



foto: Dąbki x3

# Chudy rok 2010

Rozmowa z Jakubem Szulcem, wiceministrem zdrowia

Nie będzie wypłat za nadwykonania, szpitale i przychodnie będą zmuszone do ograniczenia działalności, niektóre wpadną w długi. Czy polska ochrona zdrowia przetrwa rok 2010?

Oczywiście, że tak! Nie dość, że przetrwa, to jeszcze będzie funkcjonować na przyzwoitym poziomie. Oszczędności jednak być muszą. I będą, bo na 2010 rok prognozujemy zmniejszenie samej składki z ZUS o ok. 2 mld zł.

**Będzie zatem o 2 mld zł mniej na ochronę zdrowia?**

Nie, na szczęście to nie automat. Mielśmy zapasy na chude lata, wypracowaliśmy rezerwę. Skompensuje to w pewnym stopniu ubytek. W przyszłym roku zatem budżet przeznaczony na ochronę zdrowia zmniejszy się o miliard, z 54,7 mld zł do 53,6 mld zł. Mówiąc językiem ekonomisty, budżet ten zmniejszy się o 2 proc. To niewiele, nie znam budżetu rodziny, firmy czy instytucji, dla której strata 2 proc. wpływu stanowiłaby fundamentalne zagrożenie. Cięcia będą, ale nieznaczne.

Jednak w makroekonomii 2 proc. to wcale nie jest niewiele. Przypominam sobie wyliczenia, z których wynikało, że spadek tempa przyrostu PKB w Polsce o 1 proc. skutkuje ubytkiem kilkudziesięciu tysięcy miejsc pracy, plajtą tysięcy firm. Ile szpitali zadłuży się, ilu lekarzy straci pracę, ilu spadną zarobki, ilu pacjentów nie otrzyma świadczenia, gdy obetniemy budżet zdrowia o 2 proc.?

Tego nie można dokładnie wyliczyć. Wiele zależy od tego, w jaki sposób menedżerowie, lekarze, pielęgniarki, pacjenci podejną do wyzwań, które niesie ze sobą kryzys, z którym zmagają się cała gospodarka, nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. Rozumiemy, że po trzech latach tłustych, kiedy stać nas było na coroczne podnoszenie nakładów, przyszły lata chudsze. Staramy się skutki kryzysu minimalizować, reagować stosownie do sytuacji. Dostrzegam w polskiej ochronie zdrowia także inną postawę. Rozumowanie w stylu *kryzys mnie nie obchodzi, pieniądze mają się znaleźć i kropka*. To myślenie magiczne, zaklinanie rzeczywistości. Wiadomo, że wobec tego kryzysu nie można przejść, udając, że nic się nie stało, nie uniknie się wszystkich naraz złych jego skutków. Jedyne, co można zrobić, to starać się je minimalizować. Gdy ten sposób myślenia przyjmą menedżerowie zdrowia – uda się uratować to, co najważniejsze.

**Minimalizowanie skutków to także staranie się o dodatkowe wpływy. Jaki pomysł ma tu ministerstwo?**

Żaden z rozważanych przez nas pomysłów nie jest możliwy do zastosowania w krótkim czasie. Szybki efekt można uzyskać dwoma sposobami – pierwszy – to podniesienie składki zdrowotnej, drugi – uzyskanie dofinansowania z budżetu państwa. Oba pomysły

trzeba odrzucić. Zwiększenie składki zdrowotnej to w praktyce podniesienie podatku dochodowego. Nie wchodzi to w rachubę, obciążenia podatnika w Polsce i tak utrzymują się na wysokim poziomie, budżety domowe mogłyby nie wytrzymać kolejnej podwyżki podatków. Podobnie odrzucić trzeba pomysł upominania się o dodatkowe dotacje z budżetu państwa. I bez tego jest on napięty.

**Co z ubezpieczeniami dodatkowymi?**

Pracujemy nad tym, ale nie będzie tu szybkiego efektu. Rezultaty pojawią się po miesiącach, możliwe, że nawet latach. Sprawę dodatkowych ubezpieczeń musimy rozwiązać na drodze ustawowej. Trzeba po prostu wpisać w odpowiedni akt prawny możliwość funkcjonowania ubezpieczeń dodatkowych, określić podstawowe zasady ich funkcjonowania. Przygotowaliśmy odpowiedni projekt, zaczęliśmy konsultacje. Nie mogę podać wszystkich szczegółów, ale muszę się

„ Gdybyśmy czekali na dokończenie wyceny wszystkich procedur, przeprowadzili debatę, stracilibyśmy najmniej rok. O tyle opóźniłaby się rzeczywista inauguracja koszyka ”

przyznać do jednego – aby zachęcić do kupowania dodatkowych ubezpieczeń, w projekcie przewidziano możliwość odpisania od podstawy opodatkowania kwot wydawanych na dodatkowe ubezpieczenia. Spowodowało to problem – w dobie kryzysu nikt na takie dodatkowe zwolnienia podatkowe nie chciał się zgodzić. Projekt z tego powodu utknął, poprawiamy go.

**Nie będzie podwyżki składki zdrowotnej, nie będzie dodatkowych dotacji z budżetu, pieniądze z dodatkowych ubezpieczeń, jeśli w ogóle się pojawiają, to nieprędko. Podsumowując – nie ma co liczyć na dodatkowe pieniądze, trzeba oszczędzać.**

Tak.

**Na czym w pierwszej kolejności?**

Z punktu widzenia ministerstwa i płatnika – na nadwykonaniach. Po prostu nie można w obecnej sytuacji płacić więcej niż zapisano w kontraktach. Pieniądzy wystarczy na pokrycie tego, do czego się w nich zobowiązano. Nie stać nas na płacenie ekstra za coś, na co się nie umawialiśmy. Szpitale miały świadomość tego,





że zapłata za nadwykonania nie jest obligatoryjna, że może do niej nie dojść. Podjęły ryzyko, za które nie możemy brać odpowiedzialności.

Kłopot właśnie w tym, że po latach, w których pieniądze na nadwykonania zawsze się znajdowały, zbyt wiele szpitali podjęło to ryzyko, opierając swe biznesplany na założeniu, że będą pieniądze za nadwykonania. Wpadną teraz w tarapaty, zadłużenie, staną przed groźbą plajty, drastycznego ograniczenia działalności.

Mamy dla nich mocną ofertę – przekształcenia własnościowe w ramach planu B. To jest rozsądna opcja i ma tę przewagę nad innymi, że nie trzeba tworzyć do niego instrumentarium prawnego od podstaw. Odpowiednie akty i procedury już istnieją, wystarczy po nie sięgnąć ręką, wcielić w życie. Spodziewamy się, że w roku 2010 znaczna część szpitali skorzysta z planu B. Chętnie pomogliśmy im w inny sposób, ale weto prezydenta Kaczyńskiego sprzed roku skutecznie nam w tym przeszkadza.

Przestrzegalbym jednak przed nadmierną wiarą, że spełni się czarny scenariusz, który kreśli się, mówiąc o kondycji polskich szpitali. Wiele z nich osiąga rentowność na poziomie 10 proc., są takie, które mają aż 20 proc. Przy spadku nakładów na ochronę zdrowia o 2 proc. nie grozi im nic złego.

Wiele szpitali jednak, szczególnie w dużych ośrodkach, stoi przed podwójną pułapką. Nie dość, że mniej pieniędzy trafi do sytemu, to jeszcze na dodatek zmienił się algorytm, wg którego dzielone są ogólnopolskie środki na województwa. Stracą te najbogatsze – to będzie dla nich dodatkowy cios.

Na zmianę algorytmu zdecydowaliśmy się po dokładnym rozeznaniu sytuacji w regionach. Okazało się, że szpitale z bogatszych regionów radziły sobie daleko lepiej niż te z biednych. W wielu przypadkach w województwach bogatych pieniędzy było tyle, że nadwykonania nie były potrzebne, wszystko mieściło się w kontrakcie. W tym samym czasie w biedniejszych regionach nadwykonania były konieczne na dużą skalę. Uznaliśmy, że dysproporcje są zbyt duże, trzeba interweniować, zmienić algorytm.

Przy okazji poprawiania algorytmu wyszło też na jaw, że jest to narzędzie bardzo ułomne. Dotychczasowy premiował duże miasta, w których płace przeciętne są znacznie wyższe niż w małych. Bez wyższych wynagrodzeń nie uda się zatrudnić pielęgniarek, personelu – argumentowali zwolennicy dotychczasowych rozwiązań, dodając – wyższe wynagrodzenia to wyższy koszt funkcjonowania szpitala, co uzasadnia potrzebę premii z algorytmu. Długo nikt nie zwracał uwagi na to, że algorytmowa premia w ramach jednego województwa

dzielona jest równo na wszystkich pacjentów. W przypadku województwa mazowieckiego oznaczało to, że tylko samo dostawało miasto Warszawa (gdzie rzeczywiście średnia płaca jest bardzo wysoka), jak i Ciechanów, i Radom – gdzie wynagrodzenia są daleko mniejsze. Gdy porównano Radom z Kielcami – okazało się, że przy podobnym poziomie zamożności, podobnym wkładzie do wspólnej kasy. Radom dostawał znacznie więcej. Bo Radom leży w województwie mazowieckim, a sąsiednie Kielce – nie. Algorytm nie jest sprawiedliwy.

