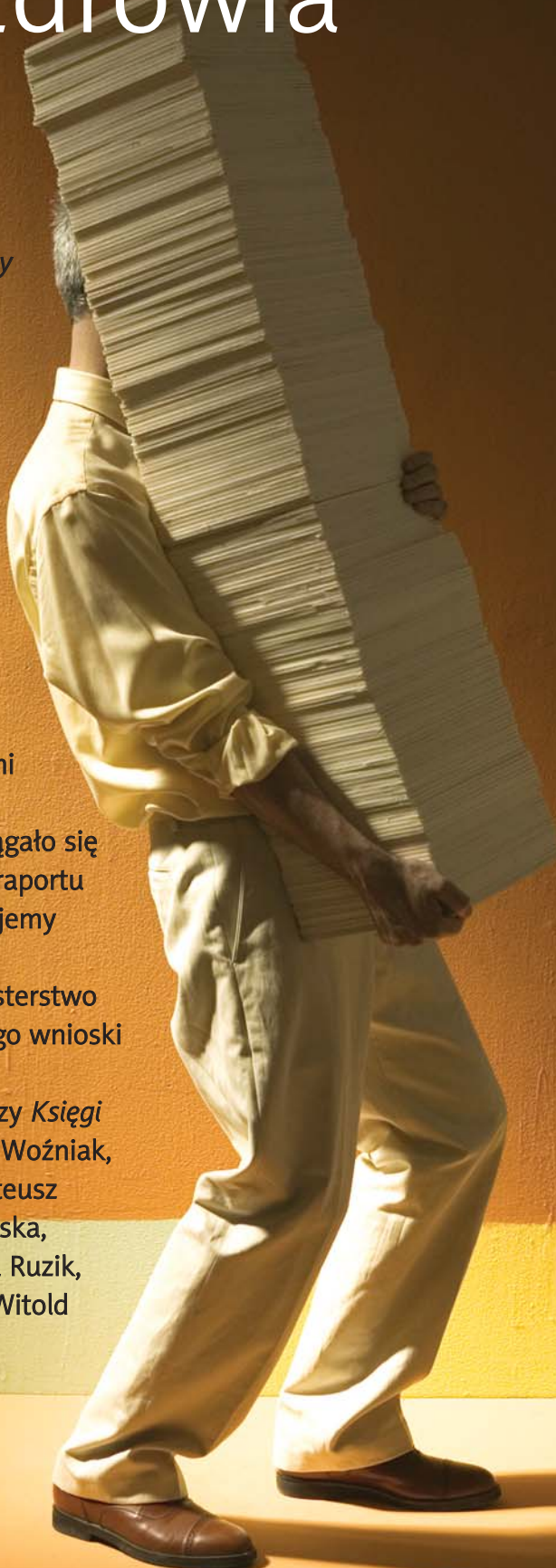


Ochrona zdrowia – raport



Zielona Księga Finansowania Ochrony Zdrowia w Polsce to kompleksowa analiza sytuacji w tym sektorze, pokazująca zależności pomiędzy poziomem finansowania systemu (obecnym i potencjalnym), a ponoszonymi przez świadczeniodawców kosztami wytworzenia usług oraz wydatkami na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Raport zawiera także rekomendacje ekspertów dla decydentów, i być może dlatego, że były one niezgodne z forsowanymi przez koalicję rządzącą pomysłami, Ministerstwo Zdrowia tak długo ociągało się z publikacją (od końca lata). Całość raportu to niemal 250 stron. Poniżej publikujemy fragmenty ostatniego rozdziału niezatwierdzonej jeszcze przez Ministerstwo Zdrowia wersji raportu, zawierającego wnioski płynące z zebranych informacji i rekomendacje na przyszłość. Autorzy *Księgi* to Stanisława Golinowska, Marzena Woźniak, Jan Sobiech, Krzysztof Surówka, Mateusz Winiarz, Alina Baran, Izabela Rydlewska, Katarzyna Kissimowa-Skarbek, Anna Ruzik, Andrzej Cylik, Barbara Warzybok, Witold Ponikło, Agnieszka Sowa, Christoph Sowada, Jacek Bębenek, Adam Kozierekiewicz, Ewa Kocot.



Analiza sytuacji finansowej sektora zdrowotnego w dłuższym okresie zwraca uwagę na dwa zjawiska, które są odczuwane i oceniane jako bardzo uciążliwe. Jedno dotyczy dysproporcji w rozwoju wyższej dynamiki jednych segmentów systemu i zaniedbania innych, co burzy jego harmonijne funkcjonowanie, niezbędne do skutecznej i racjonalnej realizacji funkcji zdrowotnych. Drugie zjawisko dotyczy permanentnego zadłużania się jednostek udzielających świadczeń medycznych, wobec których podejmowane są akcje oddłużeniowe. Akcje te wiążano wprawdzie z programami restrukturyzacji zadłużonych placówek (szczególnie podjęta na mocy ustawy z 15.04.2005 r.), lecz znaczna ich część sprowadzała się do tzw. rolowania długu, czyli przesuwania spłaty zobowiązań wymagalnych na późniejszy okres lub darowania długu na koszt podatnika.

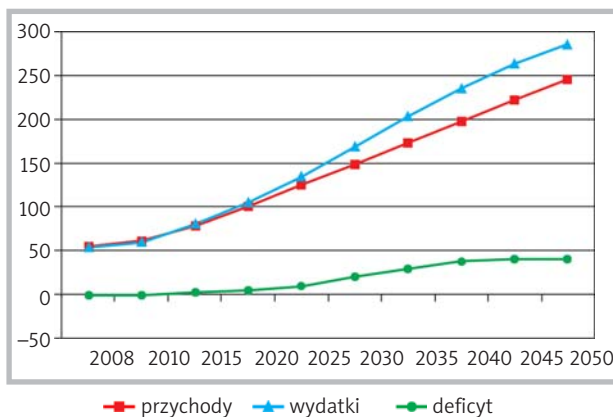
Nie podjęto poważniejszych działań ukierunkowanych na ograniczanie podstawowych przyczyn zadłużania się, mimo ich wskazywania, upatrując rozwiązania problemu w prywatyzacji placówek. Tymczasem koncentracja większości zobowiązań wymagalnych na względnie małej grupie szpox wskazuje, że najbardziej zadłużone szpitale są jednocześnie szpitalami największymi i często klinikami uniwersyteckimi. Ich likwidacja lub prywatyzacja raczej nie wchodzi w rachubę, także ze względu na specyfikę struktury leczonych chorób (przypadki trudne i drogie), oraz funkcje badawcze i dydaktyczne, jakie dodatkowo pełnią.

Na nierównowagę w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego zwraca uwagę również występowanie zjawiska kolejek pacjentów oraz długi czas oczekiwania na usługi. Jako że informacja na ten temat nie jest dostatecznie wiarygodna zarówno ze względów trudności metodologicznych dotyczących jego charakteryzowania, jak i niepełnego raportowania o nim, nie charakteryzujemy go jeszcze w sposób ilościowy. Sygnalizujemy natomiast problem, który w niektórych specjalistycznych dziedzinach medycyny w sposób dramatyczny ogranicza dostęp do usług zdrowotnych. Dlatego potrzebne są prace metodologiczno-informacyjne, pozwalające na pozyskiwanie wiarygodnych danych oraz wprowadzenie skoordynowanego zarządzania kolejkami oczekujących, w celu ich ograniczenia.

Wyzwania przyszłości

Projekcje wykonane na potrzeby raportu, wykorzystujące model budżetu socjalnego ILO, ostrzegają przed pogłębianiem się rozbieżności pomiędzy wysokością przychodów i wydatków w ochronie zdrowia. Wzrost deficytu w ciągu najbliższych dekad spowodowany jest wpływem wielu czynników zarówno demograficznych (starzenie się populacji), jak i gospodarczych. Z jednej strony – następować będzie wzrost wydatków zdrowotnych przypadających na osobę, a z drugiej – powstanie zagrożenie dezaktywacją zawodową, wpływa-

jąc negatywnie na tempo wzrostu przychodów ze składek ubezpieczenia zdrowotnego. **W efekcie wzrost przychodów nie zabezpieczy pokrycia bardziej dynamicznie rosnących wydatków.** Dopiero pod koniec okresu prognozy (2050 r.) deficyt finansowy pozostanie na względnie stałym poziomie (patrz wykres), co wynika głównie z założenia mniejszego tempa wzrostu PKB i malejącej całkowitej wielkości populacji w kraju.



Źródło: projekcje własne

Wykres 1. Prognoza kształtowania się przychodów, wydatków i deficytu w sektorze zdrowotnym

W kontekście wyników prognozy trzeba zauważyć, że nie uniknie się podnoszenia składki, niezależnie od konieczności zarówno działań racjonalizujących funkcjonowanie sektora zdrowotnego, jak i w pewnym zakresie racjonujących świadczenia zdrowotne. Do poprawy sytuacji finansowej w sektorze oraz w całym systemie zabezpieczenia społecznego przyczyni się konsekwentny program aktywizacji zawodowej populacji, obejmujący także osoby w starszych przedziałach wiekowych. To nie jest bynajmniej czynnik zewnętrzny wobec sektora zdrowotnego. W rękach lekarzy leży promowanie zdrowia, docenianie prewencji i profilaktyki, dobre leczenie i skuteczna rehabilitacja. Więcej zdrowych pracujących i w dłuższym cyklu życia – to klucz do rozwiązania problemów finansowania ochrony zdrowia w przyszłości.

Rekomendacje kierunkowe

Sektor zdrowotny niewątpliwie potrzebuje więcej środków. Jego finansowanie, mimo programu podwyższenia składki oraz postępującego w warunkach dobrej koniunktury wzrostu dochodów ludności, będących podstawą wymiaru składki, ciągle było niedostateczne. Skala zaniedbań i zaniechań jest bowiem tak duża, że jeszcze długie lata potrzebne będą inwestycje w przywrócenie pełnej zdolności do efektywnego działania. Jednocześnie gwałtownie wzrastają nowe potrzeby zdrowotne, związane nie tylko z dynamicznym procesem starzenia się ludności, ale i z aspiracjami na tle wyższych dochodów oraz oczeki-



Zielona Księga 2004

Głos wołającego na skraju puszczy – tak można podsumować efekt działania zespołu ekspertów, który w 2004 roku opracował pierwszą *Zieloną Księgę*. Minęły cztery lata i... nie widać, by decydenci w tym czasie przejęli się rekomendacjami ekspertów.

W *Zielonej Księdze* z 2004 roku można bowiem znaleźć podobne rekomendacje (i wnioski), jak w tegorocznej edycji. Nie sprawdziła się prognoza wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia, ale to dlatego, że – w momencie jej powstawania – programu podnoszenia składki na ubezpieczenie zdrowotne nie było. To przede wszystkim dzięki tej podwyżce nie mamy obecnie krachu finansowego. Wzrost składki zdrowotnej był bowiem głównym czynnikiem napływu środków do sektora ochrony zdrowia.

Oto wybrane rekomendacje dla decydentów ochrony zdrowia przygotowane przez zespół pod kierownictwem prof. Stanisławy Golinowskiej w 2004 r.:

- przygotowanie regulacji dotyczącej polityki w dziedzinie kształcenia i gospodarki zasobami pracy wraz z zasadami opłacania kadr medycznych (zespół zwracał uwagę na możliwość emigracji białego personelu do krajów Unii Europejskiej oraz starzenie się kadry medycznej),
- opracowanie koncepcji oraz instrumentów polityki inwestycyjnej w systemie ochrony zdrowia,
- wskazanie źródeł finansowania działalności inwestycyjno-remontowej oraz zakupu i utrzymania urządzeń medycznych,
- konkretyzacja zakresu odpowiedzialności (także finansowej) jednostek samorządu terytorialnego za podlegający im wycinek opieki zdrowotnej,
- opracowania standardów świadczeń oraz wytycznych postępowania medycznego,
- prowadzenie prac nad skutecznością medyczną stosowanych terapii oraz ich efektywnością kosztową,
- wytyczenie priorytetów w zdrowiu publicznym,
- porządkowanie systemu refundacji leków.

