

Zadłużenie instytucji resortowych a kondycja systemu opieki zdrowotnej



Fot. © iStockphoto.com 3x

# Urzędnicza soldateska

Fatalna sytuacja instytucji podlegających Ministerstwu Zdrowia to tylko jeden z objawów choroby, która toczy cały system ochrony zdrowia w Polsce. Sam zastrzyk finansowy nie wystarczy, by uzdrowić te jednostki. Pilnie potrzebne jest mądre zarządzanie, oparte na długofalowej wizji rozwoju, które pozwoli instytucjom sprostać coraz to nowym wyzwaniom.

Temat działalności instytucji resortowych wielokrotnie pojawiał się na łamach „Menedżera Zdrowia”. Przedstawialiśmy diagnozę sytuacji finansowej tych jednostek oraz prowokowaliśmy dyrektorów poszcze-

gólnych instytucji do wyrażenia własnych, niejednokrotnie bardzo interesujących opinii na ten temat.

Zamieszczone w „Menedżerze Zdrowia” dane finansowe potwierdzają panujące od lat przekonanie, że pod-

## „Ryczałt w przypadku szpitali instytutów resortowych jest wyjątkowo złym rozwiązaniem”

mioty lecznicze, szczególnie te duże, mają kolosalne problemy finansowe i są nieodpowiednio zarządzane. Ministerstwo Zdrowia nie potrafi skutecznie nadzorować działalności podległych sobie instytutów i niewiele robi, żeby im pomóc.

### Na co choruje system?

Zaledwie pięć z szesnastu instytutów medycznych nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2015 r. przyniosło zysk, jedenaście stratę w łącznej kwocie 98 584 851 zł. Jeszcze gorzej było w 2016 r. – tylko trzy jednostki były na plusie, a trzynaście na minusie. Straty wynosiły łącznie 126 854 021 zł. Autorzy analizy sugerują Ministerstwu Zdrowia jak najszybsze zlecenie niezależnego audytu operacyjnego w celu znalezienia przyczyn tak niekorzystnej sytuacji. Wydaje się jednak, że sprawa jest znacznie poważniejsza i wymaga wyjścia daleko poza analizę finansową. Słusznie wypowiada się w tej kwestii Michał Seweryn, prezes EconMed Europe i były adiunkt w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia Collegium Medicum UJ: *Probleem zadłużenia instytutów to emanacja nierównowagi finansowej całego polskiego systemu zdrowotnego [...]. Kiepskie rządzenie systemem, które od wielu lat jest praktykowane, powoduje, że mamy do czynienia z fatalną sytuacją finansową większości szpitali (nie tylko instytutowych) [...]. Rządzący często chcieliby, aby na złe wyniki finansowe, a w konsekwencji zadłużenie placówek publicznych, patrzeć w skali mikro, sprowadzając je do złego zarządzania szpitalami. Jednak o wiele większym problemem jest niewłaściwe zarządzanie całym sektorem zdrowotnym.*

## „Konieczne zmiany muszą się zacząć w Ministerstwie Zdrowia”

### Zmienić system

Warunkiem uzyskania pożądaných efektów, zdaniem Seweryna, są gruntowne zmiany w całym systemie. Zaznacza on, że zmiany te muszą mieć charakter dogłębny, a w wielu dziedzinach rewolucyjny. Wśród najpilniejszych kwestii do rozwiązania wskazuje:

- zdefiniowanie zakresu odpowiedzialności za działania w sektorze ochrony zdrowia (rząd, organy założycielskie, płatnik),
- zdefiniowanie rzetelnego koszyka świadczeń gwarantowanych,
- wprowadzenie opieki koordynowanej, która zapewni większą efektywność systemu,
- powiązanie metod finansowania świadczeniodawców z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych obywateli, co wymaga opracowania rzetelnego systemu informacyjnego.

Seweryn w podsumowaniu słusznie podkreśla, że *bez gruntownych zmian systemowych nie tylko instytuty podlegające ministrowi zdrowia, ale i wszystkie inne publiczne placówki w systemie będą borykać się z obecnymi problemami.*

Konieczne zmiany muszą się zacząć w Ministerstwie Zdrowia. Urząd ministra rozbudowany ponad wszelką miarę (przed II wojną światową wystarczały dwa departamenty zdrowia publicznego w MSW) nie może dalej zastępować niezbędnego zaplecza eksperckiego i konsultingowego w zakresie zarządzania systemem, funkcjonującego w pozostałych krajach europejskich.

W Polsce zaplecze to – w postaci Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia – istniało w Warszawie w latach 1989–2000, po czym zostało zlikwidowane na skutek decyzji ministra zdrowia. W tym samym czasie przekształcono Państwowy Zakład Higieny w Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, który teoretycznie miał przejąć również zadania zlikwidowanego Centrum. Niestety w tym okresie w Instytucie zmieniono tylko nazwę, a ostatnio dyrektora, lecz jego działalność nadal w żadnym zakresie nie wspomaga Ministerstwa Zdrowia w dziedzinie zarządzania systemem. Wystarczy wspomnieć, że nawet tak ważna inicjatywa, jak opracowanie map potrzeb zdrowotnych, zamiast w Instytucie na Chocimskiej była realizowana w Ministerstwie Zdrowia, a ocena tej pracy (wykonanej za ponad 30 mln zł) jest niestety dalece niezadowolająca.

### Zespół podkradania

Ale wróćmy do instytutów. Doktor Marcin Pakulski, były prezes NFZ, pyta prowokująco, czy instytuty są w ogóle potrzebne. *Warto się zastanowić, czy właściwa jest rola instytutów i czy poszczególne zakresy działalności, to jest leczenie, szkolenie i prace badawcze, są odpowiednio zdefiniowane [...]. Nie można tych trzech zakresów realizować dobrze tymi samymi zasobami* – twierdzi Pachulski. Jego zdaniem budżet instytutów powinien być podzielony na trzy odrębne obszary: terapię, szkolenia i badania naukowe. Były prezes NFZ słusznie nie widzi możliwości stworzenia jednolitego sposobu finansowania dla szpitali instytutów, szpitali specjalistycznych, szpitali monopofilowych i powiatowych. Próby pogodzenia różnych specyfik działalności tych placówek kończyły się zawsze niepowodzeniem. Problemem jest zarówno brak adekwatnej wyceny świadczeń, zwłaszcza wyso-



kospecjalistycznych, jak i sposób finansowania. Ryzykał w przypadku szpitali instytutów resortowych jest wyjątkowo złym rozwiązaniem. *Zadania szkoleniowe instytutów, jak i szpitali klinicznych powinny się odbywać w ramach odrębnego budżetu finansowanego bezpośrednio z budżetu państwa. W obecnej sytuacji mamy do czynienia ze swoistym zespołem podkradania, gdzie zasoby wypracowane przez działalność medyczną transferowane są nie na jej rozwój, ale na działalność dydaktyczną. Działalność naukowa powinna być precyzyjnie rozliczana w ramach budżetów wewnętrznych. W żadnej mierze nie jest zasadne finansowanie tej działalności poza specjalnymi grantami* – uważa Pachulski.

Podobne wnioski sformułował dyrektor Centrum Onkologii w Warszawie Jan Walewski, który stwierdza: *Finansowanie działalności leczniczej jest z zasady poniżej kosztów. Wprowadzenie reformy pakietowej przez rząd PO-PSL spowodowało w 2015 r. dramatyczne pogorszenie wyniku finansowego z powodu wad pakietu oraz obniżenia wyceny osobodnia i wielu procedur zabiegowych.* Kolejne problemy Instytutu Onkologii to brak refundacji badań patomorfologicznych, nieuwzględnienie w wycenie procedur jakości leczenia i kompleksowości udzielania świadczeń, a także skali trudności przypadków trafiających do instytutów resortowych (np. nieuwzględnienie kosztownego leczenia powikłań), istniejące nadal limity w onkologii i brak zapłaty za tzw. nadwykonania, nieuwzględnienie w wycenie procedur kosztów związanych z podniesieniem minimalnego wynagrodzenia w Polsce (duży wzrost kosztów *outsourcingu*), a także podniesieniem minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych (wielomilionowy wzrost funduszu

„Instytuty się dublują. Mamy dwa instytuty medycyny pracy – w Łodzi i w Sosnowcu, a także Instytut Matki i Dziecka oraz Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie”

wynagrodzeń), niewystarczające finansowanie działalności naukowej.

### Manipulowanie wycenami

Wicedyrektor Instytutu Kardiologii w Aninie Tomasz Berdyga zwrócił uwagę, że całkowicie niedopuszczalne są praktyki NFZ polegające na nieoczekiwanych obniżkach wyceny poszczególnych świadczeń. Taka niespodziewana obniżka wyceny procedur w kardiologii inwazyjnej na początku 2017 r. spowodowała rentowność Instytutu Kardiologii w większości usług poniżej zera. Wynikało to również z dużej różnicy między „wyceną koszykową” a kosztem leczenia pacjenta.

Konieczność zwiększenia nakładów na działalność naukową instytutów podkreśla bardzo mocno również wicedyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii Paweł Mierzejewski. Jego zdaniem bez znaczącego wzrostu nakładów na utrzymanie potencjału bazowego i skierowania dodatkowych pieniędzy na projekty o charakterze badań zamawianych trudno będzie właściwie wykorzystać ogromny i unikatowy potencjał

„W okresie intensywnej przebudowy wielu dziedzin naszego życia gospodarczego i społecznego sektor zdrowia nie może pozostać nietkniętym skansenem”

naukowy instytutów, który powinien przekładać się przede wszystkim na wdrożenia oraz patenty, z których w przyszłości instytuty mogłyby czerpać korzyści finansowe.

*Konieczny jest wzrost wyceny świadczeń zdrowotnych realizowanych przez instytuty i przez inne placówki zaliczane do szpitali ogólnopolskich, których usługi są często ponadstandardowe. Często w tych jednostkach dokonuje się pionierskich zabiegów i terapii, opracowuje się pionierskie standardy leczenia, za które nikt dodatkowo nie płaci. Instytut Psychiatrii i Neurologii jest pionierem w rozwoju i wdrażaniu w Polsce trombektomii – interwencyjnej techniki leczenia udarów niedokrwiennych mózgu zwiększającej w sposób ewidentny szanse na powrót do zdrowia (80% pacjentów opuszcza szpital na własnych nogach, podczas gdy bez zastosowania tej procedury ok. 50% pacjentów umierało, a pozostali pacjenci zostawali unieruchomieni z powodu porażenia) – wyjaśnia Mierzejewski. Ta procedura nadal nie jest finansowana przez NFZ, co jest zupełnie niezrozumiałe.*

Innym przykładem w Instytucie Psychiatrii i Neurologii jest rehabilitacja neurologiczna pacjentów po udarach, w której stosowane są nowatorskie metody przynoszące bardzo dobre wyniki. Kolejka oczekujących pacjentów jest długa, tymczasem procedury rehabilitacyjne świadczone na najwyższym światowym poziomie są bardzo nisko wycenione i należą do najbardziej deficytowej działalności Instytutu. Kolejny problem to nadwykonania. Często obejmują one procedury ratujące życie, np. leczenie udarów, za które Instytut nie otrzymuje pieniędzy lub otrzymuje tylko częściową rekompensatę.

Zdaniem Mierzejewskiego usługi medyczne realizowane przez instytuty i inne szpitale o charakterze ogólnopolskim z oczywistych względów nie powinny być wyceniane tak samo jak w przypadku innych szpitali. Analizy wskazują na konieczność wzrostu wyceny usług wykonywanych przez instytuty o ok. 20–30%, co pozwoliłoby na zbilansowanie ich działalności i wprowadzenie koniecznych podwyżek wynagrodzeń. Paradoksem jest to, że lekarze w instytutach zarabiają gorzej niż w innych szpitalach, pomimo że są najwyższej klasy specjalistami w swoich dziedzinach.

## Statek bez kapitana?

Obok wspomnianych wyżej, nierozwiązanych obecnie problemów dotyczących niedostatecznego finansowania działalności leczniczej, szkoleniowej i badawczej instytutów, są jeszcze inne zagadnienia, zasługujące przynajmniej na zasygnalizowanie. Większość z nich jest pochodną braku jakiegokolwiek polityki resortu w stosunku do tych „okrętów flagowych” systemu opieki zdrowotnej oraz braku monitorowania sytuacji i decyzji (w tym inwestycyjnych) podejmowanych przez poszczególne jednostki.

W zakresie aktualnej sieci instytutów z jednej strony mamy ich dublowanie (dwa instytuty medycyny pracy – w Łodzi i w Sosnowcu, Instytut Matki i Dziecka oraz Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie), a z drugiej strony dotkliwy brak centralnej jednostki odpowiedzialnej za problematykę zwalczania epidemii wypadkowości, pomocy doraźnej i generalnie traumatologii.

Brakuje także jakichkolwiek działań resortu w kierunku konsolidacji placówek, mimo że bardzo przekonująco do tych działań zachęcał raport opracowany przed kilkoma laty pod kierunkiem dr. Piotra Pobrotyna. Od kilku lat na realizację oczekują wskazane w tym raporcie wnioski dotyczące bezdyskusyjnych korzyści z przeniesienia do Międzylesia Instytutu Matki i Dziecka, w tym:

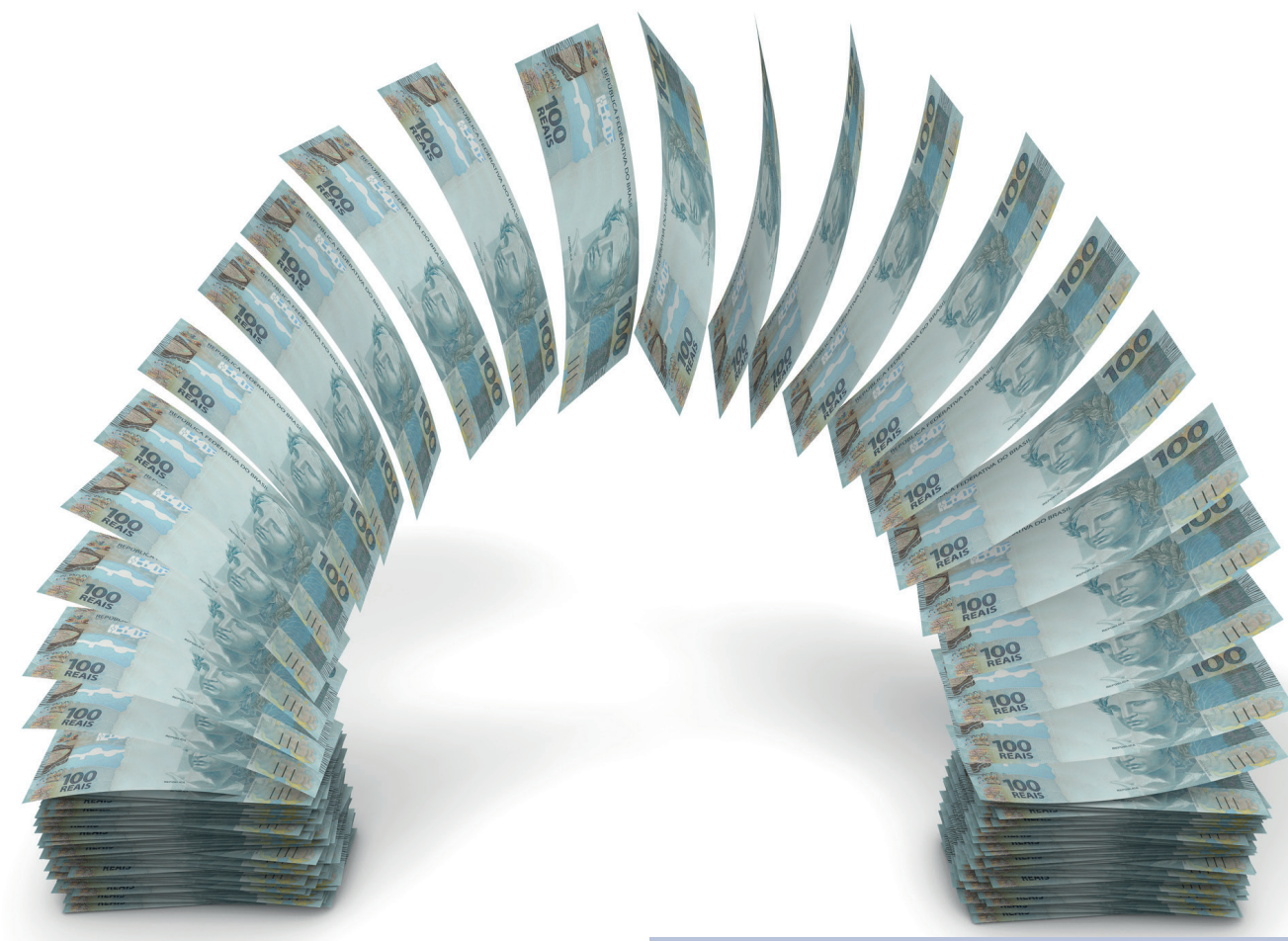
- znaczne zmniejszenie kosztów zarządu i administracji,
- wspólne wykorzystanie dublowanych obszarów usługowych,
- uzyskanie bardziej racjonalnych cen zakupów,
- rozszerzenie oferty naukowej i medycznej,
- zwiększenie konkurencyjności zintegrowanej placówki.

Jest także zupełnie niezrozumiałe, że dotąd w Centrum Zdrowia Dziecka nie uruchomiono tak niezbędnych jednostek jak SOR i centrum urazowe dla dzieci. Jednostki takie powstają obecnie w ramach kompleksowej modernizacji Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

## Zdrowotny skansen

Pierwszy wniosek jest najbardziej oczywisty. W okresie intensywnej przebudowy wielu dziedzin naszego życia gospodarczego i społecznego sektor zdrowia nie może pozostać nietkniętym skansenem. Oczywiście wszystkiego nie da się zrobić naraz, ale od czegoś trzeba zacząć. Wydaje się, że opracowanie w pierwszej kolejności nowej polityki dotyczącej instytutów resortowych, a szerzej całego szpitalnictwa – jest dobrym i uzasadnionym pomysłem. Oczywiście przygotowanie tej zmiany nie jest zadaniem dla urzędu ministra tylko dla nowoczesnego zaplecza konsultingowego resortu.

Takim naturalnym zapleczem powinien być Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego pod warunkiem



jego gruntownej przebudowy strukturalnej, kadrowej, informatycznej i sprzętowej. Ponieważ to też jest pewien proces, a czasu już nie ma, alternatywnym rozwiązaniem jest powierzenie tego zadania Agencji ds. Restrukturyzacji Szpitali tworzonej przy pomocy Banku Światowego. Agencja będzie odpowiedzialna za przygotowanie polityki resortu w tym zakresie, konsultowanie opracowywanych programów naprawczych oraz monitorowanie procesów bardziej sprawnego zarządzania jednostkami.

Bezdiskusyjne są wnioski dotyczące szybkiego zwiększenia wyceny procedur medycznych realizowanych przez instytuty, wdrożenia nowych rozwiązań w zakresie finansowania działalności naukowej i dydaktycznej we współpracy z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz zwiększenia dotacji na utrzymanie i modernizację potencjału bazowego.

Ministerstwo Zdrowia musi także znaleźć sposób wspierania (uzasadnionej merytorycznie) działalności inwestycyjnej instytutów.

Instytuty, w większości generujące coroczne straty, pozostawione same sobie nie sprostają dzisiejszym i jutrzejszym wyzwaniom i nie będą w stanie spłacić swojego zadłużenia, co automatycznie przełoży się na

„Bezdiskusyjne są wnioski dotyczące szybkiego zwiększenia wyceny procedur medycznych realizowanych przez instytuty”

pogłębienie dysfunkcyjności całego systemu opieki zdrowotnej.

W przedstawionym „instytutowym *case study*” jak w soczewce skupiają się najistotniejsze problemy polskiej opieki zdrowotnej. Po raz kolejny okazuje się, że na pierwszy plan wysuwa się jakość zarządzania, podejmowanie odpowiednich decyzji w odpowiednim czasie oraz posiadanie dostosowanej do potrzeb strategii i wizji długofalowego rozwoju tak całego systemu, jak i poszczególnych jednostek. Dopiero na drugim miejscu pojawia się, tak często przywoływany, brak środków finansowych.

Maciej Murkowski  
Autor jest wykładowcą akademickim w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia oraz w Wyższej Szkole Menedżerskiej w Warszawie.