

GRZEGORZ GIELERAK

Nowa perspektywa rynku zdrowia w Polsce. Dokąd realnie podąży dziś system?

Intensywne reformowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce to proces trwający nieprzerwanie od ponad 20 lat. Skala i zakres podejmowanych w tym czasie inicjatyw jest niezwykle szeroka – obejmuje zagadnienia dotyczące sposobu i warunków finansowania systemu, jego organizacji czy też szkolenia i doskonalenia umiejętności kadr medycznych. Wszystkie te elementy umiejscowione w konkretnym miejscu i czasie decydują o teraźniejszości, ale także bliższej i dalszej przyszłości systemu, tego, w jaki sposób zostaną w nim zabezpieczone jakość i bezpieczeństwo usług medycznych, ale również pozostałe korzyści szerokiej grupy jego interesariuszy.

Dziedziny, jakich dotyczą prowadzone dziś reformy rynku zdrowia w Polsce, składają do poważnej refleksji nie tylko nad ich jakością, ale także skutkami dla przyszłości tego, w jaki sposób obecne decyzje będą określać, w tym także limitować, kierunki przyszłych zmian. System ochrony zdrowia, o czym warto pamiętać, również podlega obowiązującej w biznesie regule stanowiącej, że aktualnie nim zarządzający muszą wykupywać się z decyzji swoich poprzedników. Oznacza to ni mniej, ni więcej, że nic z tego, co dziś podjęte w trybie działań usprawniających funkcjonowanie systemu, nie pozostanie bez znaczenia dla kierunków i skali przyszłych decyzji go reformujących. Każde niemal rozstrzygnięcie pociąga bowiem za sobą skutki organizacyjne i finansowe, te z kolei bezpośrednio oddziałują na ład panujący na rynku zdrowia definiowany m.in. poprzez skalę udziału w nim podmiotów konkurujących o dostępne zasoby.

Aktualne różnicowanie rynku zdrowia w Polsce, widoczne choćby przez pryzmat struktury właścicielskiej podmiotów leczniczych, determinuje nie tylko ich cele i sposób prowadzenia biznesu, ale także możliwości państwa w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Środki finansowe, które w ostatnich dwóch latach dodatkowo zasyliły krajowy system ochrony zdrowia, zwiększyły możliwości decydentów w kreowaniu rzeczywistości rynku, a przy okazji siłę ich oddziaływania na jego przyszłość. Co warto podkreślić, zjawisko to zostanie podtrzymane jeszcze przez co najmniej pięć lat w związku z zapisami ustawy zwiększającej nakłady na ochronę zdrowia do 6% PKB. Stąd nie powinna umknąć publicznej uwadze informacja nt. zachodzących obecnie zmian organizacji i struktury rynku zdrowia w Polsce. Tym bardziej, że formułujący się na naszych oczach nowy ład może istotnie zmienić ukształtowane przez ostatnie dziesięciolecie reguły określające sposób i warunki zabezpieczenia potrzeb większości interesariuszy systemu.

W poszukiwaniu panaceum na przewlekłą niewydolność system ochrony zdrowia

Mysząc o systemie ochrony zdrowia (SOZ), sposobach jego organizacji i zarządzania, odpowiedzialnie można stwierdzić, że nie ma jednej, uniwersalnej recepty, za pomocą której można poprawić skuteczność i efektywność jego funkcjonowania. Złożoność materii powodowana wielkością możliwości finansowych państwa, oczekiwaniami obywateli, dostępnością do zasobów naukowych i technologicznych, poziomem kompetencji zawodowych kadry medycznej i zarządzającej, których wiedza i doświadczenie są w możliwie najlepszy sposób wykorzystywane, to tylko niektóre czynniki decydujące o skali wyzwania. Nie bez znaczenia są także nasze – narodowe uwarunkowania społeczne i kulturowe kształtowane choćby powszechną od kilku pokoleń dostępnością do SOZ finansowanego z danin pobieranych przez państwo w ramach umowy zbiorowej solidarności społecznej.

Z uniwersalną, do tego sprawdzającą się w skali globalnej receptą na sprawnie działający SOZ jest jak z jednolitą teorią pola w fizyce. Wszelkie próby jej opracowania, znalezienia wspólnego mianownika dla wielkiej liczby zmiennych i procesów są póki co skazane na niepowodzenie. Podobnie, każda zmiana w SOZ, o ile oczekujemy jej dobrych, trwałych efektów, powinna obejmować plan rozłożonych w czasie, często wykraczających poza powszechnie rozumiane kompetencje resortu ochrony zdrowia, reform. Z kolei dekada, jak pokazują doświadczenia państw skandynawskich, to najbardziej realny czas na przeprowadzenie zmian, które zarówno w odbiorze społecznym, jak i potrzeb państwa gwarantują uznanie oraz pojawienie się wymiernych korzyści społecznych i gospodarczych. Przywołane fakty pokazują dobitnie, że tryb oraz zakres reform koniecznych do wprowadzenia w ramach kompletnej przebudowy SOZ wymaga wyjęcia spraw z nią związanych z obszaru sporu politycznego, osiągnięcia porozumienia ponad podziałami, uznania wreszcie, że obszar zdrowia – fundament bezpieczeństwa każdego Polaka – powinien być uwolniony od kalkulacji politycznych, w tym także wynikających ze skutków działania wyborczego wahadła demokracji.

Laureat nagrody Nobla w dziedzinie ekonomii Milton Friedman twierdził: „tylko kryzys może przyczynić się do prawdziwej zmiany”, a „podejmowane działania uzależnione są od idei, do których w danym momencie można sięgnąć”. Wydaje się, że nic tak trafnie i precyzyjnie jak przytoczona teza nie opisuje istoty refleksji, jaka dziś powinna być udziałem gremiów uczestniczących w reformowaniu SOZ w Polsce. Zgodnie z danymi zamieszczonymi w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia OECD z 2018 r. Polska znajduje się na 25. miejscu spośród 28 notowanych w rankingu krajów. Już choćby ten przykład pokazuje, że coś, czego najbardziej aktualnie potrzebujemy, to precyzyjnie określona strategia zawierająca spójny zespół celów służących jej realizacji, definiowana z punktu widzenia podmiotu, którym są obywatele, nakierowana jednocześnie na zaspokajanie ich potrzeb jako tych, którzy mają największy wkład w budowę społeczeństwa i państwa. W każdym innym przypadku pozbawiamy się szans na osiągnięcie radykalnej poprawy innowacyjności i dostępności do SOZ, a także jakości i bezpieczeństwa udzielanych w nim usług – świadczeń.

Niestety, żadna z dotychczasowych inicjatyw podążających w stronę zmiany rzeczywistości rynku zdrowia w Polsce nie wychodziła od tak kompleksowego ujęcia

wizji, celów i zamierzeń. Dążenia kolejnych twórców reform osiągały poziom kompleksowości odpowiadający co najwyżej programowi naprawczemu w miejsce oczekiwanej ambitnej zmiany mającej zdolność wpływania na wiele obszarów życia społecznego, dostarczającej państwu i gospodarce efektów o charakterze mnożnikowym. Uwagę poświęcano m.in. ograniczaniu kosztów działalności szpitali w drodze ich restrukturyzacji czy też poszukiwaniu sposobów uzyskania przez podmioty lecznicze dodatkowych przychodów ze sprzedaży usług zdrowotnych na wolnym rynku. Zapomniano przy tym o fundamentalnej prawdzie, że ochrona zdrowia nie jest wyłącznie kosztem, ale także kołem zamachowym gospodarki. Do tego, żeby efektywnie wykorzystać jej potencjał, należy uporządkować aktywa, procesy i umiejętności w zrozumiałych łańcuchach wartości SOZ – przypisać jego poszczególnym ogniwom odpowiednie miejsce i priorytety. Budować model zintegrowany zarówno wstecz, jak i do przodu – zabezpieczający potrzeby medyczne lokalnego rynku, minimalizujący zakłócenia i niepewność, a także pozwalający zachować wszystkie marże.

Każda systemowa zmiana wymaga konsekwencji w działaniu. Zatrzymanie się oznacza regres

Zmiana struktury właścicielskiej szpitali to jeden z pierwszych, najdłużej stosowany w praktyce sposób poprawy efektywności i skuteczności funkcjonowania SOZ w Polsce. Na podstawie przepisów ustaw z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz z 2011 r. o działalności leczniczej dokonano przekształcenia w spółki prawa handlowego 183 szpitali. Efekty tych działań były wielokrotnie podsumowywane, a najbardziej kompletnej oceny dokonała w 2014 r. Najwyższa Izba Kontroli (NIK)¹. Z ustaleń kontrolerów Izby wynikało, że rezultaty przeprowadzonych zmian „stabilizujących SOZ” daleko odbiegały od oczekiwań ich twórców, zwolenników i samych realizatorów. Brak wpływu zmiany struktury właścicielskiej na ilość udzielanych świadczeń, niedostatki w dziedzinie kontroli kosztów, mało znaczące zmiany struktury przychodów czy wreszcie ograniczony zakres udzielanych świadczeń komercyjnych oraz uchybienia w obszarze kontroli epidemiologicznej szpitali to najpoważniejsze w opinii autorów raportu nieprawidłowości wysuwane pod adresem placówek funkcjonujących w formie spółek kapitałowych prawa handlowego. Nie powinien więc budzić zdziwienia fakt, że jedno z zaleceń raportu NIK skierowane do Ministra Zdrowia dotyczyło prowadzenia dalszej przebudowy systemu i stworzenia mechanizmów realnej konkurencji pomiędzy spółkami o środki publiczne w oparciu o jakość i efekty świadczonych usług.

Adekwatną odpowiedzią na uwagi wyrażone we wnioskach i zaleceniach NIK była uchwalona w 2017 r. ustawa o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. sieci szpitali. Wprowadzone nią regulacje były pierwszymi, które w sposób systemowy porządkowały rynek ochrony zdrowia, zwłaszcza w części odpowiedzialnej za jego dotychczasową nadmierną fragmentaryzację i decentralizację świadczeniodawców. Jedną z przesłanek budowy systemu sieci było

¹ Najwyższa Izba Kontroli, *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, 2 marca 2015, [dokument elektroniczny] <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8411,vp,10488.pdf> [dostęp: 12.01.2020].

ograniczenie coraz bardziej wyniszczającego świadczeniodawców zjawiska konkurowania o zasoby. Twórcy ustawy wyszli ze słusznego poniekąd założenia, że fundamentem naprawy SOZ powinno być zapewnienie ciągłości i dostępności leczenia przez podmioty lecznicze dysponujące odpowiednimi zasobami oraz zdolnościami do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zdefiniowanego standardu niezbędności i jakości. Wprowadzenie nowego podziału umów płatnika ze szpitalami, uelastycznienie sposobów realizacji i rozliczania świadczeń poprzez nadanie większych uprawnień dyrektorom podmiotów leczniczych pozwoliło placówkom bezkosztowo zracjonalizować wykorzystanie posiadanych aktywów poprawiając w rezultacie ich dostępność świadczeniobiorcom. Dodatkowo, ustanowione siedem poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń po raz pierwszy wprowadziło formalnie określoną strukturę referencyjną szpitali definiującą miejsce placówek w systemie poprzez m.in. stawiane im wymagania kompetencyjne, kierunki rozwoju, a co za tym idzie wprost – zdefiniowany zakres odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów.

Przeprowadzone na początku 2018 r. zmiany personalne w Ministerstwie Zdrowia doprowadziły do odejścia z resortu kluczowych osób odpowiedzialnych za projekt sieci szpitali. W rezultacie zamiast wzmocnić i rozwijać rozwiązania, które zostały zasygnalizowane w przepisach ustawy, sieć uśpiono na etapie pierwszego kwartału jej funkcjonowania. W miejsce sieciowych rozwiązań systemowych została wdrożona nowa praktyka – następujących po sobie zmian legislacyjnych, których efektem był pozaplanowy wzrost wydatków podmiotów leczniczych. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego czy też płac personelu medycznego, choć zasadny, nie szedł w parze ze wzrostem wyceny świadczeń przez NFZ. Spowodowane tym pogorszenie płynności finansowej szpitali w powszechnym odbiorze było niestety kojarzone jako skutek wprowadzonych ustawą siecią rozwiązań, które tak naprawdę, nie mając dostatecznego uznania nowego kierownictwa resortu, stosowano w bardzo ograniczonym zakresie. W rzeczywistości bowiem regulacje PSZ miały na celu wyznaczenie kierunków, ram reformy SOZ, stąd ocena potencjału ustawy nie miała znaczenia dla sprawności prowadzenia w nim procesów naprawczych. Wiązanie jej bezpośrednio z odpowiedzialnością za skutki doraźnych działań operacyjnych było i jest w rzeczywistości sposobem ucieczki organów założycielskich przed wzięciem odpowiedzialności za reformę systemu, która co nieuniknione będzie się także wiązała z niepopularnymi decyzjami reorganizacyjnymi dotyczącymi samych lecznic – nie tylko zakresu ich działalności, ale również przyszłości co do istnienia.

Obowiązujące prawo a praktyka działania, czyli awers i rewers rzeczywistości krajowego rynku zdrowia

Narastające od kilkunastu lat problemy związane z organizacją rynku zdrowia w Polsce sukcesywnie budowały w społeczeństwie świadomość konieczności dokonania radykalnych zmian poprawiających skuteczność i efektywność jego funkcjonowania. Co niezwykle ważne i znamienne z punktu widzenia poziomu dojrzałości debaty publicznej osią narracji od kilku lat nie jest już tylko wielkość nakładów na ochronę zdrowia, ale także sposoby racjonalnego, tak w ujęciu ekonomicznym, jak i potrzeb społecznych, nimi zarządzania. Powszechnie uznanym stał się kontekst opracowania i konsekwentnej realizacji strategii rozwoju SOZ obejmującej politykę społeczną, zdrowie publiczne,

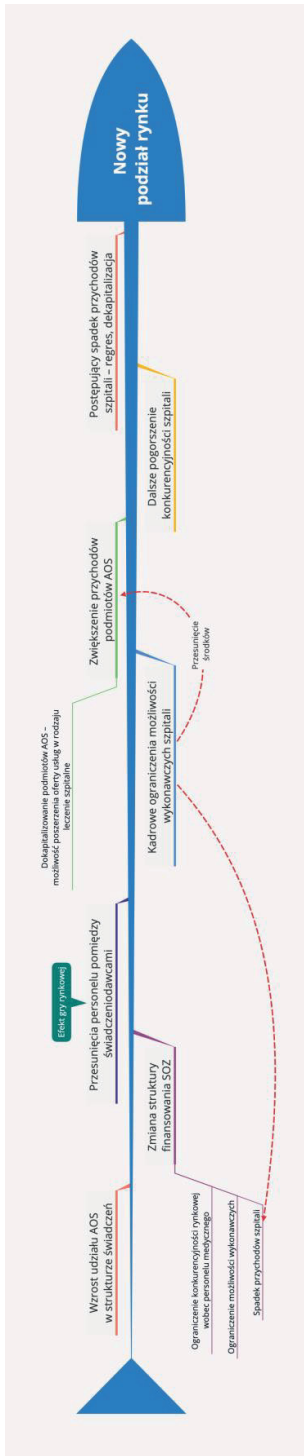
a także postęp i rozwój technologiczny. Ważę i znaczenie determinacji w przeprowadzeniu obecnej zmiany doskonale obrazuje sposób podejścia do poprawy efektywności zarządzania podmiotami leczniczymi. Koncentracja geograficzna i funkcjonalna placówek, optymalne wykorzystanie kadry medycznej, przeprofilowanie działalności usługowej w drodze przesunięcia świadczeń z opieki szpitalnej do ambulatoryjnej czy też zmiany obejmujące strukturę właścicielską podmiotów to tylko niektóre z najczęściej podnoszonych kierunków reform.

Rzeczywistość społeczno-polityczna nie znosi jednak próżni, stąd „uśpione” systemowe reformy sieciowe zastąpiły działania z gruntu doraźne, w większości przypadków będące bezpośrednią odpowiedzią resortu zdrowia na bieżące problemy rynku. W rezultacie, w drodze ręcznego sterowania doszliśmy do etapu serii następujących po sobie zmian – tymczasowych regulacji, których większość pomimo doraźnego charakteru w różnym stopniu definiowała, wręcz wymuszała przyszłość kierunków reform systemu. Przyjęta metodyka regulacji płac w ochronie zdrowia tak w kontekście jej wielkości, struktury, jak i źródeł pochodzenia środków finansowych, czy też przeniesienie kolejnych świadczeń do zakresów nielimitowanych są przykładami decyzji poważnie naruszających równowagę systemu za cenę pozornej poprawy jego dostępności. Większa liczba badań i konsultacji bez połączenia wolumenu ich wykonania z rozwiązaniami kompleksowymi (koordynowanymi w ramach zakresów świadczeń i/lub rodzajów umów) nie jest w stanie zagwarantować poziomu korzyści zdrowotnych adekwatnych do wielkości i kosztu zaangażowanych zasobów. Doskonale widać to na przykładzie skutków ww. zmian, jakimi w pierwszej kolejności był ożywiony popyt na specjalistów, a w konsekwencji skokowy wzrost kosztów osobowych tak w cenie procedur, jak i całościowego funkcjonowania systemu.

Podobnie rzecz się ma z systemem wynagradzania pracowników ochrony zdrowia, który po zastosowaniu w trybie arbitralnym ministerialnych regulacji przestał tak naprawdę funkcjonować w ustrukturalizowanej formie. W aktualnie narzuconych pracodawcom rozwiązaniach skutecznie pomieszano obszary kompetencji i odpowiedzialności kluczowych uczestników – interesariuszy systemu. Zarówno sposób finansowania wynagrodzeń – bezpośrednio z funduszy przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej, jak i wybiórcze, w miejsce systemowego – dedykowane pojedynczym grupom zawodowym – kształtowanie siatki płac pracowników ochrony zdrowia trwale zmieniły ich relacje i obieg pieniądza w systemie, wyzwalając przy okazji inne związane z tym aberracje. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują ograniczenie wpływu dyrektorów podmiotów leczniczych na prowadzenie skutecznej polityki wynagrodzeń oraz separacja wysokości ponoszonych kosztów osobowych od wartości realizowanych przez szpitale świadczeń zdrowotnych. Obie okoliczności w praktyce zredukowały możliwości stosowania standardów dobrego zarządzania, podkopały fundamenty efektywności i konkurencyjności funkcjonujących w tak ukształtowanych warunkach placówek medycznych.

Pojawiła się też nowa, do tej pory nieznaną, przynajmniej z punktu widzenia skali zjawiska, sytuacja. Uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami, spowodowana z jednej strony ograniczoną dostępnością, a przez to zwiększonym popytem na ich usługi, z drugiej natomiast otwartością publicznego i niepublicznego rynku pracy na korzystanie i opłacenie tych usług. Wyzwolona w tych warunkach konkurencyjność pomiędzy podmiotami sytuuje pracowników w komfor-

Rycina 1. Przepływy finansowe oraz zmiany właścicielskie na rynku ochrony zdrowia w Polsce. Prognoza przepływu kapitału oraz wizja kierunków formowania nowego ładu.



towej centralnej pozycji negocjacyjnej, pozwalającej im zabiegać o coraz wyższe stawki wynagrodzenia u rywalizujących o personel świadczeniodawców instytucjonalnych. Skutkiem wskazanych uwarunkowań jest zanegowanie zdolności rynku do samoregulacji płac oraz ich niekontrolowany wzrost będący wypadkową oczekiwań finansowych pracowników, a także słabości negocjacyjnej konkurujących ze sobą pracodawców.

To jedne z wielu przykładów inżynierii finansowej poważnych rozmiarów, jaka na przestrzeni ostatnich dwóch lat miała miejsce w SOZ, a która w przyszłości może mieć poważne reperkusje dla sposobu i warunków jego funkcjonowania. Co więcej, spodziewane skutki jej stosowania znacząco odbiegają od publicznych deklaracji dotyczących kierunków zmian właścicielskich rynku zdrowia w Polsce.

Osią, wokół której może dojść do zawiązania się nowego ładu w SOZ, są funkcjonujące dziś na rynku obszary opieki medycznej zdominowane przez podmioty niepubliczne, których udział w wolumenie sprzedaży świadczeń wynosi odpowiednio: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – 78%, podstawowa opieka zdrowotna – 96%, medycyna pracy – 80%. Jednak żeby do tego doszło, musi za tym pójść odpowiednie wsparcie finansowe. I tak też się stało. Wprowadzenie nie-limitowanych zakresów świadczeń – najpierw w diagnostyce radiologicznej, później w popularnych dziedzinach AOS (ortopedia, kardiologia, neurologia, endokrynologia), podobnie jak uruchomienie programu badań profilaktycznych „Profilaktyka Plus”, którego zasadniczym miejscem realizacji mają być placówki zdominowane przez sektor niepubliczny, są na tyle poważną zmianą w strukturze przepływów finansowych usług medycznych – ok. 3,5 mld złotych rocznie, że nietrudno sobie wyobrazić, jakie mogą być tego dalsze skutki (ryc. 1).

Tym bardziej, że cała operacja została zaplanowana i przeprowadzona w warunkach ograniczonego użycia narzędzi osłonowych dostępnych w zapisach ustawy sieciowej, jakie można, a wręcz należało zastosować wobec podmiotów publicznych. Wolny rynek, otwarta konkurencja w ochro-

nie zdrowia z perspektywy interesów państwa i obywateli nie zawsze gwarantują osiągnięcie najlepszych rezultatów. Zadaniem regulatora systemu jest dochowanie dbałości, by struktura rynku i wynikające z niej przepływy finansowe pozwoliły rządzącym realizować fundamentalne cele związane z zapewnieniem trwałego, wolnego od zakłóceń bytu i rozwoju narodowego. Pandemia koronawirusa dowiodła, że oparcie rynku zdrowia na segmentach publicznym i niepublicznym obliuguje do wdrożenia dodatkowych regulacji, dzięki którym systemy te będą się wspierać i uzupełniać, a nie, jak ma to miejsce dziś, głównie ze sobą konkurować. Obecny kryzys pokazał, z jak wielkim ryzykiem wiąże się ograniczenie kontroli państwa nad działalnością poszczególnych segmentów rynku zdrowia. Zawęża nie tylko wachlarz możliwych do zastosowania scenariuszy strategii walki z kryzysem, ale także odpowiada za szereg błędów natury organizacyjnej rzutujących na dostępność i jakość opieki medycznej. Utworzenie szpitali jednoimiennych jako elementu scentralizowanego modelu przeciwdziałania koronakryzysowi doskonale definiuje sytuację wymuszonego wyboru, przed jakim został postawiony polski rząd, dysponując ograniczonymi możliwościami zapewnienia chorym podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki medycznej. W rezultacie zarzucono wdrożenie rozproszonego modelu opieki, którego wartością dodaną było daleko bardziej racjonalne i efektywne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych SOZ, elastyczność w reagowaniu na pojawiające się w przebiegu pandemii potrzeby medyczne oraz zachowanie dostępności do większości zakresów świadczeń opieki zdrowotnej. Przykład ten skłania więc do refleksji, na ile racjonalne i bezpieczne z punktu widzenia interesów państwa jest tolerowanie dzisiejszego dualizmu rzeczywistości rynku zdrowia z jego dwoma bytami – aktywnym publicznym oraz cichym i wycofanym, przynajmniej w warunkach kryzysu i zagrożenia, systemem placówek prywatnych.

Stąd otwartym i na dziś kluczowym pozostaje pytanie: na ile uświadomionymi są odległe skutki dzisiejszych decyzji organizacyjnych i finansowych zachodzących na krajowym rynku ochrony zdrowia. Czy mamy do czynienia z przypadkową koincydencją zdarzeń, czy może na naszych oczach dokonuje się powolna przebudowa systemu, która w nieodległej przyszłości, w procesie polityki faktów dokonanych, stanie się filarem dla jego ostatecznej formy? Ta z kolei, jak pokazuje zaprezentowana analiza, niekoniecznie musi odpowiadać dzisiejszym wyobrażeniom i oczekiwaniom większości interesariuszy systemu opartego m.in. na fundamencie powszechności i daleko posuniętego egalitaryzmu.

Czas więc powrócić do zapisów ustawy o sieci szpitali, przywołać jej ducha będącego podstawą systemowych zmian w ochronie zdrowia. Odrzucić pokusę ręcznego sterowania systemem jako rutynowego sposobu odpowiedzi na doraźnie pojawiające się w nim problemy. A w jego miejsce wprowadzić właściwy parytet w sposobie finansowania głównych pozycji kosztów planu finansowego NFZ, odtworzyć warunki do stosowania jasnych i czytelnych reguł zarządzania w podmiotach leczniczych oraz uporządkować rynek pracy, odbudowując zakłócone dziś relacje pomiędzy pracownikami medycznymi a pracodawcami.