

Strach przed prywatyzacją

# Żelazne wilki

Z pojęciem prywatyzacji w naszym systemie opieki zdrowotnej jest jak z bajką o żelaznym wilku, doprawioną odrobiną horroru. Politycy zarówno z lewa, jak i z prawa przedstawiają ją w kontekście odebrania społeczeństwu prawa do równości w dostępie do usług zdrowotnych. Wystarczy tylko przypomnieć słynne spoty wyborcze PiS przedstawiające sytuację odmowy wysłania do nieubezpieczonego chorego karetki pogotowia.



Jednym z największych problemów naszego kraju jest – mówiąc eufemistycznie – mało zadowalający poziom opieki zdrowotnej. Wynika on ze złej organizacji systemu, braku profesjonalistów medycznych mogących świadczyć usługi, ze zbyt małych funduszy przekazywanych na jego działalność oraz złej ich dystrybucji. Zadziwiające jest to, że nie toczy się żaden spór między partiami dotyczący wysokości nakładów na opie-

kę zdrowotną. Nikt nie dyskutuje nad tym, że ograniczanie nakładów na ten cel jest naruszaniem praw obywatelskich wynikających z konstytucji RP czy też że ograniczenia te mnożą wydatki Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz zmniejszają możliwości rozwojowe gospodarki. Czy świadczy to o politycznej zmo-wie, czy o braku elementarnej wiedzy polityków – nie mam pojęcia. Gorzej, że zamiast ścierać się politycznie o wielkość funduszy, jakie państwo powinno zapewnić, by zagwarantować godną opiekę zdrowotną obywatelom, polityczna młócka dotyczy tematów pobocznych, w tym form organizacyjnych podmiotów leczniczych. Tematem, który zarówno w polityce krajowej, jak i lokalnej zajmuje najwięcej miejsca, jest potencjalna prywatyzacja publicznych zakładów.

## Strachy na Lachy

Prywatyzacja podmiotów leczniczych dla wielu polityków stała się narzędziem do straszenia społec-

czeństwa. Jest dla mnie rzeczą oczywistą, że czynią to nie z uwagi na przekonanie do swoich racji, ale przede wszystkim po to, żeby się różnić od swoich przeciwników politycznych. Dlatego głównym wrogiem prywatyzacji jest opozycja, zarzucająca jednocześnie rządzącym, że mają zakusy prywatyzacyjne. I śmieszno, i straszno – jak mówią Rosjanie. W żadnym z oficjalnych dokumentów programowych, a tym bardziej w żadnej decyzji rządu nie widać jakichkolwiek tendencji prywatyzacyjnych, bo przecież komercjalizacja nie jest prywatyzacją. Rządzący dali się ustawić w roli sprzedającego srebra rodowe, mimo że jedynym argumentem, jaki można było wytoczyć, były niezborne wypowiedzi Beaty Sawickiej o „kręceniu lodów” adresowane do „agenta Tomka”. Ale opozycji to wystarczyło. Prawo i Sprawiedliwość sprowadziło pojęcie prywatyzacji podmiotów leczniczych do zamachu na życie i zdrowie Polaków oraz lewych interesów. Z PiS dyskutował nie będę, ponieważ niektóre argumenty tej partii nie pozwalają na racjonalną dyskusję. Bardziej dziwi socjalny aspekt zarzutów SLD, reklamującego się jako „partia proeuropejska”. Przedstawia on procesy prywatyzacyjne jako prowadzące do zróżnicowania społeczeństwa i ograniczenia dostępności świadczeń. Ale przecież w większości krajów „socjalnej” Europy dominują prywatne podmioty lecznicze.

### Nieprywatyzacja

Całkowicie załamuje nieumiejętność argumentowania rządzących. Politycy koalicji PO-PSL, którzy potrafili wszystkim wytłumaczyć, że przewłaszczenie pieniędzy z OFE nie tylko jest zgodne z umowami społecznymi, ale przede wszystkim jest korzystne dla każdego z nas, nie są w stanie wyjaśnić, że natura organizacyjna podmiotów leczniczych ma się nijak do dostępności usług, a forsowanie przez nich komercjalizacji nie ma żadnych powiązań intencyjnych z prywatyzacją. Jedynym wytłumaczeniem jest to, że sami reprezentują poziom opozycji. Przecież komercjalizacji także nie przeprowadzano dlatego, by poprawić poziom świadczeń zdrowotnych, ale by nie być zmuszonym do zwiększenia nakładów na system opieki zdrowotnej. Skomercjalizowane podmioty lecznicze miały gospodarować bardziej efektywnie, a ich ewentualne zadłużenie miało przestać być problemem państwa, obciążając tworzące je samorządy. To samo, na podstawie ustawy o działalności leczniczej, miało dotyczyć SPZOZ-ów, które nie chciały się przekształcać.

Nikt z polityków nie myśli o przekształcaniach i zmianach w systemie opieki zdrowotnej jako o sposobie na poprawę systemu, by zaczął on spełniać oczekiwania Polaków. Rządzący główkują, jak zaoszczędzić, opozycja – jak dolożyć rządzącym. Społeczeństwo i dyrygujące nim media dają się wodzić za nos. A przecież rzeczywistość jest zupełnie inna.

### Nowe podmioty prywatne

Gdybyśmy zapytali tzw. reprezentatywnego Polaka korzystającego z usług lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty, stomatologa czy rehabilitanta, czy zdaje sobie sprawę, że najprawdopodobniej leczy się w podmiocie prywatnym – być może byłby nieco skonfundowany. A przecież jest niezaprzeczalne, że te usługi zdrowotne są już w tej chwili zdominowane przez firmy prywatne. Wiele z nich utworzono na gruzach zakładów publicznych, część po rezygnacji podmiotów publicznych z oferowania określonych świadczeń, jeszcze inne



Fot. 123RF

„Jednym z największych problemów naszego kraju jest – mówiąc eufemistycznie – mało zadowalający poziom opieki zdrowotnej”

powstały zupełnie na nowo, konkurując z istniejącymi podmiotami. Nieco rzadziej, ale także nie incydentalnie, dotyczy to leczenia szpitalnego. Czy hospitalizowani w placówkach grup EMC lub Nowy Szpital zauważają różnice na niekorzyść, porównując jakość świadczeń obecnie i w czasie, gdy były to szpitale publiczne? Wystarczy spojrzeć na prezentacje, którymi chwala się właściciele prywatnych placówek, by zobaczyć, że regułą są inwestycje zmieniające wcześniejsze niemalże lazarety w rozświetlone, kolorowe budynki. Wiadomo, jak to jest z prezentacjami, ale prawdą też jest, że znakomita większość nowych właścicieli nie tylko wzbogaca ofertę usług (a nie zawęża), nie tylko inwestuje w sprzęt, lecz także na potęgę modernizuje infrastrukturę.

### Prywatne tuczy

Jest rzeczą niezaprzeczalną, że głęboka i trwała prywatyzacja dużej części lecznictwa ambulatoryjnego

dźwignęła je na znacznie wyższy poziom infrastrukturalny. Także powiązanie właścicieli prywatnych podmiotów, najczęściej lekarzy, ze swoimi firmami powoduje, że dbają oni o ich interes znacznie bardziej niż lekarze w zakładach publicznych. A owa dbałość w oczywisty sposób przekłada się na dbałość o klienta.

Jest także oczywiste, że w podmiotach prywatnych najważniejszy jest interes właściciela, który stara się maksymalizować zysk. Ale jeżeli najważniejszym argumentem mogącym ten zysk zwiększyć jest przewaga nad konkurentami, to nic dziwnego, że podmioty te starają się dbać o jakość usług w najszerzym tego słowa znaczeniu. Stoi to w potężnej opozycji do publicznych zakładów opieki zdrowotnej, głównie SPZOZ-ów, ale też znacznej części spółek samorządowych, w których najważniejszy jest interes pracowników i spokój społeczny.

### Komercjalizacja i prywatyzacja

Niewiarygodne jest, jak politycy świadomie czy nieświadomie mieszają pojęcia komercjalizacji i prywatyzacji. Jak pisałem – jeśli chodzi o PiS, retoryka i argumentacja tej partii nie daje pola do racjonalnej dyskusji. W wypadku SLD, niestety również Marka Balickiego, trudno nie zauważyć instrumentalizacji argumentów, ale też sporej dawki cynizmu politycznego. Przecież to SdRP (poprzednik SLD) w latach 90. XX w. przeprowadziła masową komercjalizację przedsiębiorstw państwowych, przekształcając je w spółki Skarbu Państwa. Wtedy socjaldemokraci argumentowali to wzrostem efektywności gospodarczej. Teraz lękają się, że takie efektywniejsze podmioty doprowadzą do nierówności społecznych. A czy przypadkiem restrukturyzujące się wtedy spółki nie zaczęły masowo zwalniać nadwyżki zatrudnionych, co było regułą w przedsiębiorstwach państwowych? Czy dzięki temu nie zaczęły działać lepiej i taniej?

W wypadku komercjalizowanych SPZOZ-ów takie też było założenie rządzących. Zafiksowanym na punkcie uszczelniania systemu politykom wydawało się, że przekształcenie w spółki sprawi, że będzie można ten system utrzymać na akceptowalnym przez społeczeństwo poziomie, jednocześnie nie podwyższając, a zwłaszcza nie upowszechniając składki zdrowotnej. Poddając nowe podmioty rygorom kodeksu spółek handlowych i przerzucając na organy właścicielskie odpowiedzialność za ich trwanie, mieli wrażenie, że zrzucają z siebie najważniejsze problemy systemu.

### Święty Graal

Tymczasem problem pozostał. Komercjalizacja nie okazała się Świętym Graalem – samo przekształcenie nie gwarantowało sukcesu. W wypadku niektórych nowo utworzonych spółek, które miały niezłe umowy z NFZ, dobrą kadrę zarządczą, a także wystarczająco zdeterminowane organy właścicielskie, najczęściej



foto: 123RF

starostwa, które pozwalały na prawdziwą restrukturyzację – zdarzało się, że komercjalizacja kończyła się sukcesem. Często jednak komercjalizacja służyła jedynie czasowemu oddłużeniu podmiotu, najczęściej szpitala, na podstawie kolejnych planów rządowych. Ponieważ w nowo powołanej spółce nie przeprowadzano zmian, zadłużenie powracało, a wraz z nim ryzyko postawienia spółki w stan upadłości. Było to tym bardziej prawdopodobne w spółkach, którym starostwa nie przekazywały majątku, a przez to posiadającym niższy kapitał założycielski.

Zrealizowany tylko częściowo projekt masowej komercjalizacji pokazał, że król jest nagi. Ponieważ nie można dać wszystkim superkontraktów z NFZ, nie wszędzie mogą być świetni zarządcy, nie każdy starosta zaryzykuje zwolnienie 15 proc. załogi czy wydzielenie do obcych podmiotów istotnych części szpitala – w wielu przypadkach komercjalizacja się nie udała. Albo już po fakcie, kiedy nowo powołane spółki wpadły zaraz w kłopoty, albo jeszcze przed, bo samorządy, patrząc na problemy innych, z komercjalizacji zrezygnowały. Najzabawniejsze jest to, że sam rząd pomógł im uniknąć konsekwencji niekomercjalizowania zakładów, pozwalając zaksięgować wszystkie

„Nikt nie dyskutuje nad tym, że ograniczanie nakładów na system opieki zdrowotnej jest naruszaniem praw obywatelskich wprost wynikających z konstytucji RP”

„Jest rzeczą niezaprzeczalną, że głęboka i trwała prywatyzacja dużej części lecznictwa ambulatoryjnego dźwignęła je na znacznie wyższy poziom infrastrukturalny”

poręczenia czy wpłaty na fundusz założycielski jako pozostałe przychody operacyjne, a przez to drastycznie poprawić wyniki wielu SPZOZ-ów za rok 2012 i 2013. Tylko po co w takim razie wpisano restrykcje w postaci konieczności pokrywania strat SPZOZ-ów przez ich organy założycielskie w ustawie o działalności leczniczej?

Wygląda na to, że polityka przymusowej komercjalizacji jest stosowana zarówno przez rząd, jak i samorządy, zgodnie z zasadą „chciałabym, ale się boję”. Tyle że nie jest to żadne rozwiązanie.

### Jak żyć

Następstwem tej nieco schizofrenicznej postawy Ministerstwa Zdrowia i organów samorządowych jest poszukiwanie rozwiązań lepszych niż proponowane. Zarówno w wypadku tonących w długach SPZOZ-ów, których niektóre samorządy nie były w stanie z uwagi na obostrzenia ustawowe przekształcić w spółki, jak i wcześniej utworzonych spółek, niemogących zapewnić trwałości swojej działalności, kołem ratunkowym zaczęła się okazywać ponownie... prywatyzacja.

Podobnie jak dokonana czy niedokonana komercjalizacja, prywatyzacja rzadko była działaniem celowym,

zmierzającym do poprawy funkcjonowania zakładu. To najczęściej bywało niezamierzonym przez poprzedniego właściciela dziełem już nowego. Poprzedniemu właścicielowi zazwyczaj chodziło po prostu o pieniądze. Dla jednych samorządów wymogi programów rządowych były za wysokie bądź profity z tych programów niewystarczające, w przypadku innych samorządów utrzymywanie nierentownych spółek zagrażało budżetowi. Dlatego prywatyzacja większości szpitali w ostatnich latach była po prostu wyborem ratunkowej dla właścicieli lub organów założycielskich. Nie ma się co dziwić, że znakomitą część tych samorządów stanowiły powiaty. Są one przecież właścicielami lub organami założycielskimi większości najsłabszych finansowo szpitali w systemie.

### Prywatyzacja żywiolowa

Prywatyzacja wszelkich podmiotów leczniczych: szpitali, poradni, samodzielnych pracowni itp., niesie ze sobą jedno duże zagrożenie. Jest nim brak sterowności ciągle rozrastającej się sieci usług. Forowana od przeszło dziesięciu lat idea stworzenia sieci usługodawców nie jest pseudosocjalistycznym pomysłem. Mało tego – w najbardziej liberalnych gospodarkach organizacje korporacyjne dbają, by nie wchodzić sobie zbyt w szkodę. W USA czy w Kanadzie nie można otworzyć praktyki lekarskiej, jeżeli nie zniknie z rynku inna. Tylko w niewielkiej grupie krajów pozwala się na żywiolową konkurencję, dopuszczającą istnienie nieskończonej liczby podmiotów. Ograniczenia rynku wprowadza się z kilku powodów. Podmioty lecznicze mają taki wpływ na rynek poprzez asymetrię informacji, że mogą w sposób niemal nieograniczony kreować popyt na swoje usługi. Żadne państwo nie jest w stanie utrzymać takiej organizacji z pieniędzy publicznych. Równocześnie organizacje korporacyjne żywią słuszną obawę, że niekontrolowanie rynku mogłoby doprowadzić do zbyt niskiego spadku cen usług. Wspólny interes obu interesariuszy powoduje, że najczęściej rynek ten jest po prostu w ten czy inny sposób regulowany.

Żywiolowa prywatyzacja podmiotów leczniczych przed utworzeniem racjonalnej sieci świadczeniodawców może spowodować, że próba uporządkowania rynku wywoła masowy protest tych, którzy zainwestowali w utworzenie i unowocześnienie swoich firm. Zwłaszcza że można się spodziewać całkowicie nieuzasadnionego preferowania podmiotów publicznych (choć całkowicie uzasadnionego politycznie) przy tworzeniu sieci. Widać to już zresztą w najnowszych założeniach ustawowych. Zresztą nieważne, kto z tej sieci wypadnie. Czy to będzie podmiot publiczny, czy prywatny, będzie to przyczyną całkowicie „niezależnego” protestu pacjentów korzystających z usług poradni, pracowni czy oddziału szpitalnego. Oczywiście żaden z pracowników tych podmiotów nie będzie miał z tym nic wspólnego.

Drugim istotnym problemem jest to, że obecny sposób finansowania świadczeń doprowadził do asymetrii w dostępie do określonych usług zdrowotnych. Żywiolowo rozwinęły się usługi dobrze lub bardzo dobrze finansowane przez fundusz, a słabo – źle finansowane. Ponadto mnożenie się podmiotów zaostrzyło problem deficytu profesjonalistów medycznych, którzy powszechnie pracują w kilku ośrodkach, aby umożliwić im uzyskanie kontraktu z publicznym płatnikiem.

Na koniec – finansowanie przez publicznego płatnika istniejących zakładów doprowadziło to tego, że na zasadzie krótkiej koldry na jedne rodzaje usług przeznaczane są wielkie kwoty, a na inne dramatycznie brakuje pieniędzy. Każda próba redystrybucji tych funduszy wywoła oczywiście protesty. Jeden już się zresztą szykuje – kardiologów – w związku z potrzebą znalezienia pod koldrą pieniędzy na sfinansowanie pakietu onkologicznego.

„Po raz kolejny na politycznych i medialnych salonach będzie się tłukło temat prywatyzacji albo gabinetów lekarskich w szkołach, czyli mówiło w zasadzie o niczym”

### Holandia – publiczna służba zdrowia w prywatnych rękach

O tym, że nie natura płatnika i udzielającego usług zdrowotnych świadczy o jakości powszechnej opieki zdrowotnej, przekonuje system stworzony w Holandii. Nie ma systemu idealnego, także do holenderskiego są różne zastrzeżenia, ale powszechnie jest on uznawany za jeden z najlepszych w Europie. Bardzo upraszczając – składa się on z prywatnych płatników i prywatnych usługodawców. Różni go jednak od systemu polskiego niemal wszystko. Najbardziej dwie rzeczy: organizacja i nakłady. System holenderski działa w bardzo ścisłych regulacjach opracowanych przez agendy państwowe, w których niewiele jest miejsca na improwizację płatników i usługodawców. Mechanizmy rynkowe nie dotyczą zwiększania obrotów np. poprzez mnożenie usług, ale przez podnoszenie ich jakości i racjonalizację kosztów. Druga różnica jest tak prosta, że aż banalna. Nakłady publiczne *per capita* na opiekę zdrowotną są tam mniej więcej cztery razy większe niż w Polsce. To powoduje, że pomimo wszelkich wygibasów nie mamy szans na zbudowanie konkurencyjnego systemu.

### Prywatyzacja jako narzędzie do budowy racjonalnego systemu

Jest oczywiste, że istnieją świetnie zarządzane szpitale publiczne, dysponujące lukratywnymi lub chociaż niezłymi kontraktami z NFZ i niemające potrzeby przekształcania się. Mimo to można przypuszczać, że racjonalnie sprywatyzowane działałyby jeszcze lepiej. Widać to po już sprywatyzowanych jednostkach, które w znakomitej większości funkcjonują lepiej niż wcześniej. Wspominani Holendrzy, tworząc nowy system, prywatyzację swoich jednostek przeprowadzili obligatoryjnie. Aby jednak miało to jakikolwiek sens, trzeba przeprowadzić wiele prac pozwalających na udoskonalenie funkcji płatnika usług zdrowotnych, zmapowanie potrzeb zdrowotnych, stworzenie docelowej sieci usługodawców i wiele, wiele innych. W Holandii prace studyjne nad dopracowaną postacią systemu trwały ok. 10 lat i wprowadzone rozwiązania przewidywały znaczną część ryzyk, które mogły się pojawić.

### Lenistwo naszych elit i jego następstwa

Polska to Polska. Nasz system opieki zdrowotnej oparty na ubezpieczeniach wprowadzono na hurra. W 1997 r. przegłosowano ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W połowie 1998 r. populistycznie ją zmieniono, ograniczając na dodatek wysokość składki zdrowotnej. Zaczęła działać od 1 stycznia 1999 r. Nowo usamodzielnione zakłady opieki zdrowotnej oddano nowo powstałym organom samorządowym (z wyjątkiem gmin), a finansowały je nowo powstałe kasy chorych. Kiedy się okazało, że system działa źle, na chybcika zmieniono kasy chorych w NFZ, pisząc ustawę, która już po roku została obalona przez Trybunał Konstytucyjny. O tym, że komercjalizacja nie mają na celu poprawy jakości usług (choć często się ona dokonuje), lecz oddłużenie podmiotów i przerzucenie odpowiedzialności na ich organy właścicielskie, pisałem wyżej. W tej chwili trwają zażarte prace nad pakietem antykolejkowym. A może by tak powiedzieć: STOP, panowie.

Nasz system wymaga naprawy. Trzeba przemyśleć jego konstrukcję. Bezwzględnie zwiększyć nakłady publiczne, choćby poprzez upowszechnienie składki i objęcie nią także pracodawców, co jest zasadą w innych krajach. Monitorować liczbę podmiotów leczniczych i zakres ich usług, aby dostosować je do potrzeb epidemiologicznych. Położyć nacisk na kompleksowość usług, ale rozumianą nie jako wyposażenie pojedynczego zakładu, lecz zapewnienie pacjentowi całego procesu leczniczego, nie zaś pojedynczych procedur. To wszystko trzeba zrobić spokojnie i uzyskać dla tych rozwiązań konsensus społeczny. Nie poprzez niby-konsultacje, ale rzeczywiście. Jeżeli będziemy reformować nasz system w dotychczasowy sposób, nie osiągniemy nic.

Maciej Biardzki