



# Szpital nie może być dojną krową

Rozmowa z Ryszardem Stangierskim,  
dyrektorem Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

**Czy jest realne wprowadzenie w Wielkopolsce, zapowiedzianego przez ministerstwo, pilotażowego programu RUM?**

Termin kwietniowy, jaki zaproponowała centrala, traktujemy umownie, gdyż poszczególne elementy pilotażu są już wdrażane. Oczywiście, o ostatecznej decyzji NFZ chcielibyśmy wiedzieć jak najprędzej, ponieważ liczymy na korzyści organizacyjne i ekonomiczne. Cieszymy się z tego swoistego wyróżnienia – zarazem jednak nie chcemy robić nic pochopnie, bez przygotowania.

**Pilotaż to rodzaj testu. Czy ten program będzie wdrażany w całym kraju?**

Sami nie wiemy, czy pilotaż ma się zamienić w system ogólnopolski, czy RUM zostanie podzielony między Computerland i Kamsoft-Spin. O tym zadecydują władze NFZ i ministerstwa. Na pewno jest to rodzaj próby, która ma wykazać, czy ten system jest dobry, czy trzeba go radykalnie zmodyfikować.

**Leszek Balcerowicz, jeszcze jako minister finansów, wszelkie zmiany w ordynacji podatkowej testował w Wielkopolsce. Teraz w jego ślady idzie prezes Jerzy Miller. Dlaczego władza tak upodobała sobie Wielkopolskę?**

Zadanie, które stawia się przed naszym oddziałem, wymaga wzmoczonego wysiłku administracji oraz świadczeniodawców. Zarazem w opinii centrali system informatyczny firmy Kamsoft-Spin jest w Wielkopolsce najbardziej zaawansowany pod względem technologicznym. Wyróżniamy się też tym, że przekształcenia własnościowe w ochronie zdrowia są w Wielkopolsce najbardziej zaawansowane, a sądzimy, że jest to kierunek, w którym mają podążać wszystkie oddziały. W naszym regionie sprywatyzowano niemal 100 proc. poz-ów, podobnie jest w wypadku stomatologii, leczenia specjalistycznego i aptek. Ponadto działa kilka prywatnych szpitali. Domyślam się, że to właśnie były argumenty przesądające o wyborze Wielkopolski jako re-

gionu do przeprowadzania testów. U nas bowiem szanse powodzenia akcji są największe.

**Czy model tak powszechnej prywatyzacji służby zdrowia sprawdza się w praktyce?**

Sprawdza się na całym świecie, więc my też powinniśmy do tego dążyć. Tym bardziej, że w zmiany polityczne rozpoczęte w 1989 r. jest wpisany algorytm przekształceń własnościowych. Problemem jest tempo tych zmian i wybór sposobu prywatyzacji.

**Tak wielka liczba prywatnych praktyk, naciśki szefów szpitali, niedobór pieniędzy, wpływy różnych lobby powodują znaczną nerwowość podczas kontraktowania. Czy nie jest tak, że chcąc zadowolić wszystkich, sami generujecie ten stan?**

Jedno jest pewne – gdyby pieniędzy było więcej, to nerwowość byłaby jeszcze większa. Ale przyznaję – kontraktowanie często zamienia się w walkę o pieniądze między jednostkami publicznymi oraz niepublicznymi. Rok 2006 jest przykładem, że zmiana sposobu kontraktowania jeszcze bardziej zwiększyła emocje, mimo że pie-

**otwarty dla wszystkich? Może trzeba powiedzieć: dość, już nie zakładajcie nzo-ów!?**

Mimo zapisów o równości podmiotów, należy w końcu rozstrzygnąć – czy wszystkim dać mało pieniędzy, czy postawić tamę na drodze powstawania nowych zakładów prywatnych i wybierać najlepszych, a resztę *odsiać* na zasadach zdrowej, rynkowej konkurencji. Problemem będzie jednak określenie wystarczającej liczby zakładów. Sądzę, że nadchodzi czas upadania zakładów opieki zdrowotnej i z tą myślą menedżerowie muszą się oswoić.

**Domyślam się, że będą to trudne decyzje, bo wszyscy wychowani w realnym socjalizmie zakładają, że jak już raz się podpisało kontrakt, będzie on obowiązywał zawsze. Takie myślenie dotyczy zapewne szefów spzo-ów i nzo-ów.**

Zgadza się. Z tego powodu przy kontraktowaniu jest tak wiele emocji i nacisków. To przyzwyczajenia ze starych czasów, gdy praca i pieniądze były zagwarantowane. Menedżerowie zapominają, że rynek usług medycznych rządzi się innymi prawami. Oczywiście, nie odważę się od-

” Model powszechnej prywatyzacji służby zdrowia sprawdza się na całym świecie, więc my też powinniśmy do tego dążyć. Tym bardziej, że w zmiany polityczne, które rozpoczęliśmy w 1989 r., jest wpisany algorytm przekształceń własnościowych ”

niędzy mieliśmy więcej niż w roku poprzednim. To efekt zmiany sposobu przyznawania pieniędzy, które tym razem przekazywaliśmy nie szpitalom, lecz poszczególnym oddziałom. Ta swoista rewolucja spowodowała, że w pierwszym konkursie udało się zakontraktować jedynie 70 proc. oddziałów. Resztę trzeba było rozdysponować w dogrywce i to właśnie ona wzbudziła największe emocje. Problemem była też ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Jak się bowiem okazało – powstało tyle placówek prywatnych, że zwiększonej o 9 proc. puli pieniędzy nikt nie zauważył. Musieliśmy szukać kompromisu pomiędzy większą liczbą oferentów a wartością poszczególnych kontraktów. Decydowały potrzeby zdrowotne. Mieliśmy z tym wiele kłopotów, bo zakłady opieki zdrowotnej walczą różnymi metodami – czasami bardzo nieuczciwymi. Przykładem są wirtualne poradnie, czyli istniejące tylko na papierze lub dopiero budowane.

**W związku z brakiem pieniędzy rodzi się pytanie – czy system zawsze powinien być**

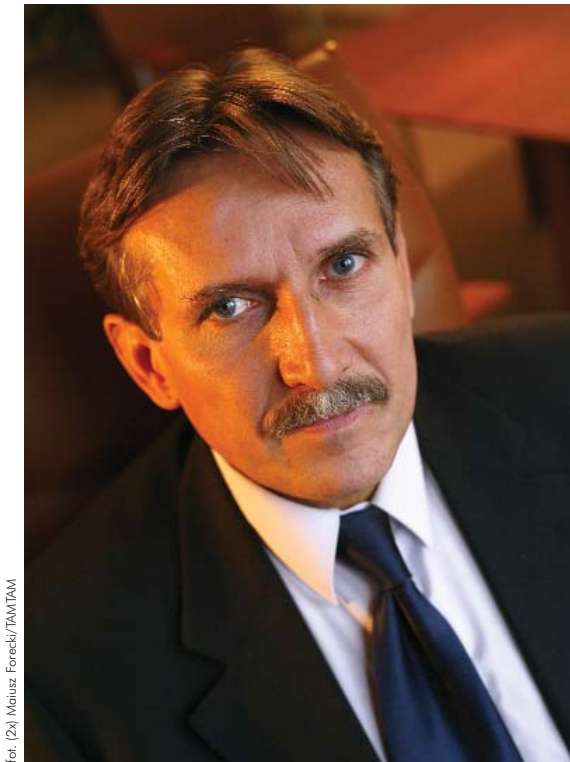
radzać otwierania nowych placówek, natomiast sugeruję, żeby się skupić na podnoszeniu jakości i wykorzystaniu pełnych mocy zakładów. Wiemy bowiem, że z wieloma zoz-ami można by podpisać nawet o 30 proc. wyższe kontrakty, ale ograniczone fundusze na to nie pozwalają.

**Jeśli tak myślą prywatni menedżerowie, to dyrektorzy szpitali tym bardziej muszą tkwić w komunizmie.**

Dyrektorzy szpitali zostali rzućeni na głęboką wodę i – przynajmniej w Wielkopolsce – nauczyli się już bilansować swoje jednostki, a nawet na nich zarabiać. Nie mogą jednak pozwolić sobie na zarządzanie *stricte* rynkowe, a więc np. redukcję etatów, bo nie pozwolą im na to związki zawodowe i opinia społeczna.

**Czy te obie siły nie są instrumentem szantażu w pozyskiwaniu pieniędzy przez szefów szpitali?**

W przeszłości zdarzało mi się słyszeć, że jak nie dam pieniędzy, to załoga wywiezie dyrektora



fol. (24) Miłosz Forecki/TAMTAM

na taczce. Dzisiaj dyrektorzy nauczyli się być menedżerami. Zrozumieli, że my nie kupujemy załóg, a jedynie usługi medyczne.

#### **Oddział NFZ może więc być kreatorem polityki zdrowotnej?**

Odpowiem pytaniem. Czy Fundusz został w sposób jednoznaczny upoważniony przez wszystkie podmioty, które mają coś do powiedzenia w sprawie ochrony zdrowia, do kreowania polityki zdrowotnej? Jeżeli nawet NFZ to robi, to nie zawsze w sposób zamierzony. Czasami musi zrezygnować z takiej kreacji, bo nie jest ona aprobowana przez społeczeństwo.

**Spółeczeństwo to także urzędnicy NFZ, wojewódzcy i powiatowi. Jednak to pan jest szefem oddziału i dlaczego musi się pan liczyć z opinią urzędników, którzy mogą załatwiać różne partykularne interesy?**

Proszę pamiętać, że nie jestem kapitanem statku, a zarządzanie oddziałem odbywa się kolegiąlnie, bo działa rada oddziału NFZ. Zasiadają w niej przedstawiciele wszystkich środowisk, których opinie muszę brać pod uwagę. Przykładem może być podział dodatkowych funduszy, które otrzymał nasz oddział. Zarówno wśród świadczeniodawców, jak i ich organów założycielskich wiele emocji budziło to, na jaki cel je przeznaczyć. Jedni chcieli podziału proporcjonalnego, inni przeznaczenia pieniędzy na profilaktykę czy walkę z nałogami, czyli na tzw. cele wrażliwe społecznie. W efekcie, aby wszystkich zadowolić, trzeba było szukać kompromisu.

**Domyślam się, że przede wszystkim dofinansowano jednostki publiczne. Czy w NFZ istnieją tajne okólniki, nakazujące preferowanie placówek publicznych?**

„ Sądzę, że nadchodzi czas upadania nzo-ów. Oczywiście, nie odważę się odradzać otwierania nowych placówek, natomiast radzę skupić się na podnoszeniu jakości i wykorzystaniu pełnych mocy zakładów ”

Istnieją okólniki, ale nie tajne. Prezes Jerzy Miller publicznie mówi o równości praw, a w NFZ nawet nie ma takiego pomysłu, aby preferować jedną grupę świadczeniodawców. Jediną miarą, wg której przyznajemy pieniądze, jest jakość usług medycznych oferowanych przez zakłady medyczne. Dotyczy to i świadczeniodawców publicznych, i prywatnych.

**Prywatyzacja to nie tylko prywatne kliniki. Zdarza się, że lekarze na oddziale zakładają nzo, podpisują ze szpitalem umowę cywilnoprawną i część pieniędzy z kontraktu trafia do prywatnych kieszeni. Czy akceptuje pan taki sposób prywatyzacji polskiej służby zdrowia?**

Przedstawiona przez pana separacja organizacyjna i finansowa jest rzadkim zjawiskiem. Jednak czymś podobnym jest budżetowanie klinik i oddziałów, a nie całych szpitali. Przy takim rozdziale pieniędzy wiadomo, jaką kwotą można dysponować i zakładam, że jeśli lekarze i ordynator potrafią wykonywać zabiegi taniej, to jeszcze na tym zarobią. Model opisany przez pana powinien być stosowany ostrożnie, bo istnieje w nim duże pole do nadużyć, polegających na uwłaszczeniu się na majątku publicznym. Szpital nie może być dojną krową.

**W 2010 r. wchodzi w życie rozporządzenie ministra zdrowia o wymogach sanitarnych. Podobno zostanie wtedy zlikwidowana połowa szpitali. Ile placówek trzeba będzie zamknąć w Wielkopolsce?**

Przede wszystkim, moim zdaniem, nastąpi prolongata terminu. W Wielkopolsce wyremontowano większość szpitali i zmodernizowano sprzęt. Mimo to sądzą, że część placówek zostanie zlikwidowana. Powodem nie musi być jednak rozporządzenie o wymogach sanitarnych, lecz rachunek ekonomiczny.

Rozmawiał Jacek Szczęsny