

POLITYKA

PSUJE NFZ

Rozmowa z Agnieszką Pachciarz, prezes Uniwersyteckiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, byłą prezes NFZ

Jaka jest różnica między zarządzaniem instytucjami o tak różnych budżetach jak Narodowy Fundusz Zdrowia i Uniwersyteckie Centrum Stomatologii?

Podobieństwo jest w tym, że menedżer musi dbać o efektywność każdego przedsięwzięcia, niezależnie od wielkości budżetu, jakim dysponuje. A odmienny jest sposób postępowania – prezes NFZ musi koncentrować się na tworzeniu prawa, systemowych zarządzeń, które dotyczą opieki nad pacjentami i pracy dużych grup fachowców. Z kolei jest znacznie dalej od pacjenta niż menedżer każdej przychodni lub szpitala.

Dlatego już pani nie kieruje Narodowym Funduszem Zdrowia?

Niestety stanowisko prezes NFZ okazało się bardziej polityczne, niż sądziłam. Przez pewien czas, przynajmniej na początku, uważałam, że system polityczny zaakceptuje funkcjonowanie niezależnego, profesjonalnego dysponenta składek ubezpieczonych. A samo odwołanie, no cóż, właśnie z sukcesem zakończyliśmy kontraktowanie – oczywiście zakończyliśmy i świadczeniodawcy, i NFZ. Zaczęliśmy odczuwać efekty kilku dobrze zapowiadających się projektów wprowadzonych w 2012 i 2013 r., a następne wdrażać. I wtedy zaskoczyło mnie odwołanie. Mogę powiedzieć, że poczułam się zatrzymana w pół drogi.

Co pani uznaje za swój największy sukces w półtorarocznej pracy prezes NFZ? Co udało się zrobić, a czego nie?

Sukcesem zakończyła się całościowa analiza systemu JGP – hospitalizacji oraz druga, oparta na relacjach lecznictwa szpitalnego i AOS. Była to pierwsza taka weryfikacja od wprowadzenia systemu JGP. Kiedy wprowadzano ten system, byłam sceptycznie nastawiona, choć okazał się dla szpitali źródłem sporego wzrostu przychodów. Obecnie należy niwelować jego negatywne skutki, tj. nieefektywny dla pacjentów wzrost ilości świadczeń i nadhospitalizację. W wyniku tej analizy w ponad 500 JGP szpitalnych od 2014 r. w 130 dokonano zmian. W AOS zmiany były wprowadzane trzema etapami: dwie w 2013 r., trzecia w 2014 r., a efekty było widać już w minionym roku. Drugi ważny filar mojej działalności to poprawienie komunikacji. Mam wrażenie, że fundusz wcześniej przyjął postawę obłądzonej twierdzy, zależało mi zwłaszcza na komunikacji z pacjentami. Sądzę, że ważne było też zajęcie się jakością jako podstawą oceny szpitali – tak przy wyborze oferty, jak i później przy propozycjach wysokości kontraktów. Za sukces uważam też rozpoczęcie pionierskiej pracy nad wycenami. Wprowadziliśmy na przykład zmiany w kardiologii interwencyjnej przez wyodrębnienie koronarografii diagnostycznych – za 4,6 tys., a nie 12 lub 14 tys. Zamiast około 20 proc., zabieg ten stanowił 46 proc. wszystkich zabiegów,

a w niektórych placówkach nawet 90 proc. To był pierwszy krok, o dalszych, na przykład wprowadzeniu dodatkowej grupy dla najcięższych pacjentów kardiologicznych, nie będę opowiadać, skoro nie udało się tego zrealizować. Warto było wprowadzić pierwszy etap zmian, aby oddziały mogły pomyśleć o innych dziedzinach, a nie głównie zabezpieczać środki na nieustający wzrost liczby zabiegów koronarografii interwencyjnej, których liczba przekroczyła już średnią europejską.

**PRZEZ PEWIEN CZAS
UWAŻAŁAM,
ŻE SYSTEM POLITYCZNY
ZAAKCEPTUJE FUNKCJONOWANIE
NIEZALEŻNEGO DYSONENTA
SKŁADEK UBEZPIECZONYCH.
NIESTETY
STANOWISKO PREZES NFZ
OKAZAŁO SIĘ BARDZIEJ
POLITYCZNE, NIŻ SĄDZIŁAM.**

Dobrze za nią płaciliście, więc kardiologowie przeprowadzali ją, kiedy tylko się dało. Podobno Warszawa jest dla potencjalnych zawałowców najbezpieczniejszym miastem w Europie. Żartowano, że nie można usiąść na ławce w parku i ciężko pooddychać, bo od razu trafi się na kardiologię inwazyjną.

Zapewne zakładano, że lekarze nie będą wykonywać tego zabiegu bez powodu. Ale poważnie – jak widać, ten niepokojący stan przeanalizowaliśmy i zaproponowaliśmy sposób zmiany sytuacji. W czasie mojej kadencji zweryfikowaliśmy także wyceny świadczeń pediatrycznych. Nie wszystkie były zaniżone, ale te, które były – zmieniliśmy. W okulistyce też zainicjowaliśmy zmiany, zwłaszcza wycen w leczeniu zaćmy. Udowodniliśmy ponadto, że umiemy realizować poważne projekty informatyczne, takie jak eWUŚ i rozpoczęty

w tym czasie projekt Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, a na przykładzie Zintegrowanego Informatora Pacjenta – że potrafimy dobrze wprowadzać rozwiązania propacjenckie. Podjęliśmy również olbrzymią pracę, która nie jest powszechnie zauważana, a dotyczy treści zarządzeń i aktów prawnych formułowanych w NFZ. Mnie także, gdy jeszcze reprezentowałam świadczeniodawców, irytowały niejasności i jakość przepisów funduszowych. Wykonaliśmy ogromną pracę nad ich poprawą. Do uwag zgłaszanych w procesie tworzenia zarządzeń podchodziłam bardzo poważnie.

Raport NIK-u dotyczący funkcjonowania NFZ nie pozostawia na funduszu suchej nitki.

Trzy czwarte zarzutów postawionych w raporcie nie dotyczy funduszu, ale ustawy, na której podstawie on działa. Nie NFZ powinien więc być ich adresatem, lecz ustawodawca – nawet NIK-u nie omija problem braku specjalistów znających się na ochronie zdrowia. W informacji, którą przekazano mediom, te opinie pominięto, pozostawiając jedynie zarzuty.

Ale ja sam przyglądałem się procesowi kontraktowania z bliska. Wygląda to tak, że świadczeniodawca dostaje coś na kształt ultimatum: oferujemy panu tyle a tyle, może pan co prawda się z tym nie zgodzić, ale następna oferta może być niższa.

Rzeczywiście. Pole do negocjacji powinno być większe. Ale wcześniej sami je przez lata zawężaliśmy rankingami, przepisami, które miały zwiększyć wolność konkurencji. Zresztą nie jestem fanką konkursów – i tu odnoszę się do kolejnego zarzutu NIK-u. Rzeczywiście uważam, że konkursy nie powinny przesądzać o ostatecznym kształcie rynku, powinno zostać zachowane szersze pole negocjacyjne, wieloletnia stabilność umów, ale oczywiście przy zachowaniu instrumentów pozwalających wypowiedzieć kontrakt, gdy świadczeniodawca nie wywiązuje się ze zobowiązań. Zgadzam się też z tym, że kontrole, które NFZ przeprowadza u świadczeniodawców, są może nie tyle zbyt częste, ile za mało merytoryczne i dość wybiórcze. Do obowiązków funduszu należy kontrolowanie i monitorowanie. O tym drugim oceniający, w tym NIK, zapominają, kładąc nacisk na kontrolę, a to monitorowanie rozliczeń i sprawozdawanych świadczeń jest, a właściwie powinno być, podstawowym narzędziem współpracy i nadzoru nad podmiotami otrzymującymi pieniądze pacjentów.

Mówi pani o nie dość merytorycznej kontroli. Czy fundusz ma odpowiednią liczbę ekspertów do ich prowadzenia?

W mojej ocenie – nie. NFZ to instytucja, która ma bardzo niskie koszty własne. I dlatego często brakuje tam odpowiednich specjalistów. Koordynacją prac nad wycenami zajmuje się np. trzech analityków, zatrud-

nionych w czasie mojej pracy, podczas gdy w innych krajach tę pracę wykonuje kilkudziesięciu ekspertów. Realizowaliśmy na przykład projekt Karta Ubezpieczeń Zdrowotnych. Kiedy przysłałam do Centrali, projekt prowadził właściwie jeden człowiek. Przez te 1,5 roku udało mi się stworzyć dość duży zespół i kiedy odchodziłam, w grudniu ubiegłego roku, prace przebiegały planowo.

Nie jest pani lekarzem, lecz prawnikiem. Jak z tej perspektywy ocenia pani pracę menedżerów ochrony zdrowia będących lekarzami, często prowadzących intensywną praktykę lekarską?

Wśród lekarzy zdarzają się dobrzy menedżerowie, ale nie jest to regułą. Dyplom lekarski, osiągnięcia kliniczne ani nie przeszkadzają talentom menedżerskim, ani ich niestety w żadnym stopniu nie gwarantują. Wiedzę medyczną trudno połączyć z ekonomiczną czy finansową. Podobnie zresztą jak nie każda osoba z przygotowaniem i dorobkiem z zakresu zarządzania potrafi zrozumieć specyfikę działalności szpitali. Poza tym lekarzowi trudniej obiektywnie ocenić, egzekwować i zmieniać pracę kolegów lekarzy. Są kraje, np. Francja, gdzie tylko osoby, które posiadają kierunkowe wykształcenie w zarządzaniu w ochronie zdrowia, mogą kierować szpitalami. I jeszcze jedno: do obsady dyrektorów szpitali niestety wkroczyła polityka. Jak łatwo zgadnąć – ze szkodą.

Czy menedżerowie nielekarze nie są zdani na łaskę specjalistów medycznych, którzy we własnym interesie będą ich przekonywali do korzystnych dla siebie rozwiązań? Podobnie w funduszu – najczęściej korzysta się z eksperckiej opinii konsultantów krajowych czy wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach, a oni przecież są ze środowiska, któremu zależy na jak najlepszym finansowaniu danej dziedziny medycyny.

Nie można generalizować, konsultanci bywają różni. Gdy przystępowaliśmy do nowelizacji wycen JGP, aby rozwiązać problem nadhospitalizacji i przesunąć część świadczeń do AOS, mieliśmy do czynienia z konsultantami, którzy niechętnie współpracowali albo raczej chcieli wyłącznie realizacji swoich pomysłów, ale byli i tacy, którzy promowali rozwiązania propacjenckie i racjonalne dla systemu.

Osoby, które odmawiają popierania własnego lobby, to wyjątki.

Sądzę, iż nie w tym rzecz. Ale połączenie interesu własnej grupy zawodowej z dobrem pacjentów i systemu wymaga tyleż inteligencji, co odwagi. Jednocześnie chciałabym się przeciwstawić stygmatyzowaniu udziału rozmaitych lobby w tworzeniu rozwiązań obowiązujących w polskiej ochronie zdrowia. Udział lobby – ich wysłuchanie może być dobre.



fot. PAP/Grzegorz Jakubowski

**KONTROLE,
KTÓRE NFZ PRZEPROWADZA
U ŚWIADCZENIODAWCÓW,
SĄ MOŻE
NIE TYLE ZBYT CZĘSTE,
ILE ZA MAŁO MERYTORYCZNE
I DOŚĆ WYBIÓRCZE.**

Lobbing jest dobry? Nie obawiała się pani wpływów lobby medycznego?

Po prostu istnienie grup interesów to zjawisko naturalne. Na etapie tworzenia prawa trzeba identyfikować lobby i wręcz je zachęcać do prezentowania swoich stanowisk. Należy znać poglądy firm produkujących leki i sprzęt, przedstawicieli szpitali, klinik, przychodni prywatnych i publicznych. U nas tej kultury dyskusji, także publicznej, ciągle nie ma. Oczywiście od wiedzy decydentów i zdolności systemowego myślenia zależy, jak z tej wiedzy skorzystają.

Wróć do poprzedniego pytania: jest pani prawnikiem, nie lekarzem. Skąd czerpała pani tak szczegółową wiedzę na tematy medyczne? Jak mogła pani zabierać głos na przykład w sprawie poprawności wycen poszczególnych procedur?

Wskazałabym kilka źródeł wiedzy. Pierwsze to ogromna ilość danych, jakimi dysponuje NFZ. Drugie to zespoły powoływane do rozwiązania konkretnych spraw. Najlepszy skutek przynosiło powoływanie małych zespołów tematycznych, które zajmowały się analizą wycinkowych danych dotyczących konkretnego problemu. Czasem w tych zespołach znajdowali się wyłącznie przedstawiciele NFZ, a czasem zapraszaliśmy ekspertów spoza funduszu, także konsultantów. Jak wspomniałam, z częścią z nich współpracowało się naprawdę nieźle. Dla mnie istniało jeszcze jedno bardzo istotne źródło wiedzy: porównywanie Polski z innymi krajami, śledzenie rozwiązań, które się sprawdziły, i próba oceny, na ile można je przystosować do naszych realiów. Często nie trzeba wymyślać prochu ani tym bardziej dynamitu, wystarczy przenieść na nasz grunt to, co wymyślono w innych krajach. A nawet gdy to nie jest możliwe od razu, zyskujemy wskazówkę, w jakim kierunku warto dążyć. Wracając do pańskiego pytania – gdyby założyć, że sprawą wycen powinien się zajmować wyłącznie lekarz, należałoby też przyjąć, że tylko lekarz dobrze zbuduje szpital. Ale poważnie



PAP/Tomasz Czeł

**JAKO PAŃSTWO
NIE MAMY
ZIDENTYFIKOWANYCH
GŁÓWNYCH PROBLEMÓW
I CELÓW ZDROWOTNYCH.
FUNKCJONOWANIE NFZ
W TAKIM OTOCZENIU
JEST TRUDNE.**

– mam nadzieję, że do zasady trzech metod wyceny kosztów stosowanej w okresie mojej pracy w funduszu, tj. przychodowej, kosztów normatywnych i nowatorskiej, zastosowanej przy pediatрії i usuwaniu zaćmy, metody podwójnej rekomendacji – jeszcze wrócimy.

Jakkolwiek o tym mówić, panuje powszechne przekonanie, że to fundusz – choćby przez system wycen procedur – kreuje w Polsce „chorobowość” i całą politykę zdrowotną.

Ale generalna zasada jest inna – to Ministerstwo Zdrowia kreuje, a właściwie powinno kreować politykę zdrowotną, a fundusz ją realizuje. Oczywiście nie umniejszam obecnej roli funduszu, ale jest on głównie dysponentem pieniędzy ubezpieczonych. Naturalnie narzędzia, jakie posiada, w tym wycena świadczeń, mogą pomóc reagować na problemy zdrowotne.

A jaką politykę zdrowotną kreuje resort zdrowia? Czy jako wiceminister zdrowia lub prezes NFZ znała pani dokument, który wskazywałby priorytety?

No właśnie, to jest podstawowy problem. Brakuje jasnej polityki zdrowotnej, którą określiłoby ministerstwo czy na podstawie rządowego projektu – parlament. Jako państwo nie mamy zidentyfikowanych głównych problemów i celów zdrowotnych. Funkcjonowanie w takim otoczeniu ubezpieczyciela, jakim jest NFZ, jest więcej niż trudne.

Obecnie podobno mamy tzw. system pośredni. Tylko co to znaczy w praktyce? Czy NFZ to normalna firma ubezpieczeniowa?

W jakimś stopniu tak. System oczywiście mamy ubezpieczeniowy, w którym ustawodawca słusznie założył,

że część świadczeń, na przykład wysokospecjalistycznych lub dla konkretnych grup pacjentów, w tym nieubezpieczonych, jest finansowana z budżetu państwa. Temu założeniu – po 15 latach od jego powstania, warto byłoby się przyjrzeć i zastanowić się, jak należy ten system poprawiać, bo że ma wady – to wszyscy widzą. I tu zaczyna się polityka.

Polityzacja medycyny w naszym kraju, zamiast być zwalczana, postępuje.

Przypomnijmy, że w 2006 r. zmieniono ustawę, aby odwołać prezesa NFZ. To był wyraźny krok ku upolitycznieniu płatnika. Jeszcze w tym roku, kiedy Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało decentralizację, pojawił się silny „trend”. Sugerowano, od kogo będą teraz zależeć dyrektorzy oddziałów NFZ – nastąpił przedwczesny podział łupów. W obecnym projekcie wątek obsadzania stanowisk jest niezwykle silny, jednak w ogóle nie widać elementu publicznoprawnej filozofii zmienianej instytucji. Nie ma też żadnych przepisów poprawiających wewnętrzne funkcjonowanie firmy, jaką powinien być NFZ.

To może lepiej po prostu wprowadzić proponowany przez PiS model budżetowy? Przynajmniej wszystko będzie jasne.

Co niby będzie jasne? Zmiana szyldu? Uważam, że system budżetowy się nie sprawdził. Poza tym wówczas łatwiej umniejszyć pieniądze na zdrowie. Trzeba po prostu zdecydować się na przyjęty dawno model ubezpieczeniowy i racjonalnie i systematycznie go zmieniać.

Zmieńmy temat. Czy tak zwany pakiet kolejkowy wysadzi z siodła obecny rząd?

Sądzę, że ochrona zdrowia jest niedoceniana politycznie. Nie była i nadal nie jest priorytetem. Jeśli nowelizacja wejdzie w opublikowanym kształcie – rok 2015, a zwłaszcza 2016 będzie bardzo trudny. Jestem zdziwiona brakiem dyskusji nad tymi projektami, jakiegokolwiek by były, bo dotyczą milionów Polaków.

Bo o czym tu dyskutować, skoro rząd nie przedstawił konkretnych projektów zmian? Mgliste pomysły dotyczące rewolucji w onkologii nie wystarczają. Podobno ma być jakaś „karta onkologiczna”...

Ale są to projekty, nawet jeśli mamy nadal mało informacji. Oczywiście ta szcątkowa wiedza, która z nich wynika, budzi wielkie obawy. Na przykład nie widać tam zapowiadanej kompleksowości leczenia onkologicznego. Może się zdarzyć, że jakość leczenia się nie poprawi, a koszty znacznie wzrosną. Same założenia organizacyjne, bez określenia standardów medycznych, nic nie dadzą. A poza tym oczywiste jest, nawet jeżeli oprzemy się na zapowiedziach, że te zmiany muszą kosztować. Na przykład teza, że obecnie 2 miliardy

MNIE TAKŻE,

GDY JESZCZE REPREZENTOWAŁAM

ŚWIADCZENIODAWCÓW,

IRYTOWAŁY NIEJASNOŚCI

I JAKOŚĆ PRZEPISÓW

FUNDUSZOWYCH.

są źle wydawane na świadczenia onkologiczne nierealizowane na oddziałach onkologicznych, jest błędna, zawsze bowiem na oddziałach chirurgii ogólnej, urologii czy laryngologii są i powinny być realizowane świadczenia onkologiczne.

Kolejnym elementem pakietu jest dociążenie lekarzy rodzinnych. Jeśli nałoży się na nich obowiązek pełnej diagnostyki pacjenta, nie dając na ten cel pieniędzy, problem kolejek mamy zlikwidowany. Nie będą po prostu kierowali do specjalistów.

Żartuje pan, mam nadzieję, że tak się nie stanie. Ale poważna koncepcja będąca istotą systemu to na razie idea, bez szczegółów. Jeśli zwiększenie zadań, to na jakich zasadach? Tego nie wiemy. I pamiętajmy, że program kształcenia lekarzy rodzinnych i ich praktyka muszą być z tym kompatybilne. Niezmiennie jestem zwolennikiem systemu mieszanego, tj. części kapitacyjnej i części efektywnościowo-jakościowej. Jak zwykle warto przyjrzeć się innym systemom.

Pakiet będzie wprowadzany już za kilka miesięcy. A na horyzoncie prawdopodobieństwo kolejnej burzy, tym razem z powodu kontraktowania. Czy nie za dużo tych potencjalnych zagrożeń przed wyborami?

To pytanie – to istota rzeczy. W ubiegłym roku przeprowadzono ustawowe aneksowanie, bo minister zdrowia nie wydał w terminie koszyków świadczeń, po drugie budżet był taki sam jak w 2012 r. Już wtedy legislatorzy mieli dylemat, bo ustawa zakładała konkursy. Mam nadzieję, że te zmiany nie są tylko po to, aby w art. 15 projektu znowu przeforsować aneksowanie dla spokojnego przełomu roku.

Rozmawiał Janusz Michalak