

Nie mamy wizji ani strategii systemu opieki zdrowotnej w Polsce

# Jak w ciemnym pokoju o obrazach

W styczniu jak co roku odbyła się uroczysta gala konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny na Zamku Królewskim w Warszawie. Poprzedziła ją konferencja „Priorytety 2015. Cele i dylematy systemu opieki zdrowotnej”. Podczas głównej sesji postawiono pytanie: Czy mamy wizję i strategię systemu opieki zdrowotnej w Polsce? Znakomita większość (ok. 75 proc.) uczestników po zakończonej sesji i dyskusji odpowiedziała, że takiej wizji i strategii nie ma. Jest to prawdziwa, ale bardzo smutna konstatacja.

W celu głębszej analizy tego najważniejszego dla opieki zdrowotnej w Polsce zagadnienia warto przeanalizować dokument, który najczęściej przywoływali obrońcy istnienia wizji.

## Oficjalny dokument

Ten dokument to „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”,

przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia 3 marca 2014 r. Należy podkreślić, że potrzeba opracowania i przyjęcia tego dokumentu była związana z możliwością przyznania kolejnych funduszy unijnych dla sektora ochrony zdrowia na lata 2014–2020.

„Policy paper” składa się z trzech części: „Analiza i diagnoza”, „Strategia i wdrażanie” oraz „Koordynacja, monitoring i finansowanie”. W części pierwszej nie-



zwykle skrótkowo potraktowano kwestię organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Z podrozdziału tego dowiadujemy się, że w szpitalach funkcjonują m.in. łóżka do jednodniowych hospitalizacji, nie ma zaś jakiegokolwiek wzmianki o szpitalach dziennych, które na przekór wszelkim barierom funkcjonują i świadczą usługi rosnącej liczbie pacjentów, głównie w prywatnej opiece zdrowotnej.

### Polityka pielęgnacyjno-opiekuńcza

W dokumencie niezgodnie z ogólnie przyjętą definicją nadal zalicza się opiekę pielęgnacyjno-opiekuńczą i paliatywną do opieki długoterminowej, a oddziały rehabilitacyjne włącza się do opieki krótkoterminowej. Jest to wielkie nieporozumienie. Stacjonarna opieka długoterminowa to przede wszystkim właśnie oddziały rehabilitacyjne – narządu ruchu, rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej, a także oddziały odwykowe, dla przewlekle chorych itp.

„ W zakresie implementacji pożądaných zmian dotyczących jakości opieki zdrowotnej dokument ogranicza się do promowania istniejącego systemu akredytacji bez sygnalizowania jego koniecznego udoskonalenia ”

Wszystkie łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) to z kolei stacjonarna opieka pielęgnacyjno-opiekuńcza (nie zaś długoterminowa), natomiast oddziały opieki paliatywnej i hospicja należą do stacjonarnej opieki terminalnej (a nie długoterminowej). Ostateczne ujednoczenie definicji (ten nieporządek ciągnie się od czasu kas chorych) jest potrzebą chwili, nim zaczniesz dokonywać jakichkolwiek głębszych analiz.

### Strategia

Wydawałoby się, że najbardziej interesujący jest rozdział II „Policy paper”, poświęcony strategii. Dowiadujemy się z niego, że dokument będzie dotyczył „wizji ochrony zdrowia” (a nie opieki zdrowotnej) w Polsce. Wizję systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. sformułowano w „Policy paper” w następujący sposób: „Zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowany do trendów demograficznych i epidemiologicznych system ochrony zdrowia oparty na właściwych ilościowo i jakościowo zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych”.

Problem polega na tym, że jak wiadomo, dłuższe życie w zdrowiu tylko w małym stopniu zależy od opieki zdrowotnej, a właściwe ilościowo i jakościowo zasoby to już integralna część opieki zdrowotnej.



„Problem polega na tym, że dłuższe życie w zdrowiu tylko w małym stopniu zależy od opieki zdrowotnej”

Fot. iStockphoto.com

### Zarys wizji

Do wizji systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. przypisano cel strategiczny główny, cztery cele długoterminowe i cztery operacyjne. Cel strategiczny główny dotyczy „zwiększenia długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce”. Może on stanowić motto finalizowanego projektu ustawy o zdrowiu publicznym, ma jednak niewielki związek z opieką zdrowotną.

Spośród czterech celów długoterminowych trzy (drugi, trzeci i czwarty) dotyczą opieki zdrowotnej. Drugi zakłada ogólną potrzebę dostosowania systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych zmian demograficznych, szczególnie w opiece nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi, trzeci potrzebę wdrożenia instrumentów podnoszących jakość usług (nie precyzuje jednak, o jakie instrumenty chodzi), a czwarty potrzebę zwiększenia dostępności świadczeń w priorytetowych dziedzinach (kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia oraz psychiatria), sprowadzając cały problem do przeciwdziałania pogłębiającemu się deficytowi kadr medycznych.

Zwiastunów pewnych konkretów można się doszukać w załączonej do „Policy paper” analizie SWOT.

Na przykład w obszarze diagnozy organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych słusznie podkreśla się wśród słabych stron polskiej opieki zdrowotnej jej fragmentację, długi okres oczekiwania na uzyskanie świadczeń, ograniczoną podaż usług w zakresie opieki długoterminowej i zróżnicowaną odpowiedzialność organów publicznych za zaspokajanie potrzeb w tym zakresie. Niestety, nie doszukamy się w dokumencie propozycji zastosowania instrumentów pozwalających zmienić tę sytuację. Ta sama uwaga odnosi się do następnych obszarów analizy – zasobów kadrowych i infrastrukturalnych oraz jakości w systemie.

### Coś więcej niż onkologia

W zakresie implementacji pożądanych zmian dotyczących jakości opieki zdrowotnej dokument ogranicza się do promowania istniejącego systemu akredytacji, ale nie sygnalizuje jego koniecznego udoskonalenia, nie wspomina o potrzebie przygotowania kompleksowej ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, nie przewiduje obowiązku wprowadzenia powszechnego, obligatoryjnego licencjonowania podmiotów leczniczych, o którym była już mowa w dokumencie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z października 1990 r. pod tytułem: „Kierunki zmian w organizacji i finansowa-

niu opieki zdrowotnej”. Nie mówi również o konieczności wprowadzenia obowiązkowego oceniania wyników leczenia, co słusznie podkreśla „Strategia walki z rakiem w Polsce w latach 2015–2024”, tzw. *cancer plan*, opracowany w czerwcu 2014 r., określając tę potrzebę w sposób następujący: „Należy stworzyć system zapewnienia jakości o szerszym niż dotychczas zasięgu i funkcjach, bazujący na systematycznym i kompleksowym gromadzeniu danych o wynikach leczenia, zdarzeniach niepożądanych i powikłaniach, ich analizie [...] oraz publikowaniu informacji na ten temat”.

Pominięto konieczność rewizji metodologii tzw. rankingów jakości zakładów opieki zdrowotnej Centrum Monitorowania Jakości (CMJ) w Krakowie. Nie ma także powrotu do słusznej koncepcji integracji CMJ w Krakowie z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w Warszawie.

„Policy paper” w załączniku nr 5 analizuje zapisy odnoszące się do strategii ochrony zdrowia w dokumentach krajowych. Na przykład Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju postuluje konieczność wdrożenia instrumentów podnoszących jakość usług zdrowotnych, nie precyzując jednakże, o jakie instrumenty chodzi. Również propozycji zapewnienia optymalnych standardów w opiece nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi brakuje koniecznej precyzji.

## Geriatrya

Wprowadzenie nieokreślonych rozwiązań wspierających opiekę nad osobami starszymi zaleca również Strategia Rozwoju Kraju 2020. Strategia ta postuluje ponadto wprowadzenie dodatkowych źródeł finansowania opieki zdrowotnej oraz rozwój infrastruktury opieki długoterminowej i zapewnienie „zwiększonego dostępu do rehabilitacji”.

Podobne hasła są zawarte w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego. Dokument ten podkreśla potrzebę nowego modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi opierającego się na upowszechnieniu instytucji opiekunów rodzinnych, a także konieczność rozwoju sieci wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i ambulatoryjnych oraz stacjonarnych placówek geriatrycznych.

W strategii Sprawne Państwo słusznie podkreślono, że „system opieki zdrowotnej jest jednym z najtrudniejszych i najbardziej wrażliwych obszarów zarządzania w sferze publicznej”. Zaakcentowano potrzebę zintegrowania opieki zdrowotnej nad pacjentem i wprowadzenie tzw. zarządzania chorobą.

## Tylko hasła

Reasumując – zarówno w „Policy paper”, jak i we wspomnianych dokumentach o zasięgu krajowym wielokrotnie przywoływane są hasła aktualne problemy opieki zdrowotnej w Polsce. Niestety żaden z tych dokumentów nie precyzuje celów, które powinny być osiągnięte w najbliższych 20 latach, aby dokonać od-

czuwalnej, a tak oczekiwanej poprawy polskiej opieki zdrowotnej. Brakuje również jakichkolwiek propozycji dotyczących narzędzi implementacyjnych. Jedyny z analizowanych dokumentów, który ma charakter strategii, to polski *cancer plan* z czerwca 2014 r., opracowany pod kierunkiem ówczesnego przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego prof. Jacka Jassemę.

Zaproponowana strategia dla onkologii stanowi dobry przykład. W podobny sposób można by opracować strategię dla całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Z niezrozumiałych względów wokół tego dokumentu zapadło jednak niepokojące milczenie, nie został on również wykorzystany w opracowywanych przez Ministerstwo Zdrowia dokumentach dotyczących pakietu onkologicznego.

Przyszła, tak niezbędna strategia opieki zdrowotnej w Polsce (będąca częścią strategii ochrony zdrowia) musi być zrozumiała i dotyczyć wszystkich modułów systemu opieki zdrowotnej, a więc podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), szpitali dziennych, szpitali opieki krótkoterminowej, szpitali opieki długoterminowej, ZOL i ZPO (stacjonarna opieka pielęgnacyjno-opiekuńcza) oraz oddziałów opieki paliatywnej i hospicjów (stacjonarna opieka terminalna).

W opracowaniu strategii dla POZ można wykorzystać zapisy z *cancer planu* (cel 20.) i ostatnie doświadczenia negocjacji z Porozumieniem Zielonogórskim. Strategia ta nie może pominąć problemów mieszanego finansowania POZ, rozszerzenia działania POZ z akcentem na diagnostykę i rehabilitację oraz integracji POZ z opieką środowiskową (*community care*). Konieczne będzie również odniesienie do możliwości wprowadzenia modelu *fund holder*, czyli praktyki lekarzy rodzinnych z własnym budżetem.

## Jak stworzyć strategię

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej pomyślanej zarówno jako wsparcie dla POZ, jak i dla szpitali powinna zostać przedstawiona (oprócz propozycji dotyczących optymalizacji finansowania) strategia wprowadzenia opieki koordynowanej. Duże przychodnie przyszpitalne, w szczególności w szpitalach klinicznych i wojewódzkich, powinny zyskać możliwość tworzenia tzw. dziennych oddziałów szybkiej diagnostyki, tak powszechnych w zachodniej Europie, a niefinansowanych w Polsce. Strategia powinna również umożliwić wszechstronny rozwój szpitali i oddziałów dziennych. W tej dziedzinie dystans między nami a rozwiniętymi krajami Europy jest olbrzymi.

Należy miejsce w strategii musi znaleźć problematyka szpitali opieki krótkoterminowej (szpitali „ostrych”) z akcentem na ich zadania w medycynie ratunkowej. Trzeba bezwzględnie położyć kres dotychczasowej, szkodliwej polityce NFZ, w której jednostki szpitala ratujące życie (SOR, OIT) są najgorzej



Fot.: iStockphoto.com

„ W strategii trzeba przyjąć założenie, że szpital powiatowy powinien obejmować opieką populację liczącą ok. 150 tys. ludzi, a zdecydowanie odejść od szpitali powiatowych dla 30 tys. mieszkańców „

finansowane. Fundusze na ten cel można znaleźć natchmiast, ograniczając finansowanie permanentnie niewykorzystywanych oddziałów (np. okulistyka wykorzystana w 44 proc., dermatologia) oraz leczenia uzdrowskiego.

W tym rozdziale powinno się także znaleźć stanowisko w sprawie dotychczasowego systemu organów właścicielskich szpitali. Należy dążyć do utworzenia jednego organu założycielskiego dla wszystkich szpitali w województwie (łącznie z klinicznymi). Niezbędne jest uzasadnienie potrzeby i inicjowanie tworzenia klastrów medycznych oraz przyspieszenia przekształceń szpitali w kierunku całkowitego odejścia od modelu SPZOZ. Konieczne będzie również ustawowe wprowadzenie systemu referencyjnego dla szpitali.

W przyszłej strategii należy przyjąć założenie, że szpital powiatowy powinien obejmować opieką populację liczącą ok. 150 tys. ludzi, a zdecydowanie odejść od szpitali powiatowych dla 30 tys. mieszkańców.

### Finansowanie

Strategia opieki zdrowotnej w Polsce nie może ominąć koniecznego rozwoju i odpowiedniego finansowania stacjonarnych podmiotów leczniczych długoterminowych (ośrodki rehabilitacyjne), pielęgnacyjno-

-opiekuńczych (ZOL, ZPO i domy pomocy społecznej – docelowo zintegrowane w resorcie zdrowia).

W stacjonarnej opiece terminalnej należy preferować oddziały opieki paliatywnej w szpitalach długoterminowych, które są tańsze od hospicjów, a przede wszystkim bardziej przyjazne dla pacjentów.

Jednym z najważniejszych elementów strategii powinna być jak najszybsza, pełna decentralizacja Narodowego Funduszu Zdrowia oraz powstanie konkurujących ze sobą, publicznych i prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych. Jest to warunek zapewnienia elementarnego funkcjonowania przekształconych w spółki szpitali. Jeżeli nadal zostanie utrzymany monopol płatnika, system po prostu zbankrutuje.

Osobną, niezwykle istotną częścią strategii musi być oczywiście rozdział przedstawiający propozycje rozwiązania problemu dramatycznie pogłębiającego się deficytu kadr medycznych – lekarskich i szczególnie pielęgniarskich. Strategia oczywiście musi zakładać pełne równouprawnienie podmiotów publicznych i prywatnych, z instrumentami zachęcającymi do rozwoju tych ostatnich.

Są to oczywiście tylko wybrane przykłady, pokazujące tzw. sposób myślenia przy budowie przyszłej strategii. Wzorem *cancer planu* strategia systemu opieki zdrowotnej powinna być opracowana przy współpracy doświadczonej firmy konsultingowej. To kosztuje, ale dzisiaj jest to najpotrzebniejszy wydatek w polskiej opiece zdrowotnej.

Maciej Murkowski  
Autor jest nauczycielem akademickim  
w Wyższej Szkole Menedżerskiej  
i Wyższej Szkole Infrastruktury i Zarządzania w Warszawie.