

Polski system ochrony zdrowia
choruje na brak stabilności

Zareformować na śmierć

Fot. Alberto Ruggieri/illustration/Corbis

Nasza ochrona zdrowia znajduje się od lat pod prężierzem krytyki. W społeczeństwie rozpowszechnione jest przekonanie, że opieka zdrowotna w Polsce jest gorsza niż w innych krajach, a wysiłki polityków czy zarządzających tym systemem nie przynoszą poprawy. Skąd się biorą takie opinie?

W ostatnich dwóch dekadach system ochrony zdrowia był nieustannie reformowany i modyfikowany – często wbrew oczekiwaniom pacjentów – przez różną maćsi polityków i na szczeblu centralnym, i lokalnym. Niezadowolenie z niego jest powszechne, a krytyka od wielu lat płynie zarówno ze strony pacjentów, jak i pracowników tego sektora. Znaczny wzrost finansowania ochrony zdrowia i intensywne nakłady inwestycyjne w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę szpitalną nie zmieniają w istotny sposób tej krytycznej oceny. Dotyczy ona w równym stopniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niedofinansowania systemu oraz niskiej jakości usług, jak i niezadowalającego sposobu zarządzania podmiotami leczniczymi. Jakie są powody tej krytyki?

Trochę historii

Jednostki samorządu terytorialnego po 1 stycznia 1999 r. przejęły znaczną część odpowiedzialności za funkcjonowanie ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym. Stały się organami założycielskimi większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich. W wyniku powyższych zmian organizacyjnych administracja rządowa przerzuciła na samorząd terytorialny odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej w gminach, powiatach i województwach. Samorządy obarczone odpowiedzialnością za gospodarkę finansową samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w wypadku, gdy te generują stratę, której nie są w stanie pokryć we własnym zakresie. Wówczas ujemny wynik finansowy SPZOZ pokrywany jest z budżetu jednostki samorządu terytorialnego, która zakład utworzyła. Równocześnie – odpowiednio – gmina, powiat lub województwo samorządowe określa formę dalszego funkcjonowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mając do wyboru pokrywanie strat SPZOZ w kolejnych okresach rozliczeniowych, przekształcenie ich w podmioty prawa handlowego lub likwidację, jeśli nie ma możliwości dalszego finansowania wygenerowanych przez lecznicę strat, a w ostateczności oddanie placówki leczniczej „w obce ręce”, czyli de facto jej prywatyzację.

Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wymusiła na organach założycielskich SPZOZ (głównie na samorządach) ich przekształcenie w spółki prawa handlowego. W opublikowanym niedawno raporcie poświęconym ocenie przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego Najwyższa Izba Kontroli (NIK) stwierdziła, że sytuacja finansowa przekształconych podmiotów leczniczych poprawiła się tylko okresowo w wyniku ich oddłużenia za pomocą pieniędzy budżetowych, po czym wracały one do normy, czyli do generowania strat, a kolejki oczekujących nie tylko się nie skróciły, ale wydłużyły. Najwyższa Izba Kontroli skontrolowała całościowo lub częściowo aż 74 ze

„Niezadowolenie z systemu ochrony zdrowia jest powszechne, a krytyka od wielu lat płynie zarówno ze strony pacjentów, jak i pracowników tego sektora”

wszystkich 174 szpitali, czyli niemal 43 proc. placówek, które do 30 kwietnia 2014 r. zostały objęte przekształceniami organizacyjno-prawnymi, czyli przekształcone w spółki.

Jak to zmienić

Zaangażowanie finansowe samorządu terytorialnego w utrzymanie na swoim terenie w miarę sprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia powoduje nieprzepatą chęć ścisłego nadzoru i kontroli nad tym, co dzieje się w podległym podmiocie leczniczym. A że przy okazji szpital w wielu miejscach jest największym zakładem pracy w regionie, staje się on z jednej strony strategicznym terenem ciągłej walki pomiędzy różnymi lokalnymi siłami politycznymi, gdyż pracownicy tej jednostki i członkowie ich rodzin stanowią duży elektorat, o którego względy i sympatię należy nieustannie zabiegać, a z drugiej strony stanowi świetne miejsce, w którym można zatrudnić i zyskać przychyłność różnych wpływowych lokalnych graczy politycznych, kolegów partyjnych lub członków bliższej i dalszej rodziny radnego, starosty, burmistrza, skarbnika, sekretarza lub innego ważnego urzędnika samorządowego. Tajemnicą poliszyneła jest, że kariery polityczne mają charakter grupowy, zaś dostęp do elit w środowiskach lokalnych jest reglamentowany, a często wręcz zamknięty. Jeśli ludzie idą do władzy w ramach pewnych zamkniętych sieci, może to rodzić tzw. brudny kapitał społeczny. Ludzie od lat się znający i robiący razem różne interesy mogą wzajemnie przymykać oczy na różne nieprawidłowości lub obchodzenie prawa, co stwarza pole do ewentualnych nadużyć. Dzieje się to zazwyczaj kosztem podmiotu leczniczego, a w konsekwencji pacjentów, czyli lokalnej społeczności.

Minister nie musi być lekarzem

Czy ministrem zdrowia musi być lekarz? Może, ale bywały już odstępstwa od tej zasady. Czy za cyfryzację kraju może odpowiadać jedynie informatyk? Niekoniecznie. Czy ministrem obrony narodowej musi być czynny wojskowy, a ministrem spraw wewnętrznych policjant, a przynajmniej mężczyzna, bo przecież wojsko i policja to domena mężczyzn? Okazuje się, że nie,



Fot. iStockphoto.com

„Szpital często jest największym zakładem pracy w regionie i dlatego staje się strategicznym terenem ciągłej walki pomiędzy różnymi lokalnymi siłami politycznymi”

o czym niechaj zaświadczą dwie kobiety: Michèle Alliot-Marie, rocznik 1946, dwukrotna minister spraw wewnętrznych Francji, oraz Ursula Gertrud von der Leyen, rocznik 1958, od dwóch lat minister obrony Niemiec.

Odrobina bezczelności i nieokrzesania

Idąc tym tokiem rozumowania, pozwólmy sobie na odrobinę bezczelności i nieokrzesania i zadajmy następujące fundamentalne pytanie: Czy za szpital samorządowy muszą być odpowiedzialni wyłącznie ludzie namaszczeni przez lokalną władzę polityczną? I od razu stanowczo odpowiedzmy na to pytanie przecząco.

Jak wspomniano powyżej, funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce rozdzielono pomiędzy aż sześć podmiotów: gminy, powiaty, województwa, kierowników placówek, Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia. W efekcie ich zadania dublują się, nie tworząc jednolitego modelu zarządzania. I właśnie

to – a nie brak pieniędzy – stanowi główną przyczynę niewydolności systemu. Wydajemy nań bowiem 7 proc. PKB, czyli nie ustępujemy zbyt wiele innym krajom Unii Europejskiej (średnio 9 proc.).

Dlaczego zatem niemal połowa przekształconych w spółki szpitali nadal generuje straty? Dlaczego w organach statutowych spółek szpitalnych, tj. w ich zarządach i radach nadzorczych, zasiadają wciąż te same osoby? Dlaczego w wypadku zmiany rządzącej opcji politycznej po wyborach samorządowych przez szpitale powiatowe przechodzi tornado wymiatające z nich przedstawicieli starego układu politycznego, niekiedy sprawnie zarządzających placówką, którzy zastępowani są natychmiast ludźmi z nowego układu towarzysko-politycznego, niekoniecznie merytorycznie przygotowanymi i posiadającymi odpowiednie kompetencje zawodowe? Zły sposób zarządzania podmiotami leczniczymi i niewłaściwy dobór kadr zarządzających szpitalami przy jednoczesnym braku kompetencji urzędników podmiotu tworzącego, sprawujących nadzór nad samorządowymi lecznicami, stanowią główną przyczynę ich niewydolności i narastających problemów.

Szpital spółka może, a nawet musi zarabiać, co w praktyce wymaga od zarządzających odwagi, determinacji, umiejętności, doświadczenia i dużej odpowiedzialności. Takie wyzwanie podjęła na razie zaledwie co piąta polska lecznica. Spółka jest bowiem bardziej czytelnym wehikułem zarządczym niż SPZOZ, ale to nie wszystko. Po zakończeniu procesu przekształcenia przede wszystkim potrzebna jest gruntowna przebudowa wewnętrzna podmiotu leczniczego zarówno w sferze organizacyjnej, jak i zarządczej. Wymiana szyldu na głównym budynku lecznicy i pieczętek w sekretariacie to za mało, aby odnieść sukces. Żadna restrukturyzacja nie przyniesie nic dobrego ani dla szpitala, ani dla pacjenta, jeśli na miejscu pozostają ci sami ludzie utrzymujący starą kulturę organizacyjną SPZOZ, te same interesy i taką samą politykę w skali mikro. Nawet najlepsi menedżerowie nie będą w stanie poprawić sytuacji finansowej spółki, jeśli właściciel publiczny, tj. jednostka samorządu terytorialnego, będzie realizował dotychczasową politykę. W przekształconych szpitalach należy natychmiast wprowadzić ład korporacyjny, kontroling finansowy i zarządczy, zidentyfikować wskaźniki ekonomiczne, zrestrukturyzować zatrudnienie, zoptymalizować profil medyczny, a gdy to nie wystarczy i lecznica nadal się nie bilansuje, a potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności mogą zaspokoić inne podmioty lecznicze, należy poważnie rozważyć możliwość redukcji zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, a być może nawet zamknięcie nierentownych komórek organizacyjnych (oddziałów szpitalnych, gabinetów specjalistycznych lub pracowni), a dla personelu stworzyć programy *outplacement*, co z powodzeniem zostało już przeprowadzone w niektórych szpitalnych spółkach i pozwoliło im wyjść z tarapatów. Aby tego

dokonać, potrzebna jest jednak odwaga i silna wola polityczna na poziomie właścicielskim oraz odpowiedni dobór osób do zarządu i rady nadzorczej szpitalnej spółki.

Ład korporacyjny. Co to takiego?

Ład korporacyjny (ang. *corporate governance*) to pojęcie, które należy rozpatrywać w trzech różnych, ale ściśle ze sobą powiązanych aspektach.

W podstawowym sensie ład korporacyjny to zasady oraz normy odnoszące się do szeroko rozumianego zarządzania organizacją. Można go także rozumieć jako podjęte w ostatnim czasie inicjatywy, opracowania i wdrożenia reguł (zasad) dobrych praktyk w organizacjach sektora prywatnego i publicznego, a w szczególności w spółkach o charakterze publicznym. W innym sensie pojęcie ładu korporacyjnego odnosi się do konkretnej organizacji – a spółki w szczególności – i obejmuje zindywidualizowane zasady zarządzania i nadzoru oraz relacje między fundatorami (w naszym wypadku organami tworzącymi podmioty lecznicze) w związku z ich uczestnictwem (udziałem) w danej organizacji (spółce). Wydaje się jednak, że zasady ładu korporacyjnego w polskiej samorządowej branży medycznej są pojęciami raczej abstrakcyjnymi.

W kontekście przemian zachodzących w ładzie korporacyjnym w ostatnich latach coraz istotniejsza staje się przejrzystość w funkcjonowaniu oraz nadzór nad poszczególnymi obszarami działalności spółek szpitalnych. Tym samym rośnie znaczenie rad nadzorczych oraz odpowiedzialność ich członków.

Wbrew stereotypom funkcja członka rady nadzorczej to odpowiedzialne zajęcie wymagające szczególnych kompetencji, wiedzy oraz doświadczenia. Rozwój kultury biznesowej oraz ostatnie zmiany przepisów sprawiają, że coraz bardziej pożądana w radach nadzorczych polskich spółek stają się niezależni profesjonalści.

Skład rady nadzorczej

Ostatnie dwadzieścia pięć lat to dla polskiej przedsiębiorczości i samorządności czas kształtowania się formalnych zasad, a także nieformalnych reguł rządzących rynkiem i relacjami międzyludzkimi. Fakt, że w kodeksie spółek handlowych niewiele miejsca poświęcono nadzorowi właścicielskiemu, spuścizna minionej rzeczywistości gospodarczej oraz początkowy brak ustalonych dobrych zwyczajów w tym zakresie sprawiły, że radę nadzorczą spółki samorządowej zwykło się uważać za organ bez istotnych prerogatyw oraz mający niewielki wpływ na losy spółki, a przez to łakomy kąsek i ciepła, wygodna posadka dla krewnych i znajomych królika. A dla lokalnych polityków taka ubezwłasnowolniona rada nadzorcza stanowi idealne narzędzie do zarządzania spółką samorządową z tylnego siedzenia.

Tymczasem pełnienie mandatu członka rady nadzorczej wiąże się z ogromną odpowiedzialnością, dla-

” Czy ministrem zdrowia musi być lekarz? Niekoniecznie. Ministrem obrony narodowej nie musi być czynny wojskowy, a spraw wewnętrznych – policjant ”

tego wymaga szczególnych kompetencji stanowiących wypadkową specyficznej wiedzy, umiejętności oraz doświadczenia. Ostatnie zmiany przepisów tylko zwiększyły zakres obowiązków rad, jednocześnie ustanawiając osobistą odpowiedzialność finansową członków za ewentualne nieprawidłowości. Niezależnie od ostatecznych decyzji ustawodawcy w sprawie wysokości kar stało się jasne, że zasiadanie w radzie nadzorczej bez odpowiedniego przygotowania to ryzykowna gra. Równocześnie coraz większe znaczenie zaczyna mieć niezależność członków tych rad.

Jakie kompetencje powinni mieć profesjonalni, niezależni reprezentanci nadzoru właścicielskiego? Bezspornie przydatna będzie umiejętność czytania ze zrozumieniem sprawozdań finansowych spółki. Raportowanie finansowe, szczególnie w wypadku spółek generujących stratę – a takimi są w dużej mierze spółki szpitalne – jest niezwykle odpowiedzialnym zadaniem.

Warto również poszerzać swoją wiedzę na temat branży, w której działa nadzorowana spółka samorządowa. Brak wiedzy o specyfice danej gałęzi biznesu, np. ochronie zdrowia i udzielaniu świadczeń zdrowotnych, może utrudniać patrzeć na sprawy firmy z szerokiej perspektywy, tak ważnej dla właściwego sprawowania nadzoru. W zdobyciu wiedzy oprócz znajomości branży wyjątkowo pomocny może się okazać *networking* i wymiana doświadczeń z ludźmi piastującymi podobne stanowiska.

Konia z rzędem temu, kto wskaże samorządowy podmiot leczniczy (szpital) mający kompetentną radę społeczną (SPZOZ) lub radę nadzorczą z prawdziwego zdarzenia (spółka), składającą się z niezależnych, bezinteresownych i obiektywnych ekspertów, odpowiedzialnych za wpływ ich decyzji i działań na lecznicę, a tym samym na społeczeństwo, poprzez przejrzyste i etyczne zachowania przyczyniające się do poprawy ochrony zdrowia na terenie administrowanym przez dany samorząd terytorialny.

Na razie mamy pseudoład korporacyjny opisany m.in. w przykładach w numerze 9/2015 „Menedżera Zdrowia” w artykule „Wina samorządów”.

Krzysztof Czerkas
Autor jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali
oraz wykładowcą i ekspertem Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku.