

Money.pl: Jest Pani likwidatorem, reformatorem czy korektorem Narodowego Funduszu Zdrowia?

Agnieszka Pachciarz, prezes NFZ: Zadania NFZ określa ustawa i to dokonane w niej zmiany będą decydowały o kierunku podejmowanych działań. A jeśli chodzi o poprawienie funkcjonowania Funduszu, to z pewnością warto się tego podjąć. Płatnik publiczny, ktoś kto będzie dysponował pieniędzmi pochodzącymi ze składki ubezpieczeniowej, określał zasady ich wydawania, zawsze będzie istniał. W systemie ochrony zdrowia wiele się w ostatnich latach wydarzyło. Jedną z pozytywnych zmian jest dynamiczny wzrost nakładów przeznaczanych na leczenie. Niestety, nie doszliśmy jeszcze do pięciu procent PKB, wobec czego oczekiwania są wciąż większe, niż możliwości sfinansowania wszystkich potrzeb.

NFZ więc nie zniknie?

Spodziewam się korekty zasad jego funkcjonowania. Jest ona niezbędna i wynika głównie z tego, że przez lata dokonano wielu zmian legislacyjnych, wskutek czego powstało kompetencyjne zamieszanie.

Chce Pani powiedzieć, że przejęła bałagan? Co jest nie tak?

Chodzi o mocne rozdrobnienie nadzoru nad płatnikiem i świadczeniodawcami. Centrala ma specyficzną rolę. Z jednej strony stanowimy jedną osobę prawną wraz ze wszystkimi oddziałami wojewódzkimi, a jednocześnie sprawujemy nad nimi nadzór.

Nadzór sprawuje też Ministerstwo Zdrowia. Przy czym jest to nadzór ograniczony i, można by rzec, wtórny. To powinno zostać uregulowane, tym bardziej, że mamy dobre doświadczenia. Pierwsza ustawa w 1997 roku oprócz kas chorych ustanowiła Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych - bardzo profesjonalną wówczas instytucję. Taka instytucja mogłaby odpowiadać nie tylko za nadzór, ale też określać zasady jakościowe.

Przed rokiem Ewa Kopacz, jeszcze wtedy minister zdrowia, zapowiadała podział NFZ na cztery podmioty. Teraz mówi się o regionalizacji. Wrócimy do kas chorych?

Czysto techniczna zmiana liczby oddziałów, czy nawet podział na samodzielne podmioty, niewiele wniesie do systemu. Regionalne oddziały nie będą przecież między sobą konkurować.

Istotniejsze jest wprowadzenie odpowiedzialności także innych podmiotów, zwłaszcza właśnie w regionach, za to jak funkcjonuje rynek świadczeń zdrowotnych. Jeżeli na przykład samorządowcy zgadzają się na powstawanie kolejnych placówek, które będą ubiegały się o kontrakty, to ważne jest, czy wcześniej zbadali, jakie są w tym względzie potrzeby mieszkańców. Wydaje się też, że warto wykorzystać istniejące struktury NFZ, tak by nie mnożyć bytów, co niesie ze sobą określone koszty, oraz wykorzystać potencjał profesjonalistów, których przecież mamy ograniczoną liczbę.

Co ze współpłaceniem za wizyty u lekarza? Ten temat też wielokrotnie w ostatnich latach był podnoszony.

To trudny temat i wymaga zapewne debaty publicznej. Niemniej doświadczenia Czechów są interesujące. Tam od kilku lat pacjenci uiszczają, poza składkami zdrowotnymi, opłaty przy każdym pobycie w szpitalu. W przyszłości zapewne nie unikniemy rozmowy na ten temat. Warto przy tym dyskutować o odpowiedzialności lekarzy i samych pacjentów.

Czesi poza współpłaceniem za część kosztów hospitalizacyjnych rozważają kolejne rozwiązanie. Na

przykład powiązanie niestosowania się chorej osoby do zaleceń lekarzy z większą dopłatą za wizyty. Powoduje to bowiem większe koszty leczenia. Każdy z nas odpowiada za swoje zdrowie. Opłaty o niskiej wartości nie ograniczą dostępu do świadczeń, a zwiększyłyby refleksję nad rzeczywistą potrzebą wizyty u danego lekarza.

Czyli dodatkowe ubezpieczenia wtedy wchodziłyby w grę?

Niekoniecznie. Odpłatność można by było wprowadzić bez dodatkowych ubezpieczeń. Myślę, że jeśli Polakom wytłumaczyłoby się sens współpłacenia, to mogliby to zaakceptować. Pamięamy jak kiedyś wprowadzono opłaty za nieuzasadnione wezwanie karetki pogotowia. To było sensowne rozwiązanie. Niestety, media przyczyniły się do tego, że z tego zrezygnowano.

Muszę powiedzieć, że po siedmiu latach zarządzania szpitalami wiem jak bardzo trudno jest przyzwyczaić ludzi, że gdy kogoś boli gardło, to nie powinien wzywać pogotowia, bo ta sama karetka nie pojedzie w tym czasie do groźnego wypadku na autostradzie, albo przyjedzie za późno.

Jaki pomysł ma Pani na skrócenie kolejek? Wciąż słyszymy tłumaczenia, że brakuje pieniędzy i specjalistów, stąd długie czekanie na wizytę albo zabieg.

System podawania danych o średnim czasie oczekiwania jest skomplikowany. Na przykład ostatnio, gdy była dyskusja na ten temat, podano dwa skrajne przykłady kolejek do udzielenia świadczenia. Po sprawdzeniu okazało się, że to były błędne informacje podane przez samych świadczeniodawców. Lekarze powinni mniej hojnie szafować, tak wynika z analiz, skierowaniami do specjalistów. Druga refleksja powinna dotyczyć samych pacjentów, którzy jednocześnie zajmują miejsce w kilku kolejkach, sztucznie wydłużając czas oczekiwania. Mam nadzieję, że ten system uda się przynajmniej uporządkować.

Związkowcy ze służby zdrowia alarmują, że wielu ZOZ-om grozi likwidacja. Chodzi o przymusowe przekształcenia w spółki handlowe. Doliczyli się 400 placówek, których zadłużenie przekracza możliwości finansowe samorządów, by je spłacić. Jak temu zaradzić?

Mamy ustawową zasadę równego traktowania podmiotów bez względu na formę własności. Ta kwestia leży poza kompetencjami NFZ. Nie widzę jednak takiego zagrożenia. Zadłużenie szpitali strukturalnie się nie zmienia. Ci, którzy sobie wcześniej radzili, dalej sobie radzą, a ci, którzy byli zadłużeni, tkwią w tych długach. Problem zadłużenia dotyczy nie więcej jak 20 proc. placówek.

Nie uważam, że trzeba im w jakiś ekstra wyjątkowy sposób wciąż pomagać. Niezmiennie mamy problem z jakością zarządzania. Nie doszliśmy do ustalenia, jaki poziom liczby łóżek szpitalnych w danych zakresach jest tak naprawdę niezbędny.

Tylko jak samorządowiec, na którego terenie zadłużony szpital jest jednym z głównych pracodawców, ma powiedzieć wyborcom, że trzeba go zlikwidować, bo jego utrzymywanie jest zbyt drogie?

Wiem, że to, co mówię, jest niepopularne, ale taka analiza w każdym województwie powinna się odbyć.

Może lepiej uszczelnić system. Eksperci mówią, że marnowanych jest około 10 mld złotych. To prawie jedna szóstka waszego budżetu.

Nie można tego zrobić kilkoma szybkimi posunięciami. Nie jestem też w stanie ocenić, czy ta kwota jest

prawdopodobna. Wydaje mi się mocno przesadzona. Chodziłoby o mozolną pracę przy doskonaleniu wszystkich procedur. Jednak nie chciałabym się skupiać tylko na uszczelnianiu systemu. Cały czas mam nadzieję, że osiągniemy finansowanie służby zdrowia na poziomie pięciu procent PKB.

To chyba będzie niewykonalne w najbliższym czasie. Gospodarka mocno hamuje, a jak ona spowalnia, to zaczną topnieć wpływy ze składek zdrowotnych. Nie zabraknie pieniędzy na leczenie w 2013 roku? Już teraz niedobory przekraczają pół miliarda złotych.

Mimo, że w tym roku wpłynęło ponad miliard złotych więcej niż w pierwszym półroczu 2011 roku, to jednak jest to o 540 mln złotych mniej niż planowaliśmy. W 2011 roku, gdy planowano ten budżet, prognozy gospodarcze były po prostu dużo bardziej optymistyczne. Na przyszły rok nie zakładamy znaczącego wzrostu wydatków. Mam nadzieję, że utrzymamy się na tym samym poziomie jak w roku bieżącym i nie będziemy musieli dokonywać cięć.

Prawo zmusza NFZ do równego traktowania wszystkich podmiotów, ale Pani chce to zmienić, to znaczy, przy kontraktowaniu, premiować najlepsze placówki. Na czym to ma polegać?

Na przykład na zwiększeniu oceny posiadanej w ofercie akredytacji. Samo jej posiadanie jest już wyczynem. Placówki, które ją zdobyły, powinny być nagradzane. Należy premiować kompleksowość, to znaczy takie podmioty lecznicze, w których pacjent będzie miał udzielone wszystkie niezbędne dla prawidłowego procesu terapii świadczenia. Te placówki powinny być wyżej punktowane. Poza tym chcę oceniać na podstawie efektywności. Na przykład nie widzę powodów, by oferta poradni zabiegowej, która robi bardzo mało zabiegów, była wysoko wyceniona. Mało tego, nie widzę powodów, by z taką placówką zawierać kontrakt.

Od nowego roku, przy wizycie u lekarza wystarczy PESEL, by mógł on sprawdzić czy jesteśmy ubezpieczeni, czy nie. Kiedy dostaniemy elektroniczną kartę pacjenta?

Przygotowujemy się do tego. Nie chcemy, by ta karta spełniała tylko podstawową funkcję - identyfikacji pacjenta. Do tego bowiem, przy możliwości identyfikacji w CWU, nie byłaby nawet potrzebna. Mam nadzieję, że wykaz uszczelni system. Lekarze będą mieli pewność, czy ktoś jest ubezpieczony, czy nie, a pacjenci nie będą musieli martwić się o papierowe zaświadczenia o odprowadzonych składkach.

*Źródło: Money.pl, autor Andrzej Zwoliński*