



Fot. iStockphoto.com

Duński przykład: ochrona zdrowia w państwie obywatelskim

Wszystkie ręce na pokładzie

Podczas gdy u nas raz po raz pada hasło „wszystkie ręce na pokład”, także w kontekście ochrony zdrowia, w niedalekiej Danii ta zasada obowiązuje od lat z dużym sukcesem.

W maju 2014 r. gościła w Polsce wysokiego szczebla delegacja duńskiej ochrony zdrowia, z ministrem zdrowia na czele. Podczas bardzo ciekawego spotkania w rezydencji ambasadora Danii, na które z powodu „licznych obowiązków” nie dotarł żaden przedstawiciel naszego Ministerstwa Zdrowia, członkowie najlepszych firm duńskich oraz organizacji Healthcare Denmark zaszczytli wśród obecnych na spotkaniu Polaków ducha współpracy interesariuszy systemu ochrony zdrowia obecnego od lat w Danii.

Duńska organizacja

Już sama organizacja Healthcare Denmark jest swoistym tego odzwierciedleniem, opiera się bowiem na partnerstwie publiczno-prywatnym z prawdziwego zdarzenia. Partnerami są Ministerstwo Zdrowia, regiony Danii (województwa) oraz prywatne firmy działające na rynku ochrony zdrowia. Celem jest promocja duńskiej ochrony zdrowia i współpraca na forum krajowym. To właśnie prezes Healthcare Denmark w obecności ministra zdrowia zaprosił Polską Federację Szpitali do złożenia wizyty w Danii. Całkiem niedawno

kilkunastu dyrektorów polskich szpitali miało możliwość bezpośredniego poznania duńskiej ochrony zdrowia. Program wizyty przygotowany przez Duńczyków obejmował prezentację systemu przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, regionów Danii, wizytę w szpitalu uniwersyteckim w Kopenhadze, a następnie na budowie największego szpitala w Danii o budżecie wysokości miliarda euro.

Duński system ochrony zdrowia

Dania jest państwem o największych publicznych nakładach na ochronę zdrowia na świecie. Rocznie rząd duński przeznacza 11,1 proc. PKB na ochronę zdrowia, co odpowiada 4485 USD *per capita*, w tym wydatki prywatne wynoszą zaledwie 593 USD *per capita*. W Danii praktykuje 340 lekarzy na 100 tys. osób, liczba łóżek szpitalnych wynosi 287 na 100 tys., 20 proc. obywateli pali papierosy, a 13,5 proc. ma nadwagę. System finansowania jest budżetowy. W roku 2007, przy okazji reformy samorządowej, dokonano reformy systemu ochrony zdrowia, której celem było jego uporządkowanie oraz jasne określenie obszarów

odpowiedzialności. Za priorytet uznano wzmocnienie sektora publicznego oraz równy dostęp do świadczeń wszystkich obywateli. Dodatkowo kierowano się koncepcją przeniesienia jak największego zakresu usług jak najbliżej pacjenta. Postanowiono, że szpitale powinny się skupić wyłącznie na leczeniu, które nie może być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. W reformie z 2007 r. założono, że regiony Danii są odpowiedzialne za opiekę medyczną. W trakcie reformy samorządowej zlikwidowano powiaty, utworzono 5 regionów oraz zmniejszono liczbę gmin z 270 do 98.

Regiony

Władze regionów pochodzą z wyborów bezpośrednich, rada składa się z 41 osób, a jej przewodniczący jest wybierany przez radnych. Kadencja trwa 4 lata, a wybory odbywają się razem z wyborami do rad municypalnych (gminnych). Regiony nie mają prawa pobierania podatków, w przeciwieństwie do gmin. Z tego powodu polegają na finansowaniu centralnym (70 proc.) oraz na dotacjach pochodzących z podatków lokalnych pobieranych przez gminy (30 proc.). Budżet centralny odprowadza tzw. kontrybucję zdrowotną (*sundhedsbidrag*) w wysokości 8 proc. wartości podatków dochodowych obywateli. Aż 90 proc. budżetu regionów jest alokowane na publiczną ochronę zdrowia.

Wszystkie szpitale publiczne, w tym uniwersyteckie, zostały podporządkowane regionom. Dodatkowo regiony odpowiadają za finansowanie i organizację pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów i chiropratyków (AOS). Należy wspomnieć, że są to profesjonaliści praktykujący prywatnie, ale świadczący usługi w systemie publicznym i pod nadzorem organizacyjnym regionów. Regiony, które otrzymują pieniądze z budżetu centralnego, są także płatnikiem. Ciekawym i na wskroś obywatelskim rozwiązaniem jest instytucja tzw. komisji regionu ds. zdrowia, której członkowie są wybierani w wyborach samorządowych. Komisje są niezależne od pozostałych władz regionalnych, a także autonomiczne w stosunku do Ministerstwa Zdrowia. Przy resorcie zdrowia działa Centralna Rada ds. Zdrowia, w której skład wchodzi wszyscy interesariusze systemu, tj. przedstawiciele ministerstwa, regionów, władz municypalnych, a także menedżerowie, lekarze, pielęgniarki i środowisko akademickie. Od pięciu lat rekomendacje centralnej rady są wiążące dla ministra zdrowia. Ważną rolę odgrywają także władze municypalne (odpowiedniki naszych gmin). Są one odpowiedzialne za oświatę zdrowotną i profilaktykę, za rehabilitację niestacjonarną, opiekę nad seniorami, zapobieganie i leczenie uzależnień oraz za stomatologię. Fundusze na cele zdrowotne realizowane przez władze municypalne pochodzą z budżetu centralnego i są przekazywane gminom bez pośrednictwa regionów. System szpitali prywatnych jest w Danii słabo rozbudowany. Ich rola

oprócz procedur z medycyny ulepszejacej oraz leczenia niekonwencjonalnego polega na uzupełnianiu możliwości placówek publicznych. W wypadku gdy czas oczekiwania wynosi ponad miesiąc (lub 2 miesiące dla niektórych procedur), regiony i ich szpitale są zobligowane zlecić wykonanie tych procedur podmiotom prywatnym. Pieniądze pochodzą z budżetu regionów. Zlecenie procedur podmiotom prywatnym nie jest w Danii zjawiskiem częstym, gdyż szpitale publiczne są dobrze wyposażone i dysponują ogromnymi budżetami w porównaniu z polskimi placówkami.

Administracja centralna jest słabo rozbudowana. W duńskim MZ pracuje ok. 200 osób, najwięcej jest konsultantów i doradców, a zdecydowanie mniej niż u nas wiceministrów, dyrektorów i kierowników.

Przykładowy szpital

Szpital uniwersytecki Bispebjerg-Frederiksberg w Kopenhadze dysponuje 650 łózkami, roczna liczba wypisów wynosi 56 tys., a porad i procedur ambulatoryjnych – 350 tys. W szpitalu pracuje 4 tys. ludzi, a roczny budżet wynosi ok. 1,1 mld zł. Szpital jest zarządzany zespołowo przez 4 osoby – menedżera (ekonomistę), lekarza, pielęgniarkę oraz prawnika. Placówka została podzielona na departamenty kliniczne interdyscyplinarne oraz specjalistyczne. Panuje atmosfera pracy zespołowej, co widać na każdym kroku, także podczas prezentacji nowego interdyscyplinarnego programu leczenia ran i odleżyn, którego sukces przedstawiali zgodnie lekarze różnych specjalności, pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz menedżerowie.

Wnioski dla Polski

Zasadniczy wniosek, jaki nasuwa się po wizycie w Danii, jest taki, że upowszechnił się tam udział wszystkich interesariuszy w podejmowaniu decyzji oraz organizowaniu i zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. W tym zakresie Dania jawi się jako wzorzec godny naśladowania. Inne rozwiązania zastosowane z powodzeniem w Danii są u nas niemożliwe do wprowadzenia, gdyż opierają się na gruntownej reformie samorządowej, która w Polsce nie jest obecnie możliwa. Oczywiście Dania jest małym krajem pod względem liczby obywateli, a równocześnie bogatym, na dodatek znajduje się w czołówce państw pod względem kwot przeznaczanych na ochronę zdrowia. Uważam, że Dania podchodzi bardzo realistycznie do wymagań wobec swoich szpitali, pomimo ich bogactwa. Uczestnicy *study tour*, dyrektorzy polskich szpitali, zauważyli, że odwiedzane przez nas placówki raczej nie spełniłyby polskich wymagań sanitarno-epidemiologicznych, dotyczących obsady lekarsko-specjalistycznej, a także polskich przepisów przeciwpożarowych. Życzylibyśmy sobie zatem urealnienia wymagań w stosunku do naszych szpitali.

Jarosław J. Fedorowski
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali.