



Wyzwania

na pierwsze sto dni nowego
szefa resortu

RAFAŁ JANISZEWSKI

Na ochronie zdrowia politycy zwykle tracą – można natomiast na otwarcie rządów postawić sobie takie zadania, których efekty po stu dniach będą mierzalne oraz widoczne, odczuwalne i satysfakcjonujące dla jak największej liczby pacjentów.

Sygnalizuję najpilniejsze z wyzwań na pierwsze sto dni rządu – są to sprawy, które będą determinowały sprawność naszego systemu ochrony zdrowia przez wiele kolejnych lat. Zacznę od tego, że kampania wyborcza jak zawsze była niekończącym się festiwalem niekoniecznie realnych obietnic, których składanie nie zawsze było odpowiedzialne – wszyscy

członkowie przyszłej koalicji zapowiadali przeszacowanie wartości świadczeń. Jest to bez wątpienia zmiana oczekiwana. Na ten krok czeka każdy dyrektor szpitala w tym kraju. Sęk w tym, że wielokrotnie to ćwiczyliśmy. Efekt? Budżetowe finansowanie ochrony zdrowia. Jestem zdania, że w celu ustabilizowania sytuacji podmiotów leczniczych nie należy z tej drogi zawracać przynajmniej przez kilka najbliższych lat.

Warto natomiast wykorzystać rozporządzenie w sprawie wspólnego formatu rachunku kosztów i poddać analizie dane ze wszystkich zobowiązanych do jego



Fot. istockphoto.com

prowadzenia podmiotów. W ten sposób nowy minister zdrowia odpowie sobie na fundamentalne pytanie, ile kosztuje utrzymanie istniejących struktur świadczeniodawców. Analizuję rachunki kosztów wielu placówek medycznych, a wnioski moje są takie, że poziom finansowania jest zbyt niski, ale równocześnie – w niektórych zakresach – nieracjonalny. Nie ulega wątpliwości, że zapewnienie budżetów powstrzymujących wzrost zadłużenia placówek ochrony zdrowia to duże wyzwanie. Równolegle należy pilnie rozpocząć pracę nad ustanowieniem standardów diagnostyczno-terapeutycznych. Kto miałby być za to odpowiedzialny? Konsultanci krajowi w poszczególnych dziedzinach medycyny. Koniecznie należy przywrócić ich rolę w systemie i to właśnie wytyczne, które będą oni rekomendować, uznać

należy za podstawę do określenia zadania publicznego, jakim jest ochrona zdrowia.

Nie bez znaczenia jest również reorganizacja i uniezależnienie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. AOTMiT nie może być dłużej narzędziem w rękach ministra zdrowia służącym mu do ograniczania dostępności do nowoczesnych, efektywnych kosztowo technologii.

Idźmy dalej. Biorąc pod uwagę stosunek wartości składki do spodziewanych faktycznych kosztów systemu, z pewnością należy mądrze i odważnie podejść do wprowadzenia ubezpieczeń dodatkowych.

Absolutnie nie mogą one różnicować pacjentów w dostępie do podstawowego zabezpieczenia świadczeń. Świętą zasadą naszego systemu było, jest i być



musi równe prawo do leczenia dla wszystkich obywateli bez względu na ich status ekonomiczny.

Tym, co ubezpieczenia dodatkowe powinny natomiast wnieść, jest wzmożenie współodpowiedzialności ubezpieczonych za własne zdrowie. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że chociażby pielęgnacyjno-opiekuńcze ubezpieczenie dodatkowe – które za niewysoką składkę zapewniałoby pakiet świadczeń zarówno opłacającemu je obywatelowi, jak i należącym do jego rodziny seniorom – cieszyłoby się w naszym starzejącym się społeczeństwie dużą popularnością. Z jednej strony pojawiłaby się zatem nowa grupa świadczeń, które w istotny sposób odciążą system zasadniczy, a z drugiej mielibyśmy wpływ pieniędzy do systemu ochrony zdrowia, bo tego on potrzebuje.

Po kilku latach stabilizacji oraz powstrzymania wzrostów zadłużenia byłby nareszcie czas na prawdziwą restrukturyzację szpitali, czyli dostosowanie zasobów do faktycznych potrzeb. Realizując to zadanie, można się będzie oczywiście oprzeć na informacjach zebranych od samorządów, tym samym zwiększając ich odpowiedzialność za zaspokojenie potrzeb populacji.

Uważam, że szpitale należy także oddłużyć, jednak pod warunkiem że będzie to skorelowane z restrukturyzacją. Niech państwo oddłuża szpitale mądrze, czyli stopniowo. Niech proces ten będzie ściśle uzależniony i powiązany z realizacją poszczególnych etapów restrukturyzacji.

Kolejnym wyzwaniem na cito dla nowego ministra zdrowia jest niedobór kadr medycznych. Z pewnością należy jak najszybciej wprowadzić do systemu wszelkie profesje medyczne, których przedstawiciele będą mogli wykonywać wiele czynności związanych z udzielaniem świadczeń: zarówno administracyjnych, jak i bezpośrednio przy pacjencie.

Bezwzględnie konieczne jest odciążenie medyków z czynności związanych z ewidencjonowaniem świadczeń, czyli dokumentacją. W placówkach medycznych funkcjonuje wiele systemów informatycznych, które w większości nie są prawidłowo wdrożone, są niefunkcjonalne, ich obsługa zajmuje mnóstwo czasu, co wyprowadziłoby z równowagi nawet świętego. A to tylko jedna – choć bardzo istotna, gdyż oznaczająca stratę

czasu oraz energii medyków – strona medalu. Druga to niebotyczny koszt utrzymania infrastruktury informatycznej, w tym bardzo drogiego oprogramowania. Skoro państwo wymaga od podmiotów leczniczych zasilania systemu informacji medycznej danymi i zależy mu, by dane te miały określony format, to wydaje się racjonalne, aby państwo – mając w rękach instytucje zajmujące się tymi systemami – stworzyło jedno wspólne repozytorium i zapewniło podmiotom leczniczym do niego dostęp. Skoro każdy duży bank potrafi za pośrednictwem internetu obsłużyć ogromną liczbę operacji wykonywanych przez klientów, nie wymagając od nich serwerów, sprzętu ani specjalnego oprogramowania, to systemowi informacji medycznej przyjdzie to z jeszcze większą łatwością. Byłoby z tego samo dobro, jeśli chodzi o dostępność i spójność danych, a jednocześnie nie zawaham się stwierdzić, że w całym kraju oszczędności lecznicze słyby w miliardy złotych. Dziś koszty te obciążają NFZ.

Kolejne wyzwania? Spójrzmy na to, jakie postawili sobie przedstawiciele partii, które mają utworzyć nowy rząd. Lewica – leki za 5 zł. Trzecia Droga – zwrot kosztów prywatnej porady, jeśli pacjent nie był w stanie uzyskać jej w systemie publicznym w ciągu 60 dni.

Czy nie jest to czasem takie samo rozdawnictwo, jakie uprawiali politycy Prawa i Sprawiedliwości, dając różnego rodzaju „plusy”? Owszem. Politykę lekową należy zreformować. Podejmowanie decyzji refundacyjnych trwa

zdecydowanie zbyt długo i niewielką pomocą okazały się takie narzędzia jak RDTL.

Przyśpieszenie decyzji to wyzwanie pilne, ale nie jedynie. Wiemy doskonale, jakie mają potrzeby szczególne grupy pacjentów, między innymi seniorzy, o których tak wielu mówiło w tej kampanii tak wiele. Zaoferowanie im bezpłatnych leków to tylko slogan. Zadaniem dla nowego ministra jest dostosowanie oferty publicznego systemu do faktycznych potrzeb zdrowotnych seniorów.

Zapewnienie leków musi być skorelowane z polityką zdrowotną państwa. Wszak refundacja jest narzędziem do jej realizacji. Koncepcja zwrotu za poradę prywatną jest pójściem w odwrotną stronę. Już dziś słyszę głosy, że jeśli takie prawo zostanie uchwalone, to nie ma żadnego problemu, aby w lecznicach wydłużyć kolejki. Już dziś lekarz w poradni ma dla pacjenta zbyt mało czasu. Może należałoby pójść w stronę premiowania

„ Sygnalizuję najpilniejsze z wyzwań na pierwsze sto dni rządu – są to sprawy, które będą determinowały sprawność naszego systemu ochrony zdrowia przez wiele kolejnych lat ”

tych, którzy kolejkę skracają? Tych, u których średni czas oczekiwania spełnia określoną normę?

Mówiąc o grupach szczególnych, uważam, że regulacja dotycząca bezlimitowego finansowania świadczeń dla dzieci jest dobra, jednak – biorąc pod uwagę sezonowość zachorowań u najmłodszych pacjentów – należy wprowadzić instrument finansowy stabilizujący utrzymanie zasobów w pediatrii. Powinno to zostać oparte na rachunku kosztów z uwzględnieniem standaryzacji, czyli odniesieniem do grupy i poziomu kosztów kwalifikowanych jako składowe dla danego zakresu.

W grupach szczególnych niezwykle pilne do uchwalenia są zmiany w przepisach, na które czekają osoby z niepełnosprawnością, w tym zdefiniowane grupy dzieci z nieuleczalnymi chorobami. Wielokrotnie poruszałem temat komisji orzekających – które uprzykrzają życie chorym, wzywając ich bez potrzeby do stawiennictwa – jednak sprawa jest ważna również w odniesieniu do stworzenia świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Wsparcie opiekunów dzieci z nieuleczalnymi chorobami musi być skonstruowane zarówno z instrumentami polityki zdrowotnej, jak i społeczno-socjalnymi. Bez wątpienia działania te są nie tylko społecznie pożądane i oczekiwane, a także dobrze będą świadczyły o etycznych walorach członków nowego rządu, ale prawdą jest również, że to się po prostu systemowi ochrony zdrowia opłaca.

Uporządkowania wymaga także refundacja zaopatrzenia w wyroby medyczne. Od lat mierzone się ze zbudowaniem systematyki tych produktów. To trudne, ponieważ zróżnicowanie technologiczne oraz wskazania są bardzo skomplikowane. Co więcej, często ciężko jest pogodzić interesy podmiotów za nie odpowiedzialnych. Ale czy właśnie te interesy musimy pogodzić w pierwszej kolejności? Może warto rozważyć umiejscowienie wyrobów w określonych świadczeniach?

Nie będę długo rozwodził się na temat kształcenia kadr medycznych, bo to „oczywista oczywistość”, że z jednej strony istotne jest, aby zapewniać odpowiednią liczbę miejsc na uczelniach medycznych, ale z drugiej, by zawód ten był atrakcyjny zarówno pod względem warunków pracy – mam na myśli zasoby i organizację – jak i zarobków. Polityka państwa doprowadziła do patologicznej sytuacji, w której tzw. lekarzom kontraktowym, którzy zarabiają bardzo dużo – co okupione jest pracą ponad siły oraz często ryzykiem – nie opłaca się pracować na oddziale w dzień. To prosta kalkulacja: wystarczy wziąć kilka wysoko płatnych dyżurów, by zarobić jak na etacie. Nie godzę się z tym, że lekarz na kontrakcie pracuje de facto tak jak na umowie o pracę – ma przecież służbową podległość, korzysta z systemów informatycznych miejsca pracy, podlega regulaminom i procedurom – ale pozbawiony jest jakichkolwiek praw pracowniczych. Patowa sytuacja, z którą przyjdzie się zmierzyć nowemu ministrowi, nie wynika jedynie z tego, że mamy zbyt

” Szpitale należy oddłużyć, jednak pod warunkiem że będzie to skorelowane z restrukturyzacją. Niech państwo oddłuża szpitale mądrze, czyli stopniowo. Niech proces ten będzie ściśle uzależniony i powiązany z realizacją poszczególnych etapów restrukturyzacji ”

mało lekarzy, lecz z tego, że zatrudnionym na podstawie umowy o pracę płacimy za mało. A w efekcie, per saldo, wydajemy na pensje medyków większe pieniądze. Generalną zasadą w racjonalnie zarządzanym systemie ochrony zdrowia powinno być to, że lekarze pracują na etatach. Na wspomniane warunki pracy medyka składa się także – co pragnę wyraźnie podkreślić i o co się upominam – jego bezpieczeństwo. Odpowiedzialność lekarza jest kwestią diskutowaną od lat oraz zapisaną wyraźnie w ustawie zawodowej, natomiast uważam, że należy bardzo jasno rozgraniczyć kwestię błędu i niepowodzenia. Ze stanowczym podkreśleniem zniesienia odpowiedzialności lekarza za niepowodzenie. Wiąże się to z koniecznością pilnej nowelizacji ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Lekarz nie może się bać leczyć ludzi. Lekarz nie może pracować pod pręgierzem płatnika, prokuratora i rzecznika praw pacjenta.

Na tym zakończę listę najważniejszych działań, które powinien pilnie podjąć nowy szef resortu zdrowia. Dla zachęty dodam, że są wśród nich działania jednocześnie pilne i konieczne, ale też takie, których podjęcie może zapewnić tak bardzo oczekiwany przez każdy rząd efekt stu dni, czy, jak woli młode pokolenie, efekt wow. Nie uzyska się go dostępnym do antykoncepcji, in vitro czy liberalizacją aborcji – bezsprzecznie są to zagadnienia priorytetowe społecznie, jednak nie są to zmiany o charakterze systemowym. Prawda jest taka, że na ochronie zdrowia każdy rząd, który pamiętam – a pamiętam ich wiele – tracił. Publiczny system ochrony zdrowia to nie zupa pomidorowa: nie da się stworzyć takiego systemu, który zadowoli wszystkich. Można natomiast na otwarcie rządów postawić sobie takie zadania, których efekty po stu dniach będą mierzalne oraz widoczne, odczuwalne i satysfakcjonujące jak największą liczbę pacjentów. Wyliczone przeze mnie cele takimi mogą się okazać.

Rafał Janiszewski, właściciel kancelarii doradczej