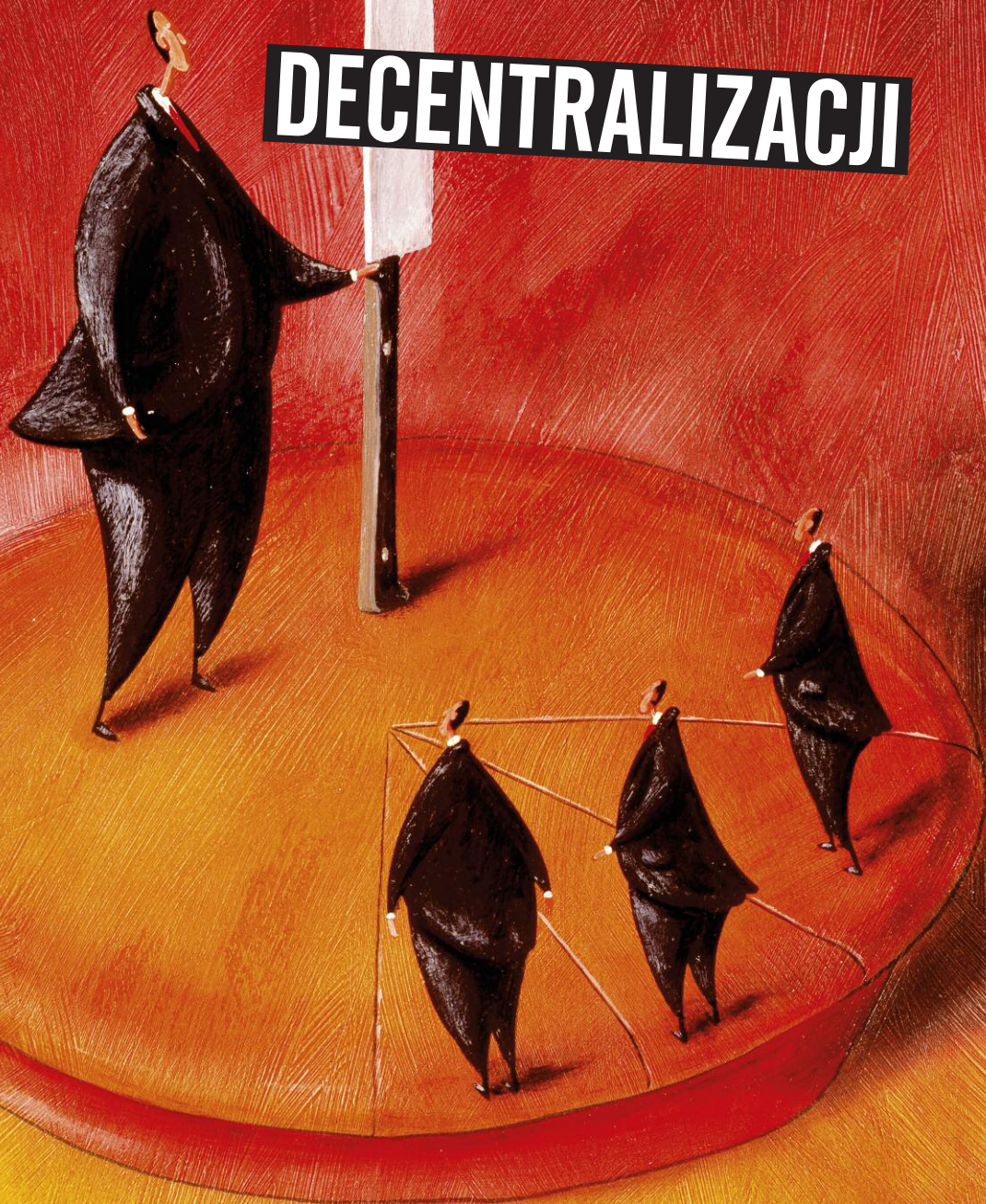


Najpierw reforma ochrony zdrowia, a dopiero potem podział NFZ

POZORY

DECENTRALIZACJI



Zadania w systemie ochrony zdrowia trzeba rozpisać na tyle precyzyjnie, by każda jednostka władzy publicznej mogła zostać w należyty i obiektywny sposób rozliczona z ich realizacji, a obywatel wiedział, kto za co odpowiada i do kogo może skierować ewentualne roszczenie, jeśli jego prawa nie są przestrzegane. Tego w Polsce nie zrobiono.

W wyniku powstałej w ten sposób próżni kompetencyjnej NFZ przejął niektóre zadania niewypełniane przez władze publiczne, zwłaszcza związane z planowaniem ilościowym i terytorialnym zapewnieniem dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych z funduszy publicznych. W ten sposób stał się podmiotem, który bez jednoznacznego umocowania konstytucyjnego jest głównym kreatorem polityki zdrowotnej państwa. To trzeba zmienić. Dyskusja nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce nie powinna się jednak ograniczać do sposobu i zasad działania głównego publicznego płatnika, jakim jest NFZ, lecz uwzględniać fakt, że jest to istotny, ale nie najważniejszy element składowy tego systemu.

Organizacja terytorialna publicznego płatnika jest bardzo ważna, ale jeżeli mamy się zastanawiać nad jego funkcjonowaniem, to przede wszystkim powinniśmy zacząć od określenia ustrojowych uwarunkowań podejmowania decyzji o celach i zasadach finansowania opieki zdrowotnej i ponoszenia za nie politycznej i społecznej odpowiedzialności. Nie może dalej być tak, że pełną odpowiedzialność finansową za funkcjonowanie zdecydowanej większości podmiotów leczniczych mają ponosić od 2013 r. samorzady terytorialne, które nie mają żadnego prawa wpływania na zasady polityki zakupowej w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej. Szczególnie niebezpieczna dla budżetów samorządowych jest coraz gorsza sytuacja finansowa szpitali. To swoiste rozdwojenie jaźni prowadzi do niegospodarności i marnotrawstwa publicznych pieniędzy.

Zacząć od początku

Określając kierunki zmian systemowych w ochronie zdrowia, nie powinniśmy zapominać o tak istotnych czynnikach, jak:

- a) zmiany demograficzne – szybko postępujący proces starzenia się obywateli, a wraz z nim wzrost liczby osób wymagających intensywnej i długotrwałej opieki medycznej;
- b) postęp cywilizacyjny i technologiczny – oferujący coraz nowocześniejsze procedury diagnostyczne oraz lecznicze w medycynie i pozwalający na przyspieszenie tempa rozwoju nauk medycznych, a także wzrost efektywności działań medycznych, powodujący jednak zwiększenie kosztów procedur diagnostyczno-leczniczych;
- c) kryzys ekonomiczny – ograniczający ściągalność składki zdrowotnej, którą dysponuje NFZ, i powodujący konieczność wzrostu budżetowych nakładów na zdrowie;
- d) efekt członkostwa w UE – związany z zadaniami, jakie na poszczególne kraje członkowskie nakłada tzw. dyrektywa transgraniczna;
- e) wytyczne konstytucyjne – zawarte w art. 68 ust. 2 i 3, a dotyczące obowiązków władz publicznych, czyli zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki

zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych oraz szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

Zwłaszcza wskazane powyżej wytyczne konstytucyjne winne zostać poważnie wzięte pod uwagę przy opracowywaniu nowych rozwiązań systemowych. W obecnej trudnej sytuacji finansowej państwa władze publiczne nie będą mogły sobie pozwolić na szybką realizację wszystkich obowiązków wynikających z art. 68 ust. 3 konstytucji. Jednak ze względu na alarmujące dane o stanie zdrowia dzieci w trybie pilnym winno się doprowadzić do zapewnienia im szczególnej opieki zdrowotnej poprzez wprowadzenie specjalnych rozwiązań prawnych i podejmowanie działań gwarantujących im wyższy poziom opieki zdrowotnej niż innym grupom obywateli oraz poprzez uwzględnienie ich szczególnych potrzeb.

„ Organizacja terytorialna publicznego płatnika jest bardzo ważna, ale jeżeli mamy się zastanawiać nad jego funkcjonowaniem, to przede wszystkim powinniśmy zacząć od określenia ustrojowych uwarunkowań podejmowania decyzji ”

Należy rozważyć przekazanie zadań związanych z opieką zdrowotną nad dziećmi bezpośrednio do gmin i powiatów. Z uwagi na zagrożenie zmniejszenia się puli pieniędzy będących w dyspozycji NFZ zadania związane z ochroną zdrowia dzieci trzeba wyłączyć z zakresu finansowania funduszu, a ich finansowanie powinien przejąć budżet państwa. To spowoduje zwiększenie budżetu na leczenie dorosłych bez konieczności podnoszenia składki zdrowotnej. Taki zintegrowany publiczny system ochrony zdrowia dzieci powinien obejmować promocję zdrowia, edukację zdrowotną, profilaktykę zagrożeń i chorób, badania przesiewowe, zapobieganie przemocy oraz dostosowaną do potrzeb uczniów kompleksową opiekę diagnostyczną, leczniczą i rehabilitacyjną.

Chaos

Pozostawienie dotychczasowego chaotycznego sposobu organizowania systemu ochrony zdrowia niebawem może doprowadzić do tego, że władze publiczne nie będą mogły zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego naszym obywatelom.

” Redefiniując pozycję poszczególnych władz publicznych w systemie ochrony zdrowia, winniśmy kierować się przede wszystkim zasadami pomocniczości i decentralizacji ”

Redefiniując pozycję poszczególnych władz publicznych w systemie ochrony zdrowia, winniśmy kierować się przede wszystkim zasadami pomocniczości i decentralizacji. Z analizy tych zasad wynika, że obecnie pozycja jednostek samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia wobec administracji rządowej jest zbyt słaba i mało precyzyjnie określona. Przekazanie większej odpowiedzialności samorządom może sprawić, że już na poziomie lokalnym będą one mogły zaspokajać najistotniejsze prozdrowotne potrzeby społeczne, a samorząd województwa będzie mógł odegrać rolę realnego gospodarza regionu.

Obecnie zdecydowana większość zadań samorządów z zakresu ochrony zdrowia, mimo że w ustawach ustrojowych określono je jako zadania własne, ma charakter fakultatywny, a ich wykonywanie zależy wyłącznie od dobrej woli i możliwości finansowych danego samorządu.

Sprzeczności interesów ekonomicznych pomiędzy poszczególnymi jednostkami samorządowymi, zwłaszcza w zakresie konkurencji o pieniądze NFZ, sprawiają, że ich pozycja w ochronie zdrowia staje się antysystemowa. Nieokreślenie w jakichkolwiek przepisach obowiązku stosowania formalnych mechanizmów koordynacji działań władz publicznych (zwłaszcza samorządów) w ochronie zdrowia prowadzi do braku spójności całej polityki zdrowotnej państwa.

Samorząd

Szczególną uwagę należy poświęcić ponownemu zdefiniowaniu roli samorządów jako władz publicznych odpowiedzialnych za dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Po zmianach wynikających z wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej samorządy (wraz z innymi władzami publicznymi), działające jako tzw. podmioty tworzące SPZOZ-y lub jako właściciele „leczniczych” spółek kapitałowych, mają pełną swobodę prawną w podejmowaniu decyzji o ich likwidacji lub ograniczaniu działalności. A dla zachowania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli pewna liczba podmiotów leczniczych działających w określonych zakresach i rodzajach świadczeń zdrowotnych powinna być przecież na stałe utrzymywana. W celu uniknięcia tej niebezpiecznej sytuacji poszczególnym jednostkom samorządowym należy precyzyjnie przyporządkować zadania organizatora opieki zdrowotnej.

Samorządowe województwa powinny przejąć obligatoryjną odpowiedzialność za całość szpitalnych świadczeń zdrowotnych wraz z zapewnieniem koniecznych do zakończenia procesu leczenia poszpitalnych

Potrzeba debaty

Mimo sporej aktywności legislacyjnej parlamentu i rządu w dziedzinie reformowania systemu ochrony zdrowia, nadal nie ma oczekiwanego efektu w postaci przyjęcia czytelnego, spójnego i precyzyjnego rozwiązania organizacyjno-prawnego, z którego wynikałby konkretny model systemu ochrony zdrowia przyjęty w Polsce.

W niemal 40-milionowym kraju, będącym aktywnym członkiem Unii Europejskiej, polityka zdrowotna nie powinna się ograniczać do doraźnych działań związanych z rozwiązywaniem bieżących problemów finansowych czy administracyjnych. Uchwalanie wielu aktów prawnych samo w sobie nie przynosi docelowego rozwiązania systemowego. Funkcjonowanie przepisów wprowadzanych pod wpływem doraźnych potrzeb obok aktów prawnych mających swoje korzenie w poprzednim ustroju politycznym powoduje, że zamiast oczekiwanej spójności

mamy do czynienia z rozwiązaniem hybrydowym, niespełniającym kryteriów systemowości. Nazywanie tego, co u nas funkcjonuje, systemem ubezpieczeniowym jest sporym nadużyciem. Nie spełnia on bowiem istotnych kryteriów właściwych dla typowych rozwiązań ubezpieczeniowych przyjętych w Niemczech czy Francji, zwłaszcza brak mu samorządowego i reprezentatywnego składu organów stanowiących i kontrolnych krajowego i regionalnego płatnika oraz jakiegokolwiek formy swobody wyboru ubezpieczyciela i możliwości egzekwowania należnego świadczenia. W rzeczywistości pieniądze wpłacone przez obywateli na fundusz bardziej przypominają podatek niż składkę ubezpieczeniową.

Jednak mimo przewlekłego kryzysu w ochronie zdrowia, poza medialnymi komunikatami ministra zdrowia przedstawiającymi wstępne założenia dotyczące reorganizacji publicznego płatnika, rząd nadal nie prezentuje docelowej i całościowej wizji reorganizacji systemu ochrony zdrowia. Musi wreszcie zostać w niej określony precyzyjny podział zadań z zakresu ochrony zdrowia dla

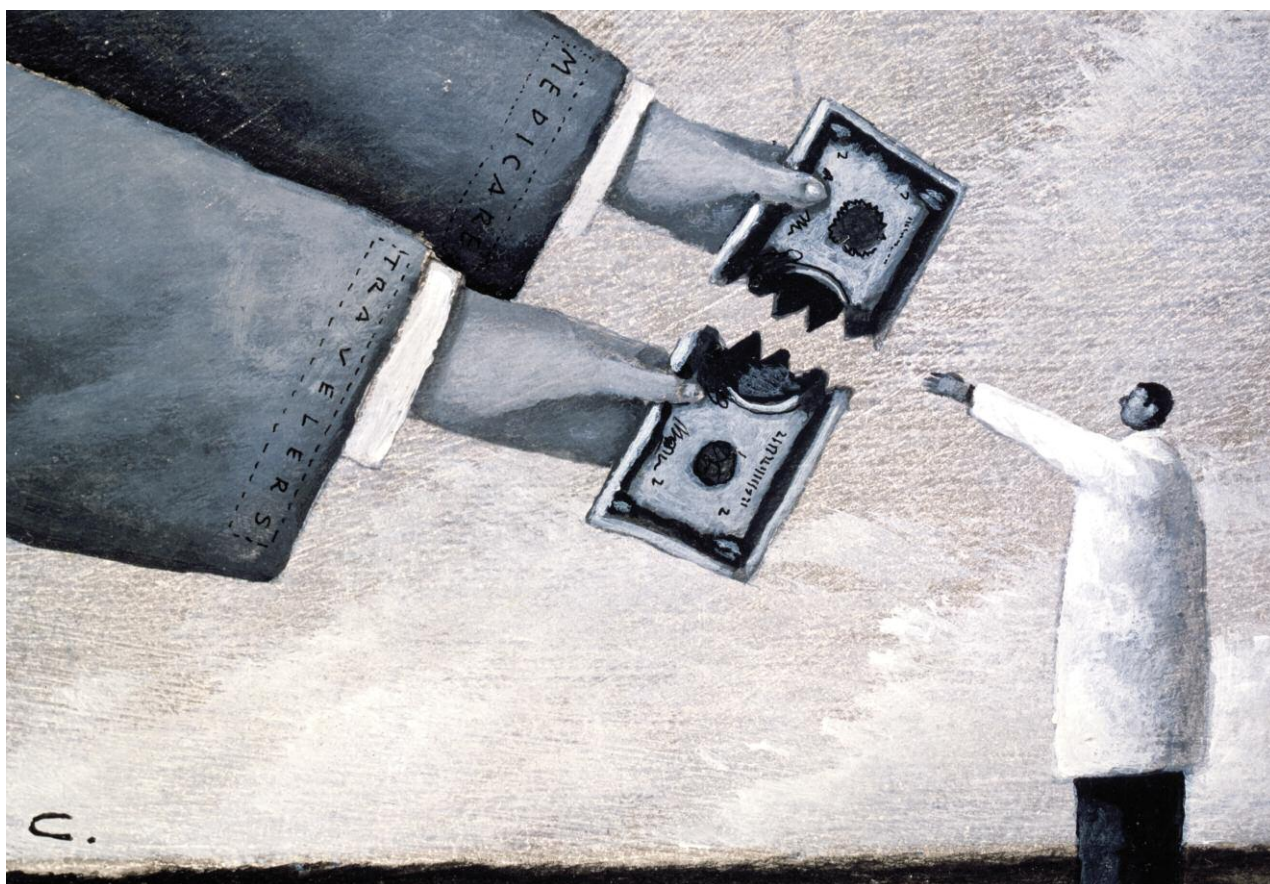


foto: images.com/Corbis

„Zamiast pozornej decentralizacji należałoby się zastanowić nad przekształceniem regionalnych oddziałów NFZ w działające na poziomie województw zdrowotne izby finansowo-rozliczeniowe”

wszystkich jego uczestników, zwłaszcza dla odgrywających w nim główną rolę władz publicznych.

Obecnie działania reformatorskie polityków opierają się niemal wyłącznie na ich własnych doświadczeniach. Niestety, nie jest możliwe dalsze efektywne reformowanie systemu ochrony zdrowia tylko na podstawie fragmentarycznych i intuicyjnych badań, ponieważ do zdiagnozowania przyczyn kryzysu potrzeba głębokich analiz systemowych, które uwzględniłyby propozycje nowych rozwiązań organizacyjno-prawnych uzasadnionych wiedzą naukową.

W tej sytuacji trud przygotowania debaty naukowej, podczas której przedstawiono by analizę przyczyn kryzysu i propozycję nowych rozwiązań systemowych, winny podjąć niezależne jednostki naukowo-badawcze. Z taką inicjatywą zamierza wystąpić Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Przeprowadzenie debaty jest możliwe na podstawie powszechnie dostępnych danych: statystycznych, epidemiologicznych, demograficznych i ekonomicznych.

W czasie kryzysu ekonomicznego szukanie oszczędności w wydatkowaniu pieniędzy publicznych jest działaniem jak najbardziej uzasadnionym. Zdrowie to dziedzina, w której w ostatnich latach wydatki budżetowe wzrosły, jednak w jeszcze większym tempie niż wzrost wydatków następował wzrost kosztów pracy i infrastruktury technicznej. Nie można także zapomnieć o konieczności podniesienia tej sfery aktywności społecznej z ogromnej zapasności, do jakiej doszło w okresie realnego socjalizmu.

W czasie kryzysu gospodarczego najprostszym sposobem naprawy sytuacji wydaje się oparcie zasad funkcjonowania ochrony zdrowia na regułach wolnorynkowych i głębsze sięgnięcie do zasobów własnych społeczeństwa. Zdrowie na naszych oczach staje się zwykłym towarem konsumpcyjnym, a świadczeniodawcy konkurują ze sobą o publiczne pieniądze, przedstawiając kupieckie oferty zainteresowanemu płatnikowi. Pozytywnym efektem jest co prawda częstsze stosowanie w odniesieniu do tych świadczeń instrumentów oceny efektywności ekonomicznej, jednak uzyskane w ten sposób oszczędności nie »

» *Na obecnym etapie możliwe wydaje się pozostawienie pewnej liczby szpitali klinicznych oraz instytutów medycznych w gestii administracji rządowej. Należy się jednak zastanowić, czy w celu poprawy nadzoru nad nimi nie powinny one zostać podporządkowane funkcjonalnie wojewodom* »

świadczeń specjalistycznych. Szpitale działające w regionie winny mieć status jednostek powiatowych, wojewódzkich i krajowych w zależności od zakresu i jakości udzielanych świadczeń. Status krajowych otrzymałyby te szpitale kliniczne, które przeszłyby pod samorząd województwa. Należy wrócić do ustalenia siatki poziomów referencyjnych i określenia niezbędnej liczby szpitali zapewniających minimalny poziom bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli na danym terenie i w danej specjalności. W zakresie lecznictwa szpitalnego samorządy zamiast zwykłych spółek kapitałowych winny móc powoływać spółki użyteczności publicznej lub spółki spełniające kryteria partnerstwa publiczno-prywatnego. Do zapewnienia istnienia niezbędnej sieci szpitali nie jest konieczne funkcjonowanie podmiotów o tylko publicznym charakterze, ale podmioty prywatne chcące w ramach takiej sieci funkcjonować, winny podpisać stosowne zobowiązanie o realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych za publiczne pieniądze w ramach powszechnej dostępności.

Liczba podmiotów leczniczych

Zapewnienie odpowiedniej do potrzeb społecznych liczby podmiotów leczniczych udzielających ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych należy przekazać jako obligatoryjne zadanie własne samorządowi powiatowemu. Przez zapewnienie dostępności do świadczeń specjalistycznych nie należy jednak rozumieć konieczności utrzymywania jedynie „własnych” podmiotów leczniczych. Powiaty winny monitorować te świadczenia i mieć obowiązek reagowania wówczas, gdy nie będzie zapewniona ustalona minimalna liczba świadczeń realizowanych na zasadzie powszechnej dostępności.

Zapewnienie właściwego dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej na podobnych zasadach, jak wskazano powyżej w odniesieniu do powiatu, winno być obligatoryjnym zadaniem własnym samorządu gminnego. Ze względu na specyfikę ustrojową naszych największych metropolii (ze szczególnym uwzględnieniem stołeczności Warszawy) należy rozważyć możliwość przejścia przez nie odpowiedzialności za wszystkie szpitale samorządowe na ich terenie.

Zdrowie publiczne

Osobną kwestią jest konieczność przyjęcia ustrojowej ustawy o zdrowiu publicznym. Każda jednostka władzy publicznej, a zwłaszcza samorządu terytorialnego, winna mieć precyzyjnie przyporządkowane konkretne obowiązki z zakresu szeroko rozumianego zdrowia publicznego. W takiej ustawie trzeba ponownie zdefiniować obecnie niedoceniane sfery ochrony zdrowia, np. promocję i profilaktykę zdrowotną, które winny się stać obligatoryjnymi zadaniami własnymi samorządów powiatowych i gminnych.

Na obecnym etapie możliwe wydaje się pozostawienie pewnej liczby szpitali klinicznych oraz instytutów

» powinny być jedynym motywem podejmowanych reform. Nawet guru liberalnej ekonomii Adam Smith nie uważał życia i zdrowia za zwykły towar.

Nie prowadzi się oficjalnych analiz, jakie konsekwencje zdrowotne mogą ponieść osoby, które w wyniku działań oszczędnościowych nie zostaną w odpowiednim czasie zdiagnozowane lub zaprzestaną z powodów ekonomicznych wykupywać leki. Długofalowo te „sukcesy” mogą się okazać pozorne, bowiem z powodu zaniechania lub małej skuteczności leczenia ambulatoryjnego konieczne będzie w wielu wypadkach kosztowne leczenie stacjonarne.

Głównym celem propozycji przekształceń organizacyjno-prawnych zawartych w kluczowej dla ochrony zdrowia ustawie o działalności leczniczej jest zamiana wszystkich

samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zwykłe spółki kapitałowe. Jakże adekwatna do sfery świadczeń zdrowotnych idea spółek użyteczności publicznej została całkowicie zapomniana. Proponuje się coraz więcej wolności gospodarczej, a mniej regulacji prawnych, więcej rynku i konkurencji, a mniej ingerencji władz publicznych i brak kooperacji.

Czy dalsze ograniczanie odpowiedzialności władzy publicznej za zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej polskim obywatelom jest zgodne z art. 68 konstytucji? Aby ta norma prawna nie stała się martwa, państwo nie może się nadal uchylać od obowiązków nałożonych na nie przez konstytucję.

Pozostawianie swoistej próżni kompetencyjnej w podziale zadań z dziedziny ochrony zdrowia między poszczególne

medycznych w gestii administracji rządowej. Należy się jednak zastanowić, czy w celu poprawy nadzoru nad nimi nie powinny one zostać podporządkowane funkcjonalnie wojewodom. Te, które pozostaną w gestii administracji rządowej, winny jednak mieć zredefiniowany status ustrojowy i otrzymać pozycję wiodących jednostek naukowo-badawczych w danych specjalnościach w kraju, czyli np. narodowych instytutów. Taki instytut mógłby mieć swoje jednostki terenowe, ale jego siła oraz pozycja finansowa i organizacyjna musi być wzmocniona. Takie instytuty nie powinny się utrzymywać tylko z kontraktów zagwarantowanych na realizację świadczeń w ramach powszechnej dostępności, ale winny być co do zasady finansowane z budżetu państwa. Trzeba się zastanowić nad skalą utrzymywania szpitali i przychodni resortowych. Ich liczba i zakres działalności powinny odpowiadać potrzebom danego działu administracji.

Jedną z podstawowych wad obecnych rozwiązań organizacyjnych w ochronie zdrowia jest niedocenywanie profesjonalizacji zarządzania tą sferą zarówno na poziomie władz publicznych, jak i podmiotów leczniczych. Przedstawiane są argumenty o braku potrzeby specjalizacji w zarządzaniu ochroną zdrowia, dla której alternatywę mają stanowić ogólne kwalifikacje menedżerskie. W nowej ustawie o działalności leczniczej wręcz pozwolono, aby podmiotami leczniczymi działającymi w formie spółek kapitałowych zarządzały osoby bez jakichkolwiek kwalifikacji formalnych. To podstawowy błąd, który nie jest powielany nawet w tak rynkowym systemie jak amerykański. Ochrona zdrowia to bardzo istotna dla obywateli sfera życia społecznego, a zdrowie i możliwość jego ratowania lub poprawy są zawsze cenniejsze od każdego towaru konsumpcyjnego. Nie powinno się zatem poddawać deregulacji akurat tej dziedziny, bo od właściwych umiejętności kierowniczych zależy nasze życie i zdrowie. Powinno się dążyć docelowo do stworzenia profesjonalnego korpusu kierowniczego

jednostki władzy publicznej powoduje pojawienie się efektu tzw. odpowiedzialności rozmytej.

Podmioty władzy publicznej przerzucają się oskarżeniami o zaniechania i błędy. Przed podjęciem zmian ustawowych lub zaproponowaniem nowych rozwiązań organizacyjnych (*vide*: podmioty lecznicze) nie zostają określone cele prozdrowotne, którym mają one służyć.

O potrzebie przedstawiania przez rząd strategicznych programów wskazujących niezbędne do zrealizowania priorytety zdrowotne krótko-, średnio- i długoterminowe nie będę wspominać, bo to w naszym wypadku już truizm.

Maciej Dercz



„Jedną z podstawowych wad obecnych rozwiązań organizacyjnych jest niedocenywanie profesjonalizacji zarządzania tą sferą zarówno na poziomie władz publicznych, jak i podmiotów leczniczych. W nowej ustawie o działalności leczniczej wręcz pozwolono, aby podmiotami leczniczymi działającymi w formie spółek kapitałowych zarządzały osoby bez jakichkolwiek kwalifikacji formalnych”

w ochronie zdrowia, który w samorządach stałby się zaczynem samorządowej służby cywilnej. Należy doprowadzić do jednoznacznego personalnego oddzielenia zarządzania poszczególnymi elementami publicznego systemu ochrony zdrowia od wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Prawa pacjentów

Uchwalenie ustawy o prawach pacjenta jest krokiem we właściwym kierunku, jednak powierzenie roli rzecznika praw pacjenta zwyklemu urzędnikowi administracji rządowej, funkcjonalnie podporządkowanemu premierowi i ministrowi zdrowia, to już całkowite nieporozumienie. Niezbędne wydaje się zatem stworzenie na szczeblu samorządu województwa realnej reprezentacji pacjentów, która jako ciało społeczne (ale działające przy pomocy niewielkiej etatowej, fachowej kadry) zostałaby wyposażona w uprawnienia kontrolne w zakresie dostępności świadczeń oraz realizacji praw pacjentów. Ta wojewódzka reprezentacja pacjentów mogłaby zastąpić lub uzupełniać działania krajowego rzecznika.

Pseudodecentralizacja

Propozycja Ministerstwa Zdrowia dotycząca decentralizacji NFZ i ustanowienia 16 państwowych osób prawnych kreujących od strony finansowej politykę zdrowotną państwa wydaje się nie do przyjęcia ze względów ustrojowych. Równie niezrozumiałe jest, aby przekazać

„ *Oczywiste jest, że ewentualne wprowadzenie zmian systemowych powinno być poprzedzone przygotowaniem organizacyjnymi i kampanią informacyjną rozłożoną na odpowiedni czas* „

prawo do współkreowania takiej polityki wojewodom, którzy są przedstawicielami rządu. Wojewoda winien – zgodnie z zasadami ustrojowymi, na podstawie których działa – koordynować i nadzorować realizację polityki rządu w terenie i prowadzić nadzór prawny nad legalnością działania samorządu. Zamiast tej pozornej decentralizacji należałoby się zastanowić nad przekształceniem regionalnych oddziałów NFZ w działające na poziomie województw zdrowotne izby finansowo-rozliczeniowe. Takie jednostki mogłyby być kadrowo i funkcjonalnie niezależne od jednostek samorządu terytorialnego. Trafiałyby do nich składki ubezpieczeniowe oraz inne fundusze budżetowe, którymi te izby tylko by administrowały, tj. podpisywałyby od strony formalnej umowy i dokonywały płatności oraz kontrolowały faktyczną realizację umów. Ich działanie byłoby oparte na niezależnej profesjonalnej kadrze, kadencyjnym i pochodzącym z konkursu kierownictwie oraz kontroli społecznej. Miałyby one jednak obowiązek realizować wytyczne przyjęte przez jednostki samorządu terytorialnego właściwe dla danego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Izby działałyby na podstawie centralnie przyjętych i zunifiko-

wanych rocznych taryfikatorów, standardów świadczeń i precyzyjnych procedur.

Świadczeniodawcy zarówno publiczni, jaki niepubliczni winni obowiązkowo zrzekać się na poziomie regionalnym, aby stanowić odpowiednio silną reprezentację dla izb w procesie uzgadniania wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Na każdym poziomie samorządu przyjmowane byłyby formalnie wieloletnie plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Plany samorządowe w odniesieniu do poszczególnych rodzajów świadczeń musiałyby być uzgadniane i skoordynowane wzajemnie oraz zgodne z wytycznymi zawartymi w planach krajowych przyjętych przez rząd. Decydem w obszarze określenia liczby i zakresu świadczeń zdrowotnych kupowanych za pieniądze publiczne winna być ta jednostka samorządowa, której w ramach podziału zadań w systemie ochrony zdrowia przydzielono odpowiedzialność za ich zapewnienie. Szczegółowy plan wydatkowania funduszy publicznych dla izb byłby przyjmowany uchwałą właściwego organu odpowiedzialnej do rodzaju świadczeń jednostki samorządu.

Nadzór administracji

Należy stworzyć mechanizm chroniący przed występowaniem terytorialnych różnic w dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, polegający na zastępczych rozstrzygnięciach nadzorczych administracji rządowej działającej na poziomie wojewódzkim.

Administracja rządowa nadzorowałaby realizację lokalnych/regionalnych polityk zdrowotnych i koordynowała je z przyjętymi na poziomie krajowym strategicznymi programami zdrowotnymi. Mechanizm koordynacyjny byłby oparty na standaryzacji świadczeń, powszechnej akredytacji, referencyjności, normatywnej regulacji oraz stałym monitorowaniu systemów lokalnych/regionalnych. Strategiczne, wieloletnie, ogólnokrajowe programy zdrowotne dotyczyłyby najważniejszych problemów zdrowotnych społeczeństwa w takich dziedzinach, jak np. onkologia, kardiologia, diabetologia, geriatryka czy choroby zakaźne i rzadkie. Byłyby one realizowane w formie zlecenia samorządom jako zadania z zakresu administracji rządowej.

Takie dziedziny, jak m.in. medycyna sądowa, opieka zdrowotna nad osobami pozbawionymi wolności, służbami mundurowymi oraz doraźna opieka nad uchodźcami i imigrantami, winny pozostać w gestii administracji rządowej. Oczywiście jest, że ewentualne wprowadzenie zmian systemowych powinno być poprzedzone przygotowaniem organizacyjnymi i kampanią informacyjną rozłożoną na odpowiedni czas, np. 1,5 roku.

dr n. pr. Maciej Dercz jest radcą prawnym, dyrektorem Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łązarskiego w Warszawie, był doradcą minister zdrowia Franciszki Cegielskiej.

Niniejszy tekst uwzględnia zaktualizowane tezy raportu autora przygotowanego dla Instytutu Spraw Publicznych „Samorządowy Model Ochrony Zdrowia” (Warszawa 2005) oraz tezy zawarte w artykule autora „Zdroworozsądkowe zmiany czas zastąpić solidną reformą” („Rzeczpospolita”)

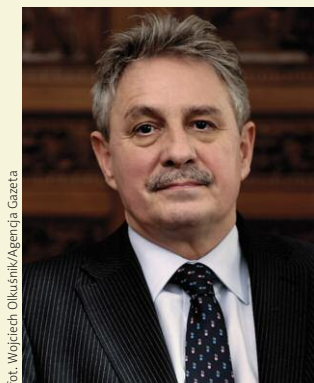


foto: Wojciech Olluszyński/Agencja Gazeta

Andrzej Włodarczyk, b. wiceminister zdrowia, także za rządów Bartosza Arłukowicza

Nie wierzę, że potrzeba aż szesnastu regionalnych ubezpieczycieli. Jeśli już mówimy o regionach – to mamy taki system, że właściwe funkcjonowanie powinno zapewnić od czterech do sześciu ośrodków. Są województwa tak mało liczne, że nie ma potrzeby budowania w nich instytucji odrębnego płatnika. To szkodliwe: będzie on słaby, niezdolny do właściwego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych swoich pacjentów. Lepiej, by płatników było mniej, związać by ich można na przykład z największymi ośrodkami akademickimi. I druga rzecz, która w obecnej decentralizacji napawa obawą. Proszę zwrócić uwagę na to, że zmienia się struktura NFZ, ale poza tym nic. Stare zasady pozostają w mocy. Nie ma zmian w koszyku, nie ma urzędów, które mogłyby się zająć ustaleniem minimalnych reguł rynku i kontrolą, czy te reguły są przestrzegane – czegoś na podobieństwo Komisji Nadzoru Finansowego lub dawnego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Obawiam się, że może to prowadzić do nadużyć.



foto: Basacki Roman/forzepe

Jerzy Gryglewicz, ekspert Uczelni Łązarskiego

– Powiedz mi, na co chorujesz, a powiem ci, skąd jesteś – do tak karykaturalnych rezultatów może doprowadzić źle przeprowadzona decentralizacja. A wszystko wskazuje na to, że obecna decentralizacja zostanie przeprowadzona źle.

Nie jest tajemnicą, że w Polsce dobre wyceny kardiologii inwazyjnej zawdzięczamy silnemu lobby kardiochirurgów i Zbigniewowi Relidze, który doprowadził do dobrych wycen z zakresu kardiologii inwazyjnej, ale nie poprawił wycen w innych dziedzinach. Teraz podobnych decydentów i lobbies ma być szesnaście. I jeśli renomowany ośrodek ortopedyczny doprowadzi do dobrych wycen operacji stawu biodrowego w Poznaniu, w Wielkopolsce zabraknie na inne dziedziny, w tym na kardiologię. Odwrotnie może być w Krakowie, gdzie istnieje świetna kardiologia, a tradycje ortopedyczne są słabsze.

Decentralizacja w proponowanym obecnie kształcie nie rozwiąże żadnego z fundamentalnych problemów polskiej ochrony zdrowia. Ale prócz tego, o czym mówiłem na wstępie, przyczyni się do wzrostu kosztów obsługi systemu ochrony zdrowia. Obecnie 1 proc. budżetu NFZ przeznaczane jest na obsługę systemu. To niewiele i to się zmieni na gorsze, bo każdy z 16 oddziałów będzie musiał zatrudnić swoich fachowców z każdej dziedziny. Centrala przestanie ich w tym wyręczać.

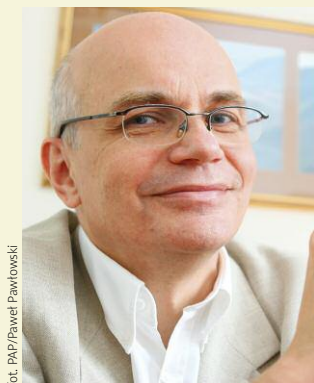


foto: PAP/Pawel Pawlowski

Robert Mołdach, ekspert pracodawców RP

Nie ma mowy o decentralizacji w polskiej ochronie zdrowia. Przeciwnie – to, co widzę, jest w istocie centralizowaniem decyzji, dokonywanym pod modnym hasłem decentralizacji. Uważam, że kierunek obrany na centralizację jest słuszny. Obecnym posunięciem może jednak zaszkodzić próba dorabiania do nich ideologii decentralizacyjnej. Tak to jest w czasach kryzysu, że zawsze okazuje się, że najoszczędniejsze posunięcia to fuzje, połączenia mniejszych organizacji w większe. Czyli: centralizacja czystej wody. Tak na trudne czasy reaguje również rynek – od czasu kryzysu obserwujemy proces wykupywania słabszych przez silniejszych, przekazywanie decyzji w ręce najsprawniejszych. Jako poprawne oceniam zatem wysiłki połączenia AOTM, CJM i dotychczasowej centrali NFZ w jeden podmiot. To rozsądne, podobnie jak to, że rząd w rzeczywistości, wbrew publicznie głośzonym deklaracjom, wcale nie ma zamiaru wyzbyć się kontroli nad ochroną zdrowia. O rzeczywistym zamiarze świadczy fakt, że nie zamierza oddać władzy nad regionalnymi NFZ administracji samorządowej, czyli zarządom województw, lecz wojewodom, czyli urzędnikom wprost zależnym od rządu.

Zło widzę gdzie indziej. Tym w istocie centralizacyjnym wysiłkiem towarzyszy propaganda, że dokonywane są one w imię decentralizacji. By uzasadnić tę karkołomną tezę, rząd gotów jest wykonać bezsensowny ruch, czyli w rzeczywistości oddać tworzenie planów zdrowotnych regionom, reprezentowanym przez wojewodów. To nierozsądne. Polskie województwa to nie mocarstwa, zdolne udźwignąć na swoich barkach zabezpieczenie wszystkich potrzeb zdrowotnych swoich mieszkańców. Nie potrzeba nam np. szesnastu centrów zdrowia dziecka, szesnastu wysoko referencyjnych centrów angiografii itp. Wystarczy jedno – góra kilka – na kraj. Potrzebny nam plan zdrowotny ujmujący tę specyfikę. Nie stworzy go żaden z urzędujących w swoich województwach wojewodów. Bo jego rolą w administracji rządowej jest co innego.



foto. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

Prof. Krzysztof Opolski, ekspert ochrony zdrowia Uniwersytetu Warszawskiego

Decentralizacja zawsze w cenie – lata temu szczęśliwie pożegnaliśmy w większości segmentów naszej gospodarki system na tyle scentralizowany, że na poziomie centralnym decydowano w zasadzie o wszystkim: łącznie z dystrybucją skarpet na odległej prowincji. Władza lokalna zdecydowanie lepiej rozpoznaje problemy swojej społeczności i pod tym względem decentralizacja NFZ to dobre posunięcie.

Ale decentralizacja decentralizacji nierówna. W Polsce mamy dość niski kapitał społeczny. A sposób, w jaki przebiega obecna decentralizacja NFZ, budzi niepokój. Władza przejdzie w ręce regionów – i to dobrze. Ale w tych regionach – już nie w ręce pochodzącej z lokalnych wyborów administracji samorządowej, a w ręce wojewodów, czyli osób pochodzących z mianowania rządowego. Na dodatek nie ma w regionach instytucji społecznych przygotowanych do kontrolowania takiej władzy – myślę tu o organizacjach pacjenckich, niezależnych ekspertach, silnych mediach. To wszystko w Polsce działa lepiej na poziomie centralnym, na lokalnym słabiej. Obawiam się zatem, że kontrola nad wydatkami na zdrowie przejdzie w ręce siłw lokalnych, grup powiązanych wzajemnymi interesami, gdzie ręka rękę myje i że będą one bronić swoich interesów, a nie interesu pacjenta. A kontrola nad wynaturzeniami systemu będzie jeszcze trudniejsza niż dzisiaj.



foto. Archiwum

Jarosław J. Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali

Decentralizacja byłaby dobrym posunięciem, gdyby prowadziła do powstania konkurencji między płatnikami. Taka konkurencja wymusiłaby na płatnikach nie tylko, by dbali o interes pacjenta, lecz także starania o powiązanie się odpowiednimi umowami z najlepszymi dostawcami świadczeń – szpitalami, przychodniami.

Nie wiadomo do końca, jak ten proces przebiegnie. Ale możemy się obawiać, że – przynajmniej na początku – decentralizacja oznaczać będzie zamianę jednego, ogólnopolskiego monopolu na szesnastu minimonopoli lokalnych. Pozycja pacjenta i świadczeniodawcy nie zmienią się zatem istotnie. A o tyle, że zamiast narzekać na dyktat urzędników z Warszawy, będzie narzekał na dyktat monopolu ze stolicy województwa. Dużo się ostatnio mówi o dyrektywie transgranicznej. Może zatem sformułujemy dyrektywę transwojewódzką? Dajmy pacjentom prawo wyboru miejsca leczenia – także poza własnym województwem. Na przykład mieszkańcy Opolszczyzny na Górnym Śląsku czy w Łodzi. Stąd będzie już tylko krok do tego, by np. na Opolszczyźnie swoje biura otwierały NFZ z innych województw. By te biura walczyły o pacjentów spoza swoich województw, by kontraktowały poza nimi usługi. Stąd już tylko krok do zbudowania porządnego rynku płatników w Polsce. Gdyby tak się stało: może warto podjąć trud decentralizacji, zrobić pierwszy krok. Gdyby jednak decentralizacja miała polegać najpierw na kreacji szesnastu minimonopoli, a potem na rozpacziwych próbach zakonserwowania ich pozycji: to strata czasu, to krok w złą stronę.



foto. Archiwum

Rafał Janiszewski, ekspert ochrony zdrowia

Reformę trzeba zacząć nie od decentralizacji NFZ, a od zreformowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Bo cóż będzie mógł zdziałać nowy regionalny podmiot NFZ, jeśli koszyk się nie zmieni?

Dziś do koszyka wpisano tak wiele świadczeń, że nie wystarcza pieniędzy na realizację tych wszystkich koszykowych obietnic. I lwią część energii NFZ idzie na to, jak zarządzać tym deficytem pieniędzy, tym, że zapisy koszyka nie mają pokrycia w funduszach budżetowych. Co się stanie po decentralizacji? Ano zarządzanie tym deficytem zostanie przeniesione piętro niżej. Odpowiedzialnością za to, że nie wystarcza pieniędzy na leczenie wszystkiego za darmo – jak przewiduje koszyk – dziś obarcza się ministra, prezesa NFZ. Decentralizacja spowoduje, że pozbędą się oni odpowiedzialności, spadnie ona na zarządców regionalnych. Tyle że w zasadzie w systemie nie zmienia się nic prócz tego, że media jako winnych wskazywać będą inne osoby. A deficyt jak był, tak będzie. Warto zwrócić też uwagę na to, że po decentralizacji wzrośnie koszt obsługi urzędniczej systemu, obecnie dość niski. Każdy z szesnastu oddziałów będzie musiał zduplować agendy i jednostki organizacyjne odpowiedzialne za rozmaite sfery działalności płatnika. Co w wielu wypadkach oznacza, że tam, gdzie dziś wystarczy jeden lub dwóch specjalistów centrali, trzeba będzie zatrudnić szesnastu, przynajmniej po jednym w każdej stolicy województwa.