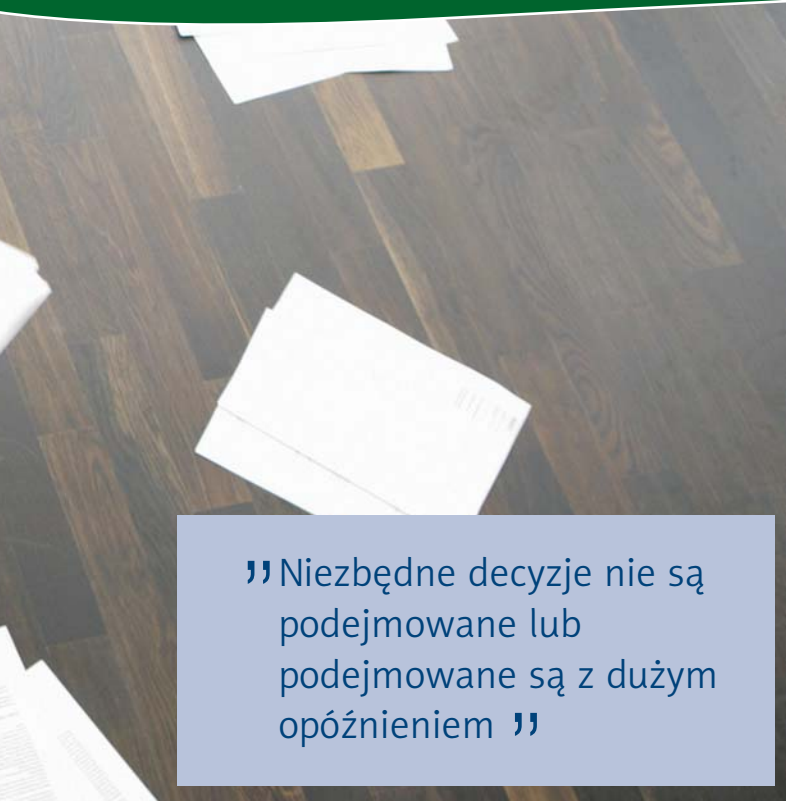
Nade wszystko eksperci domagali się planowania każdego działania w oparciu o rzetelną analizę sytuacji. Wydawałoby się, że to bardzo logiczne zalecenie: prowadzić politykę zdrowotną dysponując rzeczywistymi danymi dotyczącymi tej dziedziny życia.

JW

wań wobec nowych technologii medycznych. Mimo oczywistego deficytu środków w systemie, niezbędne są działania racjonalizujące dotychczasowy sposób jego funkcjonowania. Powinny być one zorientowane na efektywne wykorzystanie wszystkich zasobów – ludzkich, majątkowych, materiałowych, z konieczną troską o ich utrzymanie i odbudowywanie.

Podstawowym problemem funkcjonowania sektora zdrowotnego w świetle wyników dotychczas prowadzonych analiz jest brak sterowności. W konsekwencji niepodjęwane są lub podejmowane z dużym opóźnieniem niezbędne decyzje alokacyjne, dotyczące podziału środków między potrzebne zastosowania. Dlatego **czynników, które generują problemy finansowe sektora zdrowotnego, nie da się zażegnać, a nawet osłabić jedną czy dwiema ustawami, zmieniającymi porządek zależności podmiotów lub zwiększeniem samodzielności jakiegoś elementu w systemie.** Z kolei propozycje całkowitej zmiany ustrojowych cech systemu, np. przejście na finansowanie budżetowe i dalsza dekoncentracja oraz dezintegracja mogłyby tylko doprowadzić do pogłębienia trudności, które występują w sektorze zdrowotnym. Polski system ochrony zdrowia, ukształtowany po latach niedokończonych reform, nie jest prosty. Przeciwnie, istnienie wielu podmiotów decyzyjnych i trudności koordynacji utrudniają jego zarządzanie. Niezbędne jest więc przywrócenie zdolności do sterowania systemem w celu skutecznego podejmowania niezbędnych decyzji alokacyjnych.

Oto dwa podstawowe, z punktu widzenia generowania kosztów, pola decyzji alokacyjnych:



„Niezbędne decyzje nie są podejmowane lub podejmowane są z dużym opóźnieniem”

- kształcenie i wynagradzanie kadr medycznych,
- wprowadzenie transparentnego i profesjonalnego systemu rejestracji i refundacji leków skutecznych medycznie i efektywnych kosztowo.

Uzyskanie wysokiej zdolności do sterowania systemem nie oznacza bynajmniej administracyjnej centralizacji podmiotów systemu. Niska efektywność centralnego zarządzania nie podlega dyskusji. Jednocześnie pełna autonomia i dowolność zachowań elementów systemu sprzyja uciążliwemu jego rozregulowaniu, doprowadzając do sytuacji kryzysowej. W takiej sytuacji umiejętności koordynacji i komunikacji mają podstawowe znaczenie. Temu sprzyjają odpowiednie narzędzia, a przede wszystkim:

- pełna i dostępna informacja o funkcjonowaniu wszystkich elementów systemu,
- zdolności analityczne instytucji zarządzających, pozwalające na wykorzystanie tej informacji w procesie decyzyjnym,
- zdolności do wieloletniego prognozowania i planowania podaży i popytu czynników potrzeb zdrowotnych oraz symulacji podejmowanych decyzji na dłuższe okresy,
- posiadanie kompetencji zarządczych przez liderów decyzyjnych,
- oprzyrządowanie procesów decyzyjnych w funkcje monitorujące i kontrolne.

Te oczywiste (i banalne) wydawałoby się rekomendacje, powtarzane już od dłuższego czasu, są w sektorze zdrowotnym lekceważone, lub spotykają się z otwartym oporem, ponieważ w warunkach niskiego finansowania, wydatkowanie środków na działania zarządcze stoi w konkurencji z wydatkami na leczenie czy zakup leków lub sprzętu ratującego życie.

Doprowadzenie do efektywnego zarządzania na szczeblu sektora zdrowotnego wymaga równoległe

poprawy zarządzania na szczeblu mikroekonomicznym – w placówkach i praktykach lekarskich. Istnieje przekonanie, że tu wystarczy prywatyzacja, która gwarantuje oczywistą poprawę efektywności. Jest to poważne uproszczenie, które wymaga wyjaśnień w kategoriach pozaideologicznych.

- Jednostki opieki zdrowotnej realizują w pierwszym rzędzie cele zdrowotne (lecnicze), a nie tworzenie nadwyżki (zysku), której powstanie może być tylko skutkiem gospodarnego działania oraz sprzyjających okoliczności, wykorzystywanych w warunkach niezagrażających realizacji celów zdrowotnych.
- Jednostki opieki zdrowotnej, także prywatne, finansowane są w przeważającym stopniu ze środków publicznych (kontrakty NFZ) i użytkowanie tych środków na realizację celów zdrowotnych, w warunkach przestrzegania określonych standardów medycznych, powinno być podstawą uzyskania kontraktu.
- Jednostki całkowicie komercyjne (*for profit*) i niekorzystające z kontraktów publicznych także podlegają standaryzacji działań w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów (wymogi tego rodzaju muszą być określone ustawowo) i całkowita swoboda tych działań jest ograniczona.

W sumie – jednostki opieki zdrowotnej realizują jednocześnie dwa cele, co niewątpliwie komplikuje wybory i sprzyja usprawiedliwianiu wyższą koniecznością nieefektywności organizacyjnej, a nawet występowania marnotrawstwa. Jednak każdy cel może być realizowany w ramach różnej kombinacji zastosowanych zasobów, bardziej lub mniej efektywnych kosztowo. Procedura wyboru optymalnego rozwiązania powinna być wdrożona do procesów w decyzjach w placówkach opieki zdrowotnej na takiej samej zasadzie, jak analiza wyników badań diagnostycznych poprzedzających interwencję medyczną.

Uzyskanie efektywności mikroekonomicznej w sektorze publicznym wymaga obecnie nie tyle ich prywatyzacji, co wprowadzenia mechanizmów gwarantujących zatrudnianie profesjonalnych kadr oraz wdrożenia odpowiednich procedur analityczno-decyzyjnych, popartych dobrym systemem motywacji, do generowania zachowań skutecznych zdrowotnie i efektywnych kosztowo. Osiągnięcie takich efektów w aktualnej sytuacji, gdy organem założycielskim jednostek jest słabo oprzyrządowany samorząd terytorialny, a systemy motywacji są nadal nieokreślone, jest bardzo trudne i w wielu przypadkach niemożliwe. Faktem jest też, że ustawa o samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej jest ustawą kulawą i wymaga zmiany. Jednak planowana zmiana formuły własnościowej jednostek medycznych na spółki prawa handlowego powinna zostać poprzedzona regulacjami dotyczącymi dostępności, standardów bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń. ■

Podkreślenia od redakcji