



Remont silnika

Rozmowa z Jakubem Szulcem,
wiceministrem zdrowia

O potrzebie reformowania systemu ochrony zdrowia mówi się od co najmniej 20 lat. Tyle że są to dyskusje – jak napisał jeden z naszych felietonistów, porównując służbę zdrowia do samochodu – o zmianie koloru karoserii, foteli na skórzaną, a ciągle brakuje najważniejszego – remontu silnika. Rozmawiamy dokładnie w trzecią rocznicę powołania rządu Donalda Tuska i ciągle nie widać efektów zapowiadanej reformy, nawet słynny pakiet zdrowotny to raczej kosmetyka.

Nie zgadzam się. Najpierw ustalmy, co jest silnikiem w ochronie zdrowia...

Pieniądze i płatnik. To oczywiste.

Pieniądze są ważne, ale nie jestem przekonany, że tylko one są *clou* systemu. Zresztą o pieniądzach możemy

rozmawiać w dwóch wymiarach: nakładów i sposobu zarządzania nimi oraz wydatkowania. W tym drugim aspekcie możemy rozważyć działalność Narodowego Funduszu Zdrowia, sposób jego działania, wydawania pieniędzy, rozporządzeń itd. Zgadzam się z tezą, że płatnik scentralizowany, mający mnóstwo kompetencji, jest w stanie samodzielnie prowadzić politykę zdrowotną niezależną od regulatora, czyli Ministerstwa Zdrowia, rządu, parlamentu.

I de facto prowadzi...

Warto pamiętać, że to, co się stało w 2002 r., kiedy powołano NFZ, stanowi zaprzeczenie reformy z końca lat 90. System kas chorych dawał nadzieję na rozwój rynku ubezpieczeniowego, bo pod koniec funkcjonowania zaczęły one ze sobą konkurować. Nie był to jeszcze



system ubezpieczeniowy, ale składkowy. Był to jednak krok w dobrym kierunku. Dziś mamy taką sytuację, jaką mamy – silnie scentralizowany NFZ siłą rzeczy będzie dążył do umocnienia swojej pozycji. Jednak nie można tego zmienić jednym ruchem. Sama likwidacja funduszu nic nie da. Aby rzeczywiście zreformować system, musi nastąpić konkretna sekwencja zdarzeń: trzeba zacząć od świadczeniodawców, zmienić politykę lekową (pamiętajmy, że leki pochłaniają coraz większą część budżetu przeznaczoną na ochronę zdrowia), a na końcu możemy zacząć myśleć o zreformowaniu płatnika. Wracając do pytania – NFZ nie prowadzi polityki zdrowotnej, bo konsekwentnie zabieramy mu kompetencje. To, co się stało w styczniu 2010 r., jest najlepszym dowodem – ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych spowodowało, że sprawy, które były

wyłączną domeną NFZ, podlegają resortowi zdrowia i AOTM. Oczywiście, wszelkie prace nad koszykiem nie mogą się toczyć w oderwaniu od NFZ, bo należy brać pod uwagę chociażby to, jakimi pieniędzmi dysponuje fundusz, ale też nie ma już sytuacji, że to prezes jednoosobowo podejmuje decyzje, jakie świadczenia są finansowane z funduszy publicznych. Następnym krokiem będzie powołanie niezależnej Agencji Cen, zajmującej się wyceną świadczeń, abyśmy wreszcie mieli twarde dane, ile co kosztuje. Dzięki temu będzie można od NFZ przejąć tę część, która zdaje się najbardziej „kuleje”, czyli przenieść ciężar organizacji finansowania świadczeń z centrali funduszu na jego oddziały regionalne. W końcu nasz system ochrony zdrowia jest zregionalizowany i to w województwach powinny zapadać decyzje, które świadczenia są tam potrzebne i zabezpieczają potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Przeniesienie tych kompetencji ma być pierwszym krokiem do decentralizacji NFZ?

Właśnie. Dopiero wtedy będziemy mogli myśleć o tym, czy na nasz rynek wprowadzić innych ubezpieczycieli, prywatnych płatników i na jakich zasadach, czy też skupić się na tym, by regionalne oddziały NFZ przekształcać w towarzystwa ubezpieczeniowe. Na razie sprawa jest otwarta.

Z tego, co pan mówi, wynika, że skupiliście się na wojnie z NFZ. Rozumiem, że zależy wam na zlikwidowaniu dwuwładzy fundusz – ministerstwo, jaką teraz mamy. Nie prościej byłoby zmienić ustawę?

Nie da się za pomocą jednego aktu prawnego zmienić systemu, nie da się wyleczyć tego, co diagnozujemy jako chorobę ochrony zdrowia. Pamiętajmy też, że ustawy, rozporządzenia itp. nie są cudownym lekiem. Jeśli coś źle działa, nie wystarczy zmiana aktu prawnego, by rzeczywistość stała się piękniejsza. Tym bardziej że mamy do czynienia z tak skomplikowanym organizmem jak system zdrowotny. Tu zmiany muszą następować sekwencyjnie. Nie wolno przy tym zapominać, że na wszelkie zmiany trzeba przygotować świadczeniodawców. Podam konkretny przykład: co z tego, że mamy rozporządzenie ministra zdrowia o rachunku i rozliczaniu kosztów w SPZOZ-ach, skoro nie jest ono przestrzegane. Jeśli świadczeniodawcy nie są w stanie stosować prostych zasad rachunkowości, to jak można mówić o rozliczaniu kosztów na procedury? Dlatego przy współpracy ze Szkołą Główną Handlową przygotowaliśmy dla szpitali cykl szkoleń poświęconych rachunkowości zarządczej.

Ile placówek obejmie to szkolenie? I jaki jest jego cel?

Okolo 10 proc. świadczeniodawców. Dzięki temu będzie można wypracować wzór, jak powinien wyglądać



„ W 2007 r. budżet NFZ wynosił 42 mld zł, w tym roku – 57 mld zł. I co? Czy kolejki się zmniejszyły? Nie. To najlepszy dowód, że samo podniesienie składki zdrowotnej nie da żadnych efektów ”

dać rachunek kosztów w szpitalu. To będzie także przygotowanie szpitali do współpracy z prywatnymi ubezpieczycielami. Placówki muszą się stać pełnoprawnymi partnerami w systemie.

Doszlśmy do chyba najważniejszego pytania: czy pieniędzy w systemie jest za mało? I czy dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mogą tę sytuację poprawić?

Tu chyba jesteśmy zgodni – powinno być więcej pieniędzy. Przeznaczamy na zdrowie najmniej w Europie, ale warto pamiętać, że jest to różnica zaledwie 1 proc. PKB. Średnia europejska to 6 proc. PKB, a my wydajemy 4,8–4,9 proc. PKB. Brakuje nam więc zaledwie 13 mld zł. Warto też wziąć pod uwagę zdrowotne wydatki prywatne – szacuje się je na 30 mld zł, więc jeśli policzymy wydatki publiczne i prywatne, różnica między krajami UE a Polską właściwie przestaje istnieć.

A co by się stało, gdybyśmy dołożyli te 13 mld zł?

No właśnie. Warto pamiętać: w 2007 r. budżet NFZ wynosił 42 mld zł, w tym roku – 57 mld zł. I co? Czy kolejki się zmniejszyły, poprawił się dostęp do świadczeń? Nie. To najlepszy dowód, że postulowane przez środowisko lekarskie podniesienie składki zdrowotnej nie da żadnych efektów, poza wzrostem podatków. A czas kryzysu to chyba nie najlepszy moment na podnoszenie podatków.

Ale co sprawia, że każde dodatkowe pieniądze i tak zginęłyby w systemie? Tylko proszę nie mówić o dziurawym wiadrze...

Moim zdaniem, błąd jest natury organizacyjnej – mamy złe relacje między POZ, AOS a szpitalami. Każdy ma odrębny system finansowania, każda z tych grup spycha na drugą konieczność wykonywania świadczeń, ale jednocześnie ciągnie do siebie możliwie największe pieniądze. W systemie *fee for service* każdy ze świadczeniodawców jest zainteresowany jednym – wykonaniem jak największej liczby świadczeń, niezależnie od tego, czy są one uzasadnione medycznie. Dziś nie mamy żadnej możliwości, by zmusić podmioty do racjonalnego wydawania pieniędzy. Potrzebne są zmiany strukturalne – połączenia szpitali, zmiana struktury łóżek, przede wszystkim zwiększenie liczby miejsc opieki długoterminowej. Dziś często jest tak, że choć pacjenta można by wyleczyć np. w ramach procedur jednodniowych, kładzie się go do szpitala na dwa tygodnie, bo to się bardziej szpitalowi opłaca.

Ale to nie wina szpitali, że tak się zachowują, tylko tego, jakie rozporządzenia wydaje NFZ...

Zgadzam się, że w tej sytuacji wszyscy zachowują się racjonalnie – dyrektorowi szpitala mniej zależy na racjonalnym, uzasadnionym i najtańszym udzielaniu świadczeń, bo jego głównym zmartwieniem jest utrzymanie bazy.

Przekształcenie szpitali w spółki przyczyni się do zmiany tej sytuacji?

Tak, to jedno z narzędzi, które wymusi racjonalizację kosztów.

Rozmawiali Janusz Michalak i Agnieszka Katrynicz