

Szpitala kliniczne

w świetle proponowanej komercjalizacji zakładów opieki zdrowotnej



Aby zrozumieć motywację i mechanizmy proponowanych przemian, należy sięgnąć do opracowanego dla potrzeb wicepremiera J. Hausnera raportu ekspertów pod kierunkiem Michała Boniego (A. Kruszewski, M. Grajek. *Analiza sytuacji i program systemowych zmian w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce*), który – jak rozumiemy – w znacznym stopniu wytyczył kierunki działań rządowych. Poczuliśmy się zobligowani do wypowiedzi na ten temat, ponieważ raport zawiera przemieszane prawdziwe i nieprawdziwe informacje, autorzy nie stosują dyscypliny logicznej przy wyciąganiu wniosków, tendencyjnie dobierając dane. Raport składa się z dwóch głównych części: opisu sytuacji i propozycji zmian.

Wojciech J. Bieńkiewicz, Beata I. Stawicka

Część I

Analiza obecnej sytuacji sektora ochrony zdrowia w Polsce

Eksperci rządowi, omawiając przyczyny zadłużenia placówek medycznych i NFZ stwierdzają: *Można założyć, że w dużej części narastające zadłużenie jest wynikiem nieodpowiedniej polityki inwestycyjnej, braku dyscypliny budżetowej i niskiej efektywności placówek. W większości niepubliczne placówki lecznictwa otwarte z reguły nie są zadłużone, co wspiera tezę, że dostępne środki mogą wystarczyć przy oszczędnym gospodarowaniu przez sektor niepubliczny...*

... Zakłady lecznictwa otwartego w większości w chwili obecnej niepubliczne, wykorzystują dostępne środki w sposób znacznie bardziej efektywny, spłacając swoje zobowiązania i nie są problemem dla państwa (oddłużanie, strajki pielęgniarek)...

Nasze doświadczenie i dostępna wiedza nie potwierdzają części tej. Łatwo nam się zgodzić, że w gruncie rzeczy w ostatnich latach nie obserwowaliśmy polityki inwestycyjnej. Inwestycje generalnie były efektami indywidualnej aktywności zarządzających placówkami, ich organów założycielskich, nie miały praktycznie żadnego związku z racjonalnym planowaniem szczebla regionalnego czy krajowego. Wspomniany brak dyscypliny budżetowej najczęściej nie wynikał z rozrzutności zarządzających placówkami, a raczej był efektem lekkomyślnego zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz patologii związanych z transformacją ustrojową ostatnich 14 lat. Złe zarządzanie systemem to m.in. ustawa 203, pokrętna legislacja dotycząca dyżurów lekarskich, wieloletni brak polityki lekowej państwa, a patologie to m.in. relacje środowiska medycznego z firmami farmaceutycznymi, korupcja, nadmierny wpływ polityki na funkcjonowanie placówek, wszelkiego typu kumoterstwo zarówno w przydziale środków, jak i ich wydaniu. Są to sprawy oczywiste, znane wszystkim uczestni-

kom systemu, toczące system jak rak. Niepokój nasz budzi jednak wnioskowanie autorów raportu. Lecznictwo ambulatoryjne ma do spełnienia niezwykle ważną rolę w systemie, ale aby funkcjonować prawidłowo, musi współpracować z placówkami lecznictwa zamkniętego.

Z tego, że większość niepublicznych poradni nie jest zadłużona nie wynika nic. Po prostu nic. Nic o znaczeniu dla całego systemu. I wyciąganie wniosku – jeśli cały system skomercjalizujemy – to się będzie miał tak dobrze, jak część niepublicznych poradni – jest poważnym nadużyciem logicznym. Albowiem, o czym być może nie wie pan premier Hausner, ale wiedzą zarządzający, w części przynajmniej nzo-ów, znaczna część kosztów jest przerzucana na publiczną służbę zdrowia, niestety, niejednokrotnie za jej milczącym przyzwoleniem. Inną systemową patologią jest znane w literaturze przedmiotu *cherry-picking*, czyli wyciąganie wisienek z tortu. Zarówno w zakresie doboru pacjentów, jak i kontraktowaniu procedur z kas/Funduszu nzo-y nie obejmują swoim działaniem całej medycyny, a jedynie tą, która jest opłacalna dla nich. I nie jest to zarzut. To tak po prostu działa. Znaczna część zatrudnionego w nich personelu ma podstawowe miejsce pracy w publicznej służbie zdrowia i też wiemy dlaczego. I o ile Ministerstwo Zdrowia pokusiło się o sporządzenie bardzo solidnego raportu (Stanowisko Ministerstwa Zdrowia z 11.07.2003 r. w sprawie najistotniejszych przyczyn zadłużania i pogarszającej się sytuacji finansowej szpiz) – eksperci rządowi nie podjęli próby analizy zjawisk zachodzących w komercyjnej części systemu, przed zaproponowaniem wdrożenia powszechnej komercjalizacji. A na marginesie: wiele niepublicznych placówek posiada zobowiązania wobec Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi za diagnostykę i konsultacje; istnieją ogromne kłopoty z odzyskaniem należności. Część z nzo-ów zniknęła z rynku – nie dokonując formalnych zabiegów (nie ogłaszając upadłości, nie regulując zobowiązań), *vide* łódzki MEDICUS, który miał kontrakt z kasą chorych.

Autorzy raportu wykazują brak efektywności obecnego systemu w Polsce w porównaniu do innych krajów UE.

- Wg ekspertów na 10 tys. mieszkańców **liczba łóżek** w Polsce wynosi 5, w innych krajach, tj. Anglii, Hiszpanii: 3 (autorom prawdopodobnie chodziło o populację jednego tysiąca!).
- **Średni czas pobytu** w Polsce wynosi ponad 8 dni, wobec 5 dni w innych krajach (Anglia, Francja, USA).

Znaczenie tych wskaźników omówimy poniżej, ale należy spojrzeć na problem nieco szerzej, porównać podane wielkości z dostępnymi danymi.

Światowa Organizacja Zdrowia, Europejskie Biuro Regionalne w 2003 r. opublikowała raport *Atlas zdrowia w Europie (Atlas of Health in Europe)*, z którego dane łączyliśmy (tab. 1.).

Z kolei OECD przedstawia nieco inne dane dotyczące czasów pobytu pacjentów (tab. 2.).

Oczywistym jest, że pojęcie szpitala krótkoterminowego jest umowne i każdy z krajów stosuje nieco inną metodologię. Z pewnością nikt nie będzie usiłował argumentować, że pokazane w tabeli 1. dane dla Turcji mają stanowić wzór do naśladowania. Najistotniejsza bowiem jest efektywność systemu, o czym w dalszej części.

Narodowe Centrum Statystyki Medycznej w Stanach Zjednoczonych opublikowało raport *Health, United States, 2003*, z którego wynika m.in., że:

- w latach 1990–2001 liczba łóżek w szpitalach ogólnie dostępnych zmniejszyła się z 927 tys. do 826 tys.,
- średnie obłożenie łóżek szpitalnych we wszystkich szpitalach wynosi 64,6 proc. w roku 2001 i nie zmieniło się na przestrzeni ostatnich 15 lat,
- średni czas pobytu we wszystkich szpitalach zmniejszył się z 7,7 dni w 1975 r. do 5,7 w 2001 r. Najkrócej przebywają pacjenci w szpitalach liczących od 6 do 24 łóżek – 4 dni, najdłużej 6,1 dnia w szpitalach liczących powyżej 500 łóżek.

Tab. 1. Średni czas pobytu, liczba łóżek we wszystkich szpitalach danego kraju

Kraj	Rok	Średni czas pobytu w dniach	Liczba łóżek na 10 tys. ludności
Białoruś	2001	13,3	125,8
Rosja	2001	15,2	110
Niemcy	2000	11,9	91,2
Austria	2000	7,6	86,1
Czechy	2001	11,5	85,2
Francja	2000	10,8	82,0
Finlandia	2001	10,3	73,7
Belgia	2001	11,5	69,9
Szwajcaria	2000	13,0	61,8
Polska	2000	8,9	55,6
Szwecja	2001	6,3	52,2
Holandia	2001	12,5	46,6
Dania	2000	6,6	43,4
Wielka Brytania	1997	9,8	41,7
Hiszpania	2001	9,7	39,2
Irlandia	2001	7,5	32,6
Turcja	2001	5,8	23,6

Materiały źródłowe: World Health Organization Regional Office for Europe 8, Scherfigsvej 2100 Copenhagen Denmark, *Atlas of Health in Europe 2003* (<http://www.euro.who.int>)

Tab. 2. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu w opiece krótkoterminowej

Kraj	Lata				
	1970	1980	1990	2000	2001
Czechy	15	13,6	12	8,7	8,5
Dania	12,5	8,5	6,4	3,8	3,8
Finlandia	12,8	8,8	7	4,4	4,4
Francja	–	15,9	10,6	8,5	–
Niemcy	17,7	14,5	14,1	9,6	9,3
Węgry	11,2	11,2	9,9	7,9	7
Holandia	18,8	14	11,2	9	8,6
Norwegia	14,8	10,9	7,8	6	5,8
Szwecja	11	8,5	6,5	5	5
Wielka Brytania	–	8,5	5,7	6,9	7
USA	8,2	7,6	7,3	5,8	5,8

Materiały źródłowe: Organization for Economic Cooperation and Development Healths Data 2003, 07/2003 (CD-ROM Windows) OECD (<http://www.oecd.org>)

Dla wszystkich zarządzających, zarówno systemami, jak i jednostkami ochrony zdrowia przełomowy w sposobie myślenia okazał się rewelacyjny raport Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 r. *The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance*.

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Report 2000: Press Release*) dostrzega następujące główne przyczyny nieskuteczności systemów ochrony zdrowia:

- Wielu ministrów zdrowia skupia się na sektorze publicznym, zaniedbując niejednokrotnie większy sektor prywatny.
- W wielu krajach niektórzy, jeśli nie większość lekarzy pracuje jednocześnie w sektorze publicznym, jak i prowadzi prywatną praktykę. W praktyce kończy się to subsydiowaniem nieoficjalnej praktyki prywatnej.
- Wiele rządów zaniedbuje zwalczanie czarnego rynku w ochronie zdrowia, gdzie szeroko kwitnie korupcja, przekupstwo, zatrudnianie na dodatkowych etatach. Czarny rynek, sam wytworzony przez źle funkcjonujący system ochrony zdrowia, niskie zarobki jego pracowników, w przyszłości niszczy cały system.
- Wielu ministrów zaniedbuje skuteczne wprowadzenie regulacji, które sami zaproponowali i których wprowadzenie leży w interesie publicznym.

Aby dokonać oceny systemów ochrony zdrowia w różnych krajach, WHO opracowała nową metodologię. Eksperti porównywali systemy poszczególnych krajów do stanu, który uznali za górny limit tego, co może być zrobione na danym poziomie środków, przeznaczanych na ochronę zdrowia w kraju ocenianym. Ocena ta uwzględnia również, co osiągnięto w ramach systemu w porównaniu z systemami innych krajów.

System oceny WHO opiera się na pięciu wskaźnikach:

- Ogólnym poziomie zdrowia społeczeństw.
- Nierówności poziomu zdrowia w społeczeństwach.
- Ogólnym poziomie reaktywności systemu (kombinacja satysfakcji pacjenta i jakości działania systemu).
- Dystrybucji reaktywności wewnątrz systemu (jak skutecznie ludzie o różnych statusach ekonomicznych są przez system obsługiwani).
- Rozkładzie obciążeń finansowych w systemie wewnątrz populacji (kto i ile płaci).

Ogólny poziom zdrowia: dobry system prowadzi do dobrego zdrowia, aby to ocenić, WHO zdecydowała o wybraniu wskaźnika DALE (*Disability-Adjusted Life Expectancy*) – przewidywane lata niesprawności – sprawności wobec oczekiwanego okresu życia. Łatwo to porównać z oczekiwanymi latami życia i wśród różnych populacji.

Nierówności poziomu zdrowia: nie wystarcza poprawa średniego stanu zdrowia populacji, jeśli w tym samym czasie nierówności pogarszają się. System opieki zdrowotnej ma również za zadanie redukcję tych nierówności poprzez nadanie priorytetu działaniom poprawiającym zdrowotność najbardziej zagrożonym grupom, wszędzie gdzie nierówności te są podatne na interwencję. Celem dobrego systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie zarówno najlepszego możliwego przeciętnego stanu zdrowia – jakości systemu, oraz zapewnienie możliwie najmniejszych różnic pomiędzy ludźmi czy grupami – uczciwość systemu. Osiągnięcie jednej z tych cech bez zmiany pozostałej oznacza sukces.

Reaktywność: to szacunek dla osób (godność osoby, poufność, autonomia każdej osoby czy rodziny decydującej o własnym zdrowiu) oraz orientacja na klienta (łącznie z zaangażowaniem personelu, dostępem do

Tab. 3. Nakłady finansowe na ochronę zdrowia

Kraj	Nakłady na ochronę zdrowia per capita (dolarzy przeliczeniowe)	Nakłady jako proc. PKB	Liczba łóżek na 10 tys.	Średni czas pobytu (dni)	Udział proc. publicznego finansowania ochrony zdrowia	Pozycja w rankingu skuteczności systemu (na 186 krajów)
Niemcy	2 365	10,6	91,2	11,9	77,5	25
USA	3 724	13,7	29,3	5,7	44,1	37
Francja	2 125	9,5	82,0	10,8	76,9	1
Norwegia	1 708	6,5	44,0	7,7	82	11
Wielka Brytania	1 193	5,8	41,7	9,8	96,9	18
Włochy	1 824	9,3	45,0	7,6	57,1	2
Irlandia	1 200	6,2	35,7	7,5	77,3	19
Portugalia	1 060	8,2	39,2	9,0	57,5	12
POLSKA 1999	392	6,2	55,6	8,9	71,6	50
Oman	334	3,9	20,4		54,5	8

Materiały źródłowe: *The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance*. *World Health Report 2000: Press Release*. World Health Organization, Geneva, Switzerland (http://www.who.int/whr2001/archives/2000/en/press_release.htm)

sieci pomocy społecznej w trakcie opieki, jakość podstawowych udogodnień oraz wybór dostawcy usługi).

Rozkład finansowania: zasadnicze znaczenie ma fakt, jak uczciwie rozkładane są obciążenia związane z pozyskaniem finansów na ochronę zdrowia. Uczciwe finansowanie dotyczy głównie dystrybucji pozyskanych środków, nie jest związane z wysokością pozyskanych środków. Nie ma znaczenia również relacja do przychodów ludności. Jest to oczywiste, jeśli zważymy, że na każdym poziomie finansowania i wydawania są różne możliwości zużycia środków poświęconych ochronie zdrowia. Poziom finansowania ochrony zdrowia jest wynikiem społecznego wyboru, w którym nie ma jedynie słusznej decyzji.

Dlaczego raport jest rewelacyjny? Ponieważ okazało się, że żaden pojedynczy czynnik nie warunkuje skuteczności systemu. Ani średni czas pobytu w szpitalach, ani liczba łóżek, ani nakłady finansowe w wartościach bezwzględnych, ani jako procent produktu krajowego brutto. Ilustruje to tab. 3.

Polska zajęła w tym rankingu 50. miejsce, ale na skutek zmiany systemu, wprowadzenia systemu kas chorych w 1999 r. jej ocena z końca lat 90. jest – jak się wydaje – nieaktualna. Miejsca w pierwszej dziesiątce zajęły również: Andora, Austria, Japonia, Malta, Oman (z nakładami 334 USD per capita, co ciekawe, kraj ten zbudował od podstaw system w ciągu 20 lat), San Marino, Singapur, Hiszpania.

Czyli, kończąc tę część wypowiedzi uważamy, że przywoływanie przez rządowych ekspertów dwóch wskaźników (czas pobytu i liczba łóżek) jest uproszczeniem i świadczy o powierzchownym podejściu do tematu.

W dalszej części raportu do słabości obecnego systemu w NFZ m.in. zaliczono:

... Płacenie szpitalom klinicznym dużo wyższych stawek w porównaniu z nieklinicznymi za te same procedury powoduje, że szpitale te nie trzymają dyscypliny budżetowej i są przez to znacznie mniej efektywne...

Ujednoczenie zasad płatności za usługi w obrębie jednostek zwykłych i akademickich. Kliniki Akademii Medycznej powinny otrzymywać dodatkowe środki na kształcenie studentów, badania naukowe itp. od Ministerstwa Zdrowia oraz KBN, a za leczenie powinny dostawać standardowe stawki. Rozwiązanie takie stosuje się w USA oraz wprowadza teraz w Niemczech.

W USA funkcjonuje bardzo wiele szpitali klinicznych (teaching hospitals), jest ich ponad 1 127 na 4 900 (źródło własne – Association of American Medical Colleges) zarejestrowanych szpitali, stawki procedur są porównywalne, jednak różnica polega na tym, że procedury w USA wykonują w znacznej mierze adepci zawodu, czyli studenci lub rezydenci, natomiast w Polsce specjaliści II stopnia. Nie jest również prawdą, że szpitale kliniczne otrzymywały dużo wyższe stawki niż pozostałe. Z kolei teza, że szpitale otrzymujące więcej środków są przez to nieefektywne lub, że nie trzymają dyscypliny finansowej jest nielogiczna. Dyscypliny finansowej nie są w stanie utrzymać te szpitale, w których przychody nie pokrywają niezbędnych wydatków.

Usługa w szpitalu akademickim trwa niejednokrotnie dłużej i jest droższa niż w innych szpitalach. Przykład: operacja wyrostka robaczkowego – przeciętnie sprawny

Tab. 4. Wartości w dolarach przeliczeniowych

Region świata Biura regionalne	Szpital I poziomu		Szpital II poziomu		Szpital III poziomu	
	Koszt łóżka na dobę	Koszt porady ambulatoryjnej	Koszt łóżka na dobę	Koszt porady ambulatoryjnej	Koszt łóżka na dobę	Koszt porady ambulatoryjnej
WHO Afryka – D	15	3,6	22	3,9	32	7,3
WHO Afryka – E	16,5	3,9	23,8	4,4	34,4	8,2
WHO Azja – B	24,2	7	34,9	7,7	50,3	8,8
WHO Azja – D	15	3,7	22,8	4	32,9	7,7
WHO Zach. Pacyfik – A	76,6	40	110,7	43,8	159,8	82,6
WHO Ameryka – A	82,3	44,6	119	48,9	171,7	92,1
WHO Ameryka – B	39	14,5	56,4	15,8	81,3	29,8
WHO Ameryka – D	26,6	8,1	38,4	8,9	55,4	16,8
WHO M. Śródziemn. – wschód – B	39,1	14,5	56,5	15,9	81,5	30
WHO M. Śródziemn. – wschód – D	20,6	5,6	29,8	6,1	43,1	11,5
WHO Europa – A	71	35,7	102,7	39,1	148,1	73,8
WHO Europa – B	32,9	11,2	47,6	12,3	68,6	23,1
WHO Europa – C	36,6	13,1	52,7	14,3	76,1	30

Materiały źródłowe: WHO – CHOICE Prices for Hospitals and Health Centers Evidence and Information for Policy. Genva 2002 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,cea&language=english>)

chirurg z II st. specjalizacji wykonuje zabieg w ok. 20 min, natomiast gdy przy zabiegu uczestniczy student, rezydent uczący się w jej trakcie wiązania, przecinania tkanek, tamowania krwawienia itp., to operacja trwa dużo dłużej, zużywa się więcej materiałów, czas pracy wykwalifikowanego specjalisty, który nadzoruje tego typu szkolenie też jest dłuższy.

Dlatego nie można mówić o tych samych kosztach świadczenia usług medycznych w szpitalach klinicznych, w których uczą się ludzie wszystkich zawodów medycznych i paramedycznych.

W opracowaniu WHO – CHOICE Prices for Hospitals and Health Centres analizie poddano koszty leczenia pacjentów w szpitalach trzech poziomów referencyjnych (wg Barnum H, Kutzin J. *Public Hospitals in Developing Countries*. London 1993 Monographie – IX, 335 p.) we wszystkich regionach świata. Rezultaty analiz WHO opierają się na walucie dolara przeliczeniowego/międzynarodowego w 2000 r. Koszty walut krajowych zostały skonwertowane względem dolara przeliczeniowego, stosując wskaźnik równości siły nabywania dóbr (ppp) wg kursu wymiany. Wskaźnik ppp reguluje zgodnie z kursem wymiany waluty danego kraju – zakup tej samej ilości dóbr i usług na lokalnym rynku. Dolar przeliczeniowy ma tę samą siłę zakupu, jak dolar amerykański. Ponadto dolar przeliczeniowy ma służyć przeliczeniu i porównaniu kosztów pomiędzy jednym a pozostałymi krajami, używając wspólnego wskaźnika, jakim jest USD. Przykładem jest Polska, zaliczona do grupy WHO Europa – B, gdzie wskaźnik ppp wyniósł 1,85. Nakłady na określone dobro w USA równające się wartości 1 USD, w Polsce wynoszą 1,85 zł (tab. 4.).

Uzyskano zdumiewająco zbliżone wyniki. Koszt leczenia w szpitalu pierwszego poziomu referencyjnego jest 2-krotnie niższy niż w trzecim poziomie referencyjnym. Zależność ta jest widoczna zarówno wśród pacjentów hospitalizowanych, jak i ambulatoryjnych. I nie wydaje nam się, aby w Polsce miało szansę być inaczej, mimo wielu głosów stwierdzających, że za te same procedury należy płacić tyle samo, niezależnie od poziomu referencyjnego. Oryginalna wersja tabeli zawiera analizę statystyczną, którą pominieliśmy.

W propozycjach zmian systemowych autorzy raportu zalecają:

Przed wszystkim jednak należy oddzielić NFZ od właściciela publicznego jednostek. Można to zrobić poprzez prywatyzację jednostek publicznych, aby zapobiec konfliktowi interesów pomiędzy publicznym funduszem, a publicznymi szpitalami.

W Stanach Zjednoczonych w roku 2001 działały:

- 243 szpitale federalne,
- 1 156 szpitali stanowych (state-local government),
- 2 998 w systemie non profit,
- 754 dla zysku (for profit)

czyli 27 proc. szpitali było zarządzanych przez państwo.

Stany Zjednoczone wydają się być dobrym przykładem, jako kraj znany z liberalizmu gospodarczego. Nawet jednak tam nie zdecydowano się na komercjalizację całego systemu. W analizie pominięto udział sieci *Veteran's Administration*, organizacji parabudżetowej (koszty – 23 mld USD, 436 tys. pacjentów szpitalnych, 4,5 mln porad ambulatoryjnych w 2002 r.)

Część II

Propozycja zmian sektora ochrony zdrowia w Polsce

Autorzy raportu stwierdzają: *Szacujemy, że istnieje duży potencjalny rynek na dodatkowe usługi płatne poza budżetowo – wykupywane przede wszystkim przez zakłady pracy. Rynek ten w tej chwili istnieje, choć brak jednoznacznych przepisów ogranicza jego rozszerzenie. Dla przykładu w samej Warszawie dodatkową opiekę medyczną zapewnioną przez pracodawcę posiada 150–200 tys. mieszkańców, skąd wywodzą założenie, że ubezpieczenie takie wykupi 4 mln Polaków. Temat jest interesujący, gdyż jednym z współautorów raportu dla wicepremiera Hausnera jest dr Adam Kruszewski, lekarz i ekonomista, współtwórca Medicovera – sieci prywatnych przychodni, którego poglądy szerzej opisano w artykule *Polityki*. Uważamy, że nie jest dobrze, gdy osoba mająca w tym swój prywatny interes zajmuje się reformą systemu.*

Należy pamiętać, iż w stolicy funkcjonuje wiele dużych korporacji i to one wykupują dla swoich pracowników takie pakiety. Jeżeli natomiast w Łodzi pracownik takiej firmy posiada kartę Medicovera, to ona została wykupiona przez warszawską centralę na usługi świadczone w Łodzi. W związku z tym oceniamy, że liczba kart-abonamentów w warszawskiej statystyce jest zawyżona. Absolutnie nie można porównywać półtoramilionowej aglomeracji warszawskiej do innych miast, całej populacji. Średnie uposażenie osoby zatrudnionej w Warszawie jest znacznie wyższe aniżeli w innym regionie kraju. Ponadto abonamentowe usługi poradniane skutkują tym, że pacjent co prawda otrzymuje poradę, ale gdy jest to niewystarczające i tak trafia do sieci państwowych szpitali.

Eksperti w swoich propozycjach wnoszą: *o zdefiniowanie i ograniczenie koszyka usług. Pozbawienie części populacji uprawnień do darmowych świadczeń byłoby możliwe, gdyby istniały w Polsce, tak jak w Stanach Zjednoczonych zabezpieczające systemy typu Medicare i Medicaid. W USA gdzie 39,2 mln ludzi nie ma żadnego ubezpieczenia zdrowotnego, 40 mln objętych jest programem Medicare (244,8 mld USD w 2001 r.), 42 mln – Medicaid (168,3 mld USD w 2001 r.).*

Proponowane *upublicznienie kolejki do świadczeń, np. przez Internet świadczy – naszym zdaniem – dobitnie o oderwaniu autorów raportu od pozawarszawskiej rzeczywistości.*

Ubezpieczenia dobrowolne pokrywałyby świadczenia nie objęte koszykiem usług, a przede wszystkim gwarantowałyby łatwiejszy dostęp do placówek medycznych, wybór lekarza oraz wyższy standard serwisu.

Do elementów stanowiących podstawę programu poprawy efektywności autorzy m.in. zaliczają: *likwidację nierentownych placówek; optymalizację działania i zmianę organizacji NFZ; reorganizację systemu płatności za usługi przez NFZ; zawieranie promes umów pod przyszłe usługi; wprowadzenie rzeczywistej konkurencji pomiędzy placówkami publicznymi i niepublicznymi; komercjalizację jednostek publicznych i jak najszerzą ich prywatyzację.*

Większość tych argumentów (pobożnych życzeń) towarzyszyło usamodzielnieniu szpitali. Wystarczy wziąć do ręki prasę z roku 1998 i poczytać o: *lepszym zarządzaniu, podążaniu pieniędzy za pacjentem, likwidacji korup-*

cji w służbie zdrowia, likwidacji nierentownych placówek, wprowadzeniu konkurencji pomiędzy szpitalami i będziemy mieć zupełną jasność, że realizacja tych założeń nie jest wcale prosta.

Jednym z efektów zmian statusu zoz-ów na skutek komercjalizacji ma być likwidacja ok. 10 proc. szpitali.

Niezależnie, czy powyższe spowoduje likwidację w Polsce 10 proc. placówek służby zdrowia, czy większej liczby, należy stwierdzić, iż nie wynika to z żadnego wyliczenia, analizy. Jest to ocena oparta nie na danych, a na głębokim przekonaniu autorów, niebiorąca pod uwagę takich czynników, jak wpływy polityczne, powiatotwórcza rola szpitala, pozycja szpitala jako pracodawcy w regionach zagrożonych bezrobociem, tradycje lokalne, i wiele innych.

Uważamy, że działanie systemu ochrony zdrowia w Polsce wymaga pilnej zmiany. Zmiana musi być poważna. Postępy medycyny, jej kosztowne technologie sprawiły, że coraz mniej krajów jest w stanie całkowicie finansować leczenie swych obywateli, wszędzie występuje niedobór środków, aby móc z nich zapewnić najlepsze znane nauce terapie, we wszystkich chorobach, dla każdego. Publiczna służba zdrowia jest wynajętą częścią społeczeństwa, która ma pozostałym jego członkom zapewnić opiekę medyczną za takie środki, jakie całe społeczeństwo jest skłonne na to przeznaczyć w imię solidaryzmu społecznego. Brzmi to może dramatycznie nieco, ale tak to widzimy. Konsekwencją takiego rozumowania jest możliwość ewentualnego zwiększenia tych środków dzięki uzyskaniu aprobaty społecznej.

O społeczną aprobatę łatwiej, gdy społeczeństwo jest w tym zakresie wyedukowane, ale to pracownicy służby zdrowia muszą je wyedukować. O aprobatę łatwiej, gdy ogół widzi, że pieniądze publiczne są wydawane z największą wstrzeźliwością, celowo, w sposób przejrzysty, gdy społeczeństwo jest przekonane, że za swoje pieniądze dostaje tyle, ile jest to możliwe.

Jeśli opracujemy standardy postępowania, ale standardy prawdziwe, czyli takie, które można zastosować, przypiszemy im wartości kosztów, to rolę społeczeństwa jest wybór, czy chce nogę złamaną nosić w białym, ciężkim, ale tańszym gipsie, czy w lekkim, droższym, kolorowym. Czy w szpitalu chce leżeć w salach jedno-dwuosobowych, czy zgadza się na większe pomieszczenia, co jest tańsze.

Możemy sugerować, podpowiadać, ale to społeczeństwo decyduje o swoich pieniądzach.

My sami też musimy odpowiedzieć sobie na pytania – jak lepiej, mądrzej wydawać pieniądze w publicznej służbie zdrowia i... wyegzekwować to. Odpowiedzieć na pytanie, czy w kraju, który na ochronę zdrowia przeznacza 600 dolarów przeliczeniowych na osobę, ważniejszy jest porządny standard badań RTG i USG w kilkudziesięciu placówkach, czy zakup tomografu komputerowego i zestawu do angiografii w szpitalu powiatowym, który jest już niemifosiernie zadłużony i nie ma oddziału kardiologii, ani kardiologii, ani neurochirurgii.

Przed każdą zmianą, aby miała szanse powodzenia, musimy sobie bardzo dokładnie określić jej cele, środki potrzebne do realizacji, zaplanować możliwości korekt, punkty kontrolne, warunki brzegowe do jej wprowadzenia. Celem reformy nie może być ani 4-dniowy pobyt w szpitalu, ani zmniejszenie liczby łóżek, ani komercjalizacja. Wszyscy wiemy, że ten 4-dniowy pobyt w szpitalu musi być poprzedzony diagnostyką, a pacjent po wyjściu

ze szpitala musi trafiać w troskliwe ręce lekarza rodzinnego, przygotowanego do tej roli. Na razie, ani nasze możliwości finansowe nie zezwalają na powszechne stworzenie zaplecza diagnostycznego, które by to umożliwiło, ani lekarze rodzinni do tej roli nie są przygotowani, a i chęć pacjenta, aby szybko do pracy wrócić nie jest obligatoryjna w kraju o naszym poziomie bezrobocia.

Celem reformy winno być stworzenie systemu, który będzie społecznie akceptowalny, będzie odpowiadał na społeczne potrzeby. Systemu, który będzie przemyślany, w którym będą zachodziły założone wstępnie procesy, w którym nie zaskoczy nas to, że np. poz-y przerzucają koszty diagnostyki na szpitale, że w komercyjnych przedsiębiorstwach pacjent bardziej kosztotwórczy jest niemiłym widzianym klientem, przesuwany pomiędzy jednostkami organizacyjnymi na zasadzie *psychotechniki*. Ludzie w każdym systemie działają racjonalnie, wykorzystują dostępne im drogi do poprawienia własnej sytuacji i rolę twórców systemu jest takie jego zaplanowanie, aby patologie mogły być niezwłocznie identyfikowane i usuwane. Systemu, w który nie zabierzemy naszych obecnych nonsensów, które momentami wyglądają, jakby były aktami sabotażu. Spiszmy te nonsensy, część widzimy sami, o części powiedzą nam pacjenci. Systemu opartego na standardach postępowania, tak aby każdy zainteresowany trafiający do niego wiedział czego, na którym poziomie referencyjnym może się spodziewać. Standardach, które sprawią, że nie będzie można wykonywać badań na 30-letnim aparacie rentgenowskim. Standardach minimalnej odległości pomiędzy dwoma publicznymi rezonansami magnetycznymi (NMR). Standardach, w których nie można operować raka narządu rodowego bez pobrania i oceny preparatu histopatologicznego w czasie zabiegu.

Zaangażujemy konsultantów krajowych i regionalnych do tworzenia standardów działania.

To nie minister ma je wymyślić, rolę ministra winna być jedynie koordynacja ich implementacji. Wykorzystajmy potencjał kierunków *zdrowie publiczne* w wielu uczelniach medycznych. Pamiętajmy przy tym, że stworzyć trzeba system, który co prawda dotyczy kraju środkowoeuropejskiego w XXI stuleciu, ale środki, jakie możemy na to przeznaczyć bardziej zbliżone są do właściwych innym regionom świata. Publiczna służba zdrowia ma dbać o poziom zdrowia całego społeczeństwa i pamiętajmy, tworząc ten system, że niezbyt kosztowne podawanie połówki aspiryny dziennie pacjentom z chorobą wieńcową, ale systematycznie, w efekcie spowoduje uratowanie życia większej liczby współobywateli niż te same pieniądze, przeznaczone na działania naprawcze kardiologii. Standardy, które stworzymy, będą tylko wtedy standardami, gdy dostępne będą dla całego społeczeństwa, gdy system publiczny będzie je w stanie finansować, a my je będziemy modyfikować w miarę upływu czasu. Nie damy rady sfinansować powszechnej medycyny publicznej na poziomie Mayo Clinic.

Wojciech J. Bienkiewicz, SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych

Beata I. Sawicka, SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek Zarządu Forum Związków Zawodowych, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Administracji i Obsługi Służby Zdrowia

Piśmiennictwo w redakcji