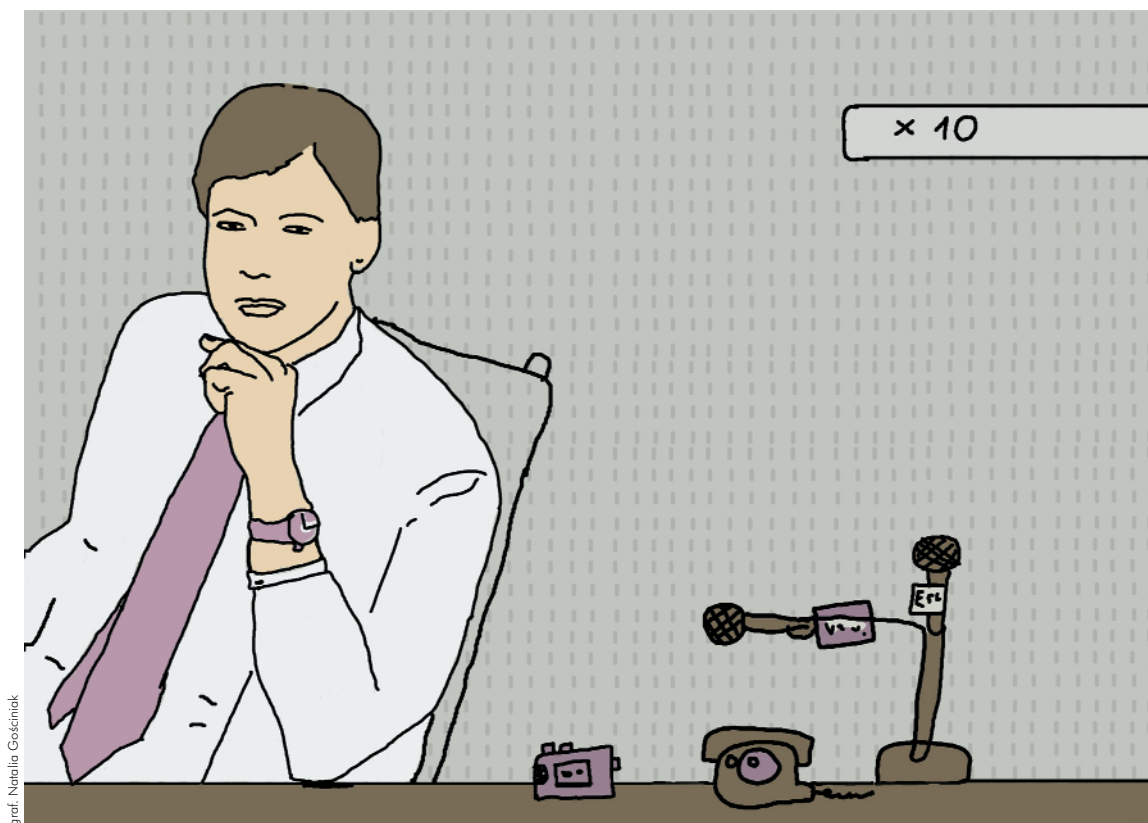


10 pytań do polityków o system opieki zdrowotnej w Polsce



Test dla ministra

Halina Bogusz, Szczepan Cofta

Skuteczność systemu opieki zdrowotnej opiera się nie tylko na adekwatności jego generalnych założeń, ale także – w nie mniejszym stopniu – na dopracowaniu rozwiązań szczegółowych.

System opieki zdrowotnej w Polsce był w ostatnich latach poddawany szczególnie bolesnym wstrząsom. Zmiany polityczne owocowały wprowadzaniem kolejnych reform, których komentowanie nie jest obecnie najważniejsze. Istotne wydaje się natomiast sformułowanie pytań, na jakie będą musieli odpowiedzieć podejmujący odpowiedzialność za kształt opieki zdrowotnej w najbliższych miesiącach. Najważniejsze pro-

blemy zawarte są w zarysowanych poniżej pyta- niach – sugestiach. Przyszli architekci systemu nie powinni się uchylać od odpowiedzi na nie.

1. Czy nowy rząd powinien rozpocząć od kolejnych drastycznych zmian systemu opieki zdrowotnej, czy też skupić się na tworzeniu (a następnie wdrażaniu) planu stopniowych i długofalowych reform?

Skuteczność systemu nie polega tylko na adekwatności jego generalnych założeń, ale na dopracowaniu szczegółów. W jakim kierunku powinna być prowadzona ewolucja istniejącego systemu, który jest z całą pewnością niedopracowany i w którym istnieje ogromna liczba nieprawidłowości, niespójności, nieprecyzyjnych i wzajemnie sprzecznych dokumentów? Czy taka ewolucja jest możliwa, czy też nieodzowne i nieuchronne są natychmiastowe zmiany podstawowego kształtu istniejącego systemu?

2. Kto w Polsce jest odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej?

Obecnie rolę kreatora systemu opieki zdrowotnej spełnia w decydującej mierze płatnik –

Ile – nie naruszając dobra funkcjonowania kraju (choć biorąc pod uwagę porównania z innymi krajami i systemami opieki zdrowotnej) – społeczeństwo jest rzeczywiście w stanie przeznaczyć na system ochrony zdrowia?

4. Jakie świadczenia są gwarantowane ze środków publicznych?

Brak odpowiedzi na to pytanie wydaje się być zrozumiałym, choć rażącym zaniedbaniem poprzednich reformatorów. Należy jak najszybciej na nie odpowiedzieć i ta odpowiedź powinna być powszechnie znana. Pytanie to dotyczy zarówno tzw. *koszyka świadczeń*, jak i liczby świadczeń kupowanych przez płatnika publicznego czyli *limitów*.

” NFZ jest ubezwłasnowolniony w możliwości podejmowania jakichkolwiek korekt regionalnych ”

NFZ, ubezwłasnowolniony w możliwości podejmowania jakichkolwiek korekt regionalnych. Władze samorządowe, przede wszystkim urzędy marszałkowskie, nie korzystają ze swoich uprawnień lub nie odczytują ich w sposób jednoznaczny. Należy w sposób jednoznaczny określić prawnie rolę koordynującą na danym terenie dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, jak i dla uniknięcia marnotrawienia środków publicznych. Istotne jest ponadto sprecyzowanie, gdzie i na jakiej podstawie powinny być podejmowane decyzje o koniecznym stopniu zapewnienia świadczeń ze środków publicznych.

Pochodnym jest pytanie: w jaki sposób, na jakiej podstawie i przez kogo powinny być podejmowane decyzje o:

- liczbie i profilu szpitali publicznych – konieczne jest podejmowanie tych decyzji na podstawie potrzeb zdrowotnych, organizacyjnych i możliwości finansowych;
- zakupach ze środków publicznych sprzętu medycznego, którego wykorzystanie wymaga gwarancji finansowych płatnika co do możliwości zakupu odpowiedniej liczby usług. Można mnożyć przykłady takich zakupów, które stały się przysłowiowym *wyrzucaniem pieniędzy w błoto* – ponieważ sprzęt nie został uruchomiony lub wykorzystany tylko w części.

3. Czy ilość środków publicznych wydawanych na opiekę zdrowotną w Polsce może i czy powinna zostać zwiększona, przy zachowaniu równowagi w finansowaniu poszczególnych potrzeb społeczeństwa?

5. Czy środki publiczne powinny być wydawane tylko na te metody lecznicze, których skuteczność jest naukowo udowodniona za pomocą współcześnie obowiązujących metodologii?

Jakie powinno być miejsce i rola analiz farmakoekonomicznych przy ocenie wprowadzanych sposobów leczenia, leków refundowanych itd.? Jak nie ulegać naciskom i partykularyzmowi poszczególnych grup zawodowych czy specjalności medycznych?

Jakie i kto powinien wypracować narzędzia oceny skuteczności wydatkowanych środków? Dotyczy to również wydatków na programy profilaktyczne, których skuteczność może i powinna być monitorowana.

6. Czy potencjał publicznych zakładów opieki zdrowotnej powinien być wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń opłacanych ze środków publicznych?

Duża część szpitali – zwłaszcza wysoko specjalistycznych – wykorzystywana jest w sposób niepełny. Finansowanie jedynie ze środków publicznych rodzi rozliczne dramaty, zwłaszcza przy formalnym zakazie sprzedaży usług kontraktowanych przez płatnika publicznego – np. bezpośrednio pacjentom.

7. Co należy pilnie uczynić, aby zapewnić w systemie odpowiednią liczbę dobrze wykształconej kadry medycznej?

Jak zahamować odpływ kadry medycznej – lekarskiej i pielęgniarskiej – z kraju? Jak zapew-

nić kompetentne kształcenie pielęgniarskie, które w ostatnich latach uległo pewnej destrukcji mimo przyznania mu rangi akademickiej?

Kto powinien koordynować decyzję o liczbie lekarzy kształconych w uczelniach medycznych i specjalizujących się w poszczególnych specjalnościach?

Problem kadry medycznej to także istotna kwestia kompetencji i zadań poszczególnych lekarzy, np. stażystów, rezydentów, a także położnych i pielęgniarek. Pilnym wyzwaniem wydaje się być stworzenie koncepcji kształcenia i funkcjonowania pomocy pielęgniarskich oraz sekretariatu medycznego.

mówieniach publicznych nie pozwala na efektywne gospodarowanie lekiem w jednostkach publicznych. Czy należy zwrócić większą uwagę na wprowadzanie receptariuszy, np. w opiece ambulatoryjnej m.in. monitorowanie zużycia leków i wydatków na leki, ewentualnie opracowywanie standardów i zaleceń?

Jakie miejsce w programach profilaktycznych powinny zajmować firmy farmaceutyczne? Niekiedy idea programów jest wypaczana przez współudział w nich firm farmaceutycznych. Niektóre programy służące *zwiększaniu wykrywalności* jako cel mają również zwiększanie sprzedaży leków.

» Jak zahamować odpływ kadry medycznej i pielęgniarskiej z kraju? »

8. Jakie powinno być miejsce dodatkowych ubezpieczycieli na rynku usług zdrowotnych?

Czy nie należy jak najszybciej wprowadzić tej dodatkowej możliwości opłacania usług, a co za tym idzie – wykorzystania bazy istniejącej w szpitalach bez konieczności ich sprzedawania?

9. Czy i jakie należy podjąć działania, aby ograniczyć wpływy przemysłu farmaceutycznego?

Jego interesy są zasadniczo sprzeczne z interesem płatnika usług. Obecna ustawa *O za-*

10. Jakie powinno być miejsce systemu akredytacji szpitali?

Czy należy wprowadzić i sformalizować istniejące w rzeczywistości stopnie referencyjności szpitali i jakie odzwierciedlenie powinny one mieć w systemie finansowania tych jednostek? Dotyczy to zarówno opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej. Czy należy umocnić pozycję lekarzy rodzinnych, ostatnio nadwątloną ze względu na okrojenie środków? Przecież w początkowym okresie reform pozycja lekarza rodzinnego była ich największym sukcesem...