

Medexpress, 2018-11-30 07:19

# System musi być efektywny. I szpitale też

Płatnik powinien płacić nie tylko za jakość, ale też za efektywność. Będziemy się starali opracować system certyfikacji efektywności – zapowiadał podczas czwartkowej konferencji odbywającej się w ramach debaty „Wspólnie dla zdrowia” wiceprezes NFZ Adam Niedzielski. „Efektywność” była jednym ze słów kluczy łódzkiej odsłony debaty.

O tym, że problemem polskiego systemu jest niedostatek finansowania, nie trzeba nikogo przekonywać. Ale – jak podkreślał minister zdrowia Łukasz Szumowski, otwierając konferencję „Własność, zarządzanie, odpowiedzialność”, nie mniejszym problemem jest nieoptymalna organizacja i brak koordynacji działań między różnymi poziomami i obszarami systemu. – Mamy problem z koordynacją między POZ a AOS i rozproszoną formą własności – mówił minister.

I właśnie brak koordynacji według ministra Łukasza Szumowskiego decyduje o problemach z dostępnością do świadczeń. – Polacy oczekują poprawy dostępności. Wiemy, że to nie jest tylko kwestia wysokości nakładów. Są kraje, w których nakłady na pewne świadczenia są wcale nie większe w przeliczeniu na pacjenta niż w Polsce, a dostęp jest lepszy.

Z jednej strony Polska więc ma powody do optymizmu – minister przekonywał, że zwiększenie finansowania do 6 proc. PKB nastąpi „w dosyć krótkim czasie” jak na możliwości państwa. Z drugiej – ma przed sobą szereg wyzwań, z których największym jest chyba znalezienie takiego modelu systemu ochrony zdrowia, który nie będzie kontestowany przez ewentualnych politycznych następców. Ale nie mniejszym wyzwaniem jest – co można było usłyszeć i w kuluarach konferencji i na sali obrad – przejście od dyskusji na poziomie „meta” do bardziej praktycznych kroków.

Problemem polskiego systemu jest też brak koordynacji między podmiotami należącymi do różnych organów założycielskich. – Chcemy doprowadzić do sytuacji, w której na poziomie regionów właściciele placówek – powiaty, województwa, uczelnie – będą wypracowywać wspólną strategię. Brak koordynacji pomiędzy szpitalami, które leżą blisko siebie, to dublowanie inwestycji, terapii dla pacjentów konkurowanie o specjalistów – przypominał Szumowski. Sytuacja taka prowadzi do tego, że w bliskiej odległości pozostają szpitale, w których rocznie na świat przychodzi około setki dzieci. – To jest niedobre dla pacjenta! – mówił Szumowski. Aby rodzące były bezpieczne, a oddział położniczy kosztowo efektywny, tych porodów powinno być przynajmniej trzy, cztery razy tyle.

Diagnozę, postawioną przez ministra zdrowia, w dużej części potwierdziły głosy ekspertów, biorących udział w panelach.

- Dla mnie kluczem jest umiejscowienie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jaka jest w ogóle jego rola? Czy on jest gospodarzem zarządzającym zdrowiem pacjenta czy strażnikiem systemu? Koszyk, którym dzisiaj dysponuje lekarz POZ, nie pozwala, by pełnił istotną rolę – podkreślała Anna Rulkiewicz, prezes zarządu grupy Lux Med i prezes zarządu Pracodawców Medycyny Prywatnej. Jej zdaniem w dyskusji o podstawowej opiece zdrowotnej zapominamy o roli lekarzy medycyny pracy. Sprowadzanie ich wyłącznie do funkcji orzeczniczej oznacza marnotrawstwo nie tylko sił i środków, ale przede wszystkim potencjału.

- Lekarz rodzinny nie musi znać się na wszystkim najlepiej, bo od tego ma specjalistów, ale lekarz POZ

musi najlepiej znać swoich pacjentów. Dlatego tak niezwykle istotne jest, żeby zmierzać w kierunku odbudowania medycyny rodzinnej – wyjaśniał Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego. Nie będzie to możliwe bez „odblokowania swoich kompetencji” przez lekarzy rodzinnych i stworzenia im takich warunków, by mogli je wykorzystywać.

- Trzeba ustalić standardy, czyli co wykonuje lekarz POZ, wycenić procedury oraz zdecydować, czy jedyną formą finansowania jest stawka kapitacyjna, czy być może finansowanie mieszane. Dziś jesteśmy jeszcze w starym systemie finansowania POZ, a widzimy przed podstawową opieką zdrowotną mnóstwo nowych zadań – wyliczała Elżbieta Rucińska-Kulesz, dyrektor Pomorskiego OW NFZ, podkreślając, że POZ jest stabilizatorem niezwykle dziś rozchwianego systemu. - System opieki zdrowotnej musi być definiowany od dołu i od dołu budowany - stwierdziła przedstawicielka Funduszu.

W trakcie dyskusji pojawił się pomysł zmiany roli szpitali powiatowych – stopniowego odchodzenia od hospitalizacji w kierunku centrów zdrowia, które oferowałyby wszechstronną opiekę medyczną na bardzo podstawowym poziomie, zaś zdecydowana większość pacjentów, wymagających leczenia szpitalnego trafiałaby do jednostek na wyższych poziomach referencyjnych. - Sam fakt, że obecnie mówimy o takim pomysle, znaczy, że tak ten system rozczłonkowaliśmy przez ostatnie dekady, teraz musimy zebrać go ponownie w całość. Centra zdrowia to przecież zespoły opieki zdrowotnej, które kiedyś mieliśmy - mówiła.

- Być może powinno się dążyć do jakiegoś porozumienia, może umowy konsorcjum na terenie powiatu, między POZ, AOS a szpitalem - po to, żeby działać w sposób skoordynowany i wykorzystywać bazę diagnostyczną szpitala. Można rozważyć poszerzenie kompetencji lekarza POZ do wykonywania większej liczby badań diagnostycznych w szpitalu - wskazywał Waldemar Malinowski, prezes zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych.

Jednak, zdaniem Waldemara Malinowskiego, nie można do tego dążyć bezrefleksyjnie. Podobnie jak nie można mówić o konieczności likwidacji łóżek szpitalnych bez przygotowania oferty zamiennej. - Trzeba likwidować łóżka? Mogę się z tym zgodzić, ale dopóki AOS i POZ nie będą dobrze funkcjonowały, to się z tym nie zgodzę - apelował ekspert.

Malinowski podkreślił jednak, że być może szpitale zostaną postawione przed faktem dokonanym i będą zmuszone do likwidacji ogromnej liczby łóżek w perspektywie nie kilku lat, nawet nie miesięcy, ale wręcz tygodni. OZPSP zapytał szpitale o konsekwencje wdrożenia norm zatrudnienia pielęgniarek. Według danych przekazanych przez sto szpitali (wyłącznie powiatowych) okazuje się, że po wejściu norm w życie szpitale albo zatrudnią 3,5 tysiąca pielęgniarek (których nie ma), albo będą musiały zlikwidować 4,5 tysiąca łóżek.

- Mamy zamiar zlikwidować porodówkę na danym terenie, bo jest na niej za mało porodów? Musi w to miejsce powstać doskonała poradnia ginekologiczno-położnicza, która zapewni bezpieczeństwo kobiet z regionu. Nie może być tak, że mówimy: jakoś to będzie. To niedopuszczalne - podkreślał prezes Malinowski.

Podczas konferencji wiceprezes NFZ Adam Niedzielski podkreślił, że naturalną konsekwencją wprowadzenia sieci szpitali i finansowania ryczałtowego „powinno być narzucenie pewnych wymogów co do efektywności gospodarowania tymi środkami”. - Jeżeli gwarantujemy jako państwo stronę przychodową, to mamy również prawo wymagać pewnych wskaźników jakościowych i efektywnościowych, które są skojarzone z tym transferem finansowym - mówił.

Wskaźniki, które opisują skalę działania (liczba zabiegów wykonywanych w danej jednostce, liczba podmiotów w szpitalnictwie, liczba łóżek, hospitalizacji) to mierniki, który mogą pomóc w zmianach całości systemu, ale nie samego szpitalnictwa.

- Powtarzamy ciągle: zwiększajmy finansowanie. Tymczasem zapominamy, że potencjał poprawy

efektywności jednostek jest ogromny. Nie można go zaniedbać, prowadząc dyskusję o zwiększaniu środków - podkreślał Niedzielski.

Być może system efektywności będzie się odbywać w drodze audytu. Audytorzy sprawdzaliby np., czy szpital wdrożył system rachunkowości zarządczej lub na jakim etapie znajduje się w danej jednostce zarządzanie procesowe. - Warto byłoby zapłacić za taki certyfikat efektywności, bo ja wtedy, jako płatnik, jestem przekonany, że finansuję podmiot efektywny, a nie dorzucam do worka, który być może jest dziurawy - podsumował.