



Ochrona zdrowia – czekając na katastrofę. Jak jej uniknąć?

Dawid Sześciło

W czasie kampanii wyborczej przed wyborami do Parlamentu Europejskiego w maju 2019 roku Prawo i Sprawiedliwość, jako partia rządząca, deklarowało w swoim haśle wyborczym, że mamy prawo do europejskiego standardu życia. Problem w tym, że utożsamiono ów europejski poziom życia wyłącznie z poziomem płac czy świadczeń socjalnych. W kwestii najważniejszych usług publicznych, które są dla jakości naszego życia równie ważne, do europejskiego standardu życia się nie zbliżamy, a niekiedy nawet się od niego oddalamy. Ochrona zdrowia to obszar dramatycznego kryzysu – finansowego, kadrowego i instytucjonalnego. Już dziś – patrząc na czas oczekiwania na świadczenia, sytuację kadrową w szpitalach czy wybuchające raz po raz kryzysy – stoimy na progu katastrofy. A to dopiero początek, bo wraz ze starzejącym się w szybkim tempie społeczeństwem będzie rosło zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną. Pora na ogłoszenie stanu alarmowego i działania, które wykrócą poza dotychczasowe pozorowane albo punktowe zmiany.

Jaki jest system opieki zdrowotnej dziś – instytucje

Polski system opieki zdrowotnej jest poukładany w sposób, który nie odbiega od wzorca dominującego w gronie państw postsocjalistycznych Europy Środkowo-Wschodniej (zob. szerzej: Sześciło 2017). Mamy więc do czynienia z systemem silnie scentralizowanym, gdzie władza centralna silną ręką trzyma kompetencje decyzyjne i kontrolę nad zasobami finansowymi. Podobnie jak w innych krajach regionu władza centralna chętnie zrzuciła z siebie ciężar bieżącego zarządzania placówkami opieki zdrowotnej. Większość szpitali publicznych trafiła pod zarząd samorządów (głównie powiatowego i wojewódzkiego), a sektor opieki podstawowej i ambulatoryjnej został zdominowany przez podmioty prywatne.

Co ciekawe, prywatyzacja sektora pozaszpitalnego¹ nie była procesem wprost zadekretowanym, ale wynikiem okoliczności sprzyjających temu procesowi. Samorządy, które przejęły publiczne placówki opieki zdrowotnej (przychodnie), nie miały pieniędzy na niezbędne inwestycje podnoszące standard obsługi, a środowisko lekarskie dostrzegło w prywatyzacji szansę na wyższe zarobki. Poza tym reforma rządu AWS-UW z lat 1998–1999 wprowadziła do systemu reguły, które w sposób naturalny sprzyjają prywatyzacji. Chodzi o model voucherowy, często wyrażany sloganem „pieniądz podąża za pacjentem”. Pacjent uzyskuje prawo swobodnego wyboru placówki zdrowotnej spośród wszystkich zakontraktowanych przez płatnika (na początku Kasy Chorych, dziś – Narodowy Fundusz Zdrowia). System voucherowy zakłada odejście od jakiegokolwiek rejonizacji, czyli przywiązania pacjenta do jednego usługodawcy, obsługującego dany obszar. W założeniu przynosi tym lepsze efekty, im większa jest konkurencja po stronie usługodawców. Odpowiedniego poziomu konkurencji nie da się zapewnić, gdy po stronie usługodawców występuje jedynie wąska grupa podmiotów publicznych. Wpuszczenie prywatnych usługodawców jest nieodzowne.

Od strony instytucjonalnej mamy więc kombinację centralnej kontroli nad finansami i regułami systemu, usamorządowanie najbardziej problematycznego obszaru leczenia szpitalnego oraz sprywatyzowaną opiekę podstawową i ambulatoryjną. Relacje między tymi podmiotami próbowano początkowo (w okresie reform rządu Jerzego Buzka) oprzeć na zasadach rynkowych, aby szybko przejść do fasady rynku, gdzie o podziale zasobów decyduje centralny płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz grupy najlepiej zorganizowane i o najsilniejszej pozycji przetargowej (np. środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej skupione wokół Porozumienia Zielonogórskiego). Taki instytucjonalny miszmasz jest w praktyce dysfunkcyjny. Najważniejsze źródła tych dysfunkcji to:

- **Nieustająca *blame game***, zwłaszcza między rządem i samorządami. W zawiłym układzie zadań i kompetencji łatwo przerzucać się odpowiedzialnością za niedociągnięcia i problemy.
- **Nabierający sił wirus nieodpowiedzialności i nierozliczalności.** Narodowy Fundusz Zdrowia, jako najbardziej zasobna (obok ZUS) instytucja publiczna działająca w najbardziej newralgicznym obszarze polityki państwa, jest skutecznie chroniony przed jakąkolwiek odpowiedzialnością wobec tych, na rzecz których ma działać, czyli obywateli. Jednocześnie samorząd – jako instytucja najbliższa obywatelom i podlegająca najbardziej skutecznym mechanizmom rozliczalności – został pozbawiony podmiotowej roli.
- **Niezdolność do koordynacji.** Przykładowo, opieka zdrowotna powinna być zintegrowana z szerszą polityką społeczną, zwłaszcza wobec seniorów, osób z niepełnosprawnościami czy przewlekle chorych. W obecnym systemie jest to niemożliwe, bowiem samorządowe instytucje polityki społecznej nie mają przełożenia na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) czy placówki opieki ambulatoryjnej, ponieważ dla tych podmiotów liczącym się partnerem jest wyłącznie „ręka, która karmi”, czyli NFZ. Samorząd może ewentualnie dokupić rozmaite świadczenia, np. na rzecz seniorów, ale to tylko proteza skoordynowanej polityki zdrowotnej i społecznej.
- **Marnotrawstwo.** Samorządy sprowadzone do roli zarządców szpitali naturalnie starają się manifestować mieszkańcom swoją aktywność w tej sferze, utrzymując w tych placówkach rozległy zestaw świadczeń lub inwestując w infrastrukturę. Często nie ma to pokrycia w potrzebach zdrowotnych, ale w obecnym układzie instytucjonalnym stanowi zrozumiałą próbę zachowania przez

¹ Szpitale nie okazały się, ze względu na zadłużenie czy niskie kontrakty, tak atrakcyjnym kąskiem dla prywatnego kapitału. Tam, gdzie doszło do prywatyzacji lokalnych szpitali, często przybrała ona skomplikowaną formę prawną dzierżawy operatorskiej, gdzie szpital pozostaje formalnie publicznym zakładem opieki zdrowotnej, ale działalność leczniczą prowadzi tam prywatny podmiot. Doświadczenie z dzierżawą trudno uznać za pozytywne. W wielu przypadkach prywatny operator ograniczał zakres świadczeń do tych najbardziej opłacalnych, ale niekoniecznie odpowiadających potrzebom zdrowotnym społeczności.

