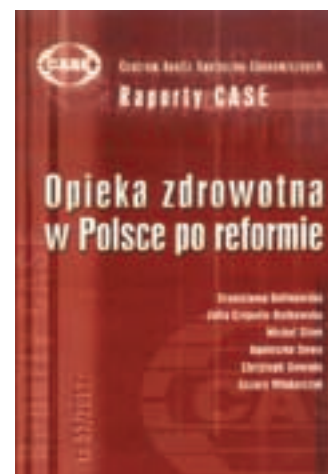


## Raport CASE

### Opieka zdrowotna w Polsce po reformie

Diagnoza systemu opieki zdrowotnej po trzech latach funkcjonowania reformy (1999–2001).

Poprawiać, ale gdzie i jak?



Realizatorzy:

Stanisława Golinowska (koordynator i redaktor naukowy),  
Zofia Czepulis-Rutkowska, Michał Sitek, Christoph Sowada,  
Agnieszka Sowa (sekretarz), Cezary Włodarczyk  
Konsultant medyczny: dr Mieczysław Błaszczyk

Jesienią 2001 r. zapowiedziano uruchomienie programów naprawiania reformy ochrony zdrowia i kilka miesięcy później ogłoszone zostały projekty zmian. Projekty te pojawiły się w sytuacji braku pogłębionej diagnozy funkcjonującego po reformie systemu. Debata nad proponowanymi kierunkami zmian była więc wątpliwa, bo nie osadzona w dobrym rozpoznaniu sytuacji. Dokonuje się kolejnych zmian w jednym z ważniejszych sektorów społecznych bardziej pod wpływem politycznej potrzeby *zrobienia czegoś* w sytuacji niezadowolenia niż *zimnej kalkulacji wad i zalet* uruchomionych przez reformę mechanizmów i tendencji. W ramach zrealizowanego w CASE projektu wracamy do diagnozy, aby uzyskać rzetelną podstawę oceny proponowanych kierunków zmian. Zrobiliśmy to pod wpływem obywatelskiej troski o jeden z ważniejszych sektorów społecznych. Nie było to nasze zadanie statutowe, nie należeliśmy i nie należymy też do grona doradców politycznych, czy ekspertów ministra zdrowia, czy jakiegokolwiek partii politycznej.

Celem badania było dokonanie pogłębionej analizy funkcjonowania całości systemu opieki zdrowotnej przez identyfikację jego funkcji i sposobu ich realizacji oraz analiza zachowań podstawowych aktorów instytucjonalnych w latach 1999–2001.

W tym celu zadania niezbędne do zrealizowania polegały na:

- ▶ zarysowaniu całości systemu i określeniu celów zarówno jako zadanych jak i realizowanych,
- ▶ przestawieniu części (elementów) systemu, ich celów oraz zakresu i sposobu realizacji; jakie podstawowe cele realizuje każda instytucja systemu opieki zdrowotnej; jaka jest ich hierarchia z punktu widzenia celów systemu i celów własnych, czy ulega zmianie w czasie, czy pojawiają się pola konfliktów z celami innych instytucji,
- ▶ identyfikacji zasad i mechanizmów współpracy elementów składowych systemu między sobą; z jednej strony zarówno zarysowujących się konfliktów, jak i elementów kooperacji w ramach założonych regulacji, a z drugiej – ujawniających się mechanizmów samoregulacji,
- ▶ analizie procesu alokacji środków i władzy między elementami (instytucjami) systemu opieki zdrowotnej.

Badanie objęło zasadnicze grupy instytucji istotne dla funkcjonowania sektora; zarówno organy założycielskie, nabywców i płatników (samorządy i kasy chorych), jak i świadczeniodawców (placówki stacjonarne i opiekę podstawową), a w końcu aktorów zasadniczych, ale rozproszonych – świadczeniobiorców.

Podstawowy układ badania zorganizowany został w porządku głównych aktorów systemu i ich podstawowych funkcji. Wyróżnione funkcje systemu opieki zdrowotnej mają dwojaki charakter. Z jednej strony wyróżnione zostały funkcje o *organizacyjnym* znaczeniu dla systemu, takie jak definiowanie celów, koordynacja, czy nadzór. Z drugiej strony wyróżniono funkcje, które wynikają z zadania normatywnych celów, jakie system powinien realizować, a więc przede wszystkim: dostępność, jakość i efektywność.

Badania zostały przeprowadzone drogą ankiet rozesyłanych do instytucji (przychodnie i szpitale) oraz drogą wywiadów przeprowadzonych przez autorów badania (samorządy, kasy chorych, organizacje pacjentów).

Środki na badania pochodziły z polskiej fundacji imienia Kronenberga, a środki na pracę zespołu (honoraria) opłaciła fundacja CASE.

#### Główne wyniki analizy

1. Niskie finansowanie systemu ze środków publicznych bez uzyskania efektów racjonalizujących wydatki a przy pojawieniu się tendencji do deformacji struktury wydatków:
  - *wypychanie* innych wydatków przez wydatki na leki,
  - utrzymywaniu się wysokich wydatków na opiekę stacjonarną na skutek ograniczonego działania efektu ograniczenia budżetowego zadane go przez kasy chorych (możliwe zadłużanie się samodzielnych placówek, nieprzeprowadzona weryfikacja sieci szpitali przez samorządy...),

– występowanie nieprzejrzystości oraz niekonsekwencji zawartych w systemie finansów publicznych. Także w przypadku ochrony zdrowia istnieją możliwości sięgania do wielu źródeł środków publicznych (dzięki decentralizacji budżetu oraz w wyniku przedmiotowego rozdzielenia finansowania między budżet i kasy chorych), umożliwiających powielanie finansowania albo sięgania po pożyczki, czy zadłużanie się, co w końcowym efekcie pokrywane jest i tak ze środków publicznych.

2. Niewłączenie środków prywatnych w racjonalizację systemu mimo ich rosnącego udziału w całkowitym finansowaniu systemu.

3. Ograniczona sterowalność systemu.

W polskiej reformie zdrowia zlekceważono problem sterowania skomplikowanym systemem publicznym. Problemy, jakie wystąpiły w funkcjonowaniu ochrony zdrowia dotyczą w znacznej mierze zarówno niespełnienia warunków niezbędnych dla uruchomienia samosterowania, jak i jednocześnie braku wskazania i wyposażenia kompetencjami instytucji, która mogłaby wypełniać funkcje sterujące z zewnątrz.

4. Niejednoznacznie określona i nieudolnie realizowana rola samorządu.

Od samorządów terytorialnych oczekiwano zarówno:

- ▀ wypełniania funkcji właścicielskich w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej, polegających na: tworzeniu i likwidacji, nadzorze oraz kontroli i finansowaniu inwestycji, podejmowaniu decyzji w sprawie zakresu działalności oraz przekształceń,

- ▀ jak i tworzenia polityki zdrowotnej w szeroko rozumianej opiece zdrowotnej, obejmującej zarówno organizację lokalnego systemu ochrony zdrowia, jak i sferę zdrowia publicznego.

Przypisanych funkcji samorządy nie mogły i nie mogą wykonać, bo nie mają do tego odpowiednich instrumentów: *know how*, ludzi oraz pieniędzy. Nie są one w stanie realizować przypisanych im funkcji również dlatego, że nie jest to instytucja jednolita.

Zbudowana została jako układ trzech niezależnych samorządów: gmin, powiatów i województw, których współdziałanie nie tylko na rzecz rozwiązywania problemów ochrony zdrowia jest ograniczone.

5. Ograniczona akceptacja kas chorych.

Problem kas – to głównie problem nieakceptacji ich roli w egzekwowaniu ograniczenia budżetowego przez świad-

czeniodawców, przyjętej koncepcji tworzenia kas (podział regionalny, pozycja monopolistyczna), braku opracowanych instrumentów

koordynacji ich działania (informacja, standardy...) i przejmowania przez kasy funkcji innych aktorów systemu. W konsekwencji ukształtował się aktor zbyt autonomiczny oraz za silny.

