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

INSTYTUT OBYWATELSKI
2021

Autorzy analizy:
Krzysztof Galbas
Grzegorz Oszkinis
Przemysław Pater

Konkluzje:
Jacek Liberski

@instytut.obywatelski @instytut.obywatelski @instytut.obywatelski

1. JAK BYŁO WCZORAJ I JAK JEST DZISIAJ

Celem niniejszego opracowania jest nie tylko wskazanie niezbędnych rozwiązań koniecznych do wdrożenia reformy systemu ochrony zdrowia, ale także uświadomienie nam wszystkim, że budowa nowego państwa musi zacząć się od diametralnej zmiany myślenia o tym, czym to państwo w istocie powinno być, kogo powinno reprezentować i jakie zadania wobec obywateli ma realizować. Tą analizą postaramy się to wyjaśnić.

> ***Od 30 lat partie w czasie kampanii wyborczych prezentują projekty naprawy opieki zdrowotnej i nic 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.***

Przemiany ustrojowe w Polsce po roku 1989 umożliwiły startowanie w wyborach parlamentarnych różnych partii politycznych, które prezentowały swoje programy wyborcze. Zapewnienie obywatelom wysokiej jakości ochrony zdrowia jako wyraz realizacji obowiązku państwa wobec obywateli było i jest jedną z podstawowych obietnic. Przekonanie wyborców do swojego programu, napisanego przez zaangażowanych w proces wyborczy „ekspertów", stało się ważniejsze od obiektywnych możliwości zrealizowania programowych obietnic. Ten mechanizm, być może trudny do zaakceptowania w latach 90. w „starych" demokracjach w Europie, w naszych warunkach nie był niczym niezwykłym. Przecież na tej zasadzie oparta była propaganda sukcesu w PRL. W rezultacie od początku lat 90. każdy kolejny, nowo utworzony rząd stara się przede wszystkim pokazać wyborcom swojej partii, że wdraża rozwiązania programowe, mając na uwadze utrzymanie ich poparcia, a nie zdobycie uznania pacjentów i pracowników placówek medycznych. Oczywiście równie ważne jest wykazanie nieudolności poprzedników, co skutecznie uniemożliwia zachowanie ciągłości władzy. Proces wdrażania rozwiązań programowych przebiegał zawsze i nadal przebiega według procedur nakazowo-rozdzielczych typowych dla gospodarki centralnie sterowanej. Liderzy partii politycznych wraz z czołowymi politykami, nierzadko wywodzącymi się ze środowiska lekarskiego, nadal powielają funkcjonujące w poprzedniej epoce doświadczenia. Po tylu latach obserwacji funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce można zaryzykować twierdzenie, że to taka nasza polska tradycja. W ochronie zdrowia rozwiązania charakterystyczne dla gospodarki rynkowej wprowadzamy przy pomocy metod typowych dla gospodarki centralnie zarządzanej. Model ochrony zdrowia stał się swego rodzaju polem eksperymentalnym dla kolejnych ekip rządowych, które implementują swoje,

oderwane od realiów funkcjonowania placówek medycznych, koncepcje. Oderwane od realiów, ponieważ tworzone bez udziału przedstawicieli branż medycznych, na które potem spada odpowiedzialność za realizację tych koncepcji. Sprowadzają się one najczęściej do rozwiązywania jednostkowych problemów (łatania dziur) bez wcześniejszej analizy wpływu tych decyzji na działalność całego modelu. Ważnym narzędziem w rękach polityków stał się Narodowy Fundusz Zdrowia, którego rola wykracza daleko poza funkcję płatnika, do której został powołany ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku. Opisany powyżej mechanizm zarządzania modelem ochrony zdrowia ma do dzisiaj decydujący wpływ na jego funkcjonowanie. Dlatego politycy nie powinni samodzielnie zarządzać ochroną zdrowia.

