



for: Archiwum

Wyrównać szanse

Rozmowa z Marcinem Halickim, prezesem Zarządu Lux Med Sp. z o.o.

Jesteście jedną z większych medycznych firm prywatnych, ale wasze dochody pochodzą nadal przede wszystkim z usług abonamentowych.

Stanowią one 80 proc. przychodów firmy. Pozostałych 20 proc. to obsługa pacjentów, którzy korzystają z naszych klinik nieregularnie.

Czy w założeniach firmy była to strategia docelową?

Dzisiaj te proporcje nam odpowiadają. Natomiast myślę, że rynek usług medycznych znajduje się w przededniu powstawania nowych instrumentów finansowych, które mogą skutecznie zmienić sposób funkcjonowania prywatnej służby zdrowia. Na

Jednak wy ciągle inwestujecie, kupujecie nowe placówki, przejmujecie firmy medyczne. Na czymś musicie opierać opłacalność takich przedsięwzięć.

Rzeczywiście. W Poznaniu kupiliśmy spółkę OK Poliklinika, a obecnie finalizujemy przejęcie firmy medycznej, której obroty w zeszłym roku wyniosły 30 mln zł, czyli połowę obrotów Lux Medu.

W ten sposób wasza firma stanie się potentatem na rynku.

Myślę, że uplasuje nas to na mocnym, drugim miejscu w kraju. Warto przypomnieć, że w zeszłym roku mieliśmy ponad 90 tys. klientów abonamen-

” Rynek usług medycznych znajduje się w przededniu powstawania nowych instrumentów finansowych, które zmienią sposób funkcjonowania prywatnej służby zdrowia ”

to, że decydują o nim politycy. Nie zawsze w sposób racjonalny.

towych, a w sumie w naszych bazach danych mamy ponad 200 tys. pacjentów.

Czy to oznacza, że Lux Med osiągnął punkt nasycenia, jeśli chodzi o pozyskiwanie klientów, czy przewidujecie dalszy rozwój?

W zeszłym roku osiągnęliśmy niezły wzrost, na poziomie 26 proc.

Wszystko dzięki abonamentowi?

Strategia obsługi 80 na 20 proc. obecnie jest zadowalająca. W moich prognozach nie przewiduję, aby struktura rynku w najbliższych latach miała się zmienić. Uważam, że kilka czynników pozostanie niezmiennych. Przypuszczam, że nie zmieni się dostęp do kontraktów z NFZ, nie wzrośnie zainteresowanie prywatnym świadczeniodawcą. Tę sytuację można by zmienić, gdyby zaczęto wdrażać uregulowania prawne wprowadzające na polski rynek systemy doublebezpieczeń zdrowotnych. Z jednej strony ograniczyłoby to szarą strefę, z drugiej rynek prywatnych usług medycznych mógłby rosnąć o 100 proc. rocznie.

Jakie warunki powinien zapewnić ustawodawca, aby taki wzrost był możliwy?

Powinno to być system mieszany: ubezpieczenia państwowe, w których byłaby możliwość double-

bezpieczenia, chcielibyśmy wchodzić w spółki z firmami świadczącymi bardziej zaawansowane usługi diagnostyczne, chcielibyśmy wchodzić kapitałowo w firmy, które mają dobrą markę na rynku i są w stanie świadczyć usługi wysokiej jakości również w obszarze szpitalnym. Na razie jest to jednak niemożliwe.

Mimo skostniałego systemu, wam się na razie udaje. Kto jest udziałowcem Lux Medu?

Ponad 2 lata temu inwestorem większościowym Lux Medu została amerykańska firma inwestycyjna, a po roku dołączył kolejny, zachodnioeuropejski fundusz inwestycyjny. Obecnie jesteśmy na etapie finalizowania podwyższenia naszego kapitału w oparciu o umowę z trzecim funduszem inwestycyjnym.

Jak zatem rozkłada się liczba udziałów?

Obecnie ponad 70 proc. udziałów mają fundusze zagraniczne. To się zmieni po wspomnianym wejściu kolejnego udziałowca. W efekcie fundusze zagraniczne będą miały ponad 80 proc., a resztę Wojciech Pawłowski, człowiek, który Lux

» Problemem w prowadzeniu biznesu medycznego jest to, że decydują o nim politycy «

bezpieczenia, oraz system ubezpieczeń prywatnych – prywatnych kas chorych. Na pewno problemem jest przekonanie społeczne o tym, że taki system jest atrakcyjny dla pacjenta, tak aby osoba fizyczna była zainteresowana kupowaniem i partycypacją w takim systemie. Problem polega także na tym, że jeżeli miałyby to być system obowiązkowych, prywatnych kas chorych, tak jak jest to w niektórych krajach, to w Polsce spowodowałoby to przepłynięcie pieniędzy do szarej strefy. Gdyby jednak stworzono rodzaj drugiego filaru, z którego pacjent wybierałby gabinet, a funduszem zarządzałyby prywatne firmy, to ich menedżerowie dbaliby o jak najkorzystniejsze (najbardziej konkurencyjne) kontraktowanie usług w prywatnych klinikach. Należy bowiem pamiętać, że i menedżer funduszu, i świadczeniodawca muszą rejestrować wszystkie swoje przychody, raportować wykonanie usług oraz wypełniać szereg innych wymogów fiskusa.

Jednak o Lux Medzie mówi się, że ma poufne informacje potwierdzające wejście prywatnych ubezpieczycieli oraz zmiany systemowe i dlatego skupuje kliniki i przychodnie.

Gdybym wiedział, co będzie, mógłbym robić plany. To marzenie każdego menedżera. My jednak opieramy swój sukces na dotychczasowym doświadczeniu i wychodzi nam to całkiem niezle. Jednak przychodni nie skupujemy. Kupiliśmy jedną – w Poznaniu. Oczywiście, chcielibyśmy kupować prywatne przy-

chodnie, chcielibyśmy wchodzić w spółki z firmami świadczącymi bardziej zaawansowane usługi diagnostyczne, chcielibyśmy wchodzić kapitałowo w firmy, które mają dobrą markę na rynku i są w stanie świadczyć usługi wysokiej jakości również w obszarze szpitalnym. Na razie jest to jednak niemożliwe.

Jaka będzie pozycja Lux Medu za 10 lat?

Będziemy największą prywatną firmą medyczną w Polsce. Mówiąc *największa*, mam na myśli przychody i liczbę obsługiwanych pacjentów. Myślę jednak, że w związku z koniecznymi zmianami na rynku ubezpieczeń zdrowotnych za 10 lat abonament przybierze inną formę. Wydaje mi się, że pojawią się jakieś nowe instrumenty finansowe, powstanie też odpowiednik NFZ lub kas chorych, który będzie rozdzielał pieniądze dla różnych świadczeniodawców. Lux Med w tym czasie – taką mam nadzieję – znajdzie się wśród największych świadczeniodawców.

Czy wtedy wybudujecie szpital?

Łatwo powiedzieć. Na pewno dzisiaj nie jest to możliwe. Decyzja o budowie szpitala wymaga wieloletniego zabezpieczenia kontraktu ze strony NFZ, tymczasem na razie nie słyszałem o kontrakcie długoterminowym.

Bywają już podobno nawet 3-letnie.

Tak, ale inwestycja w szpital wymaga minimum 7-letniej perspektywy. Dziś możemy wchodzić w usługi szpitalne, minimalizując inwestycje. Na przykład w chirurgię jednego dnia, gdzie nie będzie się zdanym na łaskę tego czy NFZ zakontraktuje z nami usługi, czy nie.

Czyli czekamy na w pełni uwolniony rynek usług szpitalnych. Sądzi pan, że jest to możliwe?

Myszę, że 95 proc. procedur medycznych może być sprywatyzowanych, bo są to takie same dziedziny, jak każda inna działalność usługowa. Oczywiście, dziedzina ta musi podlegać ostrym zewnętrznym procedurom kontrolnym, podobnie jak ma to miejsce, np. w bankowości czy w ubezpieczeniach. Obecną sytuację trzeba jak najszybciej zmienić, bo dziś szpitale publiczne muszą kontraktować usługi na poziomie cenowym, który jest niższy od ponoszonych kosztów. Zarazem publiczne szpitale nie mają bodźców do zwiększania efektywności. Dlatego trzeba jak najszybciej prywatyzować i wprowadzać mechanizmy rynkowe.

A państwo?

Państwo powinno spełniać rolę kontrolera jakości usług i procedur. Choć dzisiaj u nas nawet przepisy regulujące jakość ograniczają rozwój prywatnej medycyny, bo często są ostrzejsze od norm w krajach Unii. Na przykład w naszych przychodniach musimy montować niepotrzebne windy i utrzymywać wiele niewykorzystywanych pokoi socjalnych, a korytarze muszą mieć określoną szerokość. Jeśli tego warunku nie spełnimy, to zamkną nam placówkę. Szpital publiczny takich norm spełniać nie musi i nie zamkną go ze względów społecznych. A więc jedyną drogą do podnoszenia jakości i obniżania cen usług medycznych prowadzi przez stworzenie równych szans dla wszystkich podmiotów, które powinny ze sobą konkurować. Dla dobra pacjentów.

Rozmawiał Janusz Michalak

LIST OTWARTY

Do Pana Jerzego Millera, Prezesa NFZ

Szczecin, 10.02.2005 r.

Szanowny Panie Prezesie,

Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału NFZ Marek Makowski przedstawił niedawno publicznie – na łamach lokalnej prasy – następujące tezy:

- Ubezpieczeni w NFZ mają ograniczone prawo wyboru miejsca leczenia i nie mogą się leczyć w wybranej przez siebie placówce, jeżeli znajduje się ona zbyt blisko innej placówki, a zwłaszcza publicznego szpitala.
- Ubezpieczeni w NFZ wymagający operacji przepukliny lub żylaków nie powinni być leczeni operacyjnie w obecnej trudnej sytuacji materialnej Funduszu.
- NFZ nie ma pieniędzy na leczenie w cenie 9 zł/punkt medyczny, ale ma pieniądze na droższe leczenie takich samych przypadków w cenie 10 zł/pkt.

Wobec powyższego uprzejmie pytamy:

- Czy ww. poglądy są oficjalnymi zasadami NFZ, czy tylko prywatnymi dyrektora Zachodniopomorskiego Oddziału Funduszu?
- Jeśli zaś są to poglądy prywatne dyrektora, czy mogą one stanowić podstawę prawną działań podejmowanych przez Zachodniopomorski Oddział NFZ?

Chcielibyśmy także zwrócić uwagę Pana Prezesa na pozytywny fakt zwiększenia nakładów na leczenie nawet o 10% w placówkach publicznych, lecz pozostawienie ich bez zmiany lub wręcz zmniejszenie o 20% w zakładach niepublicznych regionu. Stało się tak wbrew stanowisku lub bez udziału świadczeniodawców lecznictwa otwartego. Uważamy, że takie działanie nie leży w interesie pacjentów, utrudnia swobodny wybór lekarza i placówki, dyskryminuje zakłady niepubliczne a wynika prawdopodobnie z pobudek politycznych, których tak bardzo chcielibyśmy uniknąć w lecznictwie. Uprzejmie prosimy Pana Prezesa o zainteresowanie się tym tematem oraz umożliwienie skorygowania nieprawidłowości w trakcie roku 2005.

Za Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
Krzysztof Bukiel, prezes

Za Zarząd Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych
Zbigniew Kowalczyk, wiceprezes

Za Zarząd Związku Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej OT w Szczecinie
Ewa Jendrzejczak-Opałka, prezes