

tkniętą przez działania reformatorskie. Jest jednak dziedziną pochłaniającą sporą część budżetu państwa i musi doczekać się reformy. W innym wypadku grozi nam załamanie całego systemu opieki zdrowotnej. Tak więc zrobiliśmy założenie, że system finansowania ochrony zdrowia zmieni się i rozpocznie się rywalizacja o pacjenta. W nowym systemie dysponent środków (województwo lub gmina, sam pacjent czy instytucja ubezpieczeniowa) będzie wykupywał usługi medyczne. Zniknie rejonizacja, przywiązanie pacjenta do danego ośrodka czy szpitala. Mamy nadzieję, że w nowej rzeczywistości będziemy w stanie zaoferować taki zakres usług medycznych i na takim poziomie, że wykorzystamy w pełni posiadane możliwości. Pomoże nam w tym plan strategiczny, który wypracowaliśmy.

Jeżeli jednak zmiany nie nastąpią, to i tak będziemy mieli satysfakcję z wykonania czegoś nowego, ciekawego. Podczas prac nad planem strategicznym pracownicy szpitala mieli rzadką okazję do pogłębionej refleksji na temat swojej pracy i wspólnych problemów. Zauważalny wzrost integracji środowiska jest niejako ubocznym produktem całego projektu.

**Wiem o inicjatywie przeniesienia doświadczeń ZOZ – Sucha Beskidzka na teren całego województwa bielskiego. Czy mógłby Pan powiedzieć coś więcej na ten temat?**

Efekty naszych prac zaprezentowaliśmy podczas dwóch seminariów: w Warszawie i Bielsku-Białej. Nasze doświadczenia spotkały się z zainteresowaniem ministra zdrowia Krzysztofa Kuszewskiego oraz dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Bielsku-Białej, dr Zofii Tarnawy. Na spotkaniu w Międzybrodziu Żywieckim w grudniu ubiegłego roku, w którym, oprócz osób przed chwilą wymienionych, wzięli udział m.in. specjaliści z Francji, Szkoły Zdrowia Publicznego UJ oraz dyrektorzy szpitali województwa, zapadła decyzja opracowania planu strategicznego dla całego województwa bielskiego. Równorzędnymi projektami mają być objęte działania w zakresie reorganizacji podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozwoju promocji zdrowia. Przedsięwzięcie jest bardzo ambitne i jeżeli chodzi o zakres planowanych prac i ich zasięg – bez precedensu w skali kraju. Czy uda się nam je zrealizować? O tym będziemy się mogli przekonać w połowie 1996 roku. Wtedy planowane jest zakończenie prac.

**Dziękuję za rozmowę.**

*Rozmawiał Jacek Klich*

Dyskusja na temat reformy ochrony zdrowia trwa od wielu lat i ostatnio nabrała tempa. Nie oznacza to, że znaleziono skuteczne rozwiązania. Przyspieszenie jest wymuszone pogarszaniem sytuacji w ochronie zdrowia i narastającym niezadowoleniem pacjentów i pracowników.

W rozważanych projektach powielane są hasła i schematy nie zawsze mające uzasadnienie merytoryczne, ale mocno utrwalone w świadomości społecznej.

Pierwszy z nich to przeświadczenie, że reformę powinny przeprowadzić środowiska medyczne (Izby Lekarskie, Pielęgniarskie, odpowiednie związki zawodowe, medycy zasiadający w ciałach samorządowych – od gmin do Sejmu i Senatu). Tymczasem bez udziału i akceptacji programu reformy przez medyków – usługodawców nie będzie można dokonać zmian, ale w procesie tym musi być także uwzględniona opinia, oczekiwania oraz dobro pacjentów – czyli całego społeczeństwa.

Oczekiwania społeczne to poprawa dostępności leczenia i ograniczenie jego kosztów.

Lekarze i inni pracownicy chcą poprawy warunków leczenia (odpowiedniego sprzętu, leków itd.) oraz zwiększenia zarobków, stosownego do liczby i jakości świadczonych usług. Mimo że, przy tak skrótowo przedstawionych oczekiwaniach, wydaje się istnieć sprzeczność interesów pacjentów i leczących – istnieje wola jej łagodzenia na płaszczyźnie dobrej nadrzędnej. Najdramatyczniejszym wyrazem tej postawy były postulaty strajkowe głodujących pracowników służby zdrowia z grudnia ub. r., kiedy to pokazano, że dobro pacjenta stawiane jest ponad interesy środowiskowe.

Stanowisko społeczeństwa w sprawie reformy systemu ochrony zdrowia nie jest ugruntowane. Praktycznie nie wiadomo, jak zostanie przyjęta podstawowa zmiana konstytucyjnego zapisu o bezpłatności leczenia. Już obecnie obywatele ponoszą bardzo poważne ciężary związane z rosnącymi opłatami za leki, koniecznością wnoszenia opłat „oficjalnych” i „prywatnych”, mimo iż nie są przekonani, że płacąc uzyskują wymierne korzyści.

Istniejące programy poprawy dostępności usług medycznych przez wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, utworzenie instytucji lekarzy rodzinnych, wprowadzenie wolnego wyboru lekarza, usług gwarantowanych czy programów ubezpieczeń są przyjmowane z rezerwą – zarówno przez społeczeństwo, jak i środowiska medyczne.

Dalsze zmiany nie będą możliwe bez społecznego poparcia, dlatego niezbędne jest uporządkowanie i uczynienie „przejrzystym” istniejącego systemu ochrony zdrowia. Dotyczy to finansowania, spraw własności, odpowiedzialności za realizację celów polityki zdrowotnej i zarządzania na wszystkich poziomach.

Jan Ciszewski

# Przemysł zdrowia

Istniejący system finansowania i zarządzania w ostatnich latach ulegał zmianom i praktycznie nie jest kontrolowany. **Obecnie finansowanie ochrony zdrowia w ramach podziału budżetu państwa jest rozdzielane na wiele „strumieni”:**

■ Fundusz dla 49 województw (na podstawie wniosków ich wojewodów – cz. 85 budżetu), przeznaczony na lecnicstwo podległe wojewodom („na zdrowie” przeznaczane jest ponad 60% wydatków z budżetów zbiorczych województw).

■ Fundusz ministra zdrowia – cz. 35 budżetu (nauka, szkolnictwo i leczenie w szpitalach instytutowych i klinicznych).

■ Odrębne nakłady przeznaczane są na lecnicstwo resortowe MON, MSW i PKP.

■ Dodatkowe środki uruchamiane są przez gminy ze środków własnych na dofinansowanie ochrony zdrowia. W oficjalnych analizach nie są uwzględniane fundusze pozyskiwane przez jednostki ochrony zdrowia w formie działalności gospodarczej, opłat i darów.

Analiza przepływu pieniędzy nie uwzględnia udziału własnego obywateli w opłatach. Według badań szacunkowych wynosi on ok. 30% kosztów ponoszonych przez budżet (udział „wydatków własnych” z kieszeni obywateli jest bardzo wysoki i co gorsza, znaczne te środki wpływają do tzw. szarej strefy).

**B**rak jednolitych zasad rozdziału, nieznaną wielkość nakładów i brak nadzoru budżetowego pogłębiają kryzys. Objawem tej sytuacji jest narastanie deficytu. Zakłady nie są rozliczane z ilości i jakości wykonanych usług. Mimo ograniczeń i rejonizacji, pacjenci, szczególnie w dużych, „akademickich” miastach, korzystają z leczenia w jednostkach finansowanych z różnych źródeł (lecnicstwo otwarte, przemysłowe, szpitale rejonowe, wojewódzkie, kliniczne, resortowe). Nie są rozliczane koszty leczenia pacjentów z innych województw, kierowanych na znacznie droższe leczenie specjalistyczne (np. stanowią oni ponad 20% hospitalizowanych w szpitalach Warszawy).

Praktycznie nie można określić rzeczywistych wydatków przeznaczonych na zdrowie statystycznego mieszkańca. System rozdziału budżetu państwa na wiele strumieni nie daje bowiem możliwości kontrolowania przepływu pieniędzy. Wiadomo, ile pieniędzy przeznaczono na ten cel w budżecie; następnie trafiają one do wielu „czarnych dziur”:

budżetów zbiorczych wojewodów, gmin, uczelni medycznych, instytutów, resortów. Dalej poszczególne szpitale i instytucje otrzymują informacje o przyznanym budżecie rocznym i bardziej lub mniej regularnie otrzymują części „swoich” pieniędzy. O nieskuteczności tego systemu świadczą powstające co roku zadłużenia zakładów ochrony zdrowia. Minister zdrowia, minister finansów, wojewodowie, lekarze wojewódzcy zajmują się walką o wysokość budżetu w chwili jego tworzenia – natomiast nie kontrolują, co dzieje się z rozdysponowanymi środkami.

Opracowanie jasnego, przejrzystego systemu przepływu środków finansowych powinno stać się podstawą i pierwszym krokiem reformy.

Bardzo poważnym i pomijanym w dotychczasowych dyskusjach problemem są sprawy własności obiektów ochrony zdrowia. Uporządkowanie spraw finansowania i własności umożliwi opracowanie zasad kontroli i zarządzania.

Naturalnym i uzasadnionym rozwiązaniem jest przekazanie spraw własności i kontroli samorządowi. Dotyczy to przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej (a w miastach tzw. lecnicstwa otwartego, obejmującego gabinety i poradnie specjalistyczne). Rozwiązanie to zostało wprowadzone z inicjatywy własnej gmin/miast oraz w ramach tzw. pilotaży. Ma ono uzasadnienie i rozwinięcie w „Strategii dla zdrowia”, przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia i zakładającej wzmocnienie podstawowej opieki medycznej, promocję zdrowia oraz wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego. Mimo trudności i kłopotów, spowodowanych ograniczeniem obiecanych nakładów, zmiany te spowodowały poprawę funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia przejętych przez samorządy, bardziej efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów i wspomaganie przychodni i szpitali z dochodów własnych gmin.

Kłopoty dotyczą współdziałania gmin w utrzymaniu szpitali. Istniejąca sieć szpitali oparta jest na bazie szpitali powiatowych, obsługujących kilka okolicznych gmin. Rozwiązaniem jest odtworzenie powiatów lub tworzenie dobrowolnych związków gmin dla nadzoru samorządowego nad całością opieki zdrowotnej na danym obszarze.

Samorządowy nadzór nad ochroną zdrowia na terenie województwa mogą pełnić Samorządowe Sejmiki Wojewódzkie. Należy również pamiętać, że sztuczny podział na województwa nie odpowiada



wytworzonemu historycznie przepływowi pacjentów i rozmieszczeniu bazy specjalistycznej. Tworzą ją ośrodki regionalne, związane z akademiami medycznymi. W ramach tych regionów można dokonywać analizy potrzeb leczniczych na wszystkich poziomach referencyjnych, dokonywać oceny kosztów i efektywności oraz prowadzić politykę zdrowotną. Rozwiązania takie są przygotowane i częściowo wprowadzane w życie w Programach Konsorcjów Zdrowia – Wielkopolskiego, Pomorskiego i Ciechanowskiego. Opracowania te powstały w ramach współpracy i przy udziale ekspertów Banku Światowego – i ciągle czekają na wdrożenie!

**Z**aangażowanie samorządów terytorialnych z jednej strony i samorządów zawodowych – głównie Izby Lekarskiej – z drugiej, poszerza i wzmacnia grupę wprowadzających reformę w zakresie kontroli merytorycznej i tworzenia założeń polityki zdrowotnej „dla siebie”. Udział samorządów w kontroli nad finansowaniem i funkcjonowaniem zakładów opieki zdrowotnej pozwoli na przygotowanie kadr dla rad nadzorczych ubezpieczeń zdrowotnych.

Udział i kontrola funkcjonowania ochrony zdrowia przez samorządy reprezentujące obywateli i środowiska medyczne powinny zmienić pogląd, że reforma może dotyczyć wyłącznie relacji pacjent – lekarz. Planowanych zmian nie można ograniczyć jedynie do stosunków potrzebującego i dającego pomoc, chorego i lekarza (częstym określeniem tych zależności jest termin „usługodawcy” i „usługobiorcy”). Pacjenci i lekarze nie dostrzegają, że ponad bezpośrednią, wyżej opisaną relacją działa system ochrony zdrowia, o którym decydują:

- koszty, jakie są potrzebne na działania ochrony zdrowia i wpływy, jakie pacjent (ubezpieczenie, państwo) może zapewnić;
- sprawy własności prywatnej, publicznej, państwowej...
- zarządzanie, zapewniające najbardziej efektywne realizowanie zadań, określanych przez właściciela.

W toczącej się dyskusji powraca przeświadczenie, że wprowadzenie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych zwiększy nakłady. Niestety, ilość pieniędzy nie zależy od sposobu ich zbierania, ale od zasobności naszych kieszeni. To z naszych podatków jest tworzony budżet „na zdrowie” i wnoszone wszystkie opłaty. Dążenie do wprowadzenia ubezpieczeń wiąże się z brakiem zaufania do obecnego rozdziału nakładów przez państwo – nim powstaną ubezpieczenia, rozwiązaniem może być społeczna/samorządowa kontrola nad wydatkowaniem naszych pieniędzy.

Pomijanym zagadnieniem jest problem własności. Często obiekty ochrony zdrowia są dobrem niechcianym, ze względu na koszty utrzymania i stan dewastacji, w jakim są obecnie, a także brak odpowiednich przepisów prawnych. Określenie własności prywatnej, komunalnej i państwowej jest konieczne do przeciwdziałania „dzikiej prywatyzacji” (proces taki miał miejsce w przypadku aptek, tworzenia podstawowej sieci szpitali itd.

Komunalizacja mienia, przejmowanie finansowania i kontroli przez samorządy prowadzi do uprządkowania problemu finansowania i użytkowania mienia publicznego, podejmowania decyzji na szczeblu lokalnym i regionalnym z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb. Konieczne jest określenie odpowiedzialności samorządów różnych szczebli i roli państwa w tworzeniu i realizacji polityki zdrowotnej. Sukcesy zależeć będą od skuteczności i efektywności zarządzania. Menedżer efekty ekonomiczne musi łączyć z koniecznością zapewnienia leczenia i opieki pacjentom oraz satysfakcji pracownikom służby zdrowia. Powstanie zakładów prywatnych, komunalnych, państwowych i wprowadzenie finansowania na podstawie kontraktów spowoduje powstanie konkurencji w świadczeniu usług – od gabinetu lekarza opieki podstawowej począwszy, na szpitalach skończywszy.

Mimo że upadający system ochrony zdrowia i dotychczasowa opieszałość we wprowadzaniu zmian wymuszają podejmowanie decyzji, to bez rozważenia wszystkich składników, które muszą ulec zmianie, grozi nam rozbitcie istniejącego, już i tak bardzo słabego, systemu.

Należy uwzględnić fakt, że ochrona zdrowia to nie tylko chorzy i lekarze oraz przychodnie i szpitale. Jest to bardzo skomplikowany organizm, korzystający z usług banków, firm ubezpieczeniowych, prawników itd., powiązany z całym gałęzią przemysłu farmaceutycznego, zatrudniający wielu pracowników – od producentów aparatury diagnostycznej i leczniczej, sprzętu medycznego, transportu, łączności itd., po rolników produkujących zdrową żywność.

Amerykanie określają ten kompleks jako przemysł zdrowia. Pochłania on olbrzymie nakłady i daje wielkie zyski, ale jego najważniejszym „produktem” jest zdrowie i poczucie bezpieczeństwa w chorobie. Program reformy zdrowia wykracza daleko poza ramy resortu, a jego przeprowadzenie jest sprawą ogólnonarodową.

*Jan Ciszecki*

Autor – dr n. med. – jest dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. prof. dr. J. Bogdanowicza w Warszawie przy ul. Niekińskiej, ekspertem Międzynarodowego Stowarzyszenia Ekspertów ORDINEX z siedzibą w Genewie oraz członkiem Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Zarządu Krajowego Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa.