

Europejski Kongres Gospodarczy

MATERIAŁ PARTNERA

DZP

więcej niż prawe

Klimat sprzyja publicznym placówkom

Przygotowywane zmiany zasad finansowania lecznictwa szpitalnego zdominowały dyskusję o polityce zdrowotnej podczas katowickiego EKG.

– Nie możemy bronić twierdzą, które są słabe, natomiast powinniśmy rozwijać te, które są silne – powiada prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, jeszcze niedawno minister zdrowia.

W Polsce lubujemy się w rozwiązaniach z gatunku „od ściany do ściany”, w przypadku których prymat polityki częstokroć dławi racjonalność. Na powtórkę takiej sytuacji po raz kolejny zanoszą się, niestety, w ochronie zdrowia. O nowym otwarciu w polityce zdrowotnej państwa dyskutowano podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach. Rozmowa ogniskowała się wokół m.in. zapowiadanych zmian w ustawie o działalności leczniczej, zasad finansowania lecznictwa szpitalnego, przygotowywanych tzw. map potrzeb zdrowotnych.

Sygnalizowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej dość jednoznacznie sugerują prymat publicznych jednostek służby zdrowia nad

prywatnymi. Temperaturę dyskusji szczególnie podgrzewały dwie kwestie. Pierwsza: wizja ograniczenia zbywania udziałów w takich podmiotach do mniejszościowego jedynie pakietu. I druga: brak możliwości wypłaty dywidend. Obie są nieobojętne dla Aleksandry Skowronek, odpowiedzialnej za ochronę zdrowia wicemarszałek województwa śląskiego. To właśnie w jej pieczy znajduje się m. in. 36 samodzielnych jednostek zdrowotnych, dla których samorząd wojewódzki jest organem założycielskim, nie licząc sanatoriów w Rabce i Goczałkowicach Zdroju. Dodajmy: pełni tę rolę dla największej grupy zakładów opieki zdrowotnej w kraju.

– Nie wyobrażam sobie sytuacji, w której możliwość zbycia udziałów zostanie zawężona do mniejszościowego pakietu. Jedyna możliwość zaistnienia podmiotu prywatnego w sektorze zdrowotnym, to pakiet większościowy, ponieważ nie istnieje możliwość inwestycyjnego zaangażowania – argumentowała Aleksandra Skowronek.

Zniechęcania inwestorów prywatnych i ograniczania dostępu do kapitału lęka się również Marek Wójcik, były doradca ministra zdrowia w zakresie restrukturyzacji szpitali. Zauważa, że w przypadku straty szpitala netto i jego likwidacji – przy braku możliwości przekształcenia w spółkę – ca-



► **Z MAPĄ DO LEKARZA:** Profesor Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, jeszcze niedawno minister zdrowia, wiele uwagi poświęcił projektowi tzw. map usług zdrowotnych, który budzi wiele kontrowersji w środowisku lekarzy i menedżerów służby zdrowia.

[FOT. RAFAŁ KLIMKIEWICZ, EDYTOR]

łość zobowiązań spadnie na samorząd.

– Zakaz zbycia akcji, lub udziałów może być dla niego finansową klęską – dodaje.

Wątpliwości Marka Wójcika budzi też projektowana możliwość wykupu świadczeń leczniczych przez organy samorządowe.

Zdrowie w rękach samorządu

– Czy jeśli samorząd lokalny zdecyduje się na wykup stu operacji zaćmy oka, to jakie kryterium miałoby przesądzać o ich dostępności: zameldowania pacjenta, czy udokumentowanego zamieszkiwania na obszarze zamawiającego? Czy taki wykup – w moim mnie-

maniu tak – nie będzie przedsięwzięciem komercyjnym? Wreszcie: jak samorząd miałby go rozliczać, bo przecież musi sprawdzić, czy te operacje zostały zrealizowane? Aby móc to sprawdzić konieczny byłby dostęp do dokumentacji medycznej – mnożył wątpliwości Marek Wójcik.

Wojciech Szrajber, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Kopernika w Łodzi, ogromnej jednostki na 900 łóżek, zauważa wprawdzie, iż nie dotyczy go ani komercjalizacja, ani prywatyzacja oraz deklaruje, że rozumie politykę państwa, preferującą w służbie zdrowia

sieć publicznych szpitali. Ale rozumie też, że bariery w pozyskiwaniu prywatnych inwestorów mogą spowodować upadek wielu szpitali. Odwołuje się zarazem do obserwacji, że skomercjalizowane jednostki są skłonne do ograniczania świadczeń zdrowotnych.

Infantylny kontrast „publiczne-dobre, prywatne-złe” odrzuca Michał Czarnuch z Kancelarii Domański Zakrzewski Palinka.

– Rzeczą kluczową jest zapewnienie przewidywalności i jakości świadczeń zdrowotnych. W tym sensie istotna jest ocena efektywności, a nie zabranianie wchodzenia w po-

wiązania finansowe. I wokół tego powinniśmy budować przepisy zamiast torpedować możliwości działania – uważa.

Dyskusja o mapach

Wiele emocji budzi również projekt tzw. map usług zdrowotnych. Najbardziej zaawansowane są już w kardiologii i onkologii. Obecność na mapie jest niezwykle ważna, ponieważ oznacza łatwiejszy dostęp do finansowania, w tym z unijnych pieniędzy.

– Jak to jest, że w europejskim kraju wieczorem i nocą dostępne są na ogół tylko szpitale publiczne, a inne poprzestają na planowych zabiegach? Jak to jest, że ciężarna kobieta niby ma, a de facto nie ma koniecznej opieki? Jak to jest, że w XXI wieku zawozi się chorego tam, gdzie najbliższe? Więc albo robisz całonocowe za duży kontrakt, albo planowe zabiegi i dostajesz mniejszy. Mapy zazwyczaj nie podobają się więc tym, których na nich nie ma – konstatował prof. Zembala.

– Ten kto się znalazł na mapie chwali to rozwiązanie, kogo na niej nie ma – krytykuje. Bez wątpienia będziemy z nich korzystali, ponieważ dają obiektywny obraz potrzeb zdrowotnych, co sprzyja optymalizacji wydawania pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia – sekundował profesorowi Wojciech Zawalski, z NFZ.