



Dłużej czekać nie można

Fot. 3x istockphoto.com

Od wielu lat funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce niezmiennie wywołuje ogromne zastrzeżenia korzystających z pomocy, a także ogromnej rzeszy pracowników. Wszyscy się niestety do tego przyzwyczaili. A jednocześnie istnieje powszechna opinia co do przyczyn tego stanu rzeczy i wbrew pozorom na pierwszym miejscu nie znajduje się niedostatek pieniędzy, ale złe zorganizowanie systemu.

Ten problem ma swoją kumulację w minionych 20 latach w związku z wdrażaniem „reformy Buzka”. Jak słusznie podkreśla Agata Dąmbaska na łamach „Forbesa”, m.in. w tekście „Dryf szpitalnictwa” (<https://www.forbes.pl/opinie/dlaczego-polska-sluzba-zdrowia-nie-dziala/my0ln1t>), problemem polskiej ochrony zdrowia nie jest niedofinansowanie – wydajemy na opiekę zdrowotną łącznie 7 proc. PKB, a więc niewiele mniej niż wynosi średnia unijna (9 proc.). Według raportu OECD Polska jest na 36. miejscu pod względem wydatków na ochronę zdrowia. Problemem jest to, że państwo zrzuciło odpowiedzialność za szpitale na barki samorządów, ale zapomniało nadać im odpowiednie kompetencje. Dotyczy to także niestety inspekcji sanitarniej, która w krańcowym procesie decentralizacji podlega zarządom poszczególnych powiatów. Wszystkie niedostatki tego rozwiązania wystąpiły z całą jaskrawością podczas trwającej obecnie pandemii.

Funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest rozdzielone na siedem podmiotów: gminy, powiaty, województwa, uczelnie medyczne, resortową ochronę zdrowia MSWiA, MON oraz Ministerstwo Zdrowia. W efekcie ich zadania niejednokrotnie się dublują, nie tworząc

jednolitego modelu zarządzania. Według Dąmbaskiej właśnie to, a nie brak pieniędzy stanowi główną przyczynę niewydolności całego systemu. Trudno się z tym stwierdzeniem nie zgodzić.

Zdaniem Piotra Brombera, dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, nie ma równowagi między podmiotami uczestniczącymi w systemie ochrony zdrowia. Ekspert twierdzi, że to skutkuje rozproszeniem i rozmyciem odpowiedzialności i wpisuje się w „decentralizację problemów”, czyli wycofywanie się państwa z określonych obszarów działania i w ten sposób pozbywanie się odpowiedzialności.

Na ten problem wskazuje również Grażyna Magnuszewska-Otulak, pracownik Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, która specjalizuje się w polityce zdrowotnej. Jako przykład podaje przeniesienie na jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialności za niewydolność i niedofinansowanie systemu.

Także inni autorzy, m.in. prof. n. ekon. Stanisława Golinowska, specjalistka w zakresie polityki społecznej, pisząc o efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia, zwracają uwagę na rozproszoną i rozmytą odpowie-



„Dłużej już czekać nie można – aby sprostać dzisiejszym, a głównie jutrzejszym wyzwaniom, musimy jak najszybciej przywrócić odpowiedzialność rządowego centrum za politykę zdrowotną i socjalną państwa”

działność instytucji (organów) jako jedno z istotnych źródeł nierównowagi i nieefektywności finansowej systemu.

Raport OECD z grudnia 2018 r. „Health at a Glance: Europe 2018” alarmuje, że konieczne jest racjonalne gospodarowanie pieniędzmi na zdrowie. Wskazuje, że nawet 20 proc. środków na opiekę zdrowotną można lepiej wykorzystać poprzez optymalizację wydatków. Może to dotyczyć m.in. zakupu farmaceutyków czy finansowania świadczeń medycznych poprzez ocenę zastosowanych w nich technologii medycznych, a także ograniczenia hospitalizacji pacjentów przewlekle chorych, którzy mogą być leczeni ambulatoryjnie.

Organizacja publicznej ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych, a zarazem najtrudniejszych zadań państwa. W obecnym, dysfunkcyjnym stanie zorganizowania systemu wiele podmiotów państwowych i samorządowych nie radzi sobie dostatecznie z zapewnieniem efektywnej opieki medycznej.

Przywrócić odpowiedzialność rządowego centrum za politykę zdrowotną i socjalną państwa?

Należy podkreślić, że nie ma idealnych systemów opieki zdrowotnej. Rządy wszystkich państw stale je

modernizują, poprawiają jakość ich funkcjonowania, starają się ograniczyć wzrost wydatków. Nie ma jednej recepty, jak taki system powinien wyglądać. W każdym kraju na kształt opieki zdrowotnej wpływa wiele czynników: historia, sytuacja zdrowotna i ekonomiczna oraz oczywiście polityka.

Według Dariusza Kwiatkowskiego (kancelaria restrukturyzacyjna) w tej sytuacji wprowadzenie koniecznych zmian w strukturze szpitali, zwłaszcza w zakresie zatrudnienia czy liczby łóżek, hamowane jest przez czynniki polityczne, kierujące się w podejmowaniu decyzji głównie opinią publiczną, a nie rachunkiem ekonomicznym. Zjawisko to kumuluje się w szpitalach powiatowych.

Już z tego skrótego wprowadzenia widać, że stymy przed pilną, fundamentalną zmianą systemu zorganizowania opieki zdrowotnej. Dłużej już czekać nie można – aby sprostać dzisiejszym, a głównie jutrzejszym wyzwaniom, musimy jak najszybciej przywrócić odpowiedzialność rządowego centrum za politykę zdrowotną i socjalną państwa. Pandemia postawiła w tej kwestii kropkę nad i. Tym centralnym ośrodkiem może być tylko Ministerstwo Zdrowia, ale pilnie wsparte przez zaplecze naukowe i eksperckie.

Ministerstwa nie może nadal zastępować w tym względzie NFZ, który wg Eweliny Nojszewskiej (Szkoła Główna Handlowa) przy okazji wykonywania swych ustawowych zadań płatnika realizuje politykę zdrowotną. Na obronę NFZ można przytoczyć powiedzenie „natura nie znosi próżni”.

W pracach nad gruntowną reformą systemu ochrony zdrowia z akcentem na zarządzanie centralne i regionalne nie można pominąć potrzeby ponownej integracji opieki zdrowotnej i społecznej. Nie jest możliwa optymalna koordynacja opieki zdrowotnej przez POZ, jeśli opieka socjalna (ośrodki opiekuna społecznego) pozostaje w innym resorcie. Również pensjonariusze stacjonarnych ośrodków pomocy socjalnej (DPS) zyskają, wchodząc w orbitę jednego resortu zdrowia i spraw socjalnych.

Mówiąc umownie o centralnym zarządzaniu opieką zdrowotną, mamy oczywiście na myśli łącznie zarządzanie centralne i regionalne, i to głównie w odniesieniu do szpitali i jednostek inspekcji sanitarnej. Pozostałe elementy systemu – w pierwszej kolejności POZ, AOS, ośrodki opieki terminalnej, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz pomocy społecznej – byłyby nadal w gestii lokalnych instytucji.

Przykład hiszpański

W Polsce szczebel centralnego zarządzania mogłby wykorzystywać doświadczenia Hiszpanii, gdzie odpowiedzialność za organizację i bezpośrednie funkcjonowanie opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich dwóch dekad została przekazana przez władzę centralną władzy regionalnej (kraj jest podzielony na 17 regionów).

Minister zdrowia i spraw konsumenckich definiuje na poziomie ogólnonarodowym, w Madrycie, zakres minimalnych standardów i wymagań, jakie powinny spełniać świadczenia zdrowotne opłacane przez system publiczny. Jest odpowiedzialny za legislację i zapewnienia prawidłową współpracę między rządami lokalnymi (w Polsce urzędy wojewódzkie) a rządem centralnym. Kreuje międzyregionalną politykę zdrowotną, koordynuje międzynarodową politykę zdrowotną i publikuje zbiorczo-porównawcze raporty dotyczące stanu zdrowia ludności. Rządy regionalne są odpowiedzialne za organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej dla mieszkańców swoich regionów i implementację ogólnonarodowych celów polityki zdrowotnej. Samorządy lokalne odpowiadają jedynie za usługi zdrowia publicznego związane z ochroną środowiska i działaniami o charakterze pomocy społecznej.

O pilne uporządkowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce apeluje także prof. Grzegorz Gielerak (Wojskowy Instytut Medyczny), który uważa, że zwiększenie nakładów bez uporządkowania systemu tylko pogłębi trudności (PAP, 26 września 2019 r.). Twierdzi, że integracja funkcjonalna działalności podmiotów leczniczych o różnych poziomach referencyjności odpowiedzialnych za dostarczanie kompleksowych usług medycznych oraz przeprofilowanie części dotychczasowych szpitali powiatowych to najważniejsze wyzwania organizacyjne najbliższych lat, a właściwe zagospodarowanie pieniędzy z Unii Europejskiej może je znacząco przyspieszyć. Ta słuszna idea jest skutecznie ograniczana przy obecnym rozproszeniu podmiotów właścicielskich szpitali.

W obecnej sytuacji opieki zdrowotnej w kraju kluczowym problemem wg prof. Gieleraka jest to, „gdzie, na bazie jakich podmiotów, funkcjonujących w ramach jakiej struktury organizacyjnej chcemy zaaranżować działanie gruntownie zmodyfikowanej sieci szpitali”. Dopiero znając odpowiedzi na te pytania, będziemy w stanie właściwie i celowo ukierunkować pozyskiwane środki finansowe (w tym z UE) na inwestycje w sprzęt i infrastrukturę. W budowie nowego modelu organizacji systemu zabezpieczenia szpitalnego należy dążyć do tego, by osią jego rozplanowania był region zapewniający optymalną sieć wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia, odpowiedni do potrzeb potencjał łóżek intensywnej terapii w szpitalach opieki krótkoterminowej, a także określone lokalnymi potrzebami zasoby szpitali dziennych, długoterminowych i placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych. Największe znaczenie dla zagwarantowania wysokiej skuteczności i efektywności funkcjonowania tak zdefiniowanego systemu ma odpowiednie rozmieszczenie jednostek na mapie kraju. Podstawą ich usytuowania powinna być przypisana w systemie funkcja oraz wnioski wynikające z map potrzeb zdrowotnych.

Profesor Gielerak twierdzi, że w strukturze organizacyjnej na obecnym etapie rozwoju szpitalnictwa

” O pilne uporządkowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce apeluje także prof. Grzegorz Gielerak (Wojskowy Instytut Medyczny), który uważa, że zwiększenie nakładów bez uporządkowania systemu tylko pogłębi trudności ”

w Polsce znajduje uzasadnienie zastosowanie modelu integracji placówek szpitalnych z wyodrębnieniem co najmniej trzech grup współpracujących ze sobą w formie wzajemnie się uzupełniającej, a nie dublującej (jak często się zdarza) oferty świadczeń. Po jednej stronie byłyby instytuty, szpitale kliniczne, centra urazowe, szpitale wojewódzkie i ponadregionalne, dotychczasowe duże szpitale powiatowe oraz podmioty specjalistyczne (onkologiczne, pulmonologiczne i in.). W przypadku tych jednostek decyzja o lokalizacji powinna być wypadkową regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Kolejną grupą jednostek opieki stacjonarnej, wobec których należałoby stosować kryteria rozmieszczenia, jakkolwiek nieco mniej rygorystycznie, są centra rehabilitacji. Uzasadnieniem dla takiego działania byłoby przede wszystkim zagwarantowanie odpowiednich warunków do prowadzenia opieki koordynowanej pomiędzy szpitalami o różnych poziomach referencyjności funkcjonujących w regionie. Na drugim biegunie znalazłyby się placówki lokalne, szczególnie w zakresie oddziałów wewnętrznych, rehabilitacji, zakładów opiekuńczych i terminalnych, pełniące funkcję uzupełniającą w powiązaniu z POZ i AOS oraz ośrodkami pomocy społecznej. Trzecim elementem byłyby szpitale komercyjne, które z zasady powinny wypełniać lukę wynikającą z niedofinansowania systemu publicznego i wykonywać brakujące, limitowe świadczenia zakupione przez płatnika.

Należy raz jeszcze podkreślić z całą mocą, że optymalny sposób planowania i organizacji opieki zdrowotnej wymaga podporządkowania podmiotów leczniczych działających w regionie jednej jednostce administracji państwowej (wydziałowi zdrowia urzędu wojewódzkiego) odpowiedzialnej za prowadzenie regionalnej polityki zdrowotnej. Regionalny program medyczny powinien się opierać z jednej strony na analizie i prognozie sytuacji zdrowotnej ludności regionu i trendów demograficznych, z drugiej natomiast na dokładnej analizie działalności podmiotów leczniczych,



„Chiński system ochrony zdrowia nie jest idealny, ale możemy mu zazdrościć i uczyć się od niego efektywności”

oferowanego zakresu i kompleksowości leczenia, wykorzystania dotychczas posiadanego potencjału. Według prof. Gieleraka tak przygotowany program powinien być okresowo nowelizowany z uwzględnieniem zmieniających się uwarunkowań zewnętrznych.

A może wzór z Chin?

Profesor Maciej Banach, jeden z moderatorów Polsko-Chińskiego Szczytu Zdrowia, który odbył się podczas Hospital & Healthcare Management 2018, dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, uważa, że zarządzanie centralne, takie jak w Chinach, byłoby dobre dla polskiej ochrony zdrowia. Mówi, że chiński system nie jest idealny, ale możemy mu zazdrościć i uczyć się od niego efektywności. W Chinach opieka medyczna jest zarządzana centralnie, wszyscy interesariusze są podporządkowani rządowi. Ważne decyzje związane z ochroną zdrowia podejmuje się na szczeblu krajowym. Może Ministerstwo Zdrowia powinno działać ponad podziałami, mówić jednym głosem i zarządzać systemem ochrony zdrowia centralnie? Wydaje się, że byłoby to dobre dla wszystkich uczestników systemu.

Według Najwyższej Izby Kontroli pierwszym elementem koniecznej, kompleksowej reformy systemu ochrony zdrowia powinno być wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa oraz opracowanie długookresowej strategii rozwoju systemu, która powinna uzyskać akceptację społeczną. Brak długookresowej strategii niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie instytucji

ochrony zdrowia i zniechęca do podejmowania decyzji inwestycyjnych w tym obszarze. NIK informuje, że należy rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa: „Konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku szpitali samorządowych umożliwi niezbędną koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu, a wprowadzenie skutecznych mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa powinno prowadzić do wyeliminowania nieefektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie. Dotychczasowe 20-letnie próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów w postaci koordynacji procesu leczenia i efektywnego gospodarowania środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej” (<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/quo-vadis-sluzbo-zdrowia.html>).

Zdaniem Adama Rozwadowskiego, założyciela spółki CM Enel-Med, zarządzanie zdrowiem to zadanie dla samorządów na szczeblu wojewódzkim. Powinny one także przejąć powiatową infrastrukturę szpitalną. Rozdrobnienie właścielskie sprawia, że zasoby nie są optymalnie wykorzystywane.

„Reforma Buzka”

Można by tak jeszcze długo cytować opinie ekspertów, których wspólnym mianownikiem jest miążżąca krytyka „reformy Buzka”. Wszyscy od lat mówią to samo, tylko żadna instytucja powołana do tego celu nie podejmuje jakichkolwiek działań naprawczych.

„Reforma Buzka” ogromnie skomplikowała i pogorszyła warunki funkcjonowania opieki zdrowotnej, doprowadzając jednocześnie do narastającego marnotrawstwa środków. Dotyczy to również dublujących się wydziałów zdrowia w urzędach marszałkowskich i wojewódzkich. Zasadnicza korekta tej reformy, a w zasadzie stworzenie konstrukcji systemu od nowa nie może się ograniczać wyłącznie do budowy optymalnego zarządzania opieką zdrowotną na szczeblu centralnym i regionalnym. Oczekiwane działania powinny się wpisać w przygotowywaną reformę samorządową, która najprawdopodobniej określi na nowo zadania i funkcje powiatów, przy okazji zmniejszając ich liczbę o połowę.

Dzisiaj nikt już nie ma wątpliwości, że ochrona zdrowia rozumiana jako system powiązań gospodarczych i społecznych musi stać się wreszcie dobrze uświadomionym priorytetem polityki państwa, a wydatki na zdrowie nie mogą być traktowane inaczej niż jako najlepsza i nieodzowna inwestycja.

Maciej Murkowski