Wyrzut sumienia
■ Wywiad z Jerzym Millerem 18

Kuracja odchudzająca
■ Marek Derkacz 30

Kaszel u dzieci
■ Grażyna Górnicka 38

Nr indeksu 349062 ISSN 0137-8686

Ukazuje się nieprzerwanie od 1949 r.

17-20/2007
(3618-3621)

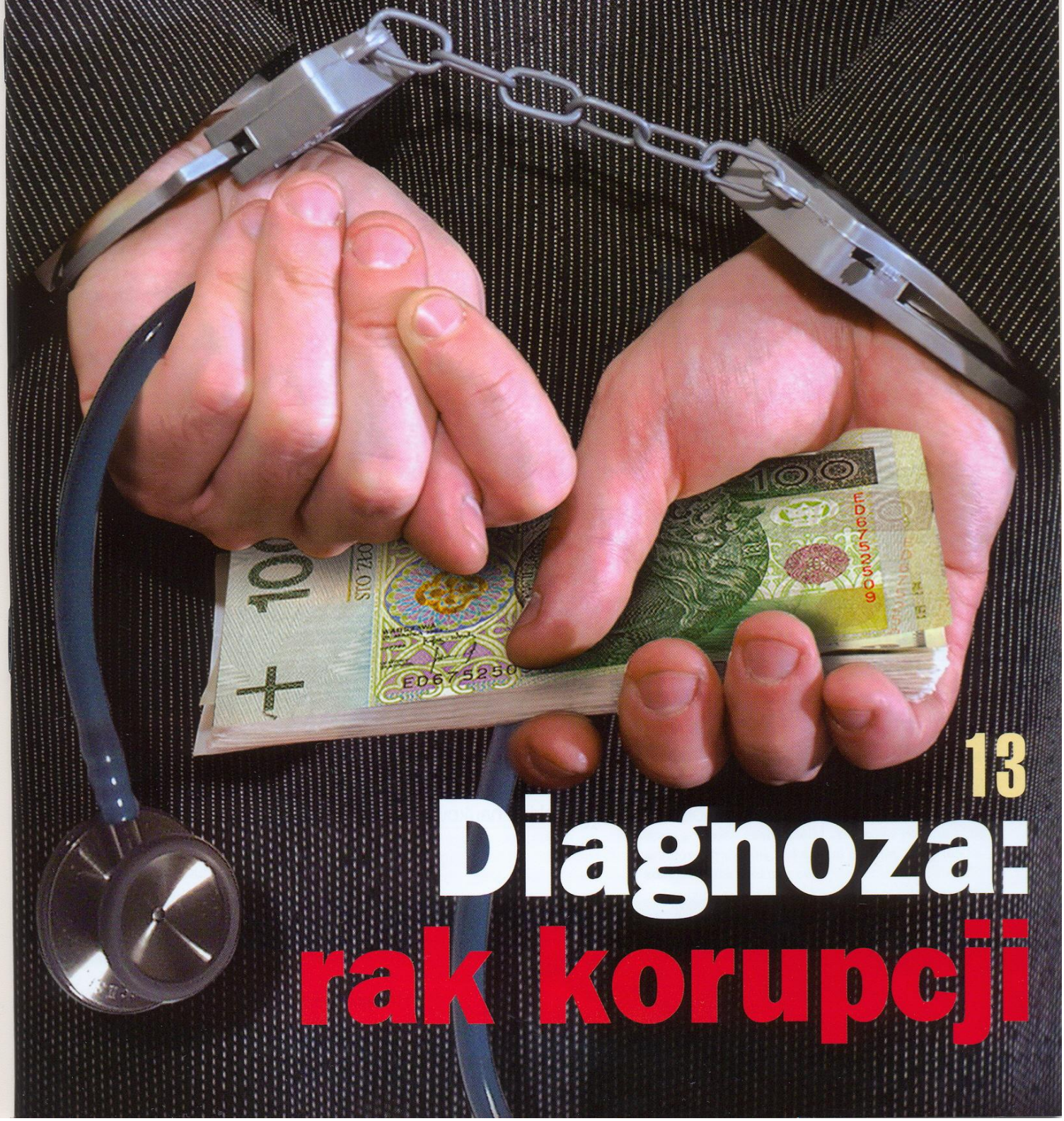
Służba Zdrowia

cena 9,80 zł (w tym 7% VAT)

GAZETA LUDZI WOLNEGO ZAWODU

5 marca 2007

www.sluzbazdrowia.com.pl



13

Diagnoza: rak korupcji

tekst
Marek Turkowski

Pieniądze? Tak! Ale nie tylko...

Wiele osób ma własne wyobrażenie, jak powinien wyglądać system opieki zdrowotnej. Jestem ekonomistą i wiem, że w ramach każdego systemu można osiągać lepsze lub gorsze wyniki. Zależy to od ludzi, którzy w systemie organizują działalność. Oraz tego, by system obligował ich do efektywności.

Zajmując się restrukturyzacją przedsiębiorstw, interesowałem się też samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Wbrew nazwie, niewiele mają one wspólnego z samodzielnością. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r. przydzieliła im organy założycielskie. Osoby korzystające z ich usług tylko częściowo są klientami; należności za udzielane im świadczenia przekazuje tzw. trzecia strona, czyli NFZ. Każdy z pośredników od ZUS poczynając musi coś uszczknąć, by pokryć swoje koszty.

Kto może, a kto musi?

W ustawie o restrukturyzacji z 15 kwietnia 2005 r., zauważyłem artykuł, który mnie zadziwił. Otóż nakazuje on organowi restrukturyzacyjnemu wystąpić w określonej, ekonomicznie niekorzystnej sytuacji do podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, z wnioskiem o likwidację tego zakładu.

Cóż w tym dziwnego? To, że wniosek o likwidację nie jest wiążący dla podmiotu, który utworzył zakład. Czyli, organ wyższego szczebla ma obowiązek wyprodukować pewien dokument, ale organ niższego szczebla – ma prawo dokument ten wyrzucić do kosza. Kompetencje organu restrukturyzacyjnego ustawa, jak wiadomo, przyznała wojewodom i MZ, skądinąd zaś wiadomo, że podmiotami tworzącymi zakłady są w większości samorządy terytorialne lub uczelnie medyczne. Rzadki to zatem przypadek, by organ władzy wyższego szczebla coś zalecał, a organ niższego szczebla – nie musiał zalecenia wykonać.

Nic bez polityki?

Oczywiste, że rada powiatu nie chce decydować o likwidacji szpitala, czy choćby przychodni. Taka decyzja może bowiem prowadzić do przegranej w najbliższych wyborach samorządowych, albo wywołać żądania niezwłocznego odwołania rady. Nawet gdyby miejscowy szpital był obskurny i marnie wyposażony, a mieszkańcy zazwyczaj udawali się do lepszego, w sąsiednim powiecie, albo w mieście wojewódzkim. – Nie pozwolimy zamknąć naszego szpitala, trzeba go utrzymać za wszelką cenę – piszą nie tylko internauci.

Czemu więc miałby służyć wniosek organu restrukturyzacyjnego o likwidację zakładu opieki zdrowotnej? Może po prostu miałby osłaniać organy założycielskie? – Bo my chcemy, żeby szpital był, ale „oni" zamierzają go zlikwidować, a nie możemy się sprzeczać z wojewodą – mogliby powiedzieć radni powiatu.

Ekonomiczne dziwy

Sytuacja ekonomiczna publicznych zakładów jest marna. Wskaźnik zadłużenia się nie poprawia. Wartość zobowiązań wzrasta, m.in. w skutek realizacji ustawy podwyżkowej. Średni okres spłaty zobowiązań w niektórych zakładach przekroczył rok, a nawet 2 lata. W części szpitali wielkość zobowiązań przekracza wartość ich aktywów, czasem kilkakrotnie.

Media stale donoszą o szpitalach, których sytuacja jest tragiczna. Brak jednak informacji o likwidacji choćby jednego szpitala. Nawet rekordzista, którego dług na koniec ubiegłego roku był kilkadziesiąt razy wyższy niż wartość jego środków trwałych – nadal ma się dobrze.

Wyniki osiągane przez spzozy oceniane według kryteriów stosowanych w gospodarce rynkowej są ewenementem. W przypadku każdego przedsiębiorstwa stosowne organy byłyby zobligowane do zastanowienia się nad dalszym losem takich firm. Przykładowo, ustawa o przedsiębiorstwach państwowych przewiduje możliwość likwidacji przedsiębiorstwa, jeżeli prowadzi ono działalność ze stratą w ciągu kolejnych 6 miesięcy. Tymczasem niemała liczba zakładów opieki zdrowotnej od kilku lat stale lub niemal stale prowadzi działalność ze stratą.

W przypadku prywatnej spółki kapitałowej (z o.o. lub SA) – kodeks spółek handlowych zobowiązuje walne zgromadzenie do powzięcia uchwały dotyczącej dalszego istnienia spółki, jeżeli bilans wykaże stratę, która przewyższa sumę kapitałów zapasowego i rezerwowych oraz określoną część kapitału zakładowego. Tymczasem w niemałej części zakładów opieki zdrowotnej od kilku lat suma kapitałów własnych wyraża się liczbą ujemną.

Oczywiście, publiczny zakład opieki zdrowotnej nie jest ani przedsiębiorstwem państwowym, ani spółką. Ale czy to właśnie jest przyczyną zapominania o prawach ekonomii, które w ich przypadku też mają zastosowanie?

Ileż to jeszcze osób się natrudzi, nim za 3 miesiące, a może za pół roku poznam diagnozę mojej przypadłości? Kiedy zacznie się kuracja? Czy każdy pacjent doczeka?

Graf. Z. Cieśliński

Najważniejsze – zatwierdzić?

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej podchodzi do spraw ekonomii odmiennie niż w przypadku przedsiębiorstw. Szpitale nie są po to, by osiągać zyski i już to wystarcza, by nie mieściły się w definicji działalności gospodarczej. Zgodnie zatem z ustawą – ujemny wynik finansowy spzozu nie może być podstawą do zaprzestania działalności, natomiast zakład jest zobowiązany pokryć go we własnym zakresie. W jaki sposób? Podobnie jak koledzy dobrego wojaka Szwejka, którzy grając w karty wypisywali milionowe rewersy. Czyli po prostu pomniejsza w bilansie kapitały własne i taki bilans przedstawia organowi założycielskiemu do zatwierdzenia. Bywa, że kapitały własne z roku na rok maleją. Gdy się skończą, zakład wykazuje kapitał ujemny i nadal spokojnie przedstawia bilans organowi założycielskiemu. Bo to już problem organu założycielskiego, który – zgodnie z ustawą – powinien uchwalić zmianę formy prawnej zakładu, bądź jego likwidację.

W tym jednak miejscu kończy się polityka, także zdrowotna i zaczynają się rozmowy o pieniądzach. Bo w razie likwidacji zakładu jednostka samorządu terytorialnego (zazwyczaj powiat) musi przejąć jego zobowiązania, czyli po prostu spłacić długi spzozu. Ale przeważającą część dochodów powiatów stanowią (z wyjątkiem powiatów miejskich) dotacje i subwencje, których przeznaczenie z góry zostało określone. Długi można by spłacać z dochodów własnych powiatów.

Jednak to tylko teoretyczna możliwość. Kwoty zadłużenia spzozów są często wyższe niż roczne dochody własne powiatów, czasem dwu-, a nawet kilkukrotnie. Na jego spłatę powiaty nie mają więc pieniędzy. Oczywiście, zadłużenie spzozów narastało przez lata, gdy rady powiatów chowały głowy w piasek, zatwierdzając kolejne ich bilanse.

Co z zarządzaniem?

Zarządzać umie każdy, tylko medycyny trzeba się uczyć latami. Lenin mawiał nawet, że państwem może kierować kucharka. Tym bardziej – człowiek z wyższym wykształceniem, np. medycznym.

Wspomniana ustawa o przedsiębiorstwach państwowych każe dyrektorowi podejmować decyzje samodzielnie i za nie odpowiadać. Zakład opieki zdrowotnej nie jest państwowym przedsiębiorstwem, więc – zgodnie z literą ustawy – kierownik zakładu ponosi odpowiedzialność za zarządzanie. Co to znaczy: odpowiedzialność za zarządzanie? Tego ustawa nie wyjaśnia. Czy chodzi o dopilnowanie, by pielęgniarka wykonała polecenia przełożonej? Ustawa nie mówi o decyzjach i o odpowiedzialności za decyzje, podejmowane przecież nie przez kierownika sklepiku czy pralni, tylko przez dyrektora wielkiego zakładu, zatrudniającego 500–1000, a czasem i więcej pracowników.

I ten właśnie ustawowy zapis wydaje się przyczyną niefrasobliwego zaciągania zobowiązań, zapewne w trosce o dobro pacjentów, ale w oderwaniu od realiów ekonomicznych. Zaciągania zobowiązań mimo świadomości, że klient szpitala, w którego imieniu działa NFZ – za lepsze usługi i tak nie zapłaci więcej. Wyniki ekonomiczne spzozów pokazują, co się dzieje, gdy za skutki zarządzania nie odpowiada nikt. Ani dyrektor szpitala, ani organ założycielski, który go powołuje, ani NFZ, który za wszystko, albo prawie za wszystko płaci.

Oczywiście, są ludzie wyjątkowi, jak np. lekarz Krzysztof Trzciński, znany jako Komeda, który osiągnął sukcesy jako pianista i kompozytor. Ale najpierw... zrezygnował z uprawiania zawodu lekarza. Bez wątpienia, lekarz również może dobrze zarządzać szpitalem. Zwłaszcza jeżeli w pieczątce z nagłówkiem „dyrektor" wykasuje tytuł „lekarz medycyny". I da sobie spokój z leczeniem, natomiast poczuje się odpowiedzialny za coś więcej prócz harmonogramu dyżurów i kompletności dokumentacji.

Co dalej?

Trudno zarządzać bez pieniędzy. Ale im mniej pieniędzy, tym sensowniej trzeba je wydawać. Tymczasem mam problem z gardłem. Staję więc w kolejce do rejestracji w przychodni ogólnej. Druga kolejka – tym razem do lekarza rodzinnego. Dostaję skierowanie. Kolejny etap to rejestracja w przychodni specjalistycznej – wizyta za miesiąc. Laryngolog stwierdza, że konieczne jest prześwietlenie. Wystawia skierowanie? Nie, z jego opinią idę znów do lekarza rodzinnego. To on zdecyduje, gdzie mnie wyśle.

Otrzymuję skierowanie do gastrologa. Prawie kilometr spacerku do rejestracji – to szpital, bliżej nie sposób zaparkować. – Na maj będziemy rejestrować pod koniec marca – słyszę. Kolejne spacerki, kolejne kolejki, kolejne pieczątki. Ileż to jeszcze osób się natrudzi, nim za 3 miesiące, a może za pół roku poznam diagnozę mojej przypadłości? Kiedy zacznie się kuracja? Czy każdy pacjent doczeka? ■

Autor jest doktorem nauk ekonomicznych, wykładowcą Wyższej Szkoły Informatyki i Ekonomii TWP w Olsztynie.