



Koniec ery nieudaczników

Rozmowa z Ewą Kopacz

Czy pod rządami Platformy Obywatelskiej będzie rewolucja w systemie ochrony zdrowia?

Nie będzie rewolucji, tylko zmiany. Rewolucje źle kończą się dla pacjentów, dlatego PO chce przeprowadzić reformę w taki sposób, aby jak najmniej dotknęła ona klientów służby zdrowia.

Jak zatem będzie wyglądało to *miękkie lądowanie* pacjentów?

Chcemy, żeby każdy pacjent otrzymał precyzyjną ofertę tego, co zostanie sfinansowane ze składki zdrowotnej. Wskażemy prawa i obowiązki pacjenta, a sfera instytucjonalna – NFZ, świadczeniodawcy, administracja – będzie przekształcana tak, żeby nie było to odczuwane przez społeczeństwo. Chcemy przedstawić gotowe projekty, żeby nawet na sali sejmowej nie było kłótni czy dyskusji politycznych. Dla pacjenta nie jest ważne, czy lekarz jest żonaty, czy może właśnie się rozwiódł. Lekarz ma dobrze i skutecznie leczyć. Podobnie jest z administracją służby zdrowia – nieważne, jaka jest jej struktura, musi tylko efektywnie działać.

Wspomniała pani, że pacjent otrzyma ofertę świadczeń. Do tego konieczne jest stworzenie koszyka. W niektórych krajach tzw. starej Unii koszyk tworzy się od kilkunastu lat, u nas zrobiono to w półtora roku. Jak chcecie wykorzystać dorobek poprzedników?

Przedstawiciele Prawa i Sprawiedliwości ogłosili, że koszyk jest gotowy. Problem w tym, że nie trafił on ani do świadczeniodawców, ani do NFZ, a tym bardziej do pacjentów. My mówimy o podstawowym pakiecie, który będzie przejrzysty i klarowny, a w efekcie dla pacjentów zrozumiały. Będzie to wykaz tego, co będzie dostępne w ramach składki – oczywiście, bez szczegółowych opisów procedur.

Ale co z tym koszykiem?

Będziemy kontynuować prace naszych poprzedników. Bez koszyka nie można uszczelniać systemu. Problem w tym, że już u jego zarania byłam gotowa przyjmować zakłady, że będzie to katalog procedur, i nie pomyliłam się. Praca ponad 700 ekspertów i wydane 10 mln zł nie zostały w pełni wykorzystane. Tego kapitału nie chcemy zmarnować i na bazie przygotowanych dokumentów stworzymy realny – a nie wirtualny – koszyk świadczeń gwarantowanych.

Sieć szpitali. Pytani o nią dyrektorzy szpitali uśmiechają się szelmowsko i mówią, że żadnej sieci nie będzie...

Sieć powstanie, ale na innych zasadach. Wyboru placówek, które znajdują się w niej, dokonają pacjenci. Chcemy to osiągnąć, wprowadzając zasadę *pieniądza, który idzie za pacjentem*. Sieci na pewno nie będziemy

tworzyć, wsłuchując się w opinie urzędników różnych szczebli. Po rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych danego regionu oraz możliwości alokacji środków u tego, a nie innego ubezpieczyciela – czyli dzisiaj oddziału Funduszu – to pacjenci wskażą szpitale, w których chcą się leczyć. W efekcie, niejako w sposób automatyczny powstanie sieć, bo tylko najlepsze jednostki, z wyboru pacjentów, otrzymają pieniądze.



foto: Tomasz Paczos/Forum

„ Nad koszykiem pracowało 700 ekspertów i wydano 10 mln zł. Tego kapitału nie chcemy zmarnować i na bazie przygotowanych dokumentów stworzymy realny – a nie wirtualny – koszyk świadczeń gwarantowanych ”

W redakcji wytypowaliśmy kiedyś szpitale, które muszą zostać zlikwidowane lub przekształcone. Ile – z 739 obecnie działających szpitali – zostanie zrestrukturyzowanych, przekształconych lub zlikwidowanych?

585 szpitali jest w trakcie restrukturyzacji. Niestety, nie wiemy, z jakim skutkiem. Wszystkim, które sobie nie radzą, jesteśmy gotowi udzielić pomocy prawnej i menedżerskiej. Tym placówkom, które ciągle mają kłopoty finansowe, proponujemy zmianę profilu. Jeśli i to nie poskutkuje, będziemy zmieniali formę prawną ich działania – zamiast spzoz-ów powstaną spółki prawa handlowego z większościowym lub 100-procentowym udziałem organu założycielskiego, który odpowiada za bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców regionu.

” Sieć powstanie, ale na innych zasadach. Wyboru placówek, które w niej się znajdują, dokonają pacjenci. Chcemy to osiągnąć, wprowadzając zasadę *pieniądza, który idzie za pacjentem* ”



foto: Artur Chmielewski/Forum

Agresywna kampania wyborcza nadała prywatyzacji szpitali negatywną konotację społeczną. Tymczasem przekształcanie szpitali w spółki prawa handlowego to rodzaj prywatyzacji, podobnie jak dopuszczenie do zakładania nzoz-ów na oddziałach. Rozwiązanie to mogłoby zracjonalizować wydatki szpitali, które w swojej substancji dalej pozostałyby państwowe i zarządzane przez *publicznych menedżerów*.

Nzoz-y w oddziałach to nic innego, jak uwłaszczanie ordynatorów i lekarzy na majątku szpitali. Naszym zdaniem dopuszczalną metodą prywatyzacji jest przekształcanie placówek medycznych w spółki z udziałem samorządów. Organ założycielski – z racji swojej odpowiedzialności – musi mieć absolutny wpływ na to, co dzieje się w szpitalu. Łącznie z tym, że samorządowcy powinni wreszcie zacząć karać dyrektorów placówek, którzy sobie nie radzą i zadłużają szpitale. Może wreszcie skończy się era menedżerów-nieudaczników.



foto: Tomasz Gaell/PAP

Obiecuję, że minister zdrowia rekomendowany przez PO nie podpisze żadnego aktu prawnego, który pozwoliłby na kolejny proces oddłużeniowy. Czas, żeby menedżerowie zaczęli działać zgodnie z wymogami rynku. Nagradzane muszą być szpitale, które świetnie sobie radzą – w nich personel powinien znakomicie zarabiać. Te placówki, w którym zabrakło pomysłów na naprawę sytuacji finansowej, będą przekształcane przez organy założycielskie.

Co dla Platformy Obywatelskiej oznacza *publiczna służba zdrowia*? Czy dalsze utrzymywanie na państwowym garnuszku 739 szpitali, czy tylko publiczne pieniądze i dopuszczenie na równych prawach prywatnych świadczeniodawców oraz dodatkowych ubezpieczeń?

W swoim programie głosiliśmy, że spoz-y i nzoz-y powinny mieć równy dostęp do pieniędzy publicznych. Oczywiście, pod warunkiem spełnienia określonych standardów. Powtarzam jednak – w publicznych szpitalach nie mogą powstawać nzoz-y, które będą korzystały z pozycji przetargowej szpitala, jego otoczenia i umiejętności zarządczych dyrektora.



„ Placówkom, które ciągle mają kłopoty finansowe, zaproponujemy zmianę profilu. Jeśli to nie poskutkuje, będziemy zmieniali formę prawną ich działania, zamiast spoz-ów powstaną spółki prawa handlowego ”

Kolejny temat – współpłacenie za niektóre usługi medyczne. Taką formę dofinansowania służby zdrowia mają bogaci Niemcy, ale i Czesi czy Słowacy. Za współpłaceniem opowiada się niemal większość krajowych konsultantów. Co na to politycy?

Współpłacenie jest dopuszczalne dopiero po zreformowaniu instytucji płatnika publicznego i dopuszczeniu ubezpieczycieli dodatkowych, którzy zaoferują swoistą formę współpłacenia. Pacjent będzie miał za to możliwość uzyskania usług ponadstandardowych – np. pojedynczej sali z telewizorem czy specjalnego żywienia. Oczywiście, jest to kwestia przyszłości, bo dzisiaj wiele szpitali nie mogłoby spełnić oczekiwań pacjentów.

Chcicie rozbić monopolistyczny NFZ. Jak ma to wyglądać?

Powstanie 6 ubezpieczycieli obsługujących wydzielone makroregiony. Świadczeniodawcy będą mogli sprawdzić ofertę konkurencyjnego oddziału i jeśli uznają, że inna oferta jest atrakcyjniejsza od macierzystej – zmienić płatnika. To kolejny sposób na wprowadzenie zasady *pieniądza idącego za pacjentem*, bo możliwość wyboru ubezpieczyciela będą mieli także sami pacjenci.

Wszystko to będzie naturalnym procesem ewolucji, który ostatecznie wyłoni wspomnianą już sieć szpitali. Wspomagać ten proces będą broszury, z których pacjent dowie się wszystkiego o kadrze, sprzęcie i warunkach leczenia w danym szpitalu.

Jak rozbić inny monopol – lekarzy, którzy upierają się, że to oni mogą być najlepszymi dyrektorami szpitali? Na świecie – przedsiębiorstwami, jakimi są placówki medyczne – kierują menedżerowie z pomocą dyrektorów medycznych.

Odpowiedzialność za kadrę menedżerską muszą ponosić zarządy organów założycielskich. Jeśli – ich zdaniem – lepszy jest lekarz, to niech będzie on dyrektorem szpitala. Jeśli jednak ma to być lekarz, który jest krewnym burmistrza, a nie radzi sobie z zarządem – musi stracić stanowisko. Członkowie rad nadzorczych mają obowiązek zdawania egzaminu państwowego. Może taki sam wymóg wprowadzić w szpitalach? Zarazem warto przypomnieć, że mamy studia MBA w zakresie zarządzania służbą zdrowia i kadry gotowe obejmować stanowiska kierownicze.

Jednak najlepsze umiejętności menedżerskie nie wystarczą, gdy nie ma stabilnych zasad kontraktowania.

Jestem przerażona, że dotychczas nie zatwierdzono planu finansowego NFZ, a na jego stronach internetowych nie ma zasad kontraktowania. Zarazem słyszymy, że w kwietniu 2008 r. będzie *aneksowana* część umów, a zaraz potem będzie wprowadzany angielski system grupowania procedur. Wszystko to pokazuje bezmiar chaosu, w jakim pogrążona jest służba zdrowia. Paradoxs polega na tym, że angielski system CPT jest ciągle udoskonalany, a i tak nie sprawdza się, bo w Wielkiej Brytanii kolejki oczekujących na zabiegi są jednymi z najdłuższych w Europie. Niemal mechaniczne przeniesienie CPT na polski, niezreformowany system, przy jednoczesnym braku systemu informacyjnego i informatycznego, spowoduje, że kontrakty dla szpitali będą o 20–30 proc. niższe. Dlatego nowy minister zdrowia musi wprowadzić program pilotażowy i dopiero potem – jeśli ten swoisty eksperyment skończy się powodzeniem – wprowadzać go w całym kraju. Jeśli nakazowo uruchomimy CPT, w całym kraju zacznie się horror.

Rozmawiał Jacek Szczepny