

Pomysły z Trzeciego Świata

Rozmowa z prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej dr. Konstantym Radziwiłłem

Obserwował pan z bliska prace nad uchwalonym niedawno przez parlament pakietem ustaw mających zreformować system ochrony zdrowia...

Powiedziałbym, że przebiegały one w dosyć, delikatnie rzecz ujmując, nietypowy sposób. Otóż kiedy poselskie projekty ustaw zdrowotnych trafiły do Sejmu, najpierw przeleżały tam pół roku i nikt się nimi nie interesował. Potem nagle posłowie i senatorowie zaczęli pracować nad nimi w ogromnym pośpiechu, dosłownie dzień i noc. W rezultacie owe projekty nie były konsultowane, tak jak konsultuje się projekty rządowe.

Sytuacja powtórzyła się podczas pierwszego i drugiego sejmowego czytania, a także w Senacie, kiedy to projekty ustaw opatrywano ogromną liczbą bardzo znaczących i bardzo obszernych poprawek. Było to robione w taki sposób, że teksty poprawek zgłaszano na gorąco, w trakcie posiedzeń, właściwie w formie ustnej. Ten sposób procedowania praktycznie uniemożliwiał jakiegokolwiek odniesienie się do tych poprawek nie tylko opozycji, ale także ekspertom i samorządowi lekarskiemu. W związku z tym tak naprawdę dopiero po wejściu w życie nowych aktów prawnych – o ile rzecz jasna w ogóle do tego dojdzie – będzie je można w pełni ocenić.

Mimo to spróbujmy prześledzić jeszcze raz najważniejsze rozwiązania prawne, jakie zawarte są w osławionych już sześciu ustawach zdrowotnych...

Jedną z tych regulacji jest ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia, która wchodzi w życie praktycznie niezauważona przez media i przez opinię publiczną, a wprowadza niezwykle rozbudowany, a przy tym bardzo drogi, system akredytacji państwowej. I tak naprawdę do końca nie wiadomo – bo z ustawy to w zasadzie nie wynika – do czego ona ma służyć, ponieważ w założeniu ma być dobrowolnym systemem akredytacji. Przypomnę tylko, że w Polsce działa w tej chwili system akredytacji pozarządowej, prowadzonej przez Konfederację Akredytacyjną, której członkiem jest m.in. samorząd lekarski. Ta akredytacja przebiega od wielu lat w zasadzie bez zakłóceń, co więcej, stanowi dla wielu szpitali czy innych placówek ochrony zdrowia powód do dumy, bo jest robiona profesjonalnie. Wydaje się więc, że właśnie taki pozarządowy sposób rozwiązania akredytacji jest systemem nowoczesnym i z powodzeniem praktykowanym w wielu krajach. Szkoda zatem, że od tego dobrego rozwiązania mamy odejść.

Niewiele nowego wnosi także ustawa o konsultantach krajowych i wojewódzkich w ochronie zdrowia...

Z rozczarowaniem można powiedzieć, że jest to w zasadzie powtórzenie obowiązujących przepisów, częściowo z ustawy o zoz-ach, częściowo z rozporządzenia o konsultantach. Nowa ustawa niczego nie zmienia, czego najlepszym dowodem jest fakt, że pomimo zabiegów samorządu lekarskiego nie znalazł się w niej nawet zapis o tym, aby kon-



FOT. ARCHIWUM

sultanci wojewódzcy byli powoływani w ściślejszej konsultacji z okręgowymi izbami lekarskimi.

Jaka jest pańska opinia na temat ustawy o ochronie praw pacjenta i o rzeczniku praw pacjenta?

Wszystko wskazuje na to, że akurat ta ustawa zostanie podpisana przez prezydenta, bo takie zapowiedzi słyszałem. Nie jest to dobra wiadomość. Cała ustawa nadaje się bowiem tak naprawdę do kosza. Po pierwsze, dlatego, że nie wnosi niczego nowego do praktyki poszanowania praw pacjenta, bo w sposób chaotyczny i zdecydowanie niepełny powtarza zapisy kilku obowiązujących ustaw, a po wtóre, wprowadza zaskakujące prawo do podważenia opinii lekarskiej. Konsekwencja tego zapisu jest zaś taka, że pacjent, który nie zgadza się z opinią lekarską, będzie mógł wystąpić do rzecznika praw pacjenta z wnioskiem o jej weryfikację. Jest to procedura niespotykana na świecie, ponieważ coś takiego siłą rzeczy musi podkopywać zaufanie na linii lekarz-pacjent.

Spore wątpliwości budzi też fakt, że ustawa powołuje nowy, znaczący urząd rzecznika praw pacjentów przy premierze, urząd, który niewątpliwie co roku pochłonie wiele milionów złotych. Nie to jest jednak jeszcze najgorsze, lecz uprawnienia rzecznika, który będzie kimś w rodzaju śledczego, prokuratora, sądu i kata w jednej osobie. Powstanie więc instytucja o bardzo szerokich uprawnieniach, które zasadzają się na przekonaniu, że prawa pacjenta w Polsce naruszane są przede wszystkim przez pracowników ochrony zdrowia, a w szczególności przez lekarzy.

Czyli mamy ustawę z tezą...

Sądzę, że ta teza jest zdecydowanie wyraźna. I ewidentnie fałszywa. Bo założenie, że głównym wrogiem pacjenta są

przedstawiciele zawodów medycznych, i to ich trzeba śledzić oraz karać, jest nie tylko karkołomne, ale wręcz absurdalne. Oczywiście, nie chcę twierdzić, że prawa pacjenta nie są czasem naruszane przez pracowników ochrony zdrowia, ale moim zdaniem głównym winowajcą, bezpośrednio odpowiedzialnym za szkody wyrządzane pacjentom, jest źle zorganizowany i niedofinansowany system ochrony zdrowia. I tutaj tkwi największy problem. Tymczasem rzecznik praw pacjenta akurat tą sprawą nie będzie się zajmował...

Parlamentarzyści sporo też majstrowali przy ustawie o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej...

Ta ustawa w ostatnich etapach pracy parlamentarnej została nieco złagodzona w stosunku do pierwotnej wersji. Ale i tak nowe przepisy w znacznej mierze odbierają dotychczasowe, szczególnie uprawnienia pracownikom ochrony zdrowia. Część z tych uprawnień przynajmniej na pewien czas jednak przywrócono, uznano np., że rozwiązanie pozbawiające uprawnienia do skróconego czasu pracy pracowników zakładów radiologii, patomorfologii, anatomii patologicznej i innych miejsc, gdzie występują warunki szkodliwości i uciążliwości pracy, wejdzie życie nieco później, bo od 2010 r. Marne to pocieszenie, ale przynajmniej daje trochę czasu na ewentualną walkę o zmianę tych przepisów.

No i wreszcie dochodzimy do dwóch najbardziej „medialnych” ustaw, które siłą rzeczy są najczęściej omawiane w środkach masowego przekazu...

Ma pan oczywiście na myśli ustawę o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawę wprowadzającą reformę systemu ochrony zdrowia. Z tych dwóch ustaw wynika, że od dnia ich wejścia w życie, czyli od pierwszego stycznia przyszłego roku, zaczyna się kategoryzowanie zakładów opieki zdrowotnej. Cóż to oznacza w praktyce? Otóż niemal wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, oprócz szpitali wojskowych i szpitali MSWiA, zostaną zaszeregowane do kategorii A, B lub C w zależności od ich kondycji finansowej. Tylko to się liczy, żadne inne względy ani społeczne, ani medyczne, ani bezpieczeństwa, ani obronności, nie są tutaj brane pod uwagę.

Jednostki, które znajdują się w kategorii C, a więc te w najgorszej kondycji, czeka najtrudniejsza i najdłuższa ścieżka przekształceń. Będą musiały stworzyć plan naprawczy, który zgodnie z ustawą może w skrajnych wypadkach zakładać nawet ograniczenie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych w tych zakładach.

Kto będzie decydował o dalszym istnieniu placówek kategorii C?

Plan naprawczy zostanie przede wszystkim oceniony przez bank. Jego odrzucenie będzie zaś skutkowało likwidacją jednostek. Jeśli jednak plan zostanie zaakceptowany, jednostka wejdzie na obowiązkową drogę komercjalizacji, czyli przekształcenia w zwykłą spółkę prawa handlowego. Nie ma tutaj żadnych szczególnych regulacji dotyczących tych spółek. Będą to normalne spółki, działające zasadniczo dla zysku, które mogą upaść, no i co się z tym wiąże, może dojść do likwidacji prowadzonych przez nie placówek.

Co z zapisami o niemożności sprzedaży części udziałów lub akcji tych nowo powstałych spółek przez podmioty publiczne, które będą ich założycielami?

Zapisy te zostały zniesione. Oznacza to, że owe spółki, będące pierwotnie jednoosobowymi spółkami jakiegoś podmiotu publicznego, mogą być natychmiast, w zasadzie na piąto, prywatyzowane bez żadnych ograniczeń. Ich udziały i akcje można sprzedawać zarówno osobom fizycznym, jak i prawnym – nie ma to żadnego znaczenia. Nie istnieją też jakiegokolwiek ograniczenia czasowe czy ilościowe. Teoretycznie więc spółka może być sprzedana w całości i to już w dniu komercjalizacji.

Jedyny nowy zapis, jaki pojawił się w tych regulacjach, przewiduje, że przekształcenie w spółki odbywać się będzie wyłącznie w sferze niemajątkowej, tzn. nieruchomości, na której posadowiony jest szpital, nie będzie podlegała komercjalizacji. Z tego wynika zaś, że powstaną spółki bez majątku nieruchomego, o stosunkowo niedużej wartości księgowej.

Zapisy te zarówno z punktu widzenia lekarza, jak i pacjenta brzmią dość dramatycznie...

Rzeczywiście, będziemy mieli do czynienia z sytuacją, w której szpital prowadzony w formie spółki w naturalny sposób zacznie dążyć jeśli nie do osiągnięcia zysków, to co najmniej do równowagi finansowej. Bo ujemny wynik finansowy zagrażać będzie bytowi spółki, a zatem i bytowi szpitala.

Jest to szczególnie istotne zwłaszcza w kontekście permanentnego niedofinansowania ochrony zdrowia w Polsce. Cały czas wydajemy bowiem z funduszy publicznych na ten cel jedynie nieco ponad 4 proc. PKB. W liczbach bezwzględnych są to jedne z najniższych nakładów w Europie, a jednocześnie koszyk świadczeń w zasadzie jest podobny do tego, jaki obowiązuje w większości zachodnich państw. Z tego wynika w sposób zupełnie jednoznaczny, że na poziomie finansowania tych świadczeń istnieje poważny niedobór. W takiej sytuacji możliwe są trzy scenariusze: albo szpital będzie ograniczał świadczenia w stosunku do pacjentów, bo po prostu większy kontrakt będzie oznaczał większe straty, albo też będzie próbował zrekompensować sobie te straty na pracownikach – redukując zatrudnienie lub wynagrodzenia; wreszcie istnieje też trzecia możliwość: będzie się zadłużał. Z konsekwencją w postaci upadłości, a następnie likwidacji...

Żaden z tych scenariuszy nie jest dobry ani pożądanym, a szpitale jak zwykle będą musiały sobie jakoś radzić...

Wielu ekspertów przewiduje, że będzie się to odbywało w taki sposób, że jednostki nie będą naciskać na powiększanie kontraktu, albo wręcz nie będą się starać o podpisanie kontraktów w niektórych obszarach, zwłaszcza tych bardziej deficytowych, natomiast zaczną oferować te świadczenia na wolnym rynku. Taki proceder obserwujemy już dzisiaj w kilkudziesięciu dużych, skomercjalizowanych czy wręcz prywatyzowanych jednostkach. Wytworzyła się tam swoista dychochotomia – istnieje obszar leczenia objęty kontraktem i nieobjęty kontraktem, czyli odpłatny. Oznacza to, że te same świadczenia, które są oferowane pacjentom ubezpieczonym

Pomysły z Trzeciego Świata

dokończenie ze str. 9

za darmo, ale często w coraz dłuższej kolejce, można uzyskać natychmiast, tyle że odpłatnie. I tak długo, jak długo dzieje się to w prywatnym szpitalu, wybudowanym z prywatnych pieniędzy, jest to sytuacja naturalna. Natomiast jeżeli coś takiego odbywa się w szpitalu publicznym, zaczyna budzić poważne wątpliwości. Niestety, wydaje się, że właśnie taki scenariusz jest dziś najbardziej prawdopodobny.

Do tego dochodzi jeszcze niepokojąco duża skala przewidywanej prywatyzacji...

Generalnie tendencja na świecie jest taka, że w bogatych, wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej 10–15 proc. łóżek szpitalnych funkcjonuje w instytucjach, które są zorganizowane właśnie jako spółki prawa handlowego. Reszta leczenia odbywa się w instytucjach *non profit*. Są to albo spółki o szczególnym charakterze, albo placówki działające na podstawie rozwiązań prawnych, które przypominają polski samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Generalnie zaś są to jednostki zdecydowanie nienastawione na zysk, często zupełnie pozbawione presji upadłościowej.

Natomiast prywatyzacja kwitnie przede wszystkim w biednych krajach, zwłaszcza w państwach Trzeciego Świata. Tam publiczna służba zdrowia prawie nie działa, natomiast oferta jest bardzo szeroka, jeśli chodzi o prywatne placówki opieki zdrowotnej.

Analizując sytuację w różnych krajach, trzeba też zauważyć – i ta wiadomość jest ku przestrodze pracowników placówek, które będą komercjalizowane czy prywatyzowane – że placówki publiczne lepiej wynagradzają pracowników przy jednoczesnym wyższym zatrudnieniu. Natomiast w jednostkach prywatnych pracuje się więcej, ciężiej i za mniejsze pieniądze. Dotyczy to także lekarzy. Tę prawidłowość wyraźnie pokazują badania Obserwatorium Systemów Opieki Zdrowotnej przy Światowej Organizacji Zdrowia.

Nie wierzę, że rząd nie ma dostępu do tych danych. Z czego więc bierze się ten nadmierny pęd prywatyzacyjny?

To pytanie chyba przekracza kompetencje prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Mogę mówić tylko o swoich domysłach. Wydaje mi się, że po wielu dziesiątkach lat paraliżu gospodarczego, który zafundował nam komunizm, przeżywamy nadmierne zachłyśnięcie się liberalnym podejściem do organizacji życia gospodarczego. Oczywiście, tak jak istnieje prawo grawitacji, tak istnieją prawa ekonomii, których nie można negocjować. W tym zachłyśnięciu się wolnością gospodarczą zapominamy, że w europejskim kręgu kulturowym dominuje model państwa opiekuńczego, socjalnego.

Wbrew pozorom, dotyczy to także Polski, co wynika choćby z art. 68 konstytucji, który mówi o równym dostępie do ochrony zdrowia. W związku z tym rozwiązania liberalne wolnego kapitalizmu oczywiście są dobre w gospodarce, natomiast w niektórych sferach życia społecznego – do których zalicza się na pewno ochrona zdrowia – wycofanie się państwa na rzecz samoregulacji rynkowej jest rozwiązaniem nie do zaakceptowania, nieeuropejskim. Prędzej czy później prowadzi ono bowiem do różnego rodzaju nierówności dostępu i w tym sensie jest także sprzeczne z polskim porządkiem prawnym.

Poza tym, jeśli się robi tak wielką reformę, jak gruntowna zmiana systemu ochrony zdrowia, na ogół w historii znani są jej autorzy. Tak było, gdy kanclerz Otto Bismarck pod koniec XIX w. wprowadził w Niemczech kasy chorych albo gdy lord William Beveridge w 1948 r. powoływał w Wielkiej Brytanii Narodową Służbę Zdrowia (NHS).

Pytam, kto jest autorem tej naszej reformy? Bo z pewnością nie minister Ewa Kopacz, już choćby ze względów formalnych, ponieważ projekty nie wyszły z Ministerstwa Zdrowia. To są projekty poselskie, pod którymi podpisało się dziesiątki posłów PO. Trudno więc znaleźć jedną, konkretną osobę, którą można uznać za autora najnowszego pomysłu naprawy służby zdrowia. Kto więc ma ponosić odpowiedzialność za wielce prawdopodobną porażkę tegorocznej reformy, tego, niestety, nie wiemy...