6. Niepełna dostępność świadczeń.

Badanie wykazało, że dostęp do opieki zdrowotnej jest zróżnicowany z punktu widzenia szczebla tej opieki. Szczególnie uciążliwe dla pacjentów jest ograniczenie dostępności usług lekarzy specjalistów oraz utrudnianie dostępu do badań diagnostycznych poprzez odmowę wydania skierowania lub uzależnienie wykonania badania

od dodatkowych opłat. Ponadto reforma przyniosła ograniczenia dostępności świadczeń profilaktycznych oraz utrudnienia w dostępie do leków spowodowane ich wysokim kosztem.

Problem występowania ograniczeń w swobodzie dostępu był do przewidzenia. Można nawet powiedzieć, że był *zadany* jako konieczny dla zrównoważenia działania systemu ze względu na rozdźwięk między zgłaszanymi potrzebami a możliwościami ich realizacji. Jednocześnie jednak nie określono zasad porządkujących ograniczoną dostępność nie ujawniając, że problemy z realizacją swobody wyboru w ochronie zdrowia są nieuchronną konsekwencją działania także zreformowanego systemu

publicznego na przyjętym poziomie jego finansowania.

7. Brak motywacji do poprawy jakości świadczeń.

Szczególnie istotnym wnioskiem diagnozy kondycji szpitali po reformie jest wniosek dotyczący braku mechanizmów poprawy jakości. Kasy na to nie zwracały dostatecznej uwagi, a wprowadzane mechanizmy kontroli jakości, np.

przez akredytację szpitali nie zdają egzaminu. Przy czym problemem jest nie tyle rodzaj zastosowanego mechanizmu, co raczej jego niedostateczne

wdrożenie, obchodzenie, czy wręcz nierespektowanie zastosowanych kryteriów. Na tle tej sytuacji powstaje zasadnicze pytanie o podatność środowisk medycznych na regulacje prawne. Wydaje się, że bez poważnej *rewolucji* w tej dziedzinie żadna reforma nie przyniesie oczekiwanych skutków.

8. Ograniczona społeczna kontrola systemu i ograniczona podmiotowość ubezpieczonych oraz pacjentów.

Reforma zdrowia nie zwiększyła uprawnień pacjentów, ale co ważniejsze – nie stworzyła warunków zwiększających możliwości faktycznej realizacji zapisanych już praw. W konsekwencji sytuacja pacjentów pozostała bez zmian.

W polskim systemie ochrony zdrowia faktyczna pozycja pacjenta jest więc nadal niska. Istnieje wiele przyczyn tej sytuacji.

Uporządkować je można w następujące grupy:

- ▀ Ranga regulacji prawnych obejmujących prawa pacjenta jest niska. Prawa pacjenta nie mają w Polsce odrębnej ustawy. Sformułowane zostały w *Karcie praw pacjenta* na zasadzie wyboru z istniejących już aktów prawnych.

- ▀ Wiedza o prawach pacjenta nie jest powszechnie znana w środowisku medycznym. Z badań wynika, że prawa te są często nieznanne personelowi medycznemu. Także wiedza pacjentów o przysługującym im prawach nie jest szeroka. Pacjenci *walczą* o zaspokojenie potrzeb zdrowotnych także metodami nie-

### Szczególnie istotny jest wniosek dotyczący braku mechanizmów poprawy jakości

czystymi; przez *kupowanie* lepszego traktowania metodą dodatkowych opłat.

- ▶ Instytucje z urzędu powołane do obrony praw pacjenta są rozproszone (ministerstwo, kasy chorych), wzajemne relacje między nimi są niedookreślone, a przede wszystkim brakuje regulacji dotyczących sposobu wykorzystania w procesie zarządzania w służbie zdrowia wszystkich informacji, opinii, skarg pacjentów, czy próśb o interwencję.
- ▶ Pacjenci nie mają instrumentów oddziaływania na jakość świadczeń; rynek nie spełnia tych funkcji, bo jego działanie jest ograniczone, a w systemie publicznym nie zaprojektowano możliwości systemowego wprowadzania ocen pacjentów i korzystania z nich w zarządzaniu placówkami medycznymi. Wprawdzie coraz powszechniej prowadzone są badania satysfakcji pacjentów, lecz rola, jaką mogą pełnić one w opracowywanych systemach motywacyjnych nie została określona.
- ▶ Poważną konsekwencją niskiej pozycji pacjenta w systemie opieki zdrowotnej są trudności dochodzenia praw pacjentów w sytuacji popełnienia błędu medycznego. Sądy powszechne uzależniają swe decyzje orzekające o winie lekarzy i należnym odszkodowaniu od decyzji samorządów zawodowych orzekających (sądów korporacyjnych). To uzależnienie *de facto* ogranicza funkcje prawa cywilnego na tym obszarze.

## Rekomendacje

### Poprawić sterowanie systemem

Centralizacja jako trwałe rozwiązanie – jest nie tylko nieracjonalna w dłuższym okresie z punktu widzenia alokacji środków, ale także niebezpieczna ze względów politycznych. W warunkach demokracji absolutna władza będzie zmieniała się zgodnie z cyklem wymiany politycznej i istnieje możliwość, że każdy kolejny minister będzie wprowadzał swoje najlepsze rozwiązania, a to grozi już bardzo poważnym zachwianiem podstaw stabilności systemu.

### Zaakceptować wyodrębnionego płatnika

Istnieją poważne argumenty za utrzymaniem kas (czy inaczej nazwa-

nego tego typu płatnika w układzie trzeciej strony) przy poprawie sterowności całego systemu opieki zdrowotnej. Kasy chorych mogą i powinny tworzyć podstawy do racjonalnego działającego ograniczenia budżetowego w warunkach wykonania dużej pracy nad ujednoliconymi podstawami informacyjnymi oraz standaryzacją świadczeń.

### Stworzyć warunki dla pozytywnego oddziaływania ograniczenia budżetowego na gospodarność

Do warunków efektywnego działania ograniczenia budżetowego należy dokładna znajomość istniejących rezerw możliwych działań oszczędnościowych oraz opracowanie motywacji do ich uruchomienia. Inny warunek – to opracowanie sieci placówek i standardy wyposażenia jako odniesienie (*benchmark*) do podejmowania decyzji dotyczących finansowania inwestycji.

Poprawa w dziedzinie finansowania systemu ochrony zdrowia wymaga podjęcia działania jednocześnie w dwóch kierunkach:

- ▶ Uporządkowania w systemie finansów publicznych, a przede wszystkim opracowania podstaw decyzji finansowych oraz doprowadzenia do ich przejrzystości.
- ▶ Wprzęgnięcia środków prywatnych przez opracowanie jednolitego systemu współpłacenia pacjentów za świadczenia.

### Poprawić dostępność świadczeń przez uporządkowanie problemu odpłatności

Rzeczywista struktura źródeł finansowania powinna być podstawą również struktury stosowanej oficjalnie. Tak więc wyraźnie powinny być określone zakresy i zasady dla świadczeń finansowanych:

- ▶ publicznie,
- ▶ w sposób mieszany, tzn. ze współpłaceniem pacjenta,
- ▶ oraz całkowicie prywatnie.

### Jak nie ograniczać dostępu osobom biednym w sytuacji współpłacenia?

Zastosowanie kryteriów socjalnych w dostępie do świadczeń zdefiniowanych jako odpłatne lub częściowo odpłatne jest w wielu przypadkach decyzją społecznie uzasadnioną, ale w praktyce bywa wysoce naduży-

wane<sup>1</sup>, deprecjonując ich wprowadzanie. Duża liczba *socjalnych* kryteriów, jakie teoretycznie mogą wchodzić w rachubę przy określaniu dostępu jednostek do świadczeń finansowanych publicznie niesie ze sobą zagrożenie znaczną dowolnością. Niebezpieczeństwo takie staje się szczególnie realne, jeśli brak jest ponadpartyjnych instytucji mogących kontrolować decyzje osób odpowiedzialnych za ustalenia w tej dziedzinie.

Włączenie kryteriów socjalnych do systemu ochrony zdrowia, w którym występuje zróżnicowana odpłatność ze względu na inne kryteria (medyczne i ekonomiczne) teoretycznie może dokonać się dwiema drogami:

- ▶ albo przez stosowanie ich poza systemem ochrony zdrowia; w systemie pomocy społecznej czy przez stworzenie specjalnych programów dla biednych grup ludności
- ▶ albo przez uwzględnienie ich w ramach systemu ochrony zdrowia przez wyłączenie kryteriów ekonomicznych wobec pewnych grup ludności, dzięki czemu nie muszą one uczestniczyć w ponoszeniu dodatkowych opłat.

Polskie doświadczenie pokazuje, że włączenie kryteriów socjalnych do systemu ochrony zdrowia tworzy zwykle jeden z większych kanałów wypływu środków z systemu. Kryteriów tych się zwykle nadużywa; obecnie dotyczy to głównie leków. Z tego powodu zapowiedź, np. o tym, że emeryci płacić za leki będą tylko kwoty symboliczne (swoją drogą dlaczego właśnie emeryci?)<sup>2</sup> stanowić może otwarcie kolejnego kanału wypływu środków. Wyjście z kryteriami socjalnymi poza system ochrony zdrowia może stanowić w tej sytuacji rozwiązanie lepsze, chociaż nie idealne.

### Zwiększyć motywację do podnoszenia jakości świadczeń

Lekceważenie problemu jakości jest jednym z najpoważniejszych ograniczeń dla realizacji dalszych zmian w systemie. Dlatego istnieje pilna potrzeba wzmocnienia w systemie nabywania i opłacania świadczeń kryteriów oceny ich jakości. W tym celu potrzebne jest opracowanie koncepcji motywacji dla płatnika oraz wskazanie instrumentów oceny świadczeniodawców pod kątem jakości. Bez właściwego systemu monitorowania i egzekwo-



wania jakości świadczeń istnieje obawa, że także inny płatnik (fundusz) nie będzie zważał na jakość, doprowadzając do zmian o wątpliwej wartości dla głównych ich adresatów – ubezpieczonych i pacjentów.

### **Upodmiotowić pacjentów**

Domaganie się realizacji praw pacjenta jest wyrazem świadomości występowania naturalnej tendencji (asymetria informacji, relacja agencyjna) do wykorzystywania przewagi strony świadczeniodawców nad świadczeniobiorcami. Upodmiotowienie pacjenta w systemie powinno być jednym z zasadniczych celów poprawiania reformy. Działania temu służące objąć powinny jednocześnie:

- ▀ podniesienia *Karty praw pacjenta* do rangi ustawy,
- ▀ promocji i edukacji w sprawach praw pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem podniesienia świadomości świadczeniodawców w tej dziedzinie,
- ▀ egzekwowanie respektowania praw pacjenta (w ramach działalności rzeczników praw pacjenta) przez tworzenie motywacji do ich spełniania oraz ustanowienie sankcji za ich nierespektowanie,
- ▀ wzmocnienie prawa cywilnego w dochodzeniu zadośćuczynienia za popełnione błędy lekarskie.

Upodmiotowienie pacjenta w systemie ochrony zdrowia ma dwie oczywiste konsekwencje dla jego funkcjonowania: po pierwsze – zmniejsza motywację pacjentów do *korumpowania* lekarzy ze względu na *kupowanie* dobrego traktowania i po drugie – poprawia jakość świadczeń. W tym drugim przypadku nie jest to wprawdzie warunek wystarczający, bo poprawa jakości zależy także od kwalifikacji świadczeniodawców, wyposażenia placówek oraz systemów motywacyjnych, ale respektowanie praw pacjenta jest dla poprawy jakości warunkiem koniecznym. ■

- 
1. Przykładem takiego ewidentnego nadużywania są zwolnienia w opłatach za leki dla inwalidów wojennych i wojskowych, stanowiących około 0,3 proc. populacji ubezpieczonych, którzy w 1999 roku wygenerowali ponad 10 proc. kosztów refundacji lekarstw (KZKCh 2001).
  2. Emeryci w Polsce nie należą do grupy najbardziej potrzebujących (Golinowska 2002), stanowią za to liczący się elektorat.