

Harcownicy



fol. 2 x Agencja AGORA

Dwa lata temu w wywiadzie dla *Menedżera Zdrowia* stwierdził pan, że gdyby miał pan objąć tękę ministra zdrowia, postawiłby pan premierowi rządu warunki. Jakie to warunki?

Nie chciałbym być figurantem. Swoją rolę widziałbym zadaniowo. W realizacji wyznaczonych celów musiałbym mieć poparcie szefa, czyli premiera, który nie wyprze się mnie, gdy ich realizacja będzie natrafiała na trudności. Polska praktyka wskazuje, że taki warunek jest niezbędny, bo widziałem wielu ministrów, którzy próbowali coś ro-

bić, a gdy realizacja projektów natrafiała na trudności, ich szefowie wbijali oczy w niebo i udawali, że nie mają z tym nic wspólnego.

Czy zatem po wrześniowych wyborach – bo wszystko wskazuje, że wybory odbędą się jesienią – będzie pan ministrem zdrowia, który wspomniane warunki postawi nowemu premierowi?

Wyroki losu są niezbadane, więc wszystko jest możliwe. Pewnie w jakichś kalkulacjach niektórych partii politycznych moja osoba jest brana pod uwagę, ale nie chcę teraz na ten temat spekulować.

kontrewolucji

Rozmowa z Andrzejem Sośnierzem, byłym szefem Śląskiej Kasy Chorych, obecnie dyrektorem Śląskiej Opieki Medycznej sp. z o.o.

wać. Jest wiele zasłużonych osób i kandydatów na szefa resortu zdrowia może być równie wielu.

Czy któraś z partii politycznych wysuwała wobec pana propozycję objęcia teki ministra?

Jeszcze jest za wcześnie na takie decyzje.

Gdyby jednak został pan ministrem, komu powierzyłby pan swoje zastępstwo?

Wyznaczenie takich osób nie byłoby dla mnie trudne. Znam grono niesłychanie kompetentnych ludzi, które pomogłyby mi kierować resortem.

Jakie zadania wyznaczyłby pan sobie jako ministrowi i swojemu zespołowi w pierwszym roku działalności, gdyby jesienią musiał się pan przenieść do Warszawy na ul. Miodową?

jest niedostosowany do siemieżnej, polskiej służby zdrowia. Tymczasem wtedy było to najnowocześniejsze rozwiązanie w Europie.

Jaki system powinien dominować w Polsce – zabezpieczenia czy ubezpieczenia społecznego?

System ubezpieczeniowy. Oczywiście, jest kilka zadań, które powinny być finansowane z budżetu. Przykładem są procedury wysoko specjalistyczne (oczywiście przedtem precyzyjnie zdefiniowane) i innowacyjne. Z budżetu samorządowego należałoby też realizować niektóre zadania, np. opieki nad bezdomnymi. A zatem system ubezpieczeniowy z wąsko określonym finansowaniem z budżetu państwa. Rozwiązanie to powinno przewidywać działanie ubezpieczeń dodatkowych. Na rynek

” Polskiej służbie zdrowia brakuje pomysłów, więc powołuje się komisje, zespoły ekspertów, pisze się opaste analizy. Myślę, że przyszedł czas na pracę ”

W pierwszym rządzie należałoby wykonać pracę ustawodawczą po to, żeby utworzyć system. Mało kto zdaje sobie sprawę, że w Polsce nie ma w tej chwili żadnej opisywalnej struktury. Obecnie mamy do czynienia z chaotycznym przemieszaniem systemu ubezpieczeniowego i zabezpieczeniowego. Niejasne źródła finansowania każdego z elementów powodują, że któryś z nich w końcu pęknie i wszystko się zawali. Zatem najpierw kilka miesięcy pracy legislacyjnej, a następnie błyskawiczne wdrażanie systemu. Obecnie widoczny jest brak gotowości do działania. Brakuje pomysłów, więc powołuje się komisje, zespoły ekspertów, pisze się opaste analizy. Myślę, że przyszedł czas na pracę, bo wszystko jest już przedyskutowane, a kontestatorzy zawsze się znajdują i ich nie należy się już bać.

W relacjach z krytykami jest pan już niezłe zaprawiony.

Gdy w Śląskiej Kasie Chorych wdrażaliśmy karty chipowe, wielu mądrali krytkowało nasz pomysł za to, że system jest nie dość nowoczesny, inni, że

muszą wejść ubezpieczyciele prywatni, a kasy chorych także powinny utworzyć działy ubezpieczeń dodatkowych.

Z tym wiąże się problem prywatyzacji służby zdrowia – czy jest to ratunek dla polskiej medycyny?

Widziałem kilka przykładów zadłużonych szpitali, które niemal z dnia na dzień zaczynały się bilansować lub przynosić zyski po tym, jak zostały sprywatyzowane. U nas wszystko jest dzikie: lustracja czy prywatyzacja. W określeniu dzikie kryje się jakiś demon. Tymczasem prywatyzując lecznictwo, trzeba wprowadzić jasne zasady. Obecnie większość lecznictwa przeznaczona jest do sprywatyzowania, chociaż nie przewiduję, aby na zadłużone po uszy polskie szpitale rzucili się inwestorzy, którzy przecież liczą na zysk, a stawki z funduszu nie zmienią się diametralnie. Zatem wydaje się, że należałoby wręcz stworzyć wyraźnie określone warunki preferencyjne, na których inwestorzy w ogóle chcieliby kupić te zadłużone ośrodki. Oczywiście, nie można prywatyzować dużych centrów specjalistycznych czy szpitali wojewódzkich.



„ Znam kilka przykładów szpitali zadłużonych, które po prywatyzacji, niemal z dnia na dzień, zaczynały się bilansować lub przynosić zyski „

A może zastosować finansową grubą kreskę i oddłużyć szpitale, tak jak to zrobiono w 1998 r.?

Przerwa w reformach kosztuje i dziś dług jest tak wielki, że prostego oddłużenia nie można zastosować. Warto przy tym przypomnieć, że obecny dług stworzyli ci ludzie, którzy zniszczyli kasy chorych oraz zatrzymali proces urynkwiania ochrony zdrowia. Stałym polskim problemem są *harcownicy* w resortach, którzy wiele potrafią zepsuć, nie ponosząc żadnej odpowiedzialności – przykładem *ustawa 203*. Dług z niej wynikający musi być jednak sptacony z budżetu państwa.

Czy ta dewastacja systemu nie powinna zaowocować powrotem do kas chorych?

Na jaw wyszło już tyle katastrof spowodowanych przez wprowadzenie NFZ, że nie ma się nad czym zastanawiać. Nazwijmy to kasami ubezpieczenia zdrowotnego i wróćmy do systemu, który się sprawdzał. Oczywiście, trzeba by wprowadzić w nim pewne zmiany. System kas chorych nie był bowiem wystarczająco klarowny pod względem ubezpieczeń. Należałoby stworzyć koszyk dla ubezpieczeń dodatkowych i umożliwić prywatyzację. Jasno należałoby też określić, kto odpowiada za osoby nieubezpieczone, bo co najmniej kilka procent długów szpita-

li wynika z tego, że leczą bezdomnych, za których powinny płacić samorządy, a one tego nie robią.

A jak uszczelnić system, aby zlikwidować proceder fikcyjnych pacjentów, wykonywanych zabiegów i wypisywanych recept? Pan na Śląsku stworzył strukturę, która była odpowiednikiem RUM-u.

W Polsce w każdej sekundzie mamy do czynienia ze 140 zdarzeniami medycznymi. Rocznie to ok. 1,5 mld zdarzeń. Obecnie mamy techniczne możliwości, aby zapanować nad systemem rejestracji. Jeśli ktoś chce sensownie wydawać pieniądze, musi wiedzieć, jak je wydaje. Polska jest biednym krajem i nie stać nas na frywolne wydawanie pieniędzy. Stworzony system punktowy wręcz prowokuje do naciągania NFZ i tworzenia fikcji medycznej. Lekarze zostali zmuszeni do kombinowania, jak wyrobić punkty, które im sfinansują podjęte działania. To należy zmienić. Przy elektronicznej kontroli lekarze i szpitale będą normalnie zarabiać i naciąganie stanie się nieopłacalne.

Ale utrzymaniem obecnego stanu zainteresowane są pewne grupy lekarzy, nazwijmy ich lobbies, oraz politycy, którzy mogą żonglować kwotami.

Utrzymaniem obecnego stanu zainteresowane są tylko pewne wpływowe grupy – mówi się nawet,

że *kontrewolucja* łopińskiego była kontrewolucją profesorów. Ogromna większość lekarzy, wykonujących ciężką, codzienną pracę, jest zainteresowana stworzeniem klarownego systemu, który zlikwiduje dotychczasowe, feudalne układy w służbie zdrowia, broniące się przed urynkowaniem usług medycznych. Podkreślam jednak – zwolennikami utrzymania obecnego stanu nie są wszyscy lekarze, tylko część warstwy promiencko-lekarskiej.

Czy politycy będą w końcu mniej podatni na wpływy lobbystów i czy widzi pan w ich programach możliwości uzdrowienia służby zdrowia?

Problemem polityków jest to, że oni zazwyczaj nie mają czasu. A problemy służby zdrowia są bardzo czasochłonne, dlatego są one chętnie odkładane na bok lub pozostawiane są same sobie – a nuż wszystko się ułoży. Niestety, te tendencje widzę także u potencjalnych przyszłych rządzących. Jedyne PiS ogłosiło swój projekt dla służby zdrowia, choć – moim zdaniem – niezbyt trafny, gdyż opierający się na wierze, że urzędnicy staną się nagle uczciwi. Przypomina mi to hasło *socjalizm – tak, wypaczenia – nie*. Krótko mówiąc – politycy po prostu się boją, bo jeśli tylko zaczną mówić prawdę, np. o koniecznych dodatkowych opłatach, to

mie. O czym to świadczy? O tym, że w systemie rynkowym mogą przestać sobie radzić nawet podmioty prywatne. Wynika to z faktu, że w wielu wypadkach zakłady te działały i działają jak monopoliści w wybranej dziedzinie. Jeśli otworzymy dostęp do usług w danej dziedzinie w sposób niemal nieograniczony, to stworzymy konkurencję, która zablokuje dyktat cenowy i spowoduje obniżenie cen. Należy jednak pamiętać, że w polskiej służbie zdrowia mamy mniej pieniędzy niż mają Czesi czy Węgrzy, dlatego temu systemowi trzeba pomóc. Nie wystarczy racjonalizacja wydatków, pieniądze też musi być więcej.

Z drugiej strony mamy za dużo szpitali i łóżek szpitalnych.

Należy określić potrzeby zdrowotne pacjentów oraz to, gdzie pacjent powinien być leczony. Gdybyśmy to obliczyli, to okazałoby się, że duża część usług medycznych mogłaby być realizowana poza szpitalem, w zakładach chirurgii krótkoterminowej. Ale też należy pamiętać, że ludziom, którzy są zatrudnieni w szpitalach powiatowych, nikt nie przedstawia alternatywy, co mieliby robić po zamknięciu ich jednostki. Tymczasem pobudzenie rynku, stworzenie szans dla biznesu spowoduje, że powstaną przychodnie

” Większość lecznictwa przeznaczona jest do sprywatyzowania, chociaż nie przewiduję, aby na zadłużone *po uszy* polskie szpitale rzucili się inwestorzy ”

zaraz zostaną zaatakowani przez populistów, a media ich w tych atakach wspomogą.

Pan nie był politykiem i dlatego nie miał lęków politycznych przed wprowadzaniem rozwiązań rynkowych?

Ja wiedziałem, że te rozwiązania działają. Śląska Kasa miała sukcesy, bo dopuszczaliśmy działanie mechanizmów rynkowych wszędzie tam, gdzie się to dało zrobić. Oczywiście, było to powiązane z reformą systemową – jak najmniej decyzji urzędniczych, jak najwięcej samorzutnych regulacji rynkowych.

Funkcjonowanie rozwiązań rynkowych zaowocowało na Śląsku obniżeniem kosztów usług medycznych. Czy w Polsce można leczyć taniej?

Za czasów Śląskiej Kasy koledzy lekarze z innych regionów dziwili się, że przy relatywnie niskich cenach można jeszcze zarabiać. Moja praktyka wskazuje, że najlepiej sobie radziły te zakłady, które zaczynały działać wraz ze startem nowego systemu. Trudności miały nawet zakłady prywatne, które działały w poprzednim, patologicznym syste-

i wspomniane zakłady krótkoterminowe, które zapewnią opiekę pacjentom oraz pracę lekarzom i pielęgniarkom.

Wizja nakreślona przez pana napawa optymizmem. Jak zatem mogłaby wyglądać polska służba zdrowia za ponad cztery i pół roku, gdy będzie się kończyć kolejna kadencja Sejmu?

Jeżeli nowo wyłoniony rząd będzie miał wystarczająco dużo odwagi, aby uporządkować system i nadać mu charakter rynkowy, to po czterech latach będzie więcej doskonale wyposażonych ośrodków. Stabilne zasady działania na rynku usług lekarskich spowodują zmniejszenie liczby opłat nieformalnych. Lecznictwo rodzinne będzie w 100 proc. sprywatyzowane, specjalistyczne w 90 proc., szpitalnictwo w 30–40 proc. System będzie uspokojony, z jasno określonymi drogami rozwoju, a restrukturyzacja w toku.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Jacek Szczęsny