



Nie chowam głowy w piasek

Rozmowa z prof. Tomaszem Opalą, dyrektorem Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Poznaniu

Jako pierwszy w Polsce wprowadził pan zakaz przebywania w szpitalu ordynatorów oraz lekarzy dyżurujących po godzinach pracy.

Każdy z ordynatorów czy zastępców wizytuje oddział w ramach swoich obowiązków. A zakaz jest rygorystycznie przestrzegany.

Nie bał się pan buntu na pokładzie?

Reakcje były różne, ale zdecydowana większość zespołu podszła do tej decyzji ze zrozumieniem. Lekarze wiedzą, że chcą, żeby włączyli się do dyskusji nad rozwiązaniem tego problemu.

W szpitalu zostały wprowadzone specjalne kary dla nieposłusznych?

Są odpowiednie regulaminy, kodeks pracy. Wprowadzanie nowych narzędzi nie jest konieczne.

Pana decyzja wywołała szeroką dyskusję o szarej strefie na oddziałach ginekologiczno-położniczych. Wie pan, ile kosztował poród, do którego przyjeżdżał własny lekarz?

Szara strefa występuje na różnych oddziałach, niezależnie od ich profilu i we wszystkich polskich szpitalach. Jeśli któryś z dyrektorów mówi, że u niego nie ma takiego problemu – mówi nieprawdę. A ceny porodów? Bardzo łatwo je sprawdzić. Choćby w Internecie.

Czy tym zakazem nie doprowadzi pan do sytuacji, że kobiety przestaną się leczyć przy Polnej? Przecież chcą się umawiać z konkretnym lekarzem, do którego mają zaufanie. To przecież sprawa poczucia bezpieczeństwa.

Nie zamierzam pozbawiać kobiet prawa wyboru lekarza. To oczywiste, że pacjentka chce mieć podczas porodu czy zabiegu ginekologicznego lekarza, położną, a także anestezjologa, do którego ma największe zaufanie. Nie chcę też pozbawiać lekarzy możliwości dodatkowych zarobków. Ale wszystko to powinno odbywać się zgodnie z prawem. Jesteśmy na dobrej drodze do rozwiązania tych kwestii. Poprosiłem zespół prawników o rozpatrzenie możliwości świadczenia dodatkowych usług poza kontraktem z Funduszem. To będzie wymagało wielu zmian w regulaminie szpitala i w zakresie obowiązków lekarzy. Jedną z opcji zakłada możliwość leczenia tzw. prywatnych pacjentek na terenie szpitala na podstawie umów cywilnoprawnych. Zależy mi, żeby rozwiązać ten problem w zgodzie z obowiązującym prawem. Mamy pewne doświadczenia w rozwiązaniach, umożliwiających udzielanie świadczeń poza systemem ubezpieczeń. W latach 90. w szpitalu funkcjonowała Fundacja Akademii Medycznej i osoby, które chciały zrobić pracowały poza godzinami pracy właśnie w Fundacji.

” Szara strefa występuje na różnych oddziałach, niezależnie od ich profilu i we wszystkich polskich szpitalach. Jeśli któryś z dyrektorów mówi, że u niego nie ma takiego problemu – mówi nieprawdę ”

Jednak naraża się pan na zarzuty, że chce pan obejść prawo.

Takie zarzuty, oczywiście, też mogą się pojawić. Najlepiej odpowiem wprost – widzę problem i chcę go rozwiązać, a nie udawać, że wszystko jest w porządku. Nie chowam głowy w piasek. Chcę ucywilizować prawnie pewne obszary – stworzyć pacjentkom możliwość legalnego korzystania z prawa wyboru lekarza, a z drugiej – umożliwić kolegom oficjalne wykazywanie dochodów i odprowadzanie podatków. Chodzi o to, żeby lekarze mogli godziwie zarabiać i żeby odbywało się to zgodnie z prawem.

Wtedy koledzy mogą powiedzieć, że nadrzędnym celem tych zmian było doprowa-

dzenie do sytuacji, żeby dzielili się swoimi pieniędzmi ze szpitalem.

Nie myślę w takich kategoriach, że uda się uzyskać dodatkowe, znaczące źródło dochodów dla szpitala. Chociaż nie ukrywam, że szpital nie powinien i nie może stracić. A lekarze zdają sobie sprawę, że koszty administracyjne są wszędzie. Bez względu na to czy pracują dodatkowo w niepublicznych zoz-ach, czy we własnych gabinetach, płacą za wynajem pomieszczeń, prowadzenie księgowości, nie mówiąc już o kosztach wyposażenia i mediach. Kosztów prowadzenia działalności nie da się uniknąć w żadnych warunkach.

Planuje pan kolejne rewolucyjne zmiany?

Na razie pracujemy nad wprowadzeniem uregulowań, umożliwiających legalną pracę po godzinach. Jeśli to się powiedzie, pomyślimy nad kolejnymi. Chociaż najbardziej pożądane byłyby takie zmiany w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, które ograniczyłyby korupcję w służbie zdrowia, a jednocześnie pozwoliłyby na pełne wykorzystanie pracującej w szpitalach aparatury. Dopiero wtedy moglibyśmy naprawdę skutecznie walczyć ze stereotypem, że lekarze są przekupni. Tylko zmiany systemowe mogą doprowadzić do sytuacji, że skala niekorzystnych zjawisk w służbie zdrowia zostanie zmarginalizowana.

Jakie zmiany są najpilniejsze, co najbardziej wiąże panu ręce? Czy chodzi o brak możli-

wości udzielania w szpitalu dodatkowych świadczeń, jeśli na ten sam rodzaj usług szpital podpisał kontrakt?

Właśnie. NFZ ma monopol. Szpitale mają absolutny zakaz pobierania opłat za świadczenia, które są przedmiotem umowy. Pomimo wykonania kontraktu, nie mamy prawa pobierać opłat za świadczenia ponadlimitowe. To zdecydowanie powinno się zmienić. Druga sprawa, nad którą pracujemy, to możliwość wykonywania świadczeń na życzenie pacjentki przez pracujących w szpitalu lekarzy poza godzinami pracy. Po co mają pracować w nzo-ach, jeśli można by na oddziałach udostępnić im bazę na warunkach korzystnych dla szpitala. Aparatu-



foto. (2x) Andrzej Szozda

„ Rozpatrujemy możliwość świadczenia dodatkowych usług poza kontraktem z NFZ. Zakładamy możliwość leczenia tzw. prywatnych pacjentek na podstawie umów cywilnoprawnych „

tura stoi przecież nie w pełni niewykorzystana, bo ograniczają nas limity. Widzę też możliwość poszerzenia w szpitalu zakresu zabiegów poza ginekologię i położnictwo. Ale do tego potrzebne są właśnie uregulowania prawne. Ciągle brakuje koszyka świadczeń gwarantowanych przez ubezpieczenie publiczne. Konieczne jest też wpuszczenie na rynek dodatkowych ubezpieczycieli. Z ulgą przyjęte zostanie każde rozwiązanie, które umożliwi wykorzystanie potencjału ludzkiego i aparatury. Jestem przekonany, że odbędzie się to z korzyścią zarówno dla pacjentów, jak i dla szpitala.

Myśli pan, że szpitale, które pracują zgodnie z normami ISO, w takich warunkach zyskają wreszcie szansę na dodatkowe wpływy?

Liczę na to, że szpitale, które świadczą usługi na określonym, wysokim poziomie, będą mo-

gły być *zdrowe finansowo*. Bo w sytuacji, gdy każdy pacjent przyjmowany ponad limit jest przekleństwem dla szpitala, nie da się niczego wypracować. Konieczna jest konkurencja między szpitalami i konkurencja między płatnikami.

Myśli pan, że szpitale – no i lekarze – zaczną też wkrótce dodatkowo zarabiać dzięki zachodnim ubezpieczycielom?

Leczenie u nas na pewno by się opłacało ubezpieczycielom niemieckim. Zwłaszcza teraz, gdy w krajach zachodnich poród kosztuje 4 tys. euro, a u nas 1400 złotych. Ale to są plany na przyszłość, bo żeby przyjmować pacjentów z zagranicy przygotowane muszą być nie tylko szpitale, ale też baza hotelowa, lotnisko. Zainwestować powinien region, miasto. Wszystkim by się to opłaciło.

Rozmawiała Iwona Sielska