

W którą stronę podąży polski system ochrony zdrowia



Fot. istockphoto.com

Gdyby nie zagrażająca trzecia fala pandemii, to prawdopodobnie głównym tematem dyskusji o zdrowiu byłby przygotowywany przez rządzących projekt objęcia znakomitej większości szpitali w Polsce ujednocionym nadzorem właścicielskim. Używa się tutaj terminu „centralizacja”, który dla nieco starszych ma jednoznacznie negatywne konotacje, bo przypomina okres tzw. realnego socjalizmu sprzed 1989 r. U nieco młodszych, wychowanych w atencji do wolnego rynku, nawet bez tych wspomnień, także budzi raczej złe emocje. Ustalmy zatem, o czym my w tym przypadku mówimy.

Na początek trochę historii. Do końca 1998 r. szpitale należały do państwa i były utrzymywane z pieniędzy budżetowych przekazywanych przez 49 wówczas wojewodów. Większości Polaków ten okres kojarzy się z biedą, co jest jak najbardziej zrozumiałe, ponieważ do 1989 r. panował u nas realny socjalizm, a pierwsze dziesięciolecie po upadku PRL to trudny okres transformacji, z olbrzymim bezrobociem i skromnym bud-

żetem państwa, w którym trudno było znaleźć pieniądze na istotne zwiększenie nakładów na zdrowie.

Zmiana nastąpiła po wprowadzeniu pakietu czterech reform rządu Jerzego Buzka, kiedy to formalnie usamodzielniono szpitale i powierzono ich finansowanie utworzonym w 1997 r. kasom chorych. Jednocześnie podporządkowano szpitale nowo powstałym szczeblom samorządu terytorialnego, czyli powiatom

i samorządowym województwom, część spośród nich przekazując istniejącym już wtedy gminom. Szpitale podległe resortom mundurowym pozostawiono w ich gestiach, z wyjątkiem tzw. szpitali kolejowych, które zostały przekazane samorządom, głównie wojewódzkim. Po kilku latach szpitale uczelniane przekazano formalnie uczelniom.

I tak powstała nowa struktura, do której przyzwyczailiśmy się przez ponad 20 lat. Podstawowe pytania aktualnie brzmią: Czy była to zmiana rzeczywiście na lepsze? Czy należy wracać do starych rozwiązań, czy może byłoby pożądane poszukiwanie jakiegoś rozwiązania pośredniego, wykorzystującego atuty obu systemów oraz eliminującego ich słabości? Zwłaszcza że obecny model nie rozwiązał praktycznie żadnych problemów systemu – nadal brakuje pieniędzy, nie ma pracowników, są za to olbrzymie trudności z koordynacją opieki nad pacjentami protezowane takimi rozwiązaniami, jak np. niektóre formy opieki koordynowanej finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub krajowe sieci onkologiczna i kardiologiczna tworzone pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia. Nie oszukujmy się – to że jest „bogaciej”, to skutek ogólnego wzbogacania się państwa, a nie lepszego funkcjonowania ochrony zdrowia. A ponieważ mamy narastający rzeczywisty kryzys gospodarczy związany z przedłużającą się pandemią COVID-19, tylko najwięksi optymiści mogą liczyć na utrzymanie dobrej koniunktury finansowej dla systemu opieki zdrowotnej.

Porozmawiajmy zatem bez uprzedzeń o proponowanej zmianie, popularnie zwanej „centralizacją”. Zaznaczam, że projektu formalnie nadal nie ma – raczej są założenia, więc będę komentować samą ideę ujednoczenia organów założycielskich i pojedyncze wystąpienia, m.in. wystąpienie wiceministra Sławomira Gadomskiego dotyczące wymogów dla zarządzających szpitalami i utworzenia specjalnego systemu kształcenia dla nich.

Centralizacja czy ujednoczenie organów właścicielskich

Nie mam zamiaru głęboko analizować znaczenia słowa centralizacja. Używa się go przede wszystkim z powodu jego pejoratywnego brzmienia, o czym wspominałem wcześniej. A przecież centralizacja to wcale nie jest ujednoczenie organów założycielskich, co się w tym momencie proponuje, ale znacznie głębsza ingerencja w sposób działalności i zarządzania jednostkami. Na marginesie – nie chcemy zauważać, że wiele elementów centralnego zarządzania systemem już dawno mamy: ujednoczone wymogi wyposażenia i zatrudnienia, minimalne wynagrodzenia, że nie wspomnę o słynnym dodatku „zembalowym”, a wcześniej „ustawie 203/11”. Są także ujednoczone wyceny, zróżnicowane co najwyżej stopniami referencyjnymi czy dodatkami „klinicznymi”. Mało tego, po utworzeniu ułomnej sieci szpitali wprowadzono także ryczałty

OSTATNIE DWADZIEŚCIA LAT,

KIEDY SZPITALE KONKUROWAŁY ZE SOBĄ,

NIE PRZYNIOSŁO POPRAWY

ANI STRUKTURY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ,

ANI ICH JAKOŚCI. NIE POPRAWIŁO TAKŻE

WARUNKÓW PRACY I PŁACY ZATRUDNIONYCH

dla dużej liczby świadczeń, które są całkiem realnym ekwiwalentem finansowania budżetowego.

Tymczasem w związku z obecnie planowaną zmianą wymachuje się hasłem centralizacji jak cepem. Można sobie zadawać dziesiątki pytań, jaka jest tego przyczyna, a jest ona prosta. Dla części dotychczasowych właścicieli to utrata wpływu na bardzo wrażliwy społecznie, a przez to politycznie obszar, jakim jest ochrona zdrowia. Także wpływu na mianowania zarządzających i miejsca pracy dla wielu osób. Dla zarządzających – obawa o potencjalną utratę stanowiska. Dla zatrudnionych – o możliwe zamknięcie szpitala w części, rzadziej w całości, bądź zmianę jego profilu, co mogłoby powodować utratę miejsca pracy. Przywołując tytuł książki Toma Clancy’ego – ta „Suma wszystkich strachów” jest wystarczającym motorem do oporu przeciw planowanej zmianie. A jakie straty czy korzyści może ona nieść w rzeczywistości?

Najważniejsze dwie słabości systemu

Wielokrotnie – także na łamach „Menedżera Zdrowia” – pisałem, że nasz system nie ma wyznaczonego celu i po prostu dryfuje. Nigdy nie powstała obowiązująca „polityka zdrowotna państwa” opisująca sektor ochrony zdrowia, jego regulacje, kierunki rozwoju, priorytety, sposoby zwalczania słabości i eliminowania braków. Stwarzało to i stwarza nadal pole do akcyjnych działań, takich jak prace nad Krajową Siecią Onkologiczną czy obecnym pilotażem Krajowej Sieci Kardiologicznej, które choć same w sobie cenne, nie przebudowują systemu w sposób całościowy. Co ciekawe, najbardziej zauważalnym ich efektem najczęściej są korzystne zmiany wycen, co rodzi pytanie, jakie rzeczywiście były intencje pomysłodawców: chęć naprawy systemu ochrony zdrowia czy raczej korzystne zmiany dla dziedziny przez nich reprezentowanej.

Proponowany projekt oczywiście nie wpłynie na brak strategii państwa, więc pojawia się być może najbardziej fundamentalne pytanie: czy projekt nie jest stawianiem wozu przed koniem? Czy także nie stanie się rozwiązaniem zastępczym wskazującym na zaangażowanie twórców, niezależnie od tego, że ze względu



foto: istockphoto.com

na brak strategii nie zostanie wykorzystany w sposób właściwy? Oby projekt nie skończył tak jak koszyk świadczeń gwarantowanych, który – będąc niezbędnym – nigdy nie stał się prawdziwym zbiorem opisanych technologii medycznych mającym pokrycie w źródłach finansowania, lecz był przepisany katalogiem świadczeń finansowanych przez NFZ. Oby nie miał też takiego finału jak sieć szpitali, która pod wpływem zainteresowanych skończyła się przypisaniem znakomitej większości nie tylko szpitali, lecz także ich oddziałów do sieci, co nie zmieniło struktury świadczeniodawców, ale ją zakonserwowało. Jeżeli poza przejęciem szpitali, ich majątku przez jednego właściciela i wymianą kadry zarządzającej na swoją nie zrobi się nic, to rzeczywiście taka zmiana nie ma sensu, bo tylko skompromituje potencjalnie dobre rozwiązanie.

I to jest moje najważniejsze zastrzeżenie do projektu – że sam w sobie jest tylko narzędziem do realizacji strategii. Jeżeli jej nie będzie, projekt w większości pozostanie skorupą, a może zostać wykorzystany do złych celów. I to jego twórcy powinni wziąć pod uwagę.

Projekt poprzez ustanowienie jednego organu właścicielskiego dla wielu szpitali pozwala na znacznie większą koordynację ich działalności, zwłaszcza że dla danego regionu będzie trzeba zabezpieczyć całość zadań leczenia szpitalnego. Oczywiście to zależy od tego, czy szpitale kliniczne i resortowe także zostaną nim objęte, w co osobiście wątpię.

Poniżej zarysowałem kilka korzyści, które można odnieść dzięki regionalnemu ujednoczeniu organów założycielskich i skoordynowaniu działań podległych im szpitali. Oczywiście katalog korzyści nie jest zamknięty ani przedstawiony opis korzyści nie jest kompletny. To przecież tylko artykuł.

Potencjalna korzyść numer jeden – realizacja wyznaczonych strategii

Przyjmijmy optymistycznie, że zostanie przedstawiona chociażby wstępna strategia przebudowy naszej ochrony zdrowia. Jednym z jej elementów musiałaby być restrukturyzacja produktowa w obrębie sieci ist-

DYWAGACJE O WYMIANIE OBECNYCH MENEDŻERÓW

NA „NOWYCH LEPSZYCH”

WZBUDZIŁY TYLKO PRZYPUSZCZENIA,

ŻE PROJEKTOWANA ZMIANA

ZAKOŃCZY SIĘ PO PROSTU

ZAMIANĄ ZARZĄDCÓW NA „SWOICH”

niejących szpitali, wynikająca z map potrzeb zdrowotnych. Restrukturyzacja musiałaby zakładać zarówno tworzenie nowych oddziałów, jak i likwidację innych, aby dostosować sieć zakresów zarówno do potrzeb zdrowotnych, jak i potencjału ludzkiego. No i ten manewr jest praktycznie nie do wykonania w sytuacji rozproszonych organów założycielskich.

Popatrzmy realnie, jak działa samorząd terytorialny w Polsce. On opiera się głównie nie na codziennej pracy ułatwiającej życie mieszkańcom, ale na inwestycjach. Spójrzmy na informacje przekazywane przez samorządy wszelkich szczebli – liczą się nowo otwarte drogi, pozyskane dotacje unijne, a także nowo otwierane oddziały szpitalne czy przychodnie. To jest cenne samo w sobie, ale taki sposób postępowania, który stał się *modus vivendi* samorządowców, wyklucza, że którykolwiek z nich zgodzi się na przekształcenie swojego szpitala w szpital długoterminowy czy na likwidację części oddziałów. Pamiętajmy, co się działo przy tworzeniu sieci szpitali, i posłuchajmy obecnych argumentów samorządowców. Jeśli chcemy rzeczywiście rozumnie zmienić strukturę udzielania świadczeń, to przy obecnym *status quo* jest to niemożliwe, a projektowane ujednoczenie regionalne organów założycielskich taką możliwość stworzy.

Potencjalna korzyść numer dwa – wykorzystanie zasobów ludzkich

Przyzwyczajiliśmy się do twierdzenia, że system działa w warunkach niedoboru pracowników, co oczywiście jest bezsporne. Rzadko natomiast zwracamy uwagę, że ten niedobór jest dodatkowo bolesny z powodu rozmieszczenia profesjonalistów medycznych. Każda analiza wykaże, że są oni zgrupowani w większych szpitalach i większych miejscowościach. Dotyczy to nie tylko lekarzy, ale też innych profesjonalistów medycznych. Nie tylko ogólnej liczby, ale też ich średniego wieku. Z powodu przyjętego przez nas systemu rezydenckiego uzyskiwania specjalizacji lekarskich i szkolenia pielęgniarek w szkołach wyższych w miejsce zlikwidowanych liceów pielęgniarstwa – w większości

szpitali powiatowych działalność oddziałów szpitalnych opiera się na przetrzebionej i wiekowej kadrze medycznej. Dyżury lekarskie są utrzymywane dzięki lekarzom z innych miejscowości, niebędących etatowymi pracownikami szpitali, podobnie dyżury pielęgniarskie są realizowane przez pielęgniarki z sąsiednich szpitali. Podnosząc wszędzie temat czasu pracy medyków, jednocześnie pozwalamy, aby poprzez ten mechanizm wyrabiali oni czasami nawet wielokrotność etatu. Rozmawiając o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów, ten temat przemilczamy.

Ponownie: jeżeli wszystkie szpitale w regionie będą należały do jednego organu właścicielskiego, będzie on miał możliwość z tą patologią walczyć – czy komasując niektóre oddziały, czy rozpraszając miejsca rezydentckie wśród nich, czy tworząc narzędzia finansowe zachęcające do podejmowania pracy lub kształcenia w mniejszych, ale niezbędnych systemowo ośrodkach. Zatomizowane biedne szpitale należące do równie biednych organów założycielskich takich możliwości nie mają.

Potencjalna korzyść numer trzy – wykorzystanie zasobów finansowych

Pisząc o zasobach finansowych, myślę o co najmniej kilku elementach – pieniądzach pochodzących z NFZ, od organów założycielskich, środkach centralnych oraz unijnych i o ich sensownym wykorzystaniu.

Przy obecnej sieci szpitali NFZ finansuje nie tylko potrzeby zdrowotne społeczeństwa. W trudno mierzalnej, ale znacznej części opłaca po prostu koszty utrzymania tych jednostek z całą świadomością, że w wielu przypadkach – niezależnie od obecnej sytuacji pandemicznej – i tak nie pokrywa ich w całości, bo kontrakt nie pozwala na większe wykonywanie świadczeń. Równocześnie wiele świadczeń mogłoby być realizowanych ambulatoryjnie, ale kończą się hospitalizacjami – nie tylko dlatego, że świadczenia szpitalne są lepiej finansowane, ale też z potrzeby wykorzystania przydzielonego kontraktu czy obecnie ryczałtu.

Z uwagi na niedofinansowanie wiele szpitali realizuje inwestycje, a nawet remonty ze środków pozyskiwanych od właścicieli, z pieniędzy centralnych oraz zewnętrznych (unijnych, norweskich itp.). Jeżeli nie posiadamy sieci szpitali i odpowiednich oddziałów, co wynika z map potrzeb zdrowotnych, to wiele tych inwestycji jest po prostu wyrzucaniem pieniędzy. Można wskazywać w nieskończoność kupowany sprzęt diagnostyczny, który jest wykorzystywany w niepełnym zakresie zakupionych możliwości diagnostycznych, w minimalnym wymiarze czasu pracy, a nawet stojący w kartonach. Podobnie możemy wskazywać niezmiernie kosztowne rozbudowy szpitali w zakresie przekraczającym potrzeby zdrowotne, ale też niezbędne oddziały działające wyłącznie dzięki przymknięciu oczu przez służby sanitarno-epidemiologiczne.

TO, ŻE JEST „BOGACIEJ”,

WYNIKA Z OGÓLNEGO

WZBOGACANIA SIĘ PAŃSTWA,

A NIE LEPSZEGO FUNKCJONOWANIA

OCHRONY ZDROWIA

Kolejnym elementem jest wykorzystanie pieniędzy. Utrzymywanie pewnych zakresów świadczeń z powodu ambicji lokalnych włodarzy to nie tylko często zbędne nakłady NFZ, z których można by finansować inne oddziały, nie tylko niepotrzebne wydatki inwestycyjne i infrastrukturalne właścicieli i ze środków zewnętrznych. To także znacznie wyższe koszty działalności jednostek z uwagi na konieczność pozyskiwania specjalistów medycznych z innych miast i szpitali. Powszechnie znane migracje całych zespołów lekarskich i pielęgniarskich ze szpitala do szpitala, stałe poszukiwanie nowych dyżurantów, powszechne stosowanie umów cywilnoprawnych, żeby pominąć limity czasu pracy – to nie tylko zmęczenie pracowników i niebezpieczeństwo dla pacjentów. To także znacznie wyższy koszt pracy, który w mniejszych szpitalach wynosi dla lekarzy często znacznie powyżej 100 zł za godzinę. A nie mówimy tu wcale o luminarzach medycyny, ale po prostu o chętnych do dojeżdżania.

Także w tym przypadku jeden właściciel będzie miał narzędzia, aby nie pozwolić na nierozsądne wydawanie pieniędzy, zwłaszcza że może dostrzec różnice w efektywności ich wykorzystywania przez różne jednostki.

Potencjalna korzyść numer cztery – wspólne zakupy towarów i usług

Od wielu lat z lepszym i gorszym efektem próbuje się organizować wspólne zakupy towarów i usług. Nikt nie zaprzeczy, że kupowanie większej ilości zamówionego towaru czy usługi daje mierzalne oszczędności, chociażby poprzez efekt skali. Poza pojedynczymi projektami generalnie rozwiązania te jednak się nie przyjęły, a szkoda. Przyczyn jest wiele – od problemów z uzgodnieniem wspólnego asortymentu poprzez różne poziomy płynności finansowej potencjalnych beneficjentów, co wpływało na ceny oferowane przez dostawców, po ambicje izolowanych szpitali. Także w tym przypadku powstanie jednego organu założycielskiego, zwłaszcza dysponującego większymi zasobami finansowymi, czyli samorządów województw, pozwoliłoby na wprowadzenie takich rozwiązań na większą skalę. Czy to poprzez większy wpływ na decyzję zarządzających, czy poprzez gwarancję płatności zamówionych towarów, co powinno wpłynąć na obniżenie cen.



foto: istockphoto.com

CO JEST LEPSZE W OCHRONIE ZDROWIA

– WOLNY RYNEK CZY CENTRALNE PLANOWANIE?

NIESTETY, ZBYT CZĘSTO DISKUSJE O TYM,

JAK MA BYĆ ZORGANIZOWANY

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA,

POLEGAJĄ NA ŚCIERANIU SIĘ TYCH

SKRAJNYCH STANOWISK

Podobnych efektów można by się spodziewać przy wspólnych zakupach usług: obsługi prawnej, kredytu bankowego, sprzątnia, cateringu, ale też np. teleraologii.

Potencjalna korzyść numer pięć – podniesienie poziomu zarządzających

Ten argument jest równie często podnoszony, jak nadużywany. Z jednej strony nie istnieją szkoły kształcące menedżerów systemu ochrony zdrowia, szczególnie dyrektorów szpitali, na wzór francuskiej ENA (Narodowej Szkoły Administracji) szkolącej służby publiczne wyższego szczebla, choć wiele uczelni wyższych uruchamiało tego rodzaju studia dla zainteresowanych. Z drugiej strony znakomita większość dyrektorów i prezesów zarządzających polskimi szpitalami posiada doświadczenie zarządzania w warunkach deficytu wszelkich zasobów, którego nie nauczy żadna szkoła. Wielu spośród nich uzupełniało wiedzę formalną w każdy możliwy sposób, także poprzez wspomniane wyżej studia.

Dlatego nieco bezmyślnie były enuncjacje wiceministra zdrowia Sławomira Gadomskiego o przyszłej wymianie kadry na jakiś korpus profesjonalnych zarządców. Nie ma żadnego ekwiwalentu ENA, którego ukończenie predestynowałoby do zaliczenia do takiego korpusu, chyba że w ramach proponowanej zmiany

chce się przy okazji namaścić jakąś uczelnię na „kuźnię zarządców”. Jest oczywiste, że można wprowadzić standard kształcenia i doksztalcenia, a następnie wymagać od zarządców stałego uzupełniania wiedzy formalnej. Dywagacje o wymianie obecnych menedżerów na „nowych lepszych” wzbudziły tylko przypuszczenia, że projektowana zmiana zakończy się po prostu zamianą zarządców na „swoich”.

Pamiętając, jak zakończyły się założenia rewolucyjne zmiany, takie jak wprowadzenie koszyka świadczeń zdrowotnych czy sieci szpitali, nie można wykluczyć, że także obecna zmiana zakończy się w ten sposób, a żaden z pozytywnych efektów, o których pisałem wcześniej, nie wystąpi.

Złoty podział odcinka

Co jest lepsze w ochronie zdrowia – wolny rynek czy centralne planowanie? Niestety, zbyt często dyskusje o tym, jak ma być zorganizowany system ochrony zdrowia, polegają na ścieraniu się tych skrajnych stanowisk. A przecież może on być tak zorganizowany, aby czerpać z korzystnych rozwiązań obu. W Europie nie ma żadnego czystego, doktrynerskiego systemu – każdy w większym czy mniejszym stopniu bierze pod uwagę jego zaopatrzeniowe cele, najczęściej ubezpieczeniowy sposób finansowania, potrzebę strategicznego planowania i działanie w warunkach globalnego rynku dostaw. Często przytaczam przykład Holandii, gdzie system jest drobiazgowo opisany, wyregulowany i kontrolowany przez organa czysto publiczne. Realizują go jednak podmioty całkowicie prywatne. Dlatego także my nie powinniśmy przeciwstawiać sobie tych dwóch rozwiązań. Każdy kraj ma własną proporcję udziału obu podejść i taką proporcję także powinniśmy wypracować. Warto czerpać z doświadczeń. Ostatnie dwadzieścia lat, kiedy szpitale konkurowały ze sobą, ograniczając współpracę do minimum (poza okresowymi sojuszami w walce z NFZ o wyższe kontrakty), nie przyniosło poprawy ani struktury udzielania świadczeń, ani ich jakości. Nie poprawiło także warunków pracy i płacy zatrudnionych.

Rozwiązanie, w którym wszystkie szpitale w regionie (województwie) mają jeden organ właścicielski, likwiduje wiele błędów przeszłości i daje szansę na uporządkowanie licznych problemów, nie tylko tych opisanych w artykule. Jest to jednak tylko narzędzie, które będzie musiało być wypełnione treścią. Bez strategii ogólnopolskiej i strategii regionalnych, bez map potrzeb zdrowotnych, bez odważnych i profesjonalnych organów nadzoru właścicielskiego może skończyć się jedynie na wymianie zarządzających, względnie przeniesieniu najlepszych kawałków do zaprzyjaźnionych szpitali. To będzie oznaczało klęskę i kompromitację tego rozwiązania. Kolejną straconą szansę. Oby nie.

Maciej Biardzki