

Twarde jądro czy miękki target

Rozmowa z Adamem Kozierkiewiczem
z Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ

Pięć lat temu współpracował pan z firmą CapGeminiErnst and Young nad koncepcją sieci szpitalnej. Jakie były założenia waszego projektu – co powinno być podstawą do zbudowania sieci – czy resort zdrowia wskazał wytyczne do jej tworzenia?

To jest podstawowy problem – ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie zawiera zapisów o celu powstania sieci szpitalnej. Z deklaracji politycznych wynika jednak, że jej podstawowym celem ma być zapewnienie tzw. bezpieczeństwa zdrowotnego. Drugim, deklarowanym przez Zbigniewa Religę celem ma być zaoszczędzenie środków na ochronę zdrowia. A sposobem na to powinno być ograniczenie podaży usług zdrowotnych, czyli likwidacja części szpitali, których utrzymanie pochłania spore kwoty. Gdyby uda-

Proponowaliśmy podzielić szpitale na trzy grupy. W pierwszej, jak to nazywamy, twardym jądrze sieci, znalazłoby się 20–30 proc. szpitali – czyli od 150 do 200 placówek. Powinny one przede wszystkim zapewniać tzw. *ostre usługi*. Placówki te byłyby w pełni uzależnione od administracji. Oznacza to, że mogłyby nawet stać się jednostkami budżetowymi i być własnością ministra obrony narodowej, spraw wewnętrznych czy np. samorządu terytorialnego. Jednocześnie jednak organ założycielski w pełni odpowiadałby za ekonomiczne skutki działalności takiej placówki. Miałby również pełne kompetencje i zwierzchność nad jej zarządem.

To jednak oznacza, że szpitale znajdujące się w sieci musiałyby mieć zapewnione kontrakty.

” 150 do 200 placówek, które znalazłyby się w twardym jądrze sieci powinno przede wszystkim zapewniać tzw. *ostre usługi*. Jednocześnie placówki te byłyby w pełni uzależnione od administracji ”

ło się to przeprowadzić, to w kasie znalazłoby się więcej pieniędzy, które można by podzielić na mniejszą liczbę szpitali. Takie rozwiązanie przypomina sytuację w Niemczech, w których reforma w dużej mierze opierała się na modelu kontroli podaży. Spróbowaliśmy wtedy przypomnieć się do tych celów...

I wyszło wam, jak ministrowi, że należy zlikwidować ok. 150 szpitali?

Niedokładnie. Uznaliśmy, że projekt sieci ma mieć przede wszystkim cechy funkcjonalne, a samą sieć należy skonstruować w ten sposób, aby przynależność do sieci nie była tylko przywilejem. Szpitale w sieci powinny mieć gwarancje funkcjonowania, ale za to powinny je obowiązywać również poważne ograniczenia.

Ile więc placówek powinno znaleźć się w sieci?

Szpitale z twardego jądra byłyby po prostu wyłączone z konkurencji, a kontrakty miałyby z góry zapewnione. Warto jednak podkreślić, że kontrakty te byłyby mało rynkowe. Byłyby to kontrakty blokowe. Placówki nie mogłyby zwiększać przychodów przez zwiększone wykonania, nie byłyby nastawione na ekspansję i generowanie przychodów. Jednocześnie organy założycielskie musiałyby zapewniać działanie tych jednostek, niezależnie od ciągłości finansowania, np. w przypadku wojny (oby nie!), zapaści finansowej płatnika czy masowych protestów. Problemem do rozwiązania jest przynależność do tej części sieci szpitali klinicznych, które przecież znajdują się w gestii uczelni medycznych, a te często nie są w stanie zapewnić działania placówek bez finansowania... Krótko mówiąc: obecność w tzw. twardym jądrze dawałaby bezpieczeństwo, ale równocześnie nakładałaby więcej

Struktura sieci

Jądro sieci szpitalnej (20–30 proc. placówek) – konsekwencje przynależności

Placówki (ew. wybrane jednostki organizacyjne) muszą działać niezależnie od:

- Ograniczeń dotyczących strajków
- Zaplanowanych technicznych przerw w pracy (remonty, okresowe wyłączenia)

Mają zarazem obowiązek:

- Prowadzenia ostrych dyżurów
- Utrzymania działania bez gwarancji finansowania (przez np. 3 miesiące)
- W placówkach tych musi być prowadzony bieżący monitoring kosztów działalności wg określonych reguł (plan kont, produkty pośrednie, nośniki kosztów)
- Koszty działania muszą być jawne
- Poziom wynagrodzeń powinien być regulowany
- Organy założycielskie powinny mieć obowiązek przejmowanie ew. zadłużenia po okresie rozliczeniowym (np. rok)
- Placówki znajdujące się w twardym jądrze powinny być wyjęte z gry rynkowej
- Finansowanie ich działania powinno być niezależnie od struktury płatników
- Ceny usług powinny być regulowane (ceny/alokacja)
- W jednostkach powinny być zachowane standardy dotyczące struktury i działalności (tzw. *performance*)

Miękki target sieci szpitalnej (60–70 proc. placówek) – konsekwencje przynależności

- Placówki byłyby objęte *grą rynkową*
- Powinny mieć gwarancje finansowania pod warunkiem akceptacji poziomu cen (zaproszenie do negocjacji)
- Płatność odbywałaby się w oparciu o wykonanie (podobnie jak dzisiaj)
- Placówki powinny mieć długoterminowe kontrakty z negocjowanymi wielkościami i cenami
- Jednostki powinny być objęte nadzorem nad stroną ekonomiczną działalności
- Koszty działania powinny być jawne
- Placówki powinny mieć swobodę w zakresie form i sposobów zatrudnienia
- W jednostkach nie byłoby regulacji poziomu wynagrodzeń
- Jednostki rozpoczynałyby działalność w oparciu o konieczną zgodę (*certificate of need*)
- Rozwój, zmiana profilu i likwidacja mogłyby się odbyć w oparciu o specjalną zgodę

obowiązków. To zresztą należy wytłumaczyć jak najszybciej szefom placówek, bo dzisiaj wszyscy chcą się znaleźć w sieci, nie bardzo zdając sobie sprawę, jakie będą tego konsekwencje. Muszą o tym pomyśleć także związkowcy, ponieważ jednym z warunków obecności w twardym jądrze sieci byłby zapis, który wykluczałby możliwość organizowania strajków. Takich warunków, dotyczących innych działań (np. koordynacji funkcjonowania oddziałów), byłoby więcej, a status pracowników byłby porównywalny z pracownikami administracji lub nawet wojska.

Tyle ograniczeń... a jakie korzyści z tego reżimu miałyby szpitale i ich personel?

Jednostki z twardego jądra sieci miałyby zapewnione bezpieczeństwo funkcjonowania, wyłączenie z obowiązku konkurencji na rynku, pewność zatrudnienia personelu. Byłaby to prawdziwa służba zdrowia.

Czy w sieci znalazłyby się całe szpitale, czy może mogłyby się znaleźć w niej wyłącznie oddziały?

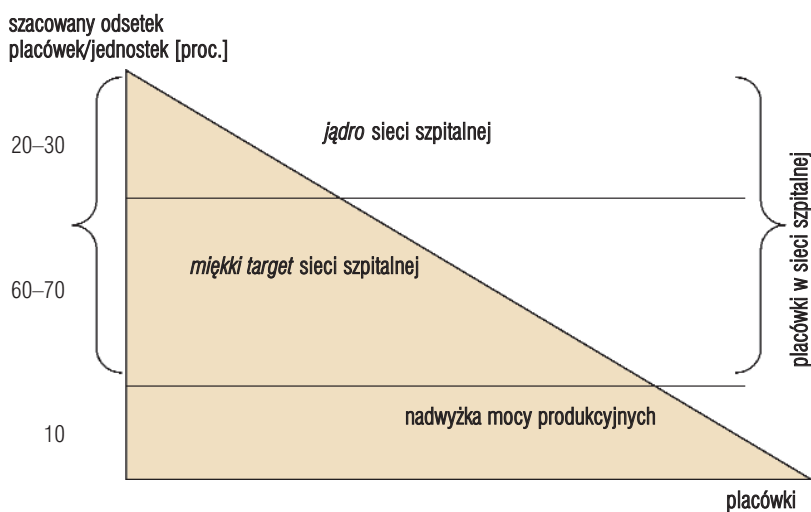
W rejestrze i w statutach zoz-ów jest podział na jednostki i komórki organizacyjne. Nie ma przeszkód, aby tym twardym jądrem sieci objąć wyłącznie oddział lub jakąś inną strukturę organizacyjną zoz-u. W ten sposób nie cały szpital znajdowałby się w tej części sieci.

„ Obecność w tzw. twardym jądrze dawałaby bezpieczeństwo, ale równocześnie nakładałaby więcej obowiązków. To zresztą należy wytłumaczyć jak najszybciej szefom placówek, bo dzisiaj wszyscy chcą się znaleźć w sieci, nie bardzo zdając sobie sprawę, jakie będą tego konsekwencje ”



foto. Archiwum

Sieć szpitalna – założenia koncepcyjne (do dyskusji)



Czy prywatne jednostki mogłyby się ubiegać o obecność w twardym jądrze sieci?

Teoretycznie tak. Ale obowiązek utrzymania działania bez gwarancji finansowania byłby istotnym ograniczeniem, a więc podejrzewam, że niewiele prywatnych firm zgodziłoby się na takie warunki.

A co z pozostałymi szpitalami państwowymi?

Druga grupa szpitali to placówki, które określiłem jako miękki target (nazewnictwo może śmieszne, ale tak wyszło). Byłyby to placówki, które zawsze otrzymywałyby zaproszenie do negocjowania kontraktów. Do tej grupy weszłyby też podmioty prywatne. Wszystkie te szpitale miałyby gwarancję finansowania w określonym zakresie, pod warunkiem, że zaakceptowałyby poziom cen obowiązujący w danym momencie. Oznacza to, że ceny w systemie publicznym byłyby w dużym stopniu regulowane, tak zresztą, jak jest obecnie. Placówki z miękkiego targetu musiałyby przy określonych cenach utrzymać odpowiednio wysoki poziom usług. Zarazem ta grupa jednostek także zostałaby określona w sposób administracyjny. Musiałyby się bowiem bilansować

przewidywane wydatki na szpitalnictwo oraz produkcja usług. Inaczej mówiąc – nie można by było zbudować sobie dowolnego szpitala czy oddziału w dowolnym miejscu i włączyć go do miękkiego targetu (to zresztą kolejny problem – bo uważam, że należałoby wdrożyć ideę planowania sieci placówek medycznych na danym terenie, podobnie jak to ma miejsce we Francji, Niemczech czy nawet USA). Oczywiście, w tej grupie wiele elementów kontraktowania znanego z dotychczasowej praktyki by pozostało – wielkości planowanych zakupów muszą się bilansować z możliwościami produkcji usług.

Jest jeszcze problem układu właścicielskiego, który praktycznie wyklucza możliwość brania kredytów przez jednostki publiczne. Czy to także nie powinno zostać uregulowane?

W jednostkach publicznych obowiązuje jawność finansów. W efekcie można prowadzić nadzór nad efektywnością działalności placówek. Ale mimo to należałoby zmienić formułę prawną działania zoz-ów, bo obecny tzw. samodzielny publiczny zoz jest chyba najgorszą formą działania, ponieważ daje samodzielność, a nie daje odpowiedzialności. W sumie – w przypadku twardego jądra – można by wprowadzić zasadę działania jednostek budżetowych, a w przypadku miękkiego targetu proponowałbym przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego.

A co ze szpitalami, które nie weszłyby do twardego jądra i miękkiego targetu?

Trzecia grupa szpitali podlegałaby grze wolnorynkowej. Po co – jak chce minister – arbitralnie zamykać 150 placówek, skoro można im dać szansę. Oczywiście, te szpitale mogłyby zostać zagospodarowane przez publicznego płatnika, ale pod warunkiem, że płatnik miałby takie potrzeby. Ale – podkreślam – nie byłaby to już gwarancja finansowania, nawet gdyby te jednostki zaoferowały ceny niższe od tych, które zaproponowałby płatnik.

Dlaczego te szpitale nie mogłyby konkurować z miękkim targetem?

Nadwyżki mocy produkcyjnych (ok. 10 proc. placówek)

- Szpitale uczestniczyłyby w grze rynkowej
- Prowadzenie działalności odbywałoby się na ryzyko i odpowiedzialność właściciela
- Jednostki nie miałyby gwarancji finansowania niezależnie od poziomu oferowanych cen
- Finansowanie mogłoby się odbywać ze środków publicznych po wykorzystaniu mocy produkcyjnych w innych placówkach (jądra sieci i miękkiego targetu)
- Jednostki nie byłyby kontrolowane pod względem ekonomicznym i inwestycyjnym

Dlatego, że założeniem zmian miałyby być częściowe ograniczenie podaży. Poza tym uważam, że prowadzenie drogiej inwestycji, a do takich należy szpitalnictwo oraz infrastruktura wysokich technologii, powinno jednak podlegać planowaniu. Nie może być bowiem dalej tak – jak jest bardzo często dotychczas – że to czy szpital kupuje sobie drogi sprzęt, albo modernizuje się, zależy głównie od umiejętności wywołania batalii medialnej przez dyrektora. Dlatego – po raz kolejny podkreślam – mimo istnienia wolnego rynku, pewne sfery opieki medycznej muszą być regulowane. Dotyczy to także sfery prywatnej, w której znajduje się wielu inwestorów gotowych wyłożyć dziesiątki milionów złotych na tomografy czy inne urządzenia. Prywatni znajdują pieniądze prawie na wszystko, jednak od inwestora publicznego różnią się jednym – oni muszą mieć zapewnioną gwarancję zbytu swoich usług. A tego na obecnym etapie rozwoju rynku państwo zapewnić im jednak nie może. Tutaj więc otwiera się pole do partnerstwa publiczno-prywatnego. Prywatni musieliby składać swoje oferty w odniesieniu do opracowywanych na danym terenie planów.

Jak miałyby więc wyglądać planowanie inwestycji zdrowotnych?

Gdy np. okazałoby się, że w miejscowości X potrzebne jest jakieś urządzenie czy usługa, musiałby się zebrać zespół specjalistów, który powinien się zastanowić, kto jest w stanie zabezpieczyć po-

wstałe potrzeby. Na tym etapie powinna właśnie powstać możliwość konkurowania podmiotów prywatnych i publicznych. Nie może być tak, jak obecnie, że powstała za publiczne pieniądze placówka natychmiast rzuca się na płatnika, aby zapewnić jej kontrakt. Proces inwestycyjny dzisiaj zależy od widzimisię lokalnych polityków, którzy mają siłę przebiccia i potrafią po prostu wyszarpywać pieniądze. Nie ma to jednak nic wspólnego z ich racjonalnym inwestowaniem.

Jakie, pańskim zdaniem, są szanse wprowadzenia sieci szpitali?

Myszę, że będzie to bardzo trudny i wywołujący konflikty proces. Warto też zauważyć, że wszyscy już wiedzą, iż jednym z elementów weryfikacji szpitali będzie ich infrastruktura. Dlatego spodziewam się, że obecnie wiele szpitali będzie na gwałt inwestować, zadłużając własne budżety oraz swoje organa założycielskie. Z podobnym zjawiskiem mieliśmy do czynienia już 2 razy – w 1998 r., gdy opracowano pierwszą tzw. sieć w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia i potem, gdy ogłoszono powstanie sieci ministra Łapińskiego. Za każdym razem szpitale rzucały się na obłędne zakupy, aby tylko znaleźć się w sieci. Dlatego przestrzegam przed tym zjawiskiem i uważam, że należy jak najszybciej uświadomić zainteresowanym, że załapanie się do sieci nie powinno być tylko przywilejem.

Rozmawiał Janusz Michalak

W sieci strachu

Marcin Kowalski

Można wymieniwać wiele powodów załamania się systemu lecznictwa szpitalnego w małych, prowincjonalnych ośrodkach. Jednak najważniejsze są rażąco wadliwe i nieodpowiedzialnie sformułowane zapisy tzw. *ustawy 203*, nieadekwatne do wydatków kontrakty zawierane z NFZ oraz brak zwrotów kosztów wynikających z przekroczenia kontraktów w latach ubiegłych.

Szpitale powiatowe to swoisty poligon doświadczalny, na obszarze którego udowodniono, jak wiele można osiągnąć dobrym zarządzaniem.

Na granicy eksplozji

Głównym wskaźnikiem oceny działalności podmiotu w warunkach gospodarki rynkowej jest wynik finansowy. Przy ciągłym deficycie