

Czy europejskie sieci referencyjne są szansą dla polskiej medycyny?



Przewidywana susza z przelotnymi opadami

Na finiszu drugiego roku pracy nowego zespołu na Miodowej zapraszam do wspólnej analizy szans i zagrożeń dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wynikających z inicjatyw legislacyjnych. Zmiany tę będą istotne dla podejmowania decyzji dotyczących zarządzania w skali podmiotów leczniczych i ich najbliższego otoczenia.

Wejście w życie ustawy o podstawowym zabezpieczeniu szpitalnym, czyli precyzyjniej noweli ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, można uznać nie tylko za otwarcie nowego rozdziału w „nieustannej reformie”, lecz także krótkoterminowe zamknięcie większych zmian systemowych w bieżącej kadencji. Na miano przełomowego – w znaczeniu mającego duży wpływ na codzienność funkcjonowania systemu – nie zasługuje już żaden inny projekt znajdujący się w obrębie legislacyjnej. Co prawda najważniejsza z owych pomniejszych regulacji, czyli ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, zakłada cały szereg nowych rozwiązań, są one jednak wprowadzane etapami, często z wykorzystaniem testów pilotowych.

Nie oznacza to jednak, że w ochronie zdrowia panować będzie zastój. Analizując obecną sytuację, można przewidzieć kolejne, mniejsze zmiany, które będą wpływały na funkcjonowanie organizacji i poszczególnych pracowników systemu, a także – rzecz jasna – pacjentów.

Lekcja od Irmy

Futurologia, po okresie rozkwitu w latach 70. i 80. ubiegłego stulecia, znalazła się w odwrocie. Można oczywiście żartować, że prognozy – niezależnie od tego, czy ich przedmiotem jest pogoda, gospodarka czy społeczeństwo – należą raczej do sztuczek magicznych niż „twardej” nauki. Gdy jednak przyjrzymy się bliżej, to okaże się, że odczytywanie prognoz przynosi większe pożytki niż wpatrywanie się w szklaną kulę, chociaż i w jednym, i w drugim przypadku sukces opiera się nie tylko na jakości samej prognozy, lecz także na zdolności wyciągania właściwych wniosków z fragmentarycznych, a nierzadko umiarkowanie ścisłych informacji.

Niedawne przejście superhuraganu Irma nad Florydą jest bezdyskusyjną lekcją, że sztukę przewidywania przyszłości i odpowiedniego wykorzystania informacji o zagrożeniach warto traktować z większą rozważą. Nikt rozsądny nie kwestionuje, że ofiar byłoby wielokrotnie więcej, gdyby władze nie potraktowały poważnie ostrzeżeń przed huraganem. Również w trakcie sierpniowych wichur na Pomorzu skuteczniejsze przekazywanie informacji o prognozie może nie gwarantowałoby w stu procentach bezpieczeństwa, ale pozwoliłoby na bardziej planowe zmierzenie się z żywiołem.

Tymczasem ostrzeżenia w sprawie nadchodzącej niewydolności naszego systemu ochrony zdrowia są systematycznie ignorowane, a pojedyncze decyzje, jeśli nawet mają pozytywne skutki, to zwykle tylko w ograniczonym stopniu wychodzą naprzeciw narastającym problemom. Pomiędzy prognozami pogody a przewidywaniami trendów w ochronie zdrowia są oczywiście istotne różnice, z których najważniejsza jest perspektywa czasowa. Już 10-dniowe prognozy pogody określane są jako długoterminowe i sami meteorolodzy zastrze-

„Od 1 października optymalizacja nie zniknęła. Co więcej, motywacja do sprawozdawania nadwykonań również pozostała”

gają ich ograniczoną trafność. Jednak o ile te różnice wyjaśniają mechanizm, to bynajmniej nie usprawiedliwiają decydentów w obszarach, które zastrzegli do swojej wyłącznej kompetencji. Tym bardziej że huragany nadchodzą i odchodzą, natomiast niepogoda w naszym systemie już trwa, a przejaśnienia na horyzoncie mogą się okazać raczej odbłaskami piorunów niż przebijającego się słońca.

Analizując tylko zasoby kadrowe polskiej ochrony zdrowia oraz średni wiek lekarzy i pielęgniarek i porównując te dane z rosnącymi słupkami przedstawiającymi liczbę osób w wieku 65+, nietrudno przewidzieć, że dostępność świadczeń jeszcze się obniży. Jest też oczywiste, że ograniczenie dostępności nie będzie skokowe. Wręcz przeciwnie: w telewizji, radiu, gazetach czy Internecie informacje o oddziałach zamykanych z powodu braku kadr (a czasami pod pretekstem remontu) tak bardzo spowszednieją, że najpierw znikną z „pierwszych stron”, a następnie przestaną być w ogóle interesujące dla odbiorców.

Nie podejmując się w tym miejscu szerszej analizy futurologicznej dotyczącej polskiej ochrony (czy też, zgodnie z pożądaną ponownie przez Ministerstwo Zdrowia nomenklaturą, służby) zdrowia, chciałbym skoncentrować się na możliwych scenariuszach aktywności sektora publicznego na rzecz poprawy dostępności świadczeń w perspektywie średnioterminowej, czyli maksymalnie dwuletniej.

Matematycznie uchwytana dostępność

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia ma spory udział w ocenie i samoocenie jakości życia w danym kraju. Jeśli chcemy porównywać poszczególne elementy, monitorować sytuację i sprawdzać, czy ewentualne działania korygujące odnoszą zakładany skutek, niezbędne jest przyjęcie miar i ich konsekwentne, a jednocześnie elastyczne stosowanie.

Jednym z kluczowych w sensie społecznym i łatwych do uchwycenia oraz zmierzenia wskaźników jest czas oczekiwania na zabiegi planowe. Nie oznacza to wcale, że jest to najlepsza (ani tym bardziej uniwersalna) możliwa miara dostępu do świadczeń. W przypadku, gdy barierą dostępu w modelu sprywatyzowanym jest na przykład zasobność portfela, o kolejkach jako o wskaź-



Fot. iStockphoto.com

„Bez odpowiedniej liczby lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych żaden projekt poprawy dostępności świadczeń nie ma szans okazać się trwałym”

niku mówić nie można. Skoro jednak problem ten silnie zakorzenił się w przestrzeni publicznej, to zostaniemy przy naszych rodzimych kolejkach, jedynie uzupełniając rozważania o dodatkowe składowe dostępności.

Na powstawanie większych lub mniejszych kolejek wpływa szereg czynników, z których środki przeznaczone na ochronę zdrowia i sposób ich wykorzystania na poziomie poszczególnych organizacji udzielających świadczeń mają, oczywiście, największe znaczenie. W gruncie rzeczy działa tutaj uniwersalne prawo popytu i podaży, z zastrzeżeniem, że popyt, podaż i regulacje pochodzą od dużo większej grupy interesariuszy niż tylko od klasycznego producenta i konsumenta.

Możemy zatem zidentyfikować najważniejsze elementy wpływające na czas oczekiwania:

- demografia – nikt nie będzie oczekiwał na spadek zapotrzebowania na świadczenia przy rosnącym udziale osób starszych w populacji,
- cena świadczenia – świadczenie o niższej cenie może być zastąpione przez ofertę rynku komercyjnego i w ten sposób można zmniejszyć presję na powiększanie kolejek,

- dostęp do specyficznej, specjalistycznej kadry,
- siła oddziaływania marketingowego danego sektora i budowanie świadomości społecznej dotyczącej zapotrzebowania na danego rodzaju procedury,
- fizyczne bariery i postrzegane przez pacjentów ryzyko związane z daną procedurą.

Oddziałują one wszystkie razem i generują coraz większe zapotrzebowanie na świadczenia. W tym kontekście można zanalizować obecne próby Ministerstwa Zdrowia osiągnięcia przynajmniej doraźnego sukcesu reformy.

Przerzucenie odpowiedzialności

W praktyce znaczenie tzw. ustawy o sieci jest niewielkie, o czym dyskutowano i pisano już wielokrotnie. Z pewnością likwidacja, a precyzyjniej rzecz ujmując – silne ograniczenie nadwykonań jako potencjalnego tytułu do roszczeń poprzez stosowne zmiany prawne jest wygodne dla płatnika i Ministerstwa Zdrowia. Odtąd za alokację środków będą już w pełni odpowiadać kierownicy placówek i w razie kłopotów z dostępnością to na nich najpierw spadnie krytyka. Jednocześnie NFZ pozostawiono wszystkie uprawnienia kontrolne, a sam resort może kierować motywacją szpitali do określonych aktywności poprzez kolejne zmiany w już obecnie skomplikowanym wzorze naliczania wysokości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy.

Powyższe rozwiązania nie są tylko kolejnym krokiem w kierunku pogłębiania asymetrii w relacjach płatnik – podmiot leczniczy. Rozwiązanie takie ograniczy bowiem także komunikacyjną siłę rażenia szpitali

i ich organizacji. Na zakończenie wróć do powyższego zagadnienia, żeby wskazać możliwe rozwiązania i metody reakcji na nową sytuację.

Na marginesie warto zadać sobie pytanie, czy kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i NFZ od początku, to jest od przedstawienia w formie deklaracji założeń reformy, było świadome, że sama w sobie regulacja dostępności świadczeń bez dodatkowych środków nie wystarczy. Biorąc pod uwagę niewielki zasięg zmian, prawie dwuletni okres przygotowywania wskazuje, że w istocie tak było.

Jednocześnie trwały bowiem tradycyjne targi z resortem finansów o dodatkowe zasilenie systemu. Gdy jednak pojawiła się informacja o dodatkowym zastrzyku blisko 3 mld zł, wydawało się, że jedna ze świeckich tradycji została szczęśliwie przełamana. Niestety szybki powrót do normalności, to jest zredukowanie kwoty do 10% pierwotnej wartości, upewnił nas, że rzeczywiście dużo się zmieniło po to, aby zostało po staremu. Planowane uruchomienie nadwyżki przez NFZ, mimo że znaczące, nie zastąpi dodatkowego wsparcia z pieniędzy pozasystemowych. Nominalna wysokość jest spora (ponad 700 mln zł), ale nadal są to tylko środki zamknięte w limicie przychodów z obowiązkowych składek.

Decyzja dziwi, ponieważ podjęto ją mimo wyraźnej motywacji, że potencjalny zastrzyk ma wesprzeć wprowadzaną reformę i zasobowo, i promocyjnie. Mimo praktycznego wycofania się z niej i mglistych zapewnień, że temat nie jest definitywnie zamknięty, warto rozważyć, czy cała historia może być ważną wskazówką dotyczącą prognozowania najbliższej przyszłości.

Antykolejkowe bonusy

Warto wiedzieć, że angielski *National Health Services* (NHS) ma już kilkudziesięcioletnie doświadczenia z doraźnymi projektami zmniejszenia kolejek. Niestety, wynika z nich, że dobrze zaprojektowana interwencja finansowa i organizacyjna może dać tyleż spektakularny, co... chwilowy sukces.

Aby operacja przyniosła zamierzony cel, spełnionych musi być kilka warunków. Alokacja środków musi być znacząca. Zgodnie ze wskazanymi wyżej regułami kolejki do tańszych procedur niekoniecznie oznaczają faktyczny brak dostępności. Dodatkowo często jest on związany z ogólnym niedoborem specjalistów, którzy wybierają oferty pracy z rynku komercyjnego, bowiem zapewnia on nie tylko wyższe przychody, lecz także prostsze rozwiązania biznesowe i mniej biurokracji, nie wspominając o braku ryzyka kontroli NFZ.

Podmioty lecznicze – zarówno prywatne, jak i publiczne – chętniej natomiast wykonają zwiększone kontrakty na droższe procedury, ponieważ w ich przypadku występuje silna bariera popytowa ze strony pacjentów płacących z własnej kieszeni.

Należy się zatem spodziewać, że mimo pierwszego falstartu pomysł będzie jednak powracał i – na ile

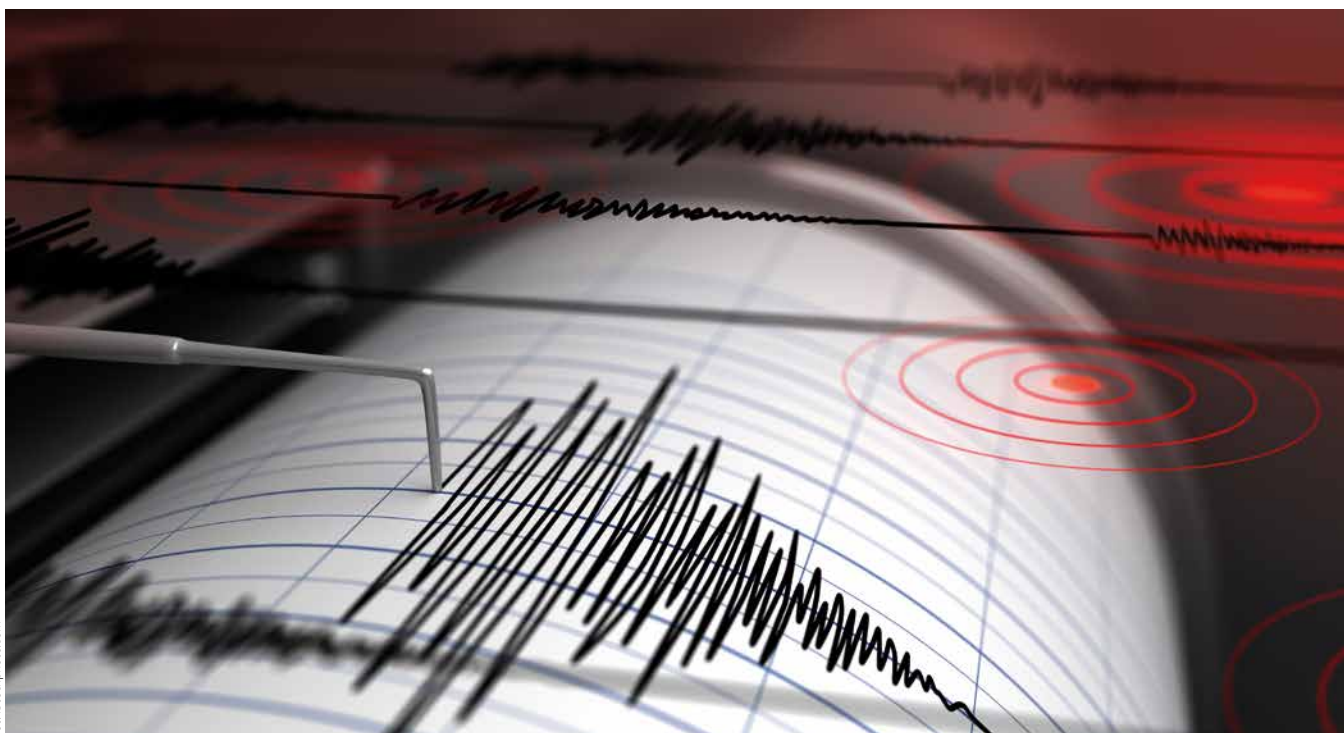
„ Planowane uruchomienie nadwyżki przez NFZ, mimo że znaczące, nie zastąpi dodatkowego wsparcia z pieniędzy pozasystemowych ”

sytuacja budżetowa pozwoli – kilka dodatkowych miliardów złotych zostanie przeznaczonych na doraźne ograniczenie powiększającej się luki niezaspokojonych potrzeb. W efekcie, oprócz już istniejących i zapowiadanych celów, takich jak zmniejszenie kolejek oczekujących na zabiegi zaćmy i endoprotezy czy kosztoclonną diagnostykę, pojawią się kolejne postulaty, wskazujące następne grupy pacjentów z ograniczonym dostępem do świadczeń.

Zadaniowość – reaktywacja czy... kontrrewolucja kontraktowa?

Istotną modyfikacją systemu jest sposób, a w zasadzie podstawa płatności. W ramach jednego ryczałtu musi się zmieścić większość procedur dotychczas co do zasady opłacanych zadaniowo. Oczywiście system JGP (DRG) też jest swego rodzaju ryczałtem, tyle że opartym na znacznie bardziej szczegółowym poziomie udzielania i raportowania świadczeń. W nowym systemie pozostaje jednocześnie spora grupa świadczeń finansowanych zadaniowo. Ta zmiana w momencie, gdy kontrakty typu *fee-for-service* osiągnęły w Polsce pełnoletniość, ma zamierzone i niezamierzone konsekwencje. Zamierzone to oczywiście radykalne ograniczenie zjawiska nadwykonań, które poza wskazanymi wcześniej wyjątkami traci podstawy prawne, czyli formalną możliwość sformułowania roszczeń o zapłatę świadczeń ponad określony w umowie limit. Niezamierzone wynikają natomiast z pewnego braku konsekwencji wprowadzonej zmiany.

Można zgodzić się z przesłanką nowej formy umów szpitali z płatnikiem, że płacenie za każde świadczenie ma swoje ograniczenia i nie motywuje do lepszej jakości. Konieczne jest jednak sformułowanie dwóch zastrzeżeń: po pierwsze, z prawdziwej przesłanki niekoniecznie wynika prawidłowy wniosek, a po drugie, tego rodzaju zmiana była w pełni uzasadniona przy wprowadzaniu reformy w 1999 r. System etatystyczny był wówczas skrajnie nieproduktywny, co oznaczało olbrzymie marnotrawstwo potencjału. Dzięki zmianie formuły płatności efektywność wzrosła ponad najbardziej śmiało oczekiwania, właśnie na owym ekonomicznie motywowanym turbodoładowaniu. Rzecz jasna taka formuła nigdzie nie stała się świętym



„Każdy system oparty na monoprofilowym źródle przychodów narażony jest na perturbacje”

Graalem systemu. Mimo kilkukrotnego zwiększenia liczby wykonywanych świadczeń dostępność pozostała niezadowolająca, a jednocześnie wzrosła liczba świadczeń o wątpliwej efektywności czy wręcz uzasadnieniu klinicznym. Jednocześnie, podobnie jak w systemie podatkowym, pojawiła się i rozkwitła sztuka optymalizacji, na którą płatnik odpowiadał, podobnie jak w większości krajów o rozwiniętym systemie, różnymi regulacjami mającymi na celu jej ograniczenie.

Zmiany w formułach kontraktowych są immanentną cechą każdego systemu opartego na rozdziale płatnika od wykonującego usługi medyczne. Najbardziej zaawansowane narzędzia stosowane obecnie są określane jako finansowanie pakietowe (*bundled payment*), idące dużo dalej w uzyskiwaniu efektów zdrowotnych za wydatkowane środki (*value based payment*). Co ważne, ich inicjatorem są nie tylko organizacje finansujące, lecz także same szpitale. Celem tych zmian jest znalezienie rozwiązań korzystnych dla pacjenta, ale także dla podmiotów leczniczych oraz oczywiście płatników świadczeń.

Przechodząc do sedna: od 1 października optymalizacja nie zniknęła. Co więcej, motywacja do sprawozdawania nadwykonań również pozostała,

choć prawdopodobnie ulegnie ograniczeniu. Obawa o zmniejszenie wysokości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy działa bowiem nie słabiej od nadziei na sfinansowanie nadwykonań. W takich okolicznościach można się wręcz spodziewać stopniowej reaktywacji systemu zadaniowego. Motywacje promujące jakość zostały wprawdzie zasygnalizowane, jednak sama formuła ryczałtowa nie ma szans stać się precyzyjnym narzędziem poprawy ani jakości, ani efektywności systemu. Stąd właśnie najbardziej prawdopodobny scenariusz: reaktywacja kontraktowania zadaniowego w celu utrzymania efektywności i sterowności systemu.

Zatrzymać lekarzy, przetrzymać protesty

Bez odpowiedniej liczby lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych żaden projekt poprawy dostępności świadczeń nie ma szans okazać się trwałym. Teoretycznie można to osiągnąć na trzy sposoby: zwiększenie liczby studentów, zatrzymanie emigracji i pozyskanie nowych kadr z zagranicy. Pierwsze rozwiązanie wymaga sporo czasu, zwłaszcza w przypadku zawodu lekarza uzyskanie niezbędnego wykształcenia, uprawnień i specjalizacji zajmuje wiele lat. Drugi sposób mógłby przynieść efekty nieco szybciej. Co więcej, zatrzymanie emigracji byłoby niezbędne w celu zapewnienia powodzenia pierwszego rozwiązania. Trzecia ścieżka jest teoretycznie najszybsza, ponieważ po kursie językowym, stażu i egzaminie lekarze z zagranicy mogliby podejmować pracę nawet w ciągu roku od decyzji o imigracji. W dodatku jest to też spora szansa na zaspokojenie potrzeb szczególnie zdefiniowanych nie tylko sektorowo, lecz także geograficznie.

Niestety pozyskanie nowych kadr z zagranicy jest praktycznie nierealne w najbliższym czasie. Nawet nie dlatego, że sprzeciwiłyby się temu samorządy zawodowe. Przyczyny są w pierwszej kolejności makroekonomiczne. Ani w bliższym, ani w dalszym sąsiedztwie Polski nie ma kraju, w którym mieszkaloby wystarczająco dużo medyków pożądanymi u nas pracy. Zwłaszcza że mają oni do wyboru szereg innych miejsc, gdzie warunki zatrudnienia i wynagrodzenia są znacząco lepsze. Po wtóre, nawet ograniczony projekt pozyskania kadr z zagranicy stałby w silnej sprzeczności z antyimigrancką narracją rządu.

Proponuję jednak zwrócić uwagę na drugi wariant. Oficjalny niemal balon próbny wypuścił premier Jarosław Gowin, już ponad rok temu proponując odpłatność za studia medyczne – choć taki niemal ultraliberalny kurs możemy odłożyć na półkę. Poważnie jednak należy potraktować postulat zgłoszony kilka lat temu przez dr. Krzysztofa Kordela, obecnie prezesa Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, czyli koncepcję udzielania kredytów studentom medycyny i/lub lekarzom w trakcie specjalizacji, które byłyby umarzane pod warunkiem odpracowania w Polsce lub spłacenia pożyczki. Podchwycił ją następnie prof. Grzegorz Raczak, członek sejmowej Komisji Zdrowia. Niezależnie od ewentualnych ocen warto podkreślić, że pomysł nie jest nadmiernie kosztowny, a może szybko i skutecznie zmniejszyć emigrację młodych kadr. Jednocześnie, ponieważ nie dotyczy szerokich grup, jest praktycznie bezpieczny politycznie, a nawet łatwy do przekucia na wizerunkowy sukces. Prawdopodobieństwo wdrożenia takiego rozwiązania w ciągu najbliższego roku oceniłbym na nie mniej niż 70%.

Dość pewnym czynnikiem, który także może być przedmiotem doraźnych zmian, będą narastające protesty pracowników. Są one bardzo prawdopodobne zarówno w przypadku zahamowania wzrostu gospodarczego, jak i kontynuacji dobrej koniunktury. W pierwszej sytuacji nie budzi to zapewne zdziwienia, jednak również drugi wariant jest dla ochrony zdrowia ryzykowny, ponieważ system oparty na obowiązkowych składkach obciążony jest pewną bezwładnością. W związku z tym nie nadają on ze wzrostem wynagrodzeń za szeroko rozumianym rynkiem prywatnym. Kontynuacja dobrej koniunktury może bez wątpienia skłonić rząd do wprowadzenia kolejnej już wersji „ustawy podwyżkowej”.

Czy makroekonomia wpłynie na ochronę zdrowia?

Warto przypomnieć, że w przededniu wprowadzenia kas chorych oficjalnie argumentowano, że wzrost pensji wpłynie na pobór składki, co z kolei zapewni odpowiednie środki publiczne na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pacjentów. W rzeczywistości dekoniunktura zweryfikowała wówczas te prognozy i na-

dzieje. Z drugiej strony zwrotne włączenie składki do podatku jest związane z podobnym ryzykiem, zwłaszcza po dłuższym okresie wzrostu podstawy do oskładkowania, to jest średnich wynagrodzeń pracowników. Jako najważniejszy element przychodów systemowych jest to czynnik również podlegający fluktuacjom związanym z koniunkturą, jednak reakcja jest wolniejsza i słabsza niż w przychodach budżetu centralnego na przykład z CIT czy VAT. Z tej perspektywy decyzja o pozostawieniu odrębnej składki wygląda pozornie na bezpieczną. Ekonomisci zwracają jednak uwagę, że już obecnie wzrost potencjału pracy napotyka bariery zarówno ilościowe, to jest związane z niedoborem pracowników, jak i jakościowe, ponieważ wydajność pracy rośnie wolniej niż wynagrodzenia.

Reasumując – każdy system oparty na monoprofilowym źródle przychodów narażony jest na perturbację, które są wydarzeniem pewnym, występującym jednak zawsze w warunkach pełnego zaskoczenia większości analityków.

Radykalny rozdział sektora publicznego i prywatnego?

W związku z problemem dostępności kadr warto wspomnieć, że w debacie pojawił się także pomysł radykalnego rozdzielania zasobów lekarskich pomiędzy systemem publicznym i rynkiem komercyjnym. Przyjęcie takiej regulacji, mimo że stosunkowo proste w wymiarze legislacyjnym, będzie napotykało przeszkody nie tylko polityczne, lecz także praktyczne.

Przy obecnej dostępności specjalistów i w sytuacji silnie rozwiniętego rynku prywatnego wywołałoby to błyskawicznie konkurencję o lekarzy pomiędzy obydwojema sektorami. Wobec przedstawionej powyżej analizy nie ma wątpliwości, kto z takiej „konfrontacji” wyszedłby zwycięsko. Nie mając rezerw w postaci możliwości pozyskania kadr z imigracji ani administracyjnego ograniczenia mobilności zawodowej, sektor publiczny jest skazany na koegzystowanie z prywatnym. Nie oznacza to, że próba na pewno nie zostanie podjęta. Należy się jednak spodziewać raczej ograniczonej interwencji w tym obszarze, podobnie jak w przypadku wprowadzenia sieci.

Wobec powyższego nie ma tym bardziej przestrzeni do wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych, choć finansowy potencjał spółek Skarbu Państwa, a także apetyty ich menedżerów są przesłankami, żeby o takiej opcji nie zapominać. Ze względu na ryzyko związane z wdrożeniem tego pomysłu mógłby ewentualnie zostać zastosowany wariant „odroczonej”, to jest taki, który wszedłby w życie np. 1 stycznia 2020 r. To jednak oczywiście nie wpłynie na obecną sytuację pacjentów, szpitali i personelu.

*Tadeusz Jędrzejczyk
Autor jest ekspertem organizacji ochrony zdrowia i byłym prezesem
Narodowego Funduszu Zdrowia.*