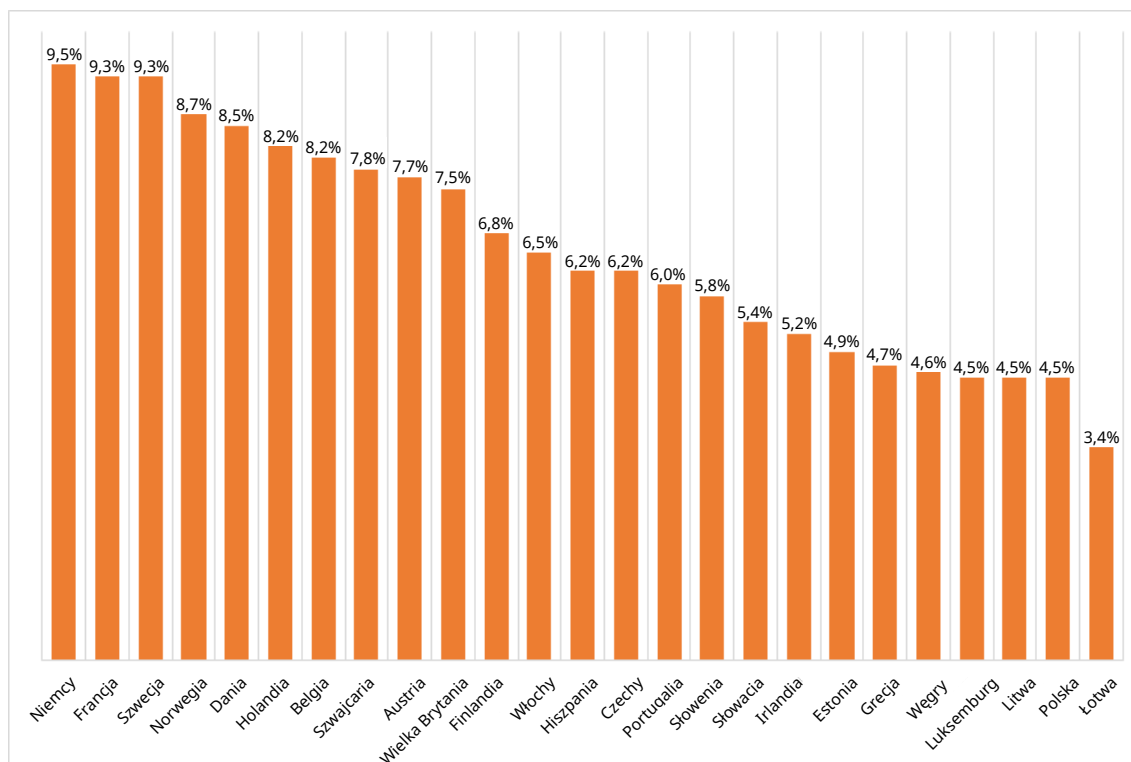
samorządy resztek podmiotowości. W efekcie mamy w Polsce znacząco wyższą niż unijna średnia liczbę łóżek szpitalnych², co ma się nijak do zapewnienia odpowiedniej dostępności i jakości opieki zdrowotnej. Inny przykład to dublowanie się centralnych i samorządowych programów zdrowotnych, czego efektem jest np. zbędne powtarzanie badań diagnostycznych.

- **Rozdarcie władzy centralnej między nieudolnymi próbami reformowania całego systemu i „gaszeniem bieżących pożarów”.** Administracja rządowa nie jest zdolna do jednoczesnego sterowania (tworzenia polityk i strategii, reformowania instytucji) i wioślowania (bieżącego podziału pieniędzy i rozwiązywania problemów, takich jak np. ostatnie kryzysy na oddziałach ratunkowych czy w polityce lekowej).

Jaki jest system opieki zdrowotnej dziś – finanse

Kolejną cechą postsocjalistycznych systemów opieki zdrowotnej, która znajduje odzwierciedlenie również u nas, jest marginalizacja polityki zdrowotnej wśród priorytetów wydatkowych państwa. Biorąc za punkt odniesienia europejskich członków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), nasz region okupuje dół rankingu wydatków publicznych na zdrowie. Dopiero w ostatnich latach do tego grona dołączyły państwa zmagające się z dramatycznym kryzysem gospodarczym – Grecja, Irlandia, Portugalia czy Hiszpania, gdzie wydatki na zdrowie zostały drastycznie obcięte w ramach polityki antykryzysowej. Wykres niżej przedstawia najnowsze dane na temat poziomu wydatków publicznych na zdrowie w europejskich państwach członkowskich OECD.

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w europejskich państwach członkowskich OECD jako proc. PKB (2018)



Źródło: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

² 6,6 łóżka na 1000 mieszkańców przy średniej UE wynoszącej 5,1 łóżka (Sowada, Sagan, Kowalska-Bobko 2019).

Średnia dla analizowanych krajów wynosi 6,5% PKB, czyli dokładnie dwa punkty procentowe więcej niż w Polsce. Inaczej niż np. w krajach bałtyckich, niski poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce nie jest odzwierciedleniem liberalnego podejścia do polityki społecznej. Wszak poziom zsumowanych wydatków socjalnych w Polsce przewyższa średnią OECD. Tym, co dla Polski charakterystyczne, jest fakt, że w konkurencji o pieniądze ochrona zdrowia przegrywa z innymi kategoriami wydatków socjalnych, zwłaszcza z finansowaniem systemu emerytalnego, które znacznie przewyższa średnią OECD.

Niski poziom finansowania nie tylko przekłada się na słabą dostępność i jakość opieki zdrowotnej, o czym niżej, ale stanowi zagrożenie dla samego bytu publicznego sektora opieki zdrowotnej, bowiem zadłużenie placówek publicznych wzrosło do bardzo niepokojących rozmiarów. Według oficjalnych szacunków opublikowanych w marcu 2019 roku osiągnęło 12,8 miliarda złotych (Ministerstwo Zdrowia 2019), o dwa miliardy więcej niż na początku obecnej kadencji parlamentu. Jednak informacje prasowe wskazują na poziom zadłużenia wyższy nawet o miliard złotych³. Jedynym pozytywnym sygnałem jest utrzymywanie na zbliżonym poziomie zobowiązań przeterminowanych, co wskazuje, że zachowana jest płynność finansowa większości publicznych placówek służby zdrowia.

Co nie działa? O najważniejszych problemach poprzez wskaźniki

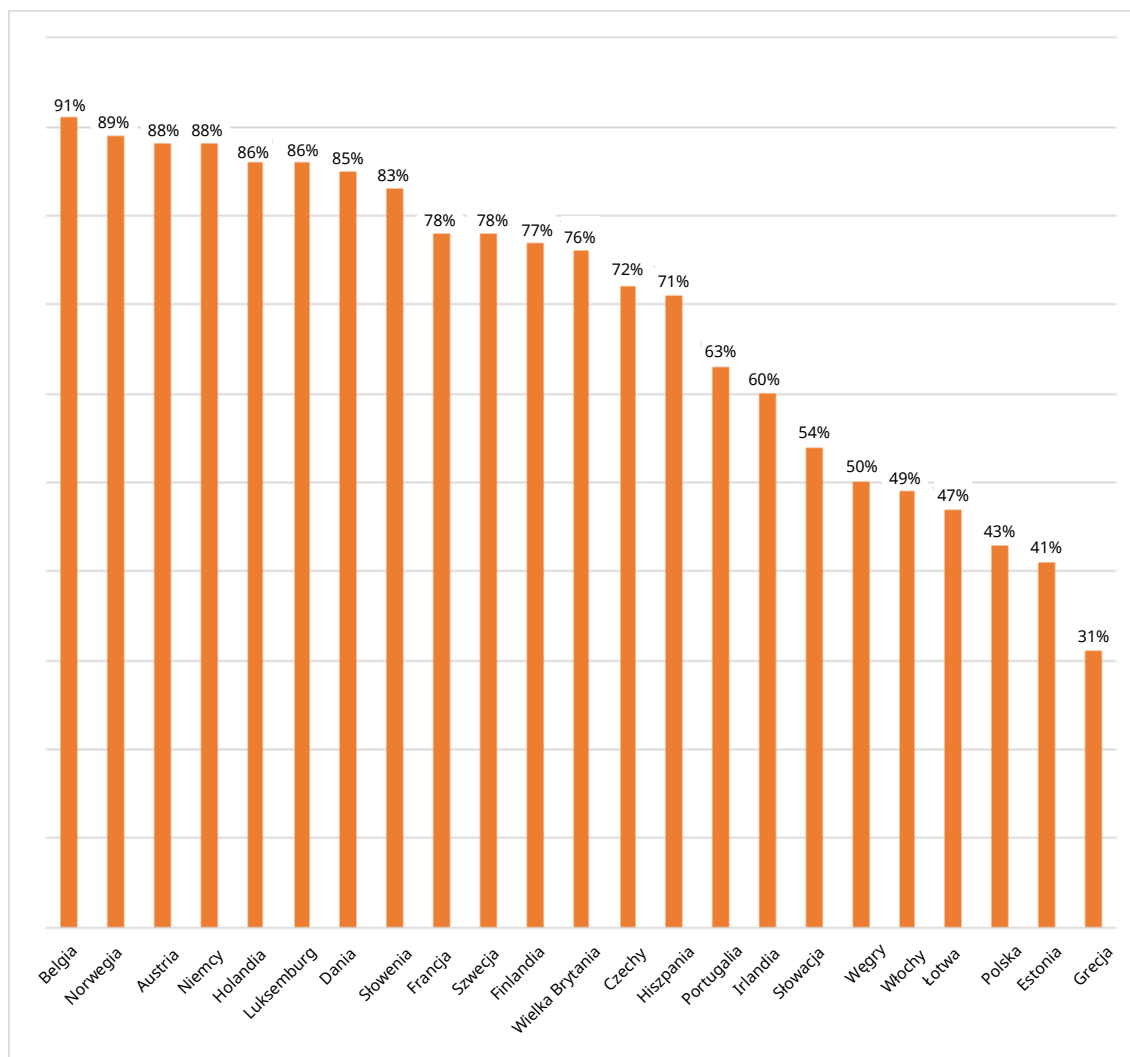
Połączenie dysfunkcyjnego układu instytucjonalnego i finansowania na poziomie daleko odbiegającym od państw legitymujących się wysoką jakością i dostępnością opieki zdrowotnej znajduje odzwierciedlenie w kluczowych parametrach służących ocenie systemu. W międzynarodowych badaniach porównawczych stosuje się co najmniej kilkadziesiąt wskaźników jakości i dostępności opieki zdrowotnej. Z uwagi na ograniczone ramy opracowania skupiam się wyłącznie na tych wskaźnikach, które ilustrują najbardziej palące problemy i wyzwania dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Wskaźniki pochodzą głównie z badań OECD, wspartych innymi źródłami, np. raportami Najwyższej Izby Kontroli.

Publiczny system opieki zdrowotnej nie spełnia naszych oczekiwań i potrzeb

Według danych OECD, Polska wraz z Estonią i Grecją wykazują najniższy wśród europejskich państw członkowskich tej organizacji poziom zadowolenia obywateli z jakości i dostępności opieki zdrowotnej. Co więcej, odsetek usatysfakcjonowanych oferowaną opieką zdrowotną spadł między 2007 a 2016 rokiem o blisko 10 punktów procentowych. Większe załamanie zanotowała jedynie Grecja, gdzie polityka radykalnych cięć budżetowych spowodowała drastyczną redukcję wydatków na opiekę zdrowotną, co musiało się odbić na jej jakości i dostępności. Dziś zadowolonych z funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej jest czworo na dziesięcioro Polek i Polaków przy średniej OECD na poziomie 70%.

³ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1407697,szpitala-sytuacja-w-polsce-wynagrodzenia.html>.

Satysfakcja obywateli z jakości i dostępności opieki zdrowotnej (2016)



Źródło: Gallup World Poll, za: OECD 2017

Korespondują z tym inne dane dotyczące tego, jak system publicznej opieki zdrowotnej odpowiada na nasze potrzeby. Wypadamy bowiem nie najlepiej również w badaniach mierzących dostępność podstawowych badań. Pokazuje to wskaźnik niezadowolonych ze względów finansowych, geograficznych czy związanych z czasem oczekiwania potrzeb w zakresie badań diagnostycznych; wskaźnik ten jest dla Polski dwukrotnie wyższy niż średnia unijna (EUROSTAT 2019).

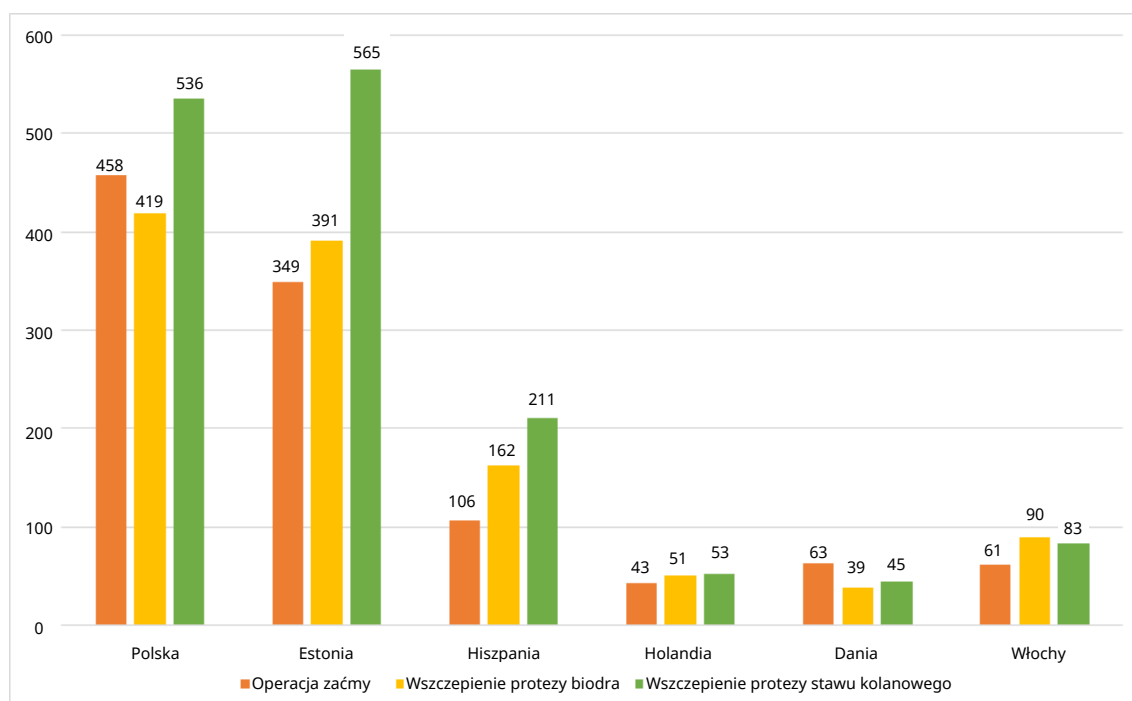
Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej z powodu wydłużającego się czasu oczekiwania

Do zapewnienia gwarantowanego w Konstytucji równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, nie wystarczy przyznanie wszystkim obywatelom formalnego prawa równego dostępu do koszyka świadczeń gwarantowanych. Miarą realnej dostępności świadczeń zdrowotnych jest ich standard oraz czas oczekiwania na dostęp do nich. W zależności od rodzaju świadczeń, brak dostępu do nich w rozsądnym czasie zmusza obywateli do szukania opieki poza systemem publicznym, czyli na zasadach komercyjnych. Natomiast mniej zasobnych skazuje na czekanie.

Nie istnieje bowiem standard czasowej dostępności świadczeń wraz z mechanizmem egzekwowania dostępu w przypadku przekroczenia limitów oczekiwania. Rozległy koszyk świadczeń gwarantowanych obiecuje zatem wiele, ale rzeczywistość weryfikuje te obietnice.

W badaniach międzynarodowych porównuje się czasy oczekiwania na kilka standardowych procedur medycznych, takich jak wszczęcie endoprotezy stawu biodrowego oraz stawu kolanowego czy operację zaćmy. W każdym przypadku Polska wypada najgorzej lub prawie najgorzej w gronie wszystkich europejskich państw członkowskich OECD. Wykres niżej przedstawia dane dotyczące czasu oczekiwania na poszczególne zabiegi w trzech europejskich państwach OECD o najlepszym wyniku (Holandia, Dania, Włochy) i trzech o najdłuższym czasie oczekiwania (Polska, Estonia, Hiszpania).

Średni czas oczekiwania na wybrane zabiegi w dniach (2017) – najlepsze i najgorsze wyniki wśród europejskich państw OECD



Tak długi czas oczekiwania na zabiegi, które mają duży wpływ na jakość życia i codzienne funkcjonowanie, może niektórych zmuszać do sięgnięcia do portfela i skorzystania z bogatej oferty prywatnych lecznic. Jednak na to stać nielicznych. Koszt operacji zaćmy to w zależności od wybranej technologii od 3 do nawet 8 tysięcy złotych. Endoproteza stawu biodrowego to już kwoty sięgające 20 tysięcy złotych, podobny jest koszt wszczęcia protezy stawu kolanowego. W przypadku zaćmy prognozą poprawy jest zniesienie limitów na wykonanie zabiegu. Jednocześnie jednak zaostrzono kryteria kwalifikacji do zabiegu. Na razie nie znamy uśrednionych danych na temat czasu oczekiwania dla całego kraju. Poza tym skrócenie czasu oczekiwania na ten zabieg to tylko jedna z wielu potrzebnych interwencji.

Nierówności terytorialne mimo centralizacji systemu

Czas oczekiwania podawany w międzynarodowych badaniach porównawczych jest uśredniony dla całego kraju, co w przypadku tak dużych państw jak Polska nie daje pełnego obrazu sytuacji. Tymczasem mamy u nas do czynienia z rażącymi dysproporcjami regionalnymi w czasie oczekiwania na dostęp do wielu świadczeń zdrowotnych. To może zaskakiwać zwolenników scentralizowanego systemu opieki

zdrowotnej, który w założeniu ma eliminować terytorialne nierówności. Ta obietnica centralizacji nie jest w polskim przypadku spełniona. Jak pokazał NIK, bazując na danych za 2017 rok, różnice w czasie oczekiwania pomiędzy województwami mogą wynosić nawet ponad rok. Oto kilka przykładów:

- Czas oczekiwania na wizytę w poradni osteoporozy waha się między możliwością uzyskania świadczenia „od ręki” w Lubuskim i koniecznością czekania przez blisko 400 dni w Opolskiem.
- Na rezonans magnetyczny w całym kraju czeka się ponad 100 dni, ale w Pomorskiem to aż 235 dni.
- Drastyczne różnice dotyczą czasu oczekiwania na leczenie szpitalne – w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C różnice między najlepszymi i najgorszymi województwami przekraczają 1,5 roku, podobnie jak w przypadku leczenia na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej (NIK 2018).

Opublikowany w tym roku raport NIK zwraca też uwagę na nierówności związane z geograficznym rozmieszczeniem placówek zdrowotnych. Przykładowo, w ponad połowie powiatów na Podlasiu odległość do najbliższej poradni ginekologiczno-położniczej przekracza 20 kilometrów. W województwie opolskim czy łódzkim ten problem nie występował (NIK 2019).

Problem terytorialnych nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej czasem zbywa się argumentem, że w obecnym systemie pacjent nie jest przywiązany do świadczeniodawców z obszaru jego zamieszkania. Może swobodnie przemieszczać się po kraju w poszukiwaniu miejsca, gdzie odpowiednie świadczenie uzyska szybciej. O ile taki argument ma sens w odniesieniu do wysoko specjalistycznego leczenia szpitalnego, to w przypadku zdecydowanej większości świadczeń, zwłaszcza diagnostyki, powinno się zapewnić dostęp w odległości, którą można w krótkim czasie pokonać za pośrednictwem transportu publicznego.

Niska jakość za niską cenę

Niski poziom finansowania i związane z nim ograniczenia w dostępie do świadczeń dają rezultat w postaci niskiej jakości opieki zdrowotnej. W badaniach międzynarodowych używa się kilkudziesięciu wskaźników pozwalających mierzyć jakość opieki. Skoncentrujmy się na kluczowych wskaźnikach dotyczących skuteczności leczenia najpoważniejszych chorób – raka piersi, szyjki macicy, jelita grubego i odbytnicy. Dla każdej z tych chorób podstawowym miernikiem jakości opieki jest wskaźnik pięcioletniego przeżycia. Niestety, wypadamy tu znacznie poniżej średniej dla państw OECD, sytuując się wraz z krajami bałtyckimi w dolnych rejonach tabel statystycznych.

Wskaźnik pięcioletniego przeżycia dla wybranych chorób nowotworowych (2009–2014)

	Lider	Średnia OECD	Polska
Rak piersi	90%	85%	77%
Rak szyjki macicy	80%	66%	65%
Rak jelita grubego	72%	63%	57%
Rak odbytnicy	71%	61%	55%

Źródło: OECD 2019

Przyczyn niskich wskaźników można się dopatrywać zwłaszcza w długim czasie oczekiwania na badania diagnostyczne oraz niskiej efektywności programów profilaktycznych (Sowada, Sagan, Kowalska-Bobko 2019). Dużym problemem jest jakość podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarze pierwszego kontaktu niechętnie kierują pacjentów na badania diagnostyczne, ponieważ zmniejsza to ich dochód z kontraktu podpisanego z Narodowym Funduszem Zdrowia. Są to więc przyczyny leżące po stronie systemu publicznej opieki zdrowotnej, wskazujące na jego niewydolność. Wszystkie problemy, o jakich mówiliśmy wyżej i które omawiamy dalej – niedostateczne finansowanie, braki kadrowe, problemy instytucjonalne – w ostatecznym rozrachunku przekładają się więc na los konkretnych ludzi, których leczenie rozpoczyna się zbyt późno, aby można było liczyć na jego skuteczność.

Zapaść kadrowa

Przyczyn ograniczeń i nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej trzeba upatrywać nie tylko w brakach finansowych czy niewydolnych instytucjach. Źródłem problemów jest także deficyt personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek. W przeliczeniu na tysiąc mieszkańców mamy najmniej lekarzy wśród wszystkich państw członkowskich UE. W przypadku pielęgniarek, sytuacja wygląda gorzej jedynie na Łotwie, w Bułgarii i Grecji. Cierpimy szczególnie na brak lekarzy ogólnych, których mamy 2,5 razy mniej niż wynosi średnia unijna.

	Lider	Średnia UE	Polska
Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców (2016)	6,6	3,6	2,4
Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców (2016)	16,9	8,4	5,2

Źródło: OECD/EU 2018

Na przestrzeni ostatnich piętnastu lat kilka państw naszego regionu zdołało znacząco poprawić swoje wyniki w tej kwestii. Liczba lekarzy wzrosła wyraźnie m.in. w Rumunii, Chorwacji czy Słowenii. Trudno za ten problem u nas winić wyłącznie falę migracji lekarzy i pielęgniarek po wejściu Polski do Unii Europejskiej. Po pierwsze, trudno ocenić realną skalę ubytku spowodowanego tym procesem. Po drugie, już w 2000 roku, a zatem kilka lat przed akcesją, wskaźnik liczby lekarzy był bardzo niekorzystny.

Działania podejmowane w ostatnich latach, których celem jest zaradzenie temu problemowi (zwiększenie liczby lekarzy rezydentów, dodatkowe miejsca kształcenia lekarskiego), mogą się okazać nieadekwatne do skali problemu. Potrzebna jest całościowa, wieloletnia strategia budowania kapitału ludzkiego w sektorze opieki zdrowotnej, na którą złożyć się powinny inwestycje w kształcenie medyczne, poprawa warunków pracy, nowe możliwości rozwoju zawodowego, zachęty dla lekarzy i pielęgniarek do pozostania w kraju, ale też otwarcie na lekarzy z zagranicy. Łatwo policzyć, że aby tylko dogonić średnią unijną, potrzebujemy około 40 tysięcy dodatkowych praktykujących lekarzy, czyli więcej niż liczba absolwentów, których każdego roku wypuszczają polskie uczelnie medyczne. Skala wyzwania jest zatem ogromna.

O potrzebnych zmianach – kilka pomysłów

Polski system publicznej opieki zdrowotnej cierpi dziś tak samo na problemy instytucjonalne, jak i finansowe. Uzdrowienie systemu wymaga postawienia go na dwóch silnych nogach – mądrym układzie instytucjonalnym oraz stabilnym, znacząco zwiększonym finansowaniu. Zmiany wprowadzane

na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat nie tylko lekcewały aspekt finansowy, ale były chaotyczne i fragmentaryczne po stronie instytucji. Nasilenie się kryzysów i pogarszające się statystyki dostępności opieki zdrowotnej sugerują, że wyczerpuje się pole do powierzchownych, drobnych korekt, a bez kompleksowej zmiany instytucjonalno-finansowej publiczny system opieki zdrowotnej może utracić resztki swojej zdolności do zaspokajania potrzeb obywateli. Bardziej zamożnych wypchnie ostatecznie do sektora prywatnego, a innych pozostawi samym sobie.

Instytucje

Nowy podział pracy. Centrum steruje i monitoruje, samorząd wiośtuje

Nie wystarczy już drobne korekty w funkcjonowaniu Ministerstwa Zdrowia, NFZ czy podmiotów leczniczych. Potrzebny jest nowy układ instytucjonalny, oparty na przejrzystym podziale odpowiedzialności, silnych mechanizmach demokratycznej rozliczalności i gwarantujący lepszą koordynację opieki zdrowotnej. Do wyboru są tu dwie zasadniczo odmienne strategie – pełna centralizacja i realna decentralizacja. Pierwsza oznaczałaby przejęcie przez administrację rządową całkowitej odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu wraz z całym aparatem publicznej opieki zdrowotnej – szpitalami i innymi placówkami pozostającymi dziś w rękach samorządów. Drugi scenariusz to uczynienie z samorządów gospodarza systemu opieki zdrowotnej przy zachowaniu silnej roli władzy centralnej jako wyznaczającej i monitorującej standardy opieki zdrowotnej. Ten drugi scenariusz wydaje się dużo bardziej uzasadniony z wielu powodów:

- Umożliwi władzy centralnej skupienie się na zadaniach, których dziś nie jest w stanie skutecznie wykonywać z uwagi na nadmiar innych obowiązków, tzn. na prowadzeniu długofalowej polityki zdrowotnej państwa, diagnozowaniu i korygowaniu nierówności w dostępie do opieki, regulowaniu i kontrolowaniu działalności podmiotów leczniczych.
- Wprowadzi do systemu ochrony zdrowia element realnej demokratycznej rozliczalności, która jest najlepszym gwarantem priorytetowego potraktowania tej sfery przez rządzących – liderzy samorządowi wyposażeni w odpowiedzialność i zasoby będą rozliczani lepiej niż administracja rządowa, która jest skutecznie zabezpieczona przed taką rozliczalnością. Wszak obsada tak kluczowych stanowisk, jak dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ, odbywa się bez naszego wpływu i możliwości realnego oddziaływania na pracę tych urzędników.
- Zakończy *blame game* i uprości reguły rządzące systemem – zespolenie w samorządzie kontroli nad zasobami finansowymi, kompetencji regulacyjnych oraz zarządzania placówkami zdrowotnymi wyeliminuje dzisiejszy chaos i przerzucanie się odpowiedzialnością za problemy między tymi, którzy dzielą pieniądze (rząd), i tymi, którzy obsługują obywateli (samorząd). Umożliwi też stworzenie opartej na realnych potrzebach zdrowotnych, a nie jak obecnie – kryteriach czysto formalnych – sieci szpitali zarządzanych przez samorządy.
- Pozwoli na testowanie różnych modeli organizacji i funkcjonowania systemu zdrowotnego w miejsce zuniformizowanego i centralnie narzuconego schematu.

Jak może wyglądać nowy podział pracy w zdecentralizowanym systemie opieki zdrowotnej? W raporcie *Polska samorządów. Silna demokracja, skuteczne państwo* przedstawiliśmy ogólny schemat proponowanego rozkładu odpowiedzialności między rząd i poszczególne szczeble samorządu. Schemat ten bazuje na przekazaniu samorządom województw odpowiedzialności za leczenie szpitalne, zaś na samorząd powiatowy przerzucą odpowiedzialność za zreformowaną opiekę podstawową i ambulatoryjną. W ślad za tą zmianą poszłyby pieniądze, jakimi dziś zarządzają instytucje centralne – Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia.

System opieki zdrowotnej po nowemu. Województwo i powiat jako główni aktorzy

	Władza centralna	Samorząd województwa	Samorząd powiatowy (w tym miasta na prawach powiatu)	Samorząd gminny
Organizowanie i regulowanie systemu	<p>Ustalenie minimalnego zakresu świadczeń dostępnych w każdym regionie (koszyk powszechny).</p> <p>Ustalenie powszechnego standardu dostępności (np. maksymalny czas oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu oraz specjalisty, maksymalny czas od diagnozy do rozpoczęcia leczenia, np. na wzór szwedzkiego standardu 0-7-90-90).</p> <p>Ocena technologii medycznych i opracowywanie wytycznych klinicznych.</p>	<p>Rozszerzenie koszyka powszechnego o dodatkowe świadczenia (koszyk regionalny).</p> <p>Ogólna odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej na obszarze województwa (docelowo: również ratownictwo medyczne).</p> <p>Wybór podstawowych parametrów regionalnego systemu opieki zdrowotnej (rozdzielenie płatnika i świadczeniodawcy <i>versus</i> model zintegrowany; płatność za wykonania <i>versus</i> ryczałtowy model finansowania; struktura organizacyjna lecznictwa szpitalnego w regionie).</p>	<p>Organizacja POZ na obszarze powiatu w formie lokalnych domów zdrowia, prowadzonych samodzielnie przez powiat lub przez podmioty prywatne kontraktowane przez powiat.</p>	<p>Przyjmowanie gminnych programów zdrowotnych, nastawionych głównie na profilaktykę.</p>
Finansowanie	<p>Podział składki minimalnej na województwa z wykorzystaniem algorytmu bazującego na obecnie wykorzystywanym algorytmie do podziału środków na oddziały regionalne NFZ.</p> <p>Ustalanie części podstawowej składki (składka minimalna) oraz określenie maksymalnej wysokości składki regionalnej.</p>	<p>Samodzielne dysponowanie składką przekazaną z funduszu centralnego.</p> <p>Ustalenie składki regionalnej (składka powyżej składki minimalnej w ramach widełek ustalonych ustawowo).</p>	<p>Grant na POZ przekazywany przez samorząd województwa na zasadzie kontraktu z powiatami, wyliczany według zobiektywizowanego algorytmu (bez kryteriów uznaniowych), głównie na podstawie liczby ludności.</p>	<p>Dochody własne oraz dofinansowanie przez samorządy województwa.</p>

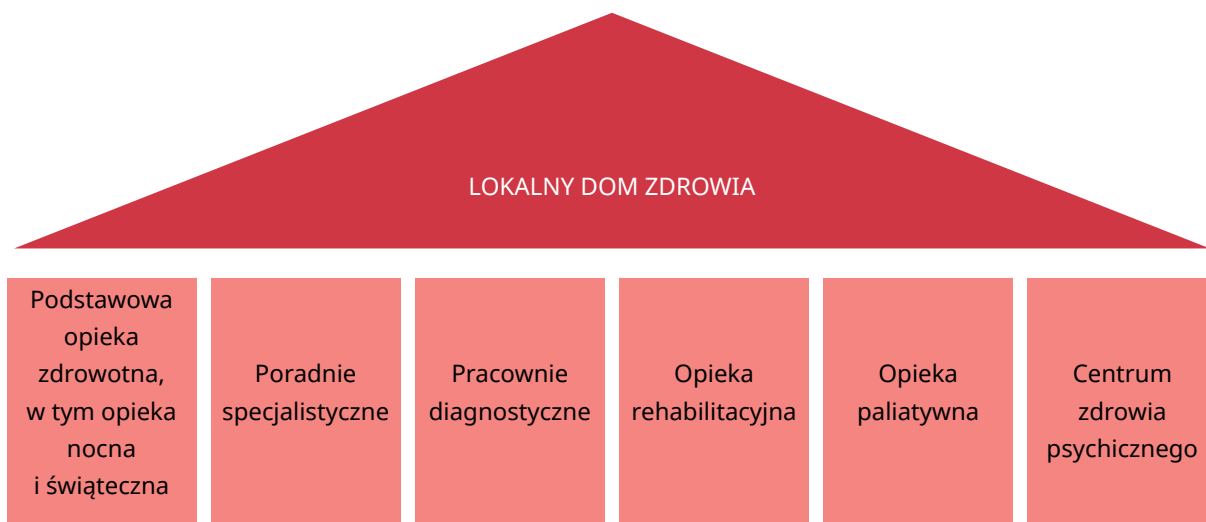
	Władza centralna	Samorząd województwa	Samorząd powiatowy (w tym miasta na prawach powiatu)	Samorząd gminny
Bezpośrednie świadczenie	Zarządzanie niewielką grupą szpitali kluczowych w skali kraju finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa.	Przejęcie szpitali powiatowych nieprzekształconych w domy zdrowia przez samorząd województwa na zasadzie dobrowolności, ale z zachętami finansowymi dla powiatów.	Prowadzenie lokalnych domów zdrowia, w tym placówek utworzonych na bazie dotychczas istniejących szpitali powiatowych.	Brak

