

Polityka zdrowotna państwa – decyzyjna nadpobudliwość i zaniechania

Rewolucje i kontrrewolucje

Krystyna Mackiewicz, Stanisław Szczepaniak

Przedmiotem poniższych rozważań jest polityka zdrowotna państwa w zakresie organizacji systemu ochrony zdrowia. Pozostałe elementy tej polityki, tj. profilaktyka i promocja zdrowia, nie mają bowiem większego wpływu na bieżące zarządzanie jednostkami ochrony zdrowia. A raczej nie miałyby, gdyby istniała jakakolwiek stabilna polityka państwa w tym zakresie.

Przez politykę zdrowotną z zakresu organizacji systemu ochrony zdrowia rozumiemy wszelkie działania organów publicznych, mające wpływ na działanie systemu ochrony zdrowia. Będą to więc zarówno kwestie organizacji funkcjonowania płatnika publicznego, sposób kontraktowania usług medycznych, formy prawne funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej, regulacja rynku farmaceutycznego, jak również sprawy związane z zatrudnianiem pracowników.

Zakres ten jest więc tak szeroki, że każda strategiczna decyzja zarządzającego zakładem opieki zdrowotnej musi być bezpośrednio pochodną polityki zdrowotnej państwa. Ciągłość i kompleksowość tejże polityki są również kluczowe do sprawnego zarządzania zoz-ami.

miejsu trzeba wymienić dokonane przekształcenie kas chorych w Narodowy Fundusz Zdrowia, zanim kasy zdążyły okrzepnąć. Warto zauważyć jednak, że czasem równie istotne, jak zmiany wprowadzone w życie, są zmiany samych koncepcji funkcjonowania służby zdrowia. Nie przybierając *materialnego* charakteru, powodują określone decyzje w organach założycielskich oraz zarządzających zoz-ami. Czasem zmiany nieodwracalne.

W ciągu ostatnich 4 lat przeszliśmy od lansowania przekształceń spzoz-ów w spółki kapitałowe (za czasów rządów AWS), przez zdecydowaną ich krytykę połączoną z groźbami sankcjami za czasów ministra Łapińskiego, a skończywszy na koncepcji tworzenia hybrydowego tworu, jakim były spółki użyteczności publicznej pomysłu ministra Balickiego. To, że po-

” W ciągu ostatnich 4 lat lansowano przekształcenie spzoz-ów w spółki kapitałowe, potem groźono za to sankcjami, aby na końcu stworzyć koncepcję spółki użyteczności publicznej ”

Zdrowotny ustrój

Ironiczne stwierdzenie dyrektora szpitala wojewódzkiego w Suwałkach o stabilności jego 18-miesięcznego zatrudnienia w kontekście 5-krotnej wymiany ministra zdrowia w tym czasie, obrazuje możliwości prowadzenia stałej polityki zdrowotnej. Ministra, przypomnijmy, który jest głównym strategiem państwa w zakresie kreowania jego polityki zdrowotnej. Niestety, konsekwencje takiej sytuacji uwidaczniają się bardzo mocno w kondycji finansowej polskich szpitali.

Koncepcje zmian ustrojowych w służbie zdrowia pojawiają się regularnie. Oczywiście, na pierwszym

wyższe zmiany deklaracji – wstrzymując decyzje restrukturyzacyjne – narobiły niepomiarne dużo szkody, zauważyła w wystąpieniu pokontrolnym NIK.

Bezmyślne status quo

Sieć szpitali jest kolejnym przykładem braku jakiegokolwiek myśli przewodniej w polityce zdrowotnej w Polsce. Powstanie sieci szpitali przewidywał art. 31c, ust. 4 ustawy *O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*. Jak wiadomo, rozporządzenie ministra zdrowia z 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych ograniczało się do potwierdzenia istniejącego *status quo*.

Równocześnie określenie planu rozmieszczenia publicznych zoz-ów przewidywał art. 37 ustawy *O zakładach opieki zdrowotnej* – od 1991 r. do dzisiaj pozostał jednak pustym przepisem. Odrębnie ujmował ten problem pierwotny projekt ustawy *O pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw*. Zawierał on rozbudowane przepisy dotyczące funkcjonowania krajowej sieci szpitali. Najistotniejszy jest jednak fakt, że regularnie zmieniającym się koncepcjom funkcjonowania sieci towarzyszą publiczne deklaracje co do zasad jej tworzenia. Na tej podstawie zarządzający zakładami opieki zdrowotnej i organy założycielskie podejmowały różnorodne decyzje, w tym nierzadko inwestowały w aparaturę medyczną, nie dokonując rachunku ekonomicznego i częstokroć nie mając odpowiedniego zabezpieczenia finansowego. Wszystko to w imię *mitycznej* sieci, która tak naprawdę nie wiadomo czy dawałaby jakiegokolwiek korzyści.

zarządzający dostają prezent w postaci ustawy nakazującej podwyższenie uposażenia pracowników o 203 zł (na dodatek wg zasady, czy się stoi czy się leży 203 się należy, tzn. wszystkim równo, niezależnie od zajmowanego stanowiska). Nie trzeba dodawać, że ustawa została opublikowana 24 stycznia 2001 r., ale z mocą od 1 stycznia 2001 r. Brak środków finansowych na jej realizację jest już tylko logicznym następstwem wcześniejszych wywodów.

Istnieje obawa, że rewolucyjne zmiany w organizacji systemu ochrony zdrowia staną się polską specjalnością. Po *rewolucji* z 1999 r. i kontrrewolucji Łąpińskiego, zgodnie z zapowiedziami polityków, po najbliższych wyborach możemy się spodziewać kolejnych radykalnych zmian (dodatkowo dwaj potencjalni koalicjanci deklarują skrajnie przeciwne pomysły na służbę zdrowia). Mimo że obecne rozwiązania ustrojowe są dalece niedoskonałe, wydaje

” Poczawszy od najbliższego konkursu na świadczenia medyczne, umowy będą zawierane na 3 lata. Jest to jedna z niewielu optymistycznych informacji ”

Luksus planowania

Poczawszy od 1999 r. z budżetu państwa i budżetów samorządów wydano kilkaset milionów złotych na tworzenie systemu ratownictwa medycznego. Sfinansowano tworzenie szpitalnych oddziałów ratunkowych, uchwalono ustawę *O państwowym ratownictwie medycznym* itd. Stan na dzień dzisiejszy jest taki, że ustawa mająca pierwotnie wejść w życie 1 stycznia 2002 r. obowiązuje w mocno zmienionym kształcie i w ograniczonym zakresie, reszta przepisów ma zacząć obowiązywać od 1 stycznia 2006 r. W ten sposób mamy kilkadziesiąt *luksusowych* izb przyjęć i ciągle jeden z najgorszych wskaźników w zakresie medycyny ratunkowej w Europie. Smutny obraz polskiej polityki zdrowotnej.

W ostatnim czasie dyrektorzy wszystkich szpitali w Polsce usłyszeli, że być może, pocawszy od najbliższego konkursu na świadczenia medyczne, umowy będą zawierane na 3 lata. Jest to jedna z niewielu optymistycznych informacji dotyczących funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia w ostatnich kilku latach. Szansa na długoterminowe kontrakty jest przede wszystkim szansą na stworzenie realnych, długoterminowych planów finansowych. Szansą na zaplanowanie i przeprowadzenie określonych inwestycji. A teraz łyżka dziegciu – Narodowy Fundusz Zdrowia, który ma te umowy zawrzeć, może – zgodnie z deklaracjami politycznymi – po najbliższych wyborach zostać zlikwidowany.

Polska specjalność

Oczywiście rząd przypomina sobie co jakiś czas o sytuacji pracowników służby zdrowia. Wtedy

się, że zmiany w Narodowym Funduszu Zdrowia powinny przebiegać w sposób ewolucyjny. Kolejna rewolucja w służbie zdrowia spowoduje po raz wtóry chaos i przynajmniej w początkowym okresie pogorszy sytuację świadczeniodawców i pacjentów. Bez względu na docelowy model funkcjonowania rynku zdrowia w Polsce konieczne jest, żeby zmiany były starannie zaplanowane i przygotowane, a ich wprowadzenie powinno być rozłożone w czasie. *Czuły organizm*, jakim jest służba zdrowia, dochodzi do siebie po zmianach przez kilka lat.

Decyzyjna nadpobudliwość

Warto na koniec zauważyć, że o ile z jednej strony spotykamy się z *nadpobudliwością* decyzyjną, to z drugiej – możemy obserwować całkowity brak decyzyjności, wynikający z wiary w slogany o konieczności ponadpartyjnego porozumienia w zakresie systemu ochrony zdrowia. Realnie natomiast można stwierdzić, że dopóki zmiany w systemie nie przekroczą granicy *nieodwracalności*, regularnie będziemy narażeni naprzemiennie na okresy rewolucji a następnie braku decyzji. Być może pozostaje sobie życzyć wyboru i przeforsowania modelu służby zdrowia, od którego nie będzie odwrotu. Oby nie najgorszego z możliwych.

Krystyna Mackiewicz
dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu

Stanisław Szczepaniak
zastępca dyrektora ds. ekonomicznych
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego
im. Heliodora Święcickiego w Poznaniu