



Fot. Archiwum

# Reformy, reformy...

Reformowanie systemu ochrony zdrowia to dziś atrybut praktycznie każdego państwa rozwiniętego. Od wielu lat Europejskie Obserwatorium Systemów i Polityk Zdrowotnych (w partnerstwie ze Światową Organizacją Zdrowia) wydaje serię książek opisujących systemy ochrony zdrowia w krajach regionu zatytułowaną „Health Systems in Transition”. Już pierwszy rzut oka na kolejne publikacje wskazuje, że „w trakcie transformacji” są nie tylko systemy rosyjski, kazachski czy polski, lecz także brytyjski, belgijski czy holenderski (zajmujący od lat pierwsze miejsca w rankingach). Wynika z tego jednoznacznie, że istnieją wprawdzie trendy, a nawet mody na określone zmiany systemowe, ale z całą pewnością często padające pytania o system docelowy nie mają sensu. Służba zdrowia zmienia się i musi się zmieniać, np. w zależności od zamożności państw, zmian demograficznych i epidemiologicznych, postępu wiedzy medycznej

i prywatyzacji publicznych podmiotów leczniczych, zwiększanie naboru na finansowane przez państwo studia lekarskie i pielęgniarskie, ustawowa regulacja wynagrodzeń pracowników medycznych, sieć szpitali, powszechnie dostępna podstawowa opieka zdrowotna, przywracanie medycyny i stomatologii szkolnej, coraz liczniejsze elementy koordynacji opieki zdrowotnej) i wreszcie przyjęła długo oczekiwany gwarantowany ustawą systemowy wzrost publicznych nakładów na zdrowie (docelowo 6% PKB).

Potwierdzeniem poprawności wprowadzanych zmian jest rosnąca od dwóch lat (niestety nadal bardzo niska) pozycja Polski w rankingach jakości systemów ochrony zdrowia (np. ważny ranking oceniający systemy w 46 kategoriach, *European Health Consumer Index*: 2015 r. – 523 punkty, 2016 r. – 564 punkty i awans o 3 miejsca, 2017 r. – 584 punkty i awans o kolejne 2 miejsca).

„Polski system ochrony zdrowia, szczególnie w ciągu ostatnich dwóch lat, wpisuje się w trendy obecne we współczesnym świecie”

(i to zarówno w zakresie możliwości leczenia chorób, jak i zapobiegania oraz wczesnego wykrywania) oraz możliwości technologicznych przemysłu medycznego.

Wśród różnych tematów dyskusji o koniecznych kierunkach zmian pojawia się na całym świecie pytanie o zakres wspólnej odpowiedzialności społeczeństwa za zdrowie obywateli. W tej dziedzinie toczy się spór o granice ingerencji państwa w wolność obywateli w zakresie profilaktyki (na tym tle np. dyskusja na temat ograniczeń w dostępie do alkoholu i papierosów czy obowiązku szczepień), a także o to, jaką część publicznych środków będących do dyspozycji powinno się przeznaczać na opiekę zdrowotną.

Obserwując te dyskusje, można śmiało powiedzieć, że polski system ochrony zdrowia, szczególnie w ciągu ostatnich dwóch lat, wpisuje się w trendy obecne we współczesnym świecie. Polska realizuje regulowany ustawowo program zdrowia publicznego, wprowadza kolejne rozwiązania zwiększające odpowiedzialność państwa za system (ograniczenia komercjalizacji

Przed Polską jedno duże pole koniecznych reform, w których tempo zmian w różnych częściach świata jest co prawda różne, ale z wyraźną tendencją do przyspieszania. Myślę o przenoszeniu kompetencji zawodowych pomiędzy zawodami medycznymi. Polska pozostaje nadal w grupie krajów o tradycyjnym przypisaniu kompetencji do poszczególnych zawodów (przede wszystkim lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej i aptekarza). Ciągłe wzmianka o możliwości wystawiania recept i wykonywania drobnych zabiegów chirurgicznych lub anestetycznych przez pielęgniarkę, prowadzenia porodu przez położną, wykonywania badań ultrasonograficznych przez technika, samodzielnej praktyki optyka, protetyka czy technika audiologa, wykonywania iniekcji przez asystentkę pielęgniarki itd., czyli rzeczywistości wielu państw Europy Zachodniej, wywołuje gwałtowny sprzeciw zainteresowanych środowisk. Wydaje się, że jest to coraz bardziej nabrzmiewający temat, którym w nieustannym reformowaniu systemu warto się zająć. ■