Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia – wywiad z Andrzejem Płonką

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: środa, 17, listopad 2021 12:16
Małgorzata Orłowska
Odsłony: 426

Kolejna, wzbierająca fala pandemii COVID-19, składa do refleksji na temat systemu opieki zdrowotnej w Polsce i jej wydolności. „Pandemia pokazała, że nie można bez opamiętana likwidować łóżek szpitalnych, bo w pewnym momencie może ich zabraknąć. A przecież epidemia to nie jedyne masowe zdarzenie, które może szybko spowodować, że system leczenia szpitalnego osiągnie szczyt swoich możliwości" – przyznaje Andrzej Płonka, Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich, Starosta Bielski.

Czy na problemy w systemie opieki zdrowotnej w Polsce wpływ może mieć zbyt duża liczba szpitali?

To pytanie jest już z pewną kierunkową tezą. Równie dobrze można byłoby zadać pytanie, czy problemy są podyktowane przez to, że w Polsce mamy za mało szpitali. Dzisiaj nie dysponujemy żadnymi danymi, które pozwalałyby dokonać takiej oceny. Takich analiz nie przedstawiło też – przynajmniej oficjalnie Ministerstwo Zdrowia. Wcześniej mieliśmy regionalne mapy potrzeb zdrowotnych, teraz mamy od niedawna ogólnopolską mapę potrzeb zdrowotnych i ona też nie daje odpowiedzi. Na pewno w ochronie zdrowia nie ma czegoś takiego jak status quo. System i świadczeniodawcy muszą się zmieniać, bo zmienia się sposób udzielania świadczeń. Dzisiaj procedury, które dawniej wymagały tygodniowej hospitalizacji można wykonać w systemie jednodniowym, ale wraz z postępem medycyny pojawiają się nowe. Tutaj powinny decydować potrzeby pacjentów. Więc w tym zakresie zdajemy sobie sprawę, że szpitale – nie tylko powiatowe – nie unikną potrzeby ciągłej restrukturyzacji organizacyjnej.

Przestrzegałbym jednak przed prostym myśleniem, że gdy zlikwidujemy szpitale i łóżka, to nagle powstaną niewiarygodne oszczędności w systemie ochrony zdrowia. Przykłady z krajów, w których takie działania są lub zostały przeprowadzone pokazują, że takiemu postępowaniu nie towarzyszy spadek nakładów na lecznictwo szpitale. Jeżeli weźmiemy pod uwagę niedawno podawany w mediach przykład Dani, to tam nakłady na lecznictwo szpitalne w stosunku do PKB są dwukrotnie wyższe niż w Polsce. W ujęciu nominalnym na jednego mieszkańca, nawet uwzględniając różnice w sile nabywczej pieniądza, różnice są jeszcze większe.

Pozostaje jeszcze potrzeba zabezpieczenia gotowości do udzielania świadczeń. Pandemia pokazała, że nie można bez opamiętana likwidować łóżek szpitalnych, bo w pewnym momencie może ich zabraknąć. A przecież epidemia to nie jedyne masowe zdarzenie, które może szybko spowodować, że system leczenia szpitalnego osiągnie szczyt swoich możliwości.

No i ostatnia kwestia, na którą trzeba zwrócić uwagę – dzisiaj szpitale wypełniają lukę systemową. Likwidacja małego szpitala powiatowego na prowincji to spadek realnej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Może z perspektywy decydentów z Warszawy tego nie widać, ale Polska powiatowa często wygląda inaczej, niż Polska kreowana w kolorowych serialach.

Co w tej sytuacji mogłoby być dobrym rozwiązaniem?

Dzisiaj mamy mocno scentralizowany system ochrony zdrowia. Co prawda szpitale w większości należą do samorządów, ale przypominam, że przejęliśmy majątek ponad 20 lat temu w stanie ruiny. Jednak jest to obszar zadań publicznych mocno scentralizowany. Bardzo mocną pozycję w tym systemie ma Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Stopniowo organiczne są też kompetencje dyrektorów oddziałów NFZ na rzecz centrali i wzmacniana rola wojewody, jako przedstawiciela administracji rządowej w terenie.

Phoca PDF

I tu pojawia się pytanie: czy tak zorganizowany system się sprawdza? W mojej ocenie nie. Więc może jednak należy szukać innej drogi. Moim zdaniem samorządy – jako organy tworzące – i szpitale powinny mieć większe możliwości kreowania lokalnej i regionalnej polityki zdrowotnej. Dzisiaj np. na poziomie lokalnym nie ma żadnego instrumentu (nie licząc pilotaży), który wymuszałby na świadczeniodawcach POZ i AOS współpracę z lokalnym czy regionalnym szpitalem. Przeciwnie, system zachęca do tego, żeby pacjent ostatecznie trafił na oddział szpitalny. Proszę sobie odpowiedzieć na pytanie – czy lekarzowi POZ, któremu płaci się za gotowość, bardziej opłaca się, żeby pacjenci do niego przychodzili, czy idealny jest pacjent na liście aktywnej, który do tego lekarza nie przyjdzie. Chcielibyśmy, żeby szpitale powiatowe pełniły rolę lokalnego centrum zdrowia, które rzeczywiście miałoby wpływ na realizację zadań w obszarze zdrowia, w tym profilaktykę zdrowotną. Podsumowując – koncentracja tak, ale nie poprzez koncentrację szpitali, tylko koncentrację i współpracę różnych świadczeniodawców na poziomie lokalnym. Dzisiaj jest to niemożliwe.

Co czeka szpitale powiatowe w perspektywie planowanej przez resort zdrowia reformie?

To pytanie pewnie należałoby zadać Ministrowi Zdrowia. Czekamy na projekt ustawy restrukturyzacyjnej. Miałem nadzieję, że wojewódzkie plany transformacji również będą dawały wskazówkę co do tego, jak będzie zorganizowany system w poszczególnych regionach. Teraz widząc pierwsze projekty, już wiem, że plany transformacji nie będą miały praktycznego zastosowania, chyba, że zostaną napisane zupełnie od nowa.

Gdyby to od nas – samorządowców – zależało, to chcielibyśmy, żeby szpitale powiatowe albo ich konsorcja pełniły rolę lokalnych centrów zdrowia, tak żeby efektywniej wykorzystywać sprzęt, bazę lokalową i kadry. W takim minimalnym pakiecie żeby znajdowały się tam m.in. profilaktyka i promocja zdrowia w społeczności lokalnej, podstawowe oddziały i związane z nimi AOS, opieka długoterminowa, opieka psychiatryczna i psychologiczna w środowisku, kooperacja z innymi podmiotami działającymi na granicach innych systemów – np. z pomocą społeczną, pieczą zastępczą i aby istniała jednak jakaś forma współpracy z POZ.

Jednym z pomysłów Ministerstwa Zdrowia jest utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali. Pana zdaniem takie rozwiązanie może pomóc?

Jeszcze nie słyszałem, żeby powstanie jakiegokolwiek kolejnego urzędu czy instytucji centralnej było lekiem na problemy systemowe. W Polsce najpoważniejszym problemem jest niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia. A przypominam, że obecny poziom finansowania jest jednym z najniższych w krajach rozwiniętych, dotyczy to również świadczeń szpitalnych.

Powstanie kolejnej Agencji to doskonały pretekst do rozmycia odpowiedzialności za bałagan w systemie opieki zdrowotnej. Dzisiaj, przynajmniej w teorii, system powinien być poukładany – mamy Ministra Zdrowia, który odpowiada za planowanie strategiczne i legislacje, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odpowiedzialną za taryfikację i NFZ pełniący rolę płatnika. To, jak wygląda planowanie strategiczne, widzimy chociażby teraz – zarówno krajowy jak i wojewódzkie plany transformacji tworzone są w pośpiechu, „na kolanie". Proces stanowienia prawa w ochronie zdrowia też woła o pomstę do nieba i nie dotyczy to tylko jakości prawa, ale również braku szacowania skutków finansowych planowanych regulacji, braku konsultacji zmian prawnych czy wprowadzania przepisów z dnia na dzień. Taryfą objęto niespełna 17 proc. świadczeń opieki zdrowotnej, na co wskazała niedawno Najwyższa Izba Kontroli. W konsekwencji rolę tę przejmuję NFZ. Do tej rozchodzącej się układanki ma

Phoca PDF

być dołożony kolejny klocek w postaci nowej Agencji.

Dyrektorzy szpitali są w trudnej sytuacji, permanentnie zarządzają kryzysem, chyba nie ma szpitala powiatowego w Polsce, który nie przeszedł procesów restrukturyzacyjnych. Teraz urzędnik z takiej Agencji przyjedzie i będzie mówił, że taki dyrektor nie dokonał cudu. To się nie sprawdzi i oby w ogóle nie zaistniało.

Phoca PDF