Źródło: Sześciło i inni 2019

Odtworzenie publicznej opieki zdrowotnej – lokalne domy zdrowia

Obok przejścia przez samorząd województwa szpitali i odpowiedzialności za organizację leczenia szpitalnego, kluczowym elementem reformy decentralizacyjnej powinien być nowy impuls dla lokalnej opieki zdrowotnej na poziomie podstawowym i ambulatoryjnym. Symbolem tego nowego modelu powinny się stać lokalne domy zdrowia prowadzone przez samorządy powiatów i miast na prawach powiatów. Lokalny dom zdrowia to instytucja pierwszego kontaktu dla wszystkich mieszkańców, obsługująca ich w zdecydowanej większości spraw związanych z opieką zdrowotną. To formuła instytucjonalna łącząca podstawową opiekę zdrowotną i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

Bazą dla lokalnych domów zdrowia mogą być dzisiejsze szpitale powiatowe i nieliczne już przychodnie prowadzone przez samorządy, ale także nowo tworzone instytucje. Lokalny dom zdrowia nie oznacza jednego miejsca w skali całego powiatu, gdzie dostępne będą wszystkie świadczenia, ale sieć gabinetów pod jednolitym zarządem, które mają zapewnić pełną obsługę zdrowotną mieszkańców (z wyłączeniem leczenia szpitalnego) w niewielkiej odległości od miejsca zamieszkania pacjenta. Pod dachem lokalnego domu zdrowia zintegrować można wiele usług zdrowotnych, które dziś są albo niedostępne w miejscu zamieszkania, albo świadczone przez wiele odrębnych podmiotów bez właściwej koordynacji.



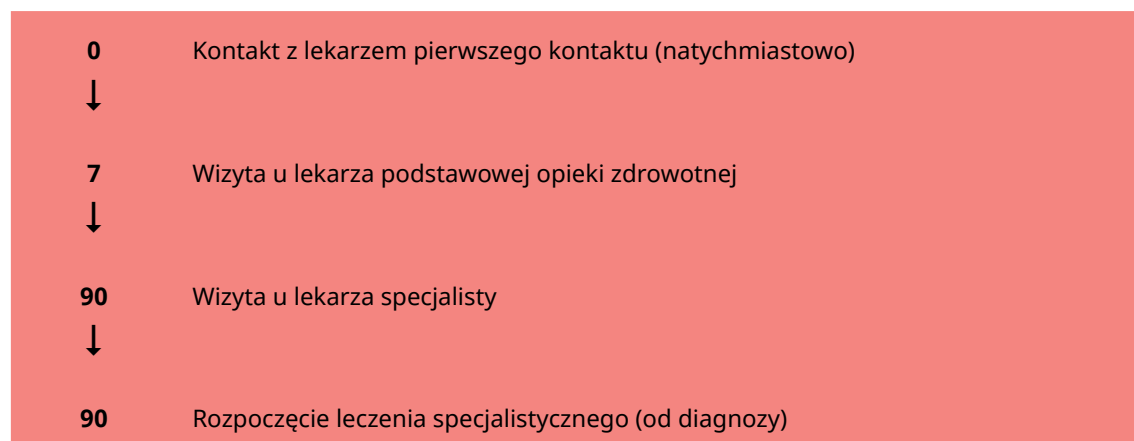
To tylko wstępne zestawienie zakresu świadczeń, za których zapewnienie odpowiadałby lokalny dom zdrowia. Lokalne domy zdrowia będą odpowiedzialne za wszystkich mieszkańców danego powiatu. W tym celu powiat będzie otrzymywał pulę środków ze składek zdrowotnych, dostosowaną do liczby mieszkańców i struktury demograficznej (np. odsetka seniorów czy dzieci w populacji). Powiat będzie mógł zorganizować lokalny dom zdrowia na kilka sposobów – prowadząc go samodzielnie jako w pełni publiczną placówkę zdrowotną, kontraktując jej prowadzenie podmiotowi prywatnemu czy też wchodząc z takim podmiotem w partnerstwo publiczno-prywatne, korzystając np. ze znanego modelu Alzira (zob. szerzej Sześciło 2017).

Lokalne domy zdrowia, wprowadzając skoordynowaną, szeroką opiekę podstawową i ambulatoryjną bazującą na stabilnym finansowaniu, zastąpią nieudany model podstawowej opieki zdrowotnej, zorganizowanej na zasadzie rynku przedsiębiorców – lekarzy pierwszego kontaktu. Nie sprawdził się on jako model zapewniający koordynację procesu leczniczego oraz skuteczną profilaktykę. Lokalne domy zdrowia przyniosą również ulgę obłożonym szpitalnym oddziałom ratunkowym, dokąd dziś trafiają osoby pozbawione łatwo dostępnej i kompleksowej opieki na niższym poziomie systemu.

Na wdrożeniu tego modelu nie muszą stracić lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Mogą wszak tworzyć lokalne domy zdrowia prowadzone na zlecenie powiatu lub przystępować do takich domów organizowanych przez powiaty. Jeśli zostanie zapewnione solidne finansowanie tej części systemu, nie musi to oznaczać pogorszenia warunków zatrudnienia i wynagradzania tej grupy lekarzy.

Jasny standard – skuteczna realizacja

Obywatele muszą znać nie tylko zakres gwarantowanego koszyka świadczeń zdrowotnych, ale też realnie gwarantowany standard dostępu do tych świadczeń. Chodzi przede wszystkim o maksymalny czas oczekiwania na dostęp do konkretnych świadczeń. Dobrym wzorcem jest szwedzki standard 0-7-90-90, ustalający maksymalny czas oczekiwania na poszczególne świadczenia. Przyniósł on istotne ograniczenie średnich czasów oczekiwania na dostęp do świadczeń (Anell, Glengard, Merkur 2012).



Standard może być skrócony dla określonych typów świadczeń, np. leczenia onkologicznego czy psychiatrycznego. Co się dzieje w przypadku przekroczenia maksymalnego czasu oczekiwania? Istnieje kilka wariantów:

- Możliwość skorzystania z placówki publicznej prowadzonej przez inny samorząd na koszt samorządu miejsca zamieszkania.

- Możliwość skorzystania z placówki prywatnej i uzyskania zwrotu od samorządu miejsca zamieszkania według wyceny obowiązującej w systemie publicznym.
- Najbardziej radykalna opcja – specjalna skarga sądowa (upowszechniona w krajach Ameryki Łacińskiej) na naruszenie prawa dostępu do opieki zdrowotnej, w ramach której – w uproszczonej i pilnej procedurze – sąd nakazuje zapewnienie dostępu do określonych świadczeń. To rozwiązanie wyjątkowe, które, wprowadzone z dnia na dzień, mogłoby zatopić system opieki zdrowotnej na skutek fali uzasadnionych roszczeń. Jednak warto je przemyśleć w odniesieniu do najpoważniejszych naruszeń prawa dostępu do świadczeń w rozsądnym terminie.

Finanse

Sześć procent nie wystarczy

Znowelizowana ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakłada, że w 2023 roku wydatki publiczne na ochronę zdrowia osiągną pułap 5,8% PKB. Pomijając realność tego zobowiązania wobec braku wskazania źródeł finansowania takiego wzrostu, wątpliwe jest, czy wystarczy to do osiągnięcia zauważalnej zmiany na lepsze. Wciąż nie będzie to poziom wydatków właściwy dla państw, gdzie znajdujemy kombinację wysokiej jakości, dostępności i satysfakcji obywateli z systemu opieki zdrowotnej. Wyznaczenie bardziej ambitnych celów dotyczących wzrostu wydatków będzie też nieodzowne w przypadku poważnych reform instytucjonalnych, których przeprowadzenie zawsze wymaga dodatkowych nakładów.

W perspektywie najbliższych pięciu lat należy więc raczej celować w pułap 7% PKB jako satysfakcjonującego poziomu wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Przyjmując szacunkowe dane dotyczące wielkości PKB za rok 2018, oznacza to w praktyce konieczność zabezpieczenia dodatkowych 50 miliardów złotych rocznie (a nawet więcej, biorąc pod uwagę przyszły wzrost PKB).

Potrzebne nowe źródła

Dojście do poziomu 7% PKB jako pożądanej skali wydatków na system ochrony zdrowia wymaga nie tylko postawienia tej sprawy na szczycie politycznej agendy. Oznacza również konieczność zapewnienia nowych źródeł niezbędnych do znaczącego dofinansowania systemu. W modelu instytucjonalnym, który proponuję wyżej, będzie to możliwe dzięki następującym instrumentom:

- uzupełnieniu przychodów ze składki zdrowotnej dodatkowym zasilaniem bezpośrednio z budżetu państwa, wynikającym z przesunięć z innych celów wydatkowych. Potrzebny jest całościowy, krytyczny przegląd instytucji i programów państwa pod kątem obszarów, gdzie można byłoby wygospodarować oszczędności składające się na swoisty „fundusz ratunkowy dla zdrowia”.
- stopniowemu podnoszeniu składki zdrowotnej z obecnych 9% oraz korekcie w sposobie jej wyliczania, np. dla przedsiębiorców. Zmiany w poziomie składki można uczynić nieodczuwalnymi dla płacących o najniższych dochodach, jeśli zostaną one zrekompensowane obniżką innych obciążeń podatkowych czy ubezpieczeniowych. Chodzi o to, aby niezbędny wzrost przychodów ze składek nie dotknął dochodów osób najslabiej zarabiających, których płace są już obecnie obciążone nieproporcjonalnie wysokimi kosztami składek i podatków.
- wprowadzeniu składki regionalnej, czyli umożliwieniu samorządom województw regulowanie ostatecznego poziomu składki zdrowotnej w ramach ustawowych widełek, co miałoby zapewnić środki niezbędne do sfinansowania podstawowego koszyka świadczeń zdrowotnych.
- zwiększeniu puli dochodów własnych samorządów, w której zostałyby uwzględnione finansowanie opieki zdrowotnej – chodzi zwłaszcza o podatek gminny zastępujący obecny podatek od

nieruchomości, który przyniósłby znaczące zwiększenie dochodów samorządu gminnego (w tym miast na prawach powiatu) z przeznaczeniem również na finansowanie zreformowanej podstawowej opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- Anell A., Glenngard A.H., Merkur S.M. (2012). *Sweden: Health system review*, „Health Systems in Transition”, 14 (5), 1–159.
- EUROSTAT (2019). *Self-reported unmet need for medical examination and care by sex*, online: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en.
- Ministerstwo Zdrowia (2019). *Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2013–2018*, online: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spoz>.
- NIK (2018). *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r.*, Warszawa.
- NIK (2019). *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa.
- OECD (2017). *Government at Glance 2017*, Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing, online: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- OECD (2019). *Health Statistics*, online: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>.
- Sowada C., Sagan A., Kowalska-Bobko I. (2019). *Poland: Health system review*, „Health Systems in Transition” 1 (21), Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sześciło D. (2017). *Zmierzch decentralizacji? Instytucjonalny krajobraz opieki zdrowotnej w Europie po nowym zarządzaniu publicznym*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sześciło D. i inni (2019). *Polska samorządów. Silna demokracja, skuteczne państwo*, Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego.

Dawid Sześciło – dr hab., kierownik Zakładu Nauki Administracji na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego. Ekspert Fundacji im. Stefana Batorego do spraw samorządowych. Jako ekspert organizacji międzynarodowych do spraw reform administracji publicznej pracuje m.in. w Armenii, Albanii, Czarnogórze, Kosowie, Macedonii, Serbii, Turcji, Bośni i Hercegowinie, a także na Ukrainie. Stypendysta Fundacji na rzecz Nauki Polskiej w Instytucie Zarządzania Lokalnego na Uniwersytecie Ekonomicznym w Wiedniu (2014–2015). *Visiting professor* w Centrum Badań Porównawczych nad Rozwojem Metropolitalnym na Georgia State University w Atlancie (2019). Wykładał gościnnie na uczelniach w Austrii, Portugalii, Szwecji. Kierował zespołem badawczym, który przygotował raport *Polska samorządów. Silna demokracja, skuteczne państwo* (2019). Opublikował także książkę *Zmierzch decentralizacji? Instytucjonalny krajobraz opieki zdrowotnej w Europie po nowym zarządzaniu publicznym* (2017) opisującą efekty reform systemów opieki zdrowotnej w Europie na przestrzeni ostatnich dekad.

Fundacja im. Stefana Batorego

Sapieżyńska 10a
00-215 Warszawa
tel. (48-22) 536 02 00
fax (48-22) 536 02 20
batory@batory.org.pl
www.batory.org.pl

Teksty udostępniane na licencji Creative Commons. Uznanie autorstwa na tych samych warunkach

3.0 Polska (CC BY SA 3.0 PL)



Redakcja: Izabella Sariusz-Skąpska
Warszawa 2019

ISBN: 978-83-65882-82-0