

SKOŃCZMY WRESZCIE z tymi reformami

ZBIGNIEW HUPAŁO



Fot. iStockphoto.com

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa wzbudził spore kontrowersje wśród specjalistów, menedżerów ochrony zdrowia i samorządowców. Zgadając się w kilku kwestiach co do intencji autorów ustawy – nie da się ukryć, że planowane zmiany mogą przysporzyć systemowi więcej kłopotów niż korzyści. Wskazuje na to wiele szkodliwych pomysłów oraz zły czas, kiedy rządzący chcą wprowadzać reformy.

Mimo szczyrych intencji

Autorzy projektu ustawy zwracają uwagę na szereg bolączek trapiących polski system. Nie ulega wątpliwości, że od lat obserwujemy pogarszającą się sytuację finansową i rosnące w skali ogólnej zadłużenie szpitali. Obok nakładów finansowych równie wielkim, jeśli nie większym problemem jest brak innych zasobów, zwłaszcza kadrowych. Mimo wielomilionowych inwestycji w ostatnich latach nasze szpitale wymagają dalszych nakładów. Na pewno systemowym problemem jest też brak koordynacji leczenia pacjentów (czym miał się zajmować lekarz rodzinny), a także częsty brak współpracy placówek medycznych oraz utrzymywanie w zbyt dużej liczbie jednostek w podwyższonym stanie gotowości. Problem w tym, że w żadnej mierze nowa ustawa nie zniweluje tych bolączek, wbrew intencjom – wierzę, że szczerym – pomysłodawców nowych rozwiązań. Co gorsza, wiele jej zapisów w znaczącym stopniu uderzy w placówki ochrony zdrowia, co będzie skutkowało między innymi dalszym ograniczeniem dostępności świadczeń zdrowotnych.

Największym zarzutem co do projektu ustawy, formułowanym przez wielu specjalistów, jest faktyczny zamach na samorząd lokalny w Polsce, który w lwiej części jest właścicielem publicznych placówek medycznych. Samorząd, który moim zdaniem jest największym sukcesem zmian ustrojowych w Polsce ostatnich 30 lat. Projekt ustawy odbiera mu większość kompetencji, zwłaszcza w zakresie zarządzania własnym majątkiem, tworzenia planów rozwojowych i naprawczych czy powoływania bądź odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego. To niedopuszczalne.

„Projekt ustawy odbiera samorządom większość kompetencji, zwłaszcza w zakresie zarządzania własnym majątkiem, tworzenia planów rozwojowych czy powoływania i odwoływania kierownika podmiotu. To niedopuszczalne”

Wobec kierownika podmiotu szpitalnego projekt ustawy stawia wymóg ukończenia trzyletnich studiów MBA w ochronie zdrowia. Sam tytuł MBA nie wystarczy. Nie wystarczą też studia w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia, studia podyplomowe czy chociażby wieloletnie doświadczenie w zarządzaniu szpitalami. Jednocześnie na stanowisku nadzorca, czyli kogoś, kto ma poprawić funkcjonowanie szpitala, może pracować osoba z wykształceniem wyższym z zaledwie rocznym doświadczeniem zawodowym w ochronie zdrowia, czyli ktoś o niższych kwalifikacjach.

Projekt ustawy zakłada kategoryzację szpitali w czterech grupach – od A do D. Do najwyższej kategorii A mają być zaliczone podmioty szpitalne w najlepszej kondycji ekonomiczno-finansowej (wskaźniki płynności, rentowności, stan zobowiązań), do kategorii D – podmioty będące w fatalnej sytuacji mierzonej powyższymi wskaźnikami. Podmioty zobligowane do podjęcia działań naprawczych realizują je w kolejnych etapach aż do uzyskania

wskaźników pozwalających finalnie na przyznanie kategorii A. Pomijając liczne wątpliwości zgłaszane przez ekspertów dotyczące przede wszystkim faktu wzięcia pod uwagę tylko aspektu finansowego w ocenie szpitala, przy pominięciu np. parametrów jakościowych leczenia, warto zwrócić uwagę na błąd metodologiczny takiego toku rozumowania – nie wolno oceniać, zwłaszcza w ujęciu strategicznym, zaledwie jednego roku obrotowego funkcjonowania danego podmiotu! Takie wycinkowe spojrzenie zaburza po prostu całościowy obraz jego funk-

cjonowania – właściwa, obiektywna ocena wymaga analizy wieloletniej, uwzględnienia trendów i strategii na przyszłość. Pomijając fakt, że wiele jednostek szpitalnych o strategicznym wręcz znaczeniu znajduje się w kategorii D pomimo wprowadzonych i realizowanych planów naprawczych.

Zła diagnoza – złe leczenie

Można by jeszcze długo wymieniać błędy i złe założenia projektu ustawy. Nie szczegóły są jednak ważne, lecz strategia, przyjęta koncepcja. A koncepcja proponowanych zmian zakłada, ujmując w największym skrócie, że kiepska sytuacja podmiotów szpitalnych wynika ze złego zarządzania i nieefektywnej struktury własnościowej, a system będzie uzdrowiony, kiedy

„Zastanówmy się nad momentem wprowadzenia zmian. Placówki medyczne nadal zmagają się z trudami pandemii, a za chwilę będą musiały podjąć nowe wyzwania związane z napływem uchodźców z objętej wojną Ukrainy”



zostanie scentralizowany. Klasyczny przykład źle postawionej diagnozy, która prowadzi do nieskutecznego leczenia.

Projekt ustawy praktycznie nie zakłada zwiększenia finansowania systemu. Powszechne jest przekonanie, że każdy system ochrony zdrowia pochłonie każdą ilość pieniędzy, co jest zresztą prawdą. Liczni specjaliści postulują jednak nie bezustanne dolewanie pieniędzy, ale dorównanie pod względem wydatków chociażby do średniej Unii Europejskiej. Chodzi jednak nie tylko o pieniądze, lecz także o inne zasoby – biorąc pod uwagę liczbę pielęgniarek na określoną liczbę ludności, jesteśmy w ogonie Europy, a pod względem liczby lekarzy dokładnie na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej. W Polsce liczba praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców wynosi 2,4, w Unii Europejskiej 3,8 (dane OECD za 2018 r.).

Zwróćmy uwagę, że najlepsze systemy w Europie paradoksalnie działają tak dobrze dlatego, że przyjęły założenia zupełnie odwrotne w stosunku do nowej polskiej reformy. Weźmy pod uwagę jeden z najlepszych systemów na świecie – francuski, a także rozwiązania niemieckie, które były dla nas bardzo często wzorem. Otóż w tych krajach władze samorządowe, lokalne czy regionalne są bardzo ważnym partnerem w określaniu i realizacji polityki zdrowotnej. W Niemczech landy odpowiadają za opracowanie planów opieki szpitalnej, które często bardzo się od siebie różnią, gdyż biorą pod uwagę specyfikę danego regionu. Co ciekawe, w opracowywaniu takiego planu uczestniczą przedstawiciele landów, kas chorych i – co jest nie do pomyślenia w Polsce – przedstawiciele szpitali. We Francji z kolei funkcjonują regionalne agencje zdrowia odpowiedzialne za wdrażanie krajowej polityki zdrowotnej, a także za przygotowanie i realizację programu regionalnego. Ponadto projekt w praktyce zakłada centralizację systemu i „upaństwowienie” samorządowych szpitali, a tymczasem większość rozwiązań w krajach Zachodu polega na zróżnicowaniu struktury wła-

ścielskiej. W Niemczech zaledwie 48 proc. łóżek szpitalnych w systemie to łóżka publiczne (w większości samorządowe), pozostałe funkcjonują w ramach prywatnych przedsiębiorstw zarówno *for profit*, jak i *non profit*. We Francji odsetek publicznych łóżek wynosi 66 proc., pozostałe funkcjonują również w ramach prywatnych podmiotów *for profit* i *non profit*.

Finansowanie

Mówiąc o środkach finansowych – ważna jest nie tylko ich ilość, lecz także sposób wydawania. W projekcie praktycznie pomija się rolę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Dwoch instytucji, które z jednej strony mają wykwalifikowaną kadrę, znającą doskonale system, a z drugiej strony posiadają realną i największą władzę. Dzięki temu, korzystając z już istniejących rozwiązań prawnych, mogłyby skutecznie regulować system, wprowadzać korzystne rozwiązania, takie chociażby, jak przenoszenie ciężaru leczenia z sektora szpitalnego na ambulatoryjny. Niezbędne jednak jest, wzorem chociażby rozwiązań niemieckich, zaproszenie do aktywniejszej współpracy przedstawicieli samorządów czy podmiotów leczniczych, których głos w dzisiejszym systemie praktycznie się nie liczy.

Reasumując – nie negując niektórych założeń twórców nowej reformy, zastanówmy się nad momentem wprowadzenia zmian. Placówki medyczne nadal zmagają się z trudami pandemii, a za chwilę będą musiały podjąć nowe wyzwania związane z napływem uchodźców z objętej wojną Ukrainy. Następnie pomyślmy, jak zwiększyć zasoby pieniężne, ludzkie, inwestycyjne i w jaki sposób je zadysponować. Dopiero potem zmieniamy i modernizujemy podmioty szpitalne. Bo na pewno tego potrzebują.

Zbigniew Hupato, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gostyniu