

CZAS NA ZMIANY

Rozmowa ze Sławomirem Neumannem,
wiceministrem zdrowia

Który z szefów instytucji nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia odejdzie w najbliższym czasie?

Nie planujemy żadnych nowych odejść, podobnie jak nie planowaliśmy poprzednich. Nie zwalniamy przecież dla samych zwolnień. Rola każdego szefa takiego instytucji w roku 2013 jest jednak niezwykle trudna z powodu tarapatów finansowych, w jakie wpadły te placówki. Przepływają przez nie olbrzymie pieniądze, setki milionów złotych rocznie, i wymagają one przeprowadzenia twardych programów naprawczych. To stawia przed menedżerami bardzo trudne wyzwania, wymaga twardych posunięć. Rozumiem, że nie każdy chce te wyzwania podejmować. My jesteśmy zdecydowani bronić instytucji, chcemy pomagać tym, którzy wpadli w kłopoty, ale żeby pomóc efektywnie, nie marnować publicznych pieniędzy, musimy mieć pewność, że pomagamy zreformowanej, sprawnej strukturze.

Szefowie instytucji uważają, że wycena oferowanych przez nie świadczeń, szczególnie tych wysokospecjalistycznych, jest zbyt niska. Że należy zadbać o zwiększenie przychodów poprzez podniesienie tych wycen.

W wielu wypadkach wyceny są rzeczywiście niskie. Pracujemy nad tym, aby je podnieść, na przykład gdy chodzi o pediatrię. Ale ten argument instytucji nie jest do końca trafiony. To byłoby zbyt piękne, zbyt proste, gdybyśmy mogli z ręką na sercu powiedzieć: podniesiemy wycenę dla świadczeń wysokospecjalistycznych – i mamy sprawę załatwioną. Tak nie jest. Po pierwsze, dlatego że lwia część świadczeń oferowanych przez instytucje to nie są świadczenia wysokospecjalistyczne. Po drugie, dlatego

że nawet zwiększenie wyceny świadczeń, zapewnienie wyższych przychodów, nie załatwi problemu bez troski, podejmowania nieracjonalnych decyzji. Takich jak na przykład – utrzymywanie oddziałów, w których wartość samych zarobków pracowników – o sprzęcie, materiałach i lekach nie mówiąc – znacznie przewyższa wartość rocznego kontraktu z NFZ. Raczej skłaniamy się do innej formy pomocy – do przekazania tym instytucjom zastrzyku finansowego.

Czyli zwiększenie przychodów – nie, ale dotacje – tak?

Dostrzegamy przecież, że część instytucji – a podkreślam: chcemy je obronić, zachować – popadła w tak wielkie tarapaty finansowe, że bez pomocy z zewnątrz sobie nie poradzą. Tak źle gospodarowały pieniędzmi, podpisywały tak niekorzystne umowy kredytowe, że wpadły w tzw. pętlę kredytową. I my zdajemy sobie sprawę, że trzeba pomóc im z tej pętli wyjść, że potrzebny jest im zastrzyk finansowy. Liczymy się z tym, chcemy to zrobić, ale by to było możliwe, najpierw musimy doprowadzić do sytuacji, w której bieżąca działalność nie generuje nowych strat. Inaczej nasza pomoc finansowa nie będzie miała sensu, pójdzie na pokrycie starych długów, a nowe będą rosły. Tak sprawy nie załatwimy, a tylko przedłużymy agonię, zmarnujemy publiczne pieniądze, a za kilka lat wrócimy do punktu wyjścia.

A punkty za badania naukowe? Dydaktykę?

To w niewielkim stopniu dotyczy zagrożonych instytucji. Mogę tylko tego żałować, ale badania naukowe stanowią jedynie niewielką część działalności naszych instytucji. A dydaktykę uczelnie medyczne prowadzą



**CZĘŚĆ INSTYTUTÓW POPADŁA
W TAK WIELKIE TARAPATY FINANSOWE,
ŻE BEZ POMOCY Z ZEWNĄTRZ
SOBIE NIE PORADZĄ.
ZDAJEMY SOBIE SPRAWĘ Z TEGO,
ŻE POTRZEBNY JEST IM ZASTRZYK FINANSOWY.
LICZYMY SIĘ Z TYM,
CHCEMY TO ZROBIĆ**



przede wszystkim w swoich szpitalach klinicznych. Instytuty angażują się w kształcenie studentów medycyny stosunkowo rzadko i na małą skalę.

Może zatem tych instytutów jest za dużo? Po co w Warszawie aż dwa zajmujące się podobnymi sprawami: Centrum Zdrowia Dziecka i Instytut Matki i Dziecka? Po co nam Instytut Medycyny Wsi? Czym różni się medycyna miejska od wiejskiej? Czy cukrzyca lub udar ma inny przebieg na wsi, inny w mieście i wymaga innego leczenia?

Tak, to rzeczywiście niepotrzebna segregacja, nawet nieładna, niegrzeczna. W Lublinie są sugestie, by połączyć Instytut Medycyny Wsi z Uniwersytetem Medycznym. W Warszawie Centrum Zdrowia Dziecka z Instytutem Matki i Dziecka. Tyle że aby to połączenie przyniosło dobry efekt, najpierw trzeba te instytuty uratować. Skala problemów CZD jest tak duża, że gdyby go dziś w pośpiechu połączyć z IMiD, to centrum pociągnęłoby instytut w otchłań problemów finansowych. Najpierw trzeba więc uratować obecnie funkcjonujące instytuty, wyprowadzić na prostą, a potem zastanawiać się, czy, kiedy i jak je łączyć, rozważyć wszystkie za i przeciw.

Będzie nowa ustawa o instytutach?

Nie. Instytuty znajdują swoje miejsce w ustawie o szpitalach klinicznych, nad którą jeszcze pracujemy.

Rektorzy uczelni chcą, by ta ustawa odsunęła od zarządzanych przez nich szpitali możliwość komercjalizacji.

Tak się nie stanie. Szpitale kliniczne będą komercjalizowane. Rektorzy pozostaną ich dysponentami, to jedno z podstawowych założeń projektu, i to do nich będzie należeć decyzja o komercjalizacji. Mamy 44 szpitale kliniczne, co czwarty z nich ma poważne kłopoty. Komercjalizacja to jedno z narzędzi, które może posłużyć ich sanacji. Ale, co jeszcze raz podkreślam, ostateczna decyzja będzie należeć do rektora. W ogóle ustawa zakłada wzmocnienie jego roli jako organu nadzorującego. Podobnie w wypadku instytutów – roli ministra jako organu nadzorującego. Dziś organ nadzorujący ma tak naprawdę niewiele narzędzi, których może użyć do kontroli bieżącej sytuacji w podległych mu jednostkach. Ma co prawda broń ostateczną: może odwołać lub powołać dyrektora placówki, ale instrumentów do wpływania na bieżącą politykę placówki, decyzje finansowe jest niewiele. Chcemy to zmienić, zastanawiam się jak.

Ile szpitali zniknie z mapy Polski, gdy zacznie obowiązywać ustawa o działalności leczniczej?

Nie sądzę, by było ich wiele. Według posiadanych przez nas danych, ok. 50 polskich szpitali zgłasza gotowość do komercjalizacji. Także dlatego, że przymuszone do komercjalizacji są te placówki, które mają stratę w działalności bieżącej. Zrezygnowano z przymuszania do



komercjalizacji tych szpitali, które strat nie przynoszą, choć borykają się ze starymi długami. A co do tego, czy szpitale będą znikać z mapy Polski – uważam, że nie. Samorządy i społeczności lokalne będą ich bronić, nie chcą ich zamykania i szukają sposobów na to, by je utrzymać. Skoro chcą, skoro się starają, skoro szukają sposobów – to zakładam, że w wielu wypadkach znajdą i nie można im w tym przeszkadzać. Zamiast zamykania spodziewałbym się innego procesu: łączenia w grupy, budowania większych organizacji, konsolidacji, podziału obowiązków między sąsiadującymi ze sobą jednostkami.

A może warto jednak te najmniejsze, najslabiej radzące sobie szpitale zamykać? Przecież to one generują lwią część długów polskiego systemu ochrony zdrowia.

Z długami w polskim systemie ochrony zdrowia nie jest aż tak źle, jak opowiada opozycja. Często słyszę argument: w 2003 r. szpitale miały 10 mld zł długów. Wtedy je oddłużono, a dziś znowu mają 10 mld zł długów. Tyle że takie mechaniczne porównanie nie daje pełnego obrazu. Jeśli uwzględnimy współczynnik inflacji, okaże się, że 10 mld zł w 2003 r. to były znacznie większe pieniądze niż dziś. Na dodatek kontrakty szpitalne, a co za tym idzie – przychody tych placówek, w 2003 r. były znacznie niższe niż dziś. Mamy zatem do czynienia z relatywnie mniejszym zadłużeniem przy znacznie większych moż-

liwościach finansowych zadłużonych jednostek. Poza tym mamy w budżecie całkiem przyzwoite pieniądze na komercjalizację, która przecież wiąże się z częściowym oddłużeniem.

Oponenci zarzucają resortowi, że nie ma wizji polskiej ochrony zdrowia. Że reformy wprowadzane są w życie metodą „od ściany do ściany”, a zarządzanie odbywa się metodą „od kryzysu do kryzysu”.

Można się co najwyżej zastanawiać, czy reforma przebiega w odpowiednim tempie, czy zbyt wolno, ale nie można zarzucić nam braku wizji i konsekwencji. Podstawy wizji systemu zostały nakreślone w czasie, gdy ministrem zdrowia była Ewa Kopacz, my dokładamy do niej kolejne elementy. Podstawy, o których mówię, to ustawa o działalności leczniczej, możliwość komercjalizacji, ustawa refundacyjna. Dokładamy do tego koniec centrali NFZ, powołanie agencji taryfikacji i ubezpieczenia dodatkowe. To spójna wizja – budowa rynku regulowanego wzorem wielu krajów Europy, Ameryki.

Ustawa refundacyjna przyniosła spadek wydatków na leki, w tym nowoczesne i skuteczne terapie. Zapisano w niej, że będziemy wydawać na nie 17 proc. budżetu NFZ. Tak się nie stało.

Bo mieliśmy bardzo istotne wątpliwości co do tego, czy kupowane za olbrzymie pieniądze leki warte są swojej ceny.

To znaczy, czy rzeczywiście są na tyle efektywne, by płacić żądane kwoty. Proces negocjowania cen trwa na okrągło, na listy refundacyjne wpisywane są coraz to nowe leki. Proszę się nie dziwić, że przy istniejących wątpliwościach co do rzeczywistych efektów nowych terapii każdą złotówkę oglądamy po kilka razy, staramy się upewnić co do skuteczności leków, obniżyć ich koszt. Można by mieć do nas pretensje, gdybyśmy tego nie robili, dziwię się pretensjom, że się tym zajęliśmy. Negocjacje są skomplikowane, ocena przydatności terapeutycznej też jest czasochłonna. Z tego powodu rzeczywiście nie wydaliśmy na leki tyle, ile zakładaliśmy. Nadal jednak deklaruję: chcemy przeznaczać na leki 17 proc. pieniędzy z NFZ.

**GDYBY NIE PIENIĄDZE,
KTÓRE OSZCZĘDZILIŚMY,
NIE WYDAJĄC ICH NA LEKI,
W TYM ROKU MUSIELIBYŚMY
OBNIŻYĆ WARTOŚĆ
KONTRAKTÓW DLA SZPITALI**

Tyle że to łamanie zapisu ustawowego – pieniądze oszczędzone w 2012 r. na lekach trafiły do rezerwy NFZ. To oznacza, że można je wydać na dowolne cele statutowe, wcale nie leki. Podobnie można zrobić w 2013 r.: nie wydać 17 proc. na leki, oszczędności przenieść do rezerwy i w 2014 r. przeznaczyć na inne cele. I tak rok po roku obchodzić zapis ustawy.

