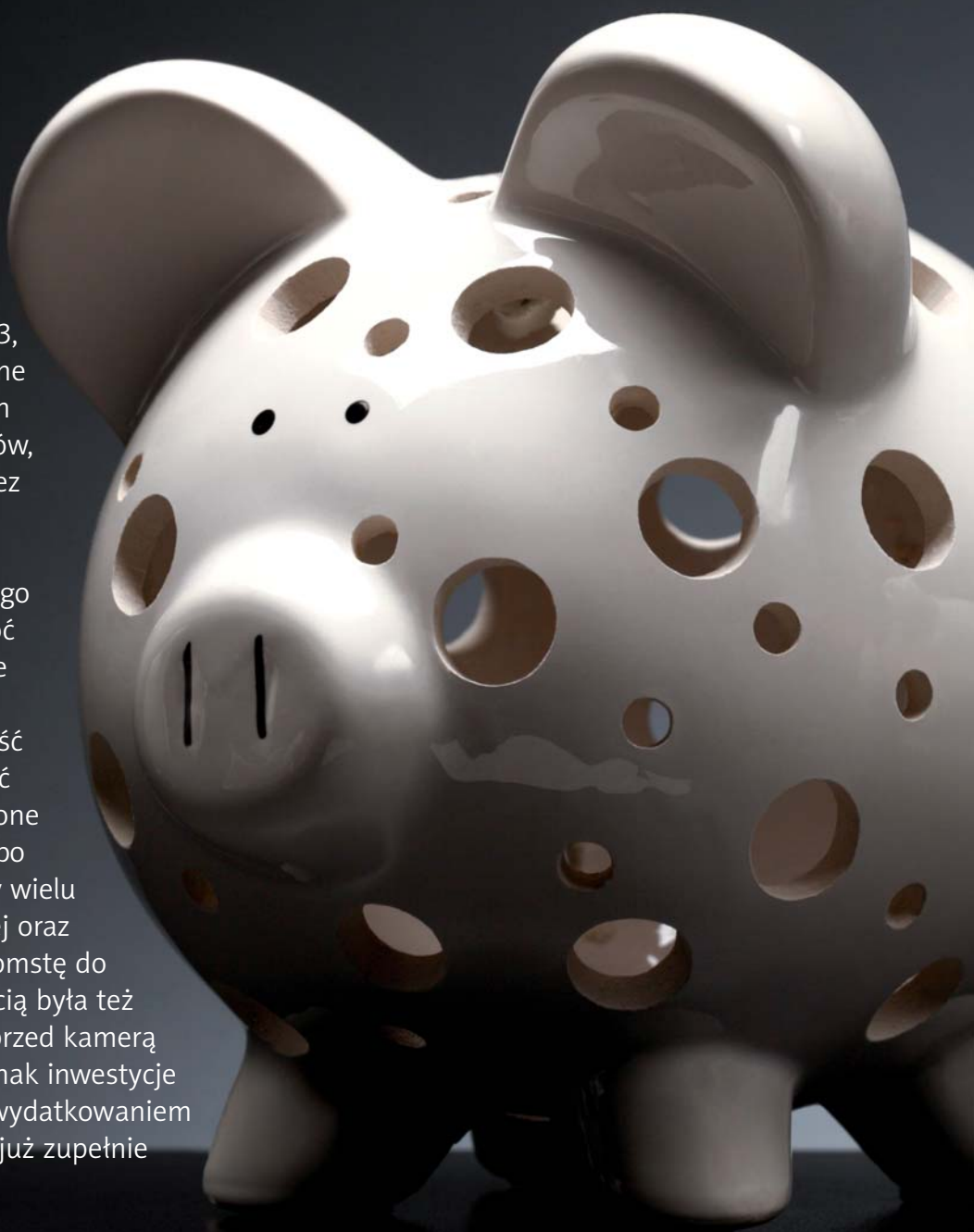


Marnotrawimy pieniądze na inwestycje zdrowotne

Niedościgniony wzór WOŚP

W wielu periodykach i podczas niezliczonych sympozjów pojawiają się informacje o kolejnych inwestycjach w ochronie zdrowia. Inwestycjom tym sprzyjały fundusze unijne z budżetu 2007–2013, jeszcze do niedawna znaczne sumy gwarantowane na ten cel w budżetach samorządów, programy finansowane przez Ministerstwo Zdrowia czy możliwość pozyskiwania kredytów, np. z Europejskiego Banku Inwestycyjnego. Choć nikt nie podawał, ile łącznie wydano na te zadania w latach 2007–2010, wartość tych nakładów można liczyć w miliardach złotych. Były one słuszną dumą rządzących, bo przecież stan infrastruktury wielu zakładów opieki zdrowotnej oraz ich wyposażenia wołał o pomstę do nieba. Niebagatelną korzyścią była też możliwość ustawienia się przed kamerą i przecięcia wstęgi. Czy jednak inwestycje wiązały się z efektywnym wydatkowaniem publicznych pieniędzy – to już zupełnie inne pytanie.



Podobne wątpliwości dotyczące rzetelnego gospodarowania pieniędzmi publicznymi pojawiają się w wypadku nakładów na samo funkcjonowanie systemu. Budżet NFZ w latach 2007–2011 zwiększył się o ponad 15 mld zł. Tylko wydatki na realizację zadań wzrosły z 42,8 mld zł według planu finansowego z 1 stycznia 2007 r. do niemal 59 mld zł w planie z 1 stycznia 2011 r. Do tego trzeba doliczyć pieniądze na oddłużanie ZOZ: 2,2 mld zł z ustawy o pomocy publicznej z 2005 r. (wykorzystywane w zasadzie od roku 2006), fundusze z programu Ratujmy Polskie

Szpitala, z planu B oraz olbrzymie wsparcie finansowe od samorządów. Wystarczy jednak spojrzeć na zobowiązania zakładów publicznych, które od lat wynoszą 9–10 mld zł. Co prawda Ministerstwo Zdrowia epatuje nas informacjami o spadku zobowiązań wymagalnych, co było możliwe dzięki jednorazowym zastrzykom finansowym z programów opisanych wyżej, ale miejsce starych długów błyskawicznie zajmują nowe, które z upływem czasu też zaczynają się przeterminowywać. To jednak jest temat na zupełnie inny artykuł, ewentualnie kilka prac naukowych.

Deszcz pieniędzy z Brukseli

Fundusze na inwestycje w ochronie zdrowia wykorzystuje się w Polsce podobnie jak wsparcie unijne na wszystkie inne cele. W zasadzie ważny jest tylko jeden parametr – stopień wykorzystania deszczu pieniędzy z Brukseli. Politycy wzajemnie się krytykują, że jest on zbyt mały. Bonusy związane z dodatkowymi funduszami trafiają do województw mogących się pochwalić ich największym wykorzystaniem. Czy te miliardy są wydawane właściwie, to widać np. w drogownictwie. Mamy przypadkowo budowane to tu, to tam odcinki. Czy kiedykolwiek przekształcą się w jakiś sensowny system – tego nie wie nikt. Buduje się mosty przez rzeki, do których drogi są dopiero planowane. Na dodatek przeprowadza się jedne z najdroższych inwestycji w Europie – z dobrym samopoczuciem, bo to z pieniędzy darowanych. Tyle że – po pierwsze – za te miliardy modernizacja kraju mogłaby być znacznie większa, a po drugie – do każdej inwestycji trzeba dołożyć własne pieniądze. A przecież o skali deficytu budżetu centralnego i budżetów lokalnych nie trzeba przypominać.

W wypadku inwestycji w służbie zdrowia popełniane są takie same błędy. Projekty są najczęściej chaotyczne, nie widać próby ich koordynacji poprzez stworzenie spójnych planów inwestycyjnych na poziomie województw. Można nawet zaryzykować tezę, że głównym mechanizmem inicjującym jest dostęp do ucha posła, senatora, marszałka. Przykłady? Proszę bardzo.

Jesteśmy dumni ze świeżo zakupionej floty 23 eurocopterów dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Nowoczesne śmigłowce, wybrane i zamówione jeszcze za czasów ministra Zbigniewa Religi, sukcesywnie były oddawane do eksploatacji. Stwarzało to możliwość comiesięcznej fety przy udziale przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia w coraz to nowym regionie Polski. Śmigłowce te, w odróżnieniu od wysłużonych Mi-2, mogą latać w nocy. Ale na ilu lądowiskach w Polsce mogą lądować? Według danych LPR, w 2010 r. zarejestrowanych lądowisk, tzn. miejsc spełniających wszystkie wymagania, było zaledwie 19, czyli mniej niż śmigłowców. Do tego dochodzą oczywiście tzw. miejsca do startu i lądowania, czyli miejsca niespełniające wszystkich warunków. Dlaczego nie zaczęto realizować pro-



foto: Wojciech Olikasnik / Agencja Gazeta

„Doświadczenia WOŚP i wprowadzone przez nią procedury mogłyby zostać wykorzystane przez władze nadzorujące ochronę zdrowia jako doskonały *benchmark*”



foto: Rafał Guz/Fotorezepa

Adam Koziarkiewicz

ekspert zarządzania ochroną zdrowia

Najwięcej pieniędzy tracimy na tym, że nie analizujemy i nie przewidujemy wydatków. Nasz system jest reak-

tywny – tzn. reaguje dopiero wtedy, gdy pojawia się palący problem, konieczność szybkiego działania. Jego minusem jest to, że w praktyce nie jest przez nikogo zarządzany. Zarządzane są instytucje, szpitale, elementy systemu, ale sam system jako całość – nie.

Celem wydawania publicznych pieniędzy na ochronę zdrowia jest to, by Polacy byli w jak najlepszej kondycji zdrowotnej. By to osiągnąć, niezbędne są planowe działania: profilaktyka, badania przesiewowe, wczesne wykrywanie chorób. W Polsce prawie nikt się tym nie zajmuje, nie ma na to pieniędzy. Pieniądze – i to znacznie większe od tych, które potrzebne byłyby na profilaktykę – znajduje się dopiero na ratowanie, na naprawianie zaniedbań wynikających z poprzednich zaniedbań. Dziwić się temu, że nie mamy rozsądnych planów, nie można również dlatego, że nie sposób sporządzić sensownego planu bez dokładnych danych epidemiologicznych, analiz. My to często zupełnie ignorujemy. Oszczędność jest pozorna: nie mając pojęcia o skali zagrożeń, nie potrafimy się do nich przygotować. I wiele na tym tracimy.

jektu budowy ładowisk według ściśle nakreślonego planu ich rozmieszczenia? – to pytanie retoryczne. Część ładowisk znajduje się przy niewielkich szpitalach, a jednocześnie wiele dużych placówek jest ich pozbawiona.

Odrębnym problemem są koszty budowy. Dopuszczamy pełną swobodę projektowania – ładowiska mogą powstawać na poziomie gruntu, na dachach szpitali bądź na specjalnie wyniesionych obiektach. Jednocześnie



foto: Radek Pasternski/Fotorezepa

Władysław Sidorowicz

przewodniczący senackiej Komisji Zdrowia,
b. minister zdrowia

W mojej ocenie marnotrawimy 20–25 proc. środków wydawanych na ochronę zdrowia, czyli dokładnie tyle, ile wynosi chroniczny deficyt w naszych nakładach w tej dziedzinie. Główną przyczyną jest zła, anachroniczna organizacja naszej ochrony zdrowia. Tak się u nas utarło, że wszyscy chcą robić wszystko, co oznacza, że nawet

małe powiatowe szpitale chcą leczyć wszystkie choroby, stosować najbardziej skomplikowane procedury, kupować najdroższy sprzęt. Że chorych na te schorzenia w danym powiecie mało? Że sprzęt wykorzystywany jest tylko w 10 proc.? To często nieważne, te twarde argumenty przegrywają z ambicjami lokalnych polityków, dyrektorów szpitali, całych lokalnych społeczności.

Podobne zjawiska obserwowałem kiedyś w Szwecji – bogaci Szwedzi postanowili powiedzieć dość temu marnotrawstwu. Przeprowadzili rozsądny rachunek ekonomiczny i wyliczyli dokładnie, jaki szpital potrzebny jest dla konkretnej społeczności lokalnej. I tak szpitale dzieli się tam na jednostki o kilku poziomach. Najniższy zajmuje się najczęściej niezbędnymi, ale jednocześnie najprostszymi z medycznego punktu widzenia i najtańszymi świadczeniami. Pełni też rolę „izby przyjęć” dla szpitala wyższego stopnia. Pacjenci wymagający bardziej skomplikowanej diagnostyki i terapii kierowani są do szpitala drugiego stopnia. Te najbardziej skomplikowane świadczenia w wypadku wielu chorób wykonuje się w ośrodku najwyższego stopnia – czasem jest jeden lub dwa na cały kraj. Przyjęcie podobnego rozwiązania w Polsce sprawiłoby, że nie oszczędzilibyśmy na nakładach w ochronie zdrowia, ale za te same pieniądze, które wydajemy dziś, osiągnęlibyśmy standardy opieki, o jakich przy obecnym systemie możemy tylko pomarzyć.

nie koszty budowy spełniającego wszystkie wymogi koncesjonowanego lądowiska są olbrzymie. Minimalna kwota potrzebna na realizację projektu przekracza 500 tys. zł. Wystarczy przejrzeć rozstrzygnięcia przetargów w kolejnych szpitalach. Nie chcę promować partyzantki, bo w tym wypadku wymagania jakościowe równają się bezpieczeństwu, ale przypominam sobie, jak w 2006 r. w szpitalu w Jeleniej Górze uruchomiliśmy miejsce do startu i lądowania na niewykorzystywanym parkingu. Jego przebudowa z modernizacją oświetlenia, oznakowaniem, dojazdami, dokumentacją itp. pochłonęła 50 tys. zł i to quasi-lądowisko funkcjonuje do dziś. Na dodatek wybudowane zostało z pieniędzy szpitala.

Szpitalne oddziały ratunkowe

Drugim przykładem jest tworzenie SOR. Ta moda ma już ponad 10 lat. Prawie każdy szpital chciałby mieć taki oddział, zwłaszcza przy powtarzających się programach finansujących inwestycje w infrastrukturę i sprzęt. Kiedyś przekazywano sprzęt, który zamiast na oddział ratunkowy trafiał w inne miejsca szpitala. O tym, że oddział nigdy nie powstał, wspominać nie muszę. W ostatnich czasach przekazuje się fundusze na wykonanie inwestycji. Także i w tych wypadkach nie istnieją sformalizowane plany rozmieszczenia oddziałów, co



foto: images.com/Corbis

„W przestrzeni publicznej istnieje tylko jeden parametr – stopień wykorzystania deszczu pieniędzy z Brukseli”



foto: archiwum

Maciej Murkowski

Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego

Marnotrawimy ogromne środki. Gdzie wyciekają? Chciałbym wskazać na trzy źródła przecieku: niedocenywanie podstawowej opieki zdrowotnej, niedocenywanie oddziałów jednodniowych (diagnostycznych i zabiegowych) oraz niedocenywanie opieki długoterminowej.

Na całym świecie najdroższe są świadczenia wysokospecjalistyczne. Każdy poziom świadczeń powyżej POZ jest

droższy niż podstawowa opieka. Tymczasem w Polsce od lat obserwuję trend, w którym lekarza rodzinnego usiłuje się sprowadzić do roli dyplomowanej pielęgniarki. Nie stosujemy się do światowych zaleceń, by lekarz rodzinny odpowiadał za kompleksowość, koordynację i kontynuację leczenia chorego. Nie przyjmujemy wyników badań WHO i Banku Światowego, który wyliczył, że wyższa pozycja lekarza rodzinnego oznacza mniejszą liczbę hospitalizacji i mniejszą śmiertelność. Tymczasem zmniejszenie liczby hospitalizacji o 5 proc. spowodowałoby w Polsce ograniczenie wydatków na ten cel o 1,3 mld zł. Zachowujemy się tak, jakbyśmy nie chcieli sięgnąć po te pieniądze.

Nie doceniamy również roli oddziałów jednodniowej diagnostyki, czy tzw. szpitali jednego dnia. W dalszym ciągu premia, którą można otrzymać za to, że pacjenta obsłużą się szybko i kompleksowo, jest niewielka. Szpitale ciągle wolą „położyć pacjenta” na kilka dni, bo nie są wystarczająco motywowane do szybszego działania.

I wreszcie opieka długoterminowa. Nie opłaca się, tak samo jak opieka jednego dnia. Premia za to, że dzięki niej pacjent może się obejść bez kosztownej hospitalizacji, jest za niska, dlatego ciągle opłaca się przyjmować pacjenta do szpitala i ponosić przy tym horrendalne nakłady, choć można by osiągnąć ten sam cel tańszymi metodami.

„Inwestycje są najczęściej chaotyczne, nie widać żadnej próby ich koordynacji poprzez stworzenie spójnych planów na poziomie województw”



fot. iStockphoto

powoduje, że ambitni starostowie, wsparci przez równie ambitnych parlamentarzystów, lobbują za pozyskaniem dotacji i realizacją inwestycji. To, że w szpitalu nie ma wyszkolonego personelu do obsługi takiego oddziału,

a liczba pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia jest na tyle niewielka, że finansowanie oddziału przez NFZ nie pokrywa kosztów jego działalności, okazuje się dopiero po zakończeniu inwestycji. Niestety, po



fot. PAP/Grzegorz Michatowski

Piotr Kuna

dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi

Najwięcej publicznych pieniędzy marnotrawimy na inwestycje. W praktyce obowiązuje u nas szkodliwe podejście do dotacji, które otrzymujemy z Unii Europejskiej. Decydenci rozliczani są, także przez media, na podstawie zbytnie prostego kryterium: ile pieniędzy z Brukseli udało im się „zaabsorbować”. Gdy niewiele – zarządzającemu przykleja się łatkę „zły menedżer”. Niektórzy dokonują więc cudów, by ta opinia do nich nie przylgnęła, mało – by

myślano o nich „dobry menedżer, bo pozyskał dużo środków na inwestycje”. To rozliczanie według ilości inwestycji przynosi optakany skutek. Nie dość, że kupujemy za dużo sprzętu, który potem nie jest w pełni wykorzystywany czy też wręcz stoi nieużywany, to mnożymy wydatki na utrzymanie tego, co zostało kupione. Do obsługi wysokiej klasy sprzętu trzeba zatrudnić wysokiej klasy specjalistów i zapewnić finanse (niemające) na jego eksploatację i utrzymanie. I na to już na ogół pieniędzy nie starcza. Gdy taki sprzęt – nawet darmo – otrzymuje szpital, który ma kilkadziesiąt milionów długów i brak szans na ich spłatę, to jest to niedźwiedzia przystuga. Na ogół wpędza to jednostkę w dalsze długi.

Do innych źródeł niepotrzebnego wycieku pieniędzy publicznych zaliczyłbym uporczywe stosowanie najdroższych terapii u pacjentów, co do których istnieją naukowe dowody, że są nieuleczalnie chorzy. Jaki sens ma wydłużanie o kilka czy kilkanaście tygodni życia i cierpienia pacjentów z nieuleczalnymi chorobami w stadium, w którym i tak wiadomo, że doprowadzą do szybkiego odejścia?

Wreszcie: niewielką wagę przykładamy do profilaktyki. W ogóle oddzieliliśmy ją od leczenia, jakby nie istniał związek przyczynowo-skutkowy między nimi. Byłbym za tym, by wzmocnić rolę lekarza POZ i obciążyć go obowiązkiem wymagania od pacjenta, by ten przestrzegał terminów badań profilaktycznych – pod rygorem utraty uprawnień ubezpieczeniowych.



superwyposażonych oddziałach często hula wiatr lub pełnią one funkcję izb przyjęć czy nocnego ambulatorium. Ale czego można się było spodziewać w 30-tysiecznym mieście z dala od głównych szlaków komunikacyjnych?

Podobny brak planowania jest widoczny w wypadku kupowania drogiego sprzętu medycznego. Angiografy, tomografy czy aparaty do rezonansu są kupowane przez szpitale ze środków centralnych lub przekazywanych przez organy założycielskie. Jakże często z dumą, że udało się wykorzystać pieniądze unijne. Ile sprzętu kupiono dla szpitali, które nie mia-

ły kontraktu z NFZ na określony zakres świadczeń? Pamiętam, że w 2008 r. na Dolnym Śląsku kontraktowano oddziały kardiologii interwencyjnej w Zgorzelcu i Świdnicy. Najpierw zakupiono sprzęt, który czekał kilka miesięcy na wykończenie pomieszczeń, później ściągano z całej Polski specjalistów, a następnie żądano kontraktów. Jeżeli do tego dolożymy placówki prywatne, które przy dobrej wycenie procedur kardiologii interwencyjnej mnożą się jak grzyby po deszczu, już wiemy, dlaczego mamy więcej ośrodków niż bogate kraje unijne, więcej niż pieniędzy potrzebnych na ich sfinansowanie i więcej niż specjalistów niezbędnych do ich funkcjonowania. Także w wypadku TK i NMR najpierw kupowano aparaty dla małych szpitali powiatowych, a dopiero później realizowano inwestycje budowlane. Brak radiologów sprawia dodatkowo, że możliwość wykonywania badań przy użyciu tego sprzętu jest ograniczona do kilku godzin dziennie lub do kilku dni tygodniowo. Ponieważ tele-radiologia jest w powijkach, nie można korzystać z tego sprzętu w sposób efektywny.

Finansowanie zakupów

Odrębnym zagadnieniem jest sposób finansowania zakupów. Zarówno gdy część pieniędzy dają organy założycielskie, jak i wtedy, gdy pochodzą one z programów ministerialnych (np. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych czy POLKARD), podstawową zasadą jest wyłożenie przez szpital pewnej kwoty. Procedura zakupu spoczywa na barkach beneficjenta. To on decyduje, jaki typ sprzętu i na



for. Dzięk!

Marek Balicki

poseł SLD, b. minister zdrowia

Największe straty ponosimy na tym, że ciągle obowiązuje w Polsce zasada *fee-for-service*, czyli płacimy za

świadczenie. W ten sposób nie premiujemy wszystkich działań, które pozwoliłyby uniknąć chorób czy powikłań. Zapłata pojawia się dopiero w momencie, gdy potrzebne jest leczenie, zabieg, terapia. Za to, że pacjent zachowuje dobrą kondycję i nie musi się leczyć drogimi, wysokospecjalistycznymi metodami, premii nie ma.

W ten sposób polski system ochrony zdrowia stoi na głowie. Premiuwana jest produktywność, ale nie efektywność. Metody, które dają lepsze efekty zdrowotne (profilaktyka, wczesne wykrywanie), doceniane są w niewielkim stopniu albo w ogóle. Metody dające gorsze efekty (późne wykrywanie, leczenie inwazyjne) są premiuwane.

Efektym ubocznym płacenia za świadczenie (*fee-for-service*) jest to, że szpitale starają się wykonywać jak najwięcej świadczeń. Podejmują się wykonania procedur nawet wtedy, gdy nie są do nich w pełni przygotowane pod względem kadrowym i sprzętowym. W efekcie leczą gorzej, co oznacza konieczność wydatkowania dodatkowych pieniędzy – czy to na rehabilitację, czy na poprawianie błędów w leczeniu.

„Dopiero po zakończeniu inwestycji okazuje się, że finansowanie oddziału ratunkowego przez NFZ nie pokrywa kosztów jego działalności”

jakich warunkach chce kupić. W wielu konkursach ustalano nawet obligatoryjny wkład własny. Na pozór brzmi to rozsądnie, ale wyobraźmy sobie, jakie oszczędności można by poczynić, nabywając jednorazowy np. 12 NMR czy angiografy o takich samych standardowych parametrach. W takiej sytuacji można by negocjować niższą cenę, korzystniejsze warunki gwarancji oraz pakiety zapewniające stałą opiekę producenta w okresie pogwarancyjnym.

By zapanować nad tymi wszystkimi zjawiskami, a właściwie patologiami, niezbędne jest stworzenie sensownej polityki zdrowotnej na szczeblu krajowym. Powinna ona jednak pełnić tylko funkcje koordynacyjne w stosunku do polityk prowadzonych na szczeblu regionalnym – wojewódzkim. Województwa z kolei powinny być wyposażone ustawowo w narzędzia pozwalające im na wpływanie na liczbę oraz profil tworzących się zakładów opieki zdrowotnej finansowanych przez publicznego płatnika. W województwach należy także koordynować rozszerzanie działalności przez ist-

niejące zakłady oraz opiniować zakupy drogiego sprzętu medycznego. Oczywiście, te ostatnie regulacje dotyczyłyby zakupów z pieniędzy publicznych. Możemy oczywiście nadal powtarzać jak mantrę sofizmaty o niewidzialnej ręce rynku, ale obecna sytuacja i tak nie ma nic wspólnego z rynkiem. Jest to jeden wielki matriks, w którym sprawnie poruszają się tylko osoby czerpiące z niego osobiste korzyści. I wcale nie sugeruję korupcji, choć takie sytuacje prawdopodobnie też się zdarzają. Wszak to okazja czyni... Z naszego matriksu korzyści mają politycy i ludzie realizujący swoje ambicje – nie ma to jednak wiele wspólnego z potrzebami społecznymi i gospodarnością.

Efektywność

Konieczność racjonalnego postępowania nieodmiennie związana jest z brakiem pieniędzy. Ich niedostatek w systemie na początku reformy powodował, że poszukiwano rozwiązań wpływających na efektywność ich wykorzystywania. W 2003 r. na Dolnym Śląsku planowano utworzenie przez urząd marszałkowski spółki, która miała kreować politykę zdrowotną, koordynować procesy inwestycyjne i – co było wtedy potrzebą chwili – sekurytyzować szpitalne długi. Niestety, z uwagi na ograniczenia prawne spółka taka nie powstała, ale pilotażowo w Wałbrzychu powołano do życia spółkę Sanitas, która z sukcesem spełniła taką funkcję w stosunku do konsolidujących się szpitali. Ponieważ Dolny Śląsk był wtedy województwem z największym zadłużeniem szpitali, urząd marszałkowski przeprowadził przemysłowy „długi marsz”,

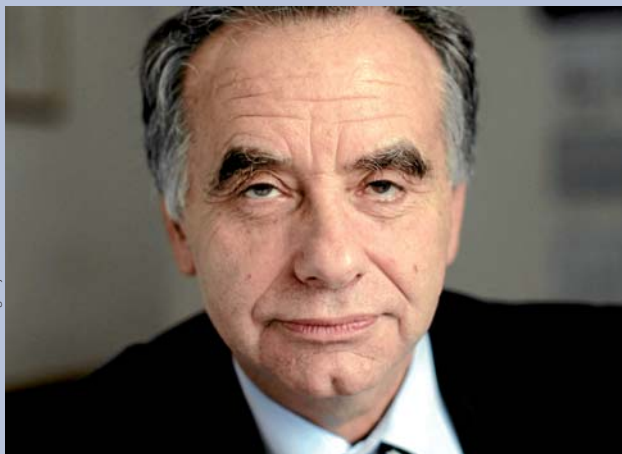


foto: Robert Kowalewski / Agencja Gazeta

Krzysztof Opolski

ekspert Uniwersytetu Warszawskiego

Peter Drucker, klasyk nauk o zarządzaniu, mawiał, że nie ma krajów bogatych i biednych, są tylko dobrze i źle zarządzane. Odnosi się to również do instytucji związa-

nych z ochroną zdrowia. W każdej organizacji, instytucji i systemie tkwią rezerwy wielkości 20–30 proc., które przy dobrym zarządzaniu można wykorzystać. Tak jest też w polskiej ochronie zdrowia.

Obserwując nasz system – jedną z jego największych bolączek jest marnotrawstwo czasu. Mamy ogromne zapóźnienie technologiczne w dziedzinie technologii informatycznych. Sprawy, które gdzie indziej załatwia się przez kliknięcie myszką, u nas trzeba załatwiać na piechotę, pocztą, przez postańca, w najlepszym razie faksem. Sporo czasu, a zatem i pieniędzy, tracimy właśnie na czekanie.

Olbrzymi wyciek pieniędzy spowodowany jest także brakiem jasnej polityki zdrowotnej. Nie mamy długoterminowych celów, strategii, co skutkuje niepewnością, brakiem motywacji do budowania stabilnych, długookresowych planów działania. Nie pracując nad realizacją celów przez lata, a jedynie reagując na bieżące potrzeby i tzw. pożary, tracimy mnóstwo energii, czasu i pieniędzy. Cele, które przy odpowiednim, metodycznym podejściu byłyby znacznie łatwiejsze do osiągnięcia, realizujemy albo za późno i za drogo, albo w ogóle.

konsolidując bazę swoich zakładów opieki zdrowotnej. Także połowa powiatów przekształciła swoje zakłady w spółki prawa handlowego bądź sprzedała prywatnym operatorom. Udało się to zrobić, choć nie było wspólnego planu województwa i powiatów, a także precyzyjnego oprzyrządowania prawnego, ale obecnie sytuacja finansowa jednostek systemu w regionie wygląda zupełnie inaczej, lepiej niż na Śląsku czy na Mazowszu. Kiedy w latach 2008–2009 budżet województwa miał nadwyżkę finansową, znaczne kwoty przekazano dolnośląskim szpitalom. I to nie tylko marszałkowskim. Opracowano wówczas kilka programów systemowo podchodzących do określonych gałęzi medycyny: ratunkowej, psychiatrii i perinatologii. Zwłaszcza ten ostatni program, realizowany z powodu niechlubnych wyników Dolnego Śląska w zestawieniach dotyczących śmiertelności okołoporodowej, był bardzo cenny. Ustalono listę szpitali podległych różnym organom założycielskim, które wymagały pomocy przy uzupełnieniu sprzętu na oddziałach położniczych i neonatologicznych, a następnie przekazano odpowiednie kwoty, wymagając zarazem monitorowania postępowania z ciężarną i noworodkiem według opracowanego z konsultantami algorytmu. Najbliższe lata pokażą, czy realizacja programu doprowadzi do poprawy opieki mierzonej według odpowiednich wskaźników.

Planowanie

Także inne województwa powoli zaczynają dostrzegać korzyści płynące z planowania inwestycji i łączenia sił swoich jednostek przy przetargach zakupowych. Województwo kujawsko-pomorskie już w 2009 r. powołało spółkę o niezbyt szczęśliwej nazwie KPIM (Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne). Podobną spółkę zawiązuje województwo wielkopolskie pod nazwą Szpitale Wielkopolski. Wszystko to odbywa się jednak oddolnie, bez przemyślanych, wspólnych dla całego kraju zasad. Pojęcie „polityka zdrowotna” nadal wymaga zagospodarowania przez legislacyjne ustalenie praw i obowiązków wszystkich uczestników systemu.

Obserwacja opisanych wyżej inicjatyw pokazuje, że władze publiczne powinny zmierzyć się z problemem określenia kreatorów polityki zdrowotnej. Przez lata był nim prawem kaduka NFZ, który realizował tę politykę poprzez kontraktowanie usług zdrowotnych. Ostatnia kadencja Sejmu to niezbyt szczęśliwe, chaotyczne próby kreowania jej przez Ministerstwo Zdrowia. A może to jest pole do kolejnej inicjatywy legislacyjnej, być może już na następną kadencję? Oddanie uprawnień do kreowania polityki zdrowotnej organom samorządu terytorialnego w porozumieniu z samorządami zawodowymi pozwoli na zdecydowanie lepsze gospodarowanie funduszami publicznymi niż do tej pory.



foto: iStockphoto

„Po superwyposażonych oddziałach często hula wiatr, ale czego można się było spodziewać w 30-tysięcznym mieście z dala od głównych szlaków komunikacyjnych? ”

Niewiele pieniędzy, wielkie czyny

Najbardziej jaskrawym przykładem, że stosunkowo niewielka kwota wystarczy do wykreowania zupełnie nowej jakości, jest Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Od 18 lat zbiera ona pieniądze wspomagające system opieki zdrowotnej. Jej ostatni wielki plon to 50 mln zł – jakże mało w porównaniu z przytoczonymi wyżej nakładami publicznymi. A za te pieniądze systemowo wyposaża się oddziały szpitalne, tworzy programy zdrowotne, edukuje. Działalność WOŚP wygląda przy tym na coś więcej niż uzupełnianie obowiązków władz publicznych. W zasadzie to wstydem powinny je napawać informacje, że Orkiestra będzie gromadzić pieniądze na ten sam cel co kilka lat temu, bo sprzęt się wysłużył, a nie ma za co go wymienić.

Zakupy sprzętu przez WOŚP odbywają się właśnie według skoordynowanych zasad. Czterdzieści USG, trzysta inkubatorów, 2 tys. pomp insulinowych. Wszystko zamówione u tego samego producenta, z gwarancjami, serwisem, dla wyselekcjonowanych pod względem potrzeb beneficjentów, pod rygorem raportowania ich wykorzystania. Można? Można.

Nie proponuję Jurkowi Owsiakowi stanowiska ministra zdrowia, bo pewnie i tak by tego nie chciał. Ale doświadczenia WOŚP i wprowadzone przez nią procedury mogłyby być doskonałymi *benchmarkami*, do natychmiastowego wykorzystania przez władze publiczne. Chociaż z drugiej strony, zaraz pewnie usłyszę, że byłoby to działanie antyrynkowe.

Maciej Biardzki