



TEORIA CHAOSU

Każdy, kto zetknął się z teorią chaosu, wie, że u jej podstaw leżą dwie podstawowe koncepcje. Pierwsza, z której wynika, że świat, najogólniej mówiąc, nie jest tak deterministyczny, jak nam się wydaje, i rządzą nim różne systemy chaotyczne. Zgodnie z drugą chaos nie jest losowy, lecz panuje w nim specyficznego rodzaju „uporządkowanie”. Jeśli ktoś ma okazję obserwować polski sektor ochrony zdrowia, a zwłaszcza sytuację szpitali, musi przyznać, że te definicje jak ulał pasują do codzienności polskich placówek opieki stacjonarnej, dla których funkcjonowanie w chaosie wydaje się stanem permanentnym.

Równocześnie nie sposób nie zauważyć, że chaos stał się tak stałym elementem naszej rzeczywistości, że wydaje się, że zarówno zarządzający, personel medyczny, jak i pacjenci już się przyzwyczaili, że nic nie da się z tym zrobić. Czy na pewno?

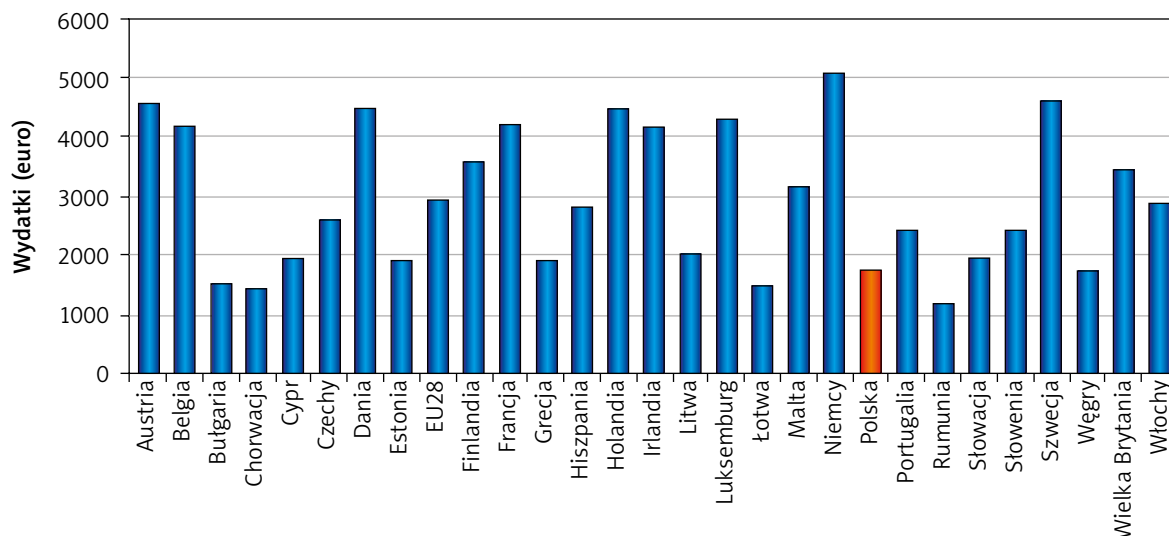
Polska a Unia Europejska

Porównanie naszego kraju z innymi państwami Unii wskazuje, że wciąż wydajemy zbyt mało na zdrowie (ryc. 1). Polska z wydatkami *per capita* w 2019 r. w wysokości 1743 euro plasuje się na końcu stawki krajów unijnych, znacznie poniżej średniej wynoszącej 2938 euro. Ustupujemy nie tylko krajom tzw. starej Unii, takim jak Austria, Niemcy, Francja czy Belgia, lecz także Czechom (2592 euro), Słowenii (2423 euro),

Litwie (2048 euro) czy Słowacji (1941 euro), które do wspólnoty wstępowały w podobnym czasie jak Polska. W tym kontekście zwycięstwo w wydatkach na obywatela z Rumunią (1187 euro) czy Bułgarią (1511 euro) trudno uznać za szczególny powód do dumy.

Również wydatki szpitalne *per capita* w wysokości 459 euro rocznie odbiegają znacznie od średniej unijnej wynoszącej 1059 euro na obywatela. W efekcie w zakresie tego parametru gorsze od nas w całej Unii są jedynie Rumunia (340 euro), Bułgaria (394 euro) oraz Łotwa (371 euro) (ryc. 2).

Według Eurostatu (za: <https://businessinsider.com.pl/finanse/makroekonomia/epidemia-przyspiesza-a-sluzba-zdrowia-na-poziomie-turcji-44-tys-niepotrzebnych-zgonow/7df64ec>) w Polsce 135 osób na 100 tys. miesz-



Rycina 1. Wydatki na zdrowie *per capita* w Unii Europejskiej w 2019 r. (w euro)

Źródło: Health et Glance 2019

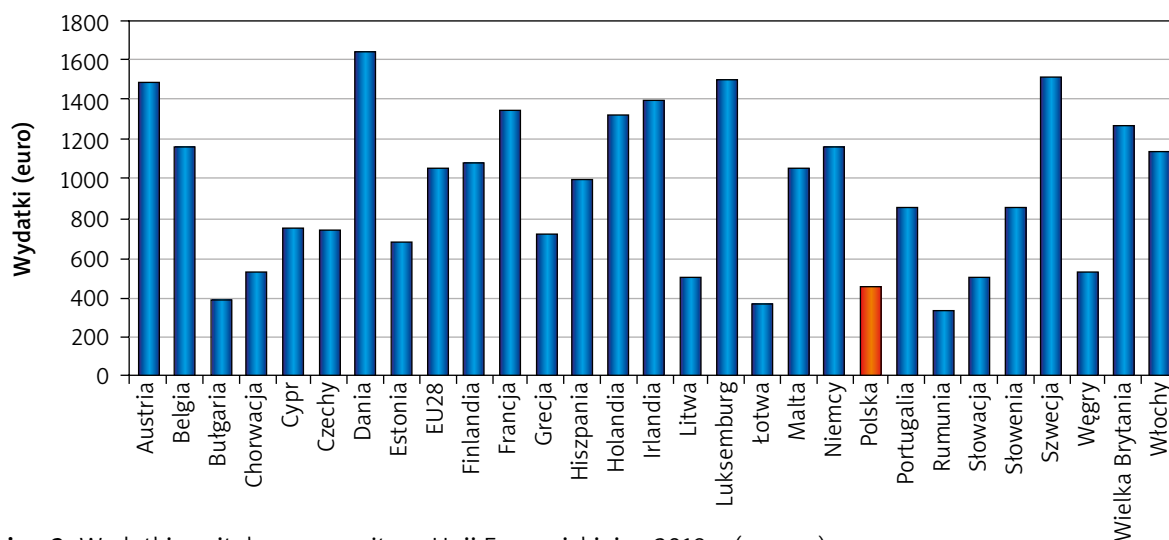
kańców umiera z powodu niedomagań systemu ochrony zdrowia. Tyle bowiem notuje się zgonów, których przyczyną są choroby uznawane za uleczalne. I choć nie wypadamy w tym zakresie fatalnie, biorąc pod uwagę inne państwa z dawnego bloku wschodniego, to sumaryczna liczba zgonów – 44 tys. osób rocznie – pokazuje, że wciąż mamy wiele do zrobienia w tym obszarze.

Systemowe grzechy główne

Do systemowych grzechów głównych, które odpowiadają za stan polskiej ochrony zdrowia, należą:

- brak odpowiednio umocowanych i przygotowanych organów, które byłyby w stanie realizować spójną z rządem politykę zdrowotną na poziomie centralnym i lokalnym,

- nierównowaga finansowa, czyli zadłużenie, będące przyczyną dysfunkcji w działaniu podmiotów leczniczych, co stymuluje nieefektywność systemową,
- słabość systemu finansowania, w którym wzrost podaży usług zdrowotnych jest utożsamiany ze wzrostem wartości zdrowotnej dostarczanej pacjentom,
- niewystarczający poziom wdrożenia opieki koordynowanej w systemie, co zmusza pacjentów do „krążeńia” w poszukiwaniu pomocy, a to może nie tylko pogorszyć ich stan zdrowia, lecz także zmniejszyć efektywność działania placówek leczniczych,
- brak bodźców systemowych stymulujących dostawców usług medycznych do podnoszenia jakości opieki zdrowotnej i tworzenia kultury organizacyjnej, w której pacjent jest postacią centralną.



Rycina 2. Wydatki szpitalne *per capita* w Unii Europejskiej w 2019 r. (w euro)

Źródło: Health et Glance 2019



Fot. iStockphoto.com

PANDEMIA ZASKOCZYŁA POLSKĘ
TAK SAMO JAK INNE KRAJE,
ALE NIE SPOSÓB NIE ZAUWAŻYĆ,
ŻE OBNAŹYŁA TEŻ WSZYSTKIE SŁABOŚCI
NASZEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Rok 2020 przyniósł kolejne wyzwanie, jakim okazała się pandemia SARS-CoV-2, która postawiła przed niedomagającym systemem zdrowotnym kolejne wyzwanie, polegające na niwelowaniu skutków nieuchronnego wzrostu zakażeń. Nowe zadania w zakresie walki z COVID-19 realizowały szpitale jednoimienne, przekształcone z dotychczasowych „klasycznych” placówek. Doświadczenia z tą formą były różne. Z jednej strony Ministerstwo Zdrowia i rząd odtrąbiły sukces tej strategii, z drugiej zarządzający tymi placówkami narzekali, że sytuacja jest daleka od ideału. Niewątpliwie, nawiązując do przemysłów z początku artykułu, można zadać sobie pytanie, czy ten chaos ma jeszcze jakąkolwiek uporządkowaną formę.

Czy chaos można uporządkować?

Faktem jest, że pandemia zaskoczyła Polskę tak samo jak wszystkie inne kraje na świecie. Ale nie sposób też nie zauważyć, że obnażyła ona wszystkie słabości naszego systemu ochrony zdrowia. Wszyscy musimy sobie zadać pytanie, czy możemy je nadal ignorować.

Organizacja systemu zabezpieczenia przeciwepidemicznego pokazała, że polityki zdrowotnej 38-milionowego kraju nie da się prowadzić centralnie z poziomu Ministerstwa Zdrowia. A przynajmniej nie da się tego

robić w sposób efektywny. Sytuacja z marca i kwietnia, gdy ministerialni urzędnicy próbowali skoordynować dostawę środków ochronnych do placówek leczniczych w kraju, była kuriozalna i pokazała, jak wiele chaosu w naszym systemie jest konsekwencją jego błędnej organizacji. Niewątpliwie potrzebujemy redefiniowania ról, aby zakres odpowiedzialności poszczególnych organów był na tyle precyzyjnie ustalony, by umożliwić sprawne wdrażanie priorytetów polityki zdrowotnej i realizację zadań zleczanych z poziomu ministerialnego na szczebel lokalny. Dziś próżno szukać w poszczególnych województwach instytucji, które można nazwać odpowiedzialnymi za politykę zdrowotną. Efektem takiego stanu rzeczy było pospolite ruszenie po ogłoszeniu stanu epidemii: urzędy wojewódzkie, organy inspekcji sanitarnej, samorządy i NFZ starały się wdrażać dyrektywy ministra zdrowia w myśl zasady: wszystkie ręce na pokład. Czy historyczne doświadczenia z pospolitym ruszeniem nie nauczyły nas, że zawodowa, dobrze zorganizowana armia jest efektywniejsza w działaniu niż mobilizowane naprędce siły? Pytanie raczej retoryczne.

Wydaje się, że zarówno ekonomiści, jak i politycy powinni mieć świadomość, że sytuacji nierównowagi finansowej i problemów ekonomicznych placówek leczniczych nie rozwiążemy poprzez wzrost gospodarczy i większe wpływy ze składek zdrowotnych. Trzeba wreszcie w Polsce rozpocząć poważną dyskusję o zwiększeniu przychodów pochodzących ze składek – czy to poprzez ich podniesienie, czy przez dopływ kapitału pochodzącego z wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednocześnie system finansowania ochrony zdrowia, w tym szpitali, powinien uwzględniać paradygmat *value based health care*. W przeciwnym razie dodatkowe pieniądze przeznaczymy nie na podnoszenie dodatkowej wartości zdrowotnej, jaką otrzymają polscy pacjenci, ale na zwiększenie produkcji świadczeń zdrowotnych, ryzykując indukowanie sztucznego popytu i marnotrawstwo środków w wielu obszarach.

Nie możemy nadal po macoszemu traktować jakości opieki zdrowotnej, roli chorych w systemie oraz potrzeby koordynowania opieki nad pacjentami. Takie sytuacje, jak ta z sierpnia, gdy odsyłana od szpitala do szpitala ciężarna 28-latką, której odmawiano przyjęcia do kilku placówek, umarła przed jedną z nich, są dowodem na to, że nasz systemowy chaos jest czymś więcej niż tylko problemem organizacyjnym.

Politycy w naszym kraju powinni mieć świadomość odpowiedzialności, jaka na nich ciąży. Utrzymywanie bez gruntownej reformy wysoce niewydajnego systemu ochrony zdrowia ma poważne konsekwencje dla pacjentów, czasem nawet doprowadzające do zgonu. Miejmy nadzieję, że jako kraj zdecydujemy się w końcu na niełatwe, ale konieczne zmiany.

Michał Seweryn