Alternatywą jest wydawanie tych pieniędzy na chybcika, bez dostatecznego upewnienia się, że publiczny grosz wykorzystywany jest właściwie. A na to zgody nie ma. I jeszcze jeden ważny aspekt – pieniądze, których nie wydaliśmy na leki, okazały się bardzo dobrą poduszką finansową. Wiadomo, że ściągalność składki spada. Gdyby nie pieniądze, które oszczędziliśmy, nie wydając ich na leki, w tym roku musielibyśmy obniżyć wartość kontraktów dla szpitali. Dzięki tym pieniądzom nie było to konieczne, zostaną one wydane na leczenie, a więc najlepiej jak można.

Co nas czeka w 2013 r.?

Początek likwidacji centrali NFZ, początek budowy agencji taryfikacji i debata na temat ubezpieczeń dodatkowych. W tej chwili mamy do czynienia z niedopuszczalną sytuacją, w której NFZ sam sobie pisze cennik, sam rozpatruje skargi na siebie. To się zmieni. Po likwidacji centrali NFZ wyceną świadczeń zajmie się wyspecjalizowana agencja.

Kto zatem będzie rządził polską ochroną zdrowia, 16 niezależnych kas chorych, jak to było w przeszłości?

Będą rządzić regionalne oddziały NFZ, ale nie będzie powtórki sytuacji z czasów, gdy rządziły kasy chorych. Wyciągnęliśmy wnioski z błędów, jakie popełniono przy okazji wprowadzania tamtej reformy. Za politykę zdrowotną prowadzoną w regionie odpowiedzialny będzie wojewoda, a więc przedstawiciel administracji rządowej, a nie samorządowej. Zrezygnujemy także z obowiązującej wtedy zasady, że całość pobieranej w województwie składki musi zostać wydana na terenie tego województwa. To był błąd, to rodziło nierówność, prowadziło do tego, że w bogatszych województwach dostęp do opieki medycznej był lepszy, w biedniejszych gorszy. Chcemy tego uniknąć. Nie będzie też tak, że jeden ogólnopolski monopol centrali NFZ zastąpimy szesnastoma lokalnymi minimonopolami, posiadającymi nieograniczoną władzę w regionach. Tę władzę ograniczać będzie z jednej strony wojewoda, z drugiej centralne instytucje nadzorcze, takie jak agencja taryfikacyjna, urząd nadzorujący rynek, wprowadzający na nim odpowiednie reguły. Projekt rozwiązań w tej sprawie prześlemy do konsultacji zewnętrznych w najbliższym czasie.

Przed nami także debata o ubezpieczeniach dodatkowych. Od lat o nich mówimy, ale nic się w tej sprawie nie dzieje.

Tu także mamy projekt prawie gotowy do konsultacji zewnętrznych. Czekają nas poważna debata nad tym, jak one mają wyglądać, jak po ich wprowadzeniu ma wyglądać koszyk świadczeń gwarantowanych. Innymi słowy, trzeba określić, na czym stoi każdy z polskich pacjentów: co gwarantuje ubezpieczenie powszechne, od czego będzie się musiał ubezpieczyć dodatkowo. Ta debata potrwa, musi potrwać. Nie może tu być mowy o arbitralnych decyzjach, do wprowadzenia tej reformy potrzebny jest kompromis, zgoda, musimy ze sobą rozmawiać. Trzeba poświęcić na to czas, ale nie jestem w stanie sprecyzować, ile czasu. Ja na pewno będę się spieszył. Nie mamy czasu na przewlekanie tej sprawy w nieskończoność, ale to niezbędne minimum znaleźć musimy.

Żaden z dotychczasowych rządów nie odważył się przeprowadzić podobnej debaty, to sprawa polityczna, na tym można stracić poparcie licznych grup wyborców. Do tej debaty potrzebna jest spora determinacja rządzących. Czy nie zabraknie jej i tym razem?

Wierzę, że nie. W końcu trzeba tę sprawę załatwić. A jeśli chodzi o potencjalne ryzyko utraty popularności – trzeba je podjąć. To sytuacja bez wyjścia. Jeżeli nie podejmiemy tej debaty, popularność także spadnie, narazimy się na zarzut, że pozostajemy beczynni, że konserwujemy stary, niezdrowy układ. Jesteśmy zdeterminowani jak nigdy wcześniej, mamy niewiele czasu.

Rozmawiali: Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski