

Rozmowa z Jackiem Gralińskim, byłym zastępcą dyrektora Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka” ds. klinicznych

PEDIATRIA —

SPECJALIZACJA

SZCZEGÓLNEGO

TRAKTOWANIA

Dlaczego instytuty, w tym Centrum Zdrowia Dziecka, w którego kierowaniu pan przez kilka lat uczestniczył, mają takie problemy finansowe?

To wynika z organizacji systemu ochrony zdrowia w naszym kraju i zmian, jakie nastąpiły w ostatnich kilkunastu latach. Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” powołano w 1977 r. Wtedy finansowanie placówek medycznych opierało się na innych zasadach niż teraz. Ochrona zdrowia, podobnie jak cała gospodarka, była planowana. Fundusze budżetowe rozdzielano centralnie, a ich wielkość zależała od referencyjności placówki. W latach 1998–1999 nastąpiła zasadnicza zmiana. Zarządzanie podmiotami leczniczymi, wtedy zakładami opieki zdrowotnej, przekazano samorządom. Placówki skomunalizowano trzystopniowo: podstawowa opieka zdrowotna zaczęła podlegać gminom, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne w podstawowym zakresie – powiatom, a leczenie specjalistyczne, czyli szpitale wojewódzkie, kliniczne i instytuty – samorządowi wojewódzkiemu i ministerstwu. Później zresztą nadzór nad szpitalami klinicznymi powierzono uczelniom medycznym. System referencyjny zlikwidowano, czyli skrócenie drogi diagnostycznej między szczeblami kompetencji zostało zaburzone, zastąpione zasadą kierowanej opieki będącej kompetencją lekarza pierwszego kontaktu, tzw. odzwiercianej opieki. Zmienił się sposób finansowania opieki medycznej. Powstały kasy chorych, które zaczęły płacić za usługi, a nie za gotowość do ich udzielania, i to w zasadzie w systemie retrospektywnym, a nie prospektywnym. W czasie tych burzliwych zmian CZD pełniło i ciągle pełni taką funkcję, do jakiej zostało powołane, czyli wysokospecjalistycznej, wieloprofilowej, na najwyższym poziomie referencji placówki sprawującej opiekę nad pacjentami w wieku rozwojowym. Przy tym warto wiedzieć, że zaprojektowano je ze stosunkowo niewielką liczbą łóżek – ok. 500, ale z rozbudowanym zapleczem diagnostycznym i rehabilitacyjnym. W okresie zmian wzrosła liczba łóżek, obecnie jest ich ponad 600, zmniejszono zaplecze rehabilitacyjne, natomiast w zasadzie niezmienny pozostał wysokospecjalistyczny potencjał diagnostyczny.

Od kiedy sytuacja finansowa w CZD zaczęła się pogarszać?

Okolo 2003 r., natomiast lawinowy wzrost zadłużenia nastąpił w latach 2008–2009. Było to związane z wprowadzeniem nowego systemu finansowania – JGP, czyli jednorodnych grup pacjentów, opartego na sprawnie funkcjonującym na świecie rozwiązaniu, tzw. *case mix*, czego najlepszym przykładem jest DRG z USA. System ten z założenia wymusza dbałość o koszty i pod tym względem spełnia swoje zadanie, oferując ryczałtową stawkę wynagrodzenia za świadczenia wymagające porównywalnych zasobów. W wypadku pediatrii jednak nie jest to takie oczywiste, ponieważ wysokospecjalistyczne pro-

cedury pediatryczne są o wiele droższe niż te same procedury stosowane u dorosłych. Wymagają bowiem zaangażowania większej liczby specjalistów, często takich, których brakuje, a zatem muszą być oni dobrze wynagradzani. Wymagają też więcej czasu oraz zaangażowania i utrzymania rygorów bezpieczeństwa, stosowane są przy nich droższe technologie, dłuższy może być czas leczenia. Tymczasem wycena świadczeń pediatrycznych przez płatnika nie odzwierciedlała tych wymagań. Zwracał na to uwagę już prezes NFZ Jacek Paszkiewicz, który w roku 2008, gdy wprowadzany był system JGP, apelował o inne podejście do pediatrii niż do pozostałych specjalności. Żadne kroki mające na celu zmianę tej sytuacji nie zostały jednak podjęte. W 2011 r. średnio wartość hospitalizacji w szpitalach klinicznych, czyli łącznie z pediatrycznymi, wynosiła 4552 zł, a w 10 wysokospecjalistycznych szpitalach pediatrycznych poniżej 3500 zł, czyli o ponad 1000 zł mniej. Gdyby z analizowanej grupy szpitali klinicznych dla dorosłych wyłączyć placówki pediatryczne, ta różnica byłaby jeszcze większa.

Jak szpital radził sobie z tą sytuacją?

Przez jakiś czas działał tzw. bufor wewnętrzny, który ma każde przedsiębiorstwo. Polegał on m.in. na tym, że przedłużaliśmy terminy płatności dostawcom leków czy materiałów medycznych, racjonalizowaliśmy działalność i ograniczaliśmy tempo wzrostu kosztów. Pozwoliło to jakoś przetrwać do roku 2011. Ciągłe jednak koszt działalności był większy niż przychód ze względu na nieadekwatną do kosztów działalności wycenę świadczeń przez NFZ.

Wówczas pojawiły się firmy finansowe, z których usług CZD skorzystało. Jak pan ocenia tę decyzję?

Obecność tych firm jest czymś naturalnym. W wypadku niemożliwości spłaty wierzycieli pierwotnych, gdy dostęp do rynku bankowego jest bardzo trudny – niestety, tak się traktuje sektor publicznych szpitali w Polsce – jedyną gwarancją dostępu do kapitału dają takie firmy finansowe. Koszt pieniądza jest przy tym niższy niż tzw. odsetki ustawowe, które może naliczać wierzyciel pierwotny, ale wyższy niż w niedostępnym sektorze bankowym. Firmy te pojawiły się u nas w roku 2011. Pierwszym krokiem było dążenie do zamiany zobowiązań z krótkoterminowych na długoterminowe, co oczywiście obniża koszt obsługi zobowiązań. W części udało się to zrobić własnym wysiłkiem, jednak skorzystaliśmy z usług firm finansowych, gdyż była to jedyna możliwość w naszej sytuacji. Banki nie chciały udzielić nam kredytu z uwagi na niską wiarygodność i zdolność kredytową. Nie uważam, aby skorzystanie z usług tych firm było czymś złym. Dzięki funduszom pozyskanym od nich mogliśmy spłacić wierzycieli, dostawców sprzętu, leków i materiałów medycznych oraz zaległości wobec ZUS, licząc na realizację zobowiązań płatnika deklarującego urealnienie



Jacek Graliński jest chirurgiem, specjalistą organizacji ochrony zdrowia. Zajmował stanowiska kierownicze w publicznej i niepublicznej służbie zdrowia. W latach 1999–2001 był ekspertem Europejskiego Komitetu Zdrowia Rady Europy. Prowadząc własną firmę doradczą, realizował wiele projektów wdrożeniowych w zakresie ochrony zdrowia. W latach 2003–2006 współpracował z Instytutem „Pomnikiem – Centrum Zdrowia Dziecka” jako pełnomocnik dyrektora do spraw wdrożenia rachunku kosztów leczenia. W latach 2009–2013 pełnił funkcję zastępcy dyrektora CZD ds. klinicznych. Jest przewodniczącym Zespołu ds. Chorób Rzadkich przy Ministerstwie Zdrowia.

wyceny świadczeń i w przyszłości bilansowanie kosztów działalności bieżącej. Gdyby tak się nie stało, działalność CZD stałaby pod znakiem zapytania i realizacja misji tej placówki nie byłaby możliwa. Oczywiście, biorąc pod uwagę całkowity koszt związany z obsługą tych drogich produktów finansowych, tańsze byłoby zwiększenie wynagrodzenia NFZ za świadczenie usług medycznych i niedoprowadzenie do zadłużania się.

Skąd w naszym kraju takie negatywne podejście do korzystania z pomocy firm finansowych?

U nas w publicznej ochronie zdrowia pokutuje ciągle etos dłużnika oraz antyetos wierzyciela. Publicznie godzimy się z tym, że szpital ma dług np. wobec piekarza, i potępiamy piekarza, gdy domaga się zapłaty za swoje produkty, czasami prosząc o pomoc komornika. Spłata długu wobec piekarza często jest jednak możliwa tylko dzięki pozyskaniu kapitału – na przykład z banku. A gdy bank odmawia, jedynym dostępnym rozwiązaniem pozostaje przyjęcie oferty wspomnianych powyżej firm finansowych. Oczywiście, uproszczeniem i w dużej mierze nieprawdą jest twierdzenie, że za powstawanie długu odpowiada tylko płatnik – NFZ czy MZ. Jeżeli jednak taki sam problem mają wszystkie wysokospecjalistyczne i wieloprofilowe szpitale pediatryczne w Polsce, warto się zastanowić nad przyczyną tej sytuacji. Tymczasem każdy dług musi być spłacony. Dzięki pomocy firm finansowych uporządkowane zostały zobowiązania wobec wie-

lu podmiotów. Obecnie centrum ma ok. 100 mln zł zobowiązań wobec tych firm.

Czy nowelizacja ustawy o instytutach badawczych, której projekt znalazł się właśnie w Sejmie, zmieni coś w działalności CZD?

Trudno w tej chwili powiedzieć, ale obowiązująca od kilku lat ustawa daje wystarczające instrumenty do kontrolowania sytuacji w instytutach. Minister ma wpływ na wybór dyrektora, na realizowane inwestycje i na kształtowanie polityki medycznej placówki. Przyjmuje lub odrzuca coroczne sprawozdanie. Może dyrektorowi udzielić nagany, może go odwołać. Wreszcie, w ramach obowiązujących przepisów istnieje możliwość przekształcenia instytutów w spółki, oczywiście ze stuprocentowym udziałem Skarbu Państwa. Aby podjąć takie działania, według mnie, niepotrzebna jest nowa ustawa.

Plan restrukturyzacyjny CZD przedstawiony przez dyrektora Janusza Książyka w 2012 r. nie zyskał akceptacji...

Być może wynikało to z braku zaufania lub z obaw, że zmiana wyceny świadczeń i urealnienie kontraktu z CZD może skutkować oczekiwaniami innych placówek o podobnym profilu, których w kraju jest ok. 10. To byłby duży wydatek dla budżetu NFZ. Tylko do zbilansowania bieżącej działalności CZD potrzeba 30–40 mln zł rocznie, a całkowity przychód z NFZ i MZ wynosi 220 mln zł rocznie.

Co należałoby więc zrobić, aby pomóc CZD spłacić to zadłużenie?

Po pierwsze, urealnić kontrakt z NFZ, to znaczy zakupić taką liczbę świadczeń, jaka wynika z potrzeb pacjentów, co pozwoli wykorzystać 80–85 proc. potencjału CZD, a nie 60 proc., czego chce NFZ. Po drugie, należy urealnić cenę za poszczególne świadczenia – podnieść ją średnio o 20 proc., bo wyższy koszt wynika ze specyfiki wysokospecjalistycznej opieki nad dziećmi. Obecnie jest tak, że przy podpisywaniu kontraktu NFZ mówi, że zapłaci tyle, ile ma, czyli np. zamiast potrzebnych 120 mln zł – na leczenie szpitalne – tylko 100 mln zł, a w trakcie roku za pomocą aneksów zwiększy wartość umowy. Jednak później różnie bywa. Takie zamieszanie było w lipcu 2012 r., kiedy NFZ oświadczył, że nie będzie miał żadnych pieniędzy powyżej zawartego kontraktu. Podpisanie niższego kontraktu, niż wynika z potrzeb, oznacza, że CZD musiałoby przyjąć o 16–20 proc. mniej pacjentów; rocznie hospitalizuje 35–40 tys. dzieci, a w ambulatorium przyjmuje 180 tys. Jak powiedziałem, wartość hospitalizacji dziecka jest o jedną czwartą mniejsza niż dorosłego. To co najmniej o tysiąc złotych mniej niż wynosi koszt tej usługi. Urealnienie jej tylko do poziomu tego, co dostają szpitale dla dorosłych, zwiększyłoby przychód CZD o 35–40 mln zł rocznie. Oczywiście potrzebne są także działania w centrum, czyli realizacja planu naprawczego. Przedstawiliśmy taki plan we wrześniu, a potem – poprawiony – w październiku 2012 r. Zakładał on zmniejszenie kosztów działalności placówki o 22–25 mln zł w 2013 r. Zmniejszenie kosztów miało nastąpić dzięki reorganizacji, bardziej racjonalnym zakupom leków itd. Do zbilansowania się konieczne byłoby jednak zmniejszenie kosztów o 40–50 mln zł. Bez pomocy z zewnątrz nie jest to możliwe.

Czy plan ten obejmował także redukcję liczby pracowników?

Tak, zakładaliśmy ograniczenia zatrudnienia, szczególnie w części administracyjnej, i zmniejszenie wynagrodzeń we wszystkich grupach zawodowych. Są jednak granice, poniżej których nie można schodzić, bowiem zagraża to bezpieczeństwu pacjentów i jakości usług. W tej chwili w centrum pracuje ok. 2 tys. osób. Myślę, że można by ewentualnie zmniejszyć zatrudnienie o 100 osób, nie więcej. Czy 1,9–2 tys. osób na 600 łóżek to jest zbyt dużo? Podam przykład z Sheffield w Wielkiej Brytanii, gdzie w szpitalu o podobnej liczbie łóżek jak CZD pracuje ok. 3 tys. osób.

Czy przyczyną złej kondycji CZD są tylko wady systemu, czy także złe zarządzanie?

Zmieniające się warunki prowadzenia każdej działalności gospodarczej wymagają sprawnego i mądrego zarządzania. Ono zawsze powinno być najwyższej próby. Nie uważam, że w CZD zarządzanie było złe. Można je nato-

„ Dlaczego plan restrukturyzacyjny CZD nie zyskał akceptacji? Być może wynikało to z obaw, że zmiana wyceny świadczeń i urealnienie kontraktu z CZD będzie skutkować oczekiwaniami innych placówek o podobnym profilu, a jest ich około 10 ”

miast poprawić i to zresztą się działo. Jednakże to nie wszystko. Mówiąc o kosztach, trzeba pamiętać, że istnieje takie zjawisko, jak inflacja medyczna. Polega ona na tym, że zwykle koszt uzyskania efektu terapeutycznego w porównaniu rok do roku jest większy o 10–15 proc. Ta tzw. inflacja medyczna spowodowana jest drożącą technologią, podwyższaniem bezpieczeństwa, rosnącymi oczekiwaniami pacjentów, coraz ostrzejszymi wymogami prawnymi. Ten współczynnik wraz ze zwiększającą się liczbą podmiotów leczniczych zmusza do zastanowienia, czy kwota na świadczenia zdrowotne jest faktycznie tak duża, prawie trzy razy większa niż 15 lat temu – 66 mln zł z NFZ. Zwykła inflacja to przecięź 3–4 proc. rocznie, a tymczasem ceny NFZ są stale od 3 lat! To kwota na wszystkie usługi medyczne. Leczenie szpitalne stanowi 42–45 proc. budżetu NFZ. Czynniki inflacyjne to presja na rosące wynagrodzenia, droga technologia, podwyższony VAT na leki, wymogi prawne dotyczące bezpieczeństwa: certyfikacja aparatury medycznej, identyfikacja pacjenta, system informacyjny, ubezpieczenia itp.

Czy bez zastrzyku finansowego ze strony państwa instytut da sobie radę?

Według mnie nie. Konieczne jest oczywiście wprowadzenie planu naprawczego. Wsparcie można pozyskać od instytucji, których rola polega na pomaganiu restrukturyzowanym placówkom, jak chociażby Agencja Restrukturyzacji Przemysłu czy Bank Gospodarstwa Krajowego. Należałoby tam zwrócić się o pomoc, co zresztą zakładaliśmy. Można także rozważyć pozyskanie kapitału z rynku poprzez emisję obligacji. To jest także ciekawe i stosowane na świecie narzędzie finansowe.

Jak pan ocenia sytuację centrum?

Nie jestem już członkiem zarządu CZD, więc trudno mi się wypowiadać. Jednak opierając się na doświadczeniu, mogę stwierdzić, że warunkiem powodzenia jest dokapitalizowanie, urealnienie – zwiększenie kontraktu odpowiadające potencjałowi tej placówki, poprawienie wyceny świadczeń, a także reorganizacja, oszczędzanie i ograniczenie kosztów, w tym pracy, czyli wszystko to, co było zapisane w przygotowanym planie naprawczym jesienią 2012 r.

Rozmawiała Magdalena Okoniewska