



„ Marnowany jest dorobek dotychczasowej, co prawda ułomnej, ale jednak transformacji. Jednocześnie cały czas trwają próby usunięcia obecnego prezesa NFZ „

Nad przepaścią

Rozmowa z Andrzejem Malinowskim,
prezydentem Konfederacji
Pracodawców Polskich

Rządząca partia – PiS, chce zmienić ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia. Co to będzie oznaczać dla systemu?

Podaję, że będziemy mieli do czynienia z kolejnym zamieszaniem, bo każda modyfikacja ustawy niesie za sobą konieczność dostosowania całego systemu do zachodzących zmian. Problem w tym, że zmiany są trzymane w wielkiej tajemnicy i niewiele osób w kraju zna projekt nowych zapisów ustawy. Jeżeli jednak jedynym efektem ma być mianowanie nowego szefa NFZ, będzie to działanie godne pożałowania.

Nie ma wizji reformy systemu, natomiast mamy do czynienia z ciągłymi modyfikacjami ustaw i rozporządzeń. Jakie będą tego efekty?

Już teraz doszliśmy do granicy wytrzymałości systemu i pacjentów. Motywem działań, o których pan mówi, jest chęć rozbicia jakiegoś domniemanego układu, jednak problem polega

na tym, że tworzony jest nowy układ, który tym się różni od poprzedniego, że jak na razie jest mniej kompetentny. W ten sposób marnowany jest dorobek dotychczasowej, co prawda ułomnej, ale jednak transformacji. Jednocześnie cały czas trwają próby usunięcia obecnego prezesa, sprawnego finansisty i menedżera, który zapewnił systemowi stabilizację. Była ona może nie najlepszą, ale jednak – gwarancją prowadzenia biznesu, który opiera się na niezmiennych regułach. Powoli dochodzono do rozwiązań kompromisowych, które zaczynały satysfakcjonować podatników i konsumentów usług medycznych. Do panujących reguł przyzwyczaili się też dyrektorzy szpitali. Za zasługę poczytują sobie, że jako członek Komisji Trójstronnej przyczyniłem się do modyfikacji ustawy o NFZ, która w pierwotnej wersji była pełna błędów merytorycznych i formalnych. Podaję jednak, że od tamtych czasów wiele ustaw i rozporządzeń zostało

zarnowanych. Przykładem nowe regulacje cen leków refundowanych. Nikt nie potrafi racjonalnie wytłumaczyć, jaki był cel tych zmian. Podejrzewam, że ktoś musiał na tym zarobić.

Jednak gdyby udało się wprowadzić Andrzeja Sośnierzę na szefa NFZ, to można podejrzewać, że propozycje zmian w systemie zaproponowane przez Konfederację Pracodawców Polskich znalazłyby aprobatę u byłego szefa Śląskiej Kasy Chorych, który przecież jest zwolennikiem mechanizmów rynkowych.

Proszę pamiętać, że nasze propozycje nie dotyczą tylko mechanizmów rynkowych. Przede wszystkim domagamy się równego traktowania sektorów. Zdrowa konkurencja między prywatnymi i publicznymi jednostkami przyczyni się bowiem do poprawy sytuacji całego systemu, bo wymusi racjonalizację kosztów w państwowej służbie zdrowia. Śmiem podejrzewać, że nawet obecnie

i brak określenia kompetencji ministra zdrowia i szefa NFZ. Rozmiary tego chaosu pamiętam z czasów, gdy zasiadałem w Radzie Funduszu, w której rozgrywano pierwszą partię rozgrywki. Toczyła się ona między przedstawicielami resortów, którzy z niewiadomych powodów zasiadali w Radzie. Brakowało natomiast przedstawicieli pacjentów, których reprezentowały dwie osoby – przedstawicielka *Solidarności* oraz ja, jako reprezentant Komisji Trójstronnej. Przedstawiciele środowisk zawodowych mogli pełnić tylko rolę obserwatorów.

Sytuację ma uzdrowić wprowadzenie bonu zdrowotnego, dzięki któremu to nie urzędnicy, a pacjenci będą decydowali o tym, jaki szpital otrzyma pieniądze. Podobno PiS akceptuje takie rozwiązanie.

Jeśli partia Jarosława Kaczyńskiego jest do idei bonu przekonana, to niech to zapisze w ustawie.

” Podejrzewam, że mamy w systemie spore rezerwy, ale są one marnowane, ponieważ nikt w NFZ, na poziomie oddziałów wojewódzkich, nie zajmuje się kontrolą wydatków ”

mamy spore rezerwy w systemie, ale są one marnowane, ponieważ nikt w NFZ, na poziomie oddziałów wojewódzkich, nie zajmuje się kontrolą wydatków, a spora część szefów szpitali potrafi przejeść każde pieniądze, które otrzyma od Funduszu. Nadal bowiem nie jest realizowana zasada, że pieniądź ma iść za pacjentem i w efekcie fundusze otrzymują placówki, w których nikt nie chce się leczyć.

Oznacza to, że z istniejącego *status quo* zadowolony jest przysłowiowy układ. Kto zatem jest przeciwnikiem jego rozbicia – politycy, służby, które rzekomo opanowały NFZ czy może lobby profesorsko-ordynatorskie?

Myślę, że każda z wymienionych przez pana stron ma swoje interesy i to one stoją na przeszkodzie gruntownej reformy. Boję się jednak, że jeśli nie dojdzie do zmian systemowych, to zapowiadane rozbicie rzekomego układu zamieni się w stworzenie nowego. Jeśli jednak chce się pan dowiedzieć, kto za kim stoi, to trafił pan pod zły adres – zamiast do szefa Konfederacji Pracodawców Polskich trzeba było iść do agencji wywiadu.

Gra interesów, o której pan mówi, toczy się o największy chyba państwowy budżet, ponad 30 mld złotych.

Z tych pieniędzy jest o tyle łatwiej korzystać, że w naszym systemie panuje bałagan decyzyjny

KPP chce wprowadzenia dopłat do usług medycznych. Tu znowu nastąpi zderzenie z polityką. Według polityków to zamach na 68. artykuł konstytucji.

Żyjemy w gospodarce rynkowej. Jaka zatem jest równość, jeśli ja w formie podatków odprowadzam rocznie spore pieniądze, a dostęp do usług medycznych mam taki sam, jak mieszkaniec Polski, który zarabia średnią krajową? Oczywiście, rozumiem ideę solidaryzmu, ale chciałbym powyżej pewnego poziomu moich przychodów móc część tych pieniędzy wykorzystywać bardziej efektywnie.

Jeśli chciałby pan to zmienić, to należałoby napisać nową ustawę o ZUS, zreformować budżet państwa oraz zmodyfikować ustawę zdrowotną i Narodowy Fundusz Zdrowia. To już reforma państwa, a nie systemu. Znajdzie pan chociaż jednego polityka, który na to by się zdecydował?

Dzisiaj takiego człowieka nie ma, bo polityków interesuje tylko wygranie następnych wyborów. Dlatego czas, abyśmy zaczęli do Sejmu wybierać takich ludzi, którzy nie będą bali się decyzji strategicznych. Na to potrzebna jest edukacja całego społeczeństwa. My jednak nie mamy na to czasu. Dlatego Konfederacja Pracodawców Polskich zainicjowała powstanie Korporacji



Zdrowie Polskie, której celem jest skupienie wysiłków na reformie systemu.

Program reform zaproponowany przez KPP zakłada równość podmiotów. Czy dla takiej idei znaleźliście aprobatę wśród jednostek publicznych?

Nasz program, oprócz wymienionej równości, zawiera wiele innych istotnych i ważkich dla systemu rozwiązań, jak choćby pokrywanie z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych kosztów świadczeń zdrowotnych czy propozycje rekompensat podatków pośrednich w ochronie zdrowia. W naszej Korporacji już są duże jednostki publiczne. Sądzę, że co najmniej 30 proc. szpitali poprze nasz program. Obecnie czekamy jeszcze na akces placówek samorządowych, które także są zainteresowane zmianą systemu. Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ dyrektorzy tych szpitali rozumieją, że równe traktowanie podmiotów będzie wsparciem dla idei bonu zdrowotnego, który ostatecznie może rozwiązać problemy finansowe dobrze zarządzanych szpitali państwowych. Coraz więcej samorządów lokalnych, szczególnie w małych miastach, widzi też korzyści płynące ze zmiany statusu własnościowego placówek służby zdrowia na ich terenie. Często jest to jedyna droga do uzdrowienia ich kondycji – uniknięcia spirali długów i uratowania placówki. Zdecydowana większość powstałych w ten sposób placówek ma status spółek z ograniczoną odpowiedzialnością, z większościowym lub 100-proc. udziałem samorządu lokalnego, który jednocześnie przejmuje długi jednostki.

O bon będą także walczyły nzozy. Czy one są przygotowane do takiej batalii?

„ Wiele placówek publicznych znajduje się w centrach metropolii. Tereny, na których są położone, mają wysokie ceny. Dlatego szpitale należy przenosić „

Oczywiście – bo jeżeli dzisiaj wiele szpitali prywatnych może mieć świetną kadrę oraz sprzęt, to dlaczego nie mogą one uzyskać promesy kontraktowej, która zagwarantuje kredyty bankowe? Bon zdrowotny takie problemy by rozwiązał, bo każdy ewentualny inwestor oraz bank będzie mógł prognozować przychody placówki. Tym bardziej, że niepubliczne placówki ochrony zdrowia nie są zadłużone, mają zdolność kredytową. Szacuje się, że wartość tego rynku wynosi ponad 1,5 mld zł.

Przeciwnicy równości podmiotów twierdzą, że żaden nzozy nie zapewnia kompleksowej obsługi pacjenta i jeśli w placówce laryngologicznej dochodzi do incydentu kardiologicznego, to i tak pacjent ląduje na łóżku operacyjnym szpitala publicznego.

Pan mówi o obecnym *status quo*. Tymczasem ja pracowałem nad projektem szpitala typu *general hospital*, który zapewniałby obsługę całościową. Mimo to nie było szans na uzyskanie choćby promesy kontraktu. Gdyby dzisiaj stworzono możliwości legislacyjne gwarantujące kontrakty (przy odpowiedniej weryfikacji kadry i sprzętu), na pewno powstawałyby szpitale, w których można by zapewnić kompleksową obsługę pacjentów. Dzisiaj na taką inwestycję nikt się nie zdecydował, bo z biznesplanu, jaki przygotowałem, wynika, że koszt jednego łóżka w takim szpitalu wynosi 15 tys. dolarów. Czyli koszt całej placówki wyniósłby 30 mln dolarów. Zabezpieczeniem takiej inwestycji mogą być gwarancje rządowe (promesa kontraktu) albo zabezpieczenie bankowe, ewentualnie ubezpieczenia prywatne. W obecnej sytuacji żaden bank nie zdecydował się na takie przedsięwzięcie.

Propozycje KPP mają zmienić tę sytuację.

Nasze propozycje mają doprowadzić w krótkim czasie do poprawy sytuacji. Jednym z najważniejszych elementów reformy jest wprowadzenie na rynek zdrowotny firm ubezpieczeniowych. Ich działalność wymusi racjonalizację kosztów oraz podniesienie jakości usług medycznych oferowanych przez jednostki niepubliczne oraz szpitale państwowe. Pojawi się też konkurencja na rynku medycznym. Należy rozważyć połączenie ubezpieczeń o charakterze rzeczowym z ubezpieczeniami

mi zdrowotnymi, aby osiągnąć synergię tych ubezpieczeń oraz efekty koncentracji ryzyka ubezpieczeniowego. Obecnie ubezpieczenie chorobowe i wypadkowe, wraz z systemem orzecznictwa lekarskiego oraz jego konsekwencjami w postaci wypłacanych zasiłków, odszkodowań i rent, pozostaje w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Tak dalej być nie może.

Co w państwa propozycjach oznacza racjonalizacja kosztów?

Przygotowując projekt szpitala mieliśmy świadomość, że wiele elementów ekonomicznego działania placówki jest wróżeniem z fusów. Zatem, tak jak w każdym biznesie, muszą zostać określone jasne reguły i warunki, w jakich szpital będzie działał. Takie reguły nie mogą podlegać ciągłym modyfikacjom i zmianom, bo tylko w ten sposób będzie można stworzyć biznesplan dla nroz-u i spoz-u. Trzeba w końcu jasno powie-

karza. I to jemu dajemy koniak lub kopertę. Czyli mechanizmy rynkowe już działają. Ludzie wiedzą, w jakim szpitalu robi się lepsze zabiegi kardiochirurgiczne, a w jakim jest więcej przypadków zakażeń. Dlatego system kontraktowania świadczeń i wybór świadczeniodawców powinien odbywać się w procedurze konkursu ofert. Dzisiaj zdarzają się sytuacje, w których kontrakt dla fatalnego szpitala załatwia lokalny poseł. My chcemy wprowadzić zasady, które będą promować konkurencję pod względem jakości. Dlatego system kontraktowania powinien być jednolity pod względem pojęciowym produktów kontraktowych na terenie całego kraju. Powinien także doprowadzić do sytuacji, w której szpitale w znaczącej części będą działały w systemie jednodniowym. To znaczy zabiegi będą wykonywane sprawnie i szybko, a pacjent nie będzie okupował łóżka tygodniami z powodu błahej, rutynowej operacji. Widziałem taki szpital pod Mediolanem. Pacjenci przychodzą

” Moi przyjaciele biznesowi z Portugalii przyjechali kiedyś do Warszawy. Obejrzeni 3 losowo wybrane szpitale i stwierdzili, że podobnie jak u siebie, w ciągu roku doprowadziliby do tego, że placówki te zaczęłyby przynosić zyski ”

dzieć czy będziemy mieli VAT na usługi medyczne, czy będziemy mieli ulgi inwestycyjne i czy zostanie utworzona sieć szpitali. Dla placówek prywatnych to bardzo ważne, bo w zależności od określonych warunków nastąpi adaptowanie biznesplanu do sytuacji na rynku. Konieczne jest wprowadzenie długotrwałych kontraktów oraz ich promes. Elementem racjonalizacji kosztów powinno być także przenoszenie szpitali na peryferia miast. Obecnie placówki publiczne w większości przypadków znajdują się w centrach metropolii. Tereny, na których się znajdują, mają niesłychanie wysokie ceny. Dlatego szpitale należy przenosić. Dla samorządu będzie to intratny interes, ponieważ za działki po placówkach medycznych będzie można dostać ogromne pieniądze, które zwrócą koszt inwestycji.

Mówi pan o biznesplanach, rynku medycznym i inwestycjach. Tymczasem politycy i zwykli zjadacze chleba ciągle powołują się na socjalizm lub solidaryzm społeczny.

O działaniu rynku najlepiej świadczy praktyka naszych zachowań. Przecież idąc nawet do publicznego szpitala, nie idziemy do jakiejś wymagowanej jednostki, tylko do konkretnego le-

do niego na określoną godzinę i o przewidywanej porze wychodzą. Co ciekawe – w tym szpitalu nie ma ordynatorów. Jest tylko funkcja *tutora* (opiekuna pacjenta), który w zależności od potrzeb dobiera sobie specjalistów z określonej dziedziny. W ten sposób uzyskuje się minimalizację kosztów i maksimum efektów.

Na takie rozwiązanie nie zgodzą się polskie związki zawodowe, politycy, profesorowie i ordynatorzy.

Moi przyjaciele biznesowi z Portugalii przyjechali kiedyś do Warszawy. Obejrzeni 3 losowo wybrane szpitale i stwierdzili, że podobnie jak u siebie, w ciągu roku doprowadziliby do tego, że placówki te zaczęłyby przynosić zyski. Aby to osiągnąć, trzeba jednak zatrudnić fachowców, którzy nie będą mieli obaw przed cięciem kosztów. Chociaż przysłowie mówi, że częstokroć samą wiarą ozdrowieje chory, wiara morza osusza i przestawia góry, to naszej służbie zdrowia wiara – zwłaszcza polityków w moc sprawczą ich pozornych ruchów – już nie pomoże. Niezbędne są zmiany radykalne, a nie kosmetyczne pudrowanie, któremu towarzyszy atmosfera wielkich przemian.

Rozmawiał Jacek Szczęsny