



Fot. Grzegorz Słowomiek/AG

WPROWADZAJĄC SIĘĆ, WPROWADZAMY RYNEK

Rozmowa z Piotrem Gryzą, wiceministrem zdrowia



**PROJEKT SIECI NALEŻAŁO
WPROWADZIĆ NIEZWŁOCZNIE.
SYTUACJA SZPITALI W WIELU WYPADKACH
BYŁA DRAMATYCZNA.
TRZEBA BYŁO SZYBKO REAGOWAĆ –
ZWŁOKA PRZEKŁADAŁA SIĘ
NA ISTOTNE I ROSNĄCE STRATY**

projekt zwiększenia finansowania służby zdrowia, zmienia się POZ. To wszystko odbywa się na naszych oczach. Okazuje się, że na przeprowadzenie tych zmian potrzebujemy więcej czasu niż na wprowadzenie sieci. Projekty trzeba dobrze przygotować, skonsultować z partnerami i interesariuszami. Nikt się z nich nie wycofał. Tymczasem projekt sieci należało wprowadzić niezwłocznie. Sytuacja szpitali w wielu wypadkach była dramatyczna, w innych zwyczajnie trudna. Trzeba było szybko reagować – tu zwłoka przekładała się na istotne i rosnące straty. Zaczęliśmy od sieci, bo taka była konieczność. I cieszę się, że udało nam się to zrobić. A z pozostałych elementów reformy przecież nie zrezygnowaliśmy. Zaczęliśmy od sieci, resztę wprowadzimy później, ale bez zbędnej zwłoki.

I bez dodatkowych pieniędzy. Wymarzonych 6% PKB nie osiągniemy szybko. To może utrudnić wprowadzenie reform.

Nie podzielam tej opinii. Przeciwnie – wprowadzenie sieci może przyspieszyć dojście do wydatków na zdrowie na poziomie 6% polskiego PKB. Przeciwnicy szybkiego zwiększania finansowania ochrony zdrowia używali argumentu, że zwykle dokładanie pieniędzy do obecnego systemu nic nie da, bo jest on nieszczerly, niewydolny. Jakby warunkując, że pieniędzy może być więcej dopiero wtedy, gdy system zostanie poprawiony. Właśnie go poprawiamy, zyskując istotny argument w rozmowach.

Ale tracąc wsparcie sektora prywatnego. Dlaczego sieć uderzyła właśnie w niego? Dlaczego zdusiła rozwijający się, choć nie bez przeszkód, rynek?

Sieć wcale nie uderzyła w podmioty prywatne. Przede wszystkim miała na celu wsparcie tych podmiotów i szpitali, które kompleksowo, a nie wycinkowo zabezpieczały potrzeby zdrowotne obywateli. Te podmioty

Wprowadzenie sieci szpitali miało być częścią proponowanych reform. Narodowy Fundusz Zdrowia miał zostać zlikwidowany, planowano zmianę sposobu finansowania opieki zdrowotnej i POZ. Tymczasem projekt ruszy w otoczeniu niemal niezmiennym. Nie budzi to pańskich obaw?

Nie zgodzę się z tezą postawioną w pytaniu. Moim zdaniem otoczenie się zmienia – i to istotnie. Mamy



ZUPEŁNIE NIE MOGĘ SIĘ ZGODZIĆ

ZE STAWIANYM CZĘSTO ZARZUTEM,

ŻE SIEĆ UDERZA W RYNEK.

JEST ODWROTNIE – WPROWADZENIE SIECI

TO W ISTOCIE DZIAŁANIE PRORYNKOWE

staraliśmy się wyselekcjonować według ściśle opracowanych i jasnych kryteriów. I to właśnie im staraliśmy się zapewnić odpowiednie podstawy finansowe. I nie dzieliliśmy ich na publiczne i prywatne. Podmioty prywatne także znalazły się w sieci. Do sieci zostało zakwalifikowanych 78 podmiotów niepublicznych. Zupełnie nie mogę się zgodzić ze stawianym często zarzutem, że sieć uderza w rynek. Jest odwrotnie – wprowadzenie sieci to w istocie działanie prorynkowe. Przyjrzyjmy się temu, co działo się do tej pory. Nasi poprzednicy od lat nie przeprowadzali konkursów, decydując się co najwyżej na niekończące się aneksowa-

nie. Zapisy rynkowe, owszem, były, ale ich realizacja była skutecznie blokowana. My, wprowadzając sieć, uruchamiamy rynek.

Trzeba przyznać, że ryczałt ma niewiele wspólnego z rynkiem. Sieć naprawdę uruchomi rynek? W jaki sposób?

Mechanizmów rynkowych nie można w sposób racjonalny wdrożyć w funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Nie dzieje się tak w żadnym kraju. Część systemu musi być z nich wyłączona. Dotychczasowa praktyka, a więc blokowanie konkursów, nierozpisywanie nowych, sprawiała, że rynek nie działał. Teraz, gdy jasno określimy, co jest rozliczane w ramach sieci, a co nie, wyraźnie odgraniczymy część rynkową od nierynkowej. I w ten sposób uruchomimy, choćby częściowo, rynek, który dotychczas nie działał w ogóle, w całości.

Jednak duży zakres sieci mocno ograniczy rynek. Sami w „Menedżerze Zdrowia” lata temu liczyliśmy, co powinno zostać w sieci, a co nie. Z naszych obliczeń wynikało, że sieć powinna być znacznie chudsza, nie obejmować np. każdego szpitala powiatowego *en bloc*.

No właśnie. Też zadawaliśmy sobie pytanie, czy powinna mieć taki zakres, jaki przyjęła, czy też mniejszy. Ale

projektując sieć, kierowaliśmy się również względami społecznymi, oczekiwaniami czy nawet przyzwyczajeniami pacjentów i społeczności lokalnych. Nie można przecież wprowadzić reformy, nie biorąc tych względów pod uwagę. Uwzględniając te wszystkie okoliczności, postanowiliśmy, że sieć przyjmie taki, a nie inny wymiar. Inna sprawa, że taki zakres sieci, jaki wprowadziliśmy obecnie, nie będzie obowiązywał raz na zawsze. Sieć to przecież model dynamiczny, otwarty na zmiany.

Trwa spór o to, kto w koordynowanej opiece zdrowotnej ma przejąć rolę koordynatora. Szpital? Płatnik? POZ? Jeszcze ktoś inny? Spór ma również podłoże finansowe, bo przecież za obowiązkiem koordynowania pójdzie premia dla podmiotu, który tę rolę przejmie.

Na początku dostrzeżliśmy ten obszar, w którym w sposób oczywisty rolę koordynatora powinien przejąć szpital. Chodzi tu o opiekę przedoperacyjną i pooperacyjną, łącznie z rehabilitacją. Ewentualną wadą dotychczasowego systemu jest pozostawienie pacjenta po operacjach samemu sobie i tę wadę postanowiliśmy wyeliminować w pierwszej kolejności. Ale czy podobnie ma być w każdym obszarze? Nie przesądzałbym. Życie jest bogatsze niż treści, które można ująć w ramy aktów prawnych. Nie wykluczałbym całych obszarów, w których rolę koordynatora wezmą na siebie inne podmioty, osiągając cele zdefiniowane przez płatnika.

O ile wiemy, obecnie trwa gromadzenie pieniędzy na wprowadzenie projektu sieci szpitali. Czy wiadomo już, ile to naprawdę będzie kosztowało? Oddziały NFZ nie płacą za nadwykonania, bo boją się, że zabraknie im środków. Do tej pory w wielu wypadkach dokupowały świadczenia z korzyścią dla pacjentów. Czy to pierwsze ofiary sieci?

Z naszych wyliczeń wynika, że wprowadzenie sieci nie doprowadzi do wzrostu kosztów funkcjonowania systemu. Dane wskazują, że będzie wręcz przeciwnie. Nie wiązałbym zatem prezentowanej przez NFZ troski o wydatki z wprowadzeniem sieci szpitali. Fundusz zawsze decydował się na dokupowanie świadczeń dopiero wtedy, gdy upewnił się, że stać go na dodatkowe wydatki. Tak jest i tym razem. A swoją drogą, popieram taką metodę likwidowania kolejek, jak dokupowanie świadczeń w najbardziej deficytowych segmentach.

Co się stanie z podmiotami, które nie weszły do sieci? Co np. z AOS, w ramach której w prawie 30 tys. przychodni co roku udziela się ok. 280 mln porad lekarskich? Podmioty prywatne padną czy wchłoną je szpitale? Ile zostanie ich na rynku?

WADĄ DOTYCHCZASOWEGO SYSTEMU

JEST POZOSTAWIENIE PACJENTA

PO OPERACJACH SAMEMU SOBIE

I TĘ WADĘ POSTANOWILIŚMY WYELIMINOWAĆ

W PIERWSZEJ KOLEJNOŚCI

Powiem to wprost: element prywatny jest niezbędny. Nie wyobrażam sobie systemu ochrony zdrowia bez jego udziału. Ale tak jak wyznacznikiem działań w tym zakresie nie może być – i w przypadku sieci szpitali nie jest – forma właścicielska, tak nie może być nim również wyłącznie liczba udzielanych porad. Zjawisko zwiększania podaży świadczeń – z reguły w wyniku stosowanych systemów rozliczeniowych – nie zawsze ma związek z zapewnianiem odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wyznacznikiem takim natomiast powinna być – z powodów, o których mówiłem wyżej – możliwość zapewnienia pacjentowi kompleksowej i skoordynowanej opieki przed- i poszpitalnej. Dlatego też zasadniczą rolę w systemie sieci szpitali odgrywają AOS i rehabilitacja. Ostatecznie bowiem pacjenta nie będzie interesowała liczba świadczeń, które uzyskał, ale efekt zdrowotny. Natomiast przychodnie AOS funkcjonujące poza systemem sieci szpitali nadal będą mogły uczestniczyć w konkursach i tak jak wcześniej wspominałem, również tutaj uruchamiamy rynek w segmencie, w którym *de facto* nie działał.

Niektórzy analitycy mówią, że wprowadzane zmiany utwierdzą pozycję miernot w systemie. Zostaniemy z wielkimi internami, często prawie ZOL-ami, a bez opieki specjalistycznej? Nic nie zachęca do wykonywania trudniejszych procedur – za ten sam ryczałt opłaca się wykonywać procedury łatwiejsze.

Odpowiedzią są dwa przygotowane przez nas akty prawne. Tworzą one z jednej strony system kontroli jakości w ochronie zdrowia, z drugiej – rejestry działające na podobnej zasadzie do tej, którą dzisiaj kieruje się np. znany, bo już funkcjonujący, rejestr dotyczący kardiologii. Szpitale będą zobligowane do utrzymania odpowiedniej jakości świadczeń, bo inaczej wypadną z sieci. Z kolei rejestry wyłonią tych, którzy najlepiej wykonują swoje zadania, co umożliwi ich premiowanie.

Rozmawiali: Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski