

Opieka zdrowotna – jak zreformować system?

rozmowa z posłem na Sejm RP, dr. Markiem Hokiem,
zastępcą przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia



Jak wiemy, w MZ pracuje się nad propozycjami zmian w systemie ochrony zdrowia – różne wady i problemy dość drastycznie obnażyła afera pod hasłem „szpital południowy”. W jakim kierunku pana zdaniem powinna pójść kuraacja „naprawcza”?

To, co się dzieje obecnie w szpitalach, faktycznie jest wynikiem braku poważnych systemowych zmian w zarządzaniu tymi placówkami – co powtarzam od wielu lat. Mamy bardzo rozdrobnioną opiekę szpitalną, mnóstwo tak zwanych podmiotów medycznych w postaci szpitali powiatowych, marszałkowskich, czyli wojewódzkich, klinicznych, miejskich (jak Szpital Południowy), MSW itd. – organami prowadzącymi te szpitale są różnorakie instytucje, w tym samorządy różnego szczebla. Moim celem jest przekonanie osób odpowiedzialnych za reformowanie służby zdrowia, że należy oddać decyzje odnośnie do funkcjonowania szpitalnictwa samorządom regionów. Jak już powiedziałem, w poszczególnych województwach organy prowadzące szpitale są bardzo różne, najczęściej to starostowie lub marszałkowie, poza tym mamy oczywiście szpitale kliniczne. Uważam, że każde województwo, każdy region, ma inną sytuację epidemiologiczną, sytuację demograficzną, inne zasoby kadry lekarskiej, pielęgniarskiej czy pozostałych zawodów medycznych – opiekę szpitalną powinno się więc dostosować do danego regionu. Warunek powodzenia zmiany jest taki, żeby jeden organ

prowadził i odpowiadał za wszystkie szpitale – według mnie powinien to być marszałek województwa, który miałby pod swoją opieką, zależnie od zasięgu działania i wielkości danego województwa, około trzydziestu-czterdziestu szpitali. Wtedy ten jedyny właściciel mógłby wreszcie doprowadzić do sytuacji, w której szpitale i poszczególne ich oddziały nie konkurowałyby ze sobą, ale współpracowały.

W jednym małym powiecie działają czasami dwa-trzy szpitale (bo starosta chce pokazać swoim mieszkańcom-wyborcom, że dba o ich potrzeby zdrowotne), czy ma sens, żeby w każdym takim szpitalu istniały bardzo specjalistyczne oddziały typu ortopedia, onkologia, neurochirurgia i tak dalej? Za tym idzie przecież potrzeba zatrudniania kadry medycznej – odpowiednich specjalistów, których w skali kraju nie mamy zbyt wielu, w związku z tym lekarze jeżdżą od szpitala do szpitala, od powiatu do powiatu; a powinni być wykorzystani w jednym szpitalu, za dobre wynagrodzenie, w określonym czasie pracy. Wtedy zyskałaby jakość obsługi medycznej, zyskałby pacjent.

Czy jednak wtedy pacjent nie byłby „przywiązany” do swojego województwa? Czy nie spowodowałoby to zablokowania możliwości wyboru placówki, do której pacjent ma większe zaufanie, gdzie na przykład jest krótsza kolejka itp.?

Uważam, że nie ma takiego niebezpieczeństwa. Dziś doskonale ośrodki wysokospecjalistyczne istnieją praktycznie w każdym województwie, są oczywiście znane centra onkologiczne na przykład w Warszawie, Gliwicach, w Bydgoszczy, ale każde większe miasto wojewódzkie ma takie centra na naprawdę odpowiednim poziomie. Dane województwo ma też swoją własną „mapę” potrzeb zdrowotnych, wie, jakich ma specjalistów, jakimi dysponuje oddziałami i jakie potrzeby ma populacja danego regionu. Jeżeli pewne usługi nie są dostępne na miejscu, to na pewno jest możliwość, żeby w innym regionie Polski specyficzne potrzeby pacjenta były zaspokojone. Myślę też, że tego typu sytuacje nie są częste, ponieważ – trzeba to powiedzieć – nasza medycyna, infrastruktura, dostęp do najbardziej zaawansowanej diagnostyki osiągają w chwili obecnej najwyższe standardy europejskie i światowe. Właściwie polski pacjent może skorzystać prawie ze wszystkiego, poza może jeszcze najnowszymi lekami onkologicznymi – kilka lat temu była to jedna trzecia leków z puli dostępnych pacjentom w zachodniej Europie, w tej chwili już mniej więcej dwie trzecie; naprawdę bardzo szybko „dobijamy” do średniej najbardziej rozwiniętych krajów Unii Europejskiej.

I jeszcze raz powiem: wykształcenie, wiedza, doświadczenie, umiejętności naszych lekarzy są bardzo wysokie, trzeba tylko „ogarnąć” sprawę działania szpitali. Nie chodzi o to, żeby je zamykać – wystarczy dobrze opracować siatkę potrzeb: jeżeli w danym województwie jest na przykład trzydzieści oddziałów chirurgii ogólnej, to może wystarczyłoby ich dwadzieścia, wykorzystujących dobrze fachową kadrę medyczną?

Brzmi przekonująco, ale nadal mam wątpliwość co do dostępu do konkretnych usług i badań diagnostycznych – można na internetowej stronie „NFZ-terminy leczenia” zobaczyć, jak duże są różnice czasu oczekiwania na niektóre badania lub wizyty u specjalistów z pewnych dziedzin między poszczególnymi miastami i województwami ...

To powinna rozwiązać centralna ogólnopolska rejestracja elektroniczna, która już częściowo jest dostępna. Mamy rzecz jasna ośrodki wykonujące bardzo specyficzne i wysoko specjalistyczne badania czy zabiegi, niedostępne w każdym województwie – w takim przypadku dany szpital powinien ustalić ze szpitalem

w innym regionie wykonanie procedury potrzebnej pacjentowi. Po to właśnie są szpitale o wysokim stopniu referencyjności.

Szpital powiatowy natomiast powinny wrócić do swoich podstawowych obowiązków, mieć podstawowe oddziały, takie jak interna, chirurgia, pediatria, OIOM, a resztę specjalistycznych procedur wykonywać w szpitalu trzydzieści-czterdzieści kilometrów dalej, dużym, specjalistycznym, zatrudniającym odpowiednią kadrę medyczną, mającym doskonale wyposażone bloki operacyjne.

No tak, „Da Vinci” nie może być na wyposażeniu każdego szpitala, to oczywiste...

Została podpisana ustawa, która umożliwi kontrolowanie zarobków lekarzy – czy z tego, co się wydarzyło wcześniej w Warszawie, i z tego, co uważa pan za potrzebne dla reformowania systemu, wynika, że należy skupiać się na zarobkach lekarzy, czy raczej zważać na to, ile czasu i gdzie pracują?

Powiem tak: gdyby się uregulowało rynek usług medycznych na poziomie regionów, nie byłoby potrzeby szukania za wszelką cenę najdroższych lekarzy do małych powiatowych szpitali – lekarze byłiby „wykorzystani” za normalne wynagrodzenie w jednym szpitalu, gdzie pracowaliby określoną i sprawdzalną liczbę godzin, sprzęt medyczny działałby przez dwadzieścia godzin na dobę, kontrola wynagrodzeń byłaby czymś naturalnie wynikającym z systemu pracy. Natomiast kontrola wynagrodzeń jako taka nie jest do końca zasadna – kwota dwustu czterdziestu złotych może wydawać się wysoka, ale jak dziś wiemy, zarobki lekarzy sięgały trzystu, nawet pięciuset złotych za godzinę. Trudno jednak porównywać lekarza młodego, który dopiero robi specjalizację, na przykład ze światowej klasy chirurgiem wykonującym bardzo rzadkie operacje.

...Na przykład operacje robotyczne...

Jest też takie ryzyko, że lekarze mający w tej chwili niższe wynagrodzenia przyjdą jako pierwsi do dyrektora szpitala, dopominając się o nową stawkę.

Ponadto te pieniądze, o których mówimy, są przeznaczone na wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, a około osiemdziesiąt procent personelu pracuje na umowach cywilnopraw-

nych, na kontraktach, dotyczy to również pielęgniarek. W takim wypadku pracownik medyczny sam ponosi koszty swojej działalności, wynajęcia gabinetu, obsługi księgowej itp. – dyrektor szpitala ma tu większą trudność z wyceną. Dalej: mamy zróżnicowanie między lekarzami, którzy odpowiadają za oddział, za cały szpital albo wchodzącymi dopiero na ścieżkę zawodową. Rewolucję finansów Narodowego Funduszu Zdrowia należałoby zacząć raczej od sposobu funkcjonowania całego systemu – wtedy wynagrodzenia uregulują się niejako samoczynnie.

„Skutek uboczny” (żeby nie powiedzieć „niepożądany”) jest taki, że pacjenci, opinia publiczna skupia się na kosztach, a nie na patologii w postaci nieuczciwości rozliczeń... (oczywiście znów chodzi o Szpital Południowy).

To są sprawy dla prokuratury. Kwestie dotyczące czasu pracy lekarza również są zapisane w aktualnych propozycjach ministerialnych – o tym niestety mniej słyszymy, bo temat jest mniej „chodliwy”.

Trzeba podkreślić, że środowisko lekarskie jak najbardziej opowiada się za uczciwą kontrolą czasu pracy – i to jest rzecz do opanowania w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę. Trudniej kontrolować lekarzy na umowach cywilnoprawnych, bo na to nie ma wpływu ani NFZ, ani Ministerstwo Zdrowia.

A nie można by wprowadzić odpowiednich zapisów w warunkach zawieranego kontraktu?

Wracam do tego, że jeżeli zostałyby uregulowana liczba oddziałów, szpitali, zatrudnionych pracowników medycznych, to nie byłoby podstawy, żeby jakkolwiek lekarz jeździł w ciągu tygodnia do dwóch-trzech szpitali – po prostu nie będzie tam potrzebny.

Często mówi się o tym, jak bardzo brakuje pieniędzy w systemie opieki zdrowotnej – sprawa ursynowska pokazała kolejny raz, że nie do końca o to chodzi, i nie ma tak dużych pieniędzy, których nie da się zmarnować, jeśli machinalnie system jest niewydolny czy nieudolny – jak osiągnąć lepszy nadzór, redystrybucję, lepszą kontrolę przepływu pieniędzy?

Komisja Zdrowia nie ma możliwości kreowania tego typu rozwiązań, możemy dyskutować nad propozycjami ze strony ministerstwa, ewentualnie opra-

cować jakiś projekt ustawowy poselski. Nie miałbym odpowiedzi na te pytania, chociaż uważam, że w dużej mierze pomogłaby taka zmiana, o jakiej tu mówię. W małych szpitalach powiatowych koszty osobowe sięgają osiemdziesięciu, czasami nawet więcej niż dziewięćdziesięciu procent wszystkich wydatków, stąd brak środków na zaspokojenie innych potrzeb...

Trzeba w tym miejscu również powiedzieć, że o ile do roku 2023 składka zdrowotna wystarczała na stu procentowe pokrycie wszystkich wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, to w roku 2024 było to dziewięćdziesiąt procent, a w roku 2025 składka pokrywała już tylko osiemdziesiąt procent wydatków. Przyczyny: inflacja, wynagrodzenia, wzrost kosztów utrzymania w szpitalu, wzrost cen wielu artykułów, do tego przyrost liczby osób starszych w stosunku do populacji i ogólny wzrost potrzeb opieki zdrowotnej. Kolejna przyczyna – jest wiele grup zawodowych, których przedstawiciele w ogóle składki nie płacą.

Trzeba dodać, że pracownicy administracji szpitalnej, a przede wszystkim pracownicy administracji Narodowego Funduszu Zdrowia, zarabiają naprawdę skromnie, dlatego coraz trudniej znaleźć ludzi kompetentnych i odpowiednio wykształconych, zwłaszcza tam, gdzie są potrzebni lekarze jako pracownicy niemedyczni, bo kwota sześć-siedem tysięcy złotych brutto nie jest konkurencyjna...

Na pewno warto też spojrzeć na sposób funkcjonowania SOR-ów, gdzie trafia zbyt wielu pacjentów, którzy nie kwalifikują się do tego rodzaju opieki i powinni być leczeni przez lekarzy rodzinnych. Pacjenci wolą pójść na SOR, niż skorzystać na przykład z opieki nocnej i świątecznej. Polska jest jedynym krajem w Europie, a chyba i na świecie, który na leczenie szpitalne wydaje ponad połowę swojego funduszu ochrony zdrowia – w innych krajach ta proporcja jest odwrotna, większość środków trafia do podstawowej opieki zdrowotnej, szpitale są na końcu listy.

Rozumiem, że nie ma pan jako poseł „mocy sprawczej”, ale podam jeden przykład: pacjentka niepełnosprawna, z orzeczeniem, używała przez jakiś czas wózka inwalidzkiego, teraz poprawiła się jej sprawność, ze swojego wózka nie korzysta – firma, która ma podpisany kontrakt z NFZ, przysłała drugi wózek (bo „przysługuje”). Mimo że pacjentka w rozmowie telefonicznej odmówiła, wózek

dowieziono, trudno. Kilka dni później, już „bez ostrzeżenia”, przywieziony zostaje... trzeci wózek. Tym razem kończy się awanturą i wózek wraca do „nadawcy”. Jak wiadomo, taki wózek może być dowolnie użyty, nawet sprzedany(!) przez osobę, która go – za darmo – od NFZ otrzymała. I jak to jest możliwe?

NFZ powinien mieć pion, który płaci za zaopatrzenie medyczne i który to kontroluje. Kiedyś działał centralny magazyn sprzętu rehabilitacyjnego, z którego – teoretycznie – powinno się wypożyczać wózki elektryczne, specjalne łóżka itp. Obecnie takie rozwiązanie nie istnieje. Realia są takie, że danej firmie

zależy, by jak najwięcej sprzętu sprzedać funduszowi. Słyszałem o ogłoszeniach w Internecie – pacjent dostaje sprzęt na własność i dalej może zrobić z nim, co zechce... A jak sprawić, żeby ta kontrola zadziałała? To pytanie do NFZ, jako poseł nie mam tu wiele do zrobienia.

Nie zabrzmiało to optymistycznie. Jak rozumiem, gdy do Komisji Zdrowia trafią już propozycje MZ, będzie miała więcej do powiedzenia...

Dziękuję Panu Posłowi za rozmowę.

rozmawiała: Grażyna Burzyńska