

Zmierzenie się z trudną rzeczywistością nie jest przyjemnym doświadczeniem. Aby tego uniknąć politycy i urzędnicy odpowiedzialni za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia prezentują kolejne pozorne pomysły. Albo ze świadomością, że one nic nie dadzą – i wtedy jest to cynizm, albo bez tej świadomości – a wtedy jest to niekompetencja. Nie wiadomo co gorsze.

W ostatnim czasie na szczególną uwagę zasługują dwie wypowiedzi.

W pierwszej, udzielonej pod koniec kwietnia dla Rynku Zdrowia Jakub Szulc, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia, podzielił się przemyśleniem, iż: *"Jestem gorącym zwolennikiem koncepcji zmiany liczby organów założycielskich z kilku względów. W sytuacji, w której mamy na terenie jednego województwa kilkadziesiąt organów tworzących, pierwsza trudność, jaka się pojawia, dotyczy zarządzania ofertą zdrowotną. Struktura i rozłożenie świadczeń nie są planowane w oparciu o realne potrzeby zdrowotne, a raczej ulegają tendencjom do tego, by pacjenci mieli zabezpieczonych jak najwięcej różnych usług zdrowotnych jak najbliżej miejsca zamieszkania. Prowadzenie działalności niezgodnej z lokalnymi mapami potrzeb zdrowotnych nieuchronnie prowadzi do konkurencji pomiędzy szpitalami. Efekt jest taki, że dyrektor szpitala zgadza się płacić wynagrodzenia personelowi medycznemu wyższe, niż go na to stać i po to, żeby utrzymać nierentowny oddział. Gdybyśmy mieli do czynienia z jednym organem tworzącym, np. wojewodą lub urzędem marszałkowskim, to byłibyśmy w stanie lepiej zarządzać strukturą świadczeń oraz kadra."*

W największym skrócie – centralizacja jest dobra na wszystko. Pozwala lepiej zaspokoić potrzeby obywateli w ramach posiadanych środków. Nie wiadomo tylko dlaczego w takim razie rozsypał się ustrój oparty na centralnym planowaniu. Ustrój panujący w kraju noszącym nazwę Polska Rzeczpospolita Ludowa.

Co równie ciekawe – o ile w wypowiedzi wiceprezesa NFZ jasno wybrzmiewa zarzut dotyczący braku odwagi po stronie lokalnych polityków to jakoś nie zakłada tego braku odwagi u polityków szczebla centralnego – a tej brakuje w jeszcze większym stopniu. To co się dzieje w ramach poszukiwania rozwiązań kryzysu systemu ochrony zdrowia jest tego najlepszym przykładem.

Jeśli jednak potrzeba bardziej dobitnego przykładu warto wczytać się w wyniki kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2003 roku (informacja opublikowana w 2004 roku). NIK stwierdził bowiem, że: *"Do czasu zakończenia kontroli nie został wprowadzony plan rozmieszczenia szpitali publicznych, do czego zobowiązywał Ministra art. 37 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zoz. Delegacji tej nie wykonali wszyscy kolejni Ministrowie Zdrowia od 1991 r. Podjęte prace zmierzające do zmiany powyższej delegacji ustawowej i wprowadzenia krajowej sieci szpitali również do czasu zakończenia kontroli nie zostały sfinalizowane."* W czasie gdy była możliwość uporządkowania lokalizacji szpitali – bo większość z nich podlegała pod jeden organ – nic nie zostało zrobione. Przez kilkanaście lat!

Analogicznie wyglądała sytuacja w odniesieniu do znacznie późniejszej sieci szpitali. Miała ona uporządkować sytuację, ale powstała nie jako odzwierciedlenie potrzeb, tylko właściwie inwentaryzacja stanu istniejącego. A Ministerstwo mogło się tutaj wykazać troską o racjonalność ekonomiczną. Zwyciężyła racjonalność polityczna, a właściwie nawet nie ona. Niechęć do podejmowania niepopularnych decyzji.

Jeśli więc przez dekady Ministerstwo Zdrowia pod rządami kolejnych ministrów – z prawa, lewa i z

centrum – nie podejmowało niepopularnych decyzji skąd nagle założenie, że teraz jest do tego gotowe?

Pozorność zaproponowanego przez wiceprezesa NFZ rozwiązania wynika jednak również z czegoś innego. Zaproponowane rozwiązanie miałyby sens, gdyby obecny kryzys systemu ochrony zdrowia wynikał w głównej mierze z niedostosowanej do potrzeb struktury szpitali. Tyle, że tak nie jest. Pierwotną przyczyną kryzysu jest zbyt niska wysokość składki zdrowotnej względem kosztów funkcjonowania systemu jako całości – przede wszystkim ze względu na czynniki, które już w tej chwili wymknęły się spod kontroli. Na to nakłada się nieefektywny sposób rozdziału istniejących środków – ale nie w ramach sugerowanej konkurencji szpitali między powiatami, tylko w całym systemie. Co więcej – jeśli już taka konkurencja się pojawia to często jest ona konsekwencją wadliwej wyceny poszczególnych świadczeń. Prowadzenie oddziałów niezbędnych do codziennego zabezpieczenia podstawowych potrzeb zdrowotnych jest wycenione zbyt nisko. Zamiast tego niektóre świadczenia są płacone z NFZ na poziomie zbyt wysokim. Cóż więc dziwnego w tym, że wszyscy się rzucają na to, aby te świadczenia realizować w ramach poprawiania swojej sytuacji? Bez rzetelnej wyceny – i to opartej nie na badaniu historycznych stawek, ale na praco- i kosztochłonności poszczególnych usług – tych patologii nie zmienimy.

Tak samo bez zmiany nieefektywnego systemu podstawowej opieki zdrowotnej, czy przeciwdziałaniu zjawiska drenowania rynku przez procedury wysokospecjalistyczne prowadzone w wybranych szpitalach prywatnych. O tym jednak mówi się mało. Łatwiej jest tworzyć iluzję powszechnej szczęśliwości w rękach rządu.

Albo szczegółowej kontroli szpitali przez rząd. Minister Sobierańska-Grenda w ostatnich dniach stwierdziła, że: *"przymierzamy się do tego, żeby określić procentową granicę budżetów szpitali, które są zakontraktowane w Narodowym Funduszu Zdrowia, bo mówimy tutaj o sytuacjach gospodarowania środkami publicznymi, żeby taką granicę postawić."* Dodała, że widzi, że: *"gdybyśmy powiedzieli o 60–70 procentach budżetu, to myślę, że szpitale by sobie z tym poradziły."*

Nowoczesne zarządzanie publiczne polega na tworzeniu takich bodźców ekonomicznych, aby promować racjonalne działania. Zejście do poziomu ręcznego sterowania wskaźnikami jest najbardziej dobitnym dowodem nie radzenia sobie z istniejącymi problemami. Zwłaszcza, gdy nie wiążą się one z jakimikolwiek narzędziami umożliwiającymi zachowanie narzucanego poziomu.