

Czy kolejki mogą być krótsze?

Piotr Wróbel

Sieć szpitali nie jest remedium na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia. Konieczne są inne jeszcze zmiany organizacyjne w systemie i wzrost nakładów – wynika z dyskusji, jaką podczas XIII Forum Rynku Zdrowia prowadzili goście sesji „Za czym kolejka ta stoi? Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce”.



Zdjęcia: Paweł Pawłowski / Złotana studio

Zdaniem **Andrzeja Sośnierza**, wiceprzewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia, sieć szpitali nie rozwiąże problemu kolejek. – Jeśli zmniejsza się liczba miejsc dostępu pacjenta do systemu, to nie ma szans, żeby coś się zmieniło. Koncentracja świadczenia usług w ośrodkach powoduje, że trafi do nich więcej pacjentów i siłą rzeczy zwiększy się kolejka – ocenia.

Marek Balicki, dyrektor Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego Szpitala Wolskiego w Warszawie, członek



Andrzej Sośnierz, poseł, wiceprzewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia

Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, podziela tę opinię. – Wprowadzenie sieci szpitali nie zmienia na tyle warunków funkcjonowania systemu, żeby uległ skróceniu przeciętny czas oczekiwania pacjenta na świadczenia – uznał, odnosząc się do ryczałtowego mechanizmu finansowania. Jak tłumaczył, ryczałtowanie jest utrzymaniem zasady fee for service, „tylko w sposób mniej przejrzysty i nie wiadomo, jak będzie wpływać na zachowania poszczególnych uczestników systemu”.



Mariusz Wołosza, wiceprezes Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, dyrektor SPZOZ Szpital nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonía w Mysłowicach



Barbara Pepke, prezes Fundacji Gwiazda Nadziei



Andrzej Zawalski, ekspert ochrony zdrowia

SOR – czy zmaleje tłok?

Jak uważa **Dorota Gałczyńska-Zych**, dyrektor Szpitala Białńskiego im. ks. J. Popiełuszki SPZOZ w Warszawie, sieć szpitali nie ma wbudowanego mechanizmu zmniejszenia kolejek, tym bardziej że zarządzający będą musieli trzymać się budżetu. – Właściwie nie mamy danych, żeby podjąć tak odpowiedzialną zarządczą decyzję, jak wykonywanie świadczeń ponadlimitowych, bo tylko te mogłyby skrócić kolejki – mówi dyrektor.

Pytana o oczekiwane zmniejszenie kolejek na SOR mówiła: – Po 24 dniach w nowym systemie (wypowiedź z 24 października – red.) na SOR mamy rzeczywiście mniej pacjentów – o 40 dziennie na 200 przyjmowanych, ale w nocnej pomocy lekarskiej liczba pacjentów się zwiększyła. W prostym rachunku szpital nie wychodzi przy tym na swoje.

Jak przekonuje, kolejki do SOR nadal będą i „żadna sieć tego nie zmieni”, o ile nie będzie dobrze funkcjonowała specjalistyczna, POZ i opieka poszpitalna. – Podjęłam próbę dyskusji z lekarzami rodzinnymi o celowości skierowań do SOR – tych wypisanych zdawkowo, nieopartych żadnymi badaniami dodatkowymi. Kazuistyczne powybierałam, powysyłałam do tych lekarzy, których sprawa dotyczyła. Byłam zaskoczona, jak bardzo źle to zostało odebrane – mówi dyrektor, dodając, że ten przykład pokazuje, jak potrzebne jest znalezienie właściwych relacji pomiędzy lekarzem kierującym z POZ czy AOS a przyjmującym.

Zdaniem **Mariusza Wołosza**, wiceprezesa Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, dyrektora SPZOZ Szpital nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonía w Mysłowicach, trudno jeszcze dzisiaj

rozstrzygnąć, na ile wprowadzenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wpłynie na udrożnienie SOR, tym bardziej że kwoty płacone szpitalom już teraz, w części placówek wydają się niewystarczające. – Na etapie konsultacji społecznych mówiliśmy, że brakuje kadr, a poza tym skompletowanie załogi do nocnej opieki za tak małe kwoty będzie bardzo trudne. Dzięki determinacji dyrektorów zmiana ruszyła, ale odbywa się to kosztem finansów szpitali – ocenił.

Co zależy od dyrektorów

Jak podkreślił **Andrzej Jacyna**, p.o. prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, bezpośrednim celem stworzenia sieci



MAREK BALICKI,
dyrektor Wolskiego Centrum
Zdrowia Psychicznego,
były minister zdrowia:
– Mamy mniej
lekarzy i mniej pielęgniarek
niż jest w Holandii, a mimo
to przyjmują oni więcej
pacjentów, czyli ciężiej pracują.

szpitali nie miało być rozładowywanie kolejek. Przyznał jednak, że taki efekt jest też oczekiwany, choć o oceny będzie można pokusić się po pierwszym okresie rozliczeniowym. – Jeżeli skoncentrujemy i kadry, i środki finansowe, to myślę, że efekty będą lepsze – powiedział.

Zdaniem prezesa Jacyny, teza o znaczącym ograniczeniu dostępu do świadczeń na skutek wprowadzenia sieci szpitali „jest przesadzona”, bo zdecydowana większość świadczeniodawców, także prywatnych, trafiła do sieci, albo ich świadczenia zostały kupione w formie konkursów, albo otrzymali aneks przedłużający funkcjonowanie podmiotu do końca marca czy nawet czerwca przyszłego roku. By skrócić kolejki, potrzebny jest wzrost nakładów, bo m.in. ze względu na starzenie się społeczeństwa liczba świadczeń musi rosnąć.

– Już w maju skierowaliśmy dodatkowe środki finansowe i teraz realizujemy kolejną transzę dokupienia świadczeń tam, gdzie są duże kolejki, czyli w operacjach zaćmy i endoprotezoplastyce.



Dorota Gałczyńska-Zych,
dyrektor Szpitala Bielańskiego w Warszawie
Sieć szpitali nie ma wbudowanego mechanizmu zmniejszenia kolejek, tym bardziej że zarządzający będą musieli trzymać się budżetu. Po 24 dniach w nowym systemie na SOR mamy rzeczywiście mniej pacjentów – o 40 dziennie na 200 przyjmowanych, ale w nocnej pomocy lekarskiej liczba pacjentów się zwiększyła. W prostym rachunku szpital nie wychodzi przy tym na swoje.

764 mln zł zasilili dodatkowo rynek świadczeniodawców. Te środki z grubsza są równe wielkości kolejek pilnych – tłumaczył prezes Jacyna. Dodał, że wcześniej uruchomione zostało 2 mld 400 mln zł w ramach „ruchów cenowych i zwiększenia ilości kupowanych świadczeń”.

Andrzej Jacyna poczynił uwagę, że dobrze by się stało, gdyby dyrektorzy szpitali podjęli próbę przesunięcia świadczeń w kierunku tych ambulatoryjnych, ponieważ taka możliwość w sieci istnieje i tutaj jest szansa na skrócenie kolejek. – Do 1 października to urzędnik NFZ decydował, ile pieniędzy poszło w szpitalu np. na chirurgię,



a ile na internę. Teraz już tak nie będzie, to dyrektor podejmuje decyzję, gdzie przesuwa środki finansowe i w jaki sposób. Nie zganiam niczego na dyrektorów. Wskazuję, że ich rola znacząco wzrosła, a ich decyzje będą ważyć na efekcie finansowym szpitala i na tym, jak będzie zorganizowana opieka na rzecz populacji, którą szpital obsługuje – przekonywał.

Pacjenci nie są bez winy?

Zarządzający szpitalami wskazywali, że czas oczekiwania na świadczenia w pewnym stopniu zależy też od pacjentów. Dzieje się tak, gdy – informowani telefonicznie – odmawiają stawienia się m.in. na tak przecież oczekiwane wszczepienie endoprotezy – uznał dyrektor Wołosz. Powoływał się na autentyczne wypowiedzi pacjentów, z których wynikało np. że ktoś nie może przyjechać na planową operację „ze względu na przygotowania do świąt” lub dlatego, że „akurat są urodziny teściowej”.

– Zdarzają się sytuacje, gdy z tak błahych powodów stawienia się na operację odmawiają nam 2-3 osoby z rządu. To bardzo zaburza pracę oddziału. Może należałoby nieco zdyscyplinować pacjentów? – stawiał pytanie, sugerując wprowadzenie kaucji zwracanej, gdy pacjent pojawi się w szpitalu w ustalonym terminie.

Gdy pada pytanie o możliwość zmniejszania kolejek w oparciu o działania systemowe i organizacyjne, warto – na co wskazywali uczestnicy dyskusji – przyglądać się rozwiązaniom wprowadzonym w innych krajach. Na przykład w Danii – o czym mówiła **Marta Daszuta**, przedstawiciel Ambasady Królestwa Danii – skrócenie kolejek uzyskano dzięki oparciu systemu na lekarzach pierwszego kontaktu.

Uczyć się od innych

Jak wyjaśniała, lekarz rodzinny ma w Danii szerokie uprawnienia związane z diagnostyką i prowadzeniem pacjentów chorych przewlekłe. Pracę ułatwia też z informatyzowanie ochrony zdrowia pozwalające lekarzowi i pacjentowi na elektroniczny dostęp do historii choroby. Warto odnotować, że w tej chwili system ochrony zdrowia w Danii gwarantuje diagnozę i przyjęcie do szpitala w ciągu 30 dni. Jeśli to nie nastąpi, pacjent ma prawo do tzw.

ANDRZEJ JACYNA, p.o. prezesa NFZ:

– Do 1 października to urzędnik NFZ decydował, ile pieniędzy poszło w szpitalu, na przykład na chirurgię, a ile na internę. Teraz już tak nie będzie.



Marta Daszuta,
przedstawiciel Ambasady Królestwa Danii
Skrócenie kolejek uzyskano w Danii dzięki oparciu systemu na lekarzach pierwszego kontaktu. Mają szerokie uprawnienia związane z diagnostyką i prowadzeniem pacjentów chorych przewlekłe. Pracę ułatwia też z informatyzowanie ochrony zdrowia pozwalające lekarzowi i pacjentowi na elektroniczny dostęp do historii choroby. W tej chwili system ochrony zdrowia w Danii gwarantuje diagnozę i przyjęcie do szpitala w ciągu 30 dni.

swobodnego wyboru szpitala, w tym również prywatnego lub innego szpitala w Unii Europejskiej. – Z tym że Dania przeznaczona ponad 10% PKB na ochronę zdrowia – przyznała Marta Daszuta.

Jak się okazuje, także w Polsce można znaleźć obszary w ochronie zdrowia – choć nieliczne – gdzie pacjenci nie stoją w długich kolejkach. Tak jest często z dostępem do lekarza POZ, ale i – co zaskakujące – w jednym z lewowych programów zdrowotnych. – Dzięki spadkowi cen leków, ale i 3-krotnemu zwiększeniu nakładów w programie lekowym, pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C już niebawem będziemy leczyli na bieżąco – mówiła **Barbara Pepke**, prezes Fundacji Gwiazda Nadziei.

– W kraju doszliśmy już do takiego etapu w leczeniu WZW C, że pacjenci po wizycie w poradni wychodzą z lekami. Wyjątek stanowi tylko kilka województw, w których jest jeszcze zbyt mało takich ośrodków – zaznacza Barbara Pepke. Dodaje: – Brakuje nam jedynie dostępu do badań diagnostycznych. Eksperti i organizacje pacjenckie zabiegają, by badania sprawdzające, czy ktoś miał kontakt z wirusem, były dostępne u lekarzy pierwszego kontaktu.

Andrzej Sośnierz podkreślił, że reformując ochronę zdrowia, faktycznie warto przyglądać się rozwiązaniom w innych krajach, także tym dotyczącym kolejek. Przywołał przykład Czech, gdzie wprowadzono opłatę rejestracyjną w poradniach, długość kolejek spadła. – Tam jednak ów efekt

cofnął się, gdy samorządy zaczęły pokrywać pacjentom te symboliczne zresztą dopłaty. To dowodzi, że rząd wprowadzając reformy systemowe musi być zdeterminowany. Poza tym dla najbardziej potrzebnych zawsze można znaleźć system dofinansowania. W wielu wypadkach potrzebny jest też czas na sprawdzenie rozwiązań, a nie wycofywanie się z nich, jak było u nas np. z Kasami Chorych – mówił Sośnierz, dodając, że u polityków „każda reakcja gazetowa od razu powoduje panikę i odejście od słusznych i dobrych czasami rozwiązań”.

Potrzebny polityczny konsens

Andrzej Zawalski, ekspert ochrony zdrowia, przyznał, że „każda zmiana systemu jest trudna i na początku wszyscy zainteresowani zgłaszają pretensje”. Zastrzegł jednak, iż napór pacjentów, ale i rozwiązania systemowe generują kolejki. – Przegląd taryf powinien się odbywać co roku i co roku powinna być wydana książka, która uwzględni zmiany w programach lekowych, cenach materiałów. Dyrektorzy szpitali nie mogą być zaskakiwani zmianami, bo to utrudnia prowadzenie polityki, która ma skrócić kolejki, poprawić jakość opieki – podkreślał. Dodał jednak, że pewne zadania, skoro już doszło do zmian, też stoją przed szpitalami: – Trzeba przejrzeć system sprawozdawczości, przejrzeć charakterystykę swoich pacjentów i opracować plan działania – proponował.

Zdaniem Marka Balickiego, polski system ochrony zdrowia i tak jest zaskakująco produktywny, pomimo niskich nakładów na zdrowie. – Jeśli chodzi o liczbę przyjęć do szpitali czy liczbę wizyt lekarskich w stosunku do liczby mieszkańców, wypadamy lepiej niż Holandia – zauważył. Przypomniał, że Polska zajmuje 31. miejsce w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI), a Holandia pierwsze. – Mamy mniej lekarzy i mniej pielęgniarek niż jest w Holandii, a mimo to przyjmują oni więcej pacjentów, czyli ciężiej pracują, a i tak według indeksu kolejki mamy najdłuższe w Europie. To pokazuje, że w krótkim czasie można zwiększyć efektywność systemu – konstatował.

– Systemy opieki zdrowotnej w różnych krajach muszą cechować się trwałością – to przedsięwzięcia planowane na lata. Są modyfikowane, ale nie są przewracane do góry nogami – powiedział Andrzej Sośnierz, podsumowując debatę o kolejkach, wskazując na głębszą przyczynę problemu dostępu do świadczeń.

Jego zdaniem byłoby najkorzystniej, gdyby partie uzgodniły, że „budujemy konkretny system, że nie będziemy go kwestionować w kampanii wyborczej i wywracać do góry nogami, że co najwyżej będziemy się spierać o szczegóły, ale zasadnicze zręby systemu pozostaną stałe”. – Jeśli tego konsensusu nie będzie, nigdy nie zbudujemy w Polsce żadnego skutecznego i trwałego systemu – podsumował Andrzej Sośnierz. ■