



SŁUŻBA

W OCHRONIE

Rozmowa z Konstantym Radziwiłłem, ministrem zdrowia

W tym numerze „Menedżera Zdrowia” zastanawiamy się, jak będzie wyglądała polska ochrona zdrowia za rok, jak za kilka lat. Pańskim zdaniem, panie ministrze, w jakiej rzeczywistości znajdziemy się za rok?

System ochrony zdrowia nabierze zdecydowanie więcej cech służby zdrowia działającej z misją wobec obywateli. Zacznie obowiązywać szereg ustaw w zakresie nowej organizacji systemu, np. uprawniających wszystkich potrzebujących pomocy do korzystania z publicznej służby zdrowia, czy wynagrodzeń pracowników sektora ochrony zdrowia. A najszybszego efektu można się spodziewać w obszarze działań szpitali. Zacznie już funkcjonować sieć. To będzie duża zmiana.

Ile szpitali wypadnie z tej sieci?

Nie można wypaść z czegoś, w czym się nie jest – sieć będzie raczej narzędziem gwarantującym obywatelom

podstawowe zabezpieczenie szpitalne niż eliminującym kogokolwiek z systemu. Dziś mamy olbrzymi problem nawet z określeniem liczby szpitali w Polsce. Są źródła, które podają, że jest ich 1200 – przy czym te statystyki obejmują tą nazwą nawet te placówki, które w opisie liczby szpitalnych łóżek podają... jedno. Takie szpitale w naszej sieci na pewno się nie znajdą.

Jakie się zatem znajdą?

Postawiliśmy konkretne warunki: posiadanie SOR lub izby przyjęć, posiadanie kontraktu od dwóch lat. Chcemy, żeby w sieci znalazły się te szpitale, które przez ostatnie dwa lata jako placówki publiczne odgrywały w swoich regionach główną rolę w określonych zakresach w ramach kontraktów z NFZ. W sieci znajdą się także szpitale, które w tym czasie przestały być publiczne, bo się skomercjalizowały czy nawet sprywatyzowały. Struktura właścicielska nie będzie kryterium brany pod uwagę przy okazji budowy sieci.

PREMIOWANIE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI

BĘDZIE SPRZYJAĆ TYM JEDNOSTKOM,

KTÓRE ZAWRĄ MIĘDZY SOBĄ ODPOWIEDNIE UMOWY.

WYOBRAŻAM SOBIE, ŻE PODOBNE KONSORCJA

MOGŁYBY TWORZYĆ WSPÓLNIE PODMIOTY

PUBLICZNE I PRYWATNE



Ale to oznacza odwrócenie zmian w całej strukturze lecznictwa szpitalnego, które zaszły w ostatnich latach.

Odwrócenie? Nie nazwałbym tego tym słowem. Już nasi poprzednicy, choć w teorii proponowali ostry kurs wolnorynkowy, w praktyce i nie przyznając się do tego – przestraszyli się potencjalnych skutków i „chałupniczymi metodami” usiłowali proces uruchamianych przez siebie destrukcyjnych zmian zatrzymać. Nie było nowych konkursów, za to aneksowanie starych kontraktów. Sami zauważyli, że dalszy upór przy stosowaniu rozwiązań wolnorynkowych prowadzi do marnowania środków, niepotrzebnego ich rozpraszania, stawiania w trudnej sytuacji szpitali niezbędnych dla funkcjonowania systemu. My widzieliśmy to jeszcze wyraźniej i dlatego postanowiliśmy stanąć w obronie tych najważniejszych szpitali. Temu między innymi służyć ma sieć.

Szpitalne powiatowe obawiają się jednak, że do sieci trafią nie w całości, że znajdą się tam jedynie podstawowe oddziały. A to może nie wystarczyć do ich utrzymania w obecnej postaci.

Dostrzegamy ten problem. I rzeczywiście myślimy o ofercie ryczałtu w postaci „sieć plus” czy „podstawowy plus”. Chodzi o to, by ryczałt sieciowy obejmował również prostsze zabiegi z różnych pozapodstawowych specjalności, np. z zakresu laryngologii, ortopedii, urologii. I analogicznie w pozostałych dziedzinach medycyny – podstawowe procedury na innych oddziałach niż podstawowe, w sytuacji posiadania takich oddziałów, mogły być rozliczane dodatkowym ryczałtem sieciowym. Pozostałe przypadki powinny trafiać do odpowiednich jednostek referencyjnych działających w ramach sieci. Do ryczałtu sieciowego wejdą także porady udzielane w jednoimiennych poradniach.

A co ze szpitalami czy też ich oddziałami, które w sieci się nie znajdują?

Szacujemy, że ok. 15 proc. środków przeznaczanych na leczenie szpitalne znajdzie się poza siecią. I tu pozostaną konkursy. Ale premiować będziemy w nich kompleksową opiekę nad pacjentem. Dotychczasowy system płacenia wyłącznie za świadczenia był wobec pacjenta bezduszny. Pozostawiał on chorego „z wykonanym świadczeniem”, ale za to kompletnie zdezorientowanego i bezradnego, bez wiedzy o dalszej terapii, rehabilitacji, niezbędnych badaniach czy wizytach kontrolnych. Premiowanie kompleksowej opieki będzie zatem sprzyjać podmiotom, które zagwarantują więcej niż tylko świadczenie. To może być dodatkowa premia dla tych oddziałów szpitalnych. Ale też premia dla tych jednostek, które zawrą między sobą odpowiednie umowy, powołają konsorcja, które taką kompleksową opiekę zapewnią. Wyobrażam sobie, że podobne konsorcja mogłyby tworzyć wspólnie podmioty publiczne i prywatne. Nie mam także nic przeciwko temu, żeby takich konsolidacji dokonywać „pod kontraktowanie”. Bo to przybliży nas do celu, jakim jest opieka koordynowana.

Proszę pozwolić: wielu odpowiedzialnych za zdrowie polityków taką konsolidację obiecywało, zachęcało do niej. Dlaczego teraz ta zachęta – po tamtych porażkach – miałaby się okazać skuteczna? Czy uda się ją wymusić?

Słowo „wymuszenie” jest nieadekwatne, my niczego nie chcemy robić na siłę. Stworzymy zachęty do tego, by opieka w Polsce była skoordynowana. Obecne rozproszenie oferty dla pacjenta jest szkodliwe, potrzebny jest przewodnik.



TAKIE INSTYTUCJE JAK KOŚCIOŁY CZY FUNDACJE

W BARDZO OGRANICZONYM STOPNIU WŁĄCZAJĄ SIĘ

W PROWADZENIE SZPITALI W POLSCE.

W OBECNYCH WARUNKACH NIE SĄ

TYM ZAINTERESOWANE, ALE PRZECIEŻ WŁAŚNIE

TE WARUNKI ZMIENIAMY

Podstawą i sieci, i nowych konkursów mają być mapy potrzeb zdrowotnych. A przecież te mapy są niedoskonałe, czasem zawierają fikcję. I na ich podstawie, czyli na podstawie fikcji, mamy podejmować decyzje, których skutki polski system odczuwać będzie przez długie lata?

Zdajemy sobie sprawę z pewnych niedoskonałości map. Nie mamy innych, a te które są, staramy się poprawiać. I są one coraz lepsze. Zapewniam przy tym, że mapy nie będą jedyną podstawą podejmowanych decyzji. Mamy przecież dane uzupełniające, mamy proces konsultacji, w którym błędy możemy wychwycić i skorygować. Czy widzą panowie inną, skuteczniejszą metodę zdobycia i zweryfikowania twardych danych?

Zostawmy zatem mapy. Co pan poradzi właścicielom prywatnych szpitali? Pora je zamykać?

Dla wielu z nich dobrym rozwiązaniem będzie zwiększenie udziału w konkursach, alternatywą pozostaje także wejście w ścisłą współpracę z podmiotami, które wejdą do sieci.

A firmy operatorskie? Czy pozostaną?

To zbyt szczegółowe pytanie. I nie do ministerstwa. Podkreślam, że forma własności szpitali nie przesądza o tym, czy szpital zostanie w sieci czy nie. Takie instytucje jak kościoły czy fundacje w bardzo ograniczonym stopniu włączają się w prowadzenie szpitali w Polsce, choć czynią to w całej Europie. Warto byłoby to zmienić, bo wcale nie jest tak, że państwo czy też samorząd to jedyna dopuszczana przez nas forma nadzoru właścicielskiego. Nam zależy, żeby podmioty prowadzące lecznice dbały o to, by były to instytucje działające na zasadzie *non profit*. Celem publicznego systemu służby zdrowia jest realizacja misji, a nie zysk.

Szpitaly prowadzone przez fundacje czy kościoły to rzeczywiście powtarzający się w Europie model. Ale czy polskie fundacje i kościoły są w ogóle zainteresowane taką działalnością?

W obecnych warunkach nie. Ale przecież właśnie te warunki zmieniamy.

Znamy już plany dotyczące sieci szpitali, mamy projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. A co z ambulatoryjną opieką specjalistyczną? Czy tu też przygotowywana jest ustawa czy rozporządzenie?

Nie, tu szczegółowych regulacji nie będzie. Ale mamy już zarys tego, jaka będzie najbliższa przyszłość AOS. Wyobrażam sobie, że koordynację części procedur specjalistycznych, dziś wykonywanych przez AOS, przejmą szpitale, część POZ. O szpitalach mówiłem wcześniej, już mamy pierwsze pilotaże, na przykład w opiece nad kobietami ciężarnymi, w opiece okołoporodowej. Wyobrażam sobie, że wraz z kolejnymi pilotażami, wraz z całym programem zapewnienia pacjentowi opieki kompleksowej, koordynowanej, zwiększać się będzie rola przychodni przyszpitalnych. Kolejną część odpowiedzialności przejmie POZ. Dzisiaj wiele świadczeń wykonywanych przez AOS z powodzeniem mogliby przejąć lekarze POZ. Specjaliści często prowadzą leczenie chorób przewlekłych – wymienię choćby cukrzycę typu 2 czy nadciśnienie tętnicze, z którymi poradziłby sobie lekarz POZ. I to jest główna przyczyna kolejek, ocenianych przez pacjentów jako największa zbrodnia naszego systemu. Według naszego planu lekarze POZ przejęliby leczenie w tych przypadkach.

Dodatkowo dysponować będą budżetem powierzonym na skierowania do AOS. Dzięki takiemu rozwiązaniu skierowania byłyby wystawiane wtedy, gdy byłyby to potrzebne, a nie po prostu, rutynowo, jak dziś. Zauważając, że część obowiązków dzisiejszego AOS przejmie POZ, a część szpitale – przewidujemy, że jednak znaczna część AOS pozostanie, działając w takim trybie jak dzisiaj. Sektor „niezależnej” AOS będzie mniejszy, ale – mam nadzieję – silniejszy. I z mniejszymi kolejkami.

Przeciw takiemu rozwiązaniu oponują nawet lekarze POZ, bo to oznacza dla nich znaczne obciążenie, także biurokratyczne. Prowadzenie księgowości, zwracanie uwagi na to, który lek jest darmowy, ile wynosi budżet powierzony – krótko mówiąc: prowadzenie skomplikowanej księgowości, wykonywanie pracy za urzędników.

Podjęliśmy odpowiednie działania, żeby biurokracja ograniczana była do niezbędnego minimum. Natomiast księgowość każdy w większym czy mniejszym zakresie prowadzi, trzeba się z tym pogodzić. Planowanie finansowe – wydatków i przychodów – zawsze było niezbędne w medycynie i tak pozostanie. Nie znam systemu, w którym podmioty lecznicze nie prowadzą rozliczeń, nie planują wydatków, nie rozliczają się z płatnikiem. Absolutnie nie chodzi o to, by pracę lekarza determinowały jedynie koszty, ale by ich świadomość także odgrywała pewną istotną rolę w systemie. Wyobrażam sobie, że część lekarzy weźmie to na siebie i nauczy się tego, część szereg czynności w tym zakresie powierzy wyspecjalizowanym pracownikom albo skorzysta z pomocy zewnętrznej. Nowy system stworzy zachęty, by lekarze korzystali z pomocy innych specjalistów, także medycznych – to na przykład rola dla pielęgniarek. Proszę sobie wyobrazić, że w Finlandii, do której wzorów chętnie się odwołujemy, pierwszej pomocy i konsultacji udziela pacjentowi pielęgniarka. I nikogo to nie dziwi. Oczywiście nagle przypadki czy takie, w których pielęgniarka samodzielnie sobie nie poradzi, kierowane są przez nią do lekarza natychmiast. Ale pacjenci, którzy mogą poczekać, przyjmowani są planowo. Tego rozwiązania jednak na razie możemy Finom tylko pozazdrościć.

Mówimy o reformach, rozwiązaniach systemowych. A kiedy pacjenci odczują zmiany?

Chciałbym, aby jak najszybciej. Warto jednak podkreślić, że to naprawdę skomplikowane zadanie, co objaśnię na przykładzie kolejek do lekarza. To właśnie kolejki rzutują na nie najlepsze notowania naszego systemu ochrony zdrowia. Ale kolejek nie da się zlikwidować jakimś prostym trickiem czy ekstraordynaryjnym przepisem. Nasi poprzednicy próbowali i reklamowali rozwiązanie pod nazwą „pakiet antykolejkowy”, ale nic z tego nie wyszło. Nie ma czarodziejskiej różdżki, któ-

KOLEJKI ZMNIĘSZĄ SIĘ, GDY ZACZNĄ

FUNKCJONOWAĆ BODŹCE DEMOTYWUJĄCE

DO ODSYŁANIA KAŻDEGO PACJENTA

DO SPECJALISTY I PRZERZUCANIA KOSZTÓW

NA INNYCH UCZESTNIKÓW SYSTEMU

ra sprawi, że system będzie działał po staremu, tylko kolejek nie będzie. Kolejki zmniejszą się, gdy np. zacząną funkcjonować bodźce demotywujące do odsyłania każdego pacjenta do specjalisty i przerzucania kosztów na innych uczestników systemu, zachęty do koordynowania opieki.

Ale kolejki przecież znikają wszędzie tam, gdzie pojawiają się dodatkowe pieniądze.

Nie zawsze. I często okazuje się, że nawet tam, gdzie wyceny czy limity zwiększono, problem i tak szybko powraca. Z roku na rok budżet polskiej ochrony zdrowia rośnie. Nie tak szybko, jakbyśmy chcieli – ale jednak rośnie. I mimo tego pozostaje ona nieefektywna. Właśnie po to, by nie zmarnować grosza wykładanego na ochronę zdrowia, trzeba system usprawnić. Bo samo dokładanie pieniędzy niczego nie rozwiąże.

Zaczęliśmy od pytania, jaki system zastaniemy za rok. Założmy, że pańska kadencja potrwa jednak dłużej, osiem lat. W jakiej rzeczywistości znajdziemy się wtedy?

Mam nadzieję, że dokładnie w takiej, jaką dziś planujemy i w której kierunku pierwsze kroki już podejmujemy: będziemy wydawać 6 proc. PKB na służbę zdrowia, dostęp do całego systemu będzie powszechny, dla każdego potrzebującego opieki medycznej. Lekarze i inni pracownicy medyczni będą zarabiać godnie, a system będzie regulować koordynacja, a nie wolny rynek. Szpitale w systemie będą działać w formule *non profit*. Nie mieliśmy ministra zdrowia, który tak długo pełniłby swoje obowiązki. Gdybym ja był pierwszym, to po tym wszystkim na pewno chciałbym solidnie odpocząć.

Nie wróci pan do zawodu lekarza?

Bardzo brakuje mi kontaktu z pacjentami. Oczywiście planuję taki powrót w sytuacji, jeśli moja kadencja skończyłaby się wcześniej.

Rozmawiali: Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski