

## **Służba zdrowia: rewolucja czy ewolucja?**

Gdy w 1998 r. zaczynała się reforma służby zdrowia, jej hasło głosiło, że „pieniądze mają iść za pacjentem”. Dzisiaj jednak pacjent szuka miejsca, do którego poszły pieniądze, a wiele szpitali zmaga się z ogromnym zadłużeniem.

Czy lekarstwem na te i inne niedomagania służby zdrowia może być prywatyzacja? Pod koniec lat 90. zakładano, że nastąpi ona rychło, tymczasem większość Polaków nadal leczy się w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), które miały funkcjonować tylko przejściowo.

Czy obecnie jest szansa na prywatyzację ZOZ-ów? Wprawdzie do prywatnych dentystów już się przyzwyczailiśmy, ale wizja przekazywania szpitali w ręce prywatne budzi niepokój. Głównie z obawy, że nowy właściciel uzna interes za nieopłacalny i szpital zamknie.

Ten strach często wynika z braku zrozumienia, o co chodzi w prywatyzacji służby zdrowia. Może ona oznaczać albo rezygnację państwa z tradycyjnego sposobu wykonywania zadań publicznych (czyli pozbycie się odpowiedzialności za ochronę zdrowia) albo przejmowanie ich wykonywania przez jednostki niepubliczne.

W Polsce w grę wchodzi ta druga forma prywatyzacji: władze publiczne nadal są odpowiedzialne za ochronę zdrowia, którą finansuje się ze środków publicznych. Nie ma natomiast powodów, by państwo było nadal właścicielem i operatorem opieki zdrowotnej. Pacjentowi powinno być przecież wszystko jedno, gdzie się leczy, skoro i tak płaci za to publiczny ubezpieczyciel.

„Prywatyzacja kojarzy się jednak z wystawieniem przedsiębiorstwa na sprzedaż, a szpitala nie można sprzedać na aukcji. Może więc lepiej mówić o zmianach własnościowych albo o komunalizacji, czyli przekazywaniu szpitali władzom samorządowym” - zauważa Bohdan Wyżnikiewicz z Instytutu Badań nad Gospodarką Rynkową.

### **Prawny galimatias**

Ale także „zmiany własnościowe” napotykają ogromne problemy —poczynając od prawnych. Dotyczą one zarówno samej procedury takich przekształceń, jak i przekazania zadań publicznych w tej dziedzinie jednostkom niepublicznym.

W praktyce najczęściej chodzi o to czy, samorząd może zawiązać spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością nawet jeśli samorząd ma w niej 100 proc. udziałów, jest on podmiotem prywatnym i scedować na nią publiczne zadania z zakresu ochrony zdrowia, które od 1998 r. wykonują SPZOZ. „Istnieje ugruntowana linia orzecznictwa sądowego, która stoi na stanowisku, że w obecnym systemie prawnym nie ma możliwości zmiany formy organizacyjno-własnościowej szpitali. Wątpliwości budzi również możliwość powoływania przez samorządy ZOZ-ów niepublicznych” - mówi Aneta Zwolińska, prawniczka z Uniwersytetu Warszawskiego.

Nie znaczy to, że nie ma możliwości przekształcenia ZOZ w spółkę (co stanowi pierwszy etap na drodze do jej prywatyzacji). Takie rozwiązania prawne istnieją i od początku tego roku objęto nimi 77 szpitali. Decydujący się na prywatyzację samorząd

musi się liczyć z kłopotami prawnymi. Tak było w Kluczborku, gdzie radny i grupa mieszkańców złożyli doniesienie do prokuratury uznając, że likwidacja przez sprywatyzowany szpital niektórych nierentownych oddziałów, np. kardiologii oznacza naruszenie zasad Konstytucji, bo pacjentom ograniczono dostęp do wysokokwalifikowanych procedur medycznych. Sądy dwóch instancji uznały te racje i decyzję samorządu unieważniono.

## **Szpitalne długi**

Obawy o to, że zmiana zarządzania po prywatyzacji może się odbić na pacjentach, często powodują wstrzymanie tego procesu. Tak jest w np. Lubelskiem. Ale na podejście do zmian własnościowych wpływają także kwestie finansowe: - „Przed przekształceniami samorząd musi wydać na jednostki służby zdrowia duże pieniądze, choćby na ich oddłużenie, a potem przekazać je do spółki. Powiatu może być na to nie stać” - mówi Arkadiusz Bratkowski z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego.

Zmorą publicznych szpitali jest bowiem zadłużenie. Od paru lat wynosi ono 9,5 mld zł. Państwo wpompowało w nie mnóstwo pieniędzy, zobowiązania wymagalne zostały zamienione na niewymagalne, czyli wobec skarbu państwa, ale dług utrzymuje się na stałym poziomie.

Ten ponury obraz nie jest jednak jednolity. Nie wszystkie szpitale są zadłużone. Z badań prowadzonych przez zespół dr Wojciecha Misiąga wynika, że co czwarty wolny jest od wszelkich długów (od dwóch lat nie wykazuje żadnych zobowiązań wymagalnych). Połowa szpitali ma zaległości rzędu 3-4 tygodni bieżących wydatków, a 1/4 jest naprawdę zadłużona. Zdaniem dr Misiąga, zależy to od zarządzania - „Dobrze zarządzany szpital jest w stanie się utrzymać z pieniędzy z NFZ. Najgorsza jest polityczna niemożność zrobienia czegokolwiek: zmniejszenia zatrudnienia albo likwidacji oddziału, na którym obłożenie jest od lat małe” - mówi.

Samorządowcy, którzy muszą zmagać się z zadłużeniem szpitali na swoim terenie, za głównego winowajcę tej sytuacji często uważają Narodowy Fundusz Zdrowia, który nie płaci za tzw. nadwykonania (czyli koszty usług, których szpital wykonał więcej, niż przewiduje kontrakt z NFZ). Szpitale argumentują, że nie sposób przewidzieć liczby potrzebnych zabiegów i że zobowiązane są udzielać pomocy każdemu, także nieubezpieczonemu a Fundusz, że dysponuje tylko określoną kwotą pieniędzy i (prócz zabiegów ratujących życie i zdrowie) musi ustalać limity. To m.in. dlatego dyrektorzy szpitali uciekali od ostrych dyżurów, bo każdy taki dyżur to nieubezpieczeni pacjenci i niedoszacowane procedury, a w konsekwencji - długi.

Może, jak proponuje Wojciech Misiąg, lekarstwem na „nadwykonania” byłoby zawieranie przez NFZ umów z ZOZ nie na liczbę usług, a na ich zakres? „Jeden szpital miałby wówczas mnóstwo pacjentów, a drugi miałby wprowadzić umowę na rodzaj usług, ale nie miałby pacjentów, a więc i pieniędzy” - mówi on. Sugeruje też, że jeśli samorząd ma nadal odpowiadać za bezpieczeństwo zdrowotne, to może lepiej byłoby, żeby NFZ dotował samorządy według stawki na mieszkańca i niech sobie radzą. Ale usługi dla nieubezpieczonych cudzoziemców i wtedy stanowiłyby dla szpitali obciążenie finansowe.

## **Chora hybryda**

Zwolennicy prywatyzacji uważają, że dopóki ona nie nastąpi, dopóty nie rozwiąże się zarówno problemów finansowych szpitali, jak i innych, np. jakości usług np. kwestii akredytacji, czyli potwierdzeń standardów opieki. SPZOZ-y pozostaną chorą hybrydą. „Ten system trzeba potraktować jak Czarnobyl - obudować go sarkofagiem i stworzyć nowy” - uważa dr Maciej Murkowski z Collegium Varsoviense. Podobne zdanie o ZOZ-ach ma prawniczka – „Ich forma organizacyjna powoduje wydłużenie systemu decyzyjnego. Szpital nie może ogłosić upadłości, nie może zawrzeć układu w postępowaniu naprawczym, komornik ma ograniczoną możliwość egzekwowania długów, często występuje brak odpowiedzialności zarządzających. W spółce to wszystko działa lepiej” - mówi Aneta Zwolińska.

Nie wszyscy się z tym zgadzają. Z przeprowadzonej przez zespół dr Misiąga analizy przyczyn zadłużenia wynika, że uporanie się z nim wcale nie wymaga komercjalizacji SPZOZ. „To mit. Sytuację szpitali można poprawić za pomocą różnych posunięć organizacyjnych” - dodaje Misiąg. Jego zdaniem nie ma też konieczności, by wszystkie oddziały szpitala były rentowne: zależy to zresztą w ogromnym stopniu od wewnętrznych przepisów.

W opinii Arkadiusza Bratkowskiego wyzwaniem na dziś jest nie tyle prywatyzacja, co dobry system informatyczny, który uszczelniłby wypływ pieniędzy (m. in. na leki) z systemu opieki zdrowotnej. Należałoby też łączyć znajdujące się w jednym mieście szpitale, które mają podobne oddziały: koszty stałe by spadły, nie byłoby rywalizacji między oddziałami, a pacjent miałby tak samo zapewnione leczenie. To jednak napotyka silny opór pracowników.

## **Klucz w NFZ**

Czy wobec tego należy zaprzestać prywatyzacji? Dr Misiąg uważa, że choć powinniśmy do niej dążyć, to dziś nie ma warunków do jej rzetelnego przeprowadzenia. Takie stwierdzenie może dziwić, bo przecież prywatna opieka medyczna już w Polsce istnieje i to w skali wcale niemałej. W 2009 r. miała 28 mld zł przychodów (cały budżet NFZ na 2010 r. to 57,4 mld zł), przy czym rosną one bardzo szybko. Wprawdzie część tych pieniędzy pochodzi z NFZ, który w prywatnych placówkach kupuje usługi, ale niektóre firmy medyczne celowo się od niego separują. Żyją z opłat za jednostkowe usługi i z abonamentu, kupowanego w nich zarówno przez przedsiębiorstwa, jak i coraz częściej — indywidualnie. Niektóre prowadzą oddziały szpitalne, zwykle dzienne. Finansowo wiedzie im się dobrze.

Czy więc zamiast kłopotać się prywatyzacją ZOZ-ów nie lepiej poczekać, aż powstaną duże szpitale prywatne, które, rywalizując z publicznymi, stopniowo będą je wypierać i zastępować?.

Takie „normalne” szpitale jednak nie powstają. Zdaniem Wojciecha Misiąga dlatego, że ryzyko polityczne (czyli niezwiązane z samą działalnością) jest w przypadku tworzonej od podstaw firmy medycznej niezmiernie wysokie. „Zasady kontraktowania przez NFZ są niejasne, podobnie jak procedury dotyczące cenników. W dodatku od 1998 r. przyjęto, że w cenach usług szpitalnych nie ujmuje się amortyzacji sprzętu, co jeszcze zwiększa ryzyko, bo przecież taka jednostka musi na siebie zarobić” - mówi.

Elementem tego „ryzyka politycznego” są też z wymogi, jakie dziś NFZ stawia przy kontraktowaniu usług tylko szpitalom publicznym i jakie musiałyby spełniać również „normalne” szpitale prywatne. Czyli: pełnienie 24-godzinnego dyżuru, prowadzenie OIOM i świadczenie usługi wszystkim, którzy ich potrzebują. A to oznacza ogromny i czasem nie do skontrolowania wzrost kosztów. To samo ryzyko występuje w przypadku przejmowania szpitala przez prywatnego nabywcę i może go zmusić do jego zamknięcia.

Polska dyskusja o służbie zdrowia toczy się przy założeniu, że będzie ona nadal finansowana ze środków publicznych. Gdyby więc nastąpiła całkowita nawet prywatyzacja jednostek wykonujących usługi medyczne, w dzisiejszych warunkach byłby to rynek ułomny, rządzony przez ich dominującego odbiorcę, czyli NFZ. „Żeby można było prywatyzować, należy zreformować państwowego nabywcę usług, żeby tego rynku nie psuł. Musi być zatem zachowana określona sekwencja działań. Poza tym należy zacząć od podstawowej opieki zdrowotnej, bo to znacznie łatwiejsze, choćby dlatego, że wymaga wielokrotnie mniejszego kapitału zakładowego” - uważa dr Misiąg. Nie jest to pogląd powszechny, ale w obecnej sytuacji nie widać szans na „obudowanie sarkofagiem” dotychczasowego systemu i stworzenie nowego.

### **Niemieckie doświadczenia**

Z reformą opieki zdrowotnej zмага się w ostatnich latach nie tylko Polska, ale i inne kraje, np. Niemcy, gdzie wymusza je lawinowy wzrost kosztów. Stephan Raabe z Fundacji Konrada Adenauera w Warszawie podkreśla, że na zmiany w służbie zdrowia nie można patrzeć wyłącznie pod kątem ekonomicznym i techniczno-organizacyjnym, że należy brać pod uwagę także ich aspekt polityczny, zwłaszcza zaś społeczny. Zwraca on także uwagę, że w Niemczech własność szpitali jest zróżnicowana. Zakłady opieki zdrowotnej prowadzi bardzo wiele instytucji - kościoły, związki zawodowe, powiaty a także spółki nastawione na osiąganie zysku. To się bardzo dobrze sprawdza.

Może więc zamiast zastanawiać się nad alternatywą: szpitale publiczne czy publiczne warto byłoby skorzystać z niemieckich doświadczeń?