

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Marian Zembala

Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze



Nikt dzisiaj nie ma wątpliwości, że rozpoczęcie w Polsce w roku 1999 reformy w ochronie zdrowia, pomimo wielu krytycznych głosów, a nawet lamentu, było główną siłą sprawczą, która zapoczątkowała dynamiczny rozwój całej polskiej medycyny, z kardiologią, a zwłaszcza kardiologią inwazyjną włącznie. Zniknął system budżetowy,

który oznaczał nijakość, często bylejakość – bez względu na to, czy szpital był aktywny i przyjmował 100 chorych dziennie czy jednego, otrzymywał takie same środki finansowe. Oczywiście, środki te nie pozwalały na rozwój szpitala i poprawę jakości świadczeń, sprzyjały jednak zamieraniu aktywności oddziałów po godz. 14.00, utrzymaniu sztucznych kolejek, brakowi analizy medyczno-ekonomicznej wyników leczenia. Tak było w Polsce, Rosji, Czechosłowacji, na Kubie...

Na szczęście dla leczonych i leczących wybraliśmy zmiany. Okazało się, że w Polsce można szybko stworzyć bardziej sprawny sektor opieki podstawowej i specjalistycznej. Liczba szpitali szybko rosła. Poprawił się w nich nie tylko standard leczenia i wygląd, ale znacząco wzrosły zarobki personelu leczącego – lekarskiego i pielęgniarskiego, a także administracyjnego. W Regionalnych Kasach Chorych, a później w Narodowym Funduszu Zdrowia ujawnili się prawdziwi i oczekiwani przez nas eksperci, we współpracy z którymi rozwijał się i poprawiał system.

Mimo to zabrakło nam wyobraźni i wiedzy ekonomicznej i nie zdołaliśmy we właściwym czasie przesunąć, jak zrobili to Irlandia i Wielka Brytania, sztywnych regulacji unijnego czasu pracy. Kosztowało nas to fale strajków, a najbardziej poszkodowanym kolejnym razem okazał się chory. Nowa sytuacja wymusiła jednak otwarcie na nowe, mało znane w Polsce rozwiązania, takie jak: partnerstwo publiczno-prawne na przejrzystych i korzystnych dla szpitala zasadach, kontraktowanie z indywidualnymi świadczeniodawcami, z uwzględnieniem w wartości zawieranego kontraktu wiedzy, doświadczenia, talentu, pracowitości i dyspozycyjności danego pracownika.

Dyrektorzy szpitali otrzymali nowe możliwości medyczne, prawne i ekonomiczne pozyskiwania najlepszych pracowników, ale także dużo większej dbałości o jakość leczenia i jego koszty. Chorzy otrzymali gwarancję większej odpowiedzialności za przebieg leczenia, i to w wykonaniu najlepszych, najbardziej doświadczonych lekarzy. Otworzyła się wreszcie dość hermetyczna dotąd bariera wy-

boru i zatrudnienia młodych, utalentowanych lekarzy i naukowców, aby nie musieli w poszukiwaniu chleba i nauki uciekać za granicę.

Każda reforma, także realizowana w ochronie zdrowia, jest procesem rozwojowym, który musi uwzględniać realia medyczne, ekonomiczne, demograficzne, epidemiologiczne i inne, które istnieją w danym czasie i w danym miejscu. Ze względu na to, że w przeszłości wybory często należały do polityków, nie byliśmy wolni od zawirowań, a nawet niszczących huraganów, jak ten, który zniszczył Regionalne Kasy Chorych, zastępując je nazbyt scentralizowanym, jednym i jedynym funduszem.

Przed nami ważne i oczekiwane kolejne etapy reformy w ochronie zdrowia. Jednym z nich jest wprowadzenie z dniem 1 lipca 2008 r. finansowania świadczeń według jednorodnych grup pacjentów. Dzięki bliskim kontaktom z naszymi kolegami i koleżankami z zagranicy nie powinien być dla nikogo zaskoczeniem. Oni od dawna, w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, pracują z podobnym systemem rozliczania (DRG) na co dzień. Wymaga to jednak od nas, leczących, a nie tylko od dyrektorów szpitali, dużo więcej pracy, aby rzeczywiście szpital, oddział i zespół leczący stali się beneficjentami tego systemu, który, przynajmniej, znacznie bardziej obiektywnie identyfikuje, jakich chorych rzeczywiście leczymy, z jakimi obciążeniami, współistniejącymi chorobami. Dlatego tak wielką wagę przywiązujemy do wprowadzania poprawek, uwag, nowych realnych danych kosztowych do tworzącego się (zbyt pośpiesznie) katalogu świadczeń NFZ; wszystko po to, aby urealnić koszty ponoszone przez szpital na leczenie określonego chorego. Wtedy bardziej merytoryczna będzie dyskusja nad sprawnością i rzetelnością publicznego i niepublicznego szpitala, łatwiej będzie można udokumentować, dlaczego w niektórych szpitalach „podobny chory” jest hospitalizowany tylko 1–2 dni, a w innych 6 dni i dłużej i co o tym decyduje – stan chorego, rodzaj choroby, koszty leczenia czy zarobek szpitala.

Dziękując dr. Adamowi Koziarkiewiczowi, wybitnemu polskiemu ekspertowi w dziedzinie ochrony zdrowia, za przyjęcie mojego zaproszenia do napisania artykułu do działu *Nasze forum – kardiologdy i kardiochirurgdy razem*, oczekuję od Państwa zdecydowanego włączenia się w nieco spowolniały i nadal dość płytki nurt reformy w polskiej ochronie zdrowia.

Trzeba to zrobić, aby nie odpaść od innych, lepszych, w szybko pędzącej już wspólnej Europie.