

A close-up portrait of Marek Haberman, a man with short, graying hair and glasses, wearing a dark suit jacket, a striped shirt, and a red tie. He is looking down and to the right with a thoughtful expression, his hand is partially visible near his chin.

Ranking szpitali

Rozmowa z Markiem Haberem,
wiceministrem zdrowia

Zajmuje się pan szpitalami. Jednym z głównych problemów jest współpraca placówek publicznych z prywatnymi. Nie wygląda ona najlepiej. Podczas naszej konferencji „Priorytety ochrony zdrowia 2011” uczestnicy stwierdzili, że oba typy szpitali to „wrogowie”. Jak zmienić tę sytuację?

Potrzeba czasu na zmianę. Na uświadomienie sobie, że otoczenie placówek zdrowotnych się zmienia i także do tej dziedziny wkroczyły prawa rynkowe. Pojawienie się konkurencji to jedna z oznak zmian, ale z pewnością zmian na lepsze. To nie jest zagrożenie.

Oczywiście w ochronie zdrowia konkurencja musi mieć granice i nie może być za ostra – to nie może być walka. Raczej motywacja do lepszego działania, a w niektórych obszarach wręcz współpraca. Współdziałania nie da się przecież uniknąć, bo nie ma takiego szpitala, który miałby wszelki sprzęt niezbędny do leczenia wszystkich zgłaszających się pacjentów, specjalistów ze wszystkich dziedzin medycznych i potrafiłby leczyć wszystkie choroby. To po prostu niemożliwe, więc szpitale są skazane na współpracę.

Takie zdarzenia jak w Lublinie, gdzie publiczne szpitale zakazały swoim pracownikom pracy w placówkach prywatnych, pokazują jednak, że ta współpraca bywa niemożliwa, że raczej toczy się walka na śmierć i życie.

Zmianom zawsze towarzyszą obawy. Sprawa z Lublina pokazuje, że emocje wzięły górę. Nie tędy droga. Zrywanie umów, np. w dotyczących diagnostyki, do niczego nie prowadzi. Zasady kontraktowania przez NFZ może nie są idealne, ale rankingowanie ofert, stawianie warunków to normalne zachowanie każdego płatnika. Trzeba się do tego przyzwyczaić. Oczywiście czasami się zdarza, że placówki tak bardzo chcą podkupić lekarzy, że nie liczą się z konsekwencjami ekonomicznymi i proponują stawki, które na dłuższą metę są nie do utrzymania. To nie jest konkurencja na zdrowych zasadach i będziemy robić wszystko, by takich niezdrowych sytuacji było jak najmniej. Reszta zależy już od samych placówek.

Był pan dyrektorem dużego szpitala w Suchoj Beskidzkiej. Jak radził pan sobie z konkurencją, z tym, że lekarze zazwyczaj dorabiają w placówkach prywatnych?

Nie miałem z tym problemu. Współpracowałem z wieloma placówkami w zakresie diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej itp. Dla mnie, jako osoby zarządzającej, ważne było to, czy dana jednostka jest w stanie zaferować mi świadczenia dobrej jakości po atrakcyjnej cenie, a nie to, jaką ma strukturę właścicielską. Rozumiem też moich kolegów lekarzy – żaden dyrektor nie jest w stanie w pełni zaspokoić oczekiwań finansowych, więc trzeba się zgodzić na to, że będą szukali dodatkowej pracy. Tym bardziej, że lekarzy specjalistów brakuje. Ważne, aby nie dochodziło do konfliktu interesów.

Kolejnym realnym problemem jest to, że szpitale, które korzystały z funduszy unijnych – a chyba nie ma placówki w Polsce, która by z nich nie skorzystała – nie będą mogły przyjmować pacjentów komercyjnie. To podważenie sensu całej reformy minister Kopacz.

Takie obecnie obowiązują przepisy. To nie jest niespodzianka dla placówek, bo przecież takie warunki miały zapisane w umowie, którą podpisały. Jeśli ktoś zde-

” W ochronie zdrowia konkurencja musi mieć granice i nie może być za ostra – to nie może być walka ”

cydował się na dofinansowanie ze środków unijnych, to wziął na siebie pewne zobowiązanie, które wynika z umowy, a nie z reformy minister Kopacz. Czy to stanie na przeszkodzie przekształcaniu szpitali i rozwijaniu działalności komercyjnej – nie sądzę. Prace w szpitalu można zorganizować tak, by rozdzielić działalność komercyjną od publicznej.

W kręgu pana zainteresowań są także uzdrowiska. Czy tego typu leczenie powinno się znaleźć w koszyku i być finansowane ze środków publicznych? Tym bardziej, że nie brakuje kontrowersji co do skuteczności leczenia uzdrowiskowego.

Sądzę, że tak. Być może należałoby przedyskutować i jeszcze raz przejrzeć listę świadczeń i ją zweryfikować. Pytanie – jakimi środkami dysponujemy i ile jesteśmy w stanie wydać na uzdrowiska oraz jakie mamy priorytety. Proszę pamiętać, że nie chodzi tylko o uzdrowiska, ale także szpitale sanatoryjne, rehabilitację kardiologiczną, ruchową itp. Nie ma przecież wątpliwości, że pacjenci po długim pobycie w szpitalu, po poważnych operacjach czy ciężkiej chorobie powinni być rehabilitowani. Trzeba im zapewnić tę możliwość. Nie mam tu wątpliwości, że np. rehabilitacja kardiologiczna jest niezbędna. Może więc powinniśmy przesunąć część środków z uzdrowisk na szpitale uzdrowiskowe? Na leczenie uzdrowiskowe wydajemy nieco powyżej 1 proc. rocznych nakładów na ochronę zdrowia. Leczenie uzdrowiskowe jest specyficzne. Wykorzystuje od wieków naturalne surowce lecznicze, nieraz w przypadkach, kiedy leki nie do końca skutkują. W Ministerstwie Zdrowia przygotowaliśmy rozporządzenie o kierowaniu na leczenie uzdrowiskowe i zweryfikowaliśmy wydawanie skierowań na podstawie wskazań i przeciwwskazań do tego rodzaju leczenia. Leczenie uzdrowiskowe obejmuje nie tylko sanatoria (częściowo płatne przez pacjentów), lecz również szpitale uzdrowiskowe oraz leczenie ambulatoryjne.

A czy nie warto rozwijać ośrodków rehabilitacyjnych w całej Polsce, tak by np. pacjentów kardiologicznych nie trzeba było wysyłać do Nałęczowa, ale by mogli się rehabilitować w placówce blisko domu?

Pacjenci jeżdżą na rehabilitację kardiologiczną nie tylko do Nałęczowa. W Polsce mamy kilka szpitali uzdrowiskowych, w których prowadzi się rehabilita-

cję nie tylko kardiologiczną, ale również w kierunku chorób ortopedyczno-urazowych, neurologicznych czy reumatologicznych. Oczywiście oprócz rehabilitacji w uzdrowiskach mamy sieć placówek rehabilitacyjnych czy ambulatoryjnych w miejscowościach poza uzdrowiskami. Ale ta działalność jest opłacana z innej puli środków. Istnieją schorzenia, które po prostu wymagają leczenia uzdrowiskowego. Balneolodzy zresztą przedstawiają wyniki badań klinicznych, które jasno pokazują, że leczenie uzdrowiskowe przynosi wymierne efekty. Oczywiście mamy świadomość, że zdarzają się przypadki, kiedy skierowania dostają osoby, które nie muszą koniecznie wyjechać do sanatorium, i że jest to sposób na w miarę tanie wakacje.

Czyli trzeba zaostrzyć kryteria kwalifikacji do leczenia sanatoryjnego?

Jak wspomniałem, w resorcie opracowano rozporządzenia w sprawie kwalifikowania do leczenia uzdrowiskowego, które ograniczą przypadki niewłaściwego kierowania pacjentów. Jeśli chcemy racjonalnie wydawać środki publiczne, musieliśmy to uporządkować. Jestem jednak przekonany, że niepotrzebne skierowania to tylko margines, a leczenie w uzdrowiskach powinno być w ofercie NFZ. Tym bardziej, że jesteśmy społeczeństwem starzejącym się. Z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym w 44 polskich uzdrowiskach korzysta rocznie około 500 tys. pacjentów, przy czym ze skierowań z NFZ około 350 tys.

No właśnie, starzejące się społeczeństwo będzie wymagać także coraz większej liczby ZOL-i, domów pomocy społecznej, miejsc opieki długoterminowej itd. Już dziś szpitale mają problem ze starszymi pacjentami, których po prostu nie mają dokąd wypisać...

Miałem ten sam problem, kiedy byłem dyrektorem. To m.in. efekt tego, jak wycenione są świadczenia. Jeśli bardziej się opłaca mieć pracownię hemodynamiczną niż ZOL, to nie można się dziwić dyrektorom szpitali, że wolą prowadzić taką działalność. Oczywiście problem jest, i to poważny.

„ Żaden dyrektor nie jest w stanie w pełni zaspokoić oczekiwań finansowych lekarzy, więc trzeba się zgodzić na to, że będą szukali dodatkowej pracy ”

I dlatego dzisiaj jesteśmy świadkami dyskusji, czy w Polsce nie mamy za dużo pracowni hemodynamicznych...

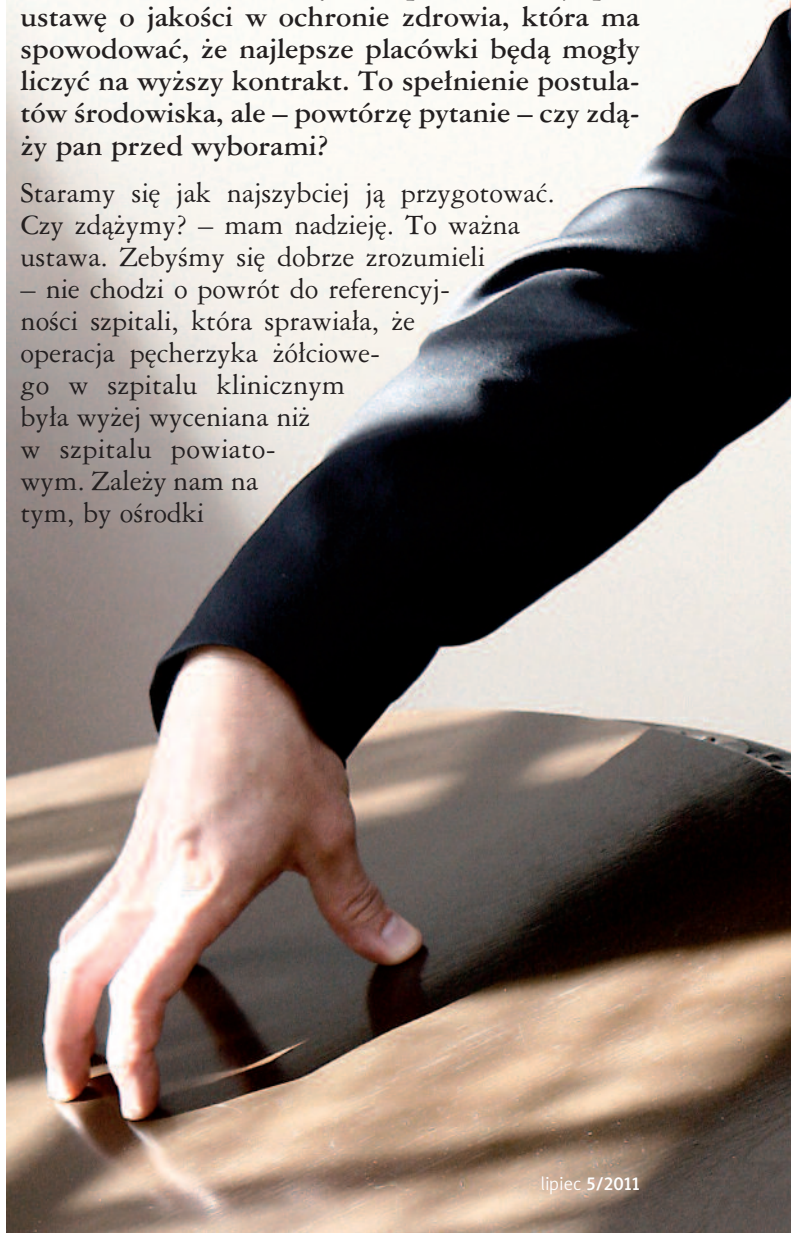
Tak. To pytanie tak naprawdę powinien sobie zadać płatnik, czyli NFZ. I na pewno powinien wyżej wycenić świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, tak by stworzyć zachęty do jej prowadzenia i rozwijania. Inną sprawą jest, że opieka nad osobami starszymi, bo o tym mówimy, to także kompetencja Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Efekt jest taki, że inaczej są finansowane DPS-y, a inaczej ZOL-e. Cieszę się, że coraz częściej się o tym dyskutuje, bo może czas, by te dwa budżety połączyć i stworzyć jeden system opieki. Rozpoczęliśmy w ministerstwie pracę nad rozwiązaniem tego problemu.

Zdążyte przed wyborami?

Pewnie nie, bo jest wiele przeszkód prawnych, ale mam nadzieję, że nasi następcy będą kontynuować te prace.

Panie ministrze, wróćmy do szpitali. Pilotuje pan ustawę o jakości w ochronie zdrowia, która ma spowodować, że najlepsze placówki będą mogły liczyć na wyższy kontrakt. To spełnienie postulatów środowiska, ale – powtórzę pytanie – czy zdąży pan przed wyborami?

Staramy się jak najszybciej ją przygotować. Czy zdążymy? – mam nadzieję. To ważna ustawa. Zebyśmy się dobrze zrozumieli – nie chodzi o powrót do referencyjności szpitali, która sprawiała, że operacja pęcherzyka żółciowego w szpitalu klinicznym była wyżej wyceniana niż w szpitalu powiatowym. Zależy nam na tym, by ośrodki





oferujące najwyższą jakość leczenia, najlepsze wyniki kliniczne, ale też bezpieczeństwo dla pacjentów, brak powikłań itd. mogły liczyć na większe finansowanie.

Kto i jak sprawdzi, czy dana placówka spełnia te kryteria?

Jednym z kryteriów będzie posiadanie akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Liczymy także na współpracę towarzystw naukowych, które powinny wypracować kryteria kliniczne, dzięki którym będzie można sprawdzić, jaki szpital w Polsce najlepiej wykonuje zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej, a jaki np. z zakresu okulistyki.

Czyli chcecie stworzyć swego rodzaju ranking szpitali?

Tak. To ma być sygnał dla NFZ, żeby właśnie do tych miejsc kierował większe finansowanie, ale także dla pacjentów, którzy będą wiedzieli, gdzie z danym schorzeniem się zgłosić, gdzie można otrzymać najlepszą opiekę.

Mówimy o kontraktach większych o 10, 20 czy 50 proc.?

To jest jeszcze przedmiotem dyskusji. Myślę, że bardziej prawdopodobna jest gradacja 1-, 2- i 3-procentowa.

To jednak powrót do referencyjności placówek...

Tak i nie. Nie – dlatego że o lepszym finansowaniu nie decyduje ranga szpitala w systemie ochrony zdrowia, czyli to, czy jest to szpital powiatowy, wojewódzki czy kliniczny. Decyduje jakość zarządzania i świadczeń realizowanych przez jednostkę zmierzona na podstawie obiektywnych kryteriów. Nie chodzi o zadecydowanie z góry, że szpital kliniczny jest lepszy od powiatowego, ale o wskazanie tych miejsc, gdzie świadczenia wykonywane są na najwyższym poziomie. Lista ta będzie otwarta dla każdej placówki, która ma kontrakt z NFZ.

Rozumiem, że chcecie dofinansować np. szpital powiatowy w Trzebnicy, który specjalizuje się w transplantacji rąk?

Tak, ale do tego nie jest potrzebna ustawa o jakości. Tego rodzaju świadczenia możemy docenić finansowo, stawiając wysokie wymagania fachowe – wykorzystując ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i rozporządzenia koszykowe. Za takimi wymaganiami i za przypisaniem do danego ośrodka wysokospecjalistycznych procedur powinno pójść ich odpowiednie, wysokie finansowanie przez NFZ. Innym przykładem takich działań są centra urazowe, które właśnie tworzymy i które mają być wyspecjalizowanymi ośrodkami leczenia urazów wielonarządowych, czy ośrodki wyspecjalizowane w leczeniu oparzeń.

Rozmawiała Agnieszka Katrynicz