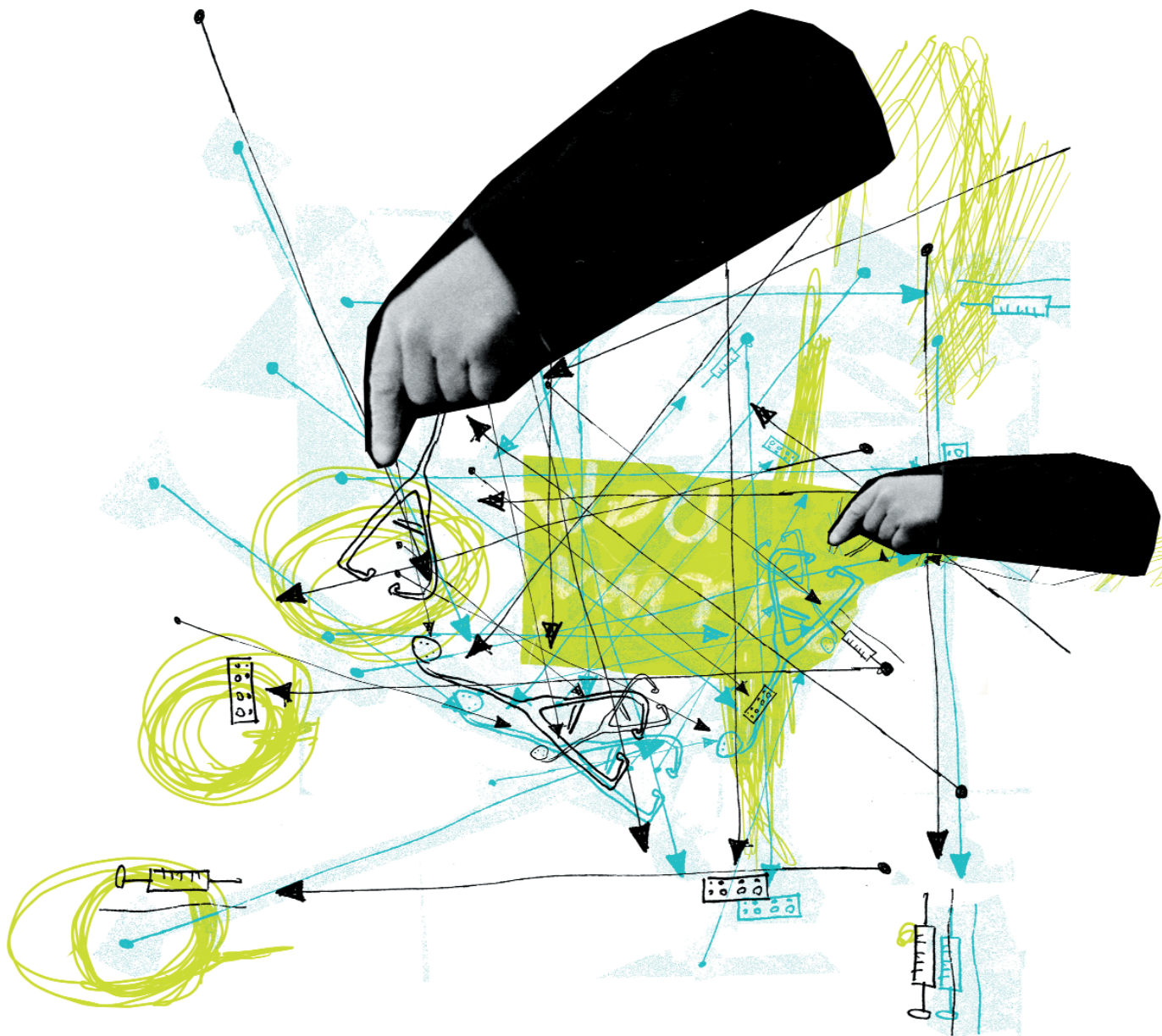


Określenie standardów medycznych pozwoli na budowanie systemu dostawców świadczeń zdrowotnych niezależnego od wpływów lokalnych polityków i grup interesu



Przejrzystość reguł

Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa, Julian Nowak, Jarosław Pinkas*, Józef Stępień

Ujednoczenie zasad finansowania świadczeń będzie najważniejszym zadaniem nowej ekipy politycznej, której przedstawiciele będą zarządzać polskim systemem ochrony zdrowia.

Logiczne podstawy systemu wymagają unifikacji sposobu zakupu świadczeń, ich wyceny i sposobu płatności za pacjentów wędrujących poza miejsce zamieszkania. Równie istotne jest też określenie zakresu udzielanego świadczenia, metod identyfikacji ubezpieczonych, monitorowania realizacji świadczeń oraz monitorowania rozliczeń za ich udzielanie. Prapoczątki tych działań można znaleźć w powszechnie krytykowanej reformie, która powołała do życia kasy chorych.

Destabilizacja systemu

Wprowadzenie w życie ustawy *O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia* miało za zadanie kontynuację ujednoczenia zasad finansowania świadczeń zdrowotnych na bazie doświadczeń wyniesionych z pierwszych lat wdrażania reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Dominowała koncepcja ujednoczenia zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, przez co reguły zakupu świadczeń i monitorowanie ich realizacji miały być dla wszystkich bardzo przej-

ny lub utracił uprawnienia do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

Organizacja i zasady finansowania świadczeń z zakresu ratowania życia w stanach jego zagrożenia i w stanach nagłej utraty zdrowia, świadczeń z całą pewnością przynależnych każdemu obywatelowi, jest nadal docelowo nierozwiązany.

Wymieniliśmy najistotniejsze, naszym zdaniem, mankamenty obecnego systemu i te wymagające pilnego, kompleksowego rozwiązania. Rozwiązania są, ale czy kolejnym politykom wystarczy siły i determinacji w ich wdrażaniu?

Czy minister zdrowia odpowiadający, zgodnie z konstytucją, za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, będzie w stanie, wdrażając kolejne rozwiązania (czego wymaga ewolucja systemu opieki zdrowotnej), uzyskać poparcie polityczne i społeczne? Pokaże to czas i efekty wdrażanych rozwiązań.

Reguły bez zasad

Próby sprawiedliwego podziału środków finansowych oparte o algorytmy i współczynniki pozwalały jedynie kierować strumień finan-

” Podział środków oparty na algorytmach kierował strumień finansowy głównie tam, gdzie było zapotrzebowanie polityczne ”

rzyste. Możliwość porównywania placówek realizujących tożsame świadczenia miała pokazać faktyczne możliwości systemu i faktyczne zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne.

Wszystkie ugrupowania polityczne były za likwidacją kas chorych, wdrożeniem zmian w systemie ochrony zdrowia, wszystkie, nie czekając na kolejne efekty wdrożonych w życie rozwiązań, krytykowały je. W efekcie system, zamiast kolejnej próby stabilizacji, został zdestabilizowany. Niezadowolony i zmęczony społeczeństwo wzrastało. Nasze pieniądze miały być racjonalnie wydatkowane. Miał w tym pomóc system RUM, w swojej formie elektronicznej ułatwiający życie i świadczeniodawcom, i płatnikowi.

Nierozwiązany problem

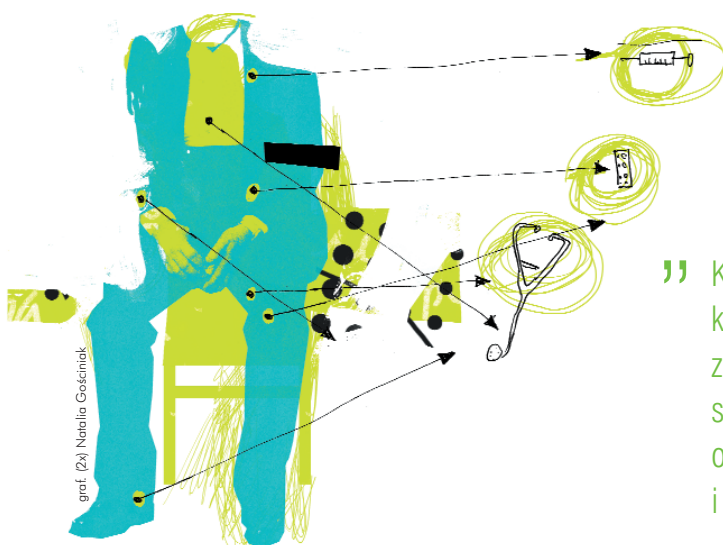
Problem pełnej identyfikacji składki na ubezpieczenie zdrowotne nadal jest problemem do końca nierozwiązanym i tym samym otwartym: kto i od jakiego momentu jest uprawnio-

sowy głównie tam, gdzie było zapotrzebowanie polityczne, a nie gdzie wskazywałyby na to logiczne przesłanki w postaci ilości i jakości udzielanych świadczeń.

Proponowane rozwiązania w efekcie końcowym miały doprowadzić do poprawy dostępności chorych do placówek opieki zdrowotnej.

Niestety, częściowe wdrażanie dobrych rozwiązań, bazujących na doświadczeniach własnych i innych krajów, doprowadziły do kolejnych perturbacji.

Regułą stała się walka o środki finansowe przed konkursem ofert, bojkotowanie nowych katalogów świadczeń zdrowotnych opisujących warunki realizacji świadczeń nawet wtedy, gdy ich celem było dookreślenie ich zakresu i wymagań jakościowych do ich realizacji, a w konsekwencji ich korzystniejsze finansowanie. Według autorów najistotniejszym elementem tworzenia logicznych podstaw funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest standaryzacja świadczeń.



„ Klarowne określenie, kto może realizować świadczenia zdrowotne, pozwoli na budowanie systemu dostawców niezależnego od wpływów lokalnych polityków i grup interesu „

Na kłopoty – standardy

Porównywalne w stosunku do wszystkich świadczeniodawców wymagania, odnoszące się do warunków, w jakich mają być realizowane przez nich świadczenia zdrowotne, ich egzekwowanie i monitorowanie są podstawą do zrozumienia dalszych konsekwencji i niezbędnych zmian zachodzących w systemie.

Jasne i klarowne określenie, kto może realizować określone świadczenia zdrowotne w oparciu o posiadane:

1. kadrę medyczną (specjalizacje, doświadczenie kliniczne);
2. zaplecze diagnostyczne (sprzęt skracający czas diagnostyki);
3. zaplecze sprzętowe (zastosowanie nowoczesnego sprzętu i nowych technologii medycznych ułatwiających i skracających okres terapii);
4. zaplecze lokalowe (spełnianie przez lokale wymogów sanitarno-epidemiologicznych, przystosowanie obiektów dla osób niepełnosprawnych);
5. kompleksowość udzielanych świadczeń (posiadanie przez świadczeniodawcę liczby specjalistów pokrewnych dyscyplin klinicznych odpowiedniej do danej specjalności medycznej);
6. lokalizację placówki w stosunku do pozostałych, świadczących ten sam zakres świadczeń (sieć placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i opieki stacjonarnej);
7. doświadczenie kliniczne w realizacji określonych działań medycznych

pozwoli na budowanie systemu dostawców świadczeń zdrowotnych niezależnego od wpływów lokalnych polityków i grup interesu.

Określenie zakresu czynności, badań diagnostycznych, rodzaju technologii medycznych wykorzystywanych w realizacji świadczenia zdrowotnego umożliwia wytworzenie minimum standardu medycznego, gwarantującego efektywność realizacji świadczenia (standardowej procedury medycznej), stanowi podstawę do wyceny takiego świadczenia lub procedury, a tym samym podstawę do określenia minimalnego poziomu ich finansowania.

Zdrowie dla wszystkich

Powiązanie wymienionych dwóch podstawowych zasad daje szansę wskazania ośrodków uprawnionych do realizacji określonych świadczeń i wykonywania określonych procedur, a tym samym stanowi podstawę do tworzenia sieci ośrodków (po uwzględnieniu ich roli w systemie ratowniczym, edukacji medycznej, konsultacyjnej), zapewniających ciągłość opieki nad pacjentem mającym do rozwiązania określony problem medyczny.

Bez względu na model finansowania opieki zdrowotnej, standaryzacja świadczeń zdrowotnych może prowadzić do korzystnych efektów zdrowotnych u społeczeństwa.

Przykładem może być opieka perinatalna. Opracowane w 1998 r. *Rekomendacje postępowania w medycynie perinatalnej* pod redakcją prof. Janusza Gadzinowskiego i prof. Grzegorza H. Bręborowicza, wraz z wyznaczeniem przez konsultantów wojewódzkich ośrodków mogących prowadzić nadzór nad patologią ciąży i noworodka, doprowadziły do spadku śmiertelności okołoporodowej, porównywalnego do krajów Europy Zachodniej.

Był to pierwszy w kraju przykład możliwej do zastosowania koncepcji kompleksowej kontroli i terapii jednej grupy chorych. Pozytywny skutek zdrowotny był widoczny już w następnych latach, i to nie tylko w ośrodkach akademickich, ale w mniejszych województwach, nieposiadających akademii medycznej. Przykładem może być województwo warmińsko-mazurskie, gdzie po wdrożeniu rekomendacji i wyznaczeniu przez konsultantów wojewódzkich ds. ginekologii i położnictwa oraz neonatologii ośrodków, mogących prowadzić terapię patologii ciąży i noworodka (sieci placówek), śmiertelność okołoporodowa spadła do 0,07 proc. – jednej z najniższych w kraju, porównywalnej do rozwiniętych krajów Europy Zachodniej.

Podobnie działania podjęto w zakresie radioterapii. Próba wyznaczenia przez konsultanta krajowego sieci ośrodków mogących realizować we właściwych proporcjach radioterapię paliatywną i radykalną zakończyła się... zmianą konsultanta.

zeniu w życie jest podstawą budowy logicznego, przejrzystego systemu opieki zdrowotnej.

Taka taktyka ma szansę zabezpieczyć prawie 34 mld zł naszych składek przed rozdawnictwem ubranym w algorytmy i wskaźniki, pozwalającym w konsekwencji przekazywać środki nie tym, którzy leczą najlepiej i najskuteczniej.

Koszykowe gwarancje

Gdy jednak politycy dojdą do wniosku, że zapewnienie wszystkim uprawnionym dostępu do całego pakietu świadczeń i to realizowanych w oparciu o najnowsze (często bardzo drogie) technologie medyczne, nie jest możliwe ze względu na brak środków finansowych, muszą określić *koszyk świadczeń zdrowotnych gwarantowanych* (niezależnie od tego, czy metodą koszyka pozytywnego czy negatywnego) stosując zasady opisane wyżej.

Pierwszymi świadczeniami zdrowotnymi opisanymi w koszyku pozytywnym powinny być

» Bez względu na model finansowania opieki zdrowotnej standaryzacja świadczeń zdrowotnych może doprowadzić do korzystnych efektów zdrowotnych w społeczeństwie »

Wieloletnią tradycję mają standardy w chemioterapii. Opracowywane od początku lat 90. standardy terapii schorzeń nowotworowych pozwoliły na porównywanie placówek pomiędzy sobą pod względem uzyskiwanych efektów terapeutycznych. Właściwy nadzór merytoryczny konsultanta krajowego ogranicza możliwość stosowania chemioterapii do placówek mających odpowiednio wyszkoloną kadrę medyczną.

Egzekucja standardów

Nadzór specjalistyczny (z poziomu centralnego lub wojewódzkiego) musi mieć jednak zapewnione narzędzia do realizacji swoich zadań (pieniądze do prowadzenia biur, prowadzenia korespondencji, realizacji spotkań związanych z funkcją konsultanta, korzystania z baz informacyjnych itd.), bowiem tylko wtedy wątpliwa jakość nadzoru wynikającego z hobbystycznej techniki sprawowania nadzoru zamieni się w profesjonalizm, mający współudział w tworzeniu nowych, bardziej racjonalnych rozwiązań systemowych.

Przytoczone przykłady pokazują, iż połączenie standardów z ich egzekwowaniem po wdro-

nięciem świadczenia związane z systemem ratownictwa medycznego oraz świadczenia związane z walką z chorobami społecznymi (narkomania, alkoholizm, choroby zakaźne itd.).

Przy kształtowaniu zawartości takich *koszyków* należy pamiętać, że wpływ na poprawę poziomu zdrowotności społeczeństwa ma nie tylko *medycyna* i realizowane przez nią świadczenia zdrowotne, ale również (czasami w dużo większym stopniu) działania o charakterze szeroko zakrojonej edukacji prozdrowotnej. Działania te to zmiany przepisów prawa lub zmiany w innych dziedzinach życia (np. zmiana infrastruktury drogowej i systemu komunikacji telefonicznej dla problemu wypadkowości lub zmiana sposobu i jakości żywienia dla problemu otyłości, chorób metabolicznych i układu krążenia). Pieniądze na te działania muszą być równoległe i celowo gwarantowane w budżetach odpowiednich sektorów, resortów lub samorządów je realizujących.

Autorzy tworzą Zarząd
Polskiego Towarzystwa Standardów Medycznych Polstmed.
Tytuł i śródtytuły pochodzą od redakcji

*Artykuł przesłany do redakcji przed objęciem przez J. Pinkasa funkcji wiceministra zdrowia