

Bez rewolucyjnych zmian

Rozmowa z Markiem Balickim, ministrem zdrowia

– Jesteśmy w przededniu poważnej zmiany w organizacji ochrony zdrowia – tak jak 4 lata temu – reformowany jest płatnik. Po czterech latach już mniej więcej wiemy, co trzeba zmienić. A czy wiemy, jak należy zmienić?

– Ustawodawca rozstrzygnął już, co i jak będzie zmieniane w instytucji płatnika. Dzisiaj Sejm głosując nad poprawkami Senatu zamyka parlamentarny etap prac nad ustawą o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Pozostaje jedynie decyzja prezydenta. Potem bardzo krótkie *vacatio legis* i być może w marcu ustawa zacznie funkcjonować. Kształt ustawy jest znany, a o tym czy wejdzie w życie zadecyduje prezydent.

– Tak więc ogólne zasady NFZ znamy. Jednak diabeł tkwi w szczegółach. Czy tu nie ma zagrożenia? O te konkrety rozbiła się jakość zadziałania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jak wskazuje praktyka – nie wystarczy określenie samych zasad, ale należy wypracować sposób ich wprowadzenia w życie. Chodzi o rozporządzenia ministra do tej ustawy. Jak np. będą kontraktowane świadczenia?

– Zasada kontraktowania świadczeń, jak wiemy, jest w tej ustawie utrzymana. Warto pamiętać, że zmiany w systemie opieki zdrowotnej to jest proces, w którym do modelu docelowego dochodzi się etapowo. Gdy spojrzymy na inne, dużo bardziej zasobne od naszego kraje, wiadać, że nie ma takiego modelu, o którym można by powiedzieć, że jest optymalny. We wszystkich tych krajach system opieki zdrowotnej podlega ciągłym zmianom. W Niemczech w tych dniach protestują lekarze w związku z tym, że koszty opieki zdrowotnej bardzo wzrosły, a z drugiej strony środki, które mogłyby być przeznaczone na to, są ograniczone, niewystarczające. Ta sytuacja w ostatnich latach dotyka wiele krajów. W Stanach Zjednoczonych w 2001 roku (najświeższe opracowania dotyczą tego roku) koszty leczenia wzrosły o 8,6 proc. To najwyższy wzrost w ostatniej dekadzie, który zmusza do podejmowania działań zaradczych. Wracając więc do naszej sytuacji – w Polsce będzie to, według mnie, proces, a nie kolejna rewolucyjna zmiana.



Minister Marek Balicki w swoim gabinecie

– Ale czy zmiany prawne, wprowadzane przez ostatnie kilka lat w Polsce w tym zakresie, nie są zbyt częste, a także zbyt radykalnie różniące się od początkowych zamysłów?

– Prawdziwie rewolucyjna zmiana dokonana się w 1999 roku. Spośród czterech wielkich reform aż dwie dotyczyły systemu opieki zdrowotnej. Reforma samorządowa zmieniła funkcje wojewódzkiej administracji rządowej i wprowadziła dwa nowe rodzaje samorządu terytorialnego: wojewódzki i powiatowy. To one przejęły od wojewodów funkcje organów założycielskich publicznych zoz-ów. W wyniku drugiej z czterech reform powstały kasy chorych pełniące funkcję płatnika. W miejsce budżetowego finansowania zoz-ów za pośrednictwem wojewodów zostały wprowadzone umowy zawierane między świadczeniodawcą a kasą chorych jako płatnikiem. Wymagało to przekształcenia wszystkich placówek z jednostek budżetowych na samodzielne publiczne zoz-y. W sumie były to rewolucyjne zmiany. Wszyscy wiemy, że nie były one dobrze przygotowane. Na dodatek tak głębokie zmiany wprowadzono *obok* środowisk medycznych, a czasem wbrew tym środowiskom. Choć mogło się wówczas wydawać, że wprowadzenie ubezpieczeń, zwłaszcza w formie kas chorych, to wręcz postulat części środowisk medycznych. Tymczasem okazało się, że chyba co

innego na myśli mieli zwolennicy kas chorych z początków lat 90. niż to, co zaczęto wdrażać w roku 1999.

Teraz rewolucji nie będzie. Zmiany, które wprowadza ustawa o NFZ to nie rewolucja. Kontrakt między płatnikiem a świadczeniodawcą, jako sposób przekazywania środków za udzielone świadczenia zdrowotne pozostaje. Ustawa nie zmienia sytuacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zmienia się natomiast w dużym stopniu kształt i organizacja płatnika. Z punktu widzenia konkretnego świadczeniodawcy w miejsce jednego głównego płatnika, jakim jest dzisiaj regionalna lub branżowa kasa chorych wchodzi jego następca – Narodowy Fundusz Zdrowia. Porównując zakres zmiany do tego, co było w 1999 roku – jest on nieporównanie mniejszy.

– Większość z zaangażowanych w różny sposób w ochronę zdrowia dyskutantów największe niebezpieczeństwo w nowej instytucji płatnika upatruje w ręcznym sterowaniu, centralizacji. Senator Balicki mówił: NFZ – tak, centralizacja – nie. A co na to minister Balicki?

– Mówię to samo. Nie ma mowy o centralnym sterowaniu przez rząd czy ministra zdrowia. Minister zdrowia będzie sprawował nadzór nad Funduszem. Przed wszystkim jednak nastąpi konsolidacja funduszy i ujednoczenie zasad zawierania kontraktów, a także bardziej sprawiedliwa i transparentna alokacja środków na poszczególne regiony.

– O ile się nie mylę, Pan minister nie był zwolennikiem systemu ubezpieczeniowego, może bardziej już samorządowego...

– Rzeczywiście – kasy chorych to dość drogi system. Dzisiaj jednak nie wyobrażam sobie wprowadzenia systemu samorządowego. To dopiero byłaby rewolucja, i to – z niewiadomym skutkiem!

– Czy wprowadzenie ustawy o ubezpieczeniu w NFZ, zmiana instytucji płatnika, gwarantuje usunięcie obecnych problemów? Ułatwi dostęp do świadczeń, zapewni równość tego dostępu pacjentom w różnych regionach kraju?

– Wiemy, że to zależy od wielu czynników. Sama zmiana instytucji płatnika jest niewystarczająca, by uzyskać lepszy i wyrównany terytorialnie dostęp do świadczeń zdrowotnych. Zresztą już sama wysokość nakładów na opiekę zdrowotną ma znaczący wpływ na jakość świadczeń.

– Może jednak niekoniecznie ta zależność musi być prostoliniowa? Dane GUS o stanie finansowym publicznych placówek za 2001 r. mówią, że są regiony Polski, w których zadłużenie zakładów publicznych w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego tego regionu jest wielokrotnie mniejsze, choć ilość pieniędzy w kasie regionalnej nie sięgała średniej krajowej – tak np. jest w Wielkopolsce i Małopolsce.

– Nie dziwi mnie to. Trudno oczekiwać, by wszystko było takie samo, jeśli to nie jest system budżetowy, w którym ogólnie dzieli się środki, funkcjonują taryfikatory, takie same wynagrodzenia itd. Mamy też bardzo zróżnicowaną sytuację, jeśli chodzi o posiadaną bazę zdolną do świadczenia usług, której utrzymanie kosztuje. Generalnie doceniam szybszy rozwój zarządzania w niektórych regionach, bo to jemu w większości należy przypisać lepsze wyniki finansowe, ale przestrzegalbym przed uproszczonym, fragmentarycznym ocenianiem rzeczywistości, to jest naprawdę złożony system!

– Czy dzieje się to kosztem interesów jednych grup przed drugimi, np. szpitali, albo związków zawodowych, albo samorządów?

– No właśnie. Nie można postrzegać sytuacji dwubiegunowo: z jednej strony określone postulaty społeczne artykułowane przez różne organizacje, a z drugiej strony rząd. Tak nie jest. Wczoraj spotkałem się z przedstawicielami kilku najważniejszych związków zawodowych i samorządów zawodowych. Każda z tych rozmów była inna. W wielu sprawach moi rozmówcy prezentowali odmienne, nierzadko sprzeczne stanowiska. Okazuje się, że system ochrony zdrowia jest złożonym systemem, w którym ścierają się interesy i oczekiwania różnych grup oraz środowisk i często się wzajemnie wykluczają. Dlatego niezwykle istotne jest to (a będzie to szczególnie ważne dla sprawnego wprowadzania Narodowego Funduszu Zdrowia), by w tych sprzecznych i wzajemnie wykluczających się postulatach szukać tego, co może być wspólnie uzgodnione. Równolegle, w ramach dialogu trzeba poszerzać zakres możliwego porozumienia. Dialog społeczny i wynikające z niego uzgodnienia ułatwiają wprowadzanie zmian. Gdy wprowadzano kasy chorych takiej próby nie podjęto. Była to raczej próba wprowadzania *siłowego* i czekania *kto kogo przetrzyma*. Powstałe wówczas napięcia i konflikty do dziś utrudniają nam działanie.

– Co może zrobić minister, by lepsze zarządzanie placówkami publicznymi w szybszym tempie docierało tam, gdzie w tej chwili ciągle są problemy?

– Odpowiedź jest prosta – doprowadzając do zmian regulacji prawnych. Zarządzanie na poziomie przeciętnego zoz-u musi być dobre. To ono wpływa na efektywność całego systemu i nie było dotąd odpowiednio doceniane. Jakość zarządzania i jego efekty nie zależą wyłącznie od ludzi, ale także od formy gospodarki finansowej i organizacji świadczeniodawcy. Coraz częściej wskazuje się na to, że forma jednostki samodzielnej w jakiej sp zoz działają od 1999 roku nie odpowiada obecnym wyzwaniom. Z jednej strony forma ta ogranicza możliwości działania, a z drugiej nie gwarantuje skutecznego nadzoru właścicielskiego i twardych reguł finansowania. W dużym stopniu podzielam te opinie. Moje doświadczenia z zarządzania szpitalem wskazują, że obecna forma jednostki samodzielnej wymaga zmian. Rozpoczęte zostały prace nad zmianami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W zespole, który się tym zajmuje jest wielu świetnych mene-

dzierów praktyków. Wyniki prac będą poddane szerokim konsultacjom, zanim będą skierowane do parlamentu. W listopadzie ub.r. Senacka Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia, którą kierowałem, zorganizowała konferencję, która była początkiem debaty publicznej z partnerami społecznymi nad przekształceniem jednostek samodzielnych. W dyskusji dużo mówiono m.in. o formie spółek samorządowych, jako jednym z kierunków przekształceń.

– Ale dyrektorzy szpitali na taką zmianę czekają.

– Oni sami też różnie się na ten temat wypowiadają. Większość zgadza się, że zmiany są potrzebne i nie można ich odkładać na przyszłość. Ja, po swoich doświadczeniach ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie jestem przekonany, że pójście w kierunku spółki samorządowej może być rozwiązaniem. Nie musi to być rozwiązanie obligatoryjne dla wszystkich sp zoz-ów. W każdym razie w procesie naprawy reformy zmiany muszą obejmować zarówno płatnika, jak i świadczeniodawcę. Być może, że zmiany dotyczące świadczeniodawcy będą bardziej istotne i dalej idące, niż obecna likwidacja kas chorych i powstanie jednego płatnika o regionalnej strukturze, co jest przedmiotem większości komentarzy prasowych.

– Jak wytłumaczyć obecny konflikt między stanowiskiem menedżerów szpitali a kasami chorych?

