

Miękkie podbrzusze opieki zdrowotnej w Polsce

Siedem grzechów głównych

Maciej Murkowski, ekspert ochrony zdrowia z Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, dla „Menedżera Zdrowia” wylicza siedem podstawowych grzechów polskiej opieki zdrowotnej



fot. Images.com/Corbis

Dyskusja nad konieczną reformą opieki zdrowotnej z różnym nasileniem toczy się w Polsce od lat. Ostatnio pojawia się wiele ciekawych sygnałów ze strony prezes NFZ (np. rozszerzenie kompetencji POZ i AOS) oraz z resortu zdrowia (np. decentralizacja płatnika). Ale... tylko się pojawia. I ten festiwal zapowiedzi pewnie będzie niestety trwał.

Tymczasem opieka zdrowotna ma to do siebie, że nie ze wszystkim można czekać, a czasami, jak w wypadku stanów nagłego zagrożenia życia, nawet kilkuminutowa zwłoka może być przyczyną tragedii. Stąd zamysł tego artykułu, który ma być próbą

zidentyfikowania problemów, z którymi już nie można dłużej czekać. Problemy te umownie nazywam grzechami, ponieważ moim zdaniem mają decydujący wpływ na fatalny odbiór funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Jest to jednocześnie propozycja gorąco zachęcająca do współpracy przy określaniu zagadnień, z których rozwiązaniem, niezależnie od wszelkich okoliczności (terminy wyborów itp.), nie można już czekać ani chwili. Są to:



foto: i23RF

1. Fikcyjny równy dostęp do świadczeń

Według raportu NIK z 28.09.2012 r. równy dostęp do świadczeń w polskiej opiece zdrowotnej to fikcja.

Tak negatywnie NIK oceniła realizację podstawowego zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, jakim było zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla osób ubezpieczonych. NIK ustaliła, że istnieją znaczne różnice w dostępie do niektórych świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ mierzone liczbą jednostek rozliczeniowych przypadających na 10 tys. osób zamieszkałych na terenie działania danego oddziału oraz czasem oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń. Na przykład liczba punktów przypadających na 10 tys. ubezpieczonych w zakresie „świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia” wynosiła od 2088,89 w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ do 77 819,33 w Małopolskim OW NFZ.

W przypadku oddziałów rehabilitacji leczniczej mediana czasu oczekiwania wynosiła 171 dni, ale w Dolnośląskim OW NFZ aż 443 dni, a w Podlaskim OW NFZ – 59 dni. Mediana czasu oczekiwania na rehabilitację neurologiczną wynosiła od 3 dni w Podkarpackim OW NFZ do 208 w Dolnośląskim OW NFZ. Czas oczekiwania do poradni ortodontycznej wynosił od 0 dni w Lubelskim OW NFZ i Opolskim OW NFZ do 480 dni w Świętokrzyskim OW NFZ. Według NIK tak znaczne różnice w dostępie do niektórych świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi naruszają zasadę zapewnienia równego dostępu do świadczeń.

NIK stwierdza: „Podstawowe znaczenie ma wyznaczenie priorytetów zdrowotnych w długoletniej perspektywie, co pozwoliłoby skoncentrować wydatki na najważniejszych problemach zdrowotnych osób objętych

opieką. Tymczasem priorytety wyznaczone przez NFZ miały ograniczony zakres przedmiotowy i nie określały terminu osiągnięcia zakładanych celów”.

Jeżeli przyjmiemy, że zapewnienie dostępności w opiece zdrowotnej to pierwszy warunek gwarancji jej pożądanej jakości, to nie musimy szczegółowo uzasadniać, dlaczego ten punkt znalazł się na pierwszym miejscu w katalogu pilnych zmian w pożądanym kierunku...



foto: i23RF

2. Krytyczna sytuacja w podstawowej opiece zdrowotnej

Jak wygląda praktyka? W Polsce, według Bień, z powodu niefortunnej zmiany legislacyjnej powodującej od 1991 r. rozdzielenie zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej i społecznej doszło do zerwania interdyscyplinarnej współpracy POZ i pracowników opieki społecznej w zakresie zespołowego rozwiązywania socjomedycznych potrzeb podopiecznych. Od tego momentu lekarz POZ utracił możliwość bieżącego i rutynowego kontaktu z pionem pomocy społecznej.

W konsekwencji pion opieki społecznej zajął się głównie orzekaniem o uprawnieniach do zasiłków i stopniu odpłatności za świadczenia opiekuńcze, zaniedbując kom-

„ Opieka zdrowotna ma to do siebie, że nie ze wszystkim można czekać, a czasami, jak w wypadku stanów nagłego zagrożenia życia, nawet kilkuminutowa zwłoka może być przyczyną tragedii ”

pleksowe problemy socjalne pacjenta. Zburzony został zintegrowany poprzednio zespół opieki środowiskowej (*community care*) składający się z lekarza POZ, pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego.

W ocenie NIK, rozwiązania prawne zmieniane w okresie 1999–2007 i nadal sukcesywnie ograniczały rolę lekarza POZ jako koordynatora i przewodnika świadczeniobiorcy w dostępie do świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, m.in. poprzez tworzenie dodatkowych „wejść” do systemu z pominięciem POZ. Istotną wadą systemu był brak pełnego przepływu informacji o wykonanych świadczeniach POZ do NFZ. Ponadto stwierdzono nieprzekazywanie informacji o wynikach porad specjalistów dostępnych bez skierowań do właściwych lekarzy POZ. „Opieka medyczna POZ ma nadal charakter naprawczy, tzn. ukierunkowany na chorobę, a nie na jej zapobieganie. Prowadziło to do wzrostu kosztów i nieefektywnego wykorzystania zasobów”.

Przyjęte przez NFZ zasady kontraktowania skłaniały lekarzy POZ do ograniczania zainteresowania świadczeniobiorcami jeszcze zdrowymi, a w przypadku pojawienia się choroby – przekazywania pacjentów na wyższe, kosztowniejsze szczeble systemu. Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób na poziomie POZ określone w umowach z NFZ były w praktyce realizowane w ograniczonym zakresie. Treść wpisów do dokumentacji medycznej dotyczących działania POZ odzwierciedlała doraźny charakter tych kontaktów, typowy dla pomocy doraźnej. Finansowanie przez NFZ programów profilaktycznych na szczeblu POZ realizowanych na podstawie odrębnych umów oraz równoległe finansowanie tychże programów przez jednostki samorządu terytorialnego stwarzało sytuację, w której lekarze POZ czuli się zwolnieni z obowiązku wykonywania badań przesiewowych w ramach stawki kapitałowej. Badania te (w tym diagnostyczne) nie były rejestrowane.

Nadzór merytoryczny nad POZ nie istnieje pomimo podstaw prawnych opisujących system kontroli i nadzoru nad świadczeniodawcami. Mimo to refundowanie kosztów świadczeniodawcom następowało niezależnie od jakiegokolwiek oceny jakości świadczonych usług. Na listach lekarzy POZ zatrudnianych tylko kilka godzin tygodniowo zapisana była maksymalna (2700) liczba pod-

opiecznych, podobnie jak do lekarzy zatrudnionych w wymiarze 40 godzin tygodniowo.

Można powiedzieć, że gorzej już być nie może. W tej sytuacji pewne nadzieje budzą inicjatywy Centrali NFZ zmierzające do zmiany finansowania POZ (mieszany system finansowania) w kierunku zachęt do rozszerzania działalności diagnostycznej, wprowadzenia elementów małej chirurgii, koncepcje finansowania POZ premiujące wielodyscyplinarne świadczenia terapeutyczne i rehabilitacyjne, w szczególności dla pacjentów starszych wiekiem (opieka koordynowana) oraz zapoczątkowanie dążenia do odpowiedniego finansowania rozwoju pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej i domowej opieki paliatywnej.

Potrzebą chwili jest opracowanie docelowego modelu funkcjonowania i finansowania POZ, uwzględniającego także ponowną integrację POZ z systemem opieki społecznej i odbudowę zespołów opieki środowiskowej.



3. Niedostateczne finansowanie oddziałów i szpitali dziennych

Poważny niedorozwój oddziałów i szpitali dziennych, wynikający bezpośrednio z niedostatecznego finansowania, jest kolejnym bardzo poważnym problemem. Najgorsza sytuacja pod tym względem występuje od lat w województwie podlaskim. Powoduje to, że ponownie palimy w piecu fortepianem, załatwiając wszelkie problemy pacjentów w szpitalach krótkoterminowej opieki całodobowej. Chodzi tutaj szczególnie o brak organizacji i finansowania dziennych oddziałów szybkiej diagnostyki.

Z uwagi na dynamikę starzenia się społeczeństwa chodzi także o dzienne oddziały i szpitale geriatryczne, w tym dzienne oddziały szybkiej diagnostyki dla tej grupy wiekowej (dotąd niefinansowane przez NFZ).

We Francji, w Strasbourgu (prof. Marc Berthel), w modelowym systemie opieki nad ludźmi starszymi, kontakt między szpitalem i środowiskiem pozaszpitalnym uzupełniony jest obecnością geriatrycznych szpitali dziennych. Dzienny szpital diagnostyczny przyjmuje chorego na jeden lub dwa dni w celu wykonania całościowej oceny geriatrycznej.

„ W wypadku oddziałów rehabilitacji leczniczej mediana czasu oczekiwania wynosiła 171 dni, ale w Dolnośląskim OW NFZ aż 443 dni, a w Podlaskim OW NFZ 59 dni ”

Innym rozwiązaniem jest dzienny szpital opiekuńczy, pozwalający na zapewnienie opieki 1–3 razy tygodniowo przez wiele tygodni. Dzielne szpitale opiekuńcze specjalizują się w schorzeniach somatycznych (rehabilitacja po wylewach, udarach, parkinsonizm, leczenie chorych z cukrzycą) lub w zaburzeniach psychicznych (nerwice, depresje).

Według Szczerbińskiej, w Wielkiej Brytanii opieka dla ludzi starszych także jest realizowana w ośrodkach dziennego pobytu oraz w dziennych szpitalach geriatrycznych. Ośrodki dziennego pobytu są organizowane przez władze samorządowe. Dzienny szpital geriatryczny jest częścią NHS (Narodowej Służby Zdrowia). Zapewnia konsultacje lekarskie, zabiegi pielęgnacyjne, rehabilitację, terapię zajęciową, logopedię itp., a także transport i posiłki. Zwykle funkcjonuje na bazie szpitala ogólnego, a jego zasadniczym celem jest przyspieszenie wypisu starszych pacjentów ze szpitala. Zapewnienie rozwoju i odpowiedniego finansowania tych i innych oddziałów oraz szpitali dziennych jest kolejną potrzebą chwili w naszym kraju. Poza ewidentnymi korzyściami dla pacjentów będzie to miało istotne skutki w zmniejszeniu nacisku na kosztowny pobyt w szpitalu opieki krótkoterminowej.



foto: 123RF

4. Drastyczny deficyt łóżek intensywnej terapii mający bezpośredni związek z niedostatecznym finansowaniem

Kolejną koniecznością jest jak najszybsze rozwiązanie problemu finansowania łóżek intensywnej terapii, które są sercem każdego szpitala opieki krótkoterminowej. Potencjał tych łóżek i oddziałów jest w Polsce niedostateczny, powinien być zwielokrotniony, ale trudno się dziwić dyrektorom szpitali, że tego potencjału nie rozwijają, jeśli nie mają z czego dokładać do ich funkcjonowania.

Krajowy specjalista w tym zakresie, prof. Andrzej Kubler, zauważa, że „na całym świecie intensywna terapia ma charakter interdyscyplinarny”. I dalej: „Musimy zwrócić uwagę, jak wygląda obecnie sytuacja oddziałów intensywnej terapii. Stanowią one w Polsce – według kilkakrotnie powtarzanych przekrojowych badań – zale-

dwie ok. 1,5–1,7 proc. łóżek szpitalnych. To kilkakrotnie mniej niż w Europie Zachodniej, gdzie jest ich co najmniej 5–8 proc. [...] Refundacja w akredytowanych oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się na zasadzie punktacji TISS. Punktacja ta jest źle wyznaczona przez NFZ i nieodpowiadająca rzeczywistym kosztom leczenia”.

Profesor Mariusz Piechota z Łodzi wyliczył w artykule opublikowanym w „Anestezjologii i Intensywnej Terapii”, że łóżka intensywnej terapii są opłacane przez NFZ w połowie ich rzeczywistych kosztów. Reszta narasta jako dług szpitala. Dopóki więc nie będzie finansowania na prawidłowym poziomie, żaden dyrektor szpitala nie zdecyduje się na zwiększenie liczby łóżek intensywnej terapii. Mariusz Piechota stwierdza: „w Polsce istnieje ważny niedobór systemowy. W odróżnieniu od krajów bardziej cywilizowanych, w stacjonarnej opiece zdrowotnej nie mamy pośredniego szczebla opieki między oddziałami intensywnej terapii (OIT) i oddziałami pozostałych specjalności. W innych krajach funkcjonują pośrednie oddziały pooperacyjne, tzw. wzmożonego nadzoru (*high dependency units*). Takie oddziały pośrednie są niezbędne w strukturze polskiej stacjonarnej opieki zdrowotnej”.

Obecnie łóżka intensywnej terapii są obłożone w 100 proc. i bez poszerzenia tej bazy rozwój medycyny klinicznej w Polsce nie nastąpi.



foto: Dariusz Borowicz/Agencja Gazeta

5. Trudna sytuacja w zakresie ratownictwa medycznego

Sytuacja w zakresie ratownictwa medycznego jest podobnie krytyczna jak w intensywnej terapii. Nie musimy w tym miejscu przypominać, że obie te dyscypliny odgrywają główną rolę w ratowaniu ludzi w tzw. nagłych zagrożeniach życia. Te dwie strategiczne jednostki szpitala krótkoterminowej opieki (SOR i OIT) są od lat najgorzej finansowane.

Jednocześnie finansujemy działalność ponad 2 tys. łóżek dermatologicznych. Na całym świecie (poza Polską) choroby skóry leczy się w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, na dziennym oddziale szybkiej diagnostyki

i ewentualnie w separacie przy internie czy oddziale chorób zakaźnych (np. pęcherzyca).

Aby przerwać tę zapaść, ratownictwo medyczne (tak jak policja i straż pożarna) musi być finansowane jedynie bezpośrednio z budżetu, a nie poprzez NFZ czy jakiegokolwiek innego płatnika. W obecnej sytuacji dochodzi do takich absurdów, że w Sochaczewie znakomite ambulanse kupione z funduszy unijnych stoją, gdyż NFZ w konkursie ofert wybrał Falck.

Słabe strony ratownictwa medycznego to głównie:

- brak krajowego systemu ratownictwa (o którym mówił projekt ustawy MSWiA z 2002 r.) obejmującego kompleksowo: System Ratowniczo-Gaśniczy, Ratownictwo Medyczne – PRM i policję państwową;
- brak jednolitego systemu powiadamiania ratunkowego, rozproszenie CPR i ich niejednolita organizacja;

- słabość ogniwa koordynacji, która wynika z braku narzędzi teleinformatycznych, jednoosobowej obsady stanowisk lekarzy koordynatorów oraz niejednokrotnie ich funkcjonowania poza strukturą dysponowania;
- brak spójnych procedur działania i szkoleń na poziomie PRM, SOR, Centrów Urazowych (CU) i innych podmiotów wspierających;
- mała liczba ćwiczeń wszystkich podmiotów uczestniczących w systemie ratownictwa;
- niedostateczny system finansowania SOR-ów (brak finansowania z budżetu za gotowość, a z NFZ tylko za wykonane procedury), deficyt personelu, niejednokrotnie niedostatecznie przygotowanego do wykonywanych zadań;
- niewystarczający potencjał wolnych sal operacyjnych zabezpieczonych zespołem anestezjologów i chirurgów;
- niewystarczające możliwości leczenia specjalistycznego (np. w zakresie oparzeń, neurochirurgii, chirurgii ręki).

Gabinet Cieni BCC,

a bezpośrednio Anna Janczewska-Radwan (prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED), minister zdrowia w Gabinetcie Cieni BCC, określiła priorytety rządu w ochronie zdrowia. Są to:

1. Ustalenie harmonogramu i przyspieszenie prac legislacyjnych nad projektami ustaw o decentralizacji, szpitalach klinicznych i instytutach medycznych, konsultantach krajowych, badaniach klinicznych, zdrowiu publicznym, dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, nowelizacją ustawy o refundacji, Prawo farmaceutyczne, świadczeniach zdrowotnych. W pierwszym półroczu 2013 r. nie wpłynął do Sejmu ani jeden rządowy projekt autorstwa Ministerstwa Zdrowia.
2. Podsumowanie efektów programów unijnych w zakresie ochrony zdrowia za lata 2007–2013 i przygotowanie do konsultacji społecznych nowego programu wykorzystania środków unijnych w latach 2014–2020.
3. Uporządkowanie w skali kraju regulacji prawnych dotyczących ratownictwa medycznego.
4. Przyspieszenie działań dotyczących nowej wyceny procedur medycznych.
5. Wypracowanie formalnoprawnych warunków dla inwestycji w ochronie zdrowia w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego.
6. Informowanie pracodawców o planowanych zmianach w ustawodawstwie UE dotyczących prawa medycznego. Pozwoli to na wcześniejsze dostrzeżenie potencjalnych zagrożeń wynikających z implementacji przepisów UE dla przedsiębiorców z branży farmaceutycznej i medycznej.
7. Zwiększenie dostępu do innowacyjnych technologii medycznych i konieczność nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych w części dotyczącej AOTM i technologii nielekowych.
8. Uregulowanie sytuacji w zakresie barier na rynku suplementów diety zgodnie z wezwaniem Komisji Europejskiej.



6. Niedostateczne monitorowanie jakości świadczeń

Systemy zarządzania jakością są podstawowym elementem w całościowym zarządzaniu organizacją. Szczególną funkcję pełnią w opiece zdrowotnej, gdzie (zwłaszcza w szpitalach) gwarantują pożądany, zgodny ze standardami aktualnej wiedzy medycznej, poziom świadczeń.

Obecnie w opiece zdrowotnej nie są one jednak obligatoryjne, a powszechne w zachodniej Europie licencjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w Polsce wciąż pozostaje tylko teoretyczną możliwością zalecaną przez zagranicznych ekspertów. Ten brak obowiązku zarządzania przez jakość jest jednym z największych mankamentów polskiej opieki zdrowotnej.

Według prof. Macieja Krzakowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, „nie ma wątpliwości, że regularne informacje na temat wyników leczenia uzyskiwanych przez poszczególne ośrodki zajmujące się chorymi na nowotwory są niezbędne do oceny rzeczywistej jakości prowadzonego postępowania”. Informacje te powinny obejmować cały zakres postępowania, tzn. należy oceniać sprawność i skuteczność rozpoznawania (np. czas oczekiwania na wyniki badań pato-

morfolożycznych oraz prawidłowość i wiarygodność raportów z wymienionych badań). W Polsce zdaniem profesora (niezależnie od akredytacji i certyfikacji ISO) powinien w trybie pilnym zostać wprowadzony bieżący i uporządkowany system nadzoru nad jakością postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz szeroko pojętymi wynikami leczenia.

W bliskiej przyszłości, za przykładem Niemiec, powinniśmy stworzyć system oceny jakości i wyników postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, a jakość przekazywanych przez szpitale informacji winna być podstawą zawierania kontraktów z NFZ (np. zróżnicowanie wartości kontraktów w zależności od jakości sprawozdań i wyników postępowania).

Zakłady te powinny być także objęte obowiązkowym monitoringiem w zakresie jakości świadczeń. Kozierkiewicz uważa, że „nie wystarczy sam system akredytacji, który dostarcza tylko informacji na dany moment” i że „konieczny jest stały monitoring jakości prowadzony za pomocą wskaźników” (podobnie jak w przygotowywanej do wprowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia opiece koordynowanej).

W opinii Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej ustawa o PRM także nie zawiera zapisów gwarantujących wysokospecjalistyczną jakość działania systemu. Ustawa nie uwzględnia konieczności specjalistycznego nadzoru nad funkcjonowaniem zespołów ratownictwa medycznego przez lekarzy specjalistów zatrudnionych w SOR.

Wszystkie te problemy wymagają pilnego rozwiązania w przygotowywanej od kilku lat przez resort zdrowia ustawie o jakości w ochronie zdrowia.



7. Dotkliwy niedorozwój opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi w Polsce jest najgorsza w Europie. Na ten cel NFZ przeznacza 1 proc. swoich funduszy. Według danych z Eurostatu, liczba łóżek długoterminowych w Polsce plasuje nas na trzecim miejscu od końca w Europie – przed Bułgarią i Rumunią.

Opieka długoterminowa jest nieodpowiednia i niewystarczająca do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb.

Na różne formy opieki długoterminowej czeka w kolejce ok. 13 tys. osób. A na miejsca w domach pomocy społecznej – ponad 8 tys. osób. Sytuacja jest dramatyczna, bo najczęściej chodzi o opiekę nad osobami starszymi, których będzie dynamicznie przybywać.

Według prognoz już za kilkanaście lat co piąty Polak będzie miał ponad 65 lat, a liczba osób po 85. roku życia się podwoi. Zmniejszać się będzie za to liczba ludzi młodych, którzy mogliby się nimi zająć.

„ Zburzony został zintegrowany zespół opieki środowiskowej (*community care*) składający się z lekarza POZ, pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego ”

Obecnie z opieki długoterminowej korzysta ok. 130 tys. pacjentów, a potrzebuje jej ok. 2 mln starych, schorowanych osób.

Eksperti wskazują także na bałagan systemowy, nie wiadomo, za co ma płacić NFZ, za co Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, za co Ministerstwo Zdrowia, a co pacjent. W efekcie problem często spada na szpitale. Dyrektorzy nie wiedzą, gdzie skierować pacjentów seniorów, którzy trafili na oddział ortopedyczny ze złamaną ręką czy po wylewie. O potrzebie zmiany tej sytuacji mówi się od lat. Już w 2005 r. został przyjęty program strategii rozwoju ochrony zdrowia na lata 2007–2013, którego celem było m.in. zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami w podeszłym wieku, a w ministerstwie powołano także zespół ds. opieki długoterminowej.

Dla kontrastu, pozytywnym przykładem może być funkcjonowanie opieki paliatywnej dla dorosłych i dzieci (błędnie zaliczanej przez NFZ do opieki długoterminowej), czyli opieki nad chorymi w ostatnim stadium choroby. Jak wynika z rankingów, jesteśmy tutaj – odwrotnie niż w opiece długoterminowej – na wysokim, 5. miejscu w Europie („Dziennik Gazeta Prawna”).

Niezależnie od tej „krytycznej siódemki” nie unikniemy konieczności maksymalnego przyspieszenia prac nad stworzeniem spójnej wizji systemu ochrony zdrowia, która określi drogę dochodzenia do kompleksowego modelu funkcjonowania i finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce. ■