

Obiektywizm i tolerancja

Andrzej Grzybowski

W artykule redakcyjnym *Upadek obyczajów* autor załazi się na nieeleganckie zachowanie przedstawicieli sektora prywatnego, nie podając jednak żadnych konkretnych przykładów.

Choć wszyscy się zgadzamy, że należy przestrzegać dobrych obyczajów, już każdy inaczej może sobie wyobrazić zarówno same dobre obyczaje, jak i ich naruszanie. Dlatego brak odniesienia słów autora do konkretnych przykładów wypowiedzi czyni je, wbrew przypisywanym sobie obiektywizmowi i tolerancji, jednak dość tendencyjnymi i mało roztroptnymi. W odniesieniu do wypowiedzi przedstawicieli sektora prywatnego autor pisze, że choć należy docenić niektóre celne i słuszne uwagi, zawierały one także oceny bardzo jednostronne i tendencyjne, a nierzadko wręcz obraźliwe. Autor trzykrotnie używa słowa *inwektywy*, wyraźnie sugerując, że pochodziły one ze strony środowiska prywatnych świadczeniodawców, aż wreszcie pisze: *uwagam, że wypowiedzi w takim tonie obnażają prymitywizm, populizm, a być może i brak argumentów.*

Czyja niezręczność?

Myślę, że skądinąd uprzejmego i dobrze wychowanego red. Jacka Łukomskiego poniosły emocje, i to poniosły zdecydowanie na manowce. Po pierwsze, jedna z zasad zarówno publikacji naukowych, jak i rzetelnego dziennikarstwa mówi, by wnioski wyciągać z uprzednio omówionych przesłanek. Tych niestety, jak zauważyłem na wstępie, zdecydowanie zabrakło. Nie było przykładów upadku obyczajów, a co dopiero inwektyw, prymitywizmu i populizmu. Czytelnik nie miał szansy zestawzić rzeczywistych wypowiedzi prywatnych świadczeniodawców z ostateczną oceną jednego z przedstawicieli konkurencji, bowiem dyrektora szpitala publicznego. Pojawia się tu notabene pytanie, dlaczego skądinąd obiek-

tywna redakcja *Menedżera Zdrowia* dopuszcza do sytuacji, w której uczestnik i strona procesu rynkowego (przewodniczący jednego z dużych związków pracodawców) recenzuje i ocenia konkurencyjną grupę, jaką są świadczeniodawcy prywatni, z pozycji autora artykułu redakcyjnego. Dostrzegam tu przynajmniej dużą niezręczność. Z oceną bowiem dobrych i niezbyt dobrych obyczajów bywa tak, że ma ona zwykle charakter subiektywny i, poza zdarzeniami skrajnymi, wiele zależy od stopnia wrażliwości i wyrafinowania estetycznego bądź obyczajowego stron.

W ogniu krytyki

Wreszcie sprawa druga, czyli nieuzasadnione poddawanie krytyce całego środowiska świadczeniodawców prywatnych. Przewodniczący Jacek Łukomski nie krytykuje autorów wypowiedzi, tylko od razu wszystkich przedstawicieli sektora prywatnego. I znów nie podaje tu ani jednego adresata, za to mamy przedstawicieli prywatnego sektora służby zdrowia, przedstawicieli prywatnych podmiotów opieki zdrowotnej czy przedstawicieli sektora prywatnego. Czy stosowanie ostrych sformułowań tj. inwektywy, prymitywizm etc. (które notabene same w sobie mogą zostać uznane za obraźliwe) wobec całej grupy jest zgodne z dobrymi obyczajami? Chyba, że uznajemy, iż wszyscy jej członkowie ponoszą zbiorową odpowiedzialność za zdania wypowiedziane przez jednego z nich. Za epilog rozważań dotyczących upadku obyczajów niech wystarczy słowo uznania dla dr. Łukomskiego za niezwykle trafne dobranie tytułu artykułu do zaprezentowanej treści.

O wyższości Wielkanocy...

Wreszcie druga, nieco poważniejsza kwestia poruszona w artykule pt. *Równość praw i obowiązków*: wzajemne relacje sektora publicznego i prywatnego oraz prawa i obowiązki. Kwestia to nienowa. Przede wszystkim temat wydaje się być z gatunku o wyższości świąt Wielkiej Nocy nad świętami Bożego Narodzenia, gdyż w obecnym systemie prawnym usytuowanie podmiotów jest tak zróżnicowane, że w zasadzie nie nadaje się do porównania. Ponadto inaczej rzecz się ma w teorii, inaczej natomiast w praktyce. Zagadnienie jest dodatkowo niezwykle trudne, bo wymaga znajomości zasad funkcjonowania obu

” Myślę, że dobrze wychowanego
dyr. Jacka Łukomskiego
emocje poniosły na manowce ”

sektorów. Dodatkowo na autora czyhały tu liczne pułapki, takie jak uprzedzenia międzysektorowe czy postrzeganie ogólnej sytuacji z perspektywy własnych, bieżących problemów. Niestety, autor artykułu ich się nie ustrzegł.

W artykule zabrakło omówienia tzw. przywilejów publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Gdybym miał opublikować artykuł omawiający to zagadnienie (czego nie ośmielię się uczynić, bo wiem, ile pracy trzeba włożyć w rzetelne przygotowanie artykułu, który mógłby kompleksowo przedstawić taki temat) zacząłbym od początku, czyli:

- majątku wykorzystywanego do wykonywania działalności medycznej (nieruchomości oraz sprzęt i wyposażenie). Majątek ten w przypadku spzoz zostaje udostępniony (użyczony) przez organ właścicielski (przeważnie samorząd terytorialny), a w przypadku nzoż jest dodatkowym kosztem, który musi być sfinansowany z przychodów. Inną sprawą jest amortyzacja, która jest problemem zarówno spzoz, jak i nzoż;
- podatku dochodowego, którego nie płacą spzoz-y (a nzoż-y płacą) oraz zwolnień podatkowych, np. z podatku od nieruchomości. Teoretycznie powinna tu istnieć równość, jednak nie znam przykładu nzoż-u, któremu podatek od nieruchomości zostałby umorzony. Jedyne nzoż, któremu umorzono ten podatek w 2004 r. w Poznaniu na kwotę blisko 200 000 zł, to Wojewódzki Szpital Zespolony przy ul. Juraszów;

- dotacji, czyli dofinansowania spzoz-om z pieniędzy podatników inwestycji lub zakupu sprzętu i aparatury medycznej (w 2004 r. miasto Poznań wydało na ww. cele w publicznych spzoz-ach kwotę ok. 6 mln zł, a na nzoż-y – 0 zł. Jeden z powiatów z Wielkopolsce ogłosił niedawno, że dofinansuje nieudaną prywatyzację szpitala kwotą ok. 10 mln zł. Nie słyszałem natomiast, by jakkolwiek dysponent pieniędzy publicznych dofinansowywał nieudane przekształcenia w sektorze prywatnym);
- dotacji z tzw. pieniędzy UE, które rozdysponowywane są wyłącznie wśród spzoz-ów;



foto: archiwum

- zadłużania spzoz-ów (szacowane na 7–10 mld zł), innymi słowy kredytowaniu działalności różnymi pożyczkami, które będą musiały być ostatecznie spłacone przez Skarb Państwa (różne formy restrukturyzacji zadłużeń itp.), bądź przez samorządy. W obu przypadkach spłata zadłużenia pochodzi ze środków publicznych. O takim procederze nawet pomarzyć nie mogą nzoż-y.

Szara strefa

Wreszcie podniósłbym rzetelnie (nie jako mit, tylko właśnie jako rzeczywistość) upolitycznienie, istnienie niejasnych oddziaływań różnych podmiotów na rynku oraz wreszcie kwestię *szarej strefy* w służbie zdrowia. Zwróciłbym uwagę na naciski różnych, mniej lub bardziej prominentnych osób (tj. politycy, samorządowcy, szefowie związków pracodawców, pracowników etc.) w sprawie wysokości kontraktów dla poszczególnych świadczeniodawców. Dotyczy to w znacznie większym stopniu spzoz-ów, ponieważ ich rola społeczna jest wyraźniejsza, choćby poprzez fakt, że często są one dużymi pracodawcami czy dostawcami znacznej części świadczeń medycznych na danym terenie. Zaznaczyłbym jednak, że wraz z prywaty-

zaczają stopniowo znika pojęcie *szarej strefy* na linii pacjent – podmiot, które, choć trudne do określenia ilościowego, jest niewątpliwie istotną bolączką publicznej służby zdrowia.

Na zakończenie warto wspomnieć kwestie pracownicze. Rzeczywiście tzw. *ustawa 203* dotyczyła jedynie publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Jednak osobiście jestem przekonany, że wynikało to nie z chęci ochrony sektora prywatnego, lecz braku stosownego mechanizmu prawnego, na drodze którego można by do tego przymusić zakłady niepubliczne. Dość jednak powiedzieć, że efekt dotyczy jedynie szpоз-ów.

Narodowe paradoksy

Chciałbym też zwrócić uwagę na pewien paradoks, którego pośrednio dotyka autor sugerując, że szpоз ponosi koszty pracy swoich pracowników – zwykle w godzinach popołudniowych – w nzo-ach. Paradoks obrazuje pytanie, dlaczego lekarze godzą się na pracę w szpоз-ach, chociaż stawka godzinowa np. wyspecjalizowanego lekarza w szpоз-ie jest w dziedzinach ambulatoryjnych ok. 5–10 krotnie niższa, a w specjalnościach zabiegowych ta rozpiętość jest jeszcze większa? Może właśnie dlatego lekarze akceptują poniżające ich często wynagrodzenia w szpоз-ach (zwykle niższe niż w administracji szpitala), że mogą dorobić popołudniu w gabinecie czy nzo-ie? Jeżeli problem tkwi tylko w składkach na ZUS, to wystarczy zamienić wszystkie umowy o pracę na umowy cywil-

powierzchni i sprzętu, połączone ze sprzedawaniem różnych dodatkowych usług. Ostatnim znakomitym przykładem jest uruchomienie w publicznym Szpitalu im. Franciszka Raszei nowoczesnej Pracowni Tomografii Komputerowej przez prywatną firmę Enel-Med z Warszawy. Nie miejsce tu, by szczegółowo omawiać obustronne korzyści z takiego rozwiązania – dość przyznać, że jednak można nie tylko narzekać, ale i zrobić coś pożytecznego. Zresztą w Polsce można znaleźć przynajmniej kilkadziesiąt takich przykładów (np. niezwykle prężna działalność dyr. Marka Durlika z Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA czy dyr. Krzysztofa Kicińskiego z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie). Co do regulowania liczby przyjęć, z przykrością muszę zauważyć, że niektóre szpitale publiczne nauczyły się minimalizować liczbę miesięcy dyżurowania tzw. ostrego, wprowadzając stałe wyłączenia oddziałów (np. pod pretekstem remontu) i na tej podstawie odstępują od hospitalizacji podczas ostrych dyżurów, czyli tych najdroższych. Inne szpitale, np. kliniczne, w ogóle nie dyżurują w wielu dziedzinach. Ale jest to z pewnością jedynie margines.

Prorynkowy kierunek

Na zakończenie pragnę zwrócić uwagę, że moje rozważania stanowią jedynie przyczynek do szerszego, rzetelnego i kompleksowego opracowania, wskazującego na rzeczywiste prawa i obo-

” Zmiany w systemie ochrony zdrowia powinny zmierzać w kierunku rynkowym ”

noprawne i świadczenia każdy będzie sobie płacił sam. A ubezpieczenie OC i tak każdy musi mieć opłacone indywidualnie. Paradoks ten da się najprawdopodobniej wyjaśnić na wiele sposobów, jednak w efekcie to właśnie szpоз jest beneficjentem taniej siły roboczej, która następnie, świadoma swoich kwalifikacji i możliwości, oczekuje rekompensaty na rynku niepublicznym.

Warto też może podnieść kwestię świadczeń odpłatnych oraz tzw. regulowanie liczby przyjęć. Choć wydaje się, że świadczenia odpłatne należą jedynie do sfery niepublicznej i publiczne zakłady mają zamknięty dostęp do nich, jest to ogłęd ty-leż powierzchowny, co nieprawdziwy. Otóż jednym ze sposobów rozwiązania tego dylematu jest partnerstwo publiczno-prywatne, zagadnienie znane w świecie od lat, od niedawna stosowane z sukcesem również w Polsce. Wiele jest przykładów wynajmowania podmiotom niepublicznym

wiązki podmiotów publicznych i niepublicznych, które powinno zostać przygotowane przez zespół ekspertów reprezentujących oba sektory. Opracowanie takie powinno uwzględniać fakt, że zarówno prywatyzacja, jak i urynkowanie gospodarki w Polsce są faktem. Oznacza to, że oczekiwane zmiany w systemie ochrony zdrowia powinny zmierzać w kierunku prorynkowym. Z drugiej strony, powinno uwzględniać stałą potrzebę istnienia publicznych jednostek ochrony zdrowia w ściśle określonym zakresie. Oznacza to ni mniej ni więcej tyle, że te dwa sektory, publiczny i prywatny, są na siebie skazane i powinny nauczyć się ze sobą współpracować dla obustronnych korzyści, rozumiejąc swoje atuty i ograniczenia.

Autor jest prezesem
Wielkopolskiego Związku
Pracodawców Ochrony Zdrowia – PZ
(tytuł i śródtytuły pochodzą od redakcji)