



Rys. Anna Pol

Jak (nie) restrukturyzować opieki zdrowotnej

Pułapki planu B

Maciej Murkowski

Istnieje niepowtarzalna okazja, by wykorzystać godną podziwu determinację ekipy rządzącej do rozpoczęcia zasadniczej restrukturyzacji sfery zarządzania szpitalami i równolegle gruntownie przebudować strukturę oferowanych świadczeń. Słynny rządowy plan B nie może być sprowadzony do przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Na zapowiadany przez Ministerstwo Zdrowia wieloletni program *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia* czekało niecierpliwie zarówno środowisko pracowników zakładów opieki zdrowotnej (w tym głównie kadra zarządzająca), jak i władze samorządowe, zwłaszcza szczebla powiatowego.

Program, nazywany w skrócie planem B, miał umożliwić wyjście z impasu, w jakim znalazł się po sprzeciwie prezydenta przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt powszechnych przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Oczekiwanie to było tym bardziej uzasadnione, że od czasu wprowadzenia kas chorych w 1999 r., co było reformą po stronie płatnika, miał to być pierwszy poważny ruch utożsamiany z tak niezbędnymi przekształceniami po stronie dostawcy świadczeń, czyli zakładów opieki zdrowotnej.

Celem programu nie może być jednakże tylko zmiana, choć bardzo pożądana, formuły prawnej zoz-ów. Przecież przede wszystkim powinno chodzić o zmianę – i to rewolucyjną – oferowanych przez szpitale świadczeń, głównie o wydzwignięcie na niezbędną, znacznie wyższą niż obecnie poziom onkologicznej i intensywnej opieki zdrowotnej. To są bowiem największe potrzeby polskich pacjentów i tym samym szpitali na najbliższe 10 lat. Przy czym w odniesieniu do onkologii, jeśli chodzi o szpitale powiatowe, należy przede wszystkim zwiększyć liczbę dziennych oddziałów chemioterapii i niekiedy wzbogacić ofertę chirurgii ogólnej o świadczenia z zakresu chirurgii onkologicznej. Za przykładem Dolnego Śląska, gdzie powstał drugi po Wrocławiu ośrodek radioterapii w Wałbrzychu (*notabene* wybudowany przez prywatny kapitał i mający kontrakt z NFZ), podobne ośrodki, dublujące deficytową podaż radioterapii w regionalnych ośrodkach onkologicznych, powinny powstać jak najszyciej w kolejnych województwach.

Podjmując trud przekształceń, musimy wreszcie przestać patrzeć na szpital opieki krótkoterminowej przez pryzmat liczby łóżek. Nowoczesne Centrum Onkologiczne pod Mediolanem ma zaledwie 200 łóżek, ale 4 urządzenia PET i 15 sal operacyjnych. Wyznacza to standardy nowoczesnego szpitalnictwa w Europie i ten kierunek powinny promować działania podejmowane w naszym kraju.

Kto tu jest strategiem?

Programy przekształceń poszczególnych szpitali mają oceniać pracownicy NFZ. To, niestety, zły pomysł. Zadania NFZ powinny się ograniczać do określania wstępnych możliwości (promes) zawarcia kontraktu na zmienioną ofertę świadczeń przysiężonej spółki szpitalnej. Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinien mieć obowiązku oceny, czy ta zmiana jest zasadna, gdyż do tej pory nie wykazał się działalnością w tym zakresie. Wprost przeciwnie – zawieraniem kontraktami niejako utrzymywał istniejący, bardzo często nieprawidłowy stan rzeczy.

Najbardziej kontrowersyjne jest jednak dopuszczenie do całkowitej dowolności tzw. programów reorganizacji jednostek. Program powinien przecież nawiązywać do podstawowych elementów rządowej strategii, zawierającej powszechnie przyjęte podstawowe kierunki polityki zdrowotnej, zasady jej realizacji, uwzględniającej zarówno obecne, ale przede wszystkim przyszłe potrzeby zdrowotne ludności.

Przy proponowanym podejściu można zaś sobie wyobrazić, że szpitale spółki, zamiast rozwoju niezbędnych oddziałów intensywnej terapii, jednostek onkologicznej opieki zdrowotnej lub nowoczesnych ośrodków diagnostyki i terapii w geriatric, będą plano-

„ Celem programu nie może być tylko zmiana formuły prawnej zoz-ów ”

wały otwieranie np. oddziałów dermatologii. Do tej pory finansujemy 2094 łóżka na oddziałach dermatologicznych przy jednoczesnym zaspokajaniu potrzeb na miejsca w regionalnych ośrodkach leczenia oparzeń na poziomie 7 proc.!

Jeżeli NFZ stwierdzi, że znajdzie pieniądze na finansowanie przywołanych jako negatywny przykład kolejnych oddziałów dermatologicznych (ostatnia w kolejności potrzeba szpitali w Polsce), za chwilę ostatecznie załame się działalność polskich szpitali. Przypomnijmy tę banalną prawdę – powinna ona być ukierunkowana na zaspokajanie potrzeb pacjentów.

Samorząd, który ma podjąć się przekształceń w ramach planu B, otrzyma pieniądze dopiero po przedstawieniu opinii wojewody oraz Ministerstwa Rozwoju Regionalnego na temat swojego programu.

Argumentacja, że dzięki udziałowi w programie resortu rozwoju regionalnego uniknie się działań przypadkowych jest, niestety, poważnym nieporozumieniem. Przecież resort ten nie ma żadnych kompetencji w tym zakresie i nikt nie może tu zastąpić Ministerstwa Zdrowia. Znacznie lepszym podmiotem byłby

„ Finansujemy 2094 łóżka na oddziałach dermatologicznych przy jednoczesnym zaspokajaniu potrzeb na miejsca w regionalnych ośrodkach leczenia oparzeń na poziomie 7 proc. ”

resortowy ośrodek (instytut) organizacji i ekonomiki ochrony zdrowia. Niestety, instytucja ta w 2000 r. została zlikwidowana przez wiceministra zdrowia Andrzeja Rysia i do tej pory nikt jej nie reaktywował.

Wojewodowie również nie mają merytorycznych możliwości oceny zasadności kierunku przekształceń stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej. Podległe wojewodom regionalne centra zdrowia publicznego nie udźwigną takich zadań. Szkoda, bo było sporo czasu, by je do tych zadań przygotować. Oczekiwanie zatem, że wojewodowie i minister rozwoju regionalnego

„ Kontrowersyjne jest faktyczne dopuszczenie do całkowitej dowolności tzw. programów reorganizacji jednostek ”

dokonają prawidłowych ocen realizacji programu na podstawie informacji władz samorządowych, przy jednoczesnym braku instytucjonalnego, merytorycznego zaplecza tych podmiotów, jest, niestety, nieporozumieniem.

To rząd powinien na podstawie wiarygodnych analiz trendów epidemiologicznych itp., określać obecne i przyszłe potrzeby zdrowotne społeczeństwa w okresowo aktualizowanej strategii. Najwyższa pora, by przystąpić do przygotowania ustawy o szpitalnictwie, wykorzystując założenia podobnych ustaw funkcjonujących w większości krajów Unii Europejskiej.

Nie można też sprowadzać słowa *restrukturyzacja* tylko do restrukturyzacji finansowej. Przekształcanie w spółki szpitale powinny równoległe przejść głęboką reorganizację struktury i tym samym oferty świadczeń, która tak często rozmija się z potrzebami pacjentów. Gdyby tak nie było, mielibyśmy w kraju wielokrotnie więcej oddziałów dziennych, a także optymalnie zlokalizowanych i wyposażonych oraz adekwatnie finansowanych SOR-ów, niepomiarne mniejszy deficyt potencjału onkologicznej opieki zdrowotnej i łóżek o charakterze OIT, a także znacznie większy potencjał stacjonarnej opieki długoterminowej, na który NFZ przeznaczałby znacznie więcej niż procent swoich funduszy.

Zastanawiające jest też, że realizacja programu będzie trwała do 2010 r. Takie szerokie działania reorganizacyjne wymagają więcej czasu i warto by ten okres wydłużyć o 2 lata. Rok 2012 jest cezurą czasową do przygotowania tzw. programów dostosowawczych zakładów opieki zdrowotnej.

Najwyższy czas, by zapoczątkować dobrze ukierunkowaną reformę po stronie świadczeniodawców, by przyniosła oczekiwane, korzystne zmiany dla pacjentów. ■

Polityka – diagnostyka

Tematem przewodnim VII tomu czasopisma *Polityka Zdrowotna* są *Diagnostyczne badania laboratoryjne w systemie ochrony zdrowia*. Teksty zamieszczone w tym wydaniu dowodzą, że są to konflikty nie tylko pozorne, ale – właściwie rozpatrywane, w kategoriach kryteriów służących zwiększeniu efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez jego racjonalizację – budujące nowe, zdrowsze relacje i więzi pomiędzy wszystkimi uczestnikami rynku, a tym samym dobrze służące utrwalaniu ich rynkowej pozycji i realizacji perspektywicznych celów. W pierwszej części numeru prof. Holly omawia podstawowe dylematy polskiej służby zdrowia w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Publikacje polskich ekspertów analizują różne



aspekty funkcjonowania medycyny laboratoryjnej w obecnym modelu polskiej ochrony zdrowia. Artykuł J.L. Jakubca przedstawia dowody na dużą różnicę między nakładami na medycynę diagnostykę *in vitro* w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej, co nie pozostaje bez wpływu na poziom i jakość świadczeń zdrowotnych w tej dziedzinie. Państwa uwadze polecamy także cztery ciekawe artykuły poświęcone organizacji medycznej diagnostyki laboratoryjnej w Niemczech, Hiszpanii i Francji. Okazuje się, że pomimo wieloletniego funkcjonowania w Unii Europejskiej organizacja ta w każdym z tych krajów wyraźnie się różni. W Polsce bogaty dorobek tych krajów jest prawie nieznanym. M.W.