



Zawracanie Wisły kijem

Rozmowa z Adamem Kruszewskim, ekspertem rynku medycznego

Co dziś gwarantuje sukces inwestowania w zdrowie?

Jesteśmy w okresie przejściowym. W takim czasie, w wielu wypadkach, czynnikiem warunkującym odniesienie sukcesu nie jest sprawne zarządzanie i ekonomia, a znajomości polityczne.

Stąd m.in. bierze się lęk części dyrektorów szpitali przed rankingami i porównaniami?

Oczywiście, bo w prawdziwej grze rynkowej, w której zostaną zweryfikowane standardy jakości i zarządzania okazałoby się, że wiele szpitali musiałoby ulec likwidacji. Dopóki wszyscy pływają w mętnej wodzie, równanie w dół, powszechne narzekanie na NFZ, gwarantuje przetrwanie.

Wiele szpitali jest jednak w fatalnej sytuacji finansowej. Jak długo będzie można tak ciągnąć?

Co jakiś czas wybuchają małe rewolucje, podczas których szefowie jednostek ogłaszają, że nie mają pieniędzy, a firmy farmaceutyczne nie chcą im sprzedawać leków. Drugim krokiem, po zrobieniu larum, jest żądanie od budżetu państwa lub lokalnego samorządu zapłaty długów. Czysta polityka... w dodatku jak dotąd skuteczna.

Jeśli samorząd nie pomoże, to zaczyna działać prywatna firma, taka np. jak *Magellan*, która bierze na siebie długi szpitali, oczywiście, na procent wyższy niż w bankach. Czy nie obawia się pan, że w ten sposób te firmy zlicytują niewypłacalne jednostki?

To mit, że budynek szpitala czy sprzęt jest komukolwiek potrzebny. Polskie jednostki to przeważnie stare mury, w których ulokowano stary sprzęt. Prawdziwą wartość stanowią pieniądze, jakie napływają do szpоз-u w ramach kontraktu z NFZ. *Magellan* z jednej strony pomaga szpitalom zacho-

wać płynność, co jest dobre, z drugiej opóźnia *chwile prawdy* dla powiatów, kiedy te musiałyby podjąć decyzję czy stać je na źle zarządzany lub może po prostu za duży szpital, czy go zamknąć.

Ale jeśli władze szpitala odmówią zapłacenia zobowiązań, tłumacząc że nie wypracowały zysku, to co może zrobić instytucja finansowa, która wyłożyła pieniądze?

Wtedy można zwrócić się do właściciela – np. do powiatu, który musi wyłożyć pieniądze. Tu trzeba pamiętać, że tworzy się łańcuch zobowiązań, bo powiat to tak naprawdę element państwa. Jeśli powiat jest bankrutem, to ostatecznie bankrutuje państwo.

Może więc firmy pożyczające pieniądze lub – jak kto woli – handlujące długami służby zdrowia, jednego dnia sprzedadzą wierzytelności firmom zagranicznym i obudzimy się w Polsce, w której szpitale będą prywatne, ale ich właścicielami będzie kapitał zachodni?

Tak nie jest. Na tym rynku wygrywa nie ten, kto udzieli najwięcej pożyczek (*zbierze najwięcej długów*), ale ten, kto wybierze te szpitale, które te pożyczki zwróci. Aby doszło do sytuacji, o której pan mówi, powinno być odwrotnie, bo tylko wtedy można by przejąć szpital. To jednak spiskowa teoria, którą obalić można, patrząc na bilanse

Takie nadzieje powstały wraz z utworzeniem kas chorych. Jednak pozostały tylko nadzieje. Obecnie musimy uważnie przyrzeć się tendencjom zachodnim, które wskazują, że najbardziej skuteczną formą zarządzania szpitalami jest oddanie ich w ręce prywatne. Jednym ze sposobów jest PFI (*Private Finance Initiative*), stosowany w Anglii. Polega to na tym, że zarząd szpitalami posiadającymi kontrakty oddaje się prywatnej firmie. Zadaniem firmy jest restrukturyzacja szpitali, czasami ich łączenie. Warunkiem jest jednak zapewnienie obsługi danej populacji przez jeden szpital, ale za to na najwyższym poziomie, który niejako dziedziczy kontrakty kilku jednostek. Innym sposobem jest metoda hiszpańska (*Alzira model*). Państwo zawiera kontrakt na kompleksowe leczenie populacji na pewnym obszarze (brak możliwości wyboru), w zamian za wybudowanie szpitala obsługującego miejscową ludność na poziomie określonym przez płatnika publicznego. Przykładem wartym przyjrzenia się i naśladowania jest ten, który w Polsce praktykuje wrocławski Euromedicare. Państwowe szpitale często nie radzą sobie z zarządzaniem i zaczyna się spirala zadłużenia. Firma przejmuje zarządzanie szpitalem, zobowiązując się zapewnić co najmniej taki zakres usług, jaki ludności danego powiatu zapewniał dotychczasowy szpital. Euromedicare żyje ze sprawnego zarzą-

» Cały świat idzie w kierunku ograniczania roli państwa do funkcji regulatora, strażnika systemu »

tych firm prezentowane w Krajowym Rejestrze Spółek. Gdyby celem było przejmowanie szpitali, a nie obrót pieniędzmi, to ich sumy bilansowe powinny rosnać bardzo szybko. Gwarantuję, że na naszym rynku nie ma instytucji dysponującej miliardami złotych, które zapewniłyby przejęcie szpitali. Poza tym – moim zdaniem – część szpitali naprawdę ma wartość ujemną – trzeba dopłacić, żeby komuś opłacało się je prowadzić.

Czy takiego finansowania szpitalnych długów nie powinny realizować banki?

Oczywiście, że powinny. Problem w tym, że bankowcy nie wierzą szpitalom, a poza tym nikt w bankach nie zna się na działaniu szpitali.

Na zachodzie Europy jest inaczej. Czy będziemy mieli kiedyś szansę wprowadzenia w służbie zdrowia modelu unijnego?

dzania szpitalami i oferowania usługi lepszej jakościowo, co zapewnia kontrakt z Funduszem i ochotę miejscowej ludności na wybranie jego, a nie jechanie do konkurencji. System ten jest w pełni bezpieczny, bo jakiegokolwiek odstępstwo od zasad określonych przez płatnika i właściciela (powiat) powoduje odstąpienie od umowy.

Ale wtedy nie ma szans np. na modernizację szpitala.

Modernizacja jest wpisana w umowę, która zawiera zapis o np. 10-letnim kontrakcie, w którym innowacyjność szpitala jest warunkiem *sine qua non*. W takiej sytuacji mamy do czynienia z modelem, w którym państwo nie jest operatorem, a jedynie regulatorem systemu.

Co stoi na przeszkodzie, żeby państwo samo wynajmowało dobrze płatnych menedżerów?

„ Finansowaniem długów mogłyby się zająć banki. Problem w tym, że bankowcy nie wierzą szpitalom, a poza tym nikt w bankach nie zna się na działaniu szpitali „

Oczywiście, że można wynajmować ludzi, którzy będą zarządzali szpitalami. Trzeba jednak bardzo precyzyjnie określić warunki wyboru menedżerów oraz stworzyć standardy kontroli. W Polsce były już próby stworzenia kontraktów menedżerskich dla dyrektorów szpitali. Jednak większość zakończyła się niepowodzeniem: okazało się bowiem, że państwo nie radzi sobie z kontrolą.

Jednak pewne działania zakończyły się sukcesem, np. prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej.

Rzeczywiście – na początku istnienia kas chorych przychodnie się prywatyzowały, ale ten proces został zahamowany politycznie.

Jak pan przewiduje, jakie będą zmiany w służbie zdrowia pod nowymi rządami?

Nie można zawracać Wisły kijem. Cały świat idzie w kierunku ograniczania roli państwa do funkcji regulatora, strażnika systemu. Świat dochodzi do wniosku, że nie można skutecznie kontrolować samego siebie – będąc jednocześnie wykonawcą i sprawdzającym. Poza tym państwo ma dużo innych zadań, na które można lepiej wykorzystać pieniądze podatników, takich jak budowa dróg, przedszkoli czy wydatki na policję. Polska nie może iść pod prąd. Oczywiście, można wrócić do modelu budżetowego, ale będzie to eksperyment na skalę światową, zarazem powrót do systemu komunistycznego. Myślę jednak, że opinie o systemie budżetowym, wypowiedziane przez polityków, są figurą retoryczną.

A może wprowadzić model pośredni: bezpieczną sieć szpitali finansowanych z budżetu jako podstawę systemu, który w pozostałej części zostanie sprywatyzowany?

Sieć szpitali to *mantra socjalna*, której nie da się zrealizować. Bezpieczeństwo będzie dotyczyć dotowanych szpitali, ale niekoniecznie leczonych tam pacjentów.

To co? Sprywatyzować wszystko?



foto: (2x) Flor Waniorek

Wystarczy 10 proc. dobrze zarządzanych szpitali, które wymuszą konkurencję na wszystkich jednostkach. To nie muszą być szpitale prywatne – wystarczy, że będą miały sprawnych operatorów, działających w oparciu o państwowe regulacje i kontrole.

Czy taka komercjalizacja nie spowoduje powstania dwóch systemów – dla biednych i bogatych, leczonych w najlepszych szpitalach?

To właśnie zatrzymanie komercjalizacji spowoduje powstanie dwóch systemów. Jeśli silny regulator, jakim będzie państwo, nie wpuści prywatnego kapitału, nastąpi taki podział, bo system państwowy będzie coraz biedniejszy i niewydolny, a obok tego powstanie system jednostek luksusowych, niedostępnych dla większości obywateli. O ile nie będzie jeszcze gorzej i bogaci, jak to czasami jest dziś, będą za pomocą nieformalnych opłat kupowali szybszy dostęp i lepszą obsługę w ramach systemu publicznego, konsumując pieniądze wszystkich podatników i wypychając z kolejki przysłowiową babcię Kowalską.

Czy nie ma zagrożenia, że polska medycyna przejdzie w ręce wielkiego kapitału, który będzie wysysał z naszego systemu najlepszych specjalistów?

Jeżeli nie dokonamy komercjalizacji rodzimego systemu, to tych specjalistów i tak utracimy, bo oni wyjadą z kraju, w którym publiczna służba zdrowia będzie źle opłacana, a prywatna będzie dostępna tylko dla wąskiej grupy, więc wykreuje mało miejsc pracy. A więc politycy, którzy obiecują państwową służbę zdrowia, powinni najpierw zamknąć granice.

Rozmawiał Janusz Michalak