

⁷ H. Fedorowicz, „Laboratoria do wzięcia” (w) „Med-info” nr 10/2005

⁸ H. Fedorowicz, „Laboratoria do wzięcia” (w) „Med-info” nr 10/2005

⁹ Treść raportu do pobrania ze strony <http://www.diagnoza.com/>.

¹⁰ Zob: <http://www.diagnoza.com/>

¹¹ A. Twardowska, „Marszałek mówi Stop przejmowaniu przychodni”

¹² L. Misiak, Platforma bierze szpitale (w) Gazeta Polska, 5 października 2008 r.

<http://www.czekajac-na-cud.blogspot.com/2007/10/nareszcie-rusza-prywatyzacja-suby.html>

¹³ WSA w Opolu wydał niedawno wyrok unieważniający prywatyzację szpitala w Kluczborku. Uzasadnieniem tej decyzji było stwierdzenie, że prywatyzacja jednego szpitala w powiecie nie zapewnia w pełni postulatu zawartego w Konstytucji, nawet jeśli właścicielem podmiotu jest samorząd. Cała zaś sprawa rozpoczęła się od likwidacji oddziału ratunkowego. Jej inicjator głosił, że „szpital ma się zajmować skutecznym leczeniem, a nie generowaniem zysków”. M. Świercz, Bezprawna likwidacja publicznego szpitala? (w) POLSKA Gazeta Opolska.

Zob. <http://opole.naszemiasto.pl/wydarzenia/869057.html>

¹⁴ http://www.pleszew.starostwo.gov.pl/pliki_do_pobrania/23/wydawnictwa/nzoz_szpital_pleszew.pdf

¹⁵ http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/27173,sprywatyzowane_po_reformie_szpitala_beda_uciekac_sie_do_hazardu_moralnego.html

¹⁶ R. Boruc, „Prywatne jest piękne” (w) Menedżer Zdrowia 3/2005.

¹⁷ P. Kawalec, Jak to się robi w Europie (w) Menedżer Zdrowia 3/2006.

¹⁸ http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly4405,co_druga_polska_rodzina_leczy_sie_prywatnie.html

¹⁹ A. Gwozdowska, Kto się boi prywatyzacji (w) Puls Medycyny Nr 23/2004. Raporty NIK obfitują w następujące sformułowania. „W 7 SPZOZ w wyniku zaniedbań i braku rzetelnego działania, w momencie przekształcenia w 1999 r. zakładów opieki zdrowotnej z jednostek budżetowych w samodzielne podmioty, nie doprowadzono do zmiany umów o pracę w celu zaprzestania wypłaty tzw. 13. pensji. Wskutek tego, poczynawszy od 2000 r., wystosowano roszczenia pracownicze o wypłatę 13. pensji w kwocie 10,1 mln zł (wraz z odsetkami). W SPZOZ w Płocku koszty z tytułu wypłaty 13. pensji wyniosły w badanym okresie ogółem 3.297 tys. zł. Ustalono, że były dyrektor Zespołu do września 2000 r. nie podjął żadnych działań mających na celu wypowiedzenie pracownikom dotychczasowych warunków pracy. Do czasu zakończenia kontroli NIK – SPZOZ nie wypowiedział jeszcze warunków umowy o pracę 19 pracownikom tej jednostki.”

Zob. <http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2004/n200401/n20040113>

²⁰ http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly_11263,sto_firm_medycznych_moze_zmienic_wlasciciela.html

²¹ http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/11263,sto_firm_medycznych_moze_zmienic_wlasciciela.html

²² <http://bip.zoz-opole.zeto.opole.pl/x.pro/ModArticles/ShowCategories/DzU-91-91-408>

²³ <http://www.rynekzdrowia.pl/Aktualnosci/Szpital-spolka-przekształcenie-nie-jest-prywatyzacja,1331.html>

²⁴ http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/27173,sprywatyzowane_po_reformie_szpitala_beda_uciekac_sie_do_hazardu_moralnego.html

Nowe STRATEGIE I ANALIZY

Dodatek do Biuletynu IP



Mateusz Żuk

Krytyczne uwagi na temat prywatyzacji służby zdrowia



Stosunkowo niewiele uwagi media poświęcają kwestiom zmian w służbie zdrowia. Inną sprawą jest to, czy w przypadku ustawy proponowanej przez PO można jeszcze mówić o służbie zdrowia. Wydaje się to raczej dążeniem do stworzenia kolejnej branży przemysłu i bardziej przypomina próbę destrukcji rodem z USA, niż program reformatorski.

W USA opiekę medyczną definiuje się jako Private Health Industry (ang. prywatny przemysł zdrowia oraz prywatna branża zdrowia). Pod nazwą tą kryje się określenie dla tej części gospodarki, która obejmuje ogół podmiotów zajmujących się świadczeniem usług medycznych oraz części usług kosmetycznych i pielęgnacyjnych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że jedyne istniejące tam ubezpieczeniami zdrowotnymi są ubezpieczenia prywatne. Funkcjonowanie takiego modelu finansowania ochrony zdrowia doprowadziło do sytuacji, której obawiają się krytycy proponowanych zmian w polskim resorcie zdrowia. Chodzi o ekskluzywność nawet najbardziej podstawowej opieki medycznej. Około 60% społeczeństwa amerykańskiego ma ograniczony dostęp do wszelkich świadczeń medycznych, lub nie ma go wcale. Przyczyną tego stanu rzeczy jest istnienie cenzusu majątkowego, który spowodował te ograniczenia. Z tej przyczyny ogromnym zainteresowaniem cieszą się w USA doroczne „pikniki medyczne”. W ich trakcie lekarze, pielęgniarki i sanitariusze z całego kraju świadczą bezpłatne usługi medyczne. Choć sensowność tych działań z moralnego punktu widzenia jest bezsporna, to jednak ich racjonalność pozostawia wiele do życzenia. Dlatego mimo dobrych chęci wolontariuszy, pojęcie „health industry” od dawna posiada pejoratywne znaczenie, natomiast wszelkie akcje tego typu postrzegane są jedynie jako próby wykazania „bublowatości” działań establishmentu (de)regulującego funkcjonowanie sektora opieki zdrowia jako dobra publicznego. Czy taki ma być efekt końcowy reformy służby zdrowia w Polsce? Czy tego chcą niby-reformatorzy? Czy to Polacy mają szukać zagranicą tańszych niż w kraju usług medycznych? Nie sądzę, aby im się to udało. To właśnie do Polski z całego świata przybywają „turyści medyczni”, w tym również Amerykanie, których tylko w 2006 roku „około pół miliona (...) wyjechało z USA w celach medycznych i zostawiło za granicą około 50 miliardów dolarów, czyli ponad dwukrotnie więcej niż na początku roku brakowało do kompletnego zreformowania służby zdrowia”¹.

Publiczne kontra prywatne

Misja, która przyświecała stworzeniu publicznej opieki medycznej, może zostać nagle i w bardzo prymitywny sposób zanegowana. Pisząc „prymitywna negacja” mam na myśli nieudolną próbę zakwestionowania istniejącej stanu rzeczy, ale bez podejmowania jakichkolwiek działań mających naprawić zło spowodowane przez wszelkie nieprawidłowości występujące w tym resorcie. A tych jest niemało. Co zatem należy zrobić, aby się pozbyć starych problemów i nie tworzyć przy okazji kolejnych?

Dla wielu rozwiązaniem jest zastąpienie publicznej służby zdrowia prywatną. Ale pierwszym i najczęściej popełnianym błędem jest pogląd, że powstanie prywatnej opieki

prowadzić do komercjalizacji i usunięcia z rynku podmiotów słabszych ekonomicznie. Tym samym powtarzamy istniejącą sytuację. Należy obawiać się również tego, aby po oddłużeniu placówki ponownie się nie zadłużyły. W momencie braku wsparcia ze strony rządu będzie to równoznaczne z likwidacją placówki, ponieważ zadłużenie prowadzi do sytuacji, że w którymś momencie szpitale te są przejmowane za długi i w efekcie trafiają w prywatne ręce, niestety w dużo gorszym stanie, z bardziej zdezastrowanym sprzętem i całą infrastrukturą, co może uniemożliwić prowadzenie placówki.

Druga z możliwości to przyjęcie do wiadomości, że szpitale oraz cała opieka medyczna nie mogą być przedsięwzięciem racjonalnym ekonomicznie w myśl praw klasyków teorii i jak chcieliby tego niektórzy z zasiadających na państwowych posadach. Społeczność lokalna nie może być pozbawiona dostępu do ich podstawowego prawa – do opieki medycznej.

Działania dotyczące przekształceń służby zdrowia nie mogą mieć charakteru odgórnego, co może doprowadzić do takiej samej katastrofy jak ta, której uczestnikami są mieszkańcy USA. Ich sytuacja wydaje się wręcz groteskowa, kiedy spostrzeże się, że mają oni opiekę zdrowotną na wyciągnięcie ręki. Problem w tym, że ich na nią nie stać. Dlatego należy w pełni popierać ideę przekształcenia i uspołecznienia placówek medycznych w takim wymiarze, w jaki są nią zainteresowane wspólnoty lokalne, nie pozbawiając ich jednak dostępu do centralnych źródeł finansowania. Taka alternatywa wydaje się być najbardziej rozsądnym rozwiązaniem, mogącym zniwelować dotychczasowe skutki reform systemu zdrowotnego.

Dodatkowym atutem tej formy uspołecznienia jest fakt, iż w ostatecznym rozrachunku i tak podatnicy poniosą koszty związane z prywatyzacją. Aby to zrozumieć posłużmy się przykładem zadłużonego szpitala, który zgodnie z proponowanymi zmianami mógłby zostać postawiony w stan upadłości. Jednak zanim zostanie przekształcony, ktoś (tu najczęściej powiat), musi zobowiązać się do spłat długów danego szpitala. Skąd będą pochodzić te środki? Odpowiedź jest nazbyt oczywista – z płaconych podatków. Zatem społeczność pozostaje z długiem, a właścicielem może być wciąż samorząd... albo prywatny przedsiębiorca. Jeśli przejmie go prywatny podmiot konsekwencje mogą być różne. Zaletą uspołecznienia natomiast fakt, że zakładom tego typu trudno jest prowadzić politykę monopolistyczną. Kolegialne decydowanie o kierunkach podejmowanej działalności powoduje, że częściej podejmowane są decyzje w trosce o dobro wspólne, a o to w tym chodzi.

Przypisy

¹ Zob. <http://www.gospodarka.pl/?ac=artykulKat&id=11190> oraz http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,title,Religa-sluzbie-zdrowia-potrzeba-40-mld-zlotych,wid,9584806,wiadomosc.html?ticaid=17038&_tlicrsn=5

² R. Boruc, „Prywatne jest piękne” (w) Menedżer Zdrowia 3/2005.

³ Wg raportu „Diagnoza Społeczna” aż 45% gospodarstw domowych, których członkowie korzystali z opieki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku, opłacało jej koszty z własnych środków, a 5 proc. leczyło się dzięki pakietom kupowanym przez pracodawców. http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/4405,co_druga_polska_rodzina_leczy_sie_prywatnie.html

⁴ R. Boruc, „Prywatne jest piękne” (w) Menedżer Zdrowia 3/2005.

⁵ http://www.praca.gazetaprawna.pl/artykuly/4405,co_druga_polska_rodzina_leczy_sie_prywatnie.html

⁶ R. Boruc, „Prywatne jest piękne” (w) Menedżer Zdrowia 3/2005.

Z tego powodu zacytowane podejście jest o wiele bardziej rozsądne od tego, które proponuje PO. Promowane przez nią zmiany dążą do tego, że szpitale będą mogły być likwidowane lub upadać, w zależności od tego co jest korzystniejsze dla wierzycieli. Tym samym wszelkie koszty związane ze spłatą i tak spoczną na podatnikach, ale bez możliwości powołania nowej placówki, której majątek zostanie przejęty w zamian za zobowiązania. Z tej przyczyny nie wolno nie postawić pytania o to w czym interesie są podejmowane działania związane z przekształceniami własnościowymi. Jeśli idzie o projekt PO, to w żadnej mierze nie chodzi tutaj o interes społeczności lokalnych.

Co zrobić ze służbą zdrowia w Polsce?

Gdy jedni pomstują do nieba i żądają kar dla aferzystów, inni dążą do prostackiego uwywłaszczenia się za pomocą neoliberalnych metod, lub domagają się pozostawienia istniejącego *status quo*. Ale istnieje jeszcze jedno rozwiązanie – uspołecznienie. Zdecentralizowanie środków na pewno ułatwia zarządzanie finansami, które pozwalają zaspokoić potrzeby lokalnej ludności. Skoro powiatowa i gminna służba zdrowia funkcjonuje i ma szanse rozwoju w naszym kraju, do dlaczego nie skorzystać z tego doświadczenia. Dlaczego zatem nie skorzystać ze zdobytego doświadczenia. Poza tym przekształcenie nie musi wcale oznaczać pełnego przekazania majątku samorządom. Co więcej jest to obecnie zupełnie nierealne, jeśli wziąć pod uwagę zadłużenie znacznej części placówek. Niektóre samorzady poradziły sobie z tym problemem za pomocą obligacji lub innych form finansowania zewnętrznego.

Sposób polegający na zadłużaniu kolejnych pokoleń poprzez emisję obligacji nie jest jedyny. Uspołecznienie polegające na spłaceniu zobowiązań kosztem społeczności lokalnej wydaje się również rozsądną metodą, ponieważ nie ma przeciwwskazań, aby społeczność mogła być właścicielem aktywów szpitala. Ważne jest jednak by nie skończyło się to, jak w przypadku ratowania polskich stoczni i nie było szansą dla dokonania kolejnych przekrętów. Z tej to przyczyny może się to odbywać jedynie jako środek realizacji oddolnej inicjatywy. Obligatoryjność przekształceń, której domaga się PO, nie jest roztropna ponieważ nie sposób zdefiniować wszelkich możliwych metod przejmowania majątku przez podmioty prywatne.

Zdaniem prezesa Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej Jarosława Kozery w Polsce system opieki zdrowotnej powinien być oparty na zakładach publicznych i niepublicznych, a decyzja o przekształceniu powinna zapadać na szczeblu lokalnym. Istotna jest rola, jaką szpital spełnia w lokalnej społeczności. W jego ocenie, nie ma wątpliwości, że szpital powiatowy, który obejmuje populację 60-100 tys. mieszkańców bardzo dobrze prowadzi się w formie niepublicznej. Nie wyklucza to jednak tego, że właścicielem może być zarówno powiat lub społeczność lokalna. Poza tym zaangażowanie społeczności lokalnej w procesie przekształcenia, konsultowania i podjęcia aktywności ma kluczowe znaczenie w jego trakcie i potem. Jeśli rację mają zwolennicy przekształceń, którzy twierdzą, iż prywatny szybciej się dostosowuje do warunków, które stawia NFZ, to nic nie stoi na przeszkodzie, aby właścicielem był najbardziej zainteresowany podmiot, wspólnota lokalna, ponieważ to ona będzie odbiorcą konkretnych świadczeń.

Przekształcenia inicjowane przez członków społeczności lokalnej mogą dokonywać się w dwojaki sposób. Pierwszy polega na stworzeniu placówek, których właścicielem będą pracownicy i samorząd lokalny. To wiąże się z wprowadzeniem w życie części zapisów o akcjonariacie pracowniczym ze wszystkimi konsekwencjami z tym związanymi, co może

medycznej oznacza zerwanie z dotychczasową praktyką. Rafał Boruc w raporcie „Prywatne jest piękne” sugerował, że w Polsce na początku lat 90. udział prywatnych środków w finansowaniu służby zdrowia wynosił około 10% i wrosła: do 28% w 2001 r. i 38% w 2003 r.² Czy mamy jednocześnie poczucie, że stan służby zdrowia się poprawił?

Przyjrzyjmy się niektórym aspektom. Wg raportu Rady Monitoringu Społecznego, sporządzonego na podstawie danych zebranych metodą ankietową w 2007 r., w Polsce wartość rynku prywatnych usług zdrowotnych jest szacowana w przedziale 20-22 mld zł., a przychody niepublicznych firm medycznych rosną o 20-30% rocznie. Oznacza to, że w ciągu roku statystyczny Polak przeznaczą na prywatne leczenie około 520-630 zł.³ Jest to ewidentny dowód słabości państwowego systemu ochrony zdrowia, która już dawno temu została zastąpiona przez prywatne firmy medyczne. Jest to jeszcze bardziej widoczne, gdy wziąć pod uwagę inne dane. W 2003 r. w Polsce było 122,4 tys. lekarzy, z czego 64 tys. (52,3%) zatrudniały publiczne ZOZ-y. Wielu z nich dorabiało na prywatnych praktykach lekarskich. Ilu? Na to pytanie trudno odpowiedzieć. Pozostałe 58 tys. (47,7%) pracowało poza państwowym systemem, czyli w sferze prywatnej.⁴ W tym samym czasie funkcjonowało w naszym kraju 11.978 ZOZ-ów. Pośród nich 3.575 było placówkami publicznymi, natomiast reszta 8.403 było tzw. zakładami niepublicznymi i stanowiły one ponad 70% ogólnej liczby tego typów zakładów.⁵ W 2008 roku na 7.482 ZOZ-y działające w podstawowej opiece zdrowotnej tylko 1.937 jest zakładami publicznymi, których jednostką założycielską jest gmina, miasto, albo powiat.⁶ Dane te ujawniają tendencję do likwidowania publicznych ZOZ-ów i zastępowania ich prywatnymi.

W opiece pierwszego kontaktu większość lekarzy rodzinnych i specjalistów działa jak spółki prywatne w ramach kontraktów z NFZ. Ponadto prywatne firmy przejmują prym w laboratoriach, stacjach dializ i pogotowiu ratunkowym. Są to bardzo dochodowe działy i przynoszą one coraz większe zyski sektorowi prywatnemu, który przestaje mieć konkurenta w sektorze publicznym. Z niewiadomych powodów państwo chętnie pozbywa się tych placówek, bez których nie mogą funkcjonować poradnie, szpitale, lecznice. Najczęściej podawaną przyczyną są rzekome trudności związane z utrzymaniem i rozbudową aparatury analitycznej. Dlatego diagnostyka, która do niedawna funkcjonowała na zapleczu szpitali, coraz częściej pochodzi z tzw. outsourcingu (wynajmowania i kupowania usług od zewnętrznych podmiotów).⁷

Ponadto prywatne firmy zaczynają stopniową monopolizację rynku. Samodzielna inwestycja w drogą aparaturę, jej leasing, są poza zasięgiem małych podmiotów, które miały do tej pory znaczącą pozycję na rynku. Jednak chęć zysku przeważa, dlatego coraz częściej widać próby konsolidacji tego rynku w formie przejęć lub, rzadziej, w formie kooperacji. Wynika to z przeświadczenia, że duży może więcej. Z tej przyczyny ogromne laboratoria zaczynają dominować na rynku. Prywatne sieci, dzięki coraz większej skali działania, mogą sobie pozwolić na inwestycje w najnowocześniejsze technologie, systemy informatyczne i dodatkowe usługi. Jednocześnie wiele szpitali dochodzi do wniosku, że *outsourcing* laboratoryjny im się opłaca.⁸ Zatem jak widać problem związany z czerpaniem zysków w publicznej służbie zdrowia związany jest z problemem zarządzania, doinwestowania, a nie leży w „naturze” samej własności społecznej.

Podobnie ma się rzecz w podstawowej opiece medycznej. Od kilku lat na rynku działają firmy prywatne, które w zamian za wykupiony abonament oferują gotowość udzielenia pomocy ambulatoryjnej. W 2002 r. ich przychody wyniosły 750 mln zł, czyli około 1% rocznych wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce. W 2003 r. około 600 tys. ich pacjentów stanowiły

osoby, którym pracodawcy zafundowali takie abonamenty. Rynek ten rozwija się w tempie 20% rocznie i jest to konsekwencją tego, że firmy te próbują wykorzystać niszę rynkową na niezaspokojone do tej pory usługi – między innymi dostępność do opieki medycznej bez zbędnego oczekiwania. Inna kwestia to fakt, że część pracodawców traktuje takie abonamenty jako kartę przetargową, podczas rozmów rekrutacyjnych. Pomimo to w praktyce, znaczna część posiadaczy wspomnianych abonamentów i tak przesiaduje w kolejkach w publicznej placówce lub płaci za usługi lekarzy w prywatnej służbie zdrowia. Zgodnie z danymi pochodzącymi z „Diagnozy Społecznej 2007” wynika, że tylko 5% gospodarstw domowych, które korzystały z prywatnej opieki medycznej, robiło to w ramach pakietu wykupionego przez pracodawcę.⁹ Jest to spowodowane tym, że w przeważającej mierze abonamenty te umożliwiają dostęp tylko do tzw. wariantów podstawowych, które oferują niewiele ponad świadczenie związane z różnego rodzaju poradnictwem lub wydawaniem orzeczeń oraz oświadczeń lekarskich. Natomiast dostępność do pozostałych usług wiązałaby się z koniecznością wykupienia dodatkowych polis ubezpieczeniowych. Taki wydatek gospodarstwa domowe są skłonne ponieść jedynie w przypadku, „gdyby polisa była tania, a z drugiej strony dawałaby możliwość np. omińnięcia szpitalnej kolejki. Przygotowanie takiego produktu jest raczej mało atrakcyjne z punktu widzenia firm ubezpieczeniowych.”¹⁰ Znaczyć to może tyle, że prywatne przychodnie mogą być tak samo niewydolne jak przychodnie publiczne, a te pierwsze rozwijają się tak dobrze ponieważ pracodawcy sponsorują funkcjonowanie firm oferujących abonamenty medyczne, których pracownicy, tak naprawdę, nie mogą wykorzystać.

Uwłaszczenia własności publicznej

Na podstawie przytoczonych powyżej danych trudno jest obronić tezę, że publiczne placówki bronią swojej pozycji na rynku. Jak widać ustępują one już od dawna miejsca prywatnym. Jedną z przyczyn leży w mechanizmie „uwłaszczania” się na majątku publicznym.

Rzadko się zdarza, aby prywatnie wykonywane były poważniejsze zabiegi medyczne. Próżno szukać informacji o tym, że oferuje się na tej drodze opiekę medyczną dla ofiar katastrof drogowych, budowlanych lub osób obłożnie chorych. Każdy zabieg wiąże się z podjęciem ryzyka niepowodzenia, które jest jednak ogromne w przypadku przeprowadzania skomplikowanych operacji. Chirurgiczna operacja w prywatnej klinice ogranicza się do nieskomplikowanych zabiegów, na którego wykonanie bardzo długo oczekuje się w placówce publicznej. Brak wolnych terminów w publicznym zoz-ie i niewielkie ryzyko wystąpienia powikłań pozabiegowych, pozwala wykonać taki zabieg w placówce prywatnej. Wymóg jest jeden: zabieg musi być refundowany przez NFZ. Pazerność części lekarzy odgrywa tu niebanalną rolę, ponieważ wolą oni uzyskać większą korzyść materialną w placówce prywatnej, w której podejmują dodatkową pracę (nieraz jako właściciele), ale wszelkie powikłania lub leczenie pozabiegowe odbywa się w placówce publicznej. W ten sposób, w majestacie prawa, odbywa się grabież publicznej służby zdrowia wg zasady brzmiącej: „Oby wyżyc z tego, co się z zakładu wyniosło i oby się jeszcze więcej wynieść dało”. Kosztami tego procederu obciążeni są podatnicy.

Pikanterii sprawie dodają sami lekarze. Ich udział w upadku państwowej służbie zdrowia jest ogromny. Tworzona przez nich stara strefa usług pozbawia publiczną służbę zdrowia rocznie około 15 miliardów złotych, co stanowi niemal 20% wszystkich środków pieniężnych przeznaczonych na rynku opieki medycznej. Nie jest to mało, zwłaszcza gdy spostrzeże się,

Zagrożenia

Wszelkie próby związane z monopolizacją rynku usług medycznych powinny być potępiane. Między innymi dlatego potrzebna jest publiczna opieka medyczna, która uniemożliwia potencjalnym monopolistom dokonywać tzw. „zmowy cenowej”, dzięki której można windować opłaty za świadczone usługi zwłaszcza, że zdrowie jest tego typu dobrem, za które gotowi jesteśmy zapłacić niemal każdą cenę. Nie dziwią zatem działania podejmowane przez różnego rodzaju inwestorów na rynkach kapitałowych. To za ich sprawą pojawiło się franczyzowanie (sprzedawanie małym placówkom prawa do użytkowania loga znanej marki), podkupywanie i wykupywanie małych ZOZ-ów. Na początku bieżącego roku przewidywano, że roczne przychody ze sprzedaży aktywów największych prywatnych firm medycznych wyniosą jeden mld zł. W ten sposób dotychczasowi właściciele poszukiwali kapitału na rozbudowę sieci placówek, rzadko na inwestycje w nowoczesną aparaturę. Inne firmy wchodziły na giełdę lub emitowały papiery dłużne. Cała ta aktywność była nakierowana na osiągnięcie możliwie największej zyskowości. Intratność tego interesu musi być ogromna skoro wartość np. Centrum Medycznego Lim, pierwotnie szacowana na 150 mln zł niemal podwoiła się z dnia na dzień i osiągnęła wartość około 250 mln zł. Stało się to jedynie za sprawą ogłoszenia zapraszającego nowych inwestorów. Głównymi zainteresowani są oczywiście towarzystwa ubezpieczeniowe, które węższą w tym dobry interes i bez żenady twierdziły: „Wszyscy chcą ją [CM Lim] kupić, chociaż wiedzą, że nie jest tyle warta”.²¹ Nie jest przecież wiedzą tajemną, że ludzie zawsze będą chorować, a dla ratowania zdrowia będą w stanie wydać dowolne sumy pieniędzy, zatem na usługach medycznych jeszcze będzie można w przyszłości świetnie zarobić. W celu udaremnienia nadużyć wynikających z tej sytuacji, powołano publiczne ZOZ-y, które dokonują redystrybucji jednego z podstawowych dóbr, tj. opieki zdrowotnej. I na przekór tezm liberalistów, zastosowanie administracyjnej alokacji tego dobra, pozwala korzystać części ludności o niskich dochodach – a tych u nas nie brak – korzystać z usług medycznych. Można zatem przypuszczać, iż zwolennicy reformy proponowanej w tym kształcie nie odrobili lekcji i nie przyłożyli się nawet do pobieżnej lektury pierwszego lepszego podręcznika poruszającego zagadnienia finansów publicznych.

Inwestorów dla szpitali poszukują również niektóre samorządy. Adam Kozierekiewicz – członek Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, tj. instytucji której mentorują m.in. Leszek i Ewa Balcerowiczowie – przekonuje, że „to dobry kierunek, ale trzeba zachować ostrożność”. Jego zdaniem należy prywatyzować „część usługową szpitala, majątek powinien pozostać własnością samorządu”.²²

W myśl ustawy z 30. sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, prywatyzacja może odbywać się poprzez: prywatyzację świadczeń zdrowotnych, prywatyzację funkcjonalną, prywatyzację usług pomocniczych, prywatyzację częściową.²³ Kozierekiewicz wyklucza zatem drugą i czwartą z możliwości. Z tej przyczyny nie powinno się mówić o pełnej prywatyzacji majątku, tym samym prywatyzacji możliwości świadczenia usług z jego pomocą. Zarządca szpitala w Wieruszowie (starosta), który przewidując ewentualne kłopoty postąpił w następujący sposób: „Szpitala nie oddałem. Jeśli upadnie, nie stracimy lecznicy i będziemy mogli stworzyć kolejną firmę.”²⁴ Na podobnym sposobie myślenia powstało co najmniej 55 innych szpitali niepublicznych, które funkcjonują jako podmioty prawa handlowego, ale mimo to są własnością samorządową z całym majątkiem do niego należącym. Działalność rynkowa wiąże się z ryzykiem, dlatego za ewentualne straty szpital-spółka odpowiada swoim majątkiem.

Czy mimo to publiczne placówki mogą konkurować z prywatnymi? Wydaje się, że tak, a co więcej z walki o pacjenta mogą wyjść zwycięsko, gdyż mają zdecydowanie więcej do zaoferowania. Przykładem są placówki, w których personel jest współodpowiedzialny za jakość świadczonych usług oraz za jakość obsługi pacjenta. Pierwsza wskazówka dotyczy uświadamiania pracowników o konieczności likwidowania zbędnych kosztów. Nie może się to jednak wiązać z ograniczonym dostępem do środków ochrony bezpieczeństwa i higieny pracy, a takie przypadki nie należą do rzadkich. Druga sprawa dotyczy kwestii związanych z pozyskiwaniem klientów, którzy wolą korzystać z usług personelu, który będzie odpowiedzialnie reagował na potrzeby potencjalnych pacjentów. Chodzi tutaj nie tylko o szacunek „przy okienku”, ale także o np. likwidowanie niepotrzebnych przerw pomiędzy kolejnymi pacjentami w sytuacji, gdy któryś z umówionych nie pojawił się o wyznaczonym czasie.

Publiczna służba zdrowia może sobie bez trudu poradzić z tego typu zadaniami. Z tej przyczyny między bajki można włożyć neoliberalne slogany głoszące nieuchronność procesów prywatyzacyjnych, które miałyby być wymogiem czasów. Prawdą jest jednak, że należy znaleźć rozwiązania dla takich problemów jak: redukcja przerostów zatrudnienia w administracji na szczeblu państwa, województwa i powiatu; zwiększenie efektywności pracy i obniżenie kosztów funkcjonowania szpitala. Tu należy postawić pytanie o ludzi, którzy mogliby stracić zatrudnienie. Nie można brutalnie zamknąć zbędnych wydziałów wyrzucając pracowników na bruk. Jeśli przekształcenia mają wiązać się ze zwolnieniami to przyszli bezrobotni nie mogą zostać pozostawieni sami sobie. Nawet stosunkowo duże odprawy nic nie pomogą, jeśli na zasłku wyląduje osoba w wieku przedemerytalnym, która może sobie nie poradzić ze znalezieniem pracy. Spotkało to już między innymi górników. Dodatkowo dochodzą zmiany w ustawodawstwie dotyczącym uprawnień emerytalnych, które rząd sukcesywnie pragnie ograniczyć. Dlatego bardzo zawężony jest punkt widzenia byłego ministra zdrowia Zbigniewa Religi, który opowiada się za urynkowaniem służby zdrowia. Głosi on, że „działacze związkowi wolą domagać się zachowania dotychczasowego systemu – z marnotrawstwem i przerostem zatrudnienia – niż zgodzić się na uzdrowienie szpitala kosztem bolesnych, ale prędzej czy później nieuniknionych zmian”.¹⁹ Jest to kłamstwo! Natomiast prawdą jest, że do tej pory nie zostało zaproponowane żadne rozwiązanie dla tych, którzy stoją w obliczu wielu zagrożeń związanych ze zmianami w służbie zdrowia.

Ponadto mimo dążeń do zmian w służbie zdrowia, nie wolno zapomnieć o tym, że ZOZ nie jest zyskową manufakturą. Dlatego mierzyć powinny niektóre raporty rządowe wskazujące, że „wykorzystanie łóżek w 18 szpitalach było niezadowolające, tj. poniżej pożądanego poziomu (85%). Dotyczyło to przede wszystkim oddziałów: ginekologiczno-położniczych, gdzie średnie wykorzystanie łóżek w badanym okresie wyniosło 61,6%, laryngologicznych – 64,3%, pediatrycznych – 65,6%.” Przecież ryzyka zapadnięcia na pewnego typu schorzenia i przypadłości nie sposób przewidzieć. Jak zatem prowadzić działalność w sposób ekonomicznie racjonalny, ale tak by nie być zmuszonym do wydawania ogłoszeń o treści: „Wszystkie łóżka chwilowo zajęte. Proszę spróbować później”?

Niskie zarobki oraz niedobór środków zapewniających bezpieczną i higieniczną pracę białego personelu nie są niczym nowym. Natomiast codziennością są praktyki podczas przekształceń własnościowych, kiedy niewielką pensję w zakładzie publicznym, pod groźbą bezrobocia, zamienia się na pensję głodową w placówce prywatnej. Mimo to od wielu lat NIK i inne agendy rządowe kwestionują zasadność roszczeń płacowych, a przekształcenia w tych placówkach traktuje jako sposób na ich obniżenie.²⁰

iz znaczna część nielegalnych i nieewidencjonowanych usług medycznych jest świadczona na publicznym sprzęcie.

Praktykom tego typu sprzyjają również nieuczciwe i niejawnie zasady przekształceń własnościowych. Dowodów na to jest sporo. W Bydgoskim Centrum Diabetologii i Endokrynologii poradnie miały być przekształcone w spółki pracownicze. Okazało się, że przynajmniej w trzech z siedmiu z nich większość udziałów trafiła w ręce dyrektorów, ponieważ wyznaczono wartość udziału na 10 tys. zł. Większość normalnych pracowników nie było stać na taki wydatek i zakup nawet jednej akcji, dlatego dyrektorzy bez trudu poradzi sobie z uwłaszczeniem się na majątku.¹¹ Część warszawskich szpitali również prywatyzowano w niejasny sposób. Wśród wielu nieprzejrzystych zapisów pojawiały się takie, które umożliwiały wywłaszczenia nowych „właścicieli-pracowników”, jak tylko pojawiło się podejrzenie o działanie na szkodę spółki. Niesprecyzowane definicje, niejawnie procedury działań, itd. umożliwiają wykup majątku publicznego za bezcen. O ile podobne zasady mogłyby być rozważane w przypadku skrajnie zadłużonych placówek, to zostały one zastosowane także w stosunku do dochodowych placówek publicznych. Jeśli ma się to stać powszechną praktyką, to słuszne okazuje się stwierdzenie, że prywatyzacja placówek oznaczałaby powtórzenie praktyki sprzedaży najlepszych zakładów państwowych w latach 90. i pozostawienie Skarbowi Państwa zakładów nierentownych.¹² Pozostawienie w rękach państwa samych nierentownych placówek spowodowałoby, że przestałby istnieć problem związany z moralną odpowiedzialnością władz zapewnienia obywatelom konstytucyjnego prawa do opieki. Warto zapytać zatem w czyim interesie działają „nasi” przedstawiciele w rządzie?

(Nie)chlubne praktyki w prywatnej służbie zdrowia

Pamiętać należy, że nawet ustawowo zagwarantowany zapis mówiący o powszechnym i bezpłatnym dostępie do opieki zdrowotnej, nie zmieniłby obecnej sytuacji. Istniejące problemy z dostępem do opieki mogą się nawet powiększyć, ponieważ prywatnego przedsiębiorcę nie można zmusić do czegokolwiek.

Działania polegające na odmowie leczenia są dzisiaj powszechne. Co więcej są one zgodne z prawem. Kliniki prywatne nie mogą posiadać izb przyjęć, natomiast szpitale prywatne nie chcą ich posiadać, oznaczałoby to bowiem, że trafiliby do nich tzw. pacjenci z ulicy, po wypadku, znajdującym się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Opieka nad takimi pacjentami wiąże się z wysokimi kosztami, których nikt nie chce ponieść. Łatwiej jest zarabiać na prostych zabiegach lub na specjalistycznym poradnictwie, a najlepiej na takim, na który stać tylko majątnych pacjentów.

Można zatem postawić hipotezę, że prywatne placówki zarabiają przede wszystkim na opiece ambulatoryjnej i szerokim łukiem omijają kosztowną sferę opieki zdrowotnej związanej z hospitalizacją. Próżno szukać prywatnych oddziałów: gruźliczych, onkologicznych, geriatrycznych czy dochodowych placówek dla obłożnie chorych lub zajmujących się opieką medyczną nad pacjentami wymagającymi pobytu w hospicjach. Dlatego marne są szanse, aby kiedykolwiek publiczne szpitale mogły być zastąpione przez takie same, ale prywatne placówki.

Czy można spodziewać się czegoś więcej od niepublicznych zakładów zarządzanych przez powiat? Niestety nie! Przekształcony zakład przestaje być instytucją „non profit” (nie dla zysku). Ważne staje się wypracowanie zysku i chociaż można by spodziewać się, że

ustawodawca uwzględni specyfikę branży stawiając pewne uregulowania ograniczające rynek usług medycznych, to nie wydaje się, aby szpitale z udziałem samorządu różniły się znacząco od wspomnianych wyżej placówek prywatnych. Z tej przyczyny coraz częściej twierdzi się, że przekształcona placówka jest instytucją „non only profit” (nie tylko dla zysku)¹³. W praktyce oznacza to, że przekształcony zakład może (a wręcz jest to wskazane) zrezygnować z działań przynoszących straty. Nieporównywalnie większe możliwości w ograniczaniu swoich usług ma podmiot w przeważającej części, bądź całkowicie prywatny niż na przykład zakład, którego organem założycielskim jest jednoosobowa spółka skarbu powiatu. Ale chociaż samorząd ma obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej ludności zamieszkującej na jego terenie, to w końcu i tak okazuje się, że zysk jest ważniejszy od ludzi.

Dowodem na to niech będzie publikacja wydana nakładem starostwa w Pleszewie przy współudziale dyrektora SP ZOZ w Pleszewie.¹⁴ Zdaniem autorów podstawą funkcjonowania szpitala musi być wypracowany zysk. Mimo zapewnień, że zyski uzyskiwane przez dochodowe oddziały, będą finansowały straty powstające podczas świadczenia na oddziałach niedochodowych, to można przypuszczać, że przyszłość tych drugich oddziałów jest przesądzona i zostaną one zlikwidowane lub znacznie ograniczy się zakres ich działalności. Nikt z resztą nie gwarantuje, że mieszkańcy będą mogli nadal korzystać z bezpłatnych świadczeń, które finansuje NFZ w takim samym zakresie jak dotychczas, skoro nie można przewidzieć, czy NFZ podpisze z nowymi podmiotami takie same kontrakty. Dlatego można przypuszczać, że najważniejszym wskaźnikiem powodzenia w przekształceniu i późniejszym funkcjonowaniu zakładu będzie jego powodzenie w sferze finansowej. A przecież nie tego oczekuje się od służby zdrowia. Każdy obywatel w konstytucji ma zagwarantowany równy dostęp do służby zdrowia. Poza tym, czy można służbę zdrowia oprzeć tylko i wyłącznie o kalkulacje i rachunek ekonomiczny? Przecież służba zdrowia zajmuje się życiem ludzkim, które jest wartością najważniejszą.

Z tej przyczyny, dla osłabienia siły argumentów przeciwników prywatyzacji zamierzano wprowadzić w życie zapis wyłączający z nakazu prywatyzacji szpitale kliniczne. Co więcej zamierzano odebrać te szpitale uczelniom medycznym i podać je nadzorowi ministerstwa zdrowia. Wypada zatem zastanowić się nad logiką tych posunięć. Jeżeli prywatne jest lepsze od mienia znacjonalizowanego, to dlaczego rząd zaprzecza sam sobie w tym przypadku? Odpowiedź wydaje się nie nastrożać problemów. Wyłączenie z prywatyzacji szpitali klinicznych wynika z dążności do redukcji kosztów przez unikanie kapitałochłonnych zabiegów, których zyskowności nie sposób obliczyć. Tym samym nie sposób dokonać rzetelnej analizy finansowej funkcjonowania tego typu placówek. Przecież nie ma na świecie lub jest niewiele takich osób, które gotowe są dokładać do prowadzonej działalności. Właśnie dlatego państwo nie zamierza sprywatyzować tej niewdzięcznej działalności.

Nie znaczy to jednak, że inwestorom nie marzą się przejęcia szpitali klinicznych. Powód jest bardzo oczywisty. Zdrowie jest wartości, za którą gotowi jesteśmy zapłacić każdą cenę... o ile mamy pieniądze. Nie trudno zatem wyobrazić sobie prywatyzację jednego na kilka województw oddziału onkologicznego, który z powodzeniem dyktowałby warunki leczenia urągające wszelkim normom moralnym. Przykłady tego typu działań znaleźć można w Niemczech, gdzie tego typu patologiczne zjawiska występują nagminnie, a jeśli kogoś nie stać, musi korzystać z państwowych szpitali, gdzie mimo zamożności obywateli niemieckich, kolejki są niewiele krótsze niż w Polsce?¹⁵

Szpitala

Według Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w końcu 2003 r. funkcjonowało 767 szpitali, w tym tylko 103 było w prywatnych rękach. W 2005 r. liczba ta wzrosła do około 120. Wg Med-Info na początku 2002 w Polsce liczba szpitali niepublicznych stanowiła nieco ponad 12% wszystkich placówek. Udział łóżek wynosił zaledwie 3% łóżek w całym szpitalnictwie. W 2007 r. na ponad 700 publicznych szpitali przypadało ponad 170 prywatnych. W lutym 2008 r. było w Polsce 742 szpitale, wśród których 153 to placówki „niepubliczne”¹⁶, z których 60 to spółki prawa handlowego. W większości z nich to placówki działające w formie samodzielnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Co jednak kryje się pod nazwą niepubliczny? Otóż przykładowo w 2006 r. właścicielami niepublicznych szpitali były: powiaty (83%), gminy (15,5%), pracownicy (ok. 1%) i sektor prywatny (0,5%). Nie jest to zatem klasyczna własność prywatna, ale własność jednostki samorządu terytorialnego. Dlatego mówienie o wyższości prywatnego nad publicznym okazuje się fałszywe po przeanalizowaniu struktury właścicielskiej tych placówek.

Dla porównania, w innych krajach europejskich rzecz ma się jeszcze inaczej. We Francji 32% szpitali to placówki niepubliczne. W Niemczech jest to jedyne 28%. Jeśli idzie o udział szpitali niepublicznych w łącznej ilości łóżek to liczby oscylują przeciętnie wokół 50%. Dodać jednak należy, że połowa szpitali to szpitale publiczne, pozostałe to szpitale *non profit* (prowadzone głównie przez Kościół i Czerwony Krzyż), a tylko trochę ponad 5% z nich to szpitale komercyjne. Dla odmiany we Włoszech sektor prywatny obejmuje 35% szpitali i około 20% łóżek. Okazuje się, że publiczna własność samorządowa może być na równi opłacalna jak każde inne przedsiębiorstwa w każdym innym sektorze, a rozwiązanie znajduje się w rozsądnym zarządzaniu¹⁷, nie przekładającym zysku, nad dobro pacjenta.

Służba zdrowia niedoinwestowana

Główną przyczyną nieszczęść polskiej służby zdrowia jest zbyt mała pula pieniędzy na nią przeznaczanych. Obecnie plasujemy się co prawda w pierwszej pięćdziesiątce krajów najwięcej wydających na ochronę zdrowia, ale poświęcamy na ten cel nawet 10 razy mniej niż przeciętny mieszkaniec państwa starej Unii Europejskiej, kiedy PKB *per capita* (tj. średnio na statystycznego obywatela), jest tam wyższy tylko czterokrotnie.¹⁸ Do tego dochodzi niegospodarność w zarządzaniu pieniędzmi pochodzącymi z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, które stanowią niemal 60% pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia. Pomimo zwiększenia się puli pieniędzy pobieranych od płatników w postaci składek, marnotrawstwo i niewydolność ZUS i NFZ nie została ograniczona. Można by pokusić się o podejrzenie, że jest to niegospodarność umyślna i niekiedy ocierająca się o granice prawa. Ponadto kwestia braku środków została postawiona „na ostrzu noża” przez rosnące koszty ochrony zdrowia. Żyjemy dłużej, w związku z tym więcej trzeba wydawać, a dodatkowo w latach 2000-2005 liczba osób hospitalizowanych zwiększyła się o 15%.

Inną sprawą jest kwestia podejścia do pacjentów w placówkach publicznych. Brak środków, które płynęłyby za pacjentem, jest również poważną bolączką publicznej służby zdrowia. Podkreśla to m. in. Adam Kozierkiewicz, dyrektor Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia. Nie chodzi tu nawet o ocenę jakości usług medycznych oferowanych przez publiczne zakłady ochrony zdrowia, czyli np. profesjonalizm personelu, ale raczej o brak doświadczenia publicznej służby zdrowia we właściwej obsłudze pacjentów.