

Pytania na początek drogi



W jakim kierunku podąży sieć?

Od października szpitale zaczną działać w zmienionym otoczeniu prawnym. Powstanie sieć szpitali z nieco skomplikowanym systemem rozliczeń, częściowo bazującym na ryczałcie, a częściowo na odrębnym finansowaniu. Szpitale i oddziały poza siecią zostaną poddane procedurze konkursowej. Część poradni specjalistycznych znajdzie się w sieci i będzie rozliczana ryczałtowo, inne, poza nią, będą rozliczane jak do tej pory – w systemie *fee for service*. Już teraz trudno się w tym połączyć i prawdopodobnie nowe rozwiązanie będzie wymagało korekty. Ale to przecież tylko wycinek systemu.

Minister Konstanty Radziwiłł po podpisaniu zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli osławionej ustawy o sieci szpitali, odwiedza kolejne województwa, tłumacząc jej zasady i rozwiewając wątpliwości. Trzeba oddać cesarzowi, co cesarskie, i przyznać, że ustawa była długo konsultowana i wiele postulatów zgłaszanych przez uczestników systemu zostało uwzględnionych. Nie można nawet porównywać prac nad ustawą z wdrażanymi wcześniej zmianami, które były bezkompromisowo narzucane. Wystarczy przypomnieć samo wejście w życie systemu ubezpieczeniowego w 1999 r. czy wprowadzanie pakietu onkologicznego. Pewnie dzięki temu udało się ominąć wiele raf, choć prawdopodobnie wkrótce zobaczymy nowe. Podobnie jest z wciąż trwającymi pracami nad rozporządzeniami wykonawczymi, które nadal ewoluują.

Nie ma jednak publicznej dyskusji nad pytaniem: co dalej? Tworzona mocą ustawy i wynikających z niej rozporządzeń sieć jest bowiem pewnym usankcjonowaniem stanu obecnego – z „obciążeniem” części działalności nieuznanych przez organizatorów za priorytetowe i poddaniem ich procedurze konkursowej. Sieć w zasadzie stabilizuje istniejący system, ale nie widać na razie mechanizmów, które miałyby prowadzić do jej doskonalenia i dostosowania do potrzeb pacjentów. Sieć obejmuje ponadto oddziały szpitalne oraz tylko częściowo rehabilitację stacjonarną i w ośrodkach dziennych, a także poradnie specjalistyczne. Dostyc kławo i na siłę zawarto w niej nocną i świąteczną pomoc zdrowotną. Aż ciśnie się na usta pytanie: co z dalszym modelowaniem, co z zawarciem w sieci innych rodzajów i zakresów świadczeń? Czyżbyśmy mieli stworzyć hybrydę, w której modelujemy tylko część systemu, resztę pozostawiając, jak dawniej, mechanizmom rynkowym?

Jak rozwijać sieć oddziałów szpitalnych?

Na początek trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie, jak przyporządkowano oddziały specjalistyczne w poszczególnych szpitalach do sieci. Czy odbywało się jakiegokolwiek modelowanie w powiązaniu z mapami potrzeb zdrowotnych, oceną standardów jakościowych i kolejkami oczekujących? Odpowiedź brzmi – nie. Oddziały będą włączane (albo nie) do sieci w zależności od typu i poziomu szpitala na podstawie rozporządzenia kryterialnego. Następnym będzie zamrożenie i sformalizowanie już istniejącej sieci oddziałów i wypchnięcie do procedury konkursowej oddziałów ze szpitali pozaszpitalnych i szpitali z niższego poziomu. Ponownie można powiedzieć, że zagwarantuje to jakieś bezpieczeństwo dla najważniejszych szpitali z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia, ale z pewnością nie rozwiąże problemów dostępności i jakości.

Należy więc już teraz pomyśleć o dalszym modelowaniu – takim, które w kolejnych latach dostosuje sieć oddziałów szpitalnych do rzeczywistych potrzeb – czy

„Czy w trakcie przyporządkowywania oddziałów specjalistycznych w poszczególnych szpitalach do sieci odbywało się jakiegokolwiek modelowanie w powiązaniu z mapami potrzeb zdrowotnych, oceną standardów jakościowych i kolejkami oczekujących?”

to przez tworzenie nowych oddziałów w tzw. białych plamach, czy ograniczenie ich liczby tam, gdzie jest ich nadmiar. Trzeba pamiętać, że działamy przy dramatycznie ograniczonych zasobach zarówno finansowych, jak i ludzkich, więc modelowanie to powinno brać ten aspekt pod uwagę, aby nie trwonić i tak niewielkich zasobów na działalność ponadwymiarową, żeby nie powiedzieć – zbędną. Po prostu: jeżeli w dużym mieście są trzy takie same oddziały specjalistyczne o obłożeniu na poziomie 50%, to warto się zastanowić, czy nie lepiej pozostawić tylko dwa.

Już teraz należy powołać zespoły problemowe w każdej dziedzinie, które przeprowadzą analizę posiadanych zasobów i stworzą mapy oddziałów szpitalnych w określonych specjalnościach. Mapy te będą potrzebne za cztery lata, kiedy przypada termin ponownego przyporządkowania szpitali do nowej wersji sieci.

Modelowanie takie odbywałoby się na podstawie dostępnych map potrzeb zdrowotnych, tworzonych rejestrów, danych z Narodowego Funduszu Zdrowia, analiz demograficznych i innych narzędzi pozwalających na dostosowanie sieci oddziałów do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i możliwości systemu. Jeżeli pierwsze rekomendacje powstałyby np. za dwa lata, to byłby czas na „przebranżawianie się” szpitali i dokonywanie zmian przy maksymalnym ograniczeniu zaburzeń działalności.

Alternatywą jest zaskakiwanie szpitali, tak jak w pewnej mierze ma to miejsce przy obecnie wprowadzanych zmianach.

Specjalistyczne leczenie ambulatoryjne

Kwestia wprowadzenia sieci poradni specjalistycznych jest do pewnego stopnia dyskusyjna. Pomysł utworzenia zakwalifikowanych do sieci poradni przy szpitalnych, tak jak w przypadku oddziałów, jedynie petryfikuje obecną strukturę, pozostawiając resztę poradni procedurze konkursowej. Zresztą w tym przy-

„Najważniejsze jest to, czy twórcy sieci mają wizję, w jakim kierunku zmierzają”

padku wzbudza to jeszcze więcej wątpliwości wobec faktu, że w poprzednich latach wiele szpitali likwidowało swoje poradnie, oddając je w prywatne ręce lekarzy. Teraz trzeba będzie te poradnie odtwarzać, przy czym przez najbliższe cztery lata będą się one znajdować poza siecią. Istnieje jeszcze dodatkowy problem, związany z ideą funkcjonowania budżetów powierzonych lekarzy rodzinnych, którzy w przyszłości będą sobie wybierać współpracujące z nimi poradnie specjalistyczne. Obecne umiejscowienie poradni specjalistycznych jest jeszcze bardziej asymetryczne niż w przypadku oddziałów szpitalnych – z nagromadzeniem ich w większych miastach i mnogimi „białymi plamami” na prowincji. Weźmy przykładowo poradnie endokrynologiczne. Na Dolnym Śląsku na podstawie umowy z NFZ działają 22 takie jednostki, z tego w samym Wrocławiu 5, a w 100-tysięcznej Legnicy 6 (ciekawostka). W podobnej wielkości Małopolsce jest ich 57, z tego w Krakowie 17, czyli ponad trzy razy więcej niż w nieco większym Wrocławiu. Takich dysproporcji jest wiele – zarówno w regionach, jak i w innych specjalnościach medycznych. Wynika to z prostego faktu, że poradnie powstawały tam, gdzie byli lekarze chętni do ich prowadzenia, a nie tam, gdzie istniała potrzeba ich tworzenia. Należałoby się zastanowić, czy zamiast utrzymywać obecną strukturę poradni nie próbować jej przemodelować poprzez ograniczenie ich liczby w jednych miejscach i jednocześnie ogłaszanie konkursów na poradnie tam, gdzie ewidentnie ich brakuje. Oczywiście powinno to być powiązane z odejściem od wymogów czasów działalności poradni w określonych miejscach przy zachowaniu standardów wyposażenia.

Rehabilitacja

Także w przypadku rehabilitacji uczyniono krok w dobrym kierunku, ale krok nieostateczny. Włączenie do sieci oddziałów stacjonarnych i dziennych pozwala na organizację kompleksowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie nie poczyniono nic w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, pozostawiając ją nadal procedurze konkursowej. A przecież i tutaj aż się prosi o właściwe rozmieszczenie geograficzne podmiotów realizujących usługi. Mam nadzieję, że za cztery lata sieć obejmie także ten zakres świadczeń.

Psychiatria

Akurat lecznictwo psychiatryczne, które generuje olbrzymie koszty po stronie ubezpieczeń społecznych

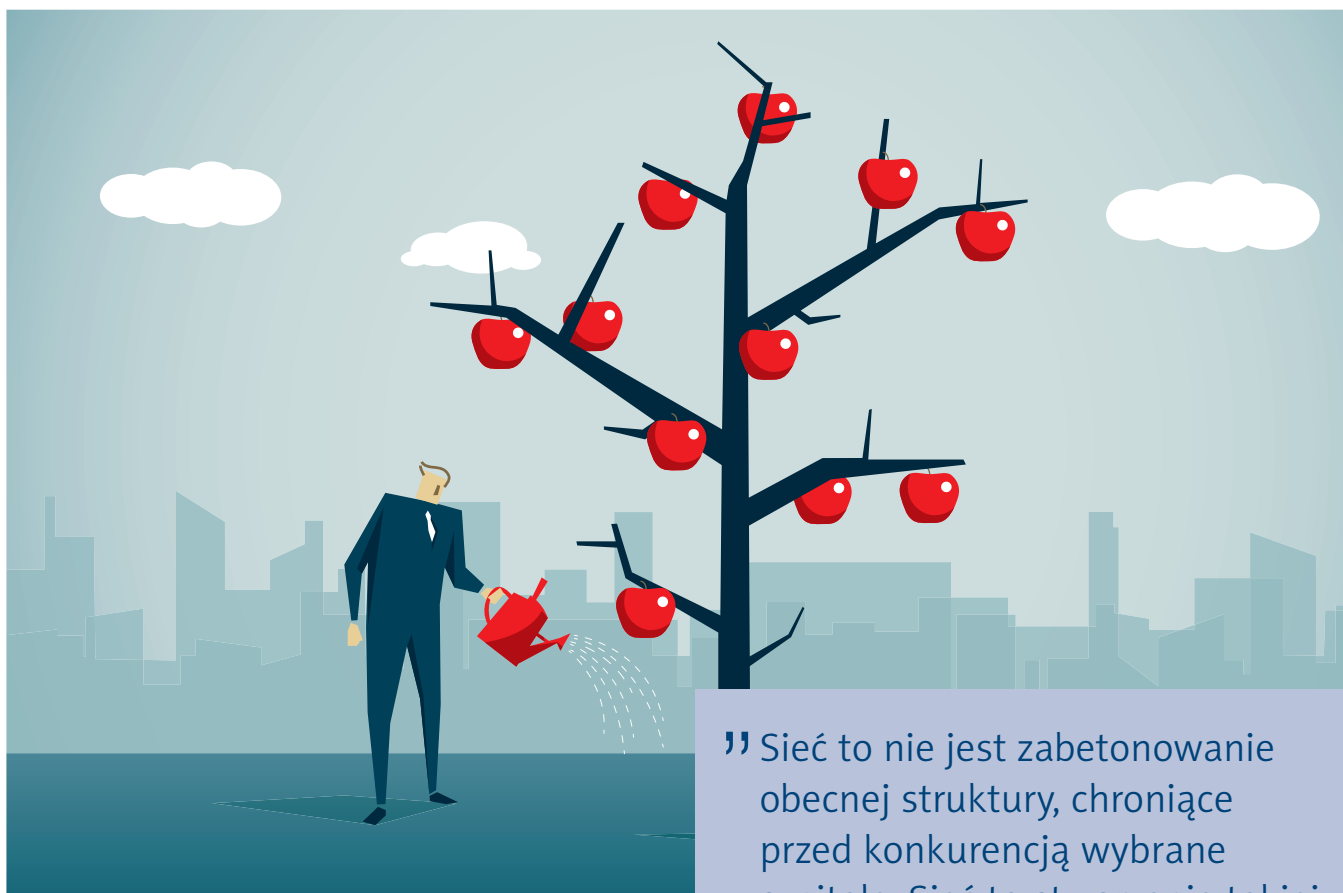
(blisko 20% wydatków ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy), pozostało poza siecią. Zdaję sobie sprawę, że psychiatria w ogólności wymaga wielkiej przebudowy, dostosowującej ją do wymogów XXI wieku – odejścia od „molochów” izolujących pacjenta, zwiększenia liczby oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, wzmocnienia lecznictwa ambulatoryjnego i środowiskowego, a zwłaszcza wsparcia pacjentów w miejscu zamieszkania. To wymaga szerokiego programu międzyresortowego. Nie widać jednak wielkiego napędu do stworzenia modelu „nowej psychiatrii” i jego realizacji, a pozostawienie oddziałów psychiatrycznych poza siecią jest tego smutnym dowodem. Niech więc ponownie argumentem będzie to, że ZUS na renty, świadczenia rehabilitacyjne i zwolnienia dla chorych psychicznie wydał w 2015 r. blisko 5,9 mld zł, a NFZ na leczenie (rodzaj świadczeń PSY) 2,4 mld zł. Czytelnikom pozostawiam odpowiedź na pytanie, czy ma to jakikolwiek sens. Może warto popracować nad siecią także w psychiatrii, aby umożliwić pacjentom skuteczne leczenie?

Inne świadczenia

Sieć nie powinna się zamykać także na inne świadczenia – czy to będą stacje dializ, czy zakłady opieki długoterminowej, czy gabinety stomatologiczne. Organizatorzy opieki zdrowotnej powinni się pochylić nad każdym zakresem świadczeń, aby długoterminowo doprowadzić do takiego ich umiejscowienia, które zapewni dostęp do świadczeń wszystkim Polakom. Będzie to wymagało mrówczej pracy przy opracowywaniu odpowiednich map, a następnie tworzeniu takich warunków, aby w tzw. białych plamach pojawili się chętni do realizacji usług zdrowotnych. Trzeba będzie też zabezpieczyć na to dodatkowe pieniądze.

Sieć jako zobowiązanie finansowe państwa

I tu dochodzimy do meritum. Sieć to nie jest zabetonowanie obecnej struktury, chroniące przed konkurencją wybrane szpitale. Sieć to stworzenie takiej liczby ośrodków, odpowiednio rozmieszczonych i realizujących potrzebne usługi, która zapewni ich racjonalną dostępność dla ogółu mieszkańców. Jednocześnie jednostki znajdujące się w sieci muszą mieć zagwarantowane finansowanie na takim poziomie, który zapewni im możliwość działalności. W obecnym stanie będziemy mieć w sieci szpitale, które zgodnie z algorytmem otrzymają środki w wysokości pełnego wykonania w 2015 r., przy taryfach obowiązujących na dzień wejścia w życie ustawy, z możliwością niewielkich modyfikacji. Dla wielu szpitali będą to środki niewystarczające. Ministerstwo Zdrowia jako właściwa agenda państwa musi zagwarantować szpitalom sieciowym, a następnie innym jednostkom włączanym do sieci takie kontrakty, które umożliwią im działalność bez ciągłego zadłużania się, biorąc jednocześnie pod uwa-



Fot.: iStockphoto.com

„Sieć to nie jest zabetonowanie obecnej struktury, chroniące przed konkurencją wybrane szpitale. Sieć to stworzenie takiej liczby ośrodków, która zapewni ogółowi mieszkańców racjonalną dostępność świadczeń”

gę konieczność wzrostu wynagrodzeń pracowników. Teoretycznie jest możliwe przeprowadzenie symulacji kosztów działalności określonych oddziałów przy współpracy z AOTMiT, z uwzględnieniem konieczności utrzymywania przez nie 24-godzinnej gotowości. Symulacja kosztów na podstawie tzw. jednostki optymalnej mogłaby pozwolić na określenie minimalnego poziomu finansowania pojedynczego oddziału, a przez to całego szpitala. Skoro się powiedziało A, to trzeba powiedzieć B i przy tworzeniu sieci pamiętać o tym, aby była ona funkcjonalna także w aspekcie finansowym.

Tematy, tematy, tematy...

Jest jeszcze mnóstwo innych zagadnień, które pojawiają się jako następstwo tworzenia sieci. Jak ta sieć będzie monitorowana i modyfikowana? Jakie narzędzia przygotowano, aby ją uzupełniać, a w określonych przypadkach ograniczać? Jak będzie wyglądać koordynacja opieki nad pacjentami? Czy rzeczywiście będzie ją prowadzić lekarz rodzinny, czy może na mniejszych obszarach – „małych ojczyznach” – lepszym koordynatorem byłby miejscowy szpital powiatowy? Czy umiejscowienie nocnej opieki zdrowotnej, dotyczącej przecież świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szpitalach to najlepszy pomysł? Co dalej ze zdrowiem publicznym? Tematów jest tak wiele, że można by napisać opasłą książkę, a nie pojedynczy artykuł.

Wizja przede wszystkim

Najważniejsze jest to, czy twórcy sieci mają wizję, w jakim kierunku zmierzają. Obecne działanie ma swoje głębokie uzasadnienie, pod warunkiem że uznamy, iż jest to tylko pierwszy krok. Powstała szansa, że stworzymy zrównoważony system opieki zdrowotnej, w którym to potrzeby zdrowotne Polaków, a nie dobrze opłacane procedury czy lokalne ambicje będą czynnikiem wpływającym na tworzenie nowych miejsc leczenia. Ale aby to osiągnąć, trzeba wiedzieć, dokąd się zmierza. No i na koniec mantra – nie osiągniemy tego bez zwiększenia nakładów publicznych na zdrowie oraz bez wykształcenia większej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych profesjonalistów medycznych. Nie osiągniemy tego bez poprawy ich warunków pracy czy kształcenia. Polski system opieki zdrowotnej nie jest stajnią Augiasza, ale wymaga ciągłej modyfikacji. Mam nadzieję, że twórcy sieci szpitali są tego świadomi i są przygotowani na dalsze ewolucyjne zmiany.

Maciej Biardzki
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.