

” Jedną z przyczyn fatalnej sytuacji w ochronie zdrowia



jest zbyt krótka kadencyjność ministrów zdrowia „

# Minister półprywatny

Rozmowa z Markiem Balickim, ministrem zdrowia

## Jak długo będzie Pan ministrem?

To nie zależy ode mnie. Mam plan działania na 12 miesięcy.

## Gdyby jednak miał Pan możliwość działania przez 5 lat – jaka byłaby Pana wizja zmian w ochronie zdrowia?

Jedną z przyczyn fatalnej sytuacji w ochronie zdrowia jest zbyt krótka kadencyjność ministrów zdrowia. Jestem chyba 17. ministrem od 1989 r., w tym 7. za obecnej koalicji. Moja osobista wizja nie przewiduje całkowitej prywatyzacji, ale też nie wyobrażam sobie, aby system mógł być w całości państwowy. A to proponują niektóre partie. Zachowanie zasady solidaryzmu wyklucza likwidację podstawowego pakietu zdrowotnego, gwarantowanego przez państwo. Oczywiście, należy wprowadzić pakiet uzupełniający, finansowany z prywatnych ubezpieczeń.

## Jakie – Pańskim zdaniem – powinny być proporcje między państwową a prywatną służbą zdrowia?

W podstawowej opiece zdrowotnej prywatyzacja usług medycznych powinna być zrealizowana w 100 proc. Specjalistyka, ta niezwiązana ze szpitalem, też powinna być prowadzona przez prywatne podmioty. Natomiast szpitale nie możemy prywatyzować. Oczywiście, prywatne szpitale będą istnieć, natomiast w całym systemie nie będą dominować. Prywatny kapitał inwestuje tam, gdzie to się opłaca, natomiast państwo musi zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne wszystkim obywatelom. Nawet wtedy, gdy to jest nieopłacalne. Moim zdaniem, jedynie część szpitali, głównie o ograniczonym profilu działalności, może mieć prywatnego właściciela. Proszę pamiętać, że w relatywnie biednej Polsce, żaden prywatny szpital nie może np. wytrzymać kosztów prowadzenia oddziału intensywnej terapii. Są jednak nisze, które mogą wypełnić tylko podmioty prywatne. Mogą one również udanie współpracować z publicznymi w zakresie diagnostyki czy niektórych procedur.

## Zatem ile rynku w medycynie proponuje minister Balicki? Proszę ocenić go procentowo.

W ramach środków publicznych: kilkanaście proc. w podstawowej opiece zdrowotnej, specjalistyka to kolejne kilka proc., leki – 20 proc. Można by

do tego dodać usługi wykonywane w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, prywatne przewozy chorych. W efekcie, ponad 50 proc. wartości usług medycznych może być w prywatnych rękach. Dużo więcej sprywatyzować będzie trudno. Co ciekawe, różne badania wykazują, że tylko od kilku do 10 proc. społeczeństwa jest zainteresowanych dodatkowym, prywatnym ubezpieczeniem, a to ta właśnie grupa w lwiej części finansowałaby rozwój prywatnej służby zdrowia.

**Jednak dziś mamy do czynienia z sytuacją, w której jednostki prywatne, choćby najlepsze i najtańiej wykonujące usługi, jeśli nie mają układów w regionalnym oddziale NFZ, nie mogą dostać kontraktu. W USA oferta taniego i oferującego wysoki poziom leczenia szpitala gwarantuje mu dochody z leczenia ubezpieczonych pacjentów.**

Nie zawsze tak jest. Podczas pobytu w USA widziałem doskonale wyposażony szpital bez pacjentów. Okazało się, że lokalne organizacje ubezpieczeniowe zmówiły się przeciwko szpitalowi. A więc, prywatyzacja nie gwarantuje jeszcze sukcesu. Należy też pamiętać, że tańsze leczenie nie oznacza automatycznie dobrego leczenia. Obserwujemy raczej, że jakość musi kosztować. Cena usług medycznych nie wynika też z gry rynkowej. Gdyby było inaczej, na całym świecie mielibyśmy służbę zdrowia opartą na zasadach rynkowych.

**Na świecie jest wyraźna tendencja do zwiększania udziału rynku w medycynie. W Polsce mamy na każdym kroku do czynienia z presją małych i średnich zespołów lekarskich na otwieranie własnych firm, które mogą dostarczać usługi medyczne na poziomie co najmniej równym państwowym jednostkom leczniczym, a znacznie taniej. Tylko są one, z powodów czysto politycznych i wynikających z układów, dyskryminowane.**

Obawiam się, że masowe otwieranie takich zakładów nie jest dziś możliwe. Wystarczy porównać koszty opieki ambulatoryjnej w prywatnych firmach i placówkach publicznych. Dane wskazują, że miesięczne opłaty abonamentowe w jednostkach prywatnych stanowią wielokrotność kosztów działania odpowiednich jednostek w sektorze publicznym. Na dodatek, ludzie chorujący przewlekłe, czyli znacznie



częściej korzystający z usług, zwracają się o pomoc właśnie do placówek publicznych. Kto pokryłby koszty zwiększonej liczby świadczeniodawców?

**Ależ dlaczego martwi się Pan minister o czyjeś finanse?! Jeśli prowadzenie jakiejś działalności nie będzie się opłacać, to... prywatni inwestorzy nie są przecież samobójcami, po prostu jej nie podejmą. Trzeba tylko stworzyć szanse równej konkurencji w ubieganiu się o środki publiczne, a będzie ich po prostu więcej. Pacjenci tylko na tym skorzystają.**

Całkowita prywatyzacja jest hasłem reformatorów-rewolucjonistów, którzy bujają w obłokach. Nie można stwarzać iluzji, że jedna ustawa pry-

naszej państwowej służby zdrowia śmiem twierdzić, że wiele nowych oddziałów w polskich szpitalach nie różni się od podobnych jednostek w Stanach Zjednoczonych.

**Jednak jakoś tak się składa, że cały medyczny świat jeździ po naukę i bierze wzory z medycyny amerykańskiej, a nie z polskiej... Czy podpisałby się Pan pod społecznym projektem ustawy zdrowotnej prof. Zbigniewa Religi?**

Nie, choć znam i cenię prof. Zbigniewa Religę. W przedstawionym przez niego projekcie jest wiele interesujących elementów. Jednak w całości nie nadaje się on do wdrożenia. Jest tam zbyt wiele kom-

**” W podstawowej opiece zdrowotnej prywatyzacja usług medycznych mogłaby być zrealizowana w 100 proc. ”**

watyzacyjna uleczy służbę zdrowia. Proszę pamiętać, że nawet w amerykańskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych, w którym jest dużo konkurencji, większość szpitali nie działa dla zysku. Jego efektem jest jednak najdroższy wymyślony przez człowieka system ochrony zdrowia, który pochłania ponad 1/7 produktu krajowego USA. Mimo

pletnie nierealnych pomysłów. Podobnie rzecz wyglądała z projektem Platformy Obywatelskiej. Wprowadzenie konkurujących funduszy w ramach pakietu poprawek nazywanych *karetką reanimacyjną* też nie jest możliwe. Natomiast w pakiecie PO jest wiele interesujących propozycji i na pewno jedną z nich wykorzystamy. Mam tu na myśli konieczność budo-





wania silnego nadzoru nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Bez powołania takiej instytucji niemożliwe będzie otwarcie na konkurencję funduszy państwowych i prywatnych. Warto przypomnieć, że już kilka miesięcy temu Bank Światowy ostrzegał, że takiej konkurencji wprowadzić w Polsce nie możemy, bo brakuje nam skutecznych instrumentów nadzoru. W dodatku, proszę pamiętać, że dziś Departament Ubezpieczeń Zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia zatrudnia ok. 50 osób, które muszą nadzorować NFZ zarządzający ponad 30 mld zł przeznaczonymi na ochronę zdrowia. To zadanie jest już dzisiaj nie do wykonania, a co dopiero gdybyśmy mieli wprowadzić konkurencję między funduszami.

**Czy powołany *in spe* urząd nadzorczy będzie w stanie dekomponować układy tzw. lobby profesorskiego, dbającego o swoje oddziały szpitalne, uzyskując z NFZ fundusze, których brakuje potem innym oddziałom i szpitalom?**

Problemy efektywnego działania nie zostaną rozwiązane za pomocą jednej ustawy. Rozwiązaniem części problemów, o których tu mowa, ma być ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ustawa została złożona w Sejmie w listopadzie zeszłego roku, ale ze względu na różne opory prace ciągną się tak długo. Po przerwie wakacyjnej Sejm, ministerstwo i rząd chcą mocno przyspieszyć prace

nad tą ustawą. Jej uchwalenie umożliwi restrukturyzację zobowiązań publiczno-prawnych, cywilno-prawnych i wobec pracowników. Przygotowujemy możliwość otrzymywania przez zoz-y pożyczki z budżetu państwa na pokrycie zobowiązań wynikających z tzw. ustawy 203.

**Jak zamierza się pan uporać z problemem kiepskich menedżerów w wielu jednostkach medycznych?**

Najpierw zajmiemy się przekształceniami i kategoryzacją zakładów opieki zdrowotnej. Z tym związany jest także problem jakości zarządzania. Z jednej strony chodzi o odpartyjnienie sposobu powoływania dyrektorów i zapewnienie im koniecznej stabilizacji. Z drugiej, konieczne jest wprowadzenie jakiegoś systemu oceny zarządzających. Problem w tym, że na razie nie ma odpowiednich narzędzi. Dziś mamy jedynie instrumenty polityczne. Tak więc obecnie nawet najlepszego dyrektora można usunąć ze stanowiska z dnia na dzień. Obok przepisów stabilizujących pozycję menedżerów musimy mieć jakieś gwarancje, że system będzie premiował dobrych. Chcemy zlecić ekspertom przygotowanie modelu oceny menedżerów zdrowia. Gotowy projekt poddamy dyskusji i jeśli zostanie on zaakceptowany, zostanie włączony do ustawy. Na pewno ocena nie będzie opierać się wyłącznie na wyniku finansowym jednostki.

*Rozmawiali: Janusz Michałak i Jacek Szczęsny*