



foto: Archiwum 20x



PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2012

*W sprawie ochrony zdrowia wiele już powiedziano, większość argumentów jest już na stole, pora decydować, i to szybko – te słowa Michała Kuleszy, partnera w kancelarii Domański – Zakrzewski – Palinka, stały się niepisanym mottem II konferencji *Priorytety w ochronie zdrowia 2012*, najbardziej prestiżowego spotkania ekspertów w dziedzinie ochrony zdrowia w Polsce.*

Podczas dwudniowej konferencji uczestnicy starali się określić, co jest zadaniem najważniejszym, co najpilniejszym, a co może i będzie musiało poczekać. Podczas dziewięciu panelowych sesji próbowali przewidzieć, jak będzie wyglądał rok 2012 w polskiej ochronie zdrowia. Co będzie priorytetem 2012 roku? Przekazujemy opinie naszych ekspertów i wnioski z dyskusji panelowych.



Panel: Do czego dążymy – jaka jest wizja naszego systemu ochrony zdrowia



Maciej PIRÓG

doradca Prezydenta RP w sprawach ochrony zdrowia

Zablokowanie możliwości dyktowania cen to jedno z naszych najpilniejszych i najbardziej fundamentalnych zadań. Na etapie formułowania wizji reform polskiej ochrony zdrowia nikt nie myślał o tym, by płatnik był monopolistą. Taka jego rola utrzymuje się faktycznie – i nie pasuje do całego systemu, psuje go. Pora to przerwać.



Leszek SIKORSKI

szeft Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia

Priorytetem jest informatyzacja. Bez niej nie mamy dostatecznej wiedzy o zagrożeniach ochrony zdrowia i kontroli nad sposobami radzenia sobie z nimi. Potrzebna jest informatyzacja zarówno na dole – na poziomie konkretnych szpitali, przychodni i praktyk, jak i na górze – tam gdzie konieczna jest integracja systemu według kryteriów umożliwiających szybkie wyciąganie wniosków i podejmowanie decyzji, kreowanie polityki zdrowotnej na podstawie twardych i zweryfikowanych danych.



Maciej ADAMKIEWICZ

prezes Adamedu

Wszystko się zmienia: do niedawna pediatra był lekarzem prowadzącym leczenie dzieci do lat 16, teraz do 18. Dlaczego mamy ciągłe zmiany, za którymi nie możemy nadążyć? Co rusz reformujemy reformę, zmieniamy zapisy to w jedną, to w drugą stronę, jakbyśmy nie mieli jakiegoś ogólnego planu, wizji. To utrudnia życie wszystkim: podmiotom, bo nie wiedzą, na czym stoją; politykom i menedżerom, bo nie mogą rozsądnie planować wydatkowania środków na opiekę zdrowotną. Wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że nie uda się wdrożyć wszystkich reform naraz, w ciągu kilku miesięcy, dlatego trzeba wyznaczyć strategiczne cele i trzymać się jednej, wspólnej wizji – dokąd chcemy dojść.

Panel: Jak będziemy komercjalizować szpitale



Łukasz ZALICKI
partner Ernst & Young

Według wiceministra zdrowia Jakuba Szulca w najbliższych latach skomercjalizuje się 40 proc. polskich szpitali. Nawet gdyby tak się stało, przestrzegabym przed hurraoptymizmem. Nie można robić komercjalizacji dla samej komercjalizacji. Ona nie jest dobrem samym w sobie, nie posłuży niczemu, o ile nie będą za nią stały istotne przeobrażenia, programy naprawcze. Tak czy owak, gdy już zapadnie decyzja o komercjalizacji, warto to zrobić szybko, wyprzedzając innych. Po fali komercjalizacji czeka nas bowiem fala konsolidacji podmiotów zarządzających szpitalami. Mogą na niej skorzystać tylko podmioty skomercjalizowane, bo łatwiej będą mogły przejmować inne placówki.

Wnioski z dyskusji zebrał opiekun panelu **Maciej BOGUCKI** – przewodniczący Forum Ochrony Zdrowia na Forum Ekonomicznym w Krynicy

1. Przekształcanie szpitali w spółki kapitałowe zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej jest jednym z najważniejszych elementów reformy polskiego systemu ochrony zdrowia. W ciągu najbliższych dwóch, trzech lat przekształcenia szpitali będą skupiać uwagę samorządów, pacjentów, mediów lokalnych i krajowych.
2. Ustawa o działalności leczniczej daje niewątpliwie lepsze warunki do przekształceń szpitali i upraszcza ten proces w porównaniu z dotychczasowymi rozwiązaniami prawnymi. Ciągłość prawna działania jest tu ważna. Należy jednak zwrócić uwagę na takie elementy, jak na przykład aport środków trwałych do nowej spółki i związany z tym VAT czy kwestia podatku CIT.
3. Przekształcenie szpitala nie może być wartością samą w sobie. Przekształcenie będzie korzystne i efektywne, jeżeli będzie się wiązało ze zmianą sposobu działania i organizacji jednostki.
4. Warto już teraz rozpocząć przygotowanie przekształcenia szpitala i nie czekać na ewentualny przyrost finansowy. Szpitale, które przekształcą się pierwsze, będą miały lepszą pozycję wyjściową w nieuniknionej konsolidacji usługodawców.
5. Przekształcenie szpitala trzeba właściwie przygotować, z uwzględnieniem nie tylko elementów finansowych i prawnych, lecz także koniecznie z uwzględnieniem właściwej komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej oraz profesjonalnego zarządzania zmianą.
6. Ustawa o działalności leczniczej zawiera pewne nieścisłości, nie widzimy jednak potrzeby jej pilnej zmiany. Po zebraniu pierwszych doświadczeń z działania Ustawy możliwa jest nowelizacja w perspektywie ok. 2 lat.

Panel: Nowoczesny szpital 2012



Jarosław J. FEDOROWSKI
prezes Polskiej Federacji Szpitali

Nowoczesny szpital nie powinien się dzielić na oddziały, powinien być wielodyscyplinarny. Ta przemiana jeszcze przed nami, bo w polskich szpitalach ciągle dominują podziały na sekcje, oddziały i kliniki, które funkcjonują, jakby były bytami stworzonymi dla samych siebie, w oderwaniu od innych i od tego, że powinny jak najlepiej i jak najpełniej służyć pacjentowi. Przemiana szpitala funkcjonującego jako zlepek niezależnych podmiotów w jedną spójną jednostkę jest przed nami. Cieszę się jednak, zauważając, że właśnie w tę stronę stara się rozwijać wiele polskich szpitali. Oby ten trend się utrzymał.



Tomasz SADRZAK

właściciel SK-Projekt, firmy doradczej w inwestycjach medycznych

W Polsce w ogóle nie mamy pracowników o specjalności technolog medyczny. Musimy zacząć jak najszybciej ich kształcić, bo bez nich planowanie rozwoju szpitali jest mocno utrudnione. Mamy medyków, mamy inżynierów i architektów potrafiących dobrze i rozsądnie budować obiekty i dbać o ich wyposażenie. Kłopot zaczyna się wtedy, gdy trzeba skoordynować wysiłki specjalistów z różnych dziedzin. Do tego właśnie potrzebny jest technolog medyczny.

Wnioski z dyskusji zebrał opiekun panelu **prof. Jarosław J. FEDOROWSKI** – prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator Europejskiej Federacji Szpitali – HOPE

1. Nowoczesny szpital powinien być kierowany przez odpowiednią kadrę menedżerską skutecznie zarządzającą ryzykiem oraz odpowiednio ubezpieczony i obsługiwany prawnie (rozpoczęcie działalności wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych).
2. Nowoczesny szpital powinien mieć profesjonalnie zaplanowane i przeprowadzone inwestycje (potrzeba wykształcenia specjalistów w nowym zawodzie – inżynier medyczny).
3. Nowoczesny szpital powinien intensywnie wdrażać nowoczesne technologie informatyczne – ograniczenie biurokracji.
4. Nowoczesny szpital powinien współdziałać z innymi szpitalami z kraju i zagranicy (powstanie Polskiej Federacji Szpitali, uczestnictwo w Europejskiej Federacji Szpitali).
5. Nowoczesny szpital powinien być partnerem dla sektora ambulatoryjnego (zapobieganie problemom w zapewnianiu ciągłości opieki nad pacjentem).

Panel: Sektor prywatny – rozwój czy upadek



Andrzej MĄDRALA

wiceprezydent Pracodawców RP

Na szpitale prywatne przekazywane jest jedynie 5 proc. środków wyasygnowanych przez NFZ na leczenie szpitalne. Dodatkowo obciąży je arbitralne i wprowadzone z dnia na dzień rozporządzenie w sprawie szpitali jednego dnia. Zarzuca się nam, że z rynku medycznego spijamy śmietankę, to znaczy, że szpitale prywatne wykonują jedynie procedury najlepiej wyceniane, resztę pozostawiając innym. To nieprawda. W rzeczywistości szpitale prywatne po prostu wypełniają nisze, w których nie radzi sobie publiczna ochrona zdrowia. Ponadto przyczyniają się do tego, że do ochrony zdrowia dopływają dodatkowe pieniądze, na które bez prywatnych placówek nie można by liczyć. I to na trzy sposoby. Po pierwsze – w postaci pieniędzy na inwestycje, wydatnie odciążających budżet. Po drugie – w postaci pieniędzy od pacjentów, którzy płacą za dodatkowe świadczenia, nieobjęte publiczną gwarancją. Po trzecie – poprzez osiągnięcie celów medycznych niższymi kosztami niż jednostki publiczne.



Jarosław PINKAS

prezes Centrum Kardiologii Józefów

To szpitale prywatne są lepsze, oferują wyższą jakość za niższą cenę, a dodatkowo są preferowane przez pacjentów. Proszę przeprowadzić ankietę wśród nich, w jakim szpitalu chcieliby się leczyć: prywatnym czy państwowym. Moim zdaniem wynik jest łatwy do przewidzenia. Polacy chcą się leczyć w prywatnych lecznicach, doceniają ofertowaną przez nie jakość. Decydenci ich jednak nie słuchają i na dodatek wprowadzają w błąd twierdzeniem, że świadczenie prywatne musi być droższe i że musi zostać opłacone z prywatnej kieszeni. To fałsz: prywatne wcale nie musi oznaczać, że jest droższe ani że ubezpieczyciel nie może zwrócić pacjentowi kosztów leczenia. Gdy płatnik się na to decyduje, często na tym zarabia.

Wnioski z dyskusji zebrał opiekun panelu **Andrzej MAJDRAŁA** – wiceprezydent Pracodawcy RP, prezes Centrum Medycznego MAVIT

1. Niezgodna z dyrektywą UE pomoc publiczna dla SPZOZ-ów.
2. Zasada pomocniczości państwa w ochronie zdrowia.
3. Komercyjne świadczenia realizowane przez SPZOZ-y w ocenie MZ.
4. Przygotowanie rzetelnego i realistycznego planu całościowej reformy ochrony zdrowia, w tym:
 - wprowadzenie konkurencyjności płatników (demonopolizacja NFZ) w zakresie składki podstawowej,
 - wprowadzenie obiektywnego systemu oceny efektywności przebiegu procesów diagnozy i leczenia (prace nad projektami dotyczącymi opieki koordynowanej),
 - przygotowanie nowych (wynikających z powyższego), akceptowanych społecznie i środowiskowo założeń i reguł funkcjonowania w przyszłości rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.
5. Docenienie przez MZ i rząd roli, doświadczenia i ekspertyzy partnerów prywatnych w realizacji celów publicznych – wsparcie eksperckie, propozycja współpracy w obszarze zarządzania jednostkami publicznej służby zdrowia.
6. Wyeliminowanie przejawów uznaniowości w dystrybucji środków publicznych na ochronę zdrowia (wprowadzenie ustawowo klarownych kryteriów rozdziału środków, a także czytelne i transparentne reguły ich alokacji).
7. Zmiana stylu polityki informacyjnej i konsultacyjnej z modelu „oblężonej twierdzy” w kierunku demokracji partycypatywnej i aktywnego dialogu zgodnego z przyjętymi przez Polskę rekomendacjami OBWE.
8. Istotny dialog – ostatnie zawirowania wokół ustawy refundacyjnej pokazują, że wystarczy wyobraźnia i wola dyskusji, by uniknąć sytuacji kryzysowych groźnych dla tak wrażliwej społecznie sfery ochrony zdrowia; zamiast kursu kolizyjnego antycypowanie zagrożeń, zarządzanie ryzykiem i informowanie oraz konsultowanie.

Wnioski **Piotra GERBERA**, prezesa Instytutu Medycznego EMC

1. Rynek szpitalny w Polsce w porównaniu z krajami tzw. starej Unii jest nierozwinięty. W takich krajach, jak Niemcy czy Francja, szpitale prywatne stanowią ponad jedną trzecią wszystkich placówek medycznych.
2. Dominacja jednego ubezpieczyciela (NFZ) oraz nierówny dostęp szpitali prywatnych do środków publicznych w porównaniu z innymi krajami UE powoduje nikły rozwój sektora prywatnego w Polsce.
3. Brak systemu ubezpieczeń dodatkowych znacznie ogranicza dopływ finansowania prywatnego do lecznictwa szpitalnego w Polsce.
4. Doświadczenia szpitali zrzeszonych w OSSP wskazują, że prywatyzacja szpitali publicznych poprawia ich efektywność oraz podnosi jakość usług świadczonych dla pacjentów, a jednocześnie ogranicza zadłużanie sektora publicznego.



Panel: Polityka lekowa na zakręcie



Jarosław FRĄCKOWIAK

Pharma Expert

W 2012 r. przez pierwszych 6 miesięcy będziemy dopiero się orientować, co tak naprawdę się stało, co konkretnie w praktyce zmieniała ustawa refundacyjna. Czekają nas trudne problemy, a ich zapowiedź widać już teraz. Przestraszone niepewnością i zapisami nowej ustawy hurtownie farmaceutyczne wyzbywają się zapasów. Boją się, że pod rządami nowego prawa części z nich nie uda się sprzedać. To oznacza zagrożenie dla dostępności leków dla pacjentów.



Wiesław JĘDRZEJCZAK

konsultant krajowy w dziedzinie hematologii

Nowa ustawa refundacyjna budzi wielkie obawy co do dostępności leków. Dotyczy to przede wszystkim leków wykorzystywanych we wskazaniach pozarejestrowych. W onkologii ok. 50 proc. środków stosowanych jest w taki właśnie sposób. Nie wiemy, jak zadziała ustawa refundacyjna, ale bardzo się obawiamy, że płatnik będzie zwracać pieniądze za stosowanie leków wyłącznie zgodnie ze wskazaniami rejestrowymi. I coś z tym trzeba szybko zrobić, to priorytet.

Wnioski z dyskusji zebrał opiekun panelu **Rafał ZYŚK** – kancelaria doradcza Health Economics Consulting, ekspert ds. refundacji przy sejmowej Komisji Zdrowia w procesie legislacyjnym rządowego projektu ustawy refundacyjnej

1. Polityka lekowa stanowi integralny element polityki zdrowotnej państwa; powinna być elastyczna, nadążać za zmianami systemowymi w ochronie zdrowia i stale rosnącymi zdrowotnymi potrzebami obywateli, związanymi ze zmianą struktury demograficznej społeczeństwa oraz postępem technik diagnostycznych i terapeutycznych.
2. Polityka lekowa powinna być prowadzona tak, aby zagwarantować pacjentom należyty dostęp do leków o potwierdzonej efektywności klinicznej i o akceptowalnym stosunku korzyści do ryzyka.
3. Polityka lekowa państwa powinna sprostać rosnącym potrzebom pacjentów i ambicjom środowiska klinicznego wobec szybkiego postępu medycyny, rozwiązując jednocześnie kluczowy problem, polegający na wyważeniu proporcji pomiędzy zakresem, w jakim środki publiczne pokrywają finansowanie terapii, i stopniem, w jakim obciąża to pacjenta.
4. Proces negocjacji cen pomiędzy MZ a wnioskodawcami:
 - humanitaryzacja negocjacji (!),
 - prowadzenie negocjacji w dzień i wzywianie wnioskodawcy z minimum 3-dniowym wyprzedzeniem,
 - usprawnienie negocjacji w taki sposób, aby zespoły negocjacyjne stosowały jednolite kryteria wobec tych samych substancji czynnych produkowanych przez różnych wnioskodawców.
5. Proces oceny technologii medycznych – pełna implementacja wymogów dyrektywy przejrzystości, zgodnie z którą podstawy podejmowania decyzji refundacyjnych w krajach członkowskich UE muszą być dostępne publicznie (w tym niektóre ukrywane dotychczas w rekomendacjach AOTM kluczowe dane, m.in. dotyczące efektywności kosztowej ubiegających się o refundację leków i wielkości populacji docelowej pacjentów, które są informacją publiczną, są upubliczniane przez najbardziej znane rządowe agencje oceny technologii medycznych na świecie).

6. Uporządkowanie problemów związanych z preskrypcją lekarską:
 - jak najszybsze wprowadzenie elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego, która usprawni weryfikację ubezpieczenia; oświadczenia pacjenta lub ksero RMUA nie mogą zastąpić prawdziwego systemu informatycznego aktualizowanego na bieżąco przez ZUS,
 - elektroniczne karty ubezpieczenia zdrowotnego powinny być jednocześnie nośnikiem danych na temat uprawnień do refundacji przysługujących pacjentowi oraz danych dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentowi i sfinansowanych przez NFZ (aktualnie NFZ w większości przypadków nie wie, w jakim wskazaniu został zrefundowany lek wypisany na receptę).
7. Uregulowanie trybu finansowania terapii ratujących życie, a stosowanych niezgodnie ze wskazaniami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.
8. Rozbudowa systemu informatycznego monitorowania programów terapeutycznych i lekowych umożliwiającego ewaluację efektywności nowego leku objętego programem (tworzenie rejestrów klinicznych zapewniających kompleksową wiarygodną ocenę skuteczności nowych terapii w warunkach rzeczywistych).

Panel: Sektor innowacyjny działający w Polsce – wyzwania na przyszłość



Irena REJ
prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”

Dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia to kwestia wyrównywania szans Polaków z innymi europejskimi nacjami, to było tematem naszej prezydencji w Europie. W tej sprawie powinniśmy ściśle współpracować z firmami farmaceutycznymi. Nie tylko dlatego, że to one faktycznie dysponują innowacyjnymi lekami, ale także dlatego, że mają unikalną wiedzę na temat innowacyjnych terapii. Unikalną, czyli taką, której nie mają inne podmioty ochrony zdrowia.

Panel: Czy to koniec badań klinicznych w Polsce



Cezary RZEMEK
wiceminister zdrowia

W sprawie badań klinicznych potrzebna jest nowa ustawa, nowe regulacje, bo w tym obszarze zdarzało się mnóstwo patologii. Potrzebne są nam precyzyjne regulacje w tej dziedzinie, mamy już gotowy projekt ustawy. Dla mnie jednym z priorytetów jest przeprowadzenie jej przez cały proces legislacyjny, tak żeby patologie się nie powtarzały, a przy okazji – by Polska nie straciła korzyści płynących stąd, że dotychczas chętnie i często takie badania u nas prowadzono.



Maciej BANACH
wiceminister nauki

Tylko 1 proc. badań klinicznych prowadzonych w Polsce to badania akademickie. To niewłaściwe, to nas marginalizuje. W Europie ten odsetek wynosi 40 proc. By to zmienić, musimy przełamać także mentalność samych polskich badaczy. Oni zwyczajnie nie chcą stawać do konkursów na granty ogłaszanych przez moją i inne instytucje. Tak jakby bali się poddać ocenie, uważali, że ich pomysły powinny przechodzić „same”, bez tej oceny.



Panel: Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne – czy są potrzebne? dlaczego? jakie? kiedy?



Andrzej WŁODARCZYK
wiceminister zdrowia

Głupoty czynili prezesi – obecni i poprzedni. Największym błędem było to, że do koszyka świadczeń gwarantowanych nieustannie wkładano nowe procedury, ale nic z niego nie usuwano. Pieniądzy na pokrycie kosztów tych nowych procedur nie przybywało. To musi w końcu doprowadzić do rozděcia koszyka, do tego, że zabraknie pieniędzy na sfinansowanie świadczeń gwarantowanych. A w tej sytuacji świadczenia te będą gwarantowane tylko w teorii. Musimy za wszelką cenę tego unikać.



Michał KULESZA
partner w kancelarii Domański – Zakrzewski – Palinka

Koszyk jest jedną z najistotniejszych przeszkód w reformie ubezpieczeń medycznych. Nadal nie wiadomo, co rzeczywiście jest gwarantowane, a co nie. Przeszkodą są nieprecyzyjne przepisy. Za dużo tu niedomówień, nieokreśloności. A wiadomo, że nieprecyzyjne przepisy nie są przestrzegane, bo każdy z podmiotów systemu ochrony zdrowia stara się je zinterpretować na swoją korzyść, często z krzywdą dla innego podmiotu. Potrzeba zatem jak najbardziej precyzyjnych zapisów, by uciąć spekulacje, co jest gwarantowane, a co nie.

Wnioski z dyskusji zebrał opiekun panelu **Witold Paweł KALBARCZYK** – ekspert ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych, dyrektor Działu Systemy Ochrony Zdrowia, Sequence HC Partners

1. Wprowadzenie w Polsce regulacji dotyczących dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Za tym rozwiązaniem przemawia wiele argumentów natury prawnej, ekonomicznej czy demograficznej (w czasie panelu padło stwierdzenie, że na ten temat powiedziano już wszystko i teraz jest czas na decyzje).
2. Należy umożliwić stopniowy rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, o charakterze suplementarnym i komplementarnym w stosunku do powszechnego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego. Regulacje te powinny mieć charakter ramowy i sprzyjać rozwojowi ubezpieczeń o charakterze masowym poprzez możliwość opłacania ich przez pracodawców i osoby indywidualne (wszelkie formy wsparcia, takie jak możliwość opłacania składek z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, możliwość oferowania w ramach polis świadczeń medycyny pracy oraz zachęty podatkowe kierowane do osób indywidualnych będą miały pozytywny wpływ na tempo rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych).
3. Regulacje te nie mogą dawać Narodowemu Funduszu Zdrowia dodatkowych uprawnień nadzorczych ani nad świadczeniodawcami, ani tym bardziej nad towarzystwami ubezpieczeniowymi oferującymi prywatne ubezpieczenia zdrowotne.
4. Wprowadzaniu regulacji dotyczących dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych powinien towarzyszyć racjonalny przegląd koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (według wielu ekspertów ochrony zdrowia w pracach tych należy rozważyć wprowadzenie zmian w zasadach finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, polegających m.in. na częściowej odpłatności ze strony pacjentów za niektóre świadczenia zdrowotne).
5. Publiczna dyskusja nad zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych i standardami dostępności oraz realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych wydaje się najtrudniejszym problemem, hamującym wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Niemniej zdaniem wielu ekspertów i decydentów w systemie ochrony zdrowia nie uda się uciec od tej dyskusji i idących w ślad za nią racjonalizujących zmian w koszyku świadczeń gwarantowanych. Atmosfera tej dyskusji będzie zależała od poziomu zaangażowania ekspertów i wszystkich zainteresowanych

systemem ochrony zdrowia oraz wiedzy opartej na faktach, odpowiedzialności i odwagi polityków.

6. W nadchodzącym roku dyskusji nad projektem ustawy wprowadzającym dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne powinna towarzyszyć debata, a być może prace eksperckie, nad przyszłym modelem finansowania świadczeń zdrowotnych, uwzględniającym wiele instytucjonalnych płatników za świadczenia zdrowotne i możliwość konkurencji pomiędzy płatnikami zarządzającymi środkami publicznymi na zdrowie.

Realna zapowiedź takich zmian poparta konkretnym planem wpłynie pozytywnie na system ochrony zdrowia w Polsce i tempo zachodzących w nim zmian.

7. Wprowadzenie zapowiadanej ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym powinno nastąpić w ciągu najbliższego roku, aby dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, o charakterze suplementarnym i komplementarnym, mogły przynieść poprawę dostępności do świadczeń dla milionów polskich pacjentów w perspektywie najbliższych kilku lat.

Panel: Czy system ochrony zdrowia w Polsce wymaga demonopolizacji płatnika? Za i przeciw



Marek BALICKI

były minister zdrowia i dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie

Decentralizacja – tak, demonopolizacja – nie. Trudno mówić o potrzebie konkurencji na rynku zagospodarowania składki płatnika. Jej wysokość i tak jest (i pozostanie) sztywno zapisana, zakres świadczeń też (ustawowo w koszyku) – więc czym mieliby konkurować płatnicy? Tylko na tym stracimy. Dziś na koszt obsługi funduszu przeznaczamy 1 proc. składki, w systemach najbardziej konkurencyjnych ten wskaźnik wynosi 25 proc. Potrzebna jest jednak decentralizacja NFZ. Nie sposób zarządzać ochroną zdrowia w całej Polsce, z pozycji centrali. Każdy z regionów ma swoje specyficzne potrzeby zdrowotne. Stąd potrzeba decentralizacji.



Andrzej SOŚNIERZ

były prezes NFZ

Socjalizm nie działa, to udowodnione, to wiadomo od dawna. Ale wielu ludzi wierzy i chce wierzyć, że w końcu zadziała. Obecnie panujący system i tak nie zapewnia równości w dostępie do świadczeń, bo w ramach tego systemu – i to przy monopolu płatnika – i tak są szpitale lepsze i gorsze. Jedne lepiej służą pacjentowi, drugie gorzej, równa jest tylko cena za świadczenie, a nie jego jakość. Dla wielu pacjentów to krzywdzące.

Wnioski z dyskusji zebrał opiekun panelu **Witold Paweł KALBARCZYK** – ekspert ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych, dyrektor Działu Systemy Ochrony Zdrowia, Sequence HC Partners

1. Dyskusja ekspertów zaproszonych do udziału w panelu pokazała, że w tym zakresie trudno będzie o powszechną zgodę i na pewno taka zmiana wymaga kontynuacji dyskusji merytorycznych i bardzo poważnych prac eksperckich. Jej efekty powinny być poddane publicznej ocenie (warto by rozpocząć je w 2012 r.).
2. Demonopolizacja płatnika publicznego nie powinna być celem, ale narzędziem realizacji zmian racjonalizujących w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Celem zmian w tym obszarze musi być długookresowa poprawa dostępności świadczeń zdrowotnych dla wszystkich uprawnionych bez względu na jakiejkolwiek czynniki (społeczne, wiekowe, zdrowotne) oraz zwiększenie efektywności wykorzystania posiadanych zasobów.
3. Ewentualne zmiany w obrębie zasad funkcjonowania publicznego płatnika powinny uwzględniać także długoterminowe i ewolucyjne zmiany w innych obszarach systemu ochrony zdrowia, takich jak: organizacja



dostępności i informacja o świadczeniach zdrowotnych, konkurencyjność świadczeniodawców oraz kompleksowość udzielanej opieki zdrowotnej (bez ich wprowadzenia demonopolizacja płatnika publicznego nie przyniesie oczekiwanej poprawy).

4. Zdaniem ekspertów, którzy popierają wprowadzenie konkurencyjnych płatników zarządzających środkami publicznymi, musi ono uwzględniać możliwość zarządzania tymi środkami przez podmioty prywatne. Wprowadzenie takiej możliwości powinno być oparte na zasadzie utrzymania zasady solidaryzmu w finansowaniu i równości dostępu do świadczeń opłacanych ze środków publicznych. Zmiana taka nie jest możliwa w perspektywie tego roku. Wydaje się, że jeśli prace eksperckie nad jej wprowadzeniem rozpoczną się w 2012 r., konkurencja płatników zarządzających środkami publicznymi na zdrowie jest możliwa najwcześniej w perspektywie 3–4 lat. W zakresie wprowadzenia takich zmian warto sięgać do doświadczeń innych krajów, gdzie wprowadzono je etapowo i w okresie wieloletnim.
5. Z uwagi na fakt, że demonopolizacja płatnika publicznego wymaga wielu ewolucyjnych zmian w in-

nych obszarach, w opinii zarówno przeciwników, jak i zwolenników demonopolizacji NFZ, ewentualną konkurencję płatników powinno poprzedzić wprowadzenie deregulacji w obrębie Funduszu. Powinna ona polegać na przeniesieniu większej liczby uprawnień czy wręcz na podlegającej kontroli demokratycznej autonomii na poziomie wojewódzkich, a być w może w przyszłości regionalnych oddziałów NFZ – Centrala NFZ winna być bardziej organem kontrolnym niż decyzyjnym. Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinien być kreatorem polityki zdrowotnej. Wprowadzenie takiej zmiany jest możliwe w perspektywie tego roku.

6. Ewentualnej demonopolizacji płatnika publicznego powinno towarzyszyć jasne określenie zadań w zakresie odpowiedzialności za realizację polityki zdrowotnej państwa. Kupowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych jest jedynie jej elementem. W tym zakresie potrzebne są ewolucyjne zmiany wprowadzające ściśle określone role dla poszczególnych instytucji publicznych szczebla centralnego, wojewódzkiego i lokalnego.

Panel: Dylematy 2012



Krzysztof KUSZEWSKI

kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Narodowego Instytutu Zdrowia PZH

Mamy fatalny system finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Chcielibyśmy, by w Polsce funkcjonowali lekarze rodzinni, ale ta reforma kompletnie się nie udała. Potrzebne są pilne poprawki w systemie wynagradzania tych lekarzy, bo dotychczas ich rola sprowadza się do odsyłania pacjentów na badania do szpitali. Stawka kapitacyjna, czyli równa zapłata dla lekarza *per capita*, niezależnie od tego, czy podjął leczenie tej „capity” czy nie – to demoralizacja, zachęta do nicnierobienia. Musimy wprowadzić wynagradzanie *per service*, czyli za to, co lekarz zrobił i jak zrobił.



Maciej MURKOWSKI

ekspert Uniwersytetu Warszawskiego

W Polsce czeka nas epidemia starości, do której w ogóle się nie przygotowujemy. W ciągu najbliższych lat o cztery miliony wzrośnie liczba Polaków w podeszłym wieku, a o trzy miliony spadnie liczba Polaków młodych. Tymczasem nie mamy geriatrów ani ośrodków opiekuńczych. Jak wygląda odpowiedź systemu opieki zdrowotnej i socjalnej na te problemy w Polsce? Niestety, nie ma jasno sformułowanych zaleceń polityki zdrowotnej i społecznej. W Polsce nie ma instytutu geriatricznej. Mimo że połowa pacjentów w przychodniach to osoby starsze (a w szpitalach nawet 70 proc.), nie podjęto istotnych decyzji dotyczących zmian w polityce zdrowotnej państwa. Do epidemii starości powinniśmy się przygotować.