

Samorząd terytorialny jest dla ministra zdrowia partnerem czy konkurentem?



Fot. iStockphoto.com 3x

Jak województwo dba o ochronę zdrowia

Obecny system opieki zdrowotnej w Polsce preferuje finansowanie najdroższej formy opieki zdrowotnej, jaką są szpitale. W efekcie nadal uprzywilejowane są historyczne zasoby (łóżka szpitalne), co jest odzwierciedleniem wpływów decydentów politycznych, samorządowych, a nie interesu pacjentów.

Oznacza to utrzymanie dominującej, najbardziej kosztownej formy opieki zdrowotnej (czyli opieki szpitalnej) zamiast szybkiego rozwoju alternatywnych form opieki ambulatoryjnej, tj. ambulatoryjnych centrów diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, co może skutkować nieakceptowalnym przez społeczeństwo poziomem dostępności świadczeń zdrowotnych oraz wygenerowanym w krótkim czasie deficytem finansowym.

Rycina 1 przedstawia wysokość wydatków na zdrowie jako procent PKB w zestawieniu z ogólnymi wydatkami budżetu państwa w krajach OECD. W Polsce w przeciwieństwie do innych krajów europejskich

możemy zaobserwować tendencję do utrzymywania wyższych wydatków na administrację w porównaniu z wydatkowaniem pieniędzy publicznych na „zdrowie”. Od 2012 r. w Polsce zmniejszył się udział wydatków na zdrowie jako procent PKB. Wniosek z tego zestawienia wydaje się oczywisty: należy albo zwiększyć nakłady na zdrowie o 1 do 2 proc. PKB, albo zmniejszyć wydatki administracyjne państwa o 10 proc., godząc się na proporcje podobne do średniej.

Raport OECD za rok 2010, porównując wskaźnik zatrudnienia w sektorach ochrony zdrowia i socjalnym w poszczególnych państwach OECD jako procent całkowitego zatrudnienia, wskazuje na fakt,

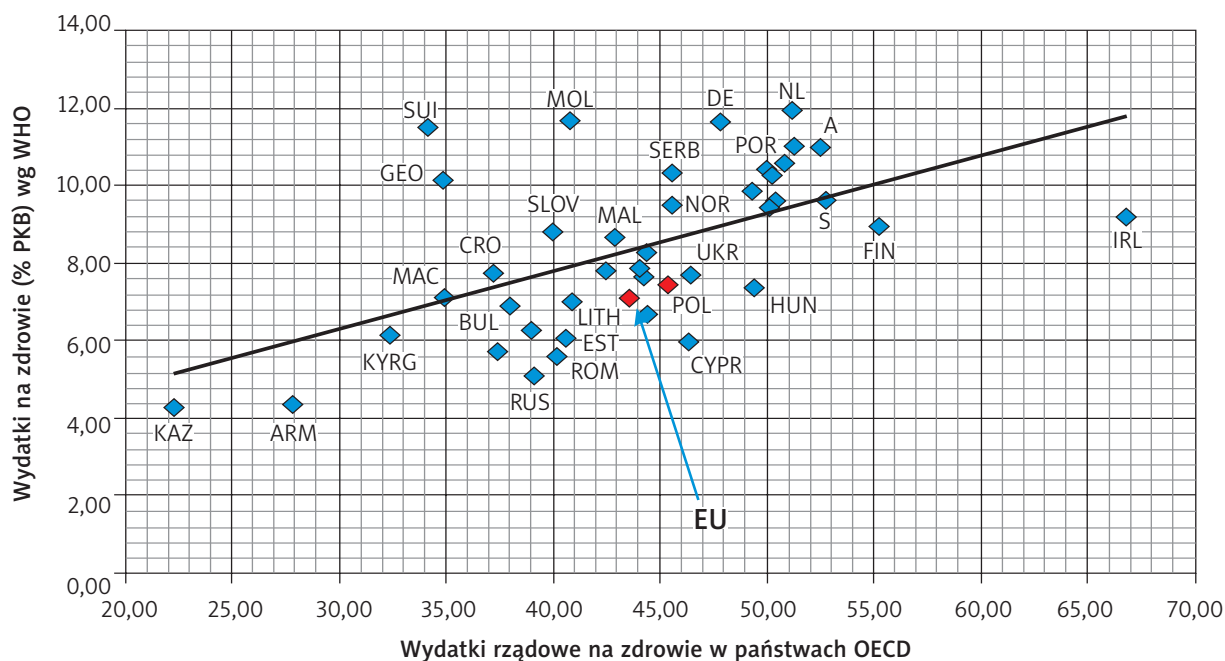


„Największe znaczenie powinno mieć kryterium jakości udzielanych świadczeń i zabieganie o klienta”

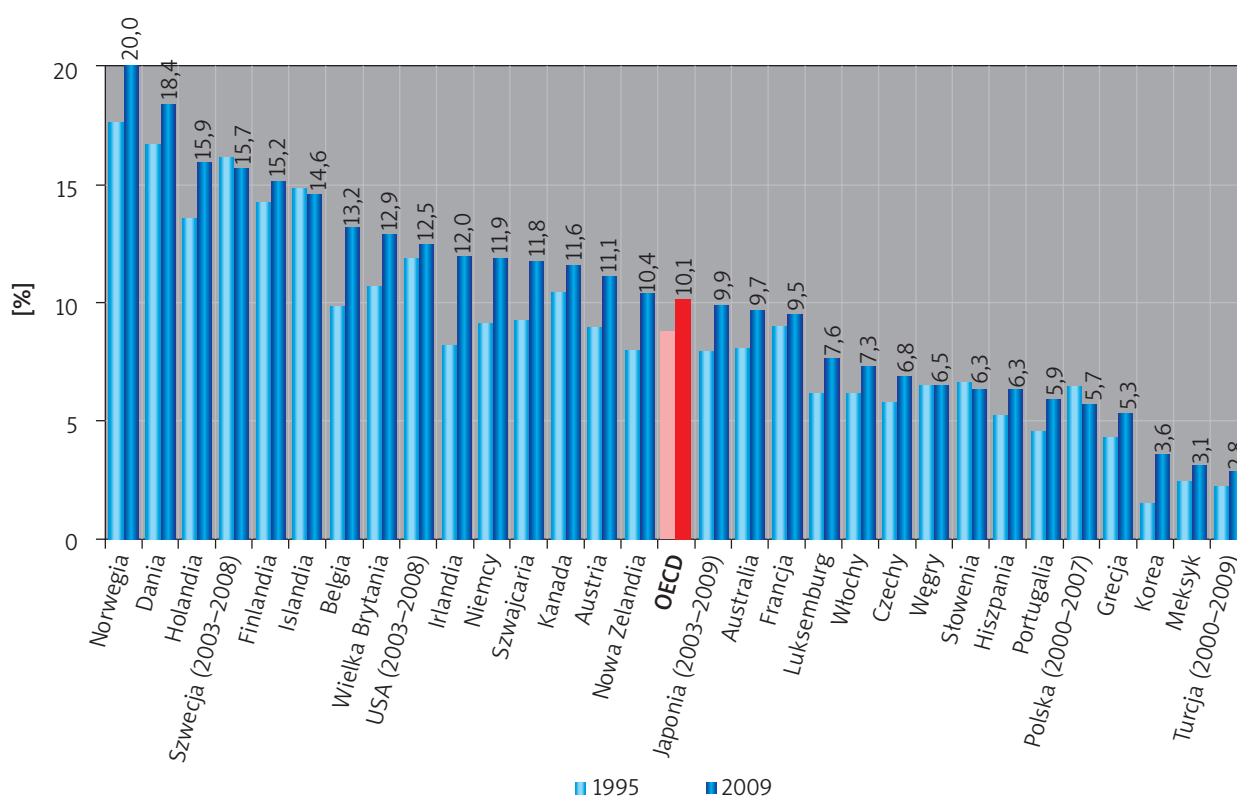
iz w Polsce należy on do najniższych. W porównaniu z innymi krajami, gdzie pomiędzy rokiem 1995 a 2009 nastąpił wzrost, w Polsce w tym samym czasie zaobserwowano zmniejszenie tego wskaźnika (ryc. 2).

To dowód, że w Polsce nie traktuje się zdrowia jako wartości nadrzędnej.

W reformie systemu ochrony zdrowia, która trwa od kilkunastu lat, politycy zaniżyli poziom wydatków na ochronę zdrowia, próbując przerzucić winę za funkcjonowanie systemu na niewłaściwe wydatkowanie i marnowanie aktualnych zasobów. Tymczasem, biorąc pod uwagę już tylko te wskaźniki oraz jedne z najniższych w świecie, a na pewno w Europie, zasoby kadry lekarskiej i pielęgniarskiej w przeliczeniu na populację, mamy obraz systemu, który nie ma prawa zaspokoić rozbudzonych potrzeb naszego społeczeństwa. Te tendencje do zwiększania wskaźników zatrudnienia w ochronie zdrowia i sektorze społecznym na świecie wynikają z potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Pomimo że trendy demograficzne są dla Polski podobne, nie uwzględniamy tego argumentu w organizacji dostępu do usług zdrowotnych.



Rycina 1. Wydatki na zdrowie jako procent PKB względem wydatków rządowych wg Raportu WHO za rok 2012 – opracowanie własne. Źródło: dane OECD.



Rycina 2. Wskaźnik zatrudnienia w sektorach ochrony zdrowia i socjalnym w poszczególnych państwach OECD (proc. całkowitego zatrudnienia). Źródło: OECD Annual Labour Force Statistics.

Republika Czeska kontra polski oddział NFZ

W 2011 r. dokonałem analizy porównawczej cen świadczeń zdrowotnych rozliczanych w Polsce i w Republice Czeskiej, dzięki kontaktom z zaprzyjaźnionym Zarządem Górniczej Kasy Chorych w Ostrawie. Biorąc pod uwagę płace w obu krajach, można stwierdzić, iż średnia płaca w przeliczeniu na złotówki w Republice Czeskiej jest wyższa o ok. 9,4 proc., natomiast wydatki systemu ubezpieczeniowego w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego są w Republice Czeskiej 2,25 razy wyższe! Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, która w Republice Czeskiej wynosi 13,5 proc. wynagrodzenia osób pracujących. Oprócz tego za każdą osobę posiadającą tytuł do ubezpieczenia, o ile osoba ta nie pracuje (np. emeryci), budżet państwa odprowadza składkę w wysokości 723 CZK miesięcznie (ok. 118 PLN).

W zestawieniu tym wyraźnie widać, że w Czechach zdecydowanie większe są wydatki na świadczenia ambulatoryjne. Uwagę zwraca także fakt, iż wydatki administracyjne są znacznie większe aniżeli w Polsce. Systemy finansowania świadczeń zdrowotnych wielu krajów mają znacznie wyższe wydatki administracyjne. W Polskim systemie prawnym założono bardzo słusznie, że AOTMiT będzie się zajmować wyceną świadczeń, co otworzy drogę do obiektywnego zrównoważenia finansowania. Niestety ogrom zadań, jakie powierzono tej agencji, wobec nieuwzględnienia ade-

kwatnego zwiększenia zatrudnienia skutkuje niewydolnością AOTMiT.

Co z modelem konkurujących ubezpieczycieli?

Usługi medyczne ratują życie człowieka, co powoduje różnice w podejściu rynkowym do tej działalności. Dlatego też rynek usług zdrowotnych jest specyficzny i różni się od typowego wolnego rynku. Jednakże konkurencja musi funkcjonować również w jego obrębie. W mojej ocenie najważniejszym obszarem konkurencji na rynku usług zdrowotnych jest konkurowanie szpitali i innych placówek o pieniądze płatnika. W tym kontekście największe znaczenie powinno mieć kryterium jakości udzielanych świadczeń i zabieganie o klienta. Cena usługi zdrowotnej powinna zawierać wyznaczone określonym standardem warunki realizacji, a co za tym idzie – powinna podlegać wycenie i standaryzacji. Nawet w krajach, w których działanie systemu ochrony zdrowia oparte jest bardzo mocno na gospodarce rynkowej, usługi zdrowotne podlegają wycenie, której dokonują w porozumieniu z płatnikiem określone agencje. Są kraje, np. Wielka Brytania, gdzie koszty administrowania systemem finansowania świadczeń i ich rozliczania stanowią koszty funkcjonowania systemu, ale dzięki ujednoliconemu podejściu do zbierania danych kosztowych zarządzający systemem ma bardzo dobry dostęp do danych porównawczych, a co za tym idzie – posiada bardzo dobre narzędzia racjona-

Tabela 1. Udział wydatków na wybrane zakresy świadczeń w planie finansowym Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Czeskiej Kasy Chorych w 2011 r.

Lp.	Kryterium	Republika Czeska (proc.)	Opolski OW NFZ (proc.)
1	Koszty administracyjne	3,5	1,01
2	Stomatologia	6,0	3,37
3	Lecznictwo szpitalne	42,44 – z leczeniem przewlekłym	46,74 – z programami lekowymi, 43,95 – „czysty szpital”
4	Ambulatoryjna opieka zdrowotna – lekarze specjaliści	14,6	7,44 – łącznie AOS 5,75 – AOS bez ASDK
5	Rehabilitacja ambulatoryjna	1,4	1,54
6	Rehabilitacja stacjonarna (szpital)	0,6	1,84
7	Psychiatria ambulatoryjna – łącznie	0,5	0,77
8	Psychiatria – szpitale	1,8	2,85
9	Refundacja leków na recepty w aptekach	16,7	14,01
10	Koszty refundacji sprzętu ortopedycznego i pomocniczego	2,6	1,21
11	Leczenie uzdrowiskowe	2,5	0,87

lizacji i stałego obniżania kosztów dla osób uprawnionych. Jest to charakterystyczna cecha modelu systemu narodowej służby zdrowia, w której nie ma konkurencji płatnika (ubezpieczyciela).

W systemach ubezpieczeniowych dominuje model konkurujących ubezpieczycieli, który dzięki określonym prawom ramom zabezpieczenia zapewnianego ubezpieczonym daje możliwość konkurowania swoją dodatkową ofertą o klienta. Model taki bez wątpienia daje szansę na dostarczanie klientom większego zabezpieczenia aniżeli minimalne. Takiego podejścia w Polsce nigdy nie było, pomimo że system kas chorych przewidywał w swym rozwoju konkurowanie o ubezpieczonego. Na pewnym etapie reorganizacji systemu ubezpieczeniowego w Polsce zaniechano tej konkurencji, centralizując system w myśl założenia poszukiwania systemu taniego do administrowania. Nie wykorzystano wówczas doświadczeń kas chorych, zakładając, iż niskie koszty administrowania doprowadzą do lepszego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Dziś w mojej ocenie brak konkurencji ubezpieczyciela dostarczył politykom argumentów przeciwko systemowi ubezpieczeniowemu. Doświadczenia europejskie i rankingi oceny jakości świadczeń z perspektywy konsumenckiej od wielu lat wskazują, iż najlepsze są systemy ubezpieczeniowe oparte na konkurujących ze sobą instytucjach płatnika. Dzięki konkurencji o ubezpieczonych oferta, jaką otrzymują pacjenci, jest zdecydowanie większa, a klienci są bardziej zadowoleni. Nie można oczywiście zapominać o działaniach edukujących społeczeństwo, które są powszechnie stosowanym narzędziem w krajach, gdzie system ochrony zdrowia opiera się na modelu ubezpieczeniowym. Koszty prowadzonej edukacji są wprost wkalkulowane w cało-

kształt działań. Wykwalifikowani pracownicy docierają do ubezpieczonych z szerokimi programami edukacji zdrowotnej, co skutkuje obniżaniem kosztów medycyny naprawczej. Dla ubezpieczyciela jest to oczywisty element działalności. W naszym kraju mamy wielu wykształconych absolwentów wydziałów zdrowia publicznego, nie wspominając o fizjoterapeutach, którzy posiadają odpowiednią wiedzę do prowadzenia edukacji zdrowotnej. Ze względu na permanentny niedobór środków wynikający z niedoszacowania potrzeb nigdy nie brano pod uwagę wariantu, gdzie ubezpieczyciel powinien w swej aktywności angażować środki na profilaktykę i promocję zdrowia.

Podmioty lokalne mają najlepsze rozeznanie w potrzebach

W placówkach medycznych od wielu lat słyszy się głosy, że dzięki konkurencji pomiędzy płatnikami szpitale uzyskują wyższe ceny jednostkowe za wykonywane usługi medyczne dzięki konkurowaniu o zakup tych usług w szpitalach. Oczekiwanie to jest niestety błędne. W systemach konkurujących ubezpieczycieli, dzięki organizacjom nadzorującym, płatność za usługi dokonywana jest najczęściej na poziomie najniższej ceny oferowanej przez płatnika. Dzieje się tak w efekcie stosowania porozumień pomiędzy instytucjami płatnika.

Wolny wybór świadczeniodawcy to bardzo ważny czynnik, który decyduje o zadowoleniu lub nie klienta. Ten wolny wybór jest tym większy, im większa jest konkurencja na rynku usług zdrowotnych. Wydaje się, że historyczne rozwiązania sprzed lat 90. poprzedniego wieku, gdzie zauważalne były rejonizacja i brak mechanizmów projakościowych, skutkowały bardzo zły-



„Podział ról wśród szpitali w regionie jest jednym z kluczowych celów, jakie należy postawić osobom odpowiedzialnym za regionalną politykę zdrowotną”

mi opiniami i oceną systemu ochrony zdrowia przez Polaków.

Regionalna polityka zdrowotna skupia się na typowych dla regionu potrzebach zdrowotnych oraz sposobach ich zaspokajania. W skali lokalnej występuje bezpośrednie, naturalne połączenie istniejących potrzeb oraz środków przeznaczonych na ich zaspokojenie. Polityka lokalna prowadzona jest przez podmioty lokalne posiadające najlepsze rozeznanie w potrzebach własnego środowiska.

Stabe strony obszaru ochrony zdrowia

Ustawa o samorządzie województwa z 5 czerwca 1998 r. określa w art. 18, iż do wyłącznej właściwości sejmiku województwa należy uchwalanie strategii rozwoju województwa.

Konwent Marszałków Województw RP na posiedzeniu w Sopocie w maju 2011 r. postulował zwiększenie kompetencji samorządów województw i wprowadzenie adekwatnych zapisów w ustawie o działalności leczniczej. W pkt 2 tego stanowiska zapisano: „Koniecznym i kluczowym elementem, obok ustawy o działalności leczniczej, uzdrawiania polskiego systemu zdrowia jest w opinii Konwentu Marszałków ustawowe wzmocnienie roli władz województw w kreowaniu i realizacji polityki zdrowotnej regionów (np. wpływ na ilość i miejsca powoływania nowych podmiotów, na rozkład finansowania świadczeń w województwie, na politykę kształcenia kadr medycznych i specjalizacje), a także wzmocnienie wpływu na wojewódzkie oddziały NFZ i koordynację ich decyzji z działaniami samorządów województw”.

Samorząd Województwa Opolskiego w ramach swoich kompetencji w grudniu 2013 r. przyjął Strategię Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2014–2020, która to strategia na podstawie rzetelnej analizy aktualnych zasobów i danych epidemiologicznych oraz danych udostępnionych przez opolski oddział NFZ wskazała kierunki interwencji w polityce zdrowotnej z wykorzystaniem mocnych stron i szans dla regionalnej ochrony zdrowia. Po bardzo wnikliwej analizie w strategii tej wskazano następujące słabe strony obszaru ochrony zdrowia:

- 1) wyludnianie się i struktura wieku ludności oraz zmniejszająca się liczba ubezpieczonych,
- 2) deficyt lekarzy specjalistów, w tym z dziedzin geriatry, medycyny rodzinnej, pediatrii, radioterapii, interny, psychiatrii dziecięcej,
- 3) infrastruktura w kompleksowej opiece nad osobami starszymi, przewlekle chorymi, niesamodzielnymi oraz niewystarczająca liczba opiekunów,
- 4) system kompleksowej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych,
- 5) dostęp do poradni ginekologicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
- 6) dostęp do usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym rehabilitacji medycznej,
- 7) zmniejszająca się liczba lekarzy i pielęgniarek,
- 8) niedobór infrastruktury, zwłaszcza w zakresie kompleksowego leczenia nowotworów i intensywnej terapii,
- 9) wyposażenie w sprzęt oraz poziom informatyzacji jednostek ochrony zdrowia,
- 10) dostęp do opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej,
- 11) koordynacja realizacji działań i programów w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki,
- 12) opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą, w tym stomatologia dziecięca,
- 13) opieka dzienna i środowiskowa nad chorymi psychicznie,
- 14) współdziałanie obszarów opieki zdrowotnej z opieką społeczną,
- 15) aktywność ruchowa oraz poziom kultury fizycznej,
- 16) niedostosowanie godzin funkcjonowania aptek do faktycznych potrzeb mieszkańców.

Wśród szans na zapewnienie rozwoju ochrony zdrowia w regionie zapisano:

- 1) wzrost świadomości prozdrowotnej,
- 2) rozwój opieki nad matką i dzieckiem,
- 3) współpracę płatnika, jednostek ochrony zdrowia i ich właścicieli w zakresie realizacji polityki zdrowotnej,
- 4) rozwój e-zdrowia i telemedycyny,
- 5) współpracę szpitali województwa z ośrodkami akademickimi,
- 6) środki zewnętrzne na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej,
- 7) alternatywne źródła finansowania ochrony zdrowia, w tym dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne,
- 8) oparcie systemu ochrony zdrowia na instytucji lekarza rodzinnego,
- 9) innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia poprawiające skuteczność świadczonych usług medycznych,
- 10) nowe programy zdrowotne i profilaktyczne,
- 11) optymalizację kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z koncentracją działalności szpitali,

„Połączenie zalet rynku z zaletami kierowania centralnego może być korzystnym rozwiązaniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej”

- 12) decentralizację finansowania świadczeń z odpowiedzialnością regionalną za dostęp do świadczeń zdrowotnych,
- 13) rozwój rehabilitacji neurologicznej,
- 14) utworzenie bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w województwie opolskim,
- 15) powstanie na terenie województwa podmiotu (podmiotów) realizującego świadczenia z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego.

Rzetelnie analizując otoczenie i prowadząc własne obserwacje, w dokumencie strategicznym dla województwa opolskiego wskazano następujące zagrożenia:

- 1) brak wspólnego i jednolitego mechanizmu realizowania regionalnej polityki zdrowotnej,
- 2) niestabilność przepisów w ochronie zdrowia,
- 3) nakłady na ochronę zdrowia,
- 4) odpływ wykwalifikowanego personelu medycznego,
- 5) zbyt obszerny koszyk świadczeń gwarantowanych w stosunku do wielkości środków przeznaczanych na ochronę zdrowia,
- 6) wycena świadczeń zdrowotnych rozliczanych przez NFZ,
- 7) limitowanie świadczeń medycznych i związany z tym czas oczekiwania na realizację planowanych zabiegów,
- 8) brak zainteresowania wybranymi specjalizacjami medycznymi (geriatria, pediatria, medycyna rodzinna, radioterapia),
- 9) zbyt mała liczba miejsc specjalizacyjnych dla województwa opolskiego,
- 10) dysproporcje w finansowaniu usług medycznych.

Jak można zauważyć, w dokumencie z perspektywy regionu zwrócono uwagę na ważne zagadnienia, które dotyczą nie tylko polityki regionalnej, lecz także polityki zdrowotnej całego kraju. Być może z tego powodu – obiektywnej oceny pozbawionej barwy politycznej, dokument ten był komplementowany przez radnych sejmiku, którzy uczestniczyli w jego tworzeniu.

Obiektywne podejście w regionie i dobra wiedza na temat własnych zasobów w mojej ocenie są bardzo ważnym argumentem dla polityków z Ministerstwa Zdrowia, którzy powinni dostrzec w nas, odpowiedzialnych

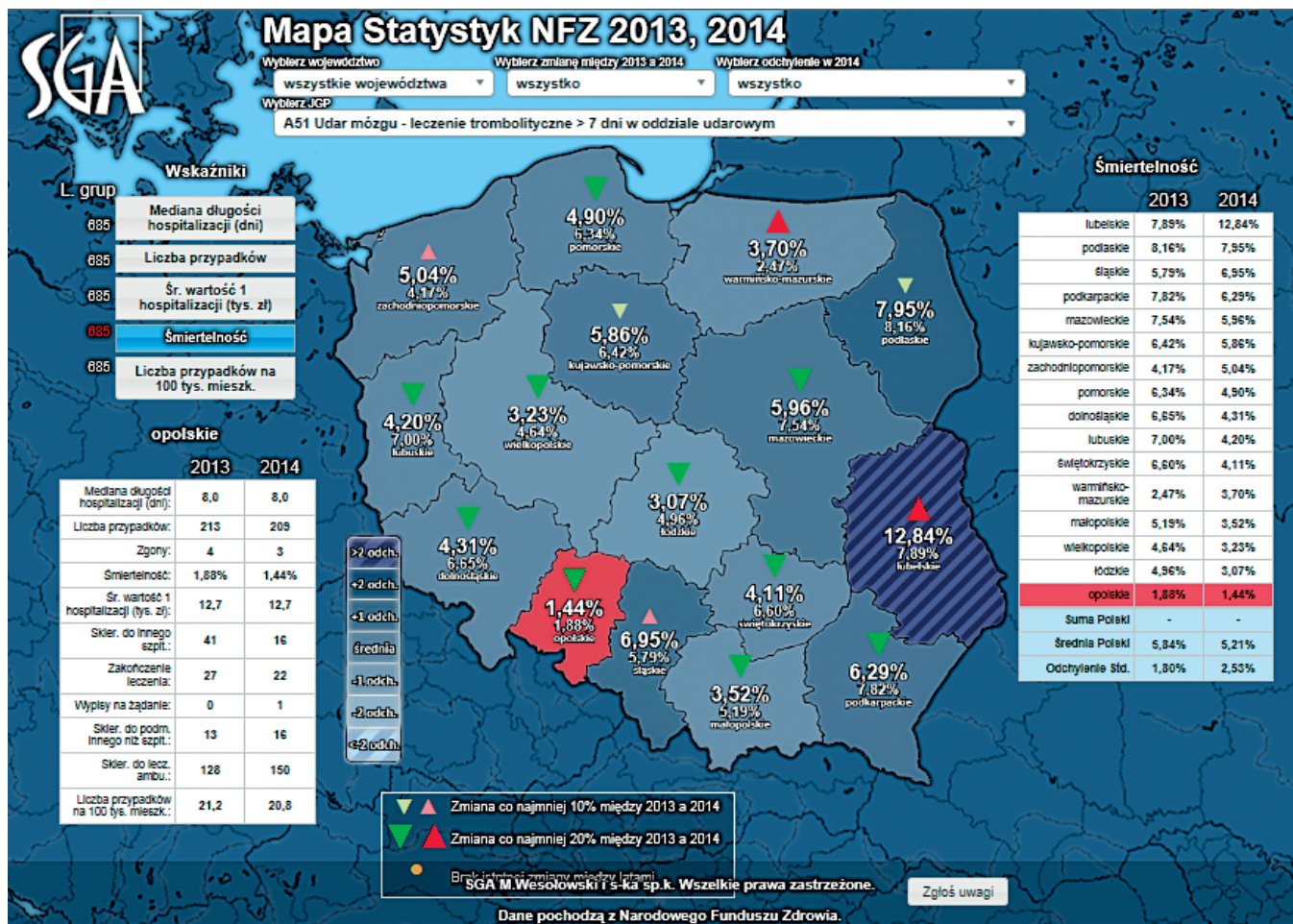
w samorządach województw za politykę zdrowotną, partnerów. Trwające obecnie prace nad mapami potrzeb zdrowotnych na każdym etapie tworzenia tych bardzo ważnych dokumentów strategicznych udowadniają, iż bez tej współpracy jakość opracowanych map będzie zła. Koordynacja działań z perspektywy kraju jest niezbędna, ale większy powinien być udział samorządów województw. Nie można postrzegać samorządu województwa tylko z perspektywy bycia organem tworzącym dla własnych podmiotów, gdyż radni sejmiku mają mandat wyborczy wszystkich mieszkańców regionu i odpowiadają przed społecznością lokalną za organizację dostępu do ochrony zdrowia.

Z własnych obserwacji

Samorząd Województwa Opolskiego do decyzji o przekształcaniu w spółki prawa handlowego podchodził bardzo ostrożnie. Nigdy nie staliśmy na stanowisku, iż komercjalizacja jest jedynym słusznym rozwiązaniem. Biorąc pod uwagę preferencje dla funkcjonujących spółek, w pierwszej kolejności podejmowano decyzje o przekształceniu placówek, które

w tym obszarze miały szansę na dodatkowe przychody. Przekształcone szpitale dzięki sprawnym zarządzającym wykazują większą dynamikę w poszukiwaniu rozwiązań poprawiających efektywność i zaangażowanie kadry w działalność medyczną. Dodatkową szansą na dalsze funkcjonowanie jest poszukiwanie rozwiązań integrujących działalność szpitali, co bardzo trudno osiągnąć w przypadku SP ZOZ-ów. W konsolidacji działalności szpitali upatrujemy szansy na poprawę efektywności i lepsze wykorzystanie potencjału zatrudnionej kadry medycznej, której niedobory są wyjątkowo dotkliwe w naszym regionie (najniższe wskaźniki liczby lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców).

Z własnych obserwacji (i nie tylko) wynika, że zbyt często szpitale położone o kilka czy kilkanaście kilometrów od siebie konkurują zamiast współpracować. Każdy chce mieć najlepszy sprzęt i pełny profil usług. Dotychczasowe regulacje ministra zdrowia i prezesa NFZ podnoszące wymagania dotyczące minimum sprzętowego i kadrowego dla kontraktowania świadczeń na oddziałach szpitalnych przez NFZ skutkowały bezsensownym „zbrojeniem się”, aby osiągnąć minimum, bez



Rycina 3. Dane porównawcze NFZ za lata 2013–2014 w rozliczaniu świadczeń w systemie JGP grupą A51.



zwracania uwagi na koszty takich decyzji. Skutek łatwo przewidzieć – zadłużanie placówek, permanentne narzekanie na NFZ, że nie kupuje dostatecznej ilości świadczeń, które może wykonać szpital. Konsolidacja szpitali oznacza też stworzenie modelu i bodźców do lepszego wykorzystania środków na inwestycje. W większych strukturach w sposób naturalny zostanie ograniczone niezasadne powielanie inwestycji, dojdzie do większej specjalizacji. Żaden kraj na świecie nie posiada nadmiaru funduszy na leczenie. Nawet nasi południowi sąsiedzi, Czesi, podejmują działania w kierunku konsolidacji. Czesi szybciej od nas dokonali komercjalizacji szpitali, uznając, że jest to dobra droga do optymalizacji funkcjonowania i poprawy zarządzania, a także pozyskiwania środków na niezbędne inwestycje. Skomercjalizowane szpitale w tym kraju w naturalny sposób łączą się w sieci, by optymalizować inwestycje. Nie każdy szpital musi inwestować we wszystko. Podział ról wśród szpitali w regionie jest jednym z kluczowych celów, jakie należy postawić osobom odpowiedzialnym za regionalną politykę zdrowotną.

Wydaje się, iż połączenie zalet rynku z zaletami kierowania centralnego może być korzystnym rozwiązaniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej, szczególnie w sytuacji, kiedy kraje rozwinięte stosują właśnie taką zasadę.

Jako przykład dobrych efektów organizacji regionalnego dostępu do świadczeń w województwie opol-

skim można wskazać strategię leczenia udarów mózgu. Przez wiele lat w regionie działały 2 oddziały udarowe kontraktowane przez NFZ zlokalizowane w Opolu w Wojewódzkim Specjalistycznym Zespole Neuropsychiatrycznym.

Od wielu lat w tym szpitalu stosowano trombolizę w udarach niedokrwiennych. Łączyło się to z prowadzoną kampanią i licznymi szkoleniami, których celem było podniesienie świadomości społeczeństwa na temat wczesnych objawów udaru niedokrwiennego mózgu celem jak najszybszego dotarcia do właściwego szpitala. Według danych porównawczych NFZ za lata 2013 i 2014 w rozliczaniu świadczeń w systemie JGP grupą A51 „Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym” w województwie opolskim zarejestrowano (ryc. 3):

- najwyższą w Polsce liczbę rozliczonych pobytów w latach 2013 i 2014 (21,2/100 tys. w 2013 r. wobec średniej dla Polski – 12,1/100 tys.),
- najniższą w Polsce umieralność pacjentów w latach 2013 i 2014 (1,88 proc. w 2013 r. wobec średniej dla Polski – 5,84 proc.),
- najniższą w Polsce średnią wartość rozliczonej z NFZ hospitalizacji z grupą A51 (12,7 tys. zł w 2013 r. wobec średniej dla Polski 13,6 tys. zł),
- dzięki optymalnemu w aktualnej sytuacji finansowej Opolskiego OW NFZ systemowi zapewnienia dostępu do wczesnej rehabilitacji neurologicznej –

