

## **Zdrowie centralnie planowane**

Zaprezentowany ostatnio przez Ministerstwo Zdrowia dokument pt.: „Narodowa Ochrona Zdrowia”, prezentuje strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia na najbliższe dwa lata. Od 1 stycznia 2003 roku kasy chorych zostaną zastąpione przez jeden Narodowy Fundusz Zdrowia. Potrzeba dalszych zmian w zreformowanym w 1999 roku systemie ochrony zdrowia nie budzi chyba niczyich wątpliwości w obliczu ogólnego braku satysfakcji z wprowadzonych przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne rozwiązań. Są one negatywnie oceniane przez pacjentów, przez lekarzy, a także przez przedstawicieli rządu odpowiedzialnych za politykę zdrowotną. Taka ocena systemu puz wynika z jego poważnych wad konstrukcyjnych, które należy jak najszybciej usunąć.

Próbując określić stopień realizacji założeń i celów reformy z 1999 roku, trzeba stwierdzić, że analiza istniejących zjawisk wskazuje, iż część spośród nich została jednak zrealizowana. Pacjenci otrzymali prawo wolnego wyboru lekarza i przychodni, wprowadzono zasadę podpisywania kontraktów na wykonywanie świadczeń medycznych, reforma stanowi też impuls do usamodzielniania i prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Nie udało się jednak osiągnąć poprawy jakości świadczeń medycznych, zlikwidować (lub chociaż zmniejszyć) szarej strefy, osiągnąć ekwiwalentności wynagrodzeń pracowników służby zdrowia w stosunku do wykonywanej pracy, ani też uzyskać zobiektywizowanych narzędzi umożliwiających racjonalizację zatrudnienia oraz racjonalne korzystanie z zasobów materialnych i finansowych.

Rozważając możliwości dalszej przebudowy systemu ochrony zdrowia należy niewątpliwie wziąć pod uwagę jak najszersze spektrum opcji, nie lekceważąc żadnej z nich, po to by następnie móc bez zbędnych uprzedzeń wybrać najkorzystniejszy wariant. Wydaje się jednak, że te spośród możliwych rozwiązań, które sprawdziliśmy już w praktyce, i których działanie okazało się zdecydowanie niesatysfakcjonujące, możemy z czystym sumieniem pominąć. Mamy tu na myśli elementy systemu zdrowotnego opartego na tradycyjnym modelu Siemaszki, bazującym na koncepcji socjalistycznej, scentralizowanej służby zdrowia, który przewiduje finansowanie systemu z podatków za pośrednictwem budżetu państwa oraz

powszechny dostęp dla całej populacji do pełnego zakresu całkowicie bezpłatnych świadczeń. System taki funkcjonował w naszym kraju do 1998 roku i konieczność odejścia od niego nie była podważana. Dotyczy to zresztą nie tylko Polski - inne kraje, w których model Siemaszki stanowił podstawę organizacji ochrony zdrowia starają się również jak najszybciej od niego odejść, jako że efektem jego stosowania jest przede wszystkim zły stan zdrowia mieszkańców tych krajów, a także istotne wady działania samej służby zdrowia. Anachroniczność tego systemu polega też na braku rozwiązania problemu rozbieżności pomiędzy rosnącymi możliwościami technologicznymi opieki zdrowotnej i wynikającym stąd wzrostem oczekiwań społecznych, a brakiem możliwości ich realizacji związanym z ograniczonymi zasobami.

Niestety lektura dokumentu Ministerstwa Zdrowia wskazuje na jednoznaczny zamiar powrotu do rozwiązań systemowych sprzed 1999 roku. Czytając opracowanie nie trzeba się długo zastanawiać, aby stwierdzić, że chodzi po prostu o centralizację systemu ochrony zdrowia. Sam termin „centralizacja” nie pojawia się w dokumencie, istota jego treści do tego się jednak sprowadza. W tekście można natomiast znaleźć inne, źle się kojarzące słowo: plan. Plan zdrowotny, plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia... Na szczęście nie wspomniano nic o planie x-letnim. Opieranie działania systemu na odgórnie opracowywanych, szczegółowych planach powoduje daleko idące niedopasowanie podaży do popytu na określone świadczenia, czego najlepszym dowodem empirycznym jest funkcjonowanie gospodarki PRL, gdzie obowiązywała zasada centralnego planowania. Nowoczesny system ochrony zdrowia powinien być zorganizowany w taki sposób, aby samoistnie dostosowywał się do potrzeb obywateli wyrażonych popytem na określone świadczenia. A najszybsze i najdokładniejsze dostosowanie podaży do popytu zapewniają reguły gospodarki wolnorynkowej. Toteż należy dążyć do możliwie najszerszego ich zastosowania w systemie (zwracając jednakże szczególną uwagę na specyfikę sektora ochrony zdrowia i mogące z niej wynikać zakłócenia funkcjonowania wolnego rynku).

Z kolei według autorów dokumentu to właśnie plany wymuszą proces restrukturyzacji szpitali oraz zagwarantują odpowiedni poziom dostępności i jakości udzielania świadczeń zdrowotnych. Można tu jednak zadać pytanie: dlaczego? Naszym zdaniem umieszczenie takich czy innych elementów w oficjalnym planie nie stanie się siłą sprawczą prowadzącą do realizacji określonych zadań. Reformowanie takiego systemu, jakim jest system ochrony zdrowia, wymaga wzięcia pod uwagę „oporu materii”, tzn. tego, że ludzie funkcjonujący w systemie, którym wprowadzane zmiany są nie na rękę, będą się starali najpierw do zmian tych

nie dopuścić, a jeśli to im się nie powiedzie, to następnie będą próbowali zneutralizować efekty owych zmian. Dlatego bardzo istotne jest dopracowanie projektu przebudowy systemu z punktu widzenia motywacji poszczególnych grup jego uczestników. Tymczasem czytając dokument Ministerstwa nie sposób oprzeć się wrażeniu, że jego autorzy oczekują, iż w przekształconym systemie wszyscy będą wykonywać swoje zadania niejako automatycznie, pod wpływem niezidentyfikowanych, acz skutecznych bodźców. A przecież bodźce mogą tu wystąpić tylko w jednej z trzech postaci: pieniędzy, poczucia misji lub przymusu. Przymus w tym przypadku (mamy nadzieję) nie wchodzi w grę, pieniędzy w systemie brakuje, a poczucie misji pracowników służby zdrowia jest bodźcem intensywnie eksploatowanym od lat (powstaje więc pytanie: jak długo można?). Nie tylko więc brakuje tu skutecznych mechanizmów motywacyjnych, ale też koncepcji rozwiązania bodaj czy nie najtrudniejszego problemu polskiego systemu zdrowotnego – problemu napięć płacowych.

Kwestia motywacji dotyczy zresztą nie tylko zawodów medycznych – projekt przewiduje, że przedstawiciele samorządu terytorialnego i innych podmiotów społecznych będą mieli zapewnione uczestnictwo w realizacji polityki zdrowotnej poprzez udział w Radzie Narodowego Funduszu Zdrowia i radach opiniodawczych przy oddziałach wojewódzkich. Niestety będą oni musieli pracować społecznie. Powód jest prosty: system nie zniesie dodatkowych obciążeń finansowych. Tylko kto zechce za darmo przeprowadzić rzetelną analizę i napisać fachową opinię? Pamiętajmy, że zaważy ona na przyszłości systemu!

Wróćmy jednak do centralizacji. W raporcie znajduje się postulat o przywróceniu „zasady konstytucyjnej odpowiedzialności władz publicznych za opiekę zdrowotną nad obywatelami”, co ma się odbyć przez przyznanie Ministrowi Zdrowia kompetencji do określenia struktury organizacyjnej kas chorych, rodzaju stanowisk oraz regulaminu wynagradzania pracowników na poszczególnych stanowiskach, a także decydującego głosu w sprawie powoływania rad kas chorych. W przyszłości podobne kompetencje miałyby zapewne przysługiwać Ministrowi Zdrowia w odniesieniu do Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z jego oddziałami wojewódzkimi. Tymczasem owa zasada konstytucyjnej odpowiedzialności nigdy nie została złamana. Art. 68 Konstytucji nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Chodzi tu jednak o obowiązek zorganizowania systemu zapewniającego obywatelom realizację ich praw, a nie o obowiązek bieżącego zarządzania takim systemem, czy też bycia właścicielem instytucji wchodzących w jego skład. To tak jak by z obowiązku

rodziców zapewnienia dziecku dostępu do edukacji miała wynikać konieczność przyznania im kompetencji do określania struktury organizacyjnej szkoły oraz regulaminu wynagradzania nauczycieli i decydującego głosu w kwestii powoływania dyrekcji szkoły.

Co więcej, w dokumencie zwrócono uwagę na „widoczny brak polityki zdrowotnej państwa”, podczas gdy polityka ta, owszem istnieje, chociaż została sprowadzona na niższy szczebel i polega na przekazaniu kompetencji w zakresie ochrony zdrowia na mocy ustawy kasom chorych.

Dalej w raporcie proponuje się wprowadzenie ujednoczonych warunków kontraktacji i cen świadczeń medycznych, co ma wyrównać szanse ekonomiczne po stronie świadczeniodawców. Kontraktowanie takie jest szkodliwe, gdyż np. klinika specjalistyczna w Warszawie i szpital powiatowy w Suwałkach mogą mieć różne koszty i różną jakość udzielanych świadczeń. Wprowadzenie takich zasad uderzy głównie w placówki o wyższych kosztach, ale udzielających wysokiej jakości świadczeń. Ujednoczenie zadziała jako czynnik zniechęcający dobre jednostki do udzielania wysokiej jakości świadczeń, gdyż po prostu przestanie im się to opłacać, skoro otrzymywane wynagrodzenie pozostaje na jednakowym poziomie niezależnie od jakości udzielanych świadczeń. Wtedy faktycznie będziemy mieli do czynienia z równym dostępem do usług, szkoda tylko, że na bardzo niskim poziomie (zadłużonej przychodni z Koziej Wólki).

Następnie wątpliwości budzi pomysł powołania krajowej sieci szpitali publicznych. Nie jest to warunkiem koniecznym do zapewnienia równego dostępu do bezpłatnego leczenia szpitalnego. Wydaje się, że zmiany w tym zakresie powinny iść raczej w kierunku prywatyzacji, która zapewni większą wydajność i jakość świadczeń. Założenie, że leczenie zamknięte musi opierać się na placówkach publicznych jest błędne i szkodliwe dla systemu, gdyż publiczne zarządnie nie gwarantuje wysokiego poziomu jakości świadczeń, dotyczy to także szpitali. Nie uzasadniono dlaczego prywatny szpital oferujący usługi na wyższym poziomie za niższą cenę nie mógłby zostać członkiem sieci. Nie wyjaśniono również czy prywatne szpitale miałyby możliwość podpisywania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia i świadczenia obywatelom usług finansowanych ze środków publicznych.

Znamienna jest również niechęć autorów dokumentu do prywatyzacji, którą Minister chce kontrolować (czytaj: blokować), jako że rzekomo prowadzi ona do uszczuplenia majątku

publicznego i pogorszenia dostępności usług medycznych. Zarzut pogorszenia dostępności jest tu zupełnie nie na miejscu. Teoretycznie dostęp do usług danego ZOZu nie powinien zależeć od tego czy jest on prywatny czy publiczny, ale od tego czy podpisano z nim umowę. Co więcej, praktyka wskazuje, że faktycznie dostęp do usług oferowanych przez prywatne podmioty jest lepszy niż w przypadku podmiotów publicznych. Na przykład czas oczekiwania na założenie telefonu przez TP S.A. jest kilkunastokrotnie krótszy niż w przypadku dawnego przedsiębiorstwa państwowego Poczta Polska Telegraf i Telefon. Natomiast uszczuplenie majątku publicznego w zakresie infrastruktury medycznej będące wynikiem jej prywatyzacji nie jest zjawiskiem negatywnym, a wprost przeciwnie - korzystnym dla pacjentów, bo poprawiającym efektywność gospodarowania majątkiem i jakość udzielanych świadczeń. Skądinąd warto zauważyć, że samo mówienie o uszczupieniu majątku jest tu pewnym nadużyciem, jako że prywatyzacja polega na tym, że ktoś coś kupuje od państwa i za to płaci. Wprowadzanie barier dla prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej jest więc działaniem szkodliwym, utrwalającym złe cechy systemu: niegospodarność, brak motywacji do udzielania usług na wysokim poziomie, korupcję itd.

Ale nieuczciwa byłaby całkowita krytyka dokumentu Ministerstwa. Zawiera on bowiem kilka elementów zasługujących z pewnością na pozytywną ocenę. Mamy tu na myśli przede wszystkim postulat dotyczący uporządkowania i doprecyzowania przepisów regulujących sprawy pracownicze w ochronie zdrowia, jak również zamiar wzmocnienia pozycji pokrzywdzonego w postępowaniu toczącym się przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem lekarskim i pielęgniarzkim.

Zaletą propozycji Ministerstwa są też plany poprawy funkcjonowania systemu pomocy doraźnej ratownictwa medycznego, w tym uruchomienie systemu Nocnej Wyjazdowej Pomocy Lekarskiej polegającego na umożliwieniu korzystania z usług POZ w godzinach nocnych w domu pacjenta w sytuacji nagłego zachorowania lub gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia (gdy brak wskazań do skorzystania z usług pogotowia ratunkowego).

W raporcie pojawił się również pomysł wprowadzenia w życie Rejestru Usług Medycznych (RUM), który istnieje już od dawna, niestety tylko w teorii. RUM jest systemem zbierania i analizowania danych o usługach medycznych udzielanych poszczególnym pacjentom przez jednostki ochrony zdrowia. Będzie on źródłem danych do obliczeń z zakresu ryzyka i analiz statystycznych (liczba, rodzaj, miejsce, przyczyny i koszty udzielanych świadczeń; analiza

konkretnej usługi w odniesieniu do rzeczywistej osoby o znanych cechach demograficznych). RUM umożliwi uzyskanie wielu korzyści w sferze jakości opieki zdrowotnej (optymalizowanie procesu diagnozowania i leczenia, określenie skutecznych programów profilaktyki zdrowotnej, prognozowanie zapotrzebowania na usługi medyczne, faktyczna ocena potrzeb zdrowotnych obywateli) i w sferze finansów (zasady kontraktowania świadczeń wymuszające efektywne wykorzystanie zasobów, nadzór nad przepływem środków, rozliczenia, obliczenia rzeczywistych kosztów usług). W ten sposób informacje zebrane w RUMie dostarczą podstaw do sprawnego funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Należałoby przy okazji ograniczyć wszystkie pozostałe formy sprawozdawczości statystycznej i zmniejszyć przez to obciążenie administracyjne personelu medycznego. Właściwym podejściem wydaje się tu zamiar wdrożenia systemu przy wykorzystaniu dotychczasowych doświadczeń, choć bliski termin realizacji (30 czerwca 2003) może być trudny do dotrzymania.

W dokumencie słusznie zauważono, że rozliczanie kontraktów metodą „płacenia za usługę” powoduje nieuzasadniony wzrost ilości wykazywanych w sprawozdawczości świadczeń. Niemniej jednak rozliczenia płatnika ze świadczeniodawcami na zasadzie kapitacyjnej wiążą się z przerzucaniem na świadczeniodawcę ryzyka zachorowań (świadczeniodawca staje się tu ubezpieczycielem) - jest to rozwiązanie niebezpieczne ponieważ świadczeniodawcy medyczni nie są przygotowani merytorycznie ani finansowo do przejmowania na siebie takich ryzyk. W związku z powyższymi zjawiskami propozycja wprowadzenia bardziej różnorodnych form rozliczeń (połączenie metody kapitacyjnej, zasady „płacenia za usługę” i innych form) wydaje się być uzasadniona. Dodatkowo przy określaniu właściwych metod rozliczeń finansowych przy kontraktowaniu świadczeń pomocny będzie RUM (po jego prawidłowej implementacji).

Ogólnie rzecz biorąc zaproponowane kierunki polityki zdrowotnej państwa wydają się słuszne, brak jednak związku pomiędzy nimi a projektowanymi zmianami w systemie ochrony zdrowia, które to zmiany idą w zdecydowanie złym kierunku.

Na koniec warto jeszcze zwrócić uwagę, że według dokumentu podstawowym celem Ministra Zdrowia jest „przywrócenie obywatelowi naszego kraju poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego”. Tymczasem „poczucie” to określenie subiektywne i nie zawsze odzwierciedla ono stan faktyczny. Wolelibyśmy raczej, aby minister zatroszczył się o poprawę stanu

zdrowia ludności, a wtedy zapewne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pojawi się samo, jako element wtórny.