



Niemiecka **rewolucja**

Rozmowa z prof. dr. Detlevem Gantenem, szefem zarządu Kliniki Uniwersyteckiej Charité

Pacjenci są zadowoleni, standard opieki zdrowotnej w RFN jest jednym z najwyższych na świecie, kasy chorych meldują o zaoszczędzeniu 1,8 mld euro, a rząd zapowiada trzęsienie ziemi w służbie zdrowia. Jeśli jest tak dobrze, czemu jest tak źle?

Ponieważ po zjednoczeniu wydawaliśmy więcej pieniędzy niż mieliśmy. W odróżnieniu od Polski, gdzie dokonała się rewolucja w każdej dziedzinie funkcjonowania państwa, my mieliśmy rewolucję częściową. U nas nastąpiła ona tylko na terenie byłej NRD. Do nowych landów na koszt dawnej RFN przeniesiono gotowy model, który *de facto* wymagał reform. Utrzymywaliśmy nasz wysoki standard na kredyt. Tak było prościej, ale taka polityka musiała się zemścić i dziś płacimy za to wysoką cenę. Zadłużenie samego Berlina wynosi obecnie 60 mld euro. Cięcia są nieuniknione i to we wszystkich resortach objętych państwowymi subwencjami. Oczywiście, służba zdrowia nadal będzie dotowana, ale jej restrukturyzacja jest niezbędna. Dawniej nasze szpitale były finansowane w oparciu o rozliczenia za tzw. *ciepłe łóżka*. W efekcie pacjenci leżeli w szpitalach

zbyt długo, przyjmowano tych, którzy powinni być kierowani na leczenie ambulatoryjne, na rehabilitację, czy np. do domów starców. Już rozpoczęta reorganizacja wiąże się z tworzeniem nowych struktur, co jest trudne i żmudne. Dziś mamy paradoksalną sytuację – musimy przebudować wypróbowany system.

Czy lekarze z Charité także poszli demonstrować pod Bramę Brandenburską z powodu przejściowych trudności?

Nie jesteśmy jedynymi, którzy protestowali przeciw kłopotom finansowym naszego środowiska. Podobne akcje podjęły ośrodki w Bawarii, Badenii Wirtembergii czy w Hesji. Społeczeństwo nie powinno i nie odczuwa trudności, z jakimi boryka się nasza kadra. Niestety, w ostatnich latach nawarstwiło się wiele problemów. Personel medyczny topnieje, nakładane są na nas coraz większe obowiązki, lekarze i służby pomocnicze są przeciążone, a fundusze, jakie mamy do dyspozycji, są coraz mniejsze. W przypadku klinik uniwersyteckich odczuwamy to szczególnie dotkliwie. Charité rozliczana jest tak, jak zwykłe szpitale

le, świadczące standardowe usługi, ale większość przypadków, jakimi zajmuje się nasza klinika, nie jest standardowa. Do nas kierowani są chorzy z ciężkimi dolegliwościami, co wiąże się z wyższymi kosztami leczenia. Stawia się nam bardzo wysokie wymagania, a jesteśmy niedofinansowani, co wywołuje uzasadnione niezadowolenie personelu lekarskiego.

Uważa pan, że budżet Charité, który wynosi miliard euro, jest niewystarczający?

Dotacje, jakie otrzymujemy na badania i naukę, zostały zredukowane o 1/3, czyli o 100 mln euro, o 20 proc. obcięto nam również fundusz szpitalny. Ogółem budżet Charité zmalał o 266 mln euro i stanęliśmy przed wielkim dylematem, jak realizować te same zadania przy tak okrojonych środkach? Na domiar złego, w przeciwieństwie do innych zawodów, płace lekarzy od lat utrzymują się na tym samym poziomie.

Czy to są główne powody ich ucieczki za granicę i trudności z obsadzeniem 6 tys. etatów?

Nasza klinika nie jest tym zjawiskiem aż tak dotknięta, jak zwykłe szpitale. Cieszymy się dobrą renomą, a nasi lekarze nie szukają pracy w Leeds

soka. Od 2002 r. udział pacjentów z zagranicy uległ w naszej klinice potrojeniu. Ale przecież nie chodzi o to, by równać do gorszych, lecz do lepszych. Jeszcze niedawno zawód lekarza należał w Niemczech do najlepiej opłacanych i cieszących się uznaniem społecznym. Obecnie należymy do grupy o mniejszych dochodach i gorszych perspektywach. W porównaniu z innymi państwami zachodnimi znaleźliśmy się na dole skali. Brytyjska służba zdrowia ma mniej pieniędzy do dyspozycji, lecz potrafi je lepiej rozdzielać. W podnoszeniu standardu opieki medycznej nie próżnowały także Finlandia, Austria, Holandia i Szwajcaria, które inwestują coraz większe sumy w badania naukowe. U nas nakłady maleją. Przed stu laty wyróżnialiśmy się osiągnięciami w medycynie i byliśmy *apteką świata*. Dziś znaleźliśmy się za USA, Wielką Brytanią, Francją, Szwajcarią, Kanadą i Australią.

Ale spełnienie żądań płacowych nie jest możliwe, skoro w kasie nie ma pieniędzy.

Zaciskanie pasa jest nieodzowne. Nie możemy jednak odchudzić się na śmierć. Podwyżki stanowią tylko jeden z wielu elementów niezbędnej restrukturyzacji w służbie zdrowia. Nie ograni-

” Po zjednoczeniu utrzymywaliśmy wysoki standard usług medycznych na kredyt. Dziś płacimy za to bolesną cenę. Zadłużenie samego Berlina wynosi obecnie 60 mld euro ”

czy w Lancaster, a jeśli już, to raczej w Cambridge, Oksfordzie czy Edynburgu. Tak czy owak, tracimy cennych specjalistów. Lepsze warunki pracy i płacy za granicą znalazło ponad 2 tys. niemieckich lekarzy. Najgorzej jest na pograniczu: specjaliści z zachodnich landów zatrudniają się na Wyspach Brytyjskich czy w krajach skandynawskich, ich miejsce zajmują imigranci z byłej NRD, a tam przyjmowani są lekarze z Europy Środkowowschodniej, gdzie poziom zarobków jest jeszcze niższy. Notabene, polscy specjaliści są dobrze wykształceni i jako Europejczyka z przekonania cieszy mnie, że istnieją takie możliwości. Ale jeśli jedni wyjeżdżają, a drudzy przybywają z konieczności i nie chcą osiąść na stałe, to takie zjawisko musi dawać do myślenia.

Jednak ciągle udaje się wam utrzymać wysoką jakość świadczeń.

Rzeczywiście – patrząc z zewnątrz, można powiedzieć, że narzekamy *na wysokim poziomie*, bo jakość naszych usług medycznych jest wciąż wy-

czamy się do protestów. Przygotowaliśmy koncepcję uzdrowienia sytuacji w Charité, potrzebne są nam jednak reformy w skali ogólnopństwowej. Musimy czekać na rezultaty negocjacji związku Marburger Bund oraz członków landowej wspólnoty uzgodnień taryfowych, ale największe znaczenie będą miały reformy planowane przez Ministerstwo Zdrowia. Płace lekarzy powinny być zależne od świadczonych usług, ale nie w takim stopniu, by np. chirurdzy dla wyższych zarobków nie odeszli od stołów operacyjnych. Opowiadamy się za rozwiązaniem mieszanym: wyższymi płacami podstawowymi, dopasowanymi do realnych możliwości poszczególnych placówek. Decydującą rolę będzie przy tym odgrywać przedsiębiorczość szpitali, które muszą wypracować więcej pieniędzy, a nie tylko liczyć na subwencje państwowe.

Jak zamierza to zrobić Charité?

Na razie mamy ograniczone możliwości. Nasi pracownicy będą musieli pogodzić się z tym, że

otrzymają zmniejszone wypłaty tzw. trzynastek. Gdybyśmy wydali więcej, popadlibyśmy w jeszcze większy deficyt. Poza tym przekształcenia również wymagają pieniędzy i nie mogą sprowadzać się do wewnętrznej reorganizacji. Jednym z najważniejszych czynników planowanych przez nas zmian jest zapewnienie synergii: do tej pory każdy z profesorów – szefów 182 klinik i instytutów sam decydował o funkcjonowaniu i rozwoju jego placówki. I każdy z nich był bardzo dobry, ale dla samego siebie. Teraz będą musieli myśleć w kategoriach ogó-

łu: mamy np. 3 kardiologie, 4 nefrologie itd. Ich działalność powinna być zsynchronizowana, co wymaga gotowości do zawierania kompromisów. Na Charité składają się 4 główne ośrodki: *Campus Berlin-Buch*, *Campus Benjamin Franklin*, *Campus Mitte*, *Campus Virchow*, które zachowałyby swoją specyfikę, ale w innej, nowej strukturze menedżerskiej. Ponadto chcemy podzielić 130 naszych placówek naukowych i klinik pomiędzy 17 centrów Charité, zorientowanych na opiekę nad pacjentami, naukę, badania naukowe i gospodarke, zredukować

» Charité rozliczana jest tak, jak zwykłe szpitale, świadczące standardowe usługi, ale większość przypadków, jakimi zajmuje się nasza klinika, nie jest standardowa »



biurokrację i rozbudzić przedsiębiorczość. Im lepiej nasze centra będą się gospodarzyć, tym więcej pieniędzy będą mogły zachować dla siebie. Zamierzamy też powiązać z nami praktyki prywatne. Podobne modele wdrażają kliniki w Heidelbergu i Tybindze, które tworzą sieci z okolicznymi szpitalami.

Na wzór *Harvard Medical School*, która powołała *Harvard Partners Health Care*, grupę świadczącą cały przekrój usług medycznych, w tym ambulatoryjnych?

Takie są współczesne tendencje. To samo zrobił *Johns Hopkins University*, który kiedyś został ukształtowany wg niemieckiego wzorca. Niestety, gdy inni rozwijali się i dostosowywali do nowych wymogów, my spoczęliśmy na laurach

Największa w Europie klinika uniwersytecka Charité istnieje od 1710 r. W jej filiach rozrzuconych na terenie Berlina pracuje 15 tys. osób. Leczeniem stacjonarnym w Charité objętych jest 125 tys., a ambulatoryjnym 900 tys. pacjentów rocznie. Jednak zarząd Charité alarmuje, że z powodu cięć finansowych klinika nie dotrzymuje tempa światowej czołówce. Z powodu braku pieniędzy dyrekcja musi zwolnić do 2010 r. 2 450 zatrudnionych, nie stać jej także na wypłacenie ustawowych trzynastek za 2005 r.

i teraz musimy nadrabiać zaległości. Chcemy, aby nasza klinika była ogniwem łączącym z Wolnym Uniwersytetem w Berlinie i stołecznym Uniwersytetem Humboldta. Ale, jak wspomniałem, problem jest znacznie szerszy i nie dotyczy tylko przekształceń jednostkowych w opiece zdrowotnej. W Berlinie mamy 20 tys. łóżek szpitalnych – 43 proc. w szpitalach komunalnych i Charité, 46 proc. w placówkach organizacji użyteczności publicznej, 11 proc. w szpitalach prywatnych. W najbliższych latach liczba łóżek zmaleje o 20 proc. Pozostaje pytanie, gdzie, kto i jak ma dokonać redukcji. W całych Niemczech służba zdrowia zatrudnia 4 mln pracowników. To wielki, dochodowy sektor, który obecnie wygospodarowuje 260 mld euro, a do 2020 r. ma osiągnąć 400 mld euro. W Berlinie służba zdrowia sta-

nowi aż 10 proc. wydajności całej stołecznej gospodarki. Zeby w ciągu 15 lat rzeczywiście podwoić nasze dochody, musimy dokonać ścisłego powiązania prewencji, opieki medycznej, nauki i badań naukowych, wykazać pragmatyzm i przyjąć długofalową koncepcję rozwoju. Na przykład, gdy USA zwiększyły nakłady na biotechnologię o 8,4 mld euro, w Niemczech i tak skromne fundusze okrojono o 300 mln euro. Podczas gdy w innych krajach perspektywiczna dziedzina *e-Health*, dotycząca tzw. szpitali digitalnych, stanowi jeden z priorytetów, u nas jest niedoceniana. A bez nowatorskich rozwiązań znajdziemy się w ogonie postępu i nie będziemy w stanie zapewnić społeczeństwu opieki medycznej na tak wysokim poziomie, jak dotychczas.

Rozmawiał: Piotr Cywiński, Berlin