



Prywatyzacji nie da się zadekretować

Rozmowa z Andrzejem Rysiem, dyrektorem zarządzającym Związku Pracodawców Prywatnych Służby Zdrowia, byłym wiceministrem zdrowia (1999–2001)

Jak w służbie zdrowia kształtują się proporcje sektora prywatnego i publicznego? Jak powinny wyglądać?

Obecnie zaczynają dominować podmioty prywatne. Około 80 proc. zarejestrowanych jednostek to zakłady prywatne. Inaczej to wygląda, gdy spojrzeć na wartość udziału finansowego w usługach medycznych. Tu jest to wartość ok. 20 proc., z tendencją wzrastającą. Myślę, że ostatecznie proporcje pod względem kapitałowym powinny się rozkładać jak 60 do 40 proc. na korzyść podmiotów prywatnych. Oczywiście, świat ucieka od sektora publicznego, ale nie całkowicie. Nawet w USA czy Szwajcarii, gdzie udział sektora publicznego jest najmniejszy na świecie,

ciągle są podmioty publiczne (państwowe/federalne/stanowe/kantonalne i samorządowe).

Czy w tej powszechnej prywatyzacji powinny też brać udział szpitale kliniczne?

Nie do końca. Natomiast nic nie stoi na przeszkodzie, aby uczelnia medyczna wynajmowała dla swoich studentów najlepsze prywatne szpitale i centra medyczne i tam prowadziła edukację.

Wiele mówi się o prywatyzacji. Czym przeważa sektor prywatny nad publicznym?

Prywatne zakłady są łatwiejsze do zarządzania dla menedżera, poddanego ostrej kontroli przez właściciela. Proces decyzyjny jest prostszy, bar-

dziej przejrzysty i szybszy. Są także bardziej zorganizowane pod względem bilansowania ryzyka. Natomiast powstaje problem zapewnienia usług, bo szpital prywatny z niechęcią podejmuje się wykonania usługi, która jest nieracjonalna z finansowego punktu widzenia. W efekcie będzie unikał takich umów. Publiczny właściciel i zarządca zmuszony jest do wykonywania wszystkich zadań.

Czy sprywatyzowałby pan wszystkie szpitale?

Nie. Tego bym nie zrobił. Potwierdza to przykład dwóch miast amerykańskich. W jednym wprowadzono całkowicie usługi komunalne, a w drugim tak ustawiono zarządzanie tymi usługami, że były organizowane publicznie w spółkach miejskich, ale pozostawały własnością miasta. Okazało się, że oba modele się sprawdziły. To dowód na to, że dobrze zorganizowany szpital publiczny, z odpowiednim reżimem, też będzie dobrze funkcjonował. W Polsce ciągle mamy dylemat – czy osiągnięcie celu ekonomicznego przedsiębiorstwa jest ważniejsze niż polityka. W firmie prywatnej rzadko staje się naprzeciw związków zawodowych. W firmie publicznej dyrektor często ma kilkanaście

eksportują polską myśl zarządzania. Są też firmy prywatne, które marnotrawią kapitały. Różnica polega na tym, że publiczny właściciel patrzy z perspektywy 4 lat kadencji, a potem *niech się dzieje wola nieba*. Jeśli nie powiedzie się właścicielowi w firmie prywatnej, to zbankrutuje, będzie miał problemy lub będzie zmuszony sprzedać firmę. Tu wszystko opiera się na realnej grze ekonomicznej.

Ta gra, mimo ustawy o zamówieniach publicznych, nie dotyczy jednostek państwowych?

Nie lubię tego słowa, ale na prowincji mamy totalny lobbing lokalnych układów i trzeba wybrać firmę miejscową. Natomiast firmy prywatne szukają najlepszej oferty – kupią tańszy lek w Czechach czy w Niemczech. Publiczne zarządzanie poprzez np. obwarowanie zakupu leków ustawą o zamówieniach publicznych jest znacznie trudniejsze. Jeden z dyrektorów mówił mi, że kupuje leki pod koniec roku, bo w IV kwartale kończą się terminy ważności i wtedy cena spada o 30–50 proc. Prywatny właściciel nie musi robić przetargu, publiczny musi i to zazwyczaj na cały rok dostaw. Trudno mu przez to być konkurencyjnym.

” Prywatne zakłady są łatwiejsze do zarządzania dla menedżera, poddanego ostrej kontroli przez właściciela. Są też lepiej zorganizowane pod względem bilansowania ryzyka ”

związków zawodowych, z którymi musi coś negocjować. Tam są zupełnie inne problemy związane z zarządzaniem, ale istotne jest stworzenie takich warunków, by były one jak najbliżej modelu optymalnego. Wzorem może być model opracowany w sektorze prywatnym.

Czy gra ekonomiczna obowiązująca na wolnym rynku dotyczy obu sektorów służby zdrowia?

Znam dramatyczne przykłady w obu sektorach. Ale jest też wiele przykładów świetnego zarządzania szpitalami klinicznymi oraz dobrze działających władz powiatów, gdzie zarząd rozumie dyrektora, a dyrektor umie przekonać zarząd regionu, żeby np. realizować cele, które jego zdaniem są lepsze. Oczywiście, znam też takie sytuacje, gdzie jest odwrotnie: zarząd powiatu co chwilę zmienia dyrektora, a jedynym efektem tych działań jest rosnące zadłużenie. Jednak w sektorze prywatnym mamy także firmy, które się świetnie rozwijają, są coraz lepiej zarządzane, uczą się i przenoszą swoje wzorce za granicę,

Jak ocenia pan stan sektora prywatnego w służbie zdrowia? Czy powinna nastąpić ekspansja tego sektora i co się wydarzy?

Myślę, że na rynku prywatnym w Polsce dzieje się bardzo dużo. Często jest to niezauważane nawet przez samych przedsiębiorców, bo zjawisko wzrostu ma w skali kraju rozproszony charakter. Warto jednak zauważyć, że pogłębia się proces prywatyzacji lecznictwa ambulatoryjnego, np. przekazywanie mienia nieruchomości. Był to przez lata *magiczny problem*, czy mienie nieruchomości przekazać lekarzom. Teraz przełamuje to Wrocław, Kielce rozpoczynają sprzedaż nieruchomości, czyli lekarze zostają właścicielami i kapitalizują swoje praktyki nie tylko w kontraktach, listach pacjentów czy urządzeniach, ale także w nieruchomościach. Daje to większą stabilność prowadzenia firmy, a po zaprzestaniu pracy zawodowej szansę zbycia uzbieranego kapitału. Z takimi procesami mamy do czynienia w bardzo wielu gminach i powiatach. Nastąpiło obopólne zrozumienie interesów władz i lekarzy. Ci ostatni rozpoczęli procesy



foto: 2 x Piotr Womirek

integracji – lekarze szukają współpracy, zaczynają łączyć się, na razie w małe grupy, ale ten proces będzie postępować.

Ale do wielkiego kapitału giełdowego i inwestycyjnego jeszcze daleko...

Dlaczego? Mamy już pierwszy debiut na Giełdzie Warszawskiej – firmy Swissmed. Debiut ceny akcji był oceniany bardzo dobrze przez giełdę, teraz będzie następna emisja. Gdyby ktoś powiedział 5 lat temu, nie uwierzyłbym, że ktoś się odważy w ogóle wyjść na giełdę z firmą z sektora ochrony zdrowia. Pojawiły się też nowe fundusze – banki, konsorcja międzynarodowe wchodzą z projektami i przymierzają się do inwestowania w szpitale. Jest ruch na rynku, coś się dzieje, firmy sprzętowe inwestują w technologię, inwestycje Olimpusa w centra endoskopii w Warszawie i w Łodzi, Siemens i GE też inwestuje w centrum obrazowe, działając też przez firmy współpracujące, podobnie dzieje się z centrami dializ, czy kardiologii interwencyjnej. Firmy inwestują kapitały i *know how*, a wraz z nimi przemieszczają się znakomici specjaliści w różnych dziedzinach medycyny, także w miejsca, które do niedawna były białymi plamami na mapie usług medycznych. Te zmiany to wielka mozaika prywatyzacyjna, kolejna fala zmian. Ma kształt sinusoidy – są w niej fale wzrostu i fale uspokojenia, ale trwa.

Jak bardzo ten proces jest hamowany przez obowiązujące ustawodawstwo?

Gdy w roku 1996 po raz pierwszy powiedziałem o prywatyzacji przychodni krakowskiej, to bałem się, że temperatura na sali obrad rady miejskiej przekroczy punkt krytyczny. Ale przekona-

„ Gwarancją dla prywatnego biznesu powinna być formuła promesy wykupywanej przez NFZ pod przyszłe usługi zarówno dla właściciela publicznego, jak i prywatnego „

liśmy radnych, że warto podjąć te kroki. Dzisiaj nie wyobrażam sobie tak gorącej dyskusji, bo teraz jest to normalne. Być może temperatura znowu się podniesie, kiedy trzeba będzie powiedzieć o sprzedaży nieruchomości.

Co powinno się zmienić w ustawodawstwie i prawodawstwie? O co przede wszystkim będziecie walczyć?

Mamy praktycznie wszystkie narzędzia. Można tworzyć spółki. Trochę trzeba poprawić zapisy w ustawie o NFZ. O to zresztą występujemy obecnie do Sejmu (więcej na naszych stronach www.medycynaprywatna.pl). Trzeba znowelizować ustawę o partnerstwie publiczno-prywatnym, umożliwiając tworzenie promesy na przyszłe inwestycje. Uważamy, że powinna być formuła promesy pod przyszłe usługi, zarówno dla publicznego właściciela jak i prywatnego. Przykładem słynny bydgoski PET. Centrum Onkologii, zainwestowało 5 mln euro, a Fundusz nie chciał kupić świadczeń. Dlatego potrzebne są takie zmiany.

Jakie?

Przykładowo: wiadomo, że w Polsce mamy za mało aparatów do radioterapii. Radioterapia jest efektywną metodą leczenia wielu chorób nowotworowych, a nie mamy pieniędzy publicznych, żeby te wszystkie centra wybudować. Powinien być przetarg, a zwycięzca powinien uzyskać promesę, że jeżeli za 2 lata wybuduje centrum radioterapii, to Fundusz rozpocznie kupowanie świadczeń. Dzisiaj żaden bank, żaden fundusz, i to podkreślają inwestorzy, nie da pieniędzy, jeżeli nie ma gwarancji, że za 2 lata ktoś kupi te świadczenia. To jest ważna poprawka do ustawy,

która musi być wprowadzona. Podobna została wprowadzona na Węgrzech 2 lata temu. Prywatny kapitał musi poczuć się bezpieczny. Jest oczywiście jeszcze jeden problem dotyczący tego, na ile prywatne firmy są dobrze traktowane w kontraktowaniu świadczeń. Niewydane środki publiczne warto przeznaczyć na zakup świadczeń w tych centrach.

Nie ma równości?

Z tą równością jest, niestety, różnie. Politycy powinni zadbać o to, by kupić dobre usługi dla pacjenta, a nie o to, kto jest właścicielem świadczącym usługi. Problem wygląda inaczej, jeżeli jest groźba zamknięcia oddziału ginekologii, diagnostycznego czy dializ. Wtedy politycy nie mają już tak *ciężkiej ręki* do podpisywania umów. Ale niewątpliwie powinna być poprawiona formuła planowania kontraktowania

Jakie kryterium wybrać? Populacyjne? Geograficzne?

Kryterium geograficzne jest stosowane w wielu krajach. Kiedyś powiaty były tak tworzone, żeby było można dojechać furmanką w ciągu jednego dnia i do szpitala, i do sądu. Dziś furmanki zastąpiono samochodami i śmigłowcami, więc wiele rzeczy nie wymaga tego geograficznego kryterium. Jednak nie można narażać pacjentów na totalne krążenie, na dojazdy po kilkadziesiąt kilometrów. To też kosztuje (często o nim zapominamy!) i zagraża bezpieczeństwu pacjenta. Racjonalnie trzeba uwzględnić lokalne warunki geograficzne, ale też lokalną gęstość populacji. Na Warmii, Mazurach i w województwie zachodniopomorskim, gdzie są duże odległości i mało zagęszczona populacja, ten szpital musi być, bo jest geograficznie potrzebny.

” Świat ucieka od sektora publicznego, ale nie całkowicie. Nawet w USA czy Szwajcarii, gdzie udział sektora publicznego jest najmniejszy na świecie, ciągle są podmioty państwowe ”

w sferze usług. Poświadczają to dyskusje toczące w różnych krajach na świecie. Potwierdza się w nich, że nie można całkowicie uwolnić rynku usług medycznych. Jednym słowem, musi być formuła wywiązywania się z zobowiązań, musi być pewność, że świadczenia będą nabyte. Równość powinna działać w obie strony. Niektórzy dyrektorzy publicznych szpitali mówią, że skoro prywatny może świadczyć usługi poza kontraktem, jeżeli przekroczył limit na wykonanie endoprotez, to dlaczego publiczny nie może świadczyć? Polskie sądy też coraz częściej zabierają głos w tej sprawie, włącznie z Trybunałem Konstytucyjnym.

Czy w Polsce mamy za dużo szpitali?

Na pewno. Jest za dużo szpitali, są nierównomiernie i czasami zbyt gęsto rozsiane. Niektóre są quasi-szpitalami, ale przykładów nie chcę wskazywać.

Może zatem stworzyć racjonalną sieć szpitali publicznych?

Powinna być sieć *szpitali ostrych*, która gwarantuje określony poziom bezpieczeństwa. One nie muszą być publiczne. Sprawa właściciela jest na drugim planie. Natomiast na pewno powinna zostać określona minimalna sieć szpitali.

Czy w tak tworzoną sieć wszedłby duży kapitał? Dlaczego dziś tego nie robi?

Problemem nadal jest poziom cen w naszym kraju. Kiedy przegląda się biznesplany przygotowane przez zagraniczne podmioty czy inwestorów zainteresowanych Polską, ciągle poraża poziom cen. Stawki, jakie płaci Fundusz, są zdecydowanie niższe niż te, które uwzględnia się w planach w Austrii, Niemczech czy we Francji. Pomimo tego część inwestorów zakłada wariant optymistyczny, że w ciągu 20 lat dogonimy średnią UE zarówno w dochodach, jak i wydatkach.

Czy wydatki na zdrowie Polaka są proporcjonalnie takie same, jak wydatki Austriaka, Francuza, Niemca?

Nie, nie są takie same, bo są wydatkami prywatnymi, a my ciągle mamy najniższe wydatki na zdrowie, choć procentowo najwyższe wydatki z kieszeni pacjenta.

Pierwszy problem to przełamanie świadomości społecznej, uzmysłowienie ludziom, że najpierw powinni wykupić ubezpieczenie zdrowotne, a potem nowy samochód.

Oczywiście. W nowoczesnym systemie edukacji trzeba mówić, na co wydawać pieniądze. Jed-

nakże bycie zdrowym czy lepiej wyedukowanym kosztuje. Trzeba iść do dentysty, trzeba się czasem zbadać profilaktycznie, a na końcu trzeba kupić leki.

Czy można przyspieszyć stworzenie systemu ubezpieczeń prywatnych jakimś bodźcem?

Tu są dwie kwestie. Pierwsza to podatki, których mamy całą gamę: VAT, PIT, CIT (także w tej sprawie nasz Związek występuje z konkretną propozycją). Trzeba je zmierzyć i zastanowić się, na ile państwo mogłoby zmienić system podatkowy, by wesprzeć strefę rozwoju systemu ochrony zdrowia. Natomiast druga sprawa dotyczy ubezpieczeń prywatnych, które organizują pieniądze. Wiadomo, że ubezpieczenia kosztują i skądś muszą wziąć marże na swoją działalność. Jak najwięcej pieniędzy powinno trafić do systemu, do pacjentów, do usługodawców. Trzeba też rozmawiać o tym, jak zbudować taką funkcję, jaki typ ubezpieczenia wybrać.

Firmy abonamentowe mają 80 proc. dochodów z usług abonamentowych. Czy nie sądzi pan, że usługi abonamentowe to dziwoląg stworzony na potrzeby polskie?

A jaka jest perspektywa przed sferą prywatną? Czy będzie cały czas zmagać się z publiczną?

Ona coraz częściej zмага się sama z sobą. Pamiętajmy o tym, że do przetargu i zdobywania tego rynku stają dwie czy cztery równorzędne firmy prywatne. Na rynku prywatnym jest obecnie duża konkurencja i coraz silniejsze podmioty.

Jak wygląda sytuacja z infrastrukturą tych firm?

Infrastruktura jest, choć trzeba jeszcze wiele zainwestować, aby osiągnąć poziom Francji czy Niemiec. Wiemy, że mamy kiepskie drogi, ale też kiepskie szpitale i wydatki na drogi są zdecydowanie wyższe niż na szpitale. Więc dylemat, przed którym stoimy: ile trzeba wydać na infrastrukturę, prywatną czy publiczną, to nowa dyskusja. Takiego problemu nie było jeszcze parę lat temu, bo nie było dostępu do środków publicznych na inwestycje dla firm prywatnych. Dzisiaj przynajmniej środki europejskie w jakiejś części trafią do sektora prywatnego, a na pewno powinno ich być więcej w nowym programie na lata 2007–2013.

” Zagraniczny kapitał zniechęca do inwestycji porażająco niski poziom cen, jakie za wykonane usługi płaci NFZ ”

I tak, i nie. Można powiedzieć tak: firmy te *ściągają* pewien problem z sektora publicznego, bo człowiek idący do firmy, która oferuje abonament pracodawcy, nie idzie do lekarza w systemie publicznym. Abonamenty dają możliwość zwiększenia przychodu dla sektora prywatnego, gdyż w tym pakiecie jest zawarta jakaś ilość usług, która odciąża system publiczny. To nie jest tak, że firma abonamentowa nie ma własnych lekarzy czy centrów diagnostycznych.

Czy to ma sens?

Według mnie nie jest to złe rozwiązanie, bo gdyby był ubezpieczyciel, to musiałby naliczyć marżę za zorganizowanie ubezpieczenia. Te firmy bezpośrednio świadczą usługi w ramach swojego abonamentu. Poszukiwania polskiej drogi bym nie odrzucał. To nie są złe doświadczenia tylko dlatego, że zostały przeniesione z firm międzynarodowych. Pierwsze firmy międzynarodowe zaczęły się ubezpieczać w firmach abonamentowych. Przeniesiono to na nasz grunt z kultury amerykańskiej i zachodnioeuropejskiej.

Jaka jest więc perspektywa? Czy w Polsce ta *pełzająca prywatyzacja* będzie postępować?

Ona już postępuje. Trzeba jednak pamiętać o tym, że prywatyzacji nie da się zadekretować, bo im więcej będzie dekretów, tym prywatyzacja będzie bardziej zwalniała. Pamiętam, jak pierwsze firmy wchodziły na Warszawską Giełdę Papierów Wartościowych mówiono, że trzeba wybrać najlepsze polskie firmy, żeby nie było blamażu giełdy. Teraz radni mówią, by prywatyzować i prywatni właściciele rzeczywiście coś robią; są na to przykłady w kraju.

Czy jest pan zwolennikiem hasła: *prywatne jest piękne*?

Nigdy nie wyobrażałem sobie siebie mieszkającego w bloku i całe życie starałem się mieszkać w moim prywatnym domu. Urodziłem się góralem, w prywatnym domu i oczywiście powiem: *prywatne jest piękne!*

Rozmawiał Janusz Michalak