

Czy leci z nami pilot? – sonda redakcyjna

Pozytywnym objawem jest odwaga, z jaką samorządy zaczęły przekształcać szpitale w spółki prawa handlowego


foto: Marek Łopis

Adam Kozierkiewicz z Instytutu Zdrowia Publicznego, ekspert CASE

Z końcem czerwca zawieszono prace związane z reformą systemu ochrony zdrowia, a strajk zaczął przygasać. Dlatego czekaliśmy na okres powakacyjny, który miał stać się momentem do startu kolejnego etapu zmian w służbie zdrowia. Jednak w czasie wspomnianej pauzy nastąpiły nieprzewidziane perturbacje polityczne i dlatego mam wrażenie, że w najbliższym czasie nic w systemie nie będzie się działo. Należy jednak podkreślić, że w zakresie konkursów NFZ na świadczenia zdrowotne dokonano sporych zmian. Warto też zauważyć, że Zbigniew Religa podjął dyskusję na tematy, które dotychczas były zamiatane pod dywan. Mam na myśli sieć i koszyk świadczeń, nad którym prace trwają niezależnie od krajowych zawirowań. Spodziewam się, że koszyk zostanie określony, ale już nie przez ten parlament. Wydaje się jednak, że w tym względzie wytyczono pewne kierunki. Inny problem jest z siecią. Jeśli obecny Sejm tej kontrowersyjnej ustawy nie przegłosuje, to następny rząd rozpocznie prace od nowa i raczej nie będzie popierał obecnych koncepcji, ponieważ spotykają się obecnie z ogromną krytyką. To jednak wysoki szczebel legislacyjny. Pozytywnym objawem jest odwaga, z jaką samorządy zaczęły przekształcać szpitale w spółki prawa handlowego. To dobry przykład na samoregulację systemu, który w tym zakresie nie potrzebuje ingerencji ministra zdrowia. Co jednak czeka nas w najbliższych miesiącach? Myślę, że potrwa akcja przypominających o sobie pielęgniarek, które jednak mają świadomość, że ich protest nie trafia do właściwego adresata, bo obecny rząd niedługo odejdzie, a nowego nie ma. Inaczej wygląda sytuacja lekarzy. Sądzę, że będą nara-

stały lokalne konflikty lekarzy i dyrekcji szpitali. Dlaczego? Bo protesty stały się dla wielu szefów placówek i samorządów pretekstem do restrukturyzacji szpitali, likwidacji niepotrzebnych oddziałów i pozbywania się niemile widzianych medyków. Z kolei lekarze będą mogli pozbywać się niepopularnych dyrektorów. Dlatego uważam, że jesień upłynie pod znakiem punktowych, regionalnych konfliktów w placówkach medycznych. ■

Kierownictwo resortu zdrowia wytyczyło kierunki, w jakich mają podążać zmiany w ochronie zdrowia. Boję się jednak, że do końca roku wydarzy się niewiele


foto: Marek Łopis

Marcin Ajewski, prezes Spółki MEDIQA w Grupie SIGNAL IDUNA Polska

Etap zmian, na którym znajduje się Polska powoduje, że wiele osób spogląda na system ochrony zdrowia przez pryzmat ścierania się racji politycznych. Tymczasem charakter mojej pracy powoduje, że mam niemal stały kontakt z dyrektorami szpitali i od nich wiem, iż system ochrony zdrowia działa. Oczywiście, mamy do czynienia ze strajkami lekarzy czy pielęgniarek, ale z takimi zjawiskami borykają się także inne kraje – np. Niemcy. Na pewno nie mamy do czynienia z paraliżem. Tym bardziej, że – tak, jak to dzieje się w każdej gospodarce rynkowej – system podlega samoregulacji. Przykładem są przekształcenia szpitali. Warto też podkreślić, że obecne kierownictwo resortu zdrowia wytyczyło kierunki, w jakich mają podążać zmiany w ochronie zdrowia. Boję się jednak, że do końca roku wydarzy się niewiele, bo w okresie przedwyborczym żadna z opcji politycznych nie będzie chciała podejmować kontrowersyjnych decyzji. Dlatego zawsze podkreślam, że najlepszym czasem na poważne reformy jest pierwszy rok po wyborach parlamentarnych. ■

Mam nadzieję, że doczekam wprowadzenia takich zmian, które sprawią, że całkowicie dysfunkcyjny system obecny stanie się systemem przyjaznym dla chorych



prof. DZIARIK

Andrzej Borówka, konsultant krajowy w dziedzinie urologii, prezes PTU

Zarządzanie ochroną zdrowia należy nadal – bez wątplenia – do ministra zdrowia, prof. Zbigniewa Religi. Wydaje się jednak, że dynamika widocznych działań na rzecz reformowania systemu opieki zdrowotnej osłabła. Spowolnienie to jest najpewniej wynikiem kilku okoliczności – sezonu urlopowego w Sejmie, niepewności co do przyszłej sytuacji politycznej w kraju, stanu po kulminacji protestów lekarzy i pielęgniarek. Budzące nadzieję tworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych jest faktem. Podstawę sformowania koszyka stanowi nowy katalog procedur medycznych. O użyteczności katalogu nie będzie jednak stanowić najobszerniejszy wykaz procedur w nim zawartych, ale ich wycena, odpowiadająca kosztom rzeczywistym. Wycena większości najważniejszych i najczęściej wykonywanych procedur urologicznych, ujętych w fatalnym katalogu obowiązującym obecnie, jest niedoszacowana o 25–30 proc. Wiemy to dzięki analizom ekonomicznym, wykonanym na zlecenie Polskiego Towarzystwa Urologicznego przez niezależny zespół ekspercki. Finansowanie procedur nieadekwatne do ich kosztów rzeczywistych jest jednym z zasadniczych powodów postępującej pauperyzacji urologii, zwłaszcza szpitalnej. Złe funkcjonowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, widoczne gołym okiem od dawna, musi skłonić do wprowadzenia zmian w systemie. Nie chodzi przy tym o zmiany o charakterze naprawy, a zmiany o charakterze gruntownej przebudowy. Z przychylnością trzeba spojrzeć na prywatyzację w ochronie zdrowia, mimo że – zdają sobie z tego w pełni sprawę – ma ona wyjątkowo złą konotację w społeczeństwie. Złą, ponieważ powszechne jest jej dyskredytowanie i wzbudzanie obaw przed jej domniemanymi wadami. Muszę zatem najdobitniej podkreślić, że nie mam na myśli prywatyzacji substancji zakładów opieki zdrowotnej, czyli uwłasz-

czenia się nie na swoim, a wyłącznie prywatyzację świadczeń medycznych. Przed wprowadzeniem tego szczególnego sposobu działania – opisałem go wyczerpująco w wielu publikacjach wydrukowanych w *Przeglądzie Urologicznym*, dwumiesięczniku PTU – konieczne będzie rzetelne uregulowanie prawne tzw. partnerstwa publiczno-prywatnego. Dopóki lekarze nie uzyskają statusu podmiotu w ochronie zdrowia, obok podmiotu, który – bez wątplenia – stanowią pacjenci, dopóty nie uzyskamy równowagi w systemie, niezależnie od wysokości nakładów finansowych doń kierowanych. Nadal mam nadzieję, że doczekam wprowadzenia takich zmian, które sprawią, że całkowicie dysfunkcyjny system obecny stanie się systemem przyjaznym dla chorych, szanującym świadczeniodawców i sprzyjającym rozwojowi medycyny stosowanej. Jak długo będę na to czekać? Nie wiem. Myślę, że poznawszy wyniki wyborów parlamentarnych, będę wiedział więcej. ■

Zachodzi proces samoregulacji, a mechanizmy dostosowawcze, stosowane przez różne podmioty, są niczym innym, jak wykorzystywaniem próżni w systemie



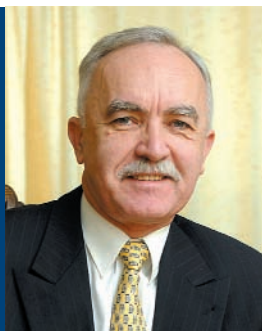
prof. DZIARIK

Rafał Niżankowski, były wiceminister zdrowia

Dokąd zmierza statek zwany służbą zdrowia? Kto nim obecnie steruje? Nasuwa się refleksja, iż nie da się odpowiedzieć, czy w minionych kilkunastu latach ktokolwiek sterował polską opieką zdrowotną. Równie trudno powiedzieć, kto zajmuje się tym dzisiaj. Nasz system jest strukturą, która działa autonomicznie. Jest oczywiście wiele podmiotów, które wpływają na jego funkcjonowanie. Świadczą o tym np. różne decyzje ministra zdrowia, prezesa NFZ i dyrektorów oddziałów, które – podejmowane niezależnie od siebie – w ostatecznym kształcie wpływają na kształt całego systemu. Nie mniejsze znaczenie mają decyzje dyrektorów szpitali. Naszym problemem jest z kolei to, iż w odniesieniu do kierowania tą sferą życia społecznego często przyjmujemy postawę militarystyczną. Chcielibyśmy, żeby

był marszałek, generałowie i pułkownicy, którzy wyznaczają kierunek marszrut. Tak jednak nigdy nie będzie. Dobry system podlega samoregulacji, a decyzje dostosowawcze do panującej sytuacji, podejmowane przez różne podmioty, są niczym innym, jak wykorzystywaniem jego elastyczności. Przykładem jest przekształcanie zoz-ów w spółki prawa handlowego. Otwarte pozostaje pytanie o to, co może zdarzyć się w najbliższych miesiącach. Prawo i Sprawiedliwość na pewno utrzyma dotychczasowy, twardy kurs w polityce wobec żądań środowisk medycznych. Pewne szanse stwarza co prawda kampania wyborcza – lekarze i pielęgniarki, podobnie jak inne grupy społeczne, mogą żywić nadzieję, że przed elekcją ich postulaty zostaną potraktowane życzliwiej. Nie sądzę jednak, aby w przypadku ich niespełnienia doszło do paraliżu systemu, bo do tego – wbrew kasandrycznym zapowiedziom wielu medialnych ekspertów – jeszcze nam bardzo daleko. Przepowiednie o braku lekarzy z powodu ich zarobkowej emigracji mają mniejsze szanse na sprawdzenie się niż wróżby Cyganki na krakowskich Planach. Świadczy o tym np. – na razie niewielka – fala powrotów medyków z Irlandii. ■

Na pokładzie tego samolotu, jakim jest polski system ochrony zdrowia, nie ma nawet pilota automatycznego. Jest za to wielu *pilotów*, którzy latają *lokalnie*



fot. DZIENIK

Bogdan Zacharski, pełnomocnik Zarządu Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED

Uważam, że znajdujemy się na etapie, w którym nie mamy centralnego zarządcy systemu – w rozumieniu organizacji dystrybucji i produkcji świadczeń wraz z niezbędną infrastrukturą. Jeszcze do niedawna w oczach opinii publicznej – mimo braku rzeczywistych podstaw prawnych – w roli zarządcy najczęściej występowało Ministerstwo Zdrowia. Dopiero ostatnio, gdy skala problemów i wyzwań osiągnęła rozmiary niedające się rozwiązać bez dotkliwych skutków politycznych, dostrzeżo-

no, że polski system ochrony zdrowia ma scentralizowanego płatnika i zdecentralizowaną produkcję oraz dystrybucję świadczeń. W efekcie, np. protestujących lekarzy i pielęgniarki odesłano do ich pracodawców. Skoro nikt nie zarządza, nie ma też pilota systemu – nawet automatycznego, bowiem na pokładzie tego samolotu, jakim jest polski system ochrony zdrowia, jest wielu pilotów z uprawnieniami, czyli ekspertów. Wielu z nich lata tylko *lokalnie*, a ich potencjał i wiedza nie są wykorzystywane. Warto też przypomnieć, że w części zarządczej ochrona zdrowia powinna być dużo mniej zależna od wpływów politycznych. Biorąc jednak pod uwagę ilość pieniędzy krążących w systemie ochrony zdrowia, pokusy mogą się okazać dla polityków zbyt trudne do odparcia. Najgorsze, że obecnie nie widać świadomego wyboru kierunku. Pozostając przy obrazowych porównaniach – aktualne zachowania przypominają reakcję załogi statku podczas sztormu, przy 12° w skali Beauforta. Nie oznacza to jednak zupełnego braku mechanizmów samoregulacji. Organy założycielskie czy dyrektorzy podejmują działania zapewniające funkcjonowanie poszczególnych zoz-ów. Jeśli dostrzegą, że ich decyzje i działania przynoszą oczekiwane efekty, będą tym śmieiej samodzielnie zarządzać swoimi placówkami i optymalizować ich działanie wg własnym kryteriów. Dopiero wtedy będziemy mogli mówić o prawdziwej decentralizacji zarządzania infrastrukturą systemu ochrony zdrowia. Jednak w najbliższym czasie będziemy mieli do czynienia z chwilowym zamieszaniem, czasami bardzo dotkliwym dla pacjentów i pracowników. Atmosfera będzie tradycyjnie podgrzewana przez polityków i sensacyjnie relacjonowana przez media. Problem w tym, że zapotrzebowanie na świadczenia medyczne nie zniknie, nie można się też spodziewać gremialnej zmiany zawodu przez lekarzy i pielęgniarki. Przyroda nie znosi próżni, znajdą więc nową pracę i będą się opiekować pacjentami u nowych lub przekształconych starych-nowych pracodawców. Oczywiście, chaos jest prawem natury, marzeniem człowieka – porządek. System będzie więc podlegał regulacji, gdyż pracownicy ochrony zdrowia oraz pacjenci podejmą racjonalne decyzje. Życie wielokrotnie dowodzi prawdziwości maksymy, że ludzie zachowują się racjonalnie, kierując się swoim dobrem. Proces regulacji mogą jednak spowalniać ludzie mający prawo decydowania na szczeblu centralnym. Tradycyjnie wykazują oni niedobre tendencje do podejmowania decyzji operacyjnych, uważając, że wiedzą lepiej, co w lokalnych społecznościach ludziom potrzeba. ■