



Rozmowa z Adamem Kruszewskim,
dyrektorem inwestycyjnym *Enterprise Investors*, zajmującym się sektorem opieki zdrowotnej



Fot. Piotr Waniorek

| Koszyk podstawowych świadczeń zdrowotnych to mit. Z jednego powodu, nie ma już niczego, co można by wyjąć

Czy to między innymi Pan jest autorem obecnych prób reformowania reformy służby zdrowia?

Byłem w zespole ekspertów, kierowanym przez Michała Boniego, który przedstawił propozycje zmian wicepremierowi Hausnerowi. Jednak nie są to propozycje reformy, bo czegoś takiego w ogóle nie ma. W służbie zdrowia nie da się przeprowadzić jednej reformy, bo cały sektor rozwija się i podlega permanentnym zmianom. Zarówno w krajach europejskich, jak i w USA, do systemu wchodzi coraz więcej elementów gospodarki rynkowej. Ten proces będzie się nasilał.

W służbie zdrowia, nie tylko w Polsce, króluje socjalizm?

Do tej pory panowała zasada, że od każdego bierze się wg jego możliwości, a daje – w zależności od potrzeb. Wykształciła się ona historycznie, w całej zachodniej cywilizacji. Podczas II wojny światowej w USA zapewnienie bezpłatnej opieki medycznej było jednym ze sposobów pozyskiwania dobrych pracowników. Pracodawcy, którzy nie mogli oferować wyższych płac (na czas wojny były zamrożone), proponowali korzystniejsze warunki opieki socjalnej, w tym zdrowotnej. To doprowadziło do niekontrolowanego wzrostu kosztów opieki. Ten system dotknął najbardziej Amerykę, która pierwsza obudziła się i zaczęła szukać sposobów na jej ograniczenie. W latach 70. zorientowano się tam, że koszty opieki medycznej

rosną szybciej niż PKB. I wówczas rozkwitły różne metody zarządzania medycyną, zaczęto wprowadzać wskaźniki mierzące efektywność i celowość usług medycznych.

W USA ten system doprowadził do tego, że rzesza ludzi znalazła się poza systemem ubezpieczeń.

Paradoksem obecnej sytuacji jest to, że poza systemem wcale nie znaleźli się najbiedniejsi, bo dla nich stworzono fundusz *Medicare* i *Medicaid*. W najgorszej sytuacji są osoby, które zarabiają mało i mają niewielkich pracodawców, których nie stać na wywalczenie lepszych warunków w firmie ubezpieczeniowej. Te osoby praktycznie korzystają jedynie z opieki medycznej w stanach nagłych. Gdy zachorują, idą od razu na pogotowie, co generuje wyższe koszty. Okazuje się więc, że pacjenci nieubezpieczeni kosztują ten system więcej niż ci, którzy mają ubezpieczenie. W Stanach również nie zdołano wypracować systemu idealnego.

Jednak Europa Zachodnia wprowadza w coraz większym stopniu amerykańskie mechanizmy rynkowe.

Rozwój technologii medycznych, jak również rosnący popyt na te usługi, związany choćby ze starzeniem się społeczeństwa jest tak duży, że nie ma innego wyjścia. Utrzymanie starych zasad okazuje się niemożliwe również z tego powodu, że służba zdrowia – pozostawiona bez kontroli finansowej – zużywałaby nieograniczoną ilość środków

NFZ działa w warunkach konfliktu interesów. Oczekuje się od niego, aby zapewnił najlepszą opiekę medyczną tym, których reprezentuje, a jednocześnie, aby nie dopuścił do upadku szpitali czy przychodni. Tego nie da się pogodzić.

ków. W medycynie, w dużo większym stopniu niż w innych dziedzinach, podaż kreuje popyt. Usługi te, jakby to nie brzmiało, zaliczane są do dóbr luksusowych, w których wraz ze wzrostem podaży rośnie popyt. Gdybyśmy, np. w jakimś miasteczku uruchomili 3 tomografy komputerowe, to okazałoby się, że od razu znacznie wzrosła też liczba badań. W tej dziedzinie nie ma czegoś, co próbuje się określać jako obiektywne potrzeby społeczeństwa. Potrzeby zdrowotne są zawsze subiektywne i mogą być regulowane jedynie zasobnością portfeli.

Gdzie tu miejsce na solidaryzm społeczny, na humanizm? W tym systemie bogatsi mają zdecydowanie lepszy dostęp do medycyny niż niezamożni.

Zawsze tak było, tylko nie potrafiliśmy się do tego przyznać. Zamożniejsi zawsze znajdowali sposoby ominięcia kolejek. Sztuka polega więc na tym, aby skończyć z miłem, a stworzyć możliwości oficjalnego płacenia za usługi medyczne o wyższym standardzie. W ten sposób system zostanie zasilony przez dodatkowe pieniądze, a beneficjentami tego zjawiska będą nie tylko zamożni, ale wszyscy pacjenci.

W jakim kierunku powinniśmy zmierzać w Polsce? Czy powinniśmy wzorować się na systemie amerykańskim, czy na którymś z systemów europejskich?

Obecnie nie ma wzorcowego systemu służby zdrowia. Tradycyjne rozwiązania europejskie ulegają w coraz większym stopniu modyfikacjom pod wpływem przykładów amerykańskich. Następuje amerykanizacja służby zdrowia. My również musimy postępować podobnie. Problem tylko w tym, że startujemy z innej pozycji niż Europa Zachodnia, a więc powinniśmy biec nieco szybciej.

Co więc powinniśmy robić?

Najważniejszy problem to stworzenie mechanizmu panowania nad popytem. Można zrobić to w dwojaki sposób. Po pierwsze, przez zarządzanie kolejkami. Tylko, że w praktyce nie wychodzi to nawet najbardziej zaawansowanym w jego wdrażaniu Anglikom ani Kanadyjczykom. Druga metoda to wprowadzenie systemu dopłat. Jednak jest to trudne, gdyż może okazać się, że zbieranie i księgowanie małych sum jest bardziej kosztowne niż uzyskanie w ten sposób środki. Jednak ten sposób kontrolowania popytu wydaje się dla nas nieuchronny. Obecnie służba zdrowia przypomina supermarket – jego kierownik powinien zapewnić, żeby na półkach było dużo towaru, nie było kolejek, ale w supermarkecie nie ma kas, tylko skarbonki, do których każdy wrzuca tyle, ile chce. Taki sklep nie ma przyszłości.

Trzeba zamontować w nim kasy. Wtedy jednak nie wszystkich będzie stać na wejście do tego supermarketu.

Kasy są konieczne. A zapewnieniem minimalnych warunków opieki powinno zająć się – w ramach solidaryzmu społecznego – państwo.

W przedstawionym premierowi Hausnerowi programie krytykujecie panowie funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Fundusz działa w warunkach konfliktu interesów. Z jednej strony oczekuje się od niego, jak od każdej firmy ubezpieczeniowej, aby zapewnił najlepszą opiekę medyczną tym, których reprezentuje, a z drugiej – aby nie dopuścił do upadku szpitali czy przychodni. Tego nie da się pogodzić.

Trzeba więc sprywatyzować świadczeniodawców. Wówczas Fundusz nie będzie zobligowany, aby dbać również o ich interesy, a oni zaczną między sobą konkurować.

Świadczeniodawcy nie muszą być koniecznie prywatni. Jednak powinni mieć jednego odpowiedzialnego właściciela. Jeżeli będzie nim samorząd, a dany szpital produkuje usługi drożej niż kupuje je Fundusz, to decyzja należy do samorządu. Czy dopłacać do takiego szpitala, czy go zrestrukturyzować, czy bardziej opłaca się dany szpital zlikwidować, oszczędzić dzięki temu sporo pieniędzy, a mieszkańcom zapewnić opiekę w sąsiedniej placówce? A może samorząd zdecyduje, aby szpital sprywatyzować? To wszystko powinny być jednak decyzje samorządu, a nie Funduszu.

Rząd usiłuje wymusić zwiększenie odpowiedzialności właściciela przez wprowadzenie programu restrukturyzacji. Czy zmiana statusu zoz na spółki prawa handlowego, ale tzw. użyteczności publicznej, wystarczy?

