

Pięty achillesowe polskiej opieki zdrowotnej



Z głową w piasku

Szybkimi krokami zbliżają się wybory prezydenckie, a mówiąc po staropolsku – parlamentarne za pasem. Jest to naturalny czas podsumowań i planów na przyszłość. Niestety, poza niektórymi wypowiedziami Andrzeja Dudy pozostali kandydaci na urząd prezydenta niewiele mają do powiedzenia na temat ochrony zdrowia i wolą nie wchodzić na grząski grunt. Jest to może wygodne dla nich, ale na pewno niedobre dla Polski.

Czytelnicy „Menedżera Zdrowia” doskonale się orientują, że obecny rok i przypadające w nim wybory są być może ostatnią szansą naprawy dramatycznej sytuacji w polskiej służbie zdrowia, uchronienia jej przed totalną katastrofą. Mamy świadomość, że jeżeli i ten rok spisujemy na straty, to mogą one być nie do odrobienia.

Plan Arłukowicza

Spójrzmy na ten problem, cofając się do materiałów PAP z konferencji w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów 22 października 2012 r., kiedy minister Arłukowicz zapowiedział swoją słynną reorganizację systemu świadczeń zdrowotnych w 5 krokach.

Dotyczyła ona:

- 1) likwidacji centrali NFZ,
- 2) wzmocnienia niezależności i kompetencji oddziałów regionalnych NFZ,
- 3) likwidacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oraz Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJOZ) w Krakowie,
- 4) wprowadzenia elektronicznej karty pacjenta od 1 stycznia 2014 r.,
- 5) wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń.

Minister zapowiedział wówczas, że założenia do projektu ustawy o likwidacji centrali NFZ mają być gotowe na przełomie lat 2012/2013, a zdecentralizowany NFZ ma nadal pozostać tylko płatnikiem podejmującym konkurencję z wprowadzonymi na rynek płatnikami prywatnymi.

Zaproponował także (po przekształceniu centrali NFZ) stworzenie niezależnej agencji, której zadaniem będzie nadzór nad sposobem wydawania pieniędzy, jakością i niezależną wyceną procedur. Uzasadniając konieczność likwidacji centrali NFZ, minister mówił, że „obecnie urzędnicy z Warszawy decydują, jak leczyć w Szklarskiej Porębie lub w Piszcu”. Jak tłumaczył, zależy mu na tym, by to „regiony mogły decydować, które dziedziny medycyny są dla nich najważniejsze” (mapy potrzeb zdrowotnych).

Mówiąc o zwiększeniu kompetencji oddziałów regionalnych NFZ i wojewodów, wykorzystujących w przyszłości narzędzie, jakim stałyby się tzw. mapy zdrowotne, minister wyjaśnił, że chodzi także o zmianę mechanizmu rejestracji podmiotów leczniczych i zapobieganie sytuacji „zupełnie niekontrolowanego” rejestrowania podmiotów ubiegających się o kolejne kontrakty z NFZ.

I... nic

Ten słuszny postulat nie doczekał się nawet próby realizacji.

Minister zapowiedział także wprowadzenie podwójnego rejestru placówek medycznych: podmiotów starających się o fundusze publiczne i tych działających w przestrzeni prywatnej. Stwierdził, że „prywatna i publiczna służba zdrowia są potrzebne, tylko muszą być opisane jasne zasady ich działania”. Również w tym wypadku skończyło się na deklaracjach.

Jest to tym bardziej bolesne, że zapowiedzi ministra zostały przyjęte przez środowisko z aplauzem, dotyczyły bowiem zasadniczych problemów, które powinny zostać rozwiązane znacznie wcześniej – były przecież zapowiadane w programie wyborczym Platformy Obywatelskiej w 2007 r.

Dalsze zachowanie monopolu płatnika ma bardzo poważne negatywne konsekwencje dla słusznego kierunku przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego. Spółki te mogą optymalnie funkcjonować tylko

pod warunkiem współpracy z co najmniej kilkoma publicznymi i niepublicznymi podmiotami ubezpieczeń. Istnieje wówczas tak pożądana konkurencja po stronie płatnika. Dalsze pozostawianie monopolu NFZ skutkuje tym, że proces przekształceń coraz bardziej będzie spowalniał zamiast przyspieszać. W tej sytuacji trudno się dziwić dyrektorom szpitali i organom założycielskim, że wykazują niezbędną ostrożność, dbając o bezpieczeństwo zakładów, za które odpowiadają.

„Zapowiedzi ministra Arłukowicza zostały przyjęte przez środowisko z aplauzem, dotyczyły bowiem zasadniczych problemów, które powinny zostać rozwiązane znacznie wcześniej. Ale na zapowiedziach się skończyło”

Agencja niezależna czy zależna

Również plany przekształcenia centrali NFZ w niezależną agencję zintegrowaną z dotychczasową AOTMiT oraz CMJOZ w Krakowie odbierane były pozytywnie. Ruch ten dawał szansę na konieczną restrukturyzację działalności CMJOZ, a przeniesienie tej jednostki z Krakowa do Warszawy dawało znacznie większe możliwości merytoryczne wynikające z bliskiej współpracy z dorobkiem AOTMiT.

Jednostka taka miałaby wszelkie niezbędne warunki do przygotowania oczekiwanej kompleksowej ustawy o jakości w opiece zdrowotnej oraz docelowo przygotowania obowiązku wprowadzenia powszechnego, obligatoryjnego licencjonowania podmiotów leczniczych, o którym była już mowa w dokumencie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z października 1990 r. „Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej”.

Rak

W takiej zintegrowanej placówce zaistniałyby także wszelkie niezbędne warunki do przygotowania wprowadzenia obligatoryjnego oceniania wyników leczenia, co słusznie podkreśla „Strategia Walki z Rakiem w Polsce w latach 2015–2024” – tzw. *cancer plan* (opracowany pod kierunkiem prof. Jassemę w czerwcu 2014 r.), określając tę potrzebę w sposób następujący: „Należy stworzyć system zapewnienia jakości o szerszym niż



Fot. iStockphoto

„Dalsze zachowanie monopolu płatnika ma bardzo poważne negatywne konsekwencje dla słusznego kierunku przekształceń szpitali w spółki prawa handlowego”

dotychczas zasięgu i funkcjach, bazujący na systematycznym i kompleksowym gromadzeniu danych o wynikach leczenia, zdarzeniach niepożądanych i powikłaniach, ich analizie oraz ich publikowaniu”.

Podobnie jak w wypadku demonopolizacji płatnika, ten istotny problem pozostał bez jakichkolwiek zmian i nikt z Ministerstwa Zdrowia nie pokusił się nawet, żeby to zaniechanie uzasadnić.

Niezależnie od wymienionych generalnych problemów minister zapowiedział również stworzenie specjalnych rozwiązań, które pozwolą na pożądane przekształcenie klinicznych szpitali instytutów resortowych w strukturę strategicznych szpitali gwarantujących dostęp do najbardziej skomplikowanego leczenia. Narodowe szpitale strategiczne powinny być finansowane i oceniane inaczej niż pozostałe placówki. Ten bardzo ważny problem, poczynając od jednostek zajmujących się opieką nad matką i dzieckiem (raport Pobrotyna), od lat czeka na rozwiązanie.

Geriatrya

Jedyny pozytywny przykład to podjęte ostatnio w wyniku exposé premier Kopacz działania, które mają do-

prowadzić do powstania Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. W tym wypadku decyzja ta na pewno przyczyni się do oczekiwanego rozwoju zarówno geriatrii, jak i rehabilitacji. Jedną jaskółką nie czyni jednak wiosny.

Przypomnijmy również, że w grudniu ubiegłego roku minister Arłukowicz, przedstawiając na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia informację „o kierunkach planowanych działań resortu w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w latach 2012–2015”, zapowiedział m.in. budowę „systemu opieki koordynowanej”, co miałyby polegać na zachętach finansowych do współpracy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także szpitalnictwa (klasty). Miała temu służyć przede wszystkim standaryzacja świadczeń (jasno określone kompetencje i system kontroli) oraz nacisk na poprawę komunikacji między świadczeniodawcami (w tym informatyzacja systemu). Na razie to również tylko zapowiedź.

Minister zdrowia zapowiadał także wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Obiecywał ponadto premiowanie specjalizacji deficytowych (wymienił m.in. geriatrię, rehabilitację medyczną, onkologię kliniczną). Tłumaczył przy tym, że nie chodzi o samo finansowanie rezydentur (w tych dziedzinach – uznanych za priorytetowe – pensje rezydentów są już wyższe), ale o zapewnienie ścieżki kariery lekarzom, którzy wybiorą te specjalności.

Pielęgniarki

Minister zapowiadał również uznanie kwalifikacji pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej oraz koordynację współpracy pielęgniarek i lekarzy. W ostatnich latach niestety sytuacja pielęgniarek w Polsce zdecydowanie się pogorszyła, a stacjonarna opieka zdrowotna funkcjonuje jeszcze dzięki temu, że pielęgniarki nie pracują tylko na jednym etacie. Na dłuższą metę jest to jednak nie do utrzymania, przede wszystkim z uwagi na zagrożenie zdrowia tych osób.

Reasumując – ten krótki tekst nie pretenduje oczywiście do wymienienia wszystkich pięt achillesowych polskiej opieki zdrowotnej. Tym razem skoncentrowałem się głównie na problemach, które zapowiadał sam minister zdrowia. Początkowo przyjmowaliśmy te zapowiedzi z satysfakcją. Niestety w miarę upływu czasu wszystko wróciło do stanu, który przyzwyczailiśmy się określać słowami: „chcieliśmy dobrze, wyszło jak zawsze” (Czernomyrdin).

Ponownie przypominając, że jesteśmy w roku wyborczym, ponawiam apel do wszystkich, którzy mają jakikolwiek wpływ na polską opiekę zdrowotną, żebyśmy nie stracili tej szansy.

Maciej Murkowski
Autor jest nauczycielem akademickim
w Wyższej Szkole Infrastruktury i Zarządzania
oraz w Wyższej Szkole Menedżerskiej w Warszawie.