Ile pieniędzy Ministerstwo Zdrowia wydało na wyliczenie kosztów procedur medycznych, potrzebne do budowy koszyka świadczeń w jego poprzedniej wersji?

Okolo 8 mln zł.

Dlaczego więc, gdy ostatecznie zdecydowano, co obejmie koszyk, a czego nie, w ogóle zignorowano dorobek grupy odpowiedzialnej za liczenie kosztów procedur? Wygląda na to, że ministerstwo zmarnowało te 8 mln zł.

Nie zmarnowało. Wyliczenia te już się przydają i będą w przyszłości przydawać niejednokrotnie, także przy ewentualnych poprawkach w koszyku. Są oparte na *Evidence Based Medicine*, to kawał porządnej roboty. Pytanie odwołuje się do dwóch powiązanych, ale osobnych tematów – koszyka świadczeń gwarantowanych i rachunku kosztów (lub, upraszczając, wyceny świadczeń). Zespół pracujący u ministra Religi nad koszykiem świadczeń nie dopracował się wprowadzenia zasad wyceny świadczeń, natomiast określił katalog procedur koszykowych. Ten katalog (koszyk) nie mógł wejść w życie z prozaicznego powodu – przy 18 tys. procedur nie można było w zasadzie nad nimi zapanować. Dopiero wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów w lecznictwie szpitalnym umożliwiło *opanowanie* tej kwestii. Drugą słabą stroną *koszyka Religi* było oderwanie od relacji NFZ – świadczeniodawcy – uwzględniono wszystkie możliwe procedury wg ICD 9 i ICD 10, niezależnie od tego, czy były kontraktowane, czy nie.

Kwestia prawidłowej wyceny świadczeń jest natomiast osobnym tematem, związanym z wprowadzeniem jednolitego, szczegółowego rachunku kosztów, pozwalającego rzetelnie, na reprezentatywnej próbie wprowadzić wycenę każdego świadczenia. Paradoksalnie, widoczny jest tutaj opór ze strony świadczeniodawców, dla których takie rozwiązanie wiązałoby się z dodatkowymi obciążeniami i ryzykiem wystąpienia spadku wyceny świadczeń przewartościowanych.

Prace nad rachunkiem kosztów trwają w ramach programu realizowanego przez DUZ, SGH, AOTM w ramach PO KL. Wysiłek zespołu opracowującego katalog nie poszedł na marne, jest kontynuowany, nie ma mowy o zmarnotrawieniu 8 mln zł.



„ Rozumowanie w stylu kryzys mnie nie obchodzi, pieniądze mają się znaleźć i kropka – to myślenie magiczne „

Dlaczego nie uwzględniono ich przy budowie obecnej wersji koszyka?

Z czysto pragmatycznych względów. Chodziło nam o to, by koszyk powstał szybko. Gdybyśmy czekali na dokończenie wyceny wszystkich procedur, przeprowadzili debatę, stracilibyśmy najmniej rok. O tyle opóźniłaby się rzeczywista inauguracja koszyka. Nie mieliśmy tyle czasu. Poza tym szybkie wprowadzenie koszyka w jego poprzedniej wersji zagroziłoby funkcjonowaniu rynku usług medycznych.

Dlaczego?

W Polsce wycena konkretnych usług medycznych kształtowała się przed lata, podczas kolejnych negocjacji między NFZ a świadczeniodawcami. Zgadzam się, że system, który powstał w ten sposób nie jest idealny, ma oczywiście mankamenty. Ale to system, który działa w praktyce, na jego podstawie trwa codzienna współpraca między płatnikiem i świadczeniodawcami. Gdyby z dnia na dzień z niego zrezygnować – przez dłuższy czas panowałby chaos, zarządzanie przepływem pieniędzy na polskim rynku przez jakiś czas byłoby zupełnie niemożliwe. Nie mogliśmy do tego dopuścić.

Oczywiście, wyobrażam sobie możliwość zmiany obecnych reguł na nowe. Zmiana ta musiałaby jednak być bardzo dobrze przygotowana. Zasady nowego systemu rozliczeń musiałby zostać opracowane w 100 proc., opublikowane z odpowiednim wyprzedzeniem, precyzyjnie należałoby określić, do kiedy obowiązują stare zasady, od kiedy nowe. W chwili publikowania rozporządzeń koszykowych wszystkie te warunki nie były spełnione. Presja czasu była duża, termin wejścia w życie ustawy, do której rozporządzenia koszykowe były potrzebne – krótki. Dobrze się stało, że go dotrzyaliśmy, nawet gdy nie wszystkie przyjęte rozwiązania są idealne. Odwlekanie przyjęcia rozporządzeń też byłoby złem, na opóźnieniach w realizacji ustawy stracilibyśmy znacznie więcej. ■

Bartłomiej Leśniewski