



PAP/Radek Pietruszka

Mieszanie się polityki i ochrony zdrowia nie jest dobre

Rozmowa z Piotrem Warczyńskim, byłym wiceministrem zdrowia.

Polska Federacja Szpitali zapytała o sieć szpitali 80 dyrektorów placówek członkowskich. Zdaniem niemal 87 proc. ankietowanych sieć powinna zostać utrzymana, ale konieczne jest wprowadzenie zmian. Jak pan skomentuje te wyniki?

Dyrektorzy korzystają z dobrodziejstw ryczałtu i twierdzą, że takie rozwiązanie powinno pozostać – trudno im się dziwić. Łatwiej zarządzać szpitalem, który jest finansowany ryczałtowo, bo w wypadku większości świadczeń nie trzeba starać się o kontrakty. To wygodne. Wystarczy sprawozdać odpowiednią liczbę świadczeń, i to niekoniecznie tych najdroższych – można zamienić je na tańsze. Gdybym był dyrektorem szpitala,

bez wątpienia opowiedziałbym się za tym, żeby sieć utrzymać.

Krytykuje pan system ryczałtowy czy dyrektorów szpitali?

Dyrektorów szpitali? Nie, zachowują się racjonalnie i adekwatnie do sytuacji. Chciałbym też zwrócić uwagę, że w Polsce nie mamy sieci szpitali. To, co w tej chwili jest nazywane siecią, nie spełnia żadnych jej kryteriów. To bardziej system referencyjny szpitali. Przypominam, że nawet twórcy pomysłu zastrzegali, by nie nazywać go siecią, tylko podstawowym systemem zabezpieczenia szpitalnego. Krótko mówiąc – do

różnych poziomów referencyjnych przypisano prawie wszystkie szpitale publiczne. Co gorsza, pamiętam moment, kiedy tworzono to rozwiązanie i okazywało się, że z sieci wypadła placówka ważna dla któregoś postę w regionie. Wówczas tak modyfikowano rozporządzenie lub projekt ustawy, by ten szpital znalazł się w projekcie. Między innymi dlatego obecna „sieć szpitali” nie ma związku z potrzebną rzeczywistą siecią, a ja twierdzę, że mieszanie się polityki i ochrony zdrowia nie jest dobre.

Faktycznie, tzw. sieć zmieniła finansowanie podmiotów. Z systemu kontraktowego przeszliśmy w większości na ryczałtowanie świadczeń szpitalnych. To słuszne działanie, ale proporcje ryczałtu do świadczeń kontraktowych są niewłaściwe. W innych państwach jest to inaczej zorganizowane. Podam przykład – w Niemczech funkcjonuje prawdziwa sieć szpitali, tam finansowanie ryczałtowe stanowi ok. 60 proc. U nas jest to znacznie wyższa wartość, bo ponad 90 proc. W związku z tym, nie trzeba się aż tak napracować, żeby zdobyć środki finansowe. Można trochę spocząć na laurach i dbać tylko o to, by wykonać odpowiednią liczbę świadczeń, a pieniądze wpłyną z Narodowego Funduszu Zdrowia. Kiedyś potrzebni byli koderzy, by wybrać i sprawozdzać świadczenia o jak najwyższej opłacalności w danej grupie – dziś jest odwrotnie, bo im więcej wykaże się świadczeń, które są mniej płatne, tym więcej pieniędzy zostaje w szpitalu i można je przeznaczyć na inne cele. Prowadzi to do obniżenia jakości świadczeń, bo robi się to samo taniej, by jak najwięcej zarobić i jak najmniej ryzykować, że w kolejnym roku finansowanie ryczałtowe się zmniejszy.

„Często samorządy jako właściciele szpitali powołują dyrektorów, nie patrząc na kwalifikacje”

Sugeruje pan, aby lepiej kontrolować zarządzających szpitalami? Co ma pan na myśli?

Jasne, że tak. W Polsce jest wiele placówek, które określiłbym jako „świetnie zarządzane”. Nie będę wymieniał nazw i nie podam nazwisk menedżerów. Skupię się na tych, których nie można tak nazwać – i wróć do tego, co powiedziałem: mieszanie się polityki i ochrony zdrowia nie jest dobre. Często samorządy jako właściciele powołują dyrektorów, nie patrząc na kwalifikacje. Jeśli dyrektorzy się nie sprawdzają, są zwalniani i... „zataczają koło”, po jakimś czasie wracają na stanowisko dyrektorskie, zdarza się nawet, że do tej samej placówki. Co gorsza, nie ma prawdziwej

„Kiedy tworzono sieć szpitali i okazywało się, że wypadła z niej placówka ważna dla któregoś postę w regionie, tak modyfikowano rozporządzenie lub projekt ustawy, by ten szpital znalazł się w projekcie”

odpowiedzialności zarówno polityków samorządowych, jak i „politycznych dyrektorów”. Jedyne, co mogą stracić, to stanowisko. Nawet w spółkach nie słyszałem, by jakikolwiek dyrektor przy ujemnych wynikach finansowych i złym zarządzaniu musiał zgodnie z kodeksem handlowym poświęcić swój prywatny majątek. Konsekwencje złego zarządzania są znikome.

Co rozwiązałoby ten problem?

To, co apeluję od dawna – by w Polsce był, o dziwo, system budżetowo-samorządowy, tak jak w większości krajów południowej Europy, gdzie pieniądze na zdrowie są rozdzielane na regiony. W Polsce to przedstawiciele województw powinni decydować o kształcie systemu ochrony zdrowia. Lokalne społeczeństwa szybko dostrzegłyby, czy sprawy zdrowotne zmieniają się na lepsze czy gorsze, więc w kolejnych wyborach nie postawiłyby na złych zarządzających. Wtedy można by kontrolować i polityków, i zarządy szpitali.

Podkreślę, że w Polsce są ogromne różnice między regionami. Województwa mazowieckie i śląskie są nieporównywalne pod względem liczby podmiotów leczniczych, kompetencji personelu i zdrowotności mieszkańców. Inaczej trzeba by zorganizować system ochrony zdrowia na Warmii i Mazurach, a inaczej na Podkarpaciu – choćby ze względu na ukształtowanie terenu, liczbę autostrad, dostęp lotnisk i lądowisk itp. Planując ochronę zdrowia, należy brać pod uwagę to, co dzieje się w regionie – wiele czynników, także zbyt dużą liczbę placówek w niektórych miejscach.

Czy trzeba zlikwidować część szpitali? Jeśli tak, to ile?

Według projektu sieci szpitali ministra Religi ok. 100 mniejszych szpitali wymaga przekształcenia, nie likwidacji. Powinien to być proces rozłożony na kilka lat. Przykład – w Polsce brakuje ogromnej liczby miejsc opieki długoterminowej, likwidacja szpitali byłaby ogromnym marnotrawstwem, trzeba jedynie umiejętnie je przekształcić.

Rozmawiał Krystian Lurka