

A close-up portrait of a middle-aged man with short, light brown hair, wearing a dark suit jacket, a white shirt, and a dark tie with thin blue diagonal stripes. He is looking slightly to the left of the camera with a neutral expression. The background is a soft, out-of-focus light blue.

Rozmowa
z Jackiem Paskiewiczem,
prezesem Narodowego
Funduszu Zdrowia

Uniknąć chaosu

Nowy prezes zwiastuje zawsze gwałtowne zmiany. Pod pana kierownictwem możemy spodziewać się rewolucji w systemie ochrony zdrowia?

Nie będzie żadnych rewolucji.

Po co zatem zmieniano prezesa?

Proszę o to zapytać polityków. Na początku powinienem stwierdzić, że zastałem bałagan. Ale tak mówią wszyscy prezesi i jestem pełen podziwu dla mojego poprzednika, który potrafił powiedzieć, że po trzech miesiącach udało mu się *wyczyścić sprawę*. Mnie nic w Narodowym Funduszu Zdrowia nie zaskoczyło, bo nie jestem człowiekiem z zewnątrz. Pracowałem w kasach chorych, a ostatnio 3 lata w Mazowieckim Oddziale Funduszu, dlatego wiem, że naturalną cechą tej organizacji jest pewien wewnętrzny i zewnętrzny konflikt, w jakim funkcjonuje.

Rozdzielacie pieniądze, a tych jest ciągle za mało. Dlatego rozumiem konflikt zewnętrzny, ale skąd bierze się konflikt wewnętrzny?

strukturze, populacji i porównywalnych możliwościach finansowych. Następnym etapem, zapewne wieloletnim, będzie tworzenie się coraz większych odrębności pomiędzy poszczególnymi funduszami. Różnice te powstaną na skutek konkurencji o ubezpieczonego między funduszami.

Czy określono już czas podziału NFZ?

Owszem, ale w tej kwestii bardzo dużo będzie zależeć od posłów. Dziś nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jak długo będzie trwać debata polityczna o tym, w jakich miastach ulokować siedziby oddziałów.

Gdzie powinny się one znaleźć?

Według mnie w Warszawie, Katowicach, Wrocławiu, Poznaniu, Gdańsku i Krakowie.

Czy to znaczy, że 10 dyrektorów straci pracę?

Dyrektorzy na pewno nie zostaną bezrobotni, trzeba będzie natomiast powołać sześciu nowych prezesów nowych funduszy. Sprawy kadrowe nie są tu jednak

„ Siedziby podzielonego na sześć oddziałów NFZ powinny według mnie się znaleźć w Warszawie, Katowicach, Wrocławiu, Poznaniu, Gdańsku i Krakowie ”

Nowa strategia NFZ ma zarówno sprzymierzeńców, jak i oponentów i jest to stan naturalny. Podejmując pewne decyzje, narażamy się na krytykę osób związanych z różnymi racjami politycznymi oraz interesami związanymi z kształtem systemu ochrony zdrowia. W procesach decyzyjnych dotyczących płatnika bierze udział Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Finansów, komisje sejmowe zdrowia i finansów, a przy tworzeniu aktów prawnych również organizacje społeczne i zawodowe. W tak szerokim gronie zawsze dochodzi do różnicy zdań i interesów – dlatego funkcjonując w takich warunkach, NFZ jest instytucją frontową, której nie można zafundować kolejnej, nieprzemyślanej rewolucji. Doprowadziłyby to do chaosu.

Przecież minister Kopacz chce dzielić NFZ na sześć konkurujących instytucji. Już to jest rewolucyjnym pomysłem!

Podział należy uznać za znaczącą zmianę, ale przecież nie nastąpi ona nagle, w ciągu jednego dnia – wczoraj jeden NFZ, a dziś sześć niezależnych firm brokerskich. Dzielenie Funduszu będzie miało charakter ewolucyjny – zaplanowany i kontrolowany. Z szesnastu oddziałów powstanie prawdopodobnie sześć o podobnej

najważniejsze. Najpierw trzeba się skupić na przygotowaniu sprawnie funkcjonujących nowych struktur systemu ubezpieczeniowego.

Kiedy projekt zmian trafi do Sejmu i zostanie poddany dyskusji?

Sądzę, że w połowie roku będzie można przedstawić założenia zmian i plan podziału NFZ. Obecnie jesteśmy w trakcie powoływania zespołu, który zajmie się opracowaniem zmian strukturalnych Funduszu. Osoby, które będą tam pracowały zajmą się m.in. technicznymi aspektami przekształcenia Funduszu.

Czym konkretnie zajmie się ten zespół?

Zespół przygotowuje szczegółowy plan podziału NFZ, uwzględniający prawne i funkcjonalne aspekty jego funkcjonowania. W nowej komórce powstaną m.in. koncepcje zmian gospodarki finansowej, podziału systemu informatycznego i zunifikowania systemu związanego z kontraktowaniem świadczeń.

Kto stoi na czele tego zespołu?

Na razie utworzyliśmy zręby grupy, która pracuje pod moim kierunkiem. Kto będzie nią kierował w przy-

„ Po powstaniu NFZ stanowiska dyrektorów oddziałów Funduszu zamieniły się w synekury dla ludzi z klucza partyjnego, często bez przygotowania merytorycznego. W wielu regionach do dzisiaj pracują osoby niedecyzyjne, w każdej sprawie oczekujące na wytyczne z centrali. Dla nich kończy się czas dyrektorowania ”



szłości – dowiemy się po rozstrzygnięciu konkursu. Na pewno powinien to być fachowiec, a nie polityk.

Kiedy zaczną być wprowadzane zapowiadane zmiany?

Po zakończeniu procedury kontraktowania świadczeń na 2009 r. zaczniemy cykl przekształceń strukturalnych, który doprowadzi do powołania sześciu funduszy. W 2010 r. system będzie wykrystalizowany. Wtedy stanie się konieczne skorelowanie go z nową elektroniczną kartą pacjenta i rejestrem usług medycznych. To nastąpi do roku 2012.

Czy zakładacie, że udziałowcami oddziałów będą mogły zostać prywatne fundusze inwestycyjne?

Będą to fundusze publiczne i nie przewidujemy w nich udziału kapitałów prywatnych.

Podobno podział NFZ ma spowodować, że oddziały zaczną konkurować i rywalizować ze sobą. Na razie nie widzę możliwości konkurencji.

Konkurencja o ubezpieczonego z pewnością pojawi się najpierw na terenach granicznych nowo powołanych funduszy. Będą mogły one też rywalizować ze sobą w zakresie oferty dotyczącej świadczeń nieskoordynowanych w skali kraju. W ramach tych usług fundusz będzie mógł przyciągnąć do siebie ubezpieczonych, oferując np. lepszą niż gdzie indziej dostępność do lekarzy specjalistów lub unikalne w skali kraju programy profilaktyczne.

W jaki sposób pacjent o tym się dowie i jaki będzie mechanizm korzystania z takiej usługi?

Żeby dotrzeć z informacją i ofertą do pacjenta, w funduszach powstaną działy marketingu. Pacjent zaś sko-

rzysta z usługi za pomocą karty pacjenta, która będzie odpowiednikiem karty bankomatowej, a potem elektronicznej wersji dowodu osobistego, który zostanie wdrożony przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Co pan sądzi o pomysłe Marka Balickiego, że wystarczy zlikwidować centralę NFZ, a już z 16 oddziałów powstanie kilka konkurencyjnych funduszy?

Pan minister doskonale wie, że rozdzielenie tak ogromnej sumy pieniędzy – dzisiaj 49 mld zł – jest niesłychanie skomplikowanym procesem. Stworzenie systemu kontraktowania świadczeń koordynowanych i niekoordynowanych wymaga wielkiej pracy operacyjnej, którą trzeba zaplanować, a nie pozostawić własnemu biegowi zdarzeń. Dlatego musi być jednostka centralna – czy to fundusz, czy jakiś urząd nadzoru – która będzie organizowała i nadzorowała sposób redystrybucji pieniędzy ze składek.

Czym będzie różnił się proponowany model od modelu kas chorych?

Kasy dowolnie kształtowały system kontraktacji świadczeń, co doprowadziło do skrajnej nierówności w dostępności pacjentów do świadczeń medycznych. Nie możemy na to pozwolić. Rywalizacja powinna odbywać się na poziomie sprawnego zarządzania i gospodarowania środkami finansowymi, dzięki którym



dany fundusz będzie mógł, np. rozwiązywać określone problemy epidemiologiczne lub zaoferować ubezpieczonym dodatkowe usługi w ramach świadczeń niekorelowanych. Wszyscy ubezpieczeni, niezależnie od przynależności do funduszu, będą mieli zapewnione tzw. świadczenia koordynowane w skali całego kraju, czyli zabiegi ratujące zdrowie i życie kontraktowane w skali kraju identycznie. Takiego rozwiązania nie było w systemie kas chorych i tu jest najważniejsza różnica między tym, co było, a tym, co będzie.

Czy w tym modelu znajdzie się miejsce dla kapitału prywatnego?

Decyzje dotyczące świadczeń koordynowanych mają zapadać w układzie federacyjnym. Prezesi funduszy będą ustalać zasady ich kontraktacji. Do tej federacji z czasem będą mogli przystąpić prywatni ubezpieczyciele, o ile spełnią określone kryteria.

To wszystko przyszłość. Jakie zmiany kadrowe w oddziałach NFZ czekają nas w najbliższym czasie?

Szefowie kas chorych – ze względu na dużą samodzielność tych organizacji – byli dyrektorami operacyjnymi. Po powstaniu NFZ stanowiska dyrektorów oddziałów Funduszu zamieniły się w synekury dla ludzi z klucza partyjnego, często bez przygotowania merytorycznego. W wielu regionach do dzisiaj pracują osoby niedecyzyjne, w każdej sprawie oczekują-

ce na wytyczne z centrali. Dla nich kończy się czas dyrektorowania. Już został ogłoszony konkurs na dyrektora w oddziałach śląskim i dolnośląskim. Do wymiany kadry zarządzającej z pewnością dojdzie tam, gdzie koncepcja zarządzania oddziałem nie pokrywa się ze strategią Funduszu.

Co z powszechnie krytykowanym systemem jednorodnych grup pacjentów?

Uważam, że prezes Sośnierz zbyt pochopnie zaadaptował do polskich warunków system HRG, wybierając tylko pewne jego fragmenty. Dlatego wróciliśmy do brytyjskiego wzorca oraz przeanalizowaliśmy również systemy jednorodnych grup, funkcjonujące w innych krajach europejskich. Planujemy wprowadzenie pilotażowego programu w wybranych szpitalach, w każdym z województw. Nie ma bowiem lepszego rozwiązania do rozliczania usług szpitali niż jednorodne grupy pacjentów. Obecnie stosowany katalog zbliża się powoli do najgorszego z możliwych rozwiązań – *fee for service*. Takiego systemu nie ma w żadnym kraju Europy, bo nikogo na to nie stać. Większość pozycji w katalogu świadczeń powstała ze zbyt szczegółowego rozdrobnienia procedur. Wyglądało to tak, że nad określoną procedurą pochylali się specjaliści i stwierdzali, że dany zabieg nie odpowiada jednej procedurze, tylko składa się z trzech. Po jakimś czasie kolejna grupa specjalistów dochodziła do wniosku, że tak naprawdę jest to już osiem procedur. Za każdą, oczywiście, trzeba płacić osobno. Efekt może być taki, że niedługo będziemy mieli określoną procedurę każdego ruchu ręki wykonanego podczas przeprowadzania zabiegu. Takiego finansowania świadczeń nie zniesie system ochrony zdrowia żadnego kraju, mimo że lekarze bardzo by chcieli, aby taki system obowiązywał.

Czy to jedyna patologia tego katalogu?

Niestety, nie. Dzięki katalogowi powstały enklawy uprzywilejowania – procedury *opłacalne* dla szpitala. Przykładem może być opieka okulistyczna, opieka nad noworodkiem, położnictwo i ginekologia czy kardiologia. Ponadto niektóre procedury wpisano do katalogu na skutek szumu medialnego, gdy np. media ogłaszały, że dziecko umiera, bo NFZ czegoś nie finansuje. Procedurę rozliczono raz, a po pewnym czasie okazywało się, że żaden szpital nie stosuje tak wprowadzonej procedury, bo nie ma takiej potrzeby.

Co zatem przemawia za wprowadzeniem jednorodnych grup pacjentów?

Na pewno nie oszczędności, czyli zmniejszanie puli pieniędzy na leczenie. Zależy nam na takim zracjonalizowaniu wydatków, żeby szpitale otrzymywały pieniądze za faktycznie wykonane usługi. NFZ powinien pokrywać rzeczywiste koszty leczenia pacjentów, a obecny katalog z kosztami nie ma nic wspólnego.



Przestrzegam również przed prostym porównywaniem cen świadczeń z obecnego katalogu z cenami, jakie wynikną z wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów. Oba systemy są nieporównywalne, bo opierają się na skrajnie różnych podstawach i filozofiach. Obecny katalog to spis procedur wymuszających na świadczeniodawcy pewne działania medyczne, niekoniecznie uzasadnione. System JGP nie narzuca świadczeniodawcy stosowania procedur medycznych – lekarz diagnozuje i leczy pacjenta, a następnie sprawozdaje swoją pracę, posługując się międzynarodowymi klasyfikacjami chorób oraz procedur, co stanowi podstawę rozliczenia z NFZ.

Ale w ten sposób stracą pacjenci, bo lekarze będą mniej leczyć, a w efekcie sami – oraz zoz-y – mniej zarobią.

Nikt na tym nie straci. Po prostu zmusimy zakłady opieki zdrowotnej do liczenia kosztów i rzetelnej sprawozdawczości związanej z międzynarodowymi klasyfikacjami ICD 10 – określającymi choroby i ICD 9 – zastosowanymi do ich leczenia procedurami. Na pewno poprzez wprowadzenie JGP nie zniknie ani jedna złotówka z planu finansowego NFZ.

Kolejnym elementem rewolucji ma być zmiana sposobu kontraktowania.

Na pewno pojawią się zmiany związane z katalogiem chemioterapii i programami lekowymi. Chcemy odejść

„ Obecnie stosowany katalog zbliża się powoli do najgorszego z możliwych rozwiązań – *fee for service*. Takiego systemu nie ma w żadnym kraju Europy, bo nikogo na to nie stać. Większość pozycji w katalogu świadczeń powstała ze zbyt szczegółowego rozdrobnienia procedur ”

od rozwiązań, które negatywnie wpływają na poziom lecznictwa onkologicznego. Obecnie finansujemy ustalone schematy stosowania chemioterapii. Na świecie zaś tendencja jest taka, że leczenie nowotworów ma być *szyte na miarę*, czyli indywidualnie dobierane dla każdego pacjenta. Obecne schematy chemioterapii wiążą lekarzowi ręce i nie pozwalają dopasować terapii do potrzeb i schorzenia konkretnego pacjenta. Potwierdzeniem słuszności naszych propozycji jest zwiększająca się liczba wniosków o chemioterapię niestandardową. Chcemy doprowadzić do sytuacji, w której NFZ będzie finansował określone substancje czynne o udokumentowanej skuteczności klinicznej, a lekarz będzie ustalał schemat ich podawania pacjentowi.

Jak pod rządami nowego prezesa NFZ będą wyglądały kontrakty szpitali?

Szpitale mają kontrakty podpisane do końca kwietnia. Zostaną one przedłużone o kolejne 2 miesiące. Od 1 lipca chcemy wprowadzić nowe umowy, które będą rozliczane wg systemu jednorodnych grup pacjentów. Zakładam, że dyrektorzy oddziałów NFZ podpiszą umowy wieloletnie i kontrakt na 2009 r. będzie już re-negocjowany, bez konieczności przeprowadzania kolejnego konkursu ofert. Tak na pewno się stanie w lecznictwie szpitalnym. W lecznictwie specjalistycznym będą postępowania konkursowe – tak, jak obecnie. Warto przypomnieć, że sporo innowacji w lecznictwie ambulatoryjnym i stomatologicznym wprowadził prezes Sośnierz oraz jego poprzednicy. Dlatego na razie nie chcemy wiele modyfikować. Poczekamy na efekty wcześniejszych zmian.

nym. Krótszy czas pracy oznacza mniejszą dostępność lekarza dla pacjenta. Obecnie największym problemem dyrektorów szpitali jest takie przeorganizowanie pracy zakładu, aby mógł on bez przeszkód realizować zawarte z NFZ umowy. Fundusz zdaje sobie z tego sprawę, dlatego zareagował na potrzeby dyrektorów i złagodził bardzo restrykcyjne wymogi dotyczące całodobowej obsady lekarskiej na oddziałach szpitalnych.

Czy to oznacza, że zmiana dostępności w publicznych zoz-ach pozwoli na przeniesienie części świadczeń do placówek prywatnych?

Jestem za prywatyzacją w kształcie przedstawionym przez resort zdrowia. Pojawia się jednak pytanie, czy konieczne jest zapisywanie w ustawie większościowego udziału organu założycielskiego w spółce zarządzającej danym szpitalem. Gdyby od niego odstąpić,

„ Jestem za prywatyzacją w kształcie przedstawionym przez resort zdrowia. Czy jednak konieczne jest zapisywanie w ustawie większościowego udziału organu założycielskiego w spółce zarządzającej danym szpitalem? Gdyby od tego odstąpić, to takie rozwiązanie skierowałoby do szpitali prywatne pieniądze i pozytywnie wpłynęło na ich modernizację ”

Nie chce pan zostawić swojego śladu w NFZ?

Zmiany są niezbędne w lecznictwie szpitalnym i nie zrezygnujemy z ich wprowadzenia. Nie można jednak co roku zmieniać wszystkiego. Korekty będą wymagały zasady opieki długoterminowej, ratownictwo medyczne, lecznictwo uzdrowiskowe. Będą to jednak tylko korekty, a nie zasadnicze zmiany zmieniające całkowicie kontraktowanie i rozliczanie tych usług.

Czy utrzymacie limity?

Jestem zwolennikiem tzw. miękkiego limitowania, które polega na tym, że po przekroczeniu przez szpital wartości kontraktu istnieje możliwość degresywnej płatności za zrealizowane świadczenia.

Jak przepisy Unii Europejskiej, dotyczące czasu pracy lekarzy oraz inne regulacje Wspólnoty wpłyną na polski system ochrony zdrowia?

Regulacja czasu pracy lekarzy najsilniej wpływa na organizację lecznictwa całodobowego oraz na dostępność do świadczeń medycznych w lecznictwie ambulatoryj-

to takie rozwiązanie skierowałoby do szpitali prywatne pieniądze i pozytywnie wpłynęło na ich modernizację. Dzisiaj nie wiem, jakie efekty da wprowadzenie w życie rządowej ustawy. Liczę jednak, że zmiany strukturalne doprowadzą do zniknięcia z rynku archaicznej struktury samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Skąd te nadzieje?

Jeżeli nie zniknie niefunkcjonalna forma publicznego zakładu opieki zdrowotnej, reformowanie struktury płatnika nie ma sensu. To już przerabialiśmy w przeszłości – wprowadziliśmy nowoczesne rozwiązanie w postaci kas chorych, a nie zmieniliśmy starej i nieefektywnej struktury świadczeniodawców. Zamiast likwidować kasy chorych, trzeba było zreformować publiczne zoz-y. Wybrano jednak rozwiązanie dużo gorsze – dostosowano płatnika do niezreformowanego świadczeniodawcy. Podsumowując, trzeba zmieniać jednocześnie oba elementy systemu – płatnika i świadczeniodawcę.

Gdzie znajdzie się miejsce dla szpitali klinicznych?

Mam wątpliwości, czy rektorzy powinni być właścicielami szpitali klinicznych. Sądzę, że organem założycielskim tych placówek powinien być minister zdrowia. Należy też zlikwidować rozdwojenie jaźni, jakie mają lekarze zatrudnieni w szpitalach klinicznych, nie wiedząc, czy są wykładowcami i badaczami, czy też praktykami leczącymi ludzi. To samo dotyczy średniego i niższego personelu, niepodlegającego przecież służbowo profesorowi akademii medycznej, tylko ordynatorowi szpitala klinicznego.

Jest pan najbogatszym człowiekiem w Polsce – dysponuje pan 49 mld zł. To daje poczucie władzy?

Mam nadzieję, że w tym roku NFZ będzie dysponował ponad 50 mld zł. Poczucia władzy nie mam, bo za długo w tym systemie pracuję. Któryś z moich poprzedników mówił, że czuje się jak prezes wielkiej firmy ubezpieczeniowej. Ja mam wrażenie, że kieruję bezwładnym kolosem. NFZ bardziej niż firmę brokerską przypomina mało sterowny fundusz celowy. Bezwładność systemu wynika z zapisów ustawowych, które zrodziły bizantyjski obieg pism – uzyskiwania opinii i podpisów rady Funduszu, dwóch ministrów, dyrektorów oddziałów, członków komisji sejmowych itd., itd. Efekt jest taki, że jeśli mamy większe wpływy za składki niż zakładaliśmy, mija wiele miesięcy, nim można nimi dysponować.

Marek Balicki mówił, że jak panu nie podoba się taka procedura, to np. na pensje dla lekarzy może pan zaciągnąć pożyczkę.

Oczywiście, że mogę. Tylko po co? Czy płatnik powinien się zadłużyć, by zapłacić pensje lekarzom? Poza tym pożyczkę trzeba spłacać, a NFZ obciążać odsetkami, które *de facto* będą płacić podatnicy. Czy na takie rozwiązanie będzie zgoda społeczna? Dlatego

ustawę o osobnym finansowaniu płac lekarzy z 22 lipca 2007 r. uważam za poważny błąd systemowy, naruszający ducha ustaw związanych z finansowaniem ochrony zdrowia. Nikt obywateli nie pytał, czy chcą, aby uruchamiać osobny strumień na płace lekarzy z ich składek na świadczenia.

To chyba nie jedyny pana problem?

Oczywiście. Zauważyłem, że poprzedni decydenci zdrowotni jakby zapomnieli o wymogach unijnych dotyczących szpitali. Konieczne zmiany będziemy musieli wprowadzić w 2012 r. Jeśli tego nie zrobimy, z rynku zniknie wiele placówek. Ponadto mamy takie placówki, których w żaden sposób nie będzie można dostosować do stawianych wymogów. One powinny już dzisiaj wejść w cykl zmian, prowadzących być może do likwidacji.

To wszystko związane jest z pieniędzmi. Ile ich panu dzisiaj brakuje, aby zapewnić opiekę wszystkim potrzebującym?

Pieniądzy na leczenie pacjentów nie brakuje, trudno natomiast w obecnej formie organizacyjnej NFZ elastycznie nimi zarządzać. Wzrost spływu pieniędzy ze składek w roku 2007 był rekordowy. W tym roku również będziemy dysponowali większą kwotą niż przewidywaliśmy i wszystkie nadwyżki finansowe zostaną przeznaczone na zakup większej liczby świadczeń. Sytuacja ta związana jest ze wzrostem gospodarczym. Hossa nie będzie jednak trwała wiecznie. Gospodarka funkcjonuje w 7–8-letnich cyklach, zatem stosunkowo niedługo należy spodziewać się regresu. Przewiduję, że w latach 2009–2010 spływ składki może być niższy niż obecnie. Chciałbym, żeby zreformowana instytucja płatnika była na to przygotowana, a pacjenci nie odczuli ograniczenia dostępności do świadczeń.

Rozmawiał Janusz Michalak

termedia
wydawnictwa
medyczne

**Bezpłatny
dostęp**

do archiwum internetowego
czasopism

www.termedia.pl