Z mojego punktu widzenia, najefektywniejszy byłby system właścicieli prywatnych. Jednak wiadomo, że powszechna prywatyzacja w służbie zdrowia jest obecnie nierealna co najmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, jak wykazują badania, nie byłoby na taki krok przyzwolenia społecznego, a po drugie – nie ma chętnych na wykupienie ponad 700 szpitali. Pozostaje więc zrobienie tego, co obecnie możliwe – jak największe oddzielenie płatnika od świadczeniodawcy.

Jak zmusić oddziały NFZ, aby nie zajmowały się wielką polityką, nie chroniły szpitali, tylko na równych zasadach traktowały publicznych i prywatnych świadczeniodawców?

Jedynym sposobem jest zaakceptowanie zasad konkurencji na poziomie płatnika. Fundusz nie powinien się martwić, czy dany szpital upadnie, czy nie, tylko powinien szukać najtańszego i najlepszego świadczeniodawcy. Jeżeli na początku okaże się, że prywatni będą otrzymywali do realizacji nawet jedynie 10 proc. świadczeń, to staną się papierkiem lakmusowym systemu i pacjent będzie miał – choć ograniczony – wybór. Wówczas konkurencja rozleje się po rynku...

Rozkwit ubezpieczeń dodatkowych w takim stopniu, aby objęły chociaż 10 proc. ludności zrewolucjonizuje cały rynek. Rozpocznie się migracja wewnątrz sektora. Pracownicy zaczną przechodzić z części szpitalnej do rozwijającej się części ambulatoryjnej.

Na świecie obserwowana jest tendencja do kontraktowania usług przez publicznego płatnika z niepublicznym świadczeniodawcą. U nas natomiast stosuje się politykę psa ogrodnika – sam nie potrafię wykonać dobrze i tanio usług, ale prywatnego nie dopuszczę.

W Anglii, np. prywatni developerzy kupują publiczne jednostki, remontują je i potem wynajmują publicznemu właścicielowi. To naturalne, a u nas jaki podniósłby się wrzask, gdyby tak postąpiono. W szpitalach w Europie Zachodniej czy w USA aż 50 proc. takich usług, jak sprzątnięcie, pranie, catering czy prowadzenie księgowości wykonują firmy zewnętrzne. Inną metodą jest przekazywanie zarządzania szpitalami publicznymi wyspecjalizowanym firmom, takim jak np. *Capio AB* w Skandynawii, *Generale de Sante* we Francji czy *Rhon Klinik* w Niemczech, które same w nie inwestują. Podobnie takie usługi, jak diagnostyka laboratoryjna, obrazowa czy część zabiegowa szpitala są outsourcowane do prywatnych inwestorów. Na świecie już dawno sprawdzono, że w usługach kapitałochłonnych kapitał prywatny może zastąpić publiczny, inwestując środki znacznie efektywniej. Dlaczego u nas miałyby być inaczej?

Postulujecie też panowie wprowadzenie do systemu ubezpieczeń alternatywnych. Dlaczego nie po prostu prywatyzację NFZ?

Dlatego, żebyśmy nie musieli znowu przebudowywać całego systemu. I tak obecne problemy służby zdrowia są niezwykle skomplikowane. Wprowadźmy na razie do systemu pewne elementy konkurencji, w dodatku kontrolowanej. One nie spowodują chaosu, są do przyjęcia przez społeczeństwo, a i tak wprowadzą elementy rynkowe, które z czasem będą się rozrastały. Gdy w służbie zdrowia pojawi się konkurencja, to jak pisał Adam Smith, poprawi się jakość usług i spadną ich ceny. Dlatego właśnie chcielibyśmy rozwoju równoległych do ubezpieczenia powszechnego ubezpieczeń alternatywnych. Usługi świadczone w ich ramach byłyby konkurencją dla usług w medycynie publicznej, a nie stałyby się elementem kolejnej destabilizacji.

Takie firmy, jak np. Medicover czy Falck, powinny mieć możliwość kontraktowania usług w szpitalach publicznych?

Oczywiście. W znaczący sposób podniósłoby to standard infrastruktury. Aby szpital mógł sprostać wymogom prywatnego ubezpieczyciela, musiałby podnieść standard usług, na czym – w dalszej perspektywie – skorzystałby wszyscy chorzy. Rynek usług medycznych płatnych pozabudżetowo, wykupywanych głównie przez zakłady pracy istnieje, ale brak jednoznacznych przepisów hamuje jego rozwój. W samej Warszawie dodatkową opiekę medyczną zapewnioną przez pracodawcę posiada 150–200 tys. mieszkańców. Dodatkowo może ona zapewnić sektorowi 1 mld zł, płatnych przez pracodawców i następne 2 mld zł – przez pracowników dla swoich rodzin. Te środki – wykorzystywane głównie w lecznictwie

ambulatoryjnym – pozwolą przesunąć część zatrudnionych z nieefektywnego sektora szpitalnego do ambulatoryjnego. Pozwoli to na wykreowanie dodatkowych 50 tys. stanowisk pracy. Dodatkowe usługi, kupione przez sektor prywatny dadzą globalnie większą ilość wykupionych usług oraz większą dostępność do usług osobom niezamożnym, bo bogatsi kupią część usług prywatnie.

Jaka jest zasadnicza przeszkoda, hamująca rozwój rynku ubezpieczeń prywatnych?

Cena. Im będzie ona niższa, tym większy będzie popyt. Na razie tzw. wolne środki Polacy wykorzystują na rzeczy, które w ich mniemaniu należą do luksusowych, np. wyjazdy turystyczne czy zakup lepszych aparatów fotograficznych albo komputerów. Na rynku brakuje ubezpieczenia zdrowotnego, które mogłoby rywalizować z tymi dobrami. W dodatku działa tutaj syndrom błędnego koła. Jeśli firma chciałaby oferować takie ubezpieczenie, to musiałoby ono być drogie. A jeśli będzie drogie, to nie kupi go wiele osób. Trzeba za wszelką cenę przerwać ten zakłęty krąg niemożności. Można to zrobić jedynie w jeden sposób – stworzyć ulgi podatkowe dla osób lub firm, które wykupią takie ubezpieczenie dla swoich pracowników.

Ulgi? A gdzie tu podejście rynkowe? W dodatku – jest to postulat nierealny w sytuacji deficytu budżetowego?

Alternatywą jest przesuwanie się medycyny w kierunku szarej strefy i dofinansowanie jej poprzez zwiększenie podatków. Najbardziej deficytowe usługi można przecież kupić, tylko że nieoficjalnie. W tym systemie i państwo, i społeczeństwo ponosi ogromne koszty. Natomiast gdybyśmy wykreowali rynek w polskiej medycynie, to nie tylko poprawi się ogólna atmosfera społeczna wokół tej dziedziny, ale do systemu skierujemy dodatkowy strumień pieniędzy.

Czy to nie za prosta recepta?

Uważam, że rozkwit ubezpieczeń dodatkowych w takim stopniu, aby objęły chociaż 10 proc. ludności zrewolucjonizuje cały rynek. Oczywiście, istnieją zagrożenia. Może okazać się, że pomyliliśmy się w liczeniu i wprowadzenie ulg wcale nie spowoduje, że przedsiębiorstwa zaczną ubezpieczać pracowników. Może też zdarzyć się, że zwiększenie ilości pieniądza w systemie zostanie najpierw skonsumowane przez wzrost pensji pracowników i nie podniesie jakości usług. Jednak w dłuższym okresie rozpocznie się wewnętrzna migracja wewnątrz sektora. Pracownicy zaczną przechodzić z części szpitalnej do rozwijającej się najszybciej części ambulatoryjnej.

A więc w służbie zdrowia trzeba najpierw wykreować dodatkowy popyt. Czekamy, aż zjawi się doktor Rynek?

Albo doktor Balcerowicz, któremu się to udało w gospodarce. Jednak w służbie zdrowia konieczne są bardzo silne regulacje. System nie może być ani za bogaty, ani za biedny. Powinien dać bogatszym możliwość kupienia

lepszych produktów, ale żeby uzyskane środki posłużyły również do poprawy warunków leczenia mniej zamożnych. Jak w handlu, jedni mogą kupować w drogich butikach, a drudzy w supermarketach...

Aby to osiągnąć, trzeba ustalić, na co stać wszystkich. A więc – koszty świadczeń podstawowych.

Moim zdaniem, koszty podstawowych świadczeń zdrowotnych to mit. Z jednego powodu, nie ma tam już niczego, co można by wyjąć. Jeżeli określi się koszty, to w wypadku niewykonania jakiejś procedury, pacjent miałby prawo do egzekwowania danego zabiegu w klinice za granicą. A to naraziłoby budżet na eskalację kosztów. Własny koszt świadczeń natomiast określi ubezpieczyciel. I to wystarczy do wykreowania rynku.

Czy w medycynie może się dokonać rewolucja, podobna do tej, jaka zdarzyła się na początku lat 90. w han-

dlu? Gdy powstały tysiące nowoczesnych, pełnych towarów sklepów...

Oczywiście. Malkontenci od razu jednak podniosą argument, że wtedy w medycynie będziemy mieli sytuację, jak w sklepach, wszystkiego dużo, tylko nie będzie środków, aby to kupić. Powinni jednak pamiętać, że jak pokazują badania, i tak obecnie kupujemy kilkakrotnie więcej towarów niż na początku lat 90. Poczucie niedosytu jest zrozumiałe, ale ogólna sytuacja na pewno jest dla konsumenta korzystniejsza. W medycynie, oczywiście, muszą obowiązywać silne regulacje, ale one wystarczą. Nie chciałbym jednak, aby ta zmiana dokonywała się rewolucyjnie. Nam potrzebna jest raczej ewolucja i determinacja środowisk politycznych. Bo właściwie większość jest zgodna co do tego, co należy zrobić, brakuje tylko konsekwencji.

Rozmawiał: Janusz Michalak

Adam Kruszewski – lekarz medycyny, MBA.

Obecnie kończy studia z zakresu zarządzania szpitalami (*master of health administration*) na *University of Minnesota*. Jest członkiem *American College of Physician Executives* oraz *Board of Advisors of International Health Summit*. Od 2000 jest dyrektorem inwestycyjnym *Enterprise Investors*, zajmuje się sektorem opieki zdrowotnej.

Podsumowanie głównych założeń projektu *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*

Program	Koszty budżetu	Dodatkowe wpływy	Uwagi
Wpływy związane z wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych i pakietów pracowniczych	400–600 mln (ulgi) rocznie	2–3 mld PLN rocznie	Podane wartości są wartościami docelowymi. Koszt dla budżetu wynika z wprowadzenia ulg podatkowych.
Dopłaty do usług		800 mln PLN	Obowiązkowe dopłaty 2–7 PLN w lecznictwie ambulatoryjnym. Zapewne koniecznym będzie zwolnienie części pacjentów z opłat ze względów społecznych.
Ograniczenie koszyka usług		200 mln PLN	Dodatkowe środki pojawią się na skutek przesunięcia zaoszczędzonych poprzez wyłączenie świadczeń z koszyka usług gwarantowanych.
Wprowadzenie VAT 0 proc. do opieki zdrowotnej	77 mln PLN rocznie	350 mln PLN rocznie	
Sekurytyzacja długu szpitali		3–4 mld PLN	0–2 mld PLN stanowią mogą koszty samorządów na spłatę zobowiązań nierokujących szpitali, jeżeli zdecydują się na podjęcie takiej decyzji.
Inwestycje prywatne w sektorze	–	1–2 mld PLN w ciągu 3 lat	Dodatkowe środki w sektorze pojawiają się na skutek prywatyzacji jednostek, zobowiązań inwestycyjnych, powstawania nowych usług i placówek, dodatkowych wpływów z czynszów itp.
Ograniczenie liczby szpitali	Koszty zwolnień – trudne do oszacowania	Oszczędność 10–20 proc. środków przeznaczanych na lecznictwo zamknięte	W efekcie nastąpi poprawa efektywności i spadek cen usług.

Na stronie www.menedzerdrowia.termedia.pl

w całości dostępny jest projekt

Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce