

Barbarzyńcy z NFZ

Rozmowa z Andrzejem Sośnierzem,
prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

Miała być rewolucja, a tymczasem pan ciągle narzeka.

Na razie, oczywiście, rozpoznaję poziom bałaganu w firmie, ale równocześnie wiele się dzieje. Realizuję swój harmonogram zmian. Wiosną mieliśmy zacząć pracę nad nowymi zasadami kontraktowania i obietnicy dotrzymujemy.

Jakich zmian można się spodziewać i kiedy poznamy szczegóły?

O efektach naszej pracy poinformujemy za miesiąc. Chcemy uprościć zasady kontraktowania i doprowadzić do pojawienia się nowych produktów. Kontraktowanie będzie na pewno lepiej przygotowane. Przeszaną np. obowiązywać dotychczasowe zasady przedstawiania w konkursie ofert stosów dokumentów, a zastąpi je jeden dokument, w którym świadczeniodawca oświadczy, że dane o firmie wprowadzone do systemu komputerowego są prawdziwe i nadal aktualne.

Jeśli wykazę, że mam coraz więcej pacjentów – a to będzie wskazywać na potrzebę istnienia zakładu – czy mogę być pewien, że otrzymam na pewno kontrakt?

Jeśli nie będą to dane naciągane, zwiększony kontrakt będzie miał pan zapewniony. Na podstawie rzetelnych danych chcemy placówkom zagwarantować ciągłość utrzymania się w systemie. Mam nadzieję, że te zasady

System ten występuje w wielu krajach, a u nas oczywiście to nowość, oczywiście, jeśli nie wycofamy się z tego pomysłu, bo może się okazać niemożliwy do wprowadzenia na obecnym etapie reformy. Problem polega na przestawieniu sprawozdawczości z 2 tys. do 600 procedur. Jeśli mielibyśmy odnieść sukces, założenia zmian trzeba by przestawić do maja, aby dać czas firmom komputerowym na przeprogramowanie komputerów zoz-ów.

Jakie trzeba spełnić warunki, by decyzja o wprowadzeniu nowego systemu zapadła w maju?

Musimy mieć pewność, że katalog będzie nadawał się do kontraktowania. To trudne przedsięwzięcie, bo trzeba przeddefiniować procedury, ustalić zasady, sporządzić dla lekarzy słowniki. Jeśli to się nie uda, skupimy się na drugim wariantcie – uproszczeniu zasad kontraktowania.

Kto opracowuje zasady DRG?

Podzieliliśmy pracę między urzędników centrali NFZ i niektóre oddziały Funduszu. Jeśli nie zdążymy w tym roku, na pewno system DRG będzie obowiązywać w 2009 r. Musimy to zrobić, bo obecnego systemu kontraktowania w lecznictwie zamkniętym nie można nazywać systemem, gdyż brakuje mu wewnętrznej logiki. Logika systemu DRG polega zaś na tym, że grupuje się usługi o podobnej cenie w odniesieniu do całego układu. Na przykład wszystkie usługi związane z układem oddechowym, których cena jest podobna, grupuje się

„ Chciałbym wprowadzić leki onkologiczne do trybu leczenia ambulatoryjnego. Kolejny nowy produkt dotyczyć będzie pacjentów diabetologicznych. Płaciłbym lekarzowi, np. 100 zł miesięcznie za opiekę nad pacjentem, byleby tylko rzadziej pojawiał się w szpitalu ”

zaczną obowiązywać od przyszłego roku. Wtedy też chciałbym – jeśli minister zgodzi się – wprowadzić leki onkologiczne do trybu leczenia ambulatoryjnego. Kolejny nowy produkt dotyczyć będzie pacjentów diabetologicznych. Płaciłbym lekarzowi, np. 100 zł miesięcznie za opiekę nad pacjentem, byleby tylko rzadziej pojawiał się w szpitalu. Szpitalnictwo to najdroższa forma leczenia. Jeśli chory będzie dobrze prowadzony, lekarz będzie mógł utworzyć miniszpital. Pacjenci będą w nim zaopatrywani i w ten sposób szpitale będą odciążone. Działania lekarza będą monitorowane i jeśli zobaczymy, że sporo pacjentów nadal trafia do szpitala, będziemy rezygnować z kontraktu.

Podobno przy kontraktowaniu mają się pojawić DRG, czyli grupy diagnostyczne. W polskim systemie to coś nowego.

w jedno świadczenie. Paradoks polega na tym, że tworzyliśmy własny system DRG, ale w 2002 r. proces został przerwany i jego odtworzenie trwałoby kilka lat. Dlatego będziemy się wzorować na systemie brytyjskim.

Jednocześnie Izba Lekarska pracuje nad amerykańskim modelem CPT.

Jest to system definiowania procedur, a nie ich finansowania. Nie wykluczam, że kiedyś nim się posłużymy, tym bardziej, że w Polsce jest pomieszanie pojęć w wielu dziedzinach.

Czy to oznacza, że między systemami nazewnictwa i kontraktowania nie ma korelacji?

Właśnie próbujemy jakoś to scalić. Na razie sytuację można porównać do chęci połączenia w jedno słownika wyrazów bliskoznacznych i języka niemieckiego. Jeśli



” Obecnemu systemowi kontraktowania brakuje wewnętrznej logiki. Trzeba po prostu uporządkować system, który obecnie wygląda, jakby przez lata zarządzali nim barbarzyńcy ”

zadziała system DRG, nie będzie problemu z dopasowaniem do niego katalogu CPT. Operacja taka musi być jednak uzgodniona z ministrem zdrowia i Państwowym Zakładem Higieny, bo wymaga zmiany statystyki państwowej. Jeśliby dzisiaj wprowadzić CPT, to świadczeniodawcy musieliby dla nas sprawozdawać w systemie CPT, a dla PZH w obowiązującym ICD-9. Dlatego m.in. zajmujemy się jedynie zmianą systemu finansowania.

Jaki wpływ na wasze plany ma tworzony koszyk świadczeń gwarantowanych?

Na temat koszyka nie wypowiadam się, ale na pewno wszystko, co w nim się znajdzie, będziemy finansować. Oczywiście, w ramach pogrupowania w systemie kontraktowania, który chcemy wprowadzić.

Czy system, który zamierzacie opublikować w maju, może funkcjonować bez koszyka?

Oczywiście, bo my chcemy powiedzieć, jak płacimy za usługi, a nie jakie usługi będziemy finansować.

Jeżeli uda się dotrzymać majowego terminu, jak wielka będzie rewolucja?

System ma tendencję do rozdrabniania się, a my zadziałamy w przeciwną stronę. W katalogu jest ponad tysiąc procedur, a wielu chce dopisać nowe, z nową ceną. W efekcie usługi mnożą się i są coraz bardziej rozdrabniane, a fundusze mamy ograniczone. Musimy zatrzymać ten proces.

Czy to oznacza, że nie będzie podwyżek wynagrodzeń?

A miały być co roku? Chcę jednak podkreślić, że nowy sposób wyceny i katalogowania świadczeń przełoży się na to, że szpitale mogą otrzymać więcej pieniędzy, a co za tym idzie – więcej funduszy będzie można przeznaczyć też na wynagrodzenia.

Ale część zoz-ów wpisała podwyżki w plany finansowe – podstawę płacy. Zatem szefowie placówek będą musieli zwolnić pracowników, by zaraz ich przyjąć na nowych warunkach.

Tak nie będzie – bo np. obecnie dajemy szpitalowi na usługę 1,2 tys. zł plus 500 zł, w przyszłym damy po prostu 1,7 tys. zł. To oznacza, że szpital otrzyma pieniądze na płace i nie będzie potrzeby wypowiedzania umów. Oczywiście, może się zdarzyć, że niektóre jednostki dostaną trochę mniej pieniędzy. Zagrożenie strajkami będzie istniało tylko w wypadkach wyjątkowo złośliwych szefów szpitali, którzy podburzą załogę.

Czy to prawda, że chce pan likwidować prywatne oddziały w państwowych szpitalach?

Nie, a kto tak powiedział? Ja jestem zwolennikiem prywatyzacji i jeśli lekarze mają takie możliwości, niech to robią. Tylko, żeby oddział nie stał się pijawką, która będzie wysysać szpital. Nie może być tak, że prywatny oddział weźmie tylko najwyżej wyceniane procedury. Kontrakt takiej spółki lekarskiej musi obejmować wszystkie usługi. Świetnym przykładem są niepubliczne szpitale samorządowe, które potrafią osiągać zysk przy tych samych kontraktach, jakie mieli ich poprzednicy. To dowód na to, że długi szpitalne są efektem złego zarządzania oraz tego, że placówki medyczne pełnią w regionie raczej funkcje socjalno-społeczne. W efekcie ich szefom łatwiej się zadłużać niż kierować zakładem zgodnie z rachunkiem ekonomicznym.

Ale długi nie dotyczą szpitali, tylko ich organów założycielskich.

Zgadza się, dlatego problem długów jest przerwany jak gorący kartofel. Tym także chcemy się zająć. Przyglądam się niewydolnej, scentralizowanej instytucji, jaką jest NFZ. Jeśli miałbym więcej na ten temat mówić, musiałbym wpaść w ton permanentnego narzekania. Na razie chcę opanować tę instytucję, bo w przeciwieństwie do moich poprzedników, uważam, że im więcej ktoś ma pewności, że nad nią zapanował, tym głębiej pogrążał się w złudzeniach. Zamierzam wytyczyć kierunki przekształceń NFZ i zapewnić ich bezpieczeństwo. Najważniejsze zadania to decentralizacja i uporządkowanie działania.

Poznańskie środowisko aż huczy od plotek, że Irena Błońska wydała wojnę szpitalom klinicz-

nym. Zarzuca szefom tych placówek, że nieprawidłowo rozliczają kontrakty. Czy to tylko poznańska specyfika, czy zjawisko ogólnopolskie?

Starając się opanować system, należy m.in. prowadzić działania porządkujące. Dlatego trzeba wykryć nieprawidłowości, z którymi mamy do czynienia niemal w każdej dziedzinie systemu ochrony zdrowia. Chcę jednocześnie przypomnieć, że instytucja, którą kieruję, musi dbać, aby pieniądze obywateli nie były marnotrawione. Dlatego prowadzone są kontrole. Niektórzy szefowie oddziałów NFZ mają w tym większe doświadczenie i ich działania są zauważalne, ale zjawisko ma charakter ogólnokrajowy. Znamy wiele zjawisk generujących w sztuczny sposób koszty, np. kserowanie recept i wielokrotne puszczanie ich w obieg.

Czy to znaczy, że między szpitalami a NFZ istniał układ, czy też dyrektorzy szpitali są nieudolni?

Rzecz dotyczy czegoś innego. Dotychczas chlubą wielu szpitali i oddziałów było wydanie wszystkich pieniędzy, jakie miały do dyspozycji. Taki sposób zarządzania musimy zmienić, bo najważniejszą rzeczą jest

wzajemnie się wykluczających i nieprawdziwych. Tymczasem są prawdziwe informacje, ale trzeba je metodami administracyjnymi wydobyć. Uważam, że każda aplikacja powinna mieć opiekuna. Dlatego Fundusz musi zostać rozbudowany pod względem kadrowym. Trzeba po prostu uporządkować system, który obecnie wygląda, jakby przez lata zarządzali nim barbarzyńcy.

Porządkom sprzyjałoby wprowadzenie rejestru usług medycznych.

Trochę się prace opóźniają, ale RUM też wprowadzimy. Problemem jest to, że szefostwo MSWiA ostro zaoponowało przeciwko naszym propozycjom kart chipowych i w efekcie powstał konflikt. Tymczasem ja też się zgadzam, że ogólnokrajowe przedsięwzięcia informatyczne muszą być koordynowane ogólnie, przez jeden resort. Powstaje tylko kwestia metody. Resort spraw wewnętrznych nie powinien blokować przedsięwzięć pożytecznych, lecz porządkować i koordynować ich wdrażanie. Przygotowujemy strategię informatyzacji, bo od tego Rada Funduszu uzależniła

„ MSWiA nie powinno blokować przedsięwzięć pożytecznych, lecz koordynować ich wdrażanie. Przygotowujemy strategię informatyzacji. Jej przyjęcie spowoduje, że będę mógł złożyć wniosek o finansowanie RUM ”

rozpoznanie potrzeb zdrowotnych ludności i adekwatny do nich sposób kontraktowania. Szefowie instytucji zdrowotnych, w tym NFZ, nie analizowali, jakie specjalności, oddziały czy dyscypliny trzeba by wzmocnić finansowo i nie modyfikowali podziału funduszy. Nie było analizy nadwykonań, za które płaci Fundusz. Przecież to powinno podlegać analizie, a nie bezmyślnemu przekazywaniu pieniędzy, bo obowiązywała zasada: płacimy za wszystko. Dlatego chcę uczyć dyrektorów oddziałów NFZ, żeby zajmowali się kształtowaniem polityki zdrowotnej regionu i wyznaczali strategiczne cele – np. wspieranie poz czy kardiologii inwazyjnej. Trzeba szefów NFZ nauczyć planowania rzeczowego.

Jaka – w pana wizji – będzie samodzielność dyrektorów oddziałów NFZ? Dotychczas każdą ważniejszą decyzję musiała podejmować centrala.

Takie działanie szefów oddziałów to był wybieg, ucieczka przed odpowiedzialnością. A samodzielność musi być oparta na rzetelnych analizach, a nie jak dotychczas na sprawozdawczości robionej, by zadowolić prezesa NFZ. Przecież produkowano tony sprawozdań

dalsze działania. Przyjęcie strategii informatyzacji firmy spowoduje, że będę mógł złożyć wniosek o finansowanie RUM. Chciałbym, żeby wszystko zostało uzgodnione w ciągu najbliższych 5–6 miesięcy. Wdrażanie RUM-u powinniśmy rozpocząć pod koniec roku.

A jaka jest pana wizja poz?

Chcemy finansowo zachęcić lekarzy poz, aby ponownie wprowadzili do praktyki nocną pomoc. Oczywiście, stawki za taką pracę chcemy ustalić na zadowalającym poziomie. Wierzę, że jeśli to będzie się opłacało, wielu lekarzy wróci do tej praktyki. Zamierzamy też ujednoczyć w skali kraju stawki i kontraktowanie poz.

Czy to oznacza, że 2007 rok będzie przełomowy dla systemu ochrony zdrowia?

To zależy od wielu czynników, ale sądzę, że uda mi się zrealizować plan minimum, który założyłem sobie, obejmując stanowisko prezesa NFZ. Należy jednak pamiętać, że działamy w określonych warunkach politycznych oraz systemowych i nie wszystko można zrealizować według planów.

Rozmawiał Janusz Michalak