

BÓL kontrolowany

Jak modyfikować system – terminarz zmian

Marcin Kautsch, Witold Ponikło

Erozja podstawowej opieki zdrowotnej na znacznym obszarze kraju, a wcześniej przesuwane terminy zakończenia konkursu ofert świadczeniodawców, nie wróżą dobrze systemowi – jego sprawności i efektywności – w roku 2004. Kolejna, zasadnicza zmiana w funkcjonowaniu instytucji opieki zdrowotnej w nadchodzącym roku – propozycja umarzania długów szpitali wobec Skarbu Państwa, a następnie przekształcanie ich w spółki użyteczności publicznej – napotyka na falę krytyki. Jednym z najważniejszych argumentów, jaki jest podnoszony przez przeciwników takich zmian, jest wysokość zadłużenia niektórych szpitali – przekracza ono wartość ich majątku – co stawia pod znakiem zapytania realność emisji akcji. Nie sposób nie zauważyć w tym miejscu, że długi te mają charakter narastający, zatem upływ czasu działa na niekorzyść tego projektu. Dodatkową ułomnością, jaka jest wskazywana w dyskusjach, to brak powodów, dla których nowy status prawny szpitali (po przekształceniu) miałyby zapobiegać ponownemu zadłużaniu.

Zjawiska występujące obecnie w systemie opieki zdrowotnej będą miały istotny, oczywiście niekorzystny, wpływ na jego ogólną kondycję w nadchodzących latach. Brak środków na bieżącą działalność instytucji opieki zdrowotnej powoduje, że nakłady inwestycyjne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce (budynki i budowle, aparatura medyczna, zaplecze techniczne itp.) należą do jednych z najniższych w Europie wśród krajów o zbliżonym poziomie rozwoju. OECD podaje, że wydatki inwestycyjne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce w roku 2002 wyniosły 19 USD PPP *per capita*. Niższe wydatki ponoszone są tylko w Słowacji (12 USD PPP), podczas gdy na Węgrzech wynoszą 39 USD PPP, w Czechach 46 USD PPP, a w dynamicznie rozwijającej się Irlandii 207 USD PPP – słownie *dwieście siedem!* (za: OECD *Health Data* 2003).

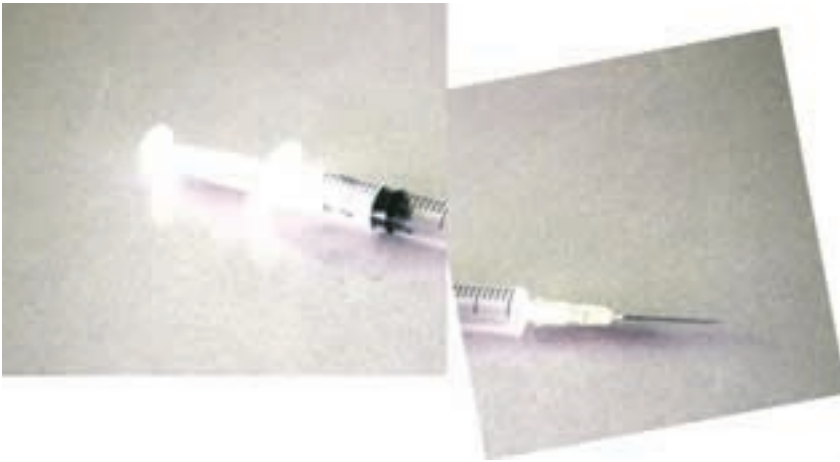
Analizując reformy systemu opieki zdrowotnej przeprowadzone w ostatnich latach (ze szczególnym uwzględnieniem lat 1999–2003) można stwierdzić, że oparte były one na przekonaniu o możliwości świadczenia niezbędnej puli usług medycznych bez jednoczesnego:

- zwiększenia ilości środków finansowych,
- wprowadzenia odpowiedzialności za wydawanie tychże środków,
- wprowadzenia zmian podnoszących efektywność systemu.

Mechaniczne oddłużanie zakładów opieki zdrowotnej oraz ich miękkie budżetowanie nie miało cech dokapitalizowania, a brak kryteriów oceniających instytucje opieki zdrowotnej, w tym także jakość świadczonych przez nie usług i sposób zarządzania nie dawał gwarancji na poprawę sytuacji.

Zmęczenie nieskutecznością wprowadzanych reform, które – niemalże za każdym razem – oparte były na zaprzeczeniu wprowadzonych wcześniej działań i zła kondycja systemu powodują, że proponowane, niezbędne do poprawy sytuacji zmiany muszą być wprowadzane w sposób ewolucyjny z wykorzystaniem zdobytej już wiedzy. Muszą one obejmować wszystkie obszary rzutujące na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w Polsce, a ich starannie zaplanowanemu, konsekwentnemu wprowadzaniu winna towarzyszyć szeroka akcja informacyjna adresowana do społeczeństwa. Krytycznym warunkiem powodzenia wprowadzanych zmian jest ich poparcie przez większość (lub przynajmniej znaczącą część) pracowników systemu. Poprzednie działania nie spełniały powyższych warunków.

Efektom uwarunkowań historycznych oraz wprowadzanych dotychczas reform systemu jest niewłaściwa alokacja ograniczonych środków finansowych, objawiająca się nagromadzeniem znacznych zasobów (np. infrastruktury) w wybranych regionach. Jest to jeden z powodów narastania zadłużenia systemu. Należy wszakże zaznaczyć, że w Polsce wskaźniki liczby personelu medycznego na populację nie odbiegają od wskaźników w innych krajach OECD. W związku z powyższym, zmiany w systemie nie mogą iść w kierunku redukcji liczby personelu medycznego, lecz muszą być nakierowane na podwyższenie efektywności funkcjonowania całego systemu. Jednak podwyższenie efektywności wymaga wprowadzenia dodatkowych pieniędzy do systemu, jak również wprowadzenia ja-



System opieki zdrowotnej w Polsce znajduje się w głębokim kryzysie, przejawiającym się niskim stopniem satysfakcji pacjenta z wykonywanych usług zdrowotnych, permanentnym brakiem pieniędzy oraz złym ich wykorzystaniem. Stan ten osiągnął już poziom zagrażający funkcjonowaniu systemu i mimo to stale się pogarsza. Proces kontraktowania usług medycznych na rok 2004 jest tylko potwierdzeniem powyższych ocen.

snych kryteriów jakościowych (np. rodzina standardów ISO), odnoszących się tak do świadczonych usług, jak i warunków, w jakich te usługi są świadczone.

Dowodem nieskuteczności poprzednich reform są chociażby obecne wskaźniki hospitalizacji, które – wbrew tendencjom światowym – mają charakter silnie rosnący (ponad milion hospitalizacji więcej od roku 1998). Zastosowane mechanizmy wykupu usług medycznych okazały się szkodliwe dla funkcjonowania systemu, natomiast pojawiające się propozycje powrotu do budżetowania szpitali zagrażają wręcz dostępności do usług medycznych i ich jakości.

Mimo że nie wypracowano dotychczas idealnego modelu finansowania usług zdrowotnych, to sytuacja w Polsce może być oceniona jako wyjątkowo niekorzystna. Wiąże się to także ze sposobem prowadzenia statystyki zdrowotnej w naszym kraju. Każdy z funkcjonujących w świecie systemów niesie ze sobą ryzyko przekłamań związanych z możliwością wpływania środowiska medycznego na statystykę zdrowotną. Funkcjonujący w Polsce system sprawozdawczości ma charakter medyczno-administracyjny. Podwyższenie efektywności jego działania wymaga zmiany orientacji na zarządczo-medyczną.

Zmiany w systemie są niezbędne, tak z punktu widzenia pacjenta, jak i płatnika. Należy jasno wskazać, że w realnej perspektywie czasu nie ma możliwości wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej istotnej puli pieniędzy ze środków publicznych. Dotychczasowe zmiany finansowania wprowadzane od roku 2003 (zwiększenie składki, centralizacja budżetu) są zbyt słabym i niekoniecznie właściwym impulsem, by – przy niesprawności funkcjonowania – mogły zniwelować obecną nieskuteczność całego systemu. W tej sytuacji niezbędne staje się wprowadzenie na rynek usług medycznych płatników niepublicznych. Jednocześnie należy jasno określić możliwości finansowe systemu – wynikające z finansowania tak ze źródeł publicznych, jak i niepublicznych – i, w oparciu o tę ocenę, wyznaczać priorytety zdrowotne, postępując się przy tym koszykiem świadczeń, wskazanymi

mi procedurami i standardami. Prowadząc te działania nie wolno zapominać, że zgodnie z powszechnie obowiązującą zasadą, poziom wydatków na ochronę zdrowia zależy od poziomu rozwoju gospodarczego kraju.

Proponowane poniżej zmiany w systemie muszą odbywać się w określonej sekwencji czasowej, równolegle w wielu obszarach rzutujących na jego efektywność. Winny one obejmować w pierwszym rzędzie **wprowadzenie rzeczywistej odpowiedzialności za podejmowane działania** w systemie opieki zdrowotnej, w warunkach jasnych, zaktualizowanych i dopracowanych regulacji prawnych.

Ewolucyjne zmiany w systemie opieki zdrowotnej muszą obejmować obszary wskazane w tab. 1.

Należy podkreślić, że wszystkie wskazane obszary przenikają się wzajemnie i intensywnie oddziałują na siebie.

Nie wolno także zapominać, że błędy w funkcjonowaniu systemu wynikają przede wszystkim z jego błędnego zaprojektowania. Bardzo często też efektywność w skali mikro (pojedynczych instytucji) przekłada się na straty w skali makro. Dlatego też proponowane rozwiązania winny opierać się na myśleniu i interesie systemowym.

Jedną z zasadniczych słabości systemu opieki zdrowotnej jest brak szeroko pojętej spójnej polityki inwestycyjnej, tak na poziomie kraju, jak i regionów. Dotyczy to nie tylko inwestycji budowlanych, lecz także zakupów ciężkiej aparatury medycznej, uruchamiania nowych oddziałów szpitalnych (nowych działalności medycznych). Brak spójności widoczny jest także w obszarze programów zdrowotnych, realizowanych na różnych poziomach. Dlatego należy przyjąć jako zasadę stale obowiązującą, że jakiegokolwiek wydatki publiczne muszą bazować na przeprowadzonych uprzednio analizach ich opłacalności, z uwzględnieniem efektywności proponowanych rozwiązań, faktycznych potrzeb zdrowotnych i działań promujących standardy jakościowe. Analiza ekonomiczna i efektywnościowa odnosić się musi także do wszelkich procedur medycznych, tak stosowanych aktualnie, jak i tych, których wprowadzenie jest planowane.

Tab. 1. Proponowane obszary zmian systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Obszar zmian	Cele zmian	Termin realizacji
1. Polityka zdrowotna państwa	Przygotowanie dokumentów wytyczających strategię działania systemu oraz uzyskanie konsensusu wszystkich zainteresowanych instytucji i środowisk co do kierunku i zakresu prowadzonych działań [cele i zadania stojące przed systemem, priorytety zdrowotne, koszyk świadczeń mechanizmy (możliwości) do realizacji tych celów].	6 mies.
2. Polityka regionalna	Przygotowanie planów strategicznych na poziomie województw i kraju, których ostatecznym celem będzie uzyskanie standardu usług medycznych na poziomie średniej krajów Unii Europejskiej.	4–6 mies.
3. Regulacje prawne	Ustanowienie – poprzez zmianę istniejących lub przygotowanie nowych – aktów prawnych stwarzających warunki do przeprowadzenia zmian oraz wprowadzających nowe elementy nieobecne dotychczas w systemie - na przykład: dywersyfikacja źródeł finansowania świadczeń oraz instytucji ubezpieczeniowych, status prawny instytucji opieki zdrowotnej itp.	12 mies.
4. Finansowanie	Ustanowienie publicznego i niepublicznego systemu finansowania świadczeń medycznych z wyraźnym wskazaniem na priorytety zdrowotne oraz rozdział środków pomiędzy lecnicтво ambulatoryjne i szpitalne, z wyróżnieniem charakteru placówek szpitalnych (szpitale ostre i pobytowe).	wstępne: 3 mies., docelowe: 2–4 lata
5. Struktura	Dostosowanie sieci świadczeniodawców do faktycznych potrzeb zdrowotnych, z uwzględnieniem stanu infrastruktury (zasobów) jednostek opieki zdrowotnej, z założeniem konsekwentnego finansowania ze środków publicznych tylko zadań przewidzianych w narodowych i regionalnych planach zdrowotnych.	18 mies.
6. Standaryzacja	Stopniowa standaryzacja działań medycznych i niemedyycznych.	4 lata
7. Informatyzacja	Stopniowa informatyzacja systemu opieki zdrowotnej, zapewniająca przepływ istotnych danych wewnątrz organizacji, a także do innych instytucji odpowiedzialnych za działanie systemu.	proces ciągły

Ad. 1. Polityka zdrowotna państwa

Słabością polskiego systemu opieki zdrowotnej jest niska dostępność do wiarygodnych danych, a także ograniczony wachlarz danych, które mogą być użyte do formułowania strategii. Zakres danych określanych corocznie przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej¹ nie daje podstaw do prawidłowego zarządzania systemem i kreowania polityki zdrowotnej. Sytuacja ta musi się zmienić, tak ze względu na efektywność bieżącego funkcjonowania systemu, jak i na możliwość planowania (w tym długofalowego) rozwoju.

Mimo wskazanych problemów, możliwe jest przygotowanie strategicznego dokumentu, zatytułowanego *Polityka zdrowotna państwa*, który powinien określać cele i zadania stojące przed systemem, oraz wskazywać na sposoby ich realizacji. Należy nadmienić, że istniejący dokument (Narodowy Program Ochrony Zdrowia²), koncentruje się wokół pożądaných wyników proponowanych reform, nie określając zasad procesu, który ma do nich doprowadzić, a zatem nie spełnia wskazanych warunków.

Za niezbędne należy uznać także wyznaczenie priorytetów zdrowotnych, zdefiniowanie koszyka świadczeń oraz stworzenie mechanizmów (możliwości) do realizacji tych celów – tak w skali kraju, jak i regionów. Wiąże się to także z kwestią stworzenia sieci szpitali, co zostało przedstawione w dalszej części niniejszego dokumentu.

Okrągły stół wydawał się cenną inicjatywą, której wartość wynika z możliwości uzyskania konsensusu co do niezbędnych zmian w systemie opieki zdrowotnej. Brak efektów dotychczasowych obrad wydaje się być związany przede wszystkim z brakiem dokumentów programowych, które winny stanowić bazę do ich prowadzenia – podczas gdy oczekiwania ministra zdrowia szły (zapewne) w kierunku wypracowania takich dokumentów właśnie przez uczestników tej inicjatywy.

Brak realnej polityki zdrowotnej państwa i przerzucenie odpowiedzialności za jej kształtowanie na – działające w latach 1999–2003 – kasy chorych, musiało skutkować powiększeniem się rozdzwisku między bogatymi a mniej zasobnymi regionami. Dodatkowo, brak regulacji prawnych sprawił, że pojawiające się rozwiązania systemowe były wynikiem wypełniania luki legislacyjnej przez decyzje kas chorych³ lub też pochodną działania sił rynkowych. Mimo wprowadzenia w roku 2003 centralizacji systemu, polityka zdrowotna państwa nie została precyzyjnie określona. A zatem podstawowa dysfunkcja systemu – brak jednorodnej krajowej strategii – nie została usunięta.

Politykę zdrowotną wyznaczają środki publiczne i niepubliczne, jakie pozostają w dyspozycji płatnika (publicznego i prywatnego). Istotną kwestią jest stworzenie – na poziomie centralnym – warunków i zachęt do uruchomienia środków niepublicznych, możliwych do wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej. Takie działania wymagają zastosowania szeregu wymogów związanych

I Słabością polskiego systemu opieki zdrowotnej jest niska dostępność do wiarygodnych danych

z identyfikacją składek płatnika niepublicznego. To z kolei wymaga stworzenia niezbędnych do tego celu mechanizmów finansowych.

Potencjał zaplecza naukowo-badawczego systemu opieki zdrowotnej w Polsce (jak również możliwość konsultacji przyjętych rozwiązań na forum międzynarodowym) jest wystarczający, by wskazane działania, w tym plan strategiczny, przygotować w relatywnie krótkim czasie. Powinno to stanowić bazę do osiągnięcia konsensusu udziałowców systemu.

Mając świadomość skali zadania, polegającego na wypracowaniu planu strategicznego należy podkreślić, że stanowi on kluczowy element zmian. Należy zatem dążyć do możliwie szybkiego wypracowania takiego dokumentu i poddania go pod dyskusję.

Warunki zewnętrzne wymuszają skrócenie czasu na wykonanie tego zadania do ok. 6 mies. Następnie uzgodniony plan winien być konsekwentnie wdrażany.

Ad. 2. Polityka regionalna

Mając na uwadze specyfikę regionalną, każde województwo winno wypracować własne rozwiązania, dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, mieszczące się i bazujące na strategii krajowej, a uwzględniające jednocześnie elementy charakterystyczne dla regionu.

Regionalna polityka zdrowotna winna obejmować te wszystkie elementy, które rzutują na efektywność całego systemu – np. funkcjonowanie szpitali na pograniczach województw, dostępność do specjalistycznych usług medycznych itp. Jednocześnie plany regionalne muszą uwzględniać priorytety wyznaczone w skali państwa.

Kwestią wymagającą działań jest także nadzór właścicielski. Tymowska wskazuje na jego słabość w obecnej formie – biurokratyzowanej, realizującej pozaefektywnościowe funkcje własności, takie jak ochrona miejsc pracy, zła selekcja menedżerów, *moralny hazard* właściciela publicznego, który może przerzucić długi zakładów na podatników, i stwierdza, że kierownicze stanowiska w zakładach traktowane są jak łupy polityczne.⁴ Konieczne stają się więc działania zmierzające do zmiany tej praktyki, idące w kierunku odpolitycznienia tego sektora, a być może centralizacji na poziomie regionalnym – co oznaczałoby przejęcie wszystkich publicznych zakładów przez samorządy województw.

Należy przyjąć, że polityka regionalna odpowiadać będzie na lokalne potrzeby, a możliwość jej realizacji warunkowana będzie posiadaniem przez regionalne władze (samorządu i administracji państwowej) stosownego zakresu narzędzi – to jest, przede wszystkim, funduszy oraz możliwości prawnych. Za rzeczonymi możliwościami winna iść także odpowiedzialność za realizację ustanowionych celów – na poziomie krajowym i regionalnym.

Zakłada się, że regionalne plany strategiczne winny być opracowane po ukazaniu się dokumentu ogólnokrajowego, a okres ich przygotowania nie powinien przekraczać 4–6 mies.

Ad. 3. Regulacje prawne

Akty prawne, w oparciu o które funkcjonuje system opieki zdrowotnej w Polsce nie dają podstaw do skutecznego zarządzania. Wynika to z kilku przesłanek, m.in.:

- Istnienia obszarów nieuregulowanych lub uregulowanych w sposób niejednoznaczny. Przykładem tego może być status prawny zakładu opieki zdrowotnej, który z jednej strony nie prowadzi działalności gospodarczej (art. 8a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stwierdza, że do zakładu opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy z 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej⁵), z drugiej strony winien być traktowany jako instytucja taką działalność prowadząca (Ścienikowski, opierając się na Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług wprowadzonej rozporządzeniem Rady Ministrów z 18 marca 1997 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług⁶ stwierdza, że usługi medyczne są usługami w rozumieniu ustawy – *Prawo działalności gospodarczej*.⁷ Tym samym zakłady opieki zdrowotnej winny podlegać przepisom tej ustawy. W przypadku zakładów niepublicznych NSA w uchwale z 12 listopada 2001 r. uznał, że prowadzą one działalność gospodarczą (sygn. FPK 11/01).⁸ Jak stwierdza Ścienikowski, pogląd ten został recypowany także w odniesieniu do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, na co zwracają uwagę uchwały pięciu sędziów Izby Finansowej Naczelnego Sądu Administracyjnego podjęte 21 grudnia 2001 r. (sygn. FPK 13/01, FPK 14/01).⁹ Jak rozumiemy, obecne propozycje rządu idą w kierunku doprecyzowania tego obszaru.
 - Niespójności uregulowań – zakup świadczeń zdrowotnych przez płatnika pozwala formalnie jedynie na pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania zakładu. Wszelkie inwestycje winny być finansowane przez organ założycielski, na które instytucja ta nie posiada środków.
 - Wprowadzenia sprzecznych rozwiązań – np. konkutowanie zakładów (rozwiązania rynkowe) przy jednoczesnym istnieniu tylko jednej instytucji finansującej (kasy chorych, obecnie NFZ) – to jest faktycznego braku rynku płatnika.
 - Wprowadzenia standardów, których spełnianie jest wątpliwe w większości instytucji opieki zdrowotnej (rozporządzenie z 21 września 1992 r.).
- W związku z powyższym należy dokonać inwentaryzacji aktów prawnych dotyczących systemu opieki zdrowotnej pod kątem identyfikacji dysfunkcji, jak również potencjalnych wymogów i rekomendacji prawa Unii Europejskiej.
- Uporządkowanie tego obszaru jest warunkiem podstawowym do wykonywania innych działań, zmieniających funkcjonowanie systemu i umożliwiających realizację polityki zdrowotnej państwa. Porządkowanie oznacza także wprowadzanie uregulowań, które w sposób jednoznaczny definiowałyby odpowiedzialność wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej.

Stosowane mechanizmy finansowania usług owocują przenoszeniem pacjentów na wysokie poziomy referencyjne. Efektem jest spadek wydatków na opiekę podstawową, która powinna stanowić – zgodnie ze swoją nazwą – podstawę systemu

Należy przy tym dążyć do stworzenia stabilnych – pod względem prawnym – zakładów opieki zdrowotnej, które byłyby w stanie efektywnie gospodarować powierzonymi środkami. Oznacza to w praktyce możliwość/konieczność przekształcenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej w podmioty innego typu – np. spółki prawa handlowego, ze wszystkimi konsekwencjami prawnymi tych przekształceń.

Inwentaryzacja aktów prawnych winna dać podstawy do ich priorytetyzacji – także pod kątem szybkości ich wprowadzania lub poprawiania.

Przyjmuje się, że prace w tym obszarze winny być prowadzone równocześnie z pracami nad dokumentami określającymi politykę zdrowotną państwa. Natomiast uchwalenie fundamentalnych aktów prawnych (ustaw) winno nastąpić w okresie nie dłuższym niż 12 mies. (szybka ścieżka legislacyjna), stwarzając tym samym warunki do wdrażania wypracowanej polityki zdrowotnej państwa.

Ad. 4. Finansowanie

Stosowane obecnie mechanizmy finansowania usług medycznych owocują przenoszeniem pacjentów na nieadekwatne do potrzeb wysokie poziomy referencyjne. Efektem tego zjawiska jest spadek wydatków na opiekę podstawową, która powinna stanowić – zgodnie ze swoją nazwą – podstawę systemu. Dlatego też należy postulować wypracowanie i wdrożenie sposobów kontraktowania, które umożliwiłyby świadczenie możliwie wielu usług na jak najniższych poziomach referencyjnych. Wypracowane być muszą także mechanizmy, w których uwzględniona będzie odpowiedzialność i ryzyko za poprawę stanu zdrowia pacjenta pomiędzy płatnika i dostarczyciela, a być może i samego pacjenta. Mechanizmy te winny być ukierunkowane, nie – jak do tej pory – na leczenie pacjenta, ale na poprawę jego stanu zdrowia, aby wyeliminować zapłatę za działania nieefektywne.

Jest to warunek niezbędny do wprowadzenia dodatkowych źródeł finansowania systemu opieki zdrowotnej, takich jak współpłacenie pacjenta oraz dopuszczenie na rynek komplementarnych ubezpieczycieli. Taki postulat wynika z niemożności sfinansowania wymaganej puli usług medycznych tylko i wyłącznie ze środków publicznych. Związane jest to z wieloma czynnikami, wśród których należy wymienić wysoki poziom oczekiwań pacjentów, rosnące potrzeby zdrowotne (starzenie się populacji), szybki postęp w rozwoju technologii medycznych i potrzeby inwestycyjne systemu opieki zdrowotnej, a także nieefektywne działanie płatnika publicznego, manifestujące się, wspomnianym wcześniej, dramatycznym wzrostem liczby hospitalizacji.

Powyższe mechanizmy – szczególnie wprowadzenie do systemu ubezpieczycieli prywatnych – wymagać będą w pierwszej kolejności pełnej identyfikacji składki oraz zdefiniowania koszyka usług, przysługujących w ramach ubezpieczenia powszechnego. Przy wdrożeniu powyższego modelu proponuje się wykorzystanie doświadczeń (i rozwiązań) uzyskanych w systemie ubezpieczeń społecz-

nych. Przedmiotem dyskusji winien stać się także model finansowania świadczeń społecznych i zdrowotnych – z sugestią połączenia obu tych strumieni finansowych. Rozwiązanie to generować będzie oszczędności, np. wynikające z właściwej rehabilitacji w miejsce długoterminowych świadczeń typu rentowego.

Zaproponowane rozwiązania kontraktacji usług winny promować restrukturyzację świadczeniodawców i tworzenie silnych kapitałowo (dużych) jednostek, które będą w stanie podjąć wyzwania związanym z zarządzaniem ryzykiem zdrowotnym populacji będącej pod ich opieką. Jest to warunek niezbędny do podniesienia efektywności działania systemu przy ograniczonym wzroście kosztów.

Model finansowania systemu opieki zdrowotnej musi być wypracowany w ścisłym powiązaniu z działaniami restrukturyzacyjnymi, polegającymi na zmianie zadań poszczególnych jednostek, a nie na ich mechanicznej likwidacji (zamykaniu). Oznacza to konieczność aktywniejszego poszukiwania przez świadczeniodawców środków poza systemem powszechnego ubezpieczenia publicznego. Można oczekiwać, że zrestrukturyzowany w ten sposób system opieki zdrowotnej będzie bardziej efektywny, tak pod względem procesu leczenia, jak i jego jakości.

Wobec skali problemu należy przyjąć, że zaproponowane mechanizmy muszą być złożone, a co za tym idzie, bazować na rozbudowanych systemach informatycznych. Należy także oczekiwać, że docelowe rozwiązania w tej dziedzinie pojawią się w dłuższej perspektywie czasu. Dlatego też wstępnie należy się oprzeć na relatywnie prostych mechanizmach finansowania, które podlegać będą kontrolowanym zmianom.

Propozycja wstępnych rozwiązań winna pojawić się w ciągu 3 miesięcy, natomiast wdrożenie docelowego systemu (np. bazującego na DRG, lub pełnej kapitaacji z uwzględnieniem czynników ryzyka) w ciągu 2–4 lat wraz z rozwojem systemu informatycznego.

Wszelkie zmiany sposobu finansowania i udziału poszczególnych płatników (publicznych i niepublicznych) winny być przedmiotem szerokiej dyskusji społecznej. Należy też przyjąć, że wprowadzane zmiany będą ogłaszane z co najmniej rocznym wyprzedzeniem, gwarantującym możliwość przystosowania się płatnika i świadczeniodawcy. Zakłada się także, że przyjęte zasady nie będą ulegać zmianom w okresie ich wdrożenia.

W tej sytuacji nazewnictwo płatnika (NFZ, kasa chorych) jest sprawą wtórną wobec potrzeby realizacji polityki zdrowotnej państwa i regionalnych planów strategicznych. Nie do utrzymania wydaje się jednak pełna centralizacja systemu publicznego finansowania usług zdrowotnych – względy organizacyjne, uwarunkowania regionalne itp. Należy zakładać ewolucję publicznego płatnika w kierunku samodzielności oddziałów wojewódzkich. Natomiast rolą centrali będzie wyznaczanie zasad i polityk, dotyczących kontraktowania usług pod kątem realizacji priorytetów zdrowotnych.

Tab. 2. Obszary możliwych do zastosowania zmian w systemie opieki zdrowotnej na wybrane aspekty działania systemu¹⁰

Obszary	Cele reformy systemu opieki zdrowotnej			
	wydajność	równość	poprawa zdrowia	zadowolenie społeczeństwa
poziom finansowania	+	+	0	+
alokacja zasobów	++	++	++	+
struktura opieki zdrowotnej	++	0	+	++
motywacja i system premiowania dla świadczeniodawców i menedżerów	++	+	++	++
oczekiwania konsumentów	++	0	0	++
<i>Uwaga:</i>				
++ – czynnik bardzo ważny	+ – czynnik wpływający		0 – czynnik mało ważny	

Znaczenie systemów płacenia (motywacja i system premiowania dla świadczeniodawców i menedżerów) oraz wspomnianej powyżej alokacji zasobów na cele reformy systemu opieki zdrowotnej pokazano w tab. 2.

Ad. 5. Struktura

Trudności z finansowaniem systemu opieki zdrowotnej związane są – oprócz innych czynników – z faktem nieadekwatności istniejącej struktury dostawcy (dotyczy przede wszystkim szpitali) do rzeczywistego poziomu potrzeb. Powoduje to bardzo niską efektywność wykorzystania posiadanych zasobów. Gwałtowne zwiększenie liczby pacjentów hospitalizowanych należy przypisać przede wszystkim polityce zakupu świadczeń zdrowotnych, a nie faktycznemu pogorszeniu się stanu zdrowia społeczeństwa. W tym rozumieniu należy mówić o wyjątkowym wręcz braku efektywności systemu.

Niewykorzystanie zasobów niesie za sobą skutki dozażne – brak środków budżetowych, oraz długofalowe – słabo wykorzystane zasoby podlegają zużyciu *moralnemu*. W rezultacie, w polskim systemie opieki zdrowotnej istnieje duża pula urządzeń medycznych i budynków szpitalnych, które nie powinny być eksploatowane.

Chęć utrzymania za wszelką cenę działalności zabiegowej w każdym szpitalu powiatowym i generalny brak akceptacji przekształcania szpitali w zakłady opieki długoterminowej stwarza presję na modernizację infrastruktury technicznej, skutkującą wysokimi kosztami prac modernizacyjnych, które – z powodu wieku budynków – nie mogą być uznane za racjonalne.

Powstają zasadnicze dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej wątpliwości: jaka jest optymalna liczba szpitali w Polsce oraz jaki profil (specjalności) powinny te szpitale reprezentować?

Wziąwszy np. pod uwagę, że koszt utrzymania bloku operacyjnego wraz z całą niezbędną infrastrukturą techniczną stanowi poważny wydatek w budżecie każdego szpitala, należy podnieść kwestie związane z poziomem wykorzystania tych zasobów, a także ich jakością. Badania przeprowadzone w jednym z województw wskazują, że poziom wykorzystania bloków operacyjnych jest nierównomierny, natomiast relacja między stanem technicz-

nym bloku operacyjnego a liczbą zabiegów praktycznie nie istnieje. Istotne zatem jest doprowadzenie do sytuacji, w której najbardziej nowoczesne bloki operacyjne przejęłyby zasadniczą pulę pacjentów, poddawanych planowym zabiegom chirurgicznym. Oznacza to nie tylko lepsze wykorzystanie najnowocześniejszych bloków operacyjnych, ale jednocześnie stwarza możliwość przesunięcia personelu medycznego z przestarzałych bloków operacyjnych, które siłą rzeczy, można będzie zakwalifikować do zamknięcia.

Wszelkie decyzje związane ze zmianą funkcjonującą obecnie sieci szpitali wykonujących zabiegi operacyjne powinny uwzględniać także fakt istnienia sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych, które formalnie i faktycznie będą sprawować opiekę nad pacjentami w stanach ostrych (zagrożających życiu) do czasu ustabilizowania ich parametrów życiowych. Oznacza to możliwość transportu pacjenta do nowoczesnej sali operacyjnej, zlokalizowanej niekoniecznie w tym samym budynku i w tej samej miejscowości co oddział ratunkowy.

W tworzeniu sieci szpitali winien nastąpić podział na szpitale ostre i zachowawcze, uwzględniający stan infrastruktury technicznej tych jednostek, kwalifikacje personelu oraz sieć drogową, która winna zapewnić szybki transport pacjenta w obszarze działania szpitala.

Proponowane działania nie oznaczają redukcji liczby personelu medycznego, a jedynie ewentualną zmianę miejsca świadczenia pracy.

W wyniku proponowanych powyżej działań powinna powstać w Polsce paralelna sieć szpitali ostrych i szpitali zachowawczych, których utrzymanie powinno być mniej kosztowne niż w obecnym modelu.

Należy zdecydowanie przesunąć akcenty świadczenia zachowawczych usług medycznych z opieki szpitalnej na opiekę domową. Związane jest to nie tylko z aspektem ekonomicznym, lecz także z aspektem psychologicznym (lepsze samopoczucie pacjenta). Model taki jest z powodzeniem wdrożony w krajach europejskich.

Zakłada się, że tworzone lub przekształcane zakłady opieki zdrowotnej – co zostało podniesione w części opracowania dotyczącej finansowania – będą na tyle duże, by mogły realizować postawione cele, w warunkach istnienia ryzyka związanego z funkcjonowaniem

Nie do utrzymania wydaje się pełna centralizacja systemu publicznego finansowania usług zdrowotnych. Należy zakładać ewolucję publicznego płatnika w kierunku samodzielności oddziałów wojewódzkich

systemu (np. opóźnienie płatności za wykonane usługi, konieczność dokonywania inwestycji).

Osobną kwestią jest konieczność wzmocnienia zakładów opieki zdrowotnej pod względem organizacyjnym. W obecnym kształcie charakteryzują się one relatywnie słabą częścią administracyjną i silną częścią medyczną, której przedstawiciele w wielu przypadkach nie utożsamiają się z interesem całej jednostki. Należy dodać, że nie jest to tylko polski problem¹¹, lecz nie widać w naszym kraju mechanizmów, które miałyby złagodzić to zjawisko.

Wszystkie wskazane powyżej elementy nowej struktury opieki zdrowotnej winny być przedmiotem intensywnych konsultacji, a wypracowanie modelu nowej struktury szpitali w Polsce, po uwzględnieniu czasu niezbędnego na inwentaryzację zasobów i konsultacje, winno zająć nie więcej niż 18 mies.

Ad. 6. Standaryzacja

Przyjmując, że medycyna oparta na faktach (*Evidence-Based Medicine* – EBM) winna stanowić podstawę działań opieki zdrowotnej należy założyć, że w postępowaniu – także nieklinicznym – winno się bazować na ustalonych standardach. Powyższe stanowić powinno długoterminowy cel strategiczny przynajmniej w wybranych specjalnościach medycznych, oraz w odniesieniu do działań administracyjno-zarządczych. Standaryzacja winna być oparta o międzynarodową klasyfikację procedur medycznych – ICD-9.

Szczególnie istotne jest wprowadzenie standaryzacji w najbardziej kosztownych obszarach usług medycznych (np. niechirurgiczne leczenie nowotworów). Doprowadzenie do wdrożenia standardów winno uczynić koszty systemu bardziej przewidywalnymi. Dowolność stosowanych rozwiązań – stan obecny – musi prowadzić do marotrawstwa.

Standaryzacja procedur medycznych niesie za sobą podwyższenie szeroko pojętego bezpieczeństwa pacjenta, a także bezpieczeństwa personelu medycznego. Dotyczy to standaryzacji w działaniach niezwiązanych bezpośrednio z opieką nad pacjentem. Dodatkowym efektem standaryzacji byłaby możliwość porównywania kosztów pomiędzy dowolnymi zakładami opieki zdrowotnej w całym kraju.

Wdrożenie standardów może okazać się trudne, przede wszystkim ze względu na obecny stan organizacji i infrastruktury technicznej zakładów opieki zdrowotnej. Problem ten ilustruje raport Państwowej Inspekcji Pracy.¹² Wskazuje on na duże lub bardzo duże uchybienia. Autorzy we wnioskach określali odkryte zjawiska mianem niekorzystnych, a czasami wręcz patologicznych. Stwierdzali też konieczność przeprowadzenia pogłębionej analizy uwarunkowań i przyczyn nagminnego nieprzestrzegania obowiązującego prawa pracy oraz przepisów sanitarnych, jak również rozważenia i wybrania najskuteczniejszego modelu kontroli zakładów opieki zdrowotnej.

Najpoważniejszym problemem wymienianym w raporcie Państwowej Inspekcji Pracy (w części dotyczącej gospodarowania majątkiem zakładów) było niedostosowanie obiektów, pomieszczeń pracy i urzędzeń do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urzędzenia zakładu opieki zdrowotnej.¹³ W raporcie wskazano również, iż nie są przeprowadzane okresowe kontrole stanu technicznego obiektów budowlanych i urzędzeń technicznych, a w zakładach doszło do wieloletnich zaniedbań w zakresie bieżących remontów i napraw. Stwierdzono także brak dokumentacji eksploatacyjnej sprzętu, aparatury medycznej oraz innych urzędzeń i instalacji, oraz niewykonywanie systematycznych przeglądów, niezbędnych do zmniejszenia awaryjności, a tym samym ograniczenia zagrożeń wypadkowych. Niepokoi (co podkreślili autorzy raportu) to, że nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono nawet w obiektach nowych lub zmodernizowanych (po ukazaniu się ww. rozporządzenia).

W raporcie tym stwierdza się również, że niespełnianie podstawowych wymogów BHP, dotyczących pomieszczeń pracy, dróg komunikacyjnych i transportowych oraz maszyn, narzędzi i urzędzeń technicznych w kontrolowanych szpitalach wpływa na wysoki wskaźnik częstotliwości wypadków przy pracy, znacznie przekraczający średnią w gospodarce narodowej. W roku 2000 wyniósł on w kontrolowanych szpitalach 14,2 na 1 tys. zatrudnionych, a w gospodarce narodowej 8,3. Nieprzestrzeganie reżimu sanitarnego oraz niewyposażanie pracowników w odpowiednie środki ochrony indywidualnej przekłada się na wysoką zachorowalność na choroby zawodowe – ten wskaźnik również znacznie przekraczający średnią w gospodarce narodowej. Pracodawcy nie respektują obowiązku dokonywania oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą. Istotnym problemem jest także nieprzygotowanie pracowników do pracy. Ponadto, w wyniku kontroli uznano gospodarkę niebezpiecznymi odpadami medycznymi i poprocesowymi za niewłaściwą.

Przedstawiony obraz wskazuje, że działania są konieczne zarówno w obszarze medycznym, jak i niemedycznym. A wdrożenie standardów winno odbywać się sukcesywnie z perspektywą zakończenia tego procesu w czasie nie dłuższym niż 4 lata.

Ad. 7. Informatyzacja

Jedną z zasadniczych bolączek polskiego systemu opieki zdrowotnej jest brak danych, dotyczących tak samego procesu leczenia pacjentów, jak i innych danych, dotyczących np. posiadanych zasobów, ich stanu, kosztów itp. Wytlumaczeniem tego stanu rzeczy może być brak odpowiednich narzędzi umożliwiających zbieranie danych, odpowiednią ich konfigurację i w efekcie możliwość prowadzenia odpowiednich analiz. Rozwiązaniem problemu jest niewątpliwie informatyzacja zakła-

dów opieki zdrowotnej, umożliwiającą nie tylko zbieranie danych wewnątrz organizacji, ale także ich transfer, np. do płatnika, organu założycielskiego lub innych zainteresowanych instytucji.

Informatyzacja szpitali stanowi duże wyzwanie dla całego systemu opieki zdrowotnej. Wybór oprogramowania jest wyborem na wiele lat, a sam proces wdrożenia wymaga potężnych nakładów finansowych i pracy ludzkiej. Można oszacować, że po pierwszej transzy pożyczki z Banku Światowego przeznaczonej na informatyzację szpitali, ok. 300 z nich dysponuje przynajmniej szczątkowymi systemami informatycznymi. Tylko nieliczne szpitale w Polsce dysponują siecią informatyczną, obejmującą całą instytucję oraz zintegrowanym oprogramowaniem, scalającym część medyczną i administrację. Na stan taki może mieć wpływ to, że pełne wdrożenie systemu komputerowego stanowi jeden z największych możliwych wydatków w instytucji opieki zdrowotnej z wyjątkiem całkowitej wymiany sprzętu medycznego.¹⁴

Dodatkowym efektem informatyzacji szpitali może być stworzenie warunków do wykorzystania systemów informatycznych do działalności medycznej – telemedycyna.

Dyskusja w gronie specjalistów winna doprowadzić do ustalenia przybliżonego kosztu informatyzacji sieci szpitali w Polsce, jak również pozwolić na ocenę potencjalnych mierzalnych oszczędności, jakie wynikną z tego działania. Wartością niemierzalną jest uzyskanie szybkiej i wiarygodnej informacji, która powinna przełożyć się na dalsze oszczędności, także poprzez podniesienie efektywności leczenia.

Opisane działania będą bolesne. Będzie to jednak ból kontrolowany. Odwlekanie w czasie działań naprawczych tylko powiększa problem.

Przypisy

- ¹ DzU Nr 88, poz. 439, z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769 oraz z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668.
- ² Narodowy Program Zdrowia 1996–2005, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej Biuro Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia, czerwiec 1996.
- ³ Katarzyna Tymowska. *Projekt naprawy systemu opieki zdrowotnej – eksperckie opracowanie autorskie*. *Zdrowie i Zarządzanie*, 3-4/2000.
- ⁴ Katarzyna Tymowska. *Prywatyzacja opieki zdrowotnej w teorii i praktyce*. *Prawo i Medycyna*, vol. 5/2000.
- ⁵ (DzU Nr 41, poz. 324, z 1990 r. Nr 26, poz. 149, Nr 34, poz. 198 i Nr 86, poz. 504, z 1991 r. Nr 31, poz. 128, Nr 41, poz. 179, Nr 73, poz. 321, Nr 105, poz. 452, Nr 106, poz. 457 i Nr 107, poz. 460, z 1993 r. Nr 28, poz. 127, Nr 47, poz. 212 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 27, poz. 96 i Nr 127, poz. 627, z 1995 r. Nr 60, poz. 310, Nr 85, poz. 426, Nr 90, poz. 446, Nr 141, poz. 700 i Nr 147, poz. 713, z 1996 r. Nr 41, poz. 177 i Nr 45, poz. 199 oraz z 1997 r. Nr 9, poz. 44, Nr 23, poz. 117, Nr 43, poz. 272, Nr 54, poz. 348, Nr 60, poz. 369, Nr 75, poz. 471, Nr 88, poz. 554, Nr 96, poz. 591 i Nr 98, poz. 602).
- ⁶ DzU Nr 42, poz. 264.
- ⁷ Ścienkowski Wiesław. *Administracyjno-prawne formy działania zakładu opieki zdrowotnej (wybrane zagadnienia)*. *Antidotum* 01/2002, 31.
- ⁸ Lewandowska I. *Zakłady opieki zdrowotnej prowadzą działalność gospodarczą*. *Rzeczpospolita* 22-23.12.2001.
- ⁹ Lewandowska I. *Zakłady opieki zdrowotnej prowadzą działalność gospodarczą*. *Rzeczpospolita* 22-23.12.2001.
- ¹⁰ Na podstawie: Berman P. *National Health Insurance in Poland: A Coach without Horses?* Harvard & Jagiellonian Consortium for Health, Boston, kwiecień 1998, manuskrypt powielony.
- ¹¹ Shortell Stephen M, Kaluzny Arnold D. *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Fundacja Zdrowia Publicznego – Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2001, 32.
- ¹² www.sidoz.pl/sowa/artukul/ida/5119.
- ¹³ DzU Nr 74, poz. 366, z 1993 r.
- ¹⁴ Krzemień Krzysztof. *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej w okresie transformacji systemowej*. *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu*, Nr 719, 1996.