

Nowe otwarcie minister Kopacz

Porządna przedwojenna szkoła



– Ta ewolucja – to rewolucja – tak w skrócie skomentować można nowe pomysły Ministerstwa Zdrowia na reformę ochrony zdrowia w Polsce. Resort zamierza zmienić definicję nazwy *publiczna służba zdrowia*. Dotychczas za *publiczny* uznawano zakład, którego organem założycielskim było państwo lub samorząd, broń Boże, podmiot prywatny. Według nowej definicji *publiczna* będzie placówka *realizująca istotne zadania publiczne*, niezależnie od tego, czy jej właścicielem jest państwo, czy prywatna osoba lub spółka. Prawdziwą bombą może się zaś okazać pomysł zmian w przepisach dotyczących refundacji.

Jeśli o uznaniu placówki za publiczną miałoby decydować to, czy ma ona kontrakt z publicznym płatnikiem, skończy się dyskusja, czy szpitale mają być państwowe czy prywatne, bo i tak wszystkie z czasem staną się w majestacie prawa *publiczne*. Zdaniem minister zdrowia Ewy Kopacz, wówczas dzielić się będą jedynie na dobre i złe. Kiedy zostaną wprowadzone nowe przepisy?

Szansa na kompromis jest, zwłaszcza że pomysł minister Kopacz nie jest niczym nowym: niemal identycznie sens słowa *publiczny* w ochronie zdrowia pojmowało prawo II Rzeczypospolitej, do której tradycji odwołuje się PiS. Politykom tej partii niewygodnie byłoby wetować to rozwiązanie, obalające praktykę wykształconą w PRL. Problemem jest to, że katastrofa, w której zginął prezydent Lech Kaczyński, skomplikowała sytuację. Plan pozostał ten sam – ale kiedy zostanie wprowadzony, nie wiadomo.

Pierwsze kroki

Ministerstwo Zdrowia zapowiadało przedstawienie pakietu reform w marcu, po czym kilkakrotnie termin ten był przesuwany. Ostatnia zapowiedź sprzed katastrofy mówiła o końcu kwietnia. Trudno oczekiwać, aby terminu tego dotrzymano, zwłaszcza że po 10 kwietnia Ewa Kopacz więcej czasu spędzała w prosekutorium w Moskwie niż w gmachu przy Miodowej.

Niewykluczone zatem, że propozycje dotyczące reformowania ochrony zdrowia pojawią się w czasie kampanii prezydenckiej. A będzie ona pełna odniesień do ostatniej prezydentury. Lech Kaczyński w sprawie ochrony zdrowia miał wiele do powiedzenia i prezentował jasne poglądy, sprowadzające się przede wszystkim do tego, iż mechanizmy rynkowe w opiece zdrowotnej oraz prywatyzacja ochrony zdrowia są groźne dla bezpieczeństwa Polaków, zaś zwiększenie publicznych nakładów na zdrowie jest koniecznością.

Podczas debaty *Dwa lata po białym szczyście*, zorganizowanej przez Kancelarię Prezydenta RP niespełna miesiąc przed feralnym 10 kwietnia, Lech Kaczyński podkreślał, że zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia powinno nastąpić w najbliższych latach. Zaznaczył wtedy jednocześnie, że od zwiększenia nakładów nie zwalnia wzrost długu publicznego. W sprawie mechanizmów rynkowych jego opinia była podobnie dobitna. – *Musimy sobie odpowiedzieć, czy zdrowie to też rynek. Taki sam jak bandel samochodami albo bandel gumą do żucia. Nie, to są zupełnie inne wartości* – mówił. I przyznał, że *średnio* podoba mu się to, iż istnieją całkowicie prywatne szpitale.

Te zdania z pewnością będą przypomniane minister i premierowi. Tymczasem Platforma Obywatelska nadal uważa, że należy dążyć do komercjalizacji placówek ochrony zdrowia. I jeśli jest mowa o podniesieniu składki na ubezpieczenie zdrowotne, to jedynie w kontekście światowego kryzysu i długu publicznego.



Fot. Dzięk

„ Pomysł minister Kopacz nie jest niczym nowym: niemal identycznie sens słowa *publiczny* w ochronie zdrowia pojmowało prawo II Rzeczypospolitej ”

Propozycje

Podczas tej samej debaty minister zdrowia Ewa Kopacz zapewniała, że pakiet propozycji jest oceniany przez Radę Gospodarczą. Nie zostały przedstawione żadne szczegóły; minister deklarowała, że po dwóch latach dysponuje analizami i *wie, co się dzieje w systemie*, a zatem *ma sposoby, żeby skrócić kolejki*.

Kiedy wypowiadała te słowa, w Ministerstwie Zdrowia urzędnicy w poszczególnych departamentach szlifowali założenia do nowych aktów prawnych. Plan działań wyglądał logicznie. Jak to określił wiceminister Jakub Szulc, najpierw trzeba się wziąć do reorganizacji świadczeniodawców, aby ich działania były efektywne, potem należałoby wprowadzić reformę płatnika, a na końcu zwiększyć ich liczbę.

Co się za tym kryje?

Jak się dowiadujemy, jednym z istotnych pomysłów było opracowanie ustawy o działalności leczniczej, która *de facto* miałaby zlikwidować archaiczny podział zakładów opieki zdrowotnej na publiczne i niepubliczne. Realizując ten pomysł, Ewa Kopacz uczyniłaby ukłon w stronę środowisk liberalnych, wprowadzając rzeczywistą równość zakładów.



fot. Dzik

„ Jakub Szulc: Wszystkie reformy, które kosztują, muszą być uzgadniane na szczeblu wyższym niż Ministerstwo Zdrowia ”

O co by w takiej ustawie chodziło? O inne zdefiniowanie publicznego podmiotu w ochronie zdrowia. Obecnie o tym, czy ZOZ jest publiczny, decyduje to, jaki podmiot go utworzył. Funkcjonowanie publicznej placówki jest skrupowane szczegółowymi przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ustawa ta stanowi też, że *ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione jest celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością.* To ten przepis powoduje, że placówka może się zadłużać w nieskończoność.

Długi, czyli niewiadoma

Podmioty, takie jak fundacja, osoba prawna lub fizyczna, mogą założyć zakład niepubliczny. Ten traktowany jest jak przedsiębiorstwo. Może łatwiej przystosować się do zmieniających się warunków finansowania usług zdrowotnych, obciążać pacjenta opłatami, ale jest także płatnikiem podatku dochodowego (CIT). I może zbankrutować ze względu na zadłużenie.

Ministerstwo Zdrowia analizuje, czy warto wrócić do przedwojennego rozwiązania, w którym podmiot



fot. Kamil Broszko/Agencja Gazeta

tworzący nie miał większego znaczenia w rozróżnieniu na publiczny – niepubliczny. Istotne było to, czy dana placówka realizowała odpowiednie zadania publiczne. Przedwojenne prawo zwalniało placówkę wykonującą zadania publiczne z podatków i innych danin na cele państwowe oraz samorządowe. Czy takie rozwiązanie chce zaproponować Ministerstwo Zdrowia? Nie wiadomo.

Finanse

Jeśli tak, to ze świadomością niepowodzenia. Nawet jeśli urzędnicy spoglądają w stronę przedwojennych rozwiązań, muszą brać pod uwagę obecną sytuację ekonomiczną Polski i opinię ministra finansów. – *Wszystkie reformy, które kosztują, muszą być uzgadniane na szczeblu wyższym niż Ministerstwo Zdrowia* – podkreślał na początku kwietnia wiceminister zdrowia Jakub Szulc.

Trudno uwierzyć, by minister finansów przyklasnął pomysłowi zwolnienia placówek medycznych z CIT, podatków lokalnych i VAT.

Skąd więc pieniądze? Być może z ubezpieczeń dodatkowych.



„ Częścią pakietu zmian musi być nowelizacja prawa dotyczącego rejestracji, dystrybucji i refundacji leków ”

– Tak, ale jakie ubezpieczenia? – pytał Szulc. – Albo komplementarne, czyli na świadczenia, które nie są finansowane z funduszy publicznych, albo substytucyjne, czyli od niewydolności systemu. I opowiedział się za tymi drugimi. Należy się zatem spodziewać, iż Ministerstwo Zdrowia zaproponuje, by skrócenie czasu oczekiwania na zabieg było możliwe dzięki wniesieniu opłaty. Pytanie, jakie mechanizmy zostaną wprowadzone, by placówki medyczne zbyt szybko nie tworzyły długich list oczekujących na świadczenia, licząc na pieniądze z kieszeni pacjenta czy jego polisy ubezpieczeniowej.



foto: Radek Pasternik/Fotorepa

Adam Koziarkiewicz

ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia

Nie ma sensu debatować nad tym, jak zdefiniować pojęcie zakładu ochrony zdrowia publiczny czy niepubliczny. W polskim prawie mamy termin *zadanie publiczne*, i nasze prawo dopuszcza już możliwość, by zadania publiczne wykonywały podmioty prywatne. Należy po prostu skasować anachroniczne definicje publicznych i niepublicznych zakładów zdrowotnych. Leży to w interesie zarówno tych pierwszych, jak i drugich, o pacjencie nie wspominając. Obecnie istnieje szkodliwa sytuacja, w której na tym samym rynku działają dwa rodzaje podmiotów. Każdy z nich podlega różnego rodzaju przepisom i zamiast wykorzystywać w pełni atuty, jakie daje rynek i wsparcie państwa jednocześnie, co rusz napotyka na bariery, jak w przysłowiu *co wolno wojewodzie, to nie tobie...* Szkodzi to zarówno pacjentom, jak i samym podmiotom, przede wszystkim publicznym. Gdybym zarządzał zakładami publicznymi, dążyłbym do zmiany obecnych zapisów i uznania ich za niekonstytucyjne, bo hamują rozwój uniemożliwiając wykonywanie świadczeń ponadkontraktowych, skazując na rolę petenta.

Wszystko to można skasować, jeżeli zrezygnujemy z zapisów dzielących w sposób nieprecyzyjny zakłady na państwowe i publiczne. W dziedzinie zdrowia, tak jak w innych dziedzinach w Polsce, powinno w pełni zacząć funkcjonować pojęcie *zadania publicznego*. Kontrakt na jego realizację przypaść powinien firmie najlepszej, niezależnie od formy własności. Żadna firma, także publiczna, nie może być przy tym dyskryminowana zakazem dorabiania.

I przy takim rozwiązaniu opozycja skwapliwie przypomni słowa prezydenta, iż status majątkowy nie powinien decydować o dostępie do świadczeń.



fot. Paweł Kozioł/Agencja Gazeta

Władysław Sidorowicz

b. minister zdrowia, senator PO

Zwolennikom dzielenia szpitali na prywatne i publiczne zadedykowałbym cytaty z Deng Xiaopinga, marksisty, któremu udało się przełamać lata biedy i dysfunkcji gospodarki chińskiej: *nieważne, czy kot jest czarny, czy biały, ważne, by łowił myszy*. To samo dotyczy ochrony zdrowia, szpitala. Nie ma znaczenia czy jest prywatny, czy publiczny, ważne, by leczył dobrze i efektywnie pod względem finansowym.

Kluczowym i wymagającym największej ochrony państwa elementem systemu ochrony zdrowia jest pacjent. Z jego punktu widzenia zupełnie nie ma znaczenia forma własności placówki medycznej. Ważna jest jakość, cena i dostępność świadczenia. Za tym tokiem rozumowania powinna iść polityka państwa – ani nie premiować, ani nie dyskryminować placówek medycznych za formę własności, a pilnować, by działały efektywnie, jak najlepiej z punktu widzenia pacjenta. Państwo powinno mieć dobry aparat kontroli nad placówkami medycznymi realizującymi zadania publiczne, sprawniejszy niż obecne instytucje. I nie zakładać z góry, że prywatne okażą się lepsze niż państwowe, albo na odwrót. Potrzebna jest konkretna i niezatłagana debata na ten temat. Celowo użyłem słowa niezatłagana, bo ta, którą toczymy dzisiaj, jest właśnie zatłagana. Kryteria podziału są niejasne i celowo zaciemniane. Weźmy np. szpitale publiczne, które przekształciły się w spółki handlowe, w całości kontrolowane przez władzę samorządową, a więc publiczną, państwową. Placówkę taką nazywamy „niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej”. Dlaczego niepublicznym, skoro kontroluje go władza? Zamiast mnożyć podobne konstrukcje prawne, i toczyć spory o słowa i kruczki prawne, kto jest publiczny, kto niepubliczny, trzeba się skupić na tym, jak konkretny szpital wykonuje robotę, zadanie, kontrakt z płatnikiem. Premiować tych, którzy z tych zadań wywiązują się dobrze, niezależnie od formy własności.

Szpitala kliniczne

Jednostki prowadzone przez uczelnie medyczne to źródło wielkich kłopotów zarówno dla płatnika, jak i co najmniej trzech ministrów (zdrowia, finansów i nauki). Nie jest tajemnicą, że funkcjonują w nich mechanizmy niejako wymuszające patologizację. Takim jest np. struktura organizacyjna i zarządzania szpitala klinicznego: dyrektor, który podlega rektorowi i senatowi uczelni, a *de facto* swoim podwładnym ordynatorom i kierownikom klinik (członkom senatu uczelni). Niezbyt szczęśliwy podział zadań między płatnikiem (leczenie) i Ministerstwem Nauki (kształcenie) powoduje istną magmę finansową. I nic dziwnego, że dwie trzecie szpitali klinicznych ma bardzo duże zadłużenie (w sumie na niespełna 30 placówek przypada ponad 1,5 mld zł długu!).

Dlatego w pakiecie nowego otwarcia ma znaleźć się ustawa poświęcona szpitalom klinicznym. Ewa Kopacz chciałaby za jej pomocą zrationalizować pracę szpitali klinicznych w taki sposób, by 80 proc. wykonywanych w nich świadczeń dotyczyło leczenia skomplikowanych

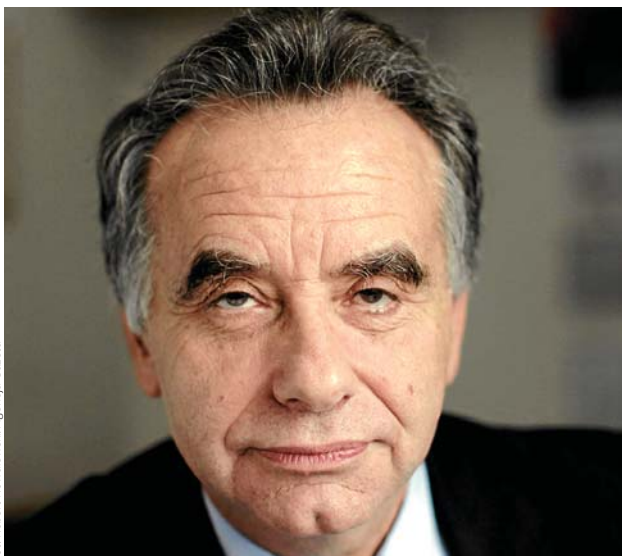
schorzeń, zaś proste zadania powinny być powierzone szpitalom niższego poziomu referencyjnego.

Bomba w lekach

Częścią pakietu musi być nowelizacja prawa dotyczącego rejestracji, dystrybucji i refundacji leków. Prawdopodobnie w tej noweli znajdują się przepisy niesłychanie kontrowersyjne: jak choćby podatek od dochodu ze sprzedaży leków refundowanych mający zasilać Agencję Oceny Technologii Medycznych. Albo ujednocnienie cen leków refundowanych w każdej aptece w Polsce. Albo system płacenia przez państwo tylko za te terapie (chodzi o wysokokosztowe terapie nowymi lekami), które zakończyły się korzystnym efektem terapeutycznym. Na razie resort milczy i próbuje uciąć wszelkie spekulacje, ale rewolucyjność tych pomysłów nie wróży powodzenia. I wciąż nie wiadomo, czy Ministerstwo Zdrowia w ogóle je przedstawi.

Polityka

Wraz z tragiczną śmiercią prezydenta PO straciła wygodne usprawiedliwienie na zastój w reformowaniu



prof. Krzysztof Opolski

ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia
Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu
Warszawskiego

Podział szpitali na prywatne i publiczne, debata o tym, co wolno jednym, co drugim, mnożenie aktów prawnych regulujących ten temat – to rodzaj zasłony dymnej, która rozsuwa się nad prawdziwymi problemami polskiego systemu ochrony zdrowia – dostępnością do świadczeń, efektywnością. Szczególnie niepokoi mnie deba-

towanie nad kolejnymi regulacjami w tym zakresie. W zasadzie odpowiednie regulacje prawne już istnieją i dotyczą zasad regulujących tzw. partnerstwo publiczno-prywatne. W jego ramach, np. poprzez kontrakty z NFZ, już dziś szpitale i placówki prywatne realizują to, co jest misją publiczną finansowaną ze środków państwowego płatnika.

Kłopot w tym, że większość polityków i decydentów do spraw partnerstwa publiczno-prywatnego podchodzi *jak do jeża*. Wszędzie tam, gdzie istnieją interesy na styku państwo – prywatny biznes, pojawia się w polskich warunkach podejrzliwość, szczególnie kontrola, prawdziwe lub wydumane zarzuty, np. o wyprzedży majątku narodowego, premiowaniu biznesowych kumpi – stąd zupełnie niepotrzebny strach. Przecież do interesów na styku państwowego i prywatnego biznesu już dziś dochodzi w szpitalach publicznych, i nadal dochodzić będzie. Zawierają one przecież umowy z prywatnymi firmami farmaceutycznymi, handlującymi sprzętem medycznym, firmami sprzątającymi itp. Trzeba w końcu zauważyć, że w polskiej ochronie zdrowia działalności bez współpracy z firmami prywatnymi prowadzić nie można. Trzeba więc starać się tę współpracę ułożyć jak najlepiej, najbardziej pragmatycznie, tj. bez przyjmowania dogmatu, że jakkolwiek forma własności lepiej zabezpiecza interesy pacjenta i wypełnianie misji państwa w polityce zdrowotnej.

systemu ochrony zdrowia. Już nie da się zrzucić odpowiedzialności na głowę państwa, która zawetowała ustawy.

Niezależnie od uwarunkowań politycznych nie można się oprzeć wrażeniu, iż ekipa pracująca przy Miodowej nadal nie wie, jak usprawnić system. Dotychczas zgłaszane pomysły nie były poparte rzetelnymi analizami i wskazaniem potencjalnych zagrożeń. Polityka zdrowotna prowadzona przez rząd przypomina działanie strażaka gaszącego pożar. Nie napawa optymizmem nieustanne przesuwanie terminu zaprezentowania ostatecznych założeń „nowego otwarcia”. Po dwóch latach należałoby oczekiwać merytorycznej debaty o skutkach proponowanych rozwiązań. Kiedy jednak Jakub Szulc mówił podczas kwietniowej debaty *Przyszłość ochrony zdrowia w Polsce* w gronie osób zajmujących się profesjonalnie systemem ochrony zdrowia, iż w ostatnim dziesięcioleciu nakłady publiczne wzrosły kilkakrotnie, wyglądało to na zaczarowywanie rzeczywistości i kontynuowanie żonglowania hasłami. Mówił to przecież m.in. preze-

sowi CASE Andrzejowi Cyliwowski, który razem ze współautorami *Zielonej księgi* wyliczał realne koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ten wzrost nakładów został przecież skonsumowany m.in. wyższymi (słusznie) płacami pracowników medycznych, wyższymi od wzrostu cen w gospodarce cenami leków i aparatury medycznej, większą konsumpcją leków przez starzejącą się populację itp.

Po tylu zapowiedziach jakiś pakiet nowego otwarcia będzie musiał być zaprezentowany, zwłaszcza że ochrona zdrowia to wdzięczny temat każdej kampanii przedwyborczej. Trzeba będzie coś pokazać wyborcom. Ciekawe jednak, czy w całości, czy tylko w skróconej, propagandowej wersji, przygotowanej na użytek niezwyklej w tym roku kampanii prezydenckiej. Jeśli będzie to drugi wariant, pozostanie czekać na jego praktyczne rozwinięcie w pracy parlamentarnej po wyborach prezydenckich, a przed wyborami samorządowymi i parlamentarnymi. Będzie gorąco.

Pola Dychalska