

Reforma quasi-rynkowa

Będzie gorzej

Ireneusz Kwiatkowski



fol. Will Pycce/Thames & Hudson/Arcid/Corbis

Proponowane do tej pory reformy ochrony zdrowia nie miały charakteru jednolitej i spójnej koncepcji zmian w tej dziedzinie. Wygląda na to, że nie inaczej jest obecnie. Spodziewajmy się zatem jeszcze większego chaosu.

Najważniejsze propozycje dotyczące zmian ustrojowych w ochronie zdrowia to przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego oraz likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia i utworzenie sześciu lub siedmiu regionalnych płatników.

Minister zdrowia uparcie twierdzi, że przekształcenie ma na celu przede wszystkim poprawę gospodarki finansowej i zatrzymanie niekontrolowanego zadłużania placówek. Poza tymi argumentami strony rządowej, zdaniem premiera Tuska, istotą tych zmian jest

przekonanie (rządu), że jeżeli samorządy mają się stać faktycznymi właścicielami a nie tylko organami założycielskimi, trzeba zmienić formę organizacyjną szpitali w spółkę prawa handlowego, bo dotychczasowa jest *niejasna*.

Samorządom i szpitalom, które będą się przekształcać w spółki prawa handlowego, ma być zaoferowana pomoc finansowa, aby sprostały temu zadaniu. Poza tym samorządy zyskują większe uprawnienia i w ślad za tym więcej pieniędzy na służbę zdrowia.

Status quo z historią w tle

Tymczasem szacuje się, że w polskim systemie ochrony zdrowia brakuje 21 mld zł rocznie, przyjmując, że należałoby wydawać na ten cel 6 proc. PKB! Dodać trzeba, że 6 proc. PKB to jeden z najniższych wskaźników w biedniejszych krajach Unii Europejskiej. Warto też zauważyć, że zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2006–2008 wynosiło zaledwie 10 mld zł.

W ostatnich trzech latach, poza utrzymującym się zadłużeniem szpitali, niepokojące i trudne do zaakceptowania przez pacjentów, ekipy rządowe i samorządowe były strajki lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz pozostałego *białego personelu*. Protesty te przeprowadzono pod hasłami wzrostu wynagrodzeń, wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i poprawy warunków pracy. By przeciwdziałać zamykaniu oddziałów szpitalnych, wypowiedzeniom i rezygnacji lekarzy z pracy, rząd zdecydował się na bezpośrednie finansowanie ze składek ubezpieczenia zdrowotnego wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, zamiast zakupu świadczeń zdrowotnych. Spowodowało to nie tylko naruszenie obowiązujących przepisów o zasadach wydatkowania pieniędzy ze składek ubezpieczenia zdrowotnego, ale wpłynęło również na pogłębienie się zadłużenia szpitali.

Złudne koncepcje

Rozwinięcie w uchwalonych ustawach i projektach nowych ustaw i programów (słynny plan B) koncepcji reformatorskich, dotyczących *uszczelniania* systemu finansowania ochrony zdrowia, likwidacji zadłużenia (głównie szpitali) poprzez przekształcenia własnościowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w samorządowe spółki prawa handlowego, podziału NFZ na sześć lub siedem samorządnych, niezależnych i konkurujących ze sobą funduszy, czy też o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, ma, niestety, charakter jedynie quasi-rynkowy. Rynek rządzi się bowiem swoimi prawami. Kategorie, takie jak popyt, podaż, cena i konkurencja, są z nim ściśle związane.

Czy niedobór pieniędzy na rynku świadczeń zdrowotnych, o czym powszechnie wiadomo, i zasada przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, warunkująca oddłużenie przekształcanych jednostek, to działania mieszczące się

w sferze rynkowej? Odpowiedź brzmi – nie. To raczej dobry przykład próby wprowadzenia systemu nakazowo-rozdzielczego, typowego dla gospodarki nierynkowej, choć z zasadami rynkowych regulacji, opartych na przepisach kodeksu spółek handlowych.

Wskutek niedoboru funduszy na rynku ponownie wystąpią problemy, które były do tej pory przyczyną powstawania zadłużenia szpitali, ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, czy wreszcie długich terminów wyczekiwania na świadczenia.

Cechy polskiego reformatora

Analiza przeprowadzanych do tej pory reform w ochronie zdrowia pokazuje wspólne cechy, które charakteryzują rządowe ekipy reformatorów. Najważniejsze z nich to:

- nieomyślność w ocenie stanu istniejącego i wszelkich proponowanych przez siebie zmian,
- narzucanie szybkiego tempa tworzenia i uchwalania ustaw i rozporządzeń oraz innych przepisów wprowadzających zmiany,
- odrzucanie uwag i rzeczowych argumentów środowiska pracowników ochrony zdrowia i opozycji parlamentarnej,
- upór w forsowaniu przez większość rządową swoich pomysłów, najczęściej niemających merytorycznego uzasadnienia i to bez ponoszenia jakiegokolwiek odpowiedzialności po ujawnieniu w praktyce ich wadliwości, nieracjonalności czy szkodliwości,
- niewyciąganie racjonalnych wniosków z wcześniej obowiązujących złych przepisów w ochronie zdrowia i proponowanie nowych rozwiązań oderwanych od rzeczywistości, nieracjonalnych, a nawet pozabawionych zdrowego rozsądku.

Co mówi historia? Mimo że w 1999 r. Skarb Państwa przejął wynoszące 8 mld zł zadłużenie placówek ochrony zdrowia, już w 1999 r. pojawiło się nowe, którego wielkość z roku na rok szybko rosła, przekraczając w 2006 r. 10 mld zł. Sytuacji nie zmieniły kilkakrotnie realizowane rządowe programy oddłużeniowe. Warto jednak podkreślić, że wielu szpitalom powiodły się programy restrukturyzacyjne. Udało im się zlikwidować całkowicie lub znacznie ograniczyć zadłużenie. Czy osiągnięcie samowystarczalności finansowej odbyło się bez szkody dla pacjentów? Niedobór publicznych pieniędzy spowodował, że problem dotyczący zadłużenia w zdecydowanej większości szpitali pozostał nierozwiązany. Zjawisko to ma znaczący wpływ na dostępność i jakość świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ głównie ze składek ubezpieczenia zdrowotnego.



for: images.com/Corbis

„ Działania rządu to dobry przykład próby wprowadzenia systemu nakazowo-rozdzielczego, typowego dla gospodarki nierynkowej, choć z zasadami rynkowych regulacji ”

To propaganda

W świetle powyższych faktów proponowane przez rząd kolejne oddłużenie szpitali i ich przekształcenie w spółki handlowe, z *samorządami jako gospodarzami i faktycznymi właścicielami* jest zabiegiem propagandowym, bez żadnych gwarancji zahamowania ich nowego zadłużenia. Wcześniejsze ramy organizacyjno-prawne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zasady ich tworzenia, przekształcania i likwidacji, a także gospodarki finansowej, nadzoru właścicielskiego oraz odpowiedzialności za zarządzanie, ujęte w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, pozwalają racjonalnie zarządzać, kontrolować i nadzorować funkcjonowanie tych placówek, co potwierdza dotychczasowa praktyka. Zadłużenie to bowiem najczęściej efekt niedostatecznego finansowania szpitali przez NFZ, a w mniejszym stopniu – choć nie umniejszam jego znaczenia – wpływ czynników subiektywnych, przede wszystkim efekty złego zarządzania, generowania wysokich kosztów, m.in. z tytułu przerostu zatrudnienia, błędnej polityki płacowej i nieracjonalnej gospodarki lekami oraz stopnia wykorzystania majątku trwałego i cennego wyposażenia.

Zmiany organizacyjno-prawne po stronie świadczeniodawców wcale nie muszą automatycznie zlikwidować tych czynników subiektywnych raz na zawsze, a nadal występujący niedobór funduszy będzie, po-

Jak reformowano

Do końca 1998 r. system ochrony zdrowia opierał się na organizacji publicznych i zakładowych jednostek opieki zdrowotnej finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa poprzez wydziały zdrowia poszczególnych szczebli organizacyjnych urzędów wojewódzkich. Finansowanie to odbywało się za pomocą realizowania planów rzeczowo-finansowych jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej. Od 1993 r. prawo do decydowania o finansowaniu ochrony zdrowia w województwach otrzymali wojewodowie w miejsce wcześniejszego decydenta – resortu zdrowia.

Począwszy od 1 stycznia 1999 r. weszły w życie przepisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym; jednocześnie oddłużono publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Zmiany polegały przede wszystkim na odstąpieniu od bezpośredniego finansowania jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia z budżetu państwa. Poza tym wymuszały zmianę statusu organizacyjno-prawnego jednostek świadczących usługi zdrowotne z jednostek i zakładów budżetowych na posiadające osobowość prawną samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Do realizacji zadań wynikających z ustaw reformujących ochronę zdrowia po-

wołano 16 samorządnych i niezależnych kas chorych, po jednej w każdym województwie i ogólnopolską Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych oraz Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ) jako pośrednika w zakresie nadzoru i koordynacji pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a kasami chorych.

Główne zadania kas, z punktu widzenia rozważanych problemów, koncentrowały się na gromadzeniu i zarządzaniu pieniędzmi pochodzącymi ze składek ubezpieczenia zdrowotnego, funduszy budżetowych przeznaczonych na zadania zlecone przez państwo, w ramach polityki zdrowotnej, wyspospecjalistycznych procedur zdrowotnych, profilaktycznych programów zdrowotnych, zwalczania alkoholizmu itp. Szybko, bo już po trzech latach funkcjonowania zreformowanego systemu ochrony zdrowia, okazało się, że kasy chorych nie spełniły oczekiwań ich twórców i ubezpieczonych. Pieniądze ze składek ubezpieczonych *nie poszły za pacjentem*, co należało do głównych haseł reformy. Winą za niepowodzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia realizowanego przez kasy obarczono nadmierne upolitycznienie, brak szczegółowych rozwiązań i koordynacji działań, co w efekcie szyb-

dobnie jak we wcześniejszym systemie, generował nowe zadłużenie. Prawdopodobnie zarządy nowych spółek handlowych, aby nie generować strat i zadłużenia, będą dokonywać selekcji świadczonych usług pod kątem ich finansowej racjonalności. Jeśli zaś spółki handlowe, oparte na przepisach kodeksu spółek handlowych, zobowiązane zostaną do realizacji misji publicznych szpitali, rozumianej jako obowiązkowe udzielanie szerokiego zakresu świadczeń, nawet tych o cenie niedoszacowanej poniżej ich kalkulowanych kosztów, powstanie bardzo duże zagrożenie generowania strat i zadłużenia.

Warto też podkreślić, że operacja związana z przekształceniami samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego obarczona będzie znacznymi kosztami, których reformatory nie oszacowali. Ponadto jeszcze przez rok od przekształcenia szpitalami będą zarządzały dotychczasowe, źle oceniane przez minister zdrowia, kierownictwa. Nowe obsady personalne zarządów będą, podobnie jak obecne spółki Skarbu Państwa, z bardzo dużym prawdopodobieństwem obsadzone przez partyjne koneksje, nie zawsze poparte odpowiednimi kwalifikacjami i umiejętnościami wybrańców. Niestety, minister zdrowia nie dostrzega tego realnego zagrożenia. Wręcz przeciwnie – posługuje się iluzjami, propagując zalety systemu spółek handlowych.

„ Minister zdrowia
posługuje się iluzjami,
propagując zalety spółek
prawa handlowego ”

Z przedstawionego zarysu niektórych problemów dotyczących organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Polsce wynika, że bez bardzo znaczącego zwiększenia funduszy nie należy oczekiwać lepszej niż dotychczas i konstytucyjnie gwarantowanej równej dostępności do świadczeń, bez względu na status pacjentów.

Proponowane zmiany mogą wprowadzić większy niż dotychczas chaos w zakresie organizacji, funkcjonowania i finansowania ochrony zdrowia. Po co więc ta kosztowna reforma?

*dr Ireneusz Kwiatkowski
adiunkt w Katedrze Finansów i Rachunkowości
w Zachodniopomorskiej Szkole Biznesu w Szczecinie*

ko ujawniło trudności i utratę sterowności. Okazało się, że ten quasi-rynkowy system nie zainicjował mechanizmów rynkowych (głównie konkurencji i cen), wymuszających efektywność i jakość w systemie ochrony zdrowia. Rząd Leszka Millera uznał, że funkcjonowanie kas doprowadziło do utraty poczucia bezpieczeństwa obywateli.

Zaproponowana przez ten rząd ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ w styczniu 2003 r. zastąpiła ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Istotne zapisy różniące ją od wcześniej obowiązującej dotyczyły:

- likwidacji 16 regionalnych kas chorych oraz branżowej, a w ich miejsce powołanie Narodowego Funduszu Zdrowia, którego 16 oddziałów bez samodzielności prawnej zlokalizowano w miastach wojewódzkich,
- bardzo silnej centralizacji Funduszu z całkowitym nadzorem nad nim przez ministra zdrowia,
- zasady powoływania prezesa Funduszu przez premiera na wniosek ministra zdrowia oraz organów naczelnych Zarządu i Rady Funduszu, z odpowiednimi zadaniami i kompetencjami,
- zasady podwyższania składki na ubezpieczenie zdrowotne o 0,25 proc. co roku aż do 2007 r.; wzrost składki miał się odbywać wyłącznie kosztem obywateli, bez możliwości odliczenia od podatku dochodowego.

Jak widać, zmiany reformujące system ochrony zdrowia dotyczyły przede wszystkim struktury i statusu płatnika usług. Nie zmieniła się sytuacja i pozycja ubezpieczonych (pacjentów) poza tym, że zwiększono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, obciążając bezpośrednio ubezpieczonych. Nie zmieniły się też zasady funkcjonowania świadczeniodawców. Ustawa została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego. Poza wieloma kwestiami, które TK uznał za naruszające konstytucję, warto podkreślić, iż jego zdaniem, konstytucja nie pozwala na zbudowanie systemu ochrony zdrowia opartego na mechanizmach rynkowych, bo w myśl ustawy zasadniczej opieka zdrowotna należy się także tym, którzy nie są w stanie za nią zapłacić.

Wskutek orzeczenia TK powstała nowa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych, która od 1 października 2004 r., z późniejszymi wieloma zmianami, obowiązuje do dzisiaj.

W ostatnich sześciu latach obserwuje się coroczne silne przyrosty składki ubezpieczenia zdrowotnego. Poza wzrostem wskaźnika o 0,25 proc. podstawy w latach 2004–2007, o przyroście kwoty ze składek zdecydowało malejące bezrobocie, spadek wskaźnika z 19,1 proc. w 2004 r. do 11,4 proc. w 2007 r., oraz znaczny wzrost wynagrodzeń zatrudnionych w gospodarce narodowej.