



# Wizjoner

Rozmowa z Andrzejem Sośnierzem, prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia

**Dlaczego startuje pan w wyborach parlamentarnych?**

Mój start w wyborach nie jest problemem, który mnie najbardziej absorbuje.

**Co dla pana jest najważniejsze?**

Najwięcej czasu poświęcam nowym zasadom kontraktowania.

**Po co więc startuje pan w wyborach – przecież więcej ma pan do zrobienia na stanowisku szefa Funduszu?**

Proszę pana, czy chcemy tego, czy nie, kształt systemu ochrony zdrowia zależy od polityków. Niestety, NFZ jest instytucją scentralizowaną i tak zależną od polityki, że czasami paraliżuje to wiele działań. Jako polityk chciałbym namówić koleżanki i kolegów z ław sejmowych do decentralizacji Funduszu.

**Jakich argumentów użyje pan, przekonując posłów?**

Chciałbym pokazać dysfunkcjonalność NFZ oraz zalety decentralizacji. Zresztą Fundusz to nie jedyna nadmiernie scentralizowana instytucja. Moje przekonywanie posłów będzie *de facto* batalią o kształt państwa – zdecentralizowanego, w którym władzę przekazuje się na niższe szczeble zarządzania.

**Czy to oznacza, że obecnie NFZ nie da się zarządzać?**

Zarządzanie Funduszem wymaga wiele wysiłku, bo instytucja ta ma w sobie zbyt dużo naturalnej inercji. To przecież nienormalne, że szef NFZ z pracy wychodzi codziennie o godzinie 3 nad ranem.

**Jak zatem powinien wyglądać Fundusz po reformie? Podzielony na 3–5 konkurencyjnych oddziałów?**

Dyskusja o liczbie funduszy po podziale NFZ zawsze mnie śmieszy, bo to temat zastępczy. Mogę oczywiście powiedzieć, że będzie 7 oddziałów. Wtedy wszyscy eksperci rzucą się na tę liczbę i pojawią się głębokie analizy. Tylko to nie na tym polega. Liczba jest sprawą drugorzędną. Liczy się jakość – przykładem oddział w Opolu, który świetnie funkcjonuje, bo nie zburzono w nim konstrukcji, jaka została po kasach chorych. Instytucja ta działa tak dobrze także dzięki temu, że dzięki wielkości ogarnia cały problem współpracy ze świadczeniodawcami. Natomiast taki mastodont, jakim jest scentralizowany NFZ, jest mało mobilny i nieelastyczny.

**Zatem jak powinna wyglądać proponowana przez pana decentralizacja?**

Pan ciągle swoje. Najpierw trzeba przekonać polityków do samej decentralizacji, a potem pomyślimy, jak ma wyglądać przyszła struktura NFZ.

**Czy to znaczy, że nie ma pan koncepcji?**

Będziemy o niej dyskutować. Może być kilka funduszy, kas chorych czy jak to tam nazwiemy... Dzisiaj to naprawdę nie jest najważniejsze.



„ Chciałbym pokazać dysfunkcjonalność NFZ oraz zalety decentralizacji. Moje przekonywanie posłów będzie *de facto* batalią o kształt państwa, w którym władzę przekazuje się na niższe szczeble zarządzania ”

**Obecnie jest pan najbogatszym człowiekiem w Polsce. Dysponuje pan ponad 40 mld zł. Chce się pan pozbyć takiej władzy?**

Plawienie się we władzy nie sprawia mi przyjemności i dlatego tę władzę chcę oddać w ręce osób, które będą zarządzać tymi kilkoma oddziałami, jakie powstaną po decentralizacji.

**Będzie pan Balcerowiczem polskiego systemu ochrony zdrowia? On też, gdy zrobił swoje – na swój sposób – wycofał się...**

Chciałbym być Sośnierzem polskiego systemu.

**To, co robicie teraz, to niemal rewolucja!**

Rewolucja to za dużo powiedziane. Wprowadzamy duże zmiany w zasadach kontraktowania i finansowania lecznictwa szpitalnego, a reszta to wprowadzanie reguł porządkujących system. Są to zasady prorynkowe. Oferujemy też nowe produkty, które sprowokują do otwierania zakładów leczniczych.

**Dyrektorzy szpitali obawiają się jednak szybkości, z jaką wprowadza pan te porządki...**

Wszystkie nasze działania podlegają symulacji i obawy szefów placówek są płonne. Proszę zwrócić uwagę, że o przymiarkach do zmian mówiłem w sierpniu. Wtedy właśnie dokonywaliśmy niezbędnych analiz. Gdyby cokolwiek zaszwankowało w symulacjach, nie wprowadzilibyśmy tego w życie. Natomiast krytyczne opinie szefów placówek to efekt nastawienia do obecnej władzy. Nikt nie podejmuje merytorycznej dyskusji, tylko *a priori* krytykuje wszystkie działania władzy.





„ Dyskusja o liczbie funduszy po podziale NFZ zawsze mnie śmieszy, bo to temat zastępczy. Liczba jest sprawą drugorzędną. Liczy się jakość. Ważny jest podział, bo taki mastodont, jakim jest scentralizowany NFZ, jest mało mobilny i nieelastyczny „

Zarzuty są jednak konkretne – dyrektorzy mają pretensje, że wprowadziliście zasady, wedle których placówki będą otrzymywały pieniądze za samo wejście pacjenta, któremu wypisze się receptę.

Przyjście pacjenta po receptę nie jest uznawane za poradę specjalistyczną. Widocznie dyrektorzy nie wczytali się w nowe przepisy. Poza tym Polacy cierpią na manię standaryzowania wszystkiego. Należy wierzyć, że pacjent, który przyjdzie do lekarza, zostanie także przez niego zbadany – i wtedy przychodnia otrzyma konkretne pieniądze. Po to będziemy wprowadzać Rejestr Usług Medycznych – dzięki niemu można sprawdzać efekty leczenia. Nie interesuje mnie, czy lekarz kazał zrobić prześwietlenie, czy nie. Interesuje mnie tylko efekt zdrowotny. Dlatego nie chcę już widzieć – czasami oszukającej – sprawozdawczości i potwierdzonych rachunków za wykonane badania. Chcę wiedzieć, czy pacjent został wyleczony. Kontrolowanie na każdym etapie procesu leczenia jest po prostu bez sensu. Przykładem jest obecna

sytuacja NFZ, który zadławił się masą informacji i nie może uzyskać danych, które mogą być naprawdę potrzebne.

Podobno w pracowni endoskopowej obecnie wymaga się zatrudnienia gastroenterologa. Kiedyś zabiegi robili chirurdzy, a teraz muszą zapraszać do współpracy gastroenterologów.

Nie rozumiem problemu! Albo szefowie placówek chcą standaryzacji, albo nie. Przecież to oczywiste, że kardiolog zajmuje się sercem, a alergolog uczuleniami. Nie może być tak, że *na boku* robi coś innego.

Oczywiście, ale przychodnie będą fikcyjnie zatrudniać gastroenterologów...

Może tak się zdarzyć. Jednak – w takiej sytuacji – po co lekarze robili specjalizację z gastroenterologii? Zresztą ci lekarze, którzy mają certyfikaty Towarzystwa Gastroenterologicznego, będą mogli robić zabiegi z zakresu gastroenterologii.

Jeśli chirurg umie robić zabieg, to po co kolejny lekarz?

Po co w ogóle lekarz – jak pielęgniarka nauczy się, to też ma wykonywać zabiegi?

Może ulegliście lobby lekarskiemu?

(Śmiech) Jakie tam lobby! Do nas lobbyści nie mają dostępu.

Jakieś grupy wpływu muszą jednak być, czego dowodem wycena np. usunięcia przepukliny. Publiczny szpital otrzyma za ten zabieg 2 tys. zł, a prywatna jednostka 1,5 tys. Dlaczego w ogóle publiczne placówki mają duże kontrakty, a nzo-om kontrakty się ogranicza?

Niestety, nie da się ukryć, że w niektórych oddziałach wojewódzkich wyraźnie sekowano zakłady niepubliczne. Z drugiej strony niepubliczne szpitale często zajmowały się przypadkami lżejszymi, co zresztą jest właściwe, gdyż funkcjonując w trybie krótkoterminowym, właśnie takimi przypadkami powinny się zajmować, odciążając w ten sposób klasyczne szpitale. Dlatego uzasadnione jest zróżnicowanie cen dla różnych trybów leczenia. Mam nadzieję, że takie uporządkowanie sprawy spowoduje, że nie będą padały już zarzuty, że zakłady niepubliczne spijają śmietankę, bo utrzymywać będą niższą stawkę. Z drugiej strony liczę na rozwój lecznictwa niepublicznego.

Dlaczego jednak nie ma promes kontraktów dla nzo-ów?

Jeśli kontrakty są przyznawane w drodze konkursów, to nie można przed konkursem dawać promesy. Proste. Żeby wprowadzić promesy, należałoby znieść konkursową metodę dobierania świadczeniodawców. Dzisiaj – je-

śli ktoś chce zainwestować – powinien zwrócić się do oddziału Funduszu z pytaniem: czy taką a nie inną działalnością medyczną zainteresowany jest lokalny NFZ? Jeśli urzędnicy stwierdzą, że na danym terenie istnieje deficyt określonych usług, które może zapewnić prywatny świadczeniodawca, to może on być niemal pewien, iż po powstaniu placówki będzie miał kontrakt. Dzisiaj jest tak, że inwestorzy w ogóle nie konsultują decyzji z oddziałami NFZ i otwierają kliniki tam, gdzie im wygodnie. Mam taki przykład, że w trzech miastach położonych blisko siebie otwarto 3 ośrodki kardiologii interwencyjnej. Zupełnie bez sensu. Potem był krzyk, że NFZ nie daje kontraktu.

#### Mimo to inwestorzy otwierają kliniki i szpitale.

Owszem, ale te inwestycje też często są podejmowane bez głębszej analizy sytuacji, bo otwierane są tradycyjne szpitaliki czy przychodnie. Tymczasem duże szpitale w ogóle nie są nam potrzebne. Trzeba zaczynać od małych kroków. Opracowaliśmy nowy produkt dla diabe-

cie, rozpoczęłaby się w naturalny sposób – bez napięć społecznych – likwidacja szpitali *tradycyjnych*.

Z pańskich wypowiedzi można wywnioskować, że jest pan zwolennikiem maksymalnego urynkwienia służby zdrowia. Jak zatem współpracuje się panu z Bolesławem Piechą, który jest zadeklarowanym zwolennikiem budżetowego finansowania ochrony zdrowia?

Minister Piecha jest otwartym i elastycznym człowiekiem. Proszę zauważyć, że w dziedzinie programu zdrowotnego PiS już dawno odszedł od zapowiedzi wyborczych i zgodził się na niezbędne reformy Zbigniewa Religi.

Pańskie projekty zmian wpisują się w plany Zbigniewa Religi, który mówił, że realizacja jego planu reform zajmie 7 lat. Jak długo będziemy czekać na skutki pańskich projektów?

Zamiany powinny być odczuwalne już po 2–3 latach.

„ Inwestorzy w ogóle nie konsultują się i otwierają kliniki tam, gdzie im wygodnie. Mam taki przykład, nie powiem skąd, że w trzech miastach położonych blisko siebie otwarto 3 ośrodki kardiologii interwencyjnej. Zupełnie bez sensu. Potem był krzyk, że NFZ nie daje kontraktu ”



tyków. Ta forma realizacji opieki diabetologicznej stopniowo rozwijana – mam nadzieję – w ciągu kilku lat może doprowadzić do rozwoju sieci krótkoterminowych szpitali lecznictwa zachowawczego. Gdyby w ten sposób pomyślano w innych dziedzinach, to zaczęłyby powstawać małe, niezabiegowe szpitale, których sieć pokryłaby z czasem cały kraj. Tymczasem dzisiaj prywatni inwestorzy powielają wzorzec szpitali publicznych, dla których powoli następuje epoka schyłkowa. Bowiem przyszłość szpitalnictwa to małe, krótkoterminowe placówki. Takie szpitale powinny zastąpić internę, a ciężko chorzy byłiby kierowani do jednostek klinicznych i oddziałów dla przewlekle chorych oraz geriatrycznych.

#### Na świecie działają takie placówki?

Takie przykłady występują w Europie, ale w Polsce to mój autorski pomysł, który zrodził się, gdy myślałem, co zrobić z lekarzami niezabiegowcami. Zabiegowcy znaleźli miejsce w opiece krótkoterminowej i tam świetnie działają. Gdyby mój pomysł udało się wprowadzić w ży-

wiło to słyszeć, ale na razie w Polsce mamy problemy np. ze zwiększaniem kontraktu. Znam przypadek nzo-u, który w maju zwrócił się z pytaniem o kontrakt, a w odpowiedzi otrzymał informację, że oddział NFZ jeszcze nie rozliczył pierwszego kwartału. Potem zaś otrzymał zwiększony kontrakt na świadczenia, których wykonywał najmniej.

W pierwszej połowie bieżącego roku oddziały Funduszu miały kłopoty z kontraktami z powodu tzw. ustawy podwyżkowej, która zamroziła znaczną część pieniędzy. Pierwsze transze nowych środków były przekazywane w czerwcu i dopiero wtedy oddziały mogły dawać wiążące odpowiedzi. Zresztą dotychczas Fundusz działał w niesłychanie skodyfikowany sposób. Staram się zaszczyć szefom oddziałów ideę prowadzenia polityki zdrowotnej i w związku z tym większej elastyczności. To dyrektorzy NFZ powinni mieć rozeznanie, czego im brakuje, a co mają w nadmiarze, i tak dysponować pieniędzmi, żeby odpowiednio kreować podaż świadczeń.



„ Prywatni inwestorzy otwierają tradycyjne szpitaliki czy przychodnie. Tymczasem duże szpitale w ogóle są niepotrzebne. Trzeba zaczynać od małych kroków – np. kliniki diabetologicznej. Po paru latach taki inwestor będzie mógł otworzyć szpital zachowawczy, dzięki któremu będzie mógł ogarnąć nową metodę leczenia ”

Problem w tym, że zaszczepienie takiej metody działania to droga przez mękę, bo po dyktatorskich rządach niektórych moich poprzedników trudno przekonać urzędników do elastyczności rynkowej i poczucia ich służebności wobec systemu ochrony zdrowia.

Nie dziwię się, że mówi pan o drodze przez mękę, bo potwierdza to program profilaktyki raka szyjki macicy. Mimo ogromnych funduszy wykorzystywany jest ich ułamek, bo urzędnicy nie potrafią szybko i sprawnie reagować na oferty nzoz-ów.

Jest coraz lepiej, ale zgadzam się – zmiana mentalności to jak pchanie wózka z węglem pod górę.

**Co dzieje się z RUM-em?**

Przygotowujemy koncepcję systemu, która będzie gotowa w październiku. Potem powstanie harmonogram wdrożenia, a następnie prowadzone będą konkretne działania wdrożeniowe, które spowodują, że rejestr zacznie działać. Już kazalem budować w oddziałach NFZ komórki RUM-u, a w połowie przyszłego roku zaczniemy rozdawać pacjentom pierwsze karty elektroniczne. Przedtem, w ramach prac nad harmonogramem, musimy zrobić przetargi na obsługę informatyczną.

**Czy ta karta będzie kompatybilna z kartami krajów starej Unii?**

Nie ma takiej potrzeby, bo tam nie ma RUM-ów. Karty pacjentów na Zachodzie to karty identyfikacyjne.

**Kto wygra przetarg na przygotowanie kart?**

Będzie konkurs. Chcę ostrzec wszystkie firmy, które ostrzą sobie zęby na wielkie pieniądze. Koszt samych kart oceniamy na ok. 300 mln zł.

**Cały program może jednak nie dojść do skutku, bo na mieście mówi się, że NFZ sypie się – ludzie odchodzą i nie ma kto pracować.**

Odchodzą ci, którzy nie wytrzymują tempa pracy, jakie narzuciłem. Chcę jednak podkreślić, że udało się zbudować bardzo silny pion medyczny i uważam to za duży sukces. Najwięcej problemów jest nadal w departamencie gospodarki lekami. Tam jeszcze będą przetarasowania, aż uda nam się zgromadzić dobry zespół ludzi. Problemem są też płace, jakie możemy zaoferować. Przez to tracimy najlepszych pracowników i nie możemy ściągnąć wybitnych fachowców. 5–7 tys. zł brutto to za wymaganą pracę czasami naprawdę niewiele, a przed nami stworzenie komórki zajmującej się rozliczeniami leczenia z podatku OC czy rozliczeń międzyoddziałowych. Obecnie

zatrudniamy 280 osób, a brakuje nam co najmniej kilkudziesięciu. Jeśli ktoś powie, że to dużo, to niech sprawdzi, ile osób zatrudnia administracja szpitala na Banacha. Z tego, co się dowiedziałem, pracuje tam 240 osób!

**Na pewno brakuje panu ludzi w departamencie kontroli.**

Nie chcę tam zwiększać zatrudnienia, ale chciałbym rozbudować dział monitorowania. Z monitoringu mają wynikać sugestie do prowadzenia kontroli.

**Tyle planów, a niedługo wybory i może pan stracić stanowisko...**

Stanowisko zawsze można stracić, ale czy to ma oznaczać, że mam nic nie robić?

**Może lepiej czułby się pan jako minister kreujący politykę zdrowotną?**

Lepiej czuję się w bezpośrednim zarządzaniu, czyli w NFZ.

**Gdyby jednak tego fotela pana pozbawiono, to czy znowu zająłby się pan tworzeniem ubezpieczeń zdrowotnych?**

Myślę, że przed polskim rynkiem ubezpieczeń długa droga, bo dotychczas polskie oddziały wielkich firm ubezpieczeniowych to kalki zachodnich wzorców, w ogóle nieprzystosowane do warunków krajowych.

**Dlaczego?**

Mając siedziby w Warszawie, firmy te zbierają dane z niereprezentatywnego rynku stołecznego i w ten sposób tworzą plany na przyszłość oraz ekstrapolują to na całą Polskę. Poza tym nie ma podstaw prawnych do tworzenia ubezpieczeń. Po podziale Funduszu ubezpieczyciele będą mogli zacząć działać – pod warunkiem uchwalenia ustawy oraz równoprawności podmiotów publicznych i prywatnych.

**Co myśli pan o spotkaniu przy okrągłym, zdrowotnym stole wszystkich zainteresowanych – łącznie z pacjentami i politykami – stron?**

Przyznam, że mam dosyć dyskusji. Mam dosyć konsultacji, ekspertyz, analiz i rozmów o systemie ochrony zdrowia. Wolę niekoniecznie najlepszy program autorski niż chaotyczny zlepek różnych kompromisów. Różne okrągłe stoły to zabieg socjotechniczny, z którego najczęściej nic nie wynika. Chyba że chodzi o puszczenie pary z gwizdka.

*Rozmawiał Janusz Michalak*