

Nie jestem radykałem

Rozmowa z dr. Andrzejem Sośnierzem,
byłym dyrektorem Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych



Andrzej Sośnierz (fot. Paulina)

– Gdyby zaproponowano panu w obecnej sytuacji stanowisko ministra zdrowia, jaki miałby pan pomysł na uzdrowienie sytuacji?

– Wiem, co należałoby zrobić, ale jestem realistą – uważam, że sytuacja jeszcze nie dojrzała do tego, aby wdrożyć zaproponowane przeze mnie rozwiązania. Przede wszystkim należałoby wycofać się z ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, natomiast pogłębić rynkowy charakter ustawy o puz w taki sposób, aby przywrócić samodzielność kasom chorych i w krótkim czasie doprowadzić do prywatyzacji powszechnej kasy ubezpieczenia zdrowotnego.

– Kto miałby prywatyzować? Kapitał zagraniczny, duże zachodnie firmy ubezpieczeniowe?

– Być może fundusze inwestycyjne, przekształcone spółki akcyjne. Kapitał na pewno by się znalazł.

– Czy każda kasa powinna się prywatyzować osobno, czy kasy powinny rywalizować?

– Rywalizacja w systemie jest niezbędna. W USA w każdym stanie działa inny system opieki zdrowotnej, a organizacja jakoś się nie wali. Przeciwnie, dzięki rywalizacji dokonuje się postęp, a ubezpieczony może wybierać korzystniejszą ofertę. To, że jeden system oferuje więcej niż inny jest stymulujące dla tego drugiego. Gdy kierowałem Śląską Regionalną Kasą Chorych, organizowaliśmy oddziały we wszystkich

sąsiednich województwach: świętokrzyskim, małopolskim, opolskim i łódzkim. Tylko z kasy małopolskiej przepisało się do nas 50 tys. osób. Oczywiście denerwowało to sąsiadów, ale i mobilizowało do tworzenia korzystniejszej oferty. Natomiast ci, którzy nie dawali sobie z tym rady mieli jeden postulat – zlikwidować śląskie eldorado. Zamiast wysilić się, dążyli do zlikwidowania konkurencji.

– Załóżmy, że zgodnie z pańskim postulatem dokonuje się prywatyzacja kas chorych czy teraz oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. W jaki sposób taka kasa zacznie działać? Czy będzie zamykać nieefektywne szpitale a budować nowe?

– Kasa bezpośrednio nie jest od zamykania czy budowania szpitali, natomiast od kontraktowania usług. Jeśli szpitalowi kontrakt nie wystarcza, to zamknąć powinien go właściciel, a więc najczęściej samorząd. Obecnie kasy ograniczają swoją działalność do obszaru województwa i mówią, że tamtejsze szpitale są ich. Tymczasem dla mnie *moim szpitalem* był ten w Oświęcimiu, w Małopolsce czy we Włoszczowej, w Świętokrzyskiem, a więc te, w których leczyli się *moi ubezpieczeni*. Tylko w ten sposób można było doprowadzić do koncentrowania kontraktów w najlepszych szpitalach, a nie we wszystkich, które istnieją w województwie.

– Jeżeli w danym regionie istnieje jeden szpital, albo jest on największym pracodawcą, to jak można dopuścić do jego upadku?

– Nie jestem tak radykalny, aby od razu zamykać szpital i skazywać np. pacjentów na to, aby na leczenie musieli jechać, powiedzmy, 50 km dalej. W takiej sytuacji dawaliśmy szpitalom zawsze szansę, aby dostosowały się do zmieniającego się rytmu pracy. Nasza polityka zmierzała do stopniowego tworzenia alternatywy dla monopolu. Okazało się np., że dużą część usług szpitalnych, np. z zakresu ginekologii czy chirurgii, mogły przejąć oddziały chirurgii krótkoterminowej. W naszym województwie powstało ok. 70 takich zakładów i z czasem zaczęły się one przekształcać w małe *szpitaliki*. Gdyby ten proces nie został politycznie zahamowany, prawdopodobnie w ciągu następnych 3 lat powstałyby świetne specjalistyczne placówki, ustawione ekonomicznie i dobrze leczące. Wówczas do pacjenta należałby wybór, gdzie się poddawać terapii, czy w dużym szpitalu, czy w takiej placówce. I tam, i tutaj za leczenie płaciłaby kasa. W takiej sytuacji zrestrukturyzowałyby się też szpital. Obecny problem polega na tym, że jeżeli nie dopuszcza się do stworzenia alternatywy, to zamknięcie szpitala jest dla małej miejscowości tragedią i dla pacjentów, i dla lekarzy. Gdy byłby wybór, rynek sam uregulowałby strukturę lecznictwa.

– Skąd wziąć kapitał na tworzenie małych, specjalistycznych jednostek medycznych?

– Ten kapitał jest w kraju. Nie trzeba wcale szukać inwestorów zagranicznych. Jeżeli polski lekarz otworzy placówkę, to nie kalkuluje, że poniesione nakłady muszą mu się zwrócić w ciągu kilku lat. Zdaje on sobie sprawę, że będzie to jego miejsce pracy przez lat kilkadziesiąt, a więc zadowolony jest mniejszym zyskiem, aby tylko zapracować na dobrą opinię i mieć gwarancję dobrej, stałej pracy. Kiedy u nas na Śląsku rodziło się tysiące takich inicjatyw, to z radością obserwowaliśmy, jak co roku otwierały one nową specjalność, czy to ginekologię, czy okulistykę, czy ortopedię i tworzyły się autentycznie polskie miniholdingi medyczne.

– Które stanowiły zagrożenie dla dużych publicznych szpitali...

– Niekoniecznie. Tak naprawdę, to duże, publiczne szpitale są poza konkurencją. Nie można ich prywatyzować, nie mogą kierować się jedynie kryterium zysku. Ich właścicielami pewnie powinny pozostać samorządy lub akademie medyczne. Wokół nich powinny tworzyć się wysoko specjalistyczne centra diagnostyczne. Nie ma natomiast żadnego powodu, aby takie szpitale monopolizowały leczenie prawie wszystkich dolegliwości i blokowały rozwój korzystnych inicjatyw.

– Czy kiedy był pan dyrektorem Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych upadł na pana terenie jakiś szpital?

– Nie. Określiłiśmy wymogi, jakie powinna spełniać dana jednostka, aby wypełnić kontrakt, i wszyscy, którzy je spełniali otrzymywali od nas środki.

– To mieliście komfortową sytuację. Nie musieliście zabierać nawet najmniej efektywnym, natomiast mogliście dodawać najlepszym jednostkom medycznym.

– Niekoniecznie. Po prostu leczyliśmy taniej. Kiedy porównywaliśmy, np. stawki z właścicielami warszawskich niepublicznych placówek medycznych to okazywało się, że nasze stawki byłyby dla nich za niskie, nie do przyjęcia. Tymczasem nasze zakłady kalkulowały, że zwróci się im kapitał zakładowy, a potem – za te same pieniądze – będą się mogły rozwijać. Sztuka polegała na znalezieniu ceny rynkowej dla danego zabiegu. Na przykład ustaliliśmy 340 zł za standardową dializę. Okazało się, że zakłady publiczne, które ją wykonywały, nie upadały, natomiast nie powstawała konkurencja ze strony prywatnych. W takiej sytuacji podnosiłem cenę o 5 zł. Gdy metodą prób i błędów doszliśmy do 385 zł, prywatne placówki zaczęły powstawać jak grzyby po deszczu. Oznaczało to, że ustaliłem cenę rynkową. Tymczasem konsultant krajowy upierał się, że cena dializy powinna wynosić 440 zł i w niektórych kasach przyjęto jego zalecenia. My nie zrobiliśmy tego, bo rynek pokazał, że wielu lekarzy wykona tę usługę za niższe pieniądze, jeśli ma zagwarantowane miejsce pracy. Metodą prób i błędów usiłowaliśmy zawsze tak wyważyć cenę rynkową, aby była ona najniższa, ale jednocześnie aby pozwalała zarobić danej jednostce na wykonywaniu procedury. Postępując w ten sposób także w innych dziedzinach zaoszczędziliśmy dużo pieniędzy.

– Czy nie uderzyło to w zakłady publiczne?

– Nie, gdyż widząc jasne reguły gry, zaczęły się i one zmieniać, oszczędzać i restrukturyzować. Problem powstał, gdy zaczęła zagęszczać się atmosfera wokół kas chorych, które miały zostać zlikwidowane, gdy zaczęto mówić o sieci szpitali – wtedy placówki wyhamowały działania reformatorskie i zaczęły się zadłużać. Kiedy jeszcze okazało się, że na mocy słynnej *ustawy 203* dyrektorzy szpitali będą musieli wypłacić ogromne środki pielęgniarcom, ich biznesplany załamały się. Menedżerowie zostali postawieni w sytuacji bez wyjścia i zrozumieli, że czego by nie zrobili, i tak nie wyjdą z długów. Zostali zapędzeni do narożnika i już z niego się nie wydostaną.

– A pan by ich wydostał?

– Trzeba by wykonać kilka radykalnych, ruchów, na które tej formacji nie będzie stać. Jak już mówiłem, trzeba doprowadzić do ponownego usamodzielnienia kas i ich sprywatyzowania. A przede wszystkim należy oddłużyć zakłady. Cudów nie ma, same z wielomiliardowego zadłużenia nie wyjdą. A bez oddłużenia nie mają szans na prowadzenie jakiegokolwiek racjonalnej polityki. W dodatku oddłużenie jest niezwykle trudne od strony formalnej – bo to nie rząd, ale samorządy są właścicielami szpitali. A więc trzeba by uchwalić nową ustawę oddłużeniową, która umożliwiłaby przekazanie środków z budżetu na ten cel.

– Minister Łapiński chciał sekuryzacji długów szpitali.

– Jego pomysł polegał jedynie na odwleczeniu konieczności spłaty należności. Udałby się przy małym długu. Jednak w obecnej sytuacji system nie wygeneruje odpowiednich środków nawet przez 15 lat.

– Ile, pańskim zdaniem, wynosi zadłużenie, o którym mówimy? Mówi się o 5, 7, 8 miliardach, ale są też tacy, którzy twierdzą, że zadłużenie jest papierowe, a jego rozmiar podawany w zależności od aktualnych potrzeb politycznych.

– Nie ma dobrych informacji na ten temat. Jak się różne organy pytają dyrektora szpitala, to on podaje wielkości, w zależności od potrzeb. Nie ma bowiem jednolitej metodyki liczenia długu. Dopiero ona pozwoliłaby na porównywanie długów szpitali. Ja mogę jedynie szacować obecne zadłużenie na przedział między 5–7 mld.

– Co trzeba zrobić z potencjałem naszych ponad 700 szpitali? Czy należy je sprywatyzować?

– Można by im było stworzyć taką możliwość. Chociaż nie wierzę, żeby znaleźli się chętni, bo nie mogą wyobrazić sobie kapitału komercyjnego, który tak by sobie skalkulował zysk, żeby był go w stanie chociaż po kilkunastu latach odbierać. Gdyby jednak, mimo wszystko, znaleźli się chętni, to nie widziałbym w tym niczego złego. Przecież szpitala nikt nie wywiezie za granicę. Jednak bardziej niż w prywatyzację wierzę w stworzenie możliwości powstawania nowych oddziałów opieki krótkoterminowej. One najlepiej pokazują, gdzie w szpitalu są ukryte rezerwy. Te, które powstały u nas, np. nie miały struktury oddziałowej ani ordynatorów. Pracowali tam po prostu lekarze i pielęgniarki. Komasaowali pacjentów, np. okulistycznych na jeden dzień, ortopedycznych na drugi itd. i maksymalnie wykorzystywali sale zabiegowe i operacyjne. W rezultacie, o ile np. w publicznych oddziałach wykonywano 1 000 zabiegów rocznie, to w prywatnych 2 500, w dodatku na mniejszej kubaturze. Większość personelu nie była zatrudniona na pełnych etatach, a wszyscy byli zadowoleni i placówki się rozwijały.

– Pańskim zdaniem, należałoby medycynę puścić na wolny rynek i nie czynić wokół niej nimbu strefy szczególnie chronionej?

– W dużym stopniu tak. Chociaż są procedury i działy, które na wolnym rynku się nie obronią. Leczenie niektórych pacjentów kosztuje miliony złotych i jeśli akurat znaleźliby się oni w jednej małej kasie, to byłoby w stanie doprowadzić ją do bankructwa. Właśnie dla terapii takich schorzeń, finansowania programów profilaktycznych oraz np. wprowadzania nowych technologii powinny być ustanawiane programy rządowe. Ministerstwo Zdrowia powinno też ujednoczyć zasady sprawozdawczości. Gdy pacjent, np. przeżył zawał serca, przyjęto go w jednym szpitalu, a potem odesłano do drugiego, to w sprawozdawczości funkcjonują dwa zawały. Paradoksalnie więc, wraz z postępem techniki leczenia, gdy przenosi się chorych do różnych placówek, w statystyce odzwierciedla się to zwiększeniem ilości chorób. Taki jest efekt liczenia nie osób, a hospitalizacji. Myśmy w śląskiej kasie jako jedyni potrafili takie przypadki wyłowić. Był to efekt personalizacji informacji medycznej.

– Ministerstwo Zdrowia nie powinno zajmować się ręcznym sterowaniem systemem...

–... natomiast powinno regulować rynek. Na przykład coś się na rynku źle dzieje, jakieś procedury przestają się lekarzom opłacać, spada ich ilość, to minister dopłaca do każdej, np. 100 zł. Wtedy od razu stymuluje to powstawanie nowych placówek i konkurencję.

– Gdzie na świecie jest system, o którym pan mówi?

– Nie możemy w Polsce skopiować żadnego zagranicznego wzoru. Powinniśmy stworzyć coś pośredniego między supersocjalnym systemem niemieckim a skomercjalizowanym amerykańskim. Tworząc nasz system na Śląsku, udało się nam uniknąć wielu błędów. Na przykład analizowaliśmy sposób, w jaki niemieckie kasy chorych monitorują recepty przepisywane w aptekach. Recepty wędrowały tam z aptek do specjalnych firm, które zatrudniały dziesiątki osób, skanowały recepty i informację przekazywały kasom. My ominęliśmy etap tych firm i informacje do kas były przysyłane bezpośrednio z aptek. O ile Niemcy mieli informację po kilku-, kilkunastu dniach, to my mieliśmy ją na drugi dzień. Codziennie też elektronicznie otrzymywaliśmy informację ze szpitali, kto został do nich przyjęty, a kto wypisany. I wprowadziliśmy zasadę, że płacimy naszym placówkom nie po miesiącu czy dwóch, a co dwa tygodnie. Taki sposób płacenia za świadczone usługi w znaczący sposób pobudzał rynek. Nasze rozwiązania były w dużym stopniu oryginalne nawet na rynku europejskim.

– Jaki teraz prognozuje pan scenariusz rozwoju wydarzeń w służbie zdrowia?

– Będzie dotychczasowy bałagan, marnotrawstwo, kręcenie się ciągle wokół tych samych rozwiązań. Minister Balicki lub ktoś inny trochę uporządkuje system, ale zasadniczo nic to nie zmieni. Po upływie mniej więcej roku władze uznają, że dalej już się go nie da utrzymać, ale i tak nikt nie odważy się na sformułowanie odpowiednio odważnego programu. Jednak dług służby zdrowia urośnie tak bardzo, że nie będzie innego wyjścia, jak wystąpić do Sejmu o uchwalenie ustawy, która umożliwiłaby oddłużenie. Dług przejmie np. jakiś bank, a rząd będzie mu go przez lata spłacał. Może nie trzeba będzie do tego ustawy, ale decyzja rządu będzie konieczna. W wyniku tych trudności po upływie mniej więcej 2 lat wróci się do koncepcji samodzielności kas. I może rozpoczniemy od nowa to, co zatrzymaliśmy rok temu. Za 3 lata powinno już być dobrze.

– Co pan będzie robił przez te lata?

– Zdecydowałem się działać na rynku usług zdrowotnych. Tworzę firmę, w oparciu o polski kapitał, która będzie pośredniczyła na rynku usług medycznych i przygotowywała śląski abonament medyczny.

– A potem na ministra?

– Gdybym za 2–3 lata otrzymał taką propozycję, to może bym ją przyjął. Jednak na pewno postawiłbym zdecydowane warunki.

Rozmawiał
Janusz Michalak
kierownik Działu Nauka i Zdrowie
w tygodniku Wprost