

Pobudka! Koniec z marazmem w ochronie zdrowia

Pandemia COVID-19 zwiększyła istniejący chaos i dezorganizację systemu opieki zdrowotnej. Adam Niedzielski jest pierwszym ministrem od czasów Zbigniewa Religi, który podjął wyzwanie zmierzenia się z tą sytuacją. Zapowiedź pilnej reformy szpitali niezależnie od trwającej pandemii jest tego najlepszym przykładem. Wbrew licznym już głosom sprzeciwu czy przynajmniej obojętności istnieje społeczna potrzeba udzielenia maksymalnego wsparcia tej inicjatywie ministra.

Fot. istockphoto.com



Potrzebę tę potwierdza badanie przeprowadzone przez Polską Federację Szpitali, w którym ponad 60 proc. kadry kierowniczej opowiedziało się za upaństwowieniem szpitali. Można powiedzieć, że reforma ministra Niedzielskiego jest w pewnym sensie być albo nie być dla polskiej opieki zdrowotnej. Według wiceprezydenta Pracodawców RP Andrzeja Mądrali: „System ochrony zdrowia w Polsce staje się bankrutem. [...] Potrzebna jest rewolucja, bo ewolucja będzie powolną agonią tego systemu”.

Trudności realizacyjne reformy są spore, a jedną z głównych jest brak instytucjonalnego zaplecza analitycznego i eksperckiego dla urzędu ministra i wojewodów. W tej sytuacji, dopóki nie zorganizuje się w pełni Agencja Rozwoju Szpitali, Ministerstwo Zdrowia może skorzystać z opcji zwrócenia się do Uczelni Łazarzkiego w Warszawie w celu podjęcia wstępnej koordynacji działań przez uczelniany Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia. Istotnego wsparcia merytorycznego dla projektu reformy może udzielić również Polska Federacja Szpitali kierowana przez prof. Jarosława Fedorowskiego.

Równoległą trudnością w realizacji cennej inicjatywy ministra Niedzielskiego jest brak długofalowej strategii rozwoju polskiej opieki zdrowotnej. Poza wyśmienitymi projektami, takimi jak Cancer Plan czy projekt Krajowej Sieci Onkologicznej, nikt dotąd nie

przygotował tego typu całościowej strategii dla urzędu ministra zdrowia. Skrótowy dokument resortu pod tytułem: „Analiza potrzeby reformy systemu – strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018” pomija szereg ważnych zagadnień, jest już nieaktualny i nie spełnia tych oczekiwań. Ta sama uwaga dotyczy dokumentu przygotowanego wcześniej na potrzeby Unii Europejskiej – „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”.

Jednocześnie, jak słusznie podpowiada były minister zdrowia Marek Balicki, szybkie uporządkowanie dysfunkcyjnego obecnie systemu, w którym zaczynają się pojawiać coraz większe pieniądze unijne, jest pilnie oczekiwane przez wyborców.

Reforma szpitali projektowana przez ministra Niedzielskiego musi przebiegać nie tylko podczas trwającej jeszcze pandemii, lecz także przy ogromnych deficytach kadrowych (lekarzy i pielęgniarek) oraz boleśnie odczuwanym niedostatku nakładów na ochronę zdrowia i rosnącym zadłużeniu szpitali.

Pozorna samodzielność

Wbrew pozorom wdrożenie reformy – obok wielu wcześniej podejmowanych działań, takich jak zwiększenie liczby uczelni medycznych, kształcenie opiekunów medycznych – poprzez zakładaną koncentrację

kadry w mniejszej liczbie szpitali opieki krótkoterminowej, ale podejmujących szerszy zakres działalności, powinno doprowadzić do złagodzenia problemu braku lekarzy i pielęgniarek.

Nie do utrzymania jest natomiast plan uzyskania 6 proc. PKB na ochronę zdrowia dopiero w 2024 r. Pandemia dobitnie wykazała, że kluczowym parametrem decydującym o sile i suwerenności państwa jest bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Obecnie dobrą okazję stwarza Krajowy Plan Odbudowy, który powinien pozwolić na doraźne zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia w 2024 r. przynajmniej do poziomu 7 proc. PKB.

Kolejnym warunkiem wstępnym powodzenia reformy ministra Niedzielskiego powinno być doprowadzenie poprzez szybką ścieżkę legislacyjną do ostatecznego odejścia od toksycznej formuły SPZOZ i spowodowanie funkcjonowania wszystkich szpitali w formie spółki prawa handlowego – podobnie jak w pozostałych krajach europejskich. Przyszłe spółki szpitalne mogłyby wariantowo działać jako państwowo-samorządowe z 51-procentowym udziałem Skarbu Państwa.

We wszystkich krajach poza Polską szpitale funkcjonują albo w formie spółek, albo zakładów prywatnych, często działających w sieci, oraz w formie zakładów prowadzonych przez fundacje i związki wyznaniowe. Wyłącznie w Polsce od czasu już nieobowiązującej, a uchwalonej w 1991 r. ustawy o zakładach zakłady opieki zdrowotnej działają nadal głównie w formie tzw. SPZOZ.

Decydenci wszystkich szczebli starają się nie dostrzeżać, że SPZOZ jest hybrydą formalnoprawną z pozorną samodzielnością i olbrzymią inercją działania. Podstawowe mankamenty formuły funkcjonowania SPZOZ dotyczą obszarów finansowych (niedostateczne instrumenty prawne kontroli finansowej, działanie w imię tzw. wyższej konieczności, brak określenia odpowiedzialności kierownika jednostki za ujemny wynik finansowy i niezatwierdzenie rocznego bilansu) oraz prawnych (niekompetentna rada społeczna bez żadnych możliwości władczych).

Wymieniona ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – nowelizowana 46 razy – akceptowała także brak absolutorium dla zarządu szpitala oraz brak konsekwencji w przypadku niezatwierdzenia rocznego bilansu, brak wpływu wyniku finansowego na dalsze funkcjonowanie jednostki – jednoznaczne z usankcjonowaniem jej zadłużania. Mimo to większość szpitali wciąż funkcjonuje w formule SPZOZ. Pozostawianie tego stanu rzeczy jest pierwszą przyczyną braku warunków do osiągnięcia jakiegokolwiek racjonalności systemu.

Ostatnie zmiany o charakterze reformy systemu wprowadził rząd Jerzego Buzka w końcu lat 90. ubiegłego wieku i do dzisiaj odbijają się nam one niezłą czkawką. Oddanie szpitali samorządom powiatowym i wojewódzkim oznaczało w praktyce, że decyzje w zakresie szpitalnictwa od 18 lat były podejmowane w sposób często nieprofesjonalny, z ogromną dominantą czynnika politycznego.

„Projektowana reforma szpitali ministra Niedzielskiego musi przebiegać nie tylko podczas trwającej jeszcze pandemii, lecz także przy ogromnych deficytach kadrowych oraz boleśnie odczuwanym niedostatku nakładów na ochronę zdrowia”

Reforma ta spowodowała między innymi lawinę nieuzasadnionych wydatków idących w miliardy złotych na bezsensowną – i stale realizowaną – rozbudowę małych, peryferyjnych szpitali położonych blisko dużych szpitali zlokalizowanych w sąsiednich aglomeracjach – przykłady to rozbudowa szpitala w Łapach, Chmielniku, Białymstoku i wielu innych.

Reforma ministra Niedzielskiego nawiązuje bezpośrednio do rozwiązań, które w Europie Zachodniej i Skandynawii zostały wprowadzone wiele lat wcześniej. Niezycząca już dr Ewa Borek, prezes Fundacji My Pacjenci, wielokrotnie podkreślała: „W Europie leczenie szpitalne jako najbardziej kosztowne staje się ostatecznością i dotyczy wyłącznie problemów, których nie da się leczyć ambulatoryjnie. Nieuzasadnione stają się kilkudniowe, szpitalne pobyty diagnostyczne, spowodowane kolejkami do tej samej diagnostyki, którą można taniej wykonać ambulatoryjnie. [...] Koordynacja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitalnej opieki dziennej, krótkoterminowej i długoterminowej oraz kompleksowość i jakość tej opieki stają się głównymi źródłami oszczędności. [...] Połowa interwencji szpitalnych w krajach Unii Europejskiej to dziś pobyty jednodniowe. Co czwarte łóżko szpitalne w Europie stało się zbędne”.

Taką filozofię funkcji poszczególnych rodzajów szpitali prezentował również „Krajowy plan rozmieszczenia stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej (Projekt Krajowej Sieci Szpitali)” pod redakcją Andrzeja Koronkiewicza i moją opublikowany w 1997 r. przez – zlikwidowane przez Ministerstwo Zdrowia w 2000 r. – Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia – Zakład Szpitalnictwa.

Tadeusz Jędrzejczyk, Piotr Magdziarz i Agnieszka Pachciarz

Tadeusz Jędrzejczyk, były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, już kilka lat wcześniej słusznie twierdził, że polskie szpitale najbardziej potrzebują przedfiniowania swojej funkcji. Przekonywał, że obecnie coraz łatwiej i efektywniej można leczyć ambulatoryjnie, a jednocześnie kompleksowa pomoc ciężko chorym

„We wszystkich krajach poza Polską szpitale funkcjonują albo w formie spółek, albo zakładów prywatnych, często działających w sieci, oraz w formie zakładów prowadzonych przez fundacje i związki wyznaniowe”

wymaga zaplecza kadrowego i sprzętowego, które przekracza możliwości nie tylko najmniejszych, ale nawet średnich szpitali.

Podobnie w ostatnich latach wypowiedział się Piotr Magdziarz, szef firmy konsultingowej Formedis z Poznania, proponując łączenie przekształconych, małych, niewydolnych szpitali w konsorcja z jednym głównym szpitalem subregionalnym, który zapewniałby dla tego obszaru całodobową, skoncentrowaną, wysokospecjalistyczną opiekę z akcentem na specjalności zabiegowe i intensywną terapię. Pozostałe szpitale po przeprofilowaniu oferowałyby usługi głównie w specjalnościach zachowawczych, długoterminowych i świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz terminalnych i nie musiałyby ponosić ogromnych kosztów na zapewnienie wymaganych standardów w specjalnościach zabiegowych (OIT, blok operacyjny, centralna sterylizacja, wysokospecjalistyczna diagnostyka). Według Piotra Magdziarza takie rozwiązanie przyniosłoby kolosalne oszczędności, przede wszystkim dzięki racjonalnemu wykorzystaniu i zatrudnieniu deficytowej kadry lekarzy chirurgów.

Agnieszka Pachciarz, szefowa oddziału wielkopolskiego Narodowego Funduszu Zdrowia, podkreślała wielokrotnie, że szpitale opieki krótkoterminowej w pierwszej kolejności wymagają profilowania i koncentracji. Działania w tym kierunku wdrożyła z sukcesem, doprowadzając między innymi do likwidacji niewydolnego oddziału chirurgii w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku i zapewniając dla tego obszaru świadczenia chirurgiczne w sąsiadującym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Pile. W konsekwencji Szpital w Wyrzysku skoncentrował się na świadczeniach zachowawczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Obecnie, przy szybko postępującej poprawie sieci dróg krajowych oraz wzroście zamożności społeczeństwa (samochód w każdej rodzinie), chory woli wybrać dojazd w promieniu 30–40 km do pełnoprofilowego, specjalistycznego szpitala niż podjąć leczenie w miejscowym, niewydolnym szpitaliku.

Jednym z istotnych problemów stanowiących dotąd barierę dla przeprowadzania niezbędnej konsolidacji szpitali był brak regulacji prawnych, które umożli-

wiłyby tzw. szybką ścieżkę łączenia zakładów. Zapisy w ustawie o działalności leczniczej stanowiły w praktyce blokadę dla podejmowania tych działań. Ta sytuacja także zmieni się na plus po wprowadzeniu reformy ministra Niedzielskiego.

Główną przeszkodą, blokującą od 20 lat pożądane przeorganizowanie infrastruktury szpitali w Polsce i przededefiniowanie ich funkcji, jest jednak wielość organów założycielskich. W celu generalnej poprawy tej sytuacji planowana reforma zakłada jak najszybsze doprowadzenie do jednego organu założycielskiego – minister i wojewoda – dla wszystkich szpitali. Optymalne rozwiązanie dla Polski to model francuski, w którym organem założycielskim dla szpitali są regionalne, profesjonalne agencje rządowe. Wykorzystując ten przykład, koncepcja reformy ministra Niedzielskiego przewiduje utworzenie tak potrzebnej Agencji Rozwoju Szpitali.

Aby reforma osiągnęła swoje cele, trzeba jednak zacząć od redefinicji głównego aktora, czyli szpitala opieki krótkoterminowej. Obecnie do tej grupy szpitali zaliczamy jednostki, które mają obszar działania (*catchment area*) od 27 tys. ludności (np. Goldap i Gostynin) do 400 tys., a w strukturze od dwóch do kilkunastu oddziałów. Ogromne różnice dotyczą również zaplecza diagnostycznego i zabiegowego, a udział tak niezbędnych łóżek intensywnej terapii rzadko przekracza 1 proc. ogólnej liczby łóżek.

Co z intensywną terapią?

Musimy przyjąć założenie, że subregionalny szpital pełnoprofilowy (bez jednostki nocnej i świątecznej pomocy) powinien być przygotowany do ratowania ludzi znajdujących się w ekstremalnych warunkach ryzyka utraty życia. Żeby tak było, szpital musi posiadać SOR, zaplecze diagnostyczne z tomografią komputerową i rezonansem magnetycznym, wydolny blok operacyjny (co najmniej pięć, sześć sal operacyjnych), a przede wszystkim odpowiednie zaplecze łóżek o charakterze intensywnej terapii. Zdaniem prof. Krzysztofa Kuszy, prezesa Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, łóżka te powinny stanowić co najmniej 4–5 proc. ogólnej liczby łóżek, czyli kilkakrotnie więcej niż obecnie. Takie nowoczesne centra OIT z powodu wysokich kosztów działania nie mogą być nadal rozliczane w ramach ryczałtu, tylko według aktualnych cen realizowanych procedur. Pandemia pokazała dobitnie, jaką piętą achillesową są dotychczasowe OIT w polskich szpitalach.

Według prof. Kuszy w szpitalach „ostrzych” powinny także działać – ściśle współpracujące z OIT – tzw. oddziały pośredniej wzmożonej opieki, prowadzące między innymi monitoring chorych oraz nieskomplikowaną terapię wentylacyjną.

Nowoczesny szpital opieki krótkoterminowej powinien zapewniać potwierdzoną jakościowo opiekę dla co najmniej 250–350 tys. ludności. Tego rodzaju szpitale subregionalne, istniejące zgodnie z potrzebami

(dokumentowanymi przez mapy potrzeb zdrowotnych) w każdym województwie, razem z dotychczasowymi szpitalami wojewódzkimi, klinicznymi i resortowymi oraz regionalnymi ośrodkami wysokospecjalistycznymi leczenia oparzeń, centrami onkologicznymi i kardiochirurgicznymi powinny funkcjonować w przyszłej narodowej sieci szpitali, zapewniając bezpieczeństwo zdrowotne ludności kwalifikującej się do specjalistycznego leczenia stacjonarnego.

Wysoką jakością profesjonalną przyszłej kadry zarządzającej tymi szpitalami zapewni planowany w reformie ministra Niedzielskiego korpus menedżerski, wolny od powszechnych obecnie wpływów politycznych.

W tym miejscu trzeba sprecyzować, czym powinna być narodowa sieć szpitali, która jest ważnym składnikiem reformy. Otóż pierwszym jej zadaniem jest przebudowanie istniejącej bazy szpitali, ich struktury, rozmieszczenia i wzajemnej kooperacji. Musi ona także ściśle korespondować z Bazą Analiz Systemowych i Wdrożeniowych przyszłych map potrzeb zdrowotnych.

Planowanie sieci dotyczy oczywiście wszystkich struktur leczenia szpitalnego, a szczególnie szpitali dziennych, szpitali monospecjalistycznych, opieki krótkoterminowej oraz opieki długoterminowej (w tym głównie szpitale i ośrodki rehabilitacyjne). Integralnym elementem tej sieci są oczywiście szpitale posiadające SOR-y, działające w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Maciej Biardzki słusznie zauważył, że prace nad przyszłą siecią powinny być skoordynowane z pracami nad niezbędnymi korektami koszyka świadczeń gwarantowanych oraz taryf świadczeń.

Według Małgorzaty Gałązki-Sobotki, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, bardzo ważnym kryterium wejścia do sieci powinno być obligatoryjne potwierdzenie wymaganej jakości udzielanych świadczeń (akredytacja, certyfikaty ISO).

Wszystkie niezakwalifikowane przez Agencję Rozwoju Szpitali do przyszłej sieci, niewielkie i niewydolne szpitale funkcjonujące w rejonach działań szpitali subregionalnych powinny być stopniowo przekształcane w ośrodki pomocy doraźnej – ośrodki ambulatoryjno-lecznicze. W swojej strukturze powinny one zawierać między innymi jednostkę nocnej i świątecznej pomocy, poradnię specjalistyczną, izbę przyjęć, laboratorium analityczne, pracownię EKG, RTG i USG, salę zabiegową i ambulatorium chirurgiczne, a także takie oddziały, jak oddział dla przewlekłe chorych, oddział geriatryczny, oddział opieki paliatywnej. Pożądane jest także organizowanie w tych jednostkach niektórych oddziałów dziennych – psychiatrycznych, leczenia bólu, chemioterapii, a zwłaszcza oddziałów o profilu rehabilitacyjnym.

Prezentacja wiceministra Gadomskiego

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych sugeruje, że reforma tego typu powinna być realizo-

„Wdrożenie ambitnej reformy szpitali zakończy marazm w ochronie zdrowia”

wana w następującej kolejności: najpierw przyjęcie kryteriów jakości, następnie przyłożenie ich do funkcjonujących w systemie szpitali oraz do możliwości finansowych płatnika i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a następnie wybranie realizatorów usług medycznych finansowanych z pieniędzy publicznych.

Wprowadzenie do planowanej reformy przedstawił wiceminister Sławomir Gadomski podczas posiedzenia połączonych komisji sejmowych. Prezentowany materiał w sposób czytelny przedstawia przyczyny realizacji reformy oraz oczekiwane efekty.

Na podkreślenie zasługuje kompleksowe spojrzenie na problemy polskiego szpitalnictwa i zwrócenie uwagi na rosnące zadłużenie jednostek (34 proc. ogółu zobowiązań wymagalnych dotyczy szpitali powiatowych i szpitali położonych w miastach na prawach powiatu). Słusznie wypunktowano generowanie nadmiarowych kosztów działalności, brak koordynacji działań, niejednokrotnie „wyniszczającą” konkurencję oraz duże upolitycznienie zarządzania szpitalami.

Według wiceministra Gadomskiego reforma powinna doprowadzić do powstania spójnej polityki w zakresie optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności oraz wdrożenia skutecznych mechanizmów restrukturyzacyjnych szpitali. Istotne będzie również dużo bardziej efektywne wykorzystanie szczupłych obecnie zasobów kadrowych oraz optymalizacja wykorzystania bazy materialnej szpitali.

Uzasadnione nadzieje wiąże się z powstającą Agencją Rozwoju Szpitali, która poza podstawową funkcją konsultanta dla szpitalnych konsorcjów wojewódzkich będzie między innymi odpowiedzialna za wdrażanie systemowych rozwiązań, przekładających się na poprawę jakości leczenia i poziomu obsługi pacjentów. Niezwykle ważne będzie oczekiwane wzmocnienie kadry zarządzającej, a także budowa korpusu restrukturyzacyjnego.

Jest oczywiste, że równolegle powinny być prowadzone prace, w wyniku których POZ stanie się rzeczywistym centrum organizacji kontaktów pacjenta z publicznym systemem opieki zdrowotnej, a opieka zdrowotna i społeczna, poczynając od poziomu gminy, będzie ulegać stopniowej integracji.

Wdrożenie ambitnej reformy szpitali ministra Niedzielskiego, po etapie intensywnych przygotowań, zakończy istniejący marazm w ochronie zdrowia i doprowadzi do tak pożądanej nowej jakości w stanie zorganizowania i funkcjonowania szpitali.

Maciej Murkowski