– Konflikt, który ujawnił się wokół sprawy przedłużenia kontraktów ze szpitalami na pierwszy kwartał tego roku i zaognił się w województwie wielkopolskim, czy w kilku innych, wynika głównie ze zmiany sytuacji finansowej w roku bieżącym. Mówiąc najkrócej, w ub.r. kasy chorych w skali całego kraju wydały więcej środków niż planowane wpływy ze składek w tym okresie. Pozostały nadwyżki z roku 2001, zmienił się sposób rozliczania z kasowego na memoriałowy (tzw. 13. składka), a na dodatek w ostatnich miesiącach rzeczywiste wpływy ze składek były mniejsze od planowanych. Tak więc część pokrycia wydatków kas w 2002 r. miała charakter jednorazowy (nadwyżki z roku 2001 i 13. składka) i wiadomo było, że taka sytuacja nie powtórzy się w roku następnym. Pogorszyły się dodatkowo wpływy ze składek. W rezultacie wstępny wynik finansowy kas za rok ubiegły wykazuje ponad sześćsetmilionowy deficyt. W niektórych kasach dołączyły się do tego jeszcze, jak np. na Śląsku, niekorzystne dla systemu decyzje poprzednich zarządów kas chorych. Skutki jednak spadły na następców. Podsumowując w skali całego kraju, mimo wyższej w tym roku składki, środków może być mniej. Sytuację może poprawić inicjatywa ustawodawcza przedłużająca o dwa lata okres spłaty po-



Na zdjęciu: (od lewej) Halina Michalak, dyrektor generalny wydawnictwa Termedia, Zbigniewa A. Nowodworska, Renata Furman, rzecznik prasowy ministra zdrowia oraz minister Marek Balicki

zyczki, jakiej budżet udzielił kasom w 2000 r. Dzięki temu w 2003 roku pozostałoby w systemie ponad 300 mln złotych. Takie działania podjąłem od razu po objęciu urzędu. Około 700 milionów złotych w skali roku może wpłynąć po wejściu w życie ustawy o NFZ dzięki nowemu przepisowi, zmieniającemu podstawę naliczania składki w niektórych przypadkach. Jeśli prezydent nie podpisze ustawy, to środków tych nie będzie.

– Skoro brak nam pieniędzy w budżecie, które mogłyby m.in. podnosić jakość, to może należy wrócić do idei ubezpieczeń dodatkowych, dobrowolnych?

– Błędem przy wprowadzaniu systemu kas chorych było prezentowanie uproszczonego myślenia o systemie opieki zdrowotnej. Pamiętamy, co mówili ówcześni liderzy: *pieniądz pójdzie za pacjentem*, pacjent będzie mógł wybierać lekarza i w ogóle będzie dobrze. A co było? Zaczęło się od konfliktów, strajków, nikt nic nie wiedział, pacjenci chodzili od okienka do okienka, rejestratorki nie wiedziały, co mówić pacjentom, dyrektorzy nie mogli się połączyć, a wpływy ze składek były znacznie mniejsze niż zaplanowano. Był jeden wielki bałagan. Tak więc, gdy mówi się, że potrzebne są ubezpieczenia dodatkowe, to nie można mieć na myśli tylko jednego artykułu (art. 4a ustawy o puz), zresztą bardzo ogólnie sformułowanego. Opowiadam się za powrotem do pogłębionej debaty nad zagospodarowaniem tego wielkiego strumienia pieniędzy, który płynie obok kas chorych. I taką debatę zainicjuję.

– A gdyby miał to być system komercyjny w Polsce?

– Gdy mówimy o systemie komercyjnym i to w biednym kraju, takim jakim jest Polska, trzeba być bardzo ostrożnym. Działania komercyjne na dużą skalę, czyli ukierunkowane na maksymalizację zysków oznaczają także, że zyski mogą być transferowane z ochrony zdrowia do innych dziedzin. To rodzi pewne niebezpieczeństwa dla systemu. Natomiast różne formy niepubliczne o charakterze *non profit* w ochronie zdrowia dobrze się sprawdzają. Musimy także pamiętać, że 10 proc. polskiego społeczeństwa żyje poniżej minimum egzystencji. Zmiany mają służyć niwelowaniu nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej w gwarantowanym zakresie.

Jeśli mówimy o dodatkowych ubezpieczeniach typu *non profit* to patrząc na praktykę Francji widzimy, że są tam takie warunki, że pacjent chętnie się w nich ubezpiecza ze względu na ryzyko dużego współpłacenia w systemie ubezpieczeń powszechnych. Dodatkowe ubezpieczenia pozwalają je zmniejszyć, a na dodatek mają społeczny charakter ubezpieczeń wzajemnych.

– Czyli łagodzi skutki systemu powszechnego... Czy nie przydałoby się to także u nas? Mówi się głośno o bardzo wysokim ponoszeniu w Polsce opłat z własnej kieszeni?

– Skoro u nas panuje zasada nieodpłatnego korzystania ze świadczeń, to proszę mi wskazać, gdzie jest to ryzyko, które mielibyśmy objąć dodatkowym ubezpieczeniem? Chyba że będzie to ubezpieczenie na pokrycie kosztów le-

czenia w ponadstandardowych warunkach (osobny pokój z dobrym wyposażeniem itp.).

– A od zjawisk, dzięki którym żyje szara strefa?

– Jakie ryzyko mielibyśmy tu ubezpieczyć? *Szara strefa* właśnie na tym polega, że jest ucieczką od regulacji. Ubezpieczenia dodatkowe mogą być czynnikiem ograniczającym *szarą strefę*, ale nie są na pewno jedynym. W każdym ubezpieczeniu musi być wyraźnie określone ryzyko: w ubezpieczeniu chorobowym ubezpieczone jest ryzyko utraty zarobków w czasie choroby, w ubezpieczeniu zdrowotnym ubezpieczamy ryzyko ponoszenia kosztów leczenia. W ubezpieczeniu emerytalnym ubezpieczamy się od ryzyka związanego z utratą zdolności do zarabkowania na starość. A tu trzeba odpowiedzieć na pytanie, co ma być objęte ubezpieczeniem dodatkowym. Potrzebne jest stworzenie odpowiednich warunków, by takie ubezpieczenie mogło powstać i funkcjonować. Trzeba wrócić do debaty o współpłaceniu w ramach systemu powszechnego. Nie wiem, czy jest dzisiaj możliwa społeczna zgoda w tej sprawie. Niemniej wracamy do fundamentalnego pytania i bez odpowiedzi na nie nie da się rozwiązać kwestii dodatkowych ubezpieczeń, a mianowicie: czy pełna bezpłatność w systemie powszechnym ma być utrzymana, czy nie.

– Czy w ramach narodowego funduszu będą nagradzane lepszym kontraktem lepsze szpitale, a gorsze – nie będą miały pacjentów i dlatego nie uzyskają kontraktu? Choćby były publiczne? Czekają na to pacjenci...

– Pacjent musi mieć prawo wyboru lekarza i szpitala. Ale również ma prawo do dobrej i wysokiej jakości opieki w szpitalu najbliższym jego miejscu zamieszkania, do którego może trafić w sytuacji zagrożenia. Zmiany systemowe mają służyć realizacji obydwu celów. Peter Drucker, znany teoretyk zarządzania powiedział podczas wizyty w Polsce, że nie wiadomo, dlaczego bardzo zasobni mieszkańcy Kalifornii wożą swoich krewnych do najbliższego szpitala, a nie do Los Angeles, gdzie być może uzyskaliby opiekę bardziej specjalistyczną, czy na wyższym poziomie. W zdecydowanej większości w sytuacjach nagłych korzysta się ze szpitala najbliższego. W procedurach planowych i wysoko specjalistycznych sytuacja jest oczywiście inna. Decydować ma przede wszystkim wybór pacjenta, ale także zabezpieczenie jego bezpieczeństwa, co nie znaczy, by wszystkim dać po równo. Chcemy wspomagać wybór pacjenta, bo to pacjent jest osią naszych działań.

– Panie ministrze, zdołaliśmy poruszyć dzisiaj niewiele problemów, które nurtują środowisko. Mamy nadzieję, że w kolejnych rozmowach uda nam się przekazać Pana zamierzenia w zakresie zmian systemowych.

Dziękując za rozmowę jeszcze raz składamy serdeczne życzenia powodzenia w pełnieniu funkcji ministra zdrowia.

Rozmawiały
Zbigniewa A. Nowodworska, Halina Michalak