

Zapis stenograficzny konwersatorium

„CZwartKI U EKONOMISTÓW”

organizowanego przez

Polskie Towarzystwo Ekonomiczne oraz

Klub Dziennikarzy Biznesowych Stowarzyszenia Dziennikarzy
Polskich

pt. **„Co dalej z ochroną zdrowia?**

**System kontraktowania świadczeń zdrowotnych – ocena stanu
obecnego i uwarunkowania zmian”**

Warszawski Dom Ekonomisty, Nowy Świat 49,

13 września 2007 r.

Pan dr Józef Łobocki

Dzień dobry państwu. Chciałem państwa powitać na kolejnym tzw. „Czwartku..”, które sukcesywnie organizujemy w Polskim Towarzystwie Ekonomicznym od półtora roku. Aktualny „Czwartek..” będzie poświęcony jak państwo wiedzą: „Co dalej z ochroną zdrowia”. Chciałem państwa powitać w imieniu pani prezes Elżbiety Maczyńskiej, która dziś nie mogła uczestniczyć. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne posiada 24 oddziały i akurat w ostatnim czasie nasze oddziały obchodzą konkretnie 60-lecia i w związku z tym pani profesor musiała dziś reprezentować Zarząd Krajowy Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego na właśnie tym 60-leciu Oddziału Opolskiego Proszę państwa w perspektywie mamy również następny czwartki, 4. października będzie poświęcony demografii. Dokładnie będzie zatytułowany - „Rok 2050. Ile nas będzie. Jacy będziemy.”, który odbędzie się we Wrocławiu. Również serdecznie zapraszamy do naszego oddziału we Wrocławiu. A kolejny już październikowy - 11 października - będzie poświęcony edukacji -

„Polak twórczy i kreatywny”. Proszę państwa, mamy tutaj taki zwyczaj, że dyskusja jest nagrywana, później stenogramy zawieszamy na naszej stronie internetowej. Natomiast wcześniej będziemy prosić panelistów o autoryzację wystąpień. Wszystkich dyskutantów prosimy o przedstawianie się, gdyż trudno nam później zidentyfikować kto w danym momencie zabierał głos. Bardzo prosimy, jeśli to będzie nawet drugi, czy trzeci głos danej osoby, o ponowne przedstawianie się i jak powiedziałem zostanie to przesłane później do autoryzacji. Zapraszamy państwa również na naszą stronę internetową www.pte.pl. Dzisiejsza dyskusja jest w ramach tzw. konferencji przedkongresowych. 29 i 30 listopada Polskie Towarzystwo Ekonomiczne organizuje VIII Kongres Ekonomistów Polskich. Tych z państwa, którzy są zainteresowani, a jeszcze się nie zgłosili zapraszam do uczestniczenia w Kongresie. Proszę też odwiedzić stronę, tam jest karta zgłoszenia i jeśli zgłoszenie przyjdzie w tym miesiącu to jeszcze będziemy mieli przyjemność gościć państwa na Kongresie. Dziś ze swoimi publikacjami przed salą są przedstawiciele Oficyny Wydawniczej Szkoły Głównej Handlowej. Jak zwykle można kupić również pozycje wydane przez Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, a dziś wyjątkowo po bardzo korzystnych cenach. Życzę państwu owocnych obrad i do prowadzenia zapraszam panią dr Katarzynę Tymowską i pana redaktora Karola Szwarca. Dziękuję bardzo.

Karol Szwarz

Na wstępie o trzech sprawach. Po pierwsze chcę zacząć od truizmu, ale tak to już w życiu jest, że zazwyczaj zapominamy o sprawach oczywistych. Ochrona zdrowia jest tą dziedziną, której stosowanie zasady solidarności społecznej jest bezwzględnie konieczne i chciałbym, żeby ta zasada obowiązy-

wała przy naszej wymianie poglądów. Po drugie, chciałem powiedzieć, że na całym świecie ochrona zdrowia przeżywa kryzys, w jednych krajach jest on bardzo ostry w innych się ledwie tli, ale też jest widoczny. Przyczyn jest oczywiście kilka, wymienię najważniejsze: to jest starzenie się społeczeństw, coraz nowocześniejsze procedury medyczne i coraz bardziej ukierunkowane leki, co oczywiście podraża koszty, a wreszcie nieadekwatny do tej kryzysowej sytuacji sposób organizacji zarządzania zasobami. I właśnie w tej kwestii, właściwie na bardziej dotyczącej konfliktogennej jej części, na systemie kontraktowych świadczeń zdrowotnych zatrzymam dzisiaj naszą uwagę.

Dr Katarzyna Tymowska - moderator

Dziękuję bardzo. Ja może sprostuję, nie mam prawa do tytułu profesorskiego. Podam, dlaczego wybraliśmy alokację jak temat do dyskusji w czasie tego spotkania, powiem o obecnej alokacji, o jej wadach, ale podam też kilka informacji o systemie w świetle nowych badań. Czyli to będzie jednocześnie i moderowanie dyskusji, i wstęp do niej i mój referat jako jednego z panelistów. Przyjmując zaproszenie PTE do udziału w takiej dyskusji i również prośbę o zaproponowanie panelistów, zaproponowałam, żeby zajmować się w środowisku ekonomicznym takim tematem, który jest trochę tematem „kopciuszkiem”, o którym nikt nie dyskutuje, który jest jak pan redaktor zwrócił uwagę w ogóle niemedialnym, a co do którego dokonuje się ogromna liczba wyborów publicznych i politycznych, także nie jest to temat tylko technokratyczny. I zamysł był taki abyśmy przedstawili ten problem, który opisaliśmy ogólnie jako zasady kontraktowania, by przedstawiły to osoby zarówno związane z uczelnią i patrzące na niego od strony teoretycz-

nej, głównie ekonomiki zdrowia, jak również osoby, które borykają się z tymi zasadami kontraktowania w praktyce, mają doświadczenia w zarządzaniu dużymi jednostkami służby zdrowia w różnych okresach, przy różnych zasadach kontraktowania i również abyśmy zderzyli to z oczekiwaniami środowiska lekarskiego odnośnie, i zasad kontraktowania, i zasad wynagradzania, które nie będą dla nas odrębnym tematem, ale one bardzo silnie związane są z zasadami kontraktowania. Czyli, jakby celowy dobór panelistów, podzieliliśmy się tematami, aby pojawiły się te wątki teoretyczne i praktyczne, ale generalnie jakby mają taką ukrytą ideę, że chodzi o pokazanie niezwykle ważnego, ale w różnych dyskusjach - przemilczanego problemu. Ja może na początek przytoczę takie zdanie ekonomisty, pod którego (nie ukrywam, że przez lata) byłam pod dużym wrażeniem. Pod koniec lat 90. wydawnictwo naukowe PWN szukało pomysłu na przetłumaczenie jednego z podręczników z ekonomiki zdrowia i braliśmy pod uwagę siedem podręczników z rynku angielsko-języcznego. W wyniku kolejnych recenzji zdecydowano się na wybór książki Tomasza Getzena, jednego z najważniejszych ekonomistów, specjalistów od ekonomiki zdrowia w świecie, szefa Międzynarodowego Stowarzyszenia Specjalistów z Ekonomiki Zdrowia; jego podręcznik ma takie walory, że może być adresowany zarówno do ekonomistów jak i lekarzy, ma w różnych rozdziałach różny stopień trudności. Podręcznik został wydany przez PWN w 2000r. i jest to jeden z najważniejszych podręczników również w nauczaniu ekonomiki zdrowia w Stanach; Getzen pisze tak: sprzedawcy nieruchomości pytanie o czynniki najważniejsze w określaniu wartości tych nieruchomości odpowiadają - położenie, położenie i jeszcze raz położenie. Ekonomiści zajmujący

się ekonomiką zdrowia na pytanie o to, co określa wartość wydanych na zdrowie pieniędzy, odpowiadają - alokacja, alokacja i jeszcze raz alokacja. Nie będziemy w czasie tego spotkania zajmowali się ani dyskusją o tym, czy środkiem publicznym na zdrowie ma być danina publiczna zbierana w postaci podatku, składki, bonu zdrowotnego, czy to ma być 6 proc. PKB, 9 proc. PKB, czy 13. Ja chciałabym zwrócić uwagę właśnie na problem alokacji, alokacji rozumianej jako alokacja zasobów, alokacja środków bieżących i alokacja usług. Są jakby dwa takie podstawowe strumienie tej alokacji. My zajmiemy się tylko jednym z nich. A może trzy, bo pierwsza alokacja - to decyzja polityczna o wysokości tej daniny publicznej i o tym, czy to właśnie wszystko ma być tą daniną publiczną, czy część tych środków i jaka część ma być prywatna; my tym rodzajem alokacji nie będziemy się zajmowali się.

Również nie zajmiemy się bardzo ważnym problemem z zakresu alokacji, a dotyczącym podziału środków na województwa; on jest w miarę uporządkowany i ku mojemu ogromnemu zdziwieniu właśnie w tych dniach wchodzi zmiana rozporządzenia o tej alokacji, zaraz szczegółowo powiem czego dotyczy. Były chyba dwa czy trzy dni wyznaczone na zbieranie opinii o tym rozporządzeniu. Rozporządzenie o daleko idących skutkach finansowych. Oczywiście ci, którzy go tworzyli mieli wcześniej przygotowane różne warianty tego rachunku alokacyjnego w zależności od tego jaka w ostatnich dniach, w sierpniu, zostanie przyjęta ustawa, która zmieniła ten rachunek alokacyjny. Mianowicie, pierwsza ważna decyzja alokacyjna, to jest decyzja o podziale pieniędzy Narodowego Funduszu Zdrowia między oddziały. Kilka lat temu udało się (brałam w tym

aktywny udział) wprowadzić w miarę obiektywne kryteria podziału, w miarę obiektywne, ale przynajmniej nie było już subiektywnych i ograniczyliśmy dwa lata temu możliwość ręcznego sterowania przez dysponenta środków publicznych i dzielenia tych pieniędzy na województwa i zmiany decyzji alokacyjnych kilka razy w ciągu roku. Minister zdrowia mocą ustawy wydaje rozporządzenie o ogólnych warunkach umów, prezes Funduszu ma prawo wydania decyzji o szczegółowych warunkach umów, natomiast mechanizm alokacyjny jest określony rozporządzeniem ministra zdrowia z ogólną filozofią określoną ustawą. Zmiana jest daleko idąca, moim zdaniem następstwem presji wielkich aglomeracji, gdzie jest duża koncentracja zakładów opieki zdrowotnej przyjmujących pacjentów spoza, te środowiska oczekują, że w wyniku nowego mechanizmu alokacji napływ środków do nich będzie większy niż w wyniku poprzedniego mechanizmu. Jest opracowany wzór, właśnie dwa lata temu opracowaliśmy taki algorytm podziału, dziś to jest czterdzieści kilka miliardów złotych, jest specjalny rachunek matematyczny w następstwie którego dzieli się te pieniądze. Systemy informacji już mamy na tyle rozwinięte, że można było opracować taki algorytm. Jeśli zerknęliby Państwo na strony internetowe, jest zamieszczony projekt tego rozporządzenia, do dziś, wczoraj nie sprawdzałam, ale pierwszej wersji w ogóle nie było tych załączników z wzorami. Nie dziwię, ponieważ niewiele osób potrafi w ogóle przeczytać te załączniki, jest tu algorytm matematyczny podziału. Z jego pomocą rozstrzygają się podstawowe kwestie, ile pieniędzy będzie miało poszczególne województwo. Zaletą tego rachunku jest to, że nie ma już możliwości w wyniku decyzji politycznych zmiany tej alokacji, czyli nastąpiła w miarę obiektywizacja zasad

podziału. Ja to się tak trochę czasem podśmiewałam, że nawet jak to będzie kolor oczu dyrektora departamentu, dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, to i tak to będzie lepiej, niż było poprzednio. Niektórzy oczywiście marzą o powrocie do Kas Chorych. Ja nigdy nie byłam ich miłośniczką; taka skala ręcznego sterownia i ręcznej alokacji jaka była w kasach chorych niektórym bardzo odpowiadała. Nie sądzę, aby jakikolwiek polityk do takiego mechanizmu wrócił. Czyli alokacja. Ale w tej alokacji my zajmiemy się jakby tym następnym etapem - jak te pieniądze przez oddziały wojewódzkie dzielone są między szpitale, przychodnie, leki, w szpitalu na różne rodzaje świadczeń, czyli alokacja środków publicznych między rodzaje działalności medycznej, według jakich zasad tutaj się odbywa i tu się wszystko rozstrzyga. W tych zasadach kontraktowania, na co zwrócimy uwagę, są ukryte motywacja do określonych zachowań lekarzy, pielęgniarek, dyrektorów szpitali, organów założycielskich, pacjentów. W zależności do tego jakie tam są zasady, to one motywują albo do takich zachowań, albo do innych i mamy potwierdzone również badaniami naukowymi wyniki takich zachowań i możemy dawać wiele przykładów do czego dana zasada kontraktowania motywuje. Wszyscy zachowują się wtedy bardzo racjonalnie, odpowiadają na motywacje ukryte w tych zasadach kontraktowania. Te zasady alokacji są bardzo silnie związane z określonymi systemami informacji. Zwrócimy uwagę na to, jak ewoluowały te systemy informacji i jak one są, mimo ogromnego postępu, nadal niedostateczne. Czyli jak trudno uzyskać postęp w zasadach alokacji z uwagi na bariery informacyjne. Akurat w tych dniach dostałam najnowszy numer Health Policy i tam jest artykuł o brytyjskiej służbie zdrowia, gdzie

wyceniono jak silnie wzrosły koszty transakcji systemu i wyceniono o ile funtów wzrosły te koszty gdy Anglicy zaczęli wprowadzać finansowanie działalności a nie zasobów. My jesteśmy jeszcze bardzo daleko od tego co jest w Anglii. Natomiast oni na początku mieli znacznie wyższe koszty zarządzania, nawet jak mieli bardziej globalne zasady alokacji, a w tej chwili jeszcze bardziej im rosną. Czyli z zasadami alokacji związane są koszty transakcji, związana jest z nimi skala konfliktów, związana jest z nimi pozycja świadczeniodawców i to np. czy zasady kontraktowania zachęcają do tworzenia nieformalnych zmów monopolistycznych. Nasze zasady kontraktowania zachęcają do tworzenia nieformalnych zmów monopolistycznych. Ja jestem zdziwiona, że jest tylko jedna, która do tej pory się objawiła - Porozumienie Zielonogórskie; ono spełniło wszystkie kryteria niezbędne dla powstania nieformalnego monopolu. Członków tego porozumienia jest ich mało, mają jednolity interes ekonomiczny, potrafią się zorganizować i mają dominującą pozycję na rynku. Poprzez nieformalną zmwę monopolistyczną uzyskują lepszą pozycję w tej grze interesów na rynku umów z NFZ. Ja tak zmieniałabym zasady alokacji, żeby w ogóle nie było miejsca na nieformalne porozumienie. Gdy zostawia się taką pustkę, to pokusa do zmów natychmiast powstaje. Czyli jest tu dodatkowe uzasadnienie dlaczego tematem spotkania jest alokacja. Ja jako ekonomistka zajmująca się od lat ekonomią zdrowia nie mam żadnych wątpliwości i że to jest w ogóle najważniejszy problem. Tu się rozstrzyga wszystko. To np. co wpisujemy w rozporządzeniu ministra zdrowia, według jakiego papierka lakmusowego, czy według jakich mierników oceny jakości usług kupujemy świadczenia, czy kupujemy poradę zablokowaną razem z diagnostyką,

czy kupujemy diagnostykę osobno; diagnostycy laboratoryjni bardzo silnie umocnili ostatnio swoją pozycję i domagają się, żeby osobno kupować usługę lekarską a osobno badania diagnostyczne, bo ich zdaniem lekarze oszczędzają i nie kupują badań diagnostycznych; niektórzy diagnostycy stracili dlatego, że ktoś jest zainteresowany, żeby we własnej praktyce wydawać te pieniądze, a może nawet mniej wydawać niż poprzednio, ma motywację ekonomiczną. Zorganizowanie dyskusji o alokacji jest niezwykle trudne. Tak niewiele osób w ogóle rozumie co tkwi w tych zasadach alokacji. To powoduje, że rząd w tych dniach mógł sobie pozwolić na dwudniową tylko konsultację społeczną o jednej z najważniejszych regulacji, o podziale pieniędzy na województwa; zasady kontraktowania na szczęście nie mogą być zmieniane częściej niż dwa lata, więc dopiero w przyszłym roku minister zdrowia może zmienić rozporządzenie o zasadach kontraktowania i ja głowę dam, że może 5 osób spoza praktyków zaopiniuje te zasady kontraktowania. Czyli zwracam uwagę na taki temat, który w publicznych dyskusjach umyka. Może redaktor Elżbieta Cichocka powie dlaczego on umyka, dlaczego on jest niemedialny, on jest "niepolityczny", choć wyborów publicznych i publicznych jest tam mnóstwo. W ramach tego mojego jeszcze wstępu przekazałabym Państwu takie dosłownie dwa, trzy zdania takich informacji, które by przeczyły tezie, że my mamy w służbie zdrowia kryzys. Nie ma żadnego kryzysu, jest to sektor jeden z najsilniej rozwijających się. Jak się robi analizy dla biznesu medycznego aparatury, sprzętu technicznego, leków - jest to jeden z najsilniej rozwijających się sektorów w Europie Wschodniej. To znaczy popyt na aparaturę, sprzęt, inwestycje (oczywiście nie na podstawie danych rocznika

statystycznego, gdzie są dane tylko o inwestycjach wydatkowanych z budżetu); gdy analizuje się rynek inwestycyjny w sektorze zdrowia, szczególnie w dużych aglomeracjach, on niesamowicie rośnie. Zatrudnienie rośnie generalnie, bo zmalało zatrudnienie w niektórych częściach sektora publicznego, ale rośnie w sektorze prywatnym. Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia ponoszone z kieszeni pacjenta rosną jeszcze silniej niż dwa lata temu. Mamy nowe wyniki badania - Diagnoza Społeczna 2007. Dane mamy od 1999 r. W latach 2003-2005 była mała stabilizacja, teraz te wydatki rosną jeszcze szybciej. Przeciętne wydatki przypadające na gospodarstwo domowe, na leki i na oficjalny zakup usług na rynku rosną znacznie szybciej, niż to co się medialnie podaje o wydatkach na prezenty, na wydatki korupcyjne. 40 proc. gospodarstw domowych już korzysta z prywatnie opłacanej, oficjalnie działającej opieki zdrowotnej i wcale nie są to grupy najbardziej zamożne. Największy wzrost korzystania w ostatnich latach nastąpił na wsiach i w małych miasteczkach. Wydatki gospodarstw domowych wzrosły bardzo silnie na leki, na zakupy usług na oficjalnym rynku, a liczba gospodarstw domowych, które przyznają się do dawania czegoś nieformalnie jest mała i w ostatnich latach zmalała. W Diagnozie Społecznej wydzieliliśmy różne typy wydatków gospodarstw domowych, wyodrębniliśmy wydatki na kulturowo uwarunkowane prezenty od opłat za jakieś szczególne przywileje. W ramach Diagnozy Społecznej odpowiadam za tę część na temat ochrony zdrowia. Zmalała liczba gospodarstw domowych, które przyznają się, że w ogóle dają jakiegokolwiek prezenty i tzw. dowody wdzięczności. Ta ostatnia suma co prawda trochę wzrosła, ale liczba gospodarstw domowych to w tej chwili jest 4,7 gospodarstw

korzystających z opieki zdrowotnej, a 90 kilka procent gospodarstw korzysta z opieki finansowanej przez NFZ w skali kraju. Wydatki bardzo rosną. Skłonność do prywatnych ubezpieczeń jest nadal bardzo niska, badamy to już po raz kolejny, a jednocześnie wzrosła liczba osób w ogóle nie zainteresowanych takimi polisami. Rośnie rynek abonamentów, ale tylko w dużych aglomeracjach; tu są głównie osoby pracujące na własny rachunek i pracownicy. Korzystanie z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych rośnie, ale opłacanej prywatnie silniej. Objawem kryzysu mogą być konflikty w ochronie zdrowia. Permanentne konflikty wokół wynagrodzeń, konflikty wokół zasad kontraktowania (choć te są coraz mniejsze), zadłużenie - to są duże słabości naszego systemu, ale czy rzeczywiście mamy w sensie ekonomicznym taki wielki kryzys, jak się w mediach podaje? Zadłużenie jest tylko w niewielkiej liczbie zakładów. Są takie szpitale, które mają nadwyżki i bardzo dobrze funkcjonują i wiele środków inwestują. Ja nie neguję problemu, że system zachęca do zadłużania się zakładów publicznych, ale to nie jest ten problem, który uważałabym obecnie za najważniejszy w ekonomicznych dyskusjach o ochronie zdrowia. Co jest największym moim zdaniem problemem poza sprawami alokacji? - brak nadzoru nad kosztami i brak nadzoru nad jakością, ale to nie znaczy, że uruchamiając wysiłek na rzecz wdrożenia takiego nadzoru wygramy i problem zniknie raz na zawsze. Mówi się tak, że żaden kraj nie wygrał jeszcze walki o nadzór nad kosztami. Dlaczego? Bo czynników generujących koszty jest bardzo dużo a koszty nadzoru nad kosztami są bardzo wysokie i kraje, które uruchamiają silne instrumenty nadzoru nad kosztami muszą bardzo wydać na ten nadzór, a i tak jest on mało skuteczny,

bo do tych regulacji się wszyscy dostosowują i ciągle trzeba je zmieniać. Dlaczego? Bo grupy interesów ekonomicznych zainteresowanych wzrostem kosztów opieki zdrowotnej mają znacznie silniejszą pozycję lobbystyczną, aniżeli grupy interesów ekonomicznych zainteresowanych ograniczeniem kosztów. I tak jest wszędzie, na całym świecie. I również w Polsce. To jest opinia na podstawie analizy systemów we wszystkich krajach słabo rozwiniętych, średnio, wysoko. Czyli jakby pozycja różnych grup interesów tu decyduje o tym. Thomas Getzen nawet ma takie powiedzenie: każdy kto się chce czegoś dowiedzieć o w ochronie zdrowia, musi posłuchać, co mówi pieniądz, co on mówi o grupach interesów ekonomicznych, które są związane z leczeniem, kto zarabia na tym, że ludzie chorują i dlaczego zarabia więcej niż inni. Z Diagnozy Społecznej 2007 wynika, że wybór szpitala nadal w Polsce jest zdeterminowany tym, że wskazuje go lekarz ale równie ważna jest bliskość miejsca zamieszkania, czyli prawo wyboru szpitala w niewielkim stopniu wpłynęło na przesuwanie pacjentów, bo są silne kulturowe uwarunkowania bliskości szpitala wobec miejsca zamieszkania. Jak pytaliśmy o zadowolenie z opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania, to mimo tego medialnego, negatywnego wizerunku polskiej służby zdrowia, mamy po raz kolejny taki wynik: 73% pytanych (przedtem było 75), a próba losowa to ponad 10 tys. osób, odpowiedziało nam, że jest zadowolonych z opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Społeczeństwo polskie nie wykupuje polis ubezpieczenia dobrowolnego, a przecież są na rynku, ponieważ się czuje w miarę bezpiecznie w sytuacji choroby. Ten system, mimo tego całego medialnego krytycyzmu i mimo tych konfliktów, które są np. wokół płac działa i społeczeń-

stwo się czuje bezpieczne na tyle, że nie asekuruje się na rynku ubezpieczeniowym. A przerzucenie kosztów między prywatnym a publicznym i między publicznym a prywatnym sektorem i w ramach prywatnego i w ramach publicznego powoduje, że rachunki kosztów są mało wiarygodne. Przerzucanie kosztów jest ogromne i to nie od momentu wprowadzenia kasy chorych, ale od lat, te dwa systemy - prywatnie finansowane i publicznie finansowane żyją w pełnej symbiozie i wcale nie patologicznej. Ktoś, kto np. odbierze prawo wystawiania recept refundowanych lekarzom praktykującym prywatnie naruszy tę symbiozę i obydwie systemy będą w stanie totalnego kryzysu. Gdy Getzen mnie poprosił, gdy wydawał w USA drugie wydanie podręcznika, abym pokazała jakiś problem dla Polski, taki, który on opisuje w podręczniku, a który byłby dobrą ilustracją i spraw polskich, ja upierałam się, że to jest przerzucanie kosztów i pokazałam mu, że my mamy znacznie większą liczbę rodzajów przerzucania kosztów niż to co on opisuje w podręczniku. W drugim wydaniu podręcznika jest mój rozdział o Polsce, a w nim i opis tego przerzucania kosztów. Teraz trochę więcej o kontraktowaniu świadczeń. Wszyscy myślą, że my mamy system kontraktowania od 99 r. czyli od wprowadzenia kasy chorych. Nie, od znacznie wcześniejszego okresu. Pierwsze kontrakty były podpisywane w 93 r. bo od tego momentu prywatna praktyka, prywatny szpital, mógł dostać środki publiczne na leczenie osób mających uprawnienia. Możemy więc mówić o ewolucji zasad kontraktowania w Polsce od tamtego okresu. Dużo się zmieniło, ale niezależnie od tego kto miał władzę - następowało silne umacnianie płatnika, dysponenta środków publicznych, od chodzenie od ręcznego sterowania na rzecz obiektywizacji zasad kontraktowania. Miał

też miejsce bardzo silny rozwój systemów informacji, chociaż wciąż niedostateczny, NFZ kupuje nadal trochę kota w worku. Miało miejsce ograniczanie motywacji do generowania kosztów, ale ciągle one są i te dotychczasowe mechanizmy nadzoru nad kosztami są za słabe. Czyli, to nie jest tak, że się nic nie stało w systemie w ciągu tych ostatnich lat i nie jest prawdą, że te zmiany- to były takie "od ściany do ściany". Gdy analizuje się te decyzje ekonomiczne i to co się działo w systemie budżetowym, gdy podpisywano pierwsze kontrakty i potem, w okresie kas chorych, a następnie tego narodowego funduszu zdrowia, który działał według tej wersji pierwszej ustawy i o funduszu, który jest teraz - to jedno jest widoczne: niezwykle silne umocnienie płatnika. Moim zdaniem stanowczo jeszcze za słabe. Jego narzędzia nadzorowania wydatków publicznych są jeszcze za słabe. A przede wszystkim nie dotyka z przyczyn politycznych jednego z najważniejszych narzędzi, czyli nie ogranicza nadmiernego popytu ze strony pacjentów i niezasadnego popytu, a poprzez zasadach kontraktowania świadczeń zachęca się pacjentów do maksymalizowania korzystania. Są różne metody ograniczania tego popytu, ale nie dotyka się w ogóle tego problemu konieczności ograniczania popytu, ograniczania korzystania, bo to jest niebezpieczne politycznie. Główne wady tego systemu kontraktowania - to słaba informacja utrudniająca dobre zdefiniowanie tego co się kupuje. Ponadto - nadal jest motywacja do przerzucania kosztów na wyższe poziomy referencyjne, czyli na droższe procedury i do droższej medycyny, mimo, że istnieje równie skuteczna, tańsza. Nie ma żadnej motywacji do substytucji, bo w tych zasadach kontraktowania nie ma motywacji do substytucji. Jest wciąż bardzo silna natomiast motywacja do generowa-

nia kosztów. Opłaca się przekraczać limity, przyjmować częściej pacjentów z niektórymi schorzeniami, w rzadziej z innymi. Niektórzy świadczeniodawcy w tych zasadach kontraktowania, mają silne motywacje do spijania śmietanki z rynku i przyjmowania tylko niektórych pacjentów, sprzedawania tylko niektórych usług, za to niektórzy inni muszą ponieść koszty leczenia tych pozostałych przypadków chorobowych. Niestety system kontraktowania doprowadził do dekompozycji struktur organizacyjnych, przez to wygenerował duże koszty i transakcji i wiele konfliktów i nie daje szans na uzyskiwanie efektów skali. Kierunki zmian w publicznej służbie zdrowia, szczególnie w opiece ambulatoryjnej poszły w zupełnie innym kierunku niż kierunki zmian na rynku prywatnym - prywatnie finansowanym i prywatnie inwestującym. W sektorze prywatnym następuje bardzo silna kompozycja struktur, tworzenie sieci. Jak już pacjent pojawi się w tej sieci współpracujących ze sobą instytucji ma zaspokajane wszystkie potrzeby. Były jeszcze inne powody dekompozycji struktur organizacyjnych, czyli powstania ogromnej liczby świadczeniodawców; ponoszą oni odpowiedzialność za bardzo małe zakresy, więc nie mają motywacji do substytucji metod leczenia. Nie ma w takim razie też możliwości efektów skali i nie ma możliwości wdrażania metod typowych dla zarządzania chorobą, bo nie ma możliwości kontynuowania i odpowiednich mechanizmów ekonomicznych. Niestety ciągle brak stabilizacji zasad kontraktowania, część zasad, moim zdaniem zbyt duża jest jeszcze w obszarze decyzją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ja byłam zwolenniczką i jako ekspert miałam jakiś wpływ na zapisy ustawy, żeby jak najmniej takich uprawnień decyzyjnych miał Prezes Funduszu. On jest urzędnikiem

państwowym realizującym zasady ustalone przez administrację publiczną, i to ona za to politycznie odpowiada. Dziś niestety Prezes Funduszu jeszcze ma dość duże uprawnienia. Dlaczego? Bo bardzo trudno opisać te zasady ogólne i szczegółowe, bo mamy za mało informacji a i ze świadczeniodawcami nie udało się wynegocjować innych zasad, to znaczy świadczeniodawcy nie są jeszcze na tyle profesjonalnie zorganizowani, żeby tworzyli związki pracodawców, z którymi można uzgadniać pewne zasady, to wymaga lat pracy i uczenia się przez doświadczenia. A i zbyt duża jest liczba świadczeniodawców. Pierwsza procedura uzgodnieniowa nie udała się i minister rozstrzygnął i ustalił z ogólne zasady kontraktowania. Zmiany pożądane muszą być takie, aby eliminować te wady; propozycje pojawiają się w wystąpieniach panelistów, którzy uzupełnią trochę takie moje spojrzenie na system. Ja dziękuję za wysłuchanie. Teraz kolei na inne wystąpienia. Zaczniemy od informacji o koordynowanej opiece zdrowotnej, czyli o pewnej technice finansowania, które niezwykle silnie rozwija się na świecie i która powoduje, że odpowiedzialność za generowane koszty przerzuca się na świadczeniodawców, u których kupuje się duże pakiety usług; można wtedy wprowadzić mechanizm zarządzania chorobą i koordynowania opieki. W skrócie to jest KOZ-a. Zaproszeni paneliści jako grupa należymy do dużych zwolenników KOZ-y. Ja nawet kiedyś jak kończyliśmy Podyplomowe Studium Ekonomiki Zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim po 15 latach jego istnienia, wręczałam miłośnikom KOZ-y małe zabawki - kozy i okazało się, że miałam ich stanowczo za mało, bo na sali tych miłośników KOZ-Y było znacznie więcej. Mamy wyniki badań, pani dr Katarzyna Kowalska przeprowadziła badania nad warunkami jakie musiały

być spełnione, aby taka KOZ-a była w Polsce wprowadzona. To są techniki kontraktowania bardzo silnie rozwijające się w świecie, z dużymi doświadczeniami, ale muszą być spełnione pewne warunki, żeby one dobrze funkcjonowały. Potem referat pokazujący co się dzieje w dużym szpitalu wielospecjalistycznym, zarządzanym przez ekonomistkę i jakie problemy powstają przy obecnych zasadach kontraktowania. A lada dzień powstanie nowy problem, o czym pani dyrektor Krystyna Grzenia wie: Senat pewnie zaklepie tę ustawę, gdzie jest zapis, że jeśli Fundusz zwiększy kontrakt za ten sam rodzaj świadczeń, który był do tej pory, to z każdej dodatkowej złotówki dyrektor szpitala 40 gr., czyli ze 100 zł, 40 zł będzie musiał przeznaczyć na wynagrodzenia i to tak ma być po wsze czasy. Czyli w szpitalu się może popsuć aparatura, zawalić dach, zabraknąć leków, ale dyrektor nie będzie mógł przeznaczyć tych dodatkowych pieniędzy na takie cele. W ten sposób realizuje się filozofię ministra zdrowia "stopniowego wzrostu wynagrodzeń". Ja jestem za wzrostem wynagrodzeń, ale art. 59a tej nowej ustawy jest najśłabszą, największą wadą tej ustawy (chodzi o ustawę o wzroście wynagrodzeń). Jakie problemy w zarządzaniu szpitalem powstaną przy tych zasadach kontraktowania, kiedy dyrektorowi drogą ustawy narzuci się decyzję na co on ma przeznaczyć dodatkowe środki. Ja jestem przekonana, że jeśli nowa władza, po wyborach nie wycofa się z tego zapisu, to doprowadzi on do totalnego rozpadu publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Potem zwrócimy uwagę na ograniczenia informacyjne; pan Franciszek Gajek pokaże, jakie mamy ograniczenia informacyjne i ile pracy jeszcze trzeba włożyć mimo tej włożonej, żeby w ogóle to poprawić i w jakich kierunkach iść, aby ta informacja ekonomiczna była lepsza.

A potem jak to wygląda w opiniach izb lekarskich, czyli zasady kontraktowania a w tym i zasady wynagradzania lekarzy, jako część kosztów (bo to jest jeden z rodzajów kosztów, który trzeba sfinansować poprzez umowy z NFZ). I na koniec referat pani Elżbiety Cichockiej - obraz medialny służby zdrowia, jakie są jego związki z problemami alokacji czyli z jednym z najważniejszych problemów ekonomicznych. Dziękuję bardzo. Proszę panią Katarzynę Kowalską o przedstawienie informacji o jednej z technik finansowania, bardzo się rozwijającej na świecie i o szansach jej wprowadzenia w Polsce.

Pani dr Katarzyna Kowalska

Dzień dobry. Bardzo dziękuję za zaproszenie przede wszystkim na dzisiejsze spotkanie. Ja myślę, że to co państwo dzisiaj będziecie słyszeli, to jest pewnego rodzaju wielogłos, tak jak w utworach Bacha mówić będziemy wielokrotnie o tych samych sprawach, ale pokazując jakby z innej perspektywy. Ja przedstawię państwu pewien przykład, sposób kontraktowania świadczeń medycznych, ale może zacznę od powołania się na autorytet, który w roku 1986 r. otrzymał nagrodę Nobla z dziedziny ekonomii i on dowodził, że ekonomia zbliża się do sytuacji, a mówił to już w latach 70., w której staje się raczej nauką o kontrakcie niż nauką o wyborze, tylko jeśli spojrzymy na to co tak naprawdę najbardziej ekonomistów interesuje, czyli kwestie wyboru i alokacji tego, czego zawsze nam brakuje i będzie brakować, to dzieje się to za pośrednictwem instytucji wymiany. I do instytucji wymiany odwołuje się właśnie instytucja umowy. Ona nadaje jakby wymianie charakter strukturalny i to co podkreślamy tutaj i będziemy podkreślać w dalszej części tego spotkania, to, że

umowa tworzy strukturę bodźców, motywuje do pewnych zachowań, korzystnych albo niekorzystnych. I to o czym ja bym chciała państwu powiedzieć to opowiedzieć o umowach, które przewidują finansowanie, przewidują odpowiedzialność finansową za zorganizowanie i finansowanie dostępu do szerokich zakresów usług medycznych. Powiem krótko o tym, czym jest skoordynowana opieka zdrowotna, definicji o tym jakie korzyści mogą mieć takie a nie inne formy kontraktowania i wreszcie jakie warunki powinny być spełnione. Nadmienię może tylko w tym miejscu, że dyskusja na temat opieki skoordynowanej na świecie toczy się od ponad 20 lat i jest bardzo żywotna, budzi wiele emocji. W Polsce ta dyskusja ograniczona jest do bardzo niewielkiego kręgu osób. Tak jak już to zostało przed chwilą wspomniane koordynowanej opieki zdrowotnej, to angielskie określenie to dla osób, które może nie miały styczności jeszcze z tym pojęciem warto kojarzyć, czy taki najbardziej znany przykład organizacji, czy firm opieki koordynowanej, są to organizacje podtrzymywania zdrowia, ... Idea opieki koordynowanej narodziła się w Stanach Zjednoczonych, tam dokonała rewolucji, tam bardzo dynamicznie się rozwijała i w związku z tym bardzo często jest postrzegana jako taki fenomen amerykański. Ja bym się z tym nie zgodziła, nie jest to słuszny pogląd, dlatego że wiele doświadczeń krajów europejskich, w tym przede wszystkim Wielkiej Brytanii z modelem dysponowania budżetem przez lekarzy rodzinnych, jak również Węgier. Na Węgrzech od roku 1999 jest bardzo dużo eksperymentów z podobnym do brytyjskiego modelem dysponowania budżetami przez lekarzy rodzinnych. Jak również doświadczenia Australii, czy Nowej Zelandii, to są kraje, które mają jakby bardzo poważny dorobek związany z opieką koordynowaną. Polska

także ma pewne doświadczenia jakby na różnych poziomach, w różnych wymiarach. Były pewne próby legislacyjne, począwszy od projektu ustawy o samorządowej opiece zdrowotnej. Pani dr Tymowska była szefem zespołu, który przygotowywał ten zespół jako inicjatywa poselska był złożony do Sejmu. Tam były zapisy o opiece koordynowanej. Zespół, który pracował w 2004r. pod auspicjami ministra Hausnera również zalecał w dokumencie strategię zmiany w opiece zdrowotnej, szanse przewyższania kryzysu, że możliwe zalecane jest organizowanie opieki zdrowotnej w postaci koordynowanej opieki zdrowotnej. W pierwszej roboczej wersji ustawy obecnie obowiązującej również były takie zapisy. Mieliśmy doświadczenia oddolne organizowania opieki zdrowotnej w formie opieki koordynowanej w woj. zachodniopomorskim, w woj. łódzkim, pomorskim. To był rok 2002 i mamy konkretne wyniki jakby z tego, jak taka forma organizacji funkcjonuje. I teraz chciałabym przejść definicji, którą zaczerpnęłam, bo do tego zawsze można się też jeszcze później odwołać z dokumentu zespołu ds. rozwiązań systemowych, czym opieka koordynowana jest. Jest to sieć współpracujących ze sobą dostawców, dostawców usług medycznych zapewniających dostęp do dużych zakresów usług. Czyli nie tylko do opieki podstawowej, nie tylko do opieki specjalistycznej, ale do każdej formy opieki, która z tytułu odpowiednich praw pacjentom się należy. Koordynujących opiekę nad swoimi pacjentami, mających wpływ na to jak pacjent w tym systemie wędruje, zapewniających tym samym ciągłość leczenia i wewnętrzny nadzór nad jakością tego leczenia. Sieć może być zarządzania przez wspólnie wyłoniony zarząd. To może być sieć niezależnych zupełnie od siebie podmiotów prawnych, a może to być sieć jakby taka naturalna, czyli możemy mieć do czynienia

z takim zintegrowanym zakładem opieki zdrowotnej i tu pani dyrektor będzie opowiadała o swoich doświadczeniach w tym zakresie. Czyli można powiedzieć w dużym skrócie, że organizacja opieki zdrowotnej, koordynowanej opieki zdrowotnej są jakby takimi pośrednikami kontraktowymi zawierającymi umowy z jednej strony z konsumentem, któremu obiecują, oferują dostęp do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych, z drugiej strony kontrakty z dostawcami świadczeń opieki zdrowotnej. Z biznesowego punktu widzenia jest to taki system organizacji opieki, w której mamy dwie pożądane formy konkurencji: konkurencji ceną, ale i konkurencji jakością. Słów kilka dlaczego miało być to korzystne, jakie są korzyści z tytułu wdrażania takiej a nie innej formy opieki. Pierwszy argument może ekonomiczny. Tu oczywiście należałoby jeszcze dodać jedną podstawową informację, mianowicie przejmowanie odpowiedzialności finansowej za zapewnienie dostępu do danego zakresu świadczeń medycznych związane jest finansowaniem ... Czyli, jeśli np. firma opieki koordynowanej bierze odpowiedzialność za zorganizowanie opieki medycznej dla 100 tys. pacjentów, to za każdego pacjenta, który zgłasza się do danej firmy otrzymuje stałą pewną sumę, my to nazywamy - stawką kapitacyjną. I teraz w ramach tego budżetu, który jest stworzony z tytułu tych środków należy tę opiekę zapewnić i w związku z tym powstaje motywacja do tego, żeby sensownie tymi pieniędzmi zarządzać. Czyli co się dzieje? Mamy powiązanie odpowiedzialności finansowej ze skutkami decyzji medycznych. Nagle ktoś, kto decyduje, że wypisuje receptę, że kieruje na pewne badania, kieruje do szpitala, ponosi odpowiedzialność finansową za wygenerowane z tego tytułu koszty. Ponieważ każdej takiej organizacji opieki koordynowanej powinno

zależać na pozyskiwaniu coraz to nowych pacjentów mamy do czynienia ze zwiększeniem konkurencyjności, konkutowaniem o pacjenta. Jak można konkurować o pacjenta? Oczywiście jakością, a to oznacza, że musimy konkurować o dobrych dostawców opieki, o tych, z którymi podpisujemy umowy, na podstawie których będą zapewniali opiekę naszym pacjentom. I tu można oczekiwać m.in. poprawy różnych aspektów jakości opieki, w tym poprawy dostępności. Tu, może później będzie chwila czasu, żeby powiedzieć o doświadczeniach polskich, jak bardzo zmieniła się dostępność do opieki specjalistycznej w tych regionach, gdzie wdrożono takie zasady finansowania. Na okres krótki, to było pół roku, ale obserwowaliśmy bardzo wyraźną poprawę. Kolejna korzyść, to lepsze, jak to tak w skrócie określiłam, lepsze rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych, czy w stronę filozofii potrzeb. Jest takie powiedzenie amerykańskie, że to znaczy łóżko zbudowane, łóżko postawione w szpitalu, będzie zawsze łóżkiem zapewnionym. To jest taka filozofia finansowania zasobów. Mamy pewną strukturę, mamy oddział, na którym jest 10 łóżek i jest motywacja do tego, żeby to zostało wykorzystanie. Skoordynowana opieka zdrowotna jakby odchodzi od takich motywacji w stronę właśnie filozofii potrzeb. Mamy pacjenta z takim konkretnym problemem i mamy pewną swobodę jak ten problem rozwiązać. Prosty przykład, to lekarze mają doskonałą intuicję, to jeżeli jest taki pacjent, z takim samym problemem, dwóch pacjentów i jednego trzeba położyć w szpitalu na tydzień i ustawić leczenie, a drugi za nic w świecie się nie położy i zupełnie inaczej trzeba ten sam problem rozwiązywać. Jakby w tym kierunku opieka koordynowana pozwala nam zmierzać. I wreszcie koordynacja, ciągłość opieki. Odpowiedzialność za te szerokie

zakresy pozwala jakby całościowo sprawować opiekę nad tym pacjentem, co z punktu widzenia pacjenta jest bardzo korzystne, ale i z punktu widzenia stylów wytwarzania opieki medycznej, gdzie teraz już jakby pracują zespoły, duże zespoły specjalistów, współpracują ze sobą jakby, taki model, gdzie każdy gdzieś oddzielnie leczy inną część ciała, to już nie jest jakby model współczesnej medycyny. To już nie jest świat w którym funkcjonujemy. Oczywiście, żeby te korzyści uzyskać muszą być spełnione pewne warunki. Jeśli państwo spojrzelibyście na wyniki jak funkcjonuje opieka koordynowana w wielu krajach, w Stanach Zjednoczonych, w Wielkiej Brytanii, to tam się pojawia oczywiście bardzo dużo krytyki w mediach z wiadomych powodów. Media gdzieś tam wyłapują bardzo takie ciekawe przykłady. Z czego to się bierze? Z tego, że mówią takim, używając kolokwializmu - diabeł tkwi w szczegółach. Jeśli pewne warunki nie będą spełnione, to okazuje się, że to może nie zadziałać. I teraz parę słów o tych warunkach. Pierwsza rzecz to spójność systemu bodźców. I tu już wspominałam o finansowaniu kawitacyjnym. Tu należałoby jeszcze dodać jedną rzecz. Mamy z jednej strony finansowanie całej firmy medycznej, ale z tym musi być spójny też sposób wynagradzania lekarzy, tak żeby zupełnie jakaś inna polityka na poziomie personelu medycznego się nie odbywała, żeby lekarze też byli zaangażowani, czy mówiąc szerzej profesjonalści medyczni, czy personel w realizację polityki danej firmy, opieki koordynowanej, żeby byli rzecznikami interesu także swojego pracodawcy. Kolejna taka cecha koordynowanej opieki zdrowotnej to odpowiedzialność za, za duże populacje. Czyli jeśli firmy opieki koordynowanej odpowiedzialne np. za 100 tys. pacjentów a nie 10 tys. - dlaczego? Przy odpowie-

działności finansowej za niewielkie grupy pacjentów powstają bardzo duże ryzyka finansowe dla takich firmy medycznej. To aktuariusze mogliby dużo powiedzieć na ten temat, że wycena ryzyka, szacowanie kosztów, które mogą się pojawić przy odpowiedzialności za niewielkie grupy, to jest szalenie ryzykowane rzecz. Przy dużych populacjach to takie szacunki ryzyka są możliwe, to po pierwsze. A po wtóre, dużo lepsze wykorzystanie zasobów. Mamy efekty w skali, możemy dużo lepiej wykorzystywać naszych profesjonalistów, kadry medyczne i to jest też niewątpliwie atut. Odpowiedzialność za szerokie zakresy usług, tu pani dr Tymowska już wspominała o tym głównym naszym problemie, mianowicie o przerzucaniu kosztów. Jeśli firma opieki koordynowanej przejmuje odpowiedzialność np. tylko za opiekę podstawową i opiekę specjalistyczną, ale już nie szpitalną, to jest bardzo silne ryzyko tego, że trudne przypadki będą odsuwane od finansowania według reguły kawitacyjnej i ta motywacja do odsyłania do kogoś innego i zachowywania jakby tego co zostaje jest silna. Czyli odpowiedzialność, ale odpowiedzialność za całość, ode momentu wejścia pacjenta do systemu, aż do momentu wyjścia, kiedy problem jest rozwiązany. Żeby zarządzać opieką, żeby skutecznie koordynować opiekę, żeby zapewniać jakość, ja tutaj tylko wspomnę, bo o tym jeszcze będzie mowa, potrzebna jest informacja ekonomiczna, informacja medyczna. Oczywiście informacja sama w sobie de facto nie niesie nic i jakby nie daje nam nic, jeśli nie mamy do czego jej odnieść, czyli standardy postępowania medycznego koniecznie potrzebne, coś co jakby jeszcze wielkie wyzwanie przed naszym systemem. Kolejna rzecz, to kto dysponuje tą informacją? Jeśli to jest ktokolwiek, ktoś kto usiłuje administrować, to też ta

informacja niewiele nam da, czyli konkurencja wyspecjalizowane kadry menedżerskie, tworzenie mechanizmów konkurencji świetnych menedżerów i także tutaj pewnie będzie mowa o kwestii dyrektorów medycznych, by znaleźć posłuch w środowisku medycznym, wpływać na zachowania profesjonalistów medycznych. Wiemy, że tak naprawdę mniej więcej w 50 proc. lekarze mają wpływ na poziom kosztów, ale żeby zmieniać ich zachowania, które te koszty generują, to trzeba mieć posłuch, trzeba świetnie jakby rozumieć specyfikę wykonywania zawodu, decyzji, itd. a nie wydawać jakieś polecenia administracyjne. Elastyczność finansowania, to też ten wątek się tutaj pojawił, nie można mówić takiemu szefowi firmy koordynowanej opieki zdrowotnej, dyktować na co ma być wydawane grosz po groszu. Musi być możliwość przesuwania środków pomiędzy różne budżety, różne potrzeby dlatego, że różnie kształtować się będą te potrzeby w ramach firm opieki koordynowanej. Stabilność systemu umów. Jeśli nie ma tej stabilności, to nikt nie decyduje się na inwestycje długoterminowe. Jest obawa, że coś w co inwestujemy to za rok będzie dla nas stratą. Jest tak, że jest to kolejny warunek, który należałoby tu wymienić. Stosunki własności, to jest temat rzeka i nieuporządkowany w Polsce. Badania nasze programu pilotażowego w roku 2002 pokazały, że nieuporządkowane stosunki własności, gdzie tak naprawdę ktoś, kto nie jest właścicielem, nie ma motywacji, żeby inwestować w praktykę, żeby ją rozbudowywać, itd. itd. są poważną przeszkodą dla rozwoju opieki koordynowanej. I dwa ostatnie punkty i to już będę zmierzała do końca, ale chciałam podkreślić, że jest to jakby klucz całego systemu opieki koordynowanej. Muszą być stworzone warunki dla skutecznego dochodzenia praw pacjenta. To znaczy, te prawa

muszą być jasno określone i pacjent musi ich móc dochodzić. Czy tylko drogą sądową? Nie. Przed dwoma lata po dziś dzień pamięta dr Konstanty Radziwiłł zwrócił uwagę, że różne formy chociażby arbitrażowe w krajach skandynawskich, gdzie jest możliwość dochodzenia tych praw pacjenta, niekoniecznie musi to być drogą sądową. Ale aby zapewnić tę jakość pacjentowi, pacjent musi mieć możliwość dochodzenia swoich praw. I wreszcie jakby ostatni punkt, który chciałabym tu pokazać, to stworzenie warunków do konkutowania firm opieki koordynowanej o pacjenta. Jeśli w danym miejscu, w danym regionie jest tylko jedna firma opieki koordynowanej i ten pacjent i tak nie ma wyboru, bo musi się zapisać tu, bo następne miejsce jest 100 km dalej, czy 50, to tu już coś przestaje grać. Jakby to podstawowe założenie, że konkurujemy o pacjenta, gdzieś tam nam umyka i to jest poważny problem dlatego, że z natury swojej tego typu konkurencja opieki zdrowotnej nie zawsze jest możliwa, bo mamy naturalne monopole wynikające z tego, że jest potrzeba efektów skali. Mamy bardzo silną asymetrię informacji, gdzie pacjent nie jest w stanie ocenić jakości, dla niego to, że lekarz się uśmiecha, jest miły, itd. jest to wystarczającym jakby atutem i jakby nie dostrzega, że ta jakość gdzieś szwankuje. Także tutaj też pewne ryzyka dostrzegamy. Dziękuję bardzo.

Dr Katarzyna Tymowska - moderator

Dziękuję bardzo. Poprosimy teraz właśnie o informacje o tych dylematach, które powstają przy zarządzaniu szpitalem przy obecnych zasadach kontraktowania.

Pan dr Mateusz Szczurek

Czy mógłbym jeszcze jedno tylko pytanie dotyczące ostatniego punktu zadać. Mateusz Szczurek z ING Bank Śląski. Bardzo mnie

interesuje kwestia konkurencji o pacjenta, o selekcji pacjentów przez poszczególne „kozy”, to znaczy problem, który od razu przychodzi do głowy to jeden, ten najlepszy, który zabiera tych, którzy są zdrowi, a całą resztę pozostawia wszystkim innym. Jeżeli to będzie poruszone, to ja oczywiście na to poczekam.

Pan prof. Antoni Rogucki

Ale 40 proc. na pracę żywą, to jest praca żywa lekarza w teorii kosztów i praca uprzedmiotowiona. Alokacja szpitala, lepiej, wszystko to co jest - ile lekarz wkłada.

Dr Katarzyna Tymowska - moderator

W tej ustawie, którą właśnie dzisiaj senatorowie omawiają, te 40 proc. dodatkowej należności z kontraktu, które dyrektor musi przekazać na wzrost wynagrodzeń ustalono drogą decyzji politycznej, z liczbą z sufitu.

Pan prof. Antoni Rogucki

I to właśnie jest najważniejszy problem, bo on leży i u pacjenta i u lekarza i w całym zapleczu. Może, żebym potem nie zabierał głosu, dodam jedno zdanie, że zmieniły się stosunki, proporcje między kosztami żywej pracy. W PRL-u było w ogóle statystycznie od 16 do 20 we wszystkich krajach, a w zachodniej ekonomice do 30 kilku pracy żywej. Więc lekarz tutaj jest inwestycją. Kraj włożył w jego wykształcenie określoną sumę i on teraz z tej inwestycji powinien być rozliczony sam. Żąda 40 proc. wpływu za usługi, a równocześnie daje. Dziękuję.

Pan Tadeusz Ołdakowski

Tadeusz Ołdakowski, aczkolwiek laik w służbie zdrowia, ale ekonomista. I trochę jestem zaskoczony, że tutaj PTE za molo jest ekonomii. Jedno pytanie tylko, to znaczy komentarz.

Widzę metodykę, a nie ekonomikę. I teraz jest pytanie. Ja rozumiem, że wyście tutaj powiedzieli. No dobrze, ile wydano 20, 30, 10 lat temu w strukturze gospodarstw domowych na leki, żeby było porównywane to razem z subsydiami, a ile się wydaje dzisiaj. I teraz pytanie, czy wydaje się więcej obecnie, to jest dobrze, czy źle. To jest ekonomia. I już dziękuję bardzo, bo mam i następne.

Pani Dyrektor Krystyna Grzenia

Witam państwa bardzo serdecznie. Szczególnie gorąco dziękuję za zaproszenie organizatorom i pani dr Tymowskiej, która jest moją nauczycielką od ekonomiki zdrowia. Kończyłam podyplomowe studium w Warszawie w 91 r. pierwsze podyplomowe studium. Od 90 r. jestem dyrektorem naczelnym szpitala specjalistycznego św. Wojciecha w Gdańsku-Zaspie, a w tym szpitalu pracuję 20 lat. Przeszłam szczeble, kolejno różne szczeble kierownicze. Od 8 lat jestem dyrektorem naczelnym. Pozwolę sobie krótko, bo położyłam sobie zegarek, żeby trzymać się czasu. Niezwykle trudne jest to dla mnie zadanie omówić tematykę niezwykle istotną. W ogóle dziękuję organizatorom za poruszenie tej kwestii - zasad kontraktowania, bo ona jest w tle, schowana. A okazuje się, że właściwie w tym tkwi zarówno polityka zdrowotna, ekonomia, polityka społeczna i wszystko tkwi zasadach kontraktowania świadczeń, które od 99 r. są ciągle zmieniane i dla dyrektora instytucji jest to niezwykle trudne zadania jak znaleźć się właśnie w takiej rzeczywistości, kiedy główna sprawa, czyli finansowanie instytucji jest ciąglą niewiadomą, ciąglą zmienną i oczywiście sprzeczną z wieloma innymi aktami prawnymi. Tu jest pokazana instytucja, którą zarządzam. Chodziło mi o pokazanie misji. U nas wszystko w jednym miejscu dla zdrowia całej rodziny to jest

wkomponowane pod koordynowaną opiekę zdrowotną, której jestem gorącym zwolennikiem. Szpital oprócz wieloprofilowych oddziałów medycznych w 13 specjalnościach, z kardiologią inwazyjną, z dializoterapią, w strukturze swojej posiada wieloprofilową, prawie pełną profilową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, jak również podstawową opiekę zdrowotną, co jest swego rodzaju ewenementem w kraju. W 99 r. utworzyliśmy w ramach struktur szpitala podstawową opiekę zdrowotną licząc właśnie na to, że finansowanie pójdzie w kierunku koordynowanej opieki zdrowotnej. Tak się niestety nie stało, w związku z tym musimy się zmagać z tym systemem kontraktowania, który jest obecnie. Ja przelecę, dlatego że dla mnie najważniejsze będzie omówienie zasad kontraktowania. Tu jeszcze jedno zdjęcie pokazujące, to co byśmy chcieli robić, czyli wszystko w jednym miejscu dla zdrowia całej rodziny. Jeżeli spełniłyby się takie wymagania i taka organizacja systemu finansowania, o którym mówiła moja przedmówczyni, to ta struktura, którą mamy świetnie wkomponowuje się właśnie w tą metodę i my nie boimy się wyzwania, aby działać na rzecz efektu leczenia, a nie działać, żeby działać, bo na razie system kontraktowania prowokuje świadczeniodawców do tego, aby po prostu udzielać świadczeń. A co z tego udzielania wynika, to już po prostu do samooceny można powiedzieć. Każdego dnia, tylko migawka, średnio w szpitalu rodzi się ośmioro dzieci. Przeprowadza się 44 operacje, 10 interwencji kardiologicznych, udziela 450 konsultacji, 290 porad lekarzy rodzinnych i każdego dnia 100 nowych pacjentów do szpitala. A teraz o zasadach kontraktowania, bo to jest główny temat. Pozwoliłam sobie tutaj wymienić z naszego punktu widzenia główne wady systemu z uwagi na to, że rzeczywiste dane z kilkuletniej działalności

tej struktury w zdecydowany sposób potwierdzają korzyści pacjentów, które naszym zdaniem powinny być również korzyściami płatnika. Ja przepraszam, jestem bardziej jeszcze przyzwyczajona do papierowej formuły i zaczynam dopiero od tej strony i trochę mi to nie wychodzi, ale postaram się skoordynować. Proszę państwa, więc główne wady systemu, te które my jako świadczeniodawcy systemu kontraktowania, zasad kontraktowania, które są zmieniane właściwie każdego roku i my świadczeniodawcy dowiadujemy się o tych zasadach w momencie ogłaszania konkursu ofert przez płatnika i wówczas już musimy przygotować się realizacji wg tych nowych zasad. Główną wadą, zauważalną i odczuwalną najbardziej przez szpital, to jest system kontraktowania szpitalnych oddziałów ratunkowych. Kilka lat temu w Polsce zaczęto tworzyć tzw. zintegrowany system ratownictwa i zaczęły powstawać szpitalne oddziały ratunkowe. Zupełnie nieźle ten system został opisany i w ramach tego systemu miało w Polsce funkcjonować ratownictwo medyczne w oparciu o szpitalne oddziały ratunkowe. Niestety system finansowania tych oddziałów ratunkowych do dzisiaj zupełnie nie odpowiada roli, zadaniom i tego, co chcielibyśmy osiągnąć. Metodologia kontraktowania opiera się na ryczałtowej stawce, dobowej stawce, niezależnie od tego, co w danym oddziale ratunkowym się wykonuje, ilu pacjentów, z jakimi schorzeniami i z czym. Stawka jest wprawdzie zróżnicowana, ale zupełnie w oderwaniu od rzeczywistości, która się dzieje w tych oddziałach. W Polsce powstało wiele oddziałów ratunkowych. Są i takie gdzie zgłaszalność pacjentów jest 20 na dobę i nazywa się to oddział ratunkowy i ma również ryczałtową stawkę dobową. W naszym oddziale zgłaszalność jest w granicach 150, 180 pacjentów na dobę. Uważamy, że finanso-

wanie szpitalnych oddziałów ratunkowych powinno być ustalone w oparciu o zryczałtowaną stawkę, ale finansowaną, czyli finansowanie gotowości pokrywającej koszty niezbędne personelu i katalog świadczeń, gdzie byłyby finansowane tylko koszty rzeczowe rzeczywiście wystandaryzowanych kosztów procedur medycznych, ale w tej części rzeczowej. To jest nasze przemyślenie, nasz pomysł, który po prostu odpowiadałby możliwości zbilansowania działalności w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Dzisiaj akurat to miejsce dla szpitala jest miejscem generowania największej straty i moim zdaniem jest to absurd, że miejsce, które stanowi o bezpieczeństwie zdrowotnym jest miejscem generowania największej straty. Kolejny. Limitowanie świadczeń objętych kontraktem, brak kryteriów przy ustalaniu limitów świadczeń oraz nieuwzględnianie roli i charakteru szpitala w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego. Właściwie nie wiadomo dlaczego określony szpital, w określonej specjalności otrzymuje taki limit punktów w ramach kontraktu. Nie ma tych kryteriów pomimo, że próbujemy odkąd system działania dowiedzieć się w oparciu o jakie zasady kontraktuje się świadczenia w poszczególnych specjalnościach, w poszczególnych szpitalach i jasności na ten temat nie ma. Wówczas oczywiście kwestia świadczeń ponadlimitowych zupełnie co innego oznacza świadczenie ponadlimitowe dla szpitala, który uzyskał kontrakt na powiedzmy swoją działalność z poprzednich okresów, a czym innym jest świadczenie ponadlimitowe dla świadczenia, który najpierw uzyskał obniżony kontrakt - ja mówię na przykładzie naszego szpitala, czyli na starcie otrzymujemy mniej, a potem w ciągu roku są jakieś renegecje i jest zwiększenie. Niezmieniona od 2002 r. wartość punktu. To jest tak, bo jest

katalog, który zawiera procedury i odpowiednią liczbę punktów i jest cena punktu, co oczywiście iloczyn tego stanowi cenę. Od 2002 r. ta cena jest niezmienna. Katalog jest zmieniany, ale ciągle niedopracowany. Szczególnie objawia się to w szpitalach wieloprofilowych takim jak ten, którym zarządzam, gdzie np. nie ma możliwości rozliczenia ciężko chorego pacjenta, który jest leczony w kilku oddziałach. Przykład: pacjent z udarem mózgu, nieprzytomny przywieziony do szpitala. Najpierw jest na oddziale intensywnej opieki medycznej leczony, później na oddziale neurologicznym i później przykładowo na oddziale ortopedycznym, to jest konkretny przykład. Rozliczyć możemy jeden oddział. To tak jak byśmy po prostu mieli gratisowo wykonać te pozostałe procedury. Tak system jest skonstruowany. I te szpitale, które właśnie mają wieloprofilowe szpitale i nastawione są na kompleksowość udzielania świadczeń właściwie ponoszą negatywny, tu jest odwrotna relacja. Prawdopodobnie przyczyną takiego podejścia jest nadużywanie przenoszenia pacjentów między oddziałami przez niektóre szpitale, ale przecież nie można w oparciu o jakieś być może incydentalne sprawy, systemowo wprowadzać takich zasad. My ponosimy straty na takich pacjentach, czyli właściwie szpital powinien nie przyjmować ciężko chorych, tylko że wiadomo, że nie jest to wykonalne fizycznie. Zresztą, zupełnie nijak ma się limit do zgłaszalności w przypadku naszego szpitala. Limity objęte kontraktami absolutnie nie pozwalają na utrzymanie się w tych limitach, szczególnie wobec naporu pacjentów właśnie tych ciężkich, w ciężkich stanach. W ustalaniu limitów objętych kontraktami nie bierze się pod uwagę charakteru szpitala i faktu, że najpierw trzeba zabezpieczyć możliwość sfinansowania, pełnego

sfinansowania za leczenie pacjentów przywiezionych w trybach ostrych. Brak należytej kontroli efektywności świadczeń wykonywanych, przechodzę teraz do, podsumowując leczenie szpitalne generalnie uważamy, że katalog świadczeń medycznych jest oderwany od, nie jest nakierowany na efektywność leczenia. To co mówiła moja przedmówczyni, w koordynowanej opiece zdrowotnej nie ma finansowania procedur, tylko jest finansowanie kawitacyjnie populacji, całościowej, czyli objęcia opieką medyczną nakierowaną na efekt leczenie a nie na udzielanie świadczeń. Finansowanie świadczeń w szpitalach według katalogu procedur motywuje szpitale do nakręcania, przepraszam za wyrażenie liczby świadczeń. Ale nakręcać tak naprawdę mogą te szpitale, które rzeczywiście mogą w sposób planowany regulować pacjentami, czyli których napływ, zgłaszalność pacjentów jest jednak mniejsza. Zdecydowanie w szpitalu, którym zarządzam nie chcę powiedzieć, że w ogóle nie ma możliwości, ale prawie nie ma możliwości manipulowania pacjentem pod kątem korzyści katalogowych, ponieważ ta zgłaszalność, którą wymieniłam wymusza po prostu działania i nie mamy też motywacji, ponieważ ciągle mamy dużo pacjentów, nie mamy motywacji aby obracać pacjentem. Byłaby motywacja finansowa, tylko przecież jest inna jeszcze odpowiedzialność. Jesteśmy szpitalem położonym niemalże w centrum Gdańska, na oczach mediów, w związku z tym na pewno gdybyśmy próbowali manipulować, to byłoby to natychmiast wychwycone. Ponieważ mamy w swojej strukturze działalność i ambulatoryjną opieki specjalistycznej i podstawowej kilka zdań na temat naszego spojrzenia na zasady kontraktowania w tych dyscyplinach. Jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną to oczywiście nie widzimy kontroli efektywności świadczeń

wykonywanych w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Ponieważ bardzo duża łatwość jest skierowania na wyższy szczebel do specjalistki, do POZ-u, na każdy inny szczebel byleby nie ponosić kosztów diagnostyki. Skierowania do szpitala wprawdzie są, jest określony standard, natomiast nie ma możliwości egzekucji, czyli może być na skierowaniu do szpitala cokolwiek napisane, bóle brzucha, to jest bardzo częsta treść na skierowaniach do szpitala, proszę o diagnostykę. Skoro przychodzi pacjent do szpitalnego oddziału ratunkowego, to ta diagnostyka rzeczywiście musi być wykonana, dlatego że odesłanie pacjenta, czy przeoczenie pacjenta, u którego choroba rozwinęłaby się po wizycie w szpitalnym oddziale ratunkowym zdecydowanie kosztowałaby szpital na pewno dużo i tu nie można sobie pozwolić, stąd taka skala zgłaszalności. Obecny system finansowania w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nakierowuje świadczeniodawców na udzielanie świadczeń temu samemu pacjentowi, który został zdiagnozowany. Nie ma żadnych mechanizmów badania efektywności pracy ... przez płatnika. Czyli, najlepiej jest przyjąć pacjenta, najlepiej zdiagnozowanego, ale jeżeli już trzeba zdiagnozować, to potem tego samego pacjenta można w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przyjmować wielokrotnie nie ponosząc już dodatkowych kosztów na diagnostykę i zdecydowanie ogranicza to możliwość dostępności pacjentów pierwszorazowych i tutaj widzimy główną wadę tego systemu. Przecież chodziłoby o to, aby dostał się pacjent na konsultację specjalistyczną w celu postawienia diagnozy. Przewidziane są zmiany na rok 2008 i tam mówi się o wizycie specjalistycznej tzw. kompleksowej, diagnostycznej, która będzie mogła raz do roku się odbyć i być rozliczona,

ale widzimy tutaj pewną możliwość krążenia pacjenta po różnych podmiotach i w kilku miejscach odbycia wizyty pierwszorazowej. Także system w zasadzie cały czas się zmienia a ciągle powtarzane są wady lub w miejsce obecnych jest on dalej po prostu wadliwy. Zdecydowanie chyba najtrudniej jest zorganizować ambulatoryjną opiekę specjalistyczną tak, aby ona przyniosła i zadowolenie pacjenta co do dostępności i efektywność w postaci poprawy stanu zdrowia. Wycena w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zarówno katalogu po stronie punktów jak i wartości absolutnie nie adekwatna do nakładów. Stąd prowokacja wręcz świadczeniodawców do tego obracania pacjentem ona nie wynika ze złej woli, ona wynika po prostu z niedoszacowania wartości porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zupełny brak mechanizmów zabezpieczających przed łatwym przerzucaniem kosztów do innych segmentów opieki zdrowotnej. Proponowane zmiany, co nam by się wydawało, opracowanie standardów wskazać do skierowania do specjalisty w tym katalogu jednostek chorobowych objętych koniecznością stałego leczenia przez specjalistę, określenie liczby porad w ramach leczenia danej jednostki chorobowej. Wskazane byłoby określenie maksymalnego czasu oczekiwania na pierwszorazową wizytę u specjalisty i powiązanie rzeczywistego czasu oczekiwania z kontraktem. O co chodzi? Gdybyśmy mogli dopracować się maksymalnego czasu oczekiwania w określonych jednostkach chorobowych do lekarza specjalisty, to do tego naszym zdaniem powinniśmy dopracować liczbę udzielanych świadczeń i to by było skorelowane. Dzisiaj mamy przecież takie specjalności jak okulistyka, onkologia, gdzie nie ma potrzeby skierowania, natomiast jest limit udzielanych świadczeń i bardzo często jest tak, pacjenci mają wiedzę, że

nie ma potrzeby skierowania przychodzą, a nie mogą się dostać bo jest limit porad objętych kontraktem. Podstawowa opieka zdrowotna, to już naprawdę koniec. Wady dotychczasowego systemu ograniczone możliwości diagnostyczne lekarzy POZ-u. Ma to się zmienić od 2008 r. aczkolwiek na dzisiaj rzeczywiście lekarz podstawowej opieki zdrowotnej to głównie wypisywacz skierowań, albo do specjalisty, albo do szpitala, albo do szpitalnego oddziału ratunkowego lub recept jak mi podpowiada kolega. A więc to główna rola podstawowej opieki zdrowotnej, ale to też nie wynika ze złej woli, tylko systemu kontraktowania. Łatwość skierowania pacjenta do specjalisty, łatwość skierowania pacjenta do szpitala, zbyt duża liczba podopiecznych. Z zaskoczeniem przyjąłam chyba ubiegłym roku zmianę rozszerzenia maksymalnej liczby osób objętych opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do 2750. Ze dwa, trzy lata temu, o ile pamiętam, Czesi zmniejszyli liczbę podopiecznych chyba do 1750, my zwiększamy. Co to oznacza? Mniejsze pieniądze, bo teraz lekarz podstawowej opieki zdrowotnej funkcjonuje w oparciu o stawkę kapitacyjną, a więc oczywiście, że korzystne dla niego jest posiadanie jak największej liczby podopiecznych, żeby spłynęły do niego jak największe pieniądze, natomiast przy takiej liczbie podopiecznych, a lekarze zatrudnieni u nas w szpitalu mają właśnie 2600-2500, to muszę państwu powiedzieć, i mają zaoptowanych ludzi chorych, aczkolwiek stawka kapitacyjna jest ustalana w oparciu o wiek, ale nie uwzględnia jednak stanu zdrowia podopiecznego, w związku z tym, jeżeli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma w swojej grupie podopiecznych bardziej chorych i ich dużo, to rzeczywiście dostępność i efekty leczenia też nie mogą być pożądane i oczekiwane

przez pacjentów. To wszystko ma swoje źródło i przyczynę, to co jest przez pacjentów zauważane w kontaktach ze świadczeniodawcami ma swoje przyczyny i źródła. Nasze propozycje to: zmniejszenie maksymalnej liczby podopiecznych do 2 tys., wycofanie się z konieczności zaocowania do pielęgniarki POZ-u, zwiększenie stawki za podopiecznego wraz z możliwością wyegzekwowania efektów leczenia. No właśnie, dzisiaj nikt nie bada efektów leczenia POZ-u. Podsumowanie. Obecny system kontraktowania świadczeń stale zmieniamy i ustalany jednostronnie przez płatnika nie pozwala na sprawne zarządzanie szpitalem. Podstawą finansowania świadczeń jest katalog procedur ustalony przez płatnika i zmieniany jednostronnie w czasie trwania umowy. Tu jest absurd główny, że my przystępując do konkursu ofert i podpisując umowę na świadczenia nie znamy treści katalogu, a nawet jeśli on jest, to on może być w każdej chwili zmieniony. Czyli to co jest podstawą funkcjonowania rozliczenia, czyli to co jest polityką zdrowotną, tak naprawdę jest nieznany dla świadczeniodawcy. Dla mnie, jako dyrektora to jest bym powiedziała niezrozumiałe zupełnie, że ta sprawa ciągle nie może się przebić, że tak nie powinno być. Jeśli już to jest podstawą, to powinno być znane znacznie wcześniej przed konkursem ofert. Teraz będziemy mieli rewolucyjną zmianę znowu nowy katalog, podobno lepszy, ale nikt go ze świadczeniodawców jeszcze nie widział. Już zbliżamy się do października. Od 1 stycznia będziemy według tego katalogu się rozliczali, nie znamy go w ogóle. To tak na koniec, także strategię zarządzania szpitalem, funkcjonowania szpitalem, w zasadzie nie ma o co budować takiej strategii z prawdziwego znaczenia. Dziękuję serdecznie, przepraszam trochę za jakość, ale trudno się zmieścić w czasie.

Pan Franciszek Gajek

Podobnie jak przedmówczynie czuję się członkiem drużyny Katarzyny, jak to się mówiło kiedyś, czyli jestem z tego samego pokłosa wyprodukowanych specjalistów ekonomiki zdrowia na tutejszym uniwersytecie. Później miałem jeszcze okazję na tym uniwersytecie wyklądać też jako wykładowca też u pani dyrektor Tymowskiej. Proszę państwa, ostatni ... czyli właściwie ja tutaj najgorzej mam z mówców, ponieważ lwia część właściwie tematu poruszyły obie przedmówczynie. Ja postaram się tu usystematyzować z takiego punktu oto widzenia, że przez 10 lat kręciłem się na karuzeli, która się nazywała - służba zdrowia i byłem w środku. Cały czas się kręciłem. Po jakimś czasie, tam były polityczne też, zszedłem z karuzeli i spojrzałem na służbę zdrowia z boku i dzięki temu mam dzisiaj możliwość oceny tego w jaki sposób się to wszystko po kolei działo. Więc w 90 r. w służbie zdrowia nie liczone w ogóle kosztów, była służba budżetowa. W 92 r. po raz pierwszy pani premier Suchocka wprowadziła pojęcie kosztów w służbie zdrowia, bo pozwoliło nam nie zapłacić zobowiązania grudniowe, które stały się kosztami, a nie zapłaconymi, później pojawiały się różne zarządzenia. W 98 r. dokonaliśmy olbrzymiej rewolucji, wprowadziliśmy rozporządzenie w zasad rozliczania kosztów w służbie zdrowia. Niestety, muszę z przykrością powiedzieć, po drodze nikt z tego nie korzysta. Co więcej, praktycy jak tutaj Krystyna przed chwilą mówiła, że oni durnej i darmowej roboty nie będą robić. A jest to doskonała metoda na wycenienie tego co w służbie zdrowia robimy. Co więcej, zebrana informacja z wielu podmiotów daje szansę na stworzenie doskonałego systemu informacji zarówno o zdarzeniach po stronie medycznej jak i

zdarzeniach po stronie ekonomicznej, gdzie te wszystkie procesy byłyby wycenione, przy czym co jest ważne przy wycenie. Ważne jest żebyśmy kompleksowo spojrzeli na jednostkę zbierającą koszty. Co zrobiły źle narodowe fundusze. One zebrały informacje o procedurach wybiórczo. Np. zwróciły się do szpitala, powiedziały: prosimy wycenić procedurę X, ale ta procedura X wykonana została w otoczeniu i trzeba było znać koszty i wykonanie wszystkich usług wykonywanych w tym zakładzie i w tej proporcji zobaczyć tą procedurę, a nie wybiórczo ją wybrać, co nierzadko spowodowało też tutaj niewłaściwe wyceny. To tak tytułem wstępu. Od czas kiedy się pojawiły kasy chorych zaczęły się pojawiać potrzeby oparcia systemu rozliczeń o jakieś parametry. Najpierw parametrem, jak pamiętam w Ministerstwie Zdrowia była pani Dorota ... skądinąd bardzo fajna dziewczyna, ale kiedyś wszystkie pieniądze zależały od niej. Jeździło się, 49 województw przyjeżdżało do ministerstwa, pani Dorota pokazywała tabelkę i mieliśmy oto podział budżetu na województwo. Wtedy jeszcze 49. Później jak pojawiły się kasy chorych zaczęły brać górę czynniki polityczne. Kasy chorych dostały zadanie - sfinansować bazę, niestety. Niestety było tak, że w wielu miejscach podejmowano decyzje polityczne o przydzielaniu pieniędzy i takie szpitale jak Krystyny, czy mój, kiedyś wojewódzki w Olsztynie, cierpieliśmy na tym, ponieważ zaczęto zrównywać nas ze szpitalami powiatowymi, w małych miastach, i generalnie traciliśmy na tym mocno. Pojawiły się potem, ja przynajmniej pamiętam, że w roku 2003 po raz pierwszy Narodowy Fundusz Zdrowia pojawił katalog świadczeń medycznych, o którym tu i wspominała też i Krystyna przed chwilę, ten katalog ulega zmianie, znaczy geneza, w ogóle postania tego

katalogu jest okryta tajemnicą. Autorów nie ma, generalnie nie wiemy jaki był system zbierania informacji. Podejrzewam, że informacje były kupowane przez NFZ, a to powodowało, że one mogły być nie do końca prawidłowe. Poza tym nie odbyła się żadna weryfikacja. Ja nazywam to tym, że właściwie decydowały lobby. Lobby lekarskie w niektórych kasach chorych np. w olsztyńskiej kasie chorych było lobby neurologiczne. I procedury z zakresu neurologii były doskonałe. Oddział neurologiczny to był najbardziej dochodowy oddział, że tak powie w całym szpitalu. I te lobby oczywiście zostało, jak to nazywam - instytucje analizowane tym katalogiem świadczeń właśnie. On tutaj ulega modyfikacji. Co więcej, nawet w ciągu roku potrafi ulegać wycena punktowa tego. Ale generalnie zawarte w nim zostały te wszystkie właśnie polityczne uwarunkowania generalnie lobbystyczne uwarunkowania niektórych procedur. Generalnie jestem przeciwnikiem opierania się na mierniki w służbie zdrowia, które sprowadzają się do procedur medycznych. W tym aktualnym katalogu jest 1444 dokładnie, to są dane z wczoraj. Można powiedzieć tak, że modelowo najlepiej na samej górze umieścić koordynowaną opiekę zdrowotną. Takie finansowanie wg mnie modelowe jest najlepsze. I właściwie, chociaż nakładają się tutaj pytania, czy procedury wysokospecjalistyczne, jak określić koszyk, co ludziom się należy, co nie, ale generalnie wychodząc od samej góry koordynowana opieka. Później należałoby pomyśleć o czymś takim jak jednorodne grupy pacjentów, Amerykanie mówiąc na to, czyli to są już grupy chorób jakiś w rozliczaniu szpitalnym. Potem możemy mówić o jednostkach chorobowych i generalnie gdyby było jednostka chorobowa, np. tak jak Krystyna podała, wielourazowy np. jakiś przypadek, to tam w

tym mieściłyby się wszystkie, te wszystkie poszczególne etapy leczenia i można by było swobodnie sobie, że tak powiem ustalić prawidłową cenę. I dopiero dalej, gdzie iść dalej, są procedury medyczne. Cennik procedur medycznych jako taki generalnie powinien być w systemie, bo do systemu można przyjść po jakąś usługę tylko. Np. ktoś może przyjść do laboratorium celem wykupienia badania krwi. I cennik na to oczywiście jak najbardziej powinien być. Generalnie jednak to nie jest okazja z poziomu płatnika, tylko to jest jakby towarzyszy temu systemowi. Czyli można powiedzieć tak, że w systemie powinien funkcjonować miernik w zakresie finansowania oraz inne liczne mierniki, które pozwalają temu systemowi funkcjonować w stałym otoczeniu, także na rynku prywatnym. Znamy przecież sytuację, gdzie takie czynniki funkcjonują. Ja np. widziałem taki cennik kanadyjski i ktoś powiedział tak, że suma z tego koszyka, czyli cennika, to jest właśnie ilość pieniędzy w służbie zdrowia. Oczywiście nieprawda, bo cennik zawiera wszystkie procedury a czy wykorzystane będą wszystkie to jest kwestia później samego życia. Czyli generalnie potrzeba jest stworzenia cennika i to wszystko ładnie w teorii wygląda, tylko teraz tak. Dochodzimy do momentu, gdzie taką informację zebrać. I oto mamy w Polsce taką sytuacją, że od czasu, kiedy powstał płatnik i został wzmocniony politycznie bardzo, ten płatnik oderwał się praktycznie i żyje swoim życiem. Posłuchajcie państwo co mówi Krystyna, on mówi, że w NFZ-cie nie uzyskamy informacji, mają jakąś informację, ale nie wiemy. Np. jest zapowiedź, że od przyszłego roku będzie oparcie o katalog punktowy Wielkiej Brytanii. Czyli są jakieś sygnały, ten płatnik żyje jakby swoim życiem. I jak tworzyliśmy z Katarzyną jeszcze wcześniej projekt samorządowej opieki

zdrowotnej, pokazaliśmy konieczność pojawienia się na rynku polskim czegoś takiego jak agencja oceny technologii medycznej, która jest obecnie. My ją nazywaliśmy, to była Agencja Standardów i Technologii Medycznych. Generalnie dobrze, że taka instytucja powstanie, bo w procesie zbierania informacji potrzebne jest miejsce do którego spłyną informacje i nie będzie to ani płatnik, ani wykonawca, bo żeby dobrze, prawidłowo ocenić informację spływającą z systemu musi być to zewnętrzna instytucja i co więcej, ona musi być umocowana. Dzisiaj, niestety agencja technologii medycznych jest bardzo nisko sytuowana i co więcej. Przygotowywany jest olbrzymi projekt w tej chwili zbierania informacji i jest bardzo trudno wymusić na ministrze zdrowia, żeby do zespołu wyceniającego trafił: płatnik, przedstawiciel świadczeniodawcy, przedstawiciel ministerstwa i eksperci. Nie możemy wymusić tego, żeby płatnik się w to włączył. Płatnik musi akceptować, że proces zebrania informacji i utworzenie mierników dla niego będzie wykorzystywał. Co z tego, że jest grupa fajnych ludzi, którzy chcą zrobić w tej chwili bardzo dużą pracę, która będzie trwała myślę, że gdzieś 3 lata i stworzymy system mierników. Być może będzie to wspomagało koordynowaną opiekę zdrowotną, ale ten system mierników musi powstać, tylko że ten system musi być akceptowany przez płatnika. Płatnik nie może zachowywać się tak, jakby żył swoim życiem, bo jeżeli płatnik dzisiaj proponuje służbie zdrowia polskiej, na warunki polskie zastosowanie katalogu brytyjskiego, to jest nieporozumienie. Tam są inne warunki wykonywania świadczeń zdrowotnych, inaczej były te katalogi tworzone, nie ma porównywalnych warunków, więc praktycznie w niektóre oczywiście świadczenia możemy trafić, bo wykonanie badania

rezonansem magnetycznym, czy powiedzmy tomografem komputerowym jest wszędzie takie samo. Powiedzmy może tam bardziej, że tak powiem się kłaniają pacjentowi i dłużej to zajmuje. Ale generalnie to jest bardzo podobne. Czyli w jakiś tam niewielkich obszarach jest porównywalność, ale w tym ogólnym systemie na pewno nie. Czyli ja podsumuję. Ja powiem tak, że w tej chwili istnieje olbrzymia potrzeba zebrania informacji. Mamy w tej chwili gotowy. Co potrzebujemy do zebrania informacji? Pomysł? Pomysł jest. Miejsce, świadczeniodawcy są. Metodologie, metodologia jest, bo wystarczy rozporządzenie dzisiaj semantycznie poprawić i wyrzucić z niego minister zdrowia i opieki zdrowotnej, a dać minister zdrowia, itd. itd. czyli metodologia jest. Instytucja jest, bo jest agencja. Trzeba znaleźć na to pieniądze. Myślę, że nie jest tak trudno dzisiaj, czy zwrócić się nawet do Unii Europejskiej, pieniądze na to się znajdują. I co więcej. Musi się rozpocząć współpraca także też personelu medycznego. Równoległe do zbierania informacji ekonomicznej, musi się pojawić system budowania, tworzenia informacji medycznej, czyli to o czym ciągle mówimy - standardy medyczne, standard postępowania medycznego. One muszą się nakładać na ten system, bo możemy wycenić jak wszędzie jest wykonywane i próba statystyczna pozwoli wyodrębnić tego, uśrednienie w jakiś sposób. Natomiast musimy mieć jeszcze pewność, że wykonane badania, czy wykonane czynności były zgodnie z jakąś akceptowaną przez wszystkich metodologią, czyli nie kozikiem na kozetce, że tak powiem wycinamy wyrostek, tylko w określonym sposobie postępowania. Pojawia się niestety bardzo poważne zagrożenie, które ja niedawno dostrzegłem, to jest zagrożenie w Ministerstwie Finansów, ja nazywam to - lobby bakalarska,

tak co był na swoje potrzeby. To lobby naciska bardzo mocno ministra zdrowia, żeby wycenił w warunkach sterylnych każdą procedurę i na tej podstawie ustalił np. cennik do koszyka. Totalna oczywiście bzdura, bo oderwanie wyceny od warunków rzeczywistych jakie są w Polsce, to może zagrozić nam bardzo poważnie. Także to lobby bardzo poważnie być ograniczone i myślę, że może m.in. i państwo też w różnych środowiskach, dobrze by było, żeby właśnie sprzeciwiali się takiej metodologii, bo to może doprowadzić do katastrofy. I przede wszystkim informatyzacja, czyli generalnie dzisiaj w szpitalach oczywiście funkcjonują różne systemy zbierania informacji, wiele ma już komputery, itd. Zastosowanie metody komputerów do zbierania informacji pozwoli na pewno, pozwoli tych informacji zebrać dużo więcej niż to mieliśmy możliwość w 96 r. kiedy w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie zrobiliśmy taką pracę, w którą moim zdaniem też można by było wykorzystać jako miernik przy kontaktowaniu. Przepraszam, być może czas przedłużyłem, ale i tak nie powiedziałem wszystkiego co bym chciał. Dziękuję.

Pan Prezes Andrzej Włodarczyk

Proszę państwa, podobno laureatów nagrody Nobla poznanie się po tym, że kończą przed czasem. Nie będę laureatem, ale spróbuję skończyć przed czasem. Nazywam się Andrzej Włodarczyk, jestem przewodniczącym Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie i wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Proszę państwa mam mówić o kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych, o systemie wynagradzania lekarzy za pracę w opiece zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych i propozycje zmian zgłaszane przez samorząd lekarski. Zacznę może od pewnego stwierdzenia, że w Polsce proszę państwa lekarz, ale nie

tylko lekarz, każdy pracownik medyczny dostaje za swoją pracę co łaska. Często są takie sytuacje, że wybitny np. chirurg, profesor, wykonujący najbardziej skomplikowane operacje, ponieważ pracuje np. w woj. śląskim, zarabia mniej, niż wykonujący tylko operacje wyrostka lekarz pracujący w woj. warmińsko-mazurskim, bo nie wiadomo dlaczego tam są inaczej po prostu zakontraktowane świadczenia dla tych, w dwóch różnych województwach dwóch szpitali. Przy czym jeden może być akademicki, a drugi może być powiatowy. I to jest prośbę państwa prawda, która jest smutną i doprowadziła do tego, że samorząd lekarski po pierwsze, na VIII Krajowym Zjeździe Lekarzy podjął uchwałę kierunkową, która jest powszechnie znana. Jak państwo wiecie lekarze domagają się minimalnego wynagrodzenia miesięcznego, to znaczy dwóch średnich krajowych dla lekarza nie specjalisty, sześć średnich krajowych dla lekarza specjalisty, czyli według dawnych standardów mającego tzw. drugi stopień specjalizacji. Po drodze jest ten, który ma pierwszy stopień według dawnych przepisów, czyli miałby 2,5 średniej krajowej. Podstawą tą uchwałą Krajowego Zjazdu, w pewnym sensie populistyczna z punktu widzenia ekonomistów i zarządzających ochroną zdrowia, sprowokowała Naczelną Radę Lekarską do podjęcia uchwały, która przygotowała projekt ustawy, pod którą zbierane są podpisy jako projekt obywatelski. Ma to być ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W ustawie o zawodzie lekarza ma być zapisany art. 14a, który mówi o tych dwóch minimalnych, znaczy trzech minimalnych wynagrodzeniach dla specjalisty z pierwszym stopniem i bez specjalizacji lekarza. Wreszcie prośbę państwa

w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych proponuje się dodanie „funduszem i świadczeniodawcami” - uwzględnia się osobowe koszty świadczeń, przyjmując, że koszt jednej godziny pracy lekarza lub lekarza dentystry wynosi, tutaj przyjęto ułamki przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia średniego w sektorze publicznym. Kolejnym dokumentem, który jest już nie tylko propozycją samorządu lekarskiego, ale z inicjatywy tego samorządu 22 lutego 2006 r. zawiązało się porozumienie zawodów, a właściwie wszystkich organizacji działających w ochronie zdrowia. I powstał tzw. Krajowy Komitet Porozumiewawczy na rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. W dokumencie przyjętym jednogłośnie przez wszystkich członków tego krajowego komitetu, a wysłanym do ówczesnego premiera, prezesa Rady Ministrów pana Kazimierza Marcinkiewicza domagaliśmy się m.in. utworzenia jednostki organizacyjnej finansowanej ze środków budżetu państwa, której zadaniem będzie m.in. opracowywanie na podstawie analizy kosztów prowadzonej we współpracy z organizacjami zrzeszającymi świadczeniodawców, z uwzględnieniem kosztów pracy oraz standardów zatrudnienia, propozycji stawek stosowanych w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami zapewniających godne wynagrodzenie pracownikom służby zdrowia. Proszę państwa, kolejnym krokiem było to, że Naczelna Rada Lekarska przetłumaczyła na język polski, dostosowała do polskich warunków amerykański system tzw. „sipiti” to jest na polskie tłumaczenie terminologie procedur medycznych, w którym to katalogu zawarto wszystkie procedury świadczenia wykonywane w ochronie zdrowia. Amerykanie pracowali nad tym kilkanaście lat. Jest to najbardziej kompletny i chyba profesjonalnie stworzony system na świecie.

Kosztował wiele milionów dolarów, został nam przekazany nieodpłatnie. Ten system jest punktem wyjściowym do przypisania każdej procedurze względnej wartości i oczywiście to trzeba stworzyć i to jest zadanie Agencji Technologii Medycznych. My oczekujemy proszę państwa, że lekarz będzie otrzymywał wynagrodzenie w oparciu o określenie dla danej procedury medycznej kosztów pracy ludzkiej, gdzie będzie uwzględniony albo czas wykonania tej procedury, albo stopień skomplikowania wykonania tej procedury. Czyli wreszcie dojdziemy do takiej sytuacji, że pan doktor X może być wynagradzany pięć razy wyżej niż pan doktor Y w tej samej instytucji, ale z tego powodu, że wykonuje znacznie bardziej skomplikowane operacje, bądź wykonuje pewnych czynności medycznych więcej. To w zasadzie myślę, że wyczerpuje nasze oczekiwania i zobaczymy co z tego wszystkiego wyniknie. Na dzień dzisiejszy sufitologia uprawiana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, która ocenia, podaje w ustawie wskaźniki udziału kosztów pracy w żaden sposób one nie odpowiadają rzeczywistości i nie spełniają oczekiwań środowisko medycznych. Dziękuję.

Dr Katarzyna Tymowska - moderator

Chcielibyśmy zamknąć nasze wystąpienia pokazaniem, z jakimi problemami stykają się zarządzający, ci którzy wyceniają teraz koszyk świadczeń, wyceniają te procedury, jaka jest ewolucja tych systemów kontraktowania, a jaki jest medialny obraz służby zdrowia. Czym tak naprawdę na co dzień zajmują się dziennikarze, jaki obraz służby zdrowia nam pokazują. Tu, w systemach alokacji rozstrzygają się najważniejsze problemy związane z tym, jak podzielić teraz już ponad 40 mld zł, a o

czym my jako społeczeństwo dyskutujemy poprzez media na temat służby zdrowia.

Pani red. Elżbieta Cichocka - „Gazeta Wyborcza”

- wypowiedź autoryzowana

Po wysłuchaniu wstępu pani dr Tymowskiej, którą podziwiam przynajmniej od 18 lat za wysoki profesjonalizm, doszłam do wniosku, że ona nie ma szans na to, żeby kiedykolwiek dostać się do parlamentu z jakiegokolwiek partii. Jeżeli ktokolwiek w Polsce powiada, że nie ma kryzysu w ochronie zdrowia, to nawet jeśli na poparcie tej tezy ma twarde dane ekonomiczne, przeciwstawia się całej opinii publicznej i opiniom wszystkich polityków, oprócz tych aktualnie rządzących, którzy w czasie swoich rządów chwala się sukcesami. Każdy człowiek, który w Polsce czyta gazety i ogląda telewizję wie, że system ochrony zdrowia to jest albo katastrofa albo niespodziewany i największy od lat kryzys. Jak pamiętam jest tak od 18 lat, od czasu kiedy się zajmuję tą dziedziną w „Gazecie Wyborczej”. Jeżeli chodzi o najważniejsze tematy, to już jeżeli jakiegokolwiek media kuszą się, żeby uzdrowić system ochrony zdrowia, to poruszają się w bardzo szerokiej, ale a to z bardzo wysokiego lotu ptaka perspektywie. Występują pewne słowa - klucze. Najpierw, kiedy był system budżetowy, to najbardziej winien być system budżetowy. Należało wprowadzić ubezpieczenia i to miało nam cały sektor zdrowia uzdrowić. Potem, kiedy zostało wprowadzone powszechne ubezpieczenie zdrowotne, to okazało się, że nie o takie ubezpieczenia chodziło. Bardzo głośno domagano się, i trwa to do dzisiaj, ubezpieczeń komercyjnych, prywatnych, realizowanych przez konkurujące ze sobą firmy. Ma to być kolejna cudowna recepta na uzdrowienie sektora zdrowia, przy czym wystawiający tę receptę publicyści

czy politycy pomijają problem kosztów tego lekarstwa. Unika się temu, na jaką nierówność w dostępie do leczenia jest skłonne przyzwolić polskie społeczeństwo i drugiego - czy to lekarstwo, więc konkurujące ze sobą firmy nie będzie za drogie.

Ja osobiście z pewnym rozbawieniem obserwowałam ewolucję poglądów pana profesora Zbigniewa Religi. Kiedy przygotowywał swój start w wyborach prezydenckich i tworzył własną partię „Centrum”, to prezentował własną, jak zachwalał, jedynie słuszną ustawę. Przy pomocy „Super Expressu” i jego czytelników zdobył 150 tys. podpisów, żeby złożyć do Sejmu obywatelski projekt ustawy o wprowadzeniu ubezpieczeń konkurujących ze sobą. Tam miało być bodajże pięć, czy sześć konkurujących ze sobą funduszy, nawet były nazwane A, B, C, D, E, F. Po kilku zaledwie miesiącach, kiedy został ministrem zdrowia, jego poglądy bardzo w szybkim tempie się zmieniały. Już w pół roku po pozostaniu ministrem zdrowia pamiętam na jakiejś konferencji mówił, że doszedł do wniosku, że powinny być tylko dwa fundusze konkurujące ze sobą. Potem minęło jeszcze parę miesięcy i uznał, że jeden fundusz, czyli to, co jest. Dzisiaj takim słowem - kluczem, a właściwie wytrychem, jest prywatyzacja, to ona ma nam uzdrowić system ochrony zdrowia. Ale w gruncie rzeczy wszystkie te dyskusje są rzeczywiście dyskusjami zastępczymi, ponieważ nie ma żadnych dowodów na to, że system budżetowy jest zdecydowanie lepszy lub zdecydowanie gorszy od systemu ubezpieczeniowego itd. itd. Na to jest w literaturze światowej dostatecznie dużo przykładów - bo funkcjonują i takie i takie modele opieki zdrowotnej. Ale sęk w tym, że nasi politycy odkrywają zawsze Amerykę na nowo i właściwie od kadencji do kadencji. Natomiast nie są

przedmiotem publicznej debaty tematy fundamentalne, ale trudne do zrozumienia dla laika.

Ja sama mam z tym pewne kłopoty w mojej gazecie, przy poruszaniu ważnych spraw dotyczących ekonomiki ochrony zdrowia. Na przykład, kiedy kilka lat temu został wprowadzony tzw katalog świadczeń zdrowotnych zawierał bardzo dużo błędów, które miały ogromne znaczenie dla każdego szpitala i przychodni, ale również dla pacjentów. Okazało się, że w momencie kiedy szpitale zaczęły się dostosowywać do nowych warunków finansowania, to zaczęły albo lekko dobierać sobie pacjentów, albo naciągać czy fałszować dokumentację medyczną. Miało to znaczenie, ale takie terminy jak katalog świadczeń czy wykaz procedur medycznych są bardzo nudne i nie można ich właściwie poruszać w medium, które jest przeznaczone dla masowego odbiorcy. I stąd proszę państwa mamy taką sytuację, że parę miesięcy temu Centralne Biuro Antykorupcyjne wykryło jakąś gigantyczną aferę w szpitalu na Wołoskiej co to na kilkanaście czy kilka milionów szpital naciągnął Narodowy Fundusz Zdrowia. Trąbiły o tym rozgłośnie radiowe i telewizyjne, ponieważ właśnie funkcjonariusze CBA zauważyli, że chorzy, którzy powinni leżeć na oddziale wewnętrznym, zostali skierowani na szpitalny oddział ratunkowy. W szpitalnych oddziałach ratunkowych jest droga aparatura diagnostyczna. CBA przekazało do wiadomości publicznej, że w tym szpitalu za jednego pacjenta NFZ musiał płacić dwa razy. To była kompletna bzdura, ale właściwie jakby prasa tego nie zauważyła. Nie zauważyła tej bzdury, dlatego że umknął jej fakt, że szpitalny oddział ratunkowy dostaje swoją stawkę za dobową gotowość, bez względu na to czy ma wszystkie łóżka zajęte, czy wszystkie łóżka wolne. Natomiast oddział wewnętrzny ma płacone za

pacjenta. Co zrobił dyrektor szpitala jak miał wolne łóżka na oddziale ratunkowym? Zamiast zrobić dostawkę na korytarzu w oddziale wewnętrznym położył chorego na wolne łóżko w szpitalnym oddziale ratunkowym. Według mnie nie zrobił żadnego nadużycia, ale niestety przy takim poziomie profesjonalizmu debaty publicznej na temat ochrony zdrowia będziemy się dowiadywać o tego typu ogromnych nadużyciach coraz częściej.

Fakt, że katalog np. świadczeń zdrowotnych bardzo często ma się nijak do kosztów wykonywania tych świadczeń powoduje, że według mojego najgłębszego przekonania, 90 proc. dyrektorów szpitali balansuje na krawędzi prawa. W każdej chwili może się znaleźć prokurator i postawić zarzut, że jakiś szpital coś tam inaczej sprawozdawał, a inaczej leczył pacjentów. Ale czy należy obarczać winą dyrektorów szpitali, czy też należy zmieniać system finansowania? Według mnie rozsądniej byłoby zmienić system finansowania. To na tyle na razie, dziękuję.

Pan Marek Misiak

Jak zmienić system finansowania.

Dr Katarzyna Tymowska - moderator

Już pani Kowalska i pan Gajek mówili, że koordynowana opieka zdrowotna jest tańsza. Przechodzimy do dyskusji proszę państwa. Teraz pan Marek Misiak.

Pan Marek Misiak

Moje pytanie, a właściwie sugestia. Te propozycje, które od państwa słyszałem miały charakter szczegółowy, może bardziej ogólne sugestie były ze strony pierwszej pani, pani Tymowskiej, przede wszystkim dlaczego? Dlatego, że brakuje moim zdaniem jakiejś generalnej oceny nie wchodzącej w szczegółowe rozwiązania metodą jak to było pięknie powiedziane, żeby

manipulowanie pacjentem pod kątem korzyści katalogowej zmniejszyć, to pani dyrektor ... To mi trochę przypominało wyznania tej młodej lekarki. Chciałbym po prostu, żeby ewentualnie można było na tle tych bardzo ciekawych sugestii napisać kilka ogólnych takich sugestii, co w tej służbie zdrowia najbardziej nam przeszkadza, co wymaga ze strony polskiego Towarzystwa Ekonomicznego i Kongresu jakiegoś z naszej strony wypowiedzenia się. Tu mamy do czynienia z jakąś biurokracją. Ona zawsze była, a obecnie chyba jest jak z tego wynika bardzo niebezpieczna. Tu gdzieś administracja w służbie zdrowia coś ukrywa przed lekarzami, coś nowego ma powstać, jakiś dokument i gdzieś tam się to pitrasi i nie ma na ten temat informacji. Otóż wydaje mi się, że z tego naszego czwartku powinny wynikać jakieś sugestie może nie takie bardzo szczegółowe, że tu gdzieś tam jakoś katalog 1444 pozycji, ale jakieś bardziej ogólne, generalne sugestie, żebyśmy mogli po tym czwartku powiedzieć tak, że o służbie zdrowia dyskutowaliśmy w PTE ze specjalistami i wspólnie doszliśmy do wniosku, że jest kilka takich generalnych frontów gdzie należy nasze stanowisko wyraźnie wypowiedzieć.

Pan Karol Szwarc

Kto następny jeszcze się chce wypowiedzieć z państwa. Proszę bardzo, pan A. Rogucki.

Pan prof. Antoni Rogucki

Dziękuję logistykom służby zdrowia, że patrzą na to poprzez ten pieniądz, który jest kontrolerem całego zagadnienia zdrowia, ale on jest bardzo alfanumeryczny, czyli fachowy, pacjent jest niefachowy. I przychodzi pacjent różny, pacjent jako podmiot, lekarka odpowiada, że to jest alkoholik i on nie powinien pić, a on odpowiada, że on musi pić. W rezulta-

cie analizy demograficznej zrobiłem takie spojrzenie właśnie strategiczne i arytmetyczne - jesteśmy jako Polacy notowani w dziesięć do szóstej razy pięć, 50 mln Polaków. Było w 45 - 25 i mieliśmy wtedy miejsce w świecie demograficznym 83, albo coś tam ok. 90. Dzisiaj jesteśmy na 120 miejscu, czyli straciliśmy 30 punktów i to jest taki końcowy rachunek wszelkich dyskusji o służbie zdrowia, czy my jesteśmy na tle światowym zdrowsi. Cofamy się. I Pani raczyła powiedzieć jak służba zdrowia wygląda w mediach. W mediach napisanych wygląda znacznie lepiej, w mediach telewizyjnych wygląda katastroficznie, a ta katastroficzność wynika z tego, że w mediach pokazali się wybitni lekarze i mówili o likwidacji szpitala łódzkiego Matki i Dziecka. Czyli szpital stanowiący naszą wizytówkę. I był, że tak powiem krzyk o likwidacji szpitala. Szpital jest likwidowany, to jest zupełnie nieprawda. Szpital nie jest likwidowany. Pani dr Tymowska powiedziała o alokacji. Szpital stoi dalej w Łodzi. I on będzie stał. Co jest likwidowane. Likwidowany jest zarząd, ponieważ uniwersytet tam w pewnym momencie chciał być zarządcą a lekarze, dyrektorzy szpitala chcieli być sami zarządcami, czyli nie chcieli mieć kontrolera naukowego. Przecież się mówi dzisiaj, że my dojdziemy do swojej racji jakościowej poprzez naukę, więc mieliśmy 83 miejsce w świecie, teraz 120, jakość się poprawiła. Czy nasza jakość zdrowia się poprawiła? Straciliśmy punkty. Czy rachunek kosztów nasz jest doskonały? Rachunek kosztów nie jest dokończony. Informatyka jest doskonała - ona się rozwija i nie należy tragizować, że jeszcze nie mamy idealnego katalogu, ale nie dopuścić ani świadczeniodawcom, czyli lekarzom, żeby mówili językiem niematematycznym, nie arytmetycznym, tylko żeby mówili

rozliczeniowo. Jeżeli są efektem nauki polskiej i kwiatem naszego zdrowia, to niech się rozliczą z kosztów studiów i stąd mają współczynnik do tej średniej krajowej. Drugi współczynnik, pracujemy wydajniej, bo pracujemy na dobę 24 godziny i pozostaje nam jeszcze do spania cała noc, tak się mówiło żołnierzowi, który ma wygrać. I lekarzy ...

Pan Prezes Andrzej Włodarczyk

Dlaczego Pan rozlicza tylko lekarzy z kosztów studiów, a nie rozlicza pan innych zawodów.

Pan prof. Antoni Rogucki

Oczywiście, istnieje konkurencja, walka. Ja chcę, ja szanuję lekarzy, bo dawno bym nie żył, trzy razy byłem pod bramką i szacunek cały, ale ta dyskusja na wzór amerykański i na wzór polski, mamy dużą różnicę między Amerykanami a Polakami. Mamy i przestrzenną, alokacyjną i dziedzictwo historyczne i granice, itd. także musimy być optymistami między idealizmem, a między materializmem jest racjonalizm, a racjonalizm pierwsze znaczenie słowa ratio, to jest - rachunek. Rachunkowość będzie dobra, katalog będzie dobry i niech żywy traci nadziei. Dziękuję uprzejmie.

Pan Karol Szwarc

Proszę bardzo, czy ktoś chciałby jeszcze się wypowiedzieć. Proszę bardzo.

Pan Łukasz Janikowski

Łukasz Janikowski. Ja chciałem poruszyć sprawę, która jest powiązana. Rozmawialiśmy tutaj o tych kwestiach czysto technicznych samego kontraktu, natomiast myślę, że tutaj ściśle powinno być z tym powiązane samo finansowanie służby zdrowia i chciałem się dowiedzieć o opiniach naszych panelistów na temat tego dodatkowego ubezpieczenia naszych pacjen-

tów i tego koszyka mistycznego gwarantowanych usług medycznych, który nie wiem, czy już powstał, czy nie powstał, czy na jakim jest on etapie w ogóle powstawania. Jak państwo widzą sam sposób finansowania służby zdrowia i ściąganie dodatkowych funduszy.

Pan dr Andrzej Muszyński

Ja trochę zostałem wywołany do tablicy hasłem „dopłaty za gotowość ze strony panelistów - właśnie o gotowości w ogóle jako takiej, jako problemu szpitalnego, ratunkowego. Dzięki uwadze Tadeusza Ołdakowskiego przypomniła się stara refleksja, jeszcze z czasów powiedzmy rządowych, kiedy też były pewne problemy z tzw. ryczałtowym finansowaniem tej gotowości. Wtedy wpadliśmy na pomysł, że przecież już dawno to podejście powinno być odwrócone w gospodarce rynkowej - i do tej problematyki warto trochę inaczej nawiązać, jeżeli się mówi o tym, co się nazywa systemem kontraktowania świadczeń zdrowotnych. To jest pewien podsystem funkcjonalny. To nie jest coś zupełnie wyizolowanego, autonomicznego. I te dopłaty za gotowość do świadczenia różnego rodzaju usług czy w ogóle płacenie za tego typu gotowość najpierw musi być merytorycznie dobrze zrozumiane. To znaczy, że to nie może być tak, że tam, gdzieś gwarantujemy coś, tak jak było w starym systemie bezpieczeństwa, że mamy jakiś system, powiedzmy, wojenny i że mamy powiedzmy ileś łóżek szpitalnych, czy ileś armatek y zarezerwowanych w jakimś zakładzie zbrojeniowym. I to stoi pod hasłem „gotowość”, ktoś to musi konserwować, a płacimy właściwie za to, że to stoi o lat, często nie wiadomo, po co. Sytuacja powinna ulec odwróceniu o 180 stopni, to znaczy, że my powinniśmy się zastanawiać, na jakiego rodzaju zagrożenia ten układ gotowości ma być skonstruowana. Wtedy dopłata za

gotowość dotyczy konstrukcji i natury inteligentnej, nie ma natury ryczałtowej, dotyczącej prostej, fizycznej „rezerwy”. W tym podejściu jest zawarta istota problemu planowania rozwoju systemu kontraktowania. I dopiero wtedy, jak tą istotę planowania sobie wyjaśnimy i zrozumiemy przewidywane zagrożenia dla zdrowia, to następnie możemy dyskutować o istocie zmian systemu zdrowia, kontraktacji świadczeń i usług oraz koordynacji programów i ich finansowaniu. To jest trochę przeniesienie potrzeb w przyszłość, porównanie odniesienia wizji zmian do racjonalnych oczekiwań. Proszę zwrócić uwagę na to, że w tej dzisiejszej dyskusji, dominuje teraźniejszość i przeszłość - a w rankingach tracimy. Dobrze że ta dyskusja w ogóle się odbywa w tak szerokim spektrum. Dziękuję serdecznie za dyskutantom za szereg ważnych i istotnych podpowiedzi, w jakim kierunku poszukiwać usprawnień. Chciałbym też przy okazji myślenia o zdrowiu w Warszawskim Domu Ekonomisty, zwrócić uwagę na drugą stronę zagadnienia, czyli tą stronę informacyjną, gdyż ona daje podstawę kalkulacyjną i ekonomiczną. Jeżeli system ma do tej problematyki szeroko rozumianego bezpieczeństwa włączyć pewne elementy racjonalne w zakresie kontraktowania i alokacji, o której tutaj pani dr Tymowska była uprzejma nam szeroko dosyć powiedzieć, jeżeli to ma być w ten sposób rozumiane i później implementowane usprawnianie systemu, to może by warto zamówić dobre badania ilościowe, statystyczne. W kraju jest pewnego rodzaju potencjał i może warto będzie wrócić od dyskusji o koncepcji systemu informacyjnego ochrony zdrowia - ten system powinien być tak konstruowany, aby metodyka zbierania i gromadzenia danych pomagała jednoznacznie odpowiedzieć na pytania strukturalne, rankingowe i planistyczne. Nie chciałbym tego

swojego krótkiego wystąpienia kończyć kolejnym pytaniem, bo już wszyscy trochę jesteśmy zmęczeni i paneliści pewnie też, ale propozycję Tadeusza Ołdakowskiego uznałem za ważną, m.in. dlatego, że GUS jest potencjalnie przygotowany na to, żeby różnego rodzaju badania statystyczne prowadzić. Dziękuję.

Karol Szwarc

Niestety nie mogę się zgodzić z tymi, którzy mówią, że nie ma kryzysu. Otóż, jak zawsze, punkt widzenia zależy od punktu siedzenia. Przemysł motoryzacyjny w Polsce nie przeżywa kryzysu, natomiast kierowcy stoją w korkach. Jeśli zastosujemy tę analogię do ochrony zdrowia popatrzymy na pacjenta to wszystkich tych, którzy mówią, że nie ma kryzysu zapraszam o godz. 8,00 do Centrum Onkologii na Ursynowie do rejestracji i żeby zobaczyli, co się tam dzieje. Druga sprawa - tak naprawdę o ekonomice służby zdrowia możemy mówić dopiero o wprowadzeniu kas chorych, bo przedtem to właściwie ratowaliśmy jak mogliśmy służbę zdrowia dofinansowując ją w sposób biurokratyczny. Ja chciałbym przypomnieć moje pierwsze stwierdzenie, że zasada solidarności jest tu zasadą nadrzędną. I tu jest problem jak pogodzić zasadę solidarności społecznej z zasadą racjonalnego gospodarowania.

Pan Marek Misiak

Nie ma dobrej definicji zasady solidarności.

Karol Szwarc

Dobrze, ale wiadomo, że ty będąc na emeryturze wymagasz większej opieki zdrowotnej, niż ja kiedy miałem lat 17. Następna kwestia: postęp w zakresie medycyny jest tak

błyskawiczny, że w ciągu miesięcy pojawiają się nowe metody leczenia na świecie. Pytanie jak to sfinansować?

To jest problem, który będzie w zakresie ochrony zdrowia narastał, ponieważ rzeczywiście postęp jest ogromny i on wymaga z jednej strony podejścia od strony ekonomii, ale także od strony medycznej. Otóż, ogromne zainteresowanie kontraktujących zatrudnianie za granicą polskich lekarzy wzbudziło to, że pracują oni na dwie zmiany, czy na trzy etaty. Kiedy macie czas - pytano - żeby się doskonalić? Twierdzę, że lekarze w Polsce nie mają czasu na doskonalenie się. Coś z tym trzeba zrobić, bo z jednej strony jest postęp, z drugiej nie ma czasu na opanowanie tego co się dzieje na świecie. Jest więc problem nie tylko sfinansowania diagnostyki, nie tylko sposobu leczenia, ale również sposobu kształcenia tych lekarzy ze względu na postęp, który się dokonuje w świecie.

Pan Łukasz Janikowski

Ja mam takie pytanie, bo mnie to zawsze zadziwia, że w Polsce na dwa, trzy etaty pracują lekarze, teraz wszyscy postulują, żeby lekarze pracowali na jeden etat. Ja mam takie pytanie, jak stworzymy taką sytuację, w której każdy lekarz pracuje na jeden etat, to skąd weźmiemy trzy razy więcej lekarzy - mam taką małą dygresję, czy ktoś mi to wytłumaczy.

Karol Szwarc

Ja nie powiedziałem, żeby pracowali na jeden etat, ja powiedziałem, żeby się kształcili, to jest różnica.

Pan Łukasz Janikowski

Tak, ale jeżeli im zabierzemy ten drugi etat?

Karol Szwarc

Gdy Pan sobie przeczyta jak się zachowują Polacy w Wielkiej Brytanii, to Pan zobaczy, że się kształcą i jednocześnie wykonują zawód. Naprawdę jest to problem tylko umiejętności organizacji i finansowania.

Wreszcie - tylko przez pana Ołdakowskiego tu częściowo poruszona - sprawa leków.

Pan Prezes Andrzej Włodarczyk

Nie ma polityki lekowej państwa, bo państwo ma wszystkie mechanizmy do regulowania obrotu lekami.

Pani dr Katarzyna Tymowska - moderator

Aby odpowiedzieć na takie pytanie, skąd brać dodatkowe środki, musielibyśmy tutaj zostać na kilka godzin dłużej, bo nie ma łatwej i szybkiej odpowiedzi. Czynnikiem generującym koszty jest tak dużo, że każdy będzie musiał pozyskiwać dodatkowe środki i teoretycznie można rozważać bardzo różne źródła, czyli może musielibyśmy się umówić na osobną rozmowę. Nie ma pana Ołdakowskiego, ale odpowiedziałabym na pytanie, które zadał. My w Diagnostyce Społecznej badamy od 2000 roku wydatki gospodarstw domowych na różne świadczenia zdrowotne oraz na leki i nie wydzielamy czynników takich jak np. zmiana zasad refundacji leków, które w jakiś okresach od 2000 r. mogły spowodować wzrost wydatków na leki. Nam chodziło głównie o pokazanie tempa zmian i wysokości wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia i przy okazji udało się również udokumentowanie, że nieprawdziwą jest teza, że te nieformalne wydatki (jedną z takich tez obiegowych) są takie duże. Nie zauważa się, że jest jakby przyzwolenie społeczne na formalne, oficjalne wydatki, które bardzo rosną, choć prawie wszyscy mamy prawo do opieki finansowanej ze środków

publicznych. I chodziło nam o tempo zmian wydatków na leki, o tempo zmian wydatków na świadczenia, a nie wnikanie w analizę, czy te rosnące wydatki np. na leki, to wpływ takich czy innych czynników. Badaliśmy też zachowania w sytuacji braku środków na leki, a nie badaliśmy, bo to w badaniach ankietowych nie jest możliwe, czy jest zasadne aby ludzie tyle wydawali na leki. A wiele na leki w Polsce wydają ludzie najbardziej zamożni, najlepiej wykształceni, mieszkający w dużych aglomeracjach, więc nasze badanie też burzy mit, że najwięcej na leki wydają osoby biedne, z rodzin wielodzietnych. Struktura wydatków na leki jest inna w różnych jednostkach chorobowych, więc to jest szalenie złożony problem. Najbardziej opłacalny jest rynek aptekarski w dużych aglomeracjach, a epidemiologiczne wskaźniki w dużych aglomeracjach wcale nie są najgorsze w Polsce; czynniki kształtujące popyt na leki są tak już zróżnicowane i niekoniecznie tylko związane z epidemiologią. Także nie mogę odpowiedzieć na pytanie skąd brać dodatkowe środki na leki. Sama jestem zwolenniczką wzrostu nakładów publicznych, ale nie w rozumieniu takim jak ostatnio podano, czyli wzrost składki płaconej i obciążającej dochody pacjenta. Ale i samo to podnoszenie nakładów jest niewystarczające, żeby mówić, że rozwiązujemy jakieś problemy w ochronie zdrowia. Czynnikiem generującym koszty jest tak wiele, że bez zwiększenia nakładów i zgody politycznej na to zwiększanie nakładów nie uda się wiele zmienić w systemie. Natomiast do innych pomysłów na wzrost nakładów trudno byłoby mi się tak bezpośrednio tutaj ustosunkować, bo mamy już bardzo ograniczony czas spotkania. Natomiast poprosiłabym pana Franka Gajka o informację co się dzieje z koszykiem, ponieważ rozpoczął prace nad tymi

wycenami kosztów procedur, wie jakie tam są bariery, więc może, skoro to ma być trochę i takie informacyjne spotkanie, to może potrzebne jest przybliżenie co się dzieje z tym koszykiem.

Pan Marek Misiak

Pani powiedziała o tym, że należy jednak nie przez dodatkowe opodatkowanie rozwiązywać problem finansowania, to powinno być chyba przez nas wykorzystane jako istotny element wniosków z tego spotkania.

Pani Katarzyna Tymowska - Moderator

Zwróćcie państwo uwagę, co zaproponowała ta ekipa w ostatnich dniach. Przesunięcie środków z aktywnego zwalczania bezrobocia, środków pochodzących od pracodawców, opodatkowanych na te cele, składek na cele walki z bezrobociem - na służbę zdrowia. Bo w tym celowym funduszu powstały nadwyżki, bo poprzednie programy nie wykorzystywały wszystkich. A ponadto zaproponowano nałożenie na Kowalskiego nowego podatku i to ma być pomysł PIS na podniesienie nakładów na ochronę zdrowia w czasie kampanii wyborczej.

Pan Marek Misiak

To kompromituje Religę i w ogóle wszystkich tych ludzi, którzy uważają, że ratują zdrowie w Polsce.

Pan Karol Szwarc

Nie można tego zrobić natychmiast, ponieważ wydatki na zwalczanie bezrobocia są funduszem celowym.

Pan Franciszek Gajek

A czy ja mogę. Pani mówiła, że nie jest zwolenniczką nakładania nowego podatku, ale już w tej chwili wiemy, że pani minister finansów Gilowska mówi, że nie stać nas na zwiększa-

nie wydatków na służbę zdrowia. Jeżeli nie z nowego podatku, to skąd miałyby te pieniądze pochodzić?

Pani dr Katarzyna Tymowska

Musielibyśmy wydłużyć spotkanie, aby omówić te sprawy. Ale kilka propozycji podam. Trzeba zmienić zasady opłacania podatku za te 35 proc. społeczeństwa, za które płaci budżet państwa. Trzeba wprowadzić zróżnicowanie grupy rolników i wydzielić tę grupę, która powinna być opodatkowana i płacić składkę sama. Ja nie sądzę, żeby współpłacenie wprowadziło ważne źródło finansowania. To mogą być marginalne przychody. Ale przecież współpłacenie powinno zmienić zasady zachowania pacjenta. Jeżeli nie ograniczymy nadużywania świadczeń i nie zmienimy swoiście postrzeganej autonomii zawodów i nie wprowadzimy standardów postępowania, to gdybyśmy nawet mieli jeszcze 20, czy 40 miliardów, to nie poradzimy sobie ze wzrostem kosztów. Czyli na pewno zmieniałabym składkę te odliczaną od podatku, a nie wprowadzała nowego podatku. A za naiwną uważam wiarę, że lada dzień komercyjne firmy ubezpieczeniowe wprowadzą jakieś dodatkowe, inne od obecnych ubezpieczenia i to będzie dodatkowe źródło zasilania zakładów publicznych. Czasem, gdy słucham niektórych lekarskich wypowiedzi o ekonomii, to tak reaguję, jak zalewne reagował by lekarz gdybym ja opowiadała lekarzowi jak wykonać kolejne czynności przy operacji wyrostka. Czyli jest wiele potencjalnych źródeł, niektóre można wykorzystać, niektórych nie. Na pewno na początek zwiększałabym nakłady typowo publiczne, a pacjentów jednak obciążałabym kosztami nie poprzez nowy podatek, który nie zmieni ich zachowań, a grupy nisko

zarabiające bardzo obciążą, tylko zmieniałabym zachowania pacjentów poprzez współpłacenie.

Pan podawał przykłady z onkologii, w tym i o organizacji przyjęć pacjentów. Możemy oczywiście różnie definiować kryzys, a dla mnie to co się dzieje w Centrum - to jest patologia organizacji opieki. Mamy dziesiątki ośrodków gdzie nie ma takich kolejek. Jak zbudowano takie ogromne Centrum i stworzono system, gdzie bez skierowania można dostać się do onkologia to jest to efekt takich decyzji, nie jest to moim zdaniem objaw kryzysu całego systemu. Pojedźcie państwo do Kielc i zobaczcie jak jest zorganizowana opieka w jednym z najnowocześniejszych ośrodków onkologicznych w Kielcach: tam nie ma takich obrazków jak w Warszawie. Czyli to znaczy, że można inaczej zorganizować przyjęcia. A ośrodek jest trochę tylko mniejszy od tego. To jest objaw patologii organizacji. To oczywiście, patologie organizacji masowo występujące można nazwać kryzysem, a i dla tych pacjentów, którzy tam czekają, to jest kryzys. Ale to nie znaczy, że w Polsce mamy kryzys w onkologii, bo są ośrodki onkologiczne, które z organizacją opieki nad pacjentami sobie świetnie poradziły i również publiczne i również duże.

Pan Karol Szwarc

Tylko mają 40 proc. wyleczalności, a w centrum jest 75 proc.

Pan prof. Antoni Rogucki

Jedno zdanie. W takiej dyskusji rzymskie imperium powstało ... Kato powiedział: ... on mówił o żeglowaniu, a ekonomista mówi, jeśli nie mam pieniędzy, to pożyczam, ale muszę znaleźć tego, który określi, że ja mu zwrócę. Więc onkologiczny instytut kto zakredytuje tych, którzy leczy. Ekonomista tylko tak może powiedzieć, nie ma innego rachunku. Dziękuję.

Pan Franciszek Gajek

Proszę państwa. Dokładnie nazywa się to: centralna baza świadczeń opieki zdrowotnej. Na stan dzisiejszy to jest tak, że jest tam ok. 18 tys. pozycji. Generalnie lektura tego praktycznie jest utrudniona, jest praktycznie niemożliwa. Ja powiem też państwu co zrobił minister zdrowia ogłaszając, że mamy koszyk. Jest takie zdanie, to materiał z którego zrobimy spodnie, a minister powiedział - spodnie, czyli minister przyszedł i powiedział, że mamy koszyk. My mamy materiał, z którego zrobimy koszyk. Dzisiaj rozpoczyna się w agencji oceny technologii medycznej praca nad przekształceniem tego, w zbiór ewentualny, który posłuży jako mierniki w służbie zdrowia do wyceny. Podejrzewam, szacuję, że będzie to ok. 1500 pozycji może, także jest pewien materiał, który jest wyjściowy, na pewno nie jest to koszyk świadczeń gwarantowanych. Jest to pewien spis. Niektórzy mówią, że jest to spis lokatorów wręcz, ale to jak jestem przy głosie, to chciałbym odpowiedzieć też panu. Pan powiedział o zbieraniu informacji. Ja powiem tak, że my w tej chwili przystąpiliśmy, bo informacje można zebrać, albo zbierać. My przystępujemy w tej chwili do zbierania informacji, czyli zebrania jej na początek oraz weryfikowania jej przez dłuższy okres. GUS może wykonać operację jednorazową, on wchodzi, bada, daje wynik i koniec. Natomiast tu w służbie zdrowia potrzebny jest w związku z tym, o czym mówią przedmówcy, zmiana technologii, zmiana, unowocześnia się służbę zdrowia, w związku z tym potrzebny jest stały monitoring tego co się zebrało, jeżeli ta informacja musi być zbierana, a nie zebrana. Musi być zbierana. I trzecie. Odpowiadam też panu. My jesteśmy takimi ludźmi, którzy jak w kabarecie Olgi Lipińskiej ganiamy po korytarzu i

komuś byśmy przyłożyli, tylko nie wiemy jeszcze komu i potrzebujemy forum, miejsca, w którym można tą pałę przyłożyć, że tak powiem. Być może jest to forum. Być może tu znajdzie się miejsce. I ostatnie słowo, krótko. Nie ma sprzeczności pomiędzy koordynowaną opieką a naszą wyceną, ze względu na to, że na pytanie do Krystyny, gdzie wykona przeszczep serca, ona powiedziała - kupię. A jej - kupię, to musi być wykonawca. Wykonawca musi być za ile to wykonuje, także te oba systemy mierników są potrzebne. Dziękuję.

Pan prezes Andrzej Włodarczyk

Jako lekarz, bo padło pytanie, na temat kształcenia, czy doskonalenia zawodowego lekarzy i padło pytanie na temat, czy możemy zlikwidować sytuację taką, że lekarze pracują na kilku etatach. Najpierw odpowiem na to pierwsze. Mianowicie, ja uważam, że system kształcenia, doskonalenia zależy od tego, od dwóch mechanizmów. Jeden mechanizm jest rynkowy jeśli decyduje o tym pacjent. Pacjent po prostu może wybrać lekarza i nie pójdzie do, przepraszaj za określenie - konowała, tylko pójdzie do tego, który leczy dobrze, nowoczesnie, tanio. Nie zawsze, bo jest asymetria informacji oczywiście. Więc ten mechanizm nie zawsze się sprawdza. Drugi mechanizm to jest taki, który w tej chwili próbuje zlikwidować pan minister Religa, mianowicie system, któryś przez ileś lat w naszym kraju funkcjonuje, pracują lekarze, to on może tak ustawić system pracy, że w czasie pracy jest czas na kształcenie się. Ja dam konkretny przykład. W klinice, której ja pracowałem codziennie rano po tzw. złożeniu raportu przeznaczaliśmy 15 minut, dosłownie 15 minut, nazywaliśmy to z angielska ... kiedy codziennie jeden z kolegów miał za zadanie przeczytać z ostatniego roku jakieś ciekawe doniesienie medyczne dotyczące

oczywiście problematyki, którą zajmowała się klinika, przetłumaczyć to na język polski i w prostych kilku minutach przedłożyć temat i odpowiedzieć na pytania. W ten sposób każdy z nas miesięcznie chcąc nie chcąc czytał 30 publikacji najnowszych w różnych językach, bo nie wszyscy, niektórzy tłumaczyli z francuskiego, niektórzy z niemieckiego, itd. Więc można taki problem rozwiązać. To nie jest, to jest kwestia organizacji pracy, to jest kwestia szefa. Natomiast jeśli my teraz zlikwidujemy system ordynatorski, to już np. tego typu działanie praktycznie zostanie zlikwidowane. Teraz, czy można zlikwidować prace lekarza na kilku etatach. Dzisiaj przy tych zarobkach chciałbym znaleźć odważnego, który to zrobi, ale w niektórych krajach na świecie wprowadzono taki system, to się nazywa zakaz konkurencji. Np. w Hiszpanii lekarz może pracować tylko albo w publicznym, albo w niepublicznym zakładzie leczącym. Natomiast tamten lekarz zarabia tyle w tym publicznym, czy niepublicznym, że on może pracować w jednym miejscu. Pytanie, czy lekarzy jest za dużo, czy za mało. Jest za mało, natomiast problem również polega na tym, nie oszukujmy się, że wielu lekarzy pracując na kilku etatach, proszę zobaczyć o której godzinie można znaleźć w szpitalu lekarza czasami, czy on w ogóle jest fizycznie w tym szpitalu. Nie ma go, bo on w tym samym, on powinien pracować 8 godzin i za tyle ma teoretycznie płacone.

Pani red. Elzbieta Cichocka

7,45 ...

Pan Andrzej Włodarczyk

7,45 podpowiada pani redaktor, słusznie, ale on już w tym czasie jest w drugim miejscu pracy. Więc może by się okazało,

że gdyby siedział te 7,45 takiego dramatu by nie było, tylko zacznijmy temu człowiekowi godziwie płacić.

Pan Karol Szwarc

I gdyby nie musiał dojeżdżać z jednego końca Warszawy na drugi koniec Warszawy i marnować na to czasu.

Pan Andrzej Włodarczyk

To są zupełnie, ten czas marnują wszyscy na świecie i to nie jest problem. Ja jeszcze chciałem się odnieść do pewnej zasadniczej kwestii, bo myślę, że nie będę się odnosił do mechanizmów, które powinny być wprowadzane, żeby ograniczyć koszty leczenia, ograniczać tzw. ten hazard moralnego nadużycia świadczeń, o którym mówiła pani prof. Tymowska. Natomiast dla nas lekarzy, to co jest szalenie ważne, i co jest problemem nr 1 w tej chwili, to jest to, że politycy okłamują obywateli naszego kraju oferując im wszystko. Tak jak Religa okłamał Polaków, mówiąc, że dał koszyk, co jest absolutną nieprawdą i potrzebujemy takiego odważnego, który policzy co ile naprawdę kosztuje, na co z tej składki stać płatnika i dopiero wtedy kiedy, i jeszcze trzeba wprowadzić standardy w tym wszystkim, bo my musimy wiedzieć przy danej np. jednostce chorobowej co jest objęte standardem, za co ma płatnik płacić, co jest ponad standard. Bez tego wszystkiego nie będzie proszę państwa leczyć

I wtedy można, powiedziawszy to wyborcom oczekiwać, że wyborcy powiedzą tak, skoro ja za te pieniądze, które dzisiaj płacę nie ma tego, tego i tego, to może wtedy nie będzie dyskusji, czy tej składki nie zwiększyć. Natomiast dzisiaj jest to randka w ciemno. Dzisiaj tak naprawdę każdy kto mówi, że chce zwiększyć składkę, że chce dać większe pieniądze, to nie wie na co, okłamuje, uprawia retorykę przedwyborczą,

ponieważ najpierw trzeba policzyć co ile kosztuje, na co nas stać, wtedy dopiero można mówić o ubezpieczeniach dodatkowych, itd. itd. I my jako środowisko lekarskie i myślę, że medyczne, bo tego samego oczekują pielęgniarki, oczekujemy tego, oczywiście nie w oderwaniu od naszych zarobków. Proszę państwa Anglicy jak przyjechali do Polski to powiedzieli, macie najlepszy system na świecie za te pieniądze. Taka jest prawda. To co mówi pani prof. Tymowska, że nie ma kryzysu. Obywatele, czy reprezentacji innych krajów reprezentujących medycynę patrzą ze zdumieniem na osiągnięcia polskiej medycyny, bo leczymy naprawdę na poziomie światowym za jakże mniejsze pieniądze niż gdzie indziej, nawet uwzględniając to, że część tych pieniędzy, to jest kosztem zadłużania się placówek, bo o tym się też nie mówi, że szpitale płacą za leczenie pacjentów, a nie płatnik, a tak naprawdę płaci całe społeczeństwo.

Karol Szwarc

Ponieważ nasze spotkania są organizowane po to, aby w trakcie Kongresu Ekonomistów zgłosić szereg postulatów, dlatego też prosiłbym panią Tymowską, żeby problemy wynikające z dzisiejszego spotkania mogły zostać zaprezentowane. Kończymy. Dziękuję bardzo.

Koniec spotkania