



Dyktat wyjątkowych okoliczności

Fot. iStockphoto.com

Niewiele jest rzeczy tak fascynujących jak zmiany w kierownictwie resortu zdrowia. Zresztą to personalne podejście do polityki w ochronie zdrowia uznaję za jeden z powodów niemocy reformatorskiej wielu kolejnych środowisk, które obejmowały stery przy Miodowej. Zmiany w systemie to wypadkowa setek okoliczności wpływających na ostateczny kurs samolotu z papieru, jakim jest opieka zdrowotna.

Wszyscy naokoło, z autorem włącznie, starają się definiować zadania stojące przed nowym kierownictwem resortu zdrowia. Dzieje się tak, ponieważ nie mamy dostępu do stanów mentalnych ministra Adama Niedzielskiego, ale możemy zobaczyć, co będzie w największym stopniu determinować jego działanie.

Kluczowym wyzwaniem w najbliższym czasie jest zapewnienie stabilnego finansowania systemu ochrony zdrowia. Od wielu tygodni przedstawiamy kolejne szacunki dotyczące wpływu recesji gospodarczej na sytuację finansową płatnika. Wbrew deklaracjom polityków, to od sytuacji na rynku pracy, a nie hojności rządu, zależy przede wszystkim sytuacja finansowa systemu. Rząd właśnie przyjął nowelizację ustawy budżetowej i oszacował recesję na bezprecedensowe –4,6 proc. PKB, a bezrobocie prawdopodobnie wzrośnie o 2,5 punktu procentowego (pp.). Według naszej macierzy negatywny wpływ na spływ składki powinien wynieść w tych warunkach ok. 6 mld zł (tab. 1).

Nasze wyliczenia w tym zakresie w publikacji jednego z dzienników potwierdził Bolesław Piecha, wiceszef sejmowej Komisji Zdrowia. Znajdują one również odzwierciedlenie w informacji o wysokości składek przekazywanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do Narodowego Funduszu Zdrowia (tab. 2). Choć założono kilkumiliardowy wzrost spływu składki w tym roku, wynik za okres do końca lipca jest niższy o 1,5 mld zł niż rok wcześniej, a wskaźnik realizacji założonych przychodów jest niemal o 5 pp. niższy niż rok wcześniej, pomimo rekompensaty składek umorzonych w ramach tzw. tarcz antykryzysowych. W warunkach planu finansowego NFZ, który musi się bilansować, istnieje ryzyko, że budżet państwa będzie musiał skierować znaczne dodatkowe pieniądze do Funduszu.

Jeżeli jednak uważamy, że tylko ten rok jest trudny, jesteśmy w grubym błędzie. W przyszłym roku nakłady publiczne na ochronę zdrowia muszą wynieść 120,5 mld zł, czyli ok. 14 mld zł więcej niż obecnie.

Tabela 1. Macierz orientacyjnego wpływu zmiany PKB i stopy bezrobocia na dochody ze składki zdrowotnej

	Stopa bezrobocia w marcu 2020 r. (5,5%) –2 pp.	–4 pp.	–6 pp.	–8 pp.	–10 pp.
PKB –2 proc.	–3,7 mld zł	–5,6 mld zł	–7,6 mld zł	–9,5 mld zł	–11,4 mld zł
PKB –4 proc.	–5,2 mld zł	–7,4 mld zł	–9,3 mld zł	–11,2 mld zł	–13,1 mld zł
PKB –6 proc.	–7,3 mld zł	–9,2 mld zł	–11,1 mld zł	–12,9 mld zł	–14,8 mld zł

Źródło: Public Policy na podstawie dostępnych danych makroekonomicznych.

Tabela 2. Wysokość składek przekazywanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do Narodowego Funduszu Zdrowia

	2019	2020	Różnica
Styczeń	6 615 926 822,05	7 099 471 263,45	483 544 441,4
Luty	6 649 770 150,77	7 151 125 233,47	501 355 082,7
Marzec	7 008 503 095,24	7 433 395 569,73	424 892 474,49
Kwiecień	7 001 884 148,05	5 968 719 817,86	–1 033 164 330,19
Maj	7 010 146 299,52	6 610 042 024,32	–400 104 275,20
Czerwiec	7 572 883 732,99 zł	5 635 326 763,96 zł	–1 937 556 969,03
Lipiec	6 960 924 221,12 zł	7 341 242 235,30 zł	380 318 014,18
Suma	48 820 038 469,74	47 239 322 908,09	–1 580 715 561,65
Odsetek przychodów na rok	57,47%	52,59%	

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

To bezprecedensowa presja na budżet państwa, który w dobie zatrzymania wzrostu wartości składek będzie musiał ponieść zdecydowaną większość tego zobowiązania. Z punktu widzenia interesariuszy systemu ochrony zdrowia jeszcze trudniejszy będzie rok 2022, kiedy wyliczenie nakładów na ochronę zdrowia będzie się odnosić do bieżącego roku z głęboką recesją. Wzrost nakładów wyniesie raptem kilka miliardów złotych, co w dobie – słusznych zresztą – oczekiwań płacowych i wzrostu popytu na ochronę zdrowia oznacza konieczność podejmowania niepopularnych decyzji oraz szukania oszczędności, gdzie jest to możliwe.

Dane, dane, dane

Chciałbym zwrócić również uwagę na niedoceniany wpływ dużych trendów na wykorzystanie środków publicznych na ochronę zdrowia. Niespełna 2 lata temu na posiedzeniu Podzespołu ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego Stefan Bogusławski, wspólnie

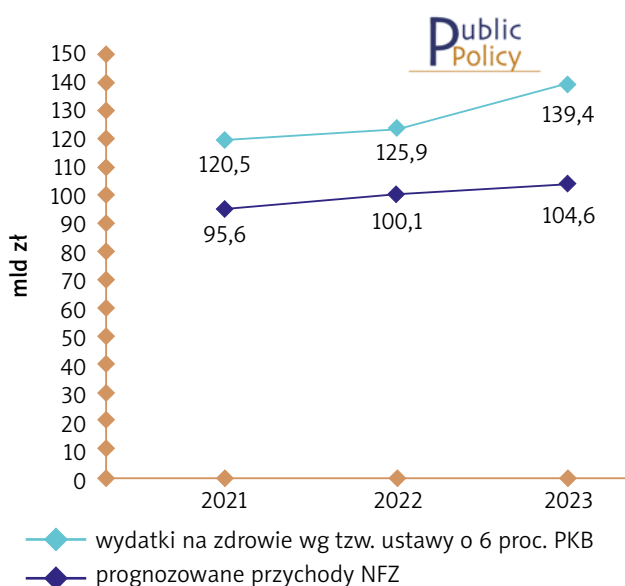
z częścią ówczesnego zespołu PEX PharmaSequence, przedstawił analizę dotyczącą szans, jakie daje nam tzw. ustawa o 6 proc. PKB na zdrowie. Wobec wzrostu oczekiwań płacowych, zmian demograficznych oraz innych czynników w 2024 r. mieliśmy mieć do dyspozycji realnie kilkanaście miliardów złotych więcej, które mogłyby być wykorzystane do poprawy dostępności świadczeń. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ nie kontestowali tych wyliczeń w żadnym zakresie. Recesja jednak powoduje, że przestrzeń na poprawę dostępności w najbliższym czasie zmniejszy się niemal do zera. Może się okazać, że efektem wprowadzenia ustawy o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia nie będzie odczuwalny dla pacjentów wzrost dostępności świadczeń. Otwarte pozostaje pytanie, czy taki stan rzeczy będzie powodować presję na dalszy wzrost finansowania usług publicznych dla pacjentów.

Informacji o stronie przychodowej mamy wiele, trudniej jednak analizować sytuację po stronie wy-

Tabela 3. Koszt dodatkowego popytu na ochronę zdrowia w latach 2020–2024 (w mld zł)

	2020	2021	2022	2023	2024
Wzrost poziomu wynagrodzeń	2,7	5,5	8,4	11,6	14,9
„Popytowy” wzrost kosztów	6,3	9,4	12,6	15,7	18,9
Leki 75+	0,1	0,22	0,28	0,34	0,4
Agencja Badań Medycznych	0,37	0,48	0,54	0,61	0,67
łącznie	9,47	15,6	21,82	28,25	34,87

Źródło: PEX PharmaSequence, prezentacja z posiedzenia Podzespołu ds. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego z 2018 r.



Rycina 1.

datkowej NFZ. Dysponując wyłącznie informacjami ze sprawozdań z wykonania planu finansowego od stycznia do maja, widzimy zdecydowane umocnienie po stronie wydatkowej podstawowej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa zamkniętego. Zapewnienie tym elementom systemu gwarancji finansowania nie jest szczególnie zaskakujące – od wielu lat wzrost wydatków na oba te cele przekracza dynamikę wydatków na system ochrony zdrowia. W ten sam sposób należy odczytywać kilkunastoprocentowy spadek nakładów na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Jeżeli mamy niepewną sytuację po stronie przychodów i zagwarantowany wzrost wydatków przy braku możliwości zadłużania się, nieuniknione jest poszukiwanie oszczędności w innych miejscach systemu.

Od czasu wprowadzenia ustawy refundacyjnej instytucje publiczne mają tendencję do poszukiwania oszczędności w obszarze refundacji leków, wyrobów medycznych itp. Należy jednak oddać sprawiedliwość – w ostatnim roku pomimo braku skokowego wzrostu wydatków na refundację, dzięki pracy Macieja Miłkowskiego i jego współpracowników, doszło do skokowego wzrostu dostępności terapii dla pacjentów. Liczby

dotyczące nowych objęć i rozszerzeń wskazań refundacyjnych pokazują, że mamy do czynienia z wyraźnym progresem, a jednocześnie udało się sfinalizować rozmowy w najtrudniejszych dziedzinach. Zwiększenie dostępności terapii w cukrzycy, rewolucja w leczeniu hematologicznym, wyjście w decyzjach refundacyjnych poza terapie przeciwnowotworowe oceniam jako jednoznaczne sukcesy, których wdrożenie nie doprowadziło do katastrofy po stronie płatnika. Wracając jednak do trudności finansowych płatnika publicznego oraz ich konsekwencji dla polityki lekowej, zwracam uwagę na nieprzypadkowe wystąpienie w ostatnim czasie trzech okoliczności:

- publikacja projektu ustawy o Funduszu Medycznym zawierającej zapisy wzmacniające Komisję Ekonomiczną – porzucone wyłącznie z powodu politycznej proweniencji projektu, który ma być sukcesem Kancelarii Prezydenta RP;
- wprowadzenie do ustawy o funkcjonowaniu ochrony zdrowia w dobie epidemii zapisów w zasadniczy sposób wzmacniających pozycję negocjacyjną resortu zdrowia w toku re negocjacji decyzji refundacyjnych oraz ograniczających prawo dochodzenia płatności za świadczenia nielimitowane, co zostało przyjęte niemal bez reakcji partnerów społecznych;
- publikacja projektu rozporządzenia ministra finansów, na mocy którego do całkowitego budżetu na refundację mogą zostać wliczone wydatki na program nieodpłatnych leków dla seniorów, RDTL oraz inne kategorie wydatków.

Wydaje się, że powyższe zmiany, realizowane za ledwie przez kilka tygodni, zdradzają nowy kierunek w działaniach ustawodawcy. Okoliczności dotyczące finansowania ochrony zdrowia będą prowadzić do intensyfikacji działań, dzięki którym płatnik uzyska dodatkowe narzędzia kontroli swoich wydatków. Kryteria mogą być przy tym również pozamerytoryczne. Dość powiedzieć, że najczęściej zmiany dotyczą obszarów, w których najłatwiej zarządzać niezadowolonym interesariuszy, a polityka lekowa może zostać uznana za relatywnie nietrudną do zmiany. W szczególności wydaje się, że jesienią i w kolejnych kwartałach będziemy mogli obserwować zmiany dotyczące:

- wzmacniania kompetencji ministra zdrowia lub podmiotów zależnych w zakresie podejmowania decyzji refundacyjnych;
- budowania mechanizmów konkurencyjnych na rynku leków refundowanych z wykorzystaniem obowiązujących narzędzi lub stworzeniem nowych;
- zmiany sposobu rozliczania świadczeń oraz modelu dystrybucji (np. komis leków).

Jestem daleki od optymizmu, jeśli chodzi o to, czy wprowadzanie zmian będzie się odbywać w sposób angażujący partnerów społecznych. W ostatnich dniach widzieliśmy, że nie stanowi większego wyzwania zgłoszenie na etapie prac w komisji poprawki wykracza-

„ Przy Miodowej pojawia się specjalista, który od ponad dwóch lat mógł z bliska obserwować potęgę bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia ”

jącej poza przedmiot ustawy, a ustawa z tym przepisem może być uchwalona w 72 godziny. Naprawdę nie potrzeba do tego małej, średniej ani dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej. Okoliczności są wyjątkowe, więc podejmowane kroki również muszą takie być. Zbudowanie większej przewidywalności w tym zakresie wymagałoby zapewnienia większej stabilności otoczenia resortu zdrowia, co można zrobić, przede wszystkim kierując znaczące dodatkowe środki publiczne do systemu. Bez wsparcia kluczowych interesariuszy będzie to niezwykle trudne, tym bardziej że wiele działów administracji rządowej formułuje oczekiwania dotyczące inwestycji w sektory inne niż zdrowie.

Specjalista i potęgą bazy danych

Równocześnie, wracając do personalnego podejścia do ochrony zdrowia, przy Miodowej pojawia się specjalista, który od ponad 2 lat mógł z bliska obserwować potęgę bazy danych NFZ. Od wielu lat dyskusja nad koncepcjami wdrożenia możliwości podejmowania decyzji na podstawie danych i prawdziwej polityki publicznej (co w naszych warunkach musiało przyjąć kształt modnego anglicyzmu) odbywa się z pominięciem najważniejszej kwestii – na jakich zasobach informacyjnych będziemy bazować. Największymi sukcesami Adama Niedzielskiego są w mojej opinii projekt „Zdrowe Dane”, zapewnienie publicznej dostępności istotnej części zasobów NFZ oraz kontynuacja wdrażania mechanizmów projakościowych w polityce płatnika. Cechą wspólną tego rodzaju działań jest podejmowanie decyzji na podstawie rzetelnie udokumentowanych przesłanek. Wydaje się, że w końcu ministrem zdrowia jest osoba posiadająca wiedzę, w jaki sposób kształtować politykę zdrowotną, opierając się na twardych danych. Po raz pierwszy naprawdę mamy szansę na pracę nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia, utworzenie rejestrów klinicznych i standaryzację opieki zdrowotnej. Oczywiście w tych zakresach kluczowy będzie czynnik polityczny. Minister zdrowia będzie potrzebował politycznego wsparcia, dalece wykraczającego poza przychyłność premiera. Wiele odpowiedzi poznamy, kiedy usłyszymy nazwisko sekretarza stanu odpowiedzialnego za pozyskiwanie wsparcia większości parlamentarnej dla reform proponowanych przez resort zdrowia.

Dla polityki refundacyjnej zmiana kadrowa oznacza wzmocnienie jej koordynacji z działaniami innych części resortu zdrowia. Tak jak w debacie publicznej często narzeka się na państwo resortowe, tak w ostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia można było uznać za departamentowe. Brakowało koordynacji pomiędzy zmianami organizacyjnymi a decyzjami prowadzącymi do zwiększenia dostępności terapii. Dla pacjentów najlepiej byłoby, gdyby minister zdrowia był w stanie skoordynować te procesy. Na przykład – od 3 lat istnieje wymóg publikacji wytycznych postępowania dia-

„Może się okazać, że efektem wprowadzenia ustawy o minimalnych nakładach na ochronę zdrowia nie będzie odczuwalny dla pacjentów wzrost dostępności świadczeń. Otwarte pozostaje pytanie, czy taki stan rzeczy będzie powodować presję na dalszy wzrost finansowania usług publicznych dla pacjentów”

gnostyczno-terapeutycznego w dziedzinie onkologii, a dotychczas nie zrealizowano tego zobowiązania. Co gorsza, brak standaryzacji ścieżki pacjenta skutkuje postępującym uzależnieniem sytuacji chorego od miejsca zamieszkania. Wyobraźmy sobie, że wspólnie ze zmianami organizacji opieki i standaryzacją postępowania diagnostycznego dochodzi do nowelizacji schematu leczenia pacjentów. Korzyści dalece wykraczają poza punktową decyzję refundacyjną. Do tego jednak potrzeba określonego planu i jego konsekwentnego wdrażania. To wskazówka również dla tych wszystkich, którzy o zmiany chcą zabiegać.

Nowe otwarcie

Powołanie Adama Niedzielskiego na stanowisko ministra zdrowia daje nadzieję na nowe otwarcie. Niestety okoliczności, w jakich przejął resort, były niesprzyjające – recesja gospodarcza oraz pandemia to wyzwania, z którymi żaden z jego poprzedników nie mierzył się w takim stopniu. Powodzenie jego misji jest uzależnione od wsparcia politycznego oraz przychyłności interesariuszy systemu, którzy nie mogą zapominać, że wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB jest dalece niewystarczający, by zapewnić jakościową zmianę w tej dziedzinie. Najważniejszą szansą jest przejście od słów do czynów – potrzebujemy dobrze zaplanowanej i konsekwentnie wdrażanej polityki publicznej w ochronie zdrowia. Wyizolowana dyskusja nad polityką refundacyjną bez omówienia pozostałych priorytetów skończy się tym, co dobrze znamy. Doraźnym gaszeniem pożarów i nazywaniem drobnych zmian wielkimi słowami.

Wojciech Wiśniewski