



GDYBYM BYŁ

MINISTREM ZDROWIA...

Z polskim systemem opieki zdrowotnej nie jest dobrze, brakuje też pomysłu, jak go usprawnić. Kolejni ministrowie zdrowia wprowadzają „swoje” zmiany. Postanowiliśmy zwycięzcom październikowych wyborów ułatwić zadanie.

Spytaliśmy jedenastu ekspertów o sześć fundamentalnych spraw związanych z zarządzaniem ochroną zdrowia: skąd wziąć pieniądze na zdrowie, o samorządy i zarządzanie opieką zdrowotną, liczbę płatników, świadczenia komercyjne w publicznych szpitalach, dopłaty, długi szpitalne, a także o to, co zrobiliby, gdyby szefowali Ministerstwu Zdrowia. Podczas konferencji Wizja Zdrowia eksperci ci powiedzą więcej o koncepcjach zmian i rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce.



Fot. Beata Kitowska/AG

**prof. dr hab. med.
Piotr Czauderna**

członek Narodowej
Rady Rozwoju,
prezes Agencji Badań
Medycznych

Gdybym był ministrem zdrowia...

Po pierwsze, nie chciałbym być ministrem zdrowia, bo dzisiaj to chyba najbardziej niewdzięczne stanowisko w rządzie. Pełnienie tej funkcji przypomina stąpanie po polu minowym. Ale gdybym nim był, to przede wszystkim opracowałbym strategiczną wizję systemu ochrony zdrowia na najbliższe 7–10 lat, tzw. *white policy paper*. Ponadto określiłbym zasady współpracy i zadania głównych sektorów systemu: POZ, AOS ambulatoryjny, AOS przyszpitalny, szpitale – ze stopniową zmianą modelu ich finansowania w kierunku zadaniowym (płatności pakietowe, płatność za wynik), wymuszającym współpracę i poprawę dostępności. Doprowadziłbym też do powstania systemu wymiany informacji medycznej pomiędzy nimi.

Co zrobić, aby pieniędzy na system ochrony zdrowia było więcej?

Wprowadzić nowe źródła finansowania, takie jak podatek Garattiniego, dopłaty do świadczeń ponadstandardowych, wykorzystać akcyzę od alkoholu i papierosów. Należy też rozpocząć prace nad ubezpieczeniem pielęgnacyjnym i na poważnie rozważyć wzrost składki zdrowotnej.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Na poziomie wojewódzkim zdecydowanie tak, ale nie samodzielnie – ze względu na oczywisty właścicielski konflikt interesów, lecz we współpracy z innymi interesariuszami, np. poprzez wojewódzkie rady zdrowia czy wojewódzkie komitety koordynujące. Na poziomie po-

wiatowym – tylko w zakresie zdrowia publicznego.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Na razie tak. W przyszłości można to stopniowo zmieniać i wprowadzać zasady konkurencji, poczynając od dodatkowych ubezpieczeń prywatnych.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Zdecydowanie tak, ale po zabezpieczeniu interesu pacjentów leczonych za pieniądze publiczne.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującego wyższy standard usługi medycznej?

Tak, pod warunkiem określenia tego standardu.

Jak oddłużyć placówki ochrony zdrowia?

Rozumiem, że mówimy głównie o szpitalach. Należy powołać publiczną agencję szpitali oferującą szpitalom na zasadach dobrowolności kredyty restrukturyzacyjne na preferencyjnych warunkach, jednak z zastrzeżeniem akceptacji przez właścicieli planu naprawczego przygotowanego przez agencję, a także bieżącej pomocy zarządczej. Ponadto stosownie do realnych potrzeb powinno się zaktualizować sieć szpitali i część z nich przekształcić w placówki opieki długoterminowej, rehabilitacji oraz szybkiej diagnostyki.

WPROWADZIĆ NOWE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA,

TAKIE JAK PODATEK GARATTINIEGO,

DOPLĄTY DO ŚWIADCZEŃ PONADSTANDARDOWYCH,

WYKORZYSTAĆ AKCYZĘ OD ALKOHOLU I PAPIEROSÓW



Fot. Archiwum prywatne

Zbigniew Hupato

prezes Szpitala Powiatowego we Wrześni

Gdybym był ministrem zdrowia...

Rozpocząłbym od opracowania wieloletniej strategii rozwoju opieki zdrowotnej w Polsce. Słabością naszego systemu jest brak takiej właśnie strategii, przyjętej i realizowanej ponad podziałami politycznymi. Drugą rzeczą to stworzenie prawdziwej polityki informacyjnej. Niestety do polityków, nie mówiąc o reszcie społeczeństwa, nie dociera fakt, że zdrowie to najważniejszy – być może obok edukacji – element życia społeczno-gospodarczego kraju. Proszę zwrócić uwagę, że dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej to przede wszystkim inwestycja w społeczeństwo. Nie jest to niestety powszechne przekonanie.

Co zrobić, aby pieniądze na system ochrony zdrowia było więcej?

Mamy dwie realne drogi: po pierwsze – zwiększenie składki zdrowotnej kosztem podatku PIT, po drugie – ograniczenie koszyka świadczeń gwarantowanych. Jeżeli nie jesteśmy w stanie spełnić powyższych postulatów, powinniśmy obniżyć wymagania jakościowe wobec świadczeniodawców, dzięki czemu będą mogli zredukować koszty. Dotyczy to przede wszystkim wymagań co do kadry medycznej. To są jedyne sposoby na znaczącą poprawę finansowania systemu ochrony zdrowia. Reszta to mrzonki i publicystyka.

Jaki odsetek pieniędzy powinien być przeznaczony na szpitalnictwo, AOS i POZ?

Trudno mówić o konkretnych procentach, jestem jednak przekonany, że większe środki powinny być przeznaczo-

ne na AOS, gdzie sytuacja jest dramatyczna. Powinno się to wiązać ze stopniowym przenoszeniem ciężaru leczenia z lecznictwa szpitalnego do opieki ambulatoryjnej.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Jak najbardziej. Powiem tak: im więcej samorządów w sferze publicznej, tym lepiej i mądrzej. Najważniejszą rolę samorządów wszystkich szczebli musi być udział w opracowywaniu i wdrażaniu wszelkich strategii i map potrzeb zdrowotnych. To samorządy w pierwszej kolejności powinny być w tej sprawie partnerami ministra zdrowia i NFZ. Niemniej uważam, że konieczny jest jednoznaczny rozdział funkcji płatnika i organizatora świadczeń. Finansowaniem powinien się zajmować ubezpieczyciel.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Należy wrócić do pierwotnych założeń reformy z lat 90., czyli do koncepcji wielu podmiotów ubezpieczeniowych konkurujących ze sobą. Z punktu widzenia zarządzającego szpitalem mamy do czynienia z pewną schizofrenią – szpital jako podmiot gospodarczy jest poddawany mechanizmom rynkowym, kupuje leki, sprzęt, pracę według ceny ustalonej przez rynek, często brutalny. Równocześnie swoje usługi może de facto sprzedawać tylko jednej, monopolistycznej instytucji, jaką jest NFZ. To paranoja.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Oczywiście. To nie może budzić żadnych wątpliwości. Obawiam się jednak, że rynek komercyjnych świadczeń zdrowotnych w Polsce jest nadal ubogi, a społeczeństwo jeszcze mało zasobne. Naszego społeczeństwa po prostu nie stać na korzystanie z płatnych świadczeń na szeroką skalę.

GRZECEM PIERWORODNYM NASZEGO SYSTEMU

JEST FATALNA WYCENA ŚWIADCZEŃ.

I NIE CHODZI TYLKO O OGÓLNE ICH KIEPSKIE FINANSOWANIE,

ALE ZUPEŁNIE NIEUZASADNIONE RÓŻNICE

W WYCENIE POSZCZEGÓLNYCH OBSZARÓW

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującej wyższy standard usługi medycznej?

W tym wypadku byłbym ostrożny. Taki system może powodować nieprawidłowości polegające na ograniczeniu dostępu do wysokiej jakości świadczeń. Zachęcałbym raczej do wprowadzania opłat za świadczenia pozamedyczne, chociażby za tzw. koszty hotelowe pobytu w szpitalu, żywienie itd. Możliwe do przyjęcia byłoby również pobieranie niewielkiej opłaty np. za trzecią w kwartale wizytę u lekarza rodzinnego czy częściowej dopłaty w zryczałtowanej formie za świadczenia AOS. Oczywiście wymagałoby to pewnych zabezpieczeń czy wyłączeń, choćby dla pacjentów onkologicznych, chorych przewlekle.

Jak oddłużyć placówki ochrony zdrowia?

Podstawowym problemem nie jest kolejne oddłużenie placówek. Grzechem pierwotnym naszego systemu jest fatalna wycena świadczeń. I nie chodzi tylko o ogólnie ich kiepskie finansowanie, ale zupełnie nieuzasadnione różnice w wycenie poszczególnych obszarów. Nie jest tajemnicą, że kardiologia i onkologia są świetnie finansowane. Szpitale o takich profilach nie borykają się raczej z problemami finansowymi. Równocześnie wszystkie SOR-y, oddziały psychiatryczne, internistyczne czy opieki długoterminowej ponoszą straty, często gigantyczne. Dopiero po uczciwej i obiektywnej wycenie weźmy się do oddłużania. Musi ono być poprzedzone dokładną analizą i opracowaniem biznesplanu, a ciężar oddłużenia powinno wziąć na siebie państwo i jego instytucje.



Fot. PAP/Piotr Nowak

Anna Janczewska

minister zdrowia
w gospodarczym
gabiniecie cieni Business
Centre Club

Gdybym była ministrem zdrowia...

Zanim bym się zgodziła na objęcie tego stanowiska, postawiłabym dwa warunki: powołanie przez premiera ponadpartyjnej Narodowej Rady Zdrowia Publicznego oraz ustanowienie stanowiska ministra zdrowia w randze wicepremiera. To pozwoliłoby mieć nadzieję na nadanie zagadnieniom ochrony zdrowia, które Polacy uważają za najważniejszy priorytet rządu, najwyższej rangi. Umożliwiłoby również wyjście z silosowego podejścia do ochrony zdrowia. Gdyby te warunki zostały spełnione, wraz z gronem ponadpartyjnych ekspertów oraz Narodową Radą Zdrowia Publicznego wypracowalibyśmy wizję dla polskiego systemu ochrony zdrowia oraz strategię: krótkookresową i długookresową. Na temat wizji i strategii sporo już dyskutowano, jednak do tej pory nie powstał ponadpartyjny dokument z mocą sprawczą. Następnym krokiem byłoby określenie niezbędnych środków finansowych potrzebnych do realizacji tej wizji i strategii w kolejnych latach. Za szalenie ważne uważam też wprowadzenie do szkół i na studiach obowiązkowego przedmiotu – nauki o zdrowiu, którego program zostałby wypracowany wspól-

nie z ministrem edukacji i ministrem szkolnictwa wyższego.

Co zrobić, aby pieniądze na system ochrony zdrowia było więcej?

Nikt już dzisiaj nie ma wątpliwości, że powinno być ich znacznie więcej. Należałoby przede wszystkim dokonać przeglądu budżetu państwa i wypracować konsensus na poziomie rządu, które zaplanowane wydatki można przesunąć na rzecz ochrony zdrowia, mając cały czas na uwadze, czego Polacy potrzebują najbardziej i jakie konsekwencje społeczne oraz finansowe ponosimy wszyscy w związku ze skutkami ciągłego kryzysu w ochronie zdrowia. Z pewnością wprowadziłabym jak najszybciej ustawę o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych oraz opodatkowanie niezdrowej żywności. Dokonałabym przeglądu wpływów państwa z wszystkich akcyz na produkty, które mają zły wpływ na nasze zdrowie, takich jak alkohol czy tytoń. Wpływy te powinny zdecydowanie zasilać budżet ochrony zdrowia. Równoległe podjęłabym działania zmierzające do szybszej informatyzacji ochrony zdrowia, by dysponować danymi, które umożliwią m.in. wskazanie źródeł

ewentualnego marnotrawstwa i poczynienie oszczędności w ochronie zdrowia. Na poziomie poszczególnych jednostek ochrony zdrowia można by zresztą wskazać takie źródła marnotrawstwa dość szybko, używając narzędzia, jakim jest *lean management*.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną na poziomie regionalnym, ale zgodnie z przyjętą dla całego kraju wizją i strategią ochrony zdrowia. To samorządy mają największą wiedzę o potrzebach obywateli w swoich regionach i powinny szybko rozwiązywać ewentualne problemy regionalnej ochrony zdrowia.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Zdecydowanie nie, opowiadam się za konkurencyjnym modelem ubezpieczycieli, który wymuszałby jakość i terminowość świadczenia usług medycznych. Modele takie funkcjonują z powodzeniem w wielu krajach, które mają najlepsze systemy ochrony zdrowia w Europie.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Zdecydowanie tak. Po pierwsze, przemawia za tym konieczność równego traktowania podmiotów publicznych i prywatnych. Po drugie, dałoby to szpi-

talom publicznym możliwość pełniejszego wykorzystywania po godzinach bardzo często bogatej bazy sprzętowej i pozyskiwania w ten sposób dodatkowych funduszy na swoją działalność. Należałoby to tylko odpowiednio uregulować, by zapobiec ewentualnym patologiom. Równocześnie powinno się umożliwić podmiotom niepublicznym ubieganie się o fundusze ubezpieczyciela na równych prawach z jednostkami publicznymi.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującego wyższy standard usługi medycznej?

Tu byłabym bardzo ostrożna i nie optowałabym za takim rozwiązaniem. Tę sprawę mogą załatwić dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia?

Proces oddłużania powinien być poprzedzony kompleksową analizą zadłużonych jednostek ochrony zdrowia w całym kraju. Na tej podstawie będzie można przygotować listę tych, które powinny zostać oddłużone, bo np. są ważne regionalnie lub pełnią inne istotne dla potrzeb zdrowotnych funkcje. Warunkiem oddłużenia danej jednostki powinno być jednak przedstawienie wiarygodnego planu restrukturyzacji, poprzedzone audytem, zgodnie m.in. z filozofią *lean management*. Celem tej koncepcji zarządzania jest tworzenie planu racjonalnego i efektywnego działania organizacji. Zaakceptowane projekty restrukturyzacji powinny następnie podlegać systematycznej ewaluacji przez zespół powołany w Ministerstwie Zdrowia, a pieniądze na oddłużenie powinny być przekazywane do oddłużanych placówek w ratach, po pozytywnym wyniku kolejnej ewaluacji.

ZA SZALENIE WAŻNE UWAŻAM TEŻ

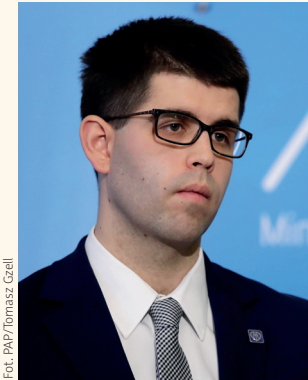
WPROWADZENIE DO SZKÓŁ I NA STUDIACH

OBOWIĄZKOWEGO PRZEDMIOTU –

NAUKI O ZDROWIU, KTÓREGO PROGRAM

ZOSTAŁBY WYPRACOWANY WSPÓLNIE Z MINISTREM EDUKACJI

I MINISTREM SZKOLNICTWA WYŻSZEGO



Fot. PAP/Tomasz Czele

Łukasz Jankowski
prezes Okręgowej Izby
Lekarskiej w Warszawie

Gdybym był ministrem zdrowia...

Wszedłbym na stronę internetową akcji „Polska to chory kraj” [www.polskatochorykraj.pl – przyp. red.] i podpisał się pod zamieszczonym tam manifestem. Zachęcałbym też do tego innych. Dlaczego? Bo Ministerstwo Zdrowia nie jest „mocnym” resortem w rządzie, a minister zdrowia potrzebuje wsparcia i argumentów w rozmowach z ministrem finansów i premierem. Działania, które sprawiają, że zdrowie jest najważniejszym tematem dla opinii publicznej, wzmacniają pozycję Ministerstwa Zdrowia, są karta przetargową do negocjowania niezbędnych reform na forum rządu.

Co zrobić, aby pieniędzy było więcej?

To właśnie pytanie zadajemy politykom, mówiąc o konieczności zwiększenia finansowania ochrony zdrowia w pierwszym postulacie naszego manifestu. Drog jest wiele. Nie uciekniemy od dyskusji o podwyższeniu składki zdrowotnej, być może dzielonej solidarnie między pracodawców a pracowników. Problemem jest to, że przy dzisiejszym niewydolnym systemie trudno kogośkolwiek przekonać, że pieniądze, które pacjent z własnej kieszeni przeznaczą na prywatną opiekę zdrowotną, mogłyby z takim samym dla niego skutkiem zdrowotnym w formie podwyższonej składki trafić do systemu państwowego. Innym rozwiązaniem jest zaangażowanie większych funduszy z budżetu. Można też połączyć te drogi i starać się inwestować w system pieniądze budżetowe, równoległe szukając dodatkowego finansowania. Którą drogę wybiorą politycy?

NALEŻY ZDIAGNOZOWAĆ,

DLACZEGO PŁACÓWKA SIĘ ZADŁUŻA,

A POTEM ROZWIĄZYWAĆ KONKRETNY PROBLEM.

NIESTETY, NAWET PRAWIDŁOWO

FUNKCJONUJĄCE SZPITALY ZADŁUŻAJĄ SIĘ

ZE WZGLĘDU NA ZŁĄ WYCENĘ PROCEDUR

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Wiele problemów szpitali bierze się z rozproszonego nadzoru właścicielskiego nad szpitalami na danym terenie. Myślę, że przekazanie zarządzania podmiotami całkowicie w ręce samorządów to dobry pomysł, pod warunkiem wyodrębnienia instytutów i kluczowych jednostek referencyjnych wymagających odrębnego nadzoru.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Blizsza jest mi koncepcja kilku ubezpieczycieli rywalizujących o pacjenta. To większe nakłady i konkurencja kilku płatników sprawiła, że systemy w innych krajach, np. u naszych południowych sąsiadów, działają lepiej. Czesi są w większości zadowoleni z opieki zdrowotnej, czego nie można powiedzieć o Polakach.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Oczywiście, skorzystaliby na tym wszyscy. Lekarze w większości woleliby zamiast po godzinach dorabiać w innych jednostkach pracować na podobnych zasadach u siebie, gdzie znają uwarunkowania sprzętowo-lokalowe, a także funkcjonują w ramach znanego sobie zespołu. Sądzę, że również pacjenci byliby z takiego rozwiązania zadowoleni – w razie wystąpienia powikłania mogliby korzystać z zaplecza szpitalnego i leczyć się w placówce, którą znają. Skorzystałyby również szpitale dzięki możliwości wykorzystania w pełni swojego potencjału lokalowego, personalnego i medycznego.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującej wyższy standard usługi medycznej?

Takie rozwiązania już funkcjonują w niektórych szpitalach, np. w położnictwie. Mam wątpliwości, czy to dobra droga. Byłbym raczej – jeżeli w ogóle – za ubezpieczeniami komplementarnymi

i uzależnieniem od nich wyższego standardu usługi medycznej niż za wprowadzaniem możliwości dopłat do danego świadczenia. Dla lekarza status materialny pacjenta nie powinien mieć i nie ma żadnego znaczenia i w tym sensie nie podoba mi się różnicowanie pacjentów i standardu opieki nad nimi ze względu na ich zamożność. Inną sprawą jest umożliwienie dopłat do materiałów, np. lepszych soczewek przy operacji zaćmy.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia?

Skutecznie. Należy zdiagnozować, dlaczego placówka się zadłuża, a potem rozwiązywać konkretny problem. Niestety, nawet prawidłowo funkcjonujące szpitale zadłużają się ze względu na złą wycenę procedur. Jednym z naszych postulatów, zawartych w porozumieniu z ministrem zdrowia w lutym 2018 r., było urealnienie wyceny świadczeń. Ten punkt porozumienia nadal nie został spełniony.



Fot. Renata Dąbrowska/AG

Tadeusz Jędrzejczyk

były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Gdybym był ministrem zdrowia...

Takie pytanie to jak powiedzenie „Obyś żył w ciekawych czasach”. A przypominę, że to chińskie powiedzenie nie jest wcale życzeniem nadejścia dobrych czasów, ale przekleństwem, komentarzem do tego, co się dzieje. Odpowiadając – regulacje systemowe dają ministrowi zdrowia rozliczne kompetencje szczegółowe, ale warto podkreślić, że i tak każda kluczowa zmiana wymaga decyzji Rady Ministrów. Dlatego zacząłbym od rozmów z „kolegami ministrami”. Przekonywałbym, że zdrowie jest ważniejsze od tworzenia coraz dłuższych ustaw i rozporządzeń, a temu poświęca się mnóstwo uwagi. Powiedziałbym, że nie ma resortu, którego działania nie wpływają na kondycję Polaków. Czy taka rozmowa byłaby skuteczna? Małe

szanse. Dlatego właśnie sprawy zdrowotne mimo swojej wagi pozostają na marginesie aktywności publicznej w Polsce. Ale nie można się poddawać.

Co zrobić, aby pieniędzy na system ochrony zdrowia było więcej?

Są dwa sposoby. Po pierwsze, sugerowałbym powrót do ulgi podatkowej za świadczenia finansowane z pieniędzy prywatnych. Po drugie, proponowałbym trwale zwiększenie finansowania. To wymagałoby wskazania stabilnego źródła. Jeśli nie podniesienia składki – kosztem PIT, to na przykład stałego – zwiększającego się w rytm „ustawy 6 proc.” – odpisu z podatku akcyzowego czy VAT wprost do NFZ.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Ze względu na wielkość Polski jest jasne, że takie rozwiązanie poprawiłoby dostępność i satysfakcję z udzielonych świadczeń, pod warunkiem większych nakładów ze środków publicznych. Samorządy są bowiem zbyt blisko swoich mieszkańców, żeby mogły sobie pozwolić na poważne błędy w zarządzaniu.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Rozumiejąc to pytanie w taki sposób, że chodzi o prawne zrównanie statusu

NAJLEPSZYM ROZWIĄZANIEM WYDAJE SIĘ

UTWORZENIE FUNDUSZU POŻYCZKOWEGO.

WSPOMAGAŁBY ON NA PODSTAWIE

DECYZJI KOMISYJNYCH – W ZNACZENIU:

JAWNYCH – WŁAŚCICIELA I PŁATNIKA,

OPIERAJĄC SIĘ NA ZWERYFIKOWANYCH

MAPACH POTRZEB ZDROWOTNYCH

podmiotów realizujących świadczenia za środki z NFZ, odpowiadam: tak.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującej wyższy standard usługi medycznej?

Warunkiem wprowadzenia współpłacenia bez naruszenia prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych musiałoby być wsparcie ze strony instytucji pomocy społecznej dla osób, dla których takie dopłacanie nie byłoby możliwe ze względu na status materialny. To oczywiście w rezultacie zwiększyłoby nakłady na opiekę zdrowotną – tak publiczne, jak i prywatne.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia z kłopotami finansowymi?

Najlepszym rozwiązaniem wydaje się utworzenie funduszu pożyczkowego. Wspomagałby on na podstawie decyzji komisyjnych – w znaczeniu: jawnych – właściciela i płatnika, opierając się na zweryfikowanych mapach potrzeb zdrowotnych. Na początku takiego procesu konieczne byłoby określenie, które zakresy działalności ratowanego podmiotu należy rozwijać, które likwidować i ewentualnie w jakich nowych obszarach podejmować aktywność. Korekty działań zarządczych też oczywiście są ważne. W istocie bowiem stabilny finansowo podmiot jest bezpieczniejszy nie tylko dla pracowników, lecz także pacjentów.



Fot. Archiwum

Ligia Kornowska

dyrektorka zarządzająca Polskiej Federacji Szpitali i przewodnicząca Młodych Menedżerów Medycyny

Gdybym była ministrem zdrowia...

Mam nadzieję że nie bałabym się podjąć decyzji, które mogą być niepopularne, ale na pewno są bardzo potrzebne. Przede wszystkim musimy przyznać otwarcie, że nie stać nas na zapewnienie bez oczekiwania w kolejce pełnej opieki i profilaktyki zdrowotnej dla starzejącego się społeczeństwa 38 mln obywateli. Rozsądne wydaje się stworzenie warunków do współpłacenia oraz funkcjonowania ubezpieczeń komplementarnych. W sytuacji gdy płatnik publiczny nie jest w stanie w pełni sfinansować rosnącego koszyka świadczeń gwarantowanych, dochodzi do zadłużania się świadczeniodawców oraz ograniczenia dostępu do świadczeń. Już czas podjąć konkretne działania w tej sprawie. Głównym kryterium oceny świadczeniodawcy czy przyznania mu publicznego kontraktu musi być jakość opieki nad pacjentem i skuteczność diagnozowania oraz leczenia, a nie model własnościowy szpitala. Działając w czasach cyfrowej rewolucji, powinniśmy przenieść również polską medycynę na poziom 2.0. Ministerstwo Zdrowia musi kłaść duży nacisk na rozwój nowych technologii – telemedycynę czy wykorzystanie sztucznej inteligencji. Dzięki temu można by nie tylko poprawić jakość i dostępność opieki, ale

prawdopodobnie także doprowadzić do optymalizacji finansowej systemu.

Co zrobić, aby pieniędzy na system ochrony zdrowia było więcej?

Skutecznie zwiększyć nakłady w systemie można na kilka sposobów: podnosząc składkę zdrowotną lub nakłady z budżetu państwa na ochronę zdrowia bądź wprowadzając ubezpieczenia komplementarne. W zasadzie popieram każdą z nich.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Samorządy muszą zabezpieczać potrzeby społeczności lokalnej zgodnie z zasadą subsydiarności. Wymóg ten nie musi determinować struktury właścicielskiej świadczeniodawców i może być realizowany w wielu formach. Myślę, że na przykład w obszarze profilaktyki zdrowotnej samorządy mogłyby działać jeszcze aktywniej.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Osobiście jestem zwolennikiem modelu ubezpieczeniowego, w którym występuje wielu płatników. Systemy oparte na konkurencji rynkowej zazwyczaj lepiej funk-

cjonują. Jednocześnie uważam, że system ochrony zdrowia nawet w modelu rynkowym powinien chronić pacjentów przed dyskryminacją i wykluczeniem.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Udzielanie świadczeń komercyjnych powinno być dozwolone niezależnie od formy prawnej, struktury właścicielskiej i kontraktu z płatnikiem publicznym.

MINISTERSTWO ZDROWIA

MUSI KŁAŚĆ DUŻY NACISK

NA ROZWÓJ NOWYCH TECHNOLOGII –

TELEMEDYCYNĘ CZY WYKORZYSTANIE

SZTUCZNEJ INTELIGENCJI

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującego wyższy standard usługi medycznej?

Zdecydowanie tak. W mojej ocenie nie zaburza to konstytucyjnego obowiązku zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, bo płatnik gwarantuje równy dostęp, zapewniając określony koszyk świadczeń, a mógłby to być jeden ze sposobów dofinansowania systemu.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia?

Na to pytanie trudno odpowiedzieć precyzyjnie, bo zadłużenie poszczególnych placówek wynika z bardzo wielu różnych czynników – specjalizacji szpitala, obszaru działania i wielu innych. Dodanie pieniędzy bez identyfikacji przyczyn zadłużenia zarówno na poziomie konkretnej placówki, jak i wynikających z wad systemu nie rozwiąże problemów w dłuższej perspektywie.



Fot. PAP/Andrzej Cynogiel

Beata Matecka-Libera
postanka Platformy Obywatelskiej i wiceprzewodnicząca sejmowej Komisji Zdrowia

Gdybym była ministrem zdrowia...

Musiałbym mieć pewność, że zdrowie jest priorytetem rządu, że będzie zagwarantowany wzrost jego finansowania i że moje propozycje zmian są zaakceptowane i przyjęte do realizacji. Ochrona zdrowia wymaga podjęcia ważnych i odważnych decyzji. Wiele mówimy o potrzebie działań międzyresortowych i tylko mocna pozycja Ministerstwa Zdrowia może to zapewnić.

Co zrobić, aby pieniądze na system ochrony zdrowia było więcej?

Nikt już nie ma wątpliwości, że potrzebne jest szybkie, coroczne zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia. Ustawa o wroście do 6 proc. PKB do 2024 r. nie zapewni finansowania wyzwań, przed jakimi stoimy – z zakresu demografii, wyzwań cywilizacyjnych i postępu w medycynie. Znalezienie dodatkowych pieniędzy w budżecie państwa jest nieuniknione, ale też wymaga określenia strategii, sprecyzowania jasnych celów. Najważniejsze jest, by wydawać te fundusze bardziej

efektywnie, określając jasno priorytety ochrony zdrowia. Jestem przeciwko podwójnemu płaceniu za tę samą usługę, z czym mamy do czynienia obecnie, a jestem za dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Jeżeli chcemy, aby POZ i AOS były podstawą systemu, musimy też zapewnić wzrost finansowania. W budżecie NFZ niezmiennie największe nakłady przeznaczone są na szpitalnictwo – ponad 52 proc. Od lat nie widzę zmian w planowaniu kolejnych budżetów NFZ polegających na sukcesywnym zwiększaniu środków na zadania POZ i AOS. Nagle pojawiające się wzrosty wycen niektórych procedur medycznych często są dziełem przypadku i nie dowodzą przyjęcia długofalowej strategii. Także w planie rzeczowo-finansowym należy jasno rozdzielić pieniądze na profilaktykę, wczesną diagnostykę i leczenie.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Osobiście nie chciałabym odbierać samorządom decyzji, czy chcą mieć swój

szpital i nim zarządzać, ponosząc także pełną odpowiedzialność. Raczej jestem zwolenniczką określenia regionalnej polityki zdrowotnej na podstawie danych epidemiologicznych i analizy potrzeb mieszkańców. Za taką politykę powinna odpowiadać regionalna rada zdrowia składająca się z ekspertów. To ona musi wyznaczać kierunki rozwoju ochrony zdrowia w regionie, zapewniając mieszkańcom bezpieczeństwo i dostępność świadczeń.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Właśnie to doprowadziło do obecnej sytuacji w ochronie zdrowia, gdzie NFZ przestał praktycznie być ubezpieczycielem, a jest realizatorem budżetu. Nie ma na uwadze potrzeb pacjentów i dobrej jakości usługi, tylko przestrzega realizacji planu rzeczowo-finansowego bez jego głębokiej nowelizacji od lat. Właściwie wróciliśmy do finansowania budżetowego, a wprowadzone ryczałty zgodnie z ustawą o sieci szpitali są najlepszym tego przykładem. Jestem za dopuszczeniem konkurencji, która wymusza podwyższanie jakości usług, a głównym kryterium dla płatnika powinien być efekt leczniczy. Monopol NFZ i centralizacja systemu są mi całkowicie obce.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Wprowadzenie zasady, że SPZOZ może wykonywać badania komercyjne, jest słuszne. Żałuję, że w ustawie o działalności leczniczej nie uwzględniono przekształceń szpitali w spółki pra-

wa handlowego jako obligatoryjnych. Dzisiaj wiele z tych problemów byłoby już rozwiązanych. Zawsze uważałam, że podmioty korzystające z pieniędzy publicznych powinny mieć takie same prawa i obowiązki. To, kto jest właścicielem szpitala, nie powinno różnicować placówek pod kątem ich kontraktowania. Zawsze najważniejsza powinna być jakość i dostępność usług. Niewykorzystanie możliwości i sprzętu z powodu ograniczeń kontraktu publicznego to działanie na szkodę szpitala, ale także pacjentów.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującego wyższy standard usługi medycznej?

Nie jestem zwolennikiem kolejnego obciążania pacjentów dodatkową opłatą. Za bardziej zasadne uważam rozwiązania systemowe, w tym rewizję koszyka świadczeń gwarantowanych i wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. To oczywiście proces, który wymaga edukacji społeczeństwa i konsekwentnego wdrażania.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia?

Co kilka lat z przerażeniem odkrywamy, że zadłużenie szpitali wzrasta, a przykładem jest ustawa o sieci szpitali, która jeszcze je pogłębi. Kolejne oddłużenie nie przyniesie efektu, dopóki nie zmienimy wycen świadczeń i możliwości zarządzania. Należy także zapewnić stabilność i konsekwencję w podejmowaniu decyzji dotyczących systemu i nie przeprowadzać rewolucyjnych zmian bez wcześniejszych analiz ich skutków.

ZAWSZE UWAŻAŁAM, ŻE PODMIOTY KORZYSTAJĄCE

Z PIENIĘDZY PUBLICZNYCH POWINNY MIEĆ

TAKIE SAME PRAWA I OBOWIĄZKI.

TO, KTO JEST WŁAŚCICIELEM SZPITALA, NIE POWINNO RÓŻNICOWAĆ

PLACÓWEK POD KĄTEM ICH KONTRAKTOWANIA



Fot. JAKUB OCIEPAK/AG

Andrzej Matyja

prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Gdybym był ministrem zdrowia...

Siłą samorządu jest apolityczność, nie mam aspiracji, aby być ministrem. Podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy zobowiązałem się nie angażować w żadną działalność polityczną, podtrzymuję to. Ale podpowiem: ktokolwiek będzie ministrem po najbliższych wyborach, musi się skupić na trzech najważniejszych obszarach w ochronie zdrowia, które wymagają kompleksowej troski. Są to finansowanie, organizacja i efektywność systemu oraz zasoby kadrowe. Pozostałe obszary są ich pochodną. Bez naprawy tych trzech dziedzin wprowadzanie zmian w innych kwestiach się nie uda.

Co zrobić, aby pieniądze na system ochrony zdrowia było więcej?

Sugeruję powrót do tego, co zaproponował kiedyś prof. Zbigniew Religa. Powinno się wprowadzić kroczący wzrost stawki składki zdrowotnej, rocznie o 0,25 proc., aby z 9 proc. dojść do 11 proc., co pozwoli zwiększyć odsetek PKB przeznaczany na zdrowie. Już w tej chwili – według raportu WHO za rok 2017 – średnia wydatków krajów europejskich na zdrowie wynosi 7 proc. Jesteśmy na szarym końcu i chwalimy się, że do 2024 r. zwiększymy publiczne wydatki na zdrowie do 6 proc. PKB. Dla mnie to nie jest żaden sukces, tylko ogromna porażka – 6 proc. PKB potrzebne jest tu i teraz.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Samo zarządzanie chorym systemem niczego nie zmieni. Należy rozpocząć od jego zmiany. Sprawne działanie systemu jest podstawą dobrego zarządzania, niezależnie od tego, kto to będzie robił.

MINISTERSTWO ZDROWIA MUSI WZIĄĆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ

ZA ZDROWIE OBYWATELI I BYĆ ORGANIZATOREM

OCHRONY ZDROWIA, A NFZ POWINIEN PEŁNIĆ

FUNKCJĘ PŁATNIKA, KTÓRY UWZGLĘDNI

I ANALIZUJE JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Nie mamy czasu na eksperymenty. Według dostępnych informacji, biorąc pod uwagę koszty działalności, NFZ działa efektywnie i jest potrzebny, tylko w innej roli. Moim zdaniem Ministerstwo Zdrowia musi wziąć odpowiedzialność za zdrowie obywateli i być organizatorem ochrony zdrowia, a NFZ powinien pełnić funkcję płatnika, który uwzględnia i analizuje jakość świadczeń. Warto się też zastanowić, czy potrzebne są oddziały NFZ. Przecież wszystko jest scentralizowane, obowiązuje plan finansowy i algorytm podziału pieniędzy na województwa, który notabene już od 10 lat nie był modyfikowany. Kilka lat temu odbyła się dyskusja na temat konkurencji między publicznymi ubezpieczycielami i mam wrażenie, że zapanowała zgoda – nie jest to rozwiązanie potrzebne i właściwe. Konkurencja powinna się rozwijać na rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Oczywiście, że tak. Oba sektory, publiczny i niepubliczny, powinny działać na takich samych zasadach, wzajemnie się przenikając i uzupełniając. W dzisiejszym systemie NFZ nie jest w stanie zakontraktować całego zakresu i możliwości szpitali. Gdyby szpitale świadczyły usługi komercyjne, mogłyby wykonywać dodatkowe świadczenia, a zysk przeznaczyć na dofinansowanie swojej działalności.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującej wyższy standard usługi medycznej?

Jest to jedno z rozwiązań. Biorąc pod uwagę sytuację ochrony zdrowia, myślę, że większy wpływ będzie miało przede wszystkim zwiększenie finansowania, urealnienie wyceny świadczeń i procedur medycznych. Dzięki temu zostanie zapewniony satysfakcjonujący pacjentów poziom usług.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia?

Należy najpierw wyjaśnić, dlaczego do takiego zadłużenia doszło, następnie opracować plan restrukturyzacji i utworzyć fundusz pożyczkowy dla zadłużonych placówek na preferencyjnych warunkach. Powinniśmy również rozważyć przekształcenie niektórych szpitali w ośrodki opieki długotermi-

nowej, opieki dziennej, rehabilitacyjnej i in., które są potrzebne lokalnym społecznościom. Jeśli szpital jest deficytowy, to nie znaczy, że jest źle zarządzany i niepotrzebny. Wymaga dostosowania do potrzeb danego regionu. Właściciel – organ założycielski – powinien szybko podjąć decyzję i tak go przekształcić, aby dalej funkcjonował, ale w zmienionej i efektywnej formie, służąc lokalnej społeczności.



Fot. PAP/Jakub Kamiński

Marcin Pakulski

były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Gdybym był ministrem zdrowia...

Zostałbym nim tylko wtedy, gdyby resort zajmował się zdrowiem i opieką społeczną, a minister zdrowia był także wicepremierem. Po pierwsze, nie mam złudzeń, że poważniejsze reformy nie nastąpią bez istotnego politycznego wzmocnienia pozycji ministra odpowiedzialnego za zdrowie. Po drugie, jestem przekonany o konieczności silnego powiązania opieki zdrowotnej i społecznej w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

lem konfliktów, a poza tym powstałoby pytanie, kto miałby zarządzać obszarem opieki o znaczeniu ogólnokrajowym. W zamian proponuję rozważenie stworzenia konsorcjów szpitali o zróżnicowanej strukturze właścicielskiej. Konsorcja miałyby możliwość negocjowania z rządem długoterminowych kontraktów i ich warunków w zamian za kompleksowe objęcie opieką danej populacji oraz zobowiązanie do kształcenia kadr medycznych i niezbędnej modernizacji infrastruktury.

Co zrobić, aby pieniądze na system ochrony zdrowia było więcej?

Pieniądze biorą się z dwóch źródeł: podatków i pożyczek od instytucji finansowych. Odpowiedź zatem jest prosta – jako obywatele musimyłożyć na opiekę zdrowotną więcej. Ale powinnością rządzących jest zaproponowanie nam w zamian efektywnego systemu opieki zdrowotnej i socjalnej, dającego poczucie bezpieczeństwa i przekonanie, że nasze pieniądze nie są marnowane.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Proponuję fundamentalną zmianę priorytetu z bezpieczeństwa budżetu NFZ na bezpieczeństwo zdrowotne osób uprawnionych do świadczeń. Oznacza to, że podstawą oceny działania oddziałów NFZ byłyby wskaźniki zdrowia, a nie wykonanie budżetu. W związku z tym oddziały słabo radzące sobie z zadaniami w pierwszej kolejności byłyby łączone z tymi, które radzą sobie dobrze. Poniekąd na tym polegałoby wprowadzenie quasi-konkurencyjności między oddziałami.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Nie jestem zwolennikiem takiego rozwiązania. Ale jeżeli miałbym je rozważać, to z poziomu powiatu mogłaby być zarządzana szeroko pojęta opieka ambulatoryjna – POZ, AOS, opieka długoterminowa i część diagnostyki. W przypadku leczenia szpitalnego i wysokospecjalistycznej diagnostyki widzę przeszkodę w tym, że mamy bardzo zróżnicowaną własność szpitali. Wyłączenie z majątku na przykład miast na rzecz urzędu marszałkowskiego byłoby ogromnym po-

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Wprowadzenie takiej możliwości spowodowałoby szereg problemów i kontrowersji. Formuła SPZOZ była tymczasowym rozwiązaniem w przejściu od jednostki budżetowej do przedsiębiorstwa. Jej utrzymywanie wynika z fałszywego przeświadczenia, że jest to społecznie lepsze rozwiązanie. Jednost-

**PROponuję FUNDAMENTALNĄ
ZMIANĘ PRIORYTETU
Z BEZPIECZEŃSTWA
BUDŻETU NFZ
NA BEZPIECZEŃSTWO
ZDROWOTNE OSÓB
UPRAWNIONYCH DO ŚWIADCZEŃ**

ki funkcjonujące jako SPZOZ niby nie mają zdolności upadłościowej, ale oczekiwanie, że będą działać w sprzeczności z zasadami ekonomii, prowadzi do katastrofy. Działanie w formie spółki nie oznacza odejścia od realizacji zadań publicznych. Ustawowa kontrola nad spółką prawa handlowego jest dużo silniejsza i skuteczniejsza niż nad SPZOZ. W tym kontekście jestem za przekształceniem SPZOZ w spółki prawa handlowego działające na zasadzie *non profit*, z pozostawieniem własności samorządom.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującej wyższy standard usługi medycznej?

Tak, ale w określonych warunkach. Po pierwsze, nie może się stać tak, że świadczenia bez dopłaty są nieosiągalne. Po drugie, dopłata powinna dotyczyć w pierwszej kolejności technologii nier refundowanych, na przykład zabiegów wykonywanych przy użyciu robota chi-

rgicznego. Czy należałoby wprowadzić dopłaty do świadczeń gwarantowanych, tak jak to jest w przypadku leków? Wydaje się, że koszty hotelowe i żywienia mogłyby być objęte dopłatą zgodnie z założeniem, że są to wydatki i tak ponoszone przez ludzi.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia z kłopotami finansowymi?

Najpierw należałoby stwierdzić, czy funkcjonowanie danej placówki jest uzasadnione względami epidemiologicznymi i demograficznymi. Następnie, czy placówka posiada odpowiednie zasoby personelu i czy jej infrastruktura spełnia wymogi bezpieczeństwa udzielania świadczeń lub koszt jej dostosowania jest uzasadniony ekonomicznie. Jeżeli tak, to trzeba stworzyć dobry biznesplan i go zrealizować. Jeżeli przyjmujemy założenie, że szpitale będą działać zgodnie z zasadami ekonomii, to oddłużenie będzie miało sens, a jeśli nie, to będzie to kolejne zmarnotrawienie publicznych pieniędzy.



Fot. Kuba Alys/AG

Adam Rozwadowski

założyciel spółki
CM Enel-Med

Gdybym był ministrem zdrowia...

W Ministerstwie Zdrowia utworzyłbym jako jednostkę wiodącą departament ekonomii zdrowia, który powinien się zajmować analizowaniem funkcjonowania opieki zdrowotnej i sposobami finansowania świadczeń. Dzięki niemu można by zasady działania sektora zdrowotnego opisać za pomocą odpowiednich narzędzi ekonomicznych, a to usprawniłoby funkcjonowanie systemu. Co poza tym? W Polsce mamy dziesięć uczelni z wydziałami nauki o zdrowiu ze znakomitą kadrą naukową. Z wiedzy tych ekspertów należałoby korzystać przy zmianach systemowych, a nie od lat stosować zasadę *medice, cura te ipsum*. Ponadto zaktywizowałbym Departament Zdrowia Publicznego. Zdrowie publiczne to dziedzina zaniedbana od początku transformacji, wymagająca natychmiastowych działań.

Co zrobić, aby pieniądze na system ochrony zdrowia było więcej?

Poziom zabezpieczenia medycznego jest funkcją nakładów finansowych, przy

założeniu optymalnego ich lokowania. Pytanie, ile pieniędzy trzeba dołożyć. To jest element ekonomii zdrowia, tym musiałby się zająć departament ekonomii zdrowia. Z ekspertami pracującymi w departamencie trzeba by się zastanowić, jak pozyskać dodatkowe fundusze: poprzez zwiększenie obowiązkowej składki, dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, możliwość leczenia komercyjnego przy zastosowaniu ulgi podatkowej, sfinansowanie przez pracodawców znacznie rozszerzonego katalogu świadczeń w ramach medycyny pracy, a może zdecydować się na dopłaty z budżetu.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Tak, to zadanie dla samorządów na szczeblu wojewódzkim. Powinny one także przejąć powiatową infrastrukturę szpitalną. Rozdrobnienie właścicielskie sprawia, że zasoby nie są optymalnie wykorzystywane. Sugeruję też, aby samorządy przejęły fundusze na realizację opieki zdrowotnej w swoim regionie.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

Niestety, nie. Artykuł 68 konstytucji zapewnia obywatelom równy dostęp do świadczeń finansowanych z funduszy publicznych. Przesłanką korzystania komercyjnego ze świadczenia jest omińnięcie kolejki pacjentów. SPZOZ został wybudowany ze środków publicznych, więc uzyskanie świadczenia poza kolejką łamie konstytucyjną zasadę równości.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującego wyższy standard usługi medycznej?

Tak, ale wymaga to ustalenia standardów świadczeń. Dotyczy to w dużej mierze materiałów wszczepialnych, takich jak soczewki, endoprotezy stawów biodrowych czy stenty.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia?

Prostym rozwiązaniem jest prywatyzacja, a udziałowcami mogą być zarówno spółki Skarbu Państwa, jak i podmioty lub osoby prywatne. Kolejną propozycja to sprzedaż nieruchomości szpitalnej z możliwością jej dzierżawy komercyjnej. Niestety, w mentalności zarządzających publiczną infrastrukturą medyczną nie istnieje pojęcie kapitału. A to właśnie infrastruktura szpitalna stanowi ogromny kapitał, który może być użyty do sanacji finansowej placówek.

W MINISTERSTWIE ZDROWIA

UTWORZYŁBYM JAKO JEDNOSTKĘ WIODĄCĄ

DEPARTAMENT EKONOMII ZDROWIA,

KTÓRY POWINIEN SIĘ ZAJMOWAĆ

ANALIZOWANIEM FUNKCJONOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

I SPOSOBAMI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ



Fot. PAP/Roman Ischer

Robert Mołdach

partner Instytutu Zdrowia i Demokracji

Gdybym był ministrem zdrowia...

Nie planuję takiej roli dla siebie.

Co zrobić, aby pieniądze na system ochrony zdrowia było więcej?

Należy rozwijać gospodarkę. Silna gospodarka nie dość, że kwotowo dostarczy więcej środków na zdrowie, to procentowo będzie w stanie przyjąć na siebie większe obciążenia. Dylematy, czy wydawać więcej na wojsko, edukację, kulturę czy zdrowie, prowadzą donikąd. Obecny wzrost zawdzięczamy nie tyle nadzwyczajnym przesunięciom w budżecie państwa, co wzrostowi wynagrodzeń i spadkowi bezrobocia. Osobny temat to redystrybucja pieniędzy. Dziwi mnie niechęć do naruszenia interesów niektórych sektorów. Pompowanie kon-

sumpcji i protekcjonizm wewnętrzny nie powinny się odbywać kosztem zdrowia.

Czy samorządy powinny zarządzać opieką zdrowotną?

Pytanie w dużej części się zdezaktualizowało. Prezydent podpisał ustawę o realizowaniu usług społecznych. Ustawa tworzy ramy nowego ładu organizacyjnego ochrony zdrowia i opieki społecznej, wskazuje gminy i związki gmin jako podmioty planujące i koordynujące usługi na poziomie terytorialnym. Do rozstrzygnięcia pozostaje koordynacja na poziomie województwa. Nie widzę w tej roli samorządu. Wojsko, policja, uczelnie i samorząd jako strona – zbyt wiele podmiotów strzegących *status quo*. To wymaga konsensusu, którego wyprac-

wanie powierzyłbym wojewodzie, a rozstrzygający głos dałbym płatnikowi.

Czy w systemie powinien być tylko jeden płatnik?

Choć cenię model holenderski, jesteśmy od niego oddaleni lata świetlne. Najpierw uporządkujmy przedpole, aby dysponować danymi niezbędnymi do podnoszenia jakości, efektywności czy – jak w Holandii – do obliczania transferów pomiędzy ubezpieczycielami prezentującymi odmienne grupy pacjentów. Nie potrafimy nawet precyzyjnie zróżnicować wynagrodzenia zależnie od ryzyka klinicznego. Odróbmy pracę domową. Zacznijmy zarządzać systemem, opierając się na danych, a dopiero potem snujmy plany o konkurujących ubezpieczycielach. Na razie praca wykonana w zakresie danych przez NFZ w ostatnim roku budzi nadzieję.

Czy publiczne szpitale działające w formule SPZOZ powinny mieć możliwość wykonywania świadczeń komercyjnych?

To nie tylko kwestia świadczeń komercyjnych SPZOZ. Przepływy finansowe w systemie wymagają gruntownej rewizji. Problem dotyka wielu obszarów – dystrybucji środków NFZ i dotacji, granicy pomiędzy świadczeniem gwarantowanym a finansowanym prywatnie, nietransparentnych relacji pomiędzy praktykami lekarskimi a szpitalami, pomiędzy szpitalem w podróźnej walizce chirurga a jego macierzystym miejscem pracy. Jestem za

równymi prawami i obowiązkami. Tak, jestem za wykonywaniem świadczeń komercyjnych przez SPZOZ, ale wymagam sprawiedliwych relacji chroniących środki publiczne i dobro pacjenta.

Czy należy wprowadzić możliwość prywatnej, dobrowolnej dopłaty do świadczenia gwarantującej wyższy standard usługi medycznej?

Tak, pod warunkiem określenia standardu gwarantowanego. Jeśli w leczeniu onkologicznym finansowany jest lek X, a droższy lek Y o potencjalnie lepszej skuteczności nie, to pacjent za dopłatą powinien mieć prawo, w porozumieniu z upoważnionym lekarzem, być leczonym lekiem Y i otrzymać zwrot kosztów terapii lekiem X. Podobnie z wyrobami medycznymi. Zabranianie takiej ewentualności to niegodziwość. Mało kogo stać na prywatne finansowanie całości świadczenia. Pomoc państwa byłaby zgodna z zasadami polityki społecznej, zmniejszała nierówności w zdrowiu i poszerzała dostępność innowacyjnych terapii, dając pacjentom większe szanse.

Jak oddłużyć placówkę ochrony zdrowia z kłopotami finansowymi?

Są dwa problemy – jak oddłużyć i jak ponownie nie zadłużyć. Pierwszy, na krótko, rozwiązywano w przeszłości wielokrotnie – program naprawczy, konwersja długów, dotacje i gwarancje publiczne. Drugi miał rozwiązać rynek, potem sieć szpitali, następnie „koszykarsze” odpowiednią wyceną, a teraz wzrost środków. Nic z tego. Jedynym rozwiązaniem jest zmiana struktury szpitali i świadczeń. Ale to oznacza starcie kolosów, więc każdy omijał ten temat. Do rozwiązania problemu potrzebny jest rozumiejący interes publiczny lider, konsensus interesariuszy, wsparcie polityczne Ministerstwa Zdrowia i finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia. W okulistyce to się sprawdza.

NALEŻY ROZWIJAĆ GOSPODARKĘ.

SILNA GOSPODARKA NIE DOŚĆ,

ŻE KWOTOWO DOSTARCZY WIĘCEJ ŚRODKÓW NA ZDROWIE,

TO PROCENTOWO BĘDZIE W STANIE

PRZYJĄĆ NA SIEBIE WIĘKSZE OBCIĄŻENIA.

DYLEMATY, CZY WYDAWAĆ WIĘCEJ NA WOJSKO

EDUKACJĘ, KULTURĘ CZY ZDROWIE, PROWADZĄ DONIKĄD