



Operacyjna (r)ewolucja

Fot. Centrala NFZ

Rozmowa z Adamem Niedzielskim, zastępcą prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. operacyjnych

Inaczej, czyli innymi metodami i za inne pieniądze, osiąga się cele zdrowotne w Warszawie, a inaczej np. w województwie lubuskim. Czy w ogóle możliwe jest napisanie jednego prawa, zadekretowanie jednej ogólnopolskiej stawki na kontraktowanie świadczeń?

To szalenie trudne pytanie i problem, z którym system ochrony zdrowia zmagają się niemal od początku. Z różnym skutkiem. Jesteśmy przecież zobowiązani do tego, by zapewnić wszystkim Polakom równy dostęp do świadczeń o jak najwyższej jakości. A regiony są zróżnicowane i trudno wypracować obiektywnie sprawiedliwe kryteria.

Co to znaczy sprawiedliwe? Po równo? Właśnie po równo byłoby niesprawiedliwie. W Warszawie czy Poznaniu koszty życia i utrzymania nieruchomości

są wyższe, oczekiwania płacowe większe. Pensja, która w powiecie uznawana jest za dobrą, w stolicy zostanie oceniona jako kiepska...

To prawda i musimy brać to pod uwagę. Ale nie możemy zapominać także o tym, że często w małych ośrodkach trudniej zbudować działalność na taką skalę, która zapewni opłacalność. O wiele trudniej też ściągnąć tam lekarzy, którzy wolą pracować w dużych aglomeracjach.

Rozwiązaniem miał być algorytm podziału środków. To się jednak nie do końca sprawdza.

Kształt tego algorytmu to zawsze kwestia decyzji politycznej. Nad algorytmem podziału środków trzeba dyskutować. Przyglądać się, jak zmienia się sytuacja w konkretnych regionach i dokonywać adekwatnych zmian w algorytmie.

Ale w pańskim pytaniu, jak rozumiem, chodzi o to „ile centralizmu, ile autonomii”. Nie unikniemy centralnego dzielenia budżetu NFZ na regiony. Jednak podkreślam, że wszelkie decyzje co do podziału środków na konkretnych świadczeniodawców są i powinny być podejmowane na poziomie regionalnym. I nikt nie zamierza tego zmieniać.

A może rozwiązaniem są migracje? Może nie trzeba uruchamiać aż tylu specjalistycznych oddziałów w niemal każdym powiecie, tylko zachęcać pacjentów do dojazdów, korzystania z tej bazy i infrastruktury, która już istnieje w większych ośrodkach?

To już się przecież dzieje. Mamy odpowiednie przepisy regulujące rozliczenia z tytułu migracji pacjentów. Szpitale, które przyjmują takich migrujących pacjentów, dostają za nich pieniądze – przy czym rozliczenie następuje z opóźnieniem po okresie sprawozdawczym. Ale i tak mamy w Polsce ogromne rzesze migrujących pacjentów. I bardzo często społeczności lokalne zachowują się w ten sposób, że choć bronią swojego lokalnego szpitala, wcale nie chcą się w nim leczyć, tylko szukają ośrodków o wyższej referencyjności. Ze swojej strony deklarują, że będziemy ten trend umacniać.

W jaki sposób?

Będziemy publikować dane dotyczące jakości udzielanych świadczeń: liczby wykonanych zabiegów i operacji, średniego czasu hospitalizacji, odsetka powikłań i rehospitalizacji. Chcemy dać pacjentom narzędzie pozwalające dowiedzieć się, który szpital radzi sobie lepiej z konkretnymi schorzeniami. To z pewnością sprawi, że pacjenci będą wybierać te lepsze.

To oznacza kolejny odpływ ze szpitali najmniejszych, czyli powiatowych, które i bez tego mają kłopoty...

W mojej ocenie czeka je transformacja. Chciałbym, by te szpitale zaczęły ze sobą współpracować. Umawiać się, że na przykład jeden z nich prowadzi oddział ginekologiczno-położniczy, a drugi – położony po sąsiedztwu – ortopedyczny. Chcemy odegrać rolę moderatora wspierającego podobne inicjatywy.

Na zasadzie: poród w Opatowie, a endoprotezy w Ostrowcu?

Mniej więcej. Obecna struktura szpitali powiatowych jest bardzo trudna do utrzymania. Zauważamy także kolejną lukę, którą te szpitale mogłyby wypełnić. To opieka długoterminowa. Objaśnię to na przykładzie leczenia udarów. W pierwszej fazie potrzebna jest interwencja w ośrodku o jak najwyższej referencyjności. Po interwencji pacjent nie może zostać wypisany do

„Bardzo często społeczności lokalne zachowują się w ten sposób, że choć bronią swojego szpitala, wcale nie chcą się w nim leczyć, tylko szukają ośrodków o wyższej referencyjności”

domu, potrzebna jest wielotygodniowa opieka i rehabilitacja. Nie ma jednak konieczności, by te świadczenia uzyskiwał w szpitalu wysokospecjalistycznym. Mógłby się tym zająć szpital powiatowy, bliższy miejsca zamieszkania pacjenta. Dziś często to niemożliwe, pacjenci zbyt długo przebywają w ośrodkach o najwyższej referencyjności, bo nie ma ich dokąd wypisać. Warto to zmienić.

Proponuję zmianę tematu. Kontraktowanie zostało odroczone. Będą więc aneksy, a to oznacza brak dopływu świeżej krwi, petryfikację stanu, który nie uznajemy za dobry...

Odwołanie kontraktowania miało swoje powody, w tym dwa najważniejsze. Pierwszy to obawa przed destabilizacją na rynku. Oczywiście znajduję wiele argumentów za tym, by wprowadzić zmiany w siatce świadczeniodawców, ale są i argumenty przeciw, z których najważniejszy to ten, że pacjenci są konserwatywni. Chcą kontynuować terapię w tym miejscu, w którym leczą się od miesięcy czy lat. Drugi powód odwołania kontraktowania leży po stronie NFZ. Po prostu nie jesteśmy przygotowani organizacyjnie. Proszę pamiętać, że jeszcze niedawno zapowiadano likwidację funduszu. To spowodowało odpływ kadr. Musimy je odbudować. A co do dopływu – jak pan to ujął – „świeżej krwi”, to fakt, że nie przeprowadzimy akcji „wielkiego kontraktowania”, wcale nie oznacza, że kontraktowania w ogóle nie będzie. Możemy je przeprowadzić lokalnie, w niektórych segmentach.

Czy ustawa o 6 proc. PKB zostanie zrealizowana? Widzi pan jakieś zagrożenia?

Ustawa będzie zrealizowana, ale oczywiście osiągnięcie takiego efektu finansowego będzie niemożliwe wyłącznie ze składki, która wpływa do NFZ. Będzie potrzebne dofinansowanie. Rozmawiam o tym z premierem Morawieckim i ministrem Szumowskim. Chodzi o to, by wzmocnić budżet NFZ np. podatkiem od cukru zawartego w napojach wysokosłodzonych. Wpływy NFZ powinny być jak najmocniej zinstytucjonalizowane, co wyłączy je z bieżących sporów o podział budżetu państwa.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski