

Nr 43



INSTYTUT SPRAW PUBLICZNYCH
THE INSTITUTE OF PUBLIC AFFAIRS

Analizy i Opinie
Analyses & Opinions

**Samorządowy model systemu
ochrony zdrowia**

Maciej Dercz

Samorządowy model systemu ochrony zdrowia

Maciej Dercz

- *Konieczne jest wypracowanie docelowego modelu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Proponuję przyjęcie samorządowego modelu ochrony zdrowia, który zakładałby przekazanie samorządom prawa prowadzenia rzeczywistej polityki zdrowotnej na swoim terenie (w tym kadrowej i lekowej) oraz obowiązku przygotowywania planów zabezpieczenia świadczeń będących elementami planu krajowego.*
- *W celu poprawienia jakości zarządzania instytucjami opieki zdrowotnej należy dążyć do stworzenia korpusu kompetentnych urzędników ochrony zdrowia („służby cywilnej ochrony zdrowia”). Stałej poprawie jakości opieki zdrowotnej powinno służyć powołanie na każdym szczeblu samorządu reprezentacji pacjentów.*
- *Szczególne nacisk w systemie powinien zostać położony na opiekę zdrowotną dzieci. W tym celu proponuję stworzenie Zintegrowanego Publicznego Systemu Ochrony Zdrowia Dzieci finansowanego odrębnie poprzez rządową dotację celową.*

Pomimo trwających od wielu lat prac mających na celu „reformowanie służby zdrowia” żaden dotychczasowy rząd nie przyjął oficjalnego dokumentu ze szczegółowym opisem, jak ma wyglądać organizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce w niedalekiej przyszłości i jakie role mają w nim odgrywać docelowo poszczególni aktorzy (w tym zwłaszcza samorząd terytorialny). Negatywne skutki społeczne dotychczasowej polityki działań pozornych w ochronie zdrowia stają się coraz bardziej oczywiste. Konieczne staje się stworzenie od podstaw docelowego modelu systemu ochrony zdrowia.

Dotychczas zadania i kompetencje samorządów terytorialnych w ochronie zdrowia formułowane były w sposób bardzo ogólny, często wręcz ogólnikowy. Władze państwowe nie stworzyły precyzyjnych i jasnych regulacji w tej materii, co wpływa na ograniczoną jakość realizacji zadań przez samorzady. Problemem staje się także brak precyzyjnego podziału zadań i kompetencji pomiędzy administracją rządową a samorządem terytorialnym oraz pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu terytorialnego. Powoduje to, iż samorzady nie podejmują działań w sferach, w których ich aktywność byłaby

niezbędna, uniemożliwia też koordynację działań podejmowanych przez poszczególne samorządy terytorialne i administrację rządową.

Realizacja konstytucyjnych zasad pomocniczości, solidaryzmu i decentralizacji

Ze względu na konstytucyjne zasady egalitaryzmu, solidaryzmu społecznego, pomocniczości i decentralizacji oraz czerpiąc przykład z pozytywnych doświadczeń europejskich, należy rozważyć przyjęcie w Polsce samorządowego modelu ochrony zdrowia. Jednym z podstawowych mierników prawidłowego funkcjonowania samorządu terytorialnego jest zapewnienie przez samorządowe władze publiczne opieki zdrowotnej członkom społeczności lokalnych w przypadku zachorowania, niesprawności lub kalectwa. Wzięcie na siebie większej odpowiedzialności w zakresie ochrony zdrowia przez samorządy terytorialne może sprawić, że będą one mogły już na poziomie lokalnym realizować najistotniejsze cele społeczne, a samorząd wojewódzki będzie mógł odgrywać rolę rzeczywistego gospodarza swojego terenu. To właśnie samorządy posiadają społeczny mandat do podejmowania decyzji rozwiązujących lokalne, czy też regionalne problemy w zakresie zdrowia, włącznie z wypełnianiem takich priorytetów, jak dostęp do opieki zdrowotnej ludzi ubogich.

Z zasady pomocniczości można wysnuć wniosek, że w sytuacji, gdy danemu zadaniu z zakresu ochrony zdrowia podołać może jednostka samorządu terytorialnego, nie powinno się

angażować administracji centralnej. Odpowiednie nałożenie zadań z zakresu ochrony zdrowia na każdą jednostkę samorządu terytorialnego można uznać także za przejaw decentralizacji administracji publicznej i realizację dyspozycji zawartej w art. 15 Konstytucji.

Za modelem samorządowym przemawia wynikający z istoty samego samorządu priorytet w zaspokajaniu potrzeb społecznych obywateli. Zapewnienie większej dostępności świadczeń zdrowotnych i nie uzależnianie jej od współudziału finansowego obywateli – stać się winno głównym celem lokalnych/regionalnych programów zdrowotnych. Tylko władze lokalne/regionalne są w stanie w sposób wiarygodny zweryfikować i potwierdzić faktyczne potrzeby zdrowotne danej społeczności.

Opieka zdrowotna jednym z najważniejszych zadań władz samorządowych

Decentralizacja sposobu zarządzania jest charakterystyczną cechą znacznej części systemów ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej. Takie działanie sprzyja wzmocnieniu pozycji samorządów w krajowych systemach ochrony zdrowia. Samorzady przejęły tam większość zadań z zakresu planowania, organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych charakteryzujących się powszechną dostępnością. Przekazano im zadania mające na celu rozwijanie

i ukierunkowywanie polityki państwa na poziomie lokalnym i regionalnym, oczywiście w granicach określonych przez centralne władze państwowe poprzez wprowadzenie odpowiednich standardów, norm i procedur.

Właśnie ze względu na powyższe uwarunkowania ochrona zdrowia winna stać się, z pożytkiem dla dobrobytu obywateli będących członkami wspólnot lokalnych, jednym z najważniejszych obszarów aktywności samorządowych władz publicznych.

Założenia ogólne systemu samorządowego

Logika modelu samorządowego powinna łączyć wpływ decyzyjny władz samorządowych na instytucje finansowo-rozliczeniowe powołane do zarządzania środkami publicznymi z odpowiedzialnością samorządu za zapewnienie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Samorząd winien w takim modelu ponosić polityczną odpowiedzialność za efekty prowadzonej przez niego na danym terenie polityki zdrowotnej. Kryteriami, w oparciu o które samorząd byłby rozliczany z realizacji przekazanych mu zadań byłyby: zapewnienie odpowiedniej jakości opieki zdrowotnej oraz zwiększenie powszechności jej dostępności.

Powierzenie samorządom dodatkowych zadań w ochronie zdrowia nie ma na celu pomniejszanie roli rządu w kształtowaniu systemu opieki zdrowotnej.

Administracja rządowa ponosiłaby odpowiedzialność za koordynację działań lokalnych/regionalnych w ramach ogólnego systemu krajowego. Byłoby to możliwe dzięki standaryzacji, powszechnej akredytacji, normatywnej regulacji oraz stałemu monitorowaniu systemów lokalnych/regionalnych. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na stabilność funkcjonowania systemu w skali kraju mogłyby się stać powszechne, ogólnokrajowe, wieloletnie programy zdrowotne, realizowane w rozpisaniu na poszczególne samorzady pod bieżącym nadzorem służb rządowych.

Rola niepublicznych świadczeniodawców

W funkcjonujących w innych krajach systemach samorządowych można zaobserwować po stronie wykonawczej dominację publicznych świadczeniodawców, co jest związane z możliwością bezpośredniego (niekiedy nadmiernego) oddziaływania na nich przez polityków lokalnych i administrację samorządową. W naszej sytuacji społeczno-ekonomicznym rozwiązaniem byłoby, aby przynajmniej w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i świadczeń wykonywanych przez przychodnie specjalistyczne, sfera wykonawcza przekazana byłaby w ręce szeroko rozumianego sektora niepublicznego (co obecnie ma miejsce faktycznie w większości samorządów). Dopiero w sytuacji, gdy na terenie działania danego samorządu zabrakłoby

wykonawców niepublicznych, nie zapewniali powszechnej dostępności do świadczeń lub świadczyli usługi na zbyt niskim poziomie, władze samorządowe zmuszone byłyby do działań mających na celu poprawę sytuacji – włącznie z obowiązkiem wprowadzenia samorządowej jednostki ochrony zdrowia. Przekazanie funkcji wykonawczej podmiotom niepublicznym nie powoduje, że publiczna odpowiedzialność za zadania z zakresu ochrony zdrowia zanika, powoduje tylko zmianę sposobu realizacji leżących po stronie administracji publicznej zadań z bezpośredniej na pośrednią. Podejmowane przez organy administracji publicznej bezpośrednie działania wykonawcze są zastępowane działaniami polegającymi na inspirowaniu, kontroli, nadzorze oraz wspieraniu podmiotów niepublicznych.

Nowocześniejsza formuła prawna niż SPZOZ

Prowadzenia zakładów lecznictwa zamkniętego nie można, ze względu na konstytucyjne zasady solidaryzmu społecznego oraz równego dostępu do świadczeń przekazać w zasadniczym zakresie podmiotom prywatnym. Jednak szpitale samorządowe winny być niezależne formalnie od organów jednostek samorządu terytorialnego. Ich forma organizacyjno-prawna musi być nowocześniejsza i bardziej efektywna finansowo niż działające obecnie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

(SPZOZ-y). Niedookreślona i niespójna konstrukcja jaką jest SPZOZ nie powinna zostać utrzymana. Nowa struktura prawno-organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej zapewniać winna samorządowi możliwość wpływania na dostępność, jakość i efektywność wykonywanych przez dany podmiot usług, ale jednocześnie uniemożliwiać nepotyzm i upolitycznienie zarządzania zakładem.

Jednym z istotniejszych problemów związanych z wprowadzaniem modelu samorządowego jest podział zadań i obowiązków między poszczególne

szczeble samorządu oraz między samym samorządem a rządową administracją centralną. Poważnym wyzwaniem jest stworzenie precyzyjnie działającego mechanizmu wzajemnych relacji, a zwłaszcza sprawnej koordynacji działań na poziomie krajowym. W przypadku wystąpienia na

poziomie lokalnym/regionalnym nieuzasadnionych różnic w dostępności do świadczeń, ich zbyt wąskiego zakresu lub niskiej jakości usług – winna nastąpić merytoryczna reakcja nadzorujących służb rządowych.

Zintegrowany Publiczny System Ochrony Zdrowia Dzieci

Opierając się, przy ponownym definiowaniu pozycji samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia, na konstytucyjnych wytycznych nie można pominąć treści art.68 ust.3 Konstytucji R.P., który obliguje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom. Szczególna opieka zdrowotna winna przejawiać się poprzez wprowadzenie przez władze publiczne szczególnych rozwiązań prawnych i podejmowanie działań, które zapewnić mają dziecku wyższy poziom opieki zdrowotnej niż ogółowi populacji oraz uwzględniać szczególne w tej mierze potrzeby dziecka.

Aby zapewnić realizację powyższej normy konstytucyjnej należy rozważyć przekazanie

zadań związanych z opieką zdrowotną nad dziećmi bezpośrednio jednostkom samorządu terytorialnego. Zintegrowany Publiczny System Ochrony Zdrowia Dzieci miałby obejmować promocję zdrowia, edukację zdrowotną, profilaktykę zagrożeń i chorób, badania przesiewowe i zapobieganie przemocy oraz dostosowaną do potrzeb uczniów kompleksową opiekę diagnostyczną, leczniczą i rehabilitacyjną. Słuszną wydaje się być propozycja przesunięcia obowiązku finansowania opieki zdrowotnej nad dziećmi z systemu ubezpieczeniowego do budżetowego. Samorządy mogłyby środki finansowe na ochronę zdrowia dzieci otrzymywać w formie dotacji celowej.

Rynek i sposób poboru składki ubezpieczeniowej

Model samorządowy jest odpowiedzią na pojawiający się postulat poszukiwania rozwiązań organizacyjnych opartych wyłącznie na mechanizmach rynkowych. Jednak rynek usług medycznych, elementy

konkurencyjności świadczeniodawców oraz wprowadzenie dodatkowych form ubezpieczenia zdrowotnego stanowić mogą jedynie finansowo-organizacyjne uzupełnienie, a nie alternatywę dla modelu samorządowego.

Wprowadzenie modelu samorządowego poprzedzone winno zostać dyskusją nad sposobem pobierania składki ubezpieczeniowej od poszczególnych świadczeniobiorców. Dla modelu samorządowego nie jest jednak najistotniejsze

czy pozostaniemy przy obecnym sposobie poboru udziału finansowego pacjentów nazywanym niekiedy quasi ubezpieczeniowym czy zastąpimy go poborem podatku zdrowotnego.

Profesjonalny korpus urzędników ochrony zdrowia

Niezadawalające funkcjonowanie samorządowej ochrony zdrowia wynika obecnie przede wszystkim ze złego zarządzania, nakierowanego na interes kadry pracowniczej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zamiast na potrzeby zdrowotne społeczności lokalnych. Dopóki lokalne władze uwikłane będą w personalne powiązania z kadrami kierowniczą publicznych zakładów, dopóty szara strefa w ochronie zdrowia w Polsce nie zmaleje. Do stworzenia sprawnego systemu niezbędne jest powołanie do zarządzania samorządową ochroną zdrowia profesjonalnego korpusu urzędniczego, namiastki samorządowej służby cywilnej, oraz

profesjonalnej kadry kierowniczej zakładów opieki zdrowotnej. Koncepcja „cywilnej służby ochrony zdrowia” ma sprawić, by za zarządzanie ochroną zdrowia odpowiadała profesjonalnie przygotowana od strony ekonomicznej, prawnej i zarządczej - kadra, a nie tylko lekarze realizujący głównie interesy swojego środowiska zawodowego i nie mający poza umiejętnością leczenia wystarczającej wiedzy o zarządzaniu oraz prawnych i ekonomicznych podstawach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Należy jednoznacznie oddzielić sferę zarządzania elementami systemu ochrony zdrowia od wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Pozycja pacjentów

Jednym z elementów składających się na spójność systemową organizacji ochrony zdrowia jest upodmiotowienie odbiorców świadczeń. Dlatego też należy stworzyć na każdym szczeblu samorządu instytucjonalne organizacje pacjentów, które działając jako ciała społeczne (ale funkcjonujące przy pomocy biur z niewielką

liczebnie ale profesjonalnie przygotowaną kadrami) zostałyby wyposażone w uprawnienia kontrolne w zakresie dostępności do świadczeń, ich jakości i efektywności. Takie organizacje miałyby też stać na straży przestrzegania ustawowo zdefiniowanych i konkretnie sformułowanych w odrębnej ustawie - praw pacjentów.

„Zdrowotne izby obrachunkowo-rozliczeniowe”

Regionalne oddziały NFZ powinny docelowo stanowić bazę dla mających działać na poziomie samorządu województwa, jednak formalnie niezależnych od samorządu, instytucji rozliczeniowo-finansowych. Spływałyby do nich składki ubezpieczeniowe (lub np. podatek zdrowotny) a także środki pochodzące z budżetów samorządowych lub budżetu centralnego. Ich zadaniem nie byłoby kreowanie lokalnej lub regionalnej polityki zdrowotnej lecz administrowanie przekazanymi zasobami. Opierałyby się na niezależnej, profesjonalnej kadrze, kadencyjnym i pochodzącym z konkursu kierownictwie. Podlegałyby kontroli społecznej (np. poprzez radę nadzorczą wyłanianą w drodze konkursu przez niezależną od samorządu merytoryczną instytucję rządową). Funkcjonowanie takich „zdrowotnych izb obrachunkowo-rozliczeniowych” byłoby oparte na centralnie przyjętych i zunifikowanych taryfikatorach, standardach świadczeń i procedurach. Wykonanie przez beneficjentów środków zleconych im świadczeń potwierdzałyby działające w każdej jednostce ochrony zdrowia realizującej publiczne świadczenia rejestry usług medycznych (RUM).

Kontraktowanie odbywałoby się w oparciu o przyjęte przez samorzady na każdym poziomie wieloletnie (jednoroczne tylko w szczególnych sytuacjach) plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, które by stanowiły lokalne/regionalne elementy krajowego planu, przyjętego przez rząd. Dysponentem – w zakresie określenia ilości i zakresu świadczeń zdrowotnych kupowanych za środki publiczne (którymi miałyby administrować tylko

„izby”) - ma być ta jednostka władzy publicznej, której w ramach podziału zadań w systemie ochrony zdrowia przydzielono odpowiedzialność za ich zapewnienie. Szczegółowy plan wydatkowania środków publicznych przez „zdrowotne izby obrachunkowo-rozliczeniowe” byłby uzależniony od planów gwarancji świadczeń przyjmowanych do ich realizacji na odpowiednich poziomach przez właściwe władze publiczne. Nadzór i kontrola realizacji zapewnienia świadczeń byłaby powierzona centralnej merytorycznej jednostce administracji rządowej (mającej swoje terenowe oddziały) odpowiedzialnej za bezpieczeństwo zdrowotne kraju. Ponieważ w modelu samorządowym mogą wystąpić terytorialne różnice zakresu, dostępności i jakości świadczeń, należy wyznaczyć procedury „równania w górę”.

Wnioski końcowe

Do najistotniejszych propozycji dotyczących budowy nowego modelu systemowego zaliczyłbym:

- przekazanie samorządom prawa prowadzenia rzeczywistej polityki zdrowotnej na swoim terenie (w tym kadrowej i lekowej) oraz obowiązku przygotowywania planów zabezpieczenia świadczeń będących elementami planu krajowego,
- zastąpienie NFZ regionalnymi „zdrowotnymi izbami obrachunkowo rozliczeniowych”, działającymi w oparciu o procedury finansowe zgodnie z ustawowymi zapisami i profesjonalną strukturą kadrową – niezależnymi personalnie od samorządu, ale obowiązującymi realizować jego wytyczne w ramach wdrażania lokalnej/regionalnej polityki zdrowotnej,
- stworzenie „służby cywilnej ochrony zdrowia”, która docelowo miałaby zarządzać wydziałami zdrowia w urzędach samorządowych oraz w zoz-ach,
- powołanie na każdym szczeblu samorządu reprezentacji pacjentów, działających za pośrednictwem profesjonalnych biur – kontrolujące dostępność, jakość, efektywność świadczeń zdrowotnych oraz realizację praw pacjenta,
- doprowadzenie do obowiązkowej współpracy między samorządowymi organami założycielskimi w zakresie organizacji procesu wykonywania świadczeń w celu zwiększenia ich dostępności, poprawy jakości i większej efektywności w wykorzystaniu sprzętu medycznego,
- oparcie się w zakresie POZ i specjalistki ambulatoryjnej na zleceniu świadczeń podmiotom niepublicznym, które będą realizować zadania samorządu pod jego nadzorem i z wykorzystaniem jego bazy materialnej,
- realizowanie świadczeń w zakresie leczenia zamkniętego przez niezależne formalnie od samorządu jednostki, działające w nowoczesnej i efektywnej finansowo formie organizacyjno-prawnej, zapewniającej samorządowi możliwość wpływania na dostępność, jakość i efektywność wykonywanych przez dany podmiot usług, ale uniemożliwiającej nepotyzm i nadmierne upolitycznienie zarządzania jednostką,
- stworzenie Zintegrowanego Publicznego Systemu Ochrony Zdrowia Dzieci obejmującego promocję zdrowia, edukację zdrowotną, profilaktykę zagrożeń i chorób, badania przesiewowe i zapobieganie przemocy oraz dostosowaną do potrzeb uczniów kompleksową opiekę diagnostyczną, leczniczą i rehabilitacyjną, finansowanego odrębnie - poprzez dotację celową.

Przekazując samorządowi nowe zadania i nakładając nań odpowiedzialność za bieżące zarządzanie znaczną częścią systemu ochrony zdrowia, uczynić to należy w taki sposób, aby wykonywał on swoje zadania w oparciu o wynikające z przepisów prawa, ściśle określone procedury i standardy, w celu minimalizacji upolitycznionego podejmowania decyzji w samorządowej ochronie zdrowia. Organy uchwałodawcze (po uzyskaniu

pozytywnych opinii nadzorującej je fachowej służby rządowej i akceptacji właściwej organizacji pacjentów) raz do roku przyjmowałyby programy zdrowotne, a za ich realizację odpowiedzialność ponosiłby organ wykonawczy samorządu – nadzorowany i kontrolowany w zakresie prawidłowości przestrzegania procedur i standardów przez powołane do tego odrębnie terenowe jednostki rządowej administracji zdrowia.

Istnieje oczywiście obawa, że samorządy, które obecnie nie dysponują ani niezbędnymi zasobami kulturowymi (ludźmi, instytucjami, informacjami), ani odpowiednimi doświadczeniami w decydowaniu o polityce zdrowotnej, nie będą w stanie podjąć poważniejszym niż dotychczas zadaniom. Jednak decentralizacja, o której stanowi Konstytucja RP, nie jest przecież jednorazowym przedsięwzięciem decyzyjnym, lecz dążeniem do zbudowania w państwie odpowiednich docelowych rozwiązań organizacyjnych, zgodnych z konstytucyjnymi zasadami ustrojowymi. Wprowadzenie w życie nowych rozwiązań organizacyjnych musi się odbywać stopniowo i winno być poprzedzone odpowiednimi do skali zmian badaniami i analizami oraz zakrojoną na szeroką skalę kampanią informacyjną oraz dyskusją merytoryczną i negocjacjami z medycznymi środowiskami zawodowymi.

Przyjęcie modelu samorządowej ochrony zdrowia może być oparte na doświadczeniach skandynawskich (oczywiście z uwzględnieniem różnic cywilizacyjnych i innych uwarunkowań historycznych). Może je też poprzedzać wprowadzenie rozwiązań pośrednich, rządowo-samorządowych, dla których dobrym wzorem są doświadczenia włoskie.

Aby powyższe postulaty mogły być skutecznie zrealizowane niezwykle istotne jest, by na straży profesjonalnego charakteru podejmowanych prac reformatorskich stał działający poza resortem zdrowia - Narodowy Instytut Ochrony Zdrowia, będący centralną jednostką programową, mająca na celu permanentną analizę sposobu wdrażania reform i prawidłowości funkcjonowania systemu, w oparciu o wiedzę naukową i doświadczenia płynące z innych krajów Unii Europejskiej. Skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia nie jest możliwe bez obiektywnych analiz prawniczych, ekonomicznych i zarządczych.

Maciej Dercz – dr nauk prawnych,
radca prawny. Ekspert Instytutu
Spraw Publicznych. Był doradcą
Ministra Zdrowia F. Cegielskiej.
Autor licznych opracowań z zakresu
prawych aspektów funkcjonowania
ochrony zdrowia, m.in. monografii:
„Samorząd terytorialny w systemie
ochrony zdrowia” (2005) oraz
„Organizacja ochrony zdrowia w
Rzeczypospolitej Polskiej (2001).

Analizy i Opinie
Nr 43, sierpień 2005

Redaktor: Mateusz Fałkowski
e-mail: mateusz.falkowski@isp.org.pl
Projekt graficzny: Andrzej Jasiocha
e-mail: jasio70@interia.pl

Instytut Spraw Publicznych
Adres: ul.Szpitalna 5 lok. 22
00-031 Warszawa, Polska
e-mail: isp@isp.org.pl
www.isp.org.pl