



Fot. Ministerstwo Zdrowia Zx

**NIE JESTEŚMY GOTOWI,
BY ODDŁUŻAĆ
WSZYSTKIE INSTYTUTY, ALE...**

Rozmowa z wiceministrem Sławomirem Gadomskim

W pierwszym tegorocznym numerze „Menedżera Zdrowia” opublikowaliśmy raport o kondycji finansowej instytutów nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia. W skrócie, w 2016 r. tylko trzy jednostki były na plusie, a trzynaście na minusie. Straciły łącznie 126 854 021 zł. Jest źle. Tylko w 2016 r. zobowiązania krótko- i długoterminowe wynosiły łącznie 1 203 286 467 zł, a pana były instytut znalazł się na trzecim miejscu. Miał 208 295 03 zł długu. Dlaczego?

Pracowałem w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie dwa lata i wiem, dlaczego ciągle musimy mówić o zadłużeniu instytutów. W mojej ocenie główną przyczyną problemów finansowych instytutów jest nieodpowiednia wycena procedur, która często nie pokrywa nawet kosztów medycznych świadczeń, nie wspominając o kosztach funkcjonowania czy o wymaganych inwestycjach. Dotyczy to m.in.: zabiegów chirurgicznych, zwłaszcza z rekonstrukcją, programów lekowych, diagnostyki w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej czy też osobodnia w zakresie radioterapii i chemioterapii, a także braku odrębnej refundacji badań patomorfologicznych. W wycenie nie są uwzględnione jakość leczenia, kompleksowość udzielania świadczeń, a przede wszystkim skala trudności przypadków trafiających do instytutu. Proszę zauważyć, że szpital powiatowy za leczenie pacjenta onkologicznego dostaje 1000 zł, a renomowany instytut, który najczęściej jest szpitalem ostatniej szansy, także 1000 zł. Leczenia w tych dwóch placówkach nie da się porównać.

Czy w takim razie ministerstwo zrobi coś z wyceną?

Już robimy. W kwietniu rozpoczął się projekt, w którym oceniana jest wycena procedur w instytutach. Pilotażem zostały objęte dwa: Cen-

trum Zdrowia Dziecka i Instytut Kardiologii w Warszawie, aktualnie rozpoczynamy drugą fazę projektu, to jest wycenę we wszystkich pozostałych instytutach. Wyniki pokażą, czy obecnie konieczne jest podniesienie wyceny na najwyższym poziomie referencyjności. Nie jest tajemnicą, że chirurgia onkologiczna i ogólna wyceniana jest nieodpowiednio. Choć są obszary, gdzie wycena faktycznie nie jest zła, np. neurochirurgia, radioterapia. Oczekuję po tym projekcie, który ma się zakończyć się w marcu 2019 r., że zweryfikuje taryfikację we wszystkich instytutach. Spodziewam się rzetelnej odpowiedzi na pytanie, jak zmiany wyceny na najwyższym stopniu referencyjności poprawią sytuację finansową instytutów. Jestem dobrej myśli.

Czy po tych dwóch miesiącach są już jakieś wnioski?

Pracujemy, zbieramy dane. Wkrótce przyjrzymy się kolejnym instytutom. Pilotaż zakończy się w marcu 2019 r. Wtedy podejmiemy kolejne kroki. To nie jest prosty projekt – AOTMiT nigdy w historii nie przeprowadzała bardziej kompleksowej wyceny w tak krótkim czasie. Produktem projektu ma być wycena łącznie prawie 500 JGP, tj. prawie 90% wszystkich funkcjonujących. Zaangażowanie pracowników instytutów, AOTMiT, Ministerstwa Zdrowia daleko wykracza poza standardowe, codzienne obowiązki.

Może oddłużenie instytutów?

Musiałoby to być związane z dobrymi programami restrukturyzacyjnymi i zarządczymi, potrzebne byłyby wieloletnie strategie. Zdecydowanie nie jesteśmy gotowi na to, by oddłużać wszystkie instytuty. Brakuje usystematyzowania i – nazwałbym to – korporacyjnego nadzoru właścicielskiego. Słuszne wydaje się zwiększenie kontroli i poprawienie komunikacji na linii ministerstwo – instytuty. Chcę współpracować z in-

SZPITAL POWIATOWY ZA LECZENIE PACJENTA ONKOLOGICZNEGO

DOSTAJE 1000 ZŁ, A RENOMOWANY INSTYTUT,

KTÓRY NAJCZĘŚCIEJ JEST SZPITALEM

OSTATNIEJ SZANSY, TAKŻE 1000 ZŁ.

LECZENIA W TYCH DWÓCH PLACÓWKACH NIE DA SIĘ PORÓWNAĆ

stytutami i wolałbym, żeby to była komunikacja partnerska. W tych placówkach pracują profesjonaliści, znający na wylot problemy opieki zdrowotnej. Moim zdaniem powinni oni zasiąść przy jednym stole, wymienić się obserwacjami i wspólnie zastanowić nad rozwiązaniem problemów, które w wielu instytutach naprawdę są podobne. Ministerstwo mogłoby odegrać rolę medium tej dyskusji. Audyty czy kontrole to też jest mechanizm zarządczy, który trzeba wykorzystywać, ale wydaje mi się, że podstawą jest komunikacja i trochę więcej korporacyjnego

i PKO BP, który wspomaga to przedsięwzięcie. Sądzę, że powstały dobre warunki do dalszych projektów i dyskusji nie tylko o taryfikacji.

Mam wrażenie, że chce pan wprowadzić trochę „korporacyjności”. Do tej pory tego brakowało?

Staram się. Chodzi mi o te dobre strony korporacyjności. Wydaje mi się, że trochę mechanizmów korporacyjnych czy zarządczych faktycznie by się przydało. Trochę mniej „urzędowania”, a więcej podejścia zadaniowego i projektowego.

MUSIMY PRZEANALIZOWAĆ FAKTYCZNE POTRZEBY

KĄŻDEGO INSTYTUTU, ZASTANOWIĆ SIĘ,

CZY CAŁKOWITE ODDŁUŻENIE ZMIENI TRWALE ICH SYTUACJĘ,

CZY TEŻ DA IM ODDECH TYLKO NA CHWILĘ.

MUSIMY POPRACOWAĆ NAD STRATEGIĄ WIELOLETNIĄ

nadzoru właścicielskiego. Zaczniemy od tego, że wspólnie z instytutami określimy strategię i wskażemy obszary, w których jest potrzeba działań ministerstwa. Uważam, że ta współpraca już się zaczęła, chociażby w projekcie taryfikacyjnym. To jest projekt, w którym zastosowano korporacyjną metodykę projektową: ustanowiono komitet sterujący projektem, zespoły robocze, racjonalnie podzielono role i odpowiedzialności, określono zasady współpracy AOTMiT, Ministerstwa Zdrowia

Wróćmy jednak do oddłużenia, żeby była jasność – tak czy nie? I jeśli tak, to w jaki sposób?

Skłaniam się do tego podejścia, o którym wspominałem – korporacyjnego. Najpierw potrzebne są dobre analizy, faktyczne postawienie diagnozy, czy całkowite oddłużenie jest w ogóle potrzebne. Po drugie trzeba ustalić, czy należy oddłużyć wszystkie instytuty i jakie miałyby być warunki tego oddłużania, co te jednostki będą w stanie zaoferować w zamian. Bo jeśli *de facto*



**W KWIETNIU ROZPOCZĄŁ SIĘ PROJEKT, W KTÓRYM
OCENIANA JEST WYCENA PROCEDUR W INSTYTUTACH.**

**PILOTAŻEM ZOSTAŁY OBJĘTE DWA: CENTRUM ZDROWIA DZIECKA
I INSTYTUT KARDIOLOGII W WARSZAWIE**

za oddłużeniem nie pójdzie żadna zmiana, to za dwa lata będziemy rozmawiali o tym samym. Ważna jest opinia instytucji, które mogłyby sfinansować to oddłużenie – ich wymagania, oczekiwania, cele, jakie chcą postawić tym jednostkom. Musimy przeanalizować faktyczne potrzeby każdego instytutu, zastanowić się, czy całkowite oddłużenie zmieni trwale ich sytuację, czy też da im oddech tylko na chwilę. Musimy popracować nad strategią wieloletnią. To jest kolejny pozytywny element „korporacyjności”. Marzy

mi się, żeby każdy instytut miał strategię wieloletnią oraz zbudowaną na jej podstawie roczną strategię operacyjną i żeby z tej strategii był rozliczany przez ministerstwo. Ale rozliczany w dobrym tego słowa znaczeniu – po prostu żebyśmy byli w stanie na bieżąco weryfikować stopniowe, ewolucyjne dochodzenie do założonych celów, systematycznie je monitorować i rozliczać z ich realizacją.

Konkludując – oddłużenie instytutów to sprawa indywidualna, do dyskusji z każdą jednostką. Zale-

ży od określenia, jakie są faktyczne potrzeby, jak takie oddłużenie miałyby wyglądać, co instytuty są w stanie zaoferować.

Prof. Maciej Banach, dyrektor Centrum Zdrowia Matki Polki, twierdzi, że rzeczywiście w jego placówce nie jest dobrze, jeżeli chodzi o zobowiązania, ale całkiem nieźle, jeżeli chodzi o płynność finansową z roku na rok. Sugeruje, że instytut mógłby wziąć udział w jakimś pilotażu. Dzisiaj instytut jest w stanie generować nadwyżkę, ale nie na tyle dużą, żeby samemu się oddłużyć.

Można myśleć o jakichś działaniach, jeżeli dzisiaj tendencja jest pozytywna, jeżeli do tego placówka jest w stanie stworzyć program naprawczy, ale realny, bo to jest najważniejsze. Program ten musi wskazywać obszary, w których faktycznie można coś poprawić, i powinien być dość szczegółowy. Jestem zwolennikiem tego, żeby rozkładać instytuty na części pierwsze i zastanowić się nad każdą z nich: nad obszarem nauki, nad każdym z rodzajów lecznictwa, odrębnie nad blokiem operacyjnym i jego efektywnością, odrębnie nad gospodarką materiałową, odrębnie nad gospodarką lekową itd. Być może warto stworzyć małe projekty, np. w tym roku optymalizujemy gospodarkę serwisową i na to przeznaczamy środki. Żeby robić restrukturyzację, trzeba też mieć ludzi. I muszą to być ludzie, którzy od początku do końca zrealizują projekt lub „miniprojekt”. Określą założenia i cele, będą monitorować efekty, a potem będą z tego rozliczać. Wiele projektów – i nie jest to przypadłość tylko służby zdrowia – rozpoczyna się z dużym impetem, potem stopniowo hamuje i kończy się bez żadnego efektu, bo wszyscy zapomnieli, jakie były cele na początku. Lepiej podzielić taki projekt na małe części i skupiać się na stopniowej ich realizacji.

Rozmawiał Krystian Lurka

Jak poprawić finanse instytutów nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia?

Krzysztof Łanda
były wiceminister zdrowia

PO PIERWSZE, konieczne jest przyjrzenie się wycenie świadczeń nie tylko w instytutach, lecz także w szpitalach niższych stopni referencyjnych, w tym powiatowych. Wiceminister Gadomski powiedział: „Proszę zauważyć, że szpital powiatowy za leczenie pacjenta onkologicznego dostaje 1000 zł, a renomowany instytut, który najczęściej jest szpitalem ostatniej szansy, także 1000 zł. Leczenia w tych dwóch placówkach nie da się porównać”. To prawda, ale czy to należy zmienić? Niekoniecznie. Wycena tych samych świadczeń w mniejszych i większych placówkach powinna być różna, czasem wyższa w szpitalach powiatowych, a czasem wyższa w instytucie – to zależy, gdzie dane świadczenie zwykle powinno być wykonywane. Nie wszystkie procedury muszą być lepiej wyceniane w instytutach i szpitalach klinicznych. Jeśli podwyższymy wycenę całościowo tylko w instytutach, to one zrealizują wszystkie świadczenia, jakie tylko mogą, w tym te, którymi nie powinny się zajmować. Instytuty powinny się przede wszystkim zajmować procedurami wysokospecjalistycznymi i one powinny być dobrze dla nich wycenione, ale jeśli chcą wykonywać proste zabiegi, to nie powinno im się to opłacać. Jeśli proste procedury będą przepłacane w instytutach, to instytuty nie będą zajmować się tym, do czego zostały powołane, natomiast odbiorą pacjentów szpitalom niższych stopni referencyjnych, a one przecież nie wykonują procedur wysokospecjalistycznych

Jedynym zasadnym rozwiązaniem jest ustalenie wysokiej wyceny tych świadczeń, które powinny być wykonywane na najwyższym poziomie referencyjnym, by były opłacalne dla instytutów. Jednocześnie należy obniżyć wycenę tych świadczeń dla szpitali powiatowych poniżej kosztów wykonania, by tam były nieopłacalne – o ile nie będzie zapisu koszykowego, że tylko szpitale wyższego poziomu referencyjnego mogą dane świadczenie wykonywać. Ale też odwrotnie, niektóre świadczenia powinny się opłacać szpitalom niższych poziomów referencyjnych i dla nich wycena powinna być dużo wyższa niż dla instytutów. Instytut wciąż musi mieć prawo wykonać to świadczenie, np. w celach edukacyjnych, ale poniesie stratę. Instytut nie zarobi na tych świadczeniach, które powinny wykonywać przede wszystkim szpitale niższych poziomów referencyjnych. Taka zróżnicowana wycena wprowadza porządek do systemu i zapobiega podbieraniu sobie pacjentów. To spowoduje, że instytuty nie będą tracić na świadczeniach wysokospecja-



Fot. PAP/Rafał Guz

listycznych, a mniejsze placówki zostaną zniechęcone do ich wykonywania.

PO DRUGIE, instytuty często wykonują bardzo specyficzne procedury, którymi nie zajmują się w ogóle inne placówki. Mają więc „swoje” koszyki świadczeń, które są realizowane tylko na najwyższym poziomie referencyjności, lub rozliczają świadczenia, których nikt nigdy formalnie do koszyka nie wpisał. Koszyki instytutów są praktycznie słabo kontrolowane. Nie wiadomo, czy świadczenia, które się w nich znajdują, są technologiami o udowodnionej skuteczności i czy są opłacalne z perspektywy systemu. Chodzi na przykład o umieszczanie pacjentów w polu magnetycznym albo stosowanie niepotwierdzonych naukowo, żeby nie powiedzieć dziwnych, technologii przy oparzeniach czy chorobach ośrodkowego układu nerwowego. Wartość kliniczna tych metod wydaje się wątpliwa, a często są one bardzo drogie. Według mnie konieczny jest przegląd koszyków (cieszę się, że zaczyna się to dzieć we wspomnianym przez wiceministra Gadomskiego pilotażu) i usunięcie z nich świadczeń o nieudowodnionej skuteczności albo skrajnie nieopłacalnych.

Czy ewentualne oddłużenie instytutów poprawiłoby sytuację w przyszłości? Nie. Oddłużanie psuje zarządzanie placówką, rozluźnia dyscyplinę finansową. W dłuższej perspektywie nic nie daje – prowadzi do niegospodarności, takiej samej jakby ktoś po prostu płacił np. 10% czy 20% więcej instytutom niż szpitalom niższego poziomu referencyjnego. To konserwuje patologie w systemie. Kluczem jest koszyk świadczeń gwarantowanych, przegląd koszyków instytutów i zróżnicowanie wycen tych samych świadczeń w zależności od tego, gdzie powinny być wykonywane, a gdzie raczej nie.