

Kontrola procesów inwestycyjnych w polskiej ochronie zdrowia

Patent na bałagan



Bartosz Arłukowicz w swojej ostatniej wersji „propedeutyki wstępu do założeń planu ewentualnych zmian w systemie” umieścił ciekawy nowy element – kontrolę inwestycji dokonywanych przez podmioty lecznicze. Stworzenie narzędzi do takiej kontroli i mechanizmów jej działania sprytnie przerzucił na regiony, które będą tworzyć regionalną politykę zdrowotną.

Jest oczywiste, że jeżeli chce się regulować system, należy starać się wpływać na niego całościowo. Trzeba myśleć o właściwym alokowaniu funduszy publicznych na inwestycje, ale też o kształceniu profesjonalistów medycznych, odpowiedniej redystrybucji zasobów w całym kraju, przewidywaniu trendów epidemiologicznych i wielu, wielu innych czynnikach. Tymczasem dostajemy na ministerialnej tacy kolejny wyrwany z kontekstu pomysł, którego zasad realizacji nie znamy.

Czas biedy

Polski system opieki zdrowotnej przez długie lata był dramatycznie niedoinwestowany. Niedofinansowanie systemu budżetowego przed 1999 r. powodowało, że poza ślimaczącymi się przez lata centralnymi inwestycjami, takimi jak CZD, CZMP, kilka szpitali klinicznych i wojewódzkich, reszta szpitali i przychodni popadała powoli w ruinę. Dotyczyło to zarówno infrastruktury, jak i wyposażenia, zwłaszcza w mniejszych placówkach. Pierwsza zmiana nastąpiła po 1999 r., kiedy większość zakładów opieki zdrowotnej została skomunalizowana, a później skomercjalizowana bądź nawet sprywatyzowana. Część z nich podległa konsolidacji, niektóre zlikwidowano.

Tworzona na nowo „sieć” zakładów podlegała rzeszy różnych właścicieli, którzy przejęli te ruiny, a potem zaczęli je remontować i na nowo wyposażać. Państwo zatrzymało sobie instytuty naukowe i do czasu przekazania ich uczelniom – szpitale kliniczne. Pojedyncze szpitale i przychodnie trafiły pod skrzydła resortu obrony narodowej i spraw wewnętrznych, większość zaś do samorządów: wojewódzkich, powiatowych, a w przypadku niektórych dużych miast – gminnych. Początkowo pojedyncze placówki, a potem coraz więcej zaczęto też sprzedawać bądź oddawać w dzierżawę podmiotom prywatnym.

Spośród szpitali przekazanych samorządom tylko te, które trafiły pod opiekę prezydentów wielkich miast, mogły się cieszyć istotnym wsparciem swoich organów założycielskich. Z uwagi na to, że na początku wieku właściwie tylko gminy posiadały własne dochody, a samorządy wojewódzkie i powiatowe dysponowały tzw. budżetami subwencyjno-dotacyjnymi, te ostatnie mogły pomóc swoim szpitalom w bardzo ograniczony sposób.

Wszyscy także pamiętamy mizериę finansową w okresie kas chorych związaną z depresją gospodarczą lat 2001–2004. Z tych powodów większość samodzielnych zakładów i pierwszych, nieśmiało powstających spółek klepała biedę. Jeżeli przeprowadzano jakieś inwestycje, to często poprzez powiększanie zadłużenia zakładu. Nie chcielibyśmy wracać do opisanych okresów, ale kolejny kryzys gospodarczy odświeża pamięć.

Pojawiły się pieniądze

Po roku 2004 skumulowały się trzy efekty, które pozwoliły na uruchomienie potężnych strumieni pie-

niężnych zasilających system opieki zdrowotnej. Wprowadzenie odpisu z podatków PIT i CIT dało samorządom dodatkowy zastrzyk gotówki. Były to różne sumy, ale w wielu wypadkach bardzo znaczne. Na przykład dla województwa dolnośląskiego oraz powiatów głogowskiego, lubińskiego, polkowickiego i legnickiego były to pieniądze olbrzymie, ponieważ zaczęto korzystać z części podatku od zysków olbrzymiej firmy, jaką jest KGHM, oraz z podatków od całkiem niezłe wynagradzanych pracowników kombinatu.

Drugą okolicznością była hossa gospodarcza lat 2004–2008 wywołana wejściem Polski do UE. Zwiększyła ona wpływy z podatków, co opisano wyżej, ale także niemalże podwoiła w ciągu pięciu lat wysokość ściąganej składki zdrowotnej. W oczywisty sposób wpłynęło to na wysokość kontraktów szpitali i przychodni z NFZ. Pozwoliło to czasowo ustabilizować sytuację finansową

„ Najpierw mówimy, co trzeba zrobić. Potem nie wiemy, jak to zrobić. A na koniec mówimy: *tośmy narobili* ”

wielu szpitali, istotnie zwiększyć wynagrodzenia, zwłaszcza lekarzy, ale też dokonać wielu inwestycji – przynajmniej częściowo finansowanych z funduszy własnych.

Trzecią okolicznością było uruchomienie pieniędzy unijnych, początkowo umiarkowanych (w latach 2004–2006), a później bardzo dużych z kończącej się właśnie perspektywy na lata 2007–2013.

Utopione miliony

Te trzy okoliczności sprawiły, że do szpitali publicznych popłynęły niespotykane w dotychczasowej historii pieniądze. Dużą część z nich przeznaczono na cele inwestycyjne, co pozwoliło na wymiany dachów, okien, modernizację ogrzewania, budowę nowych pawilonów, ale też na liczne zakupy sprzętowe.

Zwiększenie możliwości korzystania przez pacjentów z nowoczesnego sprzętu medycznego było także związane z lawinowo powstającymi podmiotami prywatnymi, które specjalizowały się w procedurach diagnostycznych i wykonywaniu dobrze finansowanych procedur medycznych. Stąd dziesiątki nowych stacji dializ i pracowni kardiologii interwencyjnej, ale też pracownie TK, NMR i PET, czy nowy target – prywatne pracownie radioterapii.

Ciesząc się z tego wszystkiego, można zadać pytanie, czy pieniądze wydawano rozsądnie na etapie planowania i wykonywania inwestycji. Dokładnie dwa lata temu, w kwietniu 2011 r., popelnilem na ten temat artykuł,

który był nawet tzw. *coverem* w „Menedżerze Zdrowia”, więc nie będę powtarzał postawionych tam tez. Jest oczywiste, że wiele ze zrealizowanych inwestycji było wątpliwych, a niektóre wręcz bezsensowne.

Czyja to wina, że pieniędzy nie wydano maksymalnie efektywnie? Odpowiedź jest prosta – wszystkich. Jeżeli to były pieniądze z zasobów własnych szpitali – to ich zarządców, jeżeli samorządu – marszałków, starostów i prezydentów bądź osób ich reprezentujących, jeżeli Ministerstwa Zdrowia w ramach programów zdrowotnych – ministra i jego urzędników, jeżeli unijne – regionalnych komitetów sterujących, które wybierały projekty do finansowania.

Pomysł czy PR

Jest oczywiste, że przy takiej mizerii finansowej, jaką ponownie mamy z racji kryzysu gospodarczego i pewnie będziemy mieli przez kolejne dwa, trzy lata, każdą wydawaną złotówkę trzeba oglądać kilka razy. Pytanie



foto: iStock.com

„ Rola Ministerstwa Zdrowia nie jest wypinanie piersi do orderów, ale analiza projektów, a następnie proponowanie i promowanie rozwiązań – *benchmarków*, które już się w regionach sprawdziły ”

tylko, czy Bartosz Arłukowicz posiada jakiegokolwiek narzędzia do planowania inwestycji w podmiotach leczniczych, co w swoim enigmatycznym programie zapowiada.

Ponad dziesięć lat temu brałem udział w tworzeniu na Dolnym Śląsku ciekawego dokumentu. Powstał on na potrzeby ugrupowania wtedy opozycyjnego, ale obecnie od przeszło pięciu lat rządzącego. Dokument dotyczył projektu reformy systemu opieki zdrowotnej. Wiele z propozycji w nim zawartych można odnaleźć wśród obecnych rozwiązań. Dążenie do komercjalizacji SPZOZ-ów, tworzenie regionalnych polityk zdrowotnych, spółek tworzonych przez urzędy marszałkowskie i zarządzających zasobami, jak słynna już spółka KPIM (Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne). Jednym z elementów tego programu były także propozycje koordynacji wydatków inwestycyjnych na poziomie województwa. Jeżeli jakimś przypadkiem był on inspiracją dla obecnych ministerialnych pomysłów, to – na miły Bóg – o tym można było dyskutować dziesięć lat temu. Zbyt wiele się zmieniło od tego czasu.

Decyzje o inwestycjach z funduszy własnych są domeną zarządców podmiotów publicznych, ich organów tworzących i na koniec prywatnych właścicieli lecznic. Decyzje o podziale pieniędzy unijnych są z kolei domeną komitetów sterujących i Ministerstwa Rozwoju Regionalnego. Kontrola inwestycji wymaga więc współpracy wielu stron, a administracyjny wpływ na proces decyzyjny jest bardzo ograniczony.

Jeżeli wizja Bartosza Arłukowicza dotyczy kontroli inwestycji poprzez planowanie zakupu nowych usług zdrowotnych, co mają regulować regionalne polityki zdrowotne, to jest to tylko część zagadnienia. Temat ważny, ale obejmujący wąski margines problemów związanych z inwestycjami. Inwestycje związane z uruchamianiem nowych produktów dotyczą w dużej mierze podmiotów prywatnych, które nie korzystają z pieniędzy publicznych. Poza tym taki mechanizm nie tyle będzie chronił pieniądze przeznaczone na inwestycje, co blokował te przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych u ewentualnych nowych usługodawców lub na nowe zakresy u usługodawców już istniejących.

Ponad standard

Ponadto taka „metoda kontroli inwestycji” nie obejmuje inwestycji w infrastrukturę, odtworzeniowych czy podnoszących standard, nieobjętych kontraktowaniem z NFZ.

Przykładowe pytanie: czy większość szpitali powinna posiadać w lokalizacji aparat TK, który w celu obniżenia kosztów eksploatacyjnych dodatkowo jest wpięty w sieć teleradiologii? Pewnie tak, ale pewne jest też, że nie każda z tych placówek musi posiadać jednocześnie kontrakt na wykonywanie świadczeń ambulatoryjnych finansowanych przez NFZ. Czy w takim razie szpital, który nie uzyska zgody na kontrakt z NFZ, zostanie odcięty od finansowania z pieniędzy publicznych?

Przykładów można przedstawić mnóstwo, ponieważ po raz kolejny Bartosz Arłukowicz wystrzeliwuje w przestrzeń medialną nową informację, która więcej stawia pytań, niż daje odpowiedzi. Prawdę mówiąc, z większości ministerialnych pomysłów wynika bardzo mgliste „co chcemy zrobić”, a brakuje informacji „jak to zrobimy”. Choć może to i lepsze niż aktywność Ewy Kopacz, która wprowadzała konkretne akty prawne, po czym można było już tylko stwierdzić „tośmy narobili”.

Róbmy swoje

Sensowne wydawanie pieniędzy publicznych na inwestycje zależy od wielu ośrodków, ale na pewno nie wyłącznie od ministra zdrowia. Jeżeli zespoły tworzące mapy potrzeb zdrowotnych i nowe wojewódzkie fundusze będą potrafiły ograniczyć liczbę usługodawców do rzeczywiście potrzebnych, to będzie wielki sukces. Trzeba jednak pamiętać, że powinno to spowodować nie tylko wyhamowanie żywiołowego powstawania nowych miejsc udzielania usług zdrowotnych, lecz także tworzenie nowych we wskazanych miejscach i likwidację innych, już istniejących. A to może być bolesne.

Marszałkowie i starostowie, a także rektorzy uczelni muszą patrzeć z uwagą, na co wydawane są fundusze inwestycyjne w podległych im podmiotach. Doradzam ministrowi, aby zrobił porządek we własnym ogródku – na potrzebę takich działań wskazują sytuacje opisywane w CZD czy Centrum Onkologii w Gliwicach.

Trzeba dobrze przemyśleć zasady, na jakich będą przydzielane pieniądze z kolejnej perspektywy unijnej 2014–2020, aby wykorzystać je jak najlepiej. Za kolejne 7 lat będziemy już prawdopodobnie na tyle zamożni, że fundusze z programu spójności pójdą gdzie indziej – do Rumunii, Bułgarii lub zubożałych krajów południa Europy. O ile UE w ogóle przetrwa w obecnym kształcie.

O tym, że można myśleć w sposób bardziej systemowy, a nie poprzez wyrywanie dla konkretnego szpitala kolejnych pieniędzy za pomocą znajomego posła czy senatora, przekonują coraz liczniejsze przykłady. Całkiem niedawno na Dolnym Śląsku zaczęto testować nowy sposób na zdobywanie funduszy inwestycyjnych. Na potrzeby ogłoszonych przez Ministerstwo Zdrowia programów perinatologicznego i psychogeriatrycznego, finansowanych z mechanizmu norweskiego, zaczęto tworzyć konsorcja szpitali mających podnieść poziom opieki w obu zakresach w całym województwie. Wybrano także szpital, który jest liderem prowadzącym konkretny projekt. Wspólnie określono zakres działalności i rodzaj sprzętu nabywanego przez uczestników konsorcjum, aby ich zakup miał sens, odrzucając jednocześnie radosną twórczość niektórych pomysłodawców. Jeżeli konsorcja uzyskają finansowanie z programu, sprzęt zakupią w przetargu grupowym. Doświadczenia z realizacji programu perinatologicznego i psychiatrycznego prowadzonego przez Urząd Marszałkowski Województwa Dol-



foto: iStockphoto

„ Program kontroli inwestycji bez podania jasnych zasad jego funkcjonowania jest po prostu kpina ”

nośląskiego w latach 2008–2012, obserwacja działalności WOŚP i własne pomysły pozwoliły na stworzenie oryginalnego projektu. Jeżeli się on powiedzie, będzie rekomendowany komitetowi sterującemu przy korzystaniu z funduszy unijnych na lata 2014–2020.

Własne rozwiązania

Inne województwa także nie zostają w tyle, testując własne rozwiązania. Rolą Ministerstwa Zdrowia nie jest wypinanie piersi do orderów, ale analiza przedstawianych projektów, a następnie proponowanie i promowanie rozwiązań – *benchmarków*, które już się w regionach sprawdziły. Powiedzmy sobie wprost: program kontroli inwestycji bez podania jasnych zasad jego funkcjonowania jest po prostu kpina.

Maciej Biardzki