Szpitalna stajnia Augiasza

Kategoria: Felietony
Opublikowano: poniedziałek, 15, lipiec 2024 07:31
Grzegorz P. Kubalski
Odsłony: 2924

Przedstawione w ubiegłym tygodniu przez Ministerstwo Zdrowia założenia reformy sieci szpitali dają szansę na poprawę obecnej, bardzo trudnej sytuacji. Sukces zaproponowanego rozwiązania nie jest jednak gwarantowany.

Reforma ma obejmować trzy główne nurty – deregulację, transformację i odwróconą piramidę świadczeń.

Deregulacja ma doprowadzić do likwidacji przepisów utrudniających obecnie funkcjonowanie systemu. Ważny to cel; obawiam się jednak o jego realizację. Pojęcie deregulacji jest obecnie bardzo modne; wszędzie chcemy coś deregulować, bo wówczas będzie lepiej. Tyle tylko że przy obecnym stopniu skomplikowania świata deregulacja sprowadza się często do punktowych zmian przynoszących tyleż korzyści, co problemów.

Kluczem do strukturalnej poprawy będzie transformacja – prowadząca do racjonalizacji kształtu sieci szpitali. W odróżnieniu od kilku poprzednich pomysłów zmiany będą dobrowolne. Z jednej strony jest to duża zaleta, gdyż honoruje samodzielność jednostek samorządu terytorialnego; z drugiej strony jest to duże ryzyko. Społeczeństwo myśli w przeważającej części starymi kategoriami – organizacyjnymi, a nie funkcjonalnymi. Posiadanie własnego szpitala jest ważniejsze niż dogodny dostęp do nowoczesnych świadczeń leczniczych – a to stwarza poważną barierę przy podejmowaniu odważniejszych decyzji. Ryzyko polityczne związane z likwidacją choćby jednego oddziału jest na tyle duże, że niekoniecznie jest podejmowane. Nic to, że oddział położniczy, w którym przyjmowanych jest 250 porodów jest nie tylko całkowicie nieekonomiczny; on zaczyna stwarzać ryzyko dla trafiających doń pacjentek. Mimo to jest utrzymywany, bo taka jest presja społeczna. Inna sprawa, że ta presja jest jeszcze podbijana lokalnie przez silne grupy interesu. Zbyt duża liczba szpitali jest w interesie przynajmniej części personelu medycznego, który korzysta finansowo na tym. W Polsce mamy do czynienia z niedoborem kadr medycznych, a to przekłada się na wysokość oferowanych wynagrodzeń. Już teraz w odniesieniu do lekarzy w szpitalach bardziej potrzebna byłaby ustawa o maksymalnym wynagrodzeniu, niż obowiązująca – o wynagrodzeniu minimalnym.

Deficytowi personelu można przeciwdziałać na dwa sposoby – poprzez zwiększenie liczby kształconych w zawodach medycznych i poprzez ograniczenie liczby miejsc pracy – uzasadnione zwłaszcza wówczas, gdy to ograniczenie można zrobić właściwie bez jakiegokolwiek zmniejszenia liczby udzielanych świadczeń. A tak właśnie jest w obecnym systemie ochrony zdrowia. Niestety jest to działanie długofalowe.

Prowadzi to do kolejnego ryzyka. Procesy transformacyjne są rozłożone na lata. W propozycji, która została przedstawiona wyjście transformowanego szpitala z zadłużenia następuje przez okres dziesięciu lat. Oznacza to konieczność utrzymania przyjętego kierunku przez okres co najmniej trzech kadencji parlamentu. Niekoniecznie oznacza to konieczność rządzenia przez trzy kadencje przez tę samą partię, czy koalicję – oznacza to natomiast bezwzględnie konieczność ponadpartyjnej zgody w sprawach kluczowych dla funkcjonowania państwa. A o to ostatnio bardzo trudno. Budowanie pozycji politycznej w oparciu o polaryzację społeczeństwa stanowi zagrożenie dla każdej reformy systemowej.

Odwrócenie piramidy świadczeń w ramach obecnych założeń zostało ograniczone do lecznictwa ambulatoryjnego i szpitalnego. Istotnie, we współczesnych czasach coraz więcej świadczeń może być udzielane bez konieczności pobytu, zwłaszcza długiego, w szpitalu. Odwrócenie piramidy świadczeń musi jednak objąć również podstawową opiekę zdrowotną. W tym zakresie padły jedynie mgliste zapowiedzi; tymczasem jest to warunek sukcesu. W obecnym stanie prawnym mamy do czynienia z

Phoca PDF

systemowym premiowaniem „przepychania" pacjenta na wyższe poziomy udzielania świadczeń – nawet pomimo ostatnio przeprowadzonych zmian dotyczących np. opieki koordynowanej. Lekarz POZ jest rozliczany stawką kapitacyjną – uzyskiwaną niezależnie od tego czy pacjent przyjdzie do niego, czy też nie; ambulatoryjna opieka specjalistyczna i lecznictwo szpitalne są z kolei rozliczane z udzielanych świadczeń. Temu pierwszemu opłaca się nie mieć zbyt wielu pacjentów; tym kolejnym – odwrotnie.

Odrębną kwestią jest dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze POZ zapewnili sobie ustalenie w rozporządzeniu bardzo dogodnych dla siebie godzin funkcjonowania – ma to mieć miejsce od poniedziałku do piątku (oczywiście z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy), w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00. Tak się zadziwiająco składa, że dla większości osób zatrudnionych pokrywa się to z ich własnymi godzinami pracy, a to z kolei skutecznie zmniejsza determinację do pójścia do lekarza w ramach profilaktyki. Z lżejszymi objawami chorobowymi też zwykle pacjent poczeka na koniec swojej pracy i dopiero wówczas będzie szukał porady. Nie u lekarza, do którego się zadeklarował – bo do niego nie zdąży; w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Kuriozalność takiej sytuacji widać już po prostym spojrzeniu na godziny. Zgodnie z powszechnie przyjętym zwyczajem noc zaczyna się o godzinie 22.00 i trwa do godziny 6.00; Kodeks Pracy za porę nocną przyjmuje 8 godzin wybranych z przedziału między 21.00 a 7.00. W odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej już godzina 18.00 jest godziną traktowaną jak noc.

Jest to bardzo dalekie od dawnych założeń funkcjonowania lekarza rodzinnego udzielającego porad o każdej porze dnia i nocy. Oczywiście jedna osoba nie byłaby w stanie tego zrealizować; wprowadzenie obowiązku funkcjonowania lekarzy POZ w ramach zespołów zapewniających dostęp do świadczeń 24h/7 dni; zespołów czy to powstających oddolnie, czy też w ramach wspólnego kontraktowania lokalnego – chociażby przez powiaty. Dopiero wtedy udałoby się faktycznie odwrócić piramidę świadczeń.

Phoca PDF