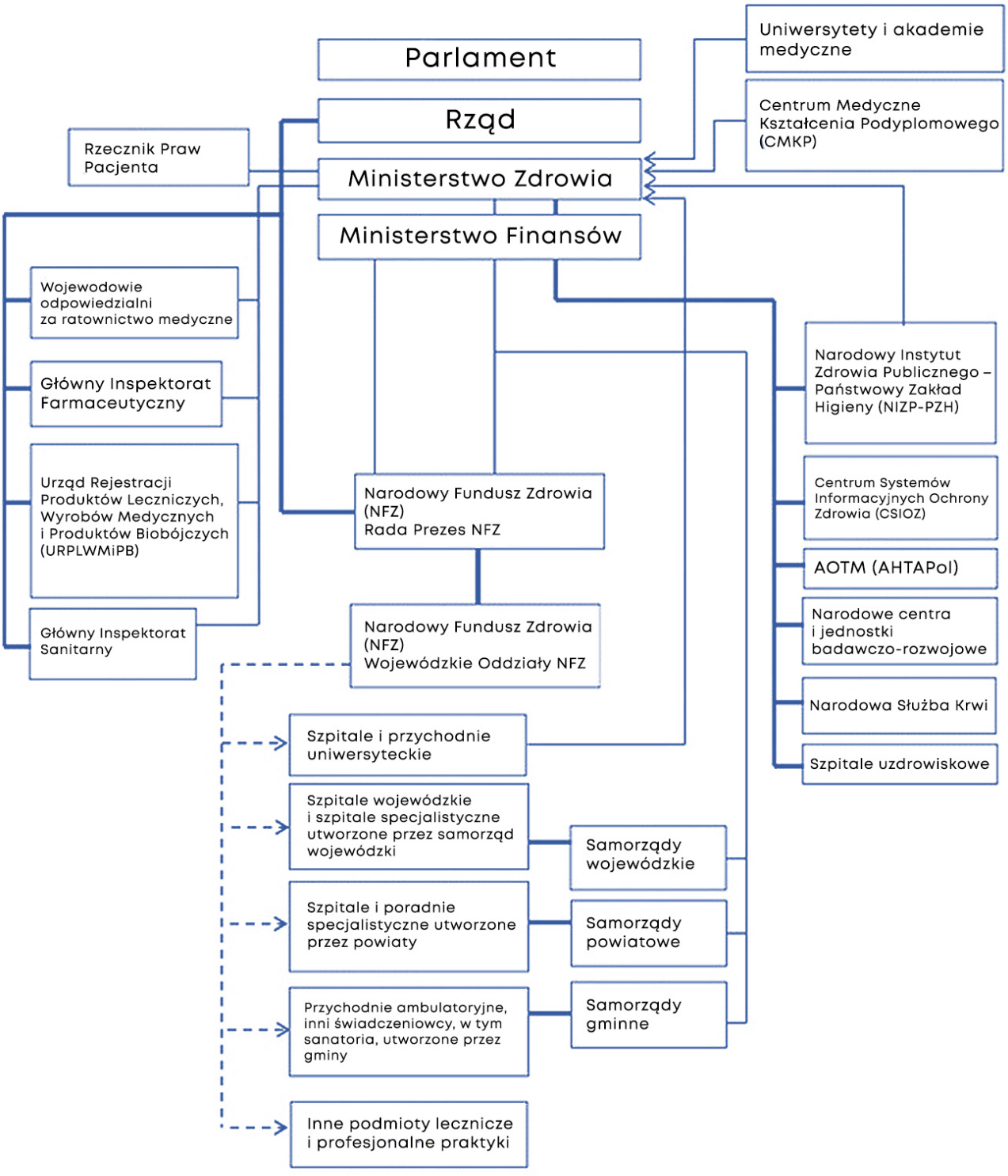
> ***Większość dyrektorów placówek medycznych i pracownicy ochrony zdrowia akceptują pionowe metody zarządzania. Mają one wielowiekową tradycję, mocno zakorzenioną w naszej kulturze. Jednak w ochronie zdrowia są one nieskuteczne.***

Pracownicy medyczni i dyrektorzy przyzwyczajeni do takiej formy zarządzania, nie znając innej, w większości zaakceptowali ją i powielają. Dyrektorzy rządzą „odgórnie", a pracownicy chcą „być rządzeni" przez kompetentnych szefów, sami nie angażują się w rozwiązywanie problemów swoich placówek i nie identyfikują się z nimi. Rezygnują ze swojej podmiotowości w zamian za bezpieczeństwo zatrudnienia, zgodnie z zasadą „folwarcznej zmowy społecznej" (Jacek Santorski [w:] *Reforma kulturowa 2020–2030–2040. Sukces wymaga zmian. Warsaw Innovation Days*, Krajowa Izba Gospodarcza, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2015). Istnieją oczywiście wyjątki, które tylko potwierdzają te reguły. Dzieje się tak dlatego, że pionowy model zarządzania ma w Polsce prawie 800 lat tradycji – wywodzi się z początków istnienia folwarków. Między innymi dlatego jesteśmy społeczeństwem o kulturze zachowawczej, a więc o bardzo ograniczonej zdolności do transgresji. Nie lubimy zmian i w większości nie jesteśmy innowacyjni. Tworzymy społeczność efektywnych jednostek i nieefektywnej wspólnoty. Cechuje nas patologiczny indywidualizm (tylko ja wiem, inni nie mają pojęcia). Te cechy zostały w nas umocnione w czasie zaborów, wojen i w PRL. Instytucje państwa w relacjach z obywatelami miały wtedy charakter opresyjny i trzeba się było do tego przystosować, żeby przetrwać. Polacy poradzili sobie z tym wyzwaniem. Nauczyliśmy się radzić sobie w życiu nie dzięki instytucjom państwa, ale mimo nich. Musieliśmy sobie radzić sami. Dlatego do dzisiaj wielu z nas żyje nie w państwie (chociaż w jego granicach), ale obok niego i jego opresyjnych instytucji. Wie o tym każdy dyrektor podmiotu medycznego, który przeszedł kontrolę sanepidu

lub Narodowego Funduszu Zdrowia, i każdy przedstawiciel branży medycznej, który był zmuszony współpracować z politykami z Ministerstwa Zdrowia. Ten mechanizm przetrwania w obliczu narzucanych reguł, na które nie ma się wpływu, funkcjonuje do dzisiaj i to on jest źródłem biernego oporu wobec odgórnych zarządzeń. Gruntowne zmiany modelu ochrony zdrowia muszą uwzględniać te cechy naszej kultury, ponieważ oznaczają wprowadzanie zmian o charakterze kulturowym. Biorąc to pod uwagę, w nowym modelu trzeba będzie umiejętnie połączyć bezpośrednie, indywidualne korzyści dla pracowników ochrony zdrowia (nie tylko materialne) z dobrem wspólnoty podmiotów medycznych. W przeciwnym razie każdy, nawet najlepszy projekt spotka się z biernym „oporem materii" i podzieli los swoich poprzedników.

Służby zdrowia od 1989 roku nie ma, ale model ochrony zdrowia, pomimo wprowadzonych zmian, funkcjonuje na starych zasadach z czasów PRL.

„Siemaszkowski" model ochrony zdrowia funkcjonujący w ZSRR od 1930 roku, a w PRL po II wojnie światowej, nazywany był „służbą zdrowia". Był finansowany z budżetu państwa i zarządzany centralnie. Procesowi zarządzania towarzyszyło ciągłe rozbudowywanie jego struktury – zjawisko typowe dla państw komunistycznych, podobnie jak nepotyzm i korupcja. W rezultacie powstał twór o takim stopniu złożoności, że już samo jego przedstawienie w formie schematu zniechęca do wprowadzania jakichkolwiek zmian. W dodatku przez ostatnie 30 lat nie ustalono jednoznacznie, jak zdefiniować obecny model. Dlatego poprzedni schemat nadal funkcjonuje w świadomości wielu ludzi, podobnie jak termin „służba zdrowia". Służby zdrowia już od 32 lat nie ma (jeśli nie liczyć kilku szpitali resortowych). Przedstawiony poniżej schemat systemu opieki zdrowotnej w okresie przemian odzwierciedla stary, „siemaszkowski" model myślenia o systemie. Najważniejszą pozycję zajmuje w nim centrala, czyli rząd, Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia – ich rolą jest rządzenie całością. Podmioty medyczne są na peryferiach, podporządkowane realizują odgórne zalecenia, których celem jest utrzymanie *status quo* przez rozwiązywanie bieżących problemów. Towarzyszy temu swoista urzędnicza nowomowa: nie ma leczenia – jest świadczenie usług medycznych i realizowanie procedur, nie ma lekarzy, poradni i szpitali – są świadczeniodawcy. Trzeba wrócić do prostego, zrozumiałego dla wszystkich języka (lekarz, leczenie, szpital, poradnia), a definicja obecnego modelu ochrony zdrowia wymaga uproszczenia i ujednolicenia. Pozwoli to jednoznacznie określić rolę systemu i instytucji, które mają wpływ na jego funkcjonowanie.


Parlament
Rząd
Ministerstwo Zdrowia
Ministerstwo Finansów
Rzecznik Praw Pacjenta
Uniwersytety i akademie medyczne
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP)
Wojewodowie odpowiedzialni za ratownictwo medyczne
Główny Inspektorat Farmaceutyczny
Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPLWMiPB)
Główny Inspektorat Sanitarny
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) Rada Prezes NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) Wojewódzkie Oddziały NFZ
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH)
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)
AOTM (AHTAPol)
Narodowe centra i jednostki badawczo-rozwojowe
Narodowa Służba Krwi
Szpitale uzdrowiskowe
Szpitale i przychodnie uniwersyteckie
Szpitale wojewódzkie i szpitale specjalistyczne utworzone przez samorząd wojewódzki
Samorządy wojewódzkie
Szpitale i poradnie specjalistyczne utworzone przez powiaty
Samorządy powiatowe
Przychodnie ambulatoryjne, inni świadczeniowcy, w tym sanatoria, utworzone przez gminy
Samorządy gminne
Inne podmioty lecznicze i profesjonalne praktyki
Bezpośrednie kompetencje zarządcze
Odpowiedzialność
Funcje nadzorcze
Stosunek zobowiązaniowy/umowny

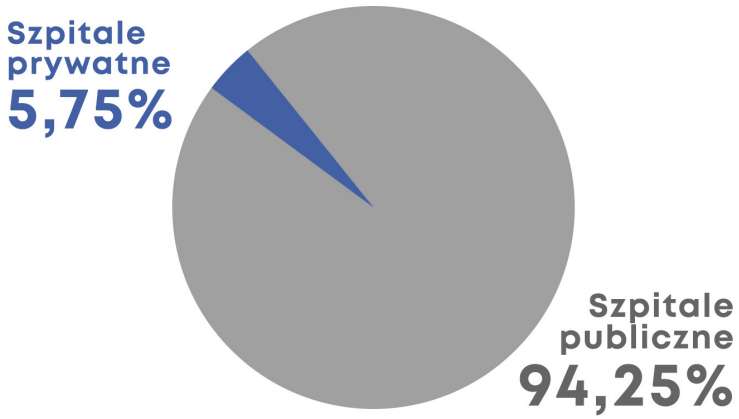
W nowym ujęciu definicja i rola systemu opieki zdrowotnej jest czytelna. System tworzą wyłącznie placówki zajmujące się leczeniem, które muszą współpracować ze sobą, żeby zapewnić pacjentom kompleksowe leczenie. Bez tej współpracy system jest tylko „pustym" zbiorem.

> ***Większość placówek medycznych walczy o przetrwanie. Instytucje państwa zrzucają na nie odpowiedzialność i obowiązki, nie zapewniając im wsparcia. Wymagają i dyscyplinują. Od dziesięcioleci.***

Zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń medycznych nie oznacza oczywiście równego dostępu podmiotów medycznych do środków publicznych. Dlatego reakcje na tę nierówność podmiotów publicznych i niepublicznych w nowych warunkach po 1989 roku przy istniejących podobieństwach były odmienne.

Teoretycznie niezależne prywatne podmioty medyczne zaakceptowały proponowany przez kolejne ekipy rządowe sposób zarządzania bez większych protestów, chociaż od samego początku były ku nim powody. Konkursy ofert organizowane przez NFZ, którym towarzyszyły tak zwane negocjacje, sprowadzały się *de facto* do poinformowania placówki medycznej o proponowanej przez NFZ ofercie. Placówka mogła tę ofertę przyjąć lub odrzucić. Po ogłoszeniu wyników konkursu od samego początku było jasne, że placówki publiczne były i są do dzisiaj w pozycji uprzywilejowanej. Dotyczy to w szczególności kontraktów szpitalnych, które pochłaniają prawie 50% rocznego budżetu NFZ. Hamujący wpływ na rozwój szpitali prywatnych jest tu oczywisty, ze szkodą dla ochrony zdrowia. Szefowie tych placówek, ponoszący całkowitą odpowiedzialność za ich funkcjonowanie (w przeciwieństwie do dyrektorów placówek publicznych), posiadają wiedzę o metodach zarządzania placówkami medycznymi, którą mogliby się podzielić i szkolić kadry menedżerskie, których brak jest niewątpliwie tak odczuwalny.

Udział szpitali prywatnych w budżecie NFZ



Wiceprezes Pracodawców RP Andrzej Mądrala podczas IV Kongresu Szpitali Prywatnych wskazywał na nierówności w przyznawaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktów i promowanie placówek publicznych – udział szpitali prywatnych w budżecie NFZ na leczenie szpitalne to zaledwie 5,75 proc.

Próby przeciwstawienia się tym sposobom zarządzania przez przedstawicieli placówek medycznych prowadzą na ogół do sytuacji konfliktowych, których istnienie dowodzi słabości modelu zarządzania nieopartego na dialogu, za który powinni odpowiadać rządzący, ci jednak nigdy tej odpowiedzialności na siebie nie wzięli. Odpowiedzialnością za konflikty zawsze obarczali środowisko medyczne, powołując się między innymi na służebną rolę lekarza, znaczenie przysięgi Hipokratesa i zbyt duże ich zdaniem przywiązanie środowisk medycznych do korzyści materialnych. Spotykało się to z pozytywnym odbiorem dużej części społeczeństwa, które do dzisiaj jest przekonane o istnieniu „służby zdrowia", pomimo że jej istnienie ogranicza się do kilku szpitali resortowych. Oczywiście przekonanie to wzmacniają politycy i podporządkowane im media.

W tej sytuacji placówki niepubliczne przyjęły prostą taktykę:

- dostosować się i przetrwać;
- na ile to możliwe – poprawiać jakość usług i inwestować.

Z kolei dyrektorzy placówek publicznych, mianowani zwykle przez polityków zwycięskiej ekipy, znali doskonale ten model zarządzania, a jeżeli znali inny, lepszy, nie byli w stanie go zastosować. Powielili więc ten jedyny. Tak samo funkcjonowali i często nadal tak funkcjonują również ich podwładni. Pionowy system zarządzania stał się standardem. Zarządzanie taką placówką zwykle sprowadzało się do przestrzegania kilku podstawowych zasad:

- Placówka ma świadczyć usługi medyczne.
- Na terenie placówki ma panować spokój społeczny.
- Placówka ma się nie zadłużać.
- Projekty finansowane z dotacji unijnych mają być realizowane bez stwarzania problemów.

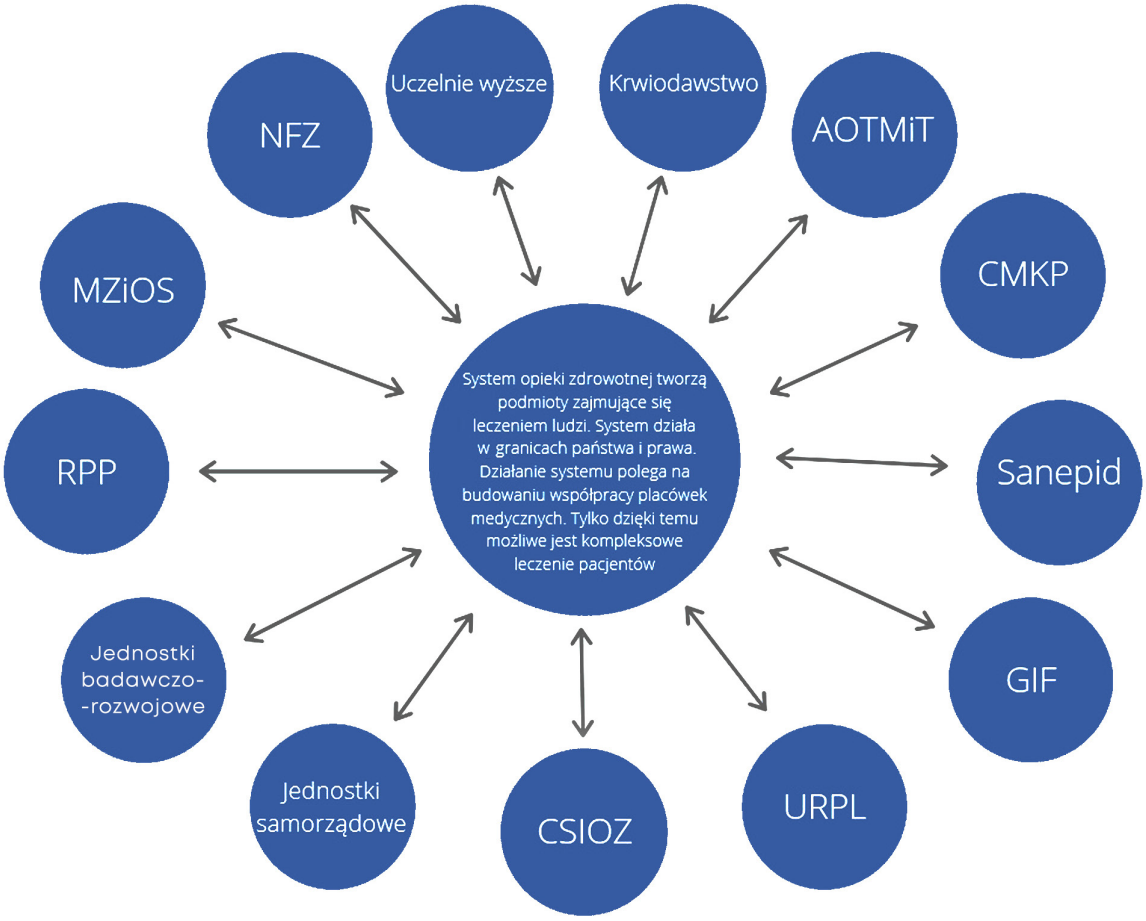
Brak wykwalifikowanych menedżerów w ochronie zdrowia, z praktyką w nowoczesnych modelach zarządzania, w szczególności w placówkach publicznych, stał się (poza niedofinansowaniem) jedną z najważniejszych przyczyn jej słabości i zadłużania się placówek. Jest to szczególnie dobrze widoczne w wielu szpitalach 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, dostosowując się do zmian, na które nie mają wpływu. Dlatego na ogół nie współpracują ze sobą w procesie leczenia pacjentów i inne podmioty traktują jak konkurentów. Najważniejszy cel to uzyskanie jak najlepszego kontraktu z NFZ. Tymczasem obecnie funkcjonujący model ochrony zdrowia, który można opisać jako zbiór niezależnych podmiotów medycznych, jest określany jako system. To oznacza, że z założenia elementy tego systemu powinny współpracować ze sobą na rzecz osiągnięcia celu, dla którego system ten powstał. W tym przypadku celem systemu jest kompleksowe leczenie pacjentów. Model ten nie spełnia tego warunku, o czym najlepiej wie pacjent, który ze skierowaniem w ręku sam musi poszukać sobie placówkę, gdzie będzie mógł się dalej leczyć. Sam też musi określić swoją „ścieżkę leczenia", po której będzie się poruszał pomiędzy placówkami, wyręczając w tym niefunkcjonujący system. Brak współpracy podmiotów medycznych w procesie leczenia pacjentów jest słabością naszej ochrony zdrowia. Bez tej współpracy nie powstanie system opieki zdrowotnej. Zamiast współpracować ze sobą w procesie leczenia pacjentów, placówki wykonują liczne prace analityczne na żądanie instytucji państwowych, które delegują w ten sposób swoje obowiązki i generują kolejne koszty. Część tych danych, co oczywiste, w warunkach centralnego planowania jest z praktycznego punktu widzenia zbędna i rodzi jedynie frustrację pracowników.

2. CO PROPONUJEMY ZROBIĆ (ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE)

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.

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, by leczenie było kompleksowe. Bez tej współpracy system jest tylko zbiorem niezależnych podmiotów medycznych, pomiędzy którymi błąkają się pacjenci. Zmienia się też rola instytucji, które miały i nadal mają decydujący wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Jest rzeczą oczywistą, że zbudowanie takiego systemu będzie wymagało wsparcia tych instytucji. Jednak zamiast zarządzania i kontroli, potrzebne będą pomoc i partnerstwo, także oparte na współpracy.



Zmiany systemowe muszą być tworzone, a następnie wdrażane w ścisłej współpracy z liderami branż medycznych, których zmiany będą dotyczyć. Od nich powinny zacząć się zmiany, realizowane wspólnie z władzami samorządowymi. Sytuacja podmiotów medycznych w różnych częściach kraju jest odmienna, dlatego pomoc dla placówek medycznych będzie musiała być opracowywana indywidualnie. Rola władz samorządowych jest tu oczywista, podobnie jak wsparcie dla tych władz ze strony rządu i instytucji finansowych. W ten sposób można rozpocząć budowanie

SAMORZĄDOWEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA.

To wspólne wyzwanie dla władz samorządowych i placówek medycznych, przy wsparciu rządu i instytucji finansowych.

Jeżeli założymy, że system tworzą współpracujące ze sobą w procesie kompleksowego leczenia placówki medyczne, spoiwem, które połączy te placówki, powinien być system informatyczny. Obecne na rynku systemy informatyczne (Kamsoft, CGM Clininet) funkcjonują na użytek takich instytucji, jak NFZ lub ZUS. Narzędzia, które oferują, takie jak e-recepta, e-skierowanie lub ZLA, chociaż ułatwiają pracę lekarzom, nie budują systemu. Dzieje się tak dlatego, że powstały na zamówienie tych instytucji, a nie środowiska medycznego. Przekonanie firm informatycznych do współpracy ze środowiskiem medycznym i stworzenie oprogramowania służącego temu środowisku w procesie kompleksowego leczenia pacjentów jest warunkiem niezbędnym zbudowania sprawnego systemu.

Lekarze rodzinni – fundament systemu

Poradnie lekarzy rodzinnych, obecnie nazywane poradniami podstawowej opieki zdrowotnej, w wielu przypadkach powstały na fundamencie funkcjonujących wcześniej poradni rejonowych, tworzących odrębne, niekomunikujące się ze sobą w procesie leczenia byty. Funkcjonowanie tych placówek było zorganizowane zgodnie z zasadami centralnego zarządzania. Kontynuowanie przestrzegania tych zasad w podmiotach, które w wyniku reformy pracujący tam pracownicy ochrony zdrowia przejęli, jest więc naturalne. Przez 30 lat nikt tego nie zmienił. Podjęta przez środowisko lekarzy rodzinnych oddolna próba utworzenia placówek zorganizowanych na zasadzie porozumienia pomiędzy lekarzem, pielęgniarką i położną, funkcjonujących w latach 1995–2002, nie uzyskała wsparcia ówczesnych władz po 2001 roku. Przeważyły stare, stosowane od dekad, złe metody zarządzania modelem ochrony zdrowia (m.in. w miejsce kas chorych powstał Narodowy Fundusz Zdrowia). Placówki te powieliły je, potęgując ich niekorzystny wpływ na system. Niewielka konkurencja między nimi ułatwiła proces tworzenia organizacji przedstawicielskich tych podmiotów. Największym z nich jest Porozumienie Zielonogórskie. Aktywność Porozumienia Zielonogórskiego nie koncentrowała się wyłącznie na relacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia. Lekarz rodzinny z biegiem lat stawał się pracownikiem podstawowej opieki zdrowotnej przytłoczonym zbyt wielką ilością obowiązków administracyjnych, a nie lekarzem wszystkich członków rodzin, którymi przede wszystkim powinien się opiekować. Coraz więcej pacjentów

zaczęło omijać lekarzy rodzinnych i szukać pomocy wprost u lekarzy specjalistów, oczekując od tych pierwszych tylko odpowiedniego skierowania. Kolejki do specjalistów zaczęły się wydłużać. Konieczność usystematyzowania relacji pomiędzy placówkami podstawowej opieki zdrowotnej a placówkami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (obecność nielicznych poradni AOS w strukturach placówek POZ nie ma tu większego znaczenia) w procesie kompleksowego leczenia pacjentów stała się palącym problemem już przed laty. Próbą rozwiązania tej sytuacji było stworzenie w 2016 roku, z inicjatywy Porozumienia Zielonogórskiego, koncepcji koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Ten obszerny dokument, którego podstawowym założeniem było zaproponowanie zbudowania modelu opieki zdrowotnej „skoncentrowanej na pacjentach, zachowującej ciągłość opieki zorientowanej na rezultaty i realizowanej przez przygotowane do tego podmioty lecznicze", do dziś nie doczekał się urzeczywistnienia w praktyce. Przekonanie polityków i menedżerów placówek medycznych do nowego, sprzecznego z naszą tradycją pionowego zarządzania, modelu organizacji systemu opieki zdrowotnej, opartego na budowaniu struktur poziomych, oznacza próbę wprowadzenia zmiany o charakterze kulturowym. Jak już zostało to zaznaczone, jesteśmy społeczeństwem o kulturze zachowawczej, dlatego wprowadzanie zmian jest bardzo trudne, wymaga bowiem współpracy i nie może być „odgórne". Przekonanie o konieczności obrania tej drogi przemian i braku alternatywy zaczyna być widoczne w środowisku lekarzy POZ. Tu jest podatny grunt dla reform. Żeby jednak wprowadzić zmiany, trzeba we współpracy z lekarzami rodzinnymi wdrożyć model praktyk lekarza rodzinnego, a więc:

- zadbać o edukację lekarzy rodzinnych, dzięki czemu będą oni 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 niezbędną infrastrukturę informatyczną, darmowe oprogramowanie, które umożliwi stały kontakt ze specjalistami lecznictwa otwartego i oddziałów szpitalnych w procesie leczenia pacjentów;

- zapewnić szkolenie personelu – ten postulat dotyczy wszystkich podmiotów medycznych;

- w porozumieniu z władzami samorządowymi wyremontować budynki, w których funkcjonują placówki, aby dostosować je do współczesnych wymogów, także związanych z pandemią – ten postulat także dotyczy wszystkich podmiotów medycznych.

Lekarze specjaliści – partnerzy lekarzy rodzinnych w leczeniu pacjentów

Lekarze specjaliści na ogół nie przejęli istniejących wcześniej poradni, lecz utworzyli własne. W efekcie powstało bardzo dużo, często niewielkich, nie współpracujących, ale konkurujących ze sobą podmiotów, które tak funkcjonują już od około 30 lat. Uniemożliwiło to utworzenie organizacji przedstawicielskiej i znacznie ograniczyło możliwości inwestycyjne, a więc też ich rozwój. Podmioty te starają się przetrwać, co najwyraźniej widać w zachodniej części Polski. Właściciele tych placówek staną wkrótce przed kolejnym wyzwaniem – problemem sukcesji. Aby zapewnić tym placówkom przetrwanie i rozwój, warto:

- zrezygnować z kontraktowania w Narodowym Funduszu Zdrowia 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, szczególnie zabiegowych, i w ten sposób odciążyć 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.

Szpitale wojewódzkie, specjalistyczne i kliniki uniwersyteckie

Trudności, z jakimi borykają się szpitale powiatowe, w formie zwielokrotnionej pojawiają się w dużych jednostkach. Przyczyny są takie same, jednak znaczenie ma efekt skali. Dlatego zarządzanie takimi placówkami jest trudniejsze, ponieważ wymaga budowania systemowych rozwiązań w samej placówce i w jej relacjach z otoczeniem. O ile budowanie rozwiązań systemowych na niższych piętrach organizacyjnych systemu (lekarze rodzinni, opieka specjalistyczna, szpitale powiatowe) jest łatwe do wyobrażenia, o tyle w dużych placówkach bez funkcjonujących już konkretnych

przykładów – to zadanie znacznie trudniejsze. Jeżeli nie uda się znaleźć przykładów w Polsce, trzeba poszukać ich za granicą i tam rozpocząć szkolenie nowych kadr menedżerskich. Ponieważ nasz model ochrony zdrowia oparty jest na rozwiązaniach typowych dla gospodarki rynkowej, szkolenie musi to uwzględniać. Podobnie jak w przypadku szpitali powiatowych, o funkcjonowaniu szpitali wojewódzkich powinien decydować samorząd (władze samorządowe).

Szpitale kliniczne – łączące działalność leczniczą z działalnością 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. Potencjał szpitali klinicznych powinien być w większym stopniu wykorzystany. Brakuje jednak rozwiązań opracowanych specjalnie dla szpitali klinicznych, które uwzględniałyby ich specyficzny charakter, wynikający z łączenia kilku równorzędnych funkcji: leczniczej, dydaktycznej i naukowej, oraz ich szczególną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

Szpitale kliniczne są kosztowniejsze w utrzymaniu niż szpitale niekliniczne, ponieważ poza działalnością leczniczą na ich terenie prowadzone są badania i działalność naukowa, w tym kosztowne szkolenie studentów. Zazwyczaj wyższy jest także koszt zatrudnienia lekarzy – z uwagi na posiadane przez nich wysokie kwalifikacje – więc wykonywane przez nich zabiegi czy badania także kosztują szpital więcej. Jednak płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, tych różnic nie uwzględnia, płacąc za poszczególne świadczenia taką samą kwotę, jak w szpitalu niekliniczym. Różnicę powinna pokrywać uczelnia, w zamian za udostępnianie jednostek szpitala na zajęcia dydaktyczne i badawcze, tak by umowa z uczelnią medyczną nie generowała strat dla szpitala. Tak się jednak nie dzieje, ponieważ uczelnie medyczne nie otrzymują odpowiednich środków z Ministerstwa Zdrowia, któremu podlegają.

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

Wieloletnie niedofinansowanie ochrony zdrowia to oczywista oczywistość. Poziom dofinansowania to często podejmowany w dyskusjach temat. Może trzeba 6,2 proc., a może 7 proc. PKB? Trudniej jednak odpowiedzieć na pytanie: jakie są obecnie rzeczywiste koszty leczenia ponoszone przez placówki? Rząd i 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. 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?

- Pracownicy administracji każdej takiej placówki mieli do końca roku bardzo dużo dodatkowej pracy. Pracodawca musi z własnych środków ponieść duże koszty osobowe wdrożenia tych procedur. Rząd nie wziął na siebie tej odpowiedzialności. Po prostu zrzucił ją na pracowników placówek medycznych. To typowe w strukturach zarządzanych centralnie.

- Dokumenty, które instruują o tym, jak zrealizować zalecenia rozporządzenia (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.

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. Pytanie o rzetelność tak zebranych danych trzeba zostawić bez komentarza.

Podany przykład pokazuje wyraźnie nieskuteczność zarządzania strukturą zbudowaną według reguł rynkowych metodami zaczerpniętymi z historii gospodarki centralnie sterowanej. Dobre chęci nie wystarczą.

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 o zwiększeniu finansowania ochrony zdrowia. Równie istotne jest uzyskanie informacji na temat zasadności wycen usług medycznych stosowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Można to przeprowadzić (chociaż to bardzo trudne zadanie), stosując metody zarządzania typowe dla gospodarki rynkowej. Należałoby zaprosić do współpracy 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

Dzisiejsze społeczeństwo polskie dzieli się nie tylko na dwa „plemiona" (lepszy i gorszy sort), ale także na głosujących i tych, którzy w wyborach nie chcą brać udziału. Powstaje oczywiste pytanie: dlaczego nie chcą? W debacie publicznej często odpowiedź jest spłycana do zbyt mocno uproszczonej tezy, że ta część wyborców nie dorosła do demokracji. Tymczasem to zbyt duże uproszczenie.

Może jest zupełnie inaczej? Może ci wyborcy, obywatele tego państwa przecież, do demokracji dorośli, ale zawiedli się na państwie? Może w ich mniemaniu państwo nie realizuje w ogóle ich oczekiwań? Zważywszy, że w przeważającej większości w tej grupie społecznej są także podatnicy to państwo utrzymujący. Zrozumienie tej, zdawałoby się oczywistej prawdy, jest naszym zdaniem kluczem do wyrwania Polski z rąk szkodliwej dla naszego państwa władzy. Liczymy, że politycy Platformy (Koalicji) Obywatelskiej zechcą pochylić się nad tym nie tylko dla samego przeczytania tej analizy. Zbudować na nowo w Polsce będzie trzeba w zasadzie wszystko – system ochrony zdrowia to tylko jedno z wyzwań.

Wracając do meritum, podsumujmy krótko, co trzeba zmienić.

Przypomnijmy raz jeszcze tezę najważniejszą:

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 lecznictwa 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.