

CENTRALIZACJA

— POWÓD DO ZMARTWIENÍ

CZY SZANSA

NA POPRAWĘ SZPITALNICTWA?

Na tytułowe pytanie „Menedżera Zdrowia” odpowiedzieli dyrektorzy szpitali publicznych i prywatnych, przedstawiciele samorządu, lekarze, były wiceminister zdrowia i były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak

Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie



PAP/Bartłomiej Zborowski

Zmiany w systemie ochrony zdrowia (SOZ) jako proces są zjawiskiem ciągłym, co wprost wynika ze specyfiki warunków i okoliczności, w jakich na co dzień on funkcjonuje. W tych realiach kluczowe jest

więc pytanie nie o to, czy podejmować się reform systemu, ale co uczynić ich zasadniczym przedmiotem oraz w jaki sposób przyjęte cele zrealizować.

Uwzględniając dzisiejsze potrzeby i możliwości systemu, widać, że jednym z kardynalnych warunków sukcesu w jego przebudowie jest koncentracja kapitału ludzkiego – wykwalifikowanej kadry medycznej – i sprzętu w miejscach udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych. Celem doskonalenia formacji powinno być stworzenie ograniczonej, wynikającej z analiz map potrzeb zdrowotnych liczby szpitali regionalnych gotowych do kompleksowego rozwiązywania

problemów medycznych, funkcjonujących w otoczeniu placówek o niższym poziomie referencyjności, wykonujących mniej skomplikowane procedury bądź kontynuujących leczenie rozpoczęte w ośrodkach specjalistycznych.

Osią planowania i organizacji systemu powinien być region zapewniający optymalną sieć wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia, odpowiedni do potrzeb potencjał łóżek intensywnej terapii, a także określone lokalnymi potrzebami zasoby szpitali dziennych, długoterminowych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Podstawą tak konstruowanego zabezpieczenia winny więc być nie tyle jednostki terytorialne, ile

objęta opieką populacja i jej charakterystyka zdrowotna. Rozwiązaniem idącym krok dalej byłaby integracja regionalnej sieci szpitali na zasadzie akceptowanego i motywowanego finansowo transferu szpitali samorządowych do województwa, tak aby było ono docelowo jedynym operatorem publicznych szpitali na tym obszarze. Opracowanie regionalnego programu medycznego powinno się opierać z jednej strony na analizie i prognozie sytuacji zdrowotnej ludności regionu, widocznych trendów demograficznych, a z drugiej na dokładnej analizie potencjału szpitali, tj. oferowanego zakresu i kompleksowości leczenia, wykorzystania posiadanych zasobów.

W mojej ocenie najważniejsze jest jednak pytanie, co ma być zasadniczą przesłanką do przeprowadzenia reformy. Czy wystarczające jest działanie celowane, ukierunkowane na ważną, choć wąską domenę, jaką jest kwestia nadzoru właścicielskiego? Czy może zakres proponowanych zmian powinien być elementem większej całości, strategii rozwoju?

Jeśli szukać przykładów dobrze zaplanowanych reform SOZ

w ostatnich latach – takich, które z powodzeniem mogłyby stanowić punkt wyjścia do inicjatyw naprawczych, to nader pozytywnym przykładem jest uchwalona w 2017 r. ustawa, na mocy której została utworzona tzw. sieć szpitali. Głównym celem systemowej transformacji było zarysowanie przez państwo obszaru szczególnej regulacji w zakresie lecznictwa szpitalnego wpływającego na bezpieczeństwo kraju i jego mieszkańców. Wprowadzenie nowego porządku organizacyjnego, nałożenie siatki zakresów kompetencji, odpowiedzialności oraz możliwych kierunków rozwoju szpitali m.in. poprzez określenie rodzajów i zakresów realizowanych w nich świadczeń. Budowanie nowej jakości opieki zdrowotnej poprzez przenoszenie części świadczeń do szpitali specjalistycznych, w miejsca gwarantujące najbardziej efektywne wykorzystanie zasobów SOZ, zwłaszcza w części, w której są one najtrudniej dostępne. Ustanowione siedem poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń po raz pierwszy wprowadziło formalnie określoną strukturę referencyjną szpitali definiującą miejsce placówek w syste-

mie m.in. poprzez stawiane im wymagania kompetencyjne, kierunki rozwoju, a co za tym idzie – zdefiniowany zakres odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów. Dodanie do tego rozwiązań prawnych wykorzystujących potencjał szpitali w najlepszy możliwy sposób, a zatem nie poprzez wyniszczającą, generującą nieuzasadnione koszty konkurencję, ale współpracę opartą na synergii działalności placówek, jest potwierdzeniem wartości koncepcji reformy, zwłaszcza w kontekście zdarzeń związanych z obecnym kryzysem pandemicznym.

Reforma SOZ jest zadaniem nie tylko trudnym, ale z racji licznej grupy interesariuszy systemu niezwykle odpowiedzialnym. Powiązane z tym interesy i emocje istotnie ograniczają zakresy niepewności i ryzyka, jakie mogą się wiązać z działaniami naprawczymi. Tak więc za preferowane należy uznać przede wszystkim rozwiązania sprawdzone i kompleksowe z punktu widzenia potrzeb bezpieczeństwa państwa i obywateli oraz racjonalne i zrozumiałe z perspektywy łańcucha wartości będącego wehikułem strategii reform. ■

Waldemar Malinowski

Prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych



PAP/Tomasz Gzell

Propozycja ministra Adama Niedzielskiego dotycząca centralizacji szpitali jest chybiona. Doskonale pamiętam podobne rozwiązania

z przeszłości i nie wspominam ich dobrze.

Minister Niedzielski stwierdził, że „rozproszenie zasobów właścicielskich, brak koordynacji i fakt, że szpitale konkurują swoją ofertą, a nie współpracują, prowadzi do dużego bałaganu organizacyjnego”. Nie rozumiem, o jakim chaosie mówił minister. Nikt nie jest w stanie lepiej lokalnie koordynować ochrony zdrowia niż szpital powiatowy i okoliczne przychodnie. Trudno sobie wyobrazić, że urzędnik z Warszawy będzie wiedział, co się dzieje w danym powiecie. Podkreślam: to w regionie jest siła.

Centralizacja zarządzania może w przyszłości doprowadzić do niewłaściwej oceny potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, a w konsekwencji do nietrafionych decyzji, np. likwidacji oddziałów i szpitali, co będzie oznaczać brak odpowiedniego zabezpieczenia zdrowotnego mieszkańców powiatu.

Należy podkreślić, że organy założycielskie, czyli w większości przypadków starostwa powiatowe, zainwestowały w 2019 r. ponad 500 mln zł w modernizację budynków szpitalnych i ich dostosowanie do aktualnie obowiązujących przepisów. Zmiany właścicielskie

wywołają chaos organizacyjny, negatywnie wpłyną na dalsze inwestycje i wstrzymają rozwój naszych placówek.

Poza tym w obecnym stanie prawnym regulatorem usług zdrowotnych jest Narodowy Fundusz

Zdrowia, który decyduje o zakupie odpowiedniej liczby świadczeń medycznych niezbędnych dla prawidłowego zabezpieczenia zdrowotnego mieszkańców danego obszaru. Racjonalne inwestycje w podmiotach leczniczych reguluje natomiast

system IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Są więc możliwości odpowiedniego gospodarowania zasobami bez szkodliwej rewolucji, jaką byłaby centralizacja szpitali. ■

Andrzej Płonka

Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich



Fot. Termedia

W naszej ocenie przygotowanie jakiegokolwiek dużej reformy systemowej nie może się odbywać z pominięciem przedstawicieli samorządów powiatowych oraz samych podmiotów leczniczych. Tymczasem w składzie zespołu znaleźli się przede wszystkim przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Brakuje w nim ludzi mających praktyczne doświadczenie w zarządzaniu podmiotami leczniczymi i znającymi realia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z innej strony niż perspektywa regulatora i płatnika. Domagamy się dopuszczenia przedstawiciela ZPP do udziału w pracach zespołu.

Poza tym obawy budzi tempo zmian – zespół powołany 23 grudnia 2020 r. ma przedstawić ustawę 31 maja. Założone terminy świadczą o tym, że planowana reforma będzie miała charakter pozorny – będzie się ograniczała do zmiany

struktury właścicielskiej i wprowadzenia kolejnych programów naprawczych. Tymczasem trzeba otwarcie powiedzieć, że w Polsce system ochrony zdrowia jest rażąco niedofinansowany. Z danych OECD wynika, że w 2019 r. publiczne nakłady na zdrowie w naszym kraju zmniejszyły się do 4,3 proc. PKB – to jeden z najgorszych wyników wśród krajów OECD. Również nakłady mierzone *per capita* w przeliczeniu na dolary amerykańskie, z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza, pokazują, że w Polsce ochrona zdrowia nie jest priorytetem. Biorąc pod uwagę ten wskaźnik, można stwierdzić, że Polska przeznaczona na ochronę zdrowia mniej niż sąsiadujące z nią kraje będące członkami OECD – Czechy, Litwa, Niemcy i Słowacja.

Na niedomagania systemu finansowania ochrony zdrowia wskazał Trybunał Konstytucyjny w uzasadnieniu wyroku z 20 listopada 2019 r. (sygn. K 4/17). Można w nim przeczytać, że koszt udzielania świadczeń stale wzrasta na skutek wprowadzania nowych regulacji, głównie podnoszących wynagrodzenia personelu medycznego, i poprawy jakości opieki zdrowotnej. Akty prawne wprowadzające te zmiany nie zawierają oszacowania kosztów ich wdrożenia i w konsekwencji nie pociągają za sobą odpowiedniej weryfikacji kontraktów wiążących NFZ ze świadczeniodawcami. Trybunał Konstytucyjny zwrócił uwa-

gę, że poziom niedofinansowania nie zmniejszył się po wprowadzeniu ustawą z 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ryczałtowego wynagradzania świadczeniodawców, którzy przystąpili do nowego systemu – sieci szpitali. W tym kontekście formułowanie przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia zarzutów, że dyrektorzy szpitali nie potrafią zarządzać, a samorządy nadzorować podmiotów leczniczych, świadczy albo o ignorancji osób wypowiadających tego rodzaju opinie, albo o celowym wprowadzaniu opinii publicznej w błąd. Gdyby problemem były wyłącznie umiejętności zarządcze i prawidłowo zorganizowany nadzór, to instytuty badawcze nadzorowane przez ministra zdrowia uzyskiwałyby dodatkowo wyniki finansowe. Tymczasem analiza sprawozdań finansowych instytutów badawczych z ostatnich lat wskazuje, że dodatkowo wyniki finansowe w tych podmiotach stanowią wyjątek od reguły. Rozwiązaniem problemu nie jest również konsolidacja sektora szpitalnictwa. Doświadczenia niektórych podmiotów tworzących – zarówno uniwersytetów, jak i samorządów województw – wskazują, że z konsolidacją tych podmiotów następuje konsolidacja ich zadłużenia, jednak bez wyraźnej poprawy sytuacji finansowej w kolejnych latach. ■

Krzysztof Bukiel

Przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy



PAF/Marcin Obara

Jakiś czas temu podczas konferencji miałem niewielkie spięcie z ówczesnym prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Adamem Niedzielskim. Inaczej niż on oceniałem sytuację w publicznej ochronie zdrowia i inaczej widziałem sposoby jej naprawy. Prezes Niedzielski zachnął się, gdy stwierdziłem, że powinien mieć w tej sprawie więcej pokory, bo zajmuje się ochroną zdrowia bardzo krótko – od lipca 2018 r., a ja od niemal 30 lat i widzę, jak kończyły się zapowiedzi różnych reform, jakie skutki przyniosły niektóre rozwiązania, jak zmieniała się sytuacja chorych, pracowników ochrony zdrowia i szpitali w wyniku wprowadzanych zmian. To całościowe spojrzenie na miniony okres i na zmiany, jakie w tym czasie wprowadzono, ma swoje zalety. Szkoda, że kolejne rządy i kolejni ministrowie zdrowia nie mają takiego spojrzenia i z tego powodu często „dolepiają” do istniejącego systemu „łaty” niepasujące do całości lub odkrywają rzeczy już dawno odkryte i zweryfikowane – negatywnie – w praktyce.

Niestety, podobnie trzeba ocenić projekt wielkiej restrukturyzacji szpitali w Polsce przedstawiony niedawno przez obecnego ministra zdrowia. Zakłada on, że „certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia” przedstawią propozycję naprawy polskiego szpitalnictwa obejmującą likwidację

części szpitali, połączenie innych i restrukturyzację kolejnych. Skutkiem ma być lepsze gospodarowanie ograniczonymi zasobami. Pomoże w tym także upaństwowienie szpitali i centralizacja zarządzania nimi – „współpraca zamiast konkurencji” oraz powoływanie na stanowiska dyrektorów „certyfikowanych menedżerów ochrony zdrowia” wywodzących się z tworzonego w tym celu „korpusu menedżerskiego”.

Gdyby minister Niedzielski wiedział, co działo się w publicznej ochronie zdrowia w ostatnich 30 latach, zrozumiałby, że to wszystko już było i nie przyniosło zapowiadanego przełomu.

„Certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia”, chociaż może nie tak nazwani, już co najmniej raz przeprowadzili program restrukturyzacji polskiego szpitalnictwa. Wielka operacja tego typu odbyła się z inicjatywy minister Franciszki Cegielskiej ok. 20 lat temu. W Polskę ruszyły liczne firmy konsultingowe, które oceniały, czy określone szpitale są potrzebne, czy mają odpowiednie oddziały, czy nie można by ich połączyć z innymi szpitalami albo odpowiednio zmienić ich strukturę. Powstało mnóstwo planów i opracowań dotyczących wszystkich szpitali i wszystkich województw. Nie pamiętam, ile milionów złotych na to poszło, wiem jednak, że po kilku latach Najwyższa Izba Kontroli oceniła, że były to pieniądze wyrzucone w błoto. Korzyści odniosły jedynie firmy doradcze, które z jednej strony zrobiły mnóstwo pieniędzy, z drugiej urosły do rangi „wybitnych ekspertów” w restrukturyzacji szpitali, co wykorzystywały później. Kto wie, czy i tym razem nie znajdą się w gronie „certyfikowanych doradców restrukturyzacyjnych”. Wartość merytoryczna tych programów była bardzo niska. Niektóre z nich

stanowiły przedmiot dowcipów. Na przykład w moim województwie firma doradcza zaproponowała likwidację oddziału położniczego w szpitalu w mieście (kilkudziesięciotysięcznym), które z resztą Polski ma połączenie jedynie promowe.

Równie chybiona jest propozycja powołania „korpusu menedżerskiego”, w którego skład wejdą „certyfikowani menedżerowie ochrony zdrowia”, jako sposobu na poprawę poziomu zarządzania polskimi szpitalami. Trudno zresztą nawet ocenić, czy jest ona „zła”, bo warunki, w jakich działają szpitale, są tak zmienne i tak nienormalne, że to, co pozornie mogłoby być uznane za złe zarządzanie, okazuje się ostatecznie wręcz wybitne. Który dyrektor szpitala powiatowego lepiej zarządza swoją jednostką: ten, który przez lata skąpił na wszystko tylko po to, aby się zbilansować, czy ten, który inwestował, budował, rozwijał, zadłużając się na kilkaset milionów? Teraz komisja złożona z „certyfikowanych doradców restrukturyzacyjnych w ochronie zdrowia” wskaże zapewne ten pierwszy szpital – niezadłużony, ale biedny i bez odpowiedniego zaplecza – do likwidacji, a ten drugi – zadłużony, ale bogaty w sprzęt, dobrą kadrę i odpowiednie pomieszczenia – jako taki, który może dalej funkcjonować, oczywiście po finansowej „restrukturyzacji” polegającej na dofinansowaniu ze środków państwowych.

Minister zdrowia powinien był też wiedzieć, że po 1989 r., a jeszcze bardziej po wprowadzeniu kas chorych, nastąpił prawdziwy boom na kształcenie menedżerów ochrony zdrowia na studiach podyplomowych na licznych uczelniach. Skorzystało z tego wielu dotychczasowych dyrektorów, którzy takiego wykształcenia formalnie nie mieli. Sami dyrektorzy dbali o to i zachęcali się wzajemnie. Dużą rolę ode-

grało w tym zakresie Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia – STOMOZ. Podejrzewam, że trudno znaleźć dzisiaj na stanowisku dyrektora szpitala osobę, która nie byłaby z wykształcenia „menedżerem ochrony zdrowia”. Gorzej, że często – najczęściej – nie mogą oni swoich umiejętności wykorzystać – bądź z powodu dramatycznie złych, a przy tym zmiennych i nieprzewidywalnych warunków, w jakich funkcjonują szpitale, bądź z powodu nacisków lokalnych polityków.

Wątpliwości musi budzić także pomysł upaństwowienia wszystkich szpitali i centralizacja zarządzania nimi. Nie znamy jeszcze szczegółów, ale przecież mieliśmy już do czynienia zarówno z państwowymi szpitalami, będącymi częścią państwowej służby zdrowia, jak i z centralnym – przynajmniej w jakiejś części – zarządzaniem nimi. Można się domyślać, że planowane zmiany będą nawiązywać do tych wcześniejszych rozwiązań, bo możliwości nie ma zbyt wielu. Nie będzie raczej jednego zarządu wszystkich szpitali, a co najwyżej wspólne „centralne” zakupy, centralne planowanie struktury poszczególnych szpitali, centralny

rozdział środków adekwatny do tej struktury itp. To wszystko też już było i spowodowało, że w połowie lat 90. ubiegłego wieku praktycznie wszystkie siły polityczne i wszystkie środowiska medyczne jednomyślnie opowiedziały się za porzuceniem tego modelu. O tym, jak nietrafione były choćby tzw. centralne zakupy, krążyły dowcipy. Ja ze swojego podwórka też pamiętam taką sytuację. Gdzieś na początku lat 90. ubiegłego wieku, wobec planowanego wprowadzenia w Polsce instytucji lekarza rodzinnego, do przychodni rejonowej, gdzie pracowałem jako lekarz internista, przyszedł niespodziewanie dla wszystkich – łącznie z kierownikiem przychodni i dyrektorem szpitala, którego przychodnia była wówczas częścią – „przydział” wyposażenia gabinetu lekarza rodzinnego. Takiego gabinetu nikt co prawda u nas nie planował – ani dyrektor, ani kierownik, ale widocznie zaplanował go centralnie w Warszawie jakiś „certyfikowany doradca restrukturyzacyjny w ochronie zdrowia”, który wytypował moją przychodnię do tego nowatorskiego przedsięwzięcia. „Przydział” w postaci różnorodnego sprzętu, w tym

małego aparatu USG, oczywiście nikomu w przychodni do niczego się nie przydał, ale na szczęście dyrektor szpitala rozdysonował sprzęt do tych miejsc, gdzie mógł on być użyty.

Nie twierdzę, że nie jest potrzebna zasadnicza reorganizacja publicznej ochrony zdrowia w Polsce. Przeciwnie – jest ona konieczna. Nie można jednak nie dostrzegać tego, co stało się w ostatnich 30 latach i co było wcześniej. Nie można w czambuł potępiać zmian po 1999 r., które wprowadziły elementy rynkowe i częściową prywatyzację w ochronie zdrowia. Zmiany te spowodowały liczne pozytywne efekty, które zaistniały nie dzięki „certyfikowanym doradcom restrukturyzacyjnym” ani „certyfikowanym menedżerom w ochronie zdrowia”. Zaistniały one dzięki wprowadzeniu elementów konkurencji, prywatyzacji, działania „dla zysku”. Przyniosły też po części zjawiska patologiczne, które jednak były spowodowane głównie nieprawidłową interwencją państwa. Trzeba te zjawiska pokazać, nazwać i wyeliminować, a nie proponować powrót do tego, co już było i się nie sprawdziło. ■

Piotr Warczyński

Były wiceminister zdrowia



PAP/Radek, Pietruszka

Zapowiadane przejście właścielskie szpitali jest kolejnym krokiem ku centralizacji systemu opieki zdrowotnej. Wcześniej pozbawiono

autonomii dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia i podporządkowano prezesa NFZ ministrowi zdrowia, a na zrealizowanie czeka projekt Narodowej Służby Zdrowia, który kasuje płatnika i powierza jego kompetencje ministrowi.

Co więcej, płace w ochronie zdrowia już w większości są odgórnie regulowane, wystarczy jeszcze „doregulować” kilka zawodów. Wszystko złoży się w całość z przejściem przez Skarb Państwa publicznych szpitali i przychodni. Skierowanie do nich być może wszystkich lub większości pieniędzy będzie kolejnym krokiem.

Powołanie nowych, „właściwych” zarządów to potem kwestia czasu. Co wtedy z podmiotami prywatnymi, a co dalej z podstawową opieką zdrowotną? To są ciekawe pytania.

Czy to dobrze? Sondaże pokazują, że obywatele bardziej ufają władzom samorządowym niż wszystkim dotychczasowym rządów centralnym. Samorządy są bliżej ludzi, lepiej znają lokalne potrzeby i oczekiwania. Czy nie czas, aby podobnie jak w przypadku opieki społecznej samorządy przejęły szerokie kompetencje i odpowiedzialność także w obszarze opieki zdrowotnej? Żaden centralny system nie

uwzględnia w zadowalającym stopniu potrzeb lokalnych, nawet wojewódzkich, a co dopiero powiatowych i gminnych. Rozwiązania takie nieuchronnie dążą do systemu nakazowo-rozdzielczego. Wszystkie centralne systemy podlegają naciskom politycznym, a to nie polityka, lecz praktyka, odpowiedź na rzeczywiste potrzeby zadowala i satysfakcjonuje lokalne społeczności.

Codziennością pacjenta nie są ośrodki wysokospecjalistyczne, ale

te znajdujące się najbliżej miejsca zamieszkania, najbliższe także sercu, w których znamy lekarzy, pielęgniarki, dyrektorów i innych profesjonalistów ochrony zdrowia biorących udział w codziennym życiu lokalnych społeczności. Ze złej realizacji tego zadania znacznie łatwiej obywatelom w kolejnych wyborach rozliczyć samorząd niż władze centralne, ale być może to jeszcze jeden powód planowanych zmian.

Wbrew pozorom nie jest to wizja pionierska. Takie samorządowe systemy działają w dużej części krajów, które stawiamy za wzór dobrego funkcjonowania opieki zdrowotnej – w Szwecji, Danii, Norwegii, Włoszech, Hiszpanii, Portugalii, w pewnym zakresie w Niemczech, bo przecież landy mają ogromną samodzielność, a nawet w budżetowej Wielkiej Brytanii, która ma odmienne systemy w Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej. ■

Janusz Atłachowicz

Pełniący obowiązki dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu



Fot. Archiwum prywatne

31 czerwca 2021 r. przestanie obowiązywać obecna ustawa o sieci szpitali, zasadne jest więc ustalenie nowych warunków funkcjonowania

szpitalnictwa. Pytanie, dlaczego do zmian zabrano się dopiero teraz – w czwartym roku obowiązywania ustawy. Powołany przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego zespół, który ma się zająć planem restrukturyzacji szpitali, do końca marca 2021 r. powinien przygotować założenia do ustawy. To mało czasu jak na tak poważne przedsięwzięcie – kolejny „zakręt” w organizacji sieci szpitali. A co nagle, to po diable.

Zgadzam się z ministrem zdrowia, że zbytne rozdrobnienie nie służy szpitalnictwu. Placówki konkurują ze sobą o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, o kadre lekarzy

i pielęgniarek. W tym kontekście wskazany jest nowy podział obowiązków między szpitalami powiatowymi a wojewódzkimi, którego warunkiem powinna być wspomniana nowa organizacja sieci i określenie dobrego sposobu zarządzania podmiotami. Część zadań, zwłaszcza poza podstawowymi – interną, pediatrią, ginekologią i chirurgią – musi być realizowana w szpitalach wojewódzkich. Ale czy do tego niezbędne jest pozbawienie powiatów uprawnień podmiotów tworzących? Zwłaszcza w sytuacji, gdy samorzady powiatów angażowały się finansowo, wspierając swoje jednostki? ■

Marcin Pakulski

Były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



PAP/Jakub Kamiński

Z zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika, że czeka nas druga w ciągu 5 lat „reformacja szpitalnictwa”. Ta pierwsza miała poprawić dostęp do świadczeń, zwłaszcza specjalistycznych, stabilność finansowania oraz gospodarowanie kadrami medycznymi. To oficjalnie. Mniej oficjalnie sieć miała ustabilizować publiczne wydatki na zdrowie, w tym przede wszystkim budżet płatnika. Z biegiem

lat przekonaliśmy się, że doskonale udało się to ostatnie. Sieć okazała się prawdziwą pułapką dla szpitali, doskonale blokując rozwój świadczeń czy też możliwości elastycznego dostosowywania struktury podmiotu leczniczego do zmieniającej się sytuacji. Dlaczego o tym wspominać? Otóż jednym z argumentów ministra Niedzielskiego za upaństwowieniem szpitali jest ponoć brak chęci porozumienia się

poszczególnych placówek w zakresie optymalizacji profilów wykonywanych świadczeń.

Wracając do obecnej sytuacji – na początek wypada przyznać rację Ministerstwu Zdrowia. Tak, system opieki zdrowotnej wymaga redefinicji. Z tą tezą nie mam problemu, tym bardziej że pisałem o tym o wiele wcześniej. Pandemia pokazała, że nasz system jest w złej sytuacji, bez rezerw, bez procedur, z kiepską infrastrukturą i deficytem kadr. Diagnoza jest więc podobna. Pytanie, czy faktycznie celem „upaństwowienia” ma być poprawienie efektywności systemu opieki zdrowotnej. Tego do końca nie wiemy, bo nie znamy szczegółów planowanych zmian. Oficjalnie nawet Ministerstwo Zdrowia nie mówi w szczegółach, co chce zrobić, choć wie, że chce dokonać zmian w pierwszym półroczu tego roku. Wszelkie informacje pochodzą z wypowiedzi ministra zdrowia i jego zastępców. Wiadomo zatem, że planowane jest takie przekształcenie własności podmiotów leczniczych, aby miały jednolity organ tworzący, choć nie wiemy, kto miałby nim być. Mowa jest o wojewodzie lub samorządzie na poziomie wojewódzkim. Wiemy też, że resort planuje stworzyć „korpus restrukturyzatorów” i „korpus dyrektorów”.

Z projektu zarządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2020 r. w sprawie utworzenia zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne wynikają główne oficjalne cele zmian, którymi są:

- restrukturyzacja szpitali, w tym ich zobowiązań,
- przekształcenia właścicielskie,
- konsolidacja sektora szpitalnictwa, przeprofilowanie szpitali oraz zmiana struktury świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale,

- zwiększenie efektywności i jakości procesów zarządczych oraz nadzorczych,

- utworzenie podmiotu odpowiedzialnego za centralny nadzór nad procesami restrukturyzacyjnymi w sektorze szpitalnictwa i za jego rozwój,

- utworzenie korpusu restrukturyzacyjnego, w którego skład będą wchodzić certyfikowani doradcy restrukturyzacyjni w ochronie zdrowia,

- utworzenie korpusu menedżerskiego, w którego skład będą wchodzić certyfikowani menedżerowie w ochronie zdrowia,

- uwzględnienie specyfiki instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna.

Tyle informacji z oficjalnych dokumentów.

W tym wszystkim zadziwia pośpiech i niejawność prac nad znaczącą zmianą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Pisząc o niejawności, mam na myśli brak wiedzy o przesłankach skłaniających ministra zdrowia do kolejnych zmian i brak wiedzy o konkretnych osobach projektujących te zmiany. Przy czym nie chodzi o ciekawość, tylko o możliwość ewentualnej polemiki.

Zdrowia nie można traktować w kategoriach czysto politycznych. Takie lub zbliżone deklaracje bardzo często słychać z ust polityków, zwłaszcza koalicji rządowej. Jestem przekonany, że już od dawna sprawy zdrowia powinny być przedmiotem merytorycznej dyskusji z udziałem ekspertów i samych zainteresowanych. Wydaje się, że komunikacja resortu zdrowia jest niewłaściwa. Z dość niejasnych wypowiedzi urzędników można wnioskować, że czeka nas nie tylko rewolucja „własnościowa” szpitali, lecz także kadrowa. Czy pandemia jest najlepszym momentem do wysyłania

tak potencjalnie demotywujących komunikatów? Po pierwsze, część samorządów będących organami tworzącymi może dojść do wniosku, że nie opłaca się już inwestować w szpitale, skoro i tak mają je „zabrać”. Po drugie, część zarządzających może stracić motywację, by walczyć o swoje szpitale, skoro mają ich zastąpić menedżerowie z nadania politycznego. A przecież system opieki zdrowotnej ciągle jest w momencie krytycznym.

Bardziej oczekiwałbym precyzyjnego planu ponownego restartu szpitali – do tego potrzeba przejrzystej sytuacji, znanego planu dalszego finansowania i ogromnej motywacji pracowników, zarządzających i właścicieli. W zamian za to Ministerstwo Zdrowia funduje nam zapowiedź kolejnej reformy, z której nie wynika, kto ją przetrwa, a kto nie. To nie jest dobry czas na takie zmiany. Obawiam się, że może nas to kosztować przedłużenie się chaosu i kolejne ofiary, których można było uniknąć.

Jest też problem z brakiem wiedzy na temat przesłanek do podjęcia decyzji o zmianach. Na jakiej podstawie wywnioskowano, że problemem szpitali są powszechne niskie kompetencje zarządzających? Czy ktoś to przeanalizował, czy dokonano jakiegoś benchmarku? Należy przypomnieć, że w ostatnich kilku latach Ministerstwo Zdrowia pozbawiało menedżerów narzędzi do zarządzania kadrami. Mam na myśli składowe wynagrodzeń pracowników wyłączone z decyzji zarządzających. I to, co jest jednym z podstawowych elementów zarządzania działalnością, czyli wpływ na przychody podmiotów medycznych. Jak wspominałem na początku, to Ministerstwo Zdrowia, wprowadzając „sieć szpitali”, skutecznie zamroziło możliwość modyfikowania działalności podstawowej. Zarzut, że brak zmian w szpitalach jest winą niechętnych im właścicieli i zarządzających, jest więc chybiony. To system finanso-

wania zabetonował na lata zakres i poziom finansowania.

W dyskusji publicznej dość często pojawia się argument, że jeden właściciel szpitali rozwiąże problemy koordynacji działalności, braku pracowników czy dublowania się inwestycji. Moje pytanie jest proste. Na jakiej podstawie ktoś wysnuł taki wniosek? Czy są jakieś przykłady, analizy, benchmarki? Bo mam przekonanie, że nie ma to żadnego znaczenia. Samorządy wojewódzkie najliczniej zamieszkałych województw są organami tworzącymi kilkudziesięciu podmiotów medycznych. Czy ktoś zna przykłady lepszej koordynacji, bardziej profesjonalnego doboru kadr czy przemyślanych inwestycji, niedublujących istniejącego potencjału, ale odpowiadających na luki w dostępie do świadczeń? I znowu zapytam o te opracowania, analizy i benchmarki.

Co czeka nasz system opieki zdrowotnej, co czeka nas, jeżeli okaże się, że kolejna reforma to kolejne pudło?

System opieki zdrowotnej, a nawet powiem, szerzej myśląc – system ochrony zdrowia wymaga zmian. Ale żeby ich dokonać, powinniśmy wiedzieć, co i dlaczego chcemy zmieniać. Zmiana dla zmiany jest działaniem PR-owym i politycznym. Zmiana na podstawie przejrzystej diagnozy stanu obecnego będzie działaniem profesjonalnym i merytorycznym. Nasze zasoby ludzkie, infrastrukturalne, ale domyślam się, że i finansowe w systemie ochrony zdrowia są wyczerpane. Zarówno pacjenci, jak i personel medyczny są przemęczeni, wypaleni zawodowo, psychicznie zmaltretowani trwającą pandemią. Dlatego kolejna reforma musi być przeprowadzona bez pudła. Musi dawać nadzieję, że choć być może będzie inaczej, to będzie lepiej. Lepiej wszystkim. Serdeczna rada dla ministra zdrowia: niech nie liczy na kredyt zaufania w ciemno, wychodząc z kolejną propozycją reformy. Jedynym pewnym, co może spotkać, jest zmęczenie, udręka

i rozpacz wszystkich uczestników systemu. Tę zmianę trzeba przygotować dobrze. Trzeba ludzi do niej przekonać, znaleźć sojuszników, zachęcić do zaangażowania się.

System opieki zdrowotnej wymaga spojrzenia kompleksowego. To nie tylko szpitale. Ba, to nie tylko szpitale, przychodnie i podstawowa opieka zdrowotna. To również promocja, profilaktyka, pomoc społeczna. Kryzys wywołany pandemią spowoduje narastanie nierówności w zdrowiu z rozmaitych powodów. Planując kolejną reformę, w mojej ocenie trzeba wziąć to pod uwagę. Ewentualne zmiany w profilu działania jednostek powinny odpowiadać na te wyzwania. Nie można sobie pozwolić na generowanie wyrw w systemie bez alternatywnych propozycji. Nie da się bardziej dokręcić śruby. Nie zaoszczędzimy na wydatkach na zdrowie. Możemy tylko więcej stracić, o czym boleśnie wszystkich przekonuje doświadczenie pandemii. ■

Roman Kolek

Wicemarszałek województwa opolskiego i przewodniczący Komisji ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Związku Województw RP



Fot. Termedia

Z wielką uwagą obserwuję powołanie zespołu do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji szpitali. W związku z tym, że niewielkie grono osób zaangażowanych w prace ogranicza się do przed-

stawicielei administracji rządowej, Narodowego Funduszu Zdrowia i przedstawicielei Banku Gospodarstwa Krajowego, zwróciłem się do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego z propozycją. Zasugerowałem, aby sprawą zajęli się także reprezentanci organów tworzących szpitale, w tym jednostek samorządu terytorialnego.

Każdy region – w opracowaniach własnych oraz wspomagając się ekspertyzami instytucji zewnętrznych – od dłuższego czasu próbuje znaleźć optymalne rozwiązania w zakresie reorganizacji lecznictwa szpitalnego w swoim rejonie. Celem jest stworzenie skutecznej i przyjaznej bazy leczniczej, tam gdzie jest to możliwe, najbliższej miejsca

zamieszkania pacjenta. W związku z tym, czując się odpowiedzialnymi za funkcjonowanie systemu, wyrażamy gotowość do ścisłej współpracy w tej sprawie. Dzięki temu będziemy w stanie wypracować najlepsze rozwiązanie praktyczne, ale także wspólnymi siłami poszukamy skutecznych i potrzebnych zmian legislacyjnych w tym obszarze, w tym także zmian prawnych umożliwiających konsolidację placówek medycznych.

Wczytując się w intencje ministra Niedzielskiego i widząc potrzebę zmian w systemie ochrony zdrowia, daleki jestem od wyciągania na obecnym etapie wniosków, że centralizacja funkcji właścicielskiej rozwiąże najważniejsze problemy

szpitali. Potwierdzam, że pandemia odsłoniła wiele mankamentów szpitalnictwa oraz jeszcze pogorszyła sytuację finansową placówek i ogólnie systemu ochrony zdrowia, ale twierdzenie, że najlepszym rozwiązaniem może być centralizacja odpowiedzialności za organizację, jest przedwczesne. Konkurowanie podmiotów leczniczych o kadrę, o możliwość realizacji świadczeń może sprawiać wrażenie nieprawidłowości w zarządzaniu, ale wobec

ograniczeń kadrowych przeszkodą w dobrym zorganizowaniu szpitalnictwa jest od wielu lat niedobór pieniędzy w systemie ze wszystkimi tego konsekwencjami. Czas pandemii pokazał, jak duże niedobory mamy w bezpiecznym zorganizowaniu bazy szpitalnej, szczególnie w obszarze anestezjologii i intensywnej terapii, a przecież poza niedoborami kadr od lat przeszkodą w adekwatnym do wymogów bezpieczeństwa zorganizowaniu syste-

mu opieki zdrowotnej jest niedobór środków finansowych.

Mam nadzieję, że decyzje co do zmian w tym bardzo ważnym obszarze nastąpią po rzetelnej analizie i wysłuchaniu wielu stron, w tym najbardziej zainteresowanych, czyli pacjentów, a efektem będzie zorganizowanie skuteczniejszego systemu opieki zdrowotnej, lepiej spełniającego oczekiwania zarówno chorych, jak i organizatorów i realizatorów lecznictwa. ■

Piotr Magdziarz

Partner zarządzający w Formedis, Medical Management & Consulting



Fot. Termedia

W zapowiedziach przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia dotyczących restrukturyzacji szpitalnego rynku ochrony zdrowia należy wyróżnić dwa aspekty – planowane „upaństwowienie” części tzw. szpitali marszałkowskich i części szpitali powiatowych oraz rozpatrywanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – sieci szpitali – nie na poziomie jednego powiatu, ale dwóch, trzech sąsiadujących i w konsekwencji przeprofilowanie niektórych placówek w szpitalach posiadające wyłącznie oddziały zachowawcze i zespoły opiekuńczo-lecznicze.

Nowym organem założycielskim „upaństwowionych” szpitali mieliby być wojewodowie lub minister zdrowia. Zmiana modelu własno-

ściowego szpitali działających w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej prawdopodobnie wiązałyby się z jednoczesnym ich odłożeniem.

Pozbawienie samorządów wpływu na funkcjonowanie zlokalizowanych na ich terenie placówek oceniam negatywnie. Jednocześnie uważam, że model własnościowy należy zmienić, ale wyłącznie na poziomie wojewódzkim, tzn. samorządy wojewódzkie (marszałkowie) powinny być podmiotami tworzącymi (właścicielami) wszystkich publicznych szpitali zlokalizowanych w województwie i kreować politykę zdrowotną w regionie, tworząc wojewódzką sieć szpitali na podstawie wojewódzkich map potrzeb zdrowotnych.

Należy zwrócić uwagę, że zakwalifikowanie do sieci szpitali i jednoczesne oddłużenie tylko „upaństwowionych” szpitali stawiałoby je w uprzywilejowanej pozycji w porównaniu z resztą szpitali publicznych funkcjonujących na rynku.

Pozytywnie oceniamy zapowiedź rozpatrywania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie dwóch, trzech sąsiadujących ze sobą powiatów i w konsekwencji

przekształcenie niektórych szpitali w szpitalach posiadające wyłącznie oddziały zachowawcze i zespoły opiekuńczo-lecznicze.

Od lat wskazujemy, że jedną z przyczyn nieefektywności finansowej polskich szpitali jest ich zbyt duża liczba w stosunku do liczby mieszkańców obszaru, na którym funkcjonują. Średnia populacja objęta opieką szpitalną przez placówkę w Polsce to mniej niż 50 tys. mieszkańców. Tymczasem z doświadczeń krajów zachodnioeuropejskich wynika, że wieloprofilowy szpital (realizujący zarówno świadczenia zachowawcze, jak i zabiegowe) powinien przypadać na 180–250 tys. mieszkańców.

Dodatkowo duża liczba jednorodnych oddziałów w regionie (wynikająca ze zbyt dużej liczby szpitali wielospecjalistycznych) oprócz niewykorzystanych łóżek powoduje znaczne rozdrobnienie wartości kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, generuje duże nakłady inwestycyjne (bloki operacyjne, centralne sterylizatornie, oddziały anestezjologii i intensywnej terapii) oraz braki kadrowe, a to w konsekwencji wpływa na ciągły wzrost kosztów osobowych. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do braku rentowności szpitali. ■