

Pieniądze albo... nic



Fot. gettyimages/Alberto Ruggieri

Wzrost nakładów na ochronę zdrowia to temat banalny i oczywisty. Wydawałoby się, że nie ma o czym mówić. A jednak, jak pokazuje życie, rzeczy najprostsze są najtrudniejsze w realizacji. Dowodzi tego finalny kształt Wieloletniego Planu Finansowego Państwa na lata 2017–2020.

Liczba raportów obrazujących proces starzenia się społeczeństwa i w związku z tym pokazujących powiększającą się lukę w budżecie szeroko rozumianej ochrony zdrowia jest ogromna. Także zespół analityczny Narodowego Funduszu Zdrowia opublikował dwie analizy na ten temat – obie bardzo ostrożne we wnioskach. Wynika z nich, że bez dodatkowych pieniędzy na pewno lepiej nie będzie. Nadzieja na wzrost finansowania ochrony zdrowia po raz pierwszy od lat pojawiła się 26 lipca 2016 r. wraz z zapowiedzią ministra

zdrowia dotyczącą wprowadzenia Narodowej Służby Zdrowia, z którą miał się wiązać konkretny wzrost finansowania. Nadzieja tliła się dokładnie przez 273 dni, czyli do 25 kwietnia bieżącego roku. Wtedy to Rada Ministrów gwałtownie ją rozwiązała, przyjmując Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2017–2020, zgodnie z którym odsetek PKB przeznaczany na zdrowie ma być *constans*, na poziomie 4,7%. To oczywiście nie jest jednoznaczne z tym, że przyjęty budżet nie będzie zawierał realizacji zapowiedzi z lipca ubiegłego



Foto: Gettyimages.com/Turnbull

„Podczas marcowego posiedzenia Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia minister został zapytany, dlaczego dąży do przeznaczania 6% PKB na zdrowie i na co chce te pieniądze wydać. Jego odpowiedź wskazywała, że żadnych analiz nie ma”

go roku, ale splot złych z punktu widzenia ministra zdarzeń jest wyraźnie widoczny. Obym nie miał racji.

Zdrowie niczym priorytetem?

W momencie prezentacji programu Narodowej Służby Zdrowia planowano wprowadzenie jednolitego podatku. Z jednej strony dawało to szansę na całkowite przeniesienie finansowania ochrony zdrowia do budżetu państwa, z drugiej zaś nadzieję, że przy układaniu na nowo kosztów w budżecie ustalona zostanie sztywna pozycja pt. „ochrona zdrowia” na poziomie 6%, z pewnym modelem dojścia do tej kwoty. Niestety, dla ministra zdrowia, rząd wycofał się z tych propozycji. Oznacza to ni mniej, ni więcej, że nawet postawienie NFZ w stan likwidacji czy też jego likwidacja nie zmienia sposobu poboru środków na ochronę zdrowia. Nadal będzie składka zależna od poziomu wynagrodzenia, odpisywana od podatku, a ewentualne zwiększenie budżetu publicznego płatnika i uzależnienie go od

poziomu PKB będzie się wiązało z koniecznością dotowania z budżetu państwa. To zaś może powodować powściągliwość i ostrożność ministra rozwoju i finansów. Można nawet domniemywać, że to, czy znajdzie się więcej środków na ochronę zdrowia czy też nie, zależy bardziej od poziomu realizacji budżetu (poziomu wpływów z podatków) i perspektyw w tym zakresie niż od starań ministra zdrowia. A szkoda, bo to pokazuje, że zdrowie priorytetem tego rządu nie jest – program 500+ został zrealizowany bez oglądania się na sytuację budżetu. Doceniając program 500+, łatwo zauważyć brak konsekwencji rządu – jeśli celem jest wzrost liczby urodzeń, to oczywiste jest, że jego koszt poniesie w pierwszej kolejności system ochrony zdrowia, a brak dostępu do leczenia będzie bardzo surowo oceniony przez wyborców.

Czy minister może spać spokojnie?

Jest jeszcze jeden, dużo poważniejszy problem. Można zakładać, że minister zdrowia, przygotowując plan zmiany w ochronie zdrowia, był przekonany, iż otrzyma więcej pieniędzy. Mógł więc śmiało planować generowanie kosztów w systemie. Przykładami mogą być projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne czy wprowadzenie wskaźnika korygującego dla szpitali pediatrycznych. Mógł też spokojnie spać, gdy rząd podnosił płacę minimalną o 150 zł, wprowadzać nowe produkty opieki koordynowanej, planować wprowadzenie ustawy o jakości w ochronie zdrowia czy też – tak jak zapowiadał – nie przekładać terminu wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, obowiązku dostosowania się podmiotów leczniczych do wymagań zawartych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a także zmian w zakresie ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, które przewidywały oskładkowanie szpitali. Także likwidacja NFZ i wprowadzenie powszechnego dostępu do świadczeń będzie się wiązać z kosztami (pewnie dlatego się opóźnia), bo za leczenie nieubezpieczonych ktoś będzie musiał zapłacić (inną kwestią jest to, ile takich osób w Polsce rzeczywiście jest). Wprowadzenie takiego rozwiązania może także skłaniać niektóre osoby do ukrywania dochodów przed urzędem skarbowym, gdyż i tak będą mogły leczyć się bezpłatnie. Czy w związku z tym dzisiaj minister może spać spokojnie? Raczej nie, gdyż bez pieniędzy zapowiedzi pozostaną tylko obietnicami, a ich realizacja jest dość kosztowna. Za przykład może posłużyć podniesienie ceny punktu rozliczeniowego w szpitalach i ambulatoriach, co spowodowane było przede wszystkim wzrostem płacy minimalnej – koszt dla NFZ to 525 mln zł, a od 1 stycznia 2018 r. płaca minimalna, według propozycji

0101010100101110101010010101010101001011

Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, wzrośnie o kolejne 100 zł.

