

Pacjent, lekarz, sieć szpitali i interesy

Jeśli się poddamy, to za parę lat kolejki do rodzinnych będą jeszcze większe.

Widzimy, że otwiera się przestrzeń. Dla kogo? Dla państwa. Bo kto ma pogodzić mnóstwo różnych interesów – mówi Piotr Bromber, szef lubuskiego NFZ

ROZMOWA Z
PIOTREM BROMBREM

p.o. dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze

ARTUR LUKASIEWICZ: Sieć szpitali rusza 1 października. Jak są przygotowane nasze lubuskie lecznice?

PIOTR BROMBER: Każdy ze szpitali musiał spełnić kryteria kwalifikacji. Wobec trzech - w Krośnie Odrzańskim, Lubuskim Centrum Ortopedii w Świebodzinie oraz Centrum Kardiochirurgii Medinet w Nowej Soli - wystąpiliśmy do ministra zdrowia z wnioskiem o pozytywną opinię, bo nie spełniały tych kryteriów. Znaleźliśmy jednak istotne argumenty za przyjęciem tych lecznic do sieci. I taką pozytywną opinię dostaliśmy. W przypadku Krosna, co warto zaznaczyć, było to na wyraźną prośbę zarządu powiatu krośnieńskiego.

Szpitale muszą być gotowe do funkcjonowania w sieci. W tej chwili zakończyliśmy ustalanie warunków finansowych. Jak donosiły media, najdłużej rozmawialiśmy ze szpitalem w Krośnie. Głównym problemem była historia działalności tej lecznicy i wynegocjowanie stawek ryczałtu za świadczenia, co trwało dłużej. Bierzemy pod uwagę kontrakty i nadwykonania. W kontekście tej sytuacji zawsze podkreślałem, iż jesteśmy otwarci na rozmowy merytoryczne. Nie sztuka jest podjąć taką a nie inną decyzję. Wyzwaniem jest ponieść odpowiedzialność, czyli zmierzyć się z konsekwencjami. To dotyczy nie tylko tej sytuacji.

Spokojnie więc czekamy na 1 października. Istotnym podkreśleniem jest, iż nie zaszło dużo zmian w sprawie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. A to jedno z ważniejszych założeń wprowadzenia sieci. Opieka nocna ma być przy szpitalach. Jedynie w Gorzowie zmienia się świadczeniodawca i lokalizacja. Ta opieka znajduje się w szpitalu przy ul. Dekerta. Z nocną opieką nie mamy kłopotów, bo można powiedzieć, wyprzedzaliśmy dzisiejsze trendy. Tego typu opieka od kilkunastu lat w Lubuskim funkcjonowała przy szpitalach, wyjątkiem były lecznice w Gorzowie i Zielonej Górze.

Wcześniej było słyhać obawy szefów szpitali, czy uda się w październiku zacząć wszystko od zera, bez obciążeń za nadwykonania. Czy finanse są uregulowane?

To się dzieje. Jesteśmy na etapie zwiększenia o kilkanaście, a wkrótce będzie to już kilkadziesiąt milionów

ARCH. NFZ



Piotr Bromber

złotych wartości umów. Dotyczy to w pierwszej kolejności umów na oddziały dziecięcych: chirurgii, neurologii, urologii czy pediatrii. W następnej kolejności zwiększyliśmy umowy w zakresie chorób wewnętrznych. Warto zauważyć, że jeszcze kilka lat temu oddziały chorób wewnętrznych nie były dobrze dofinansowane. Teraz, z racji widocznego starzenia się społeczeństwa, powinniśmy zrewidować podejście do interny. Z prognoz demograficznych wynika, że to będą najbardziej obłożone oddziały w szpitalach. Wyż demograficzny z lat 50. wchodzi właśnie w okres 65 plus. Przyjmuje się, że osoby po sześćdziesiątce w największej części partycypują w kosztach leczenia. Dlatego zwiększyliśmy wartość umów. Zwiększyliśmy też umowy w zakresie chirurgii ogólnej, intensywnej terapii, hematologii, onkologii, kardiologii, ortopedii, a głównie na endoprotezy, okulistyce - zwłaszcza w leczeniu zaćmy. Do tego więcej pieniędzy będzie na kosztochłonne badania - tomograf, rezonans, kolonoskopię i gastrokopię. Idziemy w tym kierunku, by lubuskie szpitale płynnie weszły w czwarty kwartał, już w sieci.

Ostatnio minister zdrowia zapowiedział dodatkowe duże pieniądze na endoprotezy, leczenie stawów i zaćmy. W jaki sposób nasze szpitale będą mogły skorzystać?

Już korzystają. To ten wzrost nakładów, o których mówię, widoczny w zawieranych umowach. Jesteśmy po rozmowach ze szpitalami. Wiemy, ile mogą zrobić więcej zabiegów, operacji i badań. A my musimy wiedzieć, za co zapłacimy. Gdzie są najdłuższe kolejki?

Zdecydowanie na zabiegi usunięcia zaćmy i w zakresie endoprotez. W Świebodzinie na wymianę stawów biodrowego czy kolanowego można czekać kilka lat.

Bo to wszystko nie jest takie proste. Nie zależy to tylko od pieniędzy, ale także od potencjału kadry lekarskiej. Dyrektorzy szpitali czy prezesi spółek muszą realnie ocenić potencjał kadrowy. Że mogą zrobić tyle a nie więcej. U nas da się zaobserwować dwa typy szpitali. Jedne są bardziej elastyczne, mogą zwiększać liczbę zabiegów i operacji. I są w stanie to robić. A druga grupa jest w stanie tylko minimalnie powiększyć zakres swoich świadczeń. Są przy kresie swojego potencjału lekarskiego, sprzętowego, wykorzystania bloków operacyjnych.

Jak na tle innych regionów wygląda Lubuskie, jeśli chodzi o specjalistów.

Nie za dobrze. Średnia liczba pacjentów na tysiąc mieszkańców w woj. lubuskim jest jedną z najniższych w kraju. To rezultat wielu lat. Myślę, że błędem było pójście w kierunku mnożenia specjalizacji. Dużo się teraz mówi o odwróceniu trendu. Obecnie młodzi koncentrują się na wybranych procedurach. Mając specjalizację, np. z ortopedii, starają się jeszcze bardziej ją zawęzić. Jeden specjalizuje się w łokciach, inny w kolanach. I koniec.



Państwo musi to koordynować, skoro mamy mnóstwo interesów i interesariuszy

Wielu lekarzy powie, że do tego zmierza się w świecie. Niech lekarz specjalista jest wybitny w jednym wycinku dziedziny. Ktoś, kto jest dobry w naprawianiu stawu biodrowego, niech skupi się tylko na tym.

Wiem, rzeczywiście takie tendencje na świecie są. Jednak uważam, że przy naszym potencjale kadrowym bardzo nas to ogranicza. Bo z jednej strony mamy dużo wąskich specjalizacji, a z drugiej dążymy do jeszcze węższych. Z punktu widzenia państwa, odpowiedzialnego za politykę zdrowotną i realizacji stawianych celów, jest to złe rozwiązanie.

Czego chce państwo, wprowadzając sieć?

Sieć jest jednym instrumentem w realizacji zakładanych celów. Pamiętajmy, iż w obszarze ochrony zdrowia mogą być realizowane różne cele: społeczne, polityczne, ekonomiczne. Mamy mnóstwo interesariuszy. Pacjentów indywidualnych, ale i organizacji ich reprezentujących. Mamy płatnika. W naszych realiach NFZ, ale może być inny. Płatnik musi być. Dochodzą farmaceuci, pielęgniarki, lekarze i ich organizacje. W systemie

działają prezesi spółek, dyrektorzy szpitali i przychodni. Chcą, by system dostrzegał ich interesy. Politykę zdrowotną chcą też kreować samorządowcy. I mamy też przedsiębiorców, którzy uznali, że zdrowie to także biznes. Pamiętajmy, że w skali kraju my rocznie wydajemy przeszło 80 miliardów. Kolejnych kilkadziesiąt w prywatnej służbie zdrowia. Skala ekonomiczna jest ogromna.

Te różne cele i interesy otwierają przestrzeń dla państwa, które musi określić, dokąd zmierza. Wprowadzenie sieci jest niczym innym jak wpisaniem się państwa w tę przestrzeń. Ktoś musi to koordynować, skoro mamy mnóstwo interesów i interesariuszy. Ktoś musi to sprowadzać do wspólnego mianownika. Istnieją oczywiście koncepcje, że ureguluje to wolny rynek. Udowodniono w badaniach i opisano, że to się nie sprawdza. Udowodniono też, że brak wolnego rynku w służbie zdrowia miał fatalne skutki.

Tylko że wolny rynek w pełnej postaci w tej dziedzinie nie istnieje, choćby ze względu na ilość interesariuszy. I nie ma możliwości, by państwo zrezygnowało ze swojej roli. Sieć jest wyjściem naprzeciw. Przecież nie wszyscy interesariusze muszą działać w interesie wszystkich. Stąd dochodzi do interwencji państwa, choć to słowo mało popularne. Zapytam się jako pacjent interesariusz. Najprostsza rzecz. Człowiek skreśla kostkę i trafia wieczorem do szpitala, tam dostaje skierowanie do ortopedy z dopiskiem „pilne”. W przychodni dowiaduje się, że „pilne” oznacza wizytę za dwa tygodnie. Co ma sobie myśleć? Przecież „pilne” znaczy szybko.

Dokładnie. Tłumaczę, dlaczego tak jest. Duża część pacjentów, idąc do lekarza, wymusza na nim: proszę napisać „pilne”, muszę się szybciej dostać. Gdy robi tak duża część, pilność się deprecjonuje. Rzeczywistość nie nadąża. Niestety, tutaj ważne, by lekarz, stawiając diagnozę, nie wchodził w taki dyskurs z pacjentem. A tak często się dzieje, to są takie a nie inne praktyki.

Zaczęliśmy od roli państwa, a doszliśmy do świadomości pacjenta. Bardzo ważna jest jego postawa. To zjawisko nadużywania swoich praw. Sam odczuwam niedosyt, że za mało jeszcze robimy, by kształtować świadomość pacjenta.

Druga strona medalu świata interesów w medycynie. Czytamy w mediach o lekarzach, którzy dostają zawołów na dyżurach trwających po dwa dni, a nawet przypadkach śmierci z przepracowania. Czytamy o buncie rezydentów. Lekarze mówią, że lata pracy w takich warunkach zmienia ich nastawienie. Są nieczuli, szorstcy w obyciu, obojętnieją. Interesy lekarza i pacjenta zaczynają się rozmiącać.

I widzi pan, znowu wracamy do tej przestrzeni dla państwa. Ci, którzy je kontestują, kompletnie nie trafiają w sedno. Bo kto ma uregulować tę przestrzeń dla pacjenta i lekarza? Nie robi tego moim zdaniem wolny rynek. To jest rola państwa. A mechanizm wolnego rynku może być jednym z instrumentów osiągania celów.

Jak państwo może albo ma zamiar to zrobić?

Trochę poteoretyzuję. Zastanówmy się nad argumentami za interwencją państwa. Na pewno zdrowie jest dobrem, nie tylko indywidualnym, ale także publicznym. Wbrew pozorom to, jak ja się prowadzę, nie jest tylko moją sprawą, ale i publiczną. Bo państwo wydatkuje pieniądze, bym żył w zdrowiu i żeby ono też zyskiwało. Tyle że w Polsce dyskusja o tym, czym jest to dobro, jest marginalna. Utarło się przekonanie, że jak jest prywatne, to jest fajne, prywatny bank lepiej działa niż państwowy. A jak jest publiczne, to może gorzej działać? Tak jest stereotyp. Rozumiem nasze pokolenie, po doświadczeniach innej epoki, skażeniu z lat 70. i 80., może tak jeszcze myśleć. Młodsze pokolenie nie ma tych zaszłości, a z trudem mu przychodzi myśleć w kategoriach dobra publicznego. Rozumieć indywidualne i społeczne.

Dobrym argumentem za interwencją państwa jest niepewność pacjenta. On nie może być zostawiony samemu sobie. Kolejna sprawa to dostępność do lekarza. Mówi o tym konstytucja w art. 68. Rolą państwa jest uregulować równy dostęp. W tym celu dobierać instrumenty i mechanizmy.

Po ilu latach zweryfikujemy, czy sieć szpitali sprawdza się w praktyce? W regionie, w powiatach. Można z sieci wypaść?

Można wypaść. Sieć w obecnym kształcie jest na niespełna cztery lata. Będziemy mądrzejsi o doświadczenie, zadziałają sprzężenie zwrotne. Żeby zrewidować, musimy wiedzieć, jak to działa.

To podejście stosujemy szerzej. Musimy wiedzieć, co się dzieje ze zdrowiem pacjenta, by zareagować. Bo wobec kogo w pierwszej kolejności pacjent zgłasza oczekiwania? Nie wobec siebie, rodziny, ale państwa. Oczekuje pomocy. Jeśli państwo ma ponosić odpowiedzialność za Kowalskiego, musi mieć mocne instrumenty wpływu na rzeczywistość.

Jeśli mamy problem z lekarzami, podejmujemy konkretne działania. By mieć ich więcej, jak wydajniej kształcić, czy ułatwiać im zdobywanie specjalizacji. Spójrzmy na POZ. Mamy ewidentny deficyt lekarzy rodzinnych. Młodzi nie chcą specjalizować się w tym zakresie.

Typowy obrazek. Człowiek budzi się z zapaleniem gardła czy oskrzeli. Idzie do lekarza rodzinnego w swojej przychodni i słyszy w okienku: wizyta za trzy dni lub tydzień. Wtedy idzie do apteki i kupuje tonę lekarstw bez recepty.

I to jest duży problem. Ale podejźmy do tego bez emocji. To wynika z tego, o czym wspominałem, braku lekarzy rodzinnych. Starzeją się, idą na emeryturę. Więc państwo musi reagować, zachęcać młodych ludzi, by się specjalizowali w tym kierunku. Jeśli się poddamy, wyjdziemy z założenia, że jakoś samo się to rozwiąże, to za parę lat kolejki do rodzinnych będą jeszcze większe. Widzimy, że znowu otwiera się przestrzeń. Dla kogo? Dla państwa. Bo kto ma pogodzić mnóstwo różnych interesów.

ROZMAWIAŁ ARTUR LUKASIEWICZ