

Najlepszy moment na przeprowadzenie zmian

Kryzys na zdrowie?

Krzysztof Tuczapki



foto: Zx Archiwum

Czy obecny kryzys jest tylko ekonomiczny, związany z sytuacją ogólnoswiatową, czy też mamy wieloletni, permanentny kryzys organizacyjny i strukturalny polskiej służby zdrowia?

Nie są to pytania retoryczne, bowiem szpitale publiczne są dotknięte tą samą chorobą, co większość firm państwowych – biurokracją, brakiem zdrowego rozsądku w prowadzeniu ekonomiki, przerostem zatrudnienia. Ich restrukturyzacja jest trudna nie tylko ze względów finansowych. W małych miejscowościach w szpitalu – jak w soczewce – skupione są bowiem interesy lokalnych sił politycznych i grup interesów, czego niechlubnym przykładem jest choćby to, że przy zatrudnianiu liczą się przede wszystkim kryteria rodzinne i znajomości z miejscowymi notablami.

A przecież ZOZ to przedsiębiorstwo, zakład pracy, i musi być poddany normalnym prawom gospodarki rynkowej, mimo że oczywiście trzeba mieć na uwadze specyficzny zakres prowadzonej działalności. Im wcześniej się to zrozumie, przetnie więzy powiązań i układów, tym lepiej dla samorządu – właściciela placówki,

bo koszty zarówno finansowe, jak i społeczne, jakie poniesie, będą nieporównywalnie mniejsze niż te, które ponosi bez restrukturyzacji. Szczególnie ważne jest to w sytuacji narastającego kryzysu finansowego.

Nawet w czasie kryzysu placówki służby zdrowia mogą być rentowne i przynosić zyski, bo jest tu interes do zrobienia i kto pierwszy to zrozumie, ten będzie miał z tego największe korzyści. Służba zdrowia jest w Polsce niedofinansowana, ale skoro nie można mieć na razie więcej pieniędzy, a wręcz przeciwnie, może ich być coraz mniej, należy nimi mądrze zarządzać. Aby pomóc szpitalom, a więc i pacjentom, trzeba przede wszystkim zastanowić się, czy wszystkie pla-

cówki są potrzebne. Dlatego organ założycielski publicznego szpitala powinien przeanalizować zagadnienie, czy zlikwidować daną jednostkę, czy ją zrestrukturyzować poprzez utworzenie spółki samorządowej, będącej jego własnością.

Niektórzy dyrektorzy publicznych placówek twierdzą, że ich zakłady przy niskich kontraktach, niedoszacowanych w związku z włączeniem do nich tzw. pieniędzy wedłowskich, będą musiały się zadłużać. Rozumowanie takie jest błędne. Każdy szpital musi bowiem funkcjonować na zdrowych zasadach i być normalnym zakładem pracy. W Zamojskim Szpitalu Niepublicznym, którym zarządzam, obowiązują takie same prawa przy kontraktowaniu świadczeń z NFZ, jak w placówkach publicznych. Mamy takie same publiczne pieniądze na świadczenia zdrowotne, a mimo to co roku wypracowujemy znaczący zysk netto. Musimy przy tym jeszcze odprowadzić co miesiąc do Skarbu Państwa podatek dochodowy (tzw. CIT-19), z którego szpitale publiczne są zwolnione.

Samorządy terytorialne długo dojrzewiają do myśli, aby szpital zrestrukturyzować. Robią to w ostateczności. Każdy region, każde miasto ma swoje uwarunkowania geopolityczne, społeczne i zdrowotne, jak też obecną ekonomiczną sytuację kryzysową. Organy założycielskie, likwidujące szpital publiczny i powołujący w to miejsce jednostkę samorządową – szpital niepubliczny, muszą więc dostosować zmiany restrukturyzacyjne na swoim terenie do własnych możliwości i oczekiwań mieszkańców.

Plan B Ministerstwa Zdrowia dobry na kryzys?

Rząd zaakceptował 17 lutego program oferujący jednostkom samorządu terytorialnego każdego szczebla pomoc w restrukturyzacji organizacyjno-prawnej ZOZ-ów. Umożliwi to samorządowcom, którzy podejmą decyzję o przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego, działania ułatwiające realizację tych ambitnych i trudnych planów. Dzięki nim organy założycielskie SPZOZ-ów będą mogły otrzymać z budżetu państwa celowe dotacje na pokrycie części zobowiązań zadłużonych jednostek.

Wydawałoby się, że działania restrukturyzacyjne wprowadzane w czasie pogłębiającego się kryzysu i braku perspektyw większych nakładów na ochronę zdrowia są skazane na niepowodzenie. Niekoniecznie tak musi być. Zauważmy, że po wecie prezydenta Lecha Kaczyńskiego, dotyczącym m.in. nowej ustawy o ZOZ-ach, w różnych miejscach kraju samorządy podejmują się zmiany formy własności szpitali poprzez przekształcenie ich w spółki prawa handlowego.

Warto zwrócić uwagę, że likwidacja szpitala to wypowiedzenie umów o pracę całej załodze, przecięcie więzów powiązań i zobowiązań, likwidacja struktur

„ Likwidacja szpitala – paradoksalnie – może być łatwym sposobem na przecięcie rozmaitych nieformalnych i formalnych powiązań ”

związkowych oraz przejście całości zobowiązań szpitala przez organ założycielski. Paradoksalnie, ta droga może być łatwiejsza do przecinania nieformalnych i formalnych powiązań. Według zawetowanej ustawy, zmiany restrukturyzacyjne miały przebiegać w inny sposób: przede wszystkim szpital-spółka miał być następcą prawnym szpitala publicznego, a tym samym przejmował całą załogę na podstawie art. 23¹ kodeksu pracy, to zaś mogło oznaczać, że pracodawca nadal nie mógłby zrestrukturyzować zatrudnienia stosownie do potrzeb i możliwości nowego podmiotu. Obowiązujące przepisy nie nakładają takiego obowiązku. Upadł więc szeroko dyskutowany i nagłaśniany postulat

„ Pieniądze dla sektora usług medycznych mogą się okazać bardziej potrzebne niż pomoc sektorowi bankowemu ”

związkowców o obronie każdego miejsca pracy! Droga poprzez likwidację SPZOZ-u daje zarządowi szpitala-spółki szansę na przeprowadzenie pełnej restrukturyzacji zatrudnienia, zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych, jak też bardzo ważnej restrukturyzacji *sposobu myślenia załogi*.

Narodowy Fundusz Zdrowia zaciska pasa

Za konieczne uważam określenie jasnych zasad funkcjonowania szpitali z wykorzystaniem tych funduszy publicznych, których dysponentem jest NFZ. Takie same pieniądze trafiają do szpitali zarządzanych dobrze, przynoszących wymierne efekty ekonomiczne, do jednostek niezadłużonych, inwestujących w sprzęt, podnoszących jakość świadczonych usług i do takich,



„ Optymistyczne szacunki wpływów do NFZ są aż o 15 proc. niższe od rzeczywistych kosztów leczenia i usług szpitali ”

„ Cięcia spowodują znaczne zmniejszenie puli pieniędzy przeznaczonych dla szpitali na inwestycje ”

które *wchłoną* każdy publiczny grosz, ciągle narzekając na brak funduszy i możliwości normalnego funkcjonowania. To kolejna przesłanka, istotna zwłaszcza w czasie pogłębiającej się recesji, do przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego. W debacie publicznej trzeba zaś stale podkreślać, że jest to komercjalizacja, ale właścicielem szpitala niepublicznego samorządowego pozostaje podmiot publiczny – samorząd, a zatem nie jest to typowa placówka prywatna! W tej formie nikt nie zawłaszcza publicznego grosza, przeciwnie – pokazuje, jak można go efektywnie wykorzystać.

W 2008 r. NFZ wydał 54 mld zł – ponad 10 mld zł więcej niż w 2007 r. Z tej kwoty 25 mld zł wpłynęło do szpitali. W tym roku budżet NFZ będzie o miliard złotych mniejszy ze względu na przewidywane zmniejszenie dochodów ze składek ubezpieczenia zdrowotnego. Jednak nikt przy zdrowych zmysłach nie powie, że rzeczywiście przychody Funduszu będą wynosiły właśnie tyle. Budżet NFZ na 2009 r. był konstruowany przy założeniu wzrostu PKB o 4,8 proc., a dzisiaj już nawet 3,7 proc. jest nieaktualne. Mówi się o 1,7 proc. wzrostu PKB, a w pesymistycznej wersji nawet o PKB na poziomie zera. Kryzys ekonomiczny

z pewnością mocno odbije się na tegorocznym budżecie NFZ, a nie da się wykluczyć, że będzie gorzej także w 2010 r.

Tymczasem – wg Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – nawet te optymistyczne szacunki wpływów do NFZ są aż o 15 proc. niższe od rzeczywistych kosztów leczenia i usług szpitali. Zgoda, widać już, że 51 zł za tzw. punkt rozliczeniowy w lecznictwie szpitalnym jest kwotą niewystarczającą. Budżet NFZ może wkrótce potrzebować dofinansowania lub pożyczki z budżetu państwa. Trzeba sobie zdać sprawę, że pieniądze dla sektora usług medycznych mogą się okazać bardziej potrzebne niż pomoc sektorowi bankowemu czy branży przemysłowej. Ze zdrowiem nie należy igrać, każdy był, jest lub będzie pacjentem i co się stanie, gdy przyjdzie mu leczyć się podczas kryzysu? Już dziś minister finansów powinien rozważyć, co jest ważniejsze i pilniejsze zarówno dla naszego społeczeństwa, jak i ekonomii. Czyż nie lepiej zawnocować w ochronę zdrowia, niż później ponosić – nie tylko finansowe – konsekwencje jej załości?

Trzeba też zdać sobie sprawę, że dla polskich pacjentów sektor prywatny, mimo coraz lepszych wyników finansowych (rynek ten jest wart ok. 25 mld zł), nie jest alternatywą, przede wszystkim ze względu na ich niskie dochody, przy czym należy się spodziewać, że dochody te będą spadać.

Całościowe wydatki na ochronę zdrowia – dane z 2007 r. – to zaledwie 6,2 proc. PKB, przy czym

4 proc. tej sumy pochodzi z funduszy publicznych, ale 2,2 proc. to prywatne wydatki obywateli. Ta wielkość nakładów sytuuje nas na szarym końcu za Bułgarią (7,7 proc. PKB) i Węgrami (7,8 proc. PKB). Średnio w krajach UE na ten cel wydaje się 8–9 proc. PKB. W Szwajcarii to aż 11,5 proc., we Francji 11,2 proc., w Niemczech 10,7 proc. PKB.

Stawka zdrowotna w Polsce na obywatela jest również jedną z najniższych w Europie. Wynosi ok. 520 dolarów *per capita*, tymczasem w Słowacji, na Węgrzech i w Czechach – 720 dolarów, w Portugalii, Hiszpanii, Grecji – 1000 dolarów. Jednocześnie Polacy wydają na świadczenia zdrowotne zarówno w publicznej, jak i prywatnej służbie zdrowia aż 13 proc. swoich dochodów.

Ministerstwo Zdrowia w kryzysie

Trudno nie zauważyć, że kryzys finansowy zaczyna być coraz bardziej odczuwalny na podwórku Ministerstwa Zdrowia. Wymaga to od osób decyzyjnych poszukiwania nowych źródeł oszczędności. Ostatnie informacje o cięciach w resorcie wzbudzają niezdrowe emocje i niepotrzebne plotki. Planowany na 2009 r. budżet resortu odchudzono o ok. 350 mln zł. Prawie 57 mln zł z tej sumy ma pochodzić z wykreślenia tzw. procedur wysokospecjalistycznych oraz *przerzucenia* ich finansowania do NFZ. Będą one odjęte z puli finansowej Funduszu pozostającej po tzw. podatku Religii, która wynosi ok. 850 mln zł. Pozostałe pieniądze zostaną przekazane poprzez oddziały wojewódzkie NFZ świadczeniodawcom. Pojawia się tu zasadniczy problem: mają być one dzielone wg obowiązującego algorytmu, czyli biedne województwa, jak np. warmińsko-mazurskie, podkarpackie czy lubelskie, dostaną tych pieniędzy relatywnie mniej, chociaż zeszły rok zakończyły bez nadwyżki finansowej i są w trudnej sytuacji związanej z zapłatą szpitalom tzw. nadwykoniań za 2008 r. Województwa (czytaj: oddziały NFZ) bogatsze, które zakończyły zeszły rok nadwyżką finansową, będą miały dodatkowych pieniędzy więcej.

Rzecznik prasowy resortu zdrowia przyznał, że cięcia spowodują znaczne zmniejszenie puli pieniędzy dla szpitali na inwestycje oraz na program bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. W ramach pracy nad budżetem minister Ewa Kopacz, biorąca udział w II konferencji niepublicznych szpitali samorządowych 6 lutego w Dobieszku, poruszyła temat kwot, jakie dotychczas przekazano na oddłużenie szpitali (ponad 20 mld zł) i potępiła stanowisko większości dyrektorów placówek, którzy potrafią jedynie oczekiwać pomocy od rządu. – *Czy w dobie kryzysu stać nas na kolejne takie kroki? Czy stać nas na promowanie tych, którzy nie przejmują się długami?* – pytała. Plan B, ogłoszony 15 lutego przez premiera, zakłada pomoc finansową jedynie dla tych samorządów, które przekształcały swoje szpita-

le w spółki prawa handlowego zgodnie z planem B przygotowanym przez rząd. Jak skończy się debata nad cięciami w budżecie – chyba długo nie będzie wiadomo.

Co na to Światowa Organizacja Zdrowia?

– *Trzeba się skupić na podstawowej opiece zdrowotnej, szczególnie w dobie narastającego kryzysu finansowego* – uważają przedstawiciele Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w dorocznym raporcie. Apelują w nim o restrukturyzację finansowania i zarządzania globalną opieką zdrowotną. Według WHO, miliardy dolarów na zwalczanie specyficznych epidemii, takich jak AIDS, odwróciły uwagę od potrzeby zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej, w tym matkom i dzieciom. W Polsce 45 proc. funduszy publicznych

Kryzys

– termin pochodzi od greckiego *krisis* i oznacza, w sensie ogólnym, wybór, decydowanie, zmaganie się, w którym konieczne jest działanie pod presją czasu. Kryzys charakteryzuje się zatem takimi cechami, jak nagłość, urazowość i subiektywne konsekwencje urazu w postaci przeżyć negatywnych (za portalem wikipedia.pl).

na ochronę zdrowia pochłania lecnicstwo zamknięte, a tylko 15 proc. podstawowa opieka zdrowotna. Warto się zastanowić, czy to dobre proporcje, zwłaszcza że w krajach UE są one niemal odwrócone! Pora wreszcie to zmienić, a nie raz po raz dyskutować na ten temat na posiedzeniach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia. Obciążanie szpitalnych izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych jest po prostu nieracjonalne!

Coraz bardziej wyspecjalizowana medycyna w krajach bogatych marginalizuje miliony pacjentów, odsłaniając – zdaniem dyrektora generalnej WHO Margaret Chan – porażki zarządzania opieką zdrowotną opartego na zasadach liberalizmu gospodarczego i wolności konkurencji bez ingerencji państwa. Autorzy raportu zwracają uwagę, że pracownicy ochrony zdrowia pierwszego kontaktu powinni lepiej oceniać ogólne potrzeby pacjentów, zamiast kierować ich na kosztowne procedury diagnostyki i leczenia szpitalnego.

Publikacja raportu zbiega się z globalnym kryzysem finansowym, który może spowodować zamrożenie napływu pomocy i zaciskanie budżetów na ochronę zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że skupienie się bardziej na zapobieganiu i promocji zdrowia – poprzez szczepienia, inne programy profilaktyczne oraz programy lepszego odżywiania – może zmniejszyć globalną zachorowalność populacji światowej o 70 proc. Kierunek jest zatem wyznaczony. ■