

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE – DROGA DO LEPSZEJ JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI SYSTEMU

(SYNTEZA)

**INSTYTUT OBYWATELSKI
2021**

Autorzy analizy:

Krzysztof Galbas
Grzegorz Oszkinis
Przemysław Pater

Konkluzje:

Jacek Liberski

1. JAK BYŁO WCZORAJ I JAK JEST DZISIAJ

Od 30 lat partie w czasie kampanii wyborczych prezentują projekty naprawy opieki zdrowotnej i nie się nie zmienia. Nie potrafią wdrożyć zmian. Doszły do ściany. Wszystkie popełniają ten sam błąd – wyborca jest dla nich ważniejszy od pacjenta, rządzenie jest najważniejsze.

- Większość dyrektorów placówek medycznych i pracowników ochrony zdrowia akceptuje pionowe metody zarządzania. Mają one wielowiekową tradycję, mocno zakorzenioną w naszej kulturze. W ochronie zdrowia są jednak nieskuteczne.
- „Służby zdrowia” od 1989 roku nie ma, ale model ochrony zdrowia, pomimo wprowadzonych zmian, funkcjonuje na starych zasadach z czasów PRL.
- Brak wykwalifikowanych menedżerów w ochronie zdrowia, z praktyką w nowoczesnych modelach zarządzania, w szczególności w placówkach publicznych, stał się (poza niedofinansowaniem) jedną z najważniejszych przyczyn jej słabości i zadłużania placówek. Jest to szczególnie dobrze widoczne w wielu szpitalach powiatowych.
- Pomimo istniejących różnic, prawie wszystkie podmioty świadczące usługi medyczne zajmują w tym modelu podobną pozycję – dostosowują się i starają się na swój sposób przetrwać pomimo zmian, na które nie mają wpływu. Dlatego, na ogół, nie współpracują ze sobą w procesie leczenia pacjentów, a inne podmioty traktują jak konkurentów. Najważniejszy cel to uzyskanie jak najlepszego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- Podmioty działające w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie współpracują ze sobą, o czym najlepiej wie pacjent, który ze skierowaniem w rękę sam musi znaleźć placówkę, w której będzie mógł kontynuować leczenie. Sam też musi określić swoją „ścieżkę leczenia”, po której będzie się poruszał między placówkami, wyręczając w tym ułomny system.

2. CO PROPONUJEMY ZROBIĆ (ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE)

Zacznijmy od kwestii fundamentalnej, czyli całkowitego odwrócenia filozofii myślenia o opiece zdrowotnej – i nie chodzi tu jedynie o wymazanie z pamięci pojęcia służby zdrowia. Tą fundamentalną zmianą jest to mianowicie, aby pracownikom medycznym najpierw pokazać kompleksowy plan naprawy, a następnie w drodze licznych konsultacji przekonać ich do tego, by uznali ów plan za własny i go wdrożyli. To jest clou całego projektu. Jeśli tego nie zrozumiemy, powielać będziemy jedynie wszystko to, co próbowano robić przez lata (nakazywano zmiany).

Mitycznego „gamechangera” nie trzeba szukać daleko. Może nim być zmiana stylu uprawniania polityki. Ze stylu narzucającego: „my wiemy, jak was uszczęśliwić, bo jesteśmy najmądrzejsi”, przejść trzeba do stylu partnerskiego: „mamy plan, ale zrealizować go chcemy wspólnie z wami, nie obok was”.

- Sprawnie działający system opieki zdrowotnej mogą zbudować podmioty, które go tworzą, i ludzie, którzy w nim pracują. Trzeba je i ich do tego przekonać, a następnie wesprzeć w działaniu. Rola różnych podmiotów w systemie ma być jasno określona i zrozumiała dla pacjentów.
- W nowym ujęciu definicja i rola systemu opieki zdrowotnej jest czytelna. System tworzą wyłącznie placówki zajmujące się szeroko pojętym leczeniem, które muszą współpracować ze sobą, żeby leczenie było kompleksowe. Bez tej współpracy system jest tylko zbiorem niezależnych podmiotów medycznych, pomiędzy którymi błąkają się pacjenci.

- Zmiany systemowe muszą być projektowane, a następnie wdrażane w ścisłej współpracy z liderami branż medycznych. W ten sposób można zacząć budowanie **SAMORZĄDOWEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.**

Lekarze rodzinni – fundament systemu

Żeby wprowadzić zmiany, trzeba współpracować z lekarzami rodzinnymi:

- zadbać o edukację lekarzy rodzinnych, dzięki której będą sprawnie funkcjonować w relacjach ze specjalistami i szpitalami. Lekarze w trakcie specjalizacji powinni odbywać obowiązkowe staże w szpitalach i poradniach specjalistycznych;
- odciążyć lekarzy rodzinnych od obowiązków administracyjnych. Zapewnią to zatrudnieni przez nich i sfinansowani z dodatkowych środków koordynatorzy medyczni. Zakres obowiązków tych nowych pracowników ustalony zostanie we współpracy z lekarzami rodzinnymi;
- wyposażyć poradnie lekarzy rodzinnych w darmowe oprogramowanie, które umożliwi stały kontakt z lekarzami pracującymi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i oddziałami szpitalnymi w procesie leczenia pacjenta. Zapewnić szkolenie personelu – ten postulat dotyczy wszystkich podmiotów medycznych.

Lekarze specjaliści – partnerzy lekarzy rodzinnych w leczeniu pacjentów

Lekarze specjaliści na ogół nie przejęli istniejących wcześniej poradni, utworzyli własne. W efekcie powstało bardzo dużo, często niewielkich, traktujących się wzajemnie na zasadach konkurencji, nie współpracujących ze sobą podmiotów, które tak funkcjonują już od około 30 lat. Uniemożliwiło to utworzenie organizacji przedstawicielskiej i znacznie ograniczyło możliwości inwestycyjne, a więc ich rozwój. Żeby zapewnić tym placówkom przetrwanie i rozwój, warto:

- zrezygnować z kontraktowania przez NFZ specjalistycznych usług medycznych przez podmioty specjalistyczne (ambulatoryjna opieka specjalistyczna);

- umożliwić podpisywanie umów na świadczenie usług pomiędzy poradniami specjalistycznymi i poradniami lekarzy rodzinnych;
- zorganizować mechanizm płatności za wykonane usługi specjalistyczne (podstawą będzie wykaz usług, każda potwierdzona przez lekarza rodzinnego, płatnikiem pozostanie NFZ);
- znieść limity na usługi specjalistyczne;
- znacząco poszerzyć zakres obowiązków poradni specjalistycznych, zwłaszcza zabiegowych, i w ten sposób odciążać szpitale. Wymagać to będzie zaktualizowania wykazu usług specjalistycznych, które będą mogły być realizowane w warunkach gabinetu zabiegowego. Wymaga to współpracy ze środowiskiem lekarzy specjalistów lecznictwa otwartego i zamkniętego;
- uaktualnić wyceny świadczeń medycznych, tak by zbliżyć je do cen rynkowych (obecnie NFZ wycenia konsultację medyczną na około 35 złotych, w gabinecie prywatnym pacjent płaci około 150 złotych).

Szpitale powiatowe – wspólne wyzwanie dla samorządu i lokalnych podmiotów medycznych

Utrzymująca się od wielu lat trudna, czasami wręcz dramatyczna, sytuacja wielu szpitali powiatowych jest powszechnie znana. Trudno znaleźć lepsze przykłady skutków niedofinansowania i złego zarządzania. Dlatego pozostawienie zarządzania szpitalami powiatowymi starostwom tylko utrwali ten stan rzeczy. Odpowiedzialność za funkcjonowanie tych placówek powinna spoczywać na wybieranych w jednomandatowych okręgach wyborczych burmistrzach miast i lokalnych podmiotach medycznych. Umożliwi to tworzenie indywidualnych, dostosowanych do potrzeb konkretnych powiatów projektów. Jednych i drugich trzeba będzie do podjęcia takiego wyzwania przekonać, a potem udzielić im wsparcia. Powołany z inicjatywy polityków zespół, składający się z ekspertów zajmujących się zarządzaniem podmiotami medycznymi, reprezentantów branż medycznych (ważna rola konsultantów wojewódzkich) i przedstawicieli instytucji finansowych dysponujących odpowiednimi narzędziami finansowymi, może stać się źródłem realnego wsparcia dla takich inicjatyw. Alternatywą jest tylko nieskuteczne odgórne zarządzanie.

Szpitala wojewódzkie, specjalistyczne i kliniki uniwersyteckie

Szpitala kliniczne – łączące działalność leczniczą z dydaktyczną i naukową – pełnią istotną rolę w systemie ochrony zdrowia. Są kluczowym elementem zdrowotnego zabezpieczenia obywateli: wykonują ponad 25 proc. usług medycznych w Polsce, w tym aż 75 proc. usług wysokospecjalistycznych. Szpitala kliniczne są kosztowniejsze w utrzymaniu niż niekliniczne, bo **poza działalnością leczniczą na ich terenie prowadzone są badania i działalność naukowa, m.in. kosztowne szkolenie studentów**. Droższy jest zazwyczaj także – z uwagi na posiadane, wysokie kwalifikacje – lekarz zatrudniony w szpitalu klinicznym, więc wykonywane przez niego zabiegi czy badania także kosztują szpital więcej. Jednak płatnik, czyli NFZ, tych różnic nie uwzględnia, płacąc za poszczególne świadczenia taką samą kwotę, jak w szpitalu nieklinicznym. **Różnicę powinna pokrywać uczelnia, m.in. tytułem udostępniania jednostek szpitala na zajęcia dydaktyczne i badawcze, tak by umowa z uczelnią medyczną nie generowała strat dla szpitala. Tak się jednak nie dzieje, ponieważ uczelnia medyczna nie otrzymuje odpowiednich środków z Ministerstwa Zdrowia, któremu podlega.**

3. FINANSOWANIE SYSTEMU – KWESTIA WAŻNA, ALE WCALE NIE NAJWAŻNIEJSZA

Remedium na fatalnie funkcjonującą ochronę zdrowia nie jest wyłącznie pompowanie tu nieograniczonych środków budżetowych. Jesteśmy za podniesieniem nakładów na ochronę zdrowia (docelowo do 7 proc. PKB), ale środki te nie mogą pochodzić z podwyższonych podatków czy składek, a z oszczędności i przesunięć budżetowych.

Koalicja Obywatelska w swoich założeniach programowych wskaże na konieczność zwiększenia finansowania systemu ochrony zdrowia do 7 proc. PKB (docelowo). Należy jednak zwrócić uwagę na dwa ważne zagadnienia:

- jesteśmy przeciwni temu, aby wzrost tych nakładów brał się z podwyższonych, już i tak wysokich, składek zdrowotnych obciążających wynagrodzenia. Ten wzrost brać się powinien z przesunięć i oszczędności budżetowych;
- kwestia wzrostu nakładów na ochronę zdrowia wcale nie jest kwestią najważniejszą. Dużo ważniejsze jest to, aby środki te były wydawane racjonalnie.

Wieloletnie niedofinansowanie ochrony zdrowia to fakt znany wszystkim Polakom. Poziom dofinansowania to łatwy temat do dyskusji. Może trzeba 6,2 proc. PKB, a może 7 proc. PKB? Trudniej odpowiedzieć na pytanie, jakie są obecnie rzeczywiste koszty leczenia ponoszone przez placówki. Rząd, a w jego imieniu Minister Zdrowia, podjął wyzwanie i rozporządzeniem z dnia 19 listopada 2020 roku wprowadził nakaz liczenia kosztów we wszystkich podmiotach leczniczych, poza tymi, które zajmują się wyłącznie medycyną rodzinną, i tymi, które prowadzą uproszczoną księgowość. Wszystkie placówki otrzymały w formie elektronicznej dokumenty informujące o wspólnych, obowiązujących wszystkich zasadach naliczania tych kosztów. Rozporządzenie weszło w życie 1 stycznia 2021 roku. Co to oznacza w praktyce?

- Wprowadzenie rozporządzeniem rozwiązań do placówek nieposiadających odpowiednich struktur, wykwalifikowanych kadr i finansów na ich realizację. Pracodawca musi z własnych środków ponieść duże koszty osobowe wdrożenia zaleceń. Rząd nie wziął na siebie tej odpowiedzialności. Po prostu zrzucił ją na pracowników placówek medycznych. To typowe w strukturach zarządzanych centralnie.
- Dyskryminację podmiotów, poprzez nierówne obarczanie obowiązkami przy braku wsparcia finansowego. Projekt dotyczy wyłącznie podmiotów prowadzących pełną księgowość, a przecież rodzaj prowadzonej księgowości i forma prawna podmiotu nie są wyznacznikami skali prowadzonej działalności medycznej.
- Dokumenty, które instruuje o tym, jak zrealizować zalecenia rozporządzenia (do końca listopada 2020 roku nie było żadnych szkoleń ani instrukcji), zostały przygotowane bez wcześniejszych szerokich konsultacji z przedstawicielami podmiotów medycznych. To typowe w strukturach zarządzanych w sposób nakazowo-rozdzielczy.
- Placówki nie otrzymały wspólnego dla wszystkich systemu informatycznego. Każda musi sobie kupić lub stworzyć taki system. To duże wyzwanie finansowe i organizacyjne dla małych podmiotów.
- Pomoc Ministerstwa Zdrowia sprowadza się do pospiesznych szkoleń nieprzygotowanego personelu i księgowości na kilka tygodni przed wejściem w życie rozporządzenia. Taki tryb wdrażania rozwiązań, w krótkim czasie, w całym modelu ochrony zdrowia, bez programu testowego na wybranych podmiotach, niesie olbrzymie ryzyko otrzymania nieoczekiwanych rezultatów, z porażką projektu łącznie.

Niektóre zalecenia niepotrzebnie komplikują pracę placówek. Część z nich wymienia dyrektor administracyjny w jednej z placówek:

- „Harmonogramy przyjęć lekarzy – to się zmienia i wymaga stałej pracy sprawozdawczej. Placówce niepotrzebne. Nie zajmujemy się tym, czy właściwie leczymy, tylko tym, czy lekarz ma odpowiednią liczbę godzin w harmonogramie. Gwarantuję, że zdjęcie tego obowiązku nie wpłynęłoby w żadnym stopniu na wykonanie kontraktu. Te godziny to fikcja bardzo kosztowna biurokratycznie.

- Kolejki oczekujących – codziennie aktualizujemy kolejkę, pomimo tego, że terminy przyjęcia są wyznaczone na pół roku naprzód. Kolejna czasochłonna bzdura, pomimo postępu w automatycznym liczeniu danych z systemu (oczywiście za nasze pieniądze). Po co codziennie sprawozdawać, jeśli terminy wizyt przypadają za pół roku? Przecież jutro się nic nie zmieni. Minister miał potrzebę danych, to wykonają to pracownicy na samym dole drabiny.
- Urlopy lekarzy – po co sprawozdawać? Przecież i tak musimy poinformować pacjentów. Czy w jakimś ministerstwie, czy placówce rządowej sprawozdaje się urlopy pracowników?
- Wykonanie roczne endoprotez. Kilka dni na załatwienie podpisu konsultanta, który sprawdza wykonanie w systemie, do którego my wprowadzamy dane, i podbija świstek – po co – nie wiem, przecież te dane są w systemie i to przez nas wprowadzone.
- Podział pacjentów na zabiegowych i zachowawczych z przyznanymi limitami. Dodatkowa praca rejestracji, lekarzy. Rozliczenie miesięczne wykonania w placówce – koszmar”.

Sposób wprowadzenia rozporządzenia, typowy dla gospodarki centralnie sterowanej, da typowy dla niej efekt. Placówki dostosują się, żeby przetrwać. Nie są realnie zainteresowane wsparciem ministra, ponieważ nie zostały potraktowane podmiotowo. Wyliczenie chociażby przybliżonej tylko kwoty, będącej sumą kosztów leczenia ponoszonych przez placówki medyczne oznacza uzyskanie podstawowej, niezbędnej informacji potrzebnej nie tylko w procesie podejmowania decyzji dotyczącej zwiększenia finansowania ochrony zdrowia. Równie istotne jest uzyskanie informacji na temat zasadności wycen usług medycznych stosowanych przez NFZ. Można to przeprowadzić (choć to bardzo trudne zadanie) stosując metody zarządzania typowe dla gospodarki rynkowej. Zaprosić do współpracy reprezentatywną grupę podmiotów medycznych, reprezentujących poszczególne branże medyczne, zaopatrzyć tak wybranych partnerów w niezbędne, jednakowe dla wszystkich, wspólnie z nimi stworzone narzędzia informatyczne i sfinansować koszty przeprowadzenia tego procesu w terminie wspólnie uzgodnionym. Po uzyskaniu tych danych będzie możliwa konstruktywna dyskusja o finansowaniu systemu.

4. KONKLUZJE

Przypomnijmy raz jeszcze tezę najważniejszą:

Zacząć trzeba od zmiany stylu uprawiania polityki, od stylu nakazującego przejść należy do stylu partnerskiego. System opieki zdrowotnej mogą zbudować wyłącznie podmioty, które go tworzą, i ludzie, którzy w nim pracują. Trzeba je i ich do tego przekonać, a następnie wesprzeć w działaniu. Rola różnych podmiotów w systemie ma być jasno określona i zrozumiała dla pacjentów. Realizacja tego zadania to największe wyzwanie, jakie stoi przed politykami, samorządami i ekspertami, którzy się tego podejmą. Celem jest zbudowanie samorządowego systemu ochrony zdrowia.

Cele, do których należy dążyć, to:

- dostosowanie metod zarządzania w ochronie zdrowia do opartego na zasadach rynkowych modelu, który sami stworzyliśmy w 1989 roku; odrzucenie w całości metody nakazowo-rozdzielczej na rzecz współpracy ze środowiskiem menedżerskim ochrony zdrowia;
- zdefiniowanie – w sposób zrozumiały dla środowiska medycznego i wspólnie z nim – pojęcia systemu opieki zdrowotnej, określenie roli tego systemu w procesie leczenia pacjentów, a następnie przekonanie do tego obywateli;
- zmiana roli instytucji państwowych (MZ, NFZ, sanepid) z nakazowo-kontrolnej na partnerską i wspierającą oraz przekonanie do tej zmiany pracowników tych instytucji;

- wprowadzanie wszystkich niezbędnych zmian w ścisłej, partnerskiej współpracy władz samorządowych z przedstawicielami branż medycznych, którzy wspólnie będą musieli ponieść ciężar tych zmian; zapewnienie wsparcia rządu i instytucji finansowych w realizacji reform;
- zaproponowanie, a następnie zrealizowanie i sfinansowanie wspólnie z partnerskimi podmiotami medycznymi projektu testowego liczenia kosztów procedur medycznych i podjęcie merytorycznej dyskusji na temat niezbędnego dofinansowania systemu opieki zdrowotnej;
- wyposażenie poradni lekarzy rodzinnych w niezbędną infrastrukturę informatyczną, darmowe oprogramowanie, które umożliwi stały kontakt ze specjalistami leczenia otwartego i oddziałów szpitalnych w procesie leczenia pacjentów;
- zapewnienie szkolenia personelu – postulat ten dotyczy wszystkich podmiotów medycznych;
- w porozumieniu z władzami samorządowymi wyremontowanie budynków, w których funkcjonują placówki, aby dostosować je do współczesnych wymogów, także związanych z pandemią – postulat ten także dotyczy wszystkich podmiotów medycznych.

Wymienione tutaj deklaracje to swoisty plan działania. Jednak powinniśmy pamiętać o najważniejszym celu tego opracowania. Jest nim ugruntowanie w świadomości polityków diametralnej zmiany w podejściu do reformy systemu ochrony zdrowia. Tym opracowaniem jedynie wskazujemy rozwiązania, niczego nie narzucamy. Pragniemy, aby politycy sobie te rozwiązania przyswoili, polubili je i przekonali ludzi (wyborców i tych, z którymi przyjdzie im te zmiany wprowadzać) do tego, aby je zaakceptowali i, co najważniejsze, poparli. Zmiany należy zacząć wprowadzać od samych polityków, by potem kierować je do pozostałych. Analiza ta ma wskazywać właśnie nowe podejście do polityki. Nie chodzi o to, żeby narzucać rozwiązania, ale o to, by szukać ich wspólnie z tymi, na których barki spadnie obowiązek realizacji zmian.

Przed Polską stoi wyzwanie być może większe niż 30 lat temu – budowa całkowicie nowego państwa, które do III RP mieć będzie jedynie symboliczne odniesienie, w sferze myślenia o państwie, czy o polityce w ogóle, musimy spotkać się w zupełnie innym miejscu.

Reforma systemu ochrony zdrowia to bardzo ważny element, ale pamiętajmy o tym, że nie jedyny.

Autorzy analizy:

Krzysztof Galbas

Dr nauk medycznych. Chirurg, flebolog. Ponad 30 lat doświadczenia, prezes prywatnych podmiotów medycznych.

Grzegorz Oszkinis

Prof. dr hab. nauk medycznych. Chirurg naczyniowy. Ordynator Kliniki Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Opolu.

Przemysław Pater

Mgr zarządzania. Dyrektor administracyjno-finansowy prywatnego podmiotu medycznego.

Jacek Liberski

Inżynier zarządzania. Felietonista, bloger. Współpracował z „Liberte!” i „Na Temat”. Obecnie współpracuje z Instytutem Obywatelskim. Przedsiębiorca.