



## STANOWISKO RADY PRACODAWCÓW RP DOTYCZĄCE OBECNEJ SYTUACJI W OCHRONIE ZDROWIA

Sytuacja świadczeniodawców w systemie ochrony zdrowia jest z roku na rok coraz trudniejsza. Potwierdzają to dane Ministerstwa Zdrowia, obrazujące skalę zadłużenia SPZOZ. Od końca 2009 r. zadłużenie ogólne wzrosło o blisko miliard złotych (w IV kwartale 2012 r. wynosiło 10 542 mln zł). Także dalszy rozwój prywatnych pracodawców ochrony zdrowia natrafia na istotne ograniczenia. Wśród przyczyn tego stanu rzeczy można wymienić kilka zmiennych:

1. Finansowanie ochrony zdrowia zależy od sytuacji gospodarczej (od wzrostu wynagrodzenia oraz wysokości bezrobocia), a ta jest w ostatnim okresie coraz trudniejsza. Szacuje się, że niedobór przychodów NFZ w 2012 r. przekroczył 1,5 mld zł, a wartość świadczeń wykonanych ponad limit, czyli tzw. nadwykonań, sięgnęła 2 mld zł. To łącznie 3,5 mld zł luki budżetowej. Może być ona tylko częściowo oraz w wyjątkowej sytuacji pokryta środkami zaoszczędzonymi w obszarze refundacji leków, a także poprzez rozwiązanie funduszu zapasowego i rezerwy ogólnej. Środków pochodzących z refundacji leków (blisko 2 mld zł) nie można przy tym bezpośrednio wykorzystać na zapłatę świadczeń. Muszą one najpierw wpłynąć na fundusz zapasowy. Decyzja o sposobie ich wykorzystania zostanie podjęta dopiero po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego NFZ za 2012 r., czyli w drugiej połowie 2013 r. Tymczasem budżet narodowego płatnika usług medycznych na 2013 r. także został przygotowany według optymistycznych wskaźników. Może to spowodować jeszcze większą różnicę między zaplanowanymi dochodami a realnymi wpływami ze składek do NFZ oraz rosnące zadłużenie SPZOZ-ów, a w konsekwencji stworzenie barier dla dalszego rozwoju świadczeniodawców prywatnych.
2. Trudna sytuacja finansowa NFZ przekłada się na brak możliwości opłacania nadwykonań, ułatwiających dostęp do niezbędnej opieki. W ostatnich latach – w związku z rosnącym PKB Polski – co roku w budżecie znajdowały się środki na opłacenie większości takich procedur. Jednak za 2012 r. NFZ planuje zapłacić nie więcej niż 50% świadczeń ponadlimitowych i już teraz można zakładać, że wystąpią problemy z pokryciem jakichkolwiek nadwykonań za 2013 r. Ponadto wysoka inflacja, rosnące koszty pracy i oczekiwania płacowe, dodatkowe obciążenia, takie jak ubezpieczenie od zdarzeń medycznych czy obowiązkowe wydatki na

dostosowanie infrastruktury i rozwój e-zdrowia, przy praktycznie znikomym wzroście wyceny punktu przez NFZ (i konieczności konkurowania ceną) – powodują obniżanie się rentowności omawianego sektora. Jeśli dodać do tego planowany wzrost kosztów materiałów medycznych ze względu na wzrost podatku VAT z 8% do 23%, nietrudno zrozumieć wyzwania, przed jakimi stoją pracodawcy ochrony zdrowia.

3. Obowiązujący system kontraktowania powoduje coraz większe rozdrobnienie kontraktów i premiuje świadczeniodawców oferujących najniższą cenę (*de facto* często jest to kryterium decydujące). To kryterium rodzi niebezpieczeństwo nieuzasadnionych oszczędności oraz nie wpływa na poprawę jakości udzielanych świadczeń i zadowolenie pacjentów. Promocja jakości w opiece medycznej jest nieskuteczna. Poza nielicznymi inicjatywami mającymi na celu gromadzenie i analizę danych epidemiologicznych, w Polsce nie prowadzi się systemowego benchmarkingu placówek ze względu na osiągnięte efekty lecznicze, poziom zakażeń szpitalnych, liczbę readmisji czy reoperacji, a tym bardziej nie uwzględnia się tych parametrów w warunkach kontraktowania świadczeń. Szpitale stawiające na jakość opieki i inwestujące w nowoczesne technologie medyczne albo będą przegrywać konkurencję o finansowanie publiczne, albo obniżą w nieuzasadniony sposób cenę. W takiej sytuacji nawet najlepiej zarządzanym placówkom może grozić deficyt finansowy i konieczność potrzeba finansowania działalności długiem.
4. Niezmiennie brakuje wskazania długofalowych strategicznych kierunków reformy i podjęcia koniecznych zmian systemowych. Wśród tych ostatnich wymienia się: ustawę o zdrowiu publicznym, centralizację nadzoru nad ubezpieczeniami zdrowotnymi, zmianę systemu kontraktowania świadczeń, realną wycenę usług medycznych, wspomniane wprowadzenie systemu oceniania i premiowania jakości w ochronie zdrowia, wprowadzenie koordynowanej opieki medycznej, wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (także z możliwością podziału składki publicznej i konkurencją płatników), zmiany w ustawie refundacyjnej (techniczne – ułatwiające funkcjonowanie firm farmaceutycznych w systemie refundacji), zwiększenie ilości środków w systemie i dostępności usług poprzez wprowadzenie współpłacenia za świadczenia. To tylko część z oczekiwanych przez sektor zmian, przy czym w przypadku większości z nich Ministerstwo Zdrowia nie opublikowało nawet założeń przyszłych regulacji.
5. Obecnie największe emocje naszego środowiska budzi projekt ustawy o reformie Narodowego Funduszu Zdrowia. Zamiast zapowiadanej samodzielności płatników, zaprezentowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt założeń koncentruje się na centralizacji władzy i decentralizacji zadań. Prezesi wojewódzkich funduszy zdrowia tylko w deklaracjach rządowych mają mieć

szerokie kompetencje (być „silni”). *De facto* bowiem – ze względu na ograniczenie ich swobody funkcjonowania przez działania Urzędu Nadzoru nad Ubezpieczeniami Zdrowotnymi, nadzór rad nadzorczych oraz wskazania rad ds. oceny potrzeb zdrowotnych – ich rola jest mocno ograniczona. Dodatkowo Minister Zdrowia, z pomocą przedstawicieli wojewodów, uzyskuje pełną kontrolę nad radami nadzorczymi, w związku z czym prezesi wojewódzkich funduszy są w praktyce raczej dyrektorami wykonawczymi niż liderami samodzielnych funduszy. Jeśli dodać do tego całkowity brak przedstawicieli prywatnych pracodawców ochrony zdrowia w radach nadzorczych wojewódzkich funduszy zdrowia i radach ds. oceny potrzeb zdrowotnych, przy zapewnieniu w nich miejsca publicznym podmiotom tworzącym opiekę zdrowotną, rysuje się przed nami widok systemu o niespotykanym stopniu upolitycznienia, co sprzyja marginalizacji sektora prywatnego.

Od początku obecnej kadencji Minister Bartosz Arłukowicz zapowiadał przeprowadzenie szeregu ważnych zmian. Wiele z nich budziło wśród świadczeniodawców nadzieję na poprawę funkcjonowania systemu. Niestety mimo upływu już prawie półtora roku nadal żaden ważny projekt systemowy nie został oficjalnie przekazany do konsultacji społecznych. W związku z tym planowane reformy opóźnią się o kolejny rok – nie ma już bowiem możliwości technicznych, żeby np. zdecentralizować NFZ w tym roku.

Choć obecnie Pracodawcy RP oceniają jako dobrą jakość dialogu społecznego prowadzonego z Ministerstwem Zdrowia, nie jesteśmy zadowoleni z jego efektów. Mimo że przeważają merytoryczna argumentacja stanowisk, dialog prowadzony na odpowiednim szczeblu i tak istotna otwartość na poglądy drugiej strony – to jednak brakuje kluczowych decyzji, które budowałyby perspektywę poprawy sytuacji sektora ochrony zdrowia. Oczekujemy zdecydowanych działań, stanowiących odpowiedź na przedstawione problemy. Dalsze opóźnianie decyzji powoduje, że system ochrony zdrowia będzie funkcjonował coraz gorzej i coraz trudniej będzie go naprawić.

#### Załączniki:

1. Informacja dotycząca założeń do projektu ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Prezentacja Ministerstwa Zdrowia pt.: *Reorganizacja systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*.
3. Prezentacja Ministerstwa Zdrowia pt.: *Kierunkowe zmiany legislacyjne w ochronie zdrowia 2012 – 2015*.