



# ROZWAŻMY POŁĄCZENIE NFZ Z ZUS PRZYNAJMNIEJ W CZĘŚCI

Rozmowa z Andrzejem Jacyną, p.o. prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

Fot. PAP/Pawel Supernak

Podczas konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2017 podjął się pan zadania przekonania premiera Morawieckiego, że nakłady na ochronę zdrowia to inwestycja, a nie koszt. Jak ten dialog się układa?

Rozmowy trwają. Sądzę, że odpowiedzią na te pytania są programy opieki koordynowanej w kardiologii czy endoprotezoplastyce. Spodziewam się, że efekty tych programów przyniosą wymierne korzyści, które przekonają co do zasady, że warto w ochronę zdrowia inwestować. Przy stosunkowo niewielkich nakładach możemy w dłuższej perspektywie uzyskać spore korzyści, również finansowe.

Pytamy, bo w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” były minister Wojciech Maksymowicz zdradził, że spotykał się z ówczesnym ministrem finansów regularnie w cztery oczy i wykładali sobie wzajemnie swoje racje.

Na marginesie warto przypomnieć, że to premier Balcerowicz był tym, który dwukrotnie nie tylko nie podwyższył, ale po prostu obniżył nakłady na zdrowie, więc metoda spotkań bezpośrednich trochę zawiodła... My chcielibyśmy przekonać nieco inaczej, mianowicie faktami. Spójrzmy na kolejki do endoprotezoplastyki. Panuje przekonanie, że niedofinansowanie świadczeń sprzyja bieżącym oszczędnościom. Tymczasem płacimy – i to sporo – już za sam fakt, że kolejki istnieją. Tylko nikt nie bierze pod uwagę, że czekanie w kolejce przynosi budżetowi wymierne straty. Budżet musi pokryć koszty wizyt kontrolnych, częściowo zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnień lekarskich, rent. To gigantyczne sumy. Zamierzamy wyłożyć konkretne środki na skrócenie kolejek. Płacić będziemy za kompleksową opiekę, w tym za przywrócenie pacjenta do zdrowia. I właśnie w ten sposób będziemy się starać przekonać do zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia, które znacząco obniżają koszty budżetu państwa, np. w ZUS – dotacje budżetu.

To kwestia „długiego marszu”. Tymczasem ochrona zdrowia potrzebuje pieniędzy już teraz, zaraz.

To prawda. Tym bardziej że największym wyzwaniem stojącym przed nami są zmiany demograficzne. Pacjentów będzie coraz więcej. Wyż powojenny już wnosi większe zapotrzebowanie na świadczenia. Mimo znaczących wzrostów ilości kupowanych świadczeń wciąż pojawiają się problemy z zaspokojeniem wszystkich potrzeb. Liczymy, że reforma systemu finansowania zapewni wzrost nakładów na służbę zdrowia. Już dziś podejmujemy pewne działania, które wzmacniają i poprawiają dostęp w niektórych zakresach świadczeń.

**BUDŻET MUSI POKRYĆ KOSZTY ISTNIENIA**

**KOLEJEK: WIZYT KONTROLNYCH, CZĘŚCIOWO**

**ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE,**

**ZWOLNIEŃ LEKARSKICH, RENT.**

**TO GIGANTYCZNE SUMY. ZAMIERZAMY WYŁOŻYĆ**

**KONKRETNE ŚRODKI NA SKRÓCENIE KOLEJEK**

To potrwa. Tymczasem trzeba przeżyć rok 2017, NFZ myśli nawet o zaciągnięciu kredytu.

Rzeczywiście, pojawił się gdzieś taki pomysł. Nie uzyskał jednak poparcia. Rozmawiamy ze szpitalami, słuchamy ich głosów. Nie chcemy, żeby szpitale się zadłużały. To jest ze szkodą dla pacjentów, przekłada się chociażby na dłuższe kolejki. To nie ma sensu, dlatego uważamy, że szpitale powinny otrzymać więcej pieniędzy, aby mogły pokryć wzrost płacy minimalnej. Jednym z projektów jest plan podniesienia o 2 zł wyceny punktu od września tego roku. Obecnie wynosi ona w szpitalnictwie 52 zł. To oznacza, że kwota przekazywana na leczenie szpitalne wzrosłaby o ok. 4 proc. Skąd na to pieniądze? Jednym ze źródeł miałyby być zwiększone dochody ze składki zdrowotnej. Przyglądamy się, jak będzie wyglądać spływ składki w kolejnych miesiącach tego roku. Innym źródłem mogłyby być środki niewykorzystane w roku ubiegłym, przy czym sytuacja będzie jasna dopiero po ostatecznym rozliczeniu umów za 2016 r.

Jak dotychczas przepadł też inny pomysł z wyborów: budżetowy system finansowania służby zdrowia. Jednolitego podatku nie będzie, składka pozostanie – przynajmniej na razie. I bardzo prawdopodobne, że przed wyborami rząd nie zdobędzie się na tak fundamentalną reformę, a po wyborach – koncepcja ulegnie zmianie.

Jestem zwolennikiem tego, by w Polsce obowiązywał system mieszany – budżetowo-ubezpieceniowy. Pieniądze na zdrowie byłyby gwarantowane na obecnym poziomie – składką, co nie wykluczałoby dopłat z budżetu czy innych źródeł. Sądzę też, że za takim modelem powinien nadążać projekt likwidacji NFZ.

Czy to jeszcze nie jest przesądzone? Wydawało się, że wszystko już jasne: centrala NFZ stanie się największym departamentem Ministerstwa Zdrowia, oddziały wojewódzkie przejdą w gestię wojewodów, zmienią się sztyldy.

Nie znamy jeszcze szczegółów tych rozwiązań. Z uwagą przyglądamy się wszystkim pomysłom, które się poja-



Fot. PAP/Tomasz Gzell

**JESTEM ZWOLENNIKIEM TEGO, BY W POLSCE**

**OBOWIĄZYWAŁ SYSTEM MIESZANY –**

**BUDŻETOWO-UBEZPIECZENIOWY.**

**PIENIĄDZE NA ZDROWIE BYŁYBY GWARANTOWANE**

**NA OBECNYM POZIOMIE – SKŁADKĄ,**

**CO NIE WYKLUCZAŁOBY DOPŁAT Z BUDŻETU**

wiają. Jest m.in. propozycja, by część obecnego NFZ połączyć z częścią ZUS. To ma sens, bo w jednym ręku znalazłyby się środki na leczenie i wypłatę zasiłków czy pokrywanie kosztów zwolnień lekarskich i kompleksową rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową. To sprzyjałoby podejmowaniu racjonalnych decyzji, takich jakich trzeba w wypadku endoprotez, o czym mówiliśmy na początku rozmowy.

Dowodem na to, że ZUS i NFZ powinny zostać połączone, mają być wyniki leczenia po wprowadzeniu opieki koordynowanej w kardiologii czy endoprotezoplastyce i w efekcie spadek wydatków na renty. Jednak nie ma ram prawnych dla wdrożenia KOZ. Jak NFZ zamierza sobie z tym poradzić?

W opiece koordynowanej zamierzamy przesunąć środki z tych świadczeń, które są wystarczająco dostępne, do tych, do których dostęp kuleje. Aby ten dostęp był w poradni kardiologicznej czy rehabilitacyjnej, NFZ musi finansować te usługi odrębnie. Czyli te dodatkowe świadczenia kupi szpital, który uzyska na to środki, aby uniknąć preferencji chorych w kolejkach do usług nierealizowanych w ramach opieki koordynowanej. Zamierzamy więc zwiększyć pulę pieniędzy na tych chorych, którzy potrzebują usług związanych z opieką po zawale mięśnia sercowego czy rehabilitacji po wszczepieniu endoprotezy.

Odnosnie do ram prawnych – zakup produktów zdrowotnych zostaje określony dość precyzyjnie. Natomiast oczywiście byłoby dobrze, gdyby ustawa o świadcze-

niach zdrowotnych zawierała konkretne rozstrzygnięcia. Aby rozwiązać wątpliwości natury prawnej, należałoby rozwiązania wpisać bezpośrednio do ustawy. Odnosnie do poprawy opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego – propozycja została wpisana w koszyk świadczeń, więc rozwiązania stały się świadczeniem gwarantowanym, które powinno zostać sfinansowane. Ale wolałbym oczywiście, aby pojęcie opieki koordynowanej zostało wpisane w ustawę z przypisanymi kompetencjami, kto i co ma w tym zakresie robić. Do tego jednak długa droga, bo najpierw musi być rekomendacja AOTMiT, potem taryfa, minister zdrowia musi to wprowadzić do rozporządzenia koszykowego. Podobnie programy pilotażowe w POZ i psychiatrii czekają na rozwiązania ustawowe.

**Czy sieć szpitali zakładająca odrębne kontrakty poza podstawowym systemem zabezpieczenia szpitalnego nie przełoży się na realnie mniejsze środki dla szpitali wieloprofilowych?**

Sieć wejdzie w sposób określony ustawą. Tu ewentualne zmiany w wysokości środków zależą od liczby świadczeń. Ryczałt na początku będzie ustalany co kwartał, potem może to być nawet pół roku. Szpitalom opłaca się wykonać więcej świadczeń, bo wtedy mogą liczyć na większe środki. W przypadku niedowyoń spadek środków okaże się geometryczny. Ryczałt będzie się też zmieniał między 95 proc. a 105 proc. wartości, co będzie wynikało z elementów jakościowych, takich jak certyfikaty jakościowe. To nowy element kształtujący poziom ryczałtu.

Dużą wagę przywiązujemy do przyszłego kontraktowania, ponieważ będzie się ono opierać na narzędziu, jakim są mapy potrzeb zdrowotnych. W konkursach chcemy z nich skorzystać. Dlatego wynik konkursu na świadczenia poza siecią zostanie uzależniony od zawartości map. Dotychczas konkursy powielały jedynie umowy historyczne. Teraz to się zmieni. Możliwe więc, że w niektórych miejscach budżet przeznaczony na konkurs będzie inny, niż wynikałoby to z wcześniejszych umów.

**Kiedy wzrosną wyceny chirurgii i chirurgii onkologicznej? Środowisko narzeka, że procedury są bardzo niedoszacowane.**

Dostrzegamy te problemy i już myślimy nad pewnymi rozwiązaniami. Warto przyjrzeć się wycenom w tym obszarze i promować techniki minimalnie inwazyjne. Na początek w urazach wielonarządowych, bo tu spodziewam się dużego efektu w postaci zmniejszenia liczby powikłań i rent. Nie można nie zauważać, że obecne ceny w chirurgii i ortopedii preferują pewne rozwiązania, które mogą być niekorzystne zarówno dla pacjenta, jak i systemu – chodzi o preferencje cenowe



Fot. PAP/Bartłomiej Zborowski

**WYNIK KONKURSU NA ŚWIADCZENIA**

**POZA SIECIĄ ZOSTANIE UZALEŻNIONY**

**OD ZAWARTOŚCI MAP.**

**DOTYCHCZAS KONKURSY POWIELAŁY**

**JEDYNI UMOWY HISTORYCZNE**

zabiegów generujących większą liczbę powikłań. Chcemy to zmienić. Na początek zmiana będzie dotyczyć ortopedii, planujemy również rozmowy z chirurgami naczyniowymi. Z kolei w chirurgii onkologicznej warto zastanowić się nad koncentracją zabiegów w ośrodkach do tego przygotowanych. Dziś zbyt dużo świadczeniodawców realizuje te usługi. Tu sieć stanowi pierwszy krok. Potem można przejść do organizacji świadczeń – przygotowania podstawy prawnej, jakie zabiegi można wykonać w danym ośrodku. Dziś wszyscy operują wszystko i to nie jest dobre. Do tego dochodzą kłopoty kadrowe. Liczba chirurgów zmniejszyła się o połowę, bo nowi nie chcą się szkolić w tym kierunku. Ale będziemy powoli poprawiać sytuację.

**Likwidacja NFZ rodzi kolejny problem: nadwykonania. Nie obawia się pan, że naraz zgłoszą się do sądów wszyscy, którzy mają tytuł do takich nadwykonania? Zrobić to przecież muszą – inaczej kogo będą wskazywać w pozwach?**

Zdajemy sobie z tego sprawę i już przygotowujemy się na taką ewentualność. Zobowiązania te może przejąć budżet państwa.

Rozmawiali: Marta Kobańska i Bartłomiej Leśniewski