

Zdrowie sp. z o.o.

Rozmowa z dr. Maciejem Tokarczykiem, prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

Jest pan praktycznie szefem banku, a o instytucjach tego rodzaju z reguły nie mówi się dużo. Tymczasem Fundusz jest na ustach wszystkich. Jak pan to tłumaczy?

Jestem raczej szefem instytucji ubezpieczeniowej, a więc z założenia nudnej, która tworzy standardy, procedury, zajmuje się rzeczami mało spektakularnymi. A chcemy uczynić ją jeszcze bardziej nudną. Problem jednak w tym, że obecnie działamy w okresie przejściowym, staramy się ujednolicić to, co kasy chorych robiły całkowicie odmiennie. Podpisywały one różne umowy, świadczenia, posługiwały się różnymi językami przy zawieraniu kontraktów itd. Siłą rzeczy naruszamy więc wiele partykularnych interesów. I pewnie z tego wynika część krytyki.



fot. Adam Chelstowski

Marek Balicki, niedawny minister zdrowia, stwierdził publicznie, że w NFZ panuje obecnie chaos i brak komunikacji oraz jasnego podziału kompetencji między centralą i oddziałami. Czy zgadza się pan z tą opinią?

I tak, i nie. Czy bowiem nasza praca mogła przebiegać bezkonfliktowo i sprawnie, jeżeli uwzględnimy, że w ciągu 1,5 roku odeszło z pracy 1 000 osób?! Przecież każda z tych osób wykonywała jakieś obowiązki, które ktoś musiał przejąć. W dodatku, zmieniło się prawo, pojawiły się problemy finansowe związane z renegotiacją umów. A przede wszystkim, proszę wziąć pod uwagę to, że powstaje nowa instytucja, która będzie się rozwijała i kształtowała w najbliższych miesiącach i latach.

To wy jeszcze nie wiecie co tworzyacie?

Każda nowa instytucja prędzej czy później przyjmuje statut, który szczegółowo opisuje jej formy i kompetencje organizacyjne. Statut – po początkowym okresie działalności, w którym weryfikuje się jego przydatność praktyczną – jest później modyfikowany. Tak będzie i z naszą instytucją – przewiduję, że we wrześniu wystąpimy o dokonanie korekt w dotychczas obowiązującym statucie.

Jaki będzie podział kompetencji między centralą Funduszu a oddziałami?

Jestem przekonany, że w tak dużej instytucji nie może być mowy o centralizacji decyzji. Oddziały Funduszu zatrudniają wielu doskonałych fachowców, którzy mają najlepsze rozeznanie, co się dzieje na ich terenie. Centrala nie będzie ingerowała w ich kompetencje. Natomiast będzie robiła to, czego zabrakło w systemie kas chorych. A więc będzie nadzorowała przekazywanie i wydatkowanie środków do oddziałów Funduszu oraz ujednolicała standardy i procedury.

Załóżmy, że jakiś menedżer będzie miał zastrzeżenia, np. co do wysokości wynegocjowanego w oddziale kontraktu. Czy będzie mógł przyjechać do centrali i zmienić kontrakt?

Oczywiście, każdy ma prawo odwoływać się od lokalnych decyzji. Z drugiej strony, nie może być tak, abyśmy po prostu wpływali na decyzje podejmowane w danym oddziale. Zadaniem centrali będzie interweniowanie w sytuacji, gdy pojawią się np. odmienne interpretacje prawne. W kasach chorych po prostu przyjmowano w takim wypadku najróżniejsze rozwiązania problemu. My chcielibyśmy ujednolicić interpretację danego rozwiązania. W żadnym wypadku jednak nie zamierzamy przejmować coraz większego zakresu odpowiedzialności za decyzje podejmowane w regionach.

Czy więc szefowie oddziałów Funduszu będą mogli prowadzić własną politykę zdrowotną?

Byłoby to niezgodne z ustawą o NFZ. Za politykę zdrowotną odpowiada rząd i administracja samorządowa.

To w rządzie i parlamencie, a nie w oddziałach Funduszu, dziś toczy się dyskusja czy w służbie zdrowia należy przeprowadzić komercjalizację i prywatyzację jednostek, a jeżeli tak, to w jakim zakresie. To nie w dawnych kasach chorych miały zapadać decyzje, czy należy tworzyć sieć szpitali. I czy ma to być sieć negatywna, a więc pokazywanie tych jednostek, w których świadczenia z publicznych pieniędzy nie powinny być kontraktowane, czy sieć pozytywna – promująca najlepsze i najbardziej potrzebne na danym terenie jednostki. Inaczej tę sieć przygotowywał minister Łapiński, inaczej minister Balicki. Te decyzje nie zapadną ani w oddziałach, ani w centrali Funduszu. Natomiast musimy działać w ścisłej współpracy z politykami. Jeżeli powstanie sieć, to na pewno zapytamy ministerstwo, w czym widziałoby naszą rolę w sposobie kontraktowania świadczeń. Nam jednak potrzebna jest pewna długoterminowa wizja struktury ochrony zdrowia, jaka ma obowiązywać w ciągu najbliższych lat. Na razie zmiany koncepcji następują tak szybko, że – takiej instytucji, jak nasza, będącej jedynie praktycznym realizatorem ustaleń politycznych – trudno podejmować racjonalne decyzje zarządzające.

Czy jednak szef oddziału NFZ będzie mógł prowadzić własną politykę, np. w odniesieniu do działających na jego terenie jednostek prywatnych, niepublicznych? Czy w jednym oddziale będzie można kierować się kryteriami *stricto* ekonomicznymi i jeżeli placówka niepubliczna lepiej i taniej wykonuje świadczenia, to ona – decyzją oddziału – otrzyma kontrakt, oczywiście, kosztem placówki publicznej, a w innym oddziale – jego kierownictwo będzie mogło preferować placówki publiczne? Czy taka sytuacja będzie możliwa?

Na pewno nie da się wyznaczyć jednego współczynnika dla całego kraju. W niektórych regionach istnieją duże publiczne zoz-y, które ciągle się zadłużają, a więc stanowią istotny problem dla samorządów. To tamtejszy samorząd powinien być najbardziej zainteresowany prowadzeniem własnej polityki w tym zakresie. Jednak, aby była ona efektywna, konieczne są zmiany ustawowe. Uczestniczę w pracach zespołu międzyresortowego, który właśnie zajmuje się propozycjami nowelizacji, archaicznej już, ustawy o zoz-ach. My przedstawimy swoje propozycje, ale dopiero w parlamencie okaże się, czy zoz-y staną się spółkami prawa handlowego.

Czy samo przekształcenie ma stać się remedium na nieefektywny system? Warto sobie przypomnieć, że kołpalnie już dawno zostały przekształcone w jednoosobowe spółki Skarbu Państwa, ale nikt jakoś nie twierdzi, że tym samym stały się superefektywne.

To prawda, będą tacy, którzy będą oczekiwali od zoz-ów efektywności typowej dla przedsiębiorstwa komercyjnego, ale będą też tacy, którzy będą uważali zoz-y za przedsiębiorstwo specjalne, tzw. użyteczności publicznej. O wszystkim zadecyduje ustawa.

A jaka jest pańska opinia? Jest pan za komercjalizacją i prywatyzacją w ochronie zdrowia czy nie?

Przyznaję, że w tej sprawie moje poglądy ewoluowały. Miałem w swoim życiu zawodowym okres, kiedy prawie bezkrytycznie opowiadałem się za prywatyzacją. Namawiałem nawet kolegów lekarzy, aby pracując w szpitalu jednocześnie wydierżawiali tam pomieszczenia na prowadzenie działalności prywatnej. Po pewnym okresie pojawił się jednak dysonans – ta forma pracy skłaniała do wykorzystywania publicznej jednostki dla celów prywatnych. Koledzy oczekiwali wówczas, że nastąpi dalsza prywatyzacja sprzętu i pomieszczeń szpitalnych, ale za symboliczną złotówkę. Pojawił się wówczas problem, czy należy pewne segmenty działalności publicznego szpitala wyjąć, pozostawiając w nim te kosztowniejsze i mniej opłacalne. Ten sam problem powrócił, gdy zaczęto tworzyć oddziały chirurgii jednego dnia. Czy powinniśmy wyjąć je i sprywatyzować, pozbawiając szpitale publiczne dochodowych oddziałów czy – w sytuacji niedoboru środków – stać nas na tworzenie prywatnej konkurencji dla oddziałów publicznych?!

A czemu nie?! Co poradziłby pan prywatnemu inwestorowi, właścicielowi kliniki chirurgicznourologicznej, który zwrócił się z prośbą do redakcji *Menedżera Zdrowia* o radę, jak ma dalej prowadzić interes. Chciałby on stworzyć model połączenia publiczno-prywatnego z powiatowym zoz-em, który ma kłopoty finansowe. Jednak nie wie, czy oddział Funduszu zawrze z nim kontrakt. Ma środki, chce inwestować, lepiej wykonuje świadczenia i jest tańszy, a więc w normalnych rynkowych warunkach sprzedawałby lepszą usługę, dla dobra mieszkańców. Problem tylko w tym, czy oddział Funduszu zechce kierować się takimi samymi kryteriami, czy nie zechce, z sobie wiadomych przyczyn, preferować nieefektywnego systemu publicznego?

Ministrowie pracy, finansów i zdrowia mają znowelizować ustawę o zoz-ach, w której określone zostaną zasady funkcjonowania partnerstwa publiczno-prywatnego. W tym konkretnym wypadku trzeba byłoby znać wiele szczegółów, np. jakie jest zadłużenie zoz-u, jak on pracował, jaka jest wizja przekształceń i współpracy od strony samorządu... Prawda i decyzje leżą na miejscu, a nie w centrali.

A więc dyrektorzy Funduszu będą kontraktować świadczenia w tych jednostkach, w których każe im powiat? Jeśli inwestorzy nie mają nawet ogólnego pojęcia, w jakim kierunku będą prowadzone zmiany, to jak rozwijać działalność, na której skorzystaliby nie tylko oni, ale przede wszystkim pacjenci?

To prawda, potrzebna jest ogólna dyskusja i decyzje strategiczne, w jakim kierunku powinniśmy rozwijać służbę zdrowia. Jeszcze raz podkreślam, niezbędny jest długofalowy plan, a nie doraźne, niejednokrotnie sprzeczne ze sobą, decyzje.

Czy będzie sieć szpitali w Polsce, czy nie?

Na pewno będzie.

Czy wówczas będzie pan kontraktował usługi jedynie w szpitalach sieciowych?

To zależy od przyjętych rozwiązań prawnych. Mało prawdopodobne jednak, aby wybrano takie rozwiązanie.

Co już wiadomo w związku z nowym systemem kontraktowania świadczeń? Czego mogą się spodziewać menedżerowie?

System, który poddajemy do konsultacji środowiskowej jest katalogowy i proceduralny. Przewiduje o wiele większą rolę konsultanta wojewódzkiego i krajowego, nadzoru specjalistycznego i towarzystw naukowych. Chcemy też umocnić rolę zdrowia publicznego, którego słabość w naszym kraju jest szczególnie dotkliwa.

Dlaczego jeszcze dzisiaj nie mamy ubezpieczeń prywatnych?

Dlatego, że wykreślono je z projektu ustawy o kasach chorych. Natomiast dodatkowe ubezpieczenia będą – moim zdaniem – możliwe w przyszłym roku. Potrzebne jest opracowanie oferty i nowej ustawy dotyczącej ubezpieczeń.

Czy, pańskim zdaniem, pacjenci powinni dodatkowo współpłacić za świadczenia zdrowotne? Czy przychodząc do szpitala powinniśmy zabierać ze sobą portfel, aby płacić z niego za obiad, lepszą salę itd.?

Obecnie w trudnej sytuacji w ochronie zdrowia wydaje się to rozwiązanie racjonalne. Jednak trzeba też pamiętać, że wprowadzenie tej zasady może obrócić się przeciwko autorom tego rozwiązania. Jeżeli część ludzi, których nie stać nawet na niewielkie opłaty, przestanie po prostu przychodzić do szpitala, to zaczną oni korzystać z pomocy doraźnej. W ten sposób zwiększy się częstotliwość wyjazdów karetek, a to już niesie za sobą aspekt finansowy. W sumie możemy na wprowadzeniu tej zasady więcej stracić niż skorzystać.

Czy będą likwidowane niektóre szpitale?

Na pewno będą, choć jeszcze za wcześnie, aby stwierdzić, które. Bowiem okazuje się, że nie decyduje o tym ich zadłużenie i niedobór środków. Jak dowodzi przykład Dolnego Śląska, nie zamyka się tam szpitale i przychodni. Im mniej środków, tym mniej racjonalnych decyzji.

Czy Funduszu to nie interesuje?

Ależ przeciwnie, interesujemy się tym, bo musimy zapłacić za świadczenia tych jednostek. Jeżeli partner jest niewiarygodny, bo nie płaci ZUS-owi czy pracownikom, to będziemy rozmawiać z samorządem, sugerując likwidację placówki lub przekształcenie w spółkę.

Rozmawiał
Janusz Michalak
kierownik Działu Nauka i Zdrowie
w tygodniku Wprost