



Minister planów

Rozmowa z minister zdrowia Ewą Kopacz

Biorąc pod uwagę sytuację w ochronie zdrowia, uważa pani, że mamy dobrych menedżerów szpitali?

Zdecydowana większość to ludzie, którzy dokonują cudów.

Cudów?

Tak. Mamy niedoskonałe prawo, niedoskonałą formę prawną, jaką jest spzoz oraz do niedawna dyktat płatnika. Mimo to większość menedżerów to doświadczeni i bardzo oddani swojej pracy ludzie, potrafiący sobie radzić w tej trudnej sytuacji.

Czyli nie powinno być zmian na stanowiskach dyrektorów szpitali?

Tego nie powiedziałam. Nie wszyscy nauczyciele, ministrowie czy architekci są cudowni i dobrzy. Trzeba zostawić najlepszych, a nie wymieniać wszystkich. Trzeba ich ocenić w nowych realiach. To zadanie organów założycielskich, które będą odpowiadać jako stu procentowi udziałowcy za przekształcone w spółki szpitale. Osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia w organach założycielskich będą wiedzieć, że powierzenie komuś zarządzania taką placówką wiąże się z ogromną odpowiedzialnością.

Czy do tej pory za to nie odpowiadali?

Moralnie – niewątpliwie tak. W potocznym rozumieniu odpowiadali za zarządzanie szpitalem. Ale tak naprawdę nie odpowiadali. Jedyłą karą było usunięcie złych dyrektorów ze stanowiska. Znamy i takie wypadki, że ledwo odeszli z jednego miejsca, obejmowali zarządzanie inną placówką.

Czy uważa pani, że jeśli uda się przekształcenie szpitali w spółki, to ta kadra da sobie radę?

Nie chcę generalizować. Uważam jednak, że w innych warunkach prawnych, w innych warunkach finansowania, w okolicznościach, kiedy płatnik jest partnerem a nie dyktatorem, większość potrafiłaby się znaleźć.

Nie mają więc czego się bać?

Dobrzy na pewno sobie poradzą.

Jaka jest szansa, że będą mieli możliwość sprawdzenia się w nowych warunkach?

To pytanie do prezydenta.

Ale jaka jest szansa?

Decyzja jest w rękach jednej osoby w tym kraju.

Osoba ta powiedziała, że zawetuje ustawy pani rządu w sprawie przekształceń.

Zaskakuje mnie to, bo tego typu zapowiedzi słyszałam już w lipcu, kiedy ustawy te jeszcze były w toku prac

parlamentarnych. Nie ma więc chyba sensu pytać, czy chodzi o ocenę merytoryczną, czy polityczną.

Nie wchodząc w oceny...

Ale jest to ważne...

Fakt jest jednak taki, że prezydent zawetuje te ustawy.

Dla mnie jest ważne, czy w takiej sferze decyduje polityka, czy odpowiedzialność i argumenty merytoryczne. Trudno mi to mówić jako politykowi, ale zdaję sobie sprawę, że ochrona zdrowia powinna być z polityki wyłączona. Apelowałam o to.

Załóżmy, że ustawy zostały zawetowane. Jaki macie państwo plan B?

Nie pan pierwszy chciałby wiedzieć, jaki jest plan B. Niezmiennie odpowiadam...



„ Do końca bijemy się o tę reformę, z pełną determinacją, przekonujemy, prosimy o rozmowę, o przeczytanie ostatecznej wersji ustaw i o merytoryczną rozmowę ”

Dlaczego pani go ukrywa?

Z prostej przyczyny – bo jest plan A. Głęboko wierzę w odpowiedzialność. Jest plan awaryjny, bo zawsze się go przygotowuje. Teraz jednak jesteśmy w trakcie realizacji planu A.

Po co męczyć się z planem A, skoro od razu można wdrożyć plan B?

