

POLSKIE ZDROWIE 2.0

Koordinacja działań podejmowanych na różnych poziomach władz samorządowych i państwowych w planowaniu polityki zdrowotnej

Policy brief 1.3



Rekomendacje strategiczne
na lata 2023-2027

POLSKIE ZDROWIE 2.0

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027

KOORDYNACJA DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH NA RÓŻNYCH POZIOMACH WŁADZ SAMORZĄDOWYCH I PAŃSTWOWYCH

Policy brief 1.3

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Anna Augustynowicz

Alina Budziszewska-Makulska

Przemysław Sieciński

Piotr Tyszko (red.)

Cezary Włodarczyk

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji projektu Komitetu Zdrowia Publicznego PAN pt. „Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział V Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Warszawa, marzec 2023 r.

POLICY BRIEF

Zakłada się, że współczesna ochrona zdrowia obejmuje wszystkie potrzeby zdrowotne, związane ze stanami zdrowia i choroby, jakie mogą występować w przebiegu całego życia człowieka [1]. Na zakres tak pojmowanej ochrony zdrowia składają się szeroko rozumiane i zróżnicowane funkcje profilaktyczne i naprawcze, a także udział w sprawowaniu funkcji opiekuńczych w stanach uniemożliwiających samodzielną egzystencję. Istotną rolę odgrywa także wyposażenie poszczególnych osób i społeczności w wiedzę i umiejętności niezbędne do sprawowania kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, co jest określane jako promocja zdrowia [2]. Chociaż w opinii społecznej ochrona zdrowia społeczeństwa jest najczęściej utożsamiana z działaniami instytucji medycznych zaspokajających potrzeby zdrowotne jednostek, to należy przypomnieć o istotnym znaczeniu działań skierowanych do różnych populacji, czyli działań z zakresu zdrowia publicznego. Ze względu na znaczenie społeczne i ekonomiczne zdrowia populacji, a także potrzebę zaangażowania znacznych środków finansowych, działania systemów ochrony zdrowia są – w różnym stopniu, w różnych systemach politycznych – włączone w sferę działań publicznych. W Polsce zaangażowanie sfery publicznej w ochronę zdrowia jest przedmiotem regulacji konstytucyjnej. W świetle Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Norma konstytucyjna stanowi wytyczną, którą należy się kierować, podejmując działania o charakterze legislacyjnym, jak również zarządzając ochroną zdrowia na poziomie regionalnym i lokalnym. Ponadto władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom w ciąży, osobom niepełnosprawnym oraz osobom starszym, co daje podstawę do przyjmowania adekwatnych rozwiązań w tym zakresie. Dodatkowo mają obowiązek zwalczania chorób epidemicznych, a także zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska [3,4]. Według Światowej Organizacji Zdrowia formą odgrywającą kluczową rolę w osiągnięciu najwyższych standardów zdrowia jest podstawowa opieka zdrowotna [5].

Określanie sposobu realizacji zadań ochrony zdrowia i ich podziału między organy władzy rządowej i samorządowej jest domeną działu polityki publicznej, określanego jako polityka zdrowotna.

Sfery oddziaływania polityki zdrowotnej obejmują profilaktykę chorób i promocję zdrowia, leczenie osób chorych i rehabilitację [6], a także udział w sprawowaniu funkcji opiekuńczych. Problemy związane z zapewnieniem sprawnego funkcjonowania tych sfer są rozwiązywane przez politykę zdrowotną. Przyjmuje się, że składa się na to:

- wyznaczanie celów i priorytetów działania systemu ochrony zdrowia (Narodowe Programy Zdrowia, regionalne i lokalne strategie ochrony zdrowia),
- definiowanie horyzontów czasowych w wymiarze strategicznym (dotyczy celów w zakresie zdrowia, jak też poziomu zasobów),
- zapewnienie i alokacja zasobów (jakie zasoby i świadczenia zapewnia państwo, a jakie samorządy terytorialne),
- określanie reguł dostępności i korzystania ze świadczeń (zachowanie harmonii między priorytetami w ochronie zdrowia – w tym określonymi w Konstytucji RP i strategicznych celach zdrowotnych – a zasadą równego dostępu),
- ustalanie relacji między płatnikami i świadczeniodawcami (warunki kontraktowania świadczeń uwzględniające realia rynkowe),
- określanie zasad współdziałania świadczeniodawców (np. relacja lekarz POZ i lekarz specjalista, koordynacja opieki zdrowotnej) [7].

Dla sprawności planowania i wdrażania polityki zdrowotnej, rozumianej w wymiarze celów zdrowotnych określanych ogólnie, jak np. „zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu” [8], jak też polityk szczegółowych w zakresie wskazanych powyżej sfer i problemów, istotna jest koordynacja działań podejmowanych na różnych poziomach władz samorządowych i państwowych.

W najprostszym ujęciu [9] istotą koordynacji jest to, aby elementy władzy publicznej (w tym przypadku władz samorządowych i państwowych) nie przeszkadzały sobie, ale się wspomagały. Warunkiem sprawnego koordynacji jest świadome wykorzystywanie możliwych do zastosowania mechanizmów koordynacji. Z teoretycznego punktu widzenia efekt koordynacji można osiągnąć poprzez: wykorzystanie struktur organizacyjnych; formułowane jednorazowo cele, zadania i plany; wykorzystanie funkcjonujących w sposób ciągły reguł i procedur [10]. Występujące w polskiej praktyce rządzenia mechanizmy oddziaływań władzy centralnej na samorządy terytorialne mogą mieć charakter prawny (w tym wyróżnić można mechanizmy konstytucyjne i ustawowe), finansowy/administracyjny, kulturowy i polityczny [11]. Mechanizmy oddziaływania władz samorządowych na władzę centralną są bardziej ograniczone. Pierwszym z nich jest opiniowanie aktów prawnych w procesie legislacyjnym (działanie reaktywne), drugim – wskazywanie na potrzebę dokonania zmian, w określonym obszarze, w tym formułowanie konkretnych wniosków (działanie proaktywne). Innym kryterium podziału środków oddziaływania władz samorządowych na władzę centralną jest kryterium podmiotowe. I tak, pewna część stanowisk wyrażana jest w formie uchwał organów stanowiących jednostek samorządu terytorialnego (JST), np. rady powiatu, kierowanych bezpośrednio do określonych

interesariuszy (działania jednostkowe/bezpośrednie). Z kolei inna część to stanowiska wyrażane przez organizacje zrzeszające JST i ich organy stanowiące (działania zbiorowe/pośrednie). Stanowiska organizacji samorządu terytorialnego co do kwestii zdrowia publicznego w znacznej mierze dotyczą sprzeciwu, względnie poparcia (przy uwzględnieniu określonych modyfikacji), co do rozwiązań proponowanych przez władzę centralną. Mają one zwykle wydźwięk polityczny i dotyczą określonych problemów/fragmentów systemu [12,13]. Pewnym novum jest zaprezentowany stosunkowo niedawno przez jedną z organizacji zrzeszających JST Model Powiatowego Systemu Ochrony Zdrowia (MPSOZ), który należy ocenić jako próbę ujęcia systemowego sumującą wieloletnie doświadczenia JST na szczeblu powiatowym [14].

Jak wskazano wyżej, działania polityki zdrowotnej mają kontekst polityczny [7]. Po pierwsze – decyzje dotyczące rozwiązań wymienionych powyżej problemów są uwarunkowane w znacznym stopniu politycznie, czego przykładem są krańcowo odmienne koncepcje podziału odpowiedzialności za zdrowie między państwo a obywatela, artykułowane w debacie politycznej także w Polsce. Po drugie – sprawność funkcjonowania ochrony zdrowia organizowanej przez rządzących jest przedmiotem oceny dokonywanej przez wyborców. W tym kontekście, w ramach koncepcji społeczeństwa obywatelskiego, racjonalne wydaje się oczekiwanie, aby środowiska polityczne w okresie kampanii wyborczych określały swoje preferencje w zakresie problemów polityki zdrowotnej i artykułowały, jaśniej niż dotychczas, kierunki pożądanych ich zdaniem zmian.

Zainteresowanie samorządów terytorialnych w Polsce wyżej przedstawionymi problemami polityki zdrowotnej jest nierównomierne. Dostępne dane wskazują, że zainteresowania te w znacznie większym stopniu koncentrują się na zagadnieniach ochrony zdrowia niż stanu zdrowia. Cele dotyczące różnych problemów ochrony zdrowia występują w większości regionalnych i lokalnych strategii rozwoju, a cele dotyczące zdrowia ludności w mniej niż połowie strategii regionalnych i mniej niż w 10% strategii lokalnych [15]. Znajduje to także potwierdzenie w analizie postulatów polskich samorządów odnoszących się do ochrony zdrowia, w szczególności formalnie artykułowanych przez organizacje zrzeszające samorządy, jak np. Związek Powiatów Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich i inne. Aktywność tych organizacji obejmuje ocenę skutków wdrażanych regulacji prawnych, w przebiegu procesu legislacyjnego, ale także przedstawianie swojego stanowiska wobec konkretnych problemów polityki zdrowotnej, a w szczególności:

- restrukturyzacji opieki zdrowotnej,
- organizacji szpitalnictwa,
- deficytu kadr, w tym dostępu do zawodów medycznych oraz zasad wynagradzania,
- finansowania świadczeń, w tym mierników jakości udzielanych świadczeń, organizacji pracy i współdziałania w celu lepszej koordynacji udzielnych świadczeń [13].

Istotne znaczenie dla sprawności koordynacji polityki zdrowotnej między organami władzy rządowej i samorządowej ma określenie podziału ról w zakresie odpowiedzialności tych organów w odniesieniu do poszczególnych problemów. O ile np. do wyznaczania celów i priorytetów ochrony zdrowia czy określania reguł dostępności i korzystania ze świadczeń bardziej właściwe wydają się (ze względu na konieczność zachowania zasady równego dostępu do świadczeń na

terenie całego kraju) władze państwowe, to np. sprawy zapewnienia i optymalnej alokacji zasobów oraz organizacji świadczeń mogłyby być rozwiązywane przez samorząd. W obecnym stanie prawnym JST wszystkich szczebli są w zasadzie uprawnione do realizacji tych samych zadań. W konsekwencji nie można określić, który szczebel samorządu jest odpowiedzialny za poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej. Powoduje to również brak koordynacji podejmowanych działań [16].

W polskim systemie prawnym podział ról w sferach i problemach polityki zdrowotnej jest przedmiotem regulacji prawnych, które przy zaistnieniu woli politycznej mogą być uregulowane w różny sposób. Konstatacja ta dotyczy nie tylko rozwiązań szczegółowych, ale także możliwości kształtowania modelu systemu zdrowotnego. Jednak w każdym przypadku, w wyborze konkretnych rozwiązań jako najistotniejszy powinien być brany pod uwagę ich aspekt sprawnościowy, w sensie zapewnienia realizacji celów zdrowotnych i satysfakcjonującego dla społeczeństwa funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Biorąc pod uwagę, że rozwiązania zawarte w systemie zdrowotnym mogą być zmieniane w wyniku woli politycznej na drodze regulacji prawnych, przedstawiamy przykłady możliwych rozwiązań dotyczących polityki zdrowotnej w dwóch wariantach:

Wariant I	Wariant II
wymagający zmian w ustawach dotyczących ochrony zdrowia, w tym ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale bez zmiany Konstytucji RP	wymagający zmian w ustawach dotyczących ochrony zdrowia z ewentualnymi zmianami Konstytucji RP

W **wariantcie I** można zaproponować dwa rozwiązania modelowe w zakresie organizacji ochrony zdrowia, a mianowicie:

1. **Model Samorządowego Systemu Ochrony Zdrowia (MSSOZ),**
2. **Model Powiatowego Systemu Ochrony Zdrowia (MPSOZ).**

1. Model Samorządowego Systemu Ochrony Zdrowia (MSSOZ)

W modelu tym:

- a. samorządy województw będą odpowiedzialne za organizację leczenia szpitalnego (wyjątek dotyczyć będzie szpitali klinicznych i instytutów badawczych) oraz organizację (jak obecnie) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia odwykowego i wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia;
- b. powiaty będą odpowiedzialne za prowadzenie działań w zakresie rozwiązywania szczególnych potrzeb, a mianowicie: profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu; uzależnień od środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz tworzenie centrów zdrowia psychicznego i zdrowia publicznego;
- c. gminy będą odpowiedzialne za organizację i zapewnienie usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług opiekuńczych (ZOL, ZPO);
- d. zakłada się wspieranie (ze środków budżetu państwa) inicjatyw samorządowych, których celem będzie rozwój usług w miejscach, gdzie zdiagnozowano niewystarczające zabezpieczenie ludności w świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS);
- e. zinstytucjonalizowana zostanie rola partnerów społecznych.

Wdrożenie wskazanych wyżej zadań wymagać będzie zmian legislacyjnych w ustawach innych niż samorządowe, tj. co najmniej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym.

Ad a. Samorządy województw mogą być – wzorem niemieckich landów – odpowiedzialne za organizację leczenia szpitalnego. Mogłyby odpowiadać za planowanie zabezpieczenia ludności w świadczenia opieki stacjonarnej, tworząc regionalne plany szpitali. Plany powinny być zatwierdzone na poziomie krajowym, np. przez ministra zdrowia. Powinny one określać liczbę szpitali (oraz łóżek według specjalności) w danym regionie i być opracowywane przez zespół składający się z ekspertów – przedstawicieli samorządu województwa, szpitali i właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Plan powinien także zawierać oszacowanie potrzeb i możliwości dostarczenia opieki szpitalnej według rodzaju usług, w podziale na obszar gminy lub powiatu. Każdy szpital ujęty w planie, ma mieć zagwarantowane otrzymanie kontraktu z NFZ na finansowanie działalności bieżącej. Kontrakt pokrywać powinien także koszty utrzymania i wymiany sprzętu. I tak np. w systemie niemieckim kontrakt z kasami chorych pokrywa koszty utrzymania sprzętu o okresie eksploatacji do 3 lat – kwota przyznanych na ten

cel środków jest liczona jako procent całkowitego budżetu danego szpitala (w 2003 r. był 1,1%). Samorządy województw mogłyby być odpowiedzialne także za planowanie i finansowanie inwestycji szpitalnych, oczywiście w tych szpitalach (zarówno publicznych, jak i prywatnych), które mają kontrakt z NFZ. Finansowane inwestycje bezpośrednio z budżetu danego samorządu województwa jest do przyjęcia w polskim systemie prawnym, o ile nie spowoduje tzw. nierówności w zdrowiu, tzn. brak lub różny zakres inwestycji w ochronę zdrowia nie spowodują różnic w zakresie dostępności do świadczeń. Szpitale będą mogły również zaciągać pożyczki na cele inwestycyjne w sektorze prywatnym – wymagana byłaby tu jednak formalna zgoda ze strony administracji samorządu województwa. Jej wydanie byłoby uzależnione od oceny zapotrzebowania na usługi szpitalne (czy inwestycja jest niezbędna dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych) oraz oceny kosztochłonności finansowania prywatnego (czy wykorzystanie środków publicznych nie byłoby tańsze). Takie rozwiązania w pełni mieszczą się w polskich realiach prawnych.

Ad b. W opisywanym modelu powiaty byłyby odpowiedzialne za realizację szczególnych potrzeb związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu i uzależnieniem od środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych. Należałoby również zobowiązać powiaty do realizacji zadań związanych z uzależnieniem od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Realizacja wyżej wskazanych postulatów wymagałaby przesunięcia zadań z gmin do powiatów.

W obowiązującym stanie prawnym powiaty odpowiedzialne są za realizację szczególnych, lokalnych potrzeb związanych z ochroną zdrowia psychicznego. Gminy natomiast odpowiedzialne są za realizację szczególnych, lokalnych potrzeb związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz z integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu, jak również zadań związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom od środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w celu realizacji tychże zadań gminy opracowują odpowiednio lokalne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz lokalne programy przeciwdziałania narkomanii). Z kolei powiaty i gminy mogą (fakultatywnie) realizować działania związane z uzależnieniem od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W tym zakresie w regulacjach prawnych należałoby wyraźnie wskazać, że zadania w tym obszarze realizują powiaty.

Powiaty byłyby zobowiązane do tworzenia centrów zdrowia psychicznego i zdrowia publicznego. Powiat, przy zapewnieniu odpowiedniego udziału w dochodach publicznych, jest w stanie realizować zadania o szczególnym charakterze, a jednocześnie zadania analityczne tak, by monitorować i oceniać stan zdrowia społeczeństwa, zagrożenia zdrowia oraz jakość życia, a następnie przekazywać te dane na wyższy poziom zarządzania, a także organizować promocję zdrowia.

Ad c. Gminy byłyby odpowiedzialne za organizację i zapewnienie usług w zakresie POZ oraz usług opiekuńczych. Wzorem rozwiązań funkcjonujących w Norwegii gmina powinna zaoferować lub zapewnić usługi zdrowotne i opiekuńcze osobie, gdy należy założyć, że pomoc, jaką gmina może zapewnić, jest pilnie potrzebna. Obowiązek udzielenia natychmiastowej pomocy nie powstaje, gdy gmina wie, że niezbędnej pomocy udzielią inne osoby, które w zależności od okoliczności są bliższe jej udzielenia w terminie. Tego typu rozwiązania mogłyby być zaimplementowane do polskiego systemu samorządowego, ale pod warunkiem zapewnienia stałego, niezmiennego źródła środków na ten cel¹.

Ad d. Istotnym jest, by na etapie realizacji nowych przypisanych JST zadań została rzeczywiście zapewniona, zgodnie z wymogami Konstytucji RP, zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, co wiąże się z odpowiednim poziomem finansowania.

W omawianym modelu niezmiernie ważne jest stworzenie mechanizmów wspierania inicjatyw samorządowych, których celem będzie rozwój usług w miejscach, gdzie zdiagnozowano niewystarczające zabezpieczenie ludności w świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ i AOS. Wprowadzenie tychże mechanizmów wymagać będzie określenia kryteriów i mechanizmów, na podstawie których będzie dokonywana ocena zabezpieczenia społeczności lokalnych w niezbędne świadczenia. Należałoby również wprowadzić regulacje prawne, które określą, na czym owo wsparcie będzie polegało (np. preferencyjne kredyty, dofinansowanie kosztów adaptacji budynków, dofinansowanie zakupu aparatury i sprzętu medycznego) i jaki jest tryb jego uzyskania. W celu otrzymania wsparcia finansowego jednostki samorządu terytorialnego mogłyby kierować do samorządów województw wnioski o udzielenie wsparcia. Samorządy województw będą odpowiedzialne za: weryfikację wniosków innych jednostek samorządu terytorialnego i (po ocenie) skierowanie ich do wojewodów oraz zgłaszanie wojewodom własnych wniosków, oczywiście w zakresie inicjatyw, których celem będzie otwarcie działalności w regionie, gdzie zdiagnozowano niewystarczające zabezpieczenie ludności w zakresie POZ lub AOS. Środki na te inicjatywy pochodziłyby z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji poszczególnych wojewodów.

¹ Przedstawione powyżej rozwiązania wymagałyby przeniesienia własności (za kompetencjami i zadaniami) podmiotów leczniczych z jednego JST na inny poziom (leczenie szpitalne na poziom województwa samorządowego, czy też kwestie szczególnych potrzeb w zakresie leczenia uzależnień z gmin na powiaty). Tego typu rozwiązanie mieściłoby się w granicach norm konstytucyjnych. Zgodnie z art. 20 („Społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej”) i 167 Konstytucji RP, tylko własność prywatna podlega specjalnym podwyższonym reżimom ochrony. JST nie są właścicielami prywatnymi, ale dzierżą własność o charakterze publicznym, a Konstytucja RP gwarantuje im tylko udział w dochodach publicznych odpowiednio do przypadających im zadań (ww. art. 167). W związku z tym w razie udowodnienia, że taki model organizacji i zarządzania ochroną zdrowia jest znacznie lepszy dla pacjentów niż obecny, takie rozwiązanie jest możliwe. Dodatkowo zoptymalizuje i zmniejszy koszty, skonsoliduje zarządzanie i uporządkuje kompetencje (klarowny podział: województwo samorządowe – powiat – gmina), zwiększy koordynację leczenia pacjentów, pozwoli na lepszą wymianę doświadczeń w zakresie leczenia pacjentów i tym samym przełoży na efekty leczenia.

Ad e. Nie ma przeszkód w zakresie wprowadzenia regulacji, np. na wzór niemiecki, dotyczących partnerów społecznych i ich szczególnej roli [12].

W niemieckim systemie ochrony zdrowia funkcjonują zrzeszenia kas chorych oraz związki lekarzy ustawowego ubezpieczenia chorobowego. Nie stanowią części administracji publicznej, a w swoich działaniach są autonomiczne i samorządne. Analogicznie do federacyjnej struktury państwa zorganizowane są dwupoziomowo. Zrzeszenia działające na poziomie związkowym tworzą federacje ogólnokrajowe.

Zrzeszenia lekarzy i lekarzy dentyków pracujących w sektorze ambulatoryjnym i leczących osoby ubezpieczone reprezentują interesy lekarzy wobec kas chorych oraz odpowiadają za organizację opieki ambulatoryjnej dla osób ubezpieczonych. Zrzeszenia zawierają w imieniu swoich członków kolektywne umowy dotyczące realizacji świadczeń medycznych dla pacjentów ubezpieczonych. Członkostwo w nich jest obowiązkowe, jeżeli lekarz chce rozliczać świadczenia z kasą chorych, dla pacjentów ubezpieczonych. Szczególnie istotną jest funkcja zrzeszenia federalnego, które ustala wartość punktową poszczególnych świadczeń zdrowotnych, stanowiącą podstawę obliczania honorariów lekarskich. Niemiecka Federacja Szpitali reprezentuje ich interesy wobec kas chorych oraz krajów związkowych, które są odpowiedzialne za organizację lecznictwa szpitalnego. Wspólnie z federalnym zrzeszeniem kas chorych decyduje o wysokości finansowania świadczeń szpitalnych, standardach jakości świadczeń oraz standardach pomiaru ekonomicznej efektywności szpitali. Członkostwo w tej organizacji nie jest obowiązkowe.

Wszyscy partnerzy społeczni tworzą Wspólny Komitet Federalny. Jest on odpowiedzialny za wydawanie ogólnych, krajowych regulacji dotyczących wszystkich podsektorów opieki zdrowotnej. Decyduje on o zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych wszystkim ubezpieczonym, ustala ceny referencyjne leków refundowanych oraz współuczestniczy w zakresie wyznaczania standardów jakości. W jego ramach funkcjonuje m.in. Komitet ds. Opieki Szpitalnej, odpowiedzialny za kwestie oceny technologii medycznych stosowanych w szpitalnictwie oraz procesy zewnętrznej oceny jakości.

Obecnie, na podstawie przepisów o stowarzyszeniach, działają w Polsce dobrowolne związki i/lub organizacje zrzeszające świadczeniodawców (jak np. Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Porozumienie Zielonogórskie, związki szpitali powiatowych, związki pracodawców szpitali), w systemie niemieckim mają one obligatoryjny, sformalizowany charakter. Aby organizacje świadczeniodawców miały obowiązkowy charakter, konieczne są zmiany ustawowe (w tym w ustawie o działalności leczniczej), które określą strukturę, zadania i finansowanie takich organizacji oraz ich relacje z władzami publicznymi lub innymi podmiotami, takimi jak np. NFZ. Zrzeszenia różnego rodzaju świadczeniodawców, mogłyby negocjować umowy lub co najmniej ich istotne warunki z NFZ.

2. Model Powiatowego Systemu Ochrony Zdrowia (MPSOZ)

Model MPSOZ został zaprezentowany przez przedstawicieli Związku Powiatów Polskich (ZPP) podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych, które odbyło się dnia 6 czerwca 2022 r. jako pomysł na „optymalny model systemu ochrony zdrowia” oparty na samorządzie powiatowym. Uwarunkowania konstytucyjne w tym zakresie są takie same jak w modelu powyżej.

Model ten jako punkt wyjścia przyjmuje, że obecnie samorzady mają ograniczone możliwości działania w zakresie realizacji zadań z szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Nawet jeśli takie zadania są realizowane, to stanowią *de facto* odpowiedź na potrzeby, które *de iure* powinny być zaspokajane przez innych interesariuszy systemu ochrony zdrowia. W ocenie ZPP MPSOZ zawiera szereg elementów wspólnych wobec idei przedstawianych przez MZ i NFZ, którymi są:

- konsolidacja podmiotów w wymiarze lokalnym,
- uporządkowanie kompetencji (umożliwienie koordynacji),
- zapewnienie kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych,
- realizacja profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia,
- skoordynowanie POZ z opieką specjalistyczną i szpitalną,
- racjonalizacja organizacji opieki specjalistycznej,
- optymalizacja całodobowego dostępu do opieki medycznej,
- zabezpieczenie szybciej ścieżki dostępu do świadczeń z zakresu fizjoterapii,
- zapewnienie dostępu do opieki długoterminowej, w tym domowej,
- tworzenie centrów zdrowia psychicznego.

Podstawowym założeniem MPSOZ jest przekształcenie powiatowych zasobów w zakresie ochrony zdrowia w lokalne centra zdrowia, co w ocenie ZPP ma przynieść konsolidację zasobów, koncentrację usług oraz kooperację interesariuszy.

Wedle MPSOZ do zadań powiatów należeć miałyby:

- profilaktyka zdrowotna i promocja zdrowia,
- zabezpieczenie podstawowych potrzeb zdrowotnych (POZ i AOS),
- opieka psychologiczna i psychiatryczna w środowisku lokalnym,
- szpital powiatowy (oddziały podstawowe: wewnętrzny, chirurgia ogólna planowana, ginekologia i położnictwo, pediatria),
- opieka długoterminowa, w tym DPS i ZOL/ZPO.

Ustalonym kompetencjom towarzyszyłby strumień finansowania, w którym płatnikiem byłby powiat.

MPSOZ nie przesądza, jak ukształtowana byłaby sieć szpitali klinicznych oraz szpitali instytutów badawczych. Mogłyby być zarządzane na poziomie rządowym oraz finansowane przez NFZ. Element ten jest mniej istotny od samej zasady, że czytelnemu zakresowi kompetencji (zadań) odpowiada zapewnienie finansowania.

Założenia wariantu II

W **wariancie II** zakładane jest:

1. wdrożenie jednego z modeli z wariantu I oraz dokonanie zmian w Konstytucji RP; zmiany te obejmowałyby określenie, która z władz publicznych, za co i w jakim zakresie odpowiada, tj. za który poziom opieki/ochrony zdrowia;
2. wprowadzenie współodpowiedzialności obywatela za swoje zdrowie i zdrowie dzieci pozostających pod władzą rodzicielską oraz innych osób, nad którymi sprawuje pieczę, co dałoby podstawę do współpłacenia w przypadku chorób, których decydującym czynnikiem jest niewłaściwy styl życia (otyłość, choroby wywołane paleniem tytoniu itp.).

Należy zauważyć, że w art. 68 Konstytucji RP, który dotyczy prawa każdego do ochrony zdrowia, w ust. 4 sformułowany jest obowiązek władz publicznych w zakresie zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Z przepisem tym skorelowany jest art. 86 Konstytucji RP, na podstawie którego każdy ma obowiązek dbać o stan środowiska. Takiej korelacji nie ma w zakresie ochrony zdrowia – nie ma bowiem obowiązku dbałości każdego o swój stan zdrowia.

Przyjęcie podobnego rozumowania w zakresie odpowiedzialności każdego za swój stan zdrowia dałoby podstawę do wprowadzenia dopłat pacjentów do leczenia i takiego konstruowania np. programów leczenia, które motywowałyby pacjenta do odpowiedzialności za swoje zdrowie, a tym samym dałoby lepsze efekty leczenia.

Podsumowanie

W poszukiwaniu zmian usprawniających koordynację działań podejmowanych na różnych poziomach władz samorządowych i państwowych w planowaniu i wdrażaniu polityki zdrowotnej należy brać pod uwagę:

- możliwość zwiększenia odpowiedzialności samorządów terytorialnych w zakresie alokacji zasobów i organizacji świadczeń szczególnie w zakresie POZ i AOS przez zmiany w zakresie organizacji i finansowania,
- możliwość wprowadzenia zmian systemowych, wzorowanych na rozwiązaniach funkcjonujących w innych krajach, co może wymagać głębszych zmian w systemie regulacji prawnych, łącznie z Konstytucją RP,
- wzmocnienie i sformalizowanie roli reprezentacji partnerów społecznych, w tym organizacji zawodów medycznych, w procesach zarządzania ochroną zdrowia, a także szersze stosowanie i doskonalenie znanych mechanizmów koordynacji w odniesieniu do relacji władz państwowych i samorządowych, w tym mechanizmów zarządzania zmianą.

Istotnym czynnikiem sprzyjającym powodzeniu zmian systemu, w tym zwiększeniu koordynacji działań władz państwowych i samorządowych, byłoby wprowadzenie współodpowiedzialności obywatela za swoje zdrowie, dbałości o środowisko oraz poszerzenie zasięgu opieki koordynowanej.



Rekomendacje strategiczne w ramach projektu Polskie Zdrowie 2.0 zostały zrealizowane przy wsparciu finansowym Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA oraz ze środków Polskiej Akademii Nauk.

Bibliografia

1. Kleczkowski Bogdan M. Zakres działania współczesnej ochrony zdrowia. Próba systematyzacji pojęciowej. *Zdr Publ.* 1967, nr 4, s. 401-425.
2. *Ottawa Charter for health promotion*, Geneva, WHO, 1986.
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej 16 lipca 1997 r. *Dz. U.* 1997, poz. 483.
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03. *Dz. U.* 2004, poz.37.
5. *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018.* [Online] 15.11.2022. [gcphc-declaration.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/gcphc-declaration.pdf)
6. Korporowicz Violetta. Polityka zdrowotna w systemie nauk o polityce publicznej. *Stud Polit Publ.* 2015, t. 2, nr 1, s. 47-52.
7. Włodarczyk Cezary W. *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2010.
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. *Dz. U.* 2021, poz. 642.
9. Kotarbiński Tadeusz. *Traktat o dobrej robocie*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossol., 1969.
10. Leonau Uladzislau i Surmacz Mateusz. Koordynacja. [w:] *Encyklopedia zarządzania*. [Online] 15.11.2022. <https://mfiles.pl/pl/index.php/Koordynacja>
11. Praca studyjna „Analiza występujących w polskiej praktyce rządzenia mechanizmów oddziaływań władzy centralnej na samorządy i w drugim kierunku”, wykonana na potrzeby opracowania przez Autorów.
12. Praca studyjna „Analiza roli samorządów lokalnych w aktach prawnych konstytuujących systemy ochrony zdrowia w Kanadzie, RFN, Wielkiej Brytanii i Norwegii”, wykonana na potrzeby opracowania przez Autorów.
13. Praca studyjna „Analiza postulatów polskich samorządów odnoszących się do ochrony zdrowia, w szczególności formalnie artykułowanych przez organizacje zrzeszające samorządy z lat 2006-2022”, wykonana na potrzeby opracowania przez Autorów.
14. Związek Powiatów Polskich. *Model Powiatowego Systemu Ochrony Zdrowia*. [Online] 03.11.2022. <https://www.zpp.pl/artukul/2560-model-powiatowego-systemu-ochrony-zdrowia>
15. Tyszko Piotr i in. Zdrowie we wszystkich politykach: zdrowie populacji w politykach rozwoju w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem społecznych nierówności w zdrowiu. *Med Og Nauk Zdr.* 2021, t. 27, nr 1, s. 54-59.
16. Augustynowicz Anna. *Czynniki determinujące prowadzenie programów polityki zdrowotnej przez gminy wiejskie i miejsko-wiejskie*. Warszawa: UW, 2019.