

Jak reformować polską ochronę zdrowia

Ewolucja czy rewolucja

Od dłuższego czasu zmagamy się w Polsce z odpowiedzią na fundamentalne pytanie: Czy powinniśmy gruntownie zreformować system opieki zdrowotnej czy też kontynuować cząstkowe i ewolucyjne zmiany?

Na naradzie zorganizowanej w Senacie RP 11 kwietnia 2013 r., a poświęconej odpowiedzi na pytanie: Czy system wymaga radykalnych reform czy niewielkiej korekty?, wiceminister zdrowia Igor Radziejewicz-Winnicki powiedział, że nie potrzebujemy rewolucji. Podkreślił, że dzisiaj, gdy system się ustabilizował, potrzebne są zmiany ewolucyjne, służące przede wszystkim zwiększeniu spójności i efektywności jego funkcjonowania i poprawie jakości świadczeń. – *Trzeba uwzględnić budowę systemu nadzoru jakości, koordynację udzielanych świadczeń. Nie potrzebujemy kolejnej rewolucji, mamy już dość rewolucji, a jedynie lepszej koordynacji i poprawy systemu* – przekonywał. Życie jednak nie zweryfikowało pozytywnie stanowiska ministra rządzącej koalicji.

Raport NIOZ

W listopadzie 2013 r. Niepubliczny Instytut Ochrony Zdrowia opublikował raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”. Za-

warte w nim wnioski oraz wyniki międzynarodowych rankingów w opozycji do zdania ministra akcentują głęboką niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia. I to, że „polscy pacjenci mają najgorszy dostęp do wielu technologii i usług medycznych spośród wszystkich krajów UE”.

W celu podjęcia wyzwania zaspokojenia choć najpilniejszych potrzeb i oczekiwań społecznych musimy się przygotować do wielkich zmian w funkcjonowaniu ochrony zdrowia, głównie szpitalnictwa, najbardziej kosztochłonnego elementu systemu.

Wizja

Profesor Leszek Czupryniak zadaje podstawowe pytanie: „Jak powinien wyglądać system ochrony zdrowia jutro i pojutrze? Co zrobić, aby pieniędzy wystarczyło na rzeczywiste potrzeby i by medycyna się rozwijała?”.

Według profesora, należy zacząć uruchamiać co najmniej dwa procesy, by lecznictwo w naszym kraju



się nie załamało i nie zbankrutowało w ciągu kilku lat. „Po pierwsze, wszyscy widzą, że obecna formuła *fee for service*, czyli płacenie placówkom medycznym za wykonywane procedury, wyczerpała się i powoduje tylko narastanie barier w dostępie chorych do pomocy lekarskiej. Procedury są maksymalnie mnożone (przy ciągłym ich ograniczaniu przez NFZ), jakość opieki się nie poprawia, kolejki są coraz dłuższe”. Dalej czytamy: „NFZ tak nisko finansuje rozmaite terapie i zawiera tak niskie kontrakty pod względem liczby możliwych do wykonania badań/porad/zabiegów itp., że czas oczekiwania na operację zaćmy liczony w miesiącach, a nie latach, to termin ekspresowy. Ta sytuacja się nie zmieni, gdyż należałoby znacząco zwiększyć budżet NFZ (minimum o 30 proc.) – a tak się nie stanie. Dlatego rację ma Krzysztof Bukiel i wielu innych ekspertów uważających, że wiosenna krucjata antykolejkowa poniesie porażkę, gdyż bez zmiany koncepcji *fee for service* kolejki się nie skrócą”.

I jeszcze prof. Czupryniak: „Powierzenie większej liczby zadań lekarzom POZ – a to zapowiada MZ – spowoduje tylko sprawne przepelnienie kolejek od specjalistów do NZOZ-ów lekarzy rodzinnych. Z drugiej

strony, niewiele także zmienilby powrót do budżetowego finansowania ochrony zdrowia – budżet ten bowiem też będzie zawsze za mały. Lepszym wyjściem jest finansowanie ochrony zdrowia według zasady *fee for outcome*, czyli opłacanie lekarzy/szpitali/poradni według osiągniętych, a dokładnie sprecyzowanych efektów leczenia”.

I dalej: „W systemie działającym według zasady *fee for outcome* dochodzi zwykle do daleko posuniętej racjonalizacji wydatków i ograniczania procedur do tych niezbędnych, i kolejki są wówczas krótsze. Obecna – całkowicie patowa – sytuacja musi się zmienić. MZ powinno stworzyć zespół ds. opracowania nowego modelu funkcjonowania opieki zdrowotnej, w jego skład powinni wejść wszyscy uczestnicy systemu, czyli i pacjenci, i lekarze, i pielęgniarki, i menadżerowie placówek, i przedstawiciele przemysłu. Pół roku pracy i mamy nowy model. Innego wyjścia nie ma, bo obecny system będzie tylko degenerował, a dostęp do pomocy lekarskiej będzie coraz trudniejszy”.

„Formuła płacenia placówkom medycznym za wykonywane procedury wyczerpała się i powoduje tylko narastanie barier w dostępie chorych do pomocy lekarskiej”

Rozwiązywanie problemów

Ta propozycja jest kluczem do rozwiązania problemów naszego systemu opieki zdrowotnej i krok po kroku wychodzenia na prostą. Należy założyć, że dzisiaj nawet cytowany wyżej wiceminister nie będzie bronił swoich poglądów o niecelowości gruntownej reformy systemu, gdyż w takiej sytuacji, gdy 80 proc. ludności źle ocenia system, tego systemu bronić nie warto.

Tylko jak system zmienić? Wielokrotnie zwracaliśmy uwagę na łamach „Menedżera Zdrowia”, że Polska jest chyba jedynym krajem w Europie, w którym Ministerstwo Zdrowia nie ma konsultacyjnego zaplecza w rodzaju popularnego *think tanku*, przygotowującego odpowiednie analizy, raporty i rekomendacje. Takie zaplecze w postaci Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia istniało tylko 10 lat (1989–1999), po czym decyzją ówczesnego kierownictwa resortu zostało przekształcone w Centrum Systemów Informacyjnych, które w żadnym zakresie (poza statystyką medyczną) nie podjęło kontynuacji działań poprzednika.

Istnieje wprawdzie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, powstały z Państwowego Zakładu Higieny, ale w placówce tej nadal w 95 proc. dominują problemy



„Polska jest chyba jedynym krajem w Europie, w którym resort zdrowia nie ma zaplecza konsultacyjnego w rodzaju *think tanku*, który przygotowywałby odpowiednie analizy, raporty i rekomendacje”

macierzystego PZH. Ewolucja tej jednostki, tak by zajmowała się ona także problemami opieki zdrowotnej, przebiega niezwykle powoli. W tym zakresie instytut nie pełni funkcji wspomnianego *think tanku* dla MZ.

Wnioski

Tutaj można postawić z pozoru nieskromną tezę: gdyby tylko w ostatnich 10 latach zastanowiono się i brano pod uwagę główne wnioski płynące z publikacji zamieszczanych na łamach „Menedżera Zdrowia” – i nie tylko – to nasz system opieki zdrowotnej byłby już gruntownie zreformowany i tym samym funkcjo-

nowałby zupełnie inaczej. We wspomnianych publikacjach zespół autorski „Menedżera Zdrowia” poruszał wiele najistotniejszych problemów polskiej opieki zdrowotnej, diagnozując ich przyczyny i nakreślając drogi naprawy. Artykuły te dotyczyły przede wszystkim szpitalnictwa, najbardziej kosztochłonnego elementu systemu.

Grzechy główne

Wielokrotnie sygnalizowano spowolnienie niezbędnych przekształceń, a to tylko jeden z wielu problemów szpitali. Pamiętajmy, że spółki szpitalne mogą działać efektywnie tylko w sprzyjającej atmosferze, a taką w tym wypadku jest dokonana równolegle decentralizacja płatnika i powstanie co najmniej kilku niezależnych publicznych i niepublicznych towarzystw ubezpieczeniowych. Podkreślano, że najbardziej niepokojące jest to, iż komercjalizacja do tej pory nie objęła flagowych jednostek systemu, czyli szpitali klinicznych, których organem założycielskim są uczelnie medyczne.

Kolejny duży problem, wielokrotnie wskazywany w publikacjach, to przerost zatrudnienia i wysokie koszty funkcjonowania. Szpitale często wykorzystują zaledwie dwie trzecie swojego potencjału. Niewykorzystane jest co trzecie łóżko, pobyty diagnostyczne

2-dniowe kosztują 10 razy więcej niż badanie ambulatoryjne lub na dziennych oddziałach szybkiej diagnostyki (które nie są finansowane przez NFZ), brak też szerokiego stosowania procedur jednodniowych, stanowiących prawie połowę leczenia szpitalnego w krajach UE. Wielokrotnie podkreślano, że poważny niedorozwój oddziałów i szpitali dziennych wynika bezpośrednio z niedostatecznego finansowania.

Od lat najgorzej finansowane są także dwie strategiczne jednostki szpitala krótkoterminowej opieki – SOR i OIT. Zdaniem autorów artykułów publikowanych w „Menedżerze Zdrowia”, konieczne jest jak najszybsze rozwiązanie problemu finansowania łóżek intensywnej terapii, które są sercem każdej placówki opieki krótkoterminowej. Potencjał tych łóżek i oddziałów jest w Polsce niedostateczny, powinien być zwielokrotniony, ale trudno się dziwić dyrektorom szpitali, że go nie rozwijają, jeśli nie mają z czego dokładać do ich funkcjonowania. Łóżka intensywnej terapii są opłacane przez NFZ w połowie ich rzeczywistych kosztów, a ich wykorzystanie wynosi 100 proc. Jeżeli nie zwiększymy tej bazy, rozwój medycyny klinicznej w Polsce nie nastąpi.

W szpitalach istnieje także ważny niedobór systemowy. W odróżnieniu od krajów bardziej cywilizowanych w stacjonarnej opiece zdrowotnej nie mamy pośredniego szczebla opieki między oddziałami intensywnej terapii i pozostałymi specjalnościami. W innych krajach funkcjonują pośrednie oddziały pooperacyjne, tzw. wzmożonego nadzoru (*high dependency units*).

Czyli reforma

W tej krytycznej sytuacji szpitalnictwa, którego zadłużenie przekroczyło 11 mld zł, jako całkowicie zasadną powinno się potraktować propozycję „Menedżera Zdrowia” dokonania gruntownej reformy szpitali przy wykorzystaniu dobrych wzorów sprawdzonego modelu francuskiego. We Francji tzw. regionalne agencje zdrowia zarządzają wszystkimi szpitalami w regionie. Odpowiadają za ich optymalne rozmieszczenie, monitoring procesów restrukturyzacyjnych, planowanie i finansowanie inwestycji oraz finanse i działalność. W celu obniżenia kosztów korzystają z efektu skali, powszechnie stosując rozwiązania w postaci grup zakupowych (leki, sprzęt, materiały budowlane), outsourcingu, scentralizowanej diagnostyki, a także scentralizowanej działalności w zakresie kadr i plac. Dzięki temu uzyskują taki efekt, że w znacznie od Polski bogatszym kraju mają znacząco niższe koszty stałe funkcjonowania szpitali, lepsze wykorzystanie łóżek i wyższą jakość świadczeń.

Model francuski wydaje się dla Polski optymalny. Jeżeli jednak w bliskiej przyszłości wprowadzenie go nie będzie możliwe, to przynajmniej powinno się opracować przejściowy scenariusz alternatywny. Powinien on polegać na przyjęciu przez samorząd wojewódz-

ki funkcji organu założycielskiego wobec wszystkich szpitali w województwie. Do tych celów samorząd powinien utworzyć własną regionalną agencję zdrowia. W wariantcie tym można także realizować wiele celów optymalnego modelu francuskiego. Najważniejszy z nich to odejście od maksymalnie rozproszonej i nieprofesjonalnej funkcji organu założycielskiego, jaka występuje w Polsce w szpitalach przypisanych do tak licznych i niejednokrotnie bardzo małych powiatów.

Podkreślano, że utrzymanie dotychczasowego stanu rzeczy w zakresie funkcjonowania i organizacji szpitali, tak bardzo sprzyjającego marnotrawstwu ograniczonych funduszy, ze względu na dynamiczne starzenie się społeczeństwa i tym samym szybko rosnące potrzeby zdrowotne ludności oraz równie dynamiczny wzrost kosztów nowych technologii medycznych – będzie po prostu niemożliwe.

„Utrzymanie dotychczasowego stanu rzeczy w zakresie funkcjonowania i organizacji szpitali, tak bardzo sprzyjającego marnotrawstwu ograniczonych funduszy, będzie po prostu niemożliwe”

Brak planu

Zwracano uwagę, że kolejnym z głównych, a nierozwiązanych problemów polskiej opieki zdrowotnej jest niekontrolowana liczba nowych świadczeniodawców, wynikająca z braku instrumentów polityki zdrowotnej określającej rzeczywiste potrzeby populacji, co powoduje nieracjonalne wydawanie i tak coraz szczuplejszych funduszy. W celu bezwzględnie potrzebnej regulacji rynku konieczne jest prowadzenie zdrowotnej polityki regionalnej, koordynowanej przez wojewodę.

Dla szczebla centralnego przywoływano przykład kolejnego kraju – Holandii, gdzie minister zdrowia w trybie nadzoru odpowiada m.in. za koordynację tworzenia nowych placówek oraz rozbudowę i modernizację istniejących (w tym poprawność przyjętych rozwiązań architektonicznych), a także zapewnienie dostępności świadczeń należytej jakości poprzez wydawanie licencji na prowadzenie działalności. Wprowadzenie tych rozwiązań w Polsce byłoby pozytywnym przełomem w dotychczasowej, chaotycznej i niekoordynowanej działalności inwestycyjnej szpitali oraz pierwszym krokiem do uporządkowania problemu jakości świadczeń.

„Polskie szpitale często wykorzystują zaledwie dwie trzecie swojego potencjału”

Brak rankingów

Wielokrotnie na łamach „Menedżera Zdrowia” pisano, że w Polsce nie ma obowiązku prowadzenia systemów zarządzania jakością w szpitalach ani uczestniczenia w rankingu „Bezpieczny szpital”. Podkreślano, że rankingi pełnią wyłącznie funkcję pomocniczą, uzupełniającą systematyczne i wiarygodne informacje na temat jakości świadczeń szpitali publikowane przez Ministerstwo Zdrowia, NFZ czy organy właścicielskie szpitali. Takie obowiązkowe publiczne systemy oceny informujące o słabych i mocnych stronach placówek publicznych i prywatnych nie są prowadzone. Problem wymaga pilnego rozwiązania, gdyż pacjenci powinni mieć choćby elementarne informacje na ten temat, aby mogli dokonać optymalnego wyboru jednostki, w której zdecydują się na leczenie.

Postulowano, by w Polsce zapewnianie przez szpital odpowiedniej jakości świadczeń było obowiązkowe (podobnie jak we Francji), a nie jak dotychczas – dobrowolne. Ta dobrowolność spowodowała, że po 15 latach realizowania programu akredytacji zaledwie 155 placówek ma akredytację.

Adam Kozierkiewicz słusznie sygnalizował, że „nie wystarczy sam system akredytacji, który dostarcza tylko informacji na dany moment”. I dodawał: „Konieczny jest stały monitoring jakości prowadzony za pomocą wskaźników (podobnie jak w przygotowywanej do wprowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia opiece koordynowanej). W bliskiej przyszłości za przykładem Niemiec trzeba stworzyć system oceny jakości i wyników postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a jakość przekazywanych przez szpitale informacji winna być podstawą zawierania kontraktów z NFZ (np. zróżnicowanie wartości kontraktów w zależności od jakości sprawozdań i wyników postępowania)”.

Podstawowa opieka zdrowotna

W odniesieniu do POZ wielokrotnie podkreślano, że potrzebą chwili jest opracowanie docelowego modelu jego funkcjonowania i finansowania (przy uwzględnieniu systemu mieszanego). Z powodu niefortunnej zmiany legislacyjnej, która od 1991 r. rozdzieliła zintegrowany system opieki zdrowotnej i społecznej, doszło do zerwania interdyscyplinarnej współpracy POZ i pracowników opieki społecznej w zakresie zespołowego rozwiązywania socjomedycznych potrzeb podopiecznych. Od tego momentu lekarz POZ utracił możliwość bieżącego i ruty-

nowego kontaktu z pionem pomocy społecznej. W tej sytuacji wielokrotnie podkreślano konieczność ponownej integracji POZ z systemem opieki społecznej i odbudowy zespołów opieki środowiskowej (*community care*).

Geriatrya

Kolejnym poważnym problemem poruszonym wielokrotnie na łamach „Menedżera Zdrowia” była dynamika starzenia się społeczeństwa i związane z tym lawinowo narastające potrzeby ludności. Według cytowanych w „Menedżerze Zdrowia” opinii Rządowej Rady Ludnościowej (RRL) „system opieki zdrowotnej jest niedostosowany do potrzeb seniorów”. Zdaniem RRL stan opieki geriatrycznej w Polsce istotnie różni się od poziomu osiągniętego w Unii Europejskiej. System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego: powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb zdrowotnych osób w zaawansowanym wieku. W celu pilnego opracowania strategii kompleksowej poprawy sytuacji w tym zakresie możemy wykorzystać bardzo pożyteczne wnioski z badania PolSenior.

W końcu wiele artykułów poświęcono opiece długoterminowej nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, która w Polsce nadal jest najgorsza w Europie. Na opiekę długoterminową NFZ przeznacza 1 proc. funduszy. Z danych Eurostatu wynika, że liczba łóżek długoterminowych plasuje nas na trzecim miejscu od końca w Europie – za Bułgarią i Rumunią. W kolejce na różne formy opieki długoterminowej czeka ok. 13 tys. osób. A na miejsca w domach pomocy społecznej ponad 8 tys. osób. Sytuacja jest dramatyczna, bo najczęściej chodzi o opiekę nad osobami starszymi, których będzie dynamicznie przybywać.

W wielu artykułach publikowanych w „Menedżerze Zdrowia” postulowano skorzystanie ponownie z przykładu francuskiego, a w tym wypadku z modelu prof. Marca Berthela ze Strasburga. W modelu tym brak szpitalnych, stacjonarnych oddziałów geriatrycznych nie jest najważniejszy. Znacznie bardziej potrzebne są dzienne oddziały geriatryczne szybkiej diagnostyki i rehabilitacji.

W tym „eksperymentalnym” artykule próbowano pokazać wycinek z dorobku tylko jednej gazety – „Menedżera Zdrowia” – z ostatnich 10 lat. Można to potraktować jako próbę dramatycznego zatroskania o los polskiej opieki zdrowotnej w najbliższych latach oraz apel o jak najszybsze stworzenie w Ministerstwie Zdrowia zaplecza eksperckiego.

Nie unikniemy bowiem konieczności maksymalnego przyspieszenia prac nad stworzeniem spójnej wizji systemu ochrony zdrowia, która określi drogę dochodzenia do kompleksowego modelu funkcjonowania i finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Maciej Murkowski
Autor jest ekspertem w dziedzinie ochrony zdrowia
Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawie.