

Polemika

Zaczadzenie rynkiem

Poniższy tekst został zainspirowany artykułem „Dziękujemy, zamykamy” z poprzedniego numeru „Menedżera Zdrowia”. Co tutaj dużo dywagować – z pewnymi zawartymi w nim treściami się nie zgadzam.

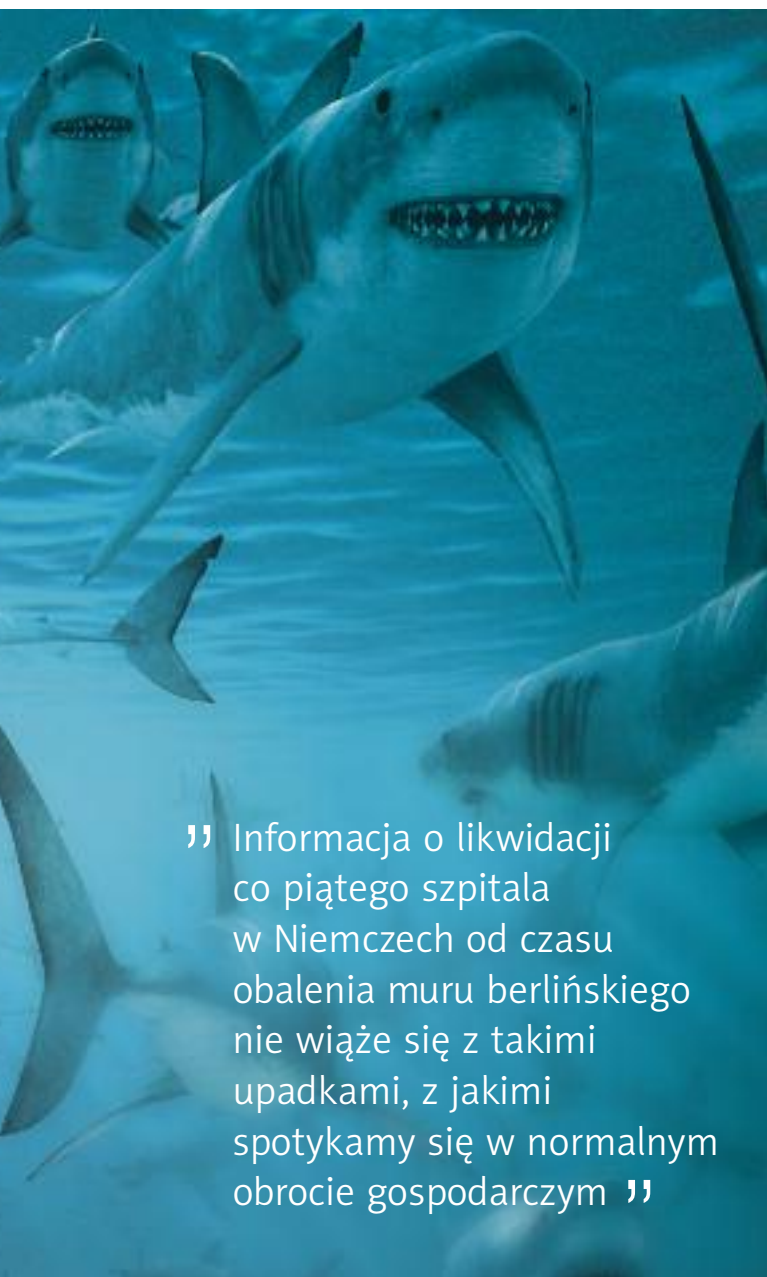
fot. Denis Scotty/CORBIS

System opieki zdrowotnej jest złożonym mechanizmem, a przyjmowane w nim rozwiązania są często powodem dyskusji i sporów. Podstawowym jednak dylematem, który ciągle nie znalazł rozstrzygnięcia, jest podejście do systemu opieki zdrowotnej w Polsce w sposób czysto rynkowy, w opozycji do podejścia zaopatrzeniowego, gdzie mechanizmy rynkowe mają tylko charakter proefektywnościowy. Nie ukrywam, że bliżej mi jest do tego drugiego modelu. Zdaję sobie jednak sprawę, że jeżeli nawet jestem w większości, to raczej milczącej, bo publicznie wypowiada się zdecydowanie więcej zwolenników podejścia rynkowego.

Prawdy, półprawdy i nieprawdy

Trudno uznać za argument o nadmiernej liczbie szpitali w Polsce powtarzanie w artykule tezy o zbytnim

zagęszczeniu placówek w województwach pogranicza zachodniego jako spadku po infrastrukturze niemieckiej i potrzebie zaplecza dla wojennych frontów. Pomimo wieloletniej popularności tego sądu, trzeba pamiętać, że od II wojny światowej i obecności wojsk radzieckich na naszych ziemiach sporo wody upłynęło i struktura podmiotów leczniczych także się zmieniła. Proponuję zajrzeć do biuletynu informacji publicznej NFZ do zakładki „zawarte umowy” i przeczytać, z iloma jednostkami, także jednodniowymi, zawarte są umowy na leczenie szpitalne w 2012 r. w poszczególnych województwach. Spośród trzech województw wymienionych w artykule: w zachodniopomorskim jest to 48 placówek, w lubuskim 31, w dolnośląskim 81. Razem 160. Tymczasem na tzw. ścianie wschodniej mamy: podlaskie – 36 szpitali, lubelskie 64, podkarpackie 58. Razem 158 podmio-



„ Informacja o likwidacji co piątego szpitala w Niemczech od czasu obalenia muru berlińskiego nie wiąże się z takimi upadkami, z jakimi spotykamy się w normalnym obrocie gospodarczym „

tów leczniczych. Czyżbyśmy w takim razie, po cichu, szykowali się na wojnę z ruskimi? Bo liczba podmiotów jest praktycznie taka sama.

Podobnie trudno się zgodzić z teorią „furmankową”, która miała tłumaczyć nadmierne zagęszczenie podmiotów leczniczych. Jeżeli miała ona na celu wskazywać archaiczne odległości między szpitalami na terenach mało zurbanizowanych, to jak wytłumaczymy 210 placówek w województwie śląskim – „tramwajową”, a może wręcz „coprzystankową”? Zresztą owa „coprzystankowa” sieć także jest spadkiem po przodkach – od pięciu lat liczba szpitali wzrosła ledwie o pięć.

Upadek po niemiecku

Informacja o likwidacji co piątego szpitala w Niemczech od czasu obalenia muru berlińskiego wcale nie wią-

że się z takimi upadkami, z jakimi mamy do czynienia w normalnym obrocie gospodarczym. Wystarczy poczytać, jak mocno regulowany jest system opieki zdrowotnej u naszych zachodnich sąsiadów. Jeżeli chcesz prowadzić działalność szpitalną i nawet masz na to kapitał, najpierw przejdziesz długie schody we władzach landu czy organach samorządu zawodowego, które dbają o równowagę systemu i nie dopuszczają do niego każdego chętnego. To samo czeka tego, kto chce otworzyć praktykę lekarską. U nas takich regulacji nie ma, więc nie można tych sytuacji porównywać, chociaż warto się uczyć od sąsiadów, zwłaszcza że tam pozwalano na likwidację zakładów stanowiących zbędną nadwyżkę. Jeżeli były to potrzebne w systemie zakłady publiczne, nie likwidowano ich, lecz prywatyzowano.

Zadanie państwa

System opieki zdrowotnej spełnia zbyt ważne zadanie społeczne, aby oddać jego regulowanie rynkowi. Podobnie jak bezpieczeństwo czy edukacja, tak i on musi być kierowany przez państwo. Od razu dodam, że czym innym jest regulacja systemu, a czym innym forma własnościowa bądź organizacyjna jego uczestników. Nie mam nic przeciw prywatnym płatnikom czy świadczeniodawcom, jeżeli realizują zadanie publiczne postawione przez państwo. Od ponad dwudziestu lat, mimo wprowadzenia demokracji i możliwości korzystania z rozwiązań stosowanych w innych krajach Europy, mądrej regulacji przez państwo się nie doczekaliśmy. A regulacje takie są przecież tylko pochodną długofalowej polityki zdrowotnej. Brak takiej polityki powoduje, że nie tylko nie umiemy się przygotować do takich procesów, jak starzenie się społeczeństwa, lecz także nie potrafimy w sposób przemyślany implementować prawa unijnego, dokonujemy lekkomyślnych posunięć, nie widząc ich skutków odległych lub efektów ubocznych – po prostu dryfujemy od kryzysu do kryzysu, oby nie do ostatecznej katastrofy.

Przykładów świadczących o tym, że nie mamy długofalowej polityki, nie brakuje. Kto pamięta jeszcze o liceach pielęgniarskich, które zapewniały stały dopływ pielęgniarek do systemu? Fakt, pod koniec lat 90. pielęgniarek mieliśmy relatywnie zbyt dużo, lecz likwidacja liceów i założenie, że dopływ kadr zapewnią licea profilowane lub ogólnokształcące, a następnie studia pielęgniarskie, okazało się mrzonką. Niedobory pielęgniarek z roku na rok narastają, a największym problemem jest starzenie się tej grupy zawodowej. Jeżeli nie przywrócimy sensownego systemu kształcenia, za kilka lat zaczną wypadać z rynku pracy coraz większe ich grupy i nawet wydłużenie wieku emerytalnego niewiele pomoże.

Podobnie jest z przygotowaniem się do procesu starzenia się społeczeństwa. Pomimo alarmowania już od kilku lat, nadal stawia się na krótkoterminową medycynę naprawczą, zaniedbując nie tylko geriatricę, lecz także leczenie długoterminowe czy rehabilitacyjne.

„PiS-owski” pomysł?

Od lat zwolennicy rynkowego podejścia do systemu opieki zdrowotnej umiejętnie dezawuuują ideę sieci podmiotów leczniczych, w tym szpitali. Sprzedaje się informację o zamrożeniu dostępu do systemu dla nowo powstających, świetnie wyposażonych prywatnych podmiotów poprzez zablokowanie go przez istniejące, niewydolne i niedokapitalizowane jednostki publiczne. Jasne, że można pójść na skróty – oprzeć sieć na istniejących

„ System opieki zdrowotnej jest zbyt ważnym zadaniem społecznym, aby oddać jego regulowanie rynkowi ”



foto. James Thew/Fotolia.com

„ Nadal stawia się na krótkoterminową medycynę naprawczą, zaniedbując nie tylko geriatrię, ale też leczenie długoterminowe czy rehabilitacyjne ”

jednostkach i zablokować wejście do niego. Ale można też przyjąć, że ta sieć jest tylko wykazem liczby łóżek i zakresów świadczeń na określonym obszarze. Może sieć to tylko 270 łóżek ortopedycznych w województwie, do których konkurować będzie 15 szpitali. Sieć stworzy osiem placówek o najwyższej jakości, a oddziały tych siedmiu najsłabszych odpadną. Jak widać, pojęcie sieci może mieć wiele znaczeń, reglamentowanie dostępu do systemu jest zaś charakterystyczną cechą większości rozwiniętych systemów opieki zdrowotnej.

Przywołując określenie sieci „furmankowej”, wystarczy spojrzeć, jak to wygląda w Niemczech, Francji czy w Holandii. W Niemczech w 2007 r. było 2087 szpitali, czyli mniej więcej trzy razy więcej niż w Polsce, choć ani terytorium nie jest trzy razy większe, ani ludność nie jest trzy razy liczniejsza. Francja ma ponad 8 łóżek na 1000 mieszkańców, co jest wskaźnikiem wyższym niż Polsce. W Holandii w systemie opieki zdrowotnej pracuje ponad 10 proc. ludzi aktywnych zawodowo. W każdym z tych krajów opieka szpitalna jest dostępna nawet w niewielkich miastach i nikt nie próbuje kierować pacjentów 50–60 km dalej w imię efektywności ekonomicznej.

I u nich, i u nas sektor opieki zdrowotnej jest wielkim pracodawcą, ale to normalne w każdym wysoko rozwiniętym kraju, że większość dochodu narodowego i większość miejsc pracy jest kreowana przez sektor usług.

Cytując klasyka: „oczywistą oczywistością” jest, że na system opieki zdrowotnej w Polsce wydaje się znacznie mniej niż w innych krajach, zwłaszcza wysoko rozwiniętych. Dlatego utrzymanie tak „wypasionej” sieci, jak w wyżej przywołanych krajach, jest trudne do zrealizowania. Ale nie powinno to nas prowadzić do wniosków, że należy zrezygnować z planowania zasobów realizujących zadanie publiczne, jakim jest ochrona zdrowia. Dlatego też nie powinniśmy nawet próbować likwidować „furmankowej” sieci, w sensie umiejscowienia większości zakładów opieki zdrowotnej, ale musimy myśleć o jej produktowym dostosowaniu do potrzeb.

Pożądany kształt sieci

Mniej więcej dziesięć lat temu, wspólnie z Władysławem Sidorowiczem, pracowaliśmy nad dokumentem na potrzeby dolnośląskiej PO, w którym postulowaliśmy sanację organizacyjną systemu poprzez konsolidację zakładów i przekształcanie ich w spółki prawa handlowego. Lata minęły i proszę – komercjalizacja zakładów jest priorytetem rządzących. Niestety, nikt nie próbuje korzystać z innych propozycji. Jedną z nich, którą Władysław Sidorowicz promował, była zaobserwowana w Szwecji koncepcja szpitala matki. Opierała się ona na założeniu, że w każdym obszarze istnieje piramida kompetencyjna podmiotów leczniczych. Nikt tam nie opowiada o konkurencji, bo wiadome jest, że schorzenia określonego poziomu leczone są w podstawowym szpitalu, a powyżej jego kompetencji są przekazywane

do podmiotów lepiej wyposażonych i zatrudniających lepszych specjalistów. Zartobliwie mówią: każdy zna tam swoje miejsce. Gdybyśmy chcieli zbudować sieć opartą na owej kompetencyjnej piramidzie, dostosowanej do zmieniających się warunków epidemiologicznych, okazałoby się, że istnieje przestrzeń do funkcjonowania dla większości podmiotów leczniczych. Na poziomie gminy – podstawowa opieka zdrowotna, ale także opieka ginekologiczna oraz okulistyczna. Na poziomie powiatu – podstawowe poradnie specjalistyczne, rehabilitacja ambulatoryjna oraz szpital z podstawowymi oddziałami i opieką długoterminową. W subregionach (dawne województwa) – szpitale specjalistyczne, poradnie specjalistyczne o węższych zakresach, stacjonarne oddziały rehabilitacyjne i psychiatryczne. W województwach – oddziały kliniczne, na poziomie kraju – instytuty. I taka sieć może być uzupełniana o brakujące zakresy świadczeń bądź ograniczana przy potencjale przerastającym ilościowo i kompetencyjnie potrzeby społeczne wynikające z danych epidemiologicznych. Byłoby trochę po niemiecku. Równocześnie obecna organizacja naszego systemu, w której co drugi szpital powiatowy bądź wojewódzki ma ambicje osiągnięcia poziomu kliniki Mayo poprzez uruchamianie kolejnych pracowni kardiologii interwencyjnej czy oddziałów neurochirurgii, nie może być uważana za właściwą alternatywę dla reglamentowania usług. Wręcz przeciwnie, spokojnie można zastosować wobec niej niemieckie określenie *polnische Wirtschaft*.

Ratownictwo

Oczywiście, aby taki system funkcjonował dobrze, muszą być świetnie zorganizowane służby ratownictwa medycznego. To one powinny transportować podopiecznych do odpowiedniego ośrodka kompetencji, a nie zostawiać w najbliższej izbie przyjęć. Służby ratownicze ostatnio pokazały swoją sprawność w trakcie katastrofy w Szczekocinach czy w wypadku autobusu pod Stargardem Szczecińskim. Ale równocześnie musimy pamiętać na przykład o sporach pomiędzy Pogotowiem Ratunkowym a szpitalem w Bielsku Podlaskim dotyczącym przewożenia pacjentów z udarem mózgu.

Oprócz odpowiedniej oceny chorych i przewożenia ich przez służby ratownicze bezpośrednio z miejsca zachorowania do właściwego szpitala, sprawne muszą być także służby transportu sanitarnego przewożące pacjentów pomiędzy szpitalami. Ale to już kwestie techniczne.

Czy taka sieć, złożona z podmiotów o różnej naturze i różnych właścicielach, ale „grających w jednej orkiestrze”, byłaby rzeczą złą? Czy może obecny system bałaganu i konkurowania o niewystarczające dla wszystkich środki możemy uważać za lepszy?

Prywatyzacja czy likwidacja

W artykule trochę miesza się pojęcia prywatyzacji i likwidacji. Z jednej strony mówi się o likwidowaniu

publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ale za chwilę okazuje się, że nie zostaną one zlikwidowane, lecz przejęte przez prywatnych właścicieli. A przecież czy to komunalizacja, czy komercjalizacja, czy prywatyzacja, i tak nie są one równoznaczne likwidacji, czyli zniknięciu podmiotu leczniczego z mapy placówek.

Jeszcze raz powtarzam – nie mam nic przeciwko temu, aby i płatnicy, i realizatorzy świadczeń zdrowotnych byli prywatni, jeżeli realizują postawione im zadanie publiczne. W artykule cytowany jest Piotr Gerber, szef wrocławskiego EuroMediCare IM, który mówi o powierzeniu działalności szpitalnej przez samorządy wyspecjalizowanym firmom medycznym. Tak właśnie działa EMC IM i o jego sposobie działalności można mówić tylko

„ Cytując klasyka: „oczywistą oczywistością” jest to, że na opiekę zdrowotną w Polsce przeznaczona jest znacznie mniej pieniędzy niż w innych krajach, zwłaszcza wysoko rozwiniętych ”

dobrze. Upadające zakłady publiczne, w większości dawne szpitale powiatowe, po prywatyzacji stają na nogi i zaczynają lepiej świadczyć usługi lokalnej społeczności. I taka prywatyzacja powinna być jak najbardziej popierana. Czym innym jest jednak taka działalność, jak prowadzona przez EMC, a czym innym nastawiona komercyjnie, gdzie przejmuje się szpitalik w 10-tysięcznym mieście, by po pół roku zlikwidować znajdujący się tam oddział wewnętrzny i uruchamiać pracownię kardiologii interwencyjnej, a potem krzyczeć o źle funkcjonującym rynku usług medycznych.

Podstawowym naszym problemem jest to, że staraliśmy się mówić jak „to” ma wyglądać w przyszłości, a nawet nie postaraliśmy się opisać modelu, do którego chcemy dążyć. Chcemy, aby było jak w Niemczech, ale odrzucamy jakąkolwiek regulację systemu. Myśląc o ideach Adama Smitha, zapominamy, że żył on na początku XVIII wieku. Świat od tej pory nieco się zmienił. Także teorie Milтона Friedmana, ukochane przez neoliberalistów, są chłodniej oceniane po kryzysie ostatnich czterech lat. Może więc zacznijmy tworzyć system właśnie jak Niemcy, Francuzi czy Holendrzy? Wzorce czekają.

Maciej Biardzki