

Nie mamy polityki zdrowotnej

Nieporządek publiczny

Maciej Murkowski



fot. iStockphoto

Przeciwnicy prywatyzacji służby zdrowia wysuwają często argument, że dzięki publicznej służbie zdrowia możliwe jest prowadzenie racjonalniejszej polityki zdrowotnej. W teorii teza wygląda na solidną, ponieważ – jak zakładają jej orędownicy – skoro są scentralizowane ośrodki decyzyjne, łatwiej zarządzać całością. Jak wygląda to w praktyce?

Pytanie niby retoryczne, a jednak okazuje się zasadne. Do napisania tych kilku słów zainspirował mnie m.in. artykuł Krasuckiego, Mlekołaja i Ołkowskiego, opublikowany w noworocznym wydaniu *Pulsu* – miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej

w Warszawie. Autorzy słusznie akcentują, iż kluczem do sprawowania adekwatnej do potrzeb polityki zdrowotnej jest diagnoza potrzeb zdrowotnych, a następnie wybór celów oraz ustalenie kolejności ich realizacji. Tutaj pojawia się pytanie – kto się w Polsce tym zajmuje?

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Wprawdzie mamy od niedawna Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (NIZP), który powstał w wyniku zmiany dotychczasowej nazwy Państwowego Zakładu Higieny (PZH). Na zmianie nazwy zaczął się i skończył proces powołania i stworzenia tej pla-

cówki. Kontynuowano w ten sposób niechlubną tradycję poprzedniego przekształcenia przez ministra Łapińskiego Instytutu Leków w Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

Wprawdzie w dawnym PZH działa Zakład Monitorowania Stanu Zdrowia Ludności (ostatnio jego kierownicy zostali nagrodzeni prestiżowym wyróżnieniem *Menedżera Zdrowia*), ale formułowanie diagnozy to początek albo prapoczątek kreowania polityki zdrowotnej. Na tej diagnozie jednakże proces tego kreowania się u nas kończy. Nikt, czyli żadna profesjonalna placówka, zarówno w NIZP, jak i poza nim, nie przetwarza tych danych w strategię polityki zdrowotnej, czyli gromadzenie danych pozostaje, jak to najczęściej bywa w naszym kraju, *sztuką dla sztuki!*

Zaniechania

Z analiz tych wynikają przecież bardzo interesujące wnioski dla polityki w zakresie zdrowia publicznego. Najważniejsze to obserwowana z coraz większym niepokojem zapaść w dziedzinie onkologii, stale niedoskonały system ratownictwa i deficyt potencjału intensywnej terapii i zaplecza zabiegowego szpitali, niedostateczne działania ukierunkowane na starzenie się społeczeństwa (zwłaszcza w zakresie braku dziennych oddziałów szybkiej diagnostyki, do tej pory niefinansowanych przez NFZ) oraz hospitalizacji domowej i długoterminowej opieki domowej, ogromne zwiększenie zachorowań w zakresie tzw. małej psychiatrii, tj. nerwic i depresji itp.

Wiemy wszyscy (a na pewno wiedzą to czytelnicy *Menedżera Zdrowia*), że nowoczesna polityka zdrowotna ma dwa główne obszary aktywności. Jeden to szerszej pojęte warunki i nawyki życia ludzi, a drugi (równie ważny) to działalność systemu opieki zdrowotnej.

W obszarze pierwszym mamy Narodowy Program Zdrowia, który tradycyjnie nie jest traktowany z należytą powagą przez organy rządowe i samorządowe, a jego realizacja w praktyce pozostawia od dawna bardzo wiele do życzenia, zaś drugi, dotyczący opieki zdrowotnej, jest praktycznie od dziesięciu lat (reforma rządu premiera Buzka) pozostawiony samemu sobie.

Ponieważ życie nie lubi próżni, najpierw kasy chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia próbują tę (stworzoną przez urząd ministra zdrowia) lukę wypełnić.

Niestety, moim zdaniem, NFZ robi to bardzo nieudolnie, a jedyną myślą przewodnią tego procesu jest prawdopodobnie oszczędne wydatkowanie malejących funduszy.

Dlatego praktyka pokazuje wręcz przeciwne przykłady, które można określić zarówno jako brak jakiegokolwiek przemyślanej długofalowej polityki, jak i, niestety, marnotrawstwo posiadanych pieniędzy.

„ Żadna profesjonalna placówka nie przetwarza zbieranych przez NIZP danych w strategię aktualnej dla kraju polityki zdrowotnej. Samo zbieranie danych pozostaje sztuką dla sztuki ”

Antypolityka

Przy okazji, polityka zdrowotna – kreowana przez ciała kontrolujące publiczną służbę zdrowia – zamienia się w antypolitykę. Jej celem nie jest bowiem zapewnienie jak najlepszej opieki pacjentom przy jak najmniejszych kosztach. Jej celem staje się zapewnienie miejsc pracy. Prześledźmy przykłady z życia.

W Białymstoku (obok Łodzi i Lublina to największe zagłębienie szpitalnictwa w Polsce) słuszną (i spóźnioną o 9 lat) decyzję zarządu województwa podlaskiego o likwidacji oddziałów dziecięcych w wojewódzkim szpitalu zaskarżono do prokuratury. Przed 10 laty w Białymstoku uruchomiono nowoczesny dziecięcy szpital kliniczny i już w tym samym momencie dotychczasowe jednostki organizacyjne opieki nad dzieckiem (niektóre funkcjonujące w parterowych pawilonach, niespełniających standardów infrastruktury) powinny znaleźć miejsce w nowym szpitalu (co zresztą postulował zespół konsultantów z tzw. regionalnej grupy wsparcia, kierowany przez inż. Olszanskiego). Przecież potrzeby zdrowotne populacji dzieci nie zwiększyły się nagle dwukrotnie z powodu uruchomienia nowoczesnego szpitala dziecięcego. Walka idzie wyłącznie (tak jak przed 10 laty) o partycularne interesy pracowników dotychczasowych jednostek dziecięcych w szpitalu wojewódzkim.

W Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie do tej pory funkcjonuje prawie 90-lóżkowy oddział położnictwa i ginekologii oraz 40-lóżkowe oddziały okulistyki i laryngologii (wykorzystane od 40 do 50 proc.), a jedynym powodem funkcjonowania tego, nieracjonalnie podwojonego, potencjału jest sprzeciw miejscowego posła (PSL), blokujący wszystkie zmiany.

Twarde dane

Spójrzmy także na wybrane informacje z resortowego *Biuletynu statystycznego*, publikowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia.

W 2007 r. było w krótkoterminowej opiece stacjonarnej 2100 łóżek na oddziałach dermatologicznych,



foto: images.com/Corbis

„ Polityka zdrowotna – kreowana przez ciała kontrolujące publiczną służbę zdrowia – zamienia się w antypolitykę ”

ze średnim czasem pobytu sięgającym prawie 10 dni i wykorzystanych w 58 proc.

Trzeba w tym miejscu przypomnieć, że za przykładem Stanów Zjednoczonych większość krajów europejskich odchodzi od nieracjonalnej, stacjonarnej opieki dermatologicznej, przenosząc działalność leczniczą w tej specjalności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i dziennych oddziałów szybkiej diagnostyki (jak wspomniałem, w Polsce niefinansowanych przez NFZ). Warszawska Klinika Dermatologiczna WUM zredukowała liczbę łóżek do czterech, uważając utrzymanie większej ich liczby za nieuzasadnione i nieracjonalne.

Co ciekawe, w opiece stacjonarnej w szpitalach niepublicznych oddziałów dermatologii nigdy nie było. Powinniśmy pamiętać, iż niepubliczne zakłady od zawsze wyznaczały kierunek racjonalizacji wykorzystania infrastruktury, bo od zawsze były do tego zmuszane czynnikami ekonomicznymi.

Okulistyka i laryngologia

W okulistyce i laryngologii mamy odpowiednio 3456 i 4336 łóżek (okulistyka wykorzystuje 47 proc., a laryngologia 55,4 proc.). Wszyscy wiemy, iż Unia Europejska stoi na stanowisku, że jeżeli łóżka wykorzystane są poniżej 80–85 proc. to oznacza, że są one niepotrzebne. W tym przypadku (okulistyki i laryn-

gologii, a także chirurgii dziecięcej, urologii, chirurgii szczękowej itp.) przyjętym od dawna rozwiązaniem w Unii jest uzupełnianie i zastępowanie opieki stacjonarnej opieką dzienną w postaci oddziałów i szpitali dziennych. W jednostkach tych wykonywanych jest w szpitalach Unii od 60 do 75 proc. zabiegów operacyjnych.

W Warszawie od 10 lat czeka na realizację projekt przekształcenia dwóch szpitali stacjonarnych (Kopernika i na Solcu) w placówki dzienne dla dzieci i dorosłych.

W Polsce pies jest pogrzebany – jak zawsze – w braku odpowiedniej strategii i polityki zdrowotnej, co wyraża się m.in. faktem szczątkowego finansowania przez NFZ jednostek szpitalnej opieki dziennej. Warto tu przypomnieć, iż na drugi, równie ważny i równie niedostatecznie rozwinięty w kraju filar opieki stacjonarnej długoterminowej NFZ przeznaczają rocznie zaledwie procent swoich funduszy.

Rozwiązanie

Jedno jest oczywiste, nie możemy się poddać i godzić z tą sytuacją. Ani Sejm i jego specjalistyczne komisje, ani minister zdrowia nie zastąpi w opracowywaniu i kreowaniu polityki zdrowotnej odpowiednio do tego przygotowanych placówek specjalistycznych. Mogą one funkcjonować zarówno w NIZP, jak i poza nim, ale muszą wreszcie powstać i rozpocząć pracę.

Do wykorzystania jest także ogromny potencjał krajowych nadzorów specjalistycznych, instytutów resortowych, towarzystw lekarskich i pielęgniarskich, samorządów zawodowych oraz takich jednostek, jak Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, nie mówiąc już o Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia.

Wszystkie te wymienione placówki i organizacje działają samotnie, niejako w pojedynkę, bez żadnej koordynacji i integrującej je myśli przewodniej, wypracowującej podstawowe kierunki polityki zdrowotnej dla kraju.

Na koniec nie można nie wspomnieć o tak zasadniczej potrzebie, jak sfinalizowanie prac nad ustawą o zdrowiu publicznym oraz nad ustawą o szpitalnictwie lub szerzej – o systemie opieki zdrowotnej. Ustawy te powinny stanowić podstawową wskazówkę dla instytucji rządowych i samorządowych, a przede wszystkim Narodowego Funduszu Zdrowia i innych, przyszłych instytucji płatnika (powstałych po podziale NFZ) w zakresie kreowania adekwatnej do zmieniających się stale potrzeb polityki zdrowotnej na szczeblu krajowym i regionalnym.

Autor jest wykładowcą w Collegium Varsoviense i Wyższej Szkole Menedżerskiej w Warszawie oraz na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego. Doradza także w spółce akcyjnej Szpitale Polskie w Katowicach i biurze projektów SK-Projekt w Warszawie.