

Dlatego, że założeniem zmian miałyby być częściowe ograniczenie podaży. Poza tym uważam, że prowadzenie drogiej inwestycji, a do takich należy szpitalnictwo oraz infrastruktura wysokich technologii, powinno jednak podlegać planowaniu. Nie może być bowiem dalej tak – jak jest bardzo często dotychczas – że to czy szpital kupuje sobie drogi sprzęt, albo modernizuje się, zależy głównie od umiejętności wywołania batalii medialnej przez dyrektora. Dlatego – po raz kolejny podkreślam – mimo istnienia wolnego rynku, pewne sfery opieki medycznej muszą być regulowane. Dotyczy to także sfery prywatnej, w której znajduje się wielu inwestorów gotowych wyłożyć dziesiątki milionów złotych na tomografy czy inne urządzenia. Prywatni znajdują pieniądze prawie na wszystko, jednak od inwestora publicznego różnią się jednym – oni muszą mieć zapewnioną gwarancję zbytu swoich usług. A tego na obecnym etapie rozwoju rynku państwo zapewnić im jednak nie może. Tutaj więc otwiera się pole do partnerstwa publiczno-prywatnego. Prywatni musieliby składać swoje oferty w odniesieniu do opracowywanych na danym terenie planów.

Jak miałyby więc wyglądać planowanie inwestycji zdrowotnych?

Gdy np. okazałoby się, że w miejscowości X potrzebne jest jakieś urządzenie czy usługa, musiałby się zebrać zespół specjalistów, który powinien się zastanowić, kto jest w stanie zabezpieczyć po-

wstałe potrzeby. Na tym etapie powinna właśnie powstać możliwość konkurowania podmiotów prywatnych i publicznych. Nie może być tak, jak obecnie, że powstała za publiczne pieniądze placówka natychmiast rzuca się na płatnika, aby zapewnić jej kontrakt. Proces inwestycyjny dzisiaj zależy od widzimisię lokalnych polityków, którzy mają siłę przebiccia i potrafią po prostu wyszarpywać pieniądze. Nie ma to jednak nic wspólnego z ich racjonalnym inwestowaniem.

Jakie, pańskim zdaniem, są szanse wprowadzenia sieci szpitali?

Myślę, że będzie to bardzo trudny i wywołujący konflikty proces. Warto też zauważyć, że wszyscy już wiedzą, iż jednym z elementów weryfikacji szpitali będzie ich infrastruktura. Dlatego spodziewam się, że obecnie wiele szpitali będzie na gwałt inwestować, zadłużając własne budżety oraz swoje organa założycielskie. Z podobnym zjawiskiem mieliśmy do czynienia już 2 razy – w 1998 r., gdy opracowano pierwszą tzw. sieć w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia i potem, gdy ogłoszono powstanie sieci ministra Łapińskiego. Za każdym razem szpitale rzucały się na obłędne zakupy, aby tylko znaleźć się w sieci. Dlatego przestrzegam przed tym zjawiskiem i uważam, że należy jak najszybciej uświadomić zainteresowanym, że załapanie się do sieci nie powinno być tylko przywilejem.

Rozmawiał Janusz Michalak

W sieci strachu

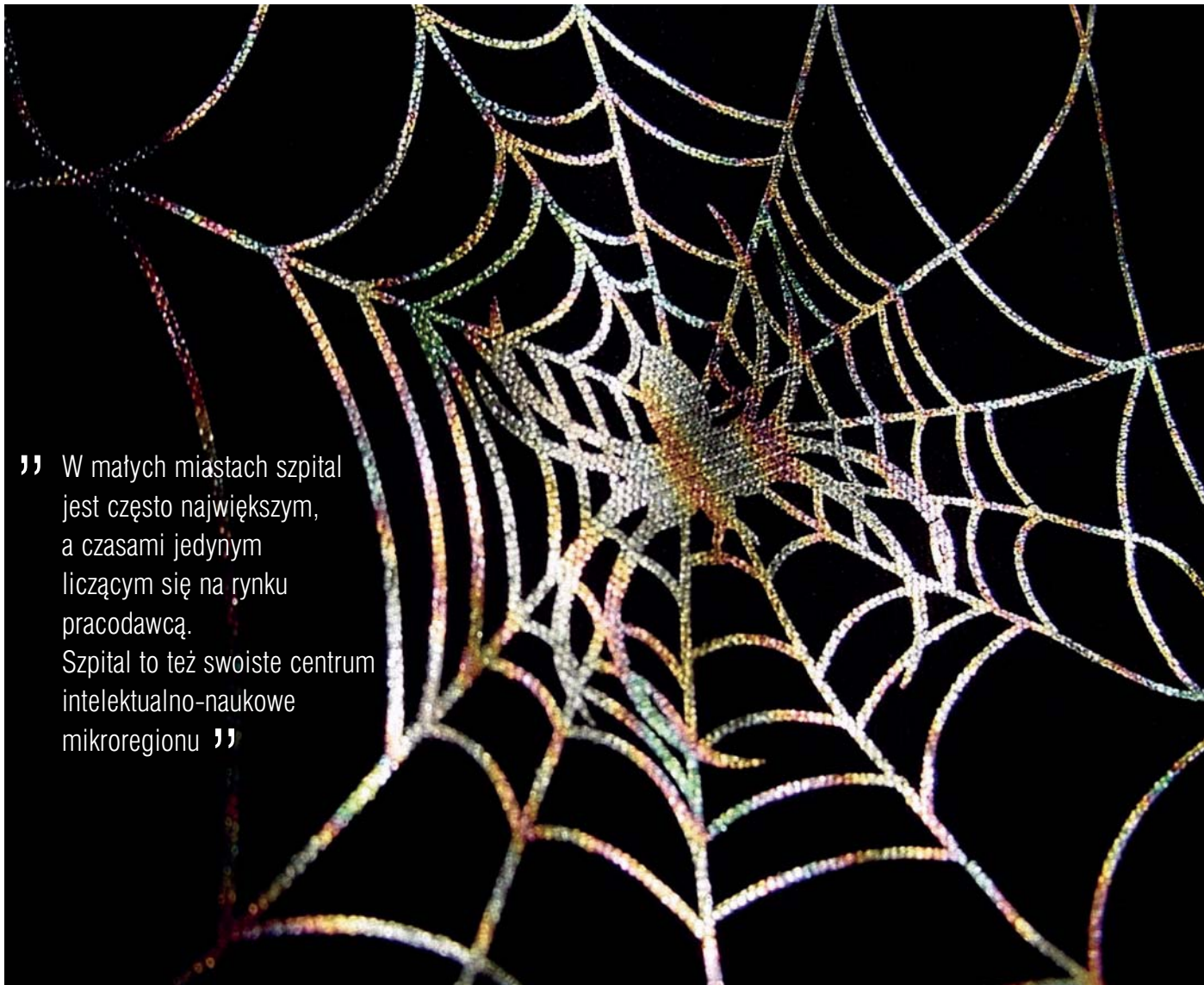
Marcin Kowalski

Można wymieniwać wiele powodów załamania się systemu lecznictwa szpitalnego w małych, prowincjonalnych ośrodkach. Jednak najważniejsze są rażąco wadliwe i nieodpowiedzialnie sformułowane zapisy tzw. *ustawy 203*, nieadekwatne do wydatków kontrakty zawierane z NFZ oraz brak zwrotów kosztów wynikających z przekroczenia kontraktów w latach ubiegłych.

Szpitale powiatowe to swoisty poligon doświadczalny, na obszarze którego udowodniono, jak wiele można osiągnąć dobrym zarządzaniem.

Na granicy eksplozji

Głównym wskaźnikiem oceny działalności podmiotu w warunkach gospodarki rynkowej jest wynik finansowy. Przy ciągłym deficycie



graf. NATASCHA.HU

„ W małych miastach szpital jest często największym, a czasami jedynym liczącym się na rynku pracodawcą. Szpital to też swoiste centrum intelektualno-naukowe mikroregionu „

środków, pogoń za dobrym wynikiem finansowym oznacza po prostu dążenie do niegenerowania długów. Wielu specjalistów przyczyn trudności szpitali prowincjonalnych doszukuje się w braku właściwego nadzoru organów założycielskich. Samorządowcy odpierają zarzuty, narzekając na niedostatek możliwości finansowych oraz brak odpowiednich narzędzi prawnych umożliwiających pozyskiwanie pieniędzy na lecnictwo. Dlatego też przyznają, że nie są w stanie zagwarantować bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom. Katastrofalna sytuacja finansowa szpitali nie tylko zagraża budżetom samorządowym, ale może, ich zdaniem, prowadzić w przyszłości do lokalnych wybuchów niepokoju społecznego.

Należy jednak stwierdzić, że organa tworzące szpitale publiczne, to jednostki zbyt słabe finansowo, by oczekiwać od nich należytego wsparcia kapitałowego. Pomoc publiczno-prawna samorządu sprowadza się często jedynie do zwolnienia z podatku od nieruchomości. Dyrektorzy szpitali podkreślają niemal

jednogłośnie, że brak jakiegokolwiek znaczącej pomocy finansowej ze strony właściciela nie płynie z braku chęci, lecz z obłożenia samorządu innymi, poważnie obciążającymi budżet, zadaniami. Działacze samorządowi alarmują z kolei, iż konsekwentne obniżanie kontraktów dla szpitali powiatowych w obliczu uchwalonej ustawy o pomocy publicznej blokuje realizację przyjętych programów naprawczych i restrukturyzacyjnych. Uniemożliwia też regularną spłatę zaciągniętych z budżetu państwa pożyczek, a w sytuacjach krańcowych nie pozwala na zabezpieczenie bieżącego funkcjonowania placówki.

Jedyny żywiciel rodziny

W małych miastach szpital jest często największym, a czasami jedynym liczącym się na rynku pracodawcą. Szpital to też swoiste centrum intelektualno-naukowe mikroregionu, z określonymi tradycjami i historią. Dlatego utrzymanie placówki szpitalnej postrzegane jest jako sprawa lokalnego honoru

i dobrobytu społecznego. Jednak w wizję działania szpitala musi być wpisana przede wszystkim realizacja potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności oraz możliwie pełne, racjonalne i ekonomiczne wykorzystanie potencjału materialnego, rzeczowego i osobowego jednostki. I tu pojawia się problem, bo źródłem przychodów szpitala są środki z kontraktu z NFZ. Niewielki odsetek dochodów placówki czerpie z innych miejsc. I ta sytuacja nie zmieni się jeszcze długo, albowiem szpitale prowincjonalne obsługują ludność biedną i osoby bezrobotne. Dlatego nie należy się spodziewać poprawy sytuacji po wprowadzeniu dodatkowych opłat. Jednocześnie pasywność organów założycielskich oraz menedżerów powoduje, że szpitale zbyt rzadko sięgają po istniejące już w prawie instrumenty, takie jak (w przypadku szpitali posiadających program restrukturyzacji finansowej) emisja obligacji. Niewykorzystanym środkiem finansowym są też akcje charytatywne, szczególnie te zakrojone na lokalną skalę. Wielką szansą poprawy sytuacji była oferta pozyskiwania środków ze Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego (ZPORR). Problem w tym, że efekty tych starań okazały się mizerne. Dlaczego? Bo pozyskiwanie środków z Brukseli jest uwarunkowane partycypowaniem w kosztach inwestycji. Małe szpitale ani ich organa założycielskie nie dysponują takimi środkami.

Lokalna solidarność

W przeszłości podejmowano działania zmierzające do ustalenia wspólnego frontu walki o przetrwanie szpitali powiatowych i poprawę ich katastrofalnej sytuacji materialnej. Eskalacja napięć na linii powiaty-NFZ osiągnęła apogeum w 2004 r., kiedy to groźba masowego zerwania kontraktów przez placówki powiatowe wydawała się bardzo realna. Wspólny front dyrektorów szpitali powiatowych i starostów wielu województw spowodował, że do takiej groźby wszyscy podeszli poważnie i stawki kontraktów zostały podwyższone. Powrót do koncepcji zintegrowanych działań obserwujemy również obecnie, czego przykładem jest chociażby plan powołania Związku Pracodawców Mazowieckiego Porozumienia Szpitali Powiatowych. Nie wolno jednakże zapominać, iż interesy poszczególnych szpitali bywają zróżnicowane przez uznaniową politykę NFZ. W konsekwencji menedżerowie lepszych zakładów nie chcą dzielić losu źle zarządzanych. Solidarności nie sprzyja

też upolitycznienie samorządów i utrwalone animozje lokalne.

Sieć o małych oczkach

Z zapowiedzi kolejnych ministrów zdrowia wynika, że stworzenie sieci szpitali jest już przesądzone. Dlatego też w szpitalach oddalonych od wielkich ośrodków miejskich trwają nieustanne dyskusje na temat przyszłości lecznictwa powiatowego. Kto i wedle jakich kryteriów będzie kwalifikował jednostki mające znaleźć się w sieci? Czy w sieci znajdzie się miejsce na placówki niepubliczne? Czy minimalna odległość między szpitalami będzie szywno przestrzegany kryterium? A może decydować będzie maksymalny czas, w jakim pacjent będzie mógł dotrzeć do potencjalnego świadczeniodawcy?

Strach przed szybką ścieżką likwidacyjną powoduje, iż na wszelki wypadek w sieci chcą być wszyscy. Głos samorządów niewątpliwie winien być przy konstruowaniu systemu uwzględniany, jednak konieczna jest świadomość społeczności lokalnych, że partykularny interes musi tu czasami przegrać z potrzebą racjonalizacji państwowych wydatków.

Jednak nie wszyscy trzęsą się ze strachu. Wiele szpitali podejmuje działania prywatyzacyjne. Przykładem SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, którego dyrekcja planuje przekształcenie placówki w spółkę prawa handlowego. Na Lubelszczyźnie prywatna firma medyczna przejęła Szpital Powiatowy w Rykach, a bliska podobnego kroku jest jednostka w Lubartowie. Nie pozostaje nic innego, jak pochwalić samorządy za odwagę i kibicować inwestorom, których poczynania obserwują bacznie kolejni potencjalni udziałowcy placówek służby zdrowia.

Dobro chorego powiatowego

Nie wiadomo, jakie decyzje podejmą politycy. Należy jednak podkreślić, że szpitale powiatowe, nazywane tu prowincjonalnymi, gwarantują hospitalizację ok. 60 proc. polskich pacjentów. W ten sposób są jednym z najważniejszych ogniw systemu ochrony zdrowia. Jak podkreślają wszyscy eksperci, prowadzenie takiego szpitala to wyjątkowo skomplikowana działalność gospodarcza. Dlatego warto zauważyć, że systemowy kryzys służby zdrowia ma też charakter lokalny, narażający na szwank, jak określił to jeden z cenionych felietonistów, dobro chorego powiatowego.

Autor jest lekarzem w jednym ze szpitali w regionie Bielska-Białej