

graf. (2x) Natalia Gościńska

Prywatyzacja w ochronie zdrowia: niemożność, czy niechęć komunikacji?

Semantyka reformy

Barbara Misińska

Proces wymiany informacji zakłada posługiwanie się powszechnie zrozumiałym komunikatem, wyrażanym za pomocą przyjętego języka. Jak się wydaje, tocząca się w Polsce dyskusja na temat tzw. prywatyzacji w systemie ochrony zdrowia jest pozbawiona podstawowego elementu dyskusji: wspólnego rozumienia podstawowych pojęć, takich jak forma własności i forma organizacyjno-prawna prowadzenia działalności medycznej.

Niefortunnym jest zbyt częste używanie wyrażenia *szpitale prywatne*, co zostało skrętnie wykorzystane w walce przedwyborczej – prywatny szpital ukazany został jako samo zło, co w oczywisty sposób nie jest prawdą. Bardzo trudno jednak będzie przekonać o tym tych, którzy na co dzień nie zajmują się profes-

sjonalnie działalnością w systemie ochrony zdrowia. Podobnie niefortunne jest wskazywanie przez ekspertów rynku zdrowia *komercjalizacji* i *prywatyzacji* zoz jako podstawowych warunków sukcesów firm prowadzących działalność medyczną zwłaszcza wtedy, gdy terminologia jest niejednorodna.

Ucieczka do przodu

W systemie generalnie funkcjonują trzy rodzaje *prywatnych szpitali*. Pierwsze to nzozy utworzone przez podmioty działające w różnej formie organizacyjno-prawnej, ale dysponujące majątkiem w pełni prywatnym. Kolejne to nzozy spółek z o.o. (rzadziej spółek akcyjnych), których jedynym udziałowcem/akcjonariuszem jest jednostka samorządu terytorialnego (w związku z czym trudno mówić o dysponowaniu własnością inną niż publiczna). Trzeci rodzaj to szpitale utworzone przez spółki prawa handlowego, także spółki *pracownicze*, które dysponują majątkiem publicznym, nie stając się jego właścicielem. Taki trójpodział skłania do zadania pytania, czy eksperci, piszący o *prywatyzacji* czy *komercjalizacji* szpitali jako *panaceum* na bolączki systemu, nie unikają problemu, jakim jest rodzaj własności szpitali. Powinniśmy dyskutować o tym, czy większość tych placówek ma pozostać własnością publiczną, a zmieni się jedynie ich forma organizacyjno-prawna, czy też forma organizacyjno-prawna spowoduje zmianę własności publicznej na prywatną bądź mieszaną (a jeśli mieszaną, to z przewagą własności sektora prywatnego czy publicznego i w jakim stopniu).

Prywatyzacyjne truizmy

Truizmem jest twierdzenie, że większe możliwości dają formy organizacyjne spółki akcyjnej czy z o.o. Oczywiście jest bowiem, że wybór formy organizacyjno-prawnej zależy od wielu czynników, a artykułowe twierdzenia o znacznie większych możliwościach zarządczych czy w pozyskiwaniu kapitału krzywdzą tych dyrektorów szpitali, których placówki mają się nie tylko nieźle, ale wręcz bardzo dobrze, bo przynoszą zysk. O komercjalizacji w ochronie zdrowia mówić dziś już nie ma sensu (komercjalizacja dotyczy przekształcenia w spółkę przedsiębiorstwa państwowego, a szpitale, będących jednostkami budżetowymi w Polsce jest 19, i są to głównie placówki w zakładach penitencjarnych). O prywatyzacji zaś należy mówić odpowiedzialnie, a odpowiedzialność zakłada istnienie prawa, wolności i poczytalności. O ile wolność i poczytalność gwarantuje nam państwo, o tyle z prawem jest nieco gorzej.

Komunikacja zawodzi

Mówimy *szpitale prywatne*, *szpitale niepubliczne*, często używając tych terminów zamiennie, a ich desygnatami mogą być zupełnie różnie zorganizowane placówki; co więcej – o zupełnie różnej strukturze własnościowej. Najnowszym rządowym pomysłem (za *Gazetą Prawną* z 8 stycznia 2008 r.) jest możliwość przekształcania publicznych szpitali w spółki prawa handlowego bez konieczności uprzedniej likwidacji zakładu opieki zdrowotnej (co jest dziś niemożliwe).

W owych spółkach większość udziałów/akcji miałyby pozostać własnością dotychczasowych organów tworzących. Pojawia się zatem pytanie, dlaczego ta większość w wypadku szpitali powiatowych, gminnych, miejskich i wojewódzkich to 51 proc., a w wypadku placówek klinicznych 75 proc.? Chyba warto przypomnieć, że pomysł z 2003 r., zakładający pojawienie się spółek użyteczności publicznej (tzw. SUP), które miałyby zastąpić szpitali, w dość podobny sposób przydawał szpitalom możliwość wykorzystania wszystkich opcji, jakie wiążą się z formą organizacyjno-prawną spółki prawa handlowego. Zakładał on jednak gwarancję, iż 75 proc. udziałów/akcji w SUP należeć będzie do jednostek samorządu terytorialnego, Skarbu Państwa czy uczelni medycznej.

„ Napisano wiele na temat korzyści, jakie daje zmiana szpitala *publicznego* w *niepubliczny*, niewiele jednak na temat własności rozumianej jako prawo do dysponowania przedmiotem własności, wytworzonym dzięki niemu produktem i uzyskanym z jego sprzedaży dochodem ”

Europa – trzy kategorie szpitali

Należy przeanalizować wszystkie możliwe zagrożenia i zalety procesów prywatyzacyjnych, które występowały w Polsce po 1989 r. Przykładem możliwości wydzielenia zespołu mienia (części szpitala), stanowiącego odrębnie funkcjonalną część placówki, może w praktyce oznaczać, że szpital pozostanie publiczny, ale pozbawi się go tych części, które często są przedmiotem outsourcingu ze względów kosztowych. Należy tu zaznaczyć, że outsourcing nie zawsze jest rozwiązaniem niekorzystnym dla szpitala – sprywatyzowanie np. diagnostyki laboratoryjnej czy radiologicznej może spowodować znaczący dopływ kapitału, jednocześnie zwalniając dyrekcję z konieczności nadzorowania tych wydzielonych funkcjonalnie miejsc.

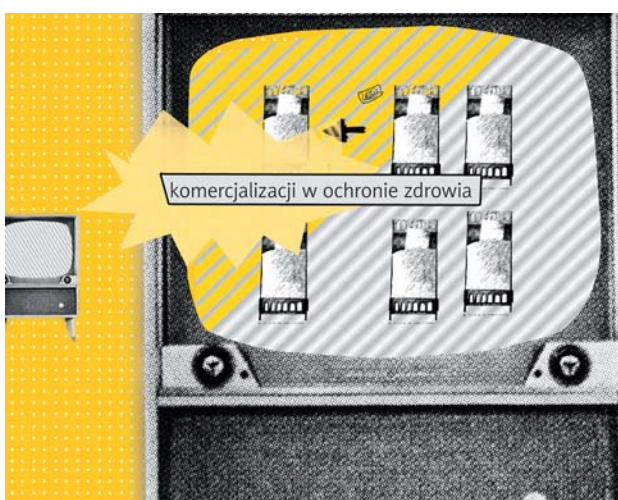
Napisano wiele na temat korzyści, jakie daje zmiana szpitala *publicznego* w *niepubliczny*, niewiele jednak na temat własności rozumianej jako prawo do dysponowania przedmiotem własności, wytworzonym dzięki niemu produktem i uzyskanym z jego sprzedaży dochodem. Wiele napisano również o niespójności polskiego prawa w ochronie zdrowia, rzadko jednak o tym, że regulacje

krajów europejskich często odnoszą się wprost do szpitali, a nie *zakładów opieki zdrowotnej*. W większości krajów UE szpitale dzieli się na 3 kategorie – publiczne, *for-profit* i *non-profit*. Przyjmując założenie, że przekształcanie w spółki prawa handlowego publiczne polskie szpitale staną się jednocześnie organizacjami *non-profit* (i odpowiednio to przekładając na zapisy prawne oraz społeczną kampanię informacyjną), można oczekiwać zmiany negatywnego postrzegania ich prywatyzacji. To oczywiście nie oznacza, że wszystkie placówki mają być organizacjami *non-profit*. O tym pisze się dziś mało, za to pojawiające się głosy o konieczności wpro-

nia faktu, że 88 proc. szpitali to placówki prywatne, prowadzone jako organizacje *non-profit*.

Czarna księga marnotrawstwa

Poziom rozwoju gospodarczego jest znacznie istotniejszym wyznacznikiem stanu zdrowia populacji niż poziom nakładów na opiekę zdrowotną – takim zdaniem rozpoczyna się dokument opublikowany przez Ministerstwo Finansów... w 1998 r. *Czarna księga marnotrawstwa w ochronie zdrowia*, która wywołała burzliwą dyskusję na temat ochrony zdrowia, jest dziś dokumentem zapomnianym



” W większości krajów UE szpitale dzieli się na 3 kategorie – publiczne, *for-profit* i *non-profit*. W Holandii np. pełną odpowiedzialność za system szpitalny i jego regulację ponosi państwo – co nie zmienia faktu, że 88 proc. szpitali to placówki prywatne, prowadzone jako organizacje *non-profit* ”

wadzenia możliwości *upadłości* szpitala publicznego w ewidentnie spiskowy sposób mogą zostać wykorzystane przeciwko idei prywatyzacji: upadłości, czyli przejęcia potężnego majątku za bezcen... Można w tym miejscu wspomnieć o Holandii, jedynym kraju europejskim, gdzie od 1971 r. działalność szpitali komercyjnych jest zakazana, a pełną odpowiedzialność za system szpitalny i jego regulację ponosi państwo – co nie zmie-

– a szkoda. Napisano tam zdanie, które brzmi dziś dziwnie świeżo: *finansujemy strukturę, która od lat była nastawiona na rozbudowę, zakupy sprzętu i wzrost zatrudnienia. Nikt (...) nie analizuje efektywności działania poszczególnych jednostek, a w każdym razie nie wyciąga wniosków z takich analiz, jeśli takowe są robione*. Ekspertki piszą o warunkach osiągnięcia sukcesu, wskazując na konieczność komercjalizacji i prywatyzacji. Tymczasem w Polsce jest kilka szpitali publicznych, które osiągnęły sukces bez komercjalizacji i bez prywatyzacji. Należy tu również podkreślić, że nie istnieje w Polsce żadna kompletna baza wiedzy o kosztach procedur medycznych przeprowadzanych w szpitalach; informacji na ten temat nie gromadzi w sposób kompleksowy żadna instytucja, w związku z czym niemal po 10 latach stwierdzenie o braku prowadzenia analiz efektywności działalności szpitali pozostaje aktualne.

Precyzja języka

Komunikacja to ważna umiejętność – odbieramy sygnały, analizując je w sposób dla siebie dostępny. Trudno oczekiwać, żeby nauczyciel czy prezes firmy spedycyjnej rozumiał prywatyzację inaczej niż klasycz-

„ Dyskusja o prywatyzacji szpitali w Polsce musi się charakteryzować klarownością i jednoznacznością treści, spójnością wewnętrzną stwierdzeń, wyraźną koncentracją tematyczno-problemów i czytelnością stanowiska ”



nie, czyli jako swoisty zwrot sektorowi prywatnemu własności państwowej. Język, jakim posługujemy się, mówiąc o zmianie funkcjonowania systemu lecznictwa stacjonarnego, powinien być jasny i ostro oddzielać pojęcie własności od formy organizacyjno-prawnej działalności. Reformą ochrony zdrowia zajęliśmy się pod koniec lat 90., nie podejmując poważniejszych dyskusji na temat funkcjonowania systemu szpitalnego, a Węgry już w 1990 r. w sposób klarowny wprowadzili możliwość prywatyzowania szpitali, wprost wskazując na 3 możliwości, wśród których pojawia się także własność prywatna.

W dyskusji o prywatyzacji szpitali w Polsce musi się pojawić kilka elementów, których dotychczas najwyraźniej brakuje:

- *klarowność i jednoznaczność treści* – mówmy o przekształceniu własności publicznej w prywatną, o zachowaniu własności publicznej pod kontrolą spółki czy o jakiegokolwiek formie przekazania własności publicznej w użytkowanie, nie mieszając tych aspektów w jednym;
- *spójność wewnętrzną stwierdzeń* – nie mieszajmy formy organizacyjno-prawnej z własnością, a komercjalizacji z prywatyzacją;

- *wyraźna koncentracja tematyczno-problemowa* – jakkolwiek rozumianej prywatyzacji nie wymaga każdy szpital w Polsce, a wstępne zapowiedzi pojawiające się ze strony rządowej mogą zachęcić szpoz-y do konsekwentnego zadłużania się – wszak przekształcenie szpitala publicznego w niepubliczny ma się odbywać na podstawie konsekwentnie realizowanego programu restrukturyzacyjnego za pośrednictwem... BGK;
- *czytelność stanowiska* – w większości krajów europejskich, wbrew powszechnym opiniom, większość łóżek znajduje się w szpitalach publicznych: Włochy – 77 proc., Francja – 65 proc., Niemcy – 77 proc., Grecja – 70 proc. (oczywiście są też takie kraje, jak Belgia czy Cypr, gdzie większość łóżek szpitalnych znajduje się w prywatnych szpitalach, jednak są ewidentnym wyjątkiem);
- *kompetencyjność przejawiająca się w wyrażaniu sądów i opinii* – obecnie w ciągu czterech semestrów można się stać dyplomowanym menedżerem w systemie ochrony zdrowia; konieczne jest wykształcenie odpowiedniej kadry – może wprowadzenie systemu certyfikacji? O systemie ochrony zdrowia powinni wypowiadać się ludzie wszechstronnie go znający, mający praktyczną wiedzę, wsparci radami naukowców specjalizujących się w wybranych, wąskich dziedzinach zarówno medycyny, jak ekonomii.

Umiejętność komunikacji jest podstawą rozwoju i podstawą doskonalenia zastanego porządku; o zmianach w systemie ochrony zdrowia rozmawiajmy wspólnym językiem, posługując się jasno zdefiniowaną terminologią, zrozumiałą dla wszystkich uczestników dyskursu.

Kosmetyka nie pomoże

Komunikacja to ważna umiejętność – przekształcić szpoz w nzo, którego organem założycielskim jest np. spółka z o.o. mająca jednego udziałowca (jednostkę samorządu terytorialnego), można już dziś i jest wiele pozytywnych przykładów takich działań. Czy kosmetyczne zmiany możliwych, ale jednocześnie uciążliwych rozwiązań już istniejących (jaką w pewnym sensie jest projektowana zamiana ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) naprawią system opieki szpitalnej w Polsce? O projekcie zmiany ustawy o zoz-ach usłyszeliśmy 9 stycznia 2008 r. Mam wrażenie, że Polsce potrzebna jest jednolita, odrębna regulacja prawna dotycząca systemu opieki szpitalnej. Czerpiąc z dobrych i złych przykładów krajów europejskich, można taką regulację – ustawę przygotować na tyle sprawnie, żeby rok 2009 potraktować przełomowo i w rok 2010 wejść z nowym systemem opieki szpitalnej.

Autorka pełni funkcję Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Kontroli Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, była dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych.