

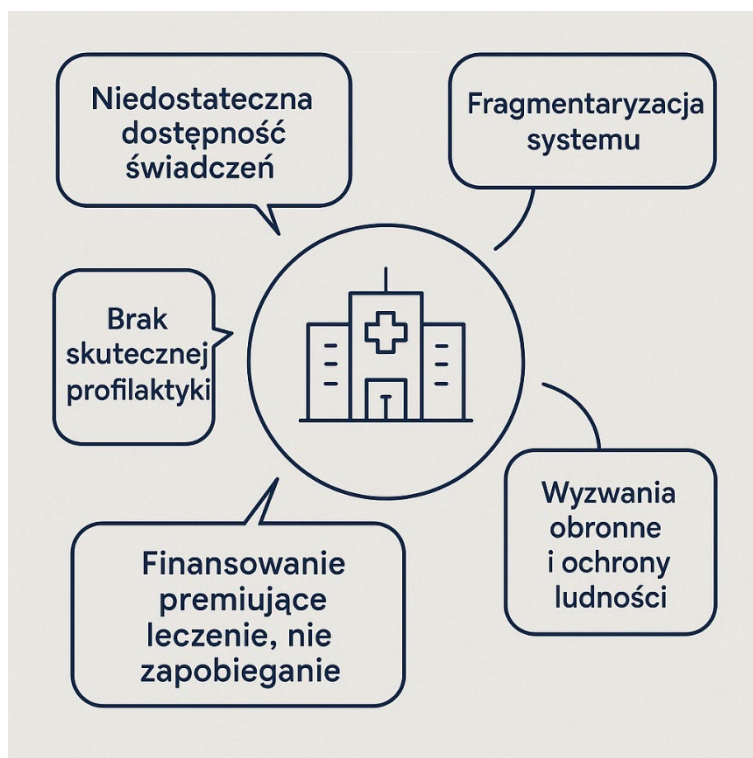
Szpital powiatowy jako lokalne centra zdrowia

Wprowadzenie

W 2020 r. Związek Powiatów Polskich oraz Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych przedstawili Ministrowi Zdrowia oraz Prezesowi NFZ założenia zmian mających na celu poprawę dostępności do świadczeń dla pacjentów, niwelację różnic w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenie roli profilaktyki zdrowotnej poprzez wykorzystanie potencjału szpitali powiatowych jako lokalnych centrów zdrowia.

Po pięciu latach od przedstawienia tej koncepcji publiczny system ochrony zdrowia boryka się nadal z tymi samymi problemami, a ponadto pojawiły się kolejne, związane chociażby z finansową zapaścią Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z większą niż kiedykolwiek po upadku Układu Warszawskiego, potrzebą zabezpieczenia myślenia o systemie ochrony zdrowia jako nieodzownego elementu systemu ochrony ludności i obronności Państwa.

Kolejne zmiany w prawie i warunkach finansowania świadczeń nie dość, że nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, to jeszcze prowadzą do dalszej fragmentaryzacji systemu, w którym pacjentowi coraz trudniej się znaleźć, zwiększając przy tym koszty jego funkcjonowania. Dużo mówi się o profilaktyce zdrowotnej i promocji zdrowia, chociaż system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zachęca do tego, aby nie zapobiegać, lecz dopiero leczyć chorobę. Dużo mówi się o odwracaniu piramidy świadczeń, ale żadna z dotychczasowych zmian nawet nie przybliżyła nas do tego celu. Obecny system z założenia premiuje wyniszczającą konkurencję o kontrakt z NFZ, co niekoniecznie jest równoznaczne z konkurowaniem o dobro pacjenta.



Dlaczego szpitale powiatowe?

Szpital powiatowy¹ już posiadają zaplecze lokalowe, sprzętowe i kadrowe do tego, aby pełnić w systemie ochrony zdrowia szerszą rolę, aniżeli tylko udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach szpitalnych.

Szpital powiatowy są stosunkowo blisko pacjenta i są w stanie wypełnić lukę w dostępie do świadczeń tam, gdzie faktycznie dostęp ten jest utrudniony (np. na terenach wiejskich, oddalonych od dużych ośrodków).

¹ Pojęcie „szpital powiatowy” używany jest w znaczeniu funkcjonalnym a nie właścicielskim. Szpitalem powiatowym może być zatem szpital należący do powiatu oraz szpital, który w ujęciu właścicielskim nie należy do powiatu ale pełni określoną rolę w systemie ochrony zdrowia na określonym terenie; ponadto pod tym pojęciem kryje się również konsorcjum szpitali powiatowych.

Szpital powiatowy, w ujęciu geograficznym, tworzą sieć, która z powodzeniem może być wykorzystana, bez konieczności inwestowania od podstaw w poszerzaniu zakresu świadczeń dla pacjentów.

W przypadku zdarzeń mających znamiona sytuacji kryzysowej to powiaty i ich organy zajmują się zarządzaniem kryzysowym i ochroną ludności. Nie jest możliwa realizacja zadań przewidzianych np. w ustawie o ochronie ludności i obronie cywilnej bez faktycznego dostępu do zasobów ochrony zdrowia.

139 miast znajduje się na liście miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze. Są to przede wszystkim miasta będące siedzibami powiatów/miast na prawach powiatu. Brak działań na rzecz zapewnienia faktycznej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej jest jednym z elementów, które tylko pogłębia problemy, z jakimi borykają się te miasta oraz powiązane z nimi obszary funkcjonalne.

Obecnie trwa dyskusja nad tym, czy szpitali nie jest za dużo, a jeżeli tak, czy i które powinny zostać zlikwidowane. Wszystkie „reformy” mające na celu naprawę finansów NFZ koncentrują się tylko na aspekcie szpitalnym, pomijając innych uczestników systemu (w tym przede wszystkim POZ i AOS) bez próby podjęcia się odpowiedzi na pytanie „Czy jest inna ścieżka?”.

Założenia

- Konsolidacja zasobów.
- Koncentracja usług.
- Kooperacja interesariuszy.
- Koordynacja opieki zdrowotnej.



Korzyści

- Lokalne centra zdrowia powinny być stałą usługą publiczną, gwarantującą bezpieczeństwo zdrowotne. Nie likwidujemy Straży Pożarnej czy Powiatowej Komendy Policji tylko dlatego, że w danym roku jest mniej pożarów albo mniej przestępstw. Podobnie powinno być ze zdrowiem.
- Efektywniejsze wydatkowanie środków publicznych, nie tylko w ochronie zdrowia. Taniej jest zapobiegać niż leczyć, taniej jest raz przeprowadzić diagnostykę pacjenta niż robić to wielokrotnie, taniej jest zapewnić usługę na odpowiednich warunkach w ramach AOS czy w warunkach domowych niż poprzez hospitalizację.
- Większe zadowolenie pacjentów oraz oszczędność czasu dla nich.
- Dostęp do zasobów kadrowych i organizacyjnych na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych.

Dlaczego lokalne centra zdrowia?



Bezpieczeństwo
zdrowotne



Oszczędność
i efektywność



Większe zadowolenie
pacjentów



Gotowość kryzysowa

Proponowane zadania w pakiecie, które mogłoby realizować powiatowe centrum zdrowia

- **Profilaktyka i promocja zdrowia w społeczności lokalnej** (obszar działania lokalnego centrum zdrowia, konsorcjum lokalnych centrów zdrowia).

Obecnie samorządy mają ograniczone możliwości działania w zakresie realizacji zadań z szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Nawet jeżeli takie zadania są realizowane, to często stanowią odpowiedź na potrzeby, które powinny być zaspokajane przez innych interesariuszy systemu ochrony zdrowia.

Położenie większego nacisku na promocję zdrowia i profilaktykę mogłoby przynieść wymierne korzyści finansowe dla systemu ochrony zdrowia oraz ograniczyć dublowanie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Problem w tym, że obecny mechanizm finansowania systemu ochrony zdrowia nie tylko nie zachęca do podejmowania przez szpitale działań w obszarze profilaktyki, ale wręcz kara je za to, że szpital takie działania skutecznie by podejmował. Dzieje się tak, ponieważ szpital jest rozliczany za leczenie już chorych pacjentów.

Pozostali interesariusze również mają ograniczony interes w podejmowaniu działań w określonym zakresie. W przypadku POZ, co do zasady, system finansowania zachęca do tego, żeby mieć jak największą liczbę potencjalnych pacjentów, a z drugiej strony, aby pacjenci ci niekoniecznie korzystali ze świadczeń opieki zdrowotnej w POZ (efekt finansowania w formie ryczałtu za pacjenta na liście aktywnej)².

- **Podstawowe oddziały szpitalne** (oddział chorób wewnętrznych, chirurgia ogólna planowa, oddział pediatriczny, ginekologia i położnictwo – przy liczbie porodów nie mniejszej niż ustalony przez Ministra Zdrowia wskaźnik jakościowy, z założeniem możliwości jego obniżenia, z uwagi na warunki geograficzne – albo izby porodowe, chirurgia jednego dnia, laboratorium diagnostyczne).
- **Opieka długoterminowa**, w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach domowych, a także usługi dla seniorów.

Opieka długoterminowa będzie miała coraz większe znaczenie w kolejnych latach. Konieczne jest wprowadzenie systemu, który zapewni płynne przechodzenie mieszkańców pomiędzy instytucjami

² Problemy tego nie rozwiązują sporadycznie pojawiające się rozwiązania prawne mające na celu zwiększenie roli lekarzy POZ np. przyznawanie współczynników za zgłaszalność kobiet i mężczyzn na wybrane badania profilaktyczne, zwłaszcza że rozwiązania te nie wiążą uzyskania dodatkowego bonusu finansowego z faktyczną aktywnością danego lekarza/przychodni POZ.

zapewniającymi pomoc dla osób wymagających takiego wsparcia – np. z oddziału szpitalnego do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, z ZOL do Domu Pomocy Społecznej albo do środowiska domowego, z zapewnieniem wsparcia na poziomie lokalnym. Rozwój nowych technologii daje możliwości rozwoju usług teleopieki nad osobami wymagającymi wsparcia, a które nie wymagają hospitalizacji lub zapewnienia całodobowej opieki stacjonarnej.

Tutaj konieczna byłaby zmiana modelu finansowania zadań pomocy społecznej, tak aby o dostępie do danej usługi nie decydował mechanizm i źródło finansowania, lecz rzeczywiste potrzeby danej osoby.

- **POZ i część AOS** (powiązanie POZ i AOS z lokalnym centrum zdrowia na podstawie umowy cywilnoprawnej lub prowadzenie działalności bezpośrednio przez lokalne centrum zdrowia).

Jak już wskazano wyżej, w obecnym systemie POZ finansowana jest za gotowość, a nie za zaspokajanie określonych i zdefiniowanych potrzeb społeczności lokalnej. Narodowy płatnik nie posiada instrumentów prawnych i finansowych do tego, aby właściwie wykorzystać potencjał opieki zdrowotnej na poziomie podstawowym, a POZ nie ma praktycznie żadnej motywacji, aby widzieć szerzej swoją rolę w systemie.

Z uwagi na oddalenie POZ od płatnika, nie działa również mechanizm tzw. kontroli społecznej. Konsekwencje takiego stanu rzeczy ponoszą wszyscy – i pacjenci, i inni uczestnicy systemu (przerzucenie diagnostyki pacjenta na lecznictwo szpitalne, duża liczba pacjentów na SOR-ach, szpitalnych izbach przyjęć oraz w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej).

Proponowana zmiana sprowadza się do zmiany płatnika na lokalne centrum zdrowia (bliżej obywatela), oraz powiązaniu POZ z innymi zadaniami z zakresu zdrowia realizowanymi na poziomie lokalnym (zwłaszcza profilaktyką).

System powinien być poszerzony o część usług realizowanych obecnie przez AOS, tak aby pacjent miał zapewnione, jak najbliżej miejsca zamieszkania, zabezpieczenie najczęściej poszukiwanych przez niego świadczeń.

- **Koordinacja leczenia pacjentów** w lokalnym centrum zdrowia oraz w innych ośrodkach (opiekun pacjenta przy współpracy z POZ).

Obecnie nie istnieje system, który w intuicyjny sposób pomagałby pacjentowi w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia. Rozwiązania takie wprowadzane są punktowo w niektórych rodzajach świadczeń (np. w onkologii) i nie są powiązane z innymi elementami systemu. Opieka koordynowana w ramach POZ również nie spełnia oczekiwań pacjentów – po pierwsze z uwagi na brak powszechności, co rodzi pytania o to, czy system zapewnia równy dostęp do świadczeń, po drugie z powodu tego, że liczba ścieżek w ramach opieki koordynowanej jest ograniczona, i nie wszystkie podmioty POZ wdrożyły wszystkie ścieżki.

- **Opieka psychologiczna i psychiatryczna środowiskowa** – koordynacja na linii systemów ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej oraz prowadzenie (lub współpraca z istniejącym) centrum zdrowia psychicznego.

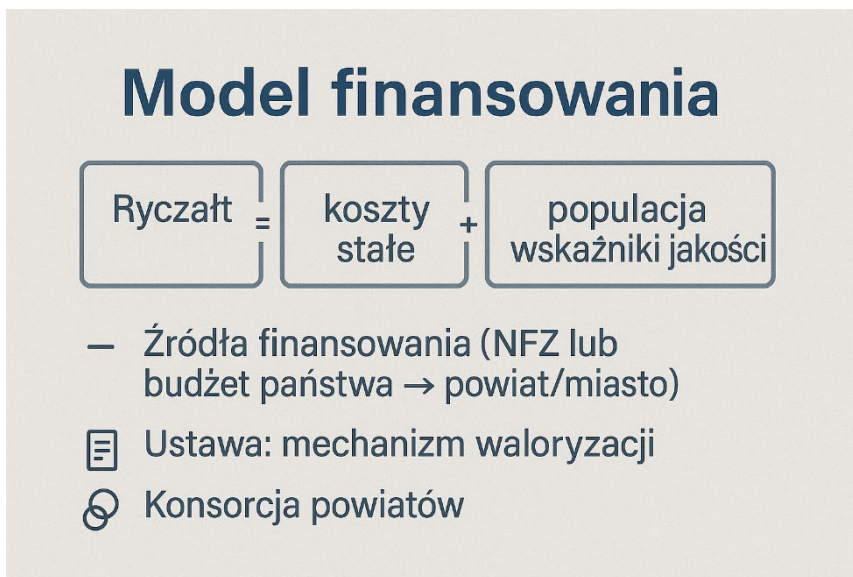
Obecnie trudno mówić o koordynacji realizacji zadań związanych z zapewnieniem dobrej kondycji psychofizycznej mieszkańców na poziomie lokalnym. Na tym poziomie istnieje szereg podmiotów (działających niestety resortowo), które realizują zadania związane z szeroko rozumianym zdrowiem psychicznym mieszkańców – poradnie psychologiczno-pedagogiczne, PCPR-y, ośrodki interwencji kryzysowej, zakłady leczenia odwykowego. Nie ma instytucji, która wypełniałaby lukę pomiędzy pomocą psychologiczną, a pomocą psychiatryczną, oraz zapewniała płynne przechodzenie pacjentów pomiędzy systemem pomocy społecznej/edukacji/wsparcia rodziny, a systemem ochrony zdrowia.

- **Koordinacja współpracy z innymi podmiotami** na obszarze działania lokalnego centrum zdrowia w zakresie jego działania (domy pomocy społecznej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki interwencji kryzysowej, instytucje przeciwdziałania przemocy domowej, centra usług społecznych, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, placówki wsparcia dziennego, jednostki systemu pieczy zastępczej, państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni).

- Pozostawanie w gotowości do pełnienia funkcji podmiotu ochrony ludności lub do działania na potrzeby obronne Państwa.

Finansowanie lokalnych centrów zdrowia

- Finansowanie w formie ryczału za pakiet: wysokość ryczału zależałaby od poziomu kosztów stałych + liczby i struktury populacji objętej opieką + wybranych wskaźników jakości.
- Finansowanie poprzez NFZ, ewentualnie w formie dotacji z budżetu państwa kierowanej do powiatów/miast na prawach powiatu jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej.
- Wprowadzenie ustawowego mechanizmu waloryzacji wysokości ryczału.
- Wprowadzenie zachęt do tworzenia konsorcjów/łączenia się szpitali powiatowych, które obsługiwałyby populację obejmującą więcej niż jeden powiat.



Usługi kontraktowane odrębnie

- Ratownictwo medyczne.
- Pozostałe oddziały szpitalne.
- Rehabilitacja lecznicza.
- Opieka paliatywna i hospicyjna.
- Pilotáže.
- Zlecanie dodatkowych zadań w przypadku wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych.