

A close-up portrait of Andrzej Włodarczyk, a middle-aged man with grey hair and a mustache, wearing a dark suit, light blue shirt, and patterned tie. He is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression. The background is a plain, light-colored wall.

Nie o taki koszyk walczyliśmy

Rozmowa z Andrzejem Włodarczykiem, przewodniczącym
Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

Jeszcze jako wiceminister zdrowia tworzył pan koszyk gwarantowanych świadczeń medycznych. Dziś koszyk już obowiązuje. Jest pan zadowolony z efektów – także swojej – pracy?

Tworzyłem zupełnie inny koszyk, tamta praca w dużej części poszła na marne. Uwag oraz wysiłków konsultantów i zespołu Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), kierowanej przez dyrektora Waldemara Wierzbę, które to prace wtedy koordynowałem, nie wzięto pod uwagę. To, co mamy teraz, to prawie w całości przepisane warunki umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jednak przyjęcie koszyka oceniane jest pozytywnie, jako krok w stronę reformy.

To też mit. Uważam, że nie stanowi to żadnego kroku w stronę reformy. Mamy raczej antyreformę, zakonserwowanie *status quo*. Świadczy o tym już sposób, w jaki zabrano się do konstruowania koszyka. Pewnie komuś zależało na tym, by z powodów politycznych (za chwilę wybory prezydenta RP) nie ograniczać, nie zmieniać obowiązującego zakresu usług medycznych. Równowagę rynku świadczeń medycznych wyznacza mniej więcej cennik, który ustalili się po latach pseudonegociacji między NFZ a świadczeniodawcami, a konstruktorom obecnego koszyka zależało na tym, by tę równowagę zachować. W ogóle nie zależało natomiast na zbilansowaniu zakresu i liczby świadczeń gwarantowanych z możliwościami finansowymi płatnika, czyli NFZ. Oznacza to, że dalej nie wiadomo, ile konkretne świadczenie medyczne kosztuje i ile świadczeń w roku płatnik jest w stanie sfinansować. Nadal więc oszukuje się obywateli, że państwo poprzez NFZ gwarantuje fundusze na opłacenie wszystkich procedur znajdujących się w koszyku. Tak, niestety, nie jest, stąd limity i dlatego chorzy latami oczekują na konsultacje u specjalistów czy na operacje. W efekcie ten koszyk zamiast poprawić funkcjonowanie ochrony zdrowia – zakonserwował obowiązujący układ, ze wszystkimi jego wadami. Zmarnowaliśmy szanse na ich wyeliminowanie. Konsekwencją będzie także klęska koncepcji wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń medycznych. Po co pacjent ma się dodatkowo ubezpieczać, skoro – przynajmniej w teorii – za składkę na NFZ wszystko mu się należy?

Jakie wady zakonserwowane przez koszyk ma pan na myśli?

Przede wszystkim taki model funkcjonowania, w którym wyceny świadczeń medycznych w ogromnej większości wzięte są z sufitu. Część usług medycznych jest wyraźnie przeszacowana, za droga, a inna – zdecydowanie większa – niedoszacowana, świadczeniodawcy dostają za nie za mało. Szpitale narzekają powszechnie np., że większość zabiegów chirurgicznych

jest niedoszacowanych, za to bardzo dobrze zarabia się na większości świadczeń okulistycznych. Ponadto w przepisany katalog NFZ nie ma wielu procedur, które są i muszą być świadczone. Dyrektorzy szpitali zmuszeni są zatem do prowadzenia karkołomnych operacji księgowych, by dobry zarobek wypracowany np. dzięki okulistyce starczył na dofinansowanie chirurgii, a tzw. koderzy dokonują cudów, by zakwalifikować świadczenie zgodnie z wymaganiami płatnika. Takie przerzucanie pieniędzy, gimnastyka księgowa, to chleb powszedni w naszym systemie. Koszyk w obecnym kształcie tylko to umocni. Prędzej czy później jego poprawianie stanie się koniecznością. W przeciwnym razie w przypadku dalszej i prowadzonej na większą skalę komercjalizacji placówek grozi nam likwidowanie nieopłacalnych oddziałów. Skutki takich działań będą dla chorych katastrofalne.

Jak zatem należy się wziąć za poprawianie koszyka?

Metodycznie, tak jak zabrał się do tego prof. Zbigniew Religa, poprzednik minister Kopacz. To praca na lata, ale nie musimy zaczynać jej od zera. Wspominam prof. Religę, bo to za jego kadencji spisano, skatalogowano ok. 18 tys. procedur medycznych opartych na dowodach naukowych. Rozpoczęto tworzenie pol-

„ Po co pacjent ma się dodatkowo ubezpieczać, skoro – przynajmniej w teorii – za składkę na NFZ wszystko mu się należy? „

skiego katalogu bazy świadczeń medycznych. To pierwszy krok do tego, by je wycenić. Udało się nam istotnie proces takiej wyceny podciągnąć. Dokonanie takiej wyceny to wyzwanie, którego podjąłem się, idąc do pracy w Ministerstwie Zdrowia. Umawiałem się z minister Ewą Kopacz, że zajmę się właśnie tym. Jest to problem niezwykle istotny dla pacjentów, a także dla środowiska lekarskiego. To właśnie lekarze są solą systemu – czytaj: głównymi wykonawcami świadczeń medycznych i to nasz głos powinien być najważniejszy przy budowaniu koszyka.

Na czym ta wycena polegała?

Wstępna analiza wykazała, że 80 proc. kosztów ochrony zdrowia generuje 20–25 proc. najczęściej stosowanych świadczeń i procedur. Oznacza to, że należy się właśnie na nich skoncentrować. Dzięki temu w stosunkowo krótkim czasie można mieć bardzo wiarygodny szacunek kosztów, potrzeb i wydatków. Dalej



fol. Maciej Biedrzycki/Forum

„ Koszyk, zamiast poprawić funkcjonowanie ochrony zdrowia, tylko zakonserwował obowiązujący układ. Ze wszystkimi jego wadami ”

planowaliśmy stworzyć nie jeden, a cztery koszyki: świadczeń zabronionych (koszyk negatywny), niegwarantowanych, częściowo gwarantowanych i w pełni gwarantowanych. Dopiero wycena świadczeń i stworzenie czterech koszyków pozwoliłyby na rozsądne planowanie wydatków medycznych i porządne zarządzanie ubezpieczeniami medycznymi.

Co powinno się znaleźć w poszczególnych podkoszykach?

W koszyku świadczeń zabronionych te wszystkie, których wykonywać się nie powinno, a więc procedury nieoparte na dowodach naukowych dotyczących ich skuteczności. Drugi koszyk zawierałby świadczenia niegwarantowane – nie służące ratowaniu życia, za które pacjent musiałby zapłacić w całości z własnej kieszeni, np. zabiegi estetyczne. Trzeci – częściowo gwarantowany – obejmowałby procedury częściowo opłacane przez płatnika i częściowo przez pacjenta. Mocno upraszczając, mogę powiedzieć, że trafiłyby tu

np. wysokospecjalistyczne i drogie metody operowania tylko wtedy, kiedy istniałyby ich tańsze i w pełni uznawane zamienniki, np. gdyby daną operację można było wykonać stosunkowo tanio skalpelem albo nożem elektrycznym, dopłata obowiązywałaby za operację laserem. Gdyby zabieg skalpelem kosztował 500 zł, a laserem 650 zł, pacjent dopłacałby 150 zł. Wreszcie mielibyśmy czwarty koszyk, w pełni gwarantowany.

Jak daleko posunęły się prace nad wyceną procedur?

Udało się dużo zrobić. Tuż przed moim odejściem dyrektor AOTM Waldemar Wierzba informował mnie, że wyceniono niemal 8 tys. procedur. Zaczęliśmy od wyceny koszyka świadczeń częściowo gwarantowanych i niegwarantowanych. Chcieliśmy to zrobić jak najprędzej, by na rynku jak najszybciej zaczęli działać prywatni ubezpieczyciele. Uznaliśmy, że skoro ministerstwo i NFZ, poprzez wycenę i wypełnienie koszyka świadczeń częściowo gwarantowanych i niegwarantowanych, jednoznacznie zadeklaruje, za co płacić nie będzie, otworzyłoby to rynek dla prywatnych ubezpieczycieli. Mogliby wyjść z ofertą, z nowymi produktami ubezpieczeniowymi obejmującymi te procedury, za które państwowy płatnik nie będzie płacił lub bę-

dzie płacił częściowo. Kolejnym planowanym wówczas krokiem miało być uchwalenie ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, którą również koordynowałem. Ustawa ta była gotowa, kiedy odchodziłem z pracy w ministerstwie.

Co ze świadczeniami gwarantowanymi?

Zajęliśmy się także tym. Pracowaliśmy przede wszystkim z konsultantami krajowymi, szpitalami i ekspertami. Wycena 18 tys. procedur to zadanie trudne, żmudne – ale przecież możliwe do wykonania. Rozsyłaliśmy pytania, ankiety, zbieraliśmy dane z wyselekcjonowanych placówek. Prace powoli posuwały się naprzód. Ich efekty zostały w AOTM. Co się dalej z nimi dzieje – mogę zgadywać, nie pracuję już w ministerstwie. Z kontaktów np. z konsultantami krajowymi wiem, że ich uwagi w obowiązującym koszyku nie zostały uwzględnione. Nikt nawet nie pytał ich o zdanie. Także wbrew ustawie tzw. koszykowej nie przeprowadzono procedur, do których została zobowiązana AOTM. Rekomendacja Rady Konsultacyjnej Agencji udzielona została warunkowo.

Koszyk, nawet zły, przybliżyć ma moment, w którym pojawi się konkurencja dla NFZ.

Argumentem tym ochoczo szermują zwolennicy obecnego rozwiązania, ale ja w to wątpię. Moim zdaniem, koszyk ma się nijak do tego, czy powstanie konkurencja dla NFZ. Bo to ostatnie zależy od woli politycznej, od chęci naruszenia monopolu publicznego płatnika i zgody na dopuszczenie do rynku ubezpieczeń zdrowotnych niepublicznych ubezpieczycieli. By to zmienić, potrzebna jest wola polityczna nie tylko rządu, ale i prezydenta, Sejmu oraz opinii publicznej. Takiej zgody, takiego konsensusu, nie ma i najprawdopodobniej w nadchodzących latach nie będzie. Dlatego w Polsce tak naprawdę nie ma systemu ubezpieczeniowego, w którym składka uzależniona jest nie od wysokości zarobków, tylko od ryzyka ubezpieczeniowego. Myślę, że o konkurencji dla NFZ w pełnym tego słowa znaczeniu możemy sobie na razie jedynie pomarzyć i pogadać. O wiele bardziej prawdopodobny wydaje się taki model dochodzenia do konkurencji na rynku ubezpieczeń zdrowotnych, w którym ci bogatsi i bardziej zapobiegliwi będą kupować dodatkowe ubezpieczenia (płacąc składkę zdrowotną) na świadczenia gwarantowane przez NFZ, ale wykonywane bez kolejek w prywatnych placówkach na poziomie, o którym większość chorych Polaków może jedynie pomarzyć.

Zbliżają się wybory do samorządu lekarskiego. Zdecydował się pan kandydować na stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Z jakim programem pójdzie pan do wyborów?

Nie o wszystkim chcę mówić już dzisiaj, od wyborów dzieli nas jeszcze kilka miesięcy. Ale przede wszystkim

„ Wycena niemal 18 tys. procedur to zadanie trudne, żmudne – ale przecież możliwe do wykonania. Wyceniliśmy już 8 tys. z nich ”

chciałbym nieco ograniczyć nadaktywność NRL na scenie międzynarodowej, zwłaszcza jeżeli chodzi o wydatki na ten cel. Rozumiem, doceniam i gratuluje Konstantemu Radziwiłłowi, że ta aktywność zaowocowała wyborem na stanowisko prezydenta Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich. To ważne wydarzenie dla naszego środowiska medycznego, powinniśmy jak najlepiej ten wybór wykorzystać. Ale aktywność na forach międzynarodowych to jedno, a palące potrzeby w kraju – drugie. Właśnie w tej dziedzinie mamy zaniedbania, trzeba podjąć wiele działań naprawczych i na nie należy przeznaczyć więcej pieniędzy.

Co konkretnie wymaga takich działań?

Sprawa kiepskiego lobbingu na rzecz środowiska lekarskiego, luki pokoleniowej i sprawa zabezpieczeń emerytalnych dla lekarzy, czy wreszcie spadku prestiżu naszego zawodu. Zaczniemy od lobbingu i szerzej – procesu tworzenia prawa. Samorządy prawnicze mają znakomitych prawników i ekspertów oraz wielu reprezentantów w parlamencie. Ich głos jest słyszany i brany pod uwagę w procesie tworzenia ustaw, rozporządzeń, prawa. Środowisko lekarskie o podobnie silną reprezentację nie zadbało. Należałoby to jak najszybciej zmienić.

A sprawa luki pokoleniowej?

Powinniśmy wpłynąć na decydentów, by przeznaczyli więcej pieniędzy na kształcenie wystarczającej dla naszego kraju liczby medyków. To też kwestia lobbingu, przekonywania, argumentowania. Jest też sprawa, na którą dziś niewiele zwraca uwagę. Według naszych ocen, ubocznym skutkiem kontraktów i pracy w systemie umów cywilnoprawnych jest to, że olbrzymia liczba lekarzy płaci jedynie najniższą stawkę ubezpieczenia emerytalnego. Gdy skończą aktywność zawodową, czeka ich niedostatek, niskie emerytury. Temu też trzeba przeciwdziałać. Zacząć od przeprowadzenia badań w celu pełnego rozpoznania problemu. Mamy wiele pomysłów, z utworzeniem zbiorowego, dodatkowego ubezpieczenia emerytalnego włącznie. Trzeba je wprowadzić w życie już teraz, czyli za pięć dwunasta, za kilka lat będzie za późno. ■

Bartłomiej Leśniewski