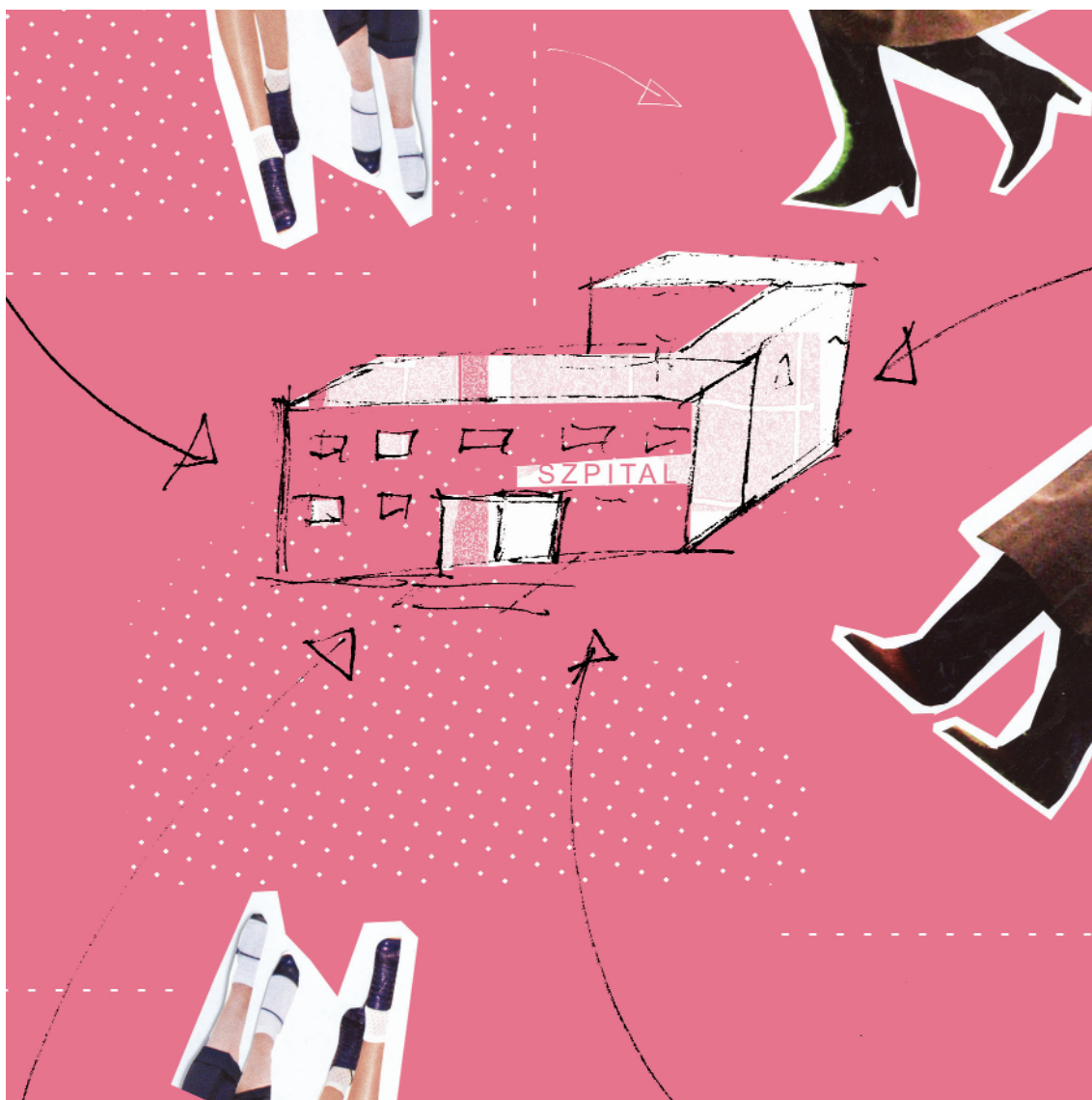


Podstawą działań reformatorskich powinno być utworzenie sieci ośrodków opieki zdrowotnej



graf. Natalia Gościńska

## Centra szpitalne

Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa, Julian Nowak, Jarostaw Pinkas, Józef Stępień

Sytuacja finansowa polskiego systemu ochrony zdrowia jest powszechnie znana. *Zapaść finansowa szpitali, służba zdrowia na skraju przepaści* – to opinie powielane w różnorodnych publikacjach, ale nie poparte głębszą analizą przyczyn powstawania problemów.

Rok 2005 jest kolejnym, w którym próbuje się uratować szpitale przed bankructwem metodą przydzielenia lepiej lub gorzej zorganizowanych dotacji z budżetu państwa. Oddłużenia placówek służby zdrowia (w latach 1994 i 1998) pokazały, że opieka zdrowotna jest w stanie wchłonąć każdą sumę pieniędzy i nadal tworzyć kolejne zadłużenia.

### Na tropie błędów

Reformy wdrażane od 1992 r., wejście w życie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w 1998 r., zmiana systemu ubezpieczeniowego w 2003 r. nie zdołały zapobiec pogłębiającym się negatywnym tendencjom, co napawa dużym niepokojem szerokie rzesze potencjalnych pacjentów polskiego systemu ochrony zdrowia.

Gdzie tkwi błąd? Co powoduje radykalne zachowania pracowników zoz-ów, z akcjami strajkowymi i głodówkami włącznie? Pytania te zadają sobie nie tylko pacjenci, ale także politycy, ekonomiści, menedżerowie ochrony zdrowia i – jak to zwykle bywa – każdy ma dobrą receptę na uzdrowienie sytuacji.

Jedni wpadają na pomysł oddłużenia zakładów opieki zdrowotnej, drudzy wskazują na koniecz-

ność nadal marginalizowana. Szpitale pochłaniają ponad 50 proc. budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, realizując częstokroć świadczenia zdrowotne, które z powodzeniem mogłyby być zrealizowane w warunkach ambulatoryjnych. Składają się na nie podstawowa opieka zdrowotna, diagnostyka ambulatoryjna, konsultacje i ambulatoryjne leczenie specjalistyczne. W ich skład wchodzi różne rodzaje leczenia w opiece dziennej, jak też w tańszych formach lecznictwa stacjonarnego, pn. leczenie w zakładach rehabilitacyjnych lub zakładach opieki długoterminowej.

Jednocześnie mamy do czynienia z sytuacją, w której szpitale nie są w stanie wypełniać swojej roli, w tym szczególnie funkcji szpitala pełniącego ostre dyżury, z powodu braku pełnego profilu leczniczego lub diagnostycznego, odpowiedniego wyposażenia, odpowiedniej liczby personelu czy też z powodu braku odpowiedniego do możliwości realizacyjnych kontraktu z NFZ.

### Archaiczna baza

W Polsce funkcjonuje ponad 760 szpitali o bardzo zróżnicowanych możliwościach działania terapeutycznego, a ich rozmieszczenie uwarunkowane jest najczęściej historycznie (80 proc. lokalowej

» Oddłużenia placówek pokazało, że opieka zdrowotna jest w stanie wchłonąć każdą sumę pieniędzy i nadal tworzyć kolejne zadłużenia »

ność zmiany zasad finansowania świadczeń, trzeci podnoszą potrzebę prywatyzacji, kolejni szansę uzdrowienia sytuacji widzą w powrocie do porzuczonego przed laty budżetowego systemu finansowania ochrony zdrowia. Natomiast rzadko podnoszony jest problem zmiany organizacji udzielania świadczeń, mimo że pierwsze jej próby podjęto ok. 1963 r. i dotyczyły projektów stworzenia sieci szpitali w kraju. Zakładały one redukcję części bazy łóżkowej i zmianę profilu terapeutycznego, lecz niestety, ówczesne uwarunkowania polityczne nie pozwalały na wdrożenie proponowanych rozwiązań, głównie dlatego, że zoz-y były i nadal są często jedynym pracodawcą w wielu regionach kraju.

### Marginalizacja lecznictwa

W Polsce, mimo wielu zabiegów reformatorskich, mamy nadal do czynienia z tzw. *centroszpitalnym* systemem opieki zdrowotnej, co oznacza, że największy udział w lecznictwie mają jednostki szpitalne, a rola podstawowej opieki zdrowotnej i pozostałych form lecznictwa pozaszpitalnego

bazy szpitalnej pochodzi z okresu przedwojennego), znacząca część powstała w wyniku realizacji planów tworzenia placówek o charakterze ogólnokrajowych centrów diagnostyczno-leczniczych (Pomnik Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Centrum Onkologii w Warszawie, Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Międzylesiu) lub tworzenia zaplecza szpitalnego dla Układu Warszawskiego w postaci dużych, częstokroć 600-łóżkowych szpitali zlokalizowanych w niewielkich miastach centralnej Polski (Żary, Poddębice).

W ostatnich latach, zwłaszcza w okresie po wprowadzeniu reformy administracyjnej kraju, obserwujemy tendencję do tworzenia ośrodków szpitalnych w każdej jednostce administracyjnej, początkowo w każdym województwie – po 1976 r., a następnie w każdym powiecie – po 1998 r. Mapa administracyjna kraju podlegała modyfikacjom pod wpływem lokalnych ambicji politycznych. Czasami dążono do stworzenia powiatu o łącznej liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 25 tys. tylko po to, aby utrzymać lokalny szpital.

Wprowadzenie reformy ubezpieczeń zdrowotnych i rozpoczęcie wdrażania systemu ratownictwa medycznego nasiliły tendencje do nieracjonalnego, niekontrolowanego wyposażania tych szpitali w drogi sprzęt diagnostyczny oraz do tworzenia wysoko specjalistycznych form opieki zdrowotnej, bez wyprzedzającej analizy zapotrzebowania na ich usługi. Jednocześnie coraz częściej mamy do czynienia z sytuacjami braku kompleksowej opieki zdrowotnej (konieczność przeniesienia pacjenta do innego ośrodka w celu wykonania badania diagnostycznego lub kontynuacji leczenia), braku prawidłowej opieki spowodowanej niedoborem personelu lub szkodliwym działaniem wyeksploatowanego sprzętu medycznego. Konsekwencją tego nielogicznego procesu terapeutycznego jest nie tylko generowanie wysokich kosztów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, ale także różnego typu powikłania wynikające z opóźnienia udzielenia kwalifikowanego świadczenia zdrowotnego.

### Niekontrolowany standard

Wiele placówek szpitalnych nie jest w stanie spełnić wymagań wynikających z ustawy *O zakładach opieki zdrowotnej* z 7 lutego 1992 r.

### Optymalizacja nadzoru

System ubezpieczeń zdrowotnych umożliwił realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dużej liczbie podmiotów niepublicznych, co zasadniczo zmieniło strukturę własności zakładów opieki zdrowotnej. Tym samym, wprowadzając równouprawnienie podmiotów publicznych i prywatnych, Polska dołączyła do krajów, które są w stanie powierzyć zadania ochrony zdrowia również sektorowi niepublicznemu (np. w Danii zadania z zakresu ratownictwa medycznego realizuje firma Falck).

Bardzo zróżnicowana sytuacja nadzoru właścicielskiego w sektorze publicznym powodująca, że zakłady opieki zdrowotnej są nadzorowane przez organy centralne administracji państwowej (minister zdrowia dla instytutów medycznych i klinik CMKP, minister obrony narodowej dla ZOZ MON, minister spraw wewnętrznych dla ZOZ MSWiA, rektorzy akademii medycznych dla szpitali klinicznych), organy samorządu terytorialnego odpowiednio dla województw, powiatów i gmin, jak też instytucje kościelne, stowarzyszenia itp., wymaga zastosowania działań mających na celu skoordynowanie opieki zdrowotnej poprzez stworzenie optymalnych rozwiązań dostępu

” Rzadko podnoszony jest problem zmiany organizacji udzielania świadczeń, mimo że pierwsze jej próby powstały ok. 1963 r. i dotyczyły projektów stworzenia sieci szpitali ”

(12-letni okres dostosowawczy mija w lipcu br.), w tym wymagań przepisów sanitarno-epidemiologicznych, prawa farmaceutycznego, prawa budowlanego, prawa przeciwpożarowego, obowiązującego od bieżącego roku prawa atomowego czy też standardów warunków udzielania świadczeń stawianych świadczeniodawcom przystępujących do konkursu ofert na świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Nie podjęto żadnych działań zmierzających do oszacowania w skali kraju skutków ww. sytuacji, jak też nie prowadzi się analiz, czy remonty placówek i poniesione na nie nakłady finansowe przyczynią się do spełnienia wymogów obowiązującego prawa, czy nie. Wydaje się to mało prawdopodobne, bowiem działania te nie były poprzedzone regionalnym, a tym bardziej ogólnokrajowym planem naprawy sytuacji prawnej podmiotów o starej infrastrukturze lokalowej i sprzętowej oraz nie były korelowane z planem nowych: publicznych i niepublicznych inwestycji w ochronie zdrowia.

do świadczeń i w oparciu o sieci placówek realizujących tę opiekę.

Pozytywnym przykładem tworzenia koordynacji opieki zdrowotnej był realizowany w przeszłości *Program poprawy opieki perinatalnej*, tworzący zasady sprawowania opieki nad kobietą i jej potomstwem w ciąży, w czasie porodu i porożu. Efektem wdrożenia właściwie nadzorowanego i skoordynowanego programu był spadek odsetka zgonów noworodków w okresie okołoporodowym do poziomu 0,07 proc., co pozwoliło Polsce dorównać pod tym względem do grona państw europejskich.

Olbrzymi wpływ na prawidłową organizację systemu ochrony zdrowia ma wielkość i struktura zasobów kadrowych. W Polsce od pewnego czasu mamy do czynienia z niedostosowaniem kształcenia kadr do zmieniającego się zapotrzebowania, czego przykładem jest pogłębiający się brak personelu pielęgniarskiego, jako skutek zmian w systemie kształcenia pielęgniarek, spowodowanych m.in. likwidacją szkół pielęgniarskich, brak lekarzy geriatrów, nadmiar pediatrów, co jest wynikiem

braku perspektywicznego planowania kształcenia podyplomowego lekarzy. Dodatkowy wpływ na tę sytuację ma niezmienny system wynagradzania personelu medycznego w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz migracja zarobkowa, nasilająca się po akcesji Polski do UE.

### Analiza finansowa

Według danych Ministerstwa Zdrowia umieszczonych na jego stronie internetowej poziom zobowiązań wymagalnych publicznych placówek opieki zdrowotnej (spzoz-y utworzone przez jednostki samorządu terytorialnego) wynosi 5 738 383 000 zł (dane z 11 lutego 2005 r.).

Z różnego rodzaju relacji prasowych wynika, że poziom całkowitego zadłużenia opieki zdrowotnej może wynosić nawet ok. 12 mld zł. Tylko w 2004 r. zobowiązania wymagalne wzrosły o prawie 1,2 mld zł, a uwzględniając niezbędne nakłady na dokapitalizowanie infrastruktury lokalowej i sprzętowej, poziom niezbędnych nakładów może sięgać nawet kilkudziesięciu miliardów złotych.

Analizując różne elementy systemu opieki zdrowotnej, można przyjąć, że przyczynami powstawania deficytu finansowego były i są:

- konieczność odtwarzania dekapitalizowanej bazy lokalowej i sprzętowej,
- utrzymywanie się tendencji do finansowania lub wymuszanie sfinansowania kosztów bazy z jednoczesnym kwestionowaniem przyjętych

- nieprawidłowe zarządzanie zoz wynikające bezpośrednio z decyzji dyrektora zoz lub pośrednio z decyzji organów założycielskich,
- brak lub niedostateczny nadzór właścicielski akceptujący lub bagatelizujący nieprawidłowe zarządzanie zoz, w tym brak kontroli i analizy przyczyn narastania zadłużenia zoz,
- realizacja lub zgoda na realizację nieracjonalnych, nietrafionych inwestycji polegających na zakupie sprzętu medycznego, który nie będzie w pełni wykorzystywany z powodu braku odpowiedniej liczby pacjentów, zleceń lub personelu do obsługi zakupionych urządzeń,
- tworzenie nowych jednostek organizacyjnych zoz (oddziałów, poradni, pracowni) bez analizy zapotrzebowania na ich usługi,
- bagatelizowanie problemu tzw. *szarej strefy*, w tym problemu wykorzystywania zasobów zoz do celów związanych z prowadzeniem przez pracowników prywatnej działalności medycznej,
- brak jasnych zasad wdrażania do codziennej praktyki nowych technologii medycznych i zasad ich finansowania.

### Uwarunkowania prawne

Rozregulowany system opieki zdrowotnej nie mógł liczyć na stabilną sytuację legislacyjną. Główne mankamenty to:

- częsta zmiana przepisów dotyczących zasad finansowania świadczeń (systemowych: kasy

## » W Polsce mamy nadal do czynienia z tzw. *centroszpitalnym* systemem opieki zdrowotnej »

zasad finansowania świadczeń zdrowotnych, co powoduje utrzymywanie wysokości kontraktu pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą, mimo że nie realizuje on wymaganej kontraktem liczby świadczeń,

- mało elastyczny system alokacji środków finansowych na kontrakty pomiędzy świadczeniodawcami, którzy wykonali mniej świadczeń niż to wynika z umów zawartych z NFZ, na świadczeniodawców, którzy mają nadwyżkę liczby wykonanych świadczeń,
- zobowiązania finansowe samodzielnych publicznych zoz-ów wobec pracowników wynikające z braku realizacji lub niepełnej realizacji zapisów tzw. *ustawy 203*, z opóźnienia w zmianie regulaminów wynagradzania w części dotyczącej wypłaty tzw. *trzynastej pensji*, z konieczności uregulowania należności finansowych za dyżury lekarskie,

chorych, NFZ, i szczegółowych: zasady kontraktowania),

- brak jasnych regulacji dotyczących zasad finansowania świadczeń udzielanych na rzecz osób uprawnionych do świadczeń z innego tytułu niż powszechne ubezpieczenie zdrowotne (bezdolni, obywatele krajów spoza UE),
- brak jasnych regulacji dotyczących wykorzystywania pozycji monopolistycznej przez płatnika/NFZ lub świadczeniodawcę/grupę świadczeniodawców w procesie zawierania umów,
- brak jasnych zasad odpowiedzialności stron umowy między NFZ i świadczeniodawcą w przypadkach realizacji umowy w sposób niezgodny z jej zapisami (nadwyżki wykonania, błędy lub fałszowanie rozliczeń, realizacja świadczeń pozaumownych),
- tworzenie przepisów mających bezpośredni wpływ na zasady gospodarowania w zoz (*ustawa*

- 203, ustawy *O zamówieniach publicznych, O podatku od towarów i usług, O podatkach lokalnych*),
- ułomne regulacje dotyczące statusu prawnego zakładu opieki zdrowotnej uniemożliwiające funkcjonowanie zoz na zasadach ogólnych, w tym ich przekształcanie, łączenie, likwidację i upadłość,
  - przepisy wydłużające procesy decyzyjne i ograniczające kompetencje zarządzających publicznymi zoz-ami (przepisy wymuszające uzyskanie pozytywnej opinii rady społecznej zoz i uchwał akceptujących organu założycielskiego itd.),
  - brak egzekucji przepisów regulujących funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia (ustawa o zoz-ach, przepisy sanepidu, prawo budowlane, prawo ppoż., prawo atomowe); brak weryfikacji rejestrów zoz pod tym kątem,
  - martwe i niekompletne regulacje prawne – ustawa *O państwowym ratownictwie medycznym*, rozporządzenie MZ o poziomach referencyjnych,

finiowania zakresu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych),

- brak przepisów regulujących zasady tworzenia standardów świadczenia zdrowotnego.

### Kierunki proponowanych rozwiązań

Pierwszym i fundamentalnym warunkiem wprowadzania zmian systemowych i nowych rozwiązań w systemie ochrony zdrowia jest weryfikacja zasobów opieki zdrowotnej poprzez weryfikację rejestrów zoz-ów, indywidualnych praktyk lekarskich i pielęgniarskich pod kątem obowiązującego prawa.

Drugim działaniem, które proponujemy, jest stworzenie sieci placówek szpitalnych tworzących zaplecze dla ratownictwa medycznego przedszpitalnego, powołanego przez Państwową Straż Pożarną w ramach krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego oraz publiczne i prywatne jednostki wyjazdowe pomocy doraźnej. Zrealizowanie tego zadania wymaga weryfikacji liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddzia-

## ” Wprowadzenie reformy ubezpieczeń zdrowotnych nasiliło tendencje do nieracjonalnego, niekontrolowanego wyposażania szpitali w drogi sprzęt diagnostyczny ”

- brak regulacji umożliwiających pełnienie i finansowanie ostrych dyżurów w szpitalach,
- brak przepisów umożliwiających efektywną koordynację kształcenia kadr medycznych, dostosowaną do zmieniających się potrzeb, np. kształcenie ratowników medycznych na potrzeby ratownictwa medycznego, wyspecjalizowanego personelu pielęgniarskiego i lekarzy specjalistów, np. geriatrów, na potrzeby opieki długoterminowej i hospicyjnej,
- brak przepisów wymuszających tworzenie planów i warunków realizacji nowych inwestycji medycznych,
- brak przepisów regulujących zasady wdrażania do codziennej praktyki nowych technologii medycznych,
- brak rozstrzygnięcia kwestii czasu pracy lekarzy, w tym problemu dyżurów lekarskich i pracy dodatkowej,
- brak jasnych kryteriów dotyczących wykonywania zawodu medycznego w warunkach konkurencji dla podmiotu stanowiącego podstawowe miejsce pracy,
- brak przepisów regulujących sferę współpłacenia za świadczenia zdrowotne (brak regulacji tzw. *szarej strefy*, brak efektywnego zde-

łów ratunkowych (SOR) i ewakuacyjnych izb przyjęć powołanych na podstawie ustawy *O państwowym ratownictwie medycznym*, a także zakończenia procesu tworzenia centrów powiadamiania ratunkowego oraz określenia warunków i zakresu działania placówek pierwszego rzutu ratownictwa szpitalnego, zorganizowanych na bazie placówek powiatowych, dzielnicowych oraz regionalnych. Odrębnym zadaniem jest konieczność zaplanowania i zdefiniowania roli ogólnokrajowych centrów interwencji medycznych w trybie ostrym (centra urazów wielonarządowych, centra leczenia ostrych niewydolności wieńcowych i świeżych zawałów serca, centra udarowe, centra leczenia oparzeń, centra leczenia ostrych zatruc itd.) – stworzenia systemu certyfikacji ratowniczej.

Trzecim niezbędnym rozwiązaniem, które proponujemy, jest stworzenie sieci placówek pełniących rolę konsultacyjną i edukacyjną dla systemu opieki zdrowotnej (system certyfikacji konsultacyjnej i edukacyjnej).

### Ścieżki dostępu

Na bazie placówek funkcjonujących w opisanych propozycjach sieci oraz w oparciu o po-

zostałe placówki spełniające wymogi obowiązującego prawa, a także na podstawie wiedzy wynikającej ze zweryfikowanych rejestrów należy przygotować rozwiązania pozwalające na stworzenie efektywnych *ścieżek dostępu* do świadczeń zdrowotnych. Musi się to wiązać z opracowaniem zasad stopniowania opieki zdrowotnej; od opieki realizowanej przez podstawową opiekę zdrowotną opartą na indywidualnych lub grupowych praktykach lekarza rodzinnego począwszy, poprzez specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną, opiekę realizowaną w szpitalach, aż po wysoko specjalistyczne formy diagnozowania i leczenia w wyspecjalizowanych i dysponujących odpowiednim wyposażeniem oraz doświadczoną kadrą medyczną placówkach o charakterze klinicznym.

Zasady te powinny odrębnie traktować problematykę postępowania w stanach nagłych (wykorzystanie zasad przyjętych w systemie ratownictwa medycznego) i planowych proce-

profilaktyka, formy leczenia i diagnostyki w trybie jednego dnia, świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w warunkach domowych, umożliwiające efektywną realizację opieki,

- wprowadzenie zasady finansowania świadczeń szpitalnych tylko poprzez finansowanie efektywnych, wystandaryzowanych procedur medycznych,
- weryfikacja finansowania świadczeń zdrowotnych obejmujących terapię lekami wysokonakładowymi w oparciu o potwierdzoną skuteczność terapeutyczną, z uwzględnieniem bazy EBM oraz zasad farmakoekonomiki,
- dalszy rozwój i efektywne finansowanie świadczeń poszpitalnych (rehabilitacja stacjonarna, opieka długoterminowa, opieka hospicyjna) metodą finansowania bezpośredniego przez płatnika lub pośredniego poprzez świadczeniodawcę szpitalnego,
- niezbędny, kolejny krok, jakim powinno być wprowadzenie zasad konkurencji podmio-

## » Fundamentalnym warunkiem wprowadzania zmian systemowych jest prawna weryfikacja zasobów rejestrów zoz, indywidualnych praktyk lekarskich i pielęgniarskich »

sach diagnostyczno-leczniczych. Najwyższy stopień opieki zdrowotnej, a także stopnie pośrednie powinny być realizowane przez jednostki organizacyjne będące częścią całego zakładu opieki zdrowotnej, o ile spełniają kryteria efektywności w realizacji określonej części całego procesu diagnostycznego lub terapeutycznego służącego rozwiązaniu konkretnego problemu medycznego, np. diagnozowania i leczenia cukrzycy – ścieżka diabetologiczna, diagnozowania i leczenia nowotworów – ścieżka onkologiczna itd. Lista podmiotów rekomendowanych dla danej *ścieżki dostępu* oraz ich rola powinny być częścią ww. zasad.

### Nakłady i konkurencja

Kolejną zmianą, której należy dokonać, jest zmiana w zasadach finansowania świadczeń zdrowotnych, w szczególności:

- zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej realizowanej w warunkach przedszpitalnych, takich jak poz, specjalistka ambulatoryjna, wybrane formy diagnostyki ambulatoryjnej, wybrane formy świadczeń rehabilitacyjnych, promocja zdrowia,

tów w sferze planowych świadczeń zdrowotnych – połączone z systemem certyfikacji całych podmiotów, oddziałów, pracowni diagnostycznych, gabinetów pod kątem spełnienia standardów medycznych.

### Wizja destrukcji

Wymienionym wyżej zmianom powinno towarzyszyć wdrożenie systemu monitorowania kolejek oczekujących na planowane świadczenia zdrowotne (w przypadku podmiotów funkcjonujących w systemie sieci ratownictwa medycznego tylko w odniesieniu do tzw. *wolnych mocy przerobowych*), budowa systemu identyfikacji uprawnień do świadczeń zdrowotnych na bazie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz budowa elektronicznego systemu monitorowania realizacji świadczeń w oparciu o ogólnokrajowy system informacyjny.

Chcąc zapobiec kolejnym etapom destrukcji całego systemu opieki zdrowotnej, proponowane rozwiązania trzeba, naszym zdaniem, wdrażać bardzo szybko.

*Autorzy tworzą Zarząd Polskiego Towarzystwa Standardów Medycznych Polstmed*