



Księgowa

Rozmowa z Ireną Błońską, dyrektorem Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Co predysponuje panią do kierowania Wielkopolskim Oddziałem NFZ?

Wieloletnie doświadczenie zawodowe w tej dziedzinie i dobra znajomość zasad funkcjonowania służby zdrowia. Przez wiele lat pełniłam w Akademii Medycznej funkcję głównego specjalisty ds. zadań planowych wobec pięciu szpitali klinicznych. Do mnie sływały też sprawozdania z wykonania tych zadań. Następnie przez kilka lat byłam dyrektorem szpitala klinicznego. Doprowadziłam do jego oddłużenia, co wtedy, w skali całego kraju, udało się tylko kilku menedżerom. Zaraz po tym objęłam stanowisko zastępcy dyrektora w okręgowym lecznictwie kolejowym, gdzie przygotowałam plan restrukturyzacji tej placówki. Nie wprowadzałam go już jednak w życie, gdyż z początkiem 1999 roku zostałam powołana na stanowisko wicedyrektora ds. finansowo-administracyjnych w Wielkopolskiej Regionalnej Kasie Chorych. Wraz z zespołem – niewielu wówczas –

To wejście na ścieżkę wojenną z placówkami klinicznymi.

Nigdy nie wchodziłam na żadne ścieżki wojenne. Z nikim. Byłoby to niezgodne z moimi życiowymi zasadami.

Co chce pani zrealizować w trakcie swojej kadencji na stanowisku dyrektora oddziału NFZ?

Głównym zadaniem Funduszu, który dysponuje pieniędzmi ubezpieczonych, jest ustalenie priorytetów dotyczących zakupu usług medycznych. W pierwszej kolejności zabezpieczone powinny zostać usługi związane z ratowaniem życia. To nie ulega wątpliwości. Po analizie ustaliliśmy, że w tej chwili priorytetowego potraktowania wymaga w naszym regionie diagnostyka onkologiczna, kardiochirurgia, endoprotezoplastyka oraz operacje zaćmy. Spodziewamy się, że wprowadzenie tych priorytetów w życie przyczyni się do odczuwalnego skrócenia czasu oczekiwania na zabiegi. Nie bez powodu priorytetowo potraktowaliśmy leczenie schorzeń

„ Nie przewidujemy płacenia za tzw. *nadróbki* w szpitalach. Powiadomiliśmy już o tym świadczeniodawców ”

pracowników, tworzyliśmy od podstaw tę nową instytucję ubezpieczeń zdrowotnych. Nasz zespół dokonał wyceny działań medycznych prowadzonych zarówno w lecznictwie stacjonarnym, jak i otwartym. Tworzył nową strukturę funkcjonowania służby zdrowia w Wielkopolsce. Wykształcenie ekonomiczne, studia podyplomowe z zarządzania w służbie zdrowia, jak również cykl szkoleń z zakresu rad nadzorczych spółek Skarbu Państwa i wieloletnie doświadczenie w zarządzaniu najważniejszymi instytucjami wielkopolskiego rynku zdrowotnego sprawiają, że jestem osobą kompetentną, by piastować stanowisko, które mi powierzono.

Czy chce pani zlikwidować wybrane szpitale kliniczne?

Absolutnie nie. Poza tym, decyzję o ewentualnym zamknięciu czy łączeniu szpitali podejmuje nie NFZ, ale właściciel szpitali. Osobiście zależy mi natomiast na tym, żeby szpitale kliniczne przejęły wszystkie usługi wysoko specjalistyczne – dodam, że są to usługi bardzo dobrze wycenione – a ograniczyły do niezbędnego minimum wynikającego z ich zadań dydaktycznych zabiegi, które mogą być przeprowadzane w szpitalach o niższym stopniu referencyjności.

zagrożających życiu oraz tych, które utrudniają chorym wykonywanie wielu codziennych czynności, nawet tych podstawowych. Jest to grupa pacjentów, którym trzeba ulżyć w pierwszej kolejności.

Dyrektor oddziału NFZ dysponuje pewną pulą pieniędzy. Jeśli ich nie wyda, może zostać oskarżony o niegospodarność. Z czego tak naprawdę można rozliczać szefa lokalnego oddziału Funduszu?

Dyrektor ma czuwać, by publiczne pieniądze wydawane były zarówno zgodnie z prawem, jak i z potrzebami ubezpieczonych. Kilka lat temu szpitale rozliczane były na podstawie liczby hospitalizacji oraz długości pobytu pacjenta, teraz – w zależności od liczby wykonanych procedur. Według statystyk, liczba wykazywanych przez szpitale procedur medycznych każdego roku znacząco wzrasta. Mamy 3 mln 350 tys. ubezpieczonych Wielkopolan, a szpitale wykonują rocznie 800 tys. procedur szpitalnych. Wydawałoby się, że fakt, iż szpitale wykonują więcej procedur oznaczać będzie lepszy dostęp do leczenia. Pacjenci są jednak innego zdania.

Jeśli odczucia społecznie są inne, to może jest tak, że powstała grupa menedżerów zdrowotnych, którzy deklarują wykonywanie procedur, a fak-



fot. (2x) Mariusz Forecki/TAMTAM

„ Decyzję o zamykaniu czy łączeniu szpitali podejmuje nie NFZ, ale właściciel. Osobiście natomiast zależy mi na tym, aby szpitale kliniczne przejęły wszystkie usługi wysoko specjalistyczne ”

tycznie ich nie wykonują i z NFZ wyciągają grube pieniądze?

O tym, czy pana przypuszczenia są choć po części słuszne, dowiemy się po zakończeniu prowadzonej właśnie kontroli, której celem jest weryfikacja wykonania procedur.

Jaki wg pani jest idealny model kontraktowania?

Najpierw należałoby przeprowadzić weryfikację lecznictwa otwartego, które jest w tej chwili bardzo rozdrobnione. Najlepiej gdyby było skumulowane w dużych kontraktach z jednostkami wielospecjalistycznymi, które miałyby możliwość właściwego kwalifikowania pacjentów do leczenia stacjonarnego. Jestem absolutnym zwolennikiem takiego modelu, gdy do szpitali trafiają jedynie ci pacjenci, u których wszystkie możliwości lecznicze dostępne w lecznictwie otwartym zostały wyczerpane. Dlatego właśnie zależy mi na kontraktach z dużymi, wielospecjalistycznymi przychodniami, dysponującymi wysoko wykwalifikowaną kadrą i nowoczesnym sprzętem. Jedynym ograniczeniem wielkości kontraktu byłyby możliwości kadrowo-organizacyjne tych jednostek.

Szpitala powinny być natomiast finansowane zgodnie z kosztami procedur medycznych – wtedy wystarczy pieniędzy na opłacenie hospitalizacji. Nastąpiłoby natomiast odczuwalne ograniczenie liczby hospitalizacji, ze względu na zwiększone możliwości diagnostyczne i terapeutyczne lecznictwa otwartego. Konieczna jest ponadto kontrola drogi pacjenta w systemie ochrony zdrowia, np. przy zastosowaniu omawianej wielokrotnie karty chipowej. Nieodzowny jest też powrót pacjenta pod opiekę lekarza pierwszego kontaktu, a wła-

ściwie – lekarza rodzinnego z prawdziwego zdarzenia. Takiego, który dobrze znałby swoich podopiecznych. Rolą lekarzy rodzinnych powinno być też zapewnienie swoim pacjentom opieki całodobowej.

Jaki jest pani stosunek do płatności za nadwykonania w specjalistyce?

Nie przewidujemy płacenia za tzw. *nadrobki* w szpitalach. Powiadomiliśmy już o tym świadczeniodawców. Pieniądze, którymi dysponujemy, zostały – zgodnie z planem finansowym – podzielone na początku roku i trudno w tej chwili zakładać, że w ciągu roku spłyną dodatkowe, związane z lepszą ściągalnością składki na ubezpieczenia zdrowotne. Jeżeli do tego dojdzie, kupimy więcej usług w dziedzinach, które uznaliśmy za priorytetowe. Należałoby też kupić dodatkowe usługi specjalistyczne w lecznictwie otwartym, zwłaszcza w gminach, których mieszkańcy – po wyczerpaniu kontraktu u najbliższego specjalisty, muszą przemierzać kilkadziesiąt kilometrów, by kontynuować leczenie.

Czy dopuszcza pani tworzenie prywatnych oddziałów w państwowych szpitalach?

NFZ nie jest założycielem jednostek służby zdrowia, nie ingeruje więc w rodzaj własności, organizację, wielkość jednostek, czy ich kondycję finansową. Zadaniem Funduszu jest kupowanie usług medycznych w jednostkach dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą i wysokiej jakości sprzętem diagnostycznym oraz leczniczym w taki sposób, by zapewnić Wielkopolanom możliwie jak najlepszy dostęp do nowoczesnego leczenia. Tylko to mnie interesuje i żadne naciski polityczne, czy społeczne nie zmienią tych priorytetów.

Rozmawiał Janusz Michalak