

TYTUŁ	DATA	NAKLAD RODZAJ PISMA	CZYTELNICTWO
Rzeczpospolita	08-09-2005	311 799 Dziennik ogólnopolski	1 091 297

Najwyższy czas, by powstała udokumentowana naukowo koncepcja systemu ochrony zdrowia

Lekarz nie wyleczy systemu



**MACIEJ
DERCZ**

Dr nauk prawnych, ekspert Instytutu Spraw Publicznych, pod koniec lat 90. doradca ministra zdrowia Franciszki Cegielskiej, autor i współautor licznych opracowań z zakresu prawnych aspektów funkcjonowania ochrony zdrowia

epidemiologicznych i ekonomicznych. Projekty legislacyjne przygotowane na podstawie powyższych danych muszą znajdować uzasadnienie w wiedzy naukowej.

W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, zwiększa się zapotrzebowanie na coraz kosztowniejszą opiekę zdrowotną. Jednocześnie do sfery usług zdrowotnych coraz częściej adresuje się postulat rygorystycznego traktowania zasad powszechności i równego dostępu do świadczeń. Czy należy, jak proponują skrajnie liberalni politycy, ograniczyć odpowiedzialność władzy publicznej za zdrowie obywateli? Myślę, że nie może być mowy o uchylaniu się państwa od realizacji obowiązków nałożonych nań przez konstytucję. Konieczne jest jednak dokładne zdefiniowanie zakresów odpowiedzialności i precyzyjne przyporządkowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia poszczególnym władzom publicznym, a zwłaszcza samorządowi terytorialnemu.

SKRAJNIE RÓŻNE KONCEPCJE

Między głównymi podmiotami systemu ochrony zdrowia (administracja rządowa, publiczny płatnik, świadczeniodawca, samorząd terytorialny i pracownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej) są konflikty interesów. Powodem jest brak jednoznacznego i precyzyjnego ustalenia występujących między nimi relacji. Taki sposób konstruowania systemu ochrony zdrowia prowadzi do permanentnego rozmywania odpowiedzialności wła-

dzy publicznej za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Zakresy odpowiedzialności ponoszonej przez różne organy władzy publicznej krzyżują się, a znaczna część zadań nie została prawnie przyporządkowana żadnemu podmiotowi publicznemu.

Przyjęta dziś centralizacja zarządzania systemem stoi w sprzeczności z konstytucyjnymi zasadami pomocniczości oraz decentralizacji. Narodowy Fundusz Zdrowia stał się głównym kreatorem polityki zdrowotnej państwa. Stało się to bez konstytucyjnego uzasadnienia. NFZ zagarnął niektóre zadania niewypełniane przez inne organy władzy publicznej.

W okresie przedwyborczym dochodzą informacje, które budzą obawy. Dwie prowadzące w sondażach partie, PiS i PO, prezentują skrajnie odmienne koncepcje. PiS dąży do renacjonalizacji zarządzania zdrowiem i do niespotykanego

Tylko samorząd terytorialny jest w stanie zweryfikować faktyczne potrzeby zdrowotne danej społeczności

obecnie nigdzie systemu „budżetowego”, a PO do maksymalnej, niefunkcjonującej w żadnym kraju europejskim prywatyzacji wykonywania świadczeń zdrowotnych. Przy tak istotnych różnicach programowych łatwo sobie wyobrazić kłopoty przyszłego koalicyjnego rządu. Najwyższy chyba już czas podjąć próbę kompromisu w tej kwestii.

AKTYWNOŚĆ SPOŁECZEŃSTWA

Czerpiąc przykład z pozytywnych doświadczeń europejskich, a szczególnie ze wzorców skandynawskich, należy moim zdaniem rozważyć organizację systemu ochrony zdrowia w Polsce według modelu samorządowego.

Za modelem samorządowym przemawia wynikający z istoty samego samorządu priorytet w zaspokajaniu potrzeb społecznych obywateli. Głównym celem lokalnych i regionalnych programów zdrowotnych winno się stać zapewnienie większej dostępności świadczeń i niezależnianie jej od współudziału finansowego obywateli. Tylko samorząd terytorialny jest w stanie w sposób wiarygodny zweryfikować i potwierdzić faktyczne potrzeby zdrowotne danej społeczności.

Decentralizacja zarządzania jest charakterystyczna dla znacznej części systemów ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej. Samorządy przejęły tam istotny zakres zadań z zakresu planowania, organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych. Przekazano im wy-

konywanie tych zadań w granicach określonych przez centralne władze państwowe poprzez wprowadzenie odpowiednich standardów, norm i procedur.

Model samorządowy jest odpowiedzią na pojawiający się postulat poszukiwania rozwiązań organizacyjnych opartych wyłącznie na mechanizmach rynkowych. Regulowany rynek usług medycznych, elementy konkurencyjności świadczeniodawców oraz wprowadzenie dodatkowych form ubezpieczenia zdrowotnego to słuszne postulaty, ale mogą one stanowić jedynie finansowo-organizacyjne uzupełnienie, a nie alternatywę dla modelu samorządowego.

Działania władz samorządowych powinny przede wszystkim prowadzić, zgodnie z zasadą pomocniczości, do mobilizacji i aktywności społeczeństwa. Faworyzując świadczenia medycyny naprawczej zapomniano, że poprzez profilaktykę i promocję zdrowia można zaradzić wielu problemom na ich wczesnym etapie.

DOŚWIADCZENIE UNII

Zła sytuacja finansowa publicznych świadczeniodawców skłania do podjęcia działań związanych z unowocześnieniem sposobu zarządzania, poprzez jego prywatyzację, zwłaszcza w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego. Działania te poprzedzać musi jednak organizacyjno-prawne uporządkowanie całego systemu kompetencyjnego w ochronie zdrowia.

Dotychczas środowisko medyczne cieszy się uprzywilejowaną pozycją przy podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia i jej reformowania, mimo że podstawowe założenia podejmowanych w tym zakresie reform stanowią domenę prawników, ekonomistów i menedżerów. Niemal całość administracji publicznej ochrony zdrowia jest również zdominowana przez reprezentantów medycznego środowiska zawodowego. Przedstawiciel środowiska medycznego obsadzony chwilowo na stanowisku w administracji publicznej pozostaje w oczywistym konflikcie interesów. Dotyczy to sytuacji, gdy konieczne jest podejmowanie decyzji finansowych i kadrowych, które nie są zbieżne z interesami zawodowymi. Takie działanie nie pomaga zwalczać faktycznej społecznej akceptacji dla funkcjonowania w ochronie zdrowia szarej strefy. Przy braku jakiegokolwiek oficjalnej reprezentacji pacjentów to ta swoista gra interesów wewnątrz polskiej „szkuby zdrowia” odbywa się z jednoznacznie szkodą dla pacjentów.

Niezwykle istotne jest, by na straży profesjonalnego charakteru prac reformatorskich stanął wreszcie, działający poza resortem zdrowia, Narodowy Instytut Ochrony Zdrowia. Byłaby to centralna jednostka programowo-badawcza, prowadząca stałą analizę sposobu i efektywności wdrażanych reform oraz prawidłowości funkcjonowania systemu, na podstawie wiedzy naukowej i doświadczeń płynących z innych krajów Unii Europejskiej.