

# ODPOWIEDZIALNOŚĆ SAMORZĄDU LOKALNEGO ZA ZDROWIE – PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

## • OCZEKIWANIA A RZECZYWISTOŚĆ

Iwona Kowalska  
Instytut Zdrowia Publicznego CM  
Uniwersytet Jagielloński

### **DECENTRALIZACJA FUNKCJI ZDROWOTNYCH PAŃSTWA**

Problemy decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa są aktualne w polskim systemie opieki zdrowotnej od początku lat 90., wtedy bowiem uczyniono pierwszy istotny krok w kierunku decentralizowania uprawnień decyzyjnych w sferze zdrowia<sup>1</sup>. Fakt ten był bezpośrednio związany z przywróceniem w 1990 r. samorządności gminom, które uzyskały demokratyczną legitymizację do działania poprzez wprowadzenie zasad powszechności wyborczej.

Punktem wyjścia analizy w artykule jest hipoteza, że oczekiwania większości społeczeństwa w stosunku do decentralizujących się w opiece zdrowotnej od początku lat 90. uprawnień państwa nie zostały zaspokojone, szczególnie w kontekście różnych społecznych oczekiwań w stosunku do reformującego się systemu zdrowotnego. Co więcej, za punkt wyjścia można przyjąć również założenie, że oczekiwania samych

reformatorów nie zostały spełnione w wyniku implementacji zaprojektowanych zmian.

Analizując poszczególne etapy wdrażania reform decentralizujących funkcje społeczne (w tym zdrowotne) państwa zauważa się problemy, które nie pozwalają jednoznacznie pozytywnie ocenić wpływu tego procesu na politykę zdrowotną. Zachodzące procesy uprawniają do sformułowania poglądu, iż nastąpiło nie tyle dzielenie się odpowiedzialnością w przemyślany i uporządkowany sposób, co jej przesunięcie, czy nawet, używając języka potocznego, jej „spychanie” z władzy krajowej na inne podmioty – nie zawsze zresztą dbając o to, czy są one wyposażone w odpowiednie instrumentarium realizacyjne wraz z odpowiednimi środkami finansowymi (Golinowska i in. 2002).

Zasadne wydaje się również postawienie pytania, czy w ogóle można uzasadnić decentralizację w ochronie zdrowia prostymi argumentami wykorzystywanymi przez zwolenników tego procesu w usługach

usytuowanych bliżej obywatela? W ochronie zdrowia mamy bowiem do czynienia z odmienną od zakładanych w procesie decentralizacji logiką organizacji usług. Ta odmienna logika związana z integracją medycznego procesu opieki zdrowotnej jest przede wszystkim widoczna na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Reformowanie sektora zdrowotnego dostarcza nam także kolejnej logiki postępowania, związanej tym razem z efektywnością zarządczą, odwołującą się do funkcjonowania samodzielnych, niezależnych i kosztowo efektywnych podmiotów. Pozostaje ona nie tylko w konflikcie z deklarowanymi celami decentralizacji, ale także z założeniami integracji medycznego procesu opieki zdrowotnej.

## **Kształtowanie się uprawnień samorządu lokalnego (gminnego) w ochronie zdrowia**

Powstanie gmin nie miało początkowo wielkiego wpływu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Z biegiem czasu jednak ich znaczenie rosło, głównie z powodu możliwości zawierania porozumień pomiędzy gminami i wojewodami. Wpłynęło to również na podjęte w latach 90. próby wzmocnienia największych gmin miejskich, którym przekazano uprawnienia prowadzenia zasadniczej części zakładów opieki zdrowotnej (Golinowska i in. 2002).

Szczególne znaczenie dla określenia pozycji samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia miało powstanie w 1991 r. samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a także możliwość zawierania umów o świadczenie usług zdrowotnych między publicznym płatnikiem a prywatnym świadczeniodawcą (Frączkiewicz-Wronka, Saryusz-Wolska 2007). Wprowadzono wtedy pojęcie publicznego zakładu opieki zdrowotnej (pzoz) i określono obowiązki organu założycielskiego, umożliwiając tworzenie i utrzymywanie zakładu opieki zdrowotnej. W następnych latach na tej podstawie doszło do rozdzielenia funkcji płatnika od świadczeniodawcy.

Istotnym czynnikiem, który miał spowodować rozszerzenie zadań i kompetencji wybranych gmin m.in. w zakresie ochrony zdrowia, było wprowadzenie w 1993 r. tzw. programu pilotażowego, uznanego za przedsięwzięcie unikalne na skalę europejską. W jego ramach gminy o statusie dużego miasta mogły przejąć – w drodze dobrowolnie zawieranej umowy – zadania i kompetencje należące do wojewodów. W sprawach dotyczących zdrowia chodziło o prowadzenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, utrzymywanie tychczas przez wojewodę. Następowo nieodpłatnie przekazanie własności mienia, niezbędnego do realizacji przejmowanych zadań i kompetencji, a przejęcie zakładów wiązało się z ich oddłużeniem. Gminy, które wzięły udział w programie, uzyskały szerokie uprawnienia w zakresie dysponowania środkami finansowymi oraz w zakresie samodzielnego decydowania o sposobach i formach funkcjonowania przejmowanego zakładu.

W praktyce realizacja programu pilotażowego napotykała liczne trudności, polegające przede wszystkim na zróżnicowaniu przejętych zadań co do zakresu udzielanych świadczeń, czyli tzw. koszyka usług. Zakres zadań uzależniony był od struktury przejmowanych jednostek, które je wykonywały, co z kolei wpływało na konieczność świadczenia zróżnicowanych usług na rzecz rozmaitych grup pacjentów (Golinowska i in. 2002). Miasta, co do zasady, przejmowały podstawową opiekę zdrowotną, tzw. opiekę pierwszego kontaktu. Jednakże od zasady tej było wiele wyjątków, gdyż miasta stawały się właścicielami także specjalistycznych placówek opieki zdrowotnej. Powodowało to konieczność godzenia się z faktem, iż z usług tych placówek korzystali pacjenci spoza grupy mieszkańców miasta. W konsekwencji powstał wymóg ustalenia obowiązku świadczenia usług medycznych przez przejęte jednostki dla tych tzw. obcych pacjentów w drodze porozumień z właściwym wojewodą.

Przejęcie zadań z zakresu ochrony zdrowia niosło ze sobą duże obciążenia finansowe dla budżetów gmin, co nie zawsze mogło być w pełni zaspokajane z dotacji. W efekcie gminy angażowały środki własne. Często dochodziło także do nieporozumień w przedmiocie sposobu współpracy z wojewodami, co powodowało, iż gminy odstępowały od realizacji programu pilotażowego (Kozierkiewicz, Kulis 1999). Właściwy wojewoda ponownie więc przejmował zarządzanie i finansowanie „zwróconych” jednostek służby zdrowia (Włodarczyk 1998).

Kolejnym istotnym krokiem dla samorządowej ochrony było przejęcie przez 46 miast wojewódzkich zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących na ich terenie, z wyłączeniem zakładów specjalistycznych. Zadanie to zostało sklasyfikowane jako zadanie własne gminy, choć miasta otrzymały na ten cel określone dotacje, uzależnione od wielkości

przejmowanych zakładów. Zadania i kompetencje, które przekazano enumeratywnie wymienionym miastom, mogły być także powierzane utworzonym w tym celu miejskim strefom usług publicznych. W skład tych stref wchodziły gminy o statusie miasta wojewódzkiego oraz związane z nią inne gminy (Kowalska 2006). W tym przypadku jednak dopuszczano przejmowanie tych zadań w trybie zadań zleconych. Utworzenie miejskich stref usług publicznych dawało możliwość rozszerzenia tych zadań także na gminy wiejskie, które weszły w skład tychże stref.

Głównym zadaniem samorządu terytorialnego wszystkich szczebli w reformowanym systemie ochrony zdrowia stało się przejęcie funkcji organizatora ochrony zdrowia. Jednostki samorządu terytorialnego przejęły bowiem w 1999 r. funkcje organów założycielskich dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z ogólnymi zasadami decentralizowania uprawnień decyzyjnych każdy ze szczebli władzy lokalnej stał się odpowiedzialny za tworzenie strategii rozwojowej dla mieszkańców swojego terytorium. Chociaż między szczeblami administracji samorządowej nie ma zasady hierarchicznego podporządkowania, to główna rola koordynacyjna przypadła województwu. Mimo ogólnych uprawnień w zakresie planowania strategicznego samorząd nie mógł planować infrastruktury szpitalnej; te plany miało przygotowywać ministerstwo. Samorząd lokalny miał natomiast być głównym autorem planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, współpracując z kasą chorych i samorządami zawodów medycznych.

Nowe zasady w opiece zdrowotnej wprowadził podział uprawnień między płatnikiem a świadczeniodawcą, dokonany również w 1999 r. Płatnikiem odpowiedzialnym za bieżące wydatki na większą część świadczeń zostały nowe instytucje – kasy chorych. Struktura świadczeniodawców – w jej publicznej części – jest bardziej skomplikowana: obejmuje instytucje świadczeniodawców i ich „właścicieli”. Właścicielami stały się głównie jednostki samorządu terytorialnego. Sprawują one swoje funkcje wobec publicznych świadczeniodawców, których pozycję prawną wobec właścicieli określa się prawnie jako „samodzielną”.

Podsumowując wątek dotyczący kształtowania się zdecentralizowanych uprawnień samorządu lokalnego w ochronie zdrowia należy podkreślić, że zakres działania i zadania gminy obejmują zabezpieczenie dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, położnictwa, ginekologii oraz stomatologii. Gmina pełni także funkcje organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Do jej uprawnień w tym zakresie należy: tworzenie, przekształcanie i likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej; nadawanie statutu; nawiązywanie stosunku pracy z kierownikiem zakładu; delegowanie przedstawicieli do rady społecznej zakładu; możliwość udzielania dotacji na zadania określone w ustawie i nadzór nad zakładem oraz promocja zdrowia i oddziaływanie na inne czynniki zdrowotności (Frączkiewicz-Wronka 2007).

Odpowiedzialność gminy za POZ oznaczała dla niej dodatkowe wydatki związane z prowadzeniem zakładów opieki podstawowej. Samorząd gminny, podobnie jak pozostałe szczeble samorządu terytorialnego, nie został jednak wyposażony w odpowiednie narzędzia zarówno organizacyjne, jak i finansowe, aby prawidłowo wypełniać funkcje organu założycielskiego dla SPZOZ. W konsekwencji skutkowało to postępującym procesem zmian własnościowych w opiece podstawowej. Zmianom tym sprzyjał system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, umożliwiający podmiotom niepublicznym podpisywanie umów na dostarczanie świadczeń zdrowotnych z publicznym płatnikiem. Poza zidentyfikowanymi powyżej zadaniami w ochronie zdrowia do zadań własnych gminy zalicza się także profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych poprzez zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzin, a także zadania polegające na zapewnieniu usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (zadanie zlecone przez administrację rządową) oraz organizowanie i wspieranie działań profilaktycznych i promujących zdrowie.

Wymienione zadania własne gminy nie stanowią katalogu zamkniętego i są podejmowane na rzecz mieszkańców danej gminy. Przypisane jednostkom samorządu terytorialnego zadania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, (m.in. polegające na opracowywaniu i realizacji oraz ocenie efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców danej jednostki samorządu terytorialnego) powtarzają się na wszystkich szczeblach samorządu. Są to jednak działania skoordynowane dzięki przekazywaniu przez wojewodę kwartalnych informacji o programach zdrowotnych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także poddaniu nadzorowi tegoż ministra opracowywania programów i ich finansowania oraz ocenę ich efektów. Część z przypisanych jed-

nostkom samorządu zadań ma charakter intencjonalny, np. inicjowanie przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców gminy z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami (Tykwińska-Rutkowska 2009).

Kształtowanie się powyżej zidentyfikowanych funkcji zdrowotnych gminy w ochronie zdrowia następowało na bazie implementacji i nowelizacji wielu aktów prawnych, do których zaliczyć należy przede wszystkim: Ustawę z dnia 8.03.1990 r. o samorządzie gminnym<sup>2</sup>, Ustawę z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>3</sup>, Ustawę z 24.11.1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych<sup>4</sup>, Ustawę z dnia 13.10.1998 r. Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną<sup>5</sup> oraz Ustawę z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup>.

## OCENA FUNKCJI REALIZOWANYCH PRZEZ PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ PO 1999 R. – ZAŁOŻENIA A RZECZYWISTOŚĆ

### Założenia

Założenia reformatorskie z 1999 r. czyniły z podstawowej opieki zdrowotnej filar systemu ochrony zdrowia. Podstawowa opieka zdrowotna miała opierać się na sieci indywidualnych i grupowych praktyk lekarzy rodzinnych. Cechami tego szczebla opieki zdrowotnej miało być priorytetowe traktowanie działań promujących zdrowie i zapobiegających chorobom, zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej i prowadzenie wszechstronnej analizy wszystkich problemów zdrowotnych pacjenta, a także odbiurokratyzowanie i walka z przedmiotowym traktowaniem uprawnionych do świadczeń. Dodatkowo lekarz POZ miał odgrywać rolę tzw. strażnika systemu, co oznaczało przejęcie przez niego roli koordynatora całego procesu leczniczego oraz przewodnika pacjenta po systemie, któremu w ten sposób miano zapewnić również wyższą jakość usług zdrowotnych. Zakładano, że zdecydowana większość przypadków chorobowych (80%) miała być leczona właśnie na tym szczeblu (MZiOŚ 1998, s. 57). Jednocześnie uważano, że usytuowanie lekarza POZ najbliżej pacjenta spowoduje, że będzie on odpowiedzialny za profilaktykę i prewencję. Oznaczało to zmianę podejścia do procesu terapeutycznego poprzez ukierunkowanie go również na zapobieganie i profilaktykę, a nie, jak dotychczas, jedynie na leczenie już istniejącej choroby.

Zwiększenie roli i znaczenia POZ oznaczało jednocześnie zmianę pojmowania pozostałych szczebli systemu, które miały mieć charakter subsydiarny w stosunku do lecznictwa podstawowego. Uczestniczyłyby one w procesie leczniczym w przypadkach braku możliwości uzyskania poprawy stanu zdrowia pacjenta w ramach leczenia w POZ. Zakładano zatem, że podstawowa opieka zdrowotna przejmie rolę edukatora zdrowotnego, zagwarantuje lepszą dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz zadba o ich jakość.

### Rzeczywistość

Mimo że POZ jest ważnym elementem systemu ochrony zdrowia w Polsce trudno stwierdzić, że spełniała ona rolę wyznaczoną jej w pierwotnych założeniach. Rozwiązania legislacyjne przyjęte w ciągu ośmiu ostatnich lat ograniczały rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jako koordynatora i przewodnika pacjenta w dostępie do świadczeń profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych m.in. przez tworzenie dodatkowych wejść do systemu z pominięciem poziomu podstawowego, np. bezpośredni dostęp do okulisty.

Cechą charakterystyczną dla POZ stało się rozdrobnienie organizacyjne, które nie miało charakteru spontanicznych przekształceń, lecz było wyraźnie stymulowane przez liderów reformy. Kilka tendencji zmian struktur organizacyjnych na poziomie POZ może być stwierdzonych z pewnością. Stale maleje liczba zakładów publicznych, a rośnie niepublicznych (tab. 1) oraz liczba praktyk. Są to jednak wyłącznie praktyki indywidualne, a możliwości tworzenia praktyk grupowych pozostają niewykorzystane.

Wraz ze zmianami struktur organizacyjnych POZ wzrastały w nich również zasoby ludzkie. W latach 1994–2001 liczba lekarzy posiadających specjalność medycyny rodzinnej zwiększyła się z 118 do około 5500. Jednak tempo tego wzrostu uległo dramatycznemu zwolnieniu. O ile w 1999 r. stan posiadania wzrósł o ponad 1200 lekarzy, o tyle w 2001 r. liczba ta niewiele przekroczyła 260 (Golinowska i in. 2002).

Obecnie sytuacja wygląda podobnie, tzn. nie zwiększa się znacząco liczba lekarzy ze specjalizacją medycyny rodzinnej – pod koniec 2007 r. było ich zaledwie 6020 (GUS 2008).

Tabela 1. *Struktura własności wybranych jednostek ochrony zdrowia*

Struktura własności	Liczby	%
<b>Podstawowa opieka zdrowotna</b>		
Praktyka pielęgnarska	724	8,0
Praktyka lekarska	340	4,0
Publiczny ZOZ	1 550	18,0
Niepubliczny ZOZ	6 026	70,0
<b>Razem</b>	<b>8 640</b>	<b>100,0</b>
<b>Ambulatoryjna opieka zdrowotna</b>		
Publiczne jednostki	2 010	16,0
Niepubliczne jednostki	10 579	84,0
<b>Razem</b>	<b>12 589</b>	<b>100,0</b>

Źródło: Rada Ministrów 2006, s. 14–16, 20.

### Założenia a rzeczywistość – konfrontacja

Dla zdefiniowania właściwej roli oraz miejsca POZ w systemie ochrony zdrowia niezbędne jest określenie relacji między instytucją płatnika (czyli między NFZ) a świadczeniodawcami w zakresie jego uprawnień nadzorczo-kontrolnych oraz relacji między świadczeniodawcami a organem samorządu terytorialnego właściwym dla danego poziomu opieki zdrowotnej. Ważnym aspektem analizy – szczególnie w kontekście odpowiedzialności samorządu gminnego za dostępność do świadczeń zdrowotnych – jest również identyfikacja najważniejszych barier w dostępie do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, a także do badań diagnostycznych z punktu widzenia ich różnych potencjalnych przyczyn (np. czasu oczekiwania na świadczenie, liczby lekarzy etc.)<sup>7</sup>.

Mimo wszystkich znaczących założeń reformatorskich o innym obliczu podstawowej opieki zdrowotnej w dalszym ciągu ma ona głównie charakter naprawczy, tzn. jest ukierunkowana na chorobę, a nie na jej zapobieganie. Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób na poziomie POZ jest w praktyce wykonywane w ograniczonym zakresie. Treść wpisów w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej, głównie w zakresie świadczeń lekarza POZ, odzwierciedla doraźny charakter tych kontaktów, typowy dla pogotowia ratunkowego. Finansowanie przez NFZ programów profilaktycznych na szczeblu POZ, realizowanych na podstawie odrębnych umów, stwarza sytuację, w których lekarze POZ czują się zwolnieni z obowiązku wykonywania badań przesiewowych w ramach stawki kapitacyjnej, którą NFZ przekazuje świadczeniodawcy POZ odpowiednio do deklaracji wyboru lekarza przez pacjenta. Prowadzi to do wzrostu kosztów systemu, a tym samym nieefektywne wykorzystanie zasobów. W tym zakresie, czyli deklarowanych i rzeczywistych funkcji POZ w zakresie promocji zdrowia, bodaj najbardziej widoczne jest mijanie się założeń ustawowych z rzeczywistością.

Jakość świadczeń zdrowotnych na poziomie POZ mogła być mierzona poprzez analizę informacji pochodzących z bazy danych dostępnych w oddziałach wojewódzkich NFZ, które jednak obecnie pozwalają zaledwie na weryfikację list osób składających deklaracje wyboru lekarza POZ<sup>8</sup>. Natomiast zakres gromadzonych i przetwarzanych przez NFZ danych o świadczeniach medycznych w POZ na podstawie umów ze świadczeniodawcami nie pozwala oddziałom wojewódzkim Funduszu na ocenę efektów stosowanych procedur i rozwiązań organizacyjnych, a w konsekwencji na kontrolę jakości świadczeń medycznych. W tym stanie rzeczy refundowanie kosztów świadczeniodawcom przez płatnika następuje niezależnie od jakości świadczonych usług. Za jedną z ważniejszych wad systemu uważa się brak pełnego przepływu informacji o wykonanych świadczeniach POZ do NFZ oraz nieprzekazywanie informacji o wynikach porad specjalistów dostępnych bez skierowań do właściwych lekarzy POZ, co uniemożliwia płatnikowi rzetelną ocenę tych porad. Bazy danych NFZ nie pozwalają także na bieżącą weryfikację raportów statystycznych – załączników do faktur za świadczenia. Można zatem wnioskować, iż nadzór merytoryczny nad świadczeniami z zakresu POZ praktycznie nie istnieje, mimo podstaw prawnych opisujących niezbędny system kontroli i nadzoru nad świadczeniodawcami.

Ważnym wnioskiem wynikającym z obserwacji rozwoju relacji na linii płatnik–jednostka samorządu terytorialnego jest stwierdzenie zaniedbania współpracy między wojewódzkim oddziałem NFZ a organami jednostek samorządu terytorialnego w zakresie planowania zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji poszczególnych województw

w zakresie POZ. Jest to niezwykle ważny wątek analizy określający możliwość rzeczywistego oddziaływania samorządu terytorialnego – w tym przypadku gminnego – na realizację konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Niebagatelne znaczenie ma też wypełnianie przez gminę zadań dotyczących zdrowia publicznego, finansowanych również ze środków NFZ.

Jedynie realizacja funkcji właścicielskich w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej została na tym szczeblu praktycznie rozwiązana poprzez cały czas postępującą prywatyzację, choć znaczna część społeczeństwa nie ocenia tego procesu pozytywnie. Nadal część zakładów podstawowej opieki zdrowotnej występuje w formie SPZOZ, dla których organem założycielskim jest gmina. Zatem i w tym przypadku wydaje się absolutnie niezbędne wskazanie na wzajemne uwarunkowania pomiędzy organem założycielskim dla SPZOZ a publicznym płatnikiem finansującym świadczenia zdrowotne.

Wzrost znaczenia własności prywatnej w opiece zdrowotnej nie powinien jednak zwalniać władz publicznych – szczególnie samorządowych – z odpowiedzialności za zapewnienie nie tylko prawno-organizacyjnej, ale i ekonomicznej dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz należytej ich jakości. Wymaga to jednak określenia i wdrożenia nowych kompetencji, związanych z opracowaniem standardów świadczeń oraz zasad i sposobu ich monitorowania i ewaluacji.

Dostępność do badań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jak i do badań diagnostycznych na tym poziomie nie jest formalnie ograniczana przez świadczeniodawców (NIK 2008). Nie oznacza to jednak, że pewne grupy pacjentów nie doświadczają jej praktycznie; dla nich bowiem bardzo dotkliwie jest korzystanie z publicznego systemu i w związku z jego cechami, np. zbyt długim czasem oczekiwania na świadczenie czy zbyt małą liczbą personelu, dopłatami do niektórych badań. Hipoteza ta znajduje potwierdzenie w raportach NIK stwierdzających braki w ewidencji zleceń i wykonanych badań diagnostycznych, pozwalającej śledzić zależności między liczbą badań a wiekiem pacjentów.

Wskaźnikami pozwalającym oszacować dostępność na poziomie POZ jest liczba pacjentów deklarujących wybór lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz czas ich pracy. W oddziałach wojewódzkich Funduszu objętych kontrolą 7,8% w 2006 r. i 7,3% w 2007 r. lekarzy POZ miało na swoich listach wpisanych więcej niż 2750 deklaracji wyboru. W ponad połowie tych przypadków przekroczenie to wynosiło powyżej 10% prawnie określonej normy. Zwracano również uwagę, że zjawisko to jest usprawiedliwione zwłaszcza na terenach wiejskich, gdzie odległości między świadczeniodawcami są znaczne i możliwość wyboru jest ograniczona. Jednocześnie ponad połowa lekarzy POZ (55,2% w 2006 r. i 57,4% w 2007 r.) miała na swoich listach mniej niż 2000 deklaracji. Zjawisko to występowało najczęściej w zakładach, w których świadczenia lekarza POZ były udzielane obok innych świadczeń lekarzy specjalistów. Akcentowano, że oddziały Funduszu (9 z 11) nie gromadzą w systemie informatycznym danych o wymiarze czasu pracy lekarzy POZ. W tym stanie nieprawidłowa jest ocena realnej dostępności do ich świadczeń, a ta uwzględniająca tylko liczbę deklaracji wyboru przypadającą na lekarza (etat) może być myląca. Braki te częściowo uzupełnia ewidencja porad lekarskich, z której wynika, że w 2007 r. w zakładach publicznych udzielono ich 22 469, a w niepublicznych – 83 598 (GUS 2008, s. 103–104).

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

Zarówno fakt, iż w toku analizy sformułowane zostały liczne oceny i wnioski, jak i „zadana” objętość artykułu upoważniają do przedstawienia w zakończeniu tylko kilku ogólnych wniosków.

Badania potwierdziły hipotezę, iż w dotychczasowej reformie zdrowotnej nie spełniły się oczekiwania ani społeczeństwa, a zwłaszcza pacjentów, ani reformatorów, i to mimo niewątpliwego osiągnięcia, jakim jest powołanie instytucji podstawowej opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna, także ta podstawowa, ma charakter doraźny, interwencyjny, co zmniejsza jej skuteczność, a podwyższa koszty.

Brak dostatecznego merytorycznego nadzoru nad jakością usług medycznych, kuleje nadzór finansowy niewyposażony w odpowiednią bazę informacyjną. System w całości można ocenić jako dysfunkcyjny. Jego słabości to w części skutek regulacji prawnych (odcinkowych, nieprecyzyjnych, często zmienianych) tworzonych w pośpiechu, bez dostatecznej bazy informacyjnej o realnych partnerach i warunkach implementacji. Procesy realizacji pogłębiły te słabości, a wśród nich

dotkliwy brak koordynacji między podstawowymi podmiotami zarządzania nim i odpowiedzialności za politykę zdrowotną: organami władzy centralnej, samorządem terytorialnym i NFZ.

Powierzenie funkcji koordynatora któremuś z nich wydaje się więc w tych warunkach najpilniejszym zadaniem i taka jest główna rekomendacja w tym artykule. Prezentowana analiza wskazuje, iż powinien nim być NFZ. Mimo iż instytucją ta jest nadal odbierana negatywnie przez ekspertów, świadczeniodawców, a także pacjentów, to jedyna, w miarę profesjonalna instytucja realizująca cele polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym. Profesjonalizmu w sprawach zdrowotnych nie można wymagać od samorządu lokalnego, podobnie jak i od lokalnych organów władzy centralnej. Te instytucje powinny raczej koncentrować się na problemach zdrowia publicznego niż na problemach podstawowej opieki zdrowotnej.

Z pozostałych rekomendacji, też już formułowanych w toku analizy, warto przypomnieć:

- konieczność wprowadzenia centralnych sieci lokalizacyjnych w odniesieniu do wielu rodzajów placówek zdrowotnych (np. szpitali), szczególnie do podstawowej opieki zdrowotnej;
- wzbogacenie bazy informacyjnej zarówno dla pacjenta, jak i dla NFZ o dostępnych i realizowanych świadczeniach i procedurach;
- podnoszenie kwalifikacji (nie tylko medycznych) lekarzy pierwszego kontaktu jako opiekunów i przewodników pacjenta;
- potrzebę korekty zapisów prawnych, szczególnie kompetencyjnych, zwiększającej ich jednoznaczność i kompletność.

<sup>1</sup> W artykule poruszono jedynie ten aspekt decentralizacji, który wiąże się z przekazaniem uprawnień decyzyjnych z poziomu centralnego na niższe szczeble administracji publicznej – samorządowej, w literaturze przedmiotu nazywanej dewolucją. Ze względu na specyfikę tematu nie zostaną omówione pozostałe aspekty decentralizacji, czyli dekoncentracja i delegacja.

<sup>2</sup> Tekst jedn. DzU 1996, nr 13, poz. 74 z późn. zm.

<sup>3</sup> DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.

<sup>4</sup> Tekst jedn. DzU z 1997, nr 36, poz. 22.

<sup>5</sup> DzU nr 133, poz. 872.

<sup>6</sup> Tekst jedn. DzU z 2008 r., nr 164, poz. 1027 ze zm.

<sup>7</sup> Wszystkie te wątki dotyczące funkcjonowania POZ zostały skontrolowane i poddane analizie przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK 2008).

<sup>8</sup> W terminach określonych przez ministra zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 6.10.2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (DzU nr 210 poz. 2135 z późn. zm.). Dzisiaj obowiązuje już nowa wersja rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DzU nr 81, poz. 484).

## LITERATURA

- Balicki M., Łuczak J.R. (1996), *Medycyna rodzinna – początki w Polsce*, w: M.M. Kochen (red.), *Medycyna rodzinna*, Warszawa.
- Dercz M. (2003), *Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci*, w: *Polska dla dzieci – materiały i dokumenty*, Ogólnopolski szczyt w sprawach dzieci, Warszawa, 23–24 maja.
- Dercz M. (2004), *Miejsce samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia*, dodatek do kwartalnika „Ekonomia i Rynek”.
- Dercz M., Izdebski H. (2001), *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa-Poznań.
- Frąckiewicz-Wronka A., red. (2007), *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, Warszawa.
- Frąckiewicz-Wronka A. (1998), *Zdrowie – nowy problem gmin*, w: M. Barański (red.), *Samorząd terytorialny w rozwiązywaniu problemów społecznych województwa katowickiego*, Katowice.
- Golinowska S., Włodarczyk C. (2002), *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, praca zbiorowa, Raport CASE 53, Warszawa.
- GUS (2008), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 r.*, Warszawa.
- Klich J. (2007), *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niedoceniane interakcje*, Kraków.
- Kowalska I. (2006), *Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, tom IV, nr 1.
- Kozierkiewicz A., Kulis M. (1999), *Ochrona zdrowia w samorządzie lokalnym. Doświadczenia polskich miast*, Kraków.
- Król Z., Łuczak J.R., red. (2005), *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego dla lekarzy rodzinnych*, Kraków.

MZiOS (1998), *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa.

NIK (2008), *Informacja o wynikach kontroli realizacji przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze)*, raport NIK, Warszawa.

Rada Ministrów (2006), *Informacja dla Sejmu RP o sytuacji zdrowotnej kraju*, Warszawa

Tykwińska-Rutkowska D. (2009), *Zadania własne samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, dostępny w Internecie: <[www. lex.com/pl/samorząd/artkuł/40](http://www.lex.com/pl/samorząd/artkuł/40)>.

Włodarczyk C. (1998), *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków.

Włodarczyk C. (2003), *Reformy opieki zdrowotnej. Uniwersalny kłopot*, Kraków.

## SUMMARY

The article concerns the aspects of the local government responsibility for health care with the special importance of primary care development. The author identified recent events connected with the decentralization of health care powers as well as those which influenced current functions of primary health. To identified the real problems of primary care functioning and its relation with local authority and National Health Fund (the payer institution) the Ministry of Health, Supreme Chamber of Control and The Main Statistic Office documents have been used. Also the legal analysis concerning the aspects of local government and primary care qualifications in the health care system has been done.