



Filip Libicki, Krystyna Łybacka, Tomasz Górski

## Wielkopolskie siły



ANDRZEJ PIECHOCKI

Chociaż temat był bardzo gorący, uczestnicy spotkania, które odbyło się 12 maja w siedzibie WIL w Poznaniu, panowali nad emocjami.

Porządek obrad nie przewidywał podpisania protokołu zgodności i rozbieżności. W zamyśle gospodarzy (i zarazem organizatorów) miała to bowiem być rzeczowa prezentacja stanowiska w sprawach dla środowiska medycznego najważniejszych, wstępna wymiana opinii. Temat był zarazem bardzo na czasie, zwłaszcza w części dotyczącej przekształcenia lokali dzierżawionych przez praktyki lekarskie, głównie POZ, a także obecnej i przyszłej sytuacji szpitali. 8 maja dowiedzieliśmy się bowiem, jak rząd zamierza je przekształcić. A zamierza inaczej, niż się do niedawna mówiło.

Strony były dwie: lekarze i posłowie. W wielu przypadkach mówili jednak jednym głosem. Pierwsi, punkt po punkcie, wykazywali słabości obecnego systemu ochrony zdrowia, jak i zagrożenia związane z planowanymi zmianami. Drudzy nie kryli, że nie wszystko jest im tak detalicznie, jak usłyszeli, znane. Zawiązały się jednak, jak można to określić, wielkopolskie siły sprzymierzone, które dostrzegają celowość kolejnego spotkania w siedzibie WIL, w składzie poszerzonym między innymi o przedstawiciela sejmowej Komisji Zdrowia, ekspertów rynku usług medycznych, organizacji i ekonomiki systemu zdrowia.

### LEKARZE

Dla zdecydowanej większości społeczeństwa ochrona zdrowia jest zadaniem priorytetowym, od lat zresztą. Samorząd lekarski w przyszłym roku będzie obchodzić swoje 20-lecie. Obserwowaliśmy prace kolejnych rządów, staraliśmy się podpowiadać racjonalne rozwiązania, z różnym wszakże skutkiem. Dzisiaj w systemie nie są konieczne rewolucyjne zmiany. Reformować, rzecz jasna, trzeba, ale z rozwagą i spoko-



Od lewej: Marek Zieliński, Michał Stulgrosz, Stanisław Kalemba



Spotkanie otwiera przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej, Stefan Sobczyński

# sprzymierzone

jem. Zamęt nie służy nikomu, ani pacjentom, ani nam, lekarzom. Potrzebujemy odpowiednich warunków do pracy w spokoju. Tymczasem jesteśmy zaskakiwani różnego rodzaju projektami, które budzą nasze zaniepokojenie. Tym większe, gdy się z nami nie rozmawia, a wiedza o interesującej nas kwestii pochodzi z mediów. Tak jest w przypadku przedstawionej właśnie propozycji zasad przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego. Samorząd miałby objąć w niej nie 51, jak mówiło się jeszcze kilkanaście dni temu, ale 100 procent udziałów. Przedtem szpitale miałyby zostać oddłużone (kwota zobowiązań sięga 10 miliardów złotych).

Jest tymczasem wiele przykładów w różnych krajach, że służba zdrowia nie musi, wręcz nie powinna być w całości sprywatyzowana. Obok szpitali prywatnych są publiczne i samorządowe. W Skandynawii są szpitale samorządowe i to się tam, jak wiemy, sprawdza. Jeżeli państwo chce i ma odpowiadać w mniejszej lub większej części za szpitale, powinno nimi zarządzać. Komercjalizacja może spowodować nieoczekiwane następstwa. Na przykład takie, że nowy właściciel zmieni przeznaczenie obiektu na bardziej dochodowe lub sprzeda go w całości. Ale może też wybierać bardziej opłacalne procedury i zawęzić dotychczasowy zakres świadczonych usług (samorządowy szpital spółka nie może bowiem przynosić strat). Pacjent będzie musiał szukać wtedy specjalisty w innym miejscu.

Czy nikt i nic nie przeszkodzi staroście w sprzedaży szpitala firmie, która potem postawi na tym miejscu na przykład wielki sklep lub pływalnię? Nie brakuje głosów, że podobnie jak w przypadku przekształcania lokali dzierżawionych przez praktyki lekarskie, głównie POZ, może dojść do wyprzedaży majątku w sposób oczyszczający przedpole kapitałowi zagranicznemu. A jaka ma być docelowa struktura szpitalnictwa w Polsce? Twardo oparta na prawach rynku? I jak zamierza się dostosować polskie szpitale do norm unijnych, które mają obowiązywać od 2012 roku? Czy we wszystkich krajach UE są one respektowane?

W Wielkopolsce mamy różne szpitale. Wiele jest takich, których dyrektorzy dobrze sobie radzą. Pod względem finansowym są na plusie lub blisko zera. Mamy doświadczonych

organizatorów służby zdrowia. W obecnym systemie wykonujemy wiele usług, jakich nie podejmują, nie tylko z uwagi na horrendalne koszty, placówki prywatne. Mamy przykłady, że ich pacjenci już w trakcie leczenia kierowani są do placówek publicznych.

Nie powinno się rezygnować w pośpiechu ze wszystkiego. Są sprawdzone rozwiązania, które z powodzeniem można by wprowadzić do nowego systemu. Że jest on konieczny, nikt z nas nie ma wątpliwości. Nie burzmy jednak wszystkiego i nie zaczynamy od nowa. Bo burzmy i zaczynamy co kilka lat. Były kasy chorych, nie ma kas. Polskiemu systemowi ochrony zdrowia brakuje długofalowej polityki. O wielu sprawach się mówi i na tym koniec. Chcemy na przykład nadzoru państwowego nad Rejestrem Usług Medycznych. Chcemy, bo sami widzimy pilną potrzebę posiadania pełnej wiedzy o tym, co i w jaki sposób jest finansowane. A co z Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego? A z koszykiem świadczeń? A co z normami ilościowymi wyboru lekarza POZ przez pacjenta?

Pytania można by mnożyć bez końca. Zmieniają się rządy, zmieniają się punkty widzenia, a my co rusz jesteśmy w jakiejś zapaści. My, pacjenci, bo przecież każdy z nas też jest pacjentem, my, lekarze. Słowem, my, społeczeństwo ponad 38-milionowego kraju. W systemie ochrony zdrowia ważna jest ciągłość świadczeń, ich poziom, a konieczny do tego spokój społeczny.

Niekiedy różnie widzimy problemy systemu ochrony zdrowia. Lekarze swoje, politycy swoje. Chcemy znać realne koszty procedur. To, co jest w cenniku, nie zawsze odzwierciedla ponoszone wydatki. Jak zatem mówić o koszyku? Czy będzie on polityczny, czy oparty o rzeczywiste wyliczenia? To jest frustrujące pytanie. Wszak nikt z nas nie ma chyba wątpliwości, jaki być powinien. Nie może być tak, że kilkoma operacjami finansujemy inną operację. System powinien być tak ustawiony, aby wszystko się opłacało. Oczywiście, w różnej skali. Co jeszcze bulwersuje lekarzy w szpitalach? Formy zatrudnienia, na przykład kontrakty, które mają zapewnić więcej pieniędzy tylko z tego tytułu, że mniej odprowadzi się ich w formie podatku. W istocie jest to mieszanie tej samej herbaty tą samą łyżeczką, a cukru jak nie było, tak nie ma.

# Wielkopolskie siły sprzymierzone

dokończenie ze str. 7

Nie mniejsze wątpliwości powoduje procedura przekształcania lokali będących w posiadaniu samorządów terytorialnych, a dzierżawionych przez praktyki lekarskie, głównie POZ. Często, gdy lekarze je obejmowali, były w fatalnym stanie, zatem musieli inwestować w remonty, w wyposażenie. Teraz mieliby te pomieszczenia utracić? Wszak zakłada się zmianę stosunków własnościowych w trybie przetargowym według cen rynkowych. Propozycje sprzedaży dotychczasowym użytkownikom są nie do przyjęcia w obecnej sytuacji ekonomicznej i demograficznej lekarzy rodzinnych; średnia wieku w Wielkopolsce – 52 lata. Coraz bardziej niepokojąca jest luka pokoleniowa. Średni wiek specjalisty wynosi 54 lata.

Z Podstawową Opieką Zdrowotną wiąże się kolejna sprawa, mianowicie liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego. Obecnie wynosi ona około 2500; dla porównania w krajach Unii Europejskiej wynosi 1000–1500. Aby jednak uzyskać taki poziom, potrzeba więcej lekarzy. Niedobory kadrowe dają się coraz bardziej we znaki. Milion złotych inwestujemy w wykształcenie lekarza, a potem oddajemy go za darmo. Dobrze uregulowane zasady własności w służbie zdrowia oraz jasna perspektywa pracy i płacy powinny zatrzymać młodych lekarzy. Nie bez znaczenia są one i dla ich starszych kolegów. Gdy będą przechodzić na nie-

wysokie przecież emerytury, mogliby zbyć w całości lub pozostać udziałowcami swoich dotychczasowych praktyk lekarskich. I w ten sposób poprawić swoją sytuację finansową.

## POSŁOWIE

Nikt z nas nie jest członkiem sejmowej Komisji Zdrowia. Dziękujemy za zaproszenie na spotkanie, dzięki któremu wzbogacamy naszą wiedzę o systemie ochrony zdrowia i koniecznych zmianach. Trzeba was uważnie słuchać, bo bez głosu lekarzy żadnej reformy dobrze się nie przeprowadzi. Reprezentujemy wszystkie partie zasiadające w parlamencie, a jak często mówimy dzisiaj jednym głosem. Mamy wolę współpracy, jesteśmy zdeterminowani.

Sprawa przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego, czyli – jak informują media – przekazania ich samorządom. Nieporozumienie. Przecież one już są w ich władaniu. Prywatyzacja źle się kojarzy, bo z zawłaszczeniem majątku. Tutaj nie ma takich obaw. To w żadnym razie nie będzie przekazanie w prywatne ręce majątku Skarbu Państwa, aby nowy właściciel mógł zrobić z nim, co zechce. To będzie przekazanie władztwa nad majątkiem Skarbu Państwa samorządowi. Żaden starosta, burmistrz, marszałek nie zachowają się przecież nieodpowiedzialnie, gdy idzie o zdrowie, o dostęp do świadczeń medycznych. Nie można jednak, wręcz nie wolno zapominać, jakie przykłady niesie z sobą reforma oświaty. Samorząd prze-

jął na przykład pięć szkół, a gdy pojawiły się problemy finansowe, jedną lub dwie po prostu likwidował. Ważne zatem w każdej reformie systemu ochrony zdrowia powinny być systemy zabezpieczające. Systemy powstrzymujące samorządy przed takimi decyzjami w odniesieniu do szpitali.

W przypadku przekształcania lokali dzierżawionych przez praktyki lekarskie, przede wszystkim POZ, samorząd ma spore możliwości. Wykup w drodze przetargu to tylko jedna z nich. Warto negocjować inne rozwiązania, na przykład umowy wieloletniej dzierżawy z rozliczeniem nakładów finansowych. Poznań od kilkunastu już lat ma dobre doświadczenia z przekazywaniem obiektów będących własnością miasta na usługi medyczne w drodze umów dzierżawy, najmu. Warto do nich powrócić.

Nie jest tak, że wszystkiemu winien jest rząd, poprzedni czy obecny. Nie jest tak, że nie rosną nakłady na szpitale. Dość powiedzieć, że w ciągu pięciu lat zostały one podwojone. Jesteśmy mimo wszystko biednym krajem, a mamy najmłodszych w Europie emerytów. Wielkie pieniądze płyną na dofinansowanie ZUS-u i KRUS-u. Dostęp do specjalistów jest utrudniony. Trudno jednak wypracować taki projekt zmian, który zadowoli wszystkich w jednakowym stopniu. Czy decydować się na rewolucję? Raczej nie, bo może sporo kosztować, a skutek i tak może być niepewny. Lepiej stopniowo dochodzić do prognozowanego stanu poprawy odczuwalnej zarówno przez pacjentów, jak i personel medyczny. Zatem stopniowe (co nie znaczy powolne), ale realne zmiany i we właściwym kierunku. Nie powinniśmy być co rusz zaskakiwani nowymi projektami, w których o poprzednich, jeśli w ogóle się mówi,

to wyłącznie źle. Jak w każdej innej dziedzinie życia, także w systemie ochrony zdrowia konieczna jest ciągłość.

Ucieczka polskich lekarzy z polskiego rynku pracy. Nie da się jej powstrzymać bez zmiany uposażeń lekarzy. Nieprzemyślnie zachęcają one obecnie do aktywności zawodowej. Ale z drugiej strony trzeba też ostro postawić pytanie: czy dzisiaj mamy do czynienia ze wspólnotą celów profesora, ordynatora i młodego lekarza? Trzeba pytać, jak to się dzieje, że dwa szpitale w różnych województwach, wykonujące ten sam zakres świadczeń medycznych, mają tak skrajnie różną sytuację finansową? Jeden na plusie, a drugi na skraju bankructwa. Przecież działają w takim samym systemie, według takich samych procedur. To sprawa umiejętnego zarządzania, racjonalizowania kosztów. Jak w tym kontekście mówić o szpitalu klinicznym, który ma ponad 500 pacjentów, a zatrudnia 350 lekarzy?

W reformie nie można wykluczać strat jednej grupy. Tym bardziej, gdy mogą one przynieść korzyść większości. Trzeba patrzeć perspektywicznie. Równocześnie nie powinno się antagonizować środowiska. Z pewnymi pomysłami, inicjatywami, lekarze powinni wychodzić solidarnie do pielęgniarek.

Czy pacjent powinien współpłacić? W istocie chodzi o kilka złotych. Ale nie tylko o to. Trzeba uporządkować pod tym względem cały system ochrony zdrowia. Każda wizyta powinna być rejestrowana, dokumentowana, aby wreszcie dojść do centralnego Rejestru Usług Medycznych. Wtedy będziemy wiedzieli, jaki jest rzeczywisty obrót pieniędzy. Narodowy Fundusz Zdrowia jest drogą instytucją, w dodatku o jego zarządzaniu często słyszy się krytyczne uwagi.