Zarządzanie kryzysowe

W ostatnim okresie ofensywa legislacyjna Ministerstwa Zdrowia w najważniejszych, jak się wydawało, projektach trochę zwolniła. Na szczęście! Nie można zmieniać wszystkiego jednocześnie! Przyczyn tego spowolnienia może być wiele – jedną z nich może być skupienie uwagi na wdrożeniu kluczowego projektu (czyli sieci szpitali), a inną wyhamowanie z realizacją obietnic, które byłyby kosztochłonne dla budżetu publicznego płatnika. Sytuacja budżetu NFZ wesoła nie jest, co widać po tym, jak często AOTMiT zajmuje się taryfami, które wymagają istotnego wzrostu wyceny... Wyraźnie skoncentrowano się na taryfach źle wycenionych, a te, które należy podnieść, jeśli nawet się pojawiają, to mają co najmniej dwuletni okres karencji na realizację. Z oceny skutków regulacji dotyczącej projektu ustawy o wzroście wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych wynika, że gros kosztów system poniesie po wyborach w latach 2021–2022. Ta ogromna ostrożność jest bardzo wymowna.

Sieć szpitali też będzie kosztować

Mówienie, że sieć szpitali jest rozwiązaniem bezkosztowym dla systemu, jest tylko półprawdą. Dotychczasowy system konkursów i konkurencja na rynku nie tylko pozwalały zabezpieczyć pacjentom dostęp do świadczeń w przypadku, gdy dominujący podmiot zwiększał swoje oczekiwania finansowe, ale często także powodowały wejście na rynek nowych podmiotów po niższych kosztach (oczywiście nie jest to rozwiązanie optymalne, bo w ochronie zdrowia powinno się konkurować jakością, ale faktem jest, że płatnik na tym oszczędzał). Każda zmiana, zwłaszcza w tak dużym obszarze, jakim jest system ochrony zdrowia, kosztuje. A dokładny rachunek zostanie wystawiony Ministerstwu Zdrowia dopiero za kilka lat, gdy zobaczymy, jak po ograniczeniu możliwości rozwoju sektora prywatnego zachowa się dominujący sektor publiczny i czy nie zintegruje się, stawiając na własną prośbę ministra zdrowia pod ścianą...

Wreszcie pacjent

Mówiąc o pieniądzach, należy podkreślić, że to pacjent i jednocześnie podatnik jest płatnikiem za świadczenia – a więc brak wzrostu finansowania, w połączeniu ze wzrostem kosztów funkcjonowania sektora (np. podniesieniem płacy minimalnej), musi się wiązać z wydłużeniem kolejek i ograniczeniem dostępności. Innego wyjścia nie ma. A celem reformy, jak wspomniała ostatnio premier Szydło, jest skrócenie kolejek. Wyzwanie nie lada – jak za mniej pieniędzy wygenerować więcej świadczeń. Jednym z pomysłów jest ryczałt, ale jak wiemy, wiążą się z nim także ryzyka.

„Nadzieja na wzrost finansowania ochrony zdrowia po raz pierwszy od lat pojawiła się 26 lipca 2016 r. Tliła się dokładnie przez 273 dni, czyli do 25 kwietnia tego roku”

Pieniądze, ale na co?

Podczas marcowego posiedzenia Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia minister zdrowia został zapytany, dlaczego dąży do przeznaczania 6% PKB na zdrowie i na co chce te pieniądze wydać. Jego odpowiedź wskazywała, że żadnych analiz nie ma, że tak naprawdę nie wiadomo, po co mu te 1,4% PKB więcej ani jaki efekt zdrowotny ma zostać za to osiągnięty. Oczekuję, że zadba o to minister finansów, czyli przed podjęciem decyzji o zwiększeniu nakładów na zdrowie sprawdzi, jak to się przełoży na zadowolenie pacjentów, poprawi stan zdrowia Polaków i być może pozwoli oszczędzić pieniądze na liczbie zwolnień lekarskich. Wrzucenie pieniędzy do worka po tytule „ochrona zdrowia” spowoduje, że nikt nie zauważy różnicy ze stanem dzisiejszym, kolejki jak były, tak będą, lekarzy jak było mało, tak będzie... Pojawi się taka sama konstatacja, jaką mamy, gdy porównujemy budżet NFZ np. z 2007 r. i z 2017 r. W ciągu dekady wzrósł on bowiem z 40 mld zł do 73 mld zł – kolejki się nie zmniejszyły, a pacjenci nadal bardzo negatywnie oceniają funkcjonowanie ochrony zdrowia.

Celujemy

Wydaje się, że kluczem do sukcesu jest celowanie dodatkowymi środkami w osiąganie małych zwycięstw, ale takich, które przekonają zarówno ministra finansów, jak i całe społeczeństwo, że poprawa jest możliwa. To pozwoli także na zawarcie swoistej umowy społecznej ze społeczeństwem na wzrost składki zdrowotnej kosztem obniżenia wynagrodzenia netto, ale pod warunkiem uzyskania konkretnych korzyści przez pacjentów.

Strzępy

Dzisiaj nadal staramy się tę za krótką koldrę budżetu ochrony zdrowia rozciągać do granic możliwości. Bez jej powiększenia pewne jest, że wkrótce rozerwie się ona na strzępy, a pytanie brzmi, kiedy to nastąpi i który rząd zapłaci za to przegranymi wyborami. Czas pokaże.

Grzegorz Byszewski
Autor jest zastępcą dyrektora
Centrum Monitoringu Legislacji przy Pracodawcach RP.