

# Teoretycy ko



## GRZEGORZ SIĘNCZEWSKI

**W** Polsce panuje przekonanie, że system ochrony zdrowia to twór wybitnie skomplikowany, a zdolność jego „okiełznania” mają tylko nieliczni. Być może po części jest to twierdzenie prawdziwe, ale tylko dlatego, że funkcjonowanie systemu opiera się na archaicznych podstawach. Co zatem jest największym problemem? Brak pomysłu na reformę – nie ma specjalistów, panuje strach przed odważnymi decyzjami, udajemy, że kłopot nie istnieje.

### Teoria i praktyka

Poza tym mamy dychotomię praktyki i teorii. Praktycy krótko i zwięźle przedstawiają problemy – najczęściej trafnie, definiując największe ich źródło. Teoretycy poddają dane obróbce i albo wyciągają błędne wnioski, albo przedstawiają je w taki sposób, aby opinia publiczna mogła je zaakceptować. Być może największym problemem jest jednak upolitycznienie szpitalnictwa. Minister zdrowia Adam Niedzielski w jednym z wywiadów dotyczących sytuacji ekonomicznej szpitali powiedział: – *Różnice są nawet między*

*nieodległymi od siebie placówkami w Polsce. Są sytuacje, w których dwa szpitale o bardzo zbliżonych profilach i strukturach przychodowych mają różne wyniki finansowe: jeden ma świetny, a drugi jest zadłużony. Odpowiedź sama ciśnie się na usta: w tym pierwszym szpitalu jest popełniany jakiś błąd zarządczy. Błędy są czasami banalne, sprowadzają się chociażby do zbyt dużego zatrudnienia, czasem kierownictwo nie potrafi zapanować nad spiralą płacową, niekiedy źle zorganizowane są przetargi. Jest naprawdę bardzo dużo do zrobienia.*

Taka jest resortowa teoria. Praktyka to mnogość organów założycielskich i ich różna zdolność dofinansowywania placówek, wynikająca często z historii, różny stan infrastruktury podmiotów i tym samym konieczność jej dokapitalizowania, demografia, obciążenie SOR, dostępność POZ w danym regionie, regulaminy wynagradzania i skłonność związków zawodowych do ich zmiany, możliwości pozapłacowe zachęcania personelu medycznego do podjęcia pracy w danej placówce. Przy pozornym podobieństwie różnice można mnożyć i wyказаć, że problem tkwi zdecydowanie w czymś innym.

# ntra praktycy



Skostniałość naszego systemu ochrony zdrowia jest widoczna w wielu aspektach – poczynając od formy, w jakiej od lat funkcjonują szpitale, czyli SPZOZ, poprzez absurdalną wycenę świadczeń, a kończąc na nieuzasadnionym strachu przed współpracą podmiotów prywatnych z publicznymi. Nie jest chyba dla nikogo tajemnicą, że obecny system jest niewydolny finansowo – pieniędzy jest za mało, by leczyć wszystkich i by wszystkim oferować terapie na najwyższym światowym poziomie.

Praktyk wskazałby najprawdopodobniej problem liczby szpitali, sugerując likwidację części z nich. Teoretyk powie, że nikt nie planuje zamykania szpitali. Co zatem mają zrobić zarządzający placówkami medycznymi w świecie rządzonym przez teoretyków? Przy braku finansowania należy szukać rozwiązań, które będą najlepsze dla pacjentów.

„Szukajmy rozwiązań, które zwiększą dostępność świadczeń medycznych. Musimy znaleźć finansowanie systemu... poza systemem”

Pacjent chce jednego – wyzdrowieć. Szukajmy zatem pomysłów, które zwiększą dostępność świadczeń medycznych. Musimy znaleźć finansowanie systemu... poza systemem. Są oczywiście możliwości redefinicji

ubezpieczenia zdrowotnego i czerpania z rozwiązań innych państw, tworzenia rozmaitych wariantów tzw. systemu mieszanego, jednak takie działania wykraczają poza możliwości kadry menedżerskiej. Skoro nie można liczyć na istotne zwiększenie finansowania od płatnika publicznego, trzeba spojrzeć na system nieco szerzej – jako ogromny zbiór profesjonalnych, nowoczesnych zasobów, które nie są wykorzystywane w stu procentach. W związku z tym nie tylko marnowany jest ich potencjał, lecz także dochodzi

do absurdalnych sytuacji, gdy pacjent zamiast korzystać z leczenia, może jedynie obserwować owe zasoby – jak w muzeum.

„Skostniałość systemu jest widoczna w wielu aspektach – od formy SPZOZ, w której funkcjonują szpitale, przez absurdalną wycenę świadczeń po nieuzasadniony strach przed współpracą podmiotów prywatnych z publicznymi”

### Dywersyfikacja

Rozwiązaniem jest dywersyfikacja przychodów, czyli taki model funkcjonowania, który umożliwi transfer pieniędzy prywatnych do placówek publicznych. O tym, że jest on opłacalny, świadczy istnienie prywatnych placówek oferujących przecież często wysokospecjalistyczne procedury, za które pacjent płaci z własnej kieszeni. Niestety reguły funkcjonowania SPZOZ w zasadzie blokują możliwości działania biznesowego, tzn. takiego, które na wolnym rynku pozwala maksymalizować przychody. Obecnie wspierany model jest oparty na równym dostępie do świadczeń medycznych i choć jest on oczywiście co do zasady słuszny, to odstaje od sytuacji rynkowej. Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest w stanie zagwarantować finansowania takiej liczby procedur medycznych, jaka jest niezbędna do zaspokojenia potrzeb społeczeństwa. Niestety podmioty, które chcą podpisać z płatnikiem umowy o jak największej wartości, oddają do dyspozycji NFZ sto procent swoich zasobów osobowych i sprzętowych, co oznacza gotowość do pracy 365 dni w roku przez całą dobę. Model SPZOZ ogranicza także swobodne dofinansowywanie przez organ założycielski bieżącego funkcjonowania podmiotu.

Pojęcia komercjalizacji i prywatyzacji SPZOZ, które oznaczają jedynie przekształcenie w spółkę prawa handlowego – w pierwszym przypadku – oraz ewentualnie sprzedaż akcji lub udziałów – w drugim przypadku, zostały niesłusznie obciążone negatywnymi konotacjami. Trudno znaleźć argumenty przeciwko funkcjonowaniu w modelu zapewniającym świadczenia gwarantowane, a równocześnie pozwalającym na dywersyfikację przychodów. Problemem są interpretacje, że SPZOZ nie powinien udzielać świadczeń komercyjnie, co absurdalnie oznacza, że placówka nie może wykorzystać swojego potencjału w stu procentach. Pierwszy model opiera się zatem na przekształceniu SPZOZ w spółkę, która będzie funkcjonować rynkowo, zachowując jednocześnie

wszystkie wytyczne publicznego świadczeniodawcy. Jeżeli jednak jest to rozwiązanie zbyt daleko idące, stwórzmy takie przepisy, które umożliwią placówkom bez zmiany formy prawnej pobieranie opłaty od pacjentów zarówno za świadczenia zakontraktowane, ale bez konieczności oczekiwania w kolejce, jak i za świadczenia, których placówka nie ma w umowie, ale może je realizować dzięki posiadanym zasobom, np. leczenie osoczem czy różnego rodzaju plastyki.

Kolejnym rozwiązaniem jest oddawanie poszczególnych oddziałów w zarządzanie prywatnym podmiotom. Taki model zakładałby stosowny podział kosztów i zysków oraz zapewnienie obsady medycznej przez podmiot biorący w zarządzanie. Ten rodzaj symbiozy zwiększa efektywność wykorzystania zasobów. Sprofesjonalizowany podmiot zajmujący się udzielaniem świadczeń tylko w zakresie np. kardiologii daje nie tylko większy potencjał rozwoju, lecz także jest zobowiązany do płacenia czynszu, a co najważniejsze – dbania o infrastrukturę i jej bieżące odtwarzanie. Taki model funkcjonuje już z sukcesem w wielu jednostkach, co potwierdza, że łączenie podmiotu prywatnego z publicznym jest korzystne dla pacjentów.

Prosta analiza wskazuje, że istnieje popyt na dodatkowe świadczenia medyczne.

Wiadomo także, że zapotrzebowanie na usługi szpitalne jest zdecydowanie większe niż możliwości publicznego płatnika. Nie wolno jednak o tym mówić głośno, bo teoretycy boją się poruszać ten temat w przestrzeni publicznej. Tworzona latami przez samorządy infrastruktura nie może zostać zmarnowana przez stagnację myśli zarządczej naszego systemu ochrony zdrowia. Gdy otworzymy się na pacjenta komercyjnego i zacieśnimy współpracę podmiotów prywatnych z publicznymi, nie będzie trzeba tworzyć dodatkowych ustaw o jakości – jakość zostanie wymuszona przez rynek. Dywersyfikacja jest kluczem do przetrwania systemu.

Grzegorz Sieńczewski, dyrektor Szpitala Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie

„Praktycy krótko i zwięźle przedstawiają problemy, teoretycy albo wyciągają błędne wnioski, albo przedstawiają je w taki sposób, aby opinia publiczna mogła je zaakceptować”