

Wolfgang Rieger  
Z punktu widzenia menedżera

Dlaczego ten temat?

W Republice Federalnej Niemiec żyjemy obecnie w nigdy wcześniej nie spotykanym dobrobycie. Jednocześnie wielu ma wrażenie, że spada poczucie solidarności i zwiększa się wykluczanie ludzi. Ważną rolę odgrywa tu publiczna dyskusja na temat, jak i w jakim zakresie można jeszcze zachować państwo socjalne lat 70-tych, 80-tych i 90-tych dwudziestego wieku, czy nie należy zrezygnować z czegoś lub czy nie należy pozostawić indywidualnej przezorności ludzi ich losu.

Pracownicy sektora socjalnego, zwłaszcza u nas w psychiatrii, są zdania, że dostrzegają istotne zmiany w codzienności zawodowej. Rozprzestrzenia się rosnąca ekonomizacja, która dotyczy wszystkich obszarów naszej pracy. Próby bronienia się przed tym wydają się naiwne i beznadziejne, szerzy się paraliżujące poczucie bezradności. Ale czy rzeczywiście tak jest? Co z tych wszystkich odczuć jest wynikiem medialnego "mainstream", co jest racjonalnie sprawdzalną wiedzą?

Polityka budżetowa a polityka socjalna

Najpierw ważne jest ustalenie punktów, według których rozwijała się psychiatria w ciągu ostatnich 30 lat po przeprowadzeniu ankiety psychiatrycznej w roku 1975 w Niemczech. W krajobrazie niemieckiej psychiatrii wyraźnie widoczne są z jednej strony, tzw. szpitale specjalistyczne, które w niewielu miejscach w 16 landach świadczyły usługi psychiatryczne każdorazowo dla dużego rejonu, często w oddaleniu od środowiska i wyłącznie stacjonarnie. Z drugiej strony, są oddziały psychiatryczne, dysponujące liczbą łóżek między 80 a 100 i zajmujące się leczeniem wszystkich przypadków schorzeń psychiatrycznych małego rejonu jako oddziały somatycznych szpitali ogólnych. Oba typy zaspokajają potrzeby po ok. 50% ogółu ludności.

Finansowaniem szpitali specjalistycznych zajmuje się w większości przypadków dany land (kraj związkowy), np. Badenia-Wirtembergia czy Hesja. Sporadycznie działają tu również organizacje pożytku publicznego (kościół, fundacje), w kilku landach pojedyncze związki regionalne jak Landschaftverbände (korporacje krajowe) (Nadrenia-Westfalia) lub okręgi (powiaty) (Bawaria) są publicznymi płatnikami dla szpitali psychiatrycznych.

Pod wpływem wybitnie społecznego podejścia ostatnich dziesięcioleci końca XX wieku, jak również gorzkich doświadczeń Niemców z grzechami psychiatrii okresu nazizmu, było sprawą bezdyskusyjną, że po Ankiecie psychiatrycznej w roku 1975 polityka psychiatryczna miała w polityce społecznej krajów związkowych wysoką rangę. Polityka w żadnym wypadku nie chciała zasłużyć na zarzut niehumanitarnego obchodzenia się z tym delikatnym tematem. Polityka społeczna formułowała fachowe wymagania, np. jako standart jakościowy Psychiatrie - Personalverordnung (zarządzenie w sprawie personelu psychiatrycznego), w którym ustalono, ilu pracowników, przypadających na ilu pacjentów, muszą opłacać kasy chorych. Również związane z budownictwem wymagania psychiatrów były przyjmowane w ramach budżetów landów bez większych protestów. Psychiatria społeczna sformułowała następujące żądania:

- Najpierw ambulatoryjnie - potem stacjonarnie!
- Najpierw blisko - potem z dala od środowiska!

Ten pełen optymizmu i rozmachu okres cechował niemiecką psychiatrię do połowy lat dziewięćdziesiątych ostatniego stulecia, na konferencjach psychiatrycznych różne instytucje przedstawiały projekt za projektem, w których wykazywano swój udział w tym "mainstream",

polityka lśniła nowootwieranymi klinikami dziennymi i publikacjami prasowymi, które podkreślały odpowiedzialność danego rządu.

Od połowy lat dziewięćdziesiątych przyszło w polityce przebudzenie związane z pytaniem, na ile to wszystko należy finansować. Globalizacja gospodarki wskutek boomu internetu i telefonii komórkowej czyniła ogromne postępy, w Niemczech z coraz większą prędkością zmniejszała się liczba miejsc pracy, zaczynało brakować pieniędzy w służbie zdrowia, ale też i w budżetach publicznych. Środki, przydzielane psychiatrii, czy to przez kasy chorych na bieżące koszty leczenia, czy to przez publiczne budżety na koszty inwestycyjne, były z roku na rok zmniejszane. Prymat miała i ma do dziś konsolidacja budżetów, tzn. redukcja długów sfery publicznej przez zmniejszenie środków na potrzeby bieżące.

Finansujący instytucje psychiatryczne reagowali różnie. Jedni nie robili nic poza racjonowaniem budżetów wszystkich obszarów szpitali i domów opieki według metody "strzyżenia trawnika". W rezultacie zredukowano zarówno pieniądze na personel, który bezpośrednio zajmuje się pacjentami, a więc na lekarzy, innych terapeutów i pielęgniarki, jak i ograniczono środki budżetowe w obszarze infrastruktury. Inni płatnicy próbowali postępować bardziej inteligentnie. Przypomnieli sobie, że brak zysków jest standardowym problemem wolnej gospodarki, a jej menedżerowie są przyzwyczajeni do radzenia sobie z tymi problemami. Zatrudniano więc więcej menedżerów szpitali z innych branż, których naturalnie w psychiatrii poprzedzała od razu sława kapitalistycznych pomnażaczy zysku i - jak mówiono - w ten sposób nastąpi koniec etycznych i socjalnych dążeń polityki psychiatrycznej.

Zasada ekonomiczna

We współpracujących organizacjach psychiatrycznych rozgorzała więc dyskusja o tym, czy da się świadczyć usługi psychiatryczne, rezygnując z zasad etycznych. Twierdzono i do dziś częściowo nadal się twierdzi, że działania ekonomiczne dla dobra "organizacji" są możliwe zawsze tylko na koszt innych, mianowicie na koszt pacjentów i mieszkańców domów opieki oraz pracowników. Oczywistym tłem jest tu ocena szeroko rozpowszechniona wśród pracowników placówek psychiatrycznych, która utożsamia pojęcia "ekonomia" z pojęciami takimi jak maksymalizacja zysków, kapitalizm manchesterski itp.

Ekonomista natomiast zwraca uwagę na to, że "działania ekonomiczne" wg podstawowych zasad ekonomicznych w zupełności nie podlegają wartościowaniu (ocenom moralnym).

Działanie ekonomiczne oznacza:

"osiągnięcie możliwie największego zysku przy pomocy danych środków"

lub też na odwrót

"osiągnięcie zakładanego zysku przy pomocy możliwie najmniejszych środków."

Chodzi więc o to, żeby zaopatrzyć pojęcie zysku w skalę wartości, która umożliwi przyporządkowanie stopnia osiągnięcia celu, takich jak mały zysk, wysoki zysk, bardzo wysoki zysk, różnorodnym scenariuszom działania. W przypadku wolnej gospodarki jest to stosunkowo proste: zysk jest mierzony pieniędzmi i czym więcej pieniędzy średnio- czy długoterminowo się zarabia, tym większy jest zysk. Jednakże placówki psychiatryczne są często przedsiębiorstwami "non - profit". Ich celem z definicji nie jest wypracowywanie zysków finansowych. Pieniądze stanowią tu tylko warunki ramowe, których granice ustala dany przez społeczeństwo do dyspozycji budżet psychiatryczny, a więc płatności z kas chorych czy pielęgnacyjnych, z instytucji finansujących opiekę społeczną i od państwa w postaci subwencji. W tych ramach chodzi o "osiągnięcie możliwie największego zysku przy pomocy danych środków".

Zysku w psychiatrii nie da się zmierzyć jednowymiarowo jak w wolnej gospodarce przy pomocy pieniędzy. Psychiatria może tylko porównywać ze sobą różne scenariusze działania i oceniać je z pomocą ekspertów pod względem zysku.

Tak więc jedną alternatywą może być leczenie pacjentów w dużym szpitalu położonym centralnie w danym regionie, przy zastosowaniu jednakże drogich leków, jak neuroleptyki atypowe czy drogiej diagnostyki, np. własnej tomografii rezonansu magnetycznego. Inną alternatywą byłoby prowadzenie za te same pieniądze w różnych miejscach ambulatoriów i klinik dziennych, lokalnie, obok mniejszej centrali. Tylko grupa ekspertów zaznajomionych z potrzebami pacjentów może ocenić, w którym z obu tych przypadków większe korzyści odnosi pacjent. Ekonomista wybiera tu alternatywę obiecującą większy zysk. Naturalnie taki sposób myślenia jako zasada zasługuje na zainteresowanie dopiero wtedy, gdy nie chodzi o tego typu trywialne alternatywy działania, lecz gdy przedmiotem działania staje się złożony świat psychiatrii

z pacjentami w ostrym lub przewlekłym stadium schizofrenii, ze schorzeniami gerontopsychiatrycznymi, z uzależnieniami lub też ze schorzeniami psychosomatycznymi. Tu faktycznie potrzebny jest ekonomista, przyzwyczajony do tego, by środkami strategicznego i operatywnego planowania, budżetem, ustalaniem kosztów i podobnymi instrumentami wprowadzić porządek w alternatywne możliwości działań psychiatrii. Jak już powiedziałem, jest to możliwe tylko wtedy, gdy podczas szacowania stopnia osiągnięcia celu odnośnie zysku wspierają go psychiatrzy, pacjenci i grupy terapeutyczne, grupy krewnych pacjentów i inni. Zysk w psychiatrii może być oszacowany tylko przez taki kolektyw.

W tym kontekście staje się również jasne, jak płynne i mało dokładne jest dla ekonomisty pojęcie "społeczny" (więź społeczna), pojawiające się w tytule tej rozprawy. Czy konstelacja działań psychiatrycznych jest "społeczna", da się ocenić zawsze tylko z pomocą hierarchii wartości poszczególnych osób lub grup.

Oczywiście proces ekonomicznego działania w psychiatrii jest zawsze włączony w normalny cykl PDCA (Plan-Do-Check-Act lub koło Deminga) zarządzania jakością.

Ramy tworzą misja oraz wizja przedsiębiorstwa, ściśle związane z fundamentalnymi wartościami przedsiębiorstwa (core values). Wewnątrz tych ram ma miejsce strategiczne i operatywne planowanie działań psychiatrycznych (planning), po którym następuje faza realizacji w ciągu roku (doing), której towarzyszy ciągły controlling tych aktywności i odpowiednie korekty (acting).

Podsumowując ten fragment trzeba stwierdzić: działania oszczędnościowe, które za pomocą cięć budżetowych różnych instytucji finansujących i budżetów publicznych określają zakres działań psychiatrycznych, nie mają w pierwszym rzędzie nic wspólnego z ekonomią, lecz są wyrazami woli politycznej. Dla ekonomisty każdorazowa kwota pieniężna stanowi dane, w których ramach zgodnie z nie podlegającą wartościowaniu zasadą ekonomiczną należy określić możliwie największy zysk.

Ocena (oszacowanie) zysku

i przekształcenia

w Południowowirtembergischen Centrach Psychiatrycznych (Südwürttembergischen Zentren für Psychiatrie (SWZ))

Jak wcześniej opisałem, proces szacowania zysku rozkłada się na różne płaszczyzny.

Najpierw dla całego przedsiębiorstwa opracowana została misja naszej pracy z czterema żądaniami podstawowymi:

- Pacjenci: "Przezwycięzać kryzysy - mieć wpływ na kształt życia!"
- Struktura: "Najpierw ambulatoryjnie - potem stacjonarnie!"??
- Struktura: "Najpierw blisko - potem w z dala od środowiska!"??
- Finanse: "Nieuwzględnianie gwarancji płatniczych!"

Ponadto obowiązują trzy fundamentalne wartości (zasady) przedsiębiorstwa:

- Możliwie najlepsze traktowanie i opieka nad naszymi pacjentami i mieszkańcami

- Socjalne bezpieczeństwo pracowników
- Użycie rezerw zgodnie z ekonomicznymi zasadami

Następny stopień to rozwój wizji, jak

z uwzględnieniem misji ma za x lat wyglądać przedsiębiorstwo jako struktura opieki:

- Placówki leczenia mają być bliskie i dostępne. Jednostki
  - wg koncepcji satelitarnej
  - jako kliniki dzienne
  - jako przychodnie

powinny występować w każdym powiecie 1 - 2-krotnie

- Leczenie powinno być obszerne (wyczerpujące). Następuje to przez

- Specjalizację poszczególnych stacjonarnych placówek

- a więc depresja, odwyk od narkotyków, soteria, epilepsja..

- Przykładem jest koncepcja SINOVA

w psychoterapii (dzięki czemu przewyższamy w Niemczech dyskusję na temat kształtowania się stosunku psychoterapii do psychiatrii)

- Leczenie powinno być powiązane. Odbywa się to przez

- Rozbudowę komplementarnych ofert opieki (w dziedzinach mieszkanie, praca, struktura dnia...) we wszystkich okręgach

- tworzenie gminnych ośrodków (centrów) psychiatrycznych w okręgach

- powiązanie z istniejącymi ofertami na zasadzie współdziałania, umów i wiążących kooperacji

- Działania medyczne powinny być prowadzone na bazie aktualnego stanu wiedzy.

Wychodząc z tych założeń stworzyliśmy właśnie w południowej Wirttembergii obok dawno zlokalizowanych dużych szpitali ("Landeskrankenhäuser") Ravensburg-Weissenau, Bad Schussenried i Zwiefalten znaczną liczbę decentralnych placówek.

Likwidację łóżek w starych centralnych szpitalach uwidacznia następująca tabela:

Oprócz obszernych zmian w procesach pracy konieczne były także poważne środki finansowe, żeby budować kliniki dzienne

i satelitarne, żeby wynajmować mieszkania własnościowe i domy z przeznaczeniem na zdecentralizowane domy opieki, żeby współpracować z gminnymi ośrodkami psychiatrycznymi. Jak to osiągnęliśmy?

Pomocne w finansowaniu były następujące zasady:

- Budujemy tylko wtedy, gdyby istniejące stare oddziały wymagały renowacji
- Próbuje raczej korzystniej wynająć niż samodzielnie drogo budować.
- Wykupujemy po rynkowych, tzn. korzystnych cenach niepotrzebne (nieużywane) kliniki, hotele itp.

- Jeśli już budujemy, to budujemy jakościowo pod względem architektonicznym, ale rezygnujemy ze "złotych klamek"

Dzięki temu udało nam się nawet mimo zmniejszanych w ostatnich 10 latach subwencji landu zrealizować naszą wizję w 95%.

Placówki psychiatryczne non-profit

i placówki nastawione na osiągnięcie zysku z ekonomicznego punktu widzenia

Chciałbym jeszcze coś powiedzieć o stosunku zakładów non-profit do zakładów

nastawionych na zysk w psychiatrii. Wydaje mi się to być ważnym, jeśli chodzi o realizację etycznych i społecznych celów. W poprzednich akapitach wyszliśmy z założenia, że zakłady psychiatryczne są organizacjami non-profit, a więc wg niemieckiego prawa podatkowego przedsiębiorstwami pożytku publicznego. Takie przedsiębiorstwa nie muszą w Niemczech płacić podatków, ale są zobowiązane do zapewnienia kadrom zarządzającym stosownego wynagrodzenia i odprowadzania ewentualnych zysków w ciągu 2 lat do obszaru pożytku publicznego. Właściciel nie może czerpać z przedsiębiorstwa żadnych zysków.

W takich przedsiębiorstwach jest nieistotne, czy właścicielem jest instytucja publiczna czy prywatny płatnik. Obie formy mają te same warunki rynkowe, jeśli chodzi o instytucje finansujące, obie otrzymują bądź nie otrzymują subwencji z budżetów publicznych. Tym samym również korzyść dla pacjentów powinna być taka sama, niezależnie od właściciela. Inaczej sprawy się mają, gdy placówka psychiatryczna jest przedsiębiorstwem przynoszącym zyski, a więc w Niemczech nie jest zakwalifikowana do organizacji pożytku publicznego. W tym przypadku właściciel oczekuje obok normalnych odsetek bankowych za finansowany z kredytów bankowych majątek trwały również mniej lub bardziej stosownego oprocentowania swojego zainwestowanego kapitału jak również wyrównania swojego ryzyka. Dopóki ewentualne roszczenia względem oprocentowania w wysokości ustalonej przez bank odnoszą się tylko do sfinansowanego przez właściciela majątku trwałego, nie wynikają z tego żadne problemy dla codziennego funkcjonowania i finansowania placówki psychiatrycznej. Problemy, a co za tym idzie ograniczenie warunków ramowych pracy placówki psychiatrycznej wynikają, gdy

- a) oprócz majątku trwałego trzeba refinansować niematerialną wartość firmy, tzn. gdy przy nabyciu placówki została zapłacona cena kupna przekraczająca faktyczną wartość przedsiębiorstwa,
- b) spodziewane odsetki za zainwestowany w majątek trwały kapitał właściciela przekraczają normalne odsetki bankowe
- c) spółka akcyjna jako właściciel musi pracować zgodnie z koncepcją shareholder-value, tzn. chce osiągać maksymalne zyski w celu podniesienia kursu akcji,
- d) zakład psychiatryczny jest nabyty przez organizację private-equity na bazie strategii exit (a więc planowanego wycofania się z działalności po kilku latach) w celu podwyższenia wartości.

We wszystkich tych przypadkach jest do dyspozycji znacznie mniej środków przeznaczonych na pracę psychiatryczną niż w przyp. równie dobrze gospodarującego przedsiębiorstwa non-profit. Z ekonomicznego punktu widzenia oznacza to, że ramy środków finansowych są wyraźnie węższe, a co za tym idzie korzyści dla pacjentów muszą być wewnątrzsystemowo (wyraźnie) mniejsze.