



## Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia

# Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 stanowi bezprecedensowe wyzwanie dla sektora ochrony zdrowia. Ostatnie miesiące 2020 r. pokazały, że skuteczne przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 i zwalczanie jego skutków **przerasta możliwości wielu krajów, także tych zamożniejszych niż Polska i ze sprawniej zorganizowanymi systemami ochrony zdrowia**. Dynamiczny wzrost zachorowań rozpoczął się w połowie września – zagrożenie, że polski system będzie krańcowo niewydolny, staje się realne.

Przedmiotem tego opracowania jest **przebieg pierwszych siedmiu miesięcy epidemii w Polsce**: podejmowane w tym czasie działania władz publicznych i innych uczestników systemu ochrony zdrowia; wyzwania, które się ujawniły, a także ich systemowe przyczyny. Analizujemy problemy i proponujemy rozwiązania. Szczególną uwagę poświęcamy pięciu aspektom polskiego systemu ochrony zdrowia, które rozpoznajemy jako obszary kluczowych wyzwań zarządczych. Są nimi:

- » Struktura organizacyjna (w zakresie stopnia jej centralizacji)
- » Struktura własnościowa systemu (z perspektywy jego efektywności)
- » Uwarunkowania jakości usług zdrowotnych (z perspektywy pacjentów)
- » Stan kadr medycznych
- » Przepływ informacji

Świadomie **w ograniczonym stopniu odnosimy się do zarządzania polskim systemem ochrony zdrowia podczas epidemii oraz potencjalnych dróg wyjścia z niej** – sytuacja wymaga doraźnych działań z zakresu zarządzania kryzysowego, które obserwujemy i będziemy obserwować na przestrzeni kolejnych miesięcy. Trudno jednak wystawić ostateczną ocenę podjętych kroków, zwłaszcza że niemożliwe jest przewidzenie dalszego przebiegu epidemii. Pewne jest natomiast, że **polSKI system ochrony zdrowia potrzebuje długofalowych działań naprawczych**. Bieżący kryzys jedynie wyostrzył problemy sektora i pozwolił wskazać te obszary, które wymagają priorytetowej interwencji. Z tego powodu w niniejszym raporcie połączyliśmy dwie perspektywy: wnioski płynące z obecnej sytuacji oraz działania podejmowane z myślą o postepidemicznej przyszłości. Zakładamy, że w połowie 2021 r. sytuacja będzie na tyle opanowana, by władze mogły się z powrotem skupić na prowadzeniu zwyczajnej polityki zdrowotnej.

W związku z powyższym **nasze rekomendacje zostały sformułowane z myślą o kolejnych 12 i 36 miesiącach**. Wierzimy, że wnioski z przebiegu epidemii mogą mieć zastosowanie w wyznaczaniu celów dalszych reform polskiego systemu ochrony zdrowia.

## AUTORZY



**Piotr Żakowiecki**

Starszy analityk ds. zdrowotnych, Polityka Insight



**Monika Helak**

Badaczka, Polityka Insight

## REDAKCJA

Anna Chyckowska

## PROJEKT GRAFICZNY

Anna Olczak

Partnerem raportu jest Fundacja Przyjazny Kraj.  
Opracowanie jest bezstronne i obiektywne, partner nie miał wpływu na jego tezy ani wypowiedzi. Wszystkie prawa zastrzeżone.



FUNDACJA PRZYJAZNY KRAJ, powołana w 2013 r. przez prywatnych fundatorów, jest organizacją pozarządową, która w celach statutowych ma m.in. prowadzenie badań i analiz dotyczących systemów regulacyjnych i ekonomicznych, promowanie wolności gospodarczej i rozwoju przedsiębiorczości, działalność edukacyjną, podejmowanie działań wspierających rozwój aktywności obywatelskiej i społecznej, wzrost efektywności działania instytucji państwowych i samorządowych. Wszystkie raporty, analizy oraz publikacje Fundacji znajdują się na stronie [przyjaznykraj.pl](http://przyjaznykraj.pl)

**POLITYKA  
INSIGHT**

POLITYKA INSIGHT to pierwsza w Polsce platforma wiedzy dla liderów biznesu, decydentów politycznych i dyplomatów. Działa od 2013 r. i ma trzy linie biznesowe: wydaje serwisy analityczne dostępne w abonamentach (PI Premium, PI Finance i PI Energy), przygotowuje opracowania, prezentacje i szkolenia na zlecenie firm, administracji publicznej i organizacji międzynarodowych oraz organizuje debaty tematyczne i konferencje. [www.politykainsight.pl](http://www.politykainsight.pl)

Warszawa, listopad 2020 r.

# Spis treści

**Kluczowe rekomendacje** **s. 4**

**01. Podsumowanie przebiegu pierwszych siedmiu miesięcy epidemii COVID-19 w Polsce** **s. 6**

**02. Efektywność systemu ochrony zdrowia w Polsce w kontekście walki z epidemią COVID-19** **s. 24**

**03. Analiza obszarów problemowych** **s. 28**

Czy w ochronie zdrowia centralizacja jest korzystniejsza niż decentralizacja? **s. 28**

Czy sektor prywatny zarządza zasobami skuteczniej od sektora publicznego? **s. 38**

Jak ulepszyć jakość usług zdrowotnych? **s. 44**

Jak zwiększyć dostępność i poprawić sytuację kadr medycznych? **s. 54**

Jak zarządzać przepływem informacji w systemie ochrony zdrowia? **s. 66**

**Bibliografia** **s. 75**

# Kluczowe rekomendacje

## KRÓTKOTERMINOWE

### do realizacji w ciągu najbliższych 12 miesięcy



**Uspójnienie przepływu informacji w systemie ochrony zdrowia i przekazywania danych.** Dotyczy to zarówno monitorowania sytuacji epidemicznej, jak i mechanizmów sprawnego zarządzania usługami zdrowotnymi. Dotychczasowe niespójności utrudniają decydom (politykom szczebla centralnego, zarządom placówek zdrowotnych, konsultantom wojewódzkim) podejmowanie trafnych decyzji, efektywne zarządzanie zasobami, a zatory informacyjne generują niepotrzebne koszty transakcyjne oraz wydatki. Ministerstwo Zdrowia powinno dokonać systematycznego przeglądu baz danych, za które odpowiada, i opracować plan ich reorganizacji.



**Publiczne udostępnianie danych epidemicznych w określonym standardzie.** Możliwym rozwiązaniem jest nadanie jednej z instytucji podległych resortowi zdrowia odpowiedzialności za merytoryczne przetwarzanie i udostępnianie kluczowych danych epidemiologicznych w ustandaryzowanej formie umożliwiającej ich ponowne wykorzystanie. Standardy w tym obszarze mogłyby zostać opracowane we współpracy z przedstawicielami środowiska akademickiego, think tanków, a także podmiotów prywatnych.



**Realizacja spójnej strategii e-zdrowia.** Rozwiązania informatyczne w ochronie zdrowia, podobnie jak w innych obszarach polskiej polityki publicznej, nie są rozwijane w oparciu o spójną strategię, pomimo parokrotnych prób wypracowania takiego dokumentu przez resort zdrowia. W obszarze e-zdrowia w ostatnich latach nie zadbano o ciągłość dokumentów strategicznych, głównie z przyczyn politycznych. Prace nad opracowaniem strategii e-zdrowia powinny być kontynuowane i uzyskać właściwy patronat polityczny ze względu na swoje znaczenie dla efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce.



**Ułatwienie medykom obcokrajowcom podejmowania zatrudnienia w Polsce.** Najszybszym do uruchomienia zasobem są imigranci już żyjący w kraju, którzy zarzucili praktykę lekarską z powodu trudności w nostryfikacji dyplomów. Na czas epidemii obowiązek nostryfikacji można zawiesić, jeśli praktyka lekarska miała miejsce w ciągu ostatnich kilku lat. Jednocześnie niezbędne jest zapewnienie medykom z zagranicy niezbędnego wsparcia: kursów językowych oraz integracyjnych, pośrednictwa w znalezieniu zatrudnienia, szkoleń z obowiązującego w Polsce prawa medycznego. Istotne byłyby również usprawnienia ogólnych procedur administracyjnych związanych z osiedlaniem się i podejmowaniem pracy w Polsce.



**Poprawa komunikacji publicznej w sprawach zdrowotnych.** Mimo że przedstawiciele rządu regularnie informowali w mediach o kolejnych krokach wygaszania epidemii, nie zawsze przekonująco uzasadniali ich wprowadzenie, a wypowiedzi decydentów bywały ze sobą sprzeczne. Wprowadzało to niepotrzebne zamieszanie i niepewność wśród interesariuszy także spoza sektora zdrowotnego. Przekonująca polityka informacyjna jest zatem niezbędna, by ograniczyć szkody wynikłe z *fake newsów* o tzw. plandemii, negujących konieczność walki z koronawirusem.



**Podniesienie jakości współpracy ze środowiskiem medycznym.** Pracownicy ochrony zdrowia to zasób tzw. infrastruktury krytycznej, niezbędny do zapewnienia obywatelom zdrowia i bezpieczeństwa. Często pracują w słabych warunkach i za nieadekwatne płace, nie jest więc dopuszczalne, by przedstawiciele rządu wszczynali z tym środowiskiem konflikty medialne. Politycy powinni angażować się na rzecz budowania zaufania do środowiska medycznego i zwiększać komfort jego pracy (np. przez zwiększanie pewności decyzyjnej czy zapewnienie stabilności regulacji). Wszelkie niezbędne decyzje dotyczące relokacji kadr w sektorze zdrowotnym

winny być sprawnie i szeroko konsultowane z tym środowiskiem, z uwzględnieniem praktyki leczenia w polskiej ochronie zdrowia (i jej ograniczeń).



**Zapewnienie warunków dla sprawnego tworzenia legislacji w obszarze ochrony zdrowia.** Przygotowywanie niezbędnych reform i rozwiązań powinno toczyć się z uwzględnieniem koniecznych konsultacji, ale bez zbędnej zwłoki. Należy zapewnić ciągłość prac legislacyjnych, co samo w sobie winno być pochodną realizacji konsekwentnej, długofalowej polityki zdrowotnej. Negatywnymi przykładami przedłużających się prac nad projektami o fundamentalnym znaczeniu dla sprawności systemu ochrony zdrowia były m.in. trwająca blisko cztery lata nowelizacja ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i toczące się od 2017 r., nadal niezakończone prace nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia. Urzędnicy odpowiedzialni za prace nad regulacjami kluczowymi z perspektywy ogólnosystemowej muszą mieć zapewnione najlepszej jakości zaplecze analityczne i prawne oraz pełne wsparcie w wymiarze politycznym.

## DŁUGOTERMINOWE

### do realizacji w ciągu najbliższych 36 miesięcy



**Uspójnienie systemu zarządzania ochroną zdrowia.** Rządzący mogą zarówno pójść drogą dalszej centralizacji, jak i decentralizacji. Ważne, by wyznaczone podmioty w pełni odpowiadały za przydzielone im obszary – zarówno organizacyjnie, jak i finansowo. Obecny rozdział np. między przyznawaniem pieniędzy przez instytucje centralne a organizowaniem opieki zdrowotnej przez samorząd sprzyja generowaniu konfliktów i podejmowaniu decyzji zależnych od bieżących uwarunkowań polityczno-administracyjnych, a nie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.



**Zwiększenie nacisku na zdrowie publiczne i jakość ochrony zdrowia.** Perspektywa dobrostanu pacjenta nie była dotychczas w centrum zarządzania ochroną zdrowia, co skutkuje niską efektywnością wielu rozwiązań systemu. Tymczasem ukierunkowanie strategii na zdrowie publiczne i jakość świadczeń pomoże przywrócić właściwe spojrzenie zarządcze i umożliwi wybór rozwiązań optymalnych dla pacjenta. Pozwoli ponadto zwiększyć skuteczność leczenia i wprowadzić powszechną profilaktykę, co długofalowo obniży koszty publicznych usług zdrowotnych. Dzięki temu pacjenci będą mieli większe zaufanie do służby zdrowia i do rządzących, co jest istotne dla sprawności zarządzania w momencie kryzysu.



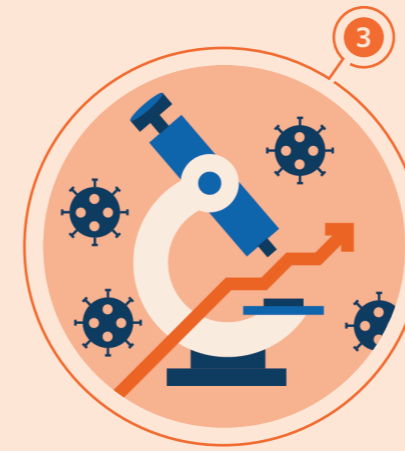
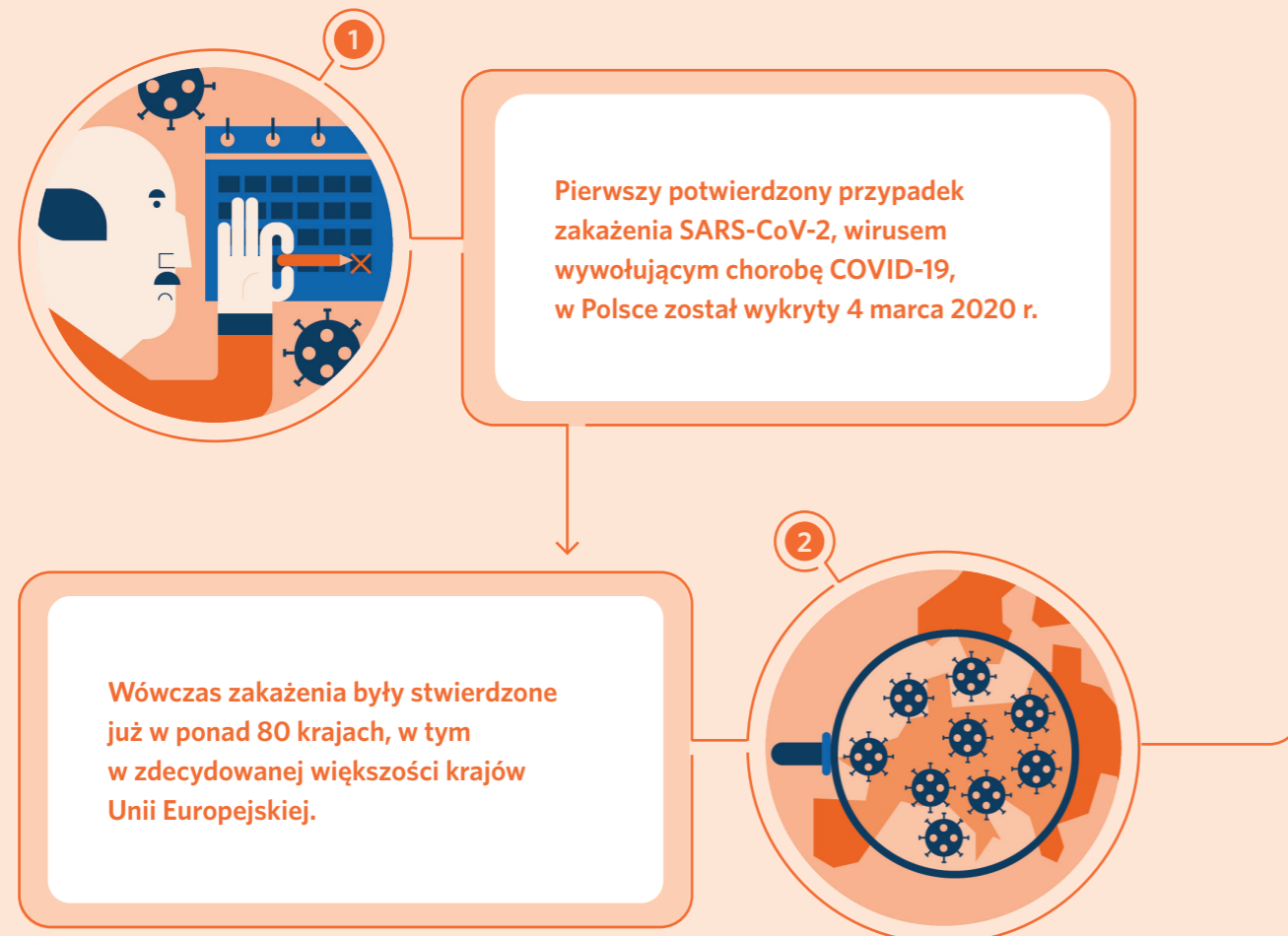
**Trwała poprawa warunków pracy w sektorze zdrowotnym, w tym podniesienie płac.** Krok ten jest niezbędny, by utrzymać system ochrony zdrowia. Pierwsze decyzje powinny dotyczyć przede wszystkim pracowników najmłodszych stażem, ratowników i pielęgniarek, a także pracowników sanepidu i diagnostów laboratoryjnych. Poprawa warunków pracy musi się wiązać ze zwiększeniem zasobów kadrowych, żeby nie skutkowało dalszym zmniejszeniem dostępności świadczeń. Jakość wykonywanej pracy wówczas wzrośnie, tak samo jak liczba chętnych do wykonywania zawodów medycznych. Podniesienie płac powinno objąć ponadto administrację, by usprawnić obsługę placówek zdrowotnych, a także ich nadzór czy reformę IT.



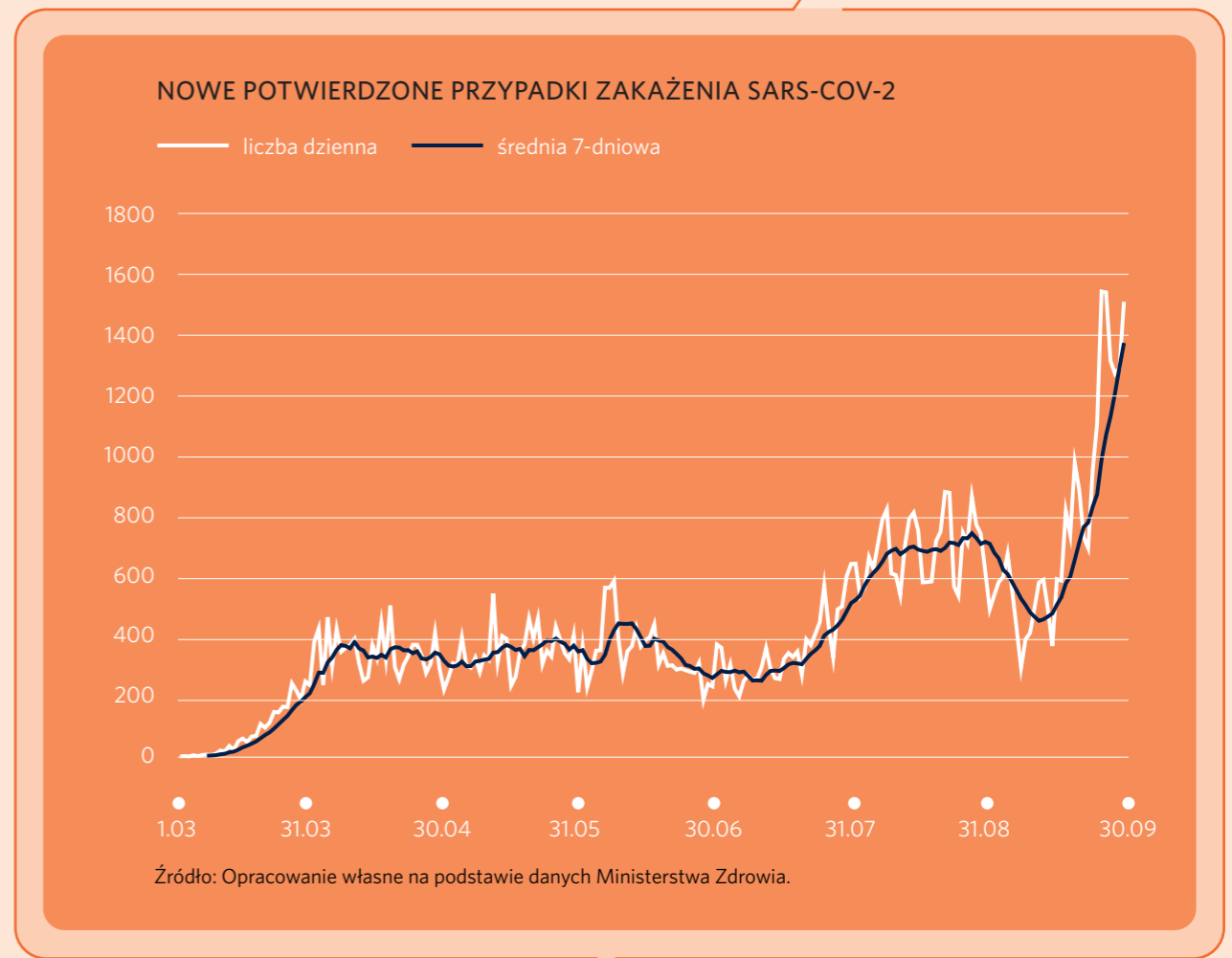
**Reforma systemu kształcenia kadr medycznych.** Pilnie należy zwiększyć nabór na studia medyczne różnego typu oraz usprawnić i (tam, gdzie to możliwe) skrócić proces kształcenia (w tym dla obcokrajowców), także poprzez odbudowę branżowego systemu szkolnictwa zawodowego. Kształcenie powinno być wszechstronne i uwzględniać zagadnienia związane z etyką pracy, zdrowiem publicznym oraz chorobami zakaźnymi. Można rozważyć powiązanie możliwości ukończenia studiów ze zobowiązaniem do odbycia przynajmniej części praktyki lekarskiej w Polsce, choć musi to iść w parze z poprawą warunków pracy, by nie zadziało zniechęcająco. Jednocześnie warto zwiększyć publiczną ofertę kształcenia przez całe życie, by pomóc lekarzom, pielęgniarkom i innym pracownikom ochrony zdrowia podnosić kompetencje, m.in. w zakresie korzystania z narzędzi IT czy efektywnej komunikacji z pacjentami.

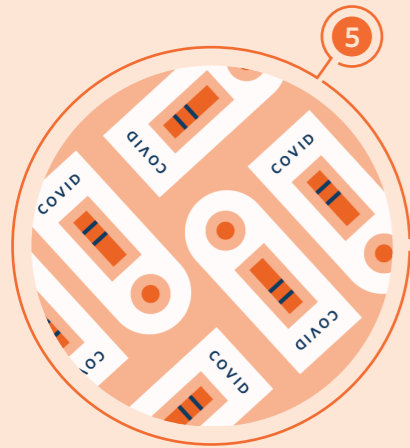
# Podsumowanie przebiegu pierwszych siedmiu miesięcy epidemii COVID-19 w Polsce

## JAK PRZEBIEGŁA „PIERWSZA FALA” EPIDEMII



W ciągu pierwszego miesiąca od wykrycia „pacjenta zero” liczba nowych zakażeń rosła, do osiągnięcia średniotygodniowego poziomu nieco poniżej 400 przypadków dziennie, który utrzymywał się od kwietnia do przełomu maja i czerwca. Wówczas, wskutek skumulowania szeregu dużych ognisk w województwie śląskim (przede wszystkim w kopalniach), liczba nowych zakażeń utrzymywała się przez kilka tygodni powyżej 400, by następnie - w miarę prowadzenia badań przesiewowych i opanowywania sytuacji - spaść poniżej 300 przypadków dziennie.





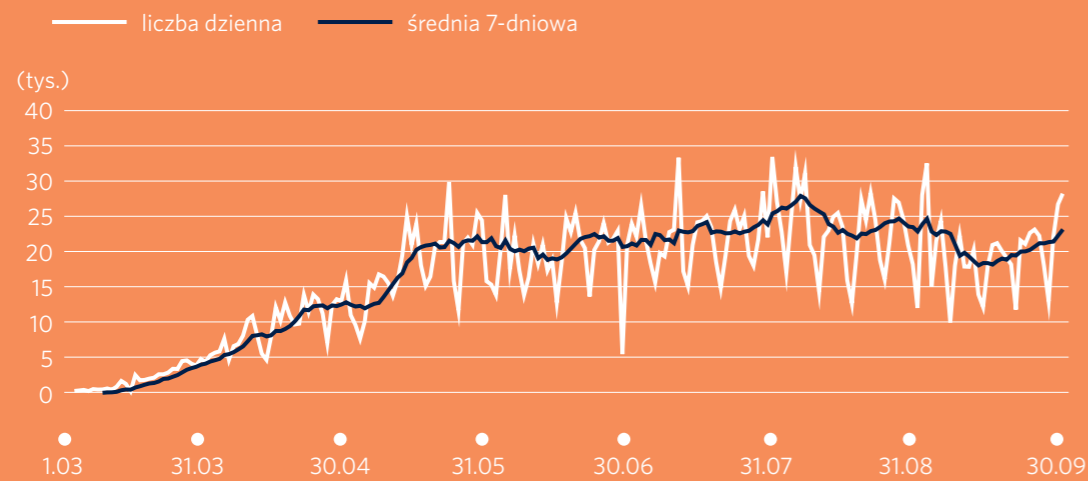
W okresie od marca do września liczba wykonywanych testów RT-PCR<sup>1</sup> tylko w kilku dniach sięgnęła 35 tys. dziennie, a średnia tygodniowa wynosiła maksymalnie nieco ponad 27 tys.

Tygodniowa średnia udziału pozytywnych wyników w dobowej liczbie testów wahała się od 6 proc. na początku kwietnia do 1,3 proc. na początku lipca, co sugerowałoby, że na tym etapie testowano proporcjonalnie do potrzeb<sup>2</sup>. Mimo to liczba wykonywanych testów, a także przyczyny ich niewystarczająco dużej – w ocenie części opinii publicznej – skali, były przedmiotem zainteresowania mediów i krytyki kierowanej wobec resortu zdrowia. Do końca września na 1 tys. mieszkańców przypadały w Polsce 84 wykonane testy, podczas gdy np. w Danii liczba ta wynosiła 671, w Portugalii 257, a w Grecji 125. Mniej testów w proporcji do populacji niż w Polsce wykonano w tym czasie tylko na Słowacji, w Bułgarii, w Chorwacji i na Węgrzech.

1 Skrót rozwinięty jako *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction*, czyli reakcją łańcuchową polimerazy z odwrotną transkrypcją. Testy wykonywane w tej technologii stanowią standardową metodę wykrywania obecności materiału genetycznego SARS-CoV-2 w organizmie pacjenta, a ich pozytywne wyniki są interpretowane jako stwierdzone zakażenia.  
2 Przyjmuje się (w oparciu m.in. o komentarze przedstawicieli WHO), że odsetek pozytywnych wyników wyższy niż 5 proc. sugeruje niedostateczną liczbę wykonywanych testów, a co za tym idzie niepełny obraz rzeczywistej skali zakażeń.

6

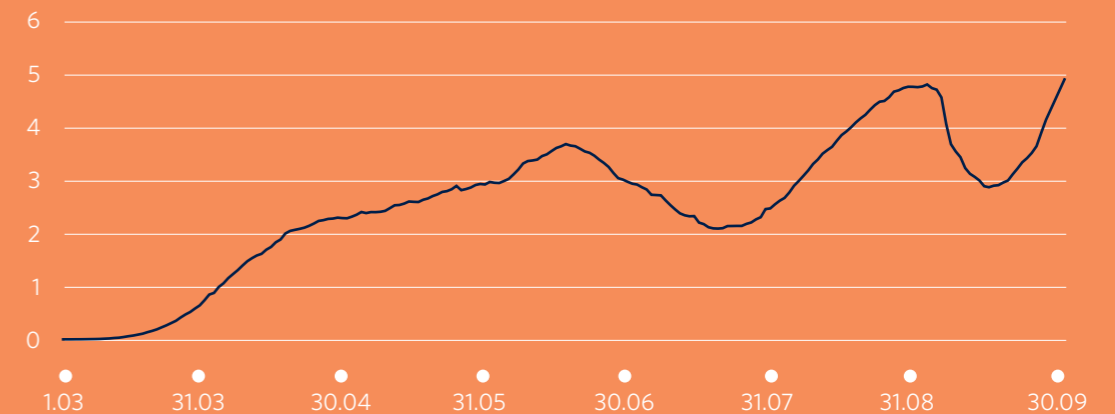
### LICZBA WYKONYWANYCH TESTÓW W KIERUNKU ZAKAŻENIA SARS-COV-2



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

7

### LICZBA AKTYWNYCH PRZYPADKÓW COVID-19 NA 10 TYS. MIESZKAŃCÓW



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Liczba chorujących w Polsce w ciągu pierwszych siedmiu miesięcy nie przekroczyła 5 przypadków na 10 tys. mieszkańców lub 0,5 proc. populacji.

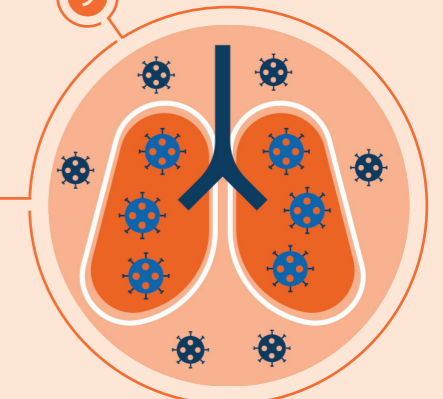
8



Z kolei liczba zgonów w szczytowym momencie „pierwszej fali” epidemii, pod koniec kwietnia, wynosiła nieco mniej niż średnio 30 dziennie. W kolejnych miesiącach była wyraźnie mniejsza, a od końca czerwca do ostatniej dekady września nie przekraczała 15 zgonów dziennie. Łącznie w tym okresie zmarło 2512 osób.

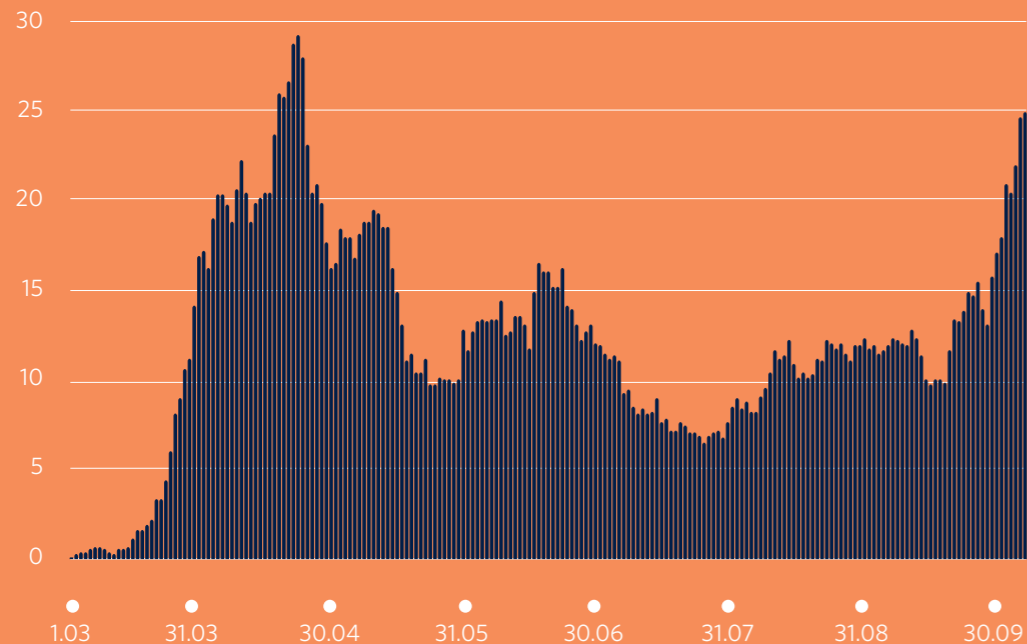
9

Większość tych przypadków była określana jako związana przede wszystkim z chorobami współistniejącymi. Przeciętny wiek osób zmarłych wynosił w tym okresie niecałe 76 lat.



10

### LICZBA ZGONÓW Z POWODU COVID-19 (ŚREDNIA 7-DNIOWA)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

11

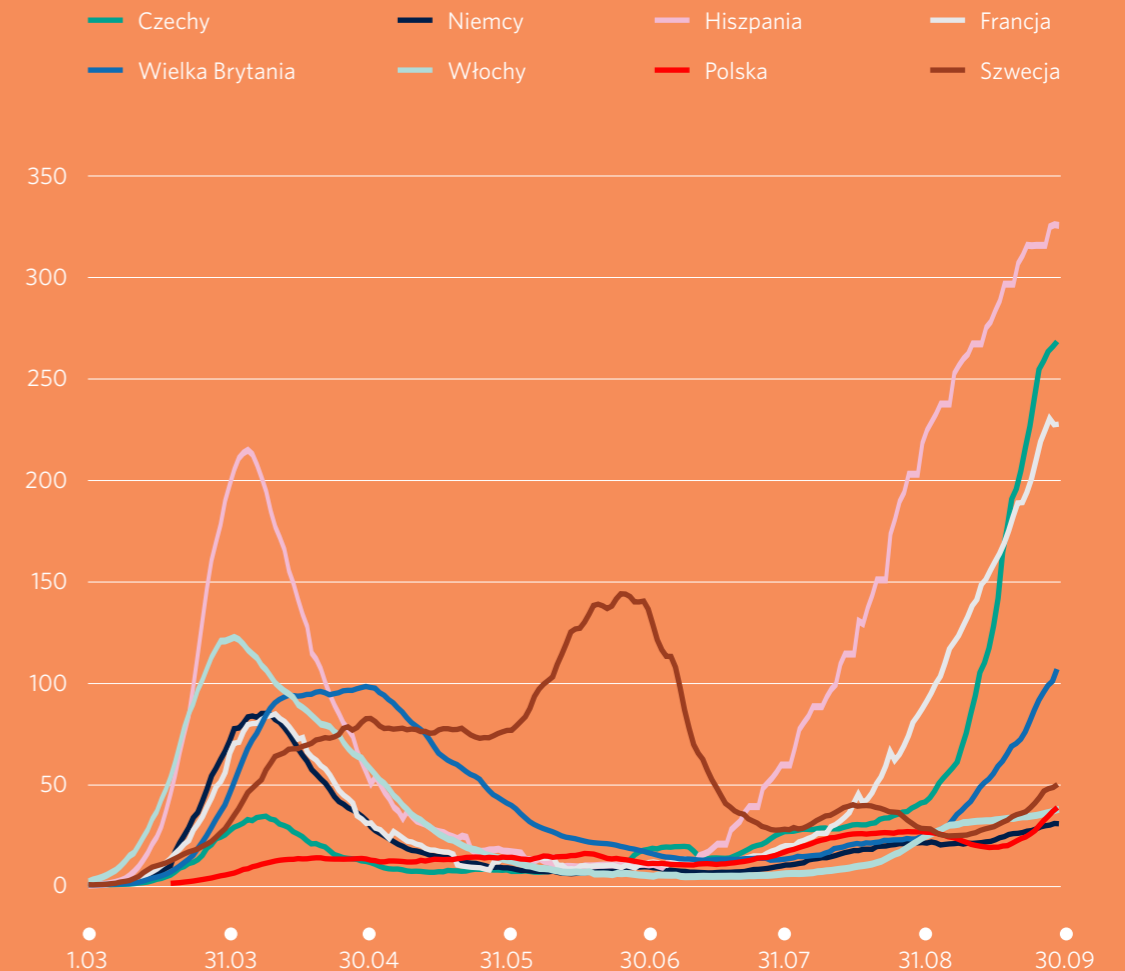


Na tle innych krajów Unii Europejskiej przebieg pierwszych sześciu miesięcy epidemii był w Polsce stosunkowo spokojny, podobnie jak w większości państw Europy Środkowo-Wschodniej. W przeciwieństwie do południowej, jak również zachodniej Europy nie zanotowano nagłego przyrostu zakażeń, przekładających się na duże obciążenia systemu ochrony zdrowia. Suma wykrytych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 na 100 tys. mieszkańców do końca września 2020 r. wynosiła w Polsce 238 i należała do najniższych w Europie – jedynie sześć krajów notowało niższe wartości<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Były to Cypr, Finlandia, Słowacja, Grecja, Litwa i Łotwa.

12

### SKUMULOWANA 14-DNIOWA LICZBA NOWYCH WYKRYTYCH PRZYPADKÓW NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW



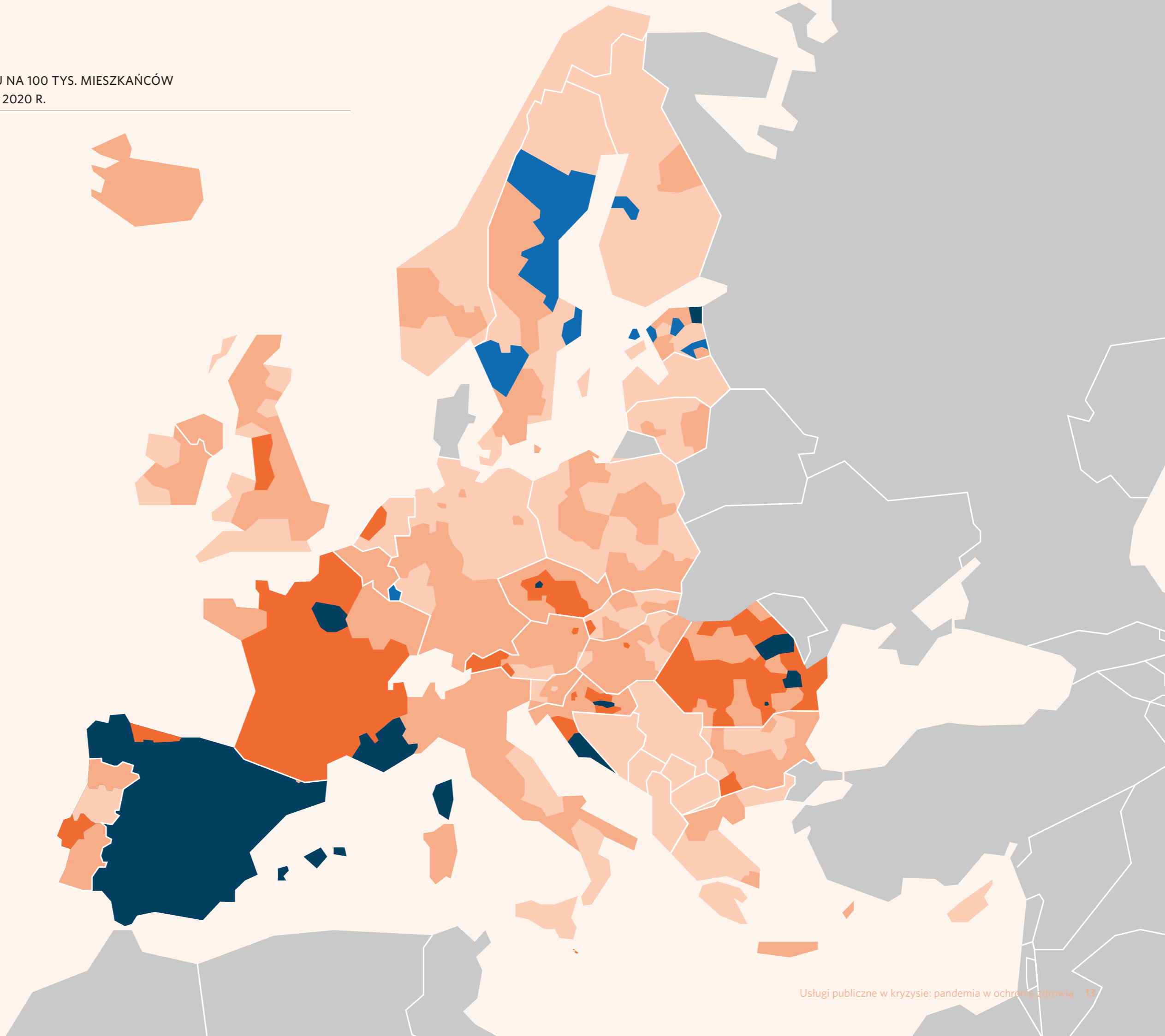
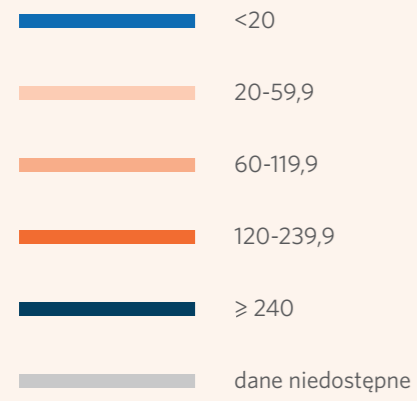
Źródło: Opracowanie własne.

Sytuacja epidemiczna Polski na koniec września 2020 r. na tle innych krajów Europejskiego Obszaru Gospodarczego<sup>4</sup> była wciąż stosunkowo dobra. Liczba notowanych nowych przypadków była poniżej średniej. Z kolei szczególnie trudna sytuacja w skali całego kontynentu rozwijała się przede wszystkim w Hiszpanii i w Czechach, a także w części regionów Francji. W większości krajów sytuacja była postrzegana jako coraz bardziej ryzykowna i wymagająca wprowadzania kolejnych obostrzeń w celu zahamowania wzrostów zachorowań.

<sup>4</sup> Uwzględniającego, poza krajami Unii Europejskiej, również Norwegię, Islandię, Liechtenstein, a także Wielką Brytanię (do końca 2020 r.).

LICZBA PRZYPADKÓW W PRZELICZENIU NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW  
W OKRESIE 14 DNI DO 6 PAŹDZIERNIKA 2020 R.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ECDC.





## ISTOTNE WYDARZENIA I DECYZJE ZARZĄDCZE OD STYCZNIA DO WRZEŚNIA 2020 R.:

### styczeń

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
22	Główny Inspektorat Sanitarny	Komunikat zawierający zalecenia dla osób powracających z Wuhan i innych lokalizacji	
27	Główny Inspektorat Sanitarny	Wydanie pierwszych zaleceń postępowania z osobami podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2	
31	Polskie Linie Lotnicze LOT	Zawieszenie lotów między Warszawą a Pekinem	

### luty

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
26	Rada Ministrów	Sformalizowanie zespołu ds. sytuacji epidemiologicznej	
28	Ministerstwo Zdrowia	Publikacja rozporządzenia włączającego SARS-CoV-2 do reżimu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych	

### marzec

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
02	Rada Ministrów	Publikacja projektu specustawy ws. szczególnych rozwiązań związanych z koronawirusem („covidowej”)	
02	Narodowy Fundusz Zdrowia	Powołanie zespołu ds. monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem	

03	Ministerstwo Zdrowia	Rozpoczęcie szkoleń związanych z organizacją „polowych izb przyjęć” (namiotów do triażu) przy wytypowanych szpitalach w poszczególnych województwach	Praktyczne przygotowanie do wprowadzenia systemu szpitali jednoimiennych
04	Ministerstwo Zdrowia	<b>Informacja o pierwszym potwierdzonym przypadku nosicielstwa SARS-CoV-2 w Polsce</b>	
06	Ministerstwo Zdrowia	Aktualizacja listy produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych objętych zakazem wywozu z Polski	
07	Prezydent	Podpisanie specustawy „covidowej”	Początek nowego reżimu prawnego w zakresie m.in. kompetencji rządu
08	Ministerstwo Zdrowia	Wejście w życie rozporządzeń dot. obowiązku hospitalizacji i kwarantanny osób z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2	
08	Główny Inspektorat Sanitarny	Rekomendacja ws. odwołania imprez masowych powyżej 1 tys. uczestników	
09	Rada Ministrów	Wprowadzenie kontroli sanitarnych na granicach z Czechami i Niemcami	
10	Rada Ministrów	Odwołanie wszystkich imprez masowych	
11	Rada Ministrów	<b>Ogłoszenie tzw. lockdownu: zamknięcie wszystkich placówek oświatowych, szkół, przedszkoli, żłobków i szkół wyższych, a także instytucji kultury na dwa tygodnie od 16/03</b>	
12	Rada Ministrów	Wprowadzenie kontroli temperatury dla wszystkich osób przylatujących do Polski	
12	Ministerstwo Zdrowia	<b>Informacja o pierwszym zgonie z powodu COVID-19 w Polsce</b>	

13	Rada Ministrów	<b>Wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego</b>	<b>Czasowe przywrócenie kontroli granicznych, ograniczenie działalności m.in. galerii handlowych, klubów, restauracji, obiektów sportowo-rekreacyjnych i zakaz zgromadzeń więcej niż 50 osób</b>
13	Ministerstwo Zdrowia	Opublikowanie projektu rozporządzenia ws. sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19	
15	Rada Ministrów	Wprowadzenie zakazu wjazdu do Polski dla cudzoziemców (z wyjątkami)	
15	Narodowy Fundusz Zdrowia	<b>Zalecenie zawieszenia planowanych świadczeń w placówkach medycznych</b>	<b>„Zamrożenie” ochrony zdrowia</b>
18	Rada Ministrów	Przedstawienie założeń pakietu antykryzysowego	Wartość 212 mld zł, w tym 7,5 mld zł na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia
20	Ministerstwo Zdrowia	<b>Wprowadzenie stanu epidemii</b>	<b>M.in. umożliwienie kierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii</b>
21	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zalecenie wstrzymania niektórych planowych zabiegów operacyjnych od 30/03	
24	Rada Ministrów	Wprowadzenie dodatkowych obostrzeń	Ograniczenia w przemieszczaniu się tylko do niezbędnych spraw, ograniczenie liczby osób w komunikacji zbiorowej do połowy miejsc siedzących, ograniczenie zgromadzeń, ograniczenie do 5 liczby uczestników mszy świętej i utrzymanie wcześniejszych obostrzeń dot. funkcjonowania sklepów, kawiarni, miejsc rozrywki
27	Ministerstwo Zdrowia	Zlecenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowania zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych	Opublikowane 24/04

30	Ministerstwo Zdrowia	Rozpoczęcie dystrybucji środków ochrony osobistej do placówek medycznych innych niż szpitale jednoimienne, a także służb mundurowych	
31	Rada Ministrów	<b>Wprowadzenie dodatkowych obostrzeń</b>	<b>W przestrzeni publicznej zachowanie dystansu 2 m, zakaz wychodzenia na ulicę nieletnich bez opieki osoby dorosłej, limit osób w sklepach, obowiązek zakładania rękawiczek jednorazowych w sklepach, zamknięte parki, bulwary, plaże, zamknięte usługi fryzjerskie i kosmetyczne, dodatkowe wymogi w zakładach pracy, limit miejsc u prywatnych przewoźników</b>

## kwiecień

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
03	Ministerstwo Zdrowia	Utworzenie zespołu ds. koordynacji sieci laboratoriów COVID	
08	Ministerstwo Zdrowia	Wydanie zaleceń dla wszystkich szpitali o wydzieleniu miejsc izolacji pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 i wydzieleniu oddziału do hospitalizacji chorych	
16	Rada Ministrów	Wprowadzenie dodatkowych obostrzeń	Obowiązek zasłaniania ust i nosa w miejscach publicznych – w budynkach i na zewnątrz
20	Rada Ministrów	<b>Zniesienie części obostrzeń</b>	<b>Nowe zasady dotyczące liczby klientów w sklepach, a także uczestników mszy czy pogrzebu, otwarty wstęp do lasów i parków, możliwość przemieszczania się w celach rekreacyjnych</b>

24	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Publikacja zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych oraz organizacyjnych w zakresie opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2
28	Ministerstwo Zdrowia	Publikacja rozporządzenia „jeden medyk – jeden etat”

## maj

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
04	Ministerstwo Zdrowia	Umożliwienie mobilnych testów ( <i>drive-thru</i> ) dla osób kończących kwarantannę	
06	Rada Ministrów	Zniesienie obostrzeń dotyczących zamknięcia żłobków i przedszkoli	
12	Ministerstwo Zdrowia	Apel Ministerstwa Zdrowia o zgłaszanie się pacjentów do placówek w celu kontynuacji leczenia przerwane w wyniku „zamrożenia” ochrony zdrowia	
18	Rada Ministrów	Zniesienie części obostrzeń	Otwarte zakłady fryzjerskie i kosmetyczne, a także lokale gastronomiczne, zmienione reguły funkcjonowania komunikacji miejskiej, umożliwiające zajęcia praktyczne w szkołach policealnych, poluzowane zasady korzystania z obiektów sportowych
30	Rada Ministrów	Zniesienie części obostrzeń	Zniesienie obowiązku noszenia maseczek w przestrzeni otwartej

## czerwiec

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
06	Rada Ministrów	Zniesienie części obostrzeń	Otwarte baseny, siłownie, kluby fitness, kina i teatry
13	Rada Ministrów	Zniesienie wymogu kwarantanny dla obywateli Unii Europejskiej przyjeżdżających do Polski	

## lipiec

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
20	Ministerstwo Zdrowia	Powołanie zespołu ds. strategii zwalczania COVID-19	
24	Ministerstwo Zdrowia	Zmiana rozporządzenia „jeden medyk – jeden etat”	Zmiana umożliwiająca decydowanie przez kierownika podmiotu leczniczego o ograniczeniu możliwości pracy w innych placówkach przez osobę wykonującą zawód medyczny

## sierpień

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
05	Ministerstwo Edukacji	Decyzja o rozpoczęciu zajęć szkolnych 1 września w trybie stacjonarnym	
08	Ministerstwo Zdrowia	Wprowadzenie lokalnych obostrzeń w powiatach o wysokiej liczbie stwierdzanych przypadków SARS-CoV-2	
18	Rada Ministrów	Łukasz Szumowski podaje się do dymisji	
26	Prezydent RP	Powołanie Adama Niedzielskiego na nowego ministra zdrowia	

DZIEŃ	DECYDENT	DZIAŁANIE	KONSEKWENCJE
01	Rada Ministrów	Ograniczenie ruchu lotniczego do Polski z krajów objętych wzrostami zachorowań	Od 2 do 15 września niemożliwe było lądowanie samolotów m.in. z Hiszpanii i USA
08	Ministerstwo Zdrowia	Przyjęcie strategii walki z koronawirusem na jesień	<b>Porzucenie koncepcji szpitali jednoimiennych na rzecz rozmieszczenia tzw. łóżek COVID-owych w szpitalach zakaźnych i wielospecjalistycznych, rozszerzenie podstawy dla lekarzy POZ do wydania skierowania na test na obecność koronawirusa, skrócenie obowiązkowej kwarantanny do 10 dni</b>
28	Rada Ministrów	Zmniejszenie liczby krajów objętej zakazem ruchu lotniczego do Polski	

## REORGANIZACJA ŻYCIA SPOŁECZNO-GOSPODARCZEGO W WYNIKU WPROWADZONYCH REŻIMÓW SANITARNYCH

Reżimy sanitarne wdrażane na terenie Polski miały wpływ na większość obszarów funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki, ale był on nierównomierny i ograniczony w czasie. Odrębną kwestią jest relacja między reżimem prawnym a jego egzekwowaniem.



### Ochrona zdrowia

Kluczową konsekwencją było **tzw. zamrożenie ochrony zdrowia**: w wyniku zaleceń Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w marcu placówki zaczęły zawieszać wykonywanie planowych świadczeń zdrowotnych, w tym zabiegów operacyjnych. Porady w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), a także w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) zaczęto wykonywać w formie zdalnej, przede wszystkim telefonicznie.

W ramach reorganizacji systemu pod kątem zarządzania sytuacją epidemiczną Ministerstwo Zdrowia zdecydowało w połowie marca o **przekształceniu 19 placówek w tzw. szpitale jednoimienne**, w założeniu zajmujące się wyłącznie pacjentami z podejrzeniem i potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W kolejnych tygodniach lista szpitali jednoimiennych zwiększyła się do 21. Przekształcone placówki miały zróżnicowany status prawny i podmioty prowadzące, a znalazły się wśród nich szpitale należące do największych w poszczególnych województwach<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Były to m.in. Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu i Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.



### Gospodarka

Pierwsze miesiące epidemii **doprowadziły do ograniczenia handlu**. Przez ponad miesiąc zamrożono funkcjonowanie sklepów wielkopowierzchniowych, ograniczono funkcjonowanie sklepów budowlanych, a wzrost liczby osób pracujących zdalnie i spadek liczby podróży spowodowały obrotów na stacjach benzynowych, w drogeriach czy sklepach w miejscowościach turystycznych. Krótkotrwały wzrost można było zauważyć w handlu towarami szybko rotującymi (FMCG), kiedy Polacy zrobili zapasy na wypadek ściślejszego lockdownu. Zastoju doświadczył przemysł – produkcję w niektórych branżach wstrzymano, jeśli nie ze względu na skutki epidemii (np. powstania ognisk epidemicznych w dużych zakładach pracy), to z powodu problemów w dostawie półproduktów czy przerw w łańcuchach dostaw. Silnie ucierpiały drobne usługi – ze względu na zdrowie publiczne rząd zdecydował się na zamrożenie m.in. usług fryzjerskich i kosmetycznych czy gastronomii. Przykładowo, w hotelarstwie spadek sprzedaży wyniósł w kwietniu prawie 100 proc. **Jeszcze w lipcu większość branż pozostawała w recesji, mimo postępującej poprawy koniunktury**. Kłopoty gospodarcze przełożyły się na spadki zatrudnienia – traciły na nich zwłaszcza młodzi przyjmowani do pracy na umowach cywilnoprawnych. Z kolei część biznesów zmagająca się z nieplanowanymi brakami kadrowymi, wynikłymi m.in. z konieczności podjęcia opieki rodzicielskiej nad dziećmi, które nie mogły chodzić do szkół i przedszkoli.

Spadki płynności przedsiębiorstw oraz przerwanie ciągłości zatrudnienia **obniżyły jakość życia wielu Polaków i pośrednio miały wpływ także na ich zdrowie** (np. wskutek przerwania prawa do ubezpieczenia zdrowotnego lub braków finansowych). W kwietniu rząd zaproponował działania osłonowe, nazywane potocznie tarczą antykrzysową, której rozwiązania adresowane były przede wszystkim do właścicieli firm. W czerwcu zniesiono część obostrzeń, zwłaszcza tych ograniczających działalność gospodarczą. Pozwoliło to ograniczyć negatywne skutki gospodarcze, choć ich dotkliwość będzie w pełni widoczna dopiero po upływie dłuższego czasu. Jesienny wzrost zachorowań przyniósł dalsze komplikacje – nawet wobec niechęci rządzących do zamykania gospodarki i tak może nastąpić spowolnienie ze względu na wyłączenie z pracy osób chorujących na COVID-19.



### Kultura i rozrywka

Wskutek zamrożenia wielu branż usługowych, zwłaszcza tych niekoniecznych z perspektywy spełniania podstawowych potrzeb bytowych, zmienił się sposób funkcjonowania branży kulturalno-rozrywkowej. **Ośrodki kultury, takie jak teatry, opery czy muzea, przestały przyjmować gości i odwołały spektakle**, a dużą część dotychczasowej działalności przeniosły do internetu, gdzie można było za darmo oglądać zdigitalizowany repertuar lub wystawy. W związku z zamknięciem kin zmienił się kalendarz premier, co wstrzymało produkcję filmową i dystrybucję nowych obrazów. Festiwale muzyczne i filmowe albo zostały odwołane, albo odbyły się częściowo lub całkowicie online, w okrojonej formie. Niewątpliwie przełożyło się to na pogorszenie warunków zatrudnienia i prowadzenia biznesów w tych branżach, tym bardziej że zdalne uczestnictwo w kulturze jest mniej atrakcyjne i bardziej wyczerpujące dla publiczności.

**Polacy musieli wstrzymać się także od bardziej codziennych rozrywek, takich jak wieczorne wyjścia do lokali gastronomicznych czy uprawianie sportu na świeżym powietrzu**. W pierwszych miesiącach epidemii zamrożono funkcjonowanie stacjonarnej gastronomii, w związku z czym lokale, które utrzymywały się wyłącznie z serwowania alkoholu czy organizacji imprez tanecznych, musiały się zamknąć. Wiele kontrowersji wzbudziła

rządowa decyzja o zamknięciu miejskich terenów zielonych, co w założeniu miało rozluźnić zagęszczenie spotkań w terenach publicznych – szybko ją więc zarzucono, m.in. dzięki podniesieniu argumentów o konieczności utrzymania przez obywateli części aktywności poza domem ze względu na ich dobrostan psychiczny.



## Edukacja i nauka

**Uczelnie akademickie były pierwszymi instytucjami, które – jeszcze na początku marca – zareagowały w zorganizowany sposób na epidemię.** Przykładowo, Uniwersytet Warszawski podjął decyzję o przejściu na tryb zdalny (przede wszystkim w zakresie dydaktyki) jeszcze 10 marca, co biorąc pod uwagę liczebność studentów (40,5 tys. w 2019 r.) oraz ich zwyczajową mobilność, mogło ograniczyć wzrost zachorowań. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego podążyło za tą inicjatywą i 11 marca rozszerzyło ten tryb na wszystkie placówki szkolnictwa wyższego. **Zamrożenie pracy uczelni wyższych odbiło się jednak na działalności naukowej** – kolejne instytucje wstrzymywały konferencje oraz wizyty studyjne, utrudnione było prowadzenie badań w wielu dziedzinach (zwłaszcza wymagających wyjazdów w teren).

Podobnie stało się ze szkołami. Tysiące dydaktyków oraz miliony uczniów zaczęły wykonywać swoje obowiązki przed ekranami komputerów i smartfonów, co nie obyło się bez problemów. **Zwłaszcza szkoły miały kłopot z przestawieniem się na nowy tryb funkcjonowania:** nauczyciele nie zostali wyposażeni w odpowiedni sprzęt, nie mieli też kompetencji do prowadzenia lekcji online, niegotowe były programy nauczania i scenariusze lekcji na taką okoliczność, a część uczniów nie dysponowała komputerami, by efektywnie korzystać z zajęć zdalnych<sup>6</sup>, co wykluczało ich z uczestnictwa w edukacji. Niesprawna i często spóźniona komunikacja Ministerstwa Edukacji Narodowej utrudniała organizację pracy placówek szkolnych. Nie pomagały niedobory kadrowe wśród nauczycieli, wynikłe z niezadowalających warunków pracy i niskich płac. **Sytuacja ta uwypukliła dotkliwość wykluczenia cyfrowego, które jeszcze przed epidemią było w Polsce problemem.**

Okrojenie funkcjonowania szkół i uczelni pozbawiło obie te instytucje wielu istotnych funkcji społecznych, np. budowania środowiska, socjalizacji, nauki poza zajęciami, rozwijania zainteresowań, wyrównywania różnic ekonomicznych, zapewniania miejsca i materiałów do podnoszenia kompetencji. Organizacja nauczania i egzaminów końcowych w warunkach kryzysowych była przyczyną zwiększonego stresu i zaburzeń psychicznych uczniów, narażała ich również na przemoc domową, co stało się przedmiotem zapytań Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Na tę okoliczność powstała nawet grupa samopomocowa na Facebooku „UwolnijZłomka – komputery dla potrzebujących”, która 15 października 2020 r. zrzeszała ponad 3 tys. członków.

<sup>7</sup> Zob. zapytanie RPO do Ministra Edukacji w sprawie pomocy psychologicznej dla uczniów – w epidemii i poza nią, 15.04.2020, udostępniono na: <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-do-men-pomoc-psychologiczna-dla-uczniow-w-epidemii-i-pozaj-na>.

# Efektywność systemu ochrony zdrowia w Polsce w kontekście walki z epidemią COVID-19

Efektywność w kontekście tej analizy rozumiemy jako zdolność systemu ochrony zdrowia (SOZ) do:

- » ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2;
- » zapewnienia właściwej opieki pacjentom z COVID-19;
- » utrzymania opieki nad pacjentami z innymi potrzebami zdrowotnymi.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w odniesieniu do zarządzania SOZ w trakcie pandemii zdefiniowała tzw. podwójną ścieżkę (*dual-track*), oznaczającą jednocześnie: I) zapewnienie pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych dla zapobiegania, diagnozowania, izolowania i leczenia pacjentów z COVID-19 oraz II) zaspokojenie potrzeb zdrowotnych populacji we wszystkich innych zakresach (mogących ulec ograniczeniu ze względu na działania kryzysowe)<sup>8</sup>.

## OCENA DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PRZEZ RZĄD

Pojęciem istotnym w analizie systemów ochrony zdrowia w kontekście epidemii COVID-19 jest **odporność** (*resilience*), definiowana jako zdolność systemu do przygotowania się na wstrząsy, zarządzania nimi (absorbacji, adaptacji i transformacji) oraz wyciągania z nich wniosków.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> WHO Regional Office for Europe, *Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases. Policy considerations for the WHO European Region.*, 2020, udostępniono 10.09.2020 na: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

<sup>9</sup> Steve Thomas i in., „Strengthening health systems resilience POLICY BRIEF 36 Key concepts and strategies HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS” (2020), udostępniono 05.09.2020 na: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/>.

Z perspektywy zapewniania odporności systemu kluczowe założenia strategiczne można ująć w cztery kategorie: zarządzania, finansowania, zasobów i dostarczania usług. Warunki i działania w każdej z tych kategorii dzielone są na cztery fazy danego wstrząsu: I) przygotowań, II) wystąpienia wstrząsu, III) zarządzania wstrząsem oraz IV) normalizacji.

Warunki mające szczególne znaczenie na etapie zarządzania wstrząsem to:

- » antycykliczne finansowanie systemu ochrony zdrowia;
- » elastyczność w zakresie zakupów oraz realokacji finansowania zgodnie z potrzebami;
- » możliwość zwiększenia zasobów w zależności od wzrostu popytu na usługi;
- » alternatywne i elastyczne podejścia do dostarczania usług.

W zakresie ogólnych warunków sprzyjających odporności systemu na wszystkich etapach wyróżniamy:

- » skuteczne przywództwo, charakteryzujące się spójną wizją i klarowną komunikacją;
- » efektywną koordynację działań między instytucjami publicznymi i interesariuszami;
- » efektywne systemy i przepływ informacji;
- » odpowiednie finansowanie systemu, z możliwością jego realokacji i zwiększania;
- » odpowiednie pokrycie i dystrybucja zasobów ludzkich i materialnych;
- » zmotywowane i właściwie wsparte kadry.

Każdy system wymaga pewnego poziomu odporności. Jego określenie, zwłaszcza w warunkach niedoborów finansowych, nie jest jednak proste.

W praktyce istnieje sprzeczność między odpornością a efektywnością systemu. Działania mające na celu przygotowanie do zaistnienia wstrząsu wiążą się m.in. z zapewnieniem nadatku zasobów, co może być traktowane jako nieefektywna alokacja. O ile oczywiste jest, że każdy system (nie tylko zdrowotny) wymaga pewnego poziomu odporności, aby funkcjonować prawidłowo<sup>10</sup>, o tyle określenie tego poziomu proste już nie jest, zwłaszcza w warunkach chronicznego niedoboru zasobów finansowych i związanej z nim presji racjonalizacyjnej – z czym mamy do czynienia w polskim systemie ochrony zdrowia (SOZ).

Jednocześnie przytoczone warunki sprzyjające odporności SOZ pokrywają się z warunkami, które należałoby uznać za niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania systemu. Brak spełnienia tych warunków w dużej mierze od lat charakteryzuje polską ochronę zdrowia<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> William Hynes, *Resilience-based Strategies and Policies to Address Systemic Risks*, b.d.

<sup>11</sup> por. Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian* (Warszawa, 2019), udostępniono 13.09.2020 na: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,wp,22913.pdf>.

W ocenie ekspertów<sup>12</sup> polski SOZ nie był przygotowany na wystąpienie zagrożenia epidemicznego, zarówno pod względem zasobów (w tym sprzętu medycznego i środków ochrony osobistej), jak i procedur. Ponadto epidemia obnażyła nieefektywność kluczowych instytucji (takich jak Państwowa Inspekcja Sanitarna), a także zasad współpracy organów centralnych z samorządami.

Działania podjęte przez polskie władze w okresie od lutego do września 2020 r. miały w dużej mierze charakter doraźny i wiązały się ze spontaniczną reakcją na rozwijający się kryzys, o trudnym do przewidzenia kierunku rozwoju. Nie oznacza to, że polskie władze były gorzej przygotowane i mniej skuteczne od administracji w innych krajach europejskich, choć ocena zależy od przyjętych kryteriów.

## Polski system opieki zdrowotnej nie był przygotowany na wystąpienie zagrożenia epidemicznego zarówno pod względem zasobów, jak i procedur.

Jeśli skupić się jedynie na skali zakażeń nowym koronawirusem i zgonów z powodu COVID-19 w proporcji do populacji, Polska na koniec analizowanego okresu (tj. do września 2020 r.) znajdowała się zdecydowanie poniżej mediany dla krajów europejskich. Rezultat ten nie może być jednak wprost powiązany jedynie z decyzjami podejmowanymi przez administrację – przebieg epidemii w każdym kraju był wypadkową wielu czynników, w tym uwarunkowań strukturalnych (jak gęstość zaludnienia czy sieć osadnicza) oraz zdarzeń niekontrolowanych (jak wektory transmisji wirusa czy tzw. *superspreading events*<sup>13</sup>). Jeśli skupić się jedynie na skali zakażeń nowym koronawirusem i zgonów z powodu COVID-19 w proporcji do populacji, Polska na koniec analizowanego okresu (tj. do września 2020 r.) znajdowała się zdecydowanie poniżej mediany dla krajów europejskich. Rezultat ten nie może być jednak wprost powiązany jedynie z decyzjami podejmowanymi przez administrację – przebieg epidemii w każdym kraju był wypadkową wielu czynników, w tym uwarunkowań strukturalnych<sup>14</sup>.

Szersze konsekwencje zdrowotne epidemii, związane z zaburzeniem funkcjonowania SOZ, są odłożone w czasie i trudniejsze do oceny na tym etapie. Tym niemniej już latem 2020 r. zaczęły pojawiać się niepokojące sygnały, m.in. spadła liczba pacjentów zgłaszających się na badania profilaktyczne, zmniejszyła się liczba wystawianych kart DiLO (tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej) oraz przypadków zawałów czy diagnozowanych nowotworów<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> Stanisława Golinowska i in., *Alert zdrowotny 2: Zdrowie publiczne w świetle epidemii COVID-19*, 2020, udostępniono 14.09.2020 na: [https://oees.pl/wp-content/uploads/2020/05/Alert-zdrowotny\\_2.pdf](https://oees.pl/wp-content/uploads/2020/05/Alert-zdrowotny_2.pdf).

<sup>13</sup> Brak przyjętego polskiego odpowiednika tego pojęcia, odnoszącego się do sytuacji, w których pojedynczy zakażony w trakcie określonego wydarzenia (np. przyjęcia weselnego) zaraził dużą liczbę osób. W języku polskim sporadycznie stosowane było pojęcie „supersiewca” lub „superroznościel”.

<sup>14</sup> *Plany na jesień – strategia walki z pandemią koronawirusa*, komunikat rządowy, udostępniono 08.09.2020 na: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/plany-na-jesien--strategia-walki-z-pandemia-koronawirusa>.

<sup>15</sup> Patryk Słowik i Marzena Sosnowska, „Ukryte choroby. Koronawirus jest groźny, ale o wiele groźniejsze jest zaniechanie leczenia innych chorób”, *Dziennik Gazeta Prawna*, wrzesień 4, 2020, udostępniono 14.09.2020 na: <https://serwisy.gazeta-prawna.pl/zdrowie/artykuly/1490071,koronawirus-w-polsce-zaniechanie-leczenia-innych-chorob.html>.

## ANALIZA SWOT W ZAKRESIE EFEKTYWNOŚCI POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA PODCZAS EPIDEMII COVID-19

### SILNE

- » Efektywne mechanizmy decyzyjne na poziomie Rady Ministrów
- » Skuteczne uruchomienie finansowania działań nadzwyczajnych

### SŁABE

- » Ograniczone możliwości wpływania na organizację świadczeń zdrowotnych przez instytucje centralne
- » Brak spójnych wytycznych w wielu obszarach (takich jak praktyka kliniczna, organizacja leczenia)
- » Brak przygotowania w zakresie dostępu do środków ochrony osobistej
- » Brak samowystarczalności w zakresie produkcji środków ochrony osobistej
- » Niedostateczna organizacja i zasoby Państwowej Inspekcji Sanitarnej
- » Brak spójnej i przejrzystej komunikacji publicznej, w tym dotyczącej uzasadnienia podejmowanych decyzji zarządczych (m.in. nieujawnianie gremiów doradczych Ministerstwa Zdrowia)

### SZANSE

- » Wola współpracy pomiędzy uczestnikami systemu ochrony zdrowia
- » Zmiana podejścia do zarządzania systemem ochrony zdrowia i konsultacji z interesariuszami wynikająca ze zmiany na stanowisku ministra zdrowia

### ZAGROŻENIA

- » Upośledzenie pracy placówek ochrony zdrowia w wyniku niewłaściwej organizacji postępowania z pacjentami z podejrzeniem i zdiagnozowanym zakażeniem SARS-CoV-2
- » „Koronadomino” – pojawianie się ognisk zakażeń w placówkach ochrony zdrowia w wyniku przenoszenia koronawirusa przez pacjentów lub personel
- » Skonfliktowanie się kluczowych grup interesariuszy (jak lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej – POZ – czy specjaliści chorób zakaźnych)
- » Niewystarczające stosowanie się pacjentów do wytycznych i zaleceń postępowania
- » Niewystarczające stosowanie się personelu medycznego do wytycznych i zaleceń postępowania
- » Liczne luki legislacyjne spowalniające wdrażanie koniecznych interwencji

# Analiza obszarów problemowych



Czy w ochronie zdrowia centralizacja jest korzystniejsza niż decentralizacja?

## DEFINICJA PROBLEMU

Dyskusja na temat kierunków reform systemu ochrony zdrowia oscyluje wokół kilku wątków<sup>16</sup>. Po pierwsze, dotyczy roli jednostek samorządowych w realizowaniu polityki zdrowotnej. Samorządy mają określone ustawowo zadania, m.in. prowadzenie programów profilaktyki zdrowotnej. Ponadto są odpowiedzialne za prowadzenie placówek medycznych, przede wszystkim jako organy założycielskie szpitali powiatowych, których jest około 250 (na 949 funkcjonujących w całej Polsce w 2018 r.). Po drugie, kluczowym zagadnieniem jest finansowanie świadczeń zdrowotnych: 95 proc. środków publicznych na ten cel jest rozdysponowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który realizuje to zadanie za pośrednictwem swoich oddziałów wojewódzkich. Ich kierownictwo ma ograniczony wpływ na strukturę zawieranych kontraktów, a te obecnie są określane na poziomie centralnym. Po trzecie, istotne są również warunki, w jakich funkcjonują placówki ochrony zdrowia, m.in. w zakresie efektywności ich zarządzania i tego, na ile są w tym autonomiczne.

Podsumowanie współorganizowanej przez Ministerstwo Zdrowia ogólnopolskiej serii debat „Wspólnie o zdrowiu” zawiera dobitną diagnozę: „Polski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się silną fragmentacją i niedostatkiem systemowych rozwiązań organizacyjnych, finansowych i informatycznych, które sprzyjałyby ciągłości opieki nad pacjentem oraz współpracy między personelem medycznym a placówkami działającymi na różnych szczeblach opieki zdrowotnej”<sup>17</sup>. **Niedostateczna koordynacja jest wyzwaniem nie tylko w obszarze klinicznym, ale też funkcjonowania instytucji systemu ochrony zdrowia – zarówno będących częścią struktur państwowych, jak i organizacji pozarządowych, jak samorządy i związki zawodowe czy towarzystwa naukowe.**

<sup>16</sup> Iwona Kowalska-Bobko i Małgorzata Konaszczuk, „Czy system ochrony zdrowia w Polsce jest zdecentralizowany?”, *Puls Medycyny*, listopad 22, 2018, udostępniono 06.09.2020 na: <https://pulsmedycyny.pl/czy-system-ochrony-zdrowia-w-polsce-jest-zdecentralizowany-946292>.

<sup>17</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty*, 2019.

Z kolei nierówności w zdrowiu w Polsce są obserwowane i na poziomie społecznym, i geograficznym. Standaryzowane wskaźniki umieralności<sup>18</sup> w powiatach znacząco różnią się między sobą<sup>19</sup> i mogą być związane zarówno z czynnikami społecznymi (m.in. poziomem wykształcenia), jak i strukturalnymi (m.in. liczbą lekarzy na danym terytorium czy dostępnością transportu publicznego). Istnieją znaczące różnice regionalne w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ – wśród mieszkańców województwa łódzkiego odsetek mieszkańców korzystających z co najmniej jednego świadczenia wynosił w 2019 r. 83 proc., a wśród mieszkańców województwa opolskiego 74 proc.<sup>20</sup>.

**W debacie publicznej ujawnia się również dyfuzja odpowiedzialności za niwelowanie nierówności w zdrowiu<sup>21</sup>. O ile można zakładać, że władze samorządowe powinny być lepiej zorientowane w potrzebach swoich populacji (co samo w sobie nie jest oczywiste), o tyle trudno ocenić, na ile są one w stanie równie skutecznie pro-**

**wadzić odpowiednie działania.** Jednocześnie kluczowa rola Narodowego Funduszu Zdrowia w centralnej dystrybucji środków na świadczenia zdrowotne może być wiązana z kompetencjami w zakresie identyfikowania nierówności i podejmowania na tej podstawie decyzji co do właściwej alokacji, przekładającej się na kreowanie polityki zdrowotnej na danym terenie. W praktyce jednak – w ocenie Najwyższej Izby Kontroli – podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ nie zapewnia ich optymalnego wykorzystania ze względu na wadliwość stosowanych algorytmów<sup>22</sup>.

W debacie publicznej ujawnia się dyfuzja odpowiedzialności za niwelowanie nierówności w zdrowiu.

**Analiza doświadczeń innych krajów europejskich nie przynosi jednoznacznych wniosków co do przełożenia działań decentralizacyjnych w ochronie zdrowia na określone efekty polityk zdrowotnych: „Decyzja co do decentralizacji i określenie miksu zdecentralizowanych i scentralizowanych elementów [systemu] nie jest decyzją opartą na dowodach (evidence-based decision), lecz decyzją polityczną”<sup>23</sup>. Wiąże się to z szerszym kontekstem odpowiedzialności organów samorządowych, oczekiwań wobec nich ze strony obywateli i tego, na ile ich potrzeby są zaspakajane. Jednocześnie podejmowanie działań recentralizacyjnych może mieć miejsce wówczas, gdy do głosu dochodzą nieefektywności (wynikające np. z nadmiernej biurokracji) czy rosą regionalne nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej (np. ze względu na nierównomierną dystrybucję zasobów finansowych czy ludzkich). W Polsce mamy do czynienia z oboma wspomnianymi problemami.**

<sup>18</sup> Miara odnosząca się do porównania prawdopodobieństwa zgonu mieszkańca danego terytorium do średniej wartości dla całego kraju, oczyszczona z wpływu struktury wiekowej ludności.

<sup>19</sup> Por. dane dostępne w portalu NIZP-PZH <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>.

<sup>20</sup> Wojciech Kuta, „Nierówności w zdrowiu to smutny spadek po transformacji”, *Rynek Zdrowia*, wrzesień 9, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Nierownosci-w-zdrowiu-to-smutny-spadek-po-transformacji,212275,2.html>.

<sup>21</sup> Por. komentarze m.in. dr Małgorzaty Gałązki-Sobotki podczas sesji „Syndrom kodu pocztowego, czyli polskie nierówności w zdrowiu” w trakcie Health Challenges Congress 1 lipca 2020 r., <https://video.ptwp.pl/player.html?id=17949>.

<sup>22</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian* [s. 52].

<sup>23</sup> Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite, i Karsten Vrangbaek, red., *Decentralization in health care. Strategies and outcomes* (Maidenhead: Open University Press, 2007), udostępniono 14.09.2020 na: [www.openup.co.uk](http://www.openup.co.uk) [s. 78].



## WYZWANIA MAJĄCE ZNACZENIE W KONTEKŚCIE EPIDEMII

W Polsce kwestia centralizacji/decentralizacji pojawiła się wyraźnie w dwóch kontekstach:

I. W pierwszych miesiącach trwania epidemii, gdy wiele decyzji podjętych na szczeblu administracji centralnej (głównie przez Radę Ministrów i Ministerstwo Zdrowia) i realizowanych z udziałem administracji zespolonej (przede wszystkim wojewodów) miało na celu wprowadzenie jednolitego modelu zarządzania kryzysowego w ochronie zdrowia. Obejmował on: **obostrzenia w życiu społecznym i gospodarczym** (wprowadzane, a następnie znoszone na terenie całego kraju), „**zamrożenie**” **ochrony zdrowia** (zalecenia NFZ dotyczące ograniczenia świadczeń realizowanych planowo), a także **ustanowienie sieci szpitali jednoimiennych** (decyzją wojewodów, niezależnie od tego, kto był organem prowadzącym daną placówkę).

II. W maju, wraz z rozwojem ognisk zakażeń w województwie śląskim, gdy wśród opinii publicznej pojawiły się spekulacje na temat wprowadzenia jakiejś formy izolacji regionu, w tym fizycznej. O ile obowiązujące wówczas przepisy o stanie epidemii przewidywały takie narzędzie, **przedstawiciele rządu stanowczo zaprzeczali, by planowane było np. zamknięcie województwa**<sup>24</sup>. Regionalizacja obostrzeń została skonkretyzowana dopiero w sierpniu, gdy Ministerstwo Zdrowia przedstawiło rozwiązanie polegające na obejmowaniu podwyższonym reżimem sanitarnym powiatów, w których notowano szczególnie wysoką liczbę przypadków w proporcji do populacji<sup>25</sup>. Do 24 września lokalne obostrzenia obowiązywały łącznie w 21 powiatach.

Dostosowanie działań do lokalnej sytuacji epidemiologicznej znalazło się wśród rekomendacji przedstawionych w sierpniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT)<sup>26</sup>. Agencja wskazywała w nich m.in. na konieczność uwzględnienia ryzyka w danej jednostce terytorialnej, zapewnienia spójności działań na szczeblu lokalnym z ogólnokrajową strategią, a także efektywnej współpracy organów centralnych i samorządowych. W praktyce doświadczenia pierwszych miesięcy epidemii obrazują problemy dotyczące koordynacji i spójności:

### 1 Niedostateczna koordynacja działań uczestników systemu ochrony zdrowia

Zadania realizowane przez SOZ podczas epidemii obejmowały podmioty podlegające zarówno administracji centralnej, jak i jednostkom samorządowym, a także podmioty prywatne (w tym placówki medyczne czy laboratoria diagnostyczne). **Szczególnie obciążenie jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dalej sanepidu) przekładało się na nieefektywne działania w stosunku do pacjentów**, a także innych osób. Niedostatki w zakresie dostępności kadr

24 „Czy województwo śląskie zostanie zamknięte? Jest odpowiedź premiera Mateusza Morawieckiego”, *Gazeta Prawna*, last modified maj 13, 2020, udostępniono 11.09.2020 na: <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1476445,zamkniecie-wojewodztwa-slaskiego.html>.

25 Dwa poziomy obostrzeń, określone jako „strefy żółte” i „strefy czerwone”, co do zasady miały być wprowadzane przy przekroczeniu na przestrzeni 14 dni sumy odpowiednio ponad 6 i ponad 12 nowych przypadków na 10 tys. mieszkańców. Ministerstwo Zdrowia uwzględniło jednak również dodatkowe kryteria, a zaostrzenie reżimów sanitarnych nie odbywało się automatycznie.

26 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, *Przegląd strategii walki z COVID-19 w okresie jesienno-zimowym*, 2020.

czy skuteczności procedur zostały spotęgowane przez problemy z przepływem informacji, objawiające się chociażby różnicami w danych o liczbie zachorowań raportowanych na poziomie powiatowych i wojewódzkich stacji sanepidu<sup>27</sup>. W pierwszych miesiącach epidemii pojawiały się również doniesienia i spekulacje na temat zgonów wiązanych z opieszałością służb sanitarno-epidemiologicznych i słabą współpracą z placówkami ochrony zdrowia oraz laboratoriami analitycznymi<sup>28</sup>.

### 2

#### Brak przełożenia decyzji zapadających na szczeblu centralnym na funkcjonowanie jednostek odpowiedzialnych za usługi zdrowotne oraz inne czynności

W pierwszych miesiącach stanu epidemii jedną z często podnoszonych kwestii była liczba wykonywanych testów w kierunku SARS-CoV-2, zwłaszcza w kontekście rozbieżności między deklaracjami Ministerstwa Zdrowia co do maksymalnych możliwości testowania przez laboratoria a raportowaną liczbą przeprowadzanych badań. Jako przyczynę takiego stanu rzeczy urzędnicy resortu wskazywali niezależność lekarzy kierujących na badania i podkreślali brak możliwości bezpośredniego wpływania.

**Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia w trakcie trwania epidemii wielokrotnie przyznawali się do ograniczonej możliwości wpływania na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.** Podobnie NFZ korzystał ze stosunkowo miękkich narzędzi: na wczesnym etapie epidemii „zamrożenie” ochrony zdrowia zostało wprowadzone za pomocą zaleceń, a nie poleceń, dotyczących wstrzymania zabiegów planowych. Kilka miesięcy później „odmrażanie” odbywało się tą samą drogą – Ministerstwo Zdrowia wskazywał, że „namawia” do powrotu do pracy w normalnym trybie<sup>29</sup>. W różnych placówkach procesy „zamrażania” i „odmrażania” miały więc różną dynamikę, uzależnioną od indywidualnych decyzji kierujących placówkami. W efekcie pacjenci w różnych częściach kraju mieli nierówny dostęp do świadczeń.

### 3

#### Wielość wytycznych dla uczestników ochrony zdrowia

**Wytyczne dotyczące postępowania podczas epidemii COVID-19 były wydawane przez kilka ośrodków:** Głównego Inspektora Sanitarnego, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, medyczne towarzystwa naukowe, a także konsultantów poszczególnych specjalizacji lekarskich. Placówki musiały zatem poświęcać dodatkowe zasoby na analizę i interpretację przepisów i uwarunkowań, mierzyć się z niepewnością co do prawidłowości podejmowanych kroków,

27 Paweł Pawlik, „Koronawirus w Polsce. Znikające zakażenia na Śląsku”, *Onet.pl*, lipiec 12, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://wiadomosci.onet.pl/slask/koronawirus-w-polsce-znikajace-zakazenia-na-slasku/b9jvg6>.

28 Jacek Harłukowicz, „Koronawirus. Od poniedziałku czekał w kwarantannie na test, bo miał objawy. Nie doczekał się, zmarł w sobotę”, *Gazeta Wyborcza*, marzec 22, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/7,35771,2581116,sanepid-sie-korkuje-zmarly-glogowianin-do-poniedzialku-mial.html>. „Teś zmarł z powodu koronawirusa – rodzina alarmuje, że długo czekała na testy. Sanepid wyjaśnia”, *Polsat News*, kwiecień 17, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-04-17/tesc-zmarl-z-powodu-koronawirusa-rodzina-alarmuje-ze-dlugo-czekala-na-testy-sanepid-wyjasnia/>.

29 Beata Pieniążek-Osińska, „«Odmrażanie» ochrony zdrowia – różne tempo w różnych placówkach”, *Politykazdrowotna.pl*, maj 15, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://www.politykazdrowotna.com/59106,odmrazanie-ochrony-zdrowia-rozne-tempo-w-roznych-placowkach>.

np. w zakresie schematu testowania pacjentów i pracowników medycznych (co niosło za sobą również konsekwencje finansowe).

W maju Polska Federacja Szpitali apelowała do Głównego Inspektora Sanitarnego o opracowanie spójnych wytycznych dotyczących „odmrażania” działalności szpitali. Organizacja zwróciła się również do Ministerstwa Zdrowia o zorganizowanie mechanizmu zbierania w jednym miejscu i uspoźniania wytycznych pochodzących od różnych instytucji<sup>30</sup>.

## PRZYCZYNY WYZWAŃ

TYP	PRZYCZYNA	ROZWIWIĘCIE
 Materialny	Niedostateczne finansowanie działań związanych z ochroną zdrowia realizowanych na poziomie samorządów	95 proc. środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia w Polsce jest dystrybuowanych centralnie – poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia (środki ze składek zdrowotnych) i Ministerstwo Zdrowia (środki z budżetu państwa)
 Instytucjonalny	Niedostateczna efektywność systemów teleinformatycznych i procedur umożliwiających przepływ danych między poszczególnymi instytucjami systemu ochrony zdrowia	Niedostatki wynikają m.in. z braku spójnego systemu informatycznego do kontroli rozliczeń czy wymiany dokumentacji medycznej między świadczeniodawcami
 Materialny		
 Instytucjonalny	Niedostateczna koordynacja powstawania wytycznych dla personelu medycznego i placówek ochrony zdrowia	Niezależność towarzystw naukowych, wynikająca z przepisów prawa, a także brak współpracy z Ministerstwem Zdrowia i podległymi mu instytucjami przekładały się na równoczesne działania różnych ośrodków, co było przyczyną nieefektywności (pracy nad tym samym obszarem) i szumu informacyjnego negatywnie wpływającego na decyzyjność placówek ochrony zdrowia
 Legislacyjny		

30 PAP, „Eksperci: epidemiczne wytyczne dla placówek są niespójne i nadal niekompletne”, *Rynek Zdrowia*, czerwiec 9, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Eksperci-epidemiczne-wytyczne-dla-placowek-sa-niespojne-i-nadal-niekompletne,208749,1.html>.



Legislacyjny

„Rynkowy” charakter systemu ochrony zdrowia wynikający z ustawy o działalności leczniczej

Dużą część świadczeniodawców w polskim SOZ stanowią podmioty prywatne działające w granicach przepisów tworzonych przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Ustawa przewiduje szereg narzędzi bezpośredniego wpływania na świadczeniodawców poprzez m.in. określanie standardów czy egzekwowanie sankcji, jednak Ministerstwo Zdrowia może zobowiązywać do wykonania określonego zadania jedynie placówki, dla których jest podmiotem tworzącym albo których jedynym lub większościowym udziałowcem jest Skarb Państwa. Analogicznie wyglądają uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego\*

\* Art. 38 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

## ROZWIĄZANIA: ZASTOSOWANE, PLANOWANE I POTENCJALNE

W ocenie ekspertów międzynarodowych<sup>31</sup> **decentralizacja powinna być traktowana jako płynny proces, a nie sztywna struktura zarządca**: w sytuacji, gdy zmieniają się cele i potrzeby systemu, należy dostosowywać działania, również – jeśli to uzasadnione – w kierunku recentralizacji. Podobnie analizując kontekst walki z epidemią w Polsce, nie można jednoznacznie wskazać jednego kierunku reorganizacji systemu – problemy, które wystąpiły, miały swoje źródło raczej w niedostatecznej koordynacji między poszczególnymi instytucjami i interesariuszami, a także niedostatkiem samych instytucji. Pod tym kątem warto więc oceniać poszczególne rozwiązania mogące mieć zastosowanie dla poprawy sytuacji.

Nie można wskazać jednego kierunku reorganizacji systemu w Polsce. Decentralizacja powinna być traktowana jako płynny proces.

31 Saltman, Bankauskaite, i Vrangbaek, *Decentralization in health care. Strategies and outcomes* [s. 83-84].



#### ZASTOSOWANE:

##### pionizacja Państwowej Inspekcji Sanitarnej

- Proces reorganizacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej rozpoczął się nowelizacją ustawy<sup>32</sup>, która weszła w życie 15 marca 2020 r. Odbyło się to niezależnie od sytuacji epidemicznej – prace nad ustawą toczyły się od 2016 r. Główne założenie „pionizacji” polegało na przekazaniu kontroli nad organami sanepidu z samorządów do administracji zespolonej, tj. wojewodów (przede wszystkim w zakresie powoływania kierownictwa powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych). Najważniejsze argumenty za reformą, sformułowane w uzasadnieniu do ustawy, dotyczyły poprawy nadzoru nad zdrowiem publicznym i możliwości szybkiego podejmowania decyzji oraz skutecznej koordynacji działań w sytuacjach kryzysowych. Z kolei brak bezpośredniego wpływu Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego na powiatowe i wojewódzkie sanepidy miał być wskazywany jako problem przez przedstawicieli Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. W założeniu pionizacja miała również umożliwić poprawę sytuacji płacowej pracowników sanepidu.
- Nałożenie się reformy na czas rozprzestrzeniania się COVID-19 uniemożliwia ocenę, czy i w jakim zakresie niedostatki działania jednostek sanepidu były jej skutkiem. W założeniu reforma powinna była być czynnikiem usprawniającym działanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej właśnie w obliczu zagrożenia epidemicznego tej skali. Nie było jednak czasu na wdrożenie reorganizacji struktur ani ujednoczenie procedur np. w zakresie przepływu informacji i komunikacji publicznej. W praktyce konieczność podejmowania szybkich działań w szerokim zakresie odpowiedzialności sprawiła, że zarządzanie kryzysowe stało się nie tylko przedmiotem działania sanepidu, ale też jego wewnętrzną sytuacją.
- Abstrahując od zbiegu okoliczności, można przyjąć, że działania centralizujące były uzasadnione i celowe. Zarzutem mogłaby być jedynie długość procesu legislacyjnego, m.in. w wyniku której sanepid nie był właściwie przygotowany do walki z epidemią.



#### ZASTOSOWANE:

##### pionizacja Narodowego Funduszu Zdrowia

- Struktura NFZ, która zastąpiła funkcjonujące wcześniej regionalne kasy chorych, od początku zakładała częściowe delegowanie zadań z centrali do oddziałów wojewódzkich. Nie miały one autonomii na poziomie kas chorych, lecz – zakładano – miały lepsze rozeznanie w zakresie potrzeb zdrowotnych danego regionu i możliwości kształtowania polityki Funduszu. W praktyce te przewagi nie zawsze jednak się materializowały – w ocenie Najwyższej Izby Kontroli m.in. sposób

32 Ustawa z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw (Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, b.d.), udostępniono 15.09.2020 na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000322/U/D20200322Lj.pdf>.

kontraktowania świadczeń nierzadko pomijał lokalne dane epidemiologiczne, a oddziały wojewódzkie np. przeznaczały środki na profilaktykę onkologiczną w sposób niewynikający z ewidentnych potrzeb<sup>33</sup>.

- Wprowadzenie pionizacji, czyli m.in. ograniczenia kompetencji dyrektorów oddziałów wojewódzkich i przeniesienia zadań na centralę NFZ, zostało wprowadzone przy okazji zmian w innych przepisach, w formie poprawek do kolejnej nowelizacji specustawy „covidowej” w lipcu 2020 r. W ocenie twórców projektu celem zmian było m.in. wprowadzenie jednolitych standardów postępowania w całej strukturze NFZ, a także lepsze zarządzanie zasobami materialnymi i logistyką organizacji. Co więcej, niejakie rozproszenie zasad działania było związane przez nich z różnym dostępem do świadczeń w poszczególnych regionach Polski<sup>34</sup>.
- Zmiana może być interpretowana jako uporządkowanie trwającego od wielu lat stanu, w którym autonomia oddziałów wojewódzkich funduszu nie była doprecyzowana, co przekładało się na niejasność w zakresie kompetencji i decyzyjności. Ponadto centralizacja powinna uprościć proces konsultowania i ustalania procedur oraz standardów wymaganych od świadczeniodawców, które co do zasady powinny być jednolite w skali całego kraju<sup>35</sup>.



#### ZASTOSOWANE:

##### zakupy centralne

- Centralizacja w zakresie organizowania ogólnokrajowych przetargów jest coraz częściej praktykowana przez Ministerstwo Zdrowia. Dotyczą one przede wszystkim kosztochłonnych urządzeń medycznych (zwłaszcza sprzętu diagnostycznego), ale też innych wyrobów medycznych, a także leków w zakresie zaopatrzenia szpitali. Za organizację przetargów odpowiada Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia – instytucja, która przez wiele lat działała tylko w ograniczonym zakresie. W ostatnich latach jednak skala postępowań realizowanych za jej pośrednictwem znacząco wzrosła, m.in. ze względu na wzrost środków przeznaczanych na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia.
- W 2018 r. nastąpiła też zmiana przepisów dotyczących kompetencji prezesa NFZ w zakresie warunków zawierania umów ze świadczeniodawcami, wprowadzająca możliwość zastrzeżenia, że leki czy wyroby medyczne niezbędne do realizacji świadczeń w ramach umów muszą być dostarczane w drodze wspólnego postępowania. Ponadto prezes NFZ zyskał prawo do organizowania przetargów grupowych w tym zakresie.

33 Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*.

34 Dominika Sikora i Agata Szczepańska, „Niedzielski: Zamach nie na NFZ, ale na kasy chorych”, *Dziennik Gazeta Prawna*, lipiec 23, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1486806,adam-niedzielski-prezes-nfz-poprawa-zdolnosci-logistycznej.html>.

35 Bartłomiej Leśniewski, „Adam Niedzielski stawia NFZ do pionu”, *mzdrowie.pl*, sierpień 26, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://www.mzdrowie.pl/fakty/adam-niedzielski-stawia-nfz-do-pionu/>.



#### POTENCJALNE/PLANOWANE:

##### przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych

- Najwyższa Izba Kontroli wskazuje<sup>36</sup>, że konsolidacja na poziomie samorządów wojewódzkich właścicielstwa szpitali należących obecnie do samorządów szczebla powiatowego i miejskiego poprawiłaby koordynację polityki zdrowotnej i efektywność wykorzystania zasobów. Rekomendacja – sformułowana w 2019 r. – uwzględnia oddłużenie przejmowanych placówek, ale sugeruje również, że konsolidacja wiązałaby się z przekształceniami placówek, które wykonują te same świadczenia w obrębie określonego terytorium.
- Plan konsolidacji szpitali powiatowych – według nieoficjalnych informacji pojawiających się w mediach we wrześniu<sup>37</sup> – miałby zostać zrealizowany przez rząd do końca kadencji (czyli do 2023 r.). Spekulacje dotyczyły m.in. tego, czy podmiotem założycielskim miałyby być Ministerstwo Zdrowia czy też wojewodowie, a także czy i na jakiej zasadzie miałyby zostać uregulowane zobowiązania zadłużonych szpitali. W praktyce bez wiedzy dotyczącej założeń takiej reformy trudno ocenić jej skutki – można jednak zakładać, że jej celem nie miałyby być jedynie zmiany właścicielstwa placówek, czy sugerowane przez część organizacji samorządowców docelowe pozbawienie powiatów kompetencji, przybliżające wizję ich likwidacji jako części struktur administracyjnych.



#### POTENCJALNE:

##### utworzenie na poziomie województw organów zajmujących się planowaniem strategicznym i finansowym w zakresie opieki zdrowotnej

- W konkluzjach debat „Wspólnie dla zdrowia”<sup>38</sup> wskazano, że kluczowe decyzje dotyczące polityki zdrowotnej powinny być w większym stopniu podejmowane na poziomie wojewódzkim. Ciałem odpowiedzialnym za planowanie i zarządzanie mogłyby być Wojewódzkie Rady Zdrowia, powstałe na bazie już istniejących Wojewódzkich Rad ds. Potrzeb Zdrowotnych (których zadania obecnie ograniczają się do wspierania wojewodów w opracowywaniu map potrzeb zdrowotnych i określaniu priorytetów). Zgodnie z przedstawioną koncepcją w skład Wojewódzkich Rad Zdrowia miałby wchodzić przedstawiciele NFZ, wojewodów i samorządów wojewódzkich, konwentu powiatów, Rady Dialogu Społecznego, a także reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców i pacjentów. Przy zapewnieniu właściwych ram prawnych taka struktura tego organu miałaby stworzyć warunki do lepszej koordynacji między wszystkimi szczeblami władzy i uczestnikami systemu ochrony zdrowia.

<sup>36</sup> Najwyższa Izba Kontroli, System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądanе kierunki zmian [s. 24, 26].

<sup>37</sup> Grzegorz Osiecki i Tomasz Zóćciak, „Plan trzyletni PiS. Jesienna ofensywa programowa konkretyzuje się”, *Gazeta Prawna*, wrzesień 10, 2020, udostępniono 13.09.2020 na: <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1490519,program-pis-reforma-sa-downictwa-szpitala-prawo-wyborcze-dekoncentracja-mediow.html>.

<sup>38</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący*, ed. Piotr Czauderna i in., 2019, udostępniono 15.09.2020 na: [http://oipip.elblag.pl/wp-content/uploads/2019/07/Wspólnie-dla-zdrowia\\_dokument-podsumowujący.pdf](http://oipip.elblag.pl/wp-content/uploads/2019/07/Wspólnie-dla-zdrowia_dokument-podsumowujący.pdf) [s. 8].



#### POTENCJALNE:

##### wprowadzenie dodatkowych strumieni finansowania świadczeń na poziomie jednostek samorządowych

- Skoro samorzady są lepiej przygotowane do identyfikacji potrzeb zdrowotnych mieszkańców danej gminy, powiatu czy województwa, to umożliwienie im pozyskiwania dodatkowych środków poprzez nowe podatki czy inne opłaty wydaje się rozwiązaniem mogącym poprawić ich autonomię i wzmocnić możliwości skutecznego kształtowania lokalnej polityki zdrowotnej<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Kowalska-Bobko i Konaszczuk, „Czy system ochrony zdrowia w Polsce jest zdecentralizowany?”.



## Czy sektor prywatny zarządza zasobami skuteczniej od sektora publicznego?

### DEFINICJA PROBLEMU

System ochrony zdrowia w Polsce nie ma jednoznacznego podziału na obszar publiczny i prywatny. Co do zasady podmioty prowadzące działalność leczniczą mogą mieć różne formy własności i różne źródła przychodów. Te same rodzaje świadczeń, finansowanych ze środków publicznych, mogą być realizowane w placówkach należących zarówno do spółki komercyjnej, organu samorządowego czy wprost podlegających Ministerstwu Zdrowia – a to tylko najprostszy przykład. Poza przychodniami i szpitalami podmioty niepubliczne (czy komercyjne) są silnie obecne w obszarach diagnostyki i transportu medycznego.

Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera kontrakty z podmiotami niezależnie od ich formy prawnej, a prywatne sieci medyczne, kojarzone głównie z dostępem w ramach abonamentów, często oferują także nieodpłatne usługi dla osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Właścicielem lub podmiotem tworzącym (w przypadku placówek publicznych) może być podmiot prywatny (o różnej formie prawnej), jednostka samorządu terytorialnego (gmina, powiat, zarząd województwa), jednostka akademicka czy podmiot administracji centralnej i zespolonej (minister, wojewoda). Ponadto placówki mogą należeć do fundacji czy innych typów organizacji non profit. Co więcej, udziały w tej samej placówce (np. będącej spółką prawa handlowego z ograniczoną odpowiedzialnością) mogą mieć różne podmioty (jak władze miejskie i powiatowe).

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli relacje między publicznym systemem ochrony zdrowia a sektorem prywatnym są obecnie niedookreślone, ze szkodą dla przejrzystości i efektywności wydatkowania środków<sup>40</sup>. Polityczne debaty na temat tego, jaka powinna być rola tzw. sektora prywatnego, najczęściej sprowadzają się do ogólnikowych haseł o „wiodącej” (bądź nie) roli placówek publicznych.

Jednocześnie istnieje charakterystyczny dualizm, jeśli chodzi o realizację usług zdrowotnych. O ile podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna są domeną placówek komercyjnych, o tyle **w przypadku opieki wysokospecjalistycznej w warunkach szpitalnych, w tym wysokokosztowych zabiegów inwazyjnych, dominują podmioty publiczne**<sup>41</sup>.

40 Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian* (Warszawa, 2019), udostępniono 13.09.2020 na: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>.

41 Por. Maria Libura i Grzegorz Sroczynski, „Czego się spodziewać po pandemii? Ekspertka od systemu zdrowia: Tsunami. Będzie fala uderzeniowa”, *gazeta.pl*, czerwiec 1, 2020, udostępniono 25.09.2020 na: <https://next.gazeta.pl/next/7,151003,25990969,libura-o-sluzbie-zdrowia-dobrze-dziala-tylko-to-na-co-nie.html>.

Wreszcie, w powszechnym doświadczeniu istnienie dwóch „systemów” może oznaczać, że przykładowo ten sam lekarz przyjmuje zarówno w przychodni przy szpitalu uniwersyteckim (który ma kontrakt z NFZ), jak i w gabinecie prywatnym, stanowiącym jednoosobową działalność gospodarczą (gdzie przyjmuje odpłatnie).

Różne formy zatrudnienia personelu medycznego i administracyjnego w placówkach dodatkowo komplikują obraz. **Placówki publiczne nierzadko są zarządzane zgodnie z założeniami typowymi dla placówek komercyjnych, np. zlecają usługi na zewnątrz (stosują outsourcing)**. Tego typu racjonalizacje są pochodną niedostatecznego finansowania, wynikają z potrzeby optymalizacji kosztów.

Spśród 949 szpitali funkcjonujących w Polsce mniej niż połowa ma status samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ-ów)<sup>42</sup>. Są to placówki, których podmiotem tworzącym są organy rządowe lub samorządowe działające w ramach bezpłatnego dostępu do ochrony zdrowia (w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego). SPZOZ-y mają

szczególną osobowość prawną, określoną ustawowo<sup>43</sup>, zakładającą m.in. niemożność upadłości oraz brak kar dla zarządcy za doprowadzenie zakładu do długów finansowych. Około 150 placówek należy z kolei do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych – co można uznać za przybliżenie skali szpitali działających komercyjnie. Pozostałe placówki to w większości szpitale należące do samorządów, działające jednak w formule innej niż SPZOZ-y, np. spółek prawa handlowego.

**<50 proc.**  
z 949 szpitali w Polsce  
ma status SPZOZ

Fundamentalnym wyzwaniem zarządczym, z jakim mierzą się SPZOZ-y – a wraz z nimi cały system ochrony zdrowia, jest bilansowanie przychodów i kosztów. Suma zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynosiła na koniec 2019 r. 14,3 mld zł, podczas gdy pięć lat wcześniej było to 10,3 mld zł. Ich zobowiązania wymagalne wynosiły natomiast blisko 2 mld zł, wobec 1,9 mld zł na koniec 2014 r.

Zadłużenie szpitali wielokrotnie wskazywane było jako argument za ich komercjalizacją lub prywatyzacją, a także było osią inicjatyw legislacyjnych. To, kto powinien być odpowiedzialny za pokrywanie strat placówek będących SPZOZ-ami, których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego, stało się przedmiotem wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Wskazał on, że odpowiedzialność za dostęp do opieki zdrowotnej jest obowiązkiem władz centralnych, w związku z czym koszty leczenia pacjentów – nawet jeśli wykraczają poza budżet poszczególnych placówek – powinny być pokrywane ze środków centralnych.

Zgodnie z planem finansowym NFZ na 2021 r. wydatki na leczenie szpitalne (pomijając chemioterapię, programy lekowe i tzw. świadczenia wysokospecjalistyczne) miałyby wynieść 41,5 mld zł, co stanowiłoby 42 proc. całkowitego budżetu Funduszu. Z tej perspektywy wszelkie nieefektywności mogące wynikać z niewłaściwego zarządzania placówkami publicznymi mają duże znaczenie systemowe, a wszelkie usprawnienia – o ile byłyby odpowiednio powszechne – znaczący efekt skali.

42 Według ostatnich zbiorczych informacji w 2016 r. było ich 451, a nowe podmioty o tym statusie prawnym nie mogą powstawać.

43 Przede wszystkim na bazie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dotychczasowe doświadczenia nie wskazują jednoznacznie wyższości „publicznej” bądź „prywatnej” służby zdrowia. Wysoka efektywność instytucji oraz dostępność leczenia jest możliwa w systemie, który obejmuje zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne. Z kolei działania przekształceniowe, polegające m.in. na komercjalizacji działalności SPZOZ-ów, dawały różnorodne rezultaty<sup>44</sup>. Większą rolę od formy właścicielskiej placówek odgrywa koordynacja działań różnych podmiotów w ramach systemu i uszczelnienie nadzoru publicznego nad zakładami ochrony zdrowia, co obecnie szwankuje.

## WYZWANIA MAJĄCE ZNACZENIE W KONTEKŚCIE EPIDEMII

„Zamrożenie” ochrony zdrowia dotknęło zarówno placówki medyczne prowadzące leczenie ze środków NFZ, jak i te należące do prywatnych spółek, w tym dużych sieci medycznych. W praktyce pacjenci „publicznej” i „prywatnej” ochrony zdrowia spotkali się z ograniczeniem dostępu do opieki medycznej, choć w różnym stopniu.

Przejsie na teleporady wywołało niezadowolenie pacjentów, którzy preferują bezpośredni kontakt z lekarzem. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta zanotowało znaczący wzrost zgłaszanych skarg [zob. s. 44: „Jak ulepszyć jakość usług zdrowotnych?”]. Ponadto w mediach pojawiały się sygnały dotyczące rezygnacji klientów z usług prywatnej opieki zdrowotnej<sup>45</sup>. Z drugiej strony według przedstawicieli branży zmiana trybu obsługi pacjentów nie przełożyła się na zmniejszenie liczby abonamentów czy spadek satysfakcji z jakości oferowanych usług<sup>46</sup>.

W kontekście epidemii forma własności placówek wydaje się drugorzędna względem kluczowych czynników zarządzania systemem: prawodawstwa i finansowania. Decyzje wojewodów o przekształcaniu publicznych szpitali w placówki jednoimienne były podejmowane na mocy ustawy „covidowej” i formalnie nie musiały być konsultowane z ich kierownictwem. Dodatkowym wyzwaniem zarówno dla placówek „prywatnych”, jak i „publicznych” było zwiększenie kosztów działalności wynikające z konieczności stosowania środków ochrony osobistej. W placówkach prywatnych, m.in. stomatologicznych, koszty te bywały wliczane do opłat za usługę (tzw. opłata covidowa) pokrywanych przez pacjentów. Część zarządców takich placówek nie uprzedzała swoich klientów o tym, że doliczają taki narzut, co zgodnie z opinią Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów było nielegalne<sup>47</sup>.

Z kolei, paradoksalnie, aspekt wysokiej liczebności i gęstego rozmieszczenia placówek – przede wszystkim szpitalnych – wskazywany w warunkach niepandemicznych jako jeden z wymiarów nieracjonalności w ochronie zdrowia w czasie kryzysu mógl, dzięki dużej liczbie wolnych łóżek, stanowić element potencjalnie zwiększający bezpieczeństwo pacjentów. W rzeczywistości jednak, ze względu na słabe przygotowanie lokalnych szpitali pod kątem zasobów i procedur, obsługa pacjentów zarażonych SARS-CoV-2 mogła skutkować powstawaniem ognisk zakażeń w szpitalach.

44 Por. komentarze interesariuszy w toku dyskusji nad zmianą przepisów o komercjalizacji SPZOZ w 2016 r. Małgorzata Soleccka, „Koniec z komercjalizacją szpitali? Eksperci krytykują”, *Medexpress.pl*, luty 16, 2016, udostępniono 21.10.2020 na: <https://www.medexpress.pl/koniec-z-komercjalizacja-szpitali-eksperci-krytykuja/63236>.



45 Karolina Kowalska i Piotr Skwirowski, „Strach przed Covidem napędził sprzedaż polis”, *Rzeczpospolita*, wrzesień 9, 2020, udostępniono 11.09.2020 na: <https://www.rp.pl/Biznes/309099884-Strach-przed-Covidem-napedzil-sprzedaz-polis.html>.

46 Wiceprezes Grupy Lux Med, Michał Rybak, wskazał, że liczba abonamentów spadła w okresie pandemii o 1 proc. (głównie ze względu na rezygnacje z przyczyn ekonomicznych, a w ankietach satysfakcji 80 proc. klientów oceniło leczenie pozytywnie (Wypowiedź dla podcastu PI Zdrowie, 14 września 2020 r., <https://soundcloud.com/pi-zdrowie/14-wrzesnia-2020>).

47 Patryk Stowik, *Nawet 350 zł „opłaty covidowej”*. UOKiK skontroluje prywatne placówki medyczne, „Dziennik Gazeta Prawna”, 03.06.2020, udostępniono na: <https://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/1480906,oplaty-covidowe-kontrola-uokik.html>.

Wreszcie, w ciągu kilku miesięcy od początku epidemii w ofercie laboratoriów analitycznych pojawiły się testy w kierunku SARS-CoV-2 – zarówno molekularne PCR, jak i serologiczne. **Uzależnienie dostępności usług od zasobności portfela pacjenta pogłębia nierówności społeczne w obszarze ochrony zdrowia.**

## PRZYCZYNY WYZWAŃ

TYP	PRZYCZYNA	ROZWIĄNIĘCIE
 Materialny	Niepewność co do dalszego rozwoju epidemii, wymuszająca rezerwowanie miejsc w szpitalach jednoimiennych	
 Materialny	Swoboda prowadzenia działalności w ramach ustawy o działalności leczniczej	Podmioty niebędące SPZOZ-ami w normalnym reżimie prawnym (tzn. poza stanem nadzwyczajnym) nie mają formalnych zobowiązań do zapewniania konkretnego typu czy zakresu usług zdrowotnych
 Legislacyjny		

## ROZWIĄZANIA: ZASTOSOWANE, PLANOWANE I POTENCJALNE

W warunkach trwającej epidemii i ograniczonego dostępu do danych niemożliwa jest jednoznaczna ocena skali ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, a także powiązanie jej z formą prawną czy źródłem finansowania poszczególnych podmiotów. Wydaje się jednak, że sytuacja, w której znaleźli się polscy pacjenci, jest pochodną wielowymiarowych uwarunkowań strukturalnych: budowanych od lat specjalizacji poszczególnych podmiotów komercyjnych (jak stosunkowo prosta ambulatoryjna opieka specjalistyczna czy medycyna pracy), struktury finansowania placówek ze środków publicznych i trudności z bilansowaniem ich budżetów czy zależności politycznych związanych z podziałem odpowiedzialności za zabezpieczenie zdrowotne między samorządy a władze centralne.



### PLANOWANE:

#### poprawa jakości zarządzania placówkami publicznymi

- Jednym z kluczowych zarzutów wobec SPZOZ-ów, często podnoszonym w debacie publicznej, jest niska jakość zarządzania utożsamiana z błędnymi decyzjami kadrowymi. Brak efektywnych menedżerów ochrony zdrowia na stanowiskach kierujących placówkami publicznymi miałby skutkować generowaniem przez nie strat i rosnącym zadłużeniem. Mimo że brakuje systematycznych analiz sprawności zarządzania, a sytuacja finansowa placówek publicznych jest pochodną wielu czynników, często niezależnych od decyzji zarządczych (m.in. wycen w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, specyfiki potrzeb zdrowotnych lokalnej populacji itd.), to wiadomo, że praktyka zarządzania powinna być na możliwie najwyższym poziomie.
- Minister zdrowia Adam Niedzielski, przedstawiając swoje priorytety po objęciu stanowiska, wskazał, że poprawa zarządzania jest konieczna: „kultura organizacji i zarządzania w sferze szpitalnej nie należy do najwyższych”<sup>48</sup>. Kluczowym problemem jest marnotrawstwo zasobów materialnych i ludzkich, a sugerowanym sposobem jego rozwiązania – wprowadzenie metod opartych na bieżącej analizie ich wykorzystania, dzięki systemom IT. Wskazana byłaby także współpraca z uczelniami medycznymi i ekonomicznymi, które prowadzą takie kierunki jak zdrowie publiczne, MBA czy zarządzanie w ochronie zdrowia<sup>49</sup>.



### POTENCJALNE:

#### przejmowanie kontroli nad podmiotami prywatnymi przez państwo

- Po tymczasowej nacjonalizacji prywatnych placówek zdrowotnych w Hiszpanii, co miało miejsce w marcu, przez polskie media krótko przetoczyły się rozważania na temat podjęcia podobnych kroków w Polsce. Na ówczesnym etapie minister zdrowia Łukasz Szumowski wskazywał, że nie ma takiej potrzeby, a szereg placówek przekształconych w szpitale jednoimienne to nie tylko SPZOZ-y, ale też należące do samorządów spółki prawa handlowego<sup>50</sup>.
- W praktyce wspomniany na początku tego rozdziału wielowymiarowy charakter relacji własnościowych, statusu prawnego i źródeł finansowania daje władzom publicznym wachlarz narzędzi do włączania placówek komercyjnych w działania zaradcze podczas epidemii. Wydaje się, że nawet w przypadku znacznego pogorszenia sytuacji epidemicznej nie istniałaby konieczność przeprowadzenia – najpewniej w ramach przepisów o stanie nadzwyczajnym – jakiejś formy nacjonalizacji placówek prywatnych (pomijając społeczny i symboliczny wymiar takiego działania w Polsce).

48 Minister zdrowia o swoich priorytetach: przebudowa systemu, walka z epidemią, profilaktyka | Polska Agencja Prasowa SA <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C710278%2Cminister-zdrowia-o-swoich-priorytetach-przebudowa-systemu-walka-z-epidemia>.

49 Tego typu programy są obecnie organizowane przez szereg uczelni publicznych i prywatnych, m.in. UW, SGH czy Uczelnię Łazarskiego.

50 COVID-19: Rząd Hiszpanii przejmuje kontrolę nad prywatnymi szpitalami | POLITYKA ZDROWOTNA <https://www.politykazdrowotna.com/55750,covid-19-rzad-hiszpanii-przejmuje-kontrolę-nad-prywatnymi-szpitalami>.



### PLANOWANE/POTENCJALNE:

#### przekształcenia szpitali o ujemnym wyniku finansowym

- Ustawa „covidowa”, poprzez nowelizację ustawy o działalności leczniczej, wprowadziła możliwość przekształcania własnościowego placówek mających ujemny wynik finansowy. Intencją ustawodawcy było uniknięcie likwidacji deficytowych szpitali podczas epidemii (do tego zobowiązywała podmioty tworzące ustawa o działalności leczniczej), rozwiązanie to było jednak interpretowane jako przyczynek do masowej komercjalizacji SPZOZ-ów. W praktyce do września 2020 r. tego typu przekształcenia nie miały miejsca w istotnej skali<sup>51</sup>.
- W warunkach „drugiej fali” epidemii możliwe przekształcenia własnościowe będą prawdopodobnie odkładane na kolejne lata, podobnie jak funkcjonujące na poziomie ogólnych założeń plany racjonalizacji liczby szpitali w Polsce. Zakładając, że rok 2021 przyniesie wygaszenie epidemii COVID-19, działania w tym obszarze mogłyby być realizowane w kolejnych latach, przed planowanymi na 2023 r. wyborami parlamentarnymi.

51 W odniesieniu do szpitali będącymi spółkami prawa handlowego: są one zobowiązane do składania wniosków o upadłość m.in. w przypadku straty przewyższającej sumę kapitałów zapasowego i rezerwowych oraz połowę kapitału zakładowego. W 2020 r. tego typu sytuacje miały miejsce m.in. w Biłgoraju, Giżycku i Strzelinie.



## Jak ulepszyć jakość usług zdrowotnych?

### DEFINICJA PROBLEMU

W literaturze profesjonalnej istnieją liczne definicje jakości usług zdrowotnych. Jedną z najczęściej cytowanych jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia, która określa jakość jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą”. Inne definicje, oprócz efektywności i rzetelności, uwzględniają wagę kosztochłonności, wartości wyznawanych przez dane społeczeństwo czy dostępności leczenia. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na pięć aspektów jakości:

- » świadczenie udzielone przez wykwalifikowany personel z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu i leków;
- » zapewnienie ciągłości i koordynacji leczenia;
- » zapewnienie higieny i bezpieczeństwa mikrobiologicznego;
- » skuteczność działalności organów i inspekcji;
- » ewaluacja leczenia.

W każdym z tych obszarów stwierdzono liczne naruszenia<sup>52</sup>. Co istotne, **jakość zdefiniowaną prawnie i instytucjonalnie można kwantyfikować i mierzyć, dzięki czemu możliwa jest ocena funkcjonowania ochrony zdrowia ze względu na czas i miejsce jej sprawowania, a w końcu – także jej poprawa**. Obecnie jest to czynnik zaniedbywany w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia, mimo jego ogólnie negatywnej oceny ze strony pacjentów, a jednocześnie wysokiej wagi, jaką obywatele przypisują usługom publicznym związanym z leczeniem.

Jakość ochrony zdrowia to pojęcie zdefiniowane prawnie, co daje władzom publicznym podstawy do jej egzekwowania. Jest to jednak pojęcie rozproszone w różnych aktach legislacyjnych – poszczególne aspekty definicji jakości, sposobu jej monitorowania oraz organów do tego kompetentnych regulują przepisy o działalności leczniczej, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Już od 2017 r. w konsultacjach pozostaje ustawa o jakości w ochronie zdrowia, która powstała, by odpowiedzieć na problem błędów medycznych i usprawnić procedury naprawiania szkód. Ustawa zakładała m.in. uregulowanie kwestii bezpieczeństwa pacjenta, wskazanie instytucji odpowiedzialnej za kontrolę jakości usług zdrowotnych oraz odejście od kryminalizacji pomyłek popełnionych przez personel medyczny, by nie odstraszać

52 Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, s. 116.

lekarzy od ich zgłaszania i w ten sposób ułatwić podnoszenie jakości leczenia. Obecny minister zdrowia Adam Niedzielski podtrzymał deklarację o wprowadzeniu mechanizmu *no-fault* (tj. oceny błędów medycznych bez orzekania o winie)<sup>53</sup>. Inną zakładaną zmianą jest powiązanie finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia z jakością świadczeń zapewnianych przez placówki zdrowotne<sup>54</sup>, by skłonić jej zarządców do uwzględnienia perspektywy pacjenta.

**Na możliwie wysoką efektywność wpływ mają czynniki systemowe, tj. sposób organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, na co składają się m.in. kształcenie kadr, ich późniejsza dostępność, czas zapewnienia świadczenia, kontrola jego efektów, skutki ewaluacji pracy lekarzy i pielęgniarek, łatwość kontaktu z pacjentem, przejrzystość legislacji, odpowiednio duże finansowanie, rozbudowana infrastruktura.** Polskie uczelnie medyczne zapewniają swoim absolwentom wysoki poziom wiedzy, choć nie na każdym polu – niedostatecznie uwrażliwiają młodych adeptów medycyny na kwestie etyczne oraz psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem. Systemowym problemem mającym wpływ

**Polskie uczelnie medyczne zapewniają swoim absolwentom wysoki poziom wiedzy, choć nie na każdym polu – niedostatecznie uwrażliwiają młodych adeptów medycyny na kwestie etyczne oraz psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem.**

na jakość udzielanych świadczeń jest m.in. stan budynków, w których mieszczą się instytucje zdrowotne – spora część z nich nie zapewnia odpowiedniej intymności pacjentom, a wręcz wymusza ich stłoczenie, a pracownikom utrudnia wykonywanie obowiązków zgodnie z obowiązującymi w prawie procedurami. Legislacja też pozostawia wiele do życzenia. Same dokumenty ministerialne, np. raport podsumowujący inicjatywę konsultacyjną Ministerstwa Zdrowia pt. „Wspólnie dla zdrowia”, wskazują na brak podstawowych ustaleń prawnych w zakresie praktycznych definicji jakości usług zdrowotnych, jej oceny i późniejszej egzekucji<sup>55</sup>.

O efektywności działań instytucji ochrony zdrowia decydują też związani z nią aktorzy. Kluczowe są tu postawy medyków oraz ich merytoryczne przygotowanie do wykonywania zawodu, a także wydolność psychofizyczna, która z kolei w dużej mierze wynika z warunków pracy [zob. s. 54: Jak zwiększyć dostępność i poprawić sytu-

ację kadr medycznych?]. Przemęczenie lekarza może wywoływać negatywne doświadczenie procesu leczenia u pacjenta, podobnie niedostateczne kompetencje komunikacyjne medyków lub brak empatii z ich strony. Na liczne, nieraz rażące naruszenia intymności i godności pacjentów ze strony służby zdrowia wskazywał zbiorczy raport NIK-u<sup>56</sup>. Jednocześnie procesowi leczenia nie sprzyja ograniczona wiedza pacjentów z zakresu profilaktyki zdrowotnej, brak zaufania do personelu medycznego oraz niesystematyczność we wdrażaniu przez nich lekarskich zaleceń.

53 Mechanizm, w ramach którego błędy medyczne są z założenia traktowane jako niezawinione i nie podlegają procedurom karnym. System *no-fault* uwzględnia m.in. szybką wypłatę rekompensat osobom poszkodowanym w wyniku błędów medycznych, a także analizę ich przyczyn i wprowadzanie zmian (np. organizacyjnych), które mają im zapobiegać w przyszłości.

54 Agnieszka Pochrząst-Motyczyńska, *Ustawę o jakości trzeba wyjąć z szuflady, by było mniej błędów medycznych*, Prawo.pl, udostępniono 25.03.2019 na: <https://www.prawo.pl/zdrowie/ustawa-o-jakosci-w-ochronie-zdrowia-powinna-zaczac-byc,389622.html>.

55 Wspólnie dla zdrowia, s. 6.

56 Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, s. 104-106.



Zgodnie z wspomnianym raportem z programu „Wspólnie dla zdrowia” czynniki zewnętrzne, tj. warunki życia i wcześniejsza historia pacjenta, w największym stopniu wpływają na jakość usług zdrowotnych. Istnieją liczne badania dowodzące, że przebywanie w zanieczyszczonym środowisku, doświadczanie biedy i przestępczości czy wczesne przerwanie edukacji statystycznie osłabia zdrowie populacji i obniża jej oczekiwaną długość życia. Oznacza to, że zdrowie publiczne nie jest jedynie kwestią sposobu organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia, lecz także koordynacji działań wielu innych aspektów życia społeczno-gospodarczego. **Na zdrowie obywateli wpływają m.in.: jakość środowiska i dostępnej żywności, poczucie bezpieczeństwa, równowaga między życiem prywatnym a zawodowym, a więc zagadnienia wykraczające daleko poza resort zdrowotny. Ważną kwestią jest dostęp do odpowiednich finansów ze strony leczonych.** Z danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) wynika, że w Polsce mamy wysoki współczynnik pacjenckiej współpłaty za usługi medyczne – z własnej kieszeni obywatele opłacają około 30 proc. wszystkich wydatków na ochronę zdrowia<sup>57</sup>. Od osobistej sytuacji finansowej silnie zależy więc zdrowie pacjentów, tym bardziej że publiczny system ochrony zdrowia działa przede wszystkim w interesie osób zamożnych – pacjenci z dużym kapitałem finansowym mogą sobie rekompensować niedostatki publicznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przez zakup usług na rynku komercyjnym, a mniej zasobni tracą zdrowie, czekając w kolejkach na świadczenia publiczne<sup>58</sup>.

Aby poprawiać jakość leczenia, niezbędna jest jego bieżąca kontrola oraz szybkie reagowanie na jej wyniki. W tej materii uwidaczniają się jednak problemy. NIK w raporcie przywołuje dwie instytucje odpowiedzialne za nadzór: Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia. W przypadku NFZ jakość nadzoru była odpowiednia, jednak inspekcje były organizowane zbyt rzadko, a pensje pracowników były zbyt niskie, by przyciągnąć do pracy kontrolerskiej odpowiednio dużo osób z wykształceniem medycznym<sup>59</sup>. Poza nadzorem pozostawali podwykonawcy usług, a kryteria kontroli nie zostały opracowane w oparciu o plany przyjęte przez poszczególne oddziały NFZ. Kolejne analizy prowadzone w ciągu czterech lat pokazały, że efekty nadzoru się pogarszały.

### Czy istnieje sprzeczność między interesem lekarza a interesem pacjenta?

Często przyjmowaną perspektywą w profesjonalnej literaturze z zakresu socjologii medycyny jest hierarchiczność relacji między szeroko rozumianym personelem medycznym (wliczając w to kadry zarządcze i ekspertów projektujących system ochrony zdrowia) a pacjentami. Przyjmuje się, że lekarz ma przewagę nad pacjentem ze względu na wysoce specjalistyczną wiedzę i wynikającą z niej zależność chorego, który musi się zdać na osąd medyczny, bo nie ma kwalifikacji, by ocenić jego zasadność<sup>60</sup>. Z tego powodu prawa pacjenta powinny podlegać szczególnej ochronie prawnej i kontroli. Jednocześnie system ochrony zdrowia powinien być zaprojektowany tak, by sprzyjać podejmowaniu takich decyzji medycznych, które przede wszystkim uwzględniają dobrostan pacjenta. Niestety w sytuacji chronicznego niedofinansowania i niedoboru kadr w systemie ochrony zdrowia koszty usługi zdrowotnej są przerzucane albo na pacjenta (przez wynikające ze zwłoki w leczeniu uszczerbki na zdrowiu lub współpłaty za usługi zdrowotne), albo na pracownika medycznego (przez prze-

57 Zespół Akademii Leona Koźmińskiego, *Współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne*, raport inicjatywy Razem dla Zdrowia, Warszawa, maj 2018, s. 36.

58 Por. Maria Libura i Grzegorz Sroczyński, „Czego się spodziewać po pandemii? Ekspertka od systemu zdrowia: Tsunami. Będzie fala uderzeniowa”.

59 Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, s. 69-70.

60 Mieczysław Gałuszka, *Medycyna jako władza w społeczeństwie ryzyka*, w: „Historical, economic, social, philosophic and educational aspects of health service development”, Narodowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie, Charków 2013.

kraczenie godzinowych norm pracy i dodatkowe obciążenia administracyjne), co prowadzi do konfliktu interesów. Przykładem rozwiązania nasilającego ten konflikt jest, w założeniu „racjonalizatorska”, negatywna zależność dochodów lekarza podstawowej opieki zdrowotnej od wystawionych przez nich skierowań na badania diagnostyczne<sup>61</sup> – im więcej skierowań, tym mniejsze przychody. Tymczasem badania te stanowią kluczowy element prewencji i skutecznego leczenia. Sprzeczność widać także na poziomie samego systemu – inne cele ma płatnik (zakup świadczeń po jak najniższej cenie i jak najwyższej jakości), inne pacjent (szybkość uzyskania świadczenia i szansa wyleczenia), a jeszcze inne – podmioty lecznicze (równowaga ekonomiczna).

Jak wynika z raportu Najwyższej Izby Kontroli, w wyniku niedostatecznego zabezpieczenia pacjenta i niedostatecznej roli jakości udzielanych świadczeń w przyznawaniu uprawnień podmioty lecznicze mogą wykonywać każdą usługę, o ile tylko mają odpowiednie wyposażenie lub wystarczająco dużą kadrę – **tymczasem normy nie uwzględniają umiejętności medyków ani ich doświadczenia**<sup>62</sup>. Do zaniedbania jakości usług zdrowotnych przyczynia się też niekonsekwentna i niespójna reforma systemu, częściowo wdrażająca założenia tzw. Nowego Zarządzania Publicznego (czyli mechanizmy quasi-rynkowe do podejmowania decyzji w obrębie instytucji sektora publicznego). W tym samym raporcie krytykowany jest sposób kontraktowania świadczeń, który wymusza organizację *de facto* fikcyjnych konkursów między dużymi podmiotami leczniczymi, a jednocześnie zabrania ich tam, gdzie konkurencja między poszczególnymi placówkami rzeczywiście ma miejsce<sup>63</sup>. **Wybór świadczeniodawcy przez konkurs stanowi wyraz logiki charakterystycznej dla decentralizacji, która może być sprzeczna z potrzebą integracji licznych aspektów procedury medycznej (np. kontaktu z pacjentem, diagnostyki, leczenia ambulatoryjnego, leczenia szpitalnego) w celu zapewnienia efektywnego leczenia**<sup>64</sup>.

### Konsekwencje jakości usług zdrowotnych dla zdrowia pacjentów oraz ich aktywności

Niska jakość usług zdrowotnych w najbardziej drastycznych przypadkach przekłada się na wyższą śmiertelność. Jednym ze wskaźników, jakiego używa się przy porównywaniu wydolności krajowych systemów ochrony zdrowia, jest zrelatywizowana śmiertelność z powodów, którym można zapobiec, lub na w pełni uleczalne choroby. W obu tych przypadkach Polska wypada bardzo źle. Jak wskazują dane Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju z 2017 r., na 100 tys. obywateli 169 umierało z niedostatku profilaktyki (przy średniej 133 dla krajów OECD), co daje nam ósmą pozycję od końca. Z kolei śmiertelność z wyleczalnych

# 169 obywateli / 100 tys.

umierało z niedostatku profilaktyki  
w Polsce w 2017 r. Średnia dla krajów  
OECD wynosi 133 osoby.

61 Dawid Sześciło, *Ochrona zdrowia – czekając na katastrofę. Jak jej uniknąć?*, forumIdei, Fundacja Batorego, s. 7.

62 Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, s. 139.

63 Tamże, s. 66.

64 Iwona Kowalska, *Zarządzanie publiczne jako czynnik usprawniający działania w systemie ochrony zdrowia w warunkach zdecentralizowanych. Oczekiwania a rzeczywistość*, w: „Organizacja i Zarządzanie: kwartalnik naukowy”, nr 4/2010, s. 59-77.

# 99 obywateli /100 tys.

Śmiertelność z wyleczalnych chorób  
w Polsce w 2017 r. Średnia dla krajów  
OECD wynosiła 75 osób.

chorób wyniosła 99 na 100 tys. obywateli (wobec średnio 75 osobach w OECD)<sup>65</sup>. Nie budzi to zdziwienia w kontekście zbyt słabego nacisku na profilaktykę. Przykładem jest skuteczność leczenia onkologicznego, wyznaczana m.in. przez stadium raka, w którym przeprowadzono pierwszą diagnostykę. Jedynie 41,3 proc. przypadków raka piersi jest wykrywanych w Polsce we wczesnym stadium, co daje nam niechlubną przedostatnią pozycję (w krajach OECD jest to 51,5 proc. przypadków)<sup>66</sup>.

Niewiele lepiej wypadamy w przypadku oczekiwanej długości życia w momencie osiągnięcia 65 lat. W 2017 r. Polki mogły się spodziewać jeszcze 20 lat życia, a mężczyźni – niespełna 16. W przypadku krajów OECD liczby te wyniosły odpowiednio 21 i 17 lat, a w przypadku Francji, liderki zestawienia, ponad 23 i prawie 20. Poniżej przeciętnej wypadamy także w zagregowanych wskaźnikach jakości życia – jesteśmy mniej zadowoleni z życia, mamy niższą aktywizację zawodową, mniejszy dochód rozporządzalny, gorzej oceniamy swój stan zdrowia niż średnio mieszkańcy krajów OECD<sup>67</sup>.

Konkretne przykłady konsekwencji wynikłych z niskiej jakości usług zdrowotnych podaje raport Najwyższej Izby Kontroli<sup>68</sup>. W przypadku chorób onkologicznych obserwuje się braki w podstawowej diagnostyce, co sprawia, że lekarz nie jest w stanie wdrożyć w pełni skutecznego leczenia. To zwiększa rolę osobistego doświadczenia zawodowego medyka – w tych placówkach, które nie miały dużego doświadczenia w zabiegach chirurgii onkologicznej, są znacząco wyższe odsetki zgonów pooperacyjnych.

W efekcie Polacy nie są zadowoleni z dostępnych usług zdrowotnych, choć ochrona zdrowia należy ich zdaniem do najważniejszych tematów społecznych. Zgodnie z badaniem Inquiry aż 62 proc. respondentów wskazała go jako priorytetowy<sup>69</sup>. Polki i Polacy często korzystają z usług medycznych – według Centrum Badań Opinii Społecznej nawet w czasie epidemii, kiedy dostęp do opieki lekarskiej był utrudniony, jakiegoś rodzaju porady zasięgnęło 70 proc. badanych<sup>70</sup>. Oznacza to, że doświadczenie korzystania z systemu ochrony zdrowia jest powszechne – jednocześnie prawie równie powszechna jest jego negatywna ocena. Aż 58 proc. badanych nie jest zadowolonych z jakości opieki lekarskiej<sup>71</sup>, co jest widoczne także w wyżej przywołanych statystykach przewidywanej długości życia, niskiej na tle Europy wyleczalności nowotworów czy słabej kondycji psychicznej Polaków. Istotną rolę w nieskuteczności podejmowanego leczenia odgrywa długi czas oczekiwania na otrzymanie świadczenia lekarskiego [zob. s. 54: Jak zwiększyć dostępność i poprawić sytuację kadr medycznych?], jednak nawet przy założeniu szybkiej likwidacji kolejek polskiej służbie zdrowia pozostaje dużo do poprawy.

65 OECD/Eurostat (2019), "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death", <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>.

66 OECD (2019), *Health At A Glance 2019: OECD Indicators. Breast cancer outcomes*, udostępniono na: [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/6/10/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&csp\\_=82587932df-7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book#](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/6/10/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&csp_=82587932df-7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book#).

67 Zob. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/poland/>.

68 Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr ewid.

8/2019/megainfo/KZD, s. 115-118.

69 *Służba zdrowia to najbardziej palący zdaniem Polaków problem naszego kraju*, wirtualnedia.pl, 06.03.2020, udostępniono na: <https://www.wirtualnedia.pl/artykul/sluzba-zdrowia-najbardziej-palace-problem-kraju-badanie-komentarz>.

70 CBOS, *Opieka medyczna w czasie epidemii*, lipiec 2020, Warszawa.

71 Tamże.

Warto podkreślić, że coraz więcej Polaków decyduje się zaskarżać niezadowolające świadczenia, co znajduje odzwierciedlenie w pismach wysyłanych do Rzecznika Praw Pacjenta. Zgodnie ze sprawozdaniem za 2019 r., w tym czasie nastąpił największy wzrost zgłoszeń kierowanych do rzecznika – było ich ponad 86 tys., czyli o 17 tys. więcej niż w roku 2018<sup>72</sup>. Autorzy sprawozdania przypisują tę zmianę wzrostowi rozpoznawalności urzędu, jednak tak duży skok może świadczyć o wysokim poczuciu niezadowolenia pacjentów. Zdecydowana większość ich skarg dotyczyła naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych oraz do dokumentacji medycznej.

Jakość usług zdrowotnych nie stanowiła podstawowego przedmiotu troski dla decydentów, mimo że jest dla pacjentów podstawowym punktem odniesienia – osobiste doświadczenia obywateli z procesu leczenia przekładają się później na ich postawy względem pracowników medycznych oraz decyzji polityków o organizacji systemu. Aby podnieść jakość, niezbędne jest postawienie jej w centrum polityki zdrowotnej, zarówno odnosząc się do niej komunikacyjnie i legislacyjnie, jak i przez daleko idące upodmiotowienie pacjentów. Bardzo ważnym krokiem jest podjęcie systematycznej ewaluacji usług zdrowotnych oraz szybkie wdrożenie wynikających z niej rekomendacji. Wąskim gardłem działań na polu jakości pozostaje finansowanie ochrony zdrowia – bez podniesienia nakładów nie będzie możliwe podniesienie jakości, choćby ze względu na brakującą kadrę medyczną i niewystarczającą infrastrukturę leczniczą.

## WYZWANIA MAJĄCE ZNACZENIE W KONTEKŚCIE EPIDEMII

### 1

#### Konsekwencje zdrowotne „zamrożenia” opieki zdrowotnej

Konieczność alokacji brakujących zasobów na polu zwalczania epidemii wpłynęła negatywnie na sytuację pacjentów leczonych z innych powodów niż koronawirus. Ministerstwo Zdrowia wiosną wydało zalecenie o ograniczeniu do minimum zaplanowanych wcześniej zabiegów, co przyczyniło się do wydłużenia leczenia (tym bardziej, że kolejki są i tak bardzo długie). W październiku przywrócono te wytyczne<sup>73</sup>, tym razem ze względu na brak miejsc do hospitalizacji osób chorujących na COVID-19, a także liczne zakażenia wśród personelu medycznego. Nasiłająca się skala zachorowań przy niedoborach kadrowych i infrastrukturalnych stwarza konieczność balansowania ryzykiem – między potencjalnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta a bezpieczeństwem zdrowotnym personelu medycznego, co jest dobrze widoczne w przypadku placówek psychiatrycznych, które nie otrzymały żadnych wytycznych co do trybu funkcjonowania, a którym jednocześnie obciążono finansowanie<sup>74</sup>.

72 Bartłomiej Chmielowiec, *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (01.01.2019-31.12.2019), Rzecznik Praw Pacjenta, Warszawa 2020, s. 11.

73 <https://fakty.tvn24.pl/oglada-j-online,60/koronawirus-w-polsce-szpitalne-odwoluj-a-planowe-zabiegi-i-operacje,1034118.html>.

74 *Psychiatrom do respiratorów bardzo daleko. I dlatego nikt nie zastanawia się nad tą dziedziną medycyny* [LIST], Gazeta Wyborcza, 16.10.2020, udostępniono na: <https://wyborcza.pl/7,162657,26405770,psychiatrom-do-respiratorow-bardzo-daleko-i-dlatego-nikt-nie.html>.

W czasie epidemii ograniczono także diagnostykę, co było odczuwalne zwłaszcza w onkologii i kardiologii. W przypadku tej drugiej skala odwołanych badań okazała się na tyle znacząca, że stała się przedmiotem posiedzenia senackiej komisji zdrowia<sup>75</sup>. W przypadku obu tych obszarów bardzo ważny w skutecznym leczeniu jest szybki i sprawny dostęp do świadczenia – wobec problemów z diagnostyką mogło to narazić chorujących na dodatkowe komplikacje.

## 2

### Teleporady jako usługi „niepełnowartościowe”

Obawy o możliwość zakażenia się koronawirusem skłoniły zarządców wielu placówek zdrowotnych do przejścia na procedowanie zdalne, czego rezultatem był skokowy wzrost liczby udzielonych teleporad. **Jednocześnie nie wszystkie ośrodki były do tego przygotowane – część pacjentów ze względu na niedostateczne kompetencje cyfrowe *de facto* nie mogła skorzystać z takiego świadczenia.** Problem braku kompetencji cyfrowych występował także po stronie lekarzy, co wpływało na nieskuteczną komunikację z pacjentem. W makroskali przejście ochrony zdrowia na tryb zdalny niekoniecznie było przyjazne pacjentowi, ze względu na wielość i różnorodność stosowanych przez dane placówki zdrowotne interfejsów informatycznych. Finalna skala niezadowolenia nie była jednak duża – telefoniczne porady medyczne negatywnie oceniło 13 proc. respondentów CBOS, a internetowe – 18 proc.<sup>76</sup>.

Oceny doświadczenia teleporady mogły się różnić w zależności od tego, jakiego rodzaju usługa była za jej pośrednictwem udzielana. Proste czynności, charakterystyczne dla wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, np. przedłużanie recept, stosunkowo łatwo można było zaadaptować do trybu zdalnego. Występowały jednak problemy z poradami specjalistycznymi, których adekwatność zależy od możliwości przeprowadzenia badania fizykalnego. Tymczasem część placówek wstrzymywała się od umawiania wizyty, nawet jeśli takie badanie było niezbędne, co prowadziło do absurdalnych sytuacji – np. próby leczenia złamania nogi przez telefon<sup>77</sup>. W czasie tzw. pierwszej fali epidemii niechęć personelu medycznego do wizyt stacjonarnych była tak duża, że stała się przedmiotem interwencji Rzecznika Praw Pacjenta<sup>78</sup>.

## 3

### Naruszenia praw pacjenta

Nagła reorganizacja służby zdrowia doprowadzała do naruszeń praw pacjenta, np. w postaci niedostępności stacjonarnych świadczeń medycznych. Dość szczególnym przypadkiem była kwestia organizacji opieki poporodowej, a konkretnie – prawa matki do towarzystwa partnera lub innej bliskiej osoby podczas porodu

<sup>75</sup> <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/od-10-do-25-proc-mniej-wykonanych-swiadczen-kardiologicznych>.






<sup>76</sup> CBOS, *Opieka medyczna w czasie epidemii*, lipiec 2020, Warszawa, s. 5.

<sup>77</sup> Patryk Słowik, *Teleporada roku: Lekarz powiedział mojemu koledze przez telefon, jak poskładać złamaną nogę*, *bezprawnik.pl*, 14.10.2020, udostępniono na: <https://bezprawnik.pl/system-teleporad-lekarskich/>.

<sup>78</sup> „Nie może być tak, że udzielane są wyłącznie świadczenia w formie teleporady”, *tvn24.pl*, 22.09.2020, udostępniono na: <https://tvn24.pl/polska/teleporady-w-przychodniach-rzecznik-praw-pacjenta-pacjenci-zglaszaja-problemy-4698731>.

(tzw. poród rodzinny). Możliwość tę, podobnie jak wizyty w szpitalu, wiosną ograniczono ze względu na dodatkowe ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa<sup>79</sup>. Nie różniłoby się to zaledwie od ograniczeń względem innych działów medycyny, gdyby nie to, że opieka okołoporodowa jest w Polsce szczególnie niskiej jakości, wskutek czego wiele pacjentek wspomina porody w publicznej służbie zdrowia jako traumatyczne, a obecność bliskiej osoby postrzega jako jedyną gwarancję egzekucji własnych praw.

## PRZYCZYNY WYZWAŃ

TYP	PRZYCZYNA	ROZWIĄNIĘCIE
 Materialny	Niedofinansowanie ochrony zdrowia	Niedostateczne płace w wielu działach i warunki pracy sprawiają, że pracownicy medyczni skupiają się na szybkim i efektywnym wykonaniu świadczeń, a niekoniecznie na dobrostanie pacjenta. Minimalne fundusze przeznaczone na kontrolę uniemożliwiają skuteczny nadzór jakości świadczonych usług
 Materialny	Brak systemowych zachęt do inwestowania i egzekwowania jakości świadczonych usług	Ocena placówek medycznych oraz ich finansowanie nie są zależne od jakości oferowanych świadczeń. Zarządcy nie są premiovani, jeśli z tytułu zapewnienia wysokojakościowych usług ponoszą dodatkowe koszty
 Legislacyjny		
 Legislacyjny	Niespójne reformy systemu ochrony zdrowia, wprowadzające do niego szcążkowe mechanizmy quasi-rynkowe	Logika decentralizacji i zwiększania kosztowej efektywności sprzyja przetrucaniu kosztów na pacjenta, co skutkuje obniżeniem jakości oferowanych usług
 Instytucjonalny		

<sup>79</sup> *Poród w czasach koronawirusa. Nowe zalecenia Ministerstwa Zdrowia dla kobiet w ciąży*, *parenting.pl*, 21.03.2020, udostępniono na: <https://parenting.pl/porod-w-czasach-koronawirusa-nowe-zalecenia-ministerstwa-zdrowia-dla-kobiet-w-ciazy>.



#### Instytucjonalny

Dobro pacjenta nie jest na pierwszym planie działalności medycznej

Silna hierarchiczność relacji lekarz – pacjent uniemożliwia chorym skuteczną egzekucję praw. System kształcenia medycznego pomija rolę etyki oraz kompetencji psychologicznych adeptów medycyny, co później przekłada się na oschłe czy wręcz nieakceptowalne traktowanie pacjentów przez część personelu medycznego

## ROZWIĄZANIA: ZASTOSOWANE, PLANOWANE I POTENCJALNE



### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE:

#### ocena podmiotów leczniczych przez pacjentów

- Dotychczasowa (i tak szacunkowa) ewaluacja jakości usług zdrowotnych działa z pominięciem zdania samych pacjentów, co utrudniało jej poprawę. Pierwszą próbę podjęto w 2015 r. przez zapowiedź wprowadzenia internetowej ankiety dot. porad POZ kierowanej do pacjentów<sup>80</sup>, jednak wbrew zapowiedziom nie była ona kontynuowana ze względu na protesty środowiska lekarskiego. Wszelkie próby ewaluacji świadczeń były podejmowane oddolnie przez organizacje pacjenckie albo wręcz w sposób niesformalizowany i nieustandaryzowany, jak ma to miejsce w przypadku serwisów internetowych typu Znany Lekarz, gdzie można wystawić lekarzowi anonimową opinię. Siła oddziaływania takich inicjatyw była ograniczona.
- Problemy z dostępnością wizyt lekarskich w pierwszych miesiącach epidemii skłoniły NFZ do przeprowadzenia telefonicznego badania ankietowego satysfakcji pacjentów<sup>81</sup>. Jednocześnie pozostająca na etapie wewnętrznych konsultacji w resorcie zdrowia ustawa o jakości w ochronie zdrowia prawdopodobnie nie zawiera rozwiązań wprowadzających ewaluację bezpośrednio ze strony pacjentów, ale część jej zapisów odwołuje się do badań opinii, które mają być na nich przeprowadzane. Tymczasem w świetle wyników polskiej ochrony zdrowia upodmiotowienie pacjenta i uwzględnienie jego perspektywy jest niezbędne, by zwiększyć jakość oferowanych świadczeń.



### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE:

#### ustawowa regulacja jakości usług zdrowotnych

- Od 2008 r. funkcjonuje system akredytacji szpitali przyznawanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJOZ), które może stwier-

80 <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/900956,pacjent-oceni-lekarza-rodzinnego.html>.

81 <https://www.politykazdrowotna.com/61425,nfz-badanie-jakosci-w-poz-fundusz-zadzwon-i-do-pacjentow>.

dzić, czy dana placówka spełnia wymagane standardy. Lista takich placówek jest dostępna na stronie internetowej CMJOZ<sup>82</sup>. Akredytacja stanowi dodatkową gwarancję bezpieczeństwa dla hospitalizowanego pacjenta, jednak nie jest obowiązkowa i nie przesądza o sposobie funkcjonowania instytucji, trudno więc traktować ją jako instrument presji na jakość. Nie jest także znana wśród pacjentów, w związku z czym jej wartość marketingowa dla placówki szpitalnej nie jest zbyt wysoka.

- NIK w raporcie z 2019 r. postuluje wprowadzenie systemu oceny jakości udzielanych świadczeń, co ma przełożyć się na zwiększenie zaufania pacjentów do służby zdrowia, a jednocześnie zmotywuje zarządców placówek medycznych do położenia większego nacisku na oferowaną jakość świadczeń. Ocena jakości ma być transparentna i publikowana na stronach internetowych tak, by była widoczna dla pacjentów.
- Trwają prace nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia – od 2017 r. pozostaje ona w konsultacjach, jednak minister Adam Niedzielski zapowiedział już podtrzymanie części jej rozwiązań. Obejmują one m.in. system *no-fault* w ocenie błędów medycznych, zwiększenie roli akredytacji, monitorowanie zdarzeń niepożądanych, monitorowanie wskaźników jakości ochrony zdrowia oraz powstanie Agencji do Spraw Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta<sup>83</sup>. Kierunki te odpowiadają na problemy związane z niską jakością usług zdrowotnych i zostały pozytywnie ocenione w pierwszym etapie konsultacji przez część środowiska lekarskiego.



### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE:

#### warunkowanie rozliczania usług medycznych zapewnieniem jakości leczenia i efektu

- Bodźce ekonomiczne (płatność za poszczególne procedury) w dotychczasowym systemie skłaniają podmioty lecznicze do wielokrotnego przyjmowania pacjentów, co znajduje odbicie m.in. w wyjątkowo na tle Europy dużej liczbie łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców – wyleczenie pacjenta przestaje być celem samym w sobie. W związku z tym NIK w raporcie z 2019 r. zaleca wprowadzenie zasady odpłatności dla zakontraktowanej placówki za oferowaną przez nią jakość leczenia i jego efekt, a nie za samo wykonanie procedury medycznej.
- Efekt leczenia ma być także zapewniony przez postulowaną przez NIK standaryzację leczenia i jego organizacji, co zresztą można egzekwować także na podstawie już istniejącego prawa. **Standaryzacja zwiększa przewidywalność procedury medycznej, a także daje pacjentowi gwarancję należnego minimum niezależnie od miejsca, w którym otrzymuje opiekę.**

82 Zob. <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php?typ=szpital>.

83 Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów, wersja z 20 stycznia 2017 r.



## Jak zwiększyć dostępność i poprawić sytuację kadr medycznych?

### DEFINICJA PROBLEMU

Polska ochrona zdrowia dysponuje niską liczbą pracowników, co generuje problemy z dostępem do świadczeń dla pacjentów. W porównaniu do innych krajów OECD mamy jeden z najgorszych wyników pod względem liczby przedstawicieli kadr medycznych w relacji do liczby mieszkańców – w 2017 r. w Polsce było 24 lekarzy na 10 tys. mieszkańców wobec 35 średnio dla krajów OECD. Problem ten jest niejednorodny i zależy od rozkładu specjalizacji placówek medycznych w danym regionie. Dotyczy zwłaszcza lekarskiej opieki specjalistycznej. Zgodnie z najnowszym kompleksowym raportem Najwyższej Izby Kontroli **istnieją województwa, których mieszkańcy są pozbawieni możliwości skorzystania z usług niektórych specjalistów w pobliżu swojego miejsca przebywania**. Tak jest m.in. w przypadku ginekologii i położnictwa. Brak dostępu do specjalistów oznacza niedostępność świadczeń dla pacjentów.

W mediach niedostępność ta jest omawiana przede wszystkim przez pryzmat kolejek – długiego czasu oczekiwania na wizytę. Jak wynika z danych gromadzonych przez Fundację Watch Health Care, sytuacja w tym względzie się pogarsza – na początku 2019 r. średni czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne (wizytę lekarską, diagnostykę) wyniósł około 16 tygodni, tj. 3,8 miesiąca. Od 2012 r. czas oczekiwania na otrzymanie świadczenia wzrastał i przeciętnie zbliżał się do trzech miesięcy<sup>84</sup>. Wydłużenie czasu oczekiwania dotyczyło świadczeń z czternastu specjalizacji medycznych, z czego w wybranych przypadkach wyniosło ono powyżej dwóch miesięcy – było tak w chirurgii naczyniowej (2,8), kardiologii dziecięcej (2,3), medycynie paliatywnej (2,3), nefrologii (2,2), neurochirurgii (2,1) oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu (2,9). Czas oczekiwania na świadczenia w niektórych specjalizacjach sprzed 2019 r. nie zmienił się znacząco, jednak z perspektywy pacjenta efektywne leczenie i tak było niemożliwe ze względu na bardzo długie kolejki. Dotyczy to m.in. endokrynologii, gdzie czeka się prawie rok (sic!) na wizytę lekarską bądź diagnostykę, stomatologii (8,2 miesiąca) czy reumatologii (7). Tylko w przypadku trzech specjalizacji – neonatologii, chorób płuc i radioterapii onkologicznej – czas oczekiwania wyniósł mniej niż miesiąc. Problemy z czasem oczekiwania na świadczenie dotyczą nie tylko publicznej

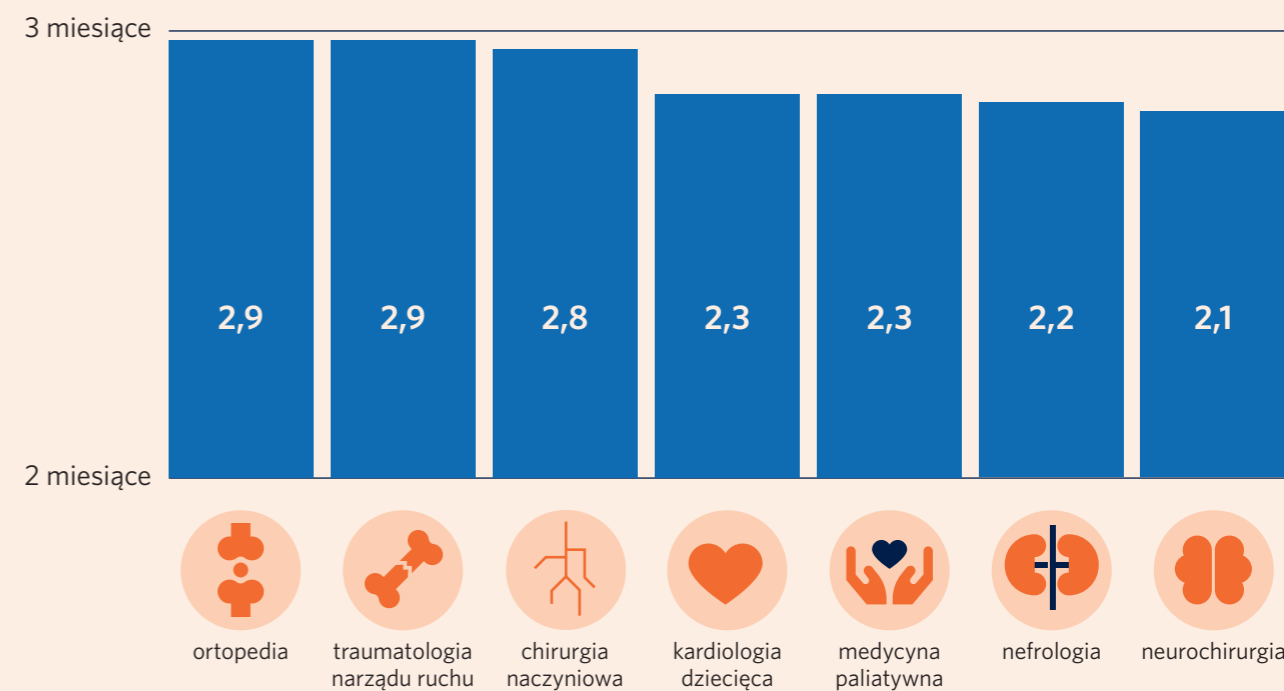
# 24/10 tys. mieszkańców

liczba lekarzy w Polsce w 2017 r.  
Średnia dla krajów OECD wynosiła 35.

<sup>84</sup> Barometr Fundacji Watch Health Care nr 19/15/02/2019, MAHTA Sp. z o.o., Warszawa, luty 2019, udostępniono na: www.korektorzdrowia.pl.

ochrony zdrowia, choć niewątpliwie w przypadku prywatnych podmiotów są one przeciętnie mniejsze. Istnienie kolejek w przypadku komercyjnie płatnych usług medycznych może świadczyć o systemowym niedoborze kadr medycznych w ogóle, a nie tylko o problemach w organizacji pracy<sup>85</sup>.

CZAS OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE W WYBRANYCH SPECJALIZACJACH.



Źródło: Fundacja Watch Healthcare.

Niedobór kadr pogarsza warunki pracy tych, którzy wykonują pracę w sektorze ochrony zdrowia. Polskie służby medyczne są przepracowane. Polski pracownik ochrony zdrowia jest zatrudniony z reguły w co najmniej dwóch różnych zakładach pracy, co komplikuje zarządzanie grafikami i podnosi poziom stresu. **Ponadto kadry medyczne starzeją się: 24 proc. lekarzy i dentystów aktywnie wykonujących zawód to osoby w wieku emerytalnym<sup>86</sup>**. Niemniej wartości te zmieniają się w zależności od badanej grupy specjalizacyjnej i geograficznego rozmieszczenia praktyki lekarskiej. Podobny problem dotyczy pielęgniarek, których przeciętny wiek zgodnie z danymi Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych pod koniec 2019 r. wyniósł prawie 53 lat i rośnie z roku na rok. Wiek emerytalny przekroczyło już 31 proc. pielęgniarek i 27 proc. położnych<sup>87</sup>. Problem jest też z aktywizacją zawodową na terenie Polski – aż 21 proc. zarejestrowanych pielęgniarek nie ma statusu zatrudnionych. Niepokojące trendy kadrowe dotyczą także ratowników medycznych – od kilku lat Główny Urząd Staty-

<sup>85</sup> Raport Watch Health Care, Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych – diagnostyka, Kraków, październik 2017, udostępniono na: www.korektorzdrowia.pl.

<sup>86</sup> Obliczenia własne na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, dane aktualne na dzień 30.09.2020, udostępniono na <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>.

<sup>87</sup> Obliczenia własne na podstawie danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

styczny donosi o spadku liczby specjalistycznych zespołów medycznych oraz zatrudnionych ratowników. Powszechną formą zatrudnienia wśród ratowników jest jednoosobowa działalność gospodarcza, co sprzyja przekraczaniu norm BHP i ustalonych w kodeksie godzin pracy. Przekształcenie medycznego szkolnictwa zawodowego w szkolnictwo wyższe powinno podnieść symboliczny i faktyczny status niższej kadry medycznej w związku ze wzrostem jej kompetencji. Tymczasem borykają się one z brakiem uznania, a nawet szacunku ze strony lekarzy, co dodatkowo przyczynia się do ich zniechęcenia. Ogólnie rzecz biorąc, pielęgniarki, położne i ratownicy zarabiają bardzo mało, są przepracowani i coraz rzadziej podejmują się pracy w zawodzie.

Sytuacji na rynku pracy w polskiej ochronie zdrowia nie sprzyja także kontekst międzynarodowy. Unia Europejska zapewnia swobodę przemieszczania się i podejmowania zatrudnienia w krajach członkowskich, jednocześnie wszystkie zrzeszone gospodarki będą się mierzyć lub już się mierzą ze starzeniem się populacji, co zwiększa zapotrzebowanie na usługi medyczne i opiekuńcze. Co więcej, kompetencje medyczne są uniwersalne niezależnie od kontekstu kulturowego, co sprzyja „drenażowi mózgow”. Przykładowo, aż 84 proc. ankietowanych rezydentów psychiatrii (czyli młodych lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego na etacie utrzymywanym z budżetu państwa), a więc jednej z najbardziej deficytowych specjalizacji w Polsce, przyznało, że rozważa emigrację, głównie ze względu na niesprzyjające warunki pracy<sup>88</sup>. Jak wskazuje najnowszy raport Najwyższej Izby Kontroli o służbie zdrowia, nie ma jednak twardych danych na ten temat emigracji kadry medycznej z Polski ze względu na brak wypracowanej metody wiarygodnego szacowania jej skali<sup>89</sup>. Niemniej wiadomo, że główną przeszkodą przed wyjazdem za granicę za pracą jest brak kompetencji językowych – to zdecydowanie łatwo i szybko pracownicy służby zdrowia mogą nadrobić. Dla porównania, kraje północy Europy (Niemcy, Szwajcaria, Skandynawia) dysponują dość dużym kapitałem, by oferować lekarzom, pielęgniarkom i ratownikom atrakcyjne warunki pracy (np. mieszkania, szkolenia, wysokie pensje, respektowanie prawa pracy), a jednocześnie ich potrzeby w tym zakresie ze względu na starzenie się populacji będą rosnać.

Ma to istotne znaczenie zwłaszcza w odniesieniu do pracowników młodych stażem, którzy otrzymują w Polsce niskie wynagrodzenie oraz są szczególnie przepracowani. Było to zresztą nagłaśnianie przez młodych lekarzy, którzy w 2015 r. podjęli działania strajkowe w ramach Ogólnopolskiego Porozumienia Rezydentów – postulowali wówczas o podniesienie płac oraz zmniejszenie tygodniowej liczby godzin pracy do 48<sup>90</sup>. W 2019 r. z kolei podjęli zorganizowaną akcję protestacyjną, polegającą na wypowiedaniu umów zawierających tzw. klauzule *opt-out*, czyli pozwalające przełożonemu egzekwować od pracownika więcej niż 48 godzin pracy tygodniowo. **Jako że większość lekarzy, w tym rezydentów, pracuje w więcej niż jednej placówce medycznej, przy jednoczesnych ogólnych niedoborach kadrowych jedynym sposobem na zapewnienie ciągłości usług zdrowotnych jest przekraczanie ustawowych norm pracy.** Spośród innych służb medycznych niezadowolone manifestowały także pielęgniarki – w ostatniej dekadzie największy protest miał miejsce w 2016 r. w Centrum Zdrowia Dziecka (CZD), którego zasadność była kwestionowana przez ówczesnego ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła na podstawie resortowych danych o średnich płacach w CZD<sup>91</sup>. W odpowiedzi pracownice publikowały w mediach społecznościowych słynne „paski

88 Ewa Kurzyńska, „Drenaż mózgow” w psychiatrii: wyższe zarobki to niejedyny powód szukania pracy za granicą, Puls Medycyny, 30.07.2020, udostępniono na: <https://pulsmedycyny.pl/drenaz-mozgow-w-psychiatrii-wyzsze-zarobki-to-niejedyny-powod-szukania-pracy-za-granica-998074>.

89 Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, s. 37, 15 maja 2019 r.

90 Zob.: <http://www.rezydent.org.pl/>.

91 *Ile naprawdę zarabiają pielęgniarki?*, „Newsweek”, 31.05.2016, udostępniono na: <https://www.newsweek.pl/polska/ile-zarabiaja-pielegniarki-pensje-pielegniarek-strajk-czd/khff5vr>.

pielęgniarek”, ilustrujące rażąco niskie poziomy płac w zestawieniu z liczbą wypracowanych godzin. Pomniejsze manifestacje w 2018 r. i w 2019 r. przedsięwzięły też diagności laboratoryjni i fizjoterapeuci w proteście przeciwko pominięciu ich przy programie ministerialnych podwyżek pensji<sup>92</sup>. Biorąc pod uwagę niską jak na Europę skłonność polskich obywateli do zrzeszania się i manifestowania, zwłaszcza wśród specjalistów, tak rozpowszechnioną samoorganizację pracowniczą należy uznać za świadectwo alarmujących warunków pracy w ochronie zdrowia.

Niedostępność świadczeń i złe warunki pracy wynikają także z nierównej dystrybucji kadry medycznej pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami. Kształcenie wykwalifikowanego lekarza trwa wiele lat i jest bardzo kosztochłonne, a jednocześnie wymaga przygotowania odpowiedniej infrastruktury (np. stanowisk laboratoryjnych, odczynników, miejsc praktyki). Oznacza to, że aby choć częściowo odpowiedzieć na dzisiejsze zapotrzebowanie związane z kadrami medycznymi, należy to zapotrzebowanie prognozować i planować organizację kształcenia z wieloletnim wyprzedzeniem. Mimo że liczba miejsc na uczelniach medycznych systematycznie wzrasta, wciąż jest daleka od zapotrzebowania – przykładowo, w roku akademickim 2019/2020 było ich łącznie 8158. Istotnym wahaniami podlegają także miejsca na rezydenturach, które są finansowane przez państwo, a o których liczbie decydują konsultanci wojewódzcy. Taka struktura decyzyjna ma wynikać z odpowiedniego rozpoznania lokalnych potrzeb, jednak trudno uznać proporcje otwieranych miejsc na specjalizacjach lekarskich za adekwatne w tym zakresie. **Przykładowo, w 2020 r. otwarto jedynie 9 miejsc na endokrynologii i 7 na kardiologii dziecięcej<sup>93</sup>, choć lekarze tych specjalizacji pozostają najmniej dostępni.** Z relacji medialnych wynika, że logika zwiększania naboru na poszczególne specjalizacje nie jest transparentna i może wynikać z interesów poszczególnych izb czy wręcz „klanów lekarskich”, a nie ze społecznego zapotrzebowania<sup>94</sup>.

Dodatkowym problemem jest nieumiejętność wykorzystania potencjalnych zasobów kadrowych. Mimo barier językowych i niedofinansowania służby zdrowia Polska jako kraj członkowski Unii Europejskiej jest atrakcyjnym miejscem pracy dla lekarzy i pielęgniarek z wielu krajów. Ministerstwo Zdrowia nie opracowało jednak strategii przyciągania specjalistów z zagranicy, a w epidemii będzie to jeszcze trudniejsze. Lekarze cudzoziemcy mają problem z uzyskaniem pozwolenia na pobyt stały oraz płatnego stanowiska, co utrudnia dokończenie procesu uznania dyplomu uzyskanego zagranicą<sup>95</sup>. Co więcej, problematyczne jest powolne tempo nostryfikacji, co wypycha część potencjalnie aktywnych medyków z polskiego rynku pracy<sup>96</sup>. Do tego od lat skala nostryfikowanych dyplomów spada: w 2012 r. dopuszczono do zawodu 60 proc. nostryfikantów, a w 2017 r. – 23 proc. Łącznie między 2012 a 2018 r. uznano raptem 1,2 tys. dyplomów lekarskich<sup>97</sup>. Oznacza to, że nie przyjmujemy nawet tych nielicznych specjalistów, którzy do procesu nostryfikacji podchodzą. Jest to zresztą część większego problemu – decydenci od lat wstrzymują się z opracowaniem polityki imigracyjnej, a wręcz sami rządzący politycy podsycają ksenofobiczne nastroje społeczne, co

92 *Diagności laboratoryjni protestują, podwyżki nie dla nich*, 16.07.2018, rynekzdrowia.pl, udostępniono na: <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Diagnosci-laboratoryjni-protestuja-podwyzki-nie-dla-nich,1858371.html>; *Fizjoterapeuci po studiach zarabiają 2,2-2,4 tys. zł. Dlatego manifestują*, 02.04.2019, rynekzdrowia.pl, udostępniono na: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Fizjoterapeuci-po-studiach-zarabiaja-2-2-2-4-tys-pl-Dlatego-manifestuja,193506,14.html>.

93 Por. informacje Ministerstwa Zdrowia, udostępniono na: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydentekich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzonego-1-31-pazdziernika-2020-r>.

94 Mira Suchodolska, *Niewydolność systemowa*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 13-15.11.2015, s. 5.

95 Krzysztof Boczek, *Czy zagraniczni lekarze są w Polsce dyskryminowani?*, MedExpress.pl, 13.09.2018, udostępniono na: <https://www.medexpress.pl/czy-zagraniczni-lekarze-sa-w-polsce-dyskryminowani/71574>.

96 Olena Bobakova, *Lekarzom imigrantom ciężko w Polsce wrócić do zawodu*, Krytyka Polityczna, 07.04.2020, udostępniono na: <https://krytykapolityczna.pl/kraj/lekarzom-imigrantom-ciezko-w-polsce-wrocic-do-zawodu/>.

97 Tamże.

utrudnia większe otwarcie w momentach kryzysu. Tymczasem przy obecnej skali zapasów kadrowej wskazane byłoby podjęcie aktywnej polityki zatrudnienia imigrantów, rozbudowy pakietów socjalnych oraz promocji Polski jako przyjaznego miejsca pracy w ramach dyplomacji gospodarczej.

Aby zwiększyć podaż kadr medycznych, trzeba podjąć działania w trzech aspektach: kształcenia kadr medycznych, budowania ścieżki kariery w Polsce oraz warunkach pracy. Pierwszym oczywistym postulatem jest radykalne zwiększenie naboru do szkół kształcących we wszystkich profesjach medycznych oraz powiązanie planowanej liczby absolwentów z potrzebami zdrowotnymi populacji. Drugie rozwiązanie wymaga przebudowy ścieżki kariery lekarskiej, m.in. pod względem rażącej dysproporcji między skalą zarobków na początku oraz w szczytowym etapie drogi zawodowej. Ochrona zdrowia mogłaby się też otworzyć na specjalistów ze średnim wykształceniem medycznym oraz ułatwić wchodzenie na lokalny rynek pracy imigrantom. I wreszcie, warunki pracy – obecna skala łamania norm pracy oraz nieadekwatne zarobki w przypadku znakomitej części kadr zdrowotnych przyczynia się do pogarszania jakości życia i zdrowia pracowników oraz odstrasza od wykonywania praktyki medycznej. Obszar ten wymaga pilnej i zdecydowanej poprawy.

## WYZWANIA MAJĄCE ZNACZENIE W KONTEKŚCIE EPIDEMII

Wyzwania te wynikają z wieloletnich zaniedbań strukturalnych. Trudno skutecznie dostarczać awaryjną opiekę medyczną przy rażących niedoborach personelu, który ma wieloletnie doświadczenie praktyki medycznej i specjalistyczne wykształcenie. Część problemów stała się jednak w kontekście wymogów epidemicznych szczególnie uciążliwa.

### 1

#### Niedostępność świadczeń medycznych

Niedobór kadr lekarskich oznacza trudności w bieżącym zarządzaniu zdrowiem publicznym – władze muszą decydować, z których usług zrezygnować, by udostępnić infrastrukturę szpitalną lub kadry niezbędne do wygaszenia epidemii. Jednocześnie takie gospodarowanie zasobami, które umożliwia większą reaktywność na epidemię, spotyka się z oporem społecznym – utrudnia bowiem już ograniczony dostęp do świadczeń medycznych. Opór ten pojawia się zarówno wśród pacjentów, jak i samych medyków, tyle że z innych powodów.

Jednym z najbardziej jaskrawych przykładów konfliktów interesów między koniecznością wdrożenia trybu kryzysowego a bieżącym leczeniem niezwiązanym z COVID-19 była sytuacja szpitala w Łomży, który został w marcu 2020 r. przekształcony w tzw. szpital jednoimienny (tj. ograniczono zakres jego działalności wyłącznie do działań przeciwepidemicznych). W odpowiedzi powstało stowarzyszenie „Solidarni w potrzebie”, które miało reprezentować interes seniorów pozbawionych bieżących świadczeń i uzyskało nawet poparcie byłych

prezydentów miasta<sup>98</sup>. Autorzy inicjatywy uznali ponadto, że decyzja o ustanowieniu szpitala jednoimiennego uderza w wieloletnie wysiłki kadry mające na celu osiągnięcie referencyjnego trzeciego stopnia, za czym idą większe środki od państwa. Ostatecznie pierwotny status szpitala przywrócono<sup>99</sup>, jednak przykład ten obrazuje opór społeczny, jaki może powstać w wielu innych miejscach Polski, które mają ograniczoną infrastrukturę medyczną. Może on być tym większy, im mniej widoczne dla opinii publicznej są skutki koronawirusa.

**Problem z dostępnością kadr nie wynika wyłącznie z ogólnie niskiej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia, lecz także z powodu wysokiej specjalizacji praktyki medycznej.** Oznacza to, że medycy poszczególnych specjalizacji niezwiązanych z leczeniem zakaźnym i tak musieliby przejść przez czasochłonne szkolenia, by móc odpowiadać na problemy wywołane przez COVID-19. Co gorsza, lekarze i pielęgniarki w autoewaluacji przeprowadzanej jeszcze przed epidemią koronawirusa deklarowali poczucie niedostatecznych kompetencji<sup>100</sup>. Tymczasem na całym świecie coraz więcej placówek mierzy się z koniecznością masowego leczenia zarówno chorób przewlekłych, jak i zakaźnych, zapotrzebowanie na szerokie kompetencje będzie więc medyków dotyczyć. Ponadto ministerstwo może obrać różne strategie radzenia sobie z pierwszym momentem rozpoznania zakażenia – np. oddać więcej odpowiedzialności lekarzom pierwszego kontaktu lub zatrudnionym w szpitalach. W środowisku trwa spór wokół tego konfliktu interesów<sup>101</sup>.

Niedostępność leczenia dotyczy również innych specjalizacji. Część lekarzy i pielęgniarek odeszła z pracy, bo nie chce pracować w szpitalach jednoimiennych. Prowadzi to do lokalnie zwiększonych braków kadrowych, a także do pogarszania jakości kształcenia rezydentów, którzy pozostają w takiej placówce. Inne wyłączenia wynikają z miejscowych zakażeń personelu medycznego i konieczności przechodzenia nieraz całych oddziałów na kwarantannę, co zamraża możliwość wykonywania usług medycznych.

### 2

#### Narażenie pracowników służb medycznych na konsekwencje medyczne i społeczne

Pracownicy medyczni należą do grup zawodowych szczególnie narażonych na zarażenie się koronawirusem, a zarazem są niezbędni, by zapanować nad sytuacją. Jednocześnie ze względu na małą liczbę lekarzy oraz ich przeciążenie i słabe przygotowanie placówek medycznych do obsługi chorób zakaźnych polska służba zdrowia może ponieść bolesne konsekwencje epidemii.

**Ciągłość świadczeń w polskiej służbie zdrowia jest zapewniona dzięki wieloletowości, a i tak pacjenci muszą czekać w kolejkach.** Ten sam mechanizm mobilności lekarzy i pielęgniarek między zakładami pracy może się przyczyniać do zwiększania ryzyka zakażeń między różnymi placówkami

98 Por. <https://www.solidarniwpotrzebie.pl/popieraja-nas/>.

99 Szpital w Łomży nie będzie ponownie jednoimienny, portal Łomża.pl, 07.09.2020, udostępniono na: <http://www.lomza.pl/index.php?wiad=10136>.

100 M. Gałzka-Sobotka: *Problemem nie tylko brak kadry. Również kompetencje*, Politykzdrowotna.pl, 09.01.2018, udostępniono na: <https://www.politykzdrowotna.com/27351,m-galazka-sobotka-problemem-nie-tylko-brak-kadry-rowniez-kompetencje>.

101 *Nowa strategia walki z koronawirusem. Lekarze z małych szpitali mają duże wątpliwości*, Dziennik.pl, 04.09.2020, udostępniono na: <https://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/7815150,koronawirus-nowa-strategia-walka-lekarze-male-szpitala-watpliwosci.html>.

medycznymi, a w konsekwencji do powstania zjawiska tzw. koronadomina, czyli zwielokrotnienia się tempa rozprzestrzeniania się wirusa. Pierwsze medialne ostrzeżenia sformułowano na ten temat jeszcze w kwietniu, z kolei w opublikowanych do października (a więc kolejnego wzrostu zachorowań w Polsce) danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że dotąd hospitalizowano prawie 1,4 tys. lekarzy i 3,3 tys. pielęgniarek. Mimo że wiedza o mechanizmie roznoszenia zakażenia jest większa niż w pierwszej połowie 2020 r., a problemy z dostępnością środków ochrony osobistej zostały częściowo rozwiązane, może się to okazać niewystarczające wobec skokowego wzrostu zachorowań. Służbie zdrowia będzie trudno zapewniać niezbędną ochronę zdrowotną swoim pracownikom i jednocześnie odpowiadać na zapotrzebowania pacjentów.

Polskie media odnotowywały ponadto przypadki tzw. jatrofobii, czyli lęku przed służbami medycznymi (opisywanym jako „hejt”). Opinia publiczna rozpoznała, że medycy należą do grup szczególnie narażonych na zachorowania, co wywołało dwie reakcje: z jednej strony wdzięczność i wsparcie, poparte akcjami samopomocowymi, takimi jak kolektywne szycie maseczek czy kupowanie jedzenia do szpitali, a z drugiej – niechęć i strach. Część lekarek i pielęgniarek miała problem ze zorganizowaniem odpłatnej opieki nad dziećmi<sup>102</sup>, zdarzało się, że medycy byli szykanowani i wyzywani, a niektórym wręcz wybijano szyby w samochodzie lub odmawiano obsługi w sklepie spożywczym<sup>103</sup>. Problemy tego typu mogą wrócić, a nawet się nasilić, w wyniku wzrostu społecznego napięcia na tle możliwych zachorowań o ciężkim przebiegu. Ministerstwo Zdrowia nie zareagowało wówczas na te incydenty, a momentami nawet samo wyrażało krytykę środowiska lekarskiego za domniemane nieprzestrzeganie procedur bezpieczeństwa w szpitalach i niestawianie się do pracy z tytułu rządowego nakazu. Politycy opozycji w większości zachowują powściągliwość wobec tych wystąpień, mimo że wcześniej wykazywali gesty wsparcia kierowane np. do środowiska sędziowskiego.

Środowisko medyczne (a przynajmniej jego część) nie miało także najlepszych relacji z rządzącymi, którzy niejednokrotnie negatywnie komentowali opinie pracowników ochrony zdrowia, sugerując przy tym ich niesubordynację czy nieodpowiedzialność. W ramach tarczy antykryzysowej rząd wprowadził także zapisy zwiększające odpowiedzialność za błędy lekarskie, co spotkało się z protestami samych medyków. Takie spory w oczach opinii publicznej pogarszają morale pracowników ochrony zdrowia i mogą wpływać na pogorszenie się relacji z pacjentami, co utrudnia proces skutecznego leczenia, zwłaszcza w realiach zagrożenia epidemicznego. Jesienią rząd podjął pierwsze kroki w kierunku zwiększenia bezpieczeństwa pracy medyków, wprowadzając tzw. klauzulę dobrego samarytanina, która częściowo zwalnia lekarzy z odpowiedzialności za nieumyślne błędy medyczne.

102 Arkadiusz Gruszczyński, *Lekarzom nie tylko dziękujemy. Przyszedł czas na atak i pogardę*, „Gazeta Wyborcza”, 19.04.2020, udostępniono na: <https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,25879885,lekarzom-nie-tylko-dziekujemy-przyszedl-czas-na-atak-i-pogarde.html>; Marcin Wyrwał, *Rozwija się koronahejt na medyków [OPINIA]*, Onet.pl, 30.03.2020, udostępniono na: <https://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/koronawirus-w-polsce-hejt-w-wobec-lekarzy-pielegniarek-i-ratownikow/desOmdw>.

103 *Fiałek: hejt wobec lekarzy i pielęgniarek powinien być ścigany z urzędu!*, rynekzdrowia.pl, 23.04.2020, udostępniono na: <https://www.rynekzdrowia.pl/Po-godzinach/Fialek-hejt-wobec-lekarzy-i-pielegniarek-powinien-byc-scigany-z-urzedu,206603,10.html>.

## PRZYCZYNY WYZWAŃ

TYP	PRZYCZYNA	ROZWIĄNIĘCIE
 Materialne	Zbyt mała liczba miejsc na studiach medycznych i rezydenturach	Od lat system kształcenia jest niedostosowany do potrzeb społecznych, mimo że kształcenie medyków jest w największej mierze kształceniem zawodowym. Choć część wskaźników (np. miejsca na uczelniach medycznych) zaczęła się podnosić, zmiany nie są znaczące. Na nietransparentny proces wyznaczania liczby miejsc na poszczególnych specjalizacjach mają wpływ interesy środowisk lekarskich, które podlegają niedostatecznej kontroli społecznej. Państwo nie rezerwuje także dostatecznych środków na kształcenie wyższe, co jest odczuwalne w przypadku studiów medycznych, które są wyjątkowo kosztowne i czasochłonne w prowadzeniu
 Instytucjonalne		
 Legislacyjne		
 Instytucjonalne	Zbyt mała skala nostryfikacji zagranicznych dyplomów	Dotychczasowy proces nostryfikacji dyplomów jest zbyt czasochłonny i przez to na długi czas odcina imigranta od możliwości zarabiania na życie, co zniechęca do podejmowania praktyki lekarskiej w Polsce. Rząd oraz część obywateli są a priori niechętni imigrantom, co stwarza niekorzystny klimat dla osiedlania się w kraju i prowadzenia praktyki w regularnym kontakcie bezpośrednim z pacjentami
 Legislacyjne		





Materialne

Zbyt niskie płace wymuszające pracę po godzinach

Płace, zwłaszcza w pierwszych latach praktyki zawodowej, są zdecydowanie za niskie, i to mimo protestów środowisk medycznych. Taki stan generuje wieloletowość, nadgodziny i niską jakość wykonywanej pracy i/lub wypalenie zawodowe. Wysokość płac zachęca także do emigracji, gdzie stosunkowo łatwo podjąć pracę w lepszych warunkach



Instytucjonalne

Uderzenie w prestiż i zaufanie do zawodu lekarza



Legislacyjne

Wymagające warunki pracy mogłyby być rekompensowane przez wysoki prestiż społeczny i poczucie solidarności ze środowiskiem medycznym. Wraz z rozwojem epidemii ta postawa staje się coraz mniej powszechna; jednocześnie rządzący niekoniecznie podejmują się roli mediatora. Ponadto część projektów legislacyjnych w pierwszej fali epidemii była pisana tak, by przerzucić większą część odpowiedzialności za leczenie na środowisko lekarskie

## ROZWIĄZANIA: ZASTOSOWANE, PLANOWANE I POTENCJALNE



### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE:

#### podniesienie płac

- Długie protesty lekarzy rezydentów, rozpoczęte jeszcze za ministra Konstantego Radziwiła, przyniosły skutek w 2018 r. w postaci porozumienia z kolejnym ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim o zwiększeniu nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB w 2024 r. oraz przyznaniu młodym lekarzom znaczących podwyżek. Ustalenia te nie dotyczą jednak dużej części kadry medycznej, np. analityków czy fizjoterapeutów. Trudno też uznać skalę podwyżek za imponującą, biorąc pod uwagę punkt wyjścia. Z pewnością niezbędne okaże się dalsze podnoszenie płac w sektorze ochrony zdrowia, szczególnie w odniesieniu do niższej kadry medycznej: pielęgniarek, położnych i ratowników.

- Rząd aż do października nie zdecydował się na przyznanie premii dla personelu medycznego za pracę podczas epidemii, a takie rozwiązanie, jako dodatkową motywację dla pracowników do wyjątkowej dbałości o zdrowie populacji, wprowadzono np. w Niemczech (pielęgniarki) oraz Holandii (lekarze POZ)<sup>104</sup>. Istniejące w Polsce rekompensaty finansowe kierowane są tylko do tych pracowników, którzy otrzymali nakaz pracy w jednym miejscu ze względu na zachowanie bezpieczeństwa epidemicznego.



### ZASTOSOWANE:

#### przymusowe delegowanie personelu medycznego do pracy i obowiązek pracy w jednym miejscu

- W obliczu rosnącego obciążenia placówek opiekuńczych i niedoborów personelu w kwietniu 2020 r. władze wojewódzkie skorzystały z dozwolonej przepisami możliwości wydawania nakazów pracy. Rozwiązanie to nie spotykało się jednak z dobrym przyjęciem ze strony środowiska lekarskiego – media regularnie donosiły o przypadkach lekarzy, którzy nie stawili się na miejsce pracy, ponadto wojewodowie nie zawsze dokładnie sprawdzali status delegowanych do pracy medyków<sup>105</sup>. Niedokładność przyczyniła się nawet do konfliktu politycznego i próby odwołania Konstantego Radziwiła ze stanowiska wojewody mazowieckiego<sup>106</sup>.
- Przymusowe delegowanie do pracy przy COVID-19 wiązało się z ograniczeniem miejsc, w których może stawać się delegowany medyk, w związku z jego zwiększoną ekspozycją na zakażenie koronawirusem i możliwość transmisji wirusa między poszczególnymi placówkami medycznymi. Lekarze i pielęgniarki mieli otrzymywać rekompensaty z tytułu utraconego dochodu na rzecz jednoetatowości<sup>107</sup>. Jednak zagrożenie zarażeniem zniechęcało część środowiska do podejmowania pracy, zwłaszcza że wyznaczone placówki nie zapewniały należytych środków ochronnych.
- Jak się okazało, w miesiącach poprzedzających drugą falę epidemii obłożenie szpitali przyjmujących pacjentów z koronawirusem było niewielkie. W związku z czym ustawodawca zapowiedział poluzowanie przepisów dotyczących nakazu pracy<sup>108</sup> – od teraz to kierownik placówki medycznej zajmującej się przypadkami COVID-19 może zwolnić podwładnego w obowiązku ograniczenia się do wykonywania pracy tylko w jednym miejscu. Pozwoli to zmniejszyć presję na lekarzy,

104 Stanisława Golinowska, Michał Zabdyr-Jamróz, *Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów*, w: „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. 18, nr 1/2020.

105 Por. <https://tvn24.pl/tvnwarszawa/okolice/koronawirus-w-polsce-wojewoda-oddelegowal-stu-pracownikow-sluzby-zdrowia-ale-zglosilo-sie-tylko-15-kara-to-nawet-30-tysiecy-zlotych-4552458> oraz <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-04-11/wiekszosc-delegowanych-do-pracy-w-innych-placowkach-nie-stawila-sie-tam-wojewoda-nalozyl-kary/>.

106 Zob.: <https://wiadomosci.wp.pl/skandal-z-nakazami-pracy-w-dps-jest-wniosek-o-odwołanie-wojewody-mazowieckiego-konstantego-radziwilla-6500837707544193a>.

107 <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Nakaz-pracy-w-jednym-miejscu-i-rekompensata-finansowa-przemyslancie-rozwiazanie,207210,1.html>.

108 Agata Szczepańska, *Nakaz pracy lekarzy w jednym miejscu ma zostać poluzowany*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 21.07.2020, udostępniono <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1486590,szpital-szef-placowki-personel-medyczny-koronawirus-praca-w-innym-szpitalu.html>.

a jednocześnie zachować ciągłość świadczeń w szpitalach i przychodniach, które dotąd były dotknięte brakami kadrowymi wynikającymi z wprowadzenia nakazu pracy. Jednocześnie wobec wyraźnego wzrostu zachorowań w praktyce nakaz pracy w jednym miejscu może zostać utrzymany, mimo większej regulacyjnej elastyczności.



#### PLANOWANE:

##### uproszczony tryb zatrudniania cudzoziemców

- Dzięki nowelizacji Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, która od czerwca 2020 r. jest procedowana przez Senat RP, ma zostać wprowadzona szybsza ścieżka zatrudnienia przypominająca tymczasowe zezwolenia na pracę<sup>109</sup>. W myśl nowych przepisów medyk-imigrant może zostać zatrudniony warunkowo przez polską placówkę zdrowotną, jeśli ta złoży stosowny wniosek do izby. Jeśli ma on ukończone studia, minimum trzy lata praktyki i tytuł specjalisty, może podjąć pracę w tej placówce, o ile w ciągu pięciu lat nostryfikuje dyplom. Mechanizm ten istotnie może pomóc uzupełnić braki kadrowe.



#### PLANOWANE:

##### dostosowywanie norm zatrudnienia do dostępności personelu

- Na konferencji prasowej 9 października 2020 r. minister zdrowia Adam Niedzielski zapowiedział, że personel medyczny będzie liczniej kierowany do pracy przy pacjentach z COVID-19, m.in. dzięki dopuszczeniu do praktyki lekarzy na czwartym roku specjalizacji. Ponadto zmienia się normy liczbowe dotyczące obsługi pacjentów pozostających na oddziałach intensywnej terapii – mają one zostać złagodzone, ale z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów.



#### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE:

##### szybsze i efektywniejsze kształcenie pracowników ochrony zdrowia

- Jednym ze sposobów na przyspieszenie kształcenia lekarzy miało być skrócenie czasu studiów i włączenie stażu lekarskiego w cykl kształcenia akademickiego. Kształcenie w tym trybie odbył jednak tylko jeden rocznik studentów, po czym wycofano się z pomysłu, trudno więc ocenić jego powodzenie. Od razu wystąpiły problemy z finansowaniem – wcześniejszy staż był opłacany przez państwo, w przeciwieństwie do rocznej praktyki, co zniechęcało szpitale do przyjmowania adeptów medycyny do pracy oraz utrudniało absolwentom wejście w samodzielne życie.
- Mimo że przywrócono dawny program studiów, przygotowywana nowela wraca do postulatu przyspieszenia i zwiększenia efektywności kształcenia medycznego. Planowane jest m.in. zezwolenie studentom na dwukrotne nieodpłatne podejście

<sup>109</sup> Senat: Kadry to nie jedyny problem ochrony zdrowia, „Dziennik Gazeta Prawna”, 18.06.2020, udostępniono na: <https://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1483859,senat-lekarze-sluzba-zdrowia-problemy-kadry-finansowanie.html>.

do egzaminu lekarskiego i specjalistycznego, ujawnienie bazy pytań egzaminacyjnych oraz otwarcie ogólnopolskiego – a dotąd zrejonizowanego – naboru na rezydentury. Wprowadzane zmiany mają dać absolwentom studiów medycznych większą elastyczność co do wyboru dalszej ścieżki kariery i przyspieszyć skorzystanie z drugiej szansy nabycia uprawnień w razie niepowodzenia za pierwszym podejściem.

- W 2017 r. ówczesny minister nauki i szkolnictwa wyższego Jarosław Gowin zasugerował, że publiczne finansowanie studiów medycznych mogłoby zostać powiązane z późniejszym obowiązkowym pełnieniem praktyki lekarskiej w Polsce, co miało być odpowiedzią na postępujący „drenaż mózgow”. Część komentatorów uznała je jednak za niekonstytucyjne<sup>110</sup> i w końcu je zarzucono. Istnieją jednak na rodzimym gruncie wzorce edukacyjne, z którego autorzy takiego rozwiązania potencjalnie mogliby czerpać: do pracy w sektorze publicznym zobowiązani są chociażby absolwenci Krajowej Szkoły Administracji Publicznej czy Wojskowej Akademii Technicznej. Podobny mechanizm wprowadzono w 2018 r. w odniesieniu do rezydentów – zgodnie z porozumieniem zawartym między ówczesnym ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim pensja lekarza rezydenta ma być wyższa, jeśli zobowiąże się do pozostania w Polsce dwa lata po ukończeniu specjalizacji.



#### POTENCJALNE:

##### przywrócenie szkolnictwa zawodowego

- Niedobory kadrowe dotyczą całego sektora medycznego. Można przyspieszyć kształcenie niższej kadry medycznej, np. pielęgniarek, ratowników czy pracowników technicznych, poprzez przywrócenie specjalistycznego szkolnictwa zawodowego. Ponadto łatwiej zwiększyć skalę kształcenia zawodowego aniżeli szkolnictwa wyższego. Personel kształcony na tym szczeblu mógłby przejąć dotychczasowe obowiązki lekarzy i pielęgniarek związane z obsługą sprzętu, administracji etc.

<sup>110</sup> Aleksandra Kurowska, *Min. Rozwoju: lekarze powinni odpracowywać studia*, *PolitykaZdrowotna.pl*, 11.09.2017, udostępniono na: <https://www.politykazdrowotna.com/22568,min-rozwoju-lekarze-powinni-odpracowywac-studia>.



## Jak zarządzać przepływem informacji w systemie ochrony zdrowia?

### DEFINICJA PROBLEMU

Cyfryzacja polskiego systemu ochrony zdrowia jest fragmentaryczna, a jednym z jej podstawowych problemów od lat jest niedostateczna interoperacyjność. Oznacza to, że **placówki ochrony zdrowia, a także inne instytucje systemowe, posługują się różnymi rozwiązaniami teleinformatycznymi, które często nie działają według wspólnych standardów**. O ile duże sieci medyczne prowadzą własne, rozbudowane systemy, pozwalające na zarządzanie zasobami i prowadzeniem pacjentów, o tyle placówki będące SPZOZ-ami czy zarządzane przez jednostki samorządowe nierzadko są z informatyzowane tylko w zakresie wymaganym przepisami, co nie zapewnia efektywnego funkcjonowania w ramach systemu ochrony zdrowia.

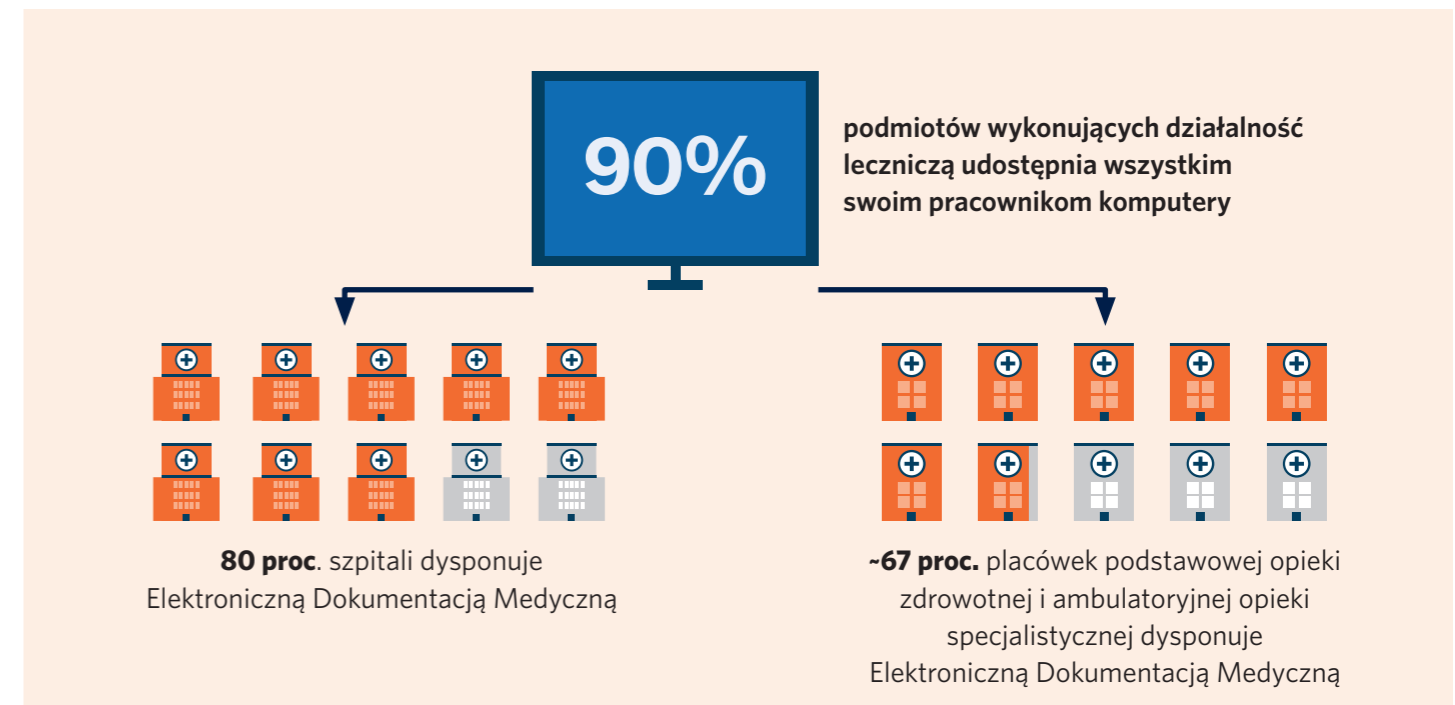
Pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia od 2007 r. rozwijany jest tzw. Projekt P1<sup>111</sup> – to zbiór systemów gromadzenia i wymiany danych kluczowych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z założeniami P1 ma integrować m.in. hurtownie danych, systemy wydawania elektronicznych recept i skierowań, rejestry medyczne, a także internetowe konto pacjenta. W ramach systemu docelowo mają funkcjonować wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, a także apteki. Na przestrzeni kilkunastu lat prace nad Projektem P1 były wielokrotnie reorganizowane, zmieniały się koncepcje jego realizacji, w tym szersze strategiczne wizje informatyzacji ochrony zdrowia, a także podmioty odpowiedzialne za jego budowę, przesuwano również terminy wdrożeń. W ostatnich latach, po przeniesieniu w 2017 r. odpowiedzialności za wykonawstwo bezpośrednio do podlegającego resortowi zdrowia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ)<sup>112</sup> stopniowo uruchamiane były kolejne funkcjonalności P1.

Kluczowe z perspektywy zarządzania systemem ochrony zdrowia w warunkach epidemii okazały się wdrożenia e-recept i e-zwolnień, pozwalające na zdalną realizację podstawowych potrzeb pacjentów. **Wiosną 2020 r. nadal jednak nie były gotowe systemy pozwalające na wydawanie elektronicznych skierowań i zarządzanie elektroniczną dokumentacją medyczną pacjentów**. Ta ostatnia funkcjonalność ma szczególne znaczenie z perspektywy efektywności systemu ochrony zdrowia. O ile wydawanie cyfrowych recept, zwolnień czy skierowań zwiększa wygodę pacjentów i świadczeniodawców, a także pozwala na skuteczniejszą kontrolę ewentualnych nadużyć, o tyle centralizacja dokumentacji medycznej umożliwia efektywne leczenie m.in. poprzez dostęp lekarzy do historii pacjenta czy wiedzy o przyjmowanych lekach. Elektroniczna dokumentacja medyczna pozwala ograniczyć marnotrawstwo zasobów, wynikające np. z wielokrotnego wykonywania tych samych badań.

111 Pełna nazwa to Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

112 Przemianowanego w sierpniu 2020 r. na Centrum e-Zdrowia.

Według ostatniej analizy<sup>113</sup> przeprowadzonej latem 2019 r. przez CSIOZ zdecydowana większość podmiotów wykonujących działalność leczniczą udostępnia wszystkim swoim pracownikom komputery (90 proc.), jednak wykorzystanie systemów pozwalających na prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) jest zależne od typu podmiotu. O ile ponad 80 proc. szpitali dysponuje takimi rozwiązaniami, o tyle w przypadku placówek podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest to około dwie trzecie. Co więcej ponad 80 proc. wszystkich badanych placówek nie wdrożyło rozwiązań „przeznaczonych dla innych podmiotów leczniczych” – oznacza to, że możliwość wymiany danych np. między szpitalami a gabinetami lekarzy POZ jest ograniczona. Ponadto efektywne wykorzystanie EDM nie jest powszechne: repozytoria umożliwiające przeszukiwanie baz danych posiada 55 proc. szpitali i mniej niż połowa przychodni specjalistycznych i gabinetów POZ. Jednocześnie dwie trzecie wszystkich podmiotów udostępnia dokumentację medyczną innym świadczeniodawcom w formie wydruków, a nieco ponad jedna czwarta – w formie fizycznych nośników danych, jak pendrive czy płyta CD; jedynie 7 proc. placówek korzysta w tym celu z systemów teleinformatycznych. **Inwestycje w zakresie prowadzenie EDM planowało dwie trzecie badanych przez CSIOZ szpitali i jedynie około jednej trzeciej innych badanych placówek. Jednocześnie około połowy wszystkich placówek planowało inwestycje w systemy do wymiany EDM** – plany te można jednak interpretować jako związane z koniecznością spełnienia wymogów wynikających z ustawy o systemach informacji w ochronie zdrowia i obowiązku docelowego podłączenia systemów EDM do Platformy P1 do stycznia 2021 r.



Z perspektywy pacjentów wymiana informacji między podmiotami leczniczymi nie jest jednak kwestią centralną. W warunkach epidemii najbardziej niewralgiczne jest uzyskanie świadczeń zdrowotnych, do których dostęp został ograniczony ze względu na wprowadzone obostrzenia. Wraz z „zamrożeniem” ochrony zdrowia telemedycyna stała się jedną z kluczowych czy podstawowych – np. w POZ – form udzielania porad lekarskich. O ile jednak

113 Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *Badanie stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą*. Wydanie IV (Warszawa, 2019).

między marcem a czerwcem 2020 r. łączna liczba porad (niezależnie od formy) zmniejszyła się o ponad 20 proc. i wyniosła 43 mln, o tyle do rozróżniania teleporad od standardowych wizyt, NFZ zobowiązał lekarzy dopiero od września<sup>114</sup>. Jakość teleporad była również jednym z głównych powodów składania zażaleń przez pacjentów, zarówno do NFZ, jak i do biura Rzecznika Praw Pacjenta. Przyczyną takiego stanu rzeczy był brak odpowiednich narzędzi pozwalających na wykonywanie usług telemedycznych wykraczających poza zakres zdalnej porady i właściwych procedur. W praktyce proste świadczenia, związane np. z przedłużeniem recepty czy zapisaniem na wizytę stacjonarną, w dużej mierze mogą być wykonywane nawet telefonicznie, przy wsparciu istniejących systemów (jak e-recepta). Konsultacje specjalistyczne wymagają jednak dodatkowych narzędzi, jak np. urządzenia do telemonitoringu, lub szczegółowo opracowanych standardów – w obu tych obszarach polski system ochrony zdrowia nie jest wystarczająco rozwinięty.

## Dopiero od września NFZ zobowiązał lekarzy do sprawozdawania czy wizyta została zrealizowana w formie tradycyjnej czy teleporady.

Odrębnym zagadnieniem pozostają rejestry, czyli bazy zawierające dane o systemie ochrony zdrowia i zachodzących w nim zdarzeniach. W obecnych ramach prawnych<sup>115</sup> funkcjonują dwa główne typy rejestrów medycznych: dotyczących zasobów funkcjonujących w systemie (m.in. lekarzy, fizjoterapeutów, placówek, laboratoriów, aptek itd.) i konkretnych zdarzeń medycznych (m.in. chorób układu krążenia). **O ile rejestry dotyczące zasobów zostały z powodzeniem wdrożone przez CSIOZ jako tzw. Platforma P2, o tyle rejestry „kliniczne” dotychczas powstały tylko w wybranych dziedzinach medycyny.** Według projektu założeń do ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, opracowanych przez resort zdrowia w 2017 r., nowe rejestry dla poszczególnych obszarów miały powstawać w tempie około pięciu rocznie, a docelowo miało być ich nawet 80. W praktyce ze względów finansowych i organizacyjnych powstało tylko kilka nowych rejestrów – jaskrawym tego przykładem jest brak rejestru onkologicznego w tym gronie, kluczowego z perspektywy zdrowia publicznego.

Zarządzanie przepływem informacji w systemie ochrony zdrowia jest zadaniem w oczywisty sposób bardzo skomplikowanym i wymagającym zapewnienia właściwych zasobów instytucjom, które się tym zajmują. Aby było skuteczne niezbędne jest w tym obszarze konsekwentne przywództwo, opierające swoje działania na kompleksowej strategii i właściwie angażujące poszczególnych interesariuszy. Biorąc pod uwagę wyzwania strukturalne, dotyczące m.in. ograniczonych kompetencji cyfrowych wśród części pacjentów i zapóźnień technologicznych części placówek i funkcjonujących systemów teleinformatycznych, wydaje się, że rola państwa w tym obszarze pozostanie kluczowa, a cyfryzacja ochrony zdrowia powinna opierać się na silnych instytucjach publicznych.

114 Klara Klinger i Patrycja Otto, „Z katarem na SOR, czyli opóźnione efekty lockdownu”, *Dziennik Gazeta Prawna*, wrzesień 21, 2020, udostępniono 11.10.2020 na: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1491421,z-katarem-na-sor-czyli-opoznione-efekty-lockdownu.html>.

115 Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

## WYZWANIA MAJĄCE ZNACZENIE W KONTEKŚCIE EPIDEMII

Kluczowe problemy w obszarze cyfryzacji i przepływu informacji były pochodną braku jednolitych standardów, rozproszenia systemów i rejestrów, a także braku kompetencji, odpowiednio przypisanej odpowiedzialności i norm w zakresie udostępniania danych publicznych.

1

### Zapóźnienia w zakresie cyfryzacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej

Państwowa Inspekcja Sanitarna to instytucja, która przez lata była zaniedbana zarówno pod względem finansowym, jak i organizacyjnym. Mimo że w 2019 r. przyspieszyły prace nad jej reformą, istniejące zapóźnienia fizycznie nie mogły być nadrobione w ciągu kilku miesięcy, między przyjęciem zmian legislacyjnych zakładających centralizację sanepidów a początkiem epidemii. Ponadto pomimo newralgicznego charakteru Państwowej Inspekcji Sanitarnej i piętrzących się problemów logistycznych i organizacyjnych, przekładających się na nieefektywności w całym systemie ochrony zdrowia, aż do jesieni 2020 r. nie zostały w tym obszarze przewidziane dodatkowe zasoby finansowe, ludzkie i organizacyjne mogące usprawnić funkcjonowanie systemów. **W praktyce w wielu przypadkach działania racjonalizatorskie, porządkujące dane i pracę systemów, wykonywali wolontariusze pracujący na rzecz poszczególnych powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych.** W tym kontekście nieco zaskakująca może się wydawać szczerość Głównego Inspektora Sanitarnego, Jarosława Pinkasa, zasiadającego na stanowisku od września 2018 r., który dwa lata później narzekał na zapóźnienia i niedoinwestowanie sanepidu<sup>116</sup>.

2

### Brak publicznego dostępu do uporządkowanych danych epidemiologicznych

Kluczowe informacje dotyczące przebiegu epidemii, m.in. na temat liczby zakażeń, wykonywanych testów, liczby osób hospitalizowanych i przebywających na kwarantannie, nie były udostępniane w jednolitej, spójnej formie przez zbierające je instytucje. Ministerstwo Zdrowia publikowało informacje zbiorcze dla całego kraju w formie codziennych komunikatów w mediach społecznościowych, jednak nigdy nie ujawniało bazy zawierającej przedstawiane informacje. Z kolei Kancelaria Prezesa Rady Ministrów udostępniała dane w formie dashboardów wizualizujących m.in. liczbę zachorowań i zgonów w różnych ujęciach<sup>117</sup>. Nie zawierały one ani danych historycznych, ani nie umożliwiały ponownego wykorzystania poprzez publiczną bazę danych (choćby w formie arkusza kalkulacyjnego).

W szerszym zakresie problem z ujednoczeniem danych objawiał się w raportowaniu danych epidemiologicznych przez jednostki Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Główny Inspektorat Sanitarny, odpowiedzialny za nadzór nad informacjami przekazywanymi przez powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne