



for. Archiwum

Szpitalna samoobrona

Rozmowa z Piotrem Gerberem,
prezesem Zarządu Spółki EMC Instytut Medyczny

Czy realizacja ministerialnego projektu sieci szpitali ma sens?

Trudno na to pytanie odpowiedzieć, bo jeszcze nikt nie wie, jak sieć ma wyglądać. Najlepiej, gdyby konstrukcja sieci zmierzała do ścisłej współpracy szpitali, które dzięki konsolidacji, mogłyby prowadzić wspólną administrację, realizować zakupy oraz wykorzystywać kadrę medyczną. W ten sposób podniesiono by jakość i obniżono koszty. Jeżeli jednak sieć ma pewnej grupie szpitali zapewnić spokój przez gwarancje ich finansowania, a pozostałe tego pozbawić, to nie można tego już nazywać siecią.

Zdaje się, że eksperci resortu zdrowia wybrali drugi wariant.

I tu pojawia się problem – ponieważ w takim wariantcie sieci nie ma miejsca dla jednostek medycznych traktowanych jako przedsiębiorstwa działające na wolnym rynku, nie wspominając o nzo-ach. Niektóre zapisy projektu ustawy wręcz sugerują, że dla zakładów prywatnych nie będzie w sieci miejsca. Jednym z dowodów na to jest fakt, że wyboru jednostek, jakie znaj-

dą się w sieci będą dokonywać rady wojewódzkie, krajowe oraz minister zdrowia. Tymczasem wyboru szpitali, które znajdują się w sieci powinni dokonywać pacjenci, którzy chętniej leczą się w tych a nie innych placówkach oraz standardy jakości opieki medycznej.

Jeśli brać pod uwagę obecny stan prawny, to sieć można skonstruować już jutro, bo standardy jakości zostały określone.

Oczywiście – gdyby tylko podczas kontraktowania egzekwować standardy opracowane w NFZ i Sanepidzie. Tymczasem wspomniane rady mają niejako od nowa analizować m.in. standardy opieki medycznej i jakość infrastruktury. Oznacza to, że bardzo kosztowne gremia, których działanie wyceniono na 16,5 mln zł rocznie, będą dublować pracę wspomnianych instytucji. Na marginesie – za roczne płace urzędników działających w radach można wybudować i wyposażać szpital powiatowy.

Czemu zatem służy tworzenie sieci – czy aby nie jest to operacja medialna?

Cały czas podkreślam – tworzenie sieci ma sens tylko w przypadku jednostek zajmujących się ratownictwem medycznym. Istotą tworzenia sieci w proponowanym kształcie jest zabezpieczenie finansowe wybranych szpitali, bez stawiania im wygórowanych wymagań.

Spróbujmy na chwilę przychylnie spojrzeć na pomysły Zbigniewa Religi. Projekt ustawy zakłada, że nie wszystkie szpitale znajdą się w sieci – może to być wstęp do prywatyzacji tych, które z niej wypadną?

Doświadczenie prywatyzacji przeprowadzanych w innych działach gospodarki wskazuje, że komercjalizacji nie mogą podlegać jednostki upadające. Nikt o zdrowych zmysłach nie będzie kupował szpitala, który nie ma gwarancji finansowania, ale za to ma ogromny dług. W Polsce nie ma inwestycji w służbie zdrowia, bo wejście do systemu jest wręcz niemożliwe. Nie ma też mechanizmów upadku zadłużonych szpitali i zastępowania ich jednostkami nowymi, bardziej wydajnymi. Tymczasem opieka medyczna jest bardzo intratnym interesem, a mimo to w Polsce nie ma żadnych inwestycji. To kolejny dowód choroby systemu ochrony zdrowia.

Skoro wejście do systemu jest tak trudne, to jak go zmodyfikować? Czy wprowadzić prywatne ubezpieczenia a NFZ podzielić na konkurujące ze sobą oddziały?

rów i właściciele prywatnych firm medycznych już działających w naszym kraju?

Nie wiem, na czym może polegać optymizm zachodnich inwestorów, ale na razie ich tu nie widać – chociaż taka rynkowa konkurencja poprawiłaby jakość oferty szpitali publicznych. Sukces naszej firmy opiera się na tym, że mamy kilka placówek i dzięki temu możemy obniżyć koszty, tworząc własną sieć, w której ograniczamy wydatki na administrację i część medyczną. Jednocześnie możemy podnosić jakość usług. Gdybyśmy jednak mieli prowadzić jeden powiatowy szpital, to przy obecnych kontraktach jedyne płatnika, jakim jest NFZ i wzrastających kosztach, nie poradziłibyśmy sobie na rynku.

Przy okazji kryzysu w szpitalu we Wrocławiu, minister Religa powiedział, że winą za długi szpitali można obarczyć dyrektorów szpitali, którzy nie radzą sobie w zarządzaniu placówkami. Kto odpowiada za długi?

Na tak postawione pytanie nie ma prostej odpowiedzi, a szukanie winy menedżerów spłaszcza problem. Przy obecnej konstrukcji systemu dyrektor szpitala ma związane ręce. Warto przypomnieć, że większość szpitali działa wyłącznie na podstawie kontraktów z NFZ, a dyrektor placówki musi wszelkie decyzje konsultować z członkami rady społecznej. Dodatko-

” Wyboru szpitali, które znajdą się w sieci powinni dokonywać pacjenci, którzy chętniej leczą się w tych a nie innych placówkach ”

Niczego nowego nie trzeba wymyślać. Wystarczy tylko przestrzegać i rozwijać stworzone już zasady, tak jak robił to były szef NFZ. Prezes Jerzy Miller konsekwentnie starał się egzekwować zapisy dotyczące standardów jakości i na tym opierać konkurs ofert oraz ustalać wysokość kontraktów. Problem w tym, że niżsi urzędnicy, np. w naszym – dolnośląskim województwie – zamiast konkursem ofert zajmowali się rozdawaniem pieniędzy dla publicznych placówek. Na szczęście nie jest to powszechna praktyka i mamy też pozytywne doświadczenia we współpracy z NFZ, szczególnie w województwie opolskim. Niemniej jednak dzisiaj żaden prywatny podmiot, nawet jeśli oferuje usługi na najwyższym poziomie, nie otrzyma promesy zawarcia umowy na świadczenie określonych procedur medycznych, co zdecydowanie utrudnia planowanie i realizację jakichkolwiek inwestycji.

Jednak są w Polsce eksperci, którzy już przygotowali dla zachodnich inwestorów symulacje opłacalności działania szpitali w kilku największych miastach. Na czym opiera się optymizm inwesto-

wo menedżer uzależniony jest od właściciela, czyli starosty lub burmistrza i całej rady samorządu. Proszę sobie wyobrazić, co się dzieje, gdy szef szpitala chce zmniejszyć zatrudnienie. Może to oznaczać zwolnienie wujka, cioci lub innego krewnego znajdującego się w *sieci prowincjonalnych układów*. Istnieje też *dyktat struktury* szpitala – ordynatorów i lekarzy, którzy mają czasami wielkie wpływy. I rzecz najważniejsza – samorząd nie jest zainteresowany upadkiem szpitala, który nie bilansuje się, bo w takiej sytuacji wszystkie jego długi musiałyby przejść lokalne władze. Dlatego tak silny jest lobbing na rzecz utrzymania placówek medycznych, bo ich upadek grozi katastrofą finansową całego powiatu lub gminy. Inaczej byłoby, gdyby w polskim prawie istniała formuła bankructwa szpitala, a tak lokalne władze wołają pożyczać pieniądze swojej placówce. W ten sposób nakręca się spirala długów, które ostatecznie często przekraczają wartość majątku placówki medycznej.

A może długi są jednak efektem złego zarządzania? Dotychczas nie słyszałem, aby ekonomiści robili



for. A. Solnica

nie możemy ich zapewnić wszystkim pacjentom. Przecież głoszenie, że możemy wszystkim zapewnić ten sam poziom leczenia to czysty populizm. Ten błąd powtarzają wszystkie kolejne ekipy polityczne. Najwięcej dla naprawy systemu ochrony zdrowia zrobiła ekipa premiera Buzka, która rozpoczęła reformę. Gdyby tylko realizowano ją konsekwentnie, to dzisiaj polska służba zdrowia wyglądałaby zupełnie inaczej.

Czym zatem jest obecna reforma?

To milowy krok do tyłu. Co gorsze, politycy przedstawiając niektóre elementy reformy powołują się na wybrane przykłady z krajów postkomunistycznych, w których podobno w identyczny sposób zmieniano system ochrony zdrowia. Tymczasem obecnie gorszy stan szpitalnictwa jest tylko na Ukrainie i w Rosji. Estonia ma niemal w 100 proc. sprywatyzowaną służbę zdrowia. Słowacja wprowadziła wiele elementów rynkowych, a w Czechach, w których wprowadzono konkurencję kas chorych, stopień satysfakcji pacjenta znacznie przewyższa ten sam wskaźnik w naszym kraju. Wiem, że reforma wymaga odwagi, bo politycy ciągle pamiętają o swoich wyborcach, ale nikt nie uświadamia społeczeństwu, że uratowanie tylko jednego wrocławskiego szpitala wymagałoby wpłacenia przez każdego obywatela 4,5 zł!

„ Istotą tworzenia sieci w proponowanym kształcie jest zabezpieczenie finansowe wybranych szpitali, bez stawiania im wygórowanych wymagań ”

operacje. Czy zatem nie powinna nastąpić zmiana warty, bo dzisiaj szpitalami kierują lekarze?

W Polsce nie ma wykształconych menedżerów zdrowotnych, bo medyczny sektor gospodarki ciągle nie może rozwinąć skrzydeł. Jego rozwój ograniczony jest nieracjonalnym finansowaniem i grupami nacisku, które paraliżują szefów szpitali. W efekcie ekonomiści, ludzie biznesu, nie interesują się zarządzaniem placówkami medycznymi, bo sukces w tej branży jest niemal niemożliwy. Poza tym w służbie zdrowia obowiązują niskie stawki wynagrodzeń. Skutkiem jest to, że polskimi szpitalami kieruje ciągle ta sama, nienajmłodsza kadra medyczna, której członkowie tylko zmieniają placówki.

Czyli pieniądze, pieniądze i jeszcze raz pieniądze. Jaki powinien być budżet NFZ, czy przewidywane w 2007 r. 41 mld zł to nie za mało?

Pieniądzy zawsze będzie za mało i dlatego powinniśmy je mądrze dzielić. Należy też w końcu powiedzieć, że na pewne procedury medyczne nas nie stać i dlatego

Ale rząd załatał tę dziurę i sytuacja we Wrocławiu uspokoiła się.

Jednak za chwilę powstanie kolejna dziura, bo szefowie szpitali pomyślą sobie, że skoro jedna placówka dostała pieniądze, to inni też mają szansę. Jednocześnie ciągle nikt nie docenia i nie korzysta z doświadczeń sektora prywatnego, który z definicji nie może mieć długów. Potrzebę reformy zauważyli już Niemcy, który gruntownie zmieniają swój system ochrony zdrowia *urynkowiając* go.

No tak, ale tam ministrem ochrony zdrowia jest wykształcona pedagog, a nie lekarz.

Myślę, że tam politycy są bardziej odpowiedzialni i obejmując stanowiska naprawdę chcą coś dla kraju zrobić. Sądzę, że polscy decydenci tak naprawdę chcą utrzymać służbę zdrowia w swoich rękach, a modernizacja przez prywatyzację spowodowałaby, że wielkie pieniądze przestałyby być atutem w rozgrywkach politycznych.

Rozmawiał Jacek Szczepny