

Zmiany potrzebne OD ZARAZ



Fot. iStockphoto.com

GRZEGORZ GIELERAK

Zgodnie z ogłaszanymi komunikatami Ministerstwo Zdrowia przygotowuje się do przeprowadzenia programu szeroko zakrojonej reformy systemu ochrony zdrowia. Reforma oparta na nowo projektowanej ustawie ma polegać na restrukturyzacji szpitali publicznych, w tym finansowaniu inwestycji, poprawie jakości zarządzania szpitalami publicznymi oraz reorganizacji systemu leczenia szpitalnego, podniesieniu jakości i dostępności usług zdrowotnych, między innymi poprzez trwałą

poprawę sytuacji finansowej szpitali publicznych oraz procesów nadzorowania i zarządzania tymi jednostkami. Jak podają autorzy, celem ustawy jest optymalizacja jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia – koncentrację leczenia specjalistycznego – oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, jak również poprawa sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych. Dodatkowo opracowane przepisy mają

za zadanie podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację kompetencji kadry menedżerskiej, a także wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania szpitalem.

Zaproponowane rozwiązania mają też „ograniczyć dublowanie oferowanych świadczeń i ograniczyć konieczność utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego”. Dzięki temu uniknie się konkurencji między szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dodatkowo koszty szpitali mają zostać ograniczone dzięki wykorzystaniu efektu skali, między innymi przy wymianie sprzętu czy zakupach wspólnych materiałów i usług. Założeniem nowych przepisów jest też doprowadzenie do „efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych szpitali i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także do wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej”.

Celem ustawy jest „modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych, a także wsparcie ich rozwoju, optymalizacja ich działalności, dostosowanie działalności poszczególnych podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotami szpitalnymi, a w razie potrzeby naprawa ich działalności oraz restrukturyzacja ich zadłużenia”. Zaznaczono również konieczność współpracy pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobów ludzkich oraz świadczeń.

Zaproponowano także dostosowanie infrastruktury, która będzie wspierać modernizację i wyposażenie w nowoczesną infrastrukturę podmiotów leczniczych, co dodatkowo może być związane z koniecznością zmiany profilu działalności podmiotu leczniczego w części lub w całości w sposób, który nie ograniczy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ani nie obniży ich jakości. Zmiana profilu miałaby się przyczynić do zwiększenia efektywności poszczególnych podmiotów w systemie ochrony zdrowia oraz dostępności świadczeń, na które jest duże zapotrzebowanie. W te działania miałaby być włączona Agencja Rozwoju Szpitali (ARS), która zajmowałaby się restrukturyzacją placówek medycznych przy wykorzystaniu wsparcia infrastrukturalnego ze środków Krajowego Planu Odbudowy (KPO) jako uzupełnienia i komplementarnego wsparcia wprowadzanych reform i reorganizacji.

Dodatковым celem reformy miałoby być wprowadzenie w szpitalach sprofesjonalizowanej kadry zarządzającej i utworzenie specjalistycznego korpusu menedżerskiego i restrukturyzacyjnego. W ocenie resortu

zdrowia centralizacja ma też dać efekt skali, rozważane jest bowiem stworzenie wspólnego centrum usług, które zajmie się między innymi zakupami sprzętu medycznego dla wszystkich placówek.

Spodziewanym elementem zmian ma być także wprowadzenie obowiązkowego monitorowania jakości klinicznej obsługi pacjenta i efektywności zarządzania. Zmienione zostaną kryteria przypisania do sieci szpitali, obowiązkowa będzie analiza porównawcza, a na jej podstawie zostaną wyłonieni liderzy szpitalnictwa.

Uzasadnieniem dla pilnego przeprowadzenia projektowanych zmian naprawczych, zgodnie z deklaracjami przedstawicieli kierownictwa resortu, ma być powszechne w polskim systemie ochrony zdrowia „wielowładztwo, rozproszone zarządzanie i spory kompetencyjne, wyniszczająca konkurencja pomiędzy szpitalami, które rywalizują o personel i dublują świadczenia, brak koordynacji opieki nad chorymi, zwiększające się zadłużenie placówek”. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialność finansowa płatnika musi się wiązać z równoczesnym posiadaniem narzędzi racjonalizacji działań w podmiotach leczniczych.

Na „efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” przewidziano 4,1 mld euro z części grantowej i 450 mln euro z części pożyczkowej – łącznie 4,5 mld euro. To stanowi 12,6 proc. wszystkich wydatków planowanych w KPO.

Wprowadzenie referencyjności placówek

Dbalność o optymalne wykorzystanie zasobów sprzętowych i kadrowych, wyrażana między innymi poprzez ich konsolidację zadaniową, wynikającą z lokalnych, bieżących potrzeb. Standaryzacja procesów w ochronie zdrowia w równym stopniu dotycząca sposobów prowadzenia opieki nad pacjentem, jak i upowszechniania najlepszych, zweryfikowanych w praktyce modeli organizacji i wyposażenia placówek. Wyposażenie sprzętowe i inwestycje w infrastrukturę. Wszystkie te działania powinny pozostawać w ścisłej zależności z zadaniami oraz posiadanymi, ewentualnie projektowanymi, kompetencjami przypisanymi poszczególnym placówkom leczniczym. Codzienną praktyką w systemie nowej organizacji powinno być stałe doskonalenie i upowszechnianie najlepszych rozwiązań inwestycyjnych z założeniem, że tylko sprawdzona, potwierdzona w praktyce wiedza i doświadczenie mogą być implementowane jako reguła w obszarze projektowania i wykonania inwestycji. Wprowadzenie referencyjności placówek – obok unifikacji ich wyposażenia, stosowanych metod diagnostyczno-terapeutycznych, innowacji wdrożeniowych osiągniętych w drodze łączenia istniejących technologii oraz szkolenia personelu – będzie w tych warunkach merytorycznym i formalnym dopełnieniem prawidłowo zaplanowanej i realizowanej strategii rozwoju. Przyszłość wymaga podniesienia jakości zarządzania

podmiotami leczniczymi, w tym optymalnej alokacji ich zasobów, w związku z czym standaryzacja i optymalizacja wyposażenia oraz procesów zarządczych wydaje się działaniem szczególnie celowym i pożądanym. Nie mniej ważnym celem powinno być dostarczenie podmiotom tworzącym krajowy system ochrony zdrowia sprawdzonych w różnych warunkach i krajach zestawów zintegrowanych ze sobą narzędzi i procedur prowadzących do optymalizacji w najwyższym możliwym stopniu polskiego systemu ochrony zdrowia.

Czy ustawa to dobre rozwiązanie, propozycja nowej jakości w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia w Polsce?

Odpowiedź na tak postawione pytanie – oczywiście, biorąc pod uwagę okoliczności – nie może być i nie jest jednoznaczna. Na pewno mamy do czynienia z projektem systemowym, dążącym – tu nie ma wątpliwości – do kompleksowego rozwiązania istotnych problemów systemu ochrony zdrowia. Najważniejsze jest jednak pytanie, na ile diagnoza zdefiniowanych i korygowanych za pomocą ustawy problemów systemu odpowiada jego najpilniejszym dziś potrzebom. Czy rzeczywiście na status kluczowych zasługują działania, dla których zdefiniowanym priorytetem jest walka o poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych? Na ile oczekiwana zmiana przełoży się na najważniejszy z punktu widzenia chorych produkt, jakim jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej?

Czy prezentowany sposób definiowania problemu jest odpowiedni, adekwatny do okoliczności? Osobiście głęboko wierzę w zasadność wygłoszonego przed ponad 30 laty przez amerykańskiego polityka Jacka Kempa twierdzenia: „tego, co społeczeństwo nagradza, ma coraz więcej – tego, za co karze, ma coraz mniej”. Polskiej ochronie zdrowia brakuje idei, tożsamości skupionej na kompleksowym i skoordynowanym zarządzaniu chorobami oraz świadczenia usług zdrowotnych z nakierowaniem na rzeczywiste potrzeby pacjentów, którzy powinni być osią systemu. Potrzebujemy systemu odpornego, ale także zrównoważonego, którego fundamentem jest kompleksowa i zintegrowana opieka oraz pomosty pomiędzy jego elementami gwarantujące dostępność leczenia w wymiarze czasowym, geograficznym i ekonomicznym. Większa integracja usług zdrowotnych prowadzi do kompleksowej opieki w pełnej skali – od opieki ambulatoryjnej po szpitalną, a to z kolei skutkuje większym zadowoleniem społecznym i jednocześnie obniżeniem kosztów systemu. Odnosząc to do projektowanej ustawy – uważam, że jej wektor ciężkości nie powinien podążać jak dziś głównie ścieżką centralizacji zarządzania i fiskalizmu, ale zostać zogniskowany na działaniach, które 4 lata temu zainicjowała ustawą o „sieci szpitali”. W ówczesnych, na razie jeszcze obowiązujących przepisach państwo zarysowało obszar

„Polskiej ochronie zdrowia brakuje idei, tożsamości skupionej na kompleksowym i skoordynowanym zarządzaniu chorobami oraz świadczenia usług zdrowotnych z nakierowaniem na rzeczywiste potrzeby pacjentów, którzy powinni być osią systemu”



Fot. Adobe Stock

swojej szczególnej regulacji w zakresie lecznictwa szpitalnego, która wpływa na jego bezpieczeństwo, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i funkcjonowanie państwa w relacji z samorządami terytorialnymi. Szpital, jak wspomniano wcześniej, nie podlega tylko regulacji rynkowej, a taka sytuacja istniała w sensie idei do czasu wprowadzenia sieci szpitali.

Jedna z najważniejszych reguł określających postępowanie medyczne mówi, że leczenie będzie na tyle skuteczne, na ile precyzyjna była diagnoza. I tu pojawia się pierwszy, zasadniczy problem, albowiem zdaniem ministra zdrowia: „tym, co przesądziło o konieczności wdrożenia reformy szpitalnictwa w Polsce, jest okres pandemii, który pokazał, jak ważna jest koordynacja w ochronie zdrowia”. Doświadczenia okresu pandemii pokazały jednak coś zgoła innego, a mianowicie, że najsłabszym ogniwem systemu, które z trudnością przeszło epidemiczny *stress test*, była opieka ambulatoryjna. Naturalne jest więc, że wysiłek związany z naprawą systemu w pierwszej kolejności powinien zostać skoncentrowany na tym właśnie sektorze. Po drugie, rozpoczęcie reformy należy połączyć z jednoczesnym

wzmocnieniem naturalnego odvodu opieki ambulatoryjnej, jakim jest szpitalnictwo. Tym bardziej, że jak przekonują informacje pochodzące od narodowego płatnika, ponad 50 proc. świadczeń stanowią świadczenia szpitalne i odsetek ten cały czas rośnie. Dla porównania, zgodnie z wytycznymi WHO ok. 80 proc. wszystkich interwencji medycznych powinno być wykonywanych przez dobrze funkcjonujący system podstawowy. Skandynawia osiąga wskaźnik ok. 25 proc. świadczeń szpitalnych, Francja ponad 30 proc. Polska, jak widać, jest w tej konkurencji niechlubnym rekordzistą i okoliczność ta powinna być poważnie brana pod uwagę przy planowaniu kompleksowej reformy systemu. Fakt, że Europa generalnie odchodzi od lecznictwa szpitalnego i maksymalizuje leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej i opiece ambulatoryjnej, należy traktować jako oczekiwany trend zmian konsekwentnie realizowany przez państwa – liderów ochrony zdrowia poprzez konsolidację, restrukturyzację, wzrost efektywności zarządzania kosztami oraz koordynację różnych poziomów opieki zdrowotnej. Wdrożenie proponowanej w ustawie strategii prowadzenia reformy – najpierw szpitale publiczne – spowoduje, że przejściowe, nieuniknione w tych warunkach ograniczenie operacyjności kluczowego elementu systemu wywoła poważne perturbacje w postaci naruszenia sprawności funkcjonowania całego rynku ochrony zdrowia. Nie należy oczekiwać, że bezsprzecznie najsłabsze dziś ogniwo systemu będzie w stanie przejść, do tego w sposób niezakłócony, usługi będące dziś domeną szpitali. W rozważaniach na temat sposobu i warunków przeprowadzenia reformy nie można także pominąć zgoła najważniejszej dziś okoliczności – pandemii. Trudno bowiem sobie wyobrazić, aby obecne warunki – wydzielone oddziały i szpitale dla chorych na COVID-19, duża liczba osób zakażonych stanowiąca poważne obciążenie systemu lecznictwa ambulatoryjnego i wiele innych towarzyszących pandemii okoliczności – budowały atmosferę przyjazną podejmowaniu działań reformujących część gospodarki narodowej najbardziej zaangażowaną w walkę z epidemią, a za chwilę także ze skutkami narosłego do niespotykanych dotąd rozmiarów długu zdrowotnego.

Dla kompletności obrazu warto wspomnieć o jeszcze jednej okoliczności – o wyborze segmentu rynku medycznego zakwalifikowanego w pierwszej kolejności do fundamentalnej reformy mogła w rzeczywistości zdecydować... jego struktura właścicielska. Powszechnie wiadomo, że łatwiej, a zwłaszcza chętniej, reformuje się dziedziny gospodarki będące głównie sferą działalności publicznej, za którymi do tego stoją poważne zasoby finansowe i majątkowe. To większe możliwości oddziaływania na otoczenie, zwłaszcza w kontekście transferów finansowych, inwestycji materiałowych, konkurencyjności, a w ślad za nimi możliwości i warunków prowadzenia polityki kadrowej. Segment podstawowej opieki

zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, medycyny pracy – zdominowany w ponad 80 proc. przez podmioty niepubliczne – nie stwarza takich możliwości, a to może oznaczać ni mniej, ni więcej, tylko że jeśli nawet zasługuje na bycie zdecydowanym faworytem do poddania go działaniom naprawczym, to jego atrakcyjność z przyczyn innych niż właściwie rozumiany interes społeczny może być niewielka.

Struktura właścicielska rynku ochrony zdrowia w Polsce osiągnęła dziś poziom dojrzałości, który wymaga systemowej regulacji, zwłaszcza w części dotyczącej relacji zachodzących pomiędzy konkurującymi o zasoby podmiotami. Projektowana ustawa, choć jest doskonałą ku temu okazją, niestety nie zawiera żadnych zapisów dotyczących tego tematu. To istotne ograniczenie, bo nikomu nie służyło i służyć nie będzie utrwalanie powszechnego dziś stereotypu nastawionego na zysk segmentu prywatnego oraz mającego najbardziej kosztochłonne zobowiązania segmentu publicznego. Walka o zmianę tego sposobu myślenia w pierwszej kolejności powinna się dokonać na poziomie przepisów i umów regulujących zobowiązania stron, tak w czasie prosperity, jak i kryzysu. Brak tego typu norm – zaskakujące, że nie pojawiły się one już po doświadczeniach pierwszego półroczu epidemii – zawsze będzie skutkowało wspomnianą wcześniej pokusą prywatyzacji zysków i upubliczniania kosztów funkcjonowania systemu w miejsce działań zwiększających wydajność sektora publicznego oraz wyznaczających części prywatnej rolę systemowego bufora, którego priorytetem byłoby oferowanie kompetentnych usług z dochowaniem szczególnej dbałości o utrzymanie ich pełnej dostępności dla potrzebujących pacjentów.

Agencja Rozwoju Szpitali – pomiędzy regulacją a centralnym zarządzaniem

Analizując zadania przypisane ARS, trudno nie odnieść wrażenia, że na naszych oczach powstaje instytucja, która w drodze decyzji administracyjnej zawłaszczy część dotychczasowych kompetencji NFZ, dyrektorów oraz organów założycielskich szpitali. Zakres jej kompetencji – od kształtowania kadr poprzez kontrolę procesów decyzyjnych i operacyjnych szpitali aż do przyznawania i dystrybuowania pieniędzy na ich rozwój – będzie szerszy niż jakiegokolwiek agencji funkcjonującej dziś na rynku.

Duchem ustawy, co znajduje potwierdzenie w jej uzasadnieniu, jest poprawa zarządzania szpitalami, a głównym punktem odniesienia dla tego procesu są dyrektorzy placówek. Warto jednak podkreślić, że ocenie będą poddawane osoby, które od co najmniej 2018 r. wypełniały swoje zawodowe obowiązki w warunkach rynku zdrowia stopniowo ograniczającego – głównie za sprawą regulatora – wpływ kierowników lecznic na ich sytuację finansową. Centralna regulacja wynagrodzeń personelu

medycznego realizowana w oderwaniu od znaczącej poprawy wyceny świadczeń opieki medycznej, w warunkach całkowicie zdefragmentowanego rynku zdrowia stymulującego poprzez swoją strukturę i sposób organizacji wyniszczającą konkurencję podmiotów leczniczych o kadre medyczną. W praktyce oznacza to konkurowanie o dostęp do świadczeń, a nie jak można by tego oczekiwać, kierując się interesem większości interesariuszy – o sposób i jakość ich udzielania. Można więc mieć uzasadnione zastrzeżenia do intencji ustawodawcy, który przecież w istotny sposób przyczynił się do powstania obecnego środowiska pracy menedżerów ochrony zdrowia, i co do sprawiedliwości i obiektywności prowadzonej w tych warunkach oceny jakości zarządzania.

Ustawa nie jest wyłącznie normą prawną stanowiącą podstawę oceny umiejętności i kompetencji dyrektorów szpitali. Sporą jej część stanowią przepisy regulujące organizację pracy ARS, ale także sposoby i warunki, na podstawie których będą prowadzone postępowania restrukturyzacyjne w szpitalach. W tym względzie szczególną uwagę zwraca kluczowe zagadnienie, jeśli dosłownie przyjmować wyrażane przez ustawodawcę przesłanki i intencje, jakim jest poprawa jakości kadry zarządzającej szpitalami. Niestety, ustawa powieliła praktykę istniejącą od lat na rynku

ochrony zdrowia – nierzadko kompetencje dyrektorów zarządzających szpitalami są wyższe niż przedstawicieli nadzorujących je organów. Skutkuje to dysonansem poznawczym zarządzających, co ma odzwierciedlenie w jakości komunikacji, ale często prowadzi też do poważniejszych następstw, takich jak ograniczenie konkurencyjności i możliwości rozwoju podmiotów szpitalnych. Nie wchodząc w szczegóły – z zapisów ustawowych wynika, że wymagania wobec dyrektorów szpitali, mierzone doświadczeniem zawodowym oraz wykształceniem, są wyraźnie większe niż wobec wyznaczonych przez prezesa ARS nadzorujących i zarządzających. I nic nie stoi na przeszkodzie, aby ci ostatni – po-

siadający wykształcenie wyższe w dziedzinie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania – bez większych problemów, choćby na podstawie bardzo subiektywnego w interpretacji zapisu o „braku współpracy z nadzorcą”, mogli odwołać dyrektora szpitala. Pozbawiając jednocześnie podmiot tworzący możliwości powoływania i odwoływania kierownika podmiotu szpitalnego. Na podstawie jakich przesłanek można oczekiwać, że zastąpienie dyrektora szpitala posiadającego wieloletnie doświadczenie w kierowaniu podmiotem leczniczym specjalistą w dziedzinie restrukturyzacji legitymującym się semantycznie pojemną, choć fachowo niewiele znaczącą definicją kompetencji: „co najmniej rocznym

doświadczeniem zawodowym w obszarze ochrony zdrowia” przyniesie oczekiwany przez ustawodawcę sukces? Otóż jest to możliwe, ale z naruszeniem zasady prowadzenia działalności na równych prawach, co dotyczy relacji z kluczową z punktu widzenia sprawności funkcjonowania każdego szpitala instytucją, jaką jest NFZ. Plan naprawczo-rozwojowy – narzędzie działalności nadzorującego szpital delegata ARS – jest dokumentem, wobec którego dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ jedynie „zajmuje stanowisko”. Oznacza to, że nawet jeśli się z nim fundamentalnie nie zgadza, nie ma możliwości jego zablokowania. To ko-

pernikański przewrót w relacjach dyrektorów szpitala z NFZ, bardzo oczekiwany i pożądanym przez zarządzających podmiotami leczniczymi. Czy jednak uzasadnia konieczność powstania ARS?

Właściwe jest więc pytanie, co tak naprawdę jest zasadniczym celem ustawodawcy. Jeśli jest nim poprawa jakości zarządzania, to zmiany należałoby rozpocząć od środowiska – rynku i jego otoczenia, w jakim obecnie działają szpitale. Bez tej konkretnie transformacji żadne rozszady personalne na stanowiskach dyrektorów szpitali nie przyniosą oczekiwanych rezultatów. Jeśli natomiast intencją jest gruntowna restrukturyzacja podmiotów leczniczych, to nie do końca jasne są motywy tworze-

„ Nowa ustawa o szpitalnictwie całkowicie pomija jeden z najważniejszych czynników mających wpływ na to, w jaki sposób, na jakich warunkach i jakim kosztem odbywa się funkcjonowanie rynku ochrony zdrowia w Polsce. Uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami, bo o niej mowa, jest spowodowana ograniczoną dostępnością, a przez to zwiększonym popytem na ich usługi ”

nia legendy identyfikującej poprawę jakości zarządzania z kompetencjami dyrektorów szpitali. Uważam, mając na względzie złożoność materii odpowiadającej za obecną sytuację szpitalnictwa w Polsce, że czytelniejszy oraz bliższy prawdzie byłby komunikat regulatora rynku o konieczności jego gruntownej restrukturyzacji, co notabene było postulatem kadry zarządzającej szpitalami od wielu lat.

Czy rzeczywiście rynek potrzebuje dziś rozwiązań, które zasadniczo zmieniają – poprzez centralizację – model zarządzania systemem ochrony zdrowia? Najbardziej powściągliwa opinia brzmi: niekoniecznie. Po pierwsze, większość zadań przydzielonych ARS z powodzeniem może być zrealizowana przez istniejące dziś instytucje, które mają niezbędne do tego zasoby informacyjne i kadrowe. Programy restrukturyzacyjne można powierzyć oddziałom NFZ, których opinia w tej kwestii zawsze będzie kluczowa między innymi dla zapewnienia optymalnej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz efektywnego zarządzania kadrami medycznymi. W opublikowanym projekcie ustawy zrezygnowano, co jest dobrą decyzją, z aspiracji przejmowania przez ARS zadań edukacyjno-szkoleniowych, pozostawiając jej odpowiedzialność za przygotowanie oraz przeprowadzenie państwowego egzaminu uprawniającego do zajmowania stanowiska kierownika podmiotu szpitalnego. Poważne ryzyko konfliktu na linii ARS – organ założycielski rysuje się w sytuacji podjęcia decyzji o restrukturyzacji szpitala z wprowadzeniem kompletnego zarządu komisarycznego. Po pierwsze, oznacza to nie tylko przejściową utratę kontroli właścicielskiej przez podmiot mający w szpitalu wymierne udziały finansowe, lecz także presję na realizację zaakceptowanych w programach restrukturyzacyjnych zmian strukturalnych w placówce. Po drugie, zmiana kadry kierowniczej podmiotu leczniczego z dużym prawdopodobieństwem będzie prowadzić do ograniczenia decyzyjności dotychczasowych organów założycielskich w zakresie polityki kadrowej podległych im placówek.

Dążenie do zapewnienia ARS statusu jednostki niemal samowystarczальной – quasi-bankowej, certyfikującej kierowników podmiotów szpitalnych, kontrolującej najważniejsze procesy decyzyjne i operacyjne szpitali – jest w rzeczywistości odejściem od współczesnych trendów zarządzania w ochronie zdrowia, które z poziomu struktur hierarchicznych i silnie zintegrowanych (co do źródeł finansowania oraz metod dostarczania usług zdrowotnych) ewoluują w kierunku rozdzielania roli świadczeniodawcy – dostawcy i świadczeniobiorcy – płatnika oraz zmiany sposobu dostarczania świadczeń i zarządzania. Siła nowoczesnego zarządzania w ochronie zdrowia tkwi w zdolności wykorzystania efektu synergii występującego pomiędzy uczestnikami rynku oraz sprawności zarządzania siecią rozproszonych podmiotów realizujących zadania opiekuńczo-lecznicze w większo-

ści podlegające nadzorowi oraz koordynacji regionalnych struktur zarządczych.

Decentralizacja zarządzania rynkiem ochrony zdrowia jako uzasadnienie dla istnienia ARS

Czy w takim razie oznacza to, że reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce jest misją z gruntu niemożliwą do przeprowadzenia? Oczywiście nie, jakkolwiek największe znaczenie dla jej powodzenia ma właściwe zdefiniowanie priorytetów na podstawie najpilniejszych potrzeb rynku ochrony zdrowia widzianych z perspektywy dnia dzisiejszego, ale także zdarzeń, których wystąpienia można się spodziewać w okresie najbliższych 3–5 lat.

Na początek konieczne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak powinien wyglądać docelowy model organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. W jakiej części należy poddać go centralizacji – podporządkować regulatorowi rynku zdrowia określającemu sposób i warunki udzielania wybranych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej? Który jego fragment na podstawie dotychczasowej wiedzy i doświadczenia (np. mapy potrzeb zdrowotnych) należy przekierować do koordynacji i realizacji na poziomie regionów? Wiedza na temat regionalnych potrzeb zdrowotnych, podobnie jak identyfikacja i właściwa konfiguracja lokalnych zasobów sprzętowych i kadrowych są głównymi zmiennymi, które zgodnie z najnowszymi doświadczeniami państw – europejskich liderów przemian w ochronie zdrowia – powinny być osią, wokół której należy organizować system. Regionalizacja większości świadczeń zdrowotnych, oparta na szpitalach wielospecjalistycznych funkcjonujących w otoczeniu jednostek o niższym poziomie referencyjnym – powiatowych. W odniesieniu do procedur rzadkich natomiast centralizacja usług w ramach krajowych centrów kompetencji i doskonałości gwarantująca zachowanie najwyższej skuteczności i efektywności działalności leczniczej.

W tym kontekście, korygując przynajmniej część spośród dzisiejszych silnie scentralizowanych zadań ARS, warto podejść do próby zdefiniowania na nowo jej najważniejszych funkcji. Po pierwsze, odpowiedzialnością ARS – działającej w imieniu regulatora rynku ochrony zdrowia w Polsce – powinno być uzgodnienie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej koordynowanych i realizowanych centralnie lub regionalnie. Po drugie, ARS w porozumieniu z wojewódzkimi oddziałami NFZ powinna dokonać krytycznej analizy rozmieszczenia, funkcji i zdolności operacyjnej podmiotów leczniczych w regionalnych obszarach odpowiedzialności. Wskazana w ustawie czterostopniowa kategoryzacja jest dobrym sposobem określenia przyszłości – ścieżki dalszego rozwoju każdego szpitala, uwzględniającej lokalne potrzeby zdrowotne, oraz przypisania zasobów finansowo-rzeczowych, jakie w świetle projektowanej działalności powinny stać się udziałem podmiotu leczniczego w ramach

„Doświadczenia okresu pandemii pokazały, że najstäbszym ogniwem systemu, które z trudnością przeszło epidemiczny *stress test*, była opieka ambulatoryjna”

dofinansowania celowych inwestycji budowlanych i zakupów sprzętowych realizowanych ze środków publicznych. Po trzecie, tym razem w porozumieniu z samorządami ARS powinna przygotować plan organizacji opieki zdrowotnej w regionach, a także pomóc wyłonić kompetentne wojewódzkie jednostki zarządzania ochroną zdrowia, które w dalszej kolejności przejęłyby odpowiedzialność za realizację tego planu. W tym kontekście warta uwagi jest praktyka stosowana w Danii, gdzie członkowie regionalnych komisji zdrowia posiadają dodatkowo silny mandat społeczny pochodzący z wyborów powszechnych. Po zakończeniu ww. etapów zadaniem ARS byłby nadzór zarówno na poziomie centralnym, jak i regionalnym nad jakością oraz dostępnością świadczeń medycznych, prowadzenie analiz podnoszących skuteczność i efektywność zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz rekomendowanie niezbędnych korekt w bieżącej strategii regulatora rynku.

Rynek pracownika medycznego, czyli pominięty fundament sukcesu reformy

Niestety, nowa ustawa o szpitalnictwie całkowicie pomija, nie dostrzega znaczenia jednego z najważniejszych czynników mających wpływ na to, w jaki sposób, na jakich warunkach i jakim kosztem odbywa się funkcjonowanie rynku ochrony zdrowia w Polsce. Uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami, bo o niej mowa, jest spowodowana ograniczoną dostępnością, a przez to zwiększonym popytem na ich usługi, ale także otwartością publicznego i niepublicznego rynku pracy na korzystanie i opłacanie tych usług. Wyzwolona w tych warunkach konkurencyjność pomiędzy podmiotami sytuuje pracowników w komfortowej – centralnej pozycji negocjacyjnej, pozwalającej im zabiegać o coraz wyższe stawki wynagrodzenia u rywalizujących o personel świadczeniodawców instytucjonalnych. Skutkiem jest zanegowanie zdolności rynku do samoregulacji płac oraz niekontrolowany wzrost kosztów będący wypadkową oczekiwań finansowych pracowników oraz słabości negocjacyjnej konkurujących ze sobą pracodawców. Odbywające się na

tak ustalonych zasadach finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przeważającej większości dokonywane z funduszy publicznych, prowadzi do wzrostu kosztów osobowych w budżecie systemu ochrony zdrowia z jednoczesnym ograniczeniem dostępności środków finansowych na zakup i realizację usług medycznych. To pokazuje, jak bardzo krótkowzroczne było – i jak widać, nadal jest – unikanie rozwiązań z powodzeniem funkcjonujących w innych krajach, np. Niemczech i Danii, gdzie regulacją administracyjną wymagającą od każdego pracownika deklaracji wyboru segmentu rynku ochrony zdrowia jako miejsca udzielania usług rozwiązano większość tych problemów. Jak pokazują publiczne deklaracje niektórych przedstawicieli samorządu zawodowego pracowników ochrony zdrowia, świadomość bliższych i dalszych, jednoznacznie negatywnych skutków obecnej sytuacji jest coraz bardziej powszechna, co samo w sobie jest już dostatecznie silną rekomendacją dla rządzących do przeprowadzenia regulacji w tym zakresie – korzystnej dla obu stron. Pacjent nie musiałby już lawirować pomiędzy systemem prywatnym a państwowym, a zawód lekarza jest dziś na tyle urynkowiony, że zabiega o niego w 100 proc. tak system prywatny, jak i państwowy. Co więcej, rozwiązywanie sprzeczności pomiędzy zachowaniami wynikającymi z konfliktowych imperatywów, typowych dla sektora publicznego, jest przesłanką podwyższania poziomu efektywności funkcjonowania systemu oraz kreowania postaw rozwoju społecznego.

Nie wszystko z miejsca da się obronić i zrealizować, ale rezygnując z podejmowania kluczowych, często trudnych decyzji, można wiele stracić.

Do tego wszystkiego – odwołując się do doświadczeń epidemii – konieczna jest zmiana podejścia z zarządzania kryzysowego na systemowe zarządzanie w nowej rzeczywistości, z rozbudową służb, które powinny w sposób ciągły sprawować nadzór i kontrolę nad potencjalnymi zagrożeniami epidemicznymi. Wiąże się to z odejściem od zdrowia jako jedynej priorytetu i włączaniem coraz silniej celów społecznych i gospodarczych. Potrzebny jest długoterminowy kompromis, który umożliwi zdefiniowanie na nowo priorytetów, określenie celów strategicznych i przypisanie im konkretnych spodziewanych efektów, z których zaangażowane strony będą się mogły wzajemnie rozliczać i będą się takiemu rozliczaniu poddawały. Sposobem na realizację planowanych reform w świetle doświadczeń obecnego kryzysu pandemicznego powinien być szeroko zakrojony *reengineering* – ponowne rozpisanie ról i funkcji w systemie ochrony zdrowia, wyznaczenie standardów organizacyjnych opieki medycznej na poziomie jednostek terytorialnych dotyczących między innymi wyposażenia, oczekiwanego poziomu referencyjnego usług, ścieżki pacjenta w systemie oraz stopniowa decentralizacja zarządzania.

Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie