

Marcin Wiącek:

Dozwolone jest pewne różnicowanie obywateli

s. 8



menedżer zdrowia

nr 7-8 / 2021

wrzesień

issn 1730-2935

www.menedzerdrowia.pl

40 zł (w tym VAT 8%)

WROBIENI W SZPITALACH

WIĘKSZOŚĆ ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH
MOŻNA REALIZOWAĆ W AOS



Za dużo leczymy w szpitalach
– analiza Jarosława i Magdaleny Kozarów

s. 16

Agnieszka Pachciarz: Trzeba się zastanowić,
które oddziały są potrzebne mieszkańcom

s. 42

Szyfrowe prace – subiektywna historia
systemu z rozwiązaniami w tle

s. 48

Jarosław Kieszek:
EDM to krok w stronę cyfryzacji

s. 68



wrze

KONDYCJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

GRZEGORZ GIELERAK



Foto: iStockphoto.com

Niemal stałym elementem systemów ochrony zdrowia państw wysokorozwiniętych jest nierównowaga pomiędzy zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne a możliwością ich udzielenia. Odpowiadają za to nie tylko brak odpowiedniej wielkości nakładów na ochronę zdrowia, niezbędnych do sfinansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych w koszyku, lecz także rosnące wydatki związane z postępowaniem technologicznym w medycynie wywołującym wśród pacjentów oczekiwania dostępności usług o najwyższym poziomie referencyjności.

Zestawienie tych okoliczności z brakiem właściwej koordynacji opieki pomiędzy ambulatoryjnym a wysokospecjalistycznym segmentem rynku ochrony zdrowia oraz chaosem kompetencyjnym pomiędzy dyrektorami podmiotów leczniczych a regulatorem rynku, spowodowanym m.in. wyborem sposobu i trybu finansowania pracowników medycznych, dodatkowo obniża efektywność wykorzystania pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia w Polsce.

Reforma – obiektywnie trudny start

Przystępując do reformy, należy dysponować odpowiednimi zdolnościami i zasobami, które pozwolą zrealizować jej cele oraz ograniczyć zagrożenia związane z działaniami naprawczymi. Niestety, w tak zdefiniowanych warunkach realizacji przełomowych zmian polski system ochrony zdrowia nie ma zbyt wielu atutów.

W latach 2009–2020 budżet NFZ przeznaczany na świadczenia zdrowotne prawie się podwoił – z 52 mld zł do ponad 100 mld zł, jednak siła nabywcza tych pieniędzy słabnie. W konsekwencji płatnik kupuje niewiele więcej świadczeń niż w latach ubiegłych, co potwierdzają m.in. dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny. W latach 2015–2020 wzrosła liczba pacjentów zarówno w szpitalach, jak i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W tych pierwszych prawie o 18 proc., ale w tych

drugich już tylko o 1 proc. Wzrost nakładów w analizowanym okresie wyniósł średnio ponad 7 proc. Niestety liczba pacjentów i procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) spada, co jest konsekwencją mniejszych nakładów na ten rodzaj świadczeń. Stoi to w sprzeczności z potrzebami i oczekiwaniami pacjentów. Nadal mamy również niskie nakłady na profilaktykę, bez której nie zatrzymamy nieproporcjonalnie szybko rosnących potrzeb w zakresie medycyny naprawczej.

Nowe otwarcie dla sieci szpitali publicznych w Polsce

Zgodnie z komunikatami Ministerstwa Zdrowia resort przygotowuje się do przeprowadzenia szeroko zakrojonej reformy systemu ochrony zdrowia. Reforma oparta na nowo projektowanej ustawie ma polegać na restrukturyzacji szpitali publicznych, w tym finansowaniu inwestycji, poprawie jakości zarządzania oraz reorganizacji systemu leczenia szpitalnego. Jej celem jest podniesienie jakości i dostępności usług zdrowotnych m.in. poprzez trwałą poprawę sytuacji finansowej szpitali publicznych oraz procesów nadzoru i zarządzania tymi jednostkami.

Zaproponowano także dostosowanie infrastruktury, modernizację i wyposażenie w nowoczesny sprzęt podmiotów leczniczych, co dodatkowo może być związane z koniecznością zmiany profilu działalności jednostki w części lub w całości w sposób, który nie ograniczy dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów ani nie obniży ich jakości. Zmiana profilu miałyby się przyczynić do zwiększenia efektywności poszczególnych podmiotów w systemie ochrony zdrowia oraz dostępności świadczeń, na które jest duże zapotrzebowanie. W te działania miałyby być włączone trzy centralne instytucje: Agencja Rozwoju Szpitali, Centrum Usług dla Szpitali oraz Centrum Badawczo-Analityczne, które zajmowałyby się restrukturyzacją placówek medycznych z wykorzysta-

niem środków z Krajowego Planu Odbudowy jako uzupełnienia i komplementarnego wsparcia wprowadzanych reform i reorganizacji.

Dodatkowym celem reformy jest wprowadzenie w szpitalach profesjonalnej kadry zarządzającej i utworzenie korpusu menedżerskiego oraz restrukturyzacyjnego. W ocenie resortu zdrowia centralizacja ma też dać efekt skali, rozważane jest bowiem stworzenie wspólnego centrum usług, które zajmie się m.in. zakupami sprzętu medycznego dla wszystkich placówek.

Spodziewanym elementem zmian ma być także obowiązkowe monitorowanie jakości klinicznej obsługi pacjenta i efektywności zarządzania. Zmienione zostaną kryteria przypisania do sieci szpitali, obowiązkowa będzie analiza porównawcza, a na jej podstawie zostaną wyłonieni liderzy szpitalnictwa.

Uzasadnieniem dla pilnego przeprowadzenia projektowanych zmian naprawczych zgodnie z deklaracjami przedstawicieli kierownictwa resortu, mają być powszechne w polskim systemie ochrony zdrowia „wielowładztwo, rozproszone zarządzanie i spory kompetencyjne, wyniszczająca konkurencja pomiędzy szpitalami, które rywalizują o personel i dublują świadczenia, brak koordynacji opieki nad chorymi, zwiększające się zadłużenie placówek”. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia odpowiedzialność finansowa płatnika musi się wiązać z równoczesnym posiadaniem narzędzi racjonalizacji działań w podmiotach leczniczych.

Co koniecznie należy poprawić w systemie

Realizowana od kilku lat polityka wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia doprowadziła do sytuacji, w której skutecznie pomieszano obszary kompetencji i odpowiedzialności kluczowych uczestników – interesariuszy systemu. Zarówno finansowanie wynagrodzeń bezpośrednio z funduszy przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej, jak i wybiórcze (w miejsce systemowego) – dotyczące pojedynczych grup zawodowych – kształtowanie siatki płac pracowników ochrony zdrowia trwale zmieniły ich korelacje i obieg pieniądza w systemie, wywołując przy okazji inne związane z tym aberracje. W tym kontekście na szczególną uwagę zasługują ograniczenie wpływu dyrektorów podmiotów leczniczych na prowadzenie skutecznej polityki wynagrodzeń oraz oddzielenie wysokości ponoszonych kosztów osobowych od wartości realizowanych przez szpitale świadczeń zdrowotnych. Obie okoliczności w praktyce zredukowały możliwości stosowania standardów dobrego zarządzania, podkopały fundamenty efektywności i konkurencyjności funkcjonujących w tak ukształtowanych warunkach placówek medycznych.

Pojawiła się też nowa sytuacja, do tej pory nieznaną, przynajmniej z punktu widzenia skali zjawiska – szczególnie, uprzywilejowana pozycja pracowników ochrony zdrowia w relacjach z pracodawcami, spowodowana z jednej strony ograniczoną dostępnością, a przez to

LICZBA ŁÓŻEK W SZPITALACH,

ICH RODZAJ I PRZEZNACZENIE MEDYCZNE

POWINNY ZOSTAĆ OKREŚLONE

NA PODSTAWIE ANALIZY MAP

POTRZEB ZDROWOTNYCH, REJESTRÓW CHOROÓB

ORAZ DANYCH POSIADANYCH PRZEZ NFZ

zwiększonym popytem na ich usługi, z drugiej natomiast otwartością publicznego i niepublicznego rynku pracy na korzystanie z tych usług i ich opłacanie. Wyzwolona w tych warunkach konkurencja pomiędzy podmiotami sytuuje pracowników w komfortowej – centralnej pozycji negocjacyjnej, pozwalającej im zabiegać o coraz wyższe stawki wynagrodzenia u rywalizujących o personel świadczeniodawców instytucjonalnych.

Co więcej, okoliczności te sprzyjają również nie do końca transparentnemu zachowaniu personelu medycznego, którego możliwość oddziaływania na przebieg ścieżki pacjentów ma kluczowe znaczenie dla sposobu przypisania przychodów oraz kosztów podmiotów leczniczych zaangażowanych w procesy diagnostyczno-terapeutyczne. Obecnie ważne jest nie tyle kierowanie chorych z gabinetów prywatnych na hospitalizację (co było, należy przyznać, dość powszechne do ok. 2006 r.), ile dzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na etapy: te realizowane poza segmentem publicznym – prywatyzacja zysków – oraz pozostałe (nieopłacalne), wykonywane w placówkach publicznych – upublicznianie kosztów. Tym samym do gry rynkowej, w której na co dzień uczestniczą podmioty lecznicze, dopuszczony został pozaoficjalny i niejawni uczestnik o zmiennym w miejscu i czasie wektorze oddziaływania na sytuację finansową placówek medycznych, co w poważnym stopniu podaje w wątpliwość udział mechanizmów konkurencji w kształtowaniu rynku ochrony zdrowia w Polsce. Praktyka zarządzania podmiotami leczniczymi wskazuje, że na proceder ten narażone są przede wszystkim podmioty o najwyższym poziomie referencyjności, których personel medyczny jest chętnie zatrudniany przez placówki niepubliczne, co dodatkowo komplikuje i tak trudną (głównie z powodu wysokich kosztów działalności oraz niedoszacowania wartości procedur medycznych) sytuację finansową m.in. szpitali uniwersyteckich i instytutów badawczych.

Pokazuje to, jak krótkowzroczne było i nadal jest unikanie rozwiązań z powodzeniem funkcjonujących w innych krajach, np. w Niemczech czy w Danii, gdzie większość opisanych wyżej problemów rozwiązano regulacją administracyjną wymagającą od każdego pracownika deklaracji wyboru segmentu rynku zdrowia jako miejsca udzielania usług. Działanie tego rodzaju wymagałoby

równocześnie uporządkowania sytuacji, z jaką mamy dziś do czynienia po stronie wymagań kadrowych płatnika w odniesieniu do poszczególnych zakresów świadczeń. Obowiązujące normy zatrudnienia w większości zostały wprowadzone ponad dekadę temu, w warunkach nieporównywalnie bardziej niż dzisiaj ograniczonych możliwości efektywnego zarządzania czasem pracy personelu medycznego. Dodatkowo był to etap dopiero co kształtującej się konkurencji w ochronie zdrowia, co w wielu przypadkach skwapliwie starali się wykorzystać decydenci, w tym konsultanci w ochronie zdrowia, do zaznaczenia rynkowej przewagi swoich placówek, ustalając m.in. normy kadrowe na poziomie trudnym do spełnienia przez większość jednostek funkcjonujących wówczas na rynku. Świadomość istnienia zawyżonych regulacji w tym zakresie jest dziś powszechna, a w wielu sytuacjach, np. na szczeblu operacyjnym podmiotów leczniczych, skutecznie ogranicza pojawienie się pozytywnych efektów reform dotyczących metod i sposobów prowadzenia opieki nad pacjentem. Trudno bowiem z sukcesem stosować zasady opieki kompleksowej i koordynowanej, funkcjonującej w środowisku norm kadrowych przewidzianych tak dla lecznictwa szpitalnego, jak i ambulatoryjnego na poziomie *de facto* wykluczającym możliwość jakiegokolwiek kompensowania istniejących w tym zakresie ograniczeń rynkowych. Dalsze utrzymywanie przez płatnika kadrowego *status quo* w publicznych podmiotach leczniczych wydaje się tym bardziej nieracjonalne, że dziś mamy diametralnie różne od wyjściowych warunki ich organizacji i funkcjonowania. Ucyfrowienie procesów zarządzania dokumentacją medyczną, pojawienie się nowych zawodów (np. koordynatorów opieki) wspierających profesjonalistów medycznych w ich pracy to wystarczające argumenty za przeprowadzeniem racjonalizacji polityki kadrowej, a więc podniesieniem efektywności zarządzania personelem, także z uwagi na jego ograniczoną dostępność, i to w perspektywie co najmniej kilkunastu lat.

Szpitalne – oczekiwania i mity

Liczba łóżek w szpitalach, ich rodzaj (jednodniowe, krótkoterminowe, długoterminowe) i przeznaczenie medyczne powinny zostać określone na podstawie analizy map

POTRZEBUJEMY SYSTEMU ODPORNEGO, ALE TAKŻE

ZRÓWNOWAŻONEGO, KTÓREGO FUNDAMENTEM

JEST KOMPLEKSOWA I ZINTEGROWANA OPIEKA

ORAZ POMOSTY POMIĘDZY JEGO ELEMENTAMI

GWARANTUJĄCE DOSTĘPNOŚĆ LECZENIA W WYMIARZE

CZASOWYM, GEOGRAFICZNYM I EKONOMICZNYM

potrzeb zdrowotnych, rejestrów chorób oraz posiadanych przez NFZ danych, takich jak rozpoznanie główne i współistniejące, rodzaj i liczba wykonanych procedur oraz czas pobytu. Mogłoby to pokazać, jakie jest realne zapotrzebowanie na łóżka szpitalne krótkoterminowe ogółem, i określić cel, do którego należy dążyć w perspektywie długoterminowej.

Warto podkreślić, że stosowanie prostej, bezpośredniej ekstrapolacji wzorców i doświadczeń dotyczących organizacji systemów ochrony zdrowia w państwach Europy Zachodniej jest daleko idącym uproszczeniem. Różnice w zakresie struktury populacji zamieszkującej dany kraj, ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa i jego materialnej zasobności, gęstości zaludnienia, uprzemysłowienia, tradycji dotyczącej modelu finansowania ochrony zdrowia są czynnikami w dużym stopniu decydującymi o tym, jakie docelowe rozwiązania w zakresie organizacji i zarządzania systemem powinny zostać szczególnie rozwinięte, a które mają marginalne znaczenie dla zadowolenia społecznego z warunków, sposobu i jakości świadczonych usług medycznych. Oczekiwana liczba szpitali w Polsce w przeliczeniu na liczbę ludności powinna być zatem traktowana wyłącznie jako punkt odniesienia, a nie bezpośredni cel reformy. Fakt, że Europa generalnie odchodzi od lecznictwa szpitalnego i maksymalizuje leczenie w opiece podstawowej i specjalistycznej opiece ambulatoryjnej należy traktować wyłącznie jako oczekiwany trend zmian konsekwentnie realizowany przez państwa, które są liderami ochrony zdrowia, poprzez konsolidację, restrukturyzację, wzrost efektywności zarządzania kosztami oraz koordynację różnych poziomów opieki zdrowotnej.

Bolesna lekcja z pandemii

W raportach z Włoch po pierwszej fali zakażeń wyraźnie zwracano uwagę, że w bogatych regionach kraju w okresie poprzedzającym wybuch pandemii dokonała się dynamiczna prywatyzacja ochrony zdrowia z wprowadzaniem biznesowych metod zarządzania placówkami (szczególnie w Lombardii), co doprowadziło do ograniczenia na dużą skalę wszelkich rezerw, które zwiększałyby bieżące koszty funkcjonowania. Przykład ten, podobnie jak doświadczenia Korei Południowej, wyróżniającej się tak jak Polska wysokim wskaźnikiem liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, wyraźnie pokazuje, że dobrze zorganizowany system ochrony zdrowia, gotowy do stawienia czoła sile wyższej, jaką jest np. pandemia, nie może być konstruowany głównie na podstawie wartości wskaźników ekonomicznych opisujących efektywność jego funkcjonowania.

Pandemia obnażyła również, i to nie tylko w Polsce, prawdę o znaczeniu motywacji do działania i zaangażowaniu segmentów publicznego i prywatnego w przeciwdziałanie skutkom kryzysu epidemicznego. Ujawniła, jak wiele zdolności powszechnego – publicznego systemu ochrony zdrowia zostało poważnie ograniczonych,

a w części utraconych w toku szeroko zakrojonej polityki ekonomizacji rynku zdrowia, pozbawionej spojrzenia z właściwej perspektywy na sprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Oczywista w tych warunkach wydaje się odpowiedź na pytanie, czy w takim razie odnotowanie deficytów organizacyjno-funkcjonalnych publicznego systemu ochrony zdrowia nie powinno być inspiracją do działania na rzecz odwrócenia tego stanu rzeczy w nowej, popandemicznej rzeczywistości. Problem w tym, czy jesteśmy dostatecznie zdeterminowani i czujemy się formalnie zobowiązani, aby skorzystać z tego rodzaju doświadczeń.

Sytuacja pandemii, w której zniesiono wiele rygorów dotyczących zamówień publicznych, stanowiła szansę na szybkie działanie, ale jednocześnie pokusę do niepodjęcia wysiłku w celu implementacji procesów usprawniających, racjonalizujących rzeczywistość finansowanego ze środków publicznych rynku zdrowia. Z jednej strony podejmowano działania ratunkowe będące *de facto* transferem środków publicznych do segmentu prywatnego. Z drugiej natomiast pomimo znanych ograniczeń, w tym powszechnej świadomości słabych stron segmentu publicznego, nie wprowadzono adekwatnych do okoliczności oraz bieżących potrzeb rozwiązań usprawniających system, i to wbrew stawianym diagnozom i inicjowanym działaniom w tym kierunku.

Realia systemu ochrony zdrowia są bardziej złożone – nie brakuje przykładów dobrej współpracy, zachowań sektora prywatnego wpisujących się w realizację zadań wynikających bezpośrednio z potrzeby chwili, jak choćby powstawanie oddziałów covidowych. Czy jednak sprawnie zorganizowane państwo w sytuacjach kryzysowych powinno korzystać z dobrej woli, a nie ze zobowiązań określonych wcześniej odpowiednimi umowami na świadczenie usług finansowanych ze środków publicznych?

Za słuszny i w pełni racjonalny można uznać pogląd, że nikomu nie służy utrwalanie stereotypu nastawionego na zysk segmentu prywatnego oraz mającego najbardziej kosztochłonne zobowiązania segmentu publicznego. Walka o zmianę tego sposobu myślenia powinna jednak w pierwszej kolejności toczyć się na poziomie przepisów i umów, które jasno regulowałyby zobowiązania stron tak w czasie prosperity, jak i kryzysu. Brak takich norm – zaskakujące, że nie pojawiły się one już po doświadczeniach pierwszego półrocza epidemii – zawsze będzie skutkował wspomnianą już wcześniej pokusą prywatyzacji zysków i upubliczniania kosztów funkcjonowania systemu.

Podsumowanie

Polskiej ochronie zdrowia brakuje idei, tożsamości skupionej na kompleksowym i skoordynowanym zarządzaniu chorobami oraz świadczenia usług zdrowotnych z nakierowaniem na rzeczywiste potrzeby pacjentów, którzy powinni stać się osią systemu. Tymczasem szpi-

tale, tak jak inne placówki ochrony zdrowia, nie są w żaden sposób powiązane ze sobą nie tylko na poziomie regionalnym i krajowym, lecz także na szczeblu powiatu czy miasta. Brakuje trwałych, systemowych fundamentów zintegrowanej opieki – i to zarówno pomiędzy jednostkami udzielającymi świadczeń, jak i podmiotami odpowiedzialnymi za realizację zadań z obszaru zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia. Współpraca pomiędzy szpitalami, POZ i AOS nazbyt często zależy od relacji właścicielskich i najczęściej pozostawia wiele do życzenia.

Potrzebujemy systemu odpornego, ale także zrównoważonego, którego fundamentem jest kompleksowa i zintegrowana opieka oraz pomosty pomiędzy jego elementami gwarantujące dostęp do leczenia w wymiarze czasowym, geograficznym i ekonomicznym. Większa integracja usług zdrowotnych prowadzi do kompleksowej opieki w pełnej skali – od opieki ambulatoryjnej po szpitalną, a to z kolei skutkuje większym zadowoleniem społecznym i jednocześnie obniżeniem kosztów systemu.

Alternatywą jest właściwie zdefiniowana, otwarta współpraca pomiędzy poszczególnymi ogniwami systemu opieki zdrowotnej (szpital plus AOS plus POZ) – zakładając dookreślenie ich referencyjności, a w konsekwencji wykonywanych procedur i sposobu ich finansowania.

Przepływ środków finansowych przeznaczonych na pokrycie kosztów działalności bieżącej oraz potrzeb inwestycyjnych w postaci budowy czy rozbudowy placówek ochrony zdrowia powinien zachęcać podmioty uczestniczące w opiece nad chorymi do współpracy zamiast wszechobecnej dziś wyniszczającej konkurencji.

Normą myślenia i działania w ochronie zdrowia winny być: dążenie do stałego zwiększania produktywności poprzez holistyczne podejście do spraw zdrowia oraz unikanie w ten sposób niepotrzebnych kosztów opieki w przyszłości; dostarczenie potrzebnych usług wspierających zdrowie i jakość życia przy utrzymaniu jak najniższych kosztów społecznych; poświęcanie uwagi nie tylko dzisiejszym wydatkom, lecz także inwestycjom i zmianom organizacyjnym, uwzględniając przy tym łańcuch długoterminowych skutków, takich jak koszt zwolnień chorobowych czy zaplanowanych wizyt u lekarza.

Proponowane zmiany są niezbędnym warunkiem skutecznego przeprowadzenia działań naprawczych w ochronie zdrowia, sprawnej realizacji kolejnych posunięć organizacyjno-zarządczych mających na celu zwiększenie wydajności sektora publicznego oraz wyznaczenie części prywatnej roli systemowego bufora, którego priorytetem byłoby oferowanie kompetentnych usług z dochowaniem szczególnej dbałości o utrzymanie ich pełnej dostępności dla potrzebujących pacjentów.

Gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak,
dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie