

Ile rynku, ile zorganizowanego wysiłku publicznego w polskiej ochronie zdrowia

# Doktor regulacja

Jest zgoda na reformy i na to, że w ochronie zdrowia potrzebny jest rynek regulowany. Ale taka zgoda to dopiero część sukcesu. Potrzebna jest jeszcze determinacja do wprowadzenia zmian.

fot. iStockphoto Zx



– Jednym z głównych nierozwiązanych problemów w polskiej opiece zdrowotnej jest niekontrolowana liczba nowych świadczeniodawców – mówi Agnieszka Pachciarz. – Nadal nie ma instrumentów polityki zdrowotnej określających rzeczywiste potrzeby populacji i co za tym idzie, coraz mniejsze fundusze na ten cel są wydawane nieracjonalnie – dodaje.

Doskwiera również „brak miarodajnego systemu jakości leczenia i wskaźników jakościowych, a także brak koordynacji na rynku świadczeniodawców”. Zdaniem prezesa NFZ, sam płatnik nie jest w stanie wpłynąć na racjonalny rozwój rynku świadczeń zdrowotnych.

Agnieszce Pachciarz sekunduje Sławomir Neumann. Wiceminister zdrowia optymistycznie zapowiedział, że do regionów zostanie delegowana nowa kompetencja – możliwość wydania podmiotowi, który chce inwestować w rozwój usług medycznych, tzw. promesy kontraktowania. Będzie także możliwe wydanie swego rodzaju antypromesy, oznaczającej, że przez najbliższe 5, 6 lat placówka nie będzie mogła liczyć na pieniądze z NFZ.

## Regulacja rynku

Zdaniem dyrektora Departamentu Świadczeń Zdrowotnych NFZ Teresy Horanin-Bawor, „w obecnym usta-

wodawstwie płatnik jest skrzepowany przepisami dotyczącymi równości podmiotów”. I dalej: „Fundusz ma obowiązek kontraktowania świadczeń w określonym zakresie z każdym świadczeniodawcą spełniającym warunki rozporządzenia ministra zdrowia dotyczących pomieszczeń, aparatury i personelu”. Oraz: „jeżeli uda się opracować wskaźniki jakościowe, wśród wspomnianych warunków znajdzie się też jakość”.

Według Beaty Małeckiej-Libery, wiceprzewodniczącej sejmowej Komisji Zdrowia: „gdy każdy zgodnie z prawem mógł sięgnąć w konkursie po publiczne pieniądze z NFZ, spowodowało to rozdrobnienie kontraktów. Usługi się dublują, często, niestety, po drugiej stronie ulicy”. Dlatego, zdaniem posłanki, pojawia się stanowczy postulat: „musi nastąpić regulacja rynku”.

## Polityka regionalna

W tym celu konieczna jest zdrowotna polityka regionalna koordynowana przez wojewodę, a także weryfikacja podmiotów, czyli określenie, jakie są możliwości poszczególnych świadczeniodawców, połączone z wieloletnim planowaniem strategicznym opartym na wiedzy o popycie na określone usługi w województwie.



Tego typu słuszne wypowiedzi słychać w Polsce od dobrych kilku lat. Problemem jest to, że cały czas brakuje choćby nakreślenia narzędzi i instrumentów pomocnych w rozwiązywaniu narastającego problemu, jakim jest rozregulowany rynek świadczeń zdrowotnych. W tej sytuacji warto przypomnieć, że nie otwiera się okien, które zostały już otwarte, i to 11 lat temu.

Mam tu na myśli projekt „Standardy świadczeń zdrowotnych nabywanych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” przygotowany w 2001 r. przez ekspertów holenderskich na zlecenie Biura Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia Ministerstwa Zdrowia. Piąte z siedmiu zadań projektu dotyczyło opracowania systemu licencjonowania działalności medycznej.

System ten, z powodzeniem wprowadzony w Holandii, moim zdaniem w całości odpowiada na najistotniejsze wyzwania w polskiej opiece zdrowotnej. Z tych względów w dalszej części artykułu szeroko omówiono treść tego projektu.

U podstaw holenderskiej ustawy o działaniu szpitali znalazła się konstatacja, że „wyznacznikiem dobrej polityki zdrowotnej jest maksymalne możliwe zaspo-

kajanie zapotrzebowania i popytu na świadczenia zdrowotne”. I dalej: „dobry system opieki zdrowotnej powinien zapewniać satysfakcję pacjentowi i świadczeniodawcy, a także decydentowi i politykowi działającemu w obszarze ochrony zdrowia”.

Należy w tym miejscu podkreślić, że przy nadmiarze świadczeniodawców można się spodziewać nadmiernego wykorzystania świadczeń. W takiej sytuacji rząd powinien podejmować działania zapobiegające, między innymi poprzez określenie granic, do których będą dostępne nowe technologie medyczne.

### Optymalizacja systemu

W nawiązaniu do konstytucji RP projekt ekspertów holenderskich rekomendował, by polski rząd przyjął na siebie odpowiedzialność za tworzenie warunków do optymalizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Zdaniem ekspertów, rząd powinien analizować potrzeby zdrowotne oraz tworzyć warunki, w których społeczeństwo będzie otrzymywało uzasadnione świadczenia, wykonane przez właściwą osobę, we właściwym miejscu i czasie, przy poniesieniu uzasadnionych kosztów. Jest oczywiste, że pacjenci nie chcą, aby przyjmować ich do szpitala dlatego, że to się bardziej opłaca świadczeniodawcy.

Nie ma możliwości, aby określić absolutne zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne danej populacji. W większości wypadków ocenia się je na podstawie „produkcji” i „konsumpcji” określonych świadczeń w danym okresie. Ale z drugiej strony, przy nadmiarze świadczeniodawców można się spodziewać nadmiernego wykorzystania świadczeń. Rząd, jak już wspomniano, powinien podejmować kroki zapobiegające takim sytuacjom.

### Licencja

Wprowadzony ustawowo system licencjonowania podmiotów publicznych i prywatnych, poczynając od szpitali, może uregulować podaż w taki sposób, aby Polska miała odpowiednią do potrzeb liczbę szpitali o właściwym profilu. Dzięki takim mechanizmom rządowi holenderskiemu udało się ograniczyć koszty i osiągnąć lepszą dostępność świadczeń, między innymi poprzez lepsze geograficzne rozmieszczenie szpitali.

Szczególność uwagę zwrócono na taki system opłacania licencjonowanych ośrodków, który premiował konkurencyjność oraz ciągłą poprawę jakości świadczeń. Specjalna licencja jest wymagana od szpitala zamierzającego udzielać świadczeń wysokospecjalistycznych (np. kardiochirurgia, transplantologia, radioterapia, intensywna terapia noworodków, neurochirurgia).

### Holenderskie wzorce

Minister zdrowia Holandii w trybie nadzoru odpowiada między innymi za koordynację tworzenia nowych szpitali oraz rozbudowę i modernizację istniejących

(w tym poprawność przyjętych rozwiązań architektonicznych), a także za zapewnienie dostępu do świadczeń należytej jakości (poprzez wydawanie licencji na prowadzenie działalności).

Przed podjęciem decyzji minister przeprowadza konsultacje i zasięga opinii regionalnych władz zdrowotnych oraz Krajowej Rady Szpitali w sprawie zapotrzebowania na wnioskowaną zmianę. Rada wyraża także opinię, czy przy prognozowanej podaży i istniejącym rozmieszczeniu zakładów możliwe jest osiągnięcie zakładanych celów optymalizacji sieci szpitali. Zalecenia rady dla ministra zdrowia dotyczą głównie dwóch grup zagadnień: rekomendacji dotyczących norm oraz oceny indywidualnych przypadków zapotrzebowania na konkretną jednostkę, proponowanej oferty świadczeń oraz proponowanego potencjału diagnostyczno-terapeutycznego.

Opinie uwzględniają zmiany zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne (np. rosnące zapotrzebowanie na świadczenia oddziałów i szpitali dziennych) oraz zmieniające się czynniki demograficzne, epidemiologiczne i technologiczne (np. dynamiczne starzenie się społeczeństwa, wprowadzanie nowych technologii do praktyki opieki zdrowotnej). Regionalne władze zdrowotne przekazują ocenę dotyczącą możliwości ilościowych oferowanych świadczeń, jednakże prawną autoryzację dają dopiero władze centralne lub upoważniona przez nie agencja.

W swojej decyzji minister określa funkcje zakładu, potencjał diagnostyczno-terapeutyczny, lokalizację oraz szacunkowy koszt inwestycji (jeżeli wniosek tego dotyczy). Dopiero wówczas, gdy szpital uzyska licencję, może się starać o zezwolenie na pobieranie opłat od pacjentów.

W celu umożliwienia planowania potencjału diagnostyczno-terapeutycznego opracowano normy liczby łóżek i regionalne plany rozwojowe oraz ustalono rodzaje i optymalne rozmiary dla poszczególnych kategorii szpitali. Zasady te są korygowane co kilka lat.

Narzędzie, jakim jest licencjonowanie, przeznaczone pierwotnie do kontroli rozpowszechniania się technologii, stopniowo zaczęło być również wykorzystywane do planowania zakładów, zapewnienia ich optymalnego rozmieszczenia terytorialnego, ułatwiania konsolidacji zakładów oraz poprawy jakości.

### Lokalizacja, głupcze

W konsekwencji tych regulacji osiągnięto w Holandii znaczną poprawę rozmieszczenia zakładów. Nie występuje już także regionalny nadmiar potencjału diagnostyczno-terapeutycznego.

Zmniejszono liczbę szpitali (głównie poprzez łączenie i konsolidację) oraz łóżek. Poprawiła się współpraca między świadczeniodawcami przy zachowaniu zasad zdrowej konkurencji, bazującej głównie na wysokiej jakości świadczeń. Ograniczono także koszty opieki zdrowotnej.



„ Rząd powinien analizować potrzeby zdrowotne i tworzyć warunki, by społeczeństwo otrzymywało uzasadnione świadczenia, wykonane przez właściwą osobę, we właściwym miejscu i czasie i przy poniesieniu uzasadnionych kosztów ”

Narzędziem stymulowania konkurencji uczyniono system płatności, który motywuje placówki do preferowania świadczeń o charakterze dziennym oraz (tam, gdzie to jest możliwe) do oddawania pacjentów pod opiekę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zamiast ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W Polsce bardzo niekorzystna praktyka, która wytworzyła się w działalności SOR-ów, oraz całkowity bezwład POZ i w dużej mierze AOS, jest przeciwieństwem tych pozytywnych holenderskich doświadczeń.

W Holandii uniemożliwiono nadmierny wzrost podaży oraz dzięki regionalnym planom szpitali doprowadzono do bardziej efektywnego wykorzystania dostępnych technologii medycznych.



Licencje przyznawane holenderskim szpitalom określają jedynie globalną liczbę łóżek, zachowując odrębne normy wyłącznie dla intensywnej terapii i pediatrii. Wynika to z przeświadczenia, że o przeznaczeniu łóżek dla poszczególnych oddziałów i funkcji (dzienne, całodobowe, zabiegowe, zachowawcze) najlepiej może zdecydować kierownictwo i personel placówek. Przyjmuje się takie same standardy lokalowe dla wszystkich oddziałów (z wyjątkiem pediatrii i OIOM).

Opracowane przykładowe normy, poza potencjałem i rodzajem łóżek, dotyczyły również bloków operacyjnych, działów diagnostycznych i jednostek prowadzących zabiegi ambulatoryjne. Są one wykorzystywane głównie przy budowie nowych obiektów lub przebudowie istniejących. W celu scentralizowania podejmowania decyzji licencjonodawcą w Holandii jest minister zdrowia.

### Holandia w Polsce

Z natury rzeczy artykuł omawiający sygnałnie bardzo pozytywne doświadczenia holenderskie nie może zawierać szczegółowych recept ani precyzyjnych rozwiązań. Jego celem jest przede wszystkim zwrócenie uwagi polityków i decydentów w Ministerstwie Zdrowia na fakt, że istnieje optymistyczne wyjście z naszej trudnej sytuacji. Jak zawsze, potrzebna jest przede wszystkim decyzja polityczna, a potem będzie już z górki.

Jesteśmy w wyjątkowym momencie, gdy (jeszcze stale nowe) kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zapowiada zmiany – jak na polską opiekę zdrowotną – bardziej rewolucyjne niż ewolucyjne (do których nas namawiano przez ostatnie lata). I co najważniejsze, zmiany te idą w pożądanym kierunku.

Takim kierunkiem jest oczekiwana decentralizacja NFZ i przekształcenie Centrali NFZ w urząd nadzoru o szerokich kompetencjach, obejmujących także ocenę technologii medycznych, wycenę świadczeń i – co szczególnie istotne – zagadnienia jakości świadczeń poprzez włączenie do nowej placówki kompetencji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Aż się prosi, aby wykorzystać tę niepowtarzalną szansę i rozszerzyć te kompetencje o prowadzenie obligatoryjnego systemu licencjonowania (w pierwszym etapie szpitali) w Polsce.

Szansa jest dlatego taka wyjątkowa, że jeszcze nie zapadły ostateczne decyzje kierownictwa Ministerstwa Zdrowia co do struktury i szczegółowych zadań nowej placówki.

### Czas na zmiany

Wielką pozytywną zmianą jest już zintegrowanie w tej placówce funkcji wymienionych wyżej. Wszystkie one są bardzo istotne dla programu licencjonowania zakładów.

A co najważniejsze – wreszcie w Polsce zapewnianie przez zakład opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości świadczeń stałoby się obowiązkowe (podobnie jak we Francji), a nie jak dotychczas dobrowolne. Ta dobrowolność spowodowała, że po 15 latach realizowania programu akredytacji szpitali uzyskało ją zaledwie 111 placówek. Certyfikaty ISO, cenione znacznie wyżej niż „krakowska akredytacja”, też przecież nie są obowiązkowe.

Działania te wymagają wizji, odwagi i determinacji, ale mogą się przyczynić do rozpoczęcia naprawdę pozytywnych i od dawna oczekiwanych zmian w polskiej opiece zdrowotnej. Konieczne są oczywiście regulacje prawne dotyczące noweli ustawy o działalności leczniczej, napisanie na nowo ustawy o jakości w ochronie zdrowia, określenie szczegółowych kompetencji w zakresie licencjonowania dla ministra lub (co bardziej prawdopodobne) dla desygnowanej przez niego wyżej wymienionej placówki.

Straci także rację bytu dotychczasowe rozporządzenie ministra zdrowia o administracyjnym rejestrze zakładów opieki zdrowotnej. Potrzebne będzie ponadto prawne określenie narzędzi licencjonowania odnoszące się do publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej korespondujące z nowymi zasadami kontraktowania świadczeń przez publicznych płatników, a w przyszłości także niepublicznych.

Wszystkie te przedsięwzięcia mogą doprowadzić do realizacji jakże słusznego postulatu posłanki Beaty Małeckiej-Libery o pilnej konieczności przywrócenia regulacji rynku w polskiej opiece zdrowotnej.

*Maciej Murkowski*