



MOJA

WIZJA

ZDROWIA

Rozmowa
z Andrzejem
Sośnierzem,
połtem koła
Polskie Sprawy.

Jak poprawić system ochrony zdrowia – jakie rozwiązania można by wprowadzić natychmiast?

– Opieka zdrowotna wymaga zmian – to niezaprzeczalny fakt. Przede wszystkim nie ma jasno sformułowanych celów polityki zdrowotnej państwa, mimo stale pogarszającego się stanu zdrowia polskiej populacji. Mamy do czynienia z ogromnym bałaganem w organizacji i finansowaniu tzw. systemu opieki zdrowotnej, który de facto nie zasługuje na taką nazwę. To konsekwencja tego, że właściwie ostatnie dwadzieścia lat to okres rozmontowywania i destrukcji nieźle pomyślanego systemu kas chorych, który nie zdążył się w pełni wykształcić, a już został zatrzymany w rozwoju. Używam zwrotu „opieka zdrowotna”, bo w tej chwili nie możemy właściwie mówić o systemie jako takim – bo każdy system to wiele połączonych ze sobą naczyń, a tymczasem u nas brakuje koordynacji i współpracy. Podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i szpitalnictwo to elementy, które współistnieją obok siebie, działają dla siebie, ale nie współpracują. Droga pacjenta pełna jest trudności i problemów, które próbują rozwiązywać działaniami pozasystemowymi.

Jest aż tak źle?

– Tak. Nasz system to raczej luźno powiązane placówki zdrowotne. Nie ma jasno określonych sieci wzajemnych zależności i obowiązków między placówkami medycznymi funkcjonującymi w jednym przecież systemie publicznym. Ileż to razy słyszymy, że pacjentowi udzielono pomocy lub porady w danej placówce i powiedziano: „Niech pan sobie załatwi to lub tamto”. To dowód, że placówki działają autonomicznie, czyli nie można mówić o systemie ochrony zdrowia. Chory pozostaje często sam ze swoim problemem – wypisem, wynikami badań, skierowaniem.

Sytuacja staje się na tyle poważna, że konieczne wydaje się całkowite – na nowo – przeorganizowanie systemu.

Co więc zrobić, aby było lepiej?

– Nie ma w tej chwili żadnego prostego rozwiązania, którego wprowadzenie poprawiłoby sytuację. Zmian trzeba dokonać w wielu obszarach jednocześnie – w organizacji, zarządzaniu, finansowaniu i wycenie świadczeń. Odpowiadając na pana pytanie, zaproponuję kilka konkretnych rozwiązań.

W systemie opieki zdrowotnej uporządkowania wymaga przede wszystkim finansowanie, które jest absolutnie bałaganiarskie. Na przykład, dyrektorzy szpitali otrzymują pieniądze na różnych, niepowiązanych zasadach. Jednym źródłem jest ryczałt. Jego wielkość nie jest zależna od liczby wykonanych świadczeń, czyli według zasady „im mniej pacjentów, tym oszczędniej”. Zarządzający dostają jednak też pieniądze za wykonanie poszczególnych świadczeń, czyli „im więcej pacjentów, tym więcej pieniędzy”. Kolejnym źródłem są programy lekowe, czasem programy pilotażowe, które wytwarzają sztuczne obszary dobrego finansowania, jeszcze innym

dotacje budżetowe na niektóre zadania oraz znakowane pieniądze na podwyżki wynagrodzeń. Te ostatnie mogą pochodzić z puli ryczałtu lub świadczeń. Żeby było gorzej, minister, znakując pieniądze, często nie zmienia wysokości kwot ryczałtowych lub wyceny świadczeń. Totalny bałagan. Nie da się tego ująć w żadne rozsądne karby, a impulsy do pozyskiwania poszczególnych funduszy często się wzajemnie wykluczają.

Swoją drogą skandalem jest rządowa ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, której podpisanie przez prezydenta będzie oznaczać kilkanaście miliardów złotych mniej na finansowanie zdrowia.

Zdecydowanie lepiej byłoby wrócić do systemu finansowania, jaki stosowały kasy chorych, a główny strumień pieniędzy uzależnić od liczby wykonanych świadczeń. Bo aktualnie rozrywany jest związek pracy z zapłatą za świadczenia. Nie wyklucza to innych źródeł finansowania, ale podstawowe powinno być związane z wykonaną pracą. To jednak wymaga też zdecydowanej korekty stosowanych taryf.

Jestem zwolennikiem ponownego utworzenia zdecentralizowanych kas chorych powiązanych z urzędami marszałkowskimi, a także urzędu nadzoru ubezpieczeń zdrowotnych i związku kas chorych. Urząd sprawdzałby, czy decyzje podejmowane przez poszczególne kasy są zgodne z prawem, a związek upowszechniałby dobre wzorce i koordynowałby działania. Decentralizacja systemu usprawnia jego funkcjonowanie. Przy licznych problemach i zdarzeniach występujących w ochronie zdrowia jednocześnie w krótkim czasie, zbyt scentralizowana zarówno struktura, jak i decyzyjność skutkują niewydolnością systemu. Organizacja kas chorych była zdecydowanie lepsza niż NFZ właśnie dlatego, że wiele decyzji mogło zapadać na dole i szybko. Do tego potrzebna jest jednak ekipa aktywnych polityków zdrowotnych, a nie administratorów.

Kasy chorych powinny jasno formułować, jakiego działania wymagają od placówek medycznych, a następnie sprawdzać, czy tak rzeczywiście działają. Dziś – z powodu centralizacji pionu kontroli – dyrektorzy oddziałów właściwie nie mają narzędzi do takiego nadzorowania. Całą kontrolę podporządkowano centrali, a dyrektor oddziału nie ma możliwości szybkiego wysłania inspektorów do placówki, albo nie chce tego robić, aby nie narażać się przełożonemu. Dyrektorzy oddziałów, z których zrobiono marionetki, po prostu czekają na rozkaz – każdy scentralizowany system tak działa i w żadnym wypadku nie jest to dobre.

Proponuje pan zatem powrót do kas chorych, ale czy byłoby to możliwe szybko, już?

– Oczywiście, to żaden problem. Po uchwaleniu ustawy w ciągu kilku tygodni będzie po sprawie.

W oddziałach wojewódzkich funduszu pracują ludzie zdemobilizowani – broń, Boże, aby byli aktywni i dobrzy. Dobry pracownik funduszu to problem dla ministra, bo



Fot. Grzegorz Celejewski / Agencja Wyborcza.pl

być może zostanie zauważony przez polityków i będzie konkurentem dla ministra albo dla prezesa. Dyrektorzy oddziałów słusznie udają niekompetentnych, nie wyróżniają się. Dlatego potrzebna jest niezależność i samodzielność dyrektorów oraz pewnego rodzaju konkurencja między nimi.

Ale jeśli jedna kasa chorych byłaby bardzo dobra, a w sąsiednim województwie zdecydowanie gorsza, to spowodowałyby, że dostęp do świadczeń byłby nierównomierny.

– Mogłoby się tak zdarzyć, ale tylko na krótko. W takiej sytuacji władze lokalne dostrzegą, że coś jest nie tak i zmienią dyrektora, wezwą go na rozmowę lub skonfrontują z tym, że w sąsiednim województwie kasa funkcjonuje o wiele lepiej. Od razu pojawia się pytanie, dlaczego u nas nie jest tak dobrze, jak u sąsiada. Dokładnie tak konkurowaliśmy w kasach chorych – obserwowaliśmy siebie nawzajem i stymulowaliśmy się do wprowadzenia innowacji. Ten system jest dobry, bo ma zdolność samonaprawy. Teraz wszyscy robią tak samo, nikt nie chce się wychylać, a kiedy funkcjonowały kasy chorych, nieudolni byli bardziej widoczni i zwalniani, a na ich miejsce przychodzili nowi, z pomysłem, zmotywowani i wiedzieli, że muszą się starać.

Co poza kasami chorych?

– Powinniśmy odpowiedzieć sobie pytanie, jaki jest właściwie cel tworzonego systemu opieki zdrowotnej. To jest oczywiście pytanie retoryczne, ponieważ odpowiedź powinna brzmieć – leczenie chorych i poprawa zdrowia społeczeństwa. Dziś, niestety, tak nie jest, bo koncentrujemy się głównie na wynagrodzeniach albo

na inwestowaniu, budowaniu i kupowaniu aparatury, która sama przecież nie uzdrowi nikogo.

Okazuje się, że transformacja ustrojowa – i zmiany zdrowotne – przynoszą coraz gorsze efekty i to mimo dużo lepszego dostępu do leków i aparatury. Powinniśmy zadać też sobie pytanie, czy system opieki zdrowotnej funkcjonuje, by osiągać cele zdrowotne, czy też dla radości i szczęścia pracowników ochrony zdrowia?

Czasem odnoszę wrażenie, że głównym celem systemu jest to, by zarządzający i pracownicy w ochronie zdrowia byli zadowoleni. Powiem obrazowo – wydaje mi się, że to nie piekarze powinni być zadowoleni z tego, że piekarnia działa, lecz klienci, którzy kupują smaczny chleb. Piekarze nie mogą być szczęśliwi, że piekarnia jest otwarta i sprzedaje czerstwe pieczywo, tak jak dyrektorzy i lekarze nie powinni być dumni, że szpital lub gabinet w ogóle funkcjonuje i jako tako pomaga potrzebującym. Chleb powinien być smaczny, a leczenie skuteczne.

Przede wszystkim za główny cel systemu opieki zdrowotnej należy uznać poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych i jednocześnie poprawę efektów jego działania, bo nie wystarczy jedynie zwiększyć dostępność, należy też poprawić rezultat. Ministerstwo Zdrowia powinno przyjąć obiektywne mierniki swojego działania w zdrowiu i być z nich rozliczane. Jak już wspomniałem, musimy też zmienić organizację NFZ – należy go zdecentralizować, a zatem centralę po prostu zlikwidować, przekształcając ją w Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który będzie pilnował, żeby kasy i niezależne ubezpieczenia funkcjonowały zgodnie z literą prawa. Zatem, jak wspomniałem – po wyznaczeniu celów powinna nastąpić decentralizacja i opracowanie koncepcji, w jaki sposób opieka zdrowotna ma być finansowana. Główną metodą finansowania powinno być płacenie za świadczenie medyczne – proste lub kompleksowe – i ewentualne wspomaganie jakimś ryczałtem, tam gdzie zachodzi potrzeba finansowania gotowości. Należy wrócić do systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, bo wtedy pacjent staje się centrum zainteresowania podmiotu, bo to on właśnie ma być nośnikiem pieniędzy. Teraz znów więcej zależy od układów politycznych, towarzyskich, a nawet pekuniarnych z funkcjonariuszami funduszu, aniżeli od pacjenta. Jeżeli teraz szpital dostaje ryczałt na funkcjonowanie, to od kogo zależy wysokość ryczałtu, od pacjentów? Nie, od dyrektora oddziału NFZ i od urzędników, którzy się tym zajmują. Uwaga beneficjenta jest więc skierowana na administrację. Jeśli finansujemy system świadczeniami, uwaga jest skierowana na pacjenta, bo to on musi przyjść, żebyśmy dostali pieniądze. Oczywiście takie rozwiązanie ma wady, ale jesteśmy ich świadomi i po to właśnie swego czasu budowaliśmy system rejestru usług medycznych na Śląsku, żeby uniknąć patologii, które rodzą się przez zastosowanie takiego rozwiązania.

Czy należy również zmienić sposób ustalania taryf?

– Tak, według mnie cena opracowywana przez Agencję Oceny Technologii Medycznej powinna być tylko wskaźnikiem orientacyjnym, ile mniej więcej świadczenie może kosztować – po to, żeby poszczególne oddziały, a w przeszłości kasy, na tej podstawie mogły same negocjować ceny. Na przykład – agencja podaje cenę 3000 zł, ale placówka w zależności od warunków może wynegocjować 2700 lub 3200 zł. I co ważne, taryfy powinny zawierać przecież marżę – jak gospodarka może funkcjonować, jeśli stosowane ceny będą jedynie kosztowe?

Wracając do analogii – oddając pieniądze piekarni tylko za mąkę i za pracownika w sytuacji, gdy będzie miała 0 zł zysku i nie będzie marży, ta piekarnia się zamknie. Dlatego właśnie szpitale się zadłużają. Taryfy powinny mieć więc absolutny obowiązek zawierania marży, na przykład 15 proc., i powinno to dotyczyć wszystkich świadczeń. Chyba że chcemy na przykład promować jakieś świadczenie, to dajemy wyższą marżę, ono dzięki temu jest bardziej rentowne, a co za tym idzie, chętniej wykonywane. Nie rozkazem, nie namową, tylko dzięki lepszej cenie. Trzeba ustalić też relacje i obowiązki placówek medycznych w systemie opieki zdrowotnej. Znowu dam przykład – jeżeli przychodnia zleca pacjentowi wykonanie badania, na przykład tomografii, to jej obowiązkiem powinno być umówienie pacjenta w pracowni i powiadomienie go, gdzie i kiedy ma się stawić. W takiej sytuacji oczywiście pacjent może odmówić i powiedzieć, że zorganizuje to sobie na własną rękę, ale mimo to obowiązkiem placówki powinno być zorganizowanie tej procedury. Bo tak działają systemy – jedna placówka przesyła informacje lub pacjenta do drugiej, a obie w tym systemie kooperują.

Należy również znieść obowiązek przedkładania w ofertach do NFZ umów między zakładami. Jaki cel przyświeca funkcjonującym w jednym systemie placówkom medycznym, które podpisują ze sobą umowy, że jedna od drugiej przyjmie pacjenta? Przecież wszystkie są u jednego płatnika, w jednym systemie i ta sytuacja zakłada, że wszystkie między sobą mają przysyłać pacjentów, a nie zawierać umowy w formie tzw. struktur poziomych.

Zniósłbym również konkursy. Na początku one były uzasadnione, ale teraz, kiedy już istnieje pewna struktura, należy podpisywać z zakładem umowy stałe, corocznie negocjowane tylko co do kwoty. Jeżeli ktoś tworzy przychodnię, jest to inwestycja, która nie może w przyszłym roku być pozbawiona kontraktu. Jeżeli szpital się buduje, to nie po to, żeby w jednym roku dostać kontrakt, a w drugim nie. Sam kontrakt nie powinien więc podlegać negocjacji, natomiast kwota tak, a to dlatego, że przez rok można ocenić, jak placówka funkcjonuje – może ona oferować lepsze lub gorsze ceny albo nowe świadczenie. Placówka musi wiedzieć, że jest obserwowana, analizowana i patrzymy na jej rezultaty. Wymieniłem już dużo zmian, które należałoby wprowadzić, a proszę mi wierzyć, że one nie wyczerpują katalogu. Jeśli jednak te wszystkie zmiany wprowadzimy przez rok czy dwa, system od razu znacznie

JESTEM ZWOLENNIKIEM PONOWNEGO

UTWORZENIA ZDECENTRALIZOWANYCH

KAS CHORYCH POWIĄZANYCH

Z URZĘDAMI MARSZAŁKOWSKIMI,

A TAKŻE URZĘDU NADZORU

UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

I ZWIĄZKU KAS CHORYCH

inaczej funkcjonować – bo zmieniają się motywacje i priorytety, zwiększy się kooperacja między placówkami, pacjent będzie lepiej otoczony opieką. To wszystko stworzy system, z jednej strony, organizacyjny, a z drugiej strony, jak wspomniałem w kwestii cen – finansowy. Myślę, że przez dwa lata moglibyśmy osiągnąć już znaczące rezultaty.

Wspomniał pan o zniesieniu konkursów...

– Tak. Po co nam te konkursy? To iluzja. W sytuacji, kiedy mamy jeden szpital w mieście powiatowym, oczywiście, że musimy z nim negocjować, ale bardziej siadając przy stole i wysłuchując, co ten szpital nam oferuje oraz wskazując mu, co naszym zdaniem jest do poprawy. Jeżeli coś funkcjonuje w nim nie do końca prawidłowo i mimo rozmów nie udaje się uzyskać poprawy, możemy zorganizować konkurs i w ten sposób zainspirować powstanie nowej placówki (przychodni, a nawet szpitala, np. krótkoterminowego), której damy oczywiście gwarancję, że będzie funkcjonowała. W ten sposób można placówki medyczne inspirować, mówić zarządzającym: „Skoro macie niezadowalające rezultaty, to rozpiszemy konkurs na placówkę krótkoterminową, która zaspokoi tę niszę, tę dziedzinę, w której wy niedomagacie”. Negocjacje oceniające, jak się placówka zachowuje, byłyby więc bardzo pozytywne, całość procedury byłaby dużo mniej anonimowa, a dodatkowo kasa chorych miałaby instrumenty, żeby inicjować powstawanie innych konkurencyjnych podmiotów – na Śląsku było łatwo, bo z miasta do miasta jest zaledwie kilka kilometrów, więc jeden szpital mógł bez problemu zastąpić drugi, ale na Pomorzu są regiony, w których jeden szpital od drugiego jest oddalony o 50 km i więcej. W każdym regionie polityka zdrowotna musi być więc inna i używać innych instrumentów, więc również stąd wynika potrzeba decentralizacji.

I tutaj nasuwa mi się kolejne zagadnienie. Należy przededefiniować i zainicjować powstawanie innych jednostek medycznych niż klasyczne szpitale. One już powstawały, ale – znów nieszczęśliwie – wszystkim takim placówkom nadaliśmy status szpitala, a to narzuca pewne wymogi organizacyjne, strukturalne i wyposażeniowe.

NASZ SYSTEM TO RACZEJ LUŻNO

POWIĄZANE PLACÓWKI ZDROWOTNE,

NIE MA JASNO OKREŚLONYCH SIECI

WZAJEMNYCH ZALEŻNOŚCI I OBOWIĄZKÓW

MIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI

FUNKCJONUJĄCYMI W JEDNYM PRZECIEŻ

SYSTEMIE PUBLICZNYM

Na przykład wszystkie muszą mieć izbę przyjęć z pełnymi wymogami. A po co ona ośrodkowi zajmującemu się np. tylko zaćmami?

Należy zmienić terminologię?

Tak. Szpitalami nazwałbym jedynie duże placówki wielospecjalistyczne, powiatowe, ale już np. ośrodki chirurgii czy kardiologii inwazyjnej nazwałbym inaczej. One wykonują albo proponują bardzo wysublimowane i złożone usługi lub zdecydowanie węższy zakres świadczeń. Taki ośrodek nie potrzebuje struktury na wzór klasycznego szpitala. Jego struktura powinna być dostosowana do rodzaju wykonywanych świadczeń. Taki ośrodek powinien zajmować się tylko swoją specjalnością i to bardziej w przypadkach mniej skomplikowanych, a w wypadku, gdyby sytuacja pacjenta okazała się zbyt skomplikowana, należałoby odesłać go do ośrodka wyższego rzędu. Tam z kolei to samo świadczenie powinno być oczywiście wyżej wycenione. Kasa chorych powinna płacić za takie zabiegi więcej, bo ten szpital będzie musiał mieć bogatsze wyposażenie, liczniejszą załogę niż mniejszy ośrodek. Mógłby pojawić się taki zarzut, że przez to mniejsze ośrodki będą wybierały sobie pacjentów, ale tak – właśnie o to chodzi, one mają wybrać pacjentów lżejszych, a trudniejszych skierować do ośrodka wyższego rzędu, gdzie cena będzie wyższa. Wtedy jest porządek w systemie. Jeśli wszędzie ustalimy 15 proc. marży, to zysk będzie taki sam tu i tam. To ma być system opieki zdrowotnej, więc poszczególne jego komponenty mają wykonywać różne zadania. Istnieje już pewna hierarchizacja tych placówek, ale należy to w odpowiedni sposób uporządkować. Problemem jest to, że wymogi, które stawia się tym szpitalom, są takie same i o to mi chodzi – należy to zmienić, bo one niepotrzebnie są droższe, a być nie muszą. Istnieje wymóg, że każdy taki mały szpitalik ma mieć rentgen – po co? Lepiej wysłać pacjenta do placówki wyższego rzędu lub ośrodka wyspecjalizowanego w diagnostyce obrazowej, a mniejsza nie musi utrzymywać sprzętu, nie trzeba go tam w ogóle sprowadzać. Takie urządzenia w małych szpitalach są wykorzystywane raz na pół roku,

ale są na stanie, bo taki jest wymóg – te niemądre wymogi właśnie trzeba zmienić.

A czy ryczałty są w ogóle potrzebne?

Ryczałt przy dobrych wycenach świadczeń byłby niepotrzebny. Jeśli państwo chce mieć w gotowości łóżka, choćby przez większość czasu były puste, to musi za to zapłacić. Jeżeli więc szpital miałby usługi rzadko wykonywane i finansowo by na nich tracił, to mamy dwie opcje – albo bardzo wysoko zapłacimy za takie procedury – i to już nie ma nic wspólnego z kosztem poniesionym, bo w umowie powinien być zapis o gotowości przez miesiąc, mimo wykonywania w tym czasie niewielu świadczeń medycznych, albo damy takiemu szpitalowi właśnie ryczałt na utrzymanie struktury gotowej do przyjęcia pacjentów w rzadkich sytuacjach. Całe świadczenie wycenimy normalną procedurą – tyle, ile ona kosztuje – ale szpital ma dodatkowe pieniądze za to, że jest w gotowości do przyjmowania takich pacjentów. I wtedy to mogłoby się nazywać ryczałtem. Analogicznie, jeśli chcemy, żeby szpitale miały zapasy leków, to państwo powinno kupić w aptekach lub hurtowniach przestrzeń, w której te leki byłyby przechowywane. Wtedy potrzebna jest również jasno spisana umowa, zakładająca przechowanie odpowiedniej ilości leków na wypadek np. godziny W i precyzująca cały system obchodzenia się w tymi zapasami. Ale to wszystko też za jasno określone pieniądze.

Z tego, co pan mówi, wynika, że konkurencyjność jest pożądana. Konkurencja między szpitalami również?

– Tak. Nikt nie przypilnuje lepiej lekarza niż drugi lekarz, nikt nie zmotywuje do działania jednego dyrektora lepiej niż drugi, w sąsiedniej placówce.

Pacjenci i lekarze tworzą system, w którym jakość będzie podnoszona, bo pacjenci zawsze będą szli do lepszego lekarza, jeśli będziemy publikowali wyniki działania placówek. Potencjalni pacjenci powinni wiedzieć, a teraz niestety nie wiedzą, jakie są rezultaty leczenia w przychodniach czy szpitalach. Takie rzeczy powinny być jawne i publikowane, wtedy ośrodki mogą i powinny ze sobą konkurować o pacjenta. Jeżeli budżet szpitala będzie zależał od liczby hospitalizowanych, to placówkom będzie zależało, żeby pacjentów przyciągać, bo ludzie będą próbowali przenieść się tam, gdzie jest lepszy wynik. A NFZ nie powinien tego hamować. W wypadku nadwykonań, ale prawdziwych (i tutaj znów kłania się sprawny monitoring), wynikających z zapotrzebowania na świadczenia popularnego ośrodka – powinien dawać większy kontrakt. Dzięki temu ośrodek sam się będzie rozwijał, mając duże pieniądze nie będzie potrzebował dotacji, bo co roku podpisze wyższy kontrakt. Mówiąc w skrócie, powinniśmy płacić za pacjenta, czyli ponownie powiązać wynagrodzenie placówki w jej pracę. I to jest jeden z najważniejszych elementów mojej wizji opieki zdrowotnej.

Rozmawiał Krystian Lurka