



# CESARZOWI,

# CO CESARSKIE

Rozmowa z Krzysztofem Tuczapskim, wiceprezesem ds. medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia

Czym będzie się różnić fundusz A.D. 2015 od tego, który mamy obecnie? Czy czeka nas rewolucja, czy kontrreformacja, upolitycznienie?

Na pewno nie upolitycznienie. Znam argumenty krytyków zmian. Powtarzają, że NFZ utraci niezależność, bo – na przykład – prezesa powoływać będzie już nie premier, ale minister zdrowia, bo większą rolę w kształtowaniu polityki zdrowotnej zaczną odgrywać wojewodowie. Ale cóż to za upolitycznienie? Dla mnie

to proces odwrotny. Bo według mnie, zgodnie z przeprowadzonymi ostatnio zmianami prawnymi nastąpi odpolitycznienie funduszu. Przez długie lata mieliśmy do czynienia z sytuacją, że nie do końca jasny był rozdział kompetencji Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Teraz to będzie prostsze i czytelne: resort będzie odpowiedzialny za kreowanie polityki zdrowotnej, wytyczanie celów. My zajmiemy się ich realizacją, będziemy po prostu płatnikiem.

RECEPTA DOBRA

DLA WOJEWÓDZTWA

ZACHODNIOPOMORSKIEGO

MOŻE SIĘ OKAZAĆ

NIEWYSTARCZAJĄCA

DLA PODKARPACKIEGO.

TO TRZEBA BRAĆ POD UWAGĘ,

A PRAWO DECYDOWANIA,

CO JEST DOBRE DLA DANEGO REGIONU,

A CO NIE, ODDAĆ REGIONOM

Narodowy Fundusz Zdrowia straci jednak kolejny poważny instrument, dzięki któremu przez lata udawało się zbilansować budżet ochrony zdrowia. Chodzi o wyceny świadczeń.

Wbrew pozorom w tym obszarze fundusz także nie był tak wszechwładny, jak to nam przypisują krytycy. Znam wszystkie argumenty zarzucające nam, że wyceny brałismsy z sufitu. Nie tak było, przecież te wyceny regulował system konkursów, były rozmowy, negocjacje, konsultacje z organizacjami świadczeniodawców. Ale zgoda – potrzebne było powołanie niezależnej instytucji, która zweryfikowałaby siatkę wycen. Zajmie się tym Agencja Oceny Technologii Medycznych i to dla nas też dobre rozwiązanie.

Ale czy rzeczywiście taka agencja jest potrzebna? Przecież wystarczy spojrzeć, jakie świadczenia szpitale wykonują chętnie, a przed jakimi się bronią. Wtedy można z 99-procentową pewnością określić, które świadczenia są niedoszacowane (i dlatego niewykonywane), a które – być może – przeszacowane (wykonywane nazbyt chętnie).

Mówili państwo o 99-procentowej pewności? Nam chodzi o stuprocentową. Do tego opartą na rzetelnej analizie kosztów. Wycena kosztów to proces, a nie zadanie, które wykona się raz i zapisze w cenniku obowiązującym później latami. Ciągłe dochodzą nowe technologie, nowe metody, które trzeba brać pod uwagę przy ostatecznej kalkulacji kosztów leczenia. Zmieniają się także ceny produktów leczniczych – nowo wprowadzane są drogie i z czasem tanieją. To również trzeba mieć na uwadze przy wycenach i na bieżąco monitorować zmiany. Nie wolno przy tym zapominać, że o kontrakty z NFZ rywalizują różne podmioty, różnymi metodami. Nietrudno mi sobie wyobrazić, że jedną z takich metod może być zgoda na wykonywanie świadczeń po kosztach lub wręcz poniżej kosztów, by zyskać chwilową przewagę konkurencyjną, opanować rynek. To wszystko musimy wiedzieć, znać analizę kosztową, orientować się, na podstawie jakich czynników ustalana jest cena, by reagować właściwie. I cieszę się, że AOTM wyposaży nas w odpowiednie instrumenty.

**A jeśli agencja sobie nie poradzi?**

Nie ma takiej możliwości. Na pewno, gdy zwróci się do nas o pomoc, udzielimy jej w każdym możliwym wymiarze, łącznie z oddelegowaniem pracowników do takiej pomocy.

**Gdy wycena zostanie dokonana, według niej będą kontraktowane świadczenia. Co się stanie, jeśli okaże się, że po urealnieniu wycen funduszowi zabraknie pieniędzy na opłacenie świadczeniodawców według nowych taryf? Ogłosicie niewypłacalność?**

Takiej możliwości nie ma, ogłaszanie niewypłacalności nie grozi nam ani teraz, ani w najbliższej przyszłości. W Polsce jesteśmy dość dobrze przygotowani pod względem finansowym, dobrze zabezpieczeni. Fundusz nigdy nie wydał więcej pieniędzy, niż to było możliwe i zapisane w budżecie.

**Tak. Ale dotychczas jedynym skutecznym instrumentem w rękach funduszu było limitowanie świadczeń. A to oznaczało kolejki.**

Niezależnie od tego, jak długo i z jak wielu stron będziemy krytykować limity, one pozostaną. Nie ma kraju, w którym nie obowiązywałaby jakaś forma limitów. Wydatki na ochronę zdrowia trzeba poddać tej formie



Fot. PAP/Andrzej Wiktor

**NIEZALEŻNIE OD TEGO,  
JAK DŁUGO I Z JAK WIELU STRON  
KRYTYKOWAĆ BĘDIEMY LIMITY,  
ONE POZOSTANĄ.  
NIE MA KRAJU, W KTÓRYM  
NIE OBOWIĄZYWAŁABY  
JAKAŚ FORMA LIMITÓW**

kontroli, generowanie kosztów w nieskończoność jest niemożliwe. Limity niestety pozostaną, czy się tego chce, czy nie, podobnie jak kolejki. Nie można walczyć z samą instytucją limitów, ale trzeba dołożyć starań, by były one jak najmniej dotkliwe, a kolejki jak najkrótsze. I temu właśnie służą ostatnio przeprowadzone zmiany. Zakładają one na przykład zniesienie limitów w onkologii, czyli w obszarze, w którym system limitowania się nie sprawdził. Mają także doprowadzić do skrócenia kolejek w całej ochronie zdrowia. To ewolucyjne zmiany, ale bardzo istotne. Gdy powiedzie się ich wprowadzenie, znajdziemy się w innej, znacznie lepszej rzeczywistości. Od tego zaczniemy. Ale wszystkich bolączek ochrony zdrowia naraz i od zaraz nie rozwiążemy.

**Krajową politykę zdrowotną będzie ustalać Ministerstwo Zdrowia, na szczeblu regionalnym – środowiska regionalne, a decydujący głos należeć będzie do wojewody. Po co zatem centrala NFZ?**

Centrala w takiej formie jak dziś rzeczywiście nie będzie już funkcjonować. Bo przecież niemożliwe jest wypracowanie jednej dobrej recepty, która sprawi, że rozwiązane zostaną najważniejsze problemy zdrowotne. Każdy region ma swoją specyfikę, nieco inne problemy. Na dodatek recepta dobra dla województwa zachodniopomorskiego może się okazać niewystarczająca dla podkarpackiego. To trzeba brać pod uwagę, a prawo decydowania, co jest dobre dla danego regionu, a co nie – oddać regionom. Nie oznacza to jednak, że nie pozostanie cała masa problemów ogólnopolskich, wspólnych dla wszystkich regionów, do których rozwiązania będzie konieczna współpraca ponadregionalna. Do koordynacji tych działań potrzebna będzie centrala NFZ, instytucja mająca pogląd na całość zagadnień zdrowotnych, śledząca i analizująca na przykład migracje pacjentów i sprawująca nadzór merytoryczny nad pracami oddziałów regionalnych.

**W tym roku NFZ zrezygnował z kontraktowania. W zamian będzie aneksowanie obowiązujących kontraktów. To przecież petryfikacja status quo. Nie zawsze dobrego.**

Za przyjęciem aneksowania w miejsce kontraktowania przemawiało wiele argumentów. Najważniejszy to ten, że jesteśmy w przededniu wprowadzenia pakietu onkologicznego i kolejkowego. Nie doceniamy tego, że w tej chwili to najambitniejszy i największy program reformatorski w Europie. Dla bezpieczeństwa pacjentów przesunęliśmy zatem kontraktowanie na późniejszy termin, by nie wprowadzać równocześnie dwóch poważnych projektów. A co do petryfikacji status quo: istnieje takie narzędzie jak konkurs uzupełniający, po które można sięgnąć, by wyeliminować z rynku najgorsze praktyki i promować lepsze. Z tego, co wiem, sięga się po nie coraz częściej.

**Przez lata stosunki między resortem zdrowia i NFZ układały się różnie. Był czas, gdy media jednego dnia relacjonowały, co prezes zarzucił ministrowi, drugiego – co minister przesowi. Jak te relacje układają się teraz?**

Dawno nie było tak dobrej współpracy między naszymi instytucjami. Stosunki układają się świetnie, słuchamy się wzajemnie, uwzględniamy uwagi, rozumiemy. Konfliktów nie ma, konflikty są szkodliwe dla pacjentów. Zresztą mam nadzieję, że czas tych sporów minął, bo nowe regulacje skazują nas na ścisłą współpracę, nie rywalizację. To nie znaczy, że nie prowadzimy ożywionej wymiany poglądów.

Rozmawiali Marta Kobańska i Bartłomiej Leśniewski