

Rozmowa z Agnieszką Pachciarz, prezes NFZ



fot. PAP/Jacek Turczyk

Czy jeśli przyjadę za rok, będzie pani jeszcze prezesem NFZ? Czy w ogóle będzie jeszcze istniała ta instytucja?

To są pytania do parlamentu i ministra zdrowia. Fundusz natomiast zajmuje się tym, co należy do jego ustawowych obowiązków. Dla pacjenta zmiany systemowe o takim charakterze nie mają większego znaczenia i nie powinny być odczuwalne.

Rozumiem, że nie podjęto jeszcze żadnych działań związanych z ewentualnym podziałem funduszu?

Nie mając choćby projektu ustawy, nie mamy podstaw do takich prac.

Często w trakcie rozmów o pani, o pani funkcji, powtarza się pytanie, dlaczego prezes NFZ wypowiada się w taki sposób, jakby obecny system miał

być wieczny, skoro rząd zapowiada zmiany, a pani ma być likwidatorem funduszu. Rozumiem jednak, że to są przedwczesne dywagacje?

Tak jak powiedziałam, naszym obowiązkiem jest realizować zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Nikt nas z tego obowiązku nie zwolnił. Staramy się pełnić funkcję płatnika możliwie najlepiej, o czym świadczy udane organizacyjnie kontraktowanie świadczeń na 2013 r. oraz wdrażanie systemu elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców.

Czy wystarczy pieniędzy na leczenie Polaków? Bo wiadomo na przykład, że bardzo obniżyła się ściągłość składki.

Przychody rzeczywiście są niższe od prognozowanych w czerwcu 2011 r. Warto jednak podkreślić, że budżet na 2012 r. jest o ponad 2 mld zł wyższy niż w 2011 r.

Chcę też powiedzieć, że po 10 miesiącach mamy stabilną sytuację finansową. Po podsumowaniu wszystkich pozycji bilans jest dodatni.

Skoro jednak spada ściąganość składki, pieniędzy będzie mniej.

Mniej niż zakładano, ale i tak więcej niż w 2011 r. Poza tym w trakcie roku dokonaliśmy zmian w planie, w tym uwolniliśmy rezerwę ogólną, aby utrzymać stabilność finansową. Udało nam się zwiększyć przychody dzięki pewnym oszczędnościom oraz pozyskaniu dodatkowych funduszy. Miliard złotych więcej to odczuwalna suma w budżecie, a właśnie o tyle mogliśmy go zwiększyć.

Na co zostaną przeznaczone zaoszczędzone fundusze?

Właściwie w NFZ pojęcie tzw. oszczędności nie istnieje, gdyż wszystkie przychody są przeznaczone na świadczenia zdrowotne. Pyta pan, jak rozumiem, o ustawę refundacyjną, która jest tak skonstruowana, że w trakcie roku przesunięcie funduszy jest możliwe jedynie w obrębie leków, np. z pozycji „ogólnoapteczne” do pozycji „chemioterapia”. W wypadku tej ostatniej w tym roku wydatki są wyższe niż w ubiegłym. Nie wolno nam natomiast przeznaczać pieniędzy na inne świadczenia dla pacjentów. Dopiero po zamknięciu roku kwota ta będzie miała wpływ na nasz wynik finansowy, np. na fundusz zapasowy, i będzie można ją wydać na świadczenia, a nie tylko na leki.

Czyli NFZ ma wystarczająco dużo pieniędzy?

Oczywiście chcielibyśmy, aby spływ składki i nasz budżet były większe. Naszym zadaniem jako płatnika jest optymalne gospodarowanie posiadanymi funduszami w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych. I to staramy się robić.

Skoro pieniędzy nie będzie mniej, świadczenia pozostaną na dotychczasowym poziomie?

W większości tego należy się spodziewać. Zwłaszcza że na przyszły rok mamy nawet zaplanowany nominalny wzrost przychodów o miliard złotych, a finansowanie niektórych świadczeń wzrośnie w większym stopniu, aniżeli wynikałoby to z ogólnych parametrów, np. AOS – prawie o 4 proc.

Zapewniając świadczenia zdrowotne przy ograniczonym budżecie, trzeba dokonywać określonych wyborów. Jakie są pani priorytety?

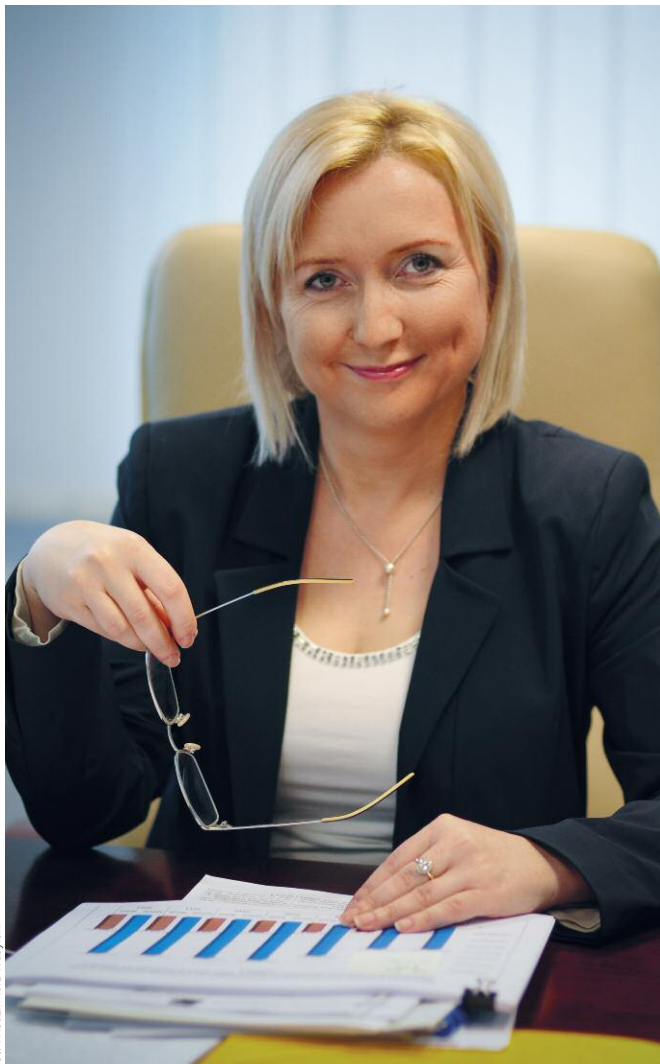
Wskazaliśmy je w planie finansowym NFZ na przyszły rok, zwiększając wycenę niektórych świadczeń. Jest to wspomniana przeze mnie ambulatoryjna opieka specjalistyczna, a także opieka paliatywna oraz psychiatryczna. Również nasze ostatnie zarządzenia wskazują pewien trend, który będziemy konsekwentnie realizo-

„ W Narodowym Funduszu Zdrowia pojęcie tzw. oszczędności właściwie nie istnieje, gdyż wszystkie przychody są przeznaczone na świadczenia zdrowotne ”

wać – porządkowanie relacji AOS – szpital – POZ. Z naszych analiz, opublikowanych kilka tygodni temu, wynika np., że duża część świadczeń wykonywanych w szpitalach ma charakter ambulatoryjny. Jeżeli bowiem na oddziale zabiegowym odsetek procedur zachowawczych sięga 40 proc., to warto postawić pytanie, czy taki oddział spełnia swoją funkcję i czy powinien być finansowany przez publicznego płatnika. Hospitalizowani tam pacjenci prawdopodobnie nie powinni w ogóle być w szpitalu lub należałoby ich umieścić na innym oddziale. Podobną analizę przeprowadziliśmy w wypadku AOS. Poziom świadczeń kompleksowych i diagnostyki jest zbyt niski. Niektóre oddziały NFZ już przy planie zakupów na przyszły rok proponowały placówkom AOS, które miały wysoki odsetek porad kompleksowych, większe kontrakty niż pozostałym, ponieważ płatnikowi opłaca się w taką jednostkę inwestować. Po pierwsze, pacjent podczas jednej wizyty jest wszechstronnie zbadany w zakresie niezbędnej diagnostyki, nie musi przychodzić wielokrotnie, często jedynie po recepty, które mógłby wypisać lekarz rodzinny. Po drugie, poradnie przeprowadzające małe oraz średnie zabiegi i niekierujące chorych do szpitali są dla płatnika cenniejsze. Dlatego staramy się zmarginalizować poprzez poziom oceny ofert np. poradnie o charakterze zabiegowym, które nie mają gabinetu zabiegowego.

Jeśli chodzi o poradnie AOS, obowiązuje także wymóg, aby były otwarte przynajmniej trzy razy w tygodniu po cztery godziny. Czemu służy takie absurdatne obostrzenie?

To zarządzenie mojego poprzednika miało – jak sądzę – zwiększyć dostęp chorych do skoncentrowanej opieki specjalistycznej. Próbujemy je jednak uelastyczyć w dwojaki sposób. Po pierwsze, dostosowując wysokość kontraktów do formy funkcjonowania poradni. Po drugie zaś, poprzez umożliwienie odstąpienia od tego wymogu w uzasadnionych przypadkach. Nie we wszystkich dziedzinach medycyny jesteśmy bowiem w stanie zapewnić funkcjonowanie poradni specjalistycznych trzy razy w tygodniu po cztery godziny ze względu na deficytowość specjalności. Bywa także, że nie ma tak dużego zapotrzebowania na pewne świadczenia. Na zmianę



fot. Włodzimierz Ważyłuk

„*Moje priorytety to ambulatoryjna opieka specjalistyczna, a także opieka paliatywna oraz psychiatryczna. Będziemy konsekwentnie porządkować relacje AOS – szpital – POZ*”

zasad może wyrazić zgodę dyrektor oddziału funduszu po uzyskaniu akceptacji centrali.

Ale dlaczego tylko w „uzasadnionych” wypadkach, skoro kontrakt poradni z NFZ opiewa np. jedynie na połowę tego czasu?

Założenie jest takie, że kontrakt ma umożliwiać funkcjonowanie trzy razy w tygodniu po cztery godziny. Rozumiem, że lekarzowi byłoby wygodniej przyjechać do

poradni raz w tygodniu na 10 czy 12 godzin, a nie dwa czy trzy razy. Jednak jest to niekorzystne dla chorych, ponieważ po wielu godzinach pracy lekarz jest zmęczony i wzrasta ryzyko błędu, a tego właśnie chcemy uniknąć. Są jednak sytuacje, kiedy ze względu na dobro chorego wyrażamy zgodę na wydłużenie czasu pracy i ograniczenie liczby dni.

Z powodu nowych zasad zamknięto wiele poradni ginekologicznych w małych miejscowościach.

Z ginekologią był również inny problem. Okazało się, że w wielu ośrodkach „gminnych” ilość wykonanej diagnostyki była niezwykle mała w porównaniu ze średnią krajową. Poradnie te nie spełniały swojego zadania jako jednostki specjalistyczne.

Pacjent miał jednak łatwiejszy dostęp do specjalisty.

Ale rola lekarza nie może się ograniczać tylko do wypisania recepty. Pacjent podczas wizyty powinien mieć zapewnioną kompleksową opiekę, z diagnostyką włącznie. Tymczasem w gminnych gabinetach rzadko wykonywano takie usługi. Te decyzje zostały podjęte wcześniej, a moja wiedza bazuje na dotychczas przygotowanych analizach. Uznałam, że można wprowadzić pewne uelastycznienie stosowania zasady 3 razy 4, co uwzględniłam w ostatnim zarządzeniu dotyczącym ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Jaka jest relacja między panią a dyrektorami oddziałów wojewódzkich? To są po prostu pani podwładni?

Formalnie są moimi podwładnymi.

A na ile są samodzielni?

Bardzo dokładnie określają to przepisy ustawy. W większości spraw oddziały mają bardzo dużą samodzielność. Na przykład dokonują w planie finansowym zmian dotyczących przesunięć między zakresami. Ja tylko formalnie to zatwierdzam. Nie mogę powiedzieć, że się z ich decyzją nie zgadzam, chyba że złamią jakąś ustawową zasadę. Staram się teraz bardziej koordynować współpracę między nimi. Raz w miesiącu spotykam się z głównymi dyrektorami oddziałów, również raz w miesiącu organizowane są spotkania z dyrektorami ekonomicznymi. Omawiamy bieżące zadania i wytyczamy wspólne kierunki działania, by w całej firmie obowiązywały te same standardy. Po pół roku mogę ocenić, że ta współpraca i relacje są bardzo poprawne.

Czy z pani strony są to sugestie, czy raczej polecenia służbowe, które po prostu należy wykonać?

To zależy od problemu. Niekiedy są to konkretne wytyczne, a w innych wypadkach, np. zadań strategicznych, jest to po prostu koordynacja. Tak było choćby przy planie zakupów, który centrala formalnie koordynuje i zatwierdza. Ustaliliśmy określone trendy – dyrektorzy

w całym kraju mieli takie same wytyczne dotyczące finansowania pewnych dziedzin, np. intensywnej terapii.

Od decyzji oddziałów wojewódzkich NFZ można się odwołać do centrali, a od decyzji centrali?

W większości przypadków wskazanych w ustawie do sądu administracyjnego.

Dużo jest odwołań?

Dość dużo. Wszędzie tam, gdzie były kontraktowane świadczenia, pojawiają się odwołania.

Czyli jest to pewna prawidłowość?

Tak. Niektóre z nich, niestety, są pisane dla zasady – bo być może coś się uda dzięki temu zyskać. Inne mają charakter naprawdę precedensowy, co może mieć wartość dla naszych interpretacji lub procedur, ale to rzadkość. Dość często zdarza nam się także zmieniać decyzję oddziału lub ją uchylać.

Czy ma pani ranking swoich dyrektorów?

Znam już dyrektorów na tyle dobrze, że wiem, jakie są ich mocne strony. Trzy osoby w tym gronie się zmieniły. Obecnie, ale myślę, że w przyszłości także, dyrektorzy będą włączani bezpośrednio do projektów prowadzonych przez centralę. Zarówno aneksowanie i zawieranie umów na świadczenia na 2013 r., jak i realizacja projektu eWUŚ dowiodły dobrej jakości współpracy dyrektorów oddziałów z centralą.

Jak pani ocenia rolę POZ-ów, które generują olbrzymie koszty?

Koszty te są konsekwencją oparcia systemu jedynie na kapitałach. Myślimy o pewnych modyfikacjach w tym zakresie. Do kapitałach zamierzamy dołączyć elementy o charakterze motywacyjno-jakościowym. Są dobre wzory na świecie, z których możemy korzystać. Zarys tychże propozycji przedstawię reprezentacji lekarzy rodzinnych, z którymi współpracowaliśmy w minionym roku. Do uporządkowania finansowania przyczyni się weryfikacja list aktywnych pacjentów tworzonych kilkanaście lat temu dla lekarzy rodzinnych. W tych wykazach widnieją ludzie nieuprawnieni do świadczeń, np. od lat przebywający za granicą.

Czy oszczędności wynikające z weryfikacji list będą znaczące?

Szacowaniem tych oszczędności zajmiemy się w I kwartale nowego roku.

Pani prezes, czy pani wie wszystko o zdrowiu Polaków?

Trudno byłoby w polskim systemie znaleźć osobę mającą taką wiedzę. Fundusz dysponuje jednak bardzo dużą bazą danych. Ma ona wprawdzie wymiar bardziej sprawozdawczy niż np. epidemiologiczny, ale myślę, że

jest najlepsza w kraju, i to pod wieloma względami. Wszelkie niezbędne NFZ analizy robimy na podstawie tej bazy danych.

Nie obawia się pani, że wprowadzenie systemu eWUŚ spowoduje gigantyczne zamieszanie?

Absolutnie nie. To jest prosty dla użytkownika system, umożliwiający świadczeniodawcom sprawdzanie uprawnień, a jego wprowadzenie to dobry moment do naprawienia wielu błędów. Przedsiębiorca, który źle wypełnił zgłoszenie, bądź pracownik, który nie zgłosił swojej rodziny, przy okazji mogą uporządkować te sprawy.

„ Rozumiem, że lekarzowi byłoby wygodniej przyjechać do poradni raz w tygodniu na 10 czy 12 godzin, a nie dwa czy trzy razy. Jest to jednak niekorzystne dla chorych, ponieważ po wielu godzinach pracy lekarz jest zmęczony i wzrasta ryzyko błędu ”

Czy realizowany w Wielkopolsce program Zdrowotny Informator Pacjenta, umożliwiający ubezpieczonym sprawdzenie przez internet historii swoich wizyt u lekarzy i wykonanych świadczeń, będzie kontynuowany?

Wprowadzony pilotażowo w Wielkopolsce program będzie kontynuowany i usprawniany. W przyszłości chcemy wprowadzić taki system w całym kraju. Ten program wiele pacjentowi daje. Dzięki niemu może on sprawdzić szczegóły swojej wizyty u lekarza, jakie wykonano zabiegi, jakie wnioski o sanatoria złożył i zrealizował, jakie leki refundowane kupił, za ile i w której aptece. Będzie też wiedział, ile kosztowały usługi, z których korzystał.

Co pani zdaniem czeka nas w przyszłym roku – będzie spokojnie czy przeciwnie, wiele będzie się działo w ochronie zdrowia? Będzie lepiej czy gorzej?

Jestem przekonana, że wbrew dotychczasowej tradycji spokojnie wejdziemy w 2013 r. Mam nadzieję, że będziemy system ulepszać ewolucyjnie. Jako płatnik chcielibyśmy wprowadzić więcej porządku w tych elementach systemu, które niedomagają. Liczymy również na właściwe zmiany rozporządzeń, które nam w tym pomogą, oraz na solidną pracę oddziałów i dobrą współpracę ze świadczeniodawcami.

Rozmawiał Janusz Michalak