

NOWA PERSPEKTYWA

Myśląc o systemie ochrony zdrowia (SOZ), o tym, jak jest zorganizowany i zarządzany, można odpowiedzialnie stwierdzić, że nie ma uniwersalnej recepty na poprawę jego skuteczności i efektywności. Złożoność materii wynikająca z możliwości finansowych państwa, oczekiwań obywateli, dostępności zasobów naukowych i technologicznych, poziomu kompetencji zawodowych kadry medycznej i zarządzającej, których wiedza i doświadczenie są w możliwie najlepszy sposób wykorzystywane, to tylko niektóre czynniki decydujące o skali wyzwania. Nie bez znaczenia są także nasze narodowe uwarunkowania społeczne i kulturowe, kształtowane choćby przez powszechny od kilku pokoleń dostęp do SOZ finansowanego z danin pobieranych przez państwo w ramach umowy zbiorowej solidarności społecznej.

Z uniwersalną, a do tego sprawdzającą się w skali globalnej receptą na sprawnie działający SOZ jest jak z jednolitą teorią pola w fizyce. Wszelkie próby jej opracowania, znalezienia wspólnego mianownika dla wielkiej liczby zmiennych i procesów, są na razie skazane na niepowodzenie. Każda zmiana w SOZ, o ile oczekujemy dobrych, trwałych efektów, powinna obejmować plan rozłożonych w czasie reform, często wykraczających poza powszechnie rozumiane kompetencje resortu ochrony zdrowia. Z kolei dekada, jak pokazują doświadczenia państw skandynawskich, to najbardziej realny czas na przeprowadzenie zmian, które zarówno w odbiorze społecznym, jak i potrzeb państwa gwarantują uznanie oraz pojawienie się wymiernych korzyści społecznych i gospodarczych. Przywołane fakty pokazują dobitnie, że tryb oraz zakres reform, których wprowadzenie jest konieczne w ramach kompletnej przebudowy SOZ, wymagają wyjęcia spraw związanych z opieką zdrowotną z obszaru sporu politycznego, osiągnięcia porozumienia ponad podziałami, uznania wreszcie, że system ochrony zdrowia – fundament bezpieczeństwa każdego Polaka – powinien



być uwolniony od kalkulacji politycznych, w tym wynikających ze skutków działania wyborczego wahadła demokracji.

Laureat Nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii Milton Friedman powiedział: „tylko kryzys może przyczynić się do prawdziwej zmiany”, a także: „podejmowane działania uzależnione są od idei, do których w danym momencie można sięgnąć”. Wydaje się, że nic tak trafnie i precyzyjnie jak przytoczona teza nie opisuje istoty refleksji, jaka powinna być udziałem gremiów uczestniczących w reformowaniu SOZ w Polsce. Zgodnie z danymi zamieszczonymi w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia OECD z 2018 r. Polska znajduje się na 25. miejscu spośród 28 notowanych w rankingu krajów. Już choćby ten przykład pokazuje, że tym, czego najbardziej aktualnie potrzebujemy, jest precyzyjnie określona strategia,

RYNKU ZDROWIA W POLSCE

NA UWAGĘ ZASŁUGUJĄ OGRANICZENIE

WPŁYWU DYREKTORÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH

NA PROWADZENIE SKUTECZNEJ

POLITYKI WYNAGRODZEŃ ORAZ ODDZIELENIE

WYSOKOŚCI PONOSZONYCH KOSZTÓW OSOBOWYCH

OD WARTOŚCI REALIZOWANYCH

PRZEZ SZPITALA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

definiowana z punktu widzenia podmiotu, którym są obywatele, nakierowana na zaspokajanie ich potrzeb jako tych, którzy mają największy wkład w budowę społeczeństwa i państwa. W każdym innym przypadku pozbawiamy się szans na osiągnięcie radykalnego zwiększenia innowacyjności i poprawy dostępności SOZ, a także jakości i bezpieczeństwa udzielanych w nim usług – świadczeń.

Niestety, żadna z dotychczasowych inicjatyw zdążających do zmiany rzeczywistości rynku zdrowia w Polsce nie wychodziła od tak kompleksowego ujęcia wizji, celów i zamierzeń. Dążenia kolejnych twórców reform osiągały poziom kompleksowości odpowiadający co najwyżej programowi naprawczemu zamiast oczekiwanej ambitnej zmiany mającej zdolność wpływania na wiele obszarów życia społecznego, dostarczającej państwu i gospodarce efektów o charakterze mnożni-

kowym. Uwagę poświęcano m.in. ograniczaniu kosztów działalności szpitali poprzez ich restrukturyzację czy poszukiwaniu sposobów uzyskania przez podmioty lecznicze dodatkowych przychodów ze sprzedaży usług zdrowotnych na wolnym rynku. Zapominano przy tym o fundamentalnej prawdzie, że ochrona zdrowia nie jest wyłącznie kosztem, ale także kołem zamachowym gospodarki. W celu efektywnego wykorzystania jej potencjału należy uporządkować aktywa, procesy i umiejętności w zrozumiałym łańcuch wartości SOZ – przypisać jego poszczególnym ogniom odpowiednie miejsce i priorytety. Budować model zintegrowany zarówno wstecz, jak i do przodu – zabezpieczający potrzeby medyczne lokalnego rynku, minimalizujący zakłócenia i niepewność, a także pozwalający zachować wszystkie marże.

Każda systemowa zmiana wymaga konsekwencji w działaniu. Zatrzymanie się oznacza regres

Zmiana struktury właścicielskiej szpitali to jeden z pierwszych, najdłużej stosowany w praktyce sposób poprawy efektywności i skuteczności funkcjonowania SOZ w Polsce. Na podstawie przepisów ustaw z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz z 2011 r. o działalności leczniczej dokonano przekształcenia w spółki prawa handlowego 183 szpitali. Efekty tych działań były wielokrotnie podsumowywane, a najbardziej kompletnej oceny dokonała w 2015 r. Najwyższa Izba Kontroli. Z ustaleń kontrolerów wynikało, że rezultaty przeprowadzonych zmian „stabilizujących SOZ” daleko odbiegały od oczekiwań ich twórców, zwolenników i samych realizatorów. Brak wpływu zmiany struktury właścicielskiej na liczbę udzielanych świadczeń, niedostatki w dziedzinie kontroli kosztów, mało znaczące zmiany struktury przychodów czy wreszcie ograniczony zakres świadczeń komercyjnych oraz uchybienia w obszarze kontroli epidemiologicznej szpitali to najpoważniejsze w opinii autorów raportu nieprawidłowości stwierdzane w placówkach funkcjonujących w formie spółek kapitałowych prawa handlowego. Nie powinien więc budzić zdziwienia fakt, że jedno z zaleceń raportu NIK skierowane do ministra zdrowia dotyczyło prowadzenia dalszej przebudowy systemu i stworzenia mechanizmów realnej konkurencji pomiędzy spółkami o środki publiczne na podstawie jakości i efektów świadczonych usług.

Adekwatną odpowiedzią na uwagi wyrażone we wnioskach i zaleceniach NIK była uchwalona w 2017 r. ustawa o systemie podstawowego szpitalnego zabezpie-

Fot. iStockphoto.com



Fot. iStockphoto.com

czenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. sieci szpitali. Zawarte w niej regulacje były pierwszymi, które w sposób systemowy porządkowały rynek ochrony zdrowia, zwłaszcza w części odpowiedzialnej za jego dotychczasową nadmierną fragmentaryzację i decentralizację świadczeniodawców. Jedną z przesłanek budowy sieci było ograniczenie coraz bardziej wyniszczającego świadczeniodawców zjawiska konkurencji o zasoby. Twórcy ustawy wyszli ze słusznego poniekąd założenia, że fundamentem naprawy SOZ powinno być zapewnienie ciągłości i dostępności leczenia przez podmioty dysponujące odpowiednimi zasobami oraz zdolnościami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zdefiniowanego standardu niezbędności i jakości. Wprowadzenie nowego podziału umów płatnika ze szpitalami, uelastycznienie sposobów realizacji i rozliczania świadczeń poprzez nadanie większych uprawnień dyrektorom podmiotów leczniczych pozwoliło placówkom bezkosztowo zracjonalizować wykorzystanie posiadanych aktywów, poprawiając w rezultacie ich dostępność. Ustanowione siedem poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń po raz pierwszy wprowadziło formalnie określoną strukturę referencyjną szpitali definiującą miejsce placówek w systemie poprzez m.in. stawiane im wymagania kompetencyjne, kierunki rozwoju, a co wprost za tym idzie – zdefiniowany zakres odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów.

Zmiany personalne w Ministerstwie Zdrowia przeprowadzone na początku 2018 r. doprowadziły do odejścia z resortu kluczowych osób odpowiedzialnych za projekt sieci szpitali. W rezultacie zamiast wzmacniać i rozwijać rozwiązania, które zostały zasygnalizowane w przepisach ustawy, sieć uśpiono na etapie pierwszego kwartału jej funkcjonowania. W miejsce sieciowych rozwiązań systemowych została wdrożona nowa praktyka – następujących po sobie zmian legislacyjnych, których efektem był pozaplanowany wzrost wydatków podmiotów leczniczych. Zwiększenie wy-

CZAS POWRÓCIĆ DO ZAPISÓW USTAWY

O SIECI SZPITALI, PRZYWOŁAĆ JEJ DUCHA

BĘDĄCEGO PODSTAWĄ SYSTEMOWYCH ZMIAN

W OCHRONIE ZDROWIA – ODRZUCIĆ POKUSĘ

RĘCZNEGO STEROWANIA SYSTEMEM

JAKO RUTYNOWEGO SPOSOBU ODPOWIEDZI

NA DORAŹNIE POJAWIAJĄCE SIĘ PROBLEMY

nagrodzenia zasadniczego czy też płac personelu medycznego, choć zasadne, nie szło w parze z podniesieniem wyceny świadczeń przez NFZ. Spowodowało to pogorszenie płynności finansowej szpitali, które w powszechnym odbiorze było niestety postrzegane jako skutek rozwiązań wprowadzonych ustawą sieciową. Tak naprawdę rozwiązania te, nie mając dostatecznego uznania nowego kierownictwa resortu, były stosowane w bardzo ograniczonym zakresie. W rzeczywistości bowiem regulacje PSZ miały na celu wyznaczenie kierunków, ram reformy SOZ, dlatego ocena potencjału ustawy nie miała znaczenia dla sprawności prowadzenia procesów naprawczych. Wiązanie jej bezpośrednio ze skutkami doraźnych działań operacyjnych było i jest faktycznie sposobem ucieczki organów założycielskich przed wzięciem odpowiedzialności za reformę systemu, która – co nieuniknione – będzie się także wiązała z niepopularnymi decyzjami reorganizacyjnymi dotyczącymi samych lecznic, nie tylko zakresu ich działalności, lecz także ewentualnej likwidacji.

Prawo a praktyka działania, czyli awers i rewers rzeczywistości krajowego rynku zdrowia

Narastające od kilkunastu lat problemy związane z organizacją rynku zdrowia w Polsce sukcesywnie budowały w społeczeństwie świadomość konieczności dokonania radykalnych zmian poprawiających skuteczność i efektywność jego funkcjonowania. Co niezwykle ważne i znamienne z punktu widzenia poziomu dojrzałości debaty publicznej, osi narracji od kilku lat nie jest już tylko wielkość nakładów na ochronę zdrowia, lecz także sposoby racjonalnego zarządzania nimi, tak w ujęciu ekonomicznym, jak i potrzeb społecznych. Powszechnie uznana została potrzeba opracowania i konsekwentnej realizacji strategii rozwoju SOZ obejmującej politykę społeczną, zdrowie publiczne, a także postęp i rozwój technologiczny. Wagę i znaczenie determinacji w przeprowadzeniu zmiany doskonale

obrazuje sposób podejścia do poprawy efektywności zarządzania podmiotami leczniczymi. Koncentracja geograficzna i funkcjonalna placówek, optymalne wykorzystanie kadry medycznej, przeprofilowanie działalności usługowej poprzez przesunięcie świadczeń z opieki szpitalnej do ambulatoryjnej czy też zmiany obejmujące strukturę właścicielską podmiotów – to tylko niektóre z najczęściej podnoszonych kierunków reform.

Rzeczywistość społeczno-polityczna nie znosi próżni, więc „uśpione” systemowe reformy sieciowe zastąpiły działania z gruntu doraźne, w większości przypadków będące bezpośrednią odpowiedzią resortu zdrowia na bieżące problemy rynku. W rezultacie poprzez ręczne sterowanie doszliśmy do etapu serii następujących po sobie zmian – tymczasowych regulacji, których większość pomimo doraźnego charakteru w różnym stopniu definiowała, wręcz wymuszała przyszłe kierunki reform systemu. Przyjęta metodyka regulacji płac w ochronie zdrowia zarówno w zakresie ich wielkości, struktury, jak i źródeł pochodzenia funduszy, czy też przeniesienie kolejnych świadczeń do zakresów nielimitowanych są przykładami decyzji poważnie naruszających równowagę systemu za cenę pozornej poprawy jego dostępności. Wykonywanie większej liczby badań i konsultacji bez połączenia z rozwiązaniami kompleksowymi (koordynowanymi w ramach zakresów świadczeń i/lub rodzajów umów) nie jest w stanie zagwarantować korzyści zdrowotnych adekwatnych do wielkości i kosztu zaangażowanych zasobów. Doskonale widać to na przykładzie skutków wymienionych zmian – w pierwszej kolejności był to ożywiony popyt na specjalistów, a w konsekwencji skokowy wzrost kosztów osobowych zarówno w cenie procedur, jak i całościowego funkcjonowania systemu.

Podobnie jest z systemem wynagradzania pracowników ochrony zdrowia, który po zastosowaniu w trybie arbitralnym ministerialnych regulacji przestał tak naprawdę funkcjonować w ustrukturalizowanej formie. W narzuconych pracodawcom rozwiązaniach skutecznie pomieszano obszary kompetencji i odpowiedzialności kluczowych uczestników – interesariuszy systemu. Zarówno sposób finansowania wynagrodzeń bezpośrednio z funduszy przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej, jak i wybiórcze (w miejsce systemowego) kształtowanie siatki płac pracowników ochrony zdrowia – dla pojedynczych grup zawodowych – trwale zmieniły ich relacje i obieg pieniądza w systemie, wyzwalając przy okazji inne związane z tym aberracje. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują ograniczenie wpływu dyrektorów podmiotów leczniczych na prowadzenie skutecznej polityki wynagrodzeń oraz oddzielenie wysokości ponoszonych kosztów osobowych od wartości świadczeń zdrowotnych realizowanych przez szpitale. Obie okoliczności w praktyce zredukowały możliwości stosowania stan-

WOLNY RYNEK, OTWARTA KONKURENCJA

W OCHRONIE ZDROWIA Z PERSPEKTYWY

INTERESÓW PAŃSTWA I OBYWATELI

NIE ZAWSZE GWARANTUJĄ OSIĄGNIĘCIE

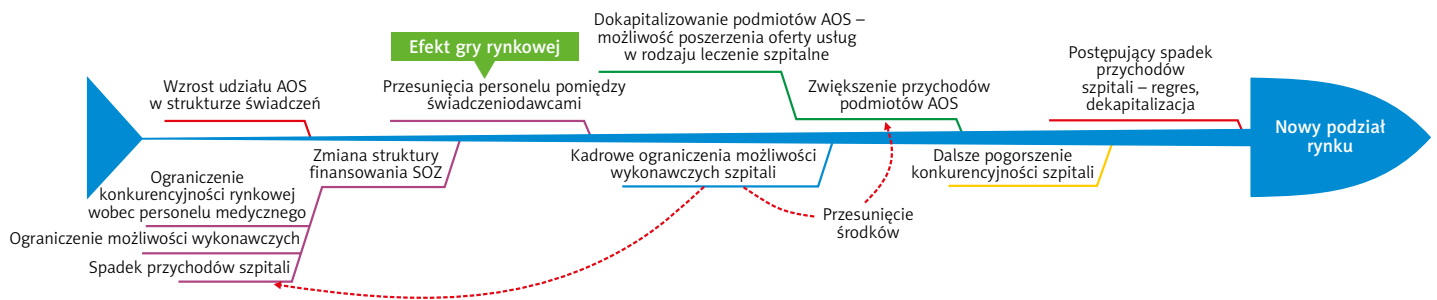
NAJLEPSZYCH REZULTATÓW

dardów dobrego zarządzania, podkopały fundamenty efektywności i konkurencyjności placówek medycznych funkcjonujących w tak ukształtowanych warunkach.

Pojawiła się też nowa sytuacja, do tej pory nieznaną, przynajmniej z punktu widzenia skali – uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami. Powodem z jednej strony była ich ograniczona dostępność, a przez to zwiększony popyt na ich usługi, z drugiej natomiast otwartość publicznego i niepublicznego rynku pracy na korzystanie z tych usług i ich opłacenie. Wyzwolona w tych warunkach konkurencja między podmiotami sytuuje pracowników w komfortowej, centralnej pozycji negocjacyjnej, pozwalającej im zabiegać o coraz wyższe stawki wynagrodzenia u rywalizujących o personel świadczeniodawców instytucjonalnych. Skutkiem tych uwarunkowań jest zanegowanie zdolności rynku do samoregulacji płac oraz ich niekontrolowany wzrost będący wypadkową oczekiwań finansowych pracowników oraz słabości negocjacyjnej konkurujących ze sobą pracodawców.

To kilka z wielu przykładów inżynierii finansowej poważnych rozmiarów, z jaką mieliśmy do czynienia w ostatnich 2 latach w SOZ. W przyszłości może ona mieć poważne reperkusje dla sposobu i warunków jego funkcjonowania. Co więcej, spodziewane skutki jej stosowania znacząco odbiegają od publicznych deklaracji dotyczących kierunków zmian właścicielskich rynku zdrowia w Polsce.

Osią, wokół której może dojść do zawiązania się nowego ładu w SOZ, są funkcjonujące na rynku obszary opieki medycznej zdominowane przez podmioty niepubliczne, których udział w wolumenie sprzedaży świadczeń wynosi odpowiednio: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – 78 proc., podstawowa opieka zdrowotna (POZ) – 96 proc., medycyna pracy – 80 proc. Aby jednak do tego doszło, musi za tym pójść odpowiednie wsparcie finansowe. I tak też się stało. Wprowadzenie nielimitowanych zakresów świadczeń – najpierw w diagnostyce radiologicznej, później w popularnych dziedzinach AOS (ortopedia, kardiologia, neurologia, endokrynologia), podobnie jak uruchomienie programu badań profilaktycznych „Profilaktyka Plus” jest tak poważną zmianą w strukturze przepływów finansowych usług medycznych (ok. 3,5 mld zł rocznie), że nietrudno sobie wyobrazić, jakie mogą być tego skutki (ryc. 1).



Rycina 1. Przepływy finansowe oraz zmiany właścicielskie na rynku ochrony zdrowia w Polsce. Prognoza przepływu kapitału oraz wizja kierunków formowania nowego ładu

Tym bardziej że operacja została zaplanowana i przeprowadzona w warunkach ograniczonego użycia narzędzi osłonowych dostępnych w zapisach ustawy sieciowej, jakie można było, a wręcz należało zastosować wobec podmiotów publicznych. Wolny rynek, otwarta konkurencja w ochronie zdrowia z perspektywy interesów państwa i obywateli nie zawsze gwarantują osiągnięcie najlepszych rezultatów. Zadaniem regulatora systemu jest dbałość o to, by struktura rynku i wynikające z niej przepływy finansowe pozwoliły rządzącym realizować fundamentalne cele związane z zapewnieniem trwałego, wolnego od zakłóceń bytu i rozwoju narodowego. Pandemia koronawirusa dowiodła, że oparcie rynku ochrony zdrowia na segmentach publicznym i niepublicznym obliuguje do wdrożenia dodatkowych regulacji, dzięki którym systemy te będą się wspierać i uzupełniać, a nie jak dziś – głównie ze sobą konkurować. Obecny kryzys pokazał, z jak wielkim ryzykiem wiąże się ograniczenie kontroli państwa nad działalnością poszczególnych segmentów rynku medycznego. Nie tylko ogranicza liczbę możliwych do zastosowania strategii walki z kryzysem, lecz także odpowiada za wiele błędów natury organizacyjnej rzutujących na dostępność i jakość opieki medycznej. Utworzenie szpitali jednoimiennych jako elementu scentralizowanego modelu przeciwdziałania kryzysowi związanemu z koronawirusem doskonale definiuje

je sytuację wymuszonego wyboru, przed jakim został postawiony polski rząd, dysponując ograniczonymi możliwościami zapewnienia chorym podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki medycznej. W rezultacie zarzucono wdrożenie rozproszonego modelu opieki, którego wartością dodaną były o wiele bardziej racjonalne i efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych SOZ, elastyczność w reagowaniu na pojawiające się w trakcie epidemii potrzeby medyczne oraz zachowanie dostępu do większości zakresów świadczeń zdrowotnych. Przykład ten skłania więc do refleksji, na ile racjonalne i bezpieczne z punktu widzenia interesów państwa jest tolerowanie dzisiejszego dualizmu rzeczywistości rynku zdrowia z jego dwoma bytami – aktywnym publicznym oraz cichym i wycofanym, przynajmniej w warunkach kryzysu i zagrożenia, systemem placówek prywatnych.

Dlatego otwarte i kluczowe jest pytanie, na ile uświadomione są odległe skutki dzisiejszych decyzji organizacyjnych i finansowych dotyczących krajowego rynku ochrony zdrowia. Czy mamy do czynienia z przypadkową koincydencją zdarzeń, czy może na naszych oczach dokonuje się powolna przebudowa systemu, która w nieodległej przyszłości, metodą faktów dokonanych, stanie się filarem jego ostatecznej formy? Ta z kolei, jak pokazuje zaprezentowana analiza, niekoniecznie musi odpowiadać dzisiejszym wyobrażeniom i oczekiwaniom większości interesariuszy systemu opartego m.in. na fundamencie powszechności i daleko posuniętego egalitaryzmu.

Czas więc powrócić do zapisów ustawy o sieci szpitali, przywołać jej ducha będącego podstawą systemowych zmian w ochronie zdrowia. Odrzucić pokusę ręcznego sterowania systemem jako rutynowego sposobu odpowiedzi na doraźnie pojawiające się problemy. W jego miejsce wprowadzić właściwy parytet w sposobie finansowania głównych pozycji kosztów planu finansowego NFZ, odtworzyć warunki do stosowania jasnych i czytelnych reguł zarządzania w podmiotach leczniczych oraz uporządkować rynek pracy, odbudowując zakłócone dziś relacje pomiędzy pracownikami medycznymi a pracodawcami.

gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak
dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

RZECZYWISTOŚĆ SPOŁECZNO-POLITYCZNA

NIE ZNOSI PRÓŻNI, WIĘC „UŚPIONE”

SYSTEMOWE REFORMY SIECIOWE

ZASTĄPIŁY DZIAŁANIA Z GRUNTU DORAŻNE,

W WIĘKSZOŚCI PRZYPADKÓW BĘDĄCE

BEZPOŚREDNIĄ ODPOWIEDZIĄ RESORTU ZDROWIA

NA BIEŻĄCE PROBLEMY RYNKU