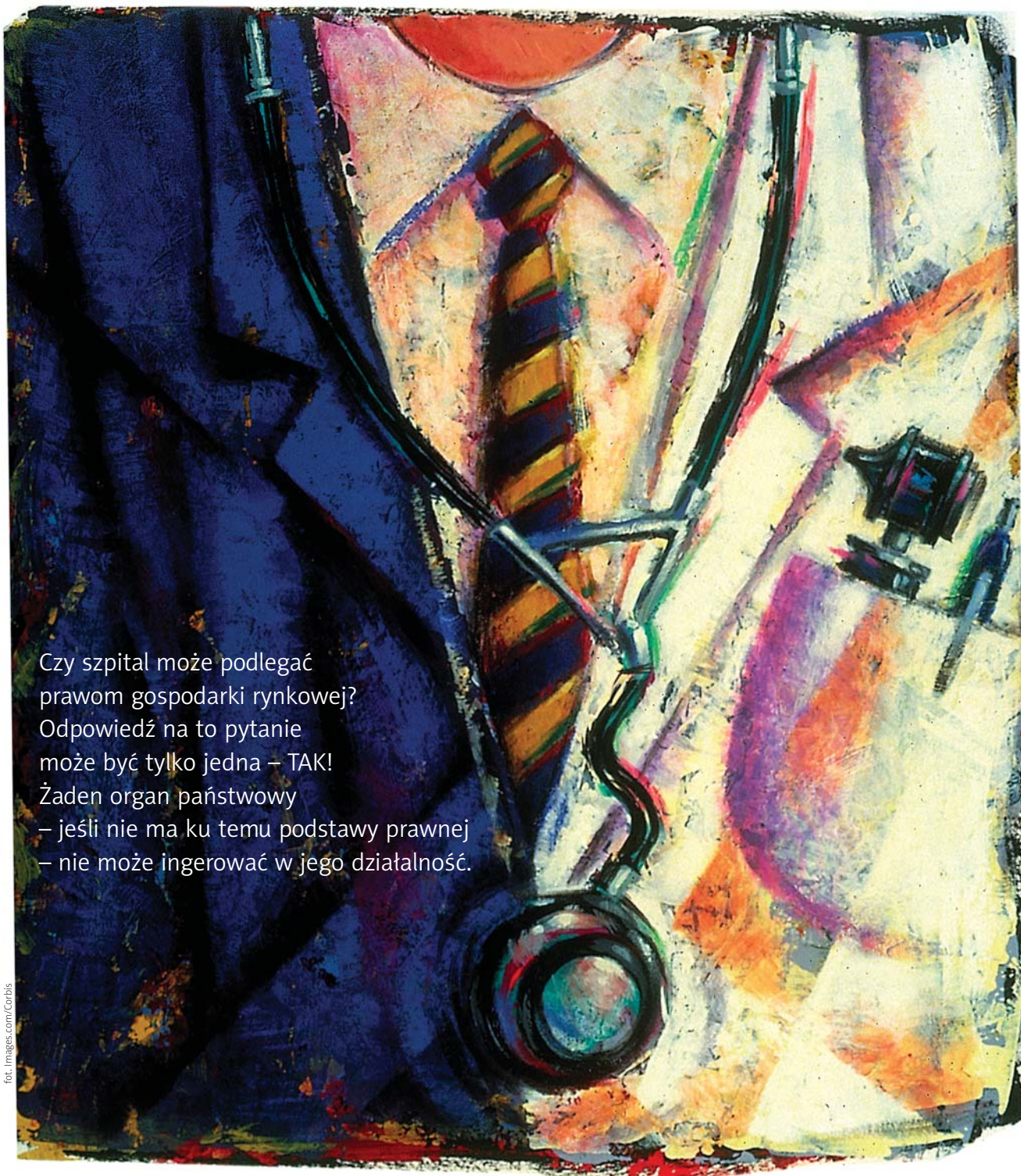


Szpitaly publiczne są dotknięte tą samą chorobą
co większość firm państwowych

Doktor rynek i mister Hyde

Czy szpital może podlegać
prawom gospodarki rynkowej?
Odpowiedź na to pytanie
może być tylko jedna – TAK!
Żaden organ państwowy
– jeśli nie ma ku temu podstawy prawnej
– nie może ingerować w jego działalność.



Szpitaly publiczne są dotknięte tą samą chorobą co większość firm państwowych: biurokracja, brak zdrowego rozsądku w prowadzeniu ekonomiki, przerost zatrudnienia. Restrukturyzacja szpitala po przejściach jest trudna nie tylko ze względów finansowych. W małych czy średnich miejscowościach szpital jak w soczewce skupia interesy lokalnych sił politycznych i grup interesów. Normą jest zatrudnianie według kryteriów rodzinnych i znajomości z miejscowymi notablami. Trzeba sobie jasno powiedzieć – szpital to jest przedsiębiorstwo, zakład pracy, który musi być poddany normalnym prawom gospodarki rynkowej, choć oczywiście trzeba brać pod uwagę specyficzny charakter prowadzonej działalności. Im wcześniej się to zrozumie, przetnie siatkę powiązań i układów, tym lepiej dla samorządu, bo koszty zarówno finansowe, jak i społeczne będą nieporównywalnie mniejsze. Szczególnie teraz trzeba brać pod uwagę uwarunkowania polityczno-gospodarcze i kryzys finansowy.

Rynek

Cechą charakterystyczną podmiotów gospodarki rynkowej jest to, że samodzielnie prowadzą one działalność w celu osiągnięcia zakładanych rezultatów. Żaden organ państwowy – jeśli nie ma ku temu podstawy prawnej – nie może ingerować w ich działalność. Czy szpital może podlegać normalnym prawom gospodarki rynkowej? Odpowiedź na to pytanie może być tylko jedna – TAK!

Placówki służby zdrowia mogą być rentowne i przynosić zyski, nawet w obecnej sytuacji ekonomicznej. Tutaj jest interes do zrobienia i kto pierwszy to zrozumie, ten będzie miał z tego największe korzyści. Oczywiście ochrona zdrowia jest w Polsce niedofinansowana, ale skoro nie możemy mieć na razie więcej pieniędzy, a wręcz przeciwnie, może ich być coraz mniej, to musimy nimi mądrze zarządzać. Aby pomóc szpitalom, a więc i pacjentom, trzeba się w pierwszej kolejności zastanowić nad tym, czy wszystkie placówki są potrzebne. Dlatego też organ założycielski publicznego szpitala powinien rozważyć potrzebę istnienia placówki albo jej restrukturyzowanie poprzez likwidację SPZOZ-u i utworzenie spółki samorządowej, będącej jego własnością.

Twierdzenia niektórych dyrektorów publicznych placówek, że szpitale przy niskich, niedoszacowanych kontraktach będą się musiały zadłużać, jest błędne, bo każdy szpital musi funkcjonować na zdrowych zasadach i być normalnym zakładem pracy. Zamojski Szpital Niepubliczny, którym zarządzam, podlega takim samym prawom przy kontraktowaniu świadczeń z NFZ jak szpitale publiczne i ma takie same publiczne pieniądze na świadczenia zdrowotne, a pomimo to co roku wypracowuje zysk netto i musi jeszcze odprowadzić co miesiąc do Skarbu Państwa podatek dochodowy, tzw. CIT-19, z którego szpitale publiczne są zwolnione.

„ W małych czy średnich miejscowościach normą jest zatrudnianie w szpitalu według kryteriów rodzinnych i znajomości z miejscowymi notablami „

Długie dojrzewanie

Samorządy terytorialne długo dojrzewają do myśli, aby szpital zrestrukturyzować. Robią to w ostateczności. Każdy region, każde miasto ma swoje uwarunkowania „geopolityczne”, społeczne i zdrowotne, do tego dochodzi kryzys ekonomiczny. Organy założycielskie, likwidując szpital publiczny i powołując w to miejsce jednostkę samorządową – szpital niepubliczny, muszą więc dostosować zmiany restrukturyzacyjne na swoim terenie do własnych możliwości i oczekiwań mieszkańców. Wiele samorządów skorzystało już z możliwości, jakie daje uchwała Rady Ministrów nr 58/2009 z 27 kwietnia 2009 r., stanowiąca tzw. plan B. Jednym z pierwszych samorządów, które dostały znaczącą dotację budżetową we wrześniu ubiegłego roku, był samorząd Zamościa.

Plan B

Wydaje się, że działania restrukturyzacyjne wprowadzane w dobie pogłębiającego się kryzysu i braku perspektyw większych nakładów na ochronę zdrowia w kraju są skazane na niepowodzenie. Według mojej oceny, niekoniecznie tak musi być. Po wecie prezydenta Kaczyńskiego w 2008 r., dotyczącym m.in. nowej ustawy o ZOZ-ach, zmiana formy własności szpitali odbywa się nadal zgodnie z obowiązującym prawem. Musi więc nastąpić poprzez likwidację szpitala publicznego i powołanie w to miejsce spółki prawa handlowego. Likwidacja szpitala to wypowiedzenia umów o pracę dla całej załogi, przecięcie siatki powiązań i zobowiązań, likwidacja struktur związkowych oraz przejęcie całości spraw finansowych szpitala przez jego organ założycielski. Daje to zarządowi szpitala możliwość przeprowadzenia pełnej restrukturyzacji – poziomu zatrudnienia, zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych, jak też bardzo ważnej restrukturyzacji „poziomego myślenia załogi”. Załoga musi sobie zdawać sprawę, że naprawdę pracuje „na swoim”, każdy pracownik jest menedżerem swojego stanowiska pracy i jest tak samo ważny w perspektywie całego zakładu. Szpital to jest zbiór naczyń połączonych, jeśli zatrze się jeden trybik – dana grupa zawodowa, może dojść to unieruchomienia całego mechanizmu – szpitala.

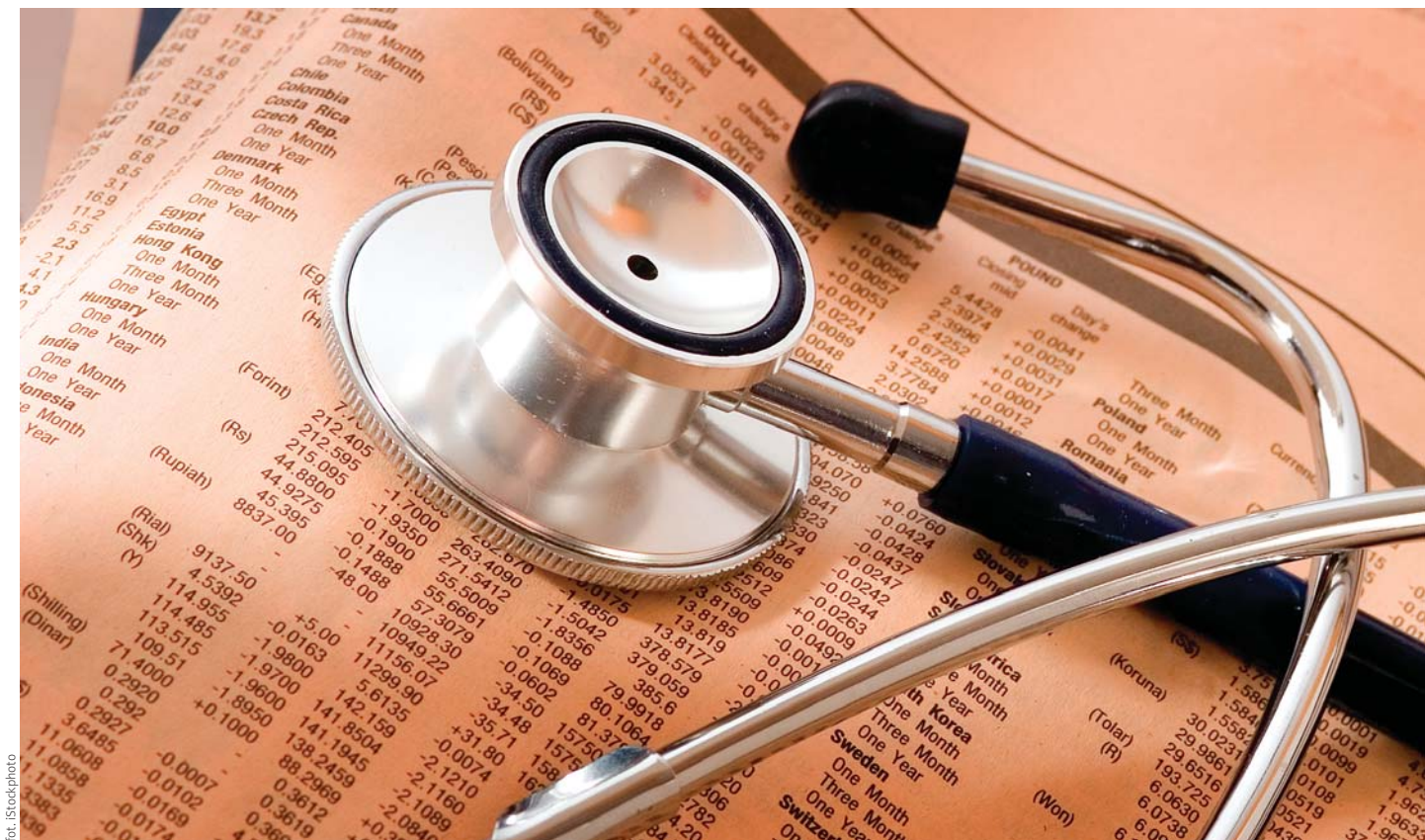


foto: iStockphoto

Propozycje planu B nie są idealne, bo takie być nie mogą – nie ma idealnych aktów prawnych, ale trzeba sobie jasno powiedzieć, że jego założenia stanowią próbę usystematyzowania organizacji ochrony zdrowia w naszym kraju. Czy jest gdzieś na świecie kraj, w którym przedsiębiorstwo nie może zbankrutować, upaść i mieć możliwości włączenia programu naprawczego? Takim krajem jest tylko Polska ze swoim „tworem ekonomicznym poprzedniej epoki”, jakim jest SPZOZ. Trzeba jasno powiedzieć, że tylko szpital spółka prawa handlowego może efektywnie i normalnie funkcjonować na rynku usług medycznych i stanowić konkurencję dla podmiotów typowo prywatnych. Będzie to szczególnie ważne wtedy, kiedy otworzy się rynek usług zdrowotnych dla firm zewnętrznych, po wprowadzeniu wolnego rynku w ubezpieczeniach zdrowotnych. Dlatego też stanowisko Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych, którego jestem wiceprezesem, oraz konfederacji Pracodawcy RP w zakresie zmian własnościowych szpitali jest jak najbardziej pozytywne. Chcemy, żeby była to już ostatnia pomoc finansowa dla sektora publicznego ochrony zdrowia, bo dalszej zgody na marnotrawstwo pieniędzy z podatków naszych obywateli nie będzie!

Każde rozwiązanie, które pozwala na efektywne wydawanie funduszy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia, musi być wnikliwie rozpatrzone. Wydaje się, że obecne mechanizmy rynkowe – konkurencja, wolny wybór placówki przez pacjenta, komercjalizacja szpitali – są dobrym kierunkiem w tym zakresie. Niestety, realizacja planu B napotyka trudności. Zainteresowanie szpitali publicznych zmia-

nami w spółki prawa handlowego jest znikome. Dlaczego? Uważam, że przyczyny są następujące:

- pogłębiający się kryzys i brak pewności sytuacji finansowej samorządów,
- niepewność finansowania świadczeń zdrowotnych w 2010 r.,
- długa i dość zawiła ścieżka prawna, którą musi przejść przekształcany szpital i jego organ założycielski,
- niechęć załogi szpitala i społeczności lokalnej – brak odpowiedniej informacji i motywacji do przekształceń,
- niewiara w możliwość pozyskania pieniędzy na przekształcenia ze względu na kryzys,
- postrzeganie niepublicznych szpitali samorządowych jako typowych jednostek prywatnych, nastawionych wyłącznie na zysk,
- zbliżające się wybory samorządowe.

Publiczny – niepubliczny

Co to jest szpital? Czym się różni szpital publiczny od niepublicznego? Wydaje się, że odpowiedź na te pytania jest prosta. Ale tylko pozornie. Nie ma jasnej definicji szpitala – czy jest szpitalem ZOZ, który ma 4 łóżka i pracuje np. od 8.00 do 16.00? Obecnie, jeżeli placówka została wpisana do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę jako udzielająca świadczeń lecznictwa zamkniętego, to jest szpitalem. Jest to dość kuriozalne. Każdy szpital, bez względu na jego formę właścicielską, musi zapewnić 24-godzinny dostęp do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez 7 dni w tygodniu. Dlatego też naprawdę chyba nikt nie wie, ile jest szpitali w Polsce.

„ Placówki służby zdrowia mogą być rentowne i przynosić zyski nawet w czasie kryzysu. Tu jest interes do zrobienia i kto pierwszy to zrozumie, ten będzie miał z tego największe korzyści ”

Powstają też z tego powodu liczne nieporozumienia i niejasności, padają różne liczby i opracowania. Sprawy te mają być uregulowane w nowej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Pragnę przypomnieć, że obowiązująca ustawa funkcjonuje z licznymi zmianami od 1991 r.! Nie mamy nowoczesnej ustawy na miarę XXI w., która rozwiązywałaby wszystkie problemy organizacyjne, prawne, właścicielskie jednostek ochrony zdrowia w naszym kraju. Najbardziej zasadny wydaje się podział na szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych z pieniędzy publicznych, bez nazywania ich formy własności – czy to jest SPZOZ, czy też spółka samorządowa. Takie jednostki pełnią przecież podstawową funkcję publiczną. Równocześnie będą istniały szpitale prywatne, komercyjne, które też w pewnym zakresie korzystają z pieniędzy będących w dyspozycji NFZ i w wybranych dziedzinach stanowią uzupełnienie pozostałych jednostek. Zakres świadczonych przez nie usług lecznictwa zamkniętego jest dość wybiórczy, bo najczęściej dotyczy takich na przykład dziedzin, jak okulistyka, urologia, ortopedia, laryngologia, ginekologia. Myślę, że tutaj liczba łóżek jest już dość duża, oczywiście zależy to od regionu Polski. Są jeszcze obszary niszowe, które powinny szybko zostać uzupełnione nowymi jednostkami o charakterze typowo prywatnym bądź takimi, które powstaną po przekształceniu ze szpitala publicznego w spółkę. Jak już wcześniej wspominałem, likwidacja szpitala publicznego daje możliwość zrestrukturyzowania zakresu działalności medycznej w szybki i bezbolesny sposób. Takie placówki powinny rozważyć możliwości utworzenia np. oddziałów

geriatrycznych, opieki długoterminowej, paliatywnej czy zakładów opiekuńczo-leczniczych. Społeczeństwo się starzeje i wiele osób będzie potrzebowało świadczeń zdrowotnych z tego zakresu w każdym regionie kraju. Wzrost liczby tego rodzaju łóżek, według różnych danych, może nawet wynieść 30 proc. Czy realny jest wzrost liczby szpitali niepublicznych o 20 proc. rocznie? Na to pytanie wiążąco odpowiedzieć nie można. Trzeba ustalić, czy w tym wypadku szpitale niepubliczne to tylko placówki typowo prywatne, czy też wzięto pod uwagę i te przekształcone w spółki ze szpitali publicznych. Jeśli zostaną wprowadzone nowe zachęty do przekształcenia, to myślę, że za trzy, cztery lata liczba tych jednostek w stosunku do wszystkich szpitali samorządowych w Polsce może sięgnąć 70–80 proc.

Niepubliczny – prywatny

Różnica między samorządowymi szpitalami niepublicznymi i szpitalami prywatnymi polega na tym, że w tych drugich udziały należą wyłącznie do prywatnych inwestorów, natomiast w samorządowych udziałowcem większościowym jest podmiot publiczny, np. powiat lub miasto. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych (OSSN) skupia jednostki, których właścicielami jest podmiot prywatny, a Ogólnopolskie Stowarzyszenie Niepublicznych Szpitali Samorządowych (OSNSS) jest organizacją skupiającą szpitale publiczne przekształcone w spółki prawa handlowego. Na rynku usług lecznictwa szpitalnego jest miejsce dla każdej formy organizacyjnej, dla nowoczesnej formy, jaką jest spółka prawa handlowego. Rynek ten na pewno, pomimo obecnego zahamowania, będzie się rozszerzał, szczególnie teraz, po zapowiedziach zmian do planu B, które przygotowuje Ministerstwo Zdrowia.

Sektor prywatny, mimo coraz lepszych wyników finansowych (rynek ten jest wart około 25 mld zł), nie jest alternatywą przede wszystkim ze względu na niskie dochody obywateli, zwłaszcza w sytuacji kryzysowej. Dotyczy to szczególnie tzw. ściany wschodniej. Niestety, naszej ochronie zdrowia bliżej do Trzeciego Świata niż do UE. W 70 proc. szpitali działa przestarzały sprzęt. Polacy najwięcej w Europie dopłacają z własnej kieszeni do leków, a te są jednymi z najdroższych w Europie.

Problem z kontraktami

Za konieczne uważam określenie jasnych zasad funkcjonowania szpitali z wykorzystaniem tych pieniędzy publicznych, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Takie same pieniądze trafiają do szpitali zarządzanych dobrze, przynoszących wymierne efekty ekonomiczne, do jednostek niezadłużonych, inwestujących w sprzęt, podnoszących jakość świadczonych usług, oraz do takich, które wchłoną każdy publiczny grosz, ciągle narzekając na brak funduszy i możliwości normalnego funkcjonowania.

„ Samorządy terytorialne długo dojrzewają do myśli, aby szpital zrestrukturyzować. Robią to dopiero w ostateczności „



foto: iStockphoto

„ Propozycje planu B nie są idealne, bo takie być nie mogą. Nie ma idealnych aktów prawnych „

Wszystkie takie placówki publiczne i niepubliczne mają kontrakty z NFZ. Oznacza to, że pacjenci w ramach ubezpieczenia zdrowotnego są leczeni bezpłatnie. Szpitale samorządowe mają takie same problemy jak publiczne w zakresie kontraktowania świadczeń. Ich dochody w ramach kontraktu z płatnikiem publicznym – NFZ, stanowią 90 proc., reszta to działalność dodatkowa. W szpitalach prywatnych ten stosunek wynosi 35–40 proc. do 60–65 proc. na korzyść działalności komercyjnej. Nasze kontrakty, podobnie jak placówek publicznych, szczególnie w 2010 r., są niedoszacowane, mamy tzw. wolne moce przerobowe. Są sygnały z różnych stron Polski, że w jednostkach niepublicznych samorządowych dochodziło do nierównego traktowania

podmiotów przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych. Płatnik publiczny, czyli NFZ, ma tyle pieniędzy, ile ma. Wydłużają się kolejki oczekujących na planowe hospitalizację, procedury wykonywane w trybie nagłym w większości wykorzystują limity kontraktów.

Odmowa zapłaty

Niebezpiecznym zjawiskiem jest niepłacenie przez NFZ za świadczenia w ramach terapeutycznych programów lekowych i chemioterapii niestandardowej. Dotyczy to przede wszystkim tzw. kosztów specjalistycznych, bardzo drogich leków podawanych tym pacjentom. Brak pieniędzy w NFZ powoduje, że niejednokrotnie, szczególnie w województwach, które zawsze miały najmniejsze nakłady na ochronę zdrowia, placówki nie otrzymują pieniędzy za zakupione i podane leki. Szpital w tym wypadku jest jedynie pośrednikiem w przekazaniu pieniędzy za lek z NFZ do hurtowni farmaceutycznej. Ponosi więc 100 proc. kosztów takiego zakupu, nie zarabiając na tej procedurze ani grosza! Tak stanowią zapisy warunków zawierania umów z NFZ. Na każdego pacjenta poddanego takiej terapii płatnik publiczny musi wydać zgodę, wystawia szpitalowi niejako promesę, a później nie płaci, bo nie ma pieniędzy. W wypadku Zamojskiego Szpitala Niepublicznego problem ten narasta lawinowo od II połowy 2008 r. i do końca czerwca 2010 r. oddział hematologii nie dostał prawie 2 mln zł! Co to znaczy dla szpitala niepublicznego, który nie może generować długów, musi mieć pełną płynność finansową i musi leczyć tych pacjentów, bo przerwanie terapii oznacza dla nich wyrok śmierci, nie trzeba nikogo przekonywać – tylko NFZ. Problem ten dotyczy wszystkich szpitali w Polsce. Szczególnie jest to widoczne w tych regionach, gdzie występują wieloletnie niedoszacowania funduszy na ochronę zdrowia, gdzie nie zadziałał jeszcze w tym roku nowy algorytm podziału pieniędzy publicznych, w tym przede wszystkim w moim regionie, tj. na Lubelszczyźnie, ale też na Podkarpaciu, w Świętokrzyskiem czy Warmińsko-Mazurskiem.

Czas na przekształcenia

Zgodnie z danymi resortu zdrowia, 25 proc. szpitali to placówki niepubliczne. Mają one prawie 15 tys. łóżek. W kolejce do zmian własnościowych czeka prawie 45 jednostek. W szpitalach tych jest zdecydowanie krótszy okres hospitalizacji pacjentów. Pacjent przebywa tam średnio 4,5 dnia, a w zakładzie publicznym – 6,6 dnia. Koszty są więc zdecydowanie niższe niż w szpitalach publicznych. Niepubliczne szpitale samorządowe wciąż postrzegane są jako typowe jednostki prywatne, działające w celach wyłącznie komercyjnych, co jest nieprawdą. Cały wypracowany przez nie zysk jest przeznaczany na

działalność statutową, bo nie mamy innych pieniędzy na inwestycje, remonty, zakupy sprzętu etc. W tej formie nikt nie zawłaszcza publicznego grosza, wręcz przeciwnie – pokazuje, jak można go efektywnie wykorzystać.

Jeżeli szpital się zadłuża, to znaczy, że albo jest źle zarządzany, albo jego istnienie na danym terenie w tej formie prawnej jest wątpliwe. Trzeci powód zadłużenia może być następujący: prowadzona działalność medyczna nie jest efektywna i powinna zostać zmodyfikowana. Dlatego organ założycielski publicznego szpitala winien się zastanowić nad potrzebą istnienia placówki albo jej restrukturyzacji poprzez likwidację SPZOZ-u i utworzenie spółki samorządowej, będącej jego własnością.

Taka droga, którą rozważa coraz więcej samorządów, jest możliwa zgodnie z obowiązującymi przepisami. Według mojej opinii, wszystkie szpitale samorządowe, a więc i wojewódzkie, i powiatowe, i miejskie, powinny stać się spółkami. Inna jest sytuacja szpitali klinicznych i instytutów naukowo-badawczych. Rząd odstąpił od obligatoryjnego przekształcania szpitali, ale liczy na to, że z tej formy skorzysta coraz więcej samorządów, nie tylko tych, które mają zadłużone jednostki. Formuła szpitala publicznego już się wyczerpała, nie ma on możliwości szerszego rozwoju i efektywnego działania. Kto się nie przekształci, po prostu za parę lat umrze śmiercią naturalną. Nikt nikogo już nie będzie zmuszał do zmiany formy prawnej szpitala. Zachętą mają być proponowane zmiany w planie B, jak:

- wydłużenie terminu obowiązywania do 31 grudnia 2013 r.,
- możliwość przystąpienia samorządów posiadających szpitale, które np. wzięły kredyty komercyjne na remonty lub zakup wyposażenia,
- wymóg udowodnienia, na co przeznaczono kredyty,
- możliwość przystąpienia także tych samorządów, które już skorzystały z rządowej dotacji, a miały zaciągnięte kredyty, których rządowa pomoc nie mogła pokryć,
- przeznaczenie na ten cel w 2010 r. przez rząd 350 mln zł.

Dobro czy zło konieczne?

Każdy mechanizm pozwalający na jak najbardziej efektywne wydawanie pieniędzy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia musi być wnikliwie rozpatrzony. Wydaje się, że obecne mechanizmy rynkowe, jak konkurencja, wolny wybór, komercjalizacja szpitali, prowadzenie wolnej przedsiębiorczości, są dobrym rozwiązaniem. Według mnie jednak nie jest ono wystarczające. Niestety, realizacja planu B napotyka trudności. Zainteresowanie placówek publicznych zmianami w spółki prawa handlowego jest niewielkie.

„ Rząd odstąpił od obligatoryjnego przekształcania szpitali, ale liczy na to, że z tej formy skorzysta coraz więcej samorządów, nie tylko tych, które mają zadłużone jednostki ”

Ostatnie informacje o planie B (stan na 30 kwietnia 2010 r.):

- w 2010 r. wpłynęły 23 wnioski o dotację celową,
- od początku obowiązywania planu samorządy złożyły 133 wnioski,
- z danych uzyskanych od wojewodów (brak danych z województwa podkarpackiego) wynika, że samorządy wojewódzkie są zainteresowane przekształceniem 60 szpitali, powiaty – 47 placówek, a gminy – 26.
- na podpisanie czekają kolejne cztery umowy z powiatami: tarnowskim, wrzesińskim, żagańskim i bytowskim na 11 399 636,61 zł.

Stawka zdrowotna w Polsce na obywatela jest również jedną z najniższych w Europie. Wynosi około 520 USD, tymczasem na Słowacji, Węgrzech i w Czechach to aż 720 USD, w Portugalii, Hiszpanii oraz Grecji to 1000 USD.

Moim zdaniem, bodźcami, które spowodują rzeczywistą reformę organizacyjną polskiego systemu ochrony zdrowia, mogą być:

- uszczelnienie systemu wydatkowania pieniędzy publicznych na ochronę zdrowia,
- podniesienie składki zdrowotnej, co często obiecywano i o czym gorąco dyskutowano, a co wymaga woli politycznej wszystkich stron,
- zmiana naliczania składki od rolników, tj. odejście od ceny żyta,
- podział płatnika publicznego, tj. NFZ, i wprowadzenie konkurencyjności,
- wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- jasne i równe dla wszystkich przepisy podatkowe,
- kwestia współpłacenia pacjentów za świadczenia zdrowotne.

Warto się nad tymi sprawami zastanowić, bo czas ucieka dla nas dyrektorów szpitali, dla pacjentów, dla płatnika – dla każdego, kto wie, jak działa polska służba zdrowia. Wydaje się więc, że warto dyskutować i szybko podejmować działania. Nie jest to zło konieczne ani samo dobro, taka jest rzeczywistość nowoczesnego systemu ochrony zdrowia.

Krzysztof Tuczański
Autor jest dyrektorem niepublicznego szpitala w Zamościu