



Szczytowanie

Rozmowa z Andrzejem Mądralą, wiceprezydentem Konfederacji Pracodawców Polskich, prezesem Zarządu oraz współwłaścicielem Centrum Medycznego MAVIT Sp. z o.o. w Warszawie

Czemu służył *biały szczyt*? Uspokojeniu sytuacji strajkowej? Konsultacjom społecznym? Czy może był to – jak wielu uważa – humbug?

Zadaniem *białego szczytu* było zapoznanie się z poglądami różnych uczestników rynku zdrowotnego na kształt systemu ochrony zdrowia. Władze resortu oraz rząd chcieli się dowiedzieć, jaki jest stosunek strony społecznej do projektów reformy. Uważam, że ci *najwięksi gracze* mieli od początku jasno sprecyzowane poglądy i dlatego rezultaty szczytu w zasadzie były znane już na początku dyskusji. Oczywiście, były debaty w tzw. podstolikach, ale gdy doszło do finalnej dyskusji okazało się, że rozbieżności są bardzo duże. Nie chcę nikogo podejrzewać o złe intencje polityczne, bowiem nam, Konfederacji Pracodawców Polskich, grupującej w Korporacji *Zdrowe Zdrowie* przede wszystkim niepublicznych świadczeniodawców – zależy na głębokiej reformie całego systemu.

Wielu może podejrzewać, że jednak macie w tym jakiś interes.

To bardzo prowokacyjne stwierdzenie. Docierają do nas głosy mówiące, że przecież im gorzej w systemie publicznym, tym lepiej wiedzie się *nzoz-om*. Przykładem są świetne wyniki finansowe naszych członków reprezentujących tzw. firmy abonamentowe. To jednak tylko część prawdy. Sprawny system publiczny może współdziałać z sektorem prywatnym, dlatego nie zależy nam na upadku państwowej służby zdrowia.

Czy zatem efekty *białego szczytu* przełożą się na poprawę stanu publicznej służby zdrowia?

Tu jest pewien problem, bo *biały szczyt* dał rządowi czas na uspokojenie sytuacji. Kiedy jednak spojrzeć na projekty ustaw sprzed szczytu i po jego zakończeniu widać, że niewiele się zmieniło. Tak naprawdę

podczas *białego szczytu* ludzie sobie pogadali i to jest pewna wartość. Niestety, daje się zauważyć *uszywnienie* stanowisk większości związków zawodowych ochrony zdrowia, które wolałyby, aby wszystko zostało *po staremu*, ale zarabiać mamy 3–5-krotnie więcej.

Ewa Kopacz powiedziała, że 75 proc. uczestników szczytu poparło jego założenia, ale wśród pozostałych 25 proc. jest np. OZZL, bez którego nic nie da się zrobić.

OZZL od samego początku wyrażał niezmienną wolę: *zamiast ulotnych dyskusji zróbmy wreszcie reformę*. Przedstawiciele związku jako pierwsi wyrazili dezaprobatę dla końcowych rezultatów szczytu.

Zdaje się, że elementarnym błędem było podjęcie dyskusji nad niekompletnymi, naprędce skompielowanymi projektami ustaw.

Zgadza się. Błędem była też dyskusja nad szczegółowymi rozwiązaniami, podczas gdy należało skupić się na ogólnych założeniach i celach, jakie ma przynieść reforma. W tych szczegółowych rozmowach zagubione zostały też nasze cele – np. równe prawa i obowiązki dla sektora publicznego i niepublicznego czy niezadawalające zasady restrukturyzacji szpitali.

Dlaczego niezadawalające?

Dlatego, że np. zapis o 51 proc. udziałów pozostających w rękach samorządów paraliżuje prywatnych udziałowców. Należy wątpić, czy zainwestują oni ogromny kapitał, gdy ostateczny głos o strategicznych decyzjach będzie należał do lokalnych polityków. Paradoks polega na tym, że podczas *białego szczytu* niemal wszyscy byli przeciwko temu zapisowi. Bardzo ważną kwestią jest też zapis, który zobowiązuje nowo powstałą spółkę-szpital do przejęcia całości załogi na zasadzie art. 23 prim. KP. Po co więc przekształcać szpital, kiedy wszystko *ma zostać po staremu*? Powstały twór można by nazwać *spzoz-bis*.

Czy jednak nie zabrakło rozmowy o wizji systemu na najbliższe 10, 20 lat, czy system ma być całkowicie publiczny, czy mieszany, jaka będzie rola zakładów niepublicznych, czy stworzymy sieć?

Nie jestem politykiem i nie wiem, czy wybór takiej a nie innej tematyki był celowy. Natomiast wiem na pewno, że zapomniano o wytyczeniu głównych kierunków reform, które pokazałyby, jak będzie wyglądał system ochrony zdrowia, np. za 20 lat. Należy stworzyć taką ustawę o zoz, która będzie ustawą wiodącą dla organizacji ochrony zdrowia na miarę XXI wieku. W ogóle nie podjęto dogłębnej analizy

systemu ubezpieczeniowego – prawdopodobnie z powodu opozycji związków zawodowych, które manifestują chęć obrony najbardziej niebezpiecznej części społeczeństwa.

Wiele mówi się o uszczelnianiu systemu, tymczasem uszczelnianie nic nie da, dopóki nie zreformujemy systemu.

Oczywiście – przykładem mało szczegółowo opisanego procedury. Jeśli dyrektor szpitala może dowolnie kwalifikować zabiegi jako znacznie droższe niż w rzeczywistości, to przecież nikt nie zrezygnuje z dodatkowych pieniędzy. Z tym wiąże się standaryzacja usług medycznych i koszyków – pozytywnego i negatywnego. Takich problemów można wymieniać o wiele więcej, ale nie wiadomo jak to wszystko, w bardzo krótkim czasie, można uporządkować. Dlatego obawiam się, że zaprzepaszczone zostaną nawet niewielkie efekty *białego szczytu*.

Co to znaczy?

Obawiam się, że już niedługo znowu będzie narastać fala strajków – lekarze będą chcieli więcej pieniędzy, pacjenci leczenia bez kolejek, wszyscy pracownicy sektora ochrony zdrowia kolejnych podwyżek... Dyrektorzy szpitali publicznych, przede wszystkim tych, które wg swoich organów założycielskich *nigdy nie mogą upaść*, będą dalej zadłużali swoje placówki, aby mieć święty spokój. Prowadzi to do katastrofy. Taki scenariusz jest możliwy, ponieważ obserwując działania Sejmu mam wrażenie, że nie ma dostatecznej woli politycznej przeprowadzenia zdecydowanych zmian.

Może jednak jest nadzieja na zmiany, bo przecież dzisiaj mamy do czynienia już z dwoma ośrodkami decyzyjnymi. Jeden to resort zdrowia, drugi tworzą panowie Boni i Safjan.

Pan profesor Marek Safjan był osobą, która próbowała oddzielić sprawy ważne od tych błahych. Ale postawiono mu bardzo trudne zadanie. Dlatego mimo pomocy pana ministra Michała Boniego te działania nie odniosły oczekiwanego sukcesu.

Tymczasem problemów jest mnóstwo. Wydawało się, że Platforma Obywatelska stworzy rynkowe warunki do ich rozwiązywania.

Niestety – nam, jako Konfederacji Pracodawców Polskich – wydaje się, że PO wycofała się z rozwiązań, które były dosyć radykalne i które jako zasadę przyjmowały równość podmiotów – uczestników rynku medycznego. Co gorsze – słowami premiera wycofała się z dopłat. To poważny błąd. Uważamy bowiem, że tylko wtedy, gdy pacjenci będą mieli tę swoistą kontrolę nad wydawaniem wpłacanych *tu i teraz* pieniędzy

dzy, powstanie autentyczna możliwość społecznego monitorowania systemu. Mówi się obecnie o jakichś dopłatach hotelowych, ale przecież w polskich warunkach niewiele szpitali będzie mogło takie rozwiązania zaproponować.

Jak powinny wyglądać relacje między publiczną a samorządową i prywatną służbą zdrowia?

Wydaje się, że klimat dla zmian jest dobry. Widzimy, że nzozy nie są już tak dyskryminowane przez NFZ, jak to miało miejsce kilka lat temu. Mamy coraz większy dostęp do środków finansowych, chociaż ciągle – przyznając nam mniejsze kwoty kontraktów – argumentuje się, że wykonujemy prostsze procedury, zatem wycena punktów może być mniejsza. Problemem są też dysproporcje decyzyjne i finansowe występujące między poszczególnymi oddziałami NFZ. Należy zrównać te podmioty również w zakresie podatku dochodowego od osób prawnych (CIT), z którego podmioty publiczne są zwolnione.

Konfederacja Pracodawców Polskich postuluje, aby publiczne zostały tylko największe placówki medyczne, a reszta powinna podlegać komercjalizacji.

To nie tak! Uważamy, że wszystkie szpitale, które wyrażą wolę komercjalizacji powinny mieć taką możliwość. Odrębna kwestia to szpitale kliniczne i instytuty naukowo-badawcze.

Czy jednak tak wielka, jak w Polsce, liczba szpitali klinicznych nie jest kulą u nogi całego systemu? Przecież te placówki są całkowicie oderwane od reguł rynkowych.

Byłem niedawno na spotkaniu, na którym szef dużego szpitala wojewódzkiego opowiadał, że oddział ratunkowy w jego placówce działa 24 godz. na dobę, przynosząc miesięcznie straty ok. 250 tys. zł. Natomiast w szpitalu klinicznym pacjent jest rzadkością. Dlaczego? Może to nie jest odpowiedź wprost na tak zadane pytanie, ale daje obraz polskich szpitali klinicznych. Znane są przecież przypadki placówek akademickich, które mają tysiąc łóżek i kilka razy więcej personelu. To nie jest normalne. Być może rzeczywiście generowanie długów przez te szpitale jest gwoździem do trumny całego systemu.

Dlaczego podczas *białego szczytu* nie poruszono tej problematyki?

Sprawa jest tak trudna, że nie ma odważnego, który podjąłby ten temat. Po prostu nikt nie chce narazić

„ Obawiam się, że już niedługo znowu będzie narastać fala strajków – lekarze będą chcieli więcej pieniędzy, pacjenci leczenia bez kolejek. Dyrektorzy szpitali publicznych, przede wszystkim tych, które wg swoich organów założycielskich *nigdy nie mogą upaść*, będą dalej zadłużali swoje placówki, aby osiągnąć święty spokój ”

się potężnej grupie wpływu. Najprościej rzecz ujmując – to puszka Pandory. Co zatem należałoby zmienić? Niech te placówki, podobnie jak pozostałe szpitale publiczne, mają możliwość prowadzenia działalności komercyjnej. Jeśli szacunki wskazują, że rocznie kwota ok. 3 mld zł jest wręczana lekarzom w kopertach, to na pewno nie robi się tego w prywatnych szpitalach. Resztę proszę sobie dopowiedzieć. Należy stworzyć warunki, aby pacjent miał możliwość wniesienia odpowiedniej kwoty, zgodnie z obowiązującym cennikiem, do kasy szpitala. Wtedy personel otrzyma godziwą zapłatę za wykonanie dodatkowej pracy. Wszyscy powinni być zadowoleni. Dodam jeszcze, że jesteśmy zwolennikami ustalania płac na podstawie wykonanej pracy – podobnie jak w nzo-ach – bez określania płacy minimalnej, ale zarazem ustalania wynagrodzenia na odpowiednio wysokim poziomie.

Takim rozwiązaniem przeciwstawia się OZZL.

Związkowcy mają najprostsze sposoby rozwiązywania problemów płacowych – *średnia krajowa pomnożona razy dwa, trzy, cztery* i koniec rozmowy. Ale to nie jest wolny rynek. Również strona związkowa musi sobie jasno zdać sprawę z tego, że kompromis dotyczy każdego partnera dialogu społecznego.

W ogóle wolny rynek funkcjonuje tylko w deklaracjach polityków.

Zgadza się. Przykładem tego są próby przekonania decydentów do wprowadzenia promes kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dzięki takiemu rozwiązaniu mogłyby powstawać nowe szpitale, a tak żaden poważny inwestor nie zdecyduje się na wyłoże-



nie pieniędzy na budowę pełnoprofilowej placówki medycznej. Dotyczy to także wycen punktów oraz kontraktów. W efekcie nzozy powstają za oszczędności całego życia ich właścicieli. Nie należy się dziwić, że w ogromnej większości są to małe jednostki.

Jaka jest wasza opinia na temat limitów?

Nikt tego nie policzył – co by się stało, gdyby znieść limity. Kilka lat temu były czynione takie próby, jednak nie znam ich efektów. Dzisiaj nie mamy pełnej informacji o procedurach. Nie mamy koszyka i jego wyceny. Może jednak należałoby wprowadzić pilotażowy program zniesienia limitu w jednym z województw? W efekcie uzyskalibyśmy informację o skutkach takiego działania oddziału NFZ, a to można by ekstrapolować na cały kraj. Natomiast jestem przeciwny natychmiastowemu zniesieniu limitów dla całego kraju. To mogłoby być katastrofa finansowa.

Jakie są marzenia prywatnych inwestorów?

Chcielibyśmy, aby powstawały duże, pełnoprofilowe szpitale. Chociażby takie, jakie buduje oraz przejmuje wrocławski EMC Instytut Medyczny, który już w tej chwili prowadzi 5 placówek. To jednak pieśń przyszłości, bo na razie nie ma szans na to, aby w całej Polsce, jak grzyby po deszczu, powstawały nowe szpitale. Fakt, że w Warszawie buduje się dwie nowe placówki, nie oznacza, że pozostali inwestorzy, którzy mówią o swoich planach, je zrealizują. Dlaczego mamy taki stan wyczekiwania? Ponieważ nikt nie wie, jak będzie wyglądał system za chociażby 2 lata. Nie ma żadnej pewności prowadzenia inwestycji, a potem kontynuowania biznesu.

Może lekarstwem byłoby stworzenie sieci szpitalnej, ale na kształt instytutów resortowych, w których byłyby określone płace lekarzy i kontrakty? Takich szpitali mogłoby być np. ok. 150 w całej Polsce, a reszta mogłaby zostać urynkowana, czyli powinna działać na zasadach komercyjnych.

Niestety, poprzedni rząd skompromitował ideę sieci. Nie wiem czy zaproponowany przez pana pomysł jest najlepszy, ale uważam, że jakiś *modus vivendi* należałoby znaleźć, tak aby ta sieć w końcu powstała. Mogłoby w niej znaleźć się 150 placówek, ale niekoniecznie z gwarantowanymi płacami i kontraktami – w szpitalach tych także powinny obowiązywać reguły rynkowe. Oczywiście, że personel powinien mieć gwarancję zatrudnienia, ale jego płaca powinna być uzależniona od wykonanej pracy.

A co z pozostałymi 600 szpitalami?

Uważam, że placówki te powinny działać na całkowicie uwolnionym rynku, na którym o utrzymaniu szpitala decydowałiby pacjenci, którzy wybieraliby tę a nie inną jednostkę. Takie *głosowanie nogami pacjentów* wyeliminowałoby najgorsze, najmniej efektywne i *de facto* niepotrzebne szpitale. Przypomnijmy sobie naczelną zasadę obowiązującego systemu – to *pieniądz* powinni iść za pacjentem.

Otworzyłyby to drogę do prywatyzacji.

No właśnie, prywatyzacja – wszyscy boją się tego słowa. Tymczasem nie oznacza to przecież, że najbogatsi z listy tygodnika *Wprost* przejmą szpitale i będą w nich leczyć najzamożniejszych Polaków. Oznacza to działanie na zasadach rynkowych placówek prowadzonych przez zakony, organizacje pozarządowe, ale też prywatnych inwestorów. A wszystko zgodnie z obowiązującymi regułami wyznaczonymi przez resort zdrowia i NFZ.

Jaki scenariusz rozwoju sytuacji przewiduje pan na najbliższy okres?

Bardzo obawiam się tego, co dzieje się obecnie w Sejmie. Mam jednak nadzieję, że rząd nie zrezygnuje z przeprowadzenia prawdziwej restrukturyzacji. Będziemy śledzili prace legislacyjne, uczestnicząc w posiedzeniach sejmowej i senackiej komisji zdrowia oraz w ramach Komisji Trójstronnej. Problem w tym, że przedtem trzeba określić koszyk, który buduje się zbyt długo. Czas nie jest naszym sprzymierzeńcem. Dlatego obawiam się, że pod koniec roku będziemy mieli kolejny szczyt. Już nie *biały*! Chciałbym się mylić!

Rozmawiał Janusz Michalak