

Raport Geo: jak diagnozować i leczyć polską ochronę zdrowia



Konsylium 2016

Niemal każdy, kto zetknął się z polską służbą zdrowia, zauważa, że nie funkcjonuje ona właściwie, że cały mechanizm działa wadliwie. Co jest w nim popsute i czy proponowany sposób jego naprawy jest dobry? Prezentujemy analizę Grupy Geo.

Analiza podzielona jest na trzy części. W pierwszej wymieniono najbardziej szkodliwe dla polskiej ochrony zdrowia przepisy i praktyki – siedem grzechów głównych. W drugiej autorzy zastanawiają się, czy planowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany przyniosą poprawę funkcjonowania ochrony zdrowia. Trzecia część to załącznik, który stanowi analizę za-

pisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dwie pierwsze części publikujemy w niniejszym numerze „Menedżera Zdrowia”, do lektury trzeciej części zapraszamy do naszego wydania internetowego.

Część I. Siedem grzechów głównych

W systemie ochrony zdrowia – począwszy od ogólnych założeń, a na szczegółowych przepisach dotyczących rozliczeń z publicznym płatnikiem, jakim jest NFZ, kończąc – można znaleźć wiele absurdów, które powodują, że system opieki zdrowotnej jest niewydolny i nieefektywny.

Poniżej omówione zostaną przepisy, których istnienie lub planowane wprowadzenie jest zdecydowanie niekorzystne dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zmiany te mają zgubny wpływ zarówno na wydajność systemu, jak i bezpośrednio na zdrowie i życie pacjentów.

1. Określanie potrzeb zdrowotnych pacjentów

Mapy potrzeb zdrowotnych, których obowiązek stworzenia wynika wprost z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 581), są ważnymi elementami wpływającymi na kształt i obraz opieki zdrowotnej w Polsce. Mapy stanowią podstawę do wydania pozytywnej opinii wojewody dotyczącej celowości nowej inwestycji w ochronie zdrowia bądź też celowości funkcjonowania na danym terenie nowej jednostki medycznej. Opinia ta z kolei jest istotnym elementem punktacji w procesie kontraktowania świadczeń z NFZ.

Niestety, już same założenia do stworzenia map potrzeb zdrowotnych są oparte na niewłaściwych kryteriach. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. z 2015 r. poz. 458) określa, iż dane mogące być podstawą analizy to dane sprzed dwóch lat (nie nowsze). Powoduje to, że do tworzenia map trzeba wykorzystywać stare dane – pomimo posiadania danych najnowszych. W efekcie tego absurdalnego przepisu obraz, który przedstawiają mapy potrzeb zdrowotnych, jest zdezaktualizowany i nie ujmuje wszystkich podmiotów działających na rynku świadczeń zdrowotnych. Mapa nie obrazuje właściwie czynników epidemiologicznych, demograficznych czy rynkowych. W odpowiedzi na bieżące potrzeby zdrowotne pacjentów na rynku rozpoczynają więc działalność różne centra medyczne, w tym również specjalistyczne czy onkologiczne. Nieujęcie ich w mapach potrzeb zdrowotnych (ponieważ powstały w ciągu np. ostatniego roku) istotnie zaburza obraz potrzeb zdrowotnych, gdyż może dojść do sytuacji, kiedy mapy potrzeb wskazują na braki w danej dziedzinie, które zostały już uzupełnione i których tak naprawdę już nie ma.

Istotnym problemem map jest również ich niekompletność. Mapy odnoszą się jedynie do świadczeń realizowanych ze środków publicznych. Nie bierze się pod uwagę świadczeń realizowanych w placówkach, które nie posiadają kontraktu z NFZ.

„Mapy odnoszą się jedynie do świadczeń realizowanych ze środków publicznych. Nie bierze się pod uwagę świadczeń realizowanych w placówkach, które nie posiadają kontraktu z NFZ”

Ponadto w analizach stanowiących podstawy map potrzeb zdrowotnych zabrakło wpływu profilaktyki czy rehabilitacji na zachorowania i leczenie pacjentów, a jest to jeden z ważniejszych aspektów kształtujących trendy zachorowalności i leczenia.

Istotne jest również podniesienie tematu instrumentu oceny wniosków inwestycyjnych w sektorze zdrowia (IOWISZ). Wypełnienie formularza jest niezbędne do złożenia wniosku do wojewody o wydanie pozytywnej oceny o celowości inwestycji w ochronie zdrowia. Sam formularz jest jeszcze niedopracowany, jednak założenie, że oceny dokonują wojewoda i dyrektor oddziału NFZ bądź prezes NFZ na podstawie map potrzeb, kieruje nas do początku rozważań nad właściwym kształtem map i prawidłowością pokazywanego obrazu. Absurdem jest, że nowa, doskonale wyposażona jednostka może nie otrzymać kontraktu z NFZ, ponieważ funkcjonuje krócej niż dwa lata i w związku z tym nie jest ujęta w mapach potrzeb.

Należy też koniecznie wprowadzić *vacatio legis* w odniesieniu do art. 95d ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla nowych jednostek, które rozpoczęły inwestycję przed wejściem w życie aktualnie obowiązujących przepisów. Przepis dotyczy konieczności wydania przez wojewodę opinii o celowości utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek, której posiadanie jest z kolei istotnym elementem oceny ofert w postępowaniu o zawarcie umowy z NFZ. Proces inwestycyjny budowy nowego szpitala jest długotrwały, a więc należy zastosować minimum roczny okres przejściowy. Krzywdzące jest istotne zmienianie zasad systemu, które z założenia wyłącza jednostki realizujące wieloletnie inwestycje. Dotyczy to również jednostek medycznych, które powstały z nadzieją, że wejdą do publicznego systemu ochrony zdrowia, a z uwagi na stałe przesuwanie okresu obowiązywania umów nie miały takiej możliwości.



Fox, Gettyimages/Gary Waters

2. Nacjonalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce

Dążenie do nacjonalizacji systemu ochrony zdrowia jest jednym z założeń dokumentu „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”. Jest to błędna strategia, gdyż – jak pokazują przykłady innych systemów opieki zdrowotnej w Europie – nacjonalizacja i centralizacja systemu ochrony zdrowia wpływają niekorzystnie na funkcjonowanie systemu. Potwierdzają to wyniki rankingu Euro Health Consumer Index za 2015 r., w którym Polska zajęła przedostatnie miejsce (na 35 ocenianych krajów). Analiza wyników raportu w zestawieniu z modelem systemu ochrony zdrowia funkcjonującym w danym kraju wykazała, że im większa centralizacja, tym system jest gorzej oceniany.

Oczywiste jest więc, że planowane zwiększenie tej centralizacji, w wyniku której Ministerstwo Zdrowia skupi w swoich rękach środki NFZ i środki na inne wydatki związane ze służbą zdrowia, będzie oznaczać dalsze pogorszenie już i tak tragicznej sytuacji w służbie zdrowia.

Wprowadzenie konkurencyjnych płatników, czyli co najmniej 3–4 kas lub ubezpieczycieli, jest niezbędnym elementem zdrowego, konkurencyjnego systemu. W takim modelu o pacjenta konkurowaliby nie tylko świadczeniodawcy, lecz także płatnicy. Pomiędzy płatnikami rozgrywałaby się walka rynkowa o pacjenta, płatnik również zabiegałby o wykupienie świadczeń w najlepszych jednostkach, poradniach i szpitalach, a tym samym następowałoby przesuwanie środków do

podmiotów, które świadczą usługi medyczne w dobrej cenie i w najwyższym standardzie. Jedyne takie rozwiązanie spowoduje, że pacjent będzie najważniejszym elementem systemu.

Konsekwencje centralizacji najlepiej widać na przykładzie systemów ochrony zdrowia Czech i Wielkiej Brytanii:

1. W Czechach funkcjonuje 27 kas chorych, co jest ewenementem w skali europejskiej. W tym stosunkowo niewielkim państwie nakłady na służbę zdrowia nie są duże, a zajmuje ono wysokie miejsce we wspomnianym rankingu Euro Health Consumer Index, wyprzedzając dużo bogatszą Wielką Brytanię. W Czechach pacjenci mają bardzo dobry dostęp do świadczeń zdrowotnych. Jeśli chodzi o ochronę zdrowia, nasi południowi sąsiedzi określani są jako gwiazda wśród państw Europy Wschodniej.
2. Natomiast Wielka Brytania w rankingu jest na końcu wśród krajów, w których nakłady na opiekę zdrowotną są wysokie, z uwagi na scentralizowany system opieki zdrowotnej (NHS). Dostępność świadczeń dla pacjentów jest słaba.

Pomimo dużo mniejszych nakładów na służbę zdrowia (2040 dolarów na mieszkańca) system zdrowotny Czech jest oceniany wyżej niż system Wielkiej Brytanii, w której wydatki na zdrowie wynoszą 3235 dolarów na mieszkańca (wg raportu OECD za 2015 r.).

Brak konkurencji wśród podmiotów realizujących świadczenia w ramach publicznego systemu ochro-

ny zdrowia spowoduje, że spadnie jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Szpitalom nie będzie zależało na podnoszeniu jakości świadczeń, bo nie będzie to miało przełożenia na wysokość otrzymywanych środków finansowych. Będzie to również niekorzystne dla pacjentów, gdyż doprowadzi do zmniejszenia się liczby jednostek medycznych, a więc wydłuży kolejki do świadczeń i zmusi pacjentów do pokonywania dalszych odległości do placówek medycznych i lekarzy.

Pozostawienie w systemie ochrony zdrowia jedynie jednostek publicznych spowoduje ponadto zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej, gdyż w wielu przypadkach konieczne są spore nakłady na inwestycje w sprzęt i infrastrukturę, aby dostosować ją do aktualnych przepisów i potrzeb pacjentów. Często inwestycje te są kosztowne, a jednocześnie tak naprawdę niepotrzebne, gdyż jednostki prywatne, już istniejące bądź nowe, dysponują odpowiednią, nowoczesną infrastrukturą.

Infrastruktura polskich szpitali jest obecnie w bardzo złym stanie i niezbędne są duże nakłady, aby dostosować ją do wymogów i standardów obowiązujących w ochronie zdrowia. Polskiego państwa nie stać na to, aby pokryć koszty wszystkich inwestycji. Dlatego konieczne jest dopuszczenie do systemu podmiotów prywatnych, które dysponują odpowiednim kapitałem. Jednostki prywatne zainwestowały już w ochronę zdrowia 5 mld zł, co dało wymierne efekty w postaci podniesienia jakości udzielanych świadczeń.

3. Nierówne traktowanie podmiotów leczniczych

Rozporządzenie z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jawnie dyskryminuje nowe szpitale, które podnoszą standardy i jakość leczenia w Polsce. Nowe, nowoczesne jednostki nie mają szans w starciu z dużymi szpitalami, działającymi na rynku od wielu lat. Ważna jest ciągłość udzielania świadczeń, a nie to, jaką infrastrukturą i wykwalifikowaną kadrą dysponuje dana jednostka. Ponadto w rozporządzeniu uwzględnione są efekty lobbingu niektórych grup zawodowych, co nie ma żadnego uzasadnienia, np. określono konkretną liczbę łóżek intensywnej terapii, za którą jednostka otrzyma dodatkowe punkty, tj. za 10 łóżek można otrzymać 2 punkty, a za 12 – 4 punkty. Nie ma tu znaczenia, ile łóżek ogółem na wszystkich oddziałach liczy dana jednostka. Bariery wejścia do systemu publicznego finansowania świadczeń zdrowotnych przez nowe jednostki będą bardzo sztywne, w wyniku czego z rynku zniknie wiele szpitali. Doprowadzi to do drastycznego zmniejszenia dostępności świadczeń, do których już dziś kolejki są bardzo długie.

Szczegółowa analiza rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu

„Czy nowelizacja przepisów ma na celu wyeliminowanie z rynku publicznych świadczeń nowych podmiotów, a wręcz premiowanie podmiotów starych, które długo na nim funkcjonują?”

niu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 5 sierpnia br. została opublikowana jako załącznik w internetowym wydaniu „Menedżera Zdrowia”.

Analizując opisane wyżej zagadnienia, nie można oprzeć się wrażeniu, że nowelizacja przepisów dotyczących ochrony zdrowia ma na celu wyeliminowanie z rynku publicznych świadczeń nowych podmiotów, a wręcz premiowanie podmiotów starych, długo funkcjonujących na tym rynku.

Przyjmowanie z góry założenia, że nowe, prywatne jednostki są gorsze, jest nieuzasadnione. Często jest bowiem wręcz przeciwnie. To właśnie nowe jednostki mają nowoczesną infrastrukturę i nowoczesny sprzęt, zatrudniają wykwalifikowany personel. Dbają o zachowanie standardów postępowania z pacjentem w taki sposób, aby udzielone świadczenia były na najwyższym poziomie.

Więcej podmiotów na rynku oznacza większą konkurencję, a co za tym idzie – podnoszenie standardów opieki, tj. inwestycje w nowy sprzęt, szkolenia kadry medycznej i dążenie do zapewnienia dostępu do nowoczesnych technologii.

4. Niepewność podmiotów działających na rynku świadczeń zdrowotnych

Wielkim problemem jest stała niepewność podmiotów działających bądź pragnących wejść do systemu ochrony zdrowia w Polsce. Przez ostatnie kilka lat z roku na rok nie było wiadomo, czy będą organizowane konkursy ani czy będą aneksowane umowy już zawarte. Taka sytuacja jest nie do przyjęcia z uwagi na planowanie ewentualnych inwestycji. Nie da się podejmować długoterminowych, strategicznych decyzji bez pewnej bądź stabilnej sytuacji na rynku. Konieczne są więc zapisy ustawowe gwarantujące cykliczność konkursów i dające możliwość wejścia do systemu opieki zdrowotnej.

Głównymi kryteriami oceny w konkursach powinny być kwalifikacje personelu, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych, oraz wyposażenie jednostki



Fot. gettyimages/Gregory Baldwin

w sprzęt medyczny. Motywacją dla jednostek do podnoszenia kwalifikacji i inwestowania w nowoczesny sprzęt powinna być m.in. wysokość kontraktu z NFZ, gwarantująca jednostce medycznej właściwe funkcjonowanie oraz dbanie o podnoszenie jakości usług.

5. Finansowanie urazów wielonarządowych i innych świadczeń realizowanych podczas jednego pobytu pacjenta na kilku różnych oddziałach

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 694) oraz innymi rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych w innych rodzajach świadczeń, a także zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, nie ma możliwości rozliczenia i otrzymania zapłaty za wszystkie usługi udzielone pacjentowi przebywającemu na kilku oddziałach (jedyne wyłączenie dotyczy urazów, co do których istnieje możliwość zastosowania współczynników korygujących).

Obecnie możliwe jest rozliczenie do NFZ tylko jednej grupy świadczeń, nawet jeśli pacjent przebywał na kilku oddziałach. Często są to sytuacje absurdałne, gdyż narażają szpital na duże koszty, bez możliwości

uzyskania za nie zapłaty. W efekcie pomiędzy oddziałami w szpitalach następuje walka o to, który z nich może korzystniej rozliczyć pobyt pacjenta, któremu wykonanie danych procedur się opłaca, a któremu nie. To rodzi sytuację, w których przestaje się liczyć zdrowie i dobro pacjenta, a lekarz zaczyna się skupiać na tym, jak rozliczyć dane świadczenie do NFZ. Konieczne jest więc ustalenie takiego systemu rozliczeń, aby finansowane były wszystkie świadczenia zrealizowane u pacjenta. System płatności za świadczenia powinien być uzupełniony o możliwość zwiększenia płatności za przypadki skomplikowane i równoczesne leczenie kilku schorzeń, urazów wielonarządowych itd. W ten sposób szpitale, do których trafiałyby takie przypadki, otrzymywałyby więcej pieniędzy bez względu na to, czy są placówką publiczną czy prywatną.

Zdarzają się też sytuacje, kiedy pacjenta, który ma już zrobione badania, diagnozuje się od nowa. Kolejna placówka, do której trafia pacjent, wykonuje te same badania kolejny raz, aby móc korzystniej rozliczyć jego pobyt. Jest to działanie niepotrzebne i pokazuje brak spójności w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Kolejny raz ważniejsze stają się rozliczenia poszczególnych jednostek działających w systemie niż dobro pacjenta i właściwe funkcjonowanie całego systemu.

Kwestią nawet bardziej istotną jest jednak konieczność skupienia się na obszarze opieki ambulatoryjnej. W związku z aktualnie obowiązującą wyceną świadczeń zdarzają się sytuacje, w których pacjent, aby wykonać pełną diagnostykę, musi odbyć kilka wizyt, co oczywiście opóźnia postawienie diagnozy, leczenie i uzyskanie efektów terapii. Niektóre jednostki, aby nie zmuszać pacjenta do wielokrotnych wizyt, przyjmują go na oddział szpitalny. Taka sytuacja powoduje co prawda, że pacjent jest zdiagnozowany szybciej, natomiast jest to niekorzystne z uwagi zarówno na koszty (leczenie w ramach świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym jest zdecydowanie droższe), jak i na fakt, iż łóżka szpitalne są niepotrzebnie zajęte, co automatycznie wydłuża kolejki oczekujących.

Wobec powyższego najważniejszą kwestią jest przesłanie ścieżki pacjentów w systemie i procedur, jakie są wykonywane u pacjenta.

6. Brak mechanizmów wspierających kształcenie personelu medycznego

Płatnik publiczny toleruje działalność szpitali, które nie spełniają standardów w opiece medycznej. Tolerowany jest brak kompetencji, nie funkcjonują mechanizmy zmuszające lekarzy do ciągłego dokształcania podyplomowego. Nie ma mechanizmów, które pociągałyby szpitale i lekarzy do finansowej odpowiedzialności za nieuzasadnione powtarzanie procedur leczniczych czy reoperacje wynikające ze słabej opieki medycznej, niewystarczających kwalifikacji czy stosowania przestarzałych, nieskutecznych metod leczenia. Jednocześnie środki finansowe płynące z Ministerstwa nie wystarczają na sfinansowanie staży rezydencjonalnych. Nie ma również wystarczającej liczby miejsc rezydencjonalnych w szpitalach.

Z raportu opublikowanego w 2015 r. przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wynika, że w 2014 r. w Polsce przypadło statystycznie 2,2 praktykującego lekarza na 1000 mieszkańców, a więc znacznie poniżej średniej w krajach OECD, która wynosi 3,3 (Health at a Glance 2015, OECD Indicators). Dane te znacząco różnią się od danych przedstawianych przez Naczelną Izbę Lekarską, która podaje wartość 3,41 lekarza na 1000 mieszkańców. Warto więc zastanowić się nad prawidłowością i rzetelnością tych danych.

Dane Naczelnej Izby Lekarskiej obejmują wszystkich lekarzy mających czynne prawo wykonywania zawodu, co jednak nie zawsze przekłada się na czynny udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, np. z powodu wieku. Z kolei dane OECD opierają się na liczbach lekarzy udzielających świadczeń w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, a tej liczby również nie można przyjmować bezkrytycznie jako liczby wszystkich lekarzy w Polsce, bo przecież są lekarze nie działający w publicznym systemie.

„Płatnik toleruje działalność szpitali, które nie spełniają standardów. Tolerowany jest brak kompetencji, nie ma mechanizmów zmuszających lekarzy do ciągłego dokształcania podyplomowego”

Ponadto eksperci ostrzegają, że Polsce grozi luka pokoleniowa wśród osób wykonujących zawód lekarza. Dane Naczelnej Izby Lekarskiej wskazują, że średni wiek lekarza specjalisty wykonującego zawód to ok. 55 lat. Liczba specjalizacji we wszystkich specjalnościach lekarskich łącznie za 10 lat zmniejszy się o 3 proc., a za 20 lat o 9 proc.

W ciągu 10 lat liczba studentów medycyny wzrosła dwukrotnie. Według danych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego liczba studentów na kierunkach lekarskich w listopadzie 2003 r. przekraczała 12,3 tys., a w listopadzie 2014 r. było ich już ponad 25,9 tys. Nie przynosi to jednak pozytywnych skutków, gdyż w dalszym ciągu problemem pozostaje brak specjalistów – często wskutek ograniczania dostępu do specjalizacji przez dane środowisko lekarskie.

7. Finansowanie leczenia powikłań

Często zdarza się, że w jednym szpitalu operacje wykonywane są wadliwie, niewłaściwie, w wyniku czego zachodzi konieczność powtórzenia zabiegu. Jest to sytuacja wpływająca zdecydowanie niekorzystnie na zdrowie pacjentów. Pacjent najpierw musi bowiem czekać kilka lat na operację, a później borykać się jeszcze z powikłaniami, których można było uniknąć. Często w sytuacji komplikacji czy powikłań pacjenci są odsyłani do innych ośrodków, które ponownie przeprowadzają operację – droższą, a terapia poszpitalna trwa dłużej. Właściwe byłoby, aby szpitale, w których operację wykonano wadliwie, były obciążane kosztami reoperacji, a część tej kwoty została by przeznaczona na sfinansowanie reoperacji prowadzonych w innych szpitalach. Niezbędna jest zatem zmiana zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń w taki sposób, aby wprowadzony mechanizm zmuszał jednostki medyczne do zachowania wysokich standardów opieki i karał jednostki, które nie funkcjonują właściwie pod względem medycznym, tj. narażają pacjentów na dłuższe leczenie, a system opieki zdrowotnej na dodatkowe koszty.

”Centralizacja jest nieszczęściem. Im większa centralizacja, tym gorsza opieka zdrowotna. Kraje ze zdecentralizowanym zarządzaniem służbą zdrowia mają najlepsze systemy opieki”

Część II. Lekarstwo, placebo czy sól na rany?

Biorąc pod uwagę powyższe punkty opracowania, należy się zastanowić, czy zmiany w opiece zdrowotnej idą we właściwym kierunku. Naszym zdaniem – nie. Przy opracowywaniu strategii zmian należy wziąć pod uwagę również dobro pacjentów, którzy są przecież głównymi uczestnikami systemu opieki zdrowotnej. Ponadto konieczne jest wspieranie nowoczesnych jednostek medycznych, a nie ich eliminowanie. Niniejsze opracowanie wykaże, że realizacja programu Ministerstwa Zdrowia „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”:

1. Nie przyczyni się do likwidacji kolejek pacjentów, a wręcz je wydłuży.
 2. Nie spowoduje większej dostępności środków finansowych przypadających na pacjenta w początkowych latach jego stosowania.
 3. Nie zlikwiduje marnotrawstwa pieniędzy w służbie zdrowia.
 4. Nie zlikwiduje istniejącej obecnie patologii polegającej na zmniejszeniu zainteresowania przyjmowaniem pacjentów po osiągnięciu przez szpital rocznych limitów planowanych przychodów (kosztów).
 5. Ograniczy zagubienie się pacjenta i brak koordynacji opieki nad pacjentem.
 6. Zwiększy ryzyko niegospodarności.
 7. Nie przyczyni się do zwiększenia liczby lekarzy ani do poprawy struktury specjalizacji lekarzy.
 8. Wpłynie na zmniejszenie się liczby funkcjonujących placówek służby zdrowia.
 9. Błędnie zakłada, że wyrzucenie z systemu finansowania służby zdrowia szpitali prywatnych jest działaniem korzystnym.
1. Przedstawiony projekt zmian nie przyczyni się do likwidacji kolejek pacjentów, a wręcz je wydłuży.

Według dokumentu „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”

receptą na demotywiące dla szpitali limity finansowania świadczeń przez NFZ jest wprowadzenie limitów ustanowionych przez Ministerstwo Zdrowia pod zmienioną nazwą: „ryczałt”. Skutek ustalenia „ryczałtu” będzie jednak identyczny jak skutek istniejących limitów: po jego przekroczeniu szpital potraktuje kolejnych potencjalnych pacjentów jako generujących straty. Mało tego – będzie gorzej, niż jest, gdyż zabraknie jakiegokolwiek mechanizmu chroniącego przed niegospodarnością, zastępującego (zgoda, że bardzo niedoskonały) system wyceny wartości udzielonych świadczeń. Tak więc bardzo zły obecny system zostanie zastąpiony systemem jeszcze gorszym.

Nie ma jednak w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapisów, które dawałyby jasne wytyczne co do tego, jak system finansowania ma wyglądać i na jakich zasadach będzie ustalana kwota limitu. Aby otrzymać pieniądze, szpital miałby obowiązek udzielać w danym roku grup świadczeń, jakie były udzielane przez ten szpital w ciągu ostatnich dwóch lat – nie ma jednak informacji, jak będzie przebiegać weryfikacja. Nie wiadomo też, co z postępem wiedzy i technologii medycznej – w ciągu lat zmienia się podejście do metod leczenia i niektóre po prostu przestaje się wykonywać z uwagi na lepsze możliwości terapeutyczne wynikające z zastosowania innej metody.

Centralizacja jest nieszczęściem. Im większa centralizacja, tym gorsza opieka zdrowotna. Przypomnijmy: w rankingu Euro Health Consumer Index Polska zajmuje przedostatnie miejsce w Europie. Ma to związek właśnie z centralnym systemem rozdziału środków na usługi medyczne w ramach kontraktowania z NFZ, gdyż z rankingu wynika jednoznacznie, że kraje ze zdecentralizowanym zarządzaniem służbą zdrowia mają najlepsze systemy opieki zdrowotnej, a te ze scentralizowanym systemem – najgorsze.

2. Przedstawiony dokument nie spowoduje większej dostępności środków finansowych przypadających na pacjenta w początkowych latach jego stosowania.

Nie jest trudnym zabiegiem zaplanowanie na 2025 r. wzrostu nakładów na zdrowie z obecnych 4,38 proc. PKB do 6 proc.

Już nieco trudniejszym zadaniem, do którego nie odniesiono się w omawianym dokumencie, jest przeanalizowanie, czy proponowane objęcie bezpłatną opieką zdrowotną nie tylko wszystkich obywateli Polski, lecz także obcokrajowców – rezydentów nie zmniejszy ilości pieniędzy dostępnych dla tej grupy, która obecnie opłaca składki na ubezpieczenie społeczne i jest finalnym beneficjentem środków publicznych przeznaczonych na służbę zdrowia.

3. Proponowany system nie zlikwiduje marnotrawstwa pieniędzy w służbie zdrowia.

Realizacja omawianego dokumentu nie doprowadzi do ograniczenia nadmiernych wydatków na niektóre świadczenia. Takiego mechanizmu w dokumencie nie przedstawiono, a przed koniecznością wyceny poszczególnych specjalizacji i tak nie uciekniemy. Choć sygnalizowane w dokumencie przypadki przeszacowania pojedynczych świadczeń medycznych rzeczywiście istnieją, to istotniejsze jest istniejące obecnie przeszacowanie całych specjalizacji.

Przykładem niech będzie wysoka wycena wszystkich procedur kardiochirurgicznych i nefrologicznych oraz części ortopedii, jaką jest protetyka ortopedyczna, przy niedoszacowaniu ortopedii urazowej.

4. Omawiany dokument nie zlikwiduje istniejącej obecnie patologii polegającej na zmniejszeniu zainteresowania przyjmowaniem pacjentów po osiągnięciu przez szpital rocznych limitów planowanych przychodów (kosztów).

Przyczyny i środki zaradcze w odniesieniu do tego problemu są tożsame ze zjawiskiem utrzymywania się kolejek. Zostało to omówione w punkcie 1.

5. Dokument słusznie zauważa zagubienie się pacjenta i brak koordynacji opieki nad nim.

Tu trafna jest recepta, aby wprowadzić połączony budżet na opiekę poradni specjalistycznej i opiekę szpitalną. Brakuje jedynie rozszerzenia tej zasady na rehabilitację i opiekę dietetyka.

6. Omawiany dokument zwiększa ryzyko niegospodarności.

Świadczą o tym statystyki przytoczone w tabeli 1.

Wielce niepokojący jest fakt, iż prywatne spółki, które inwestują swój kapitał, potrafią przeprowadzić

inwestycje w szpitalnictwie znacznie niższym kosztem niż podmioty gospodarujące państwowymi pieniędzmi. Obecnie realizowane są prywatne inwestycje bardzo dobrze wyposażonych szpitali (np. w Katowicach i Warszawie), gdzie koszty budowy w przeliczeniu na jedno łóżko zamykają się w kwocie do 500 tys. zł. Kiedy zestawimy te dane z inwestycjami, które były realizowane z pieniędzy publicznych (tabela), na myśl przychodzi słowo „niegospodarność”. Jak pokazują liczby, jedno łóżko w szpitalu publicznym jest droższe średnio o co najmniej 300 tys. zł od takiego łóżka w inwestycji prywatnej. Idąc dalej, w szpitalach publicznych jest 3648 łóżek, a jeżeli każde z nich zostało przeplacone o 300 tys. zł, to daje to astronomiczną kwotę 1 094 400 000 zł. Kiedy sobie to uświadomimy, zwykła niegospodarność staje się hucpą.

Pora zadać sobie jedno pytanie: jeśli każdy podatnik ponosi tak wysokie koszty niegospodarności przy budowie szpitali, to jak duża jest jej skala przy zarządzaniu państwowymi szpitalami, których obecnie w Polsce jest ponad 500?

7. Proponowany dokument nie przyczyni się do zwiększenia liczby lekarzy ani do poprawy struktury specjalizacji lekarzy.

By zwiększyć liczbę praktykujących lekarzy, należałoby zwiększyć limity przyjęć na wyższe uczelnie medyczne, a także bazę szpitalną, w której mogą się odbywać zajęcia praktyczne, poprzez umożliwienie uczelniom posiadania części oddziałów klinicznych w prywatnych szpitalach oraz dokładną weryfikację już istniejących oddziałów klinicznych posadowionych w szpitalach miejskich czy marszałkowskich.

Zwiększenie liczby wykwalifikowanych lekarzy może być również utrudnione ze względu na niewystarczającą ilość pieniędzy przeznaczonych na finansowanie rezydentur lekarskich płynących z Ministerstwa Zdrowia.

Tabela 1.

Budowa szpitali w Polsce wraz z wyposażeniem	Koszt (mln zł)	Liczba łóżek	Koszt łóżka (zł)
SZPITAL WOJEWÓDZKI WE WROCŁAWIU	385	550	700 000
WARSZAWA SZPITAL POŁUDNIOWY	488	288	1 694 444
ROZBUDOWA SZPITALA WE WRZEŚNI	65	100	650 000
SZPITAL AKADEMICKI WE WROCŁAWIU	755	913	826 944
MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OSTROŁĘCE	500	597	837 529
SZPITAL W ŻYWCU – SZPITAL POWIATOWY (INWESTYCJA ZAPLANOWANA)	200	275	727 272
SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE (INWESTYCJA ZAPLANOWANA)	1200	925	1 297 297

Źródło: Dane finansowe podane do publicznej wiadomości w ogólnodostępnych mediach. Opracowanie własne



Fot. Gettyimages / Derek Bacon

8. Omawiany dokument spowoduje zmniejszenie się liczby funkcjonujących placówek służby zdrowia.

Każda jednostka lecznicza – niezależnie, czy jest podmiotem publicznym czy prywatnym – stanowi element dobra narodowego, gdyż niezależnie od swojej organizacji prawnej w sposób niekwestionowany służy pacjentom. Im więcej nowoczesnych jednostek medycznych będzie funkcjonowało na rynku, tym lepszy będzie dostęp do świadczeń zdrowotnych. Diagnostyka, szybkie wykrywanie chorób i odpowiednio szybkie leczenie korzystnie wpływają przecież na kondycję wszystkich obywateli.

„Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” wyklucza z systemu zarówno nowe jednostki, które dopiero powstaną, jak i te, które powstały w ciągu kilku ubiegłych lat, ale wskutek ciągłego aneksowania umów z NFZ i nieogłaszania przez NFZ nowych konkursów nie miały możliwości zawarcia kontraktu z narodowym płatnikiem. W konsekwencji zaś dokument ten proponuje pacjentom ograniczenie dostępu do leczenia. Mniejsza liczba jednostek oznacza bowiem wydłużenie kolejek do świadczeń zdrowotnych.

Nie jest możliwe utrzymanie dużego szpitala wielospecjalistycznego bez środków publicznych. Wielospecjalistyczne szpitale, które funkcjonują w formule jedynie komercyjnej, albo już upadły, albo ze względu na swoją kondycję finansową zmierzają do upadłości.

Wykluczenie podmiotów prywatnych z publicznego systemu służby zdrowia spowoduje zwiększenie liczby szpitali prywatnych borykających się z trudnościami finansowymi i w konsekwencji doprowadzi do upadku tych przedsiębiorstw. A przecież w większości są to dobrze, nowoczesnie wyposażone ośrodki, dysponujące nowoczesną infrastrukturą i dobrze wykształconą kadrą medyczną. W nowych ośrodkach inwestuje się w nowoczesną aparaturę oraz kładzie się nacisk na kształcenie personelu medycznego. Dzięki temu pacjent ma dostęp do leczenia opartego na nowoczesnej wiedzy i technologii medycznej. Jeśli jednostki te nie otrzymają pieniędzy z publicznego systemu, będą niszczyć. Dokument, o którym mowa, nie daje bowiem odpowiedzi na pytanie, co się z nimi stanie.

Obecnie istnieje konieczność zwiększenia bazy jednostek medycznych, a inwestycje publiczne są drogie i realizowane w długim horyzoncie czasowym. Tymczasem inwestor prywatny jest w stanie wybudować doskonale wyposażony ośrodek dużo mniejszym kosztem. Gotowa już baza ośrodków medycznych, która wskutek braku otrzymania kontraktu z płatnikiem publicznym będzie niszczyć, mogłaby zostać wykorzystana.

Jednym z rozwiązań może być możliwość odkupienia przez państwo szpitala prywatnego, który nie ma podpisanego kontraktu z NFZ. Jest to rozwiązanie korzystniejsze dla państwa, gdyż zakup już istnieją-

cego, dobrze wyposażonego ośrodka, który od razu może zacząć funkcjonowanie i przynosić korzyści dla pacjentów, jest po prostu tańsze i lepsze pod względem dobra społecznego. Pacjenci otrzymają dostęp do świadczeń zdrowotnych dużo szybciej, niż miałyby to miejsce w przypadku inwestycji publicznej, trwającej kilka lat.

Przykładem mogą być jednostki publiczne, które mają w planach rozbudowę czy szeroko pojęty rozwój infrastruktury (otwarcie nowego oddziału lub kliniki). W opisanym wyżej modelu tańsze byłoby odkupienie gotowej już jednostki niż rozpoczynanie inwestycji od początku, biorąc pod uwagę koszt, czas i zaangażowanie zasobów ludzkich.

9. Przedstawiony dokument błędnie zakłada, że wyrzucenie z systemu finansowania służby zdrowia nowych szpitali prywatnych jest działaniem korzystnym. Jest wręcz przeciwnie.

Trudno o bardziej wymowny przykład na uzasadnienie tezy niż ten, który przedstawiono w tabeli 1. Jest zresztą truizmem, że prywatny inwestor (szpital) o wiele bardziej racjonalnie gospodaruje pieniędzmi niż podmiot państwowy. Z drugiej strony dopuszczenie do systemu nowych szpitali (w większości prywatnych) jest dla niektórych niebezpieczne: pokaże szpital nowoczesny, w którym kadra nie oczekuje „wyrazów wdzięczności” od pacjenta.

Od kilku lat – w sposób zawołany, poprzez systematyczne zmiany w prawie – eliminuje się możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez nowe podmioty prywatne. Zapoczątkowały to zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które jeszcze przed zmianami na polskiej scenie politycznej wprowadziły mapy świadczeń jako element oceny potrzeb zdrowotnych Polaków. Mapy z założenia nie obejmują podmiotów nowych, pojawiających się na rynku. Ustawowo jest zakazane informowanie w nich decydentów o aktualnych zjawiskach epidemiologicznych (co od biedy można ścierpieć, bo dane te nie zdezaktualizują się szybko), a także umieszczanie na nich nowoczesnych szpitali, powstałych w ciągu trzech lat przed zakontraktowaniem. I co teraz robi się z tą mapą? Do kryteriów oceny ofert w konkursie na zawarcie umów z NFZ wprowadza się zasadę obowiązku występowania o udzielanie pozytywnej opinii wojewody, służącej negatywnej weryfikacji nowych podmiotów, które mogłyby zaszkodzić istniejącym, chwiejącym się w posadach molochoch z poprzedniej epoki (ustawa wprost wskazuje, że fakt umieszczenia szpitala na mapie potrzeb zdrowotnych będzie kryterium tej oceny, które to kryterium, oczywiście, nie będzie spełnione wobec zakazu umieszczenia na mapie potrzeb zdrowotnych nowych szpitali). Kolejnym etapem eliminacji nowych szpitali było opublikowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie

” Od kilku lat – w sposób zawołany, poprzez systematyczne zmiany w prawie – eliminuje się możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez nowe podmioty prywatne ”

szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym zaprezentowane kryteria oceny ofert na wstępie eliminują nowe jednostki, głównie za sprawą konieczności wykazania się historią udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach oraz wprowadzenia warunku negatywnego dotyczącego posiadania przez jednostkę pozytywnej opinii wojewody o celowości inwestycji (warunek łączący się z mapami potrzeb). Natomiast dokument „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” już właściwie jawnie wyklucza dostęp do realizowania świadczeń nowych podmiotów – poprzez pomysł tworzenia sieci szpitali składającej się z obecnie działających szpitali posiadających od ponad dwóch lat kontrakt z NFZ.

System petryfikuje istniejący stan, w tym istnienie szpitali o katastrofalnej kondycji, blokując jednocześnie włączanie do systemu kilkunastu prywatnych szpitali, które poprzez stosowaną od lat praktykę aneksowania kontraktów nie miały szansy na wejście do systemu finansowania służby zdrowia.

Kolejną istotną kwestią jest brak możliwości odwoławczych. Otóż podmiot medyczny, który nie wejdzie do sieci szpitali, nie ma drogi odwołania się od tej decyzji. Założenia stworzenia sieci szpitali są tak skonstruowane, że po prostu wykluczają nowe jednostki.

A przecież powstawanie prywatnych szpitali powinno być promowane lub przynajmniej nie powinno być utrudniane.

” Założenia stworzenia sieci szpitali są tak skonstruowane, że po prostu wykluczają nowe jednostki ”



Fox, gettyimages / Boris Lyubner

W tym kontekście wielkie rozczarowanie budzi rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z 5 sierpnia 2016 r.). Można odnieść wrażenie, że ten akt prawny nie uwzględnił w sposób znaczący głosu strony społecznej, a przede wszystkim interesu pacjentów. Prawo zakłada poważne zmiany w trybie kontraktowania, które dobitnie świadczą o obranym – niestety złym – kierunku zmian w polskiej ochronie zdrowia.

Katastrofalne skutki

O ile z wprowadzanymi zmianami w publicznym szpitalnictwie i z przekształceniem szpitali w jednostki *non profit* jeszcze można się zgodzić, o tyle dążenie do całkowitego wykluczenia konkurencyjności w świadczeniu usług szpitalnych będzie miało katastrofalne skutki dla pacjentów.

Obecny poziom polskiej służby zdrowia jest niższy niż w Bułgarii, Rumunii i Albanii. Według Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia – EHCI, kraje te mają lepszą jakość opieki zdrowotnej niż Polska. W ocenie EHCI RP zajęła przedostatnie miejsce, w dodatku spadając w porównaniu z poprzednim rankingiem o kilka pozycji. W ocenie najsłabiej wypadło kryterium czasu oczekiwania na wizytę i dostępu do leczenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kontraktowania nie spowoduje, zdaniem ekspertów, poprawy jakości naszej służby zdrowia, a wręcz może spowodować jej pogorszenie. Kryteria w nim zawarte zablokują nowym szpitalom możliwość ubiegania

się o kontrakty. Pacjenci, których nie stać na leczenie w nowoczesnych placówkach prywatnych, nie skorzystają z nich w ramach NFZ.

Co więcej, rozporządzenie jawnie dyskryminuje nowe szpitale, które podnoszą standardy i jakość leczenia w Polsce. Absurdalne jest, że po wprowadzeniu planowanych zmian nie będą premiowane podmioty spełniające wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r.

Paradoksem jest fakt, że nowe jednostki, przygotowywane zgodnie ze wszystkimi wymaganiami, nie będą mogły wejść do systemu NFZ albo znajdą się na szarym końcu w konkursie ze względu na zapisy dotyczące wymaganej ciągłości. Dotyczy to również tych szpitali publicznych, które poniosły znaczne nakłady na poprawę swojej infrastruktury. Nie otrzymają one większej liczby punktów w kontraktowaniu. Tym samym stary szpital, ze zdemotywowaną kadrami medyczną, generujący przypadki zakażeń szpitalnych oraz konieczności reoperacji itp., ale funkcjonujący ponad 10 lat, otrzyma więcej punktów niż szpital dostosowany lub nowy, spełniający wszystkie wymagania pacjenta (przestrzeganie procedur postępowania z pacjentem, przestrzeganie zasad etycznych, dysponowanie wysoko wykwalifikowaną kadrami medyczną, posiadanie nowoczesnej infrastruktury).

W efekcie duże szpitale publiczne zostaną zalane pacjentami. Nielogiczne jest więc ciągle powtarzane stwierdzenie, że reforma rozładuje kolejki.

Infrastruktura polskich szpitali jest obecnie w bardzo złym stanie i niezbędne są duże nakłady, aby do-



stosować ją do wymogów i standardów niezbędnych w ochronie zdrowia. Polskiego państwa nie stać na to, aby pokryć koszty wszystkich inwestycji. Konieczne jest więc dopuszczenie do systemu podmiotów prywatnych, które dysponują odpowiednim kapitałem, zwłaszcza że jednostki prywatne zainwestowały w ochronę zdrowia już 5 mld zł, co dało wymierne efekty w postaci podniesienia jakości udzielanych świadczeń.

Co więcej, kontrole sanepidu wykazują, że infrastruktura szpitalna jest w tragicznym stanie. Przykładowo – prawie połowa szpitali w województwie podkarpackim nie spełnia wymogów sanepidu. O złym stanie sanitarnym i technicznym świadczą m.in. zniszczone i brudne sanitariaty, popękane ściany z zaciekami czy uszkodzone płytki. Pomieszczenia są zbyt ciasne, a łazienki nie spełniają standardów np. dla kobiet w ciąży.

Plusy i minusy

Poprawa systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest jednym ze strategicznych celów obecnego rządu. Warto jednak przyrzeć się plusom i minusom proponowanych zmian.

Minusy

1. Minusem powstawania nowych (na ogół prywatnych) szpitali jest wyżej ustawiona dla zarządzających służbą zdrowia poprzeczka, gdyż sektor prywatny ma tendencję do znajdowania luk w systemie. Przykład: w okresie, gdy wysoko punktowane były procedury chemioterapii, powstało wiele szpitali wyspecjalizowa-

„Duże szpitale publiczne zostaną zalane pacjentami. Nielogiczne jest więc ciągle powtarzane stwierdzenie, że reforma rozładuje kolejki”

nych wyłącznie w tej procedurze, przierzucających na państwowe szpitale konieczność interwencji w przypadku powikłań. Radą na to, przy innych plusach powstawania prywatnych szpitali, jest właściwa wycena wartości poszczególnych procedur leczniczych oraz promowanie szpitali działających kompleksowo (słuszne więc, co do zasady, jest punktowanie kompleksowości usług, zła jednak jest konkretna, proponowana treść tych przepisów).

2. Przejście szpitala państwowego w prywatne ręce, niestety, daje możliwość pogoni prywatnego właściciela za poprawą wyniku finansowego kosztem bezpieczeństwa pacjentów, najczęściej w formie nadmiernej redukcji personelu. Tu rozwiązanie jest proste: określenie w umowie między szpitalem a NFZ odpowiedniej obsady, proporcjonalnej do liczby pacjentów. I egzekwowanie tych zapisów.

3. Centralizacja służby zdrowia daje większe możliwości wywierania wpływu na władzę przez różne środowiska związane ze służbą zdrowia.

Plusy

1. Jakość, bezpieczeństwo, szybkość reakcji, działanie w interesie klienta (pacjenta) – to wszystko jest lepsze w „prywatnym” wydaniu (o ile działają mechanizmy rynkowe). Można się spierać, czy dotyczy to np. wielkiego przemysłu, ale sfery usług – na pewno.

2. Wydawałoby się, że powiedzenie, iż konkurencja jest dobra, to truizm, ale prawda ta często jest lekceważona. Profesjonalny zarząd w prywatnym szpitalu zadba o poprawę jakości usług, implementowanie najnowocześniejszych i światowych procedur medycznych, sprowadzenie dobrego sprzętu, będzie drżał przed odebraniem mu kontraktu z NFZ w przypadku, gdyby nie spełnił ustalonych w umowie zasad, przeszkoli też personel, by nie zwracał się do pacjenta „niech siądzie!”

3. Racjonalne wydatki na budowę i modernizację szpitali przejmą w znacznej części podmioty prywatne, a państwo będzie mogło przesunąć pieniądze na wydatki na leczenie.

Sugestie

Należałoby więc wzmacniać, a nie osłabiać konkurencyjność szpitali. Szpitale powinny konkurować ze

„System płatności za świadczenia powinien być uzupełniony o możliwość zwiększenia płatności za równoczesne leczenie kilku schorzeń, urazów wielonarządowych itd.”

sobą o pacjenta. To właśnie brak konkurencji, wyraźny przyznawany kontraktem, a także brak możliwości kształtowania cen są wielkimi problemami polskiej służby zdrowia.

Najnowsza ustawa o dekomercjalizacji przewiduje likwidację szpitali publicznych w przypadku ich finansowej zapaści. A przecież w Polsce jest wiele zadłużonych szpitali – niektóre na kwoty kilkuset milionów złotych. Obecny projekt rozporządzenia właściwie ma na celu złagodzenie problemów finansowych wielkich szpitali, co odbędzie się, niestety, kosztem zmniejszenia konkurencyjności, a więc także jakości leczenia.

Szpitala publiczne mogłyby mieć o tyle przewagę nad prywatnymi, że samorząd mógłby wspierać swoje placówki dotacją, która zostałaby przeznaczona na utrzymanie infrastruktury, budynków i sprzętu. Od lokalnej społeczności, starosty, wojewody, marszałka zależałoby więc, czy szpital publiczny byłby dotowany, ale dotacje mogłyby być przeznaczane tylko na infrastrukturę. Zwiększenie konkurencji szpitali o pacjenta poprawi poziom świadczonych usług. Większa decyzyjność władz lokalnych zwiększy bezpieczeństwo szpitali publicznych, w tym powiatowych, i odpowiedzialność społeczności lokalnych za ich prowadzenie.

System płatności za świadczenia powinien być uzupełniony o możliwość zwiększenia płatności za przypadki skomplikowane i równoczesne leczenie kilku schorzeń, urazów wielonarządowych itd. W ten sposób szpitale, do których trafiałyby takie przypadki (pacjenci), otrzymywałyby więcej pieniędzy bez względu na to, czy szpital jest publiczny czy prywatny. Efektem tego działania będzie niebagatelny zysk dla pacjenta, ponieważ chory w ciężkim stanie, z kilkoma schorzeniami, będzie poszukiwany przez system, a szpitale leczące takich pacjentów będą lepiej finansowane. Cały system opieki szpitalnej będzie bardziej efektywny i sprawiedliwy, co z pewnością odczuje pacjent. Zakończy to również uciążliwą dla pacjenta praktykę przyjmowania go i wypisywania oraz ponownej hospitalizacji w celu leczenia innego schorzenia.

Warto też wprowadzić zasadę odpowiedzialności za swoje zdrowie, wyrażoną poprzez obowiązek badań przesiewowych, narzucony przez płatnika (NFZ,

kasa, ubezpieczyciel). Wszyscy wiemy, że profilaktyka i leczenie wcześniej wykrytych schorzeń są wielokrotnie tańsze niż późniejsze ich leczenie, dlatego należałoby wprowadzić np. obowiązek przeprowadzania raz w roku kontroli stomatologicznej czy badań przesiewowych mężczyzn i kobiet w określonym wieku pod kątem konkretnych schorzeń. O terminie i czasie takiego badania pacjent powinien zostać powiadomiony stosownym listem – z możliwością przesunięcia ich terminu. Dzięki takim badaniom uniknie się leczenia najgroźniejszych schorzeń w zaawansowanym stadium, co może uratować lub przedłużyć życie tysiącom pacjentów i przynieść miliardowe oszczędności w systemie.

Zgodnie z danymi WHO, system opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny jedynie za 15 proc. stanu zdrowotnego społeczeństwa. Większość czynników, od których zależy zdrowie społeczne, nie jest zależna od tego systemu, który w dodatku musi sobie radzić ze skutkami złych uwarunkowań społecznych, gospodarczych lub kulturowych (np. dieta). W Polsce nigdy nie został społeczeństwu uświadomiony fakt, że to każdy z nas odpowiada za swoje zdrowie. Przecież powszechnie akceptowanym faktem jest, że jeśli jeździmy ostrożnie samochodem, to w prosty sposób przekłada się to na zmniejszenie kolizji, a to z kolei na obniżenie stawki ubezpieczenia. Kraje zachodnie, a konkretnie ubezpieczyciele lub kasy chorych, wypracowały również systemy promujące zachowania prozdrowotne. Proponujemy wprowadzenie w Polsce podobnego rozwiązania. System „wszystko dla wszystkich” prowadzi do dramatycznego wzrostu kosztów i marnotrawstwa, nie dając motywacji do dbania o swoje zdrowie.

Kolejnym wprowadzonym rozwiązaniem powinno być zróżnicowanie wysokości składki zdrowotnej – innej dla osób dbających o swoje zdrowie i innej dla tych, którzy nie wykonują badań przesiewowych i profilaktycznych.

Konieczne jest również wprowadzenie koordynowanej opieki nad pacjentem. Obecnie często w procesie leczenia wykonuje się bardzo dużo badań i innych procedur diagnostycznych, nierzadko pokrywających się ze sobą. Każdy lekarz i każda jednostka, do której zgłasza się pacjent, zlecają wykonanie badań, które pacjent już wykonywał i których wyniki są aktualne. Nie ma to żadnego uzasadnienia – ani medycznego, ani ekonomicznego. Takie praktyki należałoby wyeliminować.

*Raport Geo opracował Adam Zaremba-Śmietański
Autor jest absolwentem Akademii Ekonomicznej w Krakowie,
a także Institut Français de Gestion.
Jest założycielem, głównym udziałowcem i prezesem
Grupy Deweloperskiej Geo, pełniącym funkcję
prezesa wszystkich spółek wchodzących w skład Grupy.*

*Grupa Geo realizuje m.in. projekt budowy
Wieloprofilowego Szpitala Specjalistycznego
Geo Medical w Katowicach.*