

Wprowadzaną obecnie reformę leczenia wymusiły landy, należące niegdyś do NRD



Niemiecki pacjent

Henryk Siniawski

Ostatnia dekada wykazała niewydolność niemieckiego systemu ochrony zdrowia. Kryzys ekonomiczny oraz bilion marek wydany na dofinansowanie wschodnich landów znacznie nadzarpnęły budżet najbogatszego państwa Europy. Dodatkowym impulsem stało się gwałtowne starzenie społeczeństwa.

Wymuszona reforma

Specjaliści podkreślają, że wprowadzaną obecnie reformę federalnego lecznictwa wymusiły landy, należące niegdyś do NRD. Wszelkie zmiany systemu przeprowadzane do 2000 r. należy raczej nazwać restrukturyzacją. W ukończonej 4 lata temu ewolucji chodziło przede wszystkim o zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych. Celem podjętych działań było także zlikwidowanie ociężałych ekonomicznie i funkcjonalnie jednostek lecznictwa, w tym szpitali klinicznych dawnej NRD. Takie decyzje władz spotkały się ze znacznym oporem pielęgniarek, lekarzy i kierowników klinik, którzy nie przejawiali woli do przeprowadzania zmian. Poczucie własnej wartości, wpajane przez ludowe władze kazało im szukać przyczyn niepowodzenia raczej u innych lub w czynnikach określanych jako *czynniki obiektywne*, np. w braku pieniędzy. Wszelkie próby przeprowadzenia koniecznej naprawy zakładów opieki zdrowotnej na terenach byłej NRD kończyły się strajkami i różnymi formami protestu pracowników (strajki prowadzone przez szpitale, np. w części wschodniej w Berlinie). W takiej sytuacji rozpoczęto od zmian kadrowych. Początkowo tylko na stanowiskach kierowniczych opierając się o zaplecze specjalistów z zachodnich landów Niemiec (np. Charite Berlin, szpitale kliniczne w Dreźnie), a kiedy to nie przyniosło pożądanych efektów, przeprowadzono właśnie restrukturyzację. W ten sposób przygotowano także warunki do reformy.

Pięć założeń reformy

W toku prac przyjęto 5-punktowy szkielet, na którym mają się opierać zmiany w niemieckiej

służbie zdrowia. Należy przy tym podkreślić, że przy jego tworzeniu nie lękano się korzystania z wzorców innych państw, np. Australii. Te założenia to:

- ustalenie katalogu świadczeń podlegających refundacji,
- wprowadzenie wybranego systemu rozliczeń kompatybilnego z listą świadczeń, np. DRG *Diagnosis Related Groups (Australia Refined Diagnosis Related Groups Version 4.1 Volume One [DRDs AO1Z-176C] Commonwealth of Australia 1998)*,
- porównanie efektywności i kosztów jednostek leczących,
- strategiczne rozmieszczenie poszczególnych jednostek ze sporządzeniem listy rozmieszczającej te jednostki w stosunku do siebie (hierarchizacja),
- system zbierania przypadków nagłych (potknięć) i ich rozwiązywanie w trybie nagłym. Rejestracja i rozwiązywanie nagłych niezgodności budżetowych. System zbierania i rozwiązywania innych nagłych sytuacji.

Ustalenie katalogu świadczeń wydaje się być najważniejszym krokiem w reformowaniu systemu opieki zdrowotnej. W Republice Federalnej katalog oparto o możliwości finansowe kraju. Wprowadzono po prostu system rozliczeń kompatybilny z powyższym katalogiem. Tu właśnie wzorowano się na systemie DRG wypracowanym w Australii. Należy podkreślić, że wprowadzony w całych Niemczech system pozwala na swobodny przepływ chorych między landami i kasami chorych. Punktowy system rozliczania oparty jest o listę świadczeń. Te z kolei oceniane są wartością punktową w stosunku do siebie. Tak więc założo-

» Władze Niemiec położyły szczególny nacisk na świadomość społeczną wprowadzanych zmian. Kliniki rozpoczęły wydawanie biuletynów i gazet, propagujących własne możliwości. W mediach rozpoczęto wielką akcję publikowania wyników pracy szpitali »



no wartość punktu obowiązującego na 2005 r. w sposób zuniformizowany. Jeżeli, np. wartość punktu w jakiejś klinice dziś wynosi ok. 4 tys. euro, podczas gdy ustalona ogólnie wartość, do której musimy się dostosować wynosić będzie 2 700 euro, to oznaczać to będzie, że dla danej kliniki wartość świadczeń zmniejszy się nawet o 40 proc. Przyjęcie więc zasady: *Tak krawiec krawie, jak materii staje* – jest jednak niezbędne.

Tak samo, ale inaczej

Przyjęte założenia niemieckiej reformy mają jednak oznaczać zachowanie wysokiego standardu przy znacznie niższych nakładach. W niektórych przypadkach konieczne będzie jednak odstąpienie od tradycyjnych wzorców leczenia i zarządzania. Przyjęto jednak pragmatyczny warunek: *Ausreichend und nicht gefaerdet* (wystarczająco, ale nie szkodliwie). Ma to oznaczać, że w warunkach ograniczonego finansowania musi być utrzymany jak najwyższy standard procesu leczenia, a w sytuacji wymagającej skrajnej oszczędności tak, aby nie było zagrożenia dla chorego. Skuteczność przedsięwzięcia mają gwarantować kolejne 4 zasady:

1. Przejście na niektórych oddziałach na zmianowy system pracy. Oddziały intensywnej opieki medycznej są bowiem najbardziej kosztowne. Chcąc zintensyfikować ich działalność należy stworzyć warunki przez zwiększenie operatywności. Całodobowy system działalności oparty o dostępność pełnej obsady pozwala na organizację prawidłowego ruchu chorych. Tak więc ocena zakończenia procesu intensywnego leczenia chorych stosownie do koncepcji może być podejmowana w każdym momencie, zarówno w dzień, jak i w nocy. Także podejmowanie innych decyzji przyspieszających zdrowienie chorych nie dokonuje się kosztem tracenia czasu. Personel wysoko kwalifikowany poddany jest więc trudom pracy zmianowej. Uciążliwość tego sposobu

pracy nie musi być komentowana w warunkach, gdy kwestie finansowe nie będą poprawione (raczej oczekuje się oszczędności).

2. Ograniczenie stosowania leków szczególnie kosztownych i procedur opartych o kosztowny sprzęt. Tak np. monitorowanie chorych przy użyciu cewnikowi Swana-Ganza można zastąpić wprowadzeniem tańszych systemów diagnostycznych i monitorujących (np. echokardiografii). Kosztowne opcje leczenia będą regramentowane. Tylko kierownik kliniki, w koniecznych przypadkach, ma prawo decydować o stosowaniu wyjątkowo kosztownych leków.
3. Zmniejszenie procedur ryzykownych ze względu na koszty. Szczególne rozważenie konieczności podjęcia procedur paliatywnych i u chorych w bardzo zaawansowanym wieku (np. powyżej 80 lat). Ten punkt powinien być omówiony oddzielnie, ze względu na delikatność tematu bogatego w kontrowersje.
4. Zapewnienie pełnego obłożenia, które jest niezbędne do wykorzystania potencjału kliniki. Wypełnienie tego punktu jest o tyle prostsze, że w Niemczech stosuje się z powodzeniem konsolidację zespołów współpracujących szpitali o odmiennych profilach.

Warunek sukcesu

Wprowadzając reformę systemu opieki zdrowotnej władze Niemiec położyły szczególny nacisk na świadomość społeczną wprowadzanych zmian. Kliniki rozpoczęły wydawanie biuletynów i gazet, propagujących własne możliwości. W mediach popularnych rozpoczęto wielką akcję publikowania wyników pracy szpitali. Jednostki lecznicze zaczęły się poddawać ocenom, dokonywanym przez powołane do tego organizacje krajowe. W efekcie złagodzone społeczne odczucia reformy, otwierając w ten sposób furtkę do dalszych zmian. ■

Autor jest doktorem medycyny. Ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Poznaniu. Jest specjalistą chorób wewnętrznych, ordynatorem oddziału w Deutsches Herzzentrum Berlin. Pracuje od 17 lat w Berlinie. W swojej pracy ma możliwość zapoznania się z mechanizmem wprowadzenia reformy w Niemczech. Szczególnie interesuje się etyką medycyny i organizacją służby zdrowia.