



Fot. PAP/Mateusz Marek

Rozmowa z Bolesławem Piechą, posłem Prawa i Sprawiedliwości, wiceprzewodniczącym sejmowej Komisji Zdrowia, wiceministrem zdrowia w rządzie PiS w latach 2005–2007

STEROWALNOŚĆ

TO RACJONALNOŚĆ

Jakie powinno być szpitalnictwo w Polsce i czy pieniędzy na szpitale jest wystarczająco dużo?

Powinno pozwalać na realizację podstawowego prawa obywateli, to jest dostępu do opieki zdrowotnej w szpitalach – jak najszybszego i finansowanego z pieniędzy publicznych. To w skrócie. Oczywiście powinna być możliwość wyboru, czyli leczenia się w prywatnych placówkach, ale podkreślę, że w Polsce nie żyją sami krezusi, milionerzy. Polaków nie stać na korzystanie z sektora prywatnego. Co więcej, nawet gdyby było ich stać, niewiele to zmienia. Państwo i tak powinno zagwarantować leczenie w szpitalach. Podkreślę – dla mnie najważniejszą sprawą jest dostęp do publicznego leczenia.

Co do finansów – najważniejsze, aby pieniądze publiczne racjonalnie wykorzystywać. Mamy ich może nie najwięcej, ale też nie najmniej. Nie jest tak, że polska ochrona zdrowia jest biedna – rocznie to 120 mld zł, z czego ok. 40 proc. przeznaczamy na szpitale. To potężna kwota. Pytanie, czy te pieniądze są wydawane racjonalnie.

Czy zatem pieniądze w szpitalnictwie są wydawane racjonalnie?

Nie. Jest dużo różnych nieprawidłowości.

Po pierwsze, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powinna rzetelnie oszacować koszty świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach. Niektóre są godnie i właściwie wycenione, ale inne są ewidentnie niedoszacowane. To ważna i strategiczna sprawa, która wymaga załatwienia.

Po drugie, jest duża dysproporcja między planami świadczeń zdrowotnych w szpitalach a ich realizacją. Część dyrektorów nie do końca rzetelnie wycenia swoje możliwości kadrowe i sprzętowe, starając się o pieniądze od płatnika. Czasami robią to na wyrost, naciągając Narodowy Fundusz Zdrowia.

Czy tych nieprawidłowości byłoby mniej, gdyby szpitalnictwo było scentralizowane?

Ponad 30 lat temu zachwyciliśmy się rozpuszczaniem bryły lodowej, jaką była komuna i system centralistyczny. Zachłyszneliśmy się tym i wciąż mamy wrażenie, że takie zarządzanie jest złe. To nie do końca prawda. Przed laty było źle, bo dominowała gospodarka niedoboru, więc na dobrą sprawę niczego nie było. I dlatego skompromitował się system zarządzania centralnie.

Kiedyś stwierdziłem, że publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce powinien być bardziej sterowalny – powinno być mniejsze rozproszenie właścicielskie i mniejsza konkurencja. Nie mam zielonego pojęcia, dlaczego na przykład szpital w Rybniku ma konkurować ze szpitalem w mieście powiatowym oddalonym o 20 km. Sądzę, że ludzie tego nie chcą. Oni oczekują leczenia, pomocy.

CENTRALIZACJA ALBO NACJONALIZACJA

BYŁABY WTEDY, GDYBY JEDNYM AKTEM PRAWNYM

WYKUPIONO WSZYSTKIE SZPITALA.

CZASAMI ZASTANAWIAM SIĘ, CZY TO NIE BYŁOBY

SKUTECZNIEJSZE I TAŃSZE ROZWIĄZANIE

– WYKUPIĆ JE RAZEM Z DŁUGAMI,

ODDŁUŻYĆ I BYŁBY SPOKÓJ

W sektorze publicznym nie powinno być konkurencji, tylko dobry i równy dostęp, jakość, a także rozsądne gospodarowanie pieniędzmi. Nie przekonuje mnie, że jakiś szpital ma nagle ogromne zyski. Oznacza to, że być może świadczy specyficzne usługi – te bardzo dobrze wycenione. Takim przykładem był gwałtowny rozwój kardiologii i kardiologii inwazyjnej. W pewnym okresie szpitale chętniej leczyły pacjentów kardiologicznych, bo powstał „korytarz finansowy”. Opłaciło się, zarządzający chcieli zarabiać. Powtórzę – dyrektorzy nie powinni myśleć o świadczeniach najbardziej opłacalnych, ale o zagwarantowaniu dobrego i równego dostępu do leczenia.

Dzisiaj konkurencja oznacza, że nagle z jednego oddziału szpitalnego kadra lekarska przechodzi do innej placówki, bo tam lepiej płacą. Jaki jest efekt? Wzrost kosztów, które muszą ponosić dyrektorzy szpitala, a więc i państwo. Dyktat lekarzy.

Raczej wolny rynek.

Wolny rynek w najgorszej formie. Dobrze byłoby to uchronić. Nigdy nie uważałem i nie uważam, że celem szpitali publicznych – i osób w nich zatrudnionych – jest zarabianie. Podstawa to leczenie.

Wolałby pan, aby obowiązywała sztywna siatka płac?

Rozważyłbym to, ale dywagacje na ten temat potraktujmy jako głos w dyskusji. W rządzie nie trwają żadne prace w tej sprawie. Niemniej sądzę, że jest jakieś pole manewru, możliwości rozmowy i przekonania większości polityków Prawa i Sprawiedliwości do takiego podejścia. Rozmawiamy o tym.

Szpitale publiczne nie są niczym prywatną. Należą do obywateli. To Polacy je wyposażyli ze swoich podatków. I – co stanowczo podkreślam – z ich pieniędzy otrzymuje wynagrodzenie personel medyczny. Pensje medyków fundują Kowalski i Nowak, którzy mają najniższą emeryturę. Co prawda

**NIE ZNAM WIELU LEKARZY,
KTÓRZY MÓWIĄ SOBIE „DOŚĆ”.
ZAZWYCZAJ LEKARZE CHCĄ WIĘCEJ I WIĘCEJ,
A PAMIĘTAJMY, ŻE PUBLICZNE SZPITALNICTWO
MA OGRANICZONE MOŻLIWOŚCI.
SĄ SZPITALNICTWA, KTÓRE SIĘ ZADŁUŻAJĄ,
BO ZBYT DUŻO PŁACĄ LEKARZOM**

dali mało, ale się dołożyli. Każdy płaci. Dlatego nikt nie może traktować szpitala jak prywatnego folwarku, osobistego warsztatu pracy, w którym można robić, co się komu podoba – ani dyrektorzy, ani lekarze. Nikt nie powinien stawiać warunków. Wiem, to niepopularne i trudne stwierdzenie, ale zdarza się, że lekarze oczekują niemożliwego – żądają zbyt wysokich płac. Wydaje się, że nie ma w tym przypadku górnej granicy. To mnie niepokoi. W ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych zapisano jedynie dolny próg. Zachowujemy się jak w systemie komercyjnym.

Pana zdaniem należałoby ustalić górną granicę zarobków lekarzy w szpitalach publicznych? To byłby skrajny przykład zarządzania centralnego, odgórnego.

I o z tego? Cała obudowa systemu jest centralna i państwowa. Punktem wyjścia rozmów o szpitalnictwie, o zmianach w służbie zdrowia jest racjonalność.

Spytam wprost – czy należałoby wprowadzić odgórne ograniczenia?

Chciałbym tego, choć jestem przekonany, że kiedy przeczytają to moi koledzy lekarze, to się na mnie obrażą.

Jak miałyby to wyglądać? Powinno się stworzyć jedną siatkę płac w całym publicznym szpitalnictwie?

Co prawda można by ustawowo wprowadzić limit wynagrodzenia lekarzy w szpitalach, gdyby wszystkie placówki były znacjonalizowane, ale wydaje się, że to jednak za duża ingerencja w system, a nacjonalizacja raczej nie jest możliwa. Lepsze rozwiązanie, moim zdaniem, to ponadzakładowe układy pracy.

W szpitalach brakuje regulacji, z których wynikałoby, ile pieniędzy można przeznaczyć na pensje dla lekarzy – czegoś takiego jak ponadzakładowe układy pracy, popularne w PRL. Ich powrót byłby dobrym rozwiązaniem.

Podstawy tych układów określałaby komisja, w skład której wchodziłoby marszałek oraz przedstawiciele zarządzających szpitalami i związków zawodowych. Na podstawie takich umów wyznaczano by limity wynagrodzenia w szpitalach wojewódzkich w danym województwie, a może nawet w całym kraju. Dzięki temu medycy nie zmienialiby tak często pracy. Nie byłoby niezdrowej konkurencji między podmiotami należącymi do jednego właściciela powodującej, że powstaje rynek pracownika, który generuje systematyczny wzrost kosztów wynagrodzeń. Nie byłoby krzyków, szantażowania dyrektorów przez lekarzy, gróźb, że się zwolnią i zatrudnią w podobnej placówce zlokalizowanej niedaleko, oferującej pensje o kilka złotych wyższe.

Nie wiem, dlaczego w szpitalach wojewódzkich są różne wypłaty dla lekarzy konkretnych specjalizacji. To dziwna sytuacja, kiedy w podmiotach podlegających jednemu marszałkowi nie ma ponadzakładowych umów, a dyrektorzy działają według zasady „róbta, co chceta”. To bolączka polskiego szpitalnictwa od czasu, kiedy skończyła się PRL.

Ponadzakładowe układy pracy mogłyby również obowiązywać w szpitalach powiatowych, należących do ministerstw i tak dalej. To pozwoliłoby na uporządkowanie i kontrolowanie płac oraz systemu.

Zgodnie z tym, co pan proponuje, chirurg pracujący w szpitalu wojewódzkim w Poznaniu zarabiałby tyle co chirurg w szpitalu wojewódzkim w Kaliszu.

Zarabiałby „od do” i nie więcej. Byłoby to odgórnie ustalone uporządkowanie sprawy.

Nie więcej, czyli do jakiej kwoty?

To kwestia do dyskusji.

Spytam zatem inaczej – ile powinien zarabiać chirurg z 20-letnim stażem w szpitalu wojewódzkim. Byłoby dopuszczalne, aby zarabiał trzykrotność średniej pensji krajowej. To oczywiście tylko propozycja. Mogliby o tym dyskutować przedstawiciele komisji, o której wspominałem wcześniej.

Czy wprowadzenie sztywnej siatki płac nie spowodowałoby protestów lekarzy?

Odpowiem inaczej: nie znam wielu lekarzy, którzy mówią sobie „dość”. Zazwyczaj chcą więcej i więcej, a pamiętajmy, że publiczne szpitalnictwo ma ograniczone możliwości. Są placówki, które się zadłużają, bo zbyt dużo płacą lekarzom.



Fot. PAP/Radek, Pietruszka

Czy w Prawie i Sprawiedliwości mówi się o wprowadzeniu sztywnej siatki płac?

Powiem jedynie, że rozmawiamy na ten temat.

A co z projektem ustawy o restrukturyzacji i modernizacji szpitalnictwa? Może te przepisy poprawią sytuację?

Zapoznałem się z projektem ustawy, która i tak nie zacznie obowiązywać, bo jest napisana jak jest...

Czyli?

Bezwzględnie koncentruje się na finansach. W projekcie zapowiedziano przeprowadzenie obowiązkowej oceny wszystkich szpitali. Na tej podstawie, według zawartych w dokumencie kryteriów ekonomiczno-finansowych, zostanie przyznana odpowiednia kategoria, która zdeterminuje procesy rozwojowe i naprawczo-rozwojowe. Ale przecież szpital nie jest bankiem i nie będzie nim. Liczba procedur medycznych i ich skomplikowanie, aspekty ludzkie, czasowe,

nieprzewidziane ryzyka... Czynnikiem wpływającym na jego działalność jest niepomiarowo więcej niż w jakimkolwiek banku. Zamiast oczekiwanych pozytywnych zmian w szpitalnictwie w projekcie ustawy przyjęto strategię ograniczającą się do niezbędnych poprawek dotyczących sytuacji finansowej. Wprowadzenie ustawy nie zwiększyło dostępności hospitalizacji. Na szczęście rozważamy rezygnację z podziału na jednostki lepiej i gorzej radzące sobie finansowo oraz z powstania Agencji Rozwoju Szpitali. Chcielibyśmy jednak pomóc zarządzającym szpitalami w trudnej sytuacji finansowej. W tej kadencji rządu ustawa nie powstanie. Pracujemy nad dokumentem, gruntownie go poprawiamy.

Może jednak warto byłoby po prostu scentralizować szpitale. To ułatwiłoby kontrole i zarządzanie.

Centralizacja albo nacjonalizacja byłaby wtedy, gdyby jednym aktem prawnym wykupiono wszystkie szpitale.



Fot. PAP/Radek, Pietruszka

Czasami zastanawiam się, czy to nie byłoby skuteczniejsze i tańsze rozwiązanie – wykupić je razem z długami, oddłużyć i byłby spokój.

I nie byłoby problemu z zadłużeniem...

Zgadza się. Właściciele i tak musieliby otrzymane pieniądze spożytkować na cele publiczne, na lokalne społeczności. Zadłużenie można by w jakiś sposób „rolować” – to nie jest problem. Wtedy można by szpitalnictwem zarządzać centralnie i racjonalnie je kontrolować. Byłby jednak niepokój, zwłaszcza w przypadku szpitali powiatowych i wśród miejscowej ludności, która uznałaby, że coś jej się odbiera. To byłoby niepopularne.

Czy politycy PiS planują oddłużenie szpitali?

Faktem jest, że niestety niektóre szpitale są w kiepskiej sytuacji finansowej. Oddłużenie to skomplikowana sprawa – część długów stanowią zobowiązania ogólne, część zobowiązania wymagalne, które duszą placówki. Niektórzy dyrektorzy mają niezapłacone faktury, na innych są nałożone kary finansowe. Coś

trzeba zrobić. Jak wspomniałem – chcielibyśmy pomóc zarządzającym szpitalami w trudnej sytuacji finansowej. Część długów można by spłacić z jakiegoś funduszu. Na przykład z Funduszu Restrukturyzacji Szpitali – dzięki pieniądзом z budżetu państwa. Nie chcemy jednak, by te środki były przekazywane jednostkom, które działają w sposób nieefektywny, na przykład nie realizują puli świadczeń ustalonej w kontraktach. Fundusz Restrukturyzacji Szpitali mógłby być zapisany w ustawie o restrukturyzacji i modernizacji szpitalnictwa zamiast proponowanej wcześniej Agencji Rozwoju Szpitali. W przeciwieństwie do ARS nie byłby instytucją o charakterze komorniczym, niczym syndyk masy upadłościowej z komisarzami na czele. Poza tym dziś nie jest dobry czas na powoływanie nowej instytucji. Tyle mogę na razie zdradzić.

Można zatem powiedzieć, że PiS chce oddłużyć szpitale?

Są plany uregulowania gospodarki finansowej szpitali, co przeciwdziałałoby zadłużaniu się jednostek.

Rozmawiał Krystian Lurka