Równie dobrze można powiedzieć, że nie będę leczyć zapalenia płuc, tylko od razu położę się do trumny. Nie na tym to polega. Wierzę w mądrość tych, którzy chcą zrobić wielką rzecz. Bo reforma ochrony zdrowia to wielka rzecz, to kompleksowa zmiana. Mniej lub bardziej doskonała, ale kompleksowa. Czy ten rząd, po spędzeniu 11 miesięcy na intensywnej pracy nad przygotowaniem tej reformy, ma ustąpić tylko dlatego, że jest polityczny nacisk w tej sprawie? Nie, do końca bijemy się o tę reformę, z pełną determinacją, przekonujemy, prosimy o rozmowę, o przeczytanie ostatecznej wersji ustaw i o merytoryczną rozmowę. Jak to się nie uda, dopiero wtedy będziemy się zajmować planem B.

Może jednak warto byłoby zaprezentować plan B wcześniej?

Być może przyjdzie na to pora, ale na razie jeszcze jest czas.

Zaczynam w takim razie powątpiewać, czy plan B istnieje.

Dobrze, pokażę państwu, bo mamy do czynienia z taką niewiarą, że pokażę, państwo zobaczą... (*Pani minister po chwili przynosi z gabinetu niewielki plik kartek, zastaniając tytuł*). To są opisane działania na wypadek weta prezydenta. Tytułu nie pokazuję.

No dobrze, a co z siecią szpitali?

Miałam bardzo emocjonalny stosunek do tej koncepcji, kiedy projekt takiej ustawy miał przedstawiać mój poprzednik. I nagle się okazało, że wszystkie szpitale miały się znaleźć w sieci, i nie wiadomo było, co z nimi dalej. Chcę, żeby w Polsce funkcjonowały tylko placówki spełniające bardzo wysokie kryteria, jeśli chodzi o standard wykonywanych świadczeń, czas oczekiwania na odpowiednie procedury. Takie, w których pacjent nie jest pacjentem, lecz to szpital o niego zabiega. Nieprzyjazne, dysponujące zdekapitalizowanym sprzętem, wysyłające pacjentów do apteki po lekarstwa i niemające dostatecznie wykształconej kadry nie poradzą sobie. Nie trzeba żadnej ustawy. Konkurencja ma być na równych zasadach – jednakowe prawa i obowiązki. Najslabsi odpadną.

Kiedy taka konkurencja się zacznie?

Kiedy będziemy mieli przekształcone szpitale o jednokowym standardzie.

Czyli za dwa lata...

Mam nadzieję, że tak.

Limity zostaną zniesione?

Dlaczego mają być zniesione? Proszę mi udowodnić, że są one jedyną piętą achillesową tego systemu.



„ W 30 proc. wszystkich zakładów opieki zdrowotnej z grupy A koszty wynagrodzeń sięgają 65 proc. przychodu. Jest to więc bardzo dużo „

Na Mazowszu jest 500 mln zł niewykonanych – czyli 500 mln zł zamrożono!

Może wina nie leży po stronie placówek, tylko złego planowania NFZ? Może nie wzięto pod uwagę rzeczywistych potrzeb?

Może mogłabym pani przyznać rację, ale zaraz usłyszę, że może wycena świadczeń była zbyt niska. Jednak docierają do mnie też głosy przedstawicieli placówek niepublicznych, którzy mówią – my to weźmiemy i wykonamy za te stawki. Potrzebny jest jednakowy status placówek publicznych i niepublicznych, jeśli chodzi o konkurowanie o pacjenta. Chciałabym też przy okazji wyjaśnić, dlaczego upieramy się przy tej obligatoryjności przekształceń w spółki. Doświadczenia ostatnich lat pokazują, że na oddłużenie przeznaczono 20 mld zł. Proszę mi powiedzieć, kto się przekształci w spółki, jeśli nie będzie takiego obowiązku?

Może te bardzo zadłużone?

Nie! Te najbardziej zadłużone nie przedstawią żadnego programu restrukturyzacyjnego i zostaną na gar-



nuszkę państwa. Po to jest obligatoryjność, żeby rozwiązać problem, jakim w tej chwili jest nieustanne zadłużanie się.

Kiedy zacznie się prawdziwy rynek? Jak może on funkcjonować bez zniesienia limitów?

W tej chwili mamy 50 mld zł na świadczenia zdrowotne, jest ustawa koszykowa, która mówi, że to, co jest dostępne dla pacjentów, jest gwarantowane. Jeśli te pieniądze będą dostępne i dla jednych, i dla drugich, konkurencja spowoduje, że czas oczekiwania na procedury będzie krótszy i nie będzie niewykonanych tylko nadwykonania. Proszę mi wierzyć, niepotrzebne są do tego limity. Podtrzymuję to, co kiedyś powiedziałam – nie będzie limitów na świadczenia precyzyjnie opisane. Zniesienie limitów bez dokładnego opisu rozregulowałyby cały system finansowy. Dlaczego? Weźmy pod uwagę zapalenie płuc, za którego leczenie płaci się określoną stawkę. Skomplikowane zapalenie płuc leczy się dwoma antybiotykami, trzeba przetoczyć osocze i tak dalej – procedura jest bardziej skomplikowana i droższa. Proszę mi wierzyć, obserwując sprawozdawczość obecną, można wysnuć wniosek, że

proste zapalenie oskrzeli jest skomplikowanym zapaleniem płuc! Dopóki nie mamy pełnej kontroli nad tym, za co się płaci, dopóty nie można znieść limitów. Jeśli dziś bez limitów dopuścimy leczenie zapalenia płuc, nawet grypa i przeziębienie będą wykazywane w sprawozdawczości jako zapalenie płuc.

Czy pani uważa, że zadłużenie jest największym problemem ochrony zdrowia?

Na pewno bardzo uciążliwym, bo trudno mówić, że zadłużony szpital jest przyjazny dla pacjenta.



Ewa Kopacz z planem B

Jeśli zechciałaby pani pokazać pewną piramidę zagrożeń dla ochrony zdrowia, od największych do najmniejszych?

Na pewno bardzo wysoko w tym rankingu znalazłoby się zadłużenie.

Istnieją opinie poważnych ekspertów, że zadłużenie niektórych zakładów opieki zdrowotnej ma charakter strukturalny i niewynikający ze złego zarządzania. Co pani na to?

Powiem coś, co będzie niezgodne ze zdaniem części ekspertów i dziennikarzy. Zadłużenie wynosi ok. 9 mld zł...



„ Stwierdzamy, jakie jest zadłużenie. Wynosi 9 mld zł „

Ale razem z wymagalnym...

Wszystko jedno. To jest zadłużenie. Jeśli ktoś posługuje się kategoriami wymagalne – niewymagalne, to wie, że tak można zrolować dług w swoim szpitalu, że coś, co jest niewymagalne, może jutro być wymagalne – w zależności od dnia, w którym się to sprawozdaje.

W takim razie, dlaczego w swojej propozycji państwo proponujecie dalsze rolowanie długu?

My stwierdzamy, jakie jest zadłużenie. Wynosi ono ok. 9 mld zł. Przypisywanie tego długu jedynie 10 proc. placówek lecznictwa zamkniętego jest błędem. Nie zajmowaliśmy się jednak tylko kwestią zadłużenia wymagalnego czy niewymagalnego. Przeprowadziliśmy również analizę płynności i rentowności szpitali. Okazało się, że w grupie C, która ma kłopot w ramach tych 9 mld zł zadłużenia, jest 46 proc. szpitali. (Przy okazji rozdysponowywania 150 mln zł z programu rządowego *Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków* resort zdrowia przyporządkował szpitale do trzech grup: A, B i C. Do pierwszej zostały zakwalifikowane te o stabilnej sytuacji finansowej, które już obecnie są przygotowane do przekształcenia w spółki. Do grupy B trafiły placówki o niskim wskaźniku zadłużenia, które wymagają jednak dokapitalizowania, mające pewne kłopoty z płynnością. W ostatniej znalazły się szpitale najbardziej zadłużone – przyp. red). Nie jest więc tak różowo, jak się opowiada, że to tylko 10 proc. szpitali ma problem. To, że szpital nie ma na dziś kłopotów z zadłużeniem wymagalnym, nie znaczy wcale, że nie ma kłopotów z płynnością czy rentownością.

Ale dług to jest problem wasz – resortu...

Nasz – podatników.

Oczywiście, ale podstawowym problemem pacjentów jest to, by szpital dobrze leczył. Jeśli przejdzie wersja komercjalizacji bez komercjalizacji ziemi i budynków, skąd te placówki znajdą pieniądze na modernizację?

Samorząd ma teraz bardzo ograniczone możliwości wsparcia szpitali – w zasadzie jedynie poprzez zakup sprzętu lub wyremontowanie budynku. Nie wolno mu jednak doinwestować wynagrodzeń pracowników, nie może fundować świadczeń zdrowotnych swojej populacji. Po tych zmianach będzie mógł...

Skąd weźmie pieniądze? Szykuje się jakaś zmiana w ustawie budżetowej?

A skąd ma dzisiaj? Skąd ma na sprzęt, który potem stoi w piwnicy? Rozszerzamy możliwości samorządu o możliwość finansowania świadczeń medycznych.

No to pięknie, bo w takim razie przed urzędem marszałka województwa czy starosty będzie nieustająca demonstracja o podwyżki i tak dalej...

Proszę odpowiedzieć na pytanie, czy szpital, który wydaje dziś 100 proc. kontraktu na wynagrodzenia pracowników, jest dobrym szpitalem i należy go utrzymać?

Absolutnie nie! To jednak nie jest dobre pytanie, bo chciałabym od ministra się dowiedzieć czegoś o działaniach i ich skutkach w skali makro...

Bardzo dobrze, jeśli chodzi o makro – zrobiliśmy takie badanie, gdzie średnio, w bardzo dobrych szpitalach, które są w grupie A, a tych jest 30 proc....

Przepraszam, że przerwę, 100 proc. i więcej z kontraktu na wynagrodzenia to pokłosie ustawy, którą uchwalił Sejm, więc nie jest to winą jedynie szpitali...

Przepraszam, Sejm tej kadencji czy poprzedniej?

Oczywiście – poprzedniej.

No, to przynajmniej tyle... Pamiętam, że dziennikarze wtedy bardzo mocno stali po stronie związków zawodowych i mówili, że to dobra ustawa, bo trzeba docenić zawody medyczne.

Ja wśród nich nie byłam.

Ale większość dziennikarzy wtedy popierała tę ustawę. Chciałabym jednak powiedzieć, jak to wygląda w skali makro. W tych 30 proc. wszystkich zakładów opieki zdrowotnej z grupy A koszty wynagrodzeń sięgają do 65 proc. przychodu. I tak jest to więc bardzo dużo. Niestety, w grupie C mamy takie, których koszty wynagrodzeń przekraczają 80 proc. i wynoszą 85 proc., 90 proc., 100 proc. przychodu. Zadaję zatem pytanie: czy grupa C, która naprawdę nie jest mała, to przede wszystkim miejsce zatrudnienia personelu, czy leczenia ludzi? Jeśli tam nie ma pieniędzy na leczenie, bo wszystkie przeznaczone są na wynagrodzenia, to nikt mi nie wmówi, że jest to szpital dla ludzi, bo jest to jedynie zakład pracy dla pracowników! Trzeba to zrationalizować i przeprowadzić taką restrukturyzację, dzięki której płace będą godne. Nie znaczy to jednak, że np. w administracji księgową ma mieć 15 pomocnic! Program restrukturyzacji będzie bardzo trudny, bardzo wymagający, ale dający oddech, bo po jego zatwierdzeniu będzie można się uporać ze wszystkimi zobowiązaniami publicznoprawnymi, uzyskać długoterminowe pożyczki czy gwarancje Skarbu Państwa. BGK zaś, który będzie przelewał kolejne transze pieniędzy z pożyczki do szpitala, nie dopuści do tego, żeby stało się tak źle, jak w poprzedniej restrukturyzacji, co NIK opisała. Ten program ma być indywidualny dla każdej placówki, a wedle naszych zapisów, BGK ma dać fachowców, którzy będą pomagali i czuwali nad całym procesem.

Nie jesteśmy przeciwko komercjalizacji, ale czasem można wylać dziecko z kąpielą. Chcę wrócić do sieci. Są badania, które pokazują, że co najmniej 10 proc. przekształconych szpitali na starcie będzie miało kłopoty i padnie. Jest coś takiego jak bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Nie obawiacie się, że nastąpi fala protestów, nagłaśnianych i manipulowanych, która zmiecie cały rząd? Dlaczego nie ustalicie sieci szpitali – 100 lub 150 placówek, przy czym przynależność do sieci nie powinna być w tym układzie przywilejem tylko obowiązkiem?

„ Jako Polka nie mam kompleksów. Chciałabym, żeby z nas brano przykład i mówiono w Europie: zróbmy tak, jak tu ”

Wracam z uporem maniaka do planu restrukturyzacyjnego. Dlaczego? Przykład szpitala 45-łóżkowego w Głownie. Obłożenie? 16 pacjentów. Oddział noworodkowy, gdzie koszty kontraktu w 100 proc. idą na wynagrodzenia i hospitalizuje się w nim jednego noworodka na 30 łóżek. Plan restrukturyzacyjny określi, że nie potrzebujemy 30 łóżek noworodkowych, potrzebna jest zaś kardiologia inwazyjna, bo jest wielu chorych na serce na tym terenie. Może warto pozyskać specjalistów i kontraktować te usługi, które dadzą przychód temu szpitalowi? Może ostre łóżka trzeba przekształcić w łóżka opiekuńczo-pielęgnacyjne?

Odkąd pamiętam, każdy minister zdrowia podawał takie przykłady, i wiemy, jak to się kończy... Chodzi nam o to, czy należy przekształcać szpitale strategiczne dla tzw. bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, np. kliniki...

Najgorszym argumentem jest to, że tak było i tak ma być. Nie przypominam sobie rządu, który przedstawiłby propozycje wzbudzające takie emocje i zajadły opór.

Do mnie przemawia przykład Chile, gdzie po prywatyzacji olbrzymim nakładem kosztów musiano odbudowywać w jakimś zakresie publiczną ochronę zdrowia. Nie rozumiem, dlaczego chce pani przekształcać stołeczne szpitale przy Banacha i Szpital MSWiA – czy szpitale wojewódzkie,

będące często wysoko wyspecjalizowanymi, wieloprofilowymi placówkami, które mogą się borykać z chwilową utratą płynności...

Nie, to zła obserwacja, bo w przypadku tych placówek nie można mówić o chwilowej utracie płynności. One latami otrzymywały pomoc od swoich organów założycielskich, a ich sytuacja cały czas była zła. Chwilowo również łagodzone ich kłopoty, ale one ni-

„ Nie będzie limitów na te świadczenia, które będą precyzyjnie opisane „

gdy nie wyjdą na swoje, dopóki nie będą mieć rzetelnego kontraktu i chętniej do pracy kadry. Szpital przy Banacha, jeśli pani daje taki przykład, na dwutygodniowym proteście pracowników stracił 30 mln zł. Ile trzeba świadczeń, żeby wypracować 30 mln zł? Ci, którzy tak dzisiaj protestują, nie wiedzą, że to są utracone pieniądze.

Tu się zgadzamy i jesteśmy pełni podziwu dla reformatorskich zamierzeń rządu. Nie ukrywam jednak, że bardzo poważnym argumentem przeciwko tym reformatorskim zamierzeniom jest zamieszanie, jakiego można się spodziewać w związku z ich realizacją, a które może doprowadzić do katastrofy.

Co się niby ma zdarzyć jednego dnia? Ludzie zabiorą się do pisania programów...

„ Znikną placówki niezakwalifikowane do restrukturyzacji „

W pierwszym roku działalności pada ok. 30 proc. spółek. Nawet jeśli w wypadku ochrony zdrowia założymy optymistycznie, że padnie tylko 10 proc., co wtedy?

Proszę sprawdzić, jak było w Czechach, tam już drugi rok placówki przekształcają się w spółki i mają płynność finansową, żadna z nich nie padła. Teraz zastanawiają się, jak je wzmocnić finansowo.

Sama pani powiedziała, że nie wszyscy wytrzymają po przekształceniu.

Nie wytrzymają placówki niezakwalifikowane do restrukturyzacji. Szpital, który nie przejdzie przez te

dwa lata procesu przekształceń i nie dostanie decyzji, że się może przekształcić, zniknie. Chcę jednak państwa uspokoić – wiele z tych placówek funkcjonuje się łą rozpędu, bo od dawna już nie mają płynności finansowej. Trudno np. przypuszczać, że nie stracił jej mający 27 mln zł zadłużenia szpital w Głownie, dysponujący kontraktem rocznym w wysokości 12 mln zł, a budżet jego organu założycielskiego sięga 30 mln zł. Nie będę ubolewać nad tym, że dobre prawo wyłoni placówki, które nie będą się zadłużać, będą dostawać lepsze kontrakty, gromadzić dobrą kadre. Pomiędzy te placówki trzeba podzielić 50 mld zł z NFZ.

Cały czas mówi pani o szpitalach powiatowych, a ja pytam o kliniczne lub wysoko wyspecjalizowane, wieloprofilowe placówki wojewódzkie. Nie można przecież porównywać powiatowych z klinikami, bo inne mają problemy i zadania.

Większe długi mają! Jedno jest pewne – będziemy w ciągu dwóch lat przekształcać, ale powinna być osobna regulacja dotycząca tylko szpitali klinicznych, za które minister zdrowia musi wziąć odpowiedzialność. Nad takim projektem pracujemy. W szpitalach klinicznych nie powinno się operować wyrostka. Jeśli ktoś decyduje się na taki zabieg w klinice – proszę bardzo, ale szpital dostanie za to tyle, ile powiatowy, a pacjent dopłaci za to, że robi to profesor.

Pani polityczny przeciwnik szermuje argumentem: gdzie w Europie jest taki kraj, w którym dokonano by takiej reformy?

Choćby w Czechach, jak mówiłam. Jednak jako Polka nie mam kompleksów. Chciałabym, żeby z nas brano przykład i mówiono w Europie: zrobmy tak, jak tu. Poza tym każdy kraj ma swoją specyficzną ochronę zdrowia. Nas stać na to, żeby – biorąc pod uwagę wszystko, co działo się przez wiele lat w ochronie zdrowia – wypracować w ponadpolitycznym konsensusie nasz pomysł na ten sektor. Nikt z takim kompleksowym pomysłem reformy do tej pory nie wyszedł. Oczywiście, będzie można tę naszą reformę udoskonalać. Ci, którzy teraz krytykują, nie mieli odwagi przestawić alternatywnego pomysłu, a przez dziewięć lat, kiedy jestem w parlamencie, nie widziałam takiego kompleksowego projektu. Gdy słucham swojego poprzednika, który w sposób zdecydowany mówi, że jest to antyreforma, to jak nazwać dwa akty prawne – ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym, którą trzeba nowelizować, oraz o OC, której główne zapisy trzeba znieść? Gdzie ta legitymacja, żeby krytykować następców?

Czego się pani obawia najbardziej?

Że będę krótko żyła i nie zrobię paru rzeczy, na których mi zależy.

Rozmawiali Janusz Michalak i Justyna Wojteczek