medycznych. Natomiast jest ryzyko, że Fundusz będzie musiał pokrywać bieżące wypłaty z kredytu. Jest to jednak tak wiarygodna instytucja, że nie będzie z tym większego kłopotu.

**A jeśli sprawdzą się najbardziej pesymistyczne prognozy dotyczące wzrostu gospodarczego?**

Z punktu widzenia świadczeniobiorcy nie powinno być kłopotu. Na świadczeniach medycznych nie będziemy oszczędzać. Powtarzam – nie można wykluczyć, że NFZ będzie wydawał więcej niż ma, ale to sytuacja przejściowa. Najbardziej obawiam się zahamowania procesów inwestycyjnych prowadzonych przez ministra zdrowia i inne resorty.

Rozmawiała Justyna Wojteczek