



GORĄCE KRZESŁA

Fot. © Nowak Piotr/Fotozepa

Rozmowa z Andrzejem Jacyną, p.o. prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

Zapowiedzi dotyczące likwidacji NFZ czasem są wzajemnie sprzeczne, jednak partia rządząca zgadza się co do zasady, że NFZ powinien przestać funkcjonować. Jak wygląda praca w NFZ w sytuacji tak dużej niepewności?

Pracujemy. Słyszymy, że do 2018 r. NFZ będzie funkcjonował w tej strukturze, która jest. Nie wiemy, co stanie się potem. Znamy kilka

pomysłów. Niektóre zakładają całkowitą likwidację NFZ i przeniesienie finansowania ochrony zdrowia do budżetu, czyli prawdopodobnie centrala może się stać departamentem w resorcie zdrowia, a oddziały wejdą w struktury wojewodów. Inne pomysły, które również mają istotne znaczenie w dyskusji, zakładają częściowe przeniesienie finansowania do budżetu. Wojewodowie

przejęliby więc część zadań, ale jakich – tego jeszcze nie wiemy. Nie ma decyzji politycznej w tej sprawie. Spokojnie czekamy więc na rozwój wydarzeń. Ktoś musi pełnić funkcję płatnika, ale jak to dokładnie będzie wyglądało, nie wiemy. Wiemy, że ludzie z NFZ na pewno będą brali udział w obsłudze nowego mechanizmu finansowania, ponieważ są do tego przygotowani,

LUDZIE Z NFZ BĘDĄ BRALI UDZIAŁ W OBSŁUDZE

NOWEGO MECHANIZMU FINANSOWANIA,

PONIEWAŻ SĄ DO TEGO PRZYGOTOWANI, MAJĄ W TYM

ZAKRESIE DOŚWIADCZENIE I BĘDĄ POTRZEBNI

mają w tym zakresie doświadczenie i będą potrzebni. Staram się uspokajać nastroje pracowników.

Czyli jednak niepewność nie utrudnia pracy?

Na pewno utrudnia proces naboru nowych pracowników, szczególnie w takich działach, jak informatyka czy kontrola. Tu mamy pewne problemy. Ludzie niekoniecznie są zainteresowani rozpoczęciem pracy w instytucji, która medialnie już jest zamykana.

Jak sobie państwo radzą w takiej sytuacji? Trzeba zaoferować więcej?

Pracujemy, bazując na obecnych kadrach, które już teraz muszą radzić sobie z nadmiarem obowiązków i są przeciążone.

A czy pan wystartuje w konkursie na prezesa NFZ?

Od wielu lat uczestniczę w systemie ochrony zdrowia i widzę szereg obszarów, w których potrzebne są zmiany. Wielokrotnie deklarowałem, że obecny system mi się nie podoba. Stanowisko prezesa NFZ daje wpływ na to, co się dzieje w systemie, i pozwala na uczestniczenie w procesie wprowadzania zmian.

Jakie zmiany ma pan na myśli? Na czym mają one polegać?

W pierwszej kolejności chodzi o sposób finansowania szpitali. Konieczne jest stworzenie publicznej sieci szpitali, która zabezpieczałaby podstawowe potrzeby zdrowotne i byłaby uzupełniana o świadczenia

kontraktowane poza siecią, z puli placówek niepublicznych. Wydatki na szpitale stanowią 50 proc. budżetu NFZ i ten obszar powinniśmy w pierwszej kolejności uporządkować. Dlaczego sieć? Ponieważ pieniędzy nadal jest za mało, a po drugie brakuje kadry medycznej. Musimy więc ograniczać liczbę łóżek i oddziałów. Nie będziemy likwidować szpitala w całości, ale przekształcać go, opierając się na dobrym narzędziu, jakim są mapy potrzeb zdrowotnych. Te mapy określają, w jakim kierunku powinna się kształtować liczba łóżek w danej specjalności, czy dany oddział w ogóle jest potrzebny. Kiedy popatrzymy na koszty organizacji świadczeń, są one zbyt duże. Na przykład w ginekologii i położnictwie: w wielu szpitalach porodów jest za mało, jeden czy dwa w tygodniu. Nie ma sensu utrzymywać takich oddziałów, skoro podobne świadczenie, nierzadko na wyższym poziomie, można uzyskać w szpitalu obok. To jest nieefektywne wydawanie środków, a do tego możemy mieć wątpliwości, czy jakość udzielanych świadczeń w takich szpitalach nie odbiega od standardów.

Czy szpitale w sieci miałyby zagwarantowane pieniądze, a pozostałe musiałyby startować w konkursach?

Dochodzimy do pytania, czy konkursy są potrzebne. Uważam, że kontraktowanie powinno się odbywać w trybie negocjacji dla szpitali w sieci. Z kolei konkursy byłyby adresowane do szpitali uzupełniających sieć. Szpitale w sieci powinny mieć zagwarantowane takie finan-



sowanie, które pokryje ich gotowość do świadczenia usług, być może w formie ryczałtu. Chodzi głównie o koszty stałe tych placówek, takie jak np. wynagrodzenie załogi. W trybie negocjacyjnym możemy natomiast określić liczbę łóżek w danej placówce i minimum kadrowe. Dlaczego dopuszczać do wzajemnego „wycinania się” placówek publicznych? Lepiej zagwaran-



Fot. © Darek Lewandowski/Forum

tować pieniądze na kadry, a to co pozostanie – 20–30 proc. – przeznaczyć na zakup świadczeń jednostkowych.

Czy duże kontraktowanie w przyszłym roku zostanie już w ten sposób przeprowadzone?

Sądzę, że nowe mechanizmy mogą zostać wprowadzone w 2018 r. Można wyobrazić sobie pewien

pilotaż w 2017 r., ale czy nastąpi w tym obszarze pełna zmiana już w roku przyszłym – tego nie wiemy.

Jakie szpitale znajdą się w sieci i ile ich będzie?

W sieci powinny się znaleźć wszystkie szpitale publiczne: powiatowe, wojewódzkie i regionalne, zapewniające świadczenia na trzech poziomach referencyjnych.

Tu najważniejsze znaczenie ma rola, jaką odgrywa szpital. Dziś rynek kształtuje się w ten sposób, że powstaje wiele jednoprofilowych placówek, ponieważ dane świadczenie „się opłaca”. Sieć ma zapewnić podstawowe potrzeby – udzielić pomocy w razie wypadku. Jeśli na danym terenie będzie brakowało konkretnych usług medycznych, wtedy ogłosimy konkurs.

**W SIECI POWINNY SIĘ ZNALEŹĆ WSZYSTKIE
SZPITALY PUBLICZNE: POWIATOWE,
WOJEWÓDZKIE I REGIONALNE, ZAPEWNIAJĄCE ŚWIADCZENIA
NA TRZECH POZIOMACH REFERENCYJNYCH**

Czyli szpitale prywatne miałyby stanowiąc uzupełnienie publicznych?

Jeżeli szpital powiatowy został sprywatyzowany, ale zapewnia świadczenia w danym rejonie, to oczywiście powinien się znaleźć w sieci. Jednak nie wszystkie placówki się w niej mieszczą. Nie ma takich potrzeb i nie ma takich środków. Tym bardziej że liczba szpitali gwałtownie rośnie, a nie zwiększa się, wprost proporcjonalnie, przy-

lekańską nawet na podstawowych oddziałach. Są one czasowo zamknięte. Dużą rolę przy tworzeniu sieci szpitali będzie odgrywał wojewoda. To on powinien decydować na podstawie map potrzeb, jaki oddział utrzymać, a jaki nie. Chciałbym, aby tworząc sieć, dano wojewodzie lub ciału kolegialnemu kompetencje decydowania o tym, który szpital na jego terenie zostanie do niej włączony, gdzie liczba łóżek będzie ograniczona, a gdzie zwiększona.

**KONTRAKTOWANIE POWINNO SIĘ ODBYWAĆ
NIE W TRYBIE KONKURSÓW, ALE NEGOCJACJI –
DLA SZPITALI W SIECI. Z KOLEI KONKURSY BYŁYBY
ADRESOWANE DO SZPITALI UZUPEŁNIAJĄCYCH SIEĆ**

rost środków. Rozwijają się zarówno placówki prywatne, jak i publiczne. Szpitale powiatowe widzą inwestycje w nowe specjalności jako sposób na poprawę swojej sytuacji finansowej, dobierając świadczenia przynoszące największe przychody. To są świadczenia przeważnie wysokospecjalistyczne, które powinny być oferowane zupełnie gdzie indziej. I tak tworzymy nowe oddziały ortopedyczne czy kardiologii inwazyjnej, a przecież nie są one potrzebne w każdym powiecie. To wszystko powoduje rozdrobnienie środków finansowych. Lekarze przemieszczają się pomiędzy szpitalami, a powinni pracować w jednym ośrodku. Jestem za koncentracją środków finansowych i kadry, której brakuje. A dziś wiele szpitali powiatowych boryka się z problemem niedoboru kadry i trudnościami z obsadą

Czy dlatego tak ważne są mapy potrzeb zdrowotnych?

Tak, ponieważ zawierają szczegółowe wskazówki, jaka ma być liczba łóżek na danym terenie czy jak ma wyglądać rozmieszczenie oddziałów. Trzeba tylko wprowadzić to w życie i rozdzielić kompetencje. Potrzebna jest ustawa regulująca te kwestie.

Padają jednak zarzuty, że mapy potrzeb przygotowywane są na podstawie danych historycznych i mogą być nieadekwatne do rzeczywistości za kilka lat, ponieważ nie uwzględniają nowych zjawisk i trendów. Mapy wykorzystują historyczne statystyki NFZ.

Myślę, że dane Funduszu są najbliższe rzeczywistości. Mapy są i będą

żywym dokumentem. Docelowo będą tworzone przez wojewodę i będą się zmieniały w czasie. My już używamy map przy negocjacjach ze świadczeniodawcami. Podobnie przy uruchamianiu dodatkowych konkursów na brakujące świadczenia.

Są jednak dziedziny, w których brakuje chętnych, aby oferować świadczenia zdrowotne. Czy to nie znaczy, że ich wycena jest za niska?

Z taką sytuacją mamy do czynienia w niektórych obszarach. Uważam, że podniesienie nakładów rozwiązałyby problem np. naboru młodych lekarzy na niektóre specjalizacje. Zmiana wyceny punktowej leży m.in. w kompetencjach prezesa NFZ. Planujemy wprowadzenie zmian przesuujących środki między poszczególnymi grupami JGP, np. kardiologią interwencyjną a pediatrią.

Czy chirurgia też na tym skorzysta? Mamy do czynienia z jej dużym niedofinansowaniem, a także z różnicą w wynikach leczenia w poszczególnych województwach – wskaźniki śmiertelności różnią się nawet dwukrotnie.

To prawda, że są różne wyniki leczenia w różnych województwach. Co możemy z tym zrobić? Dziś pacjent nie zna tych danych i to chcielibyśmy zmienić. Chcielibyśmy ściśle monitorować powikłania i zgony w części świadczeń wysokospecjalistycznych, takich jak endoprotezoplastyka czy zabiegi kardiologii interwencyjnej. Te dane chcielibyśmy upublicznić, bo pacjent powinien wiedzieć, jaka jest skala powikłań w danym ośrodku. To oczywiście wymaga odpowiednich zapisów ustawowych.

Ale czy tylko w odniesieniu do endoprotezoplastyki i leczenia zawałów?

Dziś jest to możliwe tam, gdzie prowadzimy rejestry. W grę wcho-



Fot. Ryszard Waniek/FOTORZEPA

ŚRODKI FINANSOWE W SYSTEMIE SĄ OGRANICZONE.

ZWIĘKSZENIE NAKŁADÓW W JEDNYM OBSZARZE

POWODUJE ICH ZMNIEJSZENIE W INNYM

dzą więc także choroby nowotworowe, zaćma czy procedury kardiologiczne.

Kiedy te dane zostaną upublicznione i w jaki sposób?

Do tego potrzebne są odpowiednie przepisy, które to umożliwią.

Wróćmy do chirurgii. Co NFZ może w tej sprawie zrobić?

To jest przykład rozdrobnienia świadczeniodawców. Powikłania są częstsze, jeśli procedur wykonuje się mniej. Co możemy zrobić? Ustalić progi liczby wykonywanych świadczeń, nawet przez konkretnego operatora. Chcemy monitorować efekty pracy konkretnego operatora. Nie możemy jednak zabronić wykonywania świadczeń. To nie jest nasza kompetencja. Możemy ewentualnie rozważyć, czy nie włączyć takich informacji w kryteria oceny ofert.

Czy chirurgia może liczyć na wzrost nakładów?

Środki finansowe w systemie są ograniczone. Zwiększenie nakła-

dów w jednym obszarze powoduje ich zmniejszenie w innym. Dobrze medialnie wyglądają spektakularne operacje, ale trzeba pamiętać również o tym, że na co dzień w kolejkach do lekarzy czekają tysiące osób. Reorganizacja płatnika nie zmieni nakładów finansowych. Dobrym rozwiązaniem wydaje się stopniowy wzrost budżetu ministra zdrowia przy utrzymaniu składki ubezpieczeniowej, wtedy resort mógłby przejmować finansowanie wielu wysokospecjalistycznych świadczeń.

Padają zarzuty pod adresem NFZ, że stawia zbyt wygórowane wymagania pod względem kadry i wyposażenia.

Dostrzegamy taki problem. Sytuacja z niedoborem kadry może wymusić na nas obniżenie wymogów. Tu trzeba będzie zrewidować zapisy koszykowe, bo czasem lepiej jest obniżyć wymagania niż pozwolić na brak dostępu do danego świadczenia.

Podsumowując – wygląda na to, że w ochronie zdrowia czeka nas wiele zmian.

Tak, tym bardziej że dużą wagę przywiązujemy do opieki koordynowanej. Najpierw zaoferowaliśmy ją kobietom w ciąży. Podobne zmiany są przewidziane w ortopedii i kardiologii inwazyjnej. Mamy zamiar opierać się na konsorcjach, a nie pojedynczych świadczeniodawcach. Chcemy płacić za efektywne leczenie, a nie pojedyncze świadczenia. Szpitale będą musiały się porozumieć – duży szpital z praktykami położniczymi, ośrodek kardiologii interwencyjnej z placówką rehabilitacyjną. Chodzi o to, by pacjent nie musiał się martwić, gdzie kontynuować leczenie, ale by miał to zagwarantowane. Chcemy płacić za kompleksową opiekę, nie za procedury.

Rozmawiali: Marta Kobańska,
Bartłomiej Leśniewski