

Jeśli nie zreformujemy służby zdrowia, popełnimy grzech zaniechania



Teraz albo nigdy

Od dłuższego już czasu stoimy w Polsce przed fundamentalnym pytaniem: czy gruntownie zreformować istniejący system opieki zdrowotnej czy też kontynuować cząstkowe i ewolucyjne zmiany?

W listopadzie 2013 r. Niepubliczny Instytut Ochrony Zdrowia opublikował raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”. Wnioski z raportu i międzynarodowe rankingi (przedostatnie miejsce w *Euro Health Consumer Index*) akcentują głęboką niewydolność polskiego systemu ochrony zdrowia.

Przed reformą

Wydaje się, że najwyższa pora, aby poszukać przyczyn bardzo złej i pogarszającej się kondycji polskiej opieki zdrowotnej, a szpitali w szczególności. Przecież nie zawsze tak było.

Przed reformą, czyli do 1999 r., w 49 urzędach wojewódzkich funkcjonowały wydziały zdrowia, które były właścicielami wszystkich szpitali działających w formie ZOZ na terenie województwa. Zapewniały finansowanie z budżetu, nadzór merytoryczny przy współpracy wojewódzkich nadzorów specjalistycznych, odpowiadały za niezbędne procesy restrukturyzacyjne jednostek, dbały o zaspokojenie najważniejszych potrzeb zdrowotnych, poczynając w szpitalnictwie od oddziałów intensywnej terapii, zaplecza diagnostycznego i zabiegowego. Stymulowały również podejmowanie

przez jednostki prawidłowo ukierunkowanych procesów inwestycyjnych.

Wszystkie te działania zostały zniszczone po wprowadzeniu reformy administracji publicznej. Na szczeblu nowych, dużych województw powstały dwa dublujące się całkowicie ośrodki, czyli urzędy wojewódzkie i urzędy marszałkowskie. Działalność tych urzędów w żadnym aspekcie merytorycznym nie zastąpiła zlikwidowanych wydziałów zdrowia 49 urzędów wojewódzkich. Powstała ogromna luka w zakresie koordynacji fachowej działalności szpitali (wydziały zdrowia urzędów marszałkowskich zostały podporządkowane bieżącej polityce koalicji partyjnej aktualnego zarządu województwa). Odbija się to do dzisiaj bardzo niekorzystnie na braku elementarnej, merytorycznej polityki w odniesieniu do szpitali, których organem założycielskim jest samorząd wojewódzki.

Dla przykładu w Warszawie szpitale należą aż do siedmiu różnych właścicieli publicznych, m.in. miasta, marszałka, resortów zdrowia, administracji, obrony narodowej oraz uczelni medycznych. I każdy działa na własną rękę, np. decydując o inwestycjach. Tymczasem na rynku komercyjnym dawno dostrzeżono, że liczy się efekt skali i placówki są konsolidowane.

„W 1999 r. powstała ogromna luka w zakresie koordynacji fachowej działalności szpitali”

W powiecie

Jeszcze gorsza sytuacja jest w istniejących 380 powiatach, które przejęły jako organy założycielskie tzw. szpitale powiatowe. Jak słusznie zwrócił uwagę Krzysztof Czerkas w artykule „Siedem grzechów przeciwko szpitalom powiatowym” („Menedżer Zdrowia” 2/2016): „najważniejsze decyzje dotyczące teraźniejszości i przyszłości szpitala powiatowego podejmuje za dyrekcję szpitala zarząd powiatu”. Ustalmy w tym miejscu, że zarząd ten nie ma żadnego (bo nie może mieć) przygotowania fachowego do podejmowania jakichkolwiek decyzji merytorycznych dotyczących działalności opieki zdrowotnej, a w szczególności szpitali. I to jest główna i podstawowa przyczyna zlej i coraz gorszej kondycji szpitali powiatowych. Dotyczy to także przerostu zatrudnienia i tym samym nieracjonalnie wysokich kosztów funkcjonowania szpitali powiatowych. Placówki te często wykorzystują zaledwie dwie trzecie swojego potencjału.

Fundusz

Na całość tej niekorzystnej sytuacji nakłada się fatalna polityka NFZ promująca pobyty diagnostyczne 2-dniowe, które kosztują 10 razy więcej, niż gdyby badać pacjenta ambulatoryjnie lub na dziennym oddziale szybkiej diagnostyki (które dotąd nie są finansowane przez NFZ), oraz generalny brak szerokiego stosowania procedur jednodniowych w wydzielonych strukturach, które zapewniają prawie połowę leczenia szpitalnego w krajach UE.

Polityka NFZ doprowadziła również do tego, że od lat najgorzej finansowane są dwie strategiczne jednostki szpitala krótkoterminowej opieki: SOR i OIT. Zdaniem Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego z zakresu intensywnej terapii koniecznością jest jak najszybsze rozwiązanie problemu finansowania łóżek intensywnej terapii, które są sercem każdego szpitala opieki krótkoterminowej. Potencjał tych łóżek i oddziałów jest w Polsce niedostateczny i powinien być wielokrotniony, ale trudno się dziwić dyrektorom szpitali, że tego potencjału nie rozwijają, jeśli nie mają z czego dokładać do ich funkcjonowania.

Łóżka intensywnej terapii są opłacane przez NFZ w połowie ich rzeczywistych kosztów. Obecnie są one obłożone w 100 proc. i bez pilnego poszerzenia tej bazy nie zapewnimy niezbędnego bezpieczeństwa zdrowotnego ludności Polski.

Po francusku

W tej krytycznej sytuacji szpitalnictwa, którego zadłużenie przekroczyło 11 mld zł, jako całkowicie zasadną powinno się potraktować propozycję gruntownej reformy szpitali przy wykorzystaniu dobrych wzorów sprawdzonego w praktyce modelu francuskiego.

We Francji rządowe, 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 funkcjonowania szpitali 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 płac.

Efekt jest taki, że w dużo bogatszym od Polski kraju koszty stałe funkcjonowania szpitali są znacząco niższe, wykorzystanie łóżek jest lepsze, a jakość świadczeń wyższa.

– *W Polsce szefowie szpitali i ich podmioty tworzące coraz częściej są zdania, że lepiej, by na poziomie regionu był jeden gospodarz sprawujący nadzór właścicielski nad publicznymi podmiotami leczniczymi* – mówi Piotr Najbuk z kancelarii Domański Zakrzewski Palinka („Dziennik Gazeta Prawna”, 12 kwietnia 2016 r.).

Odejście od Buzka

Jeżeli przyjmiemy, iż model francuski jest optymalny dla Polski, to potrzebą chwili okazuje się jak najszybsze odejście od reformy Jerzego Buzka, która wprowadziła w opiece zdrowotnej maksymalnie rozproszoną i nieprofesjonalną funkcję organu założycielskiego dla szpitali powiatowych i wojewódzkich. Utrzymanie dotychczasowego stanu rzeczy w zakresie funkcjonowania i organizacji szpitali, tak bardzo sprzyjającego marnotrawstwu ograniczonych środków finansowych w obliczu dynamicznego starzenia się społeczeństwa i tym samym szybko rosnących potrzeb zdrowotnych ludności oraz równie dynamicznego wzrostu kosztów nowych technologii medycznych, jest po prostu niemożliwe.

Pochodną powyższej sytuacji jest niekontrolowana liczba nowych świadczeniodawców, wynikająca z braku instrumentów polityki zdrowotnej określającej rzeczywiste potrzeby populacji, co powoduje nadal nieracjonalne wydawanie i tak coraz szczuplejszych środków. W celu niezbędnej regulacji rynku opieki zdrowotnej konieczne jest prowadzenie zdrowotnej polityki regionalnej, koordynowanej przez wojewodę poprzez działalność regionalnej agencji zdrowia. Agencje te powinny wykorzystywać m.in. instrumentarium profesjonalnie opracowywanych map potrzeb zdrowotnych.

Po holendersku

Dla polityki zdrowotnej szczebla centralnego warto przywołać przykład Holandii, gdzie minister zdrowia



w trybie nadzoru odpowiada m.in. za koordynację tworzenia nowych szpitali oraz rozbudowę i modernizację obiektów istniejących (w tym poprawność przyjętych rozwiązań architektonicznych), a także zapewnienie dostępności świadczeń należytej jakości w drodze wydawania licencji na prowadzenie działalności. Wprowadzenie tych rozwiązań w Polsce dokonałoby pozytywnego przełomu w dotychczasowej, chaotycznej i nieskoordynowanej działalności inwestycyjnej szpitali oraz byłoby pierwszym krokiem do uporządkowania problemu jakości świadczeń.

Na łamach „Menedżera Zdrowia” wielokrotnie pisano, że w Polsce nie ma obligatoryjnego prowadzenia systemów zarządzania jakością w szpitalach. Postulowano, aby zapewnianie przez szpital odpowiedniej jakości świadczeń było obowiązkowe (podobnie jak we Francji), a nie jak dotychczas dobrowolne. Ta dobrowolność spowodowała, że po 18 latach realizowania programu akredytacji posiada ją zaledwie 155 szpitali.

Adam Kozierekiewicz 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 powinien zostać stworzony powszechny system oceny jakości i wyników postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla każdego hospitalizowanego.

„ W Warszawie szpitale należą aż do siedmiu różnych właścicieli publicznych, m.in. miasta, marszałka, resortów zdrowia, administracji, obrony oraz uczelni medycznych. I każdy działa na własną rękę, np. decydując o inwestycjach ”

Integracja z pomocą społeczną

Należy także pilnie rozważyć powrót do integracji stacjonarnej opieki zdrowotnej i stacjonarnej pomocy społecznej (opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej) w jednym resorcie, co znakomicie ułatwiłoby niezbędną integrację działań państwa w tym tak ważnym obszarze.

Reasumując – zgadzam się całkowicie z poglądem wyrażonym przez Krzysztofa Czerkasa w cytowanym wyżej artykule z „Menedżera Zdrowia”, że potrzebą chwili jest ogłoszenie jak najszybciej wizji i konkretnych dotyczących nowego, projektowanego systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Maciej Murkowski
Autor jest nauczycielem akademickim
Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawie.