

Dorota Młodzianowska

Akademia Ekonomiczna w Katowicach
Katedra Polityki Rynkowej

WADY SYSTEMOWE W OCHRONIE ZDROWIA JAKO ZAGROŻENIE SUKCESU KOMERCJALIZACJI I PRYWATYZACJI OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Ujawnione w ciągu ostatnich lat problemy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia mają związek nie tylko z wprowadzeniem jego reformy w 1999 r. Źródłem części z nich są wpływające na sposób alokacji zasobów finansowych¹ wewnątrz systemu skutki mechanizmu rynkowego działającego w jego otoczeniu. Zaliczyć można do nich urynkowione ceny leków czy ceny usług pozamedycznych². Inne – to uwidocznione i zaostrzone przez wprowadzoną reformę problemy nawarstwiające się przez lata funkcjonowania wcześniejszego systemu. Za przykład może posłużyć znaczne ograniczenie podmiotowości pacjenta czy brak kontroli społecznej systemu biorącego udział w podziale dobra publicznego³. Takim dobrem jest niewątpliwie konstytucyjne prawo każdego obywatela do ochrony własnego zdrowia⁴. Jeszcze inne problemy funkcjonowania reformowanego systemu ochrony zdrowia wynikają z braku przygotowania warunków pozwalających na urealnienie założeń i możliwości poprawnego działania wprowadzanych reform. Wynikają one po

¹ Por.: T. E. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*. PWN, Warszawa 2000, s. 492.

² Koszty leków i usług pozamedycznych wchodzących do systemu ochrony zdrowia pokrywane są ze środków publicznych, a system nie ma mechanizmów skutecznej obrony przed niedoskonałościami i monopolistycznymi zachowaniami instytucji zewnętrznych, co prowadzi, np. z powodu wysokości kosztów leków, do poważnych zaburzeń jego funkcjonowania.

³ W systemie ochrony zdrowia funkcjonującym przed rokiem 1999 nie istniała instytucja rzecznika praw pacjenta, a dopiero od końca lat osiemdziesiątych rozwijały się i nabierały znaczenia korporacje zawodów medycznych. W zakładach opieki zdrowotnej nie istniały rady społeczne mogące wpływać na ich funkcjonowanie.

⁴ Por.: J. P. Gunning, *Zrozumieć demokrację*, Wyższa Szkoła Bankowości, Finansów i Zarządzania, Warszawa 2001, s. 76–81.

pierwsze, z niepełnej artykulacji celów reformy⁵, a po drugie – z niepełnej ich znajomości zarówno w środowiskach medycznych, jak i wśród pacjentów⁶. Reforma nie określiła precyzyjnie przestrzeni działania sektorów publicznego i prywatnego. Nie określono koszyka gwarantowanych świadczeń standardowych⁷, w związku z czym nie została wytyczona granica, od której zaczyna swe działanie sektor niepubliczny, udostępniając świadczenia ponadstandardowe. Doprowadziło to do zmarnowania istniejącego potencjału przyzwolenia społecznego na początkowe pogorszenie warunków funkcjonowania w imię późniejszej poprawy sytuacji.

Wstępem do reformy systemu zdrowotnego – jak się okazało, przeprowadzonym bez należytej staranności – było przekształcenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zapoczątkowane w roku 1998. Konieczność takich przekształceń wynikała z zapisu w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r.⁸ Ustawa ta w 1999 r. nie dopuszczała zawierania umów o finansowanie świadczeń z niesamodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej. W związku z tym, aby umożliwić im podpisanie umów zapewniających finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, przyspieszano proces przekształcania zakładów publicznych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej⁹.

⁵ Por.: C. Włodarczyk: *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003, s. 44–45; a także: S. Paździoch, C. Włodarczyk, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, s. 238–243.

⁶ Dowodem na to może być informacja, że projekt, który miał promować reformę systemu ochrony zdrowia przed jej wprowadzeniem, finansowany przez Bank Światowy został uruchomiony w trzecim roku jej funkcjonowania.

⁷ Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt K 14/03) DzU nr 5, poz. 37, uznał m.in., że „sprzeczne z art. 68 ust. 2 Konstytucji jest nieokreślenie w ustawie świadczeń zdrowotnych, jakie w zamian za opłaconą składkę winni mieć zapewnione ubezpieczeni”.

⁸ Por.: Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU nr 28, poz. 153 ze zm.

⁹ Por.: Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 91, poz. 408 ze zm. Proces przekształcania PZOZ (Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej) w SPZOZ (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej), który miał miejsce w roku 1998 i stanowił przygotowanie do wprowadzanej w roku 1999 reformy zdrowotnej obejmował szereg działań, do których należały: opracowanie planu strategicznego i biznes planu, opiniowanie projektu przekształceń przez radę społeczną zakładu, związki zawodowe i izby zawodowe, wnioski o przekształcenie, podjęcie przez radę społeczną PZOZ uchwały o zmianie statutu, zatwierdzenie zmian statutu przez organ założycielski PZOZ, dokonanie zmian we wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, podjęcie przez organ założycielski decyzji w sprawie celowości przekształcenia, wydanie zarządzenia lub uchwały o przekształceniu w SPZOZ, wystąpienie z wnioskiem o wpis do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dokonanie przez sąd rejestrowy wpisu do rejestru skutkującego nadaniem osobowości prawnej, negocjacje umowy między organem założycielskim jako dysponentem środków a SPZOZ, zawarcie umowy notarialnej między organem założycielskim a SPZOZ o przekazanie nieruchomości w użytkowanie wieczyste, zawarcie umowy o przekazanie środków w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, zawarcie umowy z dyrektorem o zarządzanie, promowanie świadczeń oraz negocjowanie i zawieranie przez SPZOZ umów z innymi dysponentami środków, reorganizację rachunkowości.

Reforma systemu zakładała rozdzielenie funkcji szczebla centralnego, polegające przede wszystkim na zmianie zasad dystrybucji środków finansowych wpływających do systemu w formie podatku celowego, nazwanego składką na ubezpieczenie zdrowotne, i przekazanie jej powołanym instytucjom płatniczym, czyli kasom chorych, obecnie – Narodowemu Funduszowi Zdrowia¹⁰.

Była to nowa instytucja, która dostała uprawnienia do znacznego oddziaływania na system i pozostająca początkowo poza jego kontrolą¹¹. Zakładano, że będzie ona animatorem rynku wewnętrznego, który zastąpi pionowe hierarchiczne podporządkowanie świadczeniodawców centralnemu rozdzielnictwu środków.

W roku 1998 istniało ponad 1400 zakładów opieki zdrowotnej, z czego około 400 znajdowało się w zarządzie gmin jako zadanie własne, zlecone lub powierzone, a tylko około 30% z nich uzyskało status SPZOZ do 30 listopada 1998 r. W końcu 1998 r. wiele było w trakcie procesu przekształcania.

¹⁰ Należy zwrócić uwagę, że składki, będąc najważniejszym, nie są jedynym źródłem finansowania ochrony zdrowia w Polsce, rosną natomiast w bieżącej dekadzie szybciej niż PKB i dobrobyt społeczny. Składka w roku 2004 zapewniała 57% całkowitych skonsolidowanych wydatków na ochronę zdrowia. Przy ustalonych już regułach współfinansowania składki ze środków prywatnych ich udział w finansowaniu składki rośnie najszybciej i zmierza do przekroczenia 15% w roku 2007, w którym to roku składka osiągnie wysokość 9% podstawy wymiaru, co da kwotę 5,5 mld zł. W roku 2000 udział prywatnych środków w finansowaniu składki wynosił zaledwie 1%, w 2003 r. było to 4,6%, w 2006 r. będzie to wielkość wynosząca 12,9%. Tak wysoki udział prywatnych funduszy we współfinansowaniu składki wydaje się obecnie niedostrzegany przez animatorów opieki zdrowotnej i przez środowiska medyczne, domagające się ciągłego jej wzrostu. Przy niskiej świadomości społecznej tego faktu nie wywołuje to na razie protestów, jednak z upływem czasu narastanie świadomości tak znacznej skali współfinansowania z prywatnych środków, bez możliwości współdecydowania o podziale i gwarancji uzyskania określonego poziomu świadczeń, może stać się przyczyną napięć społecznych i kolejną kartą przetargową w grze politycznej. Jeśli tak, może to prowadzić do zaburzeń poziomu finansowania zwłaszcza, że składki są najważniejszym źródłem finansowania ochrony zdrowia. Por.: Ministerstwo Zdrowia, *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona księga. Praca zbiorowa*, Warszawa 21 grudnia 2004,

www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_zk_211204.pdf; a także: Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*, Warszawa, 15 marca 2004.

¹¹ Organami uprawnionymi do kontrolowania działania kas chorych były działający krótko Krajowy Związek Kas Chorych i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz w minimalnym stopniu Ministerstwo Zdrowia. Organ centralny, wobec którego reforma zakładała największe ograniczenia bardzo szybko, pozostał jedynym mającym wpływ na koordynację działania kas chorych, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 1. Skonsolidowane przychody sektora ochrony zdrowia (w mln zł) w latach 2000 – 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Razem przychody sektora ochrony zdrowia	43 993	48 223	48 933	51 461	54 289	57 912	62 120
w tym:							
– % ze środków publicznych	64,6%	65,6%	63,9%	62,0%	60,5%	59,5%	58,6%
– % z dochodów gospodarstw domowych ¹	34,5%	33,4%	35,0%	36,8%	38,2%	39,2%	40,1%
Przychody sektora ochrony zdrowia w % PKB	6,08%	6,34%	6,26%	6,32%	6,14%	6,08%	6,02%
w tym:							
– % ze środków publicznych	3,92%	4,16%	4,00%	3,92%	3,71%	3,62%	3,53%
– % z dochodów gospodarstw domowych ¹	2,10%	2,12%	2,19%	2,33%	2,35%	2,39%	2,41%

¹ Wydatki gospodarstw domowych oraz składka na ubezpieczenie zdrowotne nieodliczana od podatku dochodowego.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia: *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona księga. Praca zbiorowa*, Warszawa, 21 grudzień 2004, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_zk_211204.pdf

Na szczeblu centralnym pozostawiono pozyskiwanie i dystrybucję środków na finansowanie procedur wysoko specjalistycznych, a także osiąganie celów profilaktyki zdrowotnej oraz celów badawczych i dydaktycznych¹². Ministerstwo Zdrowia pozostało również organem założycielskim dla 331 placówek.

Inny rozdział funkcji szczebla centralnego polegał na przekazaniu samorządom terytorialnym, przy jednoczesnym ich usytuowaniu na trzech niezależnych poziomach, części zadań związanych z planowaniem i programowaniem opieki zdrowotnej na podległych im obszarach. Ponadto samorzady zostały obciążone zadaniami związanymi z pełnieniem funkcji właściciela majątku, wynikającymi z realizacji reformy samorządowej¹³, która czyniła je właścicielem mienia publicznego.

Taki podział doprowadził do przejścia przez samorzady największej części zadań ze szczebla centralnego związanych z ochroną zdrowia. Jednoczesne pojawienie

¹² Wydatki na ochronę zdrowia z budżetu państwa obniżyły się w latach 1999–2003 nominalnie o 40%. Jest to związane ze wzrostem finansowania ze składki zdrowotnej oraz z tendencją do ciągłego zmniejszania deficytu budżetowego, co sugeruje dalsze ich obniżanie.

Por.: Ministerstwo Zdrowia, *Raport...*, op.cit.

¹³ Por.: Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie wojewódzkim. DzU nr 91, poz. 576.

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym. DzU nr 91, poz. 578.

Ustawa z dnia 24 lipca 1998 roku o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa. DzU nr 96, poz. 603 ze zm.

Ustawa z 24 lipca 1998 roku o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa. DzU nr 106, poz. 668.

nie się nowych instytucji płatniczych pozbawiło samorządy wpływu na rozmiar środków finansowych niezbędnych do realizacji zleconych zadań¹⁴.

Przy przekazywaniu majątku publicznego, w tym i infrastruktury zdrowotnej, nie dokonano weryfikacji liczby, struktury i zakresu usług świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Brak takiej weryfikacji, nierównomierny rozkład infrastrukturalny opieki zdrowotnej oraz zróżnicowanie potencjału gospodarczego różnych szczebli i obszarów samorządowych jest obecnie przyczyną wielu problemów związanych z kosztami restrukturyzacji tych placówek, ponoszonymi przez samorządy. Znamienne jest, że nie chodzi tu wyłącznie o koszty ekonomiczne¹⁵. Równie ważne są współwystępujące, a często przemilczane koszty społeczne. Można do nich zaliczyć stałą deprecjację zawodów medycznych wśród społeczeństwa oraz pośród członków poszczególnych medycznych grup zawodowych, wynikającą przede wszystkim z płac niewspółmiernych do wykonywanych zadań, a przejawiającą się choćby w naturalnej likwidacji średnich szkół medycznych i niewielkiej liczbie absolwentów policealnych i wyższych studiów pielęgniarstwa¹⁶. Do kosztów społecznych trzeba zaliczyć również wzrost poziomu bezrobocia i wzrost zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego w tych rejonach samorządowych, w których placówki opieki zdrowotnej podlegałyby likwidacji. Koszty społeczne to także poczucie niesprawiedliwości i niebezpieczeństwo wykluczenia społecznego pośród zwalnianego personelu zamykanych czy restrukturyzowanych placówek, a również brak możliwości przekwalifikowania i zatrudnienia nawet po przekwalifikowaniu zwłaszcza na obszarach o małym potencjale gospodarczym.¹⁷

W początkowej fazie reformy systemu ochrony zdrowia, a w zasadzie z wielkimi zmianami i do chwili obecnej, obraz systemu kształtował się następująco.

Ministerstwo Zdrowia pozostało organem centralnym bez możliwości koordynowania działalności instytucji pełniących funkcje płatnicze i właścicielskie, z

¹⁴ Dochody jednostek samorządu terytorialnego przeznaczone na ochronę zdrowia wynosiły do 2001 r. - 7% całkowitych skonsolidowanych wydatków na ochronę zdrowia, od roku 2002 jest to tylko 5%, a w strukturze przeważają środki nie związane z opieką zdrowotną, pochodzące z celowych dotacji budżetu państwa. To potwierdza, że jako organy założycielskie dla przeważającej liczby szpitali w Polsce samorządy nie mają środków na wypełnianie tej funkcji.

¹⁵ Nie utworzono krajowej listy szpitali z określeniem stopni ich referencyjności i potrzeb inwestycyjno-modernizacyjnych. Jest to przyczyną braku długookresowej, skoordynowanej polityki inwestycyjno-modernizacyjnej, wspartej strumieniem finansowym środków budżetowych nakierowanym na potrzeby inwestycyjne placówek opieki zdrowotnej. Małe budżety samorządowe nie są w stanie udźwignąć takiego ciężaru, więc nałożone na nie zadania stają się fikcją.

¹⁶ Z problemem braku kadr pielęgniarstwa przyjdzie się zmierzyć placówkom opieki zdrowotnej w stosunkowo niedługim czasie. Liczba osób, które naturalnie odchodzą z zawodu jest od kilku lat większa niż wchodzących nowych kadr.

¹⁷ Problem kosztów społecznych związanych z reformą systemu ochrony zdrowia, ale i z restrukturyzacją i komercjalizacją pojedynczych placówek opieki zdrowotnej, znacznie wykracza poza obszary tego referatu i wymaga oddzielnego opracowania, w związku z czym został tu jedynie zasygnalizowany.

obowiązkiem kształtowania polityki i planów zdrowotnych, ale bez instrumentów umożliwiających ich realizację. Pozostało instytucją koordynującą i finansującą programy badawcze i programy dydaktyczne i odpowiedzialną za działania mające na celu szerzenie profilaktyki zdrowotnej.

Instytucja płatnicza miała formę 17 niezależnych kas chorych, na którą to liczbę składało się 16 kas regionalnych i 1 kasa branżowa. Instytucja ta była jedyną i ostateczną instancją w podziale środków finansowych z podatku celowego, przez co kształtowała finansowe warunki działania zakładów opieki zdrowotnej. Ponieważ kadry kas chorych wywodziły się w dużej mierze z zakładów opieki zdrowotnej, układy koleżeńskie umożliwiały i ułatwiały walkę o wpływy. Rozpoczęła się ona podczas procesu kontraktowania świadczeń.

Samorządy terytorialne podzielone między trzy niezależne poziomy stały się organami założycielskimi z pełnią obowiązków i bez środków na ich realizację. Stały się również animatorami planów i programów zdrowotnych oraz polityki zdrowotnej na podległych im obszarach, ale bez koordynacji pionowej między poszczególnymi poziomami samorządności.

Usytuowane najbliżej pacjenta placówki opieki zdrowotnej niejako w naturalny sposób podzieliły się na placówki publiczne i niepubliczne. W pierwszym roku reformy obserwowano spontaniczne tworzenie placówek prywatnych. Działanie placówek niepublicznych w równie naturalny sposób podporządkowane zostało regułom gry rynkowej. Wschodzący rynek usług zdrowotnych zmusił właścicieli zakładów niepublicznych do wywiązywania się z ich funkcji i to kontrolował. W ten naturalny sposób dokonała się ich selekcja – na rynku pozostały tylko te, które zarządzane są najsprawniej i z zachowaniem ekonomicznych reguł gry. Placówki publiczne uzyskały zaś status samodzielnych, co w wielu przypadkach jest przyczyną ich obecnych problemów finansowych. Samodzielność ta polegała i w dalszym ciągu polega w dużej mierze na braku kontroli ekonomicznych zasad działania. Pozwalała na niekontrolowane zadłużanie się placówek do obecnego poziomu, przekraczającego znacznie 5 mld złotych.

Nie powstała instytucja koordynująca stosowanie starych i nowych technologii medycznych w powiązaniu z wyznaczaniem placówek, które mogą je stosować, oraz z kontrolą skutków i efektywności ekonomicznej i medycznej ich zastosowania¹⁸.

Zmiany, które zaszły w 2003 r., polegały na przywróceniu częściowego wpływu Ministerstwa Zdrowia na działanie zmienionej już instytucji płatniczej. Niezależnych 17 kas chorych przekształcono bowiem w centralnie zarządzany Narodowy Fundusz Zdrowia z 16 oddziałami wojewódzkimi. Pozostałe instytucje działają

¹⁸ Powstanie takiej instytucji pozwoliłoby na dostosowanie środków finansowych do możliwości leczenia metodami adekwatnymi do potrzeb w poszczególnych przypadkach medycznych. Znamienne jest to, że medycyna jest takim obszarem działalności, w którym wynalezienie nowej technologii nie powoduje naturalnego wypierania starej, inaczej niż w innych dziedzinach działalności ludzkiej.

w tych samych ramach. Działanie systemu ochrony zdrowia oparto m.in., na niezgodnej z Konstytucją RP ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹⁹. W 2004 r. przed systemem ochrony zdrowia stało kolejne zadanie, wynikające z wejścia Polski do Unii Europejskiej. Zgodnie z obowiązującymi od tego momentu przepisami dotyczącymi koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, uprawnionych na tej podstawie pacjentów zagranicznych placówki opieki zdrowotnej muszą traktować na równi z pacjentami polskimi. Nie mogą pobierać opłat za ich leczenie, a rozliczenie następuje poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Reformatorzy prezentowali pogląd o możliwości samosterowania się systemu ochrony zdrowia. Ich lekceważące podejście do sterowania systemem publicznym i idealistyczne założenie dotyczące wpływu autonomii u podłoża systemu na poprawę gospodarności i kreatywności działania nie sprawdziło się i przyniosło odwrotne do oczekiwanych rezultaty. Autonomia w oddolnych obszarach reformowanego systemu doprowadziła do samowoli i „walki o wpływy”, a w konsekwencji nieskuteczności jego funkcjonowania. Z jednej strony nie spełnione warunki umożliwiające samosterowanie w systemie, z drugiej zaś brak takiej instytucji na zewnątrz²⁰ doprowadziły do zaburzeń koordynacji działania trzech instytucji, najważniejszych z punktu widzenia sprawnego działania systemu, instytucji. Mowa tu o organach centralnych pełniących funkcje strategiczne i kontrolne, samorządach pełniących funkcje właścicielskie, programowe i planistyczne oraz o kasach chorych i obecnym ich prawnym następcy – Narodowym Funduszu Zdrowia pełniącym funkcje płatnicze. W zasadzie tylko kasy chorych wypełniały nałożone na nie zadania. Organy centralne i samorządy miały i mają z tym problemy również dzisiaj.

Samorządom nakazano wypełnianie funkcji właścicielskich, programowych i planistycznych bez wyposażenia ich w niezbędne do tego celu instrumenty, takie jak: *know-how*, ludzie, pieniądze, koordynacja między szczeblami samorządu terytorialnego i odpowiedni poziom funkcji programowych na szczeblu województwa. Obecna konstrukcja ram prawnych, brak umiejętności i chęci do współdziałania na różnych poziomach, stan posiadanych zasobów kadrowych i ich kwalifikacji oraz poziom środków finansowych czynią z samorządów terytorialnych instytucje niezdolne do podłożenia rozwiązaniu dwóch najważniejszych problemów stojących przed polskim systemem ochrony zdrowia, z nadania leżących w ich kompetencjach, mianowicie restrukturyzacji i prywatyzacji. Bez zmian umocowania prawnego, jasnego i precyzyjnego podziału zakresów zadań i odpowiedzialności oraz koordynacji między poszczególnymi szczeblami samorządu terytorialnego, bez

¹⁹ Por.: Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. DzU nr 45, poz. 391

²⁰ Ministerstwo Zdrowia pozostało organem formułującym plany zdrowotne bez instrumentów pozwalających na ich realizację i bez możliwości koordynacji instytucji pełniących funkcje płatnicze i właścicielskie.

wyposażenia w środki na zadania inwestycyjne i restrukturyzację i bez koordynacji polityki zdrowotnej samorządów z polityką prowadzoną przez NFZ komercjalizacja i prywatyzacja opieki zdrowotnej mogą się okazać kolejnym błędem reformy systemu.

Potwierdzają to kolejne ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej²¹. Liczba projektów tej ustawy i wersja projektu, która została przyjęta przez Sejm RP²², budzi kontrowersje nie tylko pośród polityków, ale przede wszystkim wśród środowisk zawodowo związanych z opieką zdrowotną oraz w społeczeństwie. Brak porozumienia między środowiskiem medycznym a ustawodawcą doprowadził do przyjęcia przez Sejm RP projektu, o którym jego autorzy mówią, że nie został dopracowany, i który został oprotestowany przez środowiska medyczne i władze resortu zdrowia. Przy skojarzeniu tego z politycznym kalendarzem wyborczym nasuwa to myśl, że po raz kolejny opieka zdrowotna staje się obszarem bezwzględnego poszukiwania renty politycznej dla wszystkich stron politycznej sceny²³.

Z jednej strony zadłużenie placówek opieki zdrowotnej osiągnęło po raz kolejny poziom²⁴, który każde inne przedsiębiorstwo działające na rynku prowadziłoby do jego likwidacji, z drugiej strony ciągle nie ma zgody co do sposobu, w jaki te placówki miałyby nadal funkcjonować²⁵. W tej sytuacji promuje się zmiany w uprawnieniach właścicielskich bez zmian źródeł finansowania²⁶, brakuje bowiem uregulowań prawnych, które jasno określałyby zasady gospodarowania finansami

²¹ Jeśli ustawa wejdzie w życie, będzie to już piąte bezwarunkowe oddłużanie placówek opieki zdrowotnej: w 1994 r. i ponownie w 1995 r. przyznano dotację budżetową w wysokości 1 mld zł na spłatę długów, w 1997 r. umorzono 1,7 mld zł długów, a w 1998 r. 8 mld zł.

²² Projekt Ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej został przyjęty przez Sejm RP 22 marca 2005 r. i skierowany pod obrady Senatu RP.

²³ Por.: M. Raczyński, S. Sztaba, A. Walczykowska, *W pogoni za rentą*. Read Me, Warszawa 1998, s. 87–96, a także: S. Sztaba, *Aktywne poszukiwanie renty. Teoria. Przykłady Historyczne. Przejawy w polskiej gospodarce lat dziewięćdziesiątych*, SGH, Warszawa 2002, s. 31–37.

J. P. Gunning, *Zrozumieć demokrację...*, op.cit., s. 247–268.

²⁴ Obecnie – według danych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia na stronie internetowej: www.mz.gov.pl – wysokość zobowiązań wymagalnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na dzień 31 grudnia 2004 r. wynosiła 5 783 383 000 zł.

²⁵ Możliwość takiego zadłużania placówek stworzyły rozwiązania dotyczące statusu placówek zdrowotnych i ich tzw. usamodzielnienie, pozwalające na swobodę w podejmowaniu decyzji na koszt systemu, a nie na koszt podejmujących nieodpowiedzialne decyzje. SP ZOZ nie są kontrolowane przez organy nadzoru finansowego, np. przez banki, nawet w sytuacji kilkudziesięciomilionowego zadłużenia. Nie ma też mechanizmu limitującego możliwość zadłużania placówki, np. takiego, który ustalałby poziom możliwego zadłużenia w stosunku do poziomu przychodów.

²⁶ Nie ma określonego precyzyjnie koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych i zasad pozwalających na udział zakładów niepublicznych w publicznych środkach na finansowanie opieki zdrowotnej. Ponadto w dalszym ciągu brak jest możliwości prawnych do działania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych a w chwili ich wejścia na rynek usług ubezpieczeniowych ubezpieczony nie ma prawa do ustalenia proporcji podziału opłacanej składki w ramach różnych form ubezpieczenia, co przy obecnym poziomie obciążenia funduszy prywatnych ubezpieczonych nie pozostawia zbyt wiele wolnych środków na dodatkowe ubezpieczenie.

placówek opieki zdrowotnej i nakazywały prowadzenie rachunku kosztów oraz analiz typu koszt–korzyść, koszt–efekt, koszt–użyteczność, pozwalających na optymalizowanie kosztów i wyników leczenia.

Wprawdzie drakońska polityka finansowa kas chorych i ich następcy Narodowego Funduszu Zdrowia, dotycząca wysokości opłat za kontraktowane procedury, wymusiła w sposób pośredni na zarządzających placówkami opieki zdrowotnej wprowadzenie rachunku kosztów, jednak nie doprowadziło to do zmniejszenia poziomu kosztów leczenia, lecz tylko do uświadomienia tym placówkom, że koszty zostały policzone. W znacznej większości zakładów opieki zdrowotnej nie wykonywano i nadal nie wykonuje się analiz, tego co wpływa na wysokość kosztów i które elementy można obniżyć. Ich gospodarka lekami jest kształtowana w znacznej mierze pod wpływem lobbingu farmaceutycznego. Charakteryzuje je zła gospodarka sprzętowa i rozpoczynanie inwestycji bez pełnego pokrycia ich finansowania. Najważniejszym jest jednak brak kontroli medycznego uzasadnienia zlecanych badań i dublowania drogich procedur. Wszystko to jest przyczyną stałego bezkrytycznego zadłużania się placówek opieki zdrowotnej u kolejnych kontrahentów, a ich przyzwoleń na kredytowanie zakładów opieki zdrowotnej prowadzi bezpośrednio do braku potrzeby prowadzenia takich analiz. Źle pojęta zaś samodzielność i brak kontroli zezwalają na posłużenie się jako uzasadnieniem przyczyn takiego postępowania ulubionym określeniem: działanie w imię dobra pacjenta²⁷.

Bezwarunkowe oddłużenie tych placówek prowadzić może obecnie do utwierdzenia kadry zarządzającej w przekonaniu o słuszności dotychczasowego postępowania. Będzie również niebezpiecznym precedensem, w którym nie będzie miało znaczenia, czy zarządzający mają po temu odpowiednie kwalifikacje, podobnie jak bez znaczenia jest efekt ich działania, ponieważ i tak źle zarządzane i zadłużone placówki zostaną oddłużone bez jakichkolwiek konsekwencji dla zarządzających.

Na drugiej szali pozostanie grupa placówek, które nie są zadłużone i których zarządzający mimo równie ciężkich warunków działania podlegać będą dyskryminacji nie otrzymując dodatkowej pomocy finansowej. Takie niebezpieczeństwo zawiera się w projekcie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej przyjętym przez Sejm RP, nie prowadzi ona bowiem do zmiany praw własności majątku i równoczesnej z nią zmiany źródeł finansowania, podobnie jak nie wprowadza mechanizmów zapobiegających możliwości ponownego zadłużania się placówek medycznych w przyszłości.

Rozdawnictwo finansowe, bo tym właśnie będzie bezwarunkowe oddłużenie, nie wymusi na zarządzających wprowadzenia programów restrukturyzacji popartych analizami typu koszt–korzyść, koszt–efekt, koszt–użyteczność, analizami minimalizacji kosztów, analizami ekonomicznych i gospodarczych

²⁷ Kadra zarządzająca nie jest motywowana do gospodarności, podobnie jak nie jest karana z powodu złego zarządzania. Za przykład może posłużyć brak decyzji personalnych po kontroli NIK ujawniającej drastyczne łamanie prawa zamówień publicznych.

uwarunkowań otoczenia, w którym dana jednostka funkcjonuje. Nie znajdują w nich odzwierciedlenia wyniki analiz danych epidemiologicznych²⁸ czy wreszcie wyniki analiz danych demograficznych²⁹, które w znacznym stopniu determinować będą potrzeby zdrowotne i kształt opieki zdrowotnej na danym obszarze w najbliższej i dalszej przyszłości.

Jednak nie wszystkie możliwości zmian i warunki powodzenia skutecznej restrukturyzacji, komercjalizacji i prywatyzacji leżą wyłącznie po stronie zakładów opieki zdrowotnej. Plany restrukturyzacyjne z natury swej obejmują długi horyzont czasowy, co przy sposobie rocznego kontraktowania świadczeń i wiedzy o możliwym poziomie finansowania³⁰, zamykającej się w obrębie jednego roku lub krótszego okresu, podważa możliwości i zasadność ich konstruowania i realizacji. Po raz kolejny powraca zatem problem koordynacji polityki zdrowotnej prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i samorządy terytorialne, mającej bezpośredni wpływ na rozmiar działalności zakładów opieki zdrowotnej. Wydłużenie czasu umów zawieranych przez Ministerstwo Zdrowia (procedury wysoko specjalistyczne) i Narodowy Fundusz Zdrowia lub jawne określenie ilości i

²⁸ Analizy przyczyn zgonów pozwalają na kształtowanie zestawem oferowanych świadczeń adekwatnego do potrzeb zdrowotnych. Stale wysoki odsetek zgonów z powodu chorób układu krążenia (47%), 24% zgonów z powodu chorób nowotworowych czy 7% odsetek zgonów w wyniku urazów i zatruc w roku 2003 w połączeniu z danymi demograficznymi wskazują na stałą potrzebę utrzymania bądź wzrostu liczby łóżek szpitalnych w zakresie tych specjalności. Podobnie analiza przyczyn zachorowań ułatwiać może zarządzającym dostosowanie podaży do popytu.

²⁹ Rok 2004 był szóstym z kolei rokiem, w którym odnotowano ubytek rzeczywisty ludności i jednocześnie trzecim z rzędu z ujemnym przyrostem naturalnym. W latach 2000–2004 ludność Polski zmniejszyła się w przybliżeniu o 80 tys. Rok 2003 jest oceniany jako rok z najniższym od 50 lat współczynnikiem dzietności, ukształtowanym na poziomie 1,22. Przy założeniu utrzymania się niezmienionych warunków wymierania populacji zaobserwowanych w roku 2003 do roku 2030 wydłuży się dalsze trwanie życia – mężczyzn do 77,6 roku życia, kobiet do – 83,3 roku. Zgodnie z prognozami demograficznymi do roku 2030 malejący współczynnik dzietności – 1,20 w roku 2030 – nie zapewni prostej zastępowalności pokoleń, a ludność Polski zmniejszy się w przybliżeniu o 2,5 mln osób. Malejąca dzietność i wydłużające się trwanie życia prowadzić będą do starzenia się społeczeństwa: do roku 2010 liczba osób w wieku 85 lat i więcej wzrośnie o 50% i osiągnie pół miliona, a w 2030 r. 800 tys. (obecnie wynosi niespełna 320 tys.). W roku 2030 obciążenie ekonomiczne 100 osób w wieku produkcyjnym wzrośnie z obecnych 60 do 72 osób w wieku nieprodukcyjnym, zmieni się również proporcja z obecnych 24 osób w wieku poprodukcyjnym do 46 i z obecnych 26 do 36 w wieku przedprodukcyjnym. Dane te wskazują na wystąpienie określonego rodzaju potrzeb zdrowotnych związanych z wiekiem populacji, głównie opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz zmniejszenie napływu środków na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, spowodowane zmniejszeniem dochodów ludności wynikającym ze zmniejszenia liczby osób czynnych zawodowo.

³⁰ Wartość realizowanych usług od początku reformy przewyższała wartość usług zakontraktowanych. Wynikło to z utrzymania przez ustawę o ubezpieczeniu w NFZ zasady bezwzględnego dostępu do świadczeń w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia i jednoczesnego limitowania kontraktowanych świadczeń. Powrócił więc natychmiast problem opłacania świadczeń wykonanych powyżej limitu. W okresie funkcjonowania kas chorych płacenie za nadwykonania miało pełną dowolność, jedne kasy płaciły w całości, inne tylko częściowo, a jeszcze inne nie płaciły wcale. Taka praktyka w zasadzie została utrzymana zarówno w działaniu NFZ, jak i w różnych oddziałach przebiega to różnie.

rodzaju potrzeb zdrowotnych na danym obszarze, a w związku z tym możliwości kontraktowych oddziałów NFZ na następne lata, pozwoli na urealnienie planów restrukturyzacyjnych zakładów opieki zdrowotnej.

Warunkiem koniecznym do powodzenia procesów restrukturyzacji, a następnie do komercjalizacji czy prywatyzacji placówek ochrony zdrowia i wreszcie do możliwości uruchomienia partnerstwa publiczno-prywatnego w ochronie zdrowia jest ustalenie koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych na poziomie znacznie niższym od poziomu oczekiwanego przez społeczeństwo i obiecywanego w ramach gry wyborczej przy jednoczesnym wprowadzeniu możliwości współfinansowania świadczeń publicznych i całkowitego finansowania pewnej grupy świadczeń ze środków prywatnych³¹.

Pozostawienie zakładów opieki zdrowotnej w zasięgu wyłącznego finansowania ze środków publicznych, bez kontroli efektywności ekonomicznej i medycznej, nie doprowadzi do optymalizacji kosztów leczenia w połączeniu z optymalizacją korzyści dla pacjentów i podniesieniem jakości świadczonych usług. Kontroli podlegać musi skuteczności terapii przy danych kosztach, konieczność i zasadność medyczna stosowanej terapii i technologii medycznej. Kontrolowane muszą być koszty i ceny. Musi zostać wytworzony mechanizm eliminacji i wykluczania przypadków niemedyceńskich oraz kierowania ich do obszaru działania pomocy społecznej. Musi powstać obszar świadczeń współfinansowanych, motywujący do zachowania racjonalności ekonomicznej i pozwalający zarządzającym na uzyskiwanie dodatkowych środków finansowych na działanie podległej im jednostki.

Jednak kluczowym problemem jest konieczność jasnego określenia granic i zakresów działania placówek publicznych i prywatnych. Obszary takich działań medycznych jak np. podstawowe leczenie ambulatoryjne, chirurgia plastyczna, okulistyka, stomatologia ukazują możliwości współistnienia publicznych i prywatnych placówek i wzajemnego uzupełniania zakresów świadczonych usług³². Jednak brak jasno wyznaczonych granic działania może być przyczyną korupcji, natomiast na pewno powoduje dezinformację przede wszystkim wśród pacjentów (nie wiedzą oni bowiem, czego mogą wymagać za płacone składki zdrowotne), ale również wśród świadczeniodawców, nie znają bowiem liczby usług danego rodzaju potrzebnych na rynku. Dezinformowane są również jednostki samorządu terytorialnego

³¹ Pierwsza minimalna wersja negatywnego koszyka świadczeń, a więc świadczeń, które nie należą się ubezpieczonym w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, pojawiła się w ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych w 2004 r. Por.: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. DzU nr 210, poz. 2135.

Obecnie wyłącznie ze środków publicznych finansuje się 60% świadczeń; około 30% wartości udzielanych świadczeń jest współfinansowanych ze środków prywatnych w formie dopłat do sektora publicznego, a tylko około 10% jest finansowanych i realizowanych w sektorze prywatnym. Por.: Raporty CASE. Raport nr 53/2002. *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*. Praca zbiorowa pod red. S. Golimowskiej. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002, s. 288.

³² Nie jest to mała część sektora zdrowotnego – ponad 20% wartości kontaktowanych przez NFZ świadczeń trafia do placówek niepublicznych.

odpowiedzialne za politykę zdrowotną regionu i zapewnienie właściwej opieki na podległym obszarze, brak bowiem gwarancji określonego, odpowiednio długiego horyzontu czasowego świadczenia określonego rodzaju usług. Jeśli przy obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym te same świadczenia można uzyskać w placówkach publicznych i w prywatnych, to logiczne jest, że skoro każdy uczestnik rynku nie chce płacić dwukrotnie za to samo, to w równie logiczny sposób będzie się zachowywał na rynku usług zdrowotnych, zwłaszcza przy obecnym poziomie zamożności społeczeństwa. Oczekiwanie, że sama komercjalizacja czy prywatyzacja placówek opieki zdrowotnej spowoduje, iż pacjenci nagle zwrócą się w ich stronę i zapewnią z własnych środków oczekiwany poziom finansowania, jest nieporozumieniem.

Hipokryzja polityków odpowiedzialnych za kształt ustawy o świadczeniach zdrowotnych, ich poszukiwanie kapitału politycznego przez omijanie koniecznych do naprawy, choć drażliwych społecznie obszarów oraz brak dyscypliny w ustalaniu koszyka świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych doprowadziły w konsekwencji do braku możliwości wytyczenia ostatecznych granic zasięgu działania publicznych placówek opieki zdrowotnej, a przez to wyznaczenia precyzyjnie określonej przestrzeni działania prywatnych świadczeniodawców. To z kolei nie stwarza możliwości jasnego i precyzyjnego określenia zasad działania, zasad gospodarki finansowej i zasad pozyskiwania świadczeniobiorców przez skomercjalizowane czy sprywatyzowane jednostki ochrony zdrowia. Jeżeli oczekujemy, że decyzje o komercjalizacji czy prywatyzacji poszczególnych placówek i dalsze wynikające z nich działania mają być racjonalne ekonomicznie i medycznie, to wiedza taka jest niezbędna jeszcze przed ich podjęciem.

Wydaje się więc, że warunkiem *sine qua non* powodzenia procesów restrukturyzacji, komercjalizacji czy prywatyzacji, powodzenia wszystkich działań reformujących system, jest precyzyjne określenie celu, do którego zmierzać powinny działania reformatorskie, oraz precyzyjne wytyczenie granic działania sektora publicznego i prywatnego w ochronie zdrowia. Pozwoli to na koordynację działania obu sektorów i zapoczątkuje tworzenie partnerstwa publiczno-prywatnego oraz partnerstwa wielosektorowego działającego na rzecz ochrony zdrowia.

Literatura

- [1] Getzen T.E., *Ekonomika Zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000.
- [2] Gunning J. P., *Zrozumieć demokrację*, Wyższa Szkoła Bankowości, Finansów i Zarządzania, Warszawa 2001.
- [3] Ministerstwo Zdrowia: *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona księga. Praca zbiorowa*, Warszawa, 21 grudnia 2004 .
www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_zk_211204.pdf
- [4] Paździoch S., Włodarczyk C., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Uniwersyt Jagielloński, Kraków 2001.

- [5] Raczyński M., Sztaba S., Walczykowska A., *W pogoni za rentą. Read Me*, Warszawa 1998.
- [6] Raporty CASE. Raport nr 53/2002: *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, red. S. Golinowska. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
- [7] Sztaba S.: Aktywne poszukiwanie renty. Teoria. Przykłady Historyczne. Przejawy w polskiej gospodarce lat dziewięćdziesiątych. SGH, Warszawa 2002
- [8] Trybunał Konstytucyjny: Wyrok z dnia 7 stycznia 2004 roku (sygn. akt K 14/03), DzU 2004 nr 5, poz. 37.
- [9] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003 nr 45, poz. 391.
- [10] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. DzU 2004 nr 201, poz. 2135.
- [11] Ustawa z dnia 24 lipca 1998 roku o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa, DzU 1998 nr 106, poz. 668.
- [12] Ustawa z dnia 24 lipca 1998 roku o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa, DzU 1998 nr 96, poz. 603 ze zm.
- [13] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.POZ. 1991 nr 91, poz. 408 ze zm.
- [14] Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym, DzU 1998 nr 91, poz. 578.
- [15] Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie wojewódzkim, DzU 1998 nr 91, poz. 576.
Ustawa z 24 lipca 1998 roku o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej w związku z reformą ustrojową państwa, DzU 1998 nr 106, poz. 668.
- [16] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. DzU 1997 nr 28, poz. 153 ze zm.
- [17] Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003.
- [18] Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia: *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*, Warszawa, 15 marca 2004.

SYSTEM FAULTS IN HEALTH CARE AS A THREAT FOR THE SUCCESSFUL COMMERCIALIZATION AND PRIVATIZATION OF HEALTH SERVICE IN POLAND

Summary

In view of the growing inefficiency of the Polish health care system, commercialization and privatization of health care providers seemed likely to secure improvement in the field of the medical care. However, it is alleged that due to the lack of identification of faults within the health care system itself, the processes of commercialization and privatization might fail despite careful planning and the proper process of their implementation. Apart from this, it can lead to further decrease in the system efficiency. On the grounds of the initial diagnosis of threats it could be possible to rationalize actions aiming at creating conditions for health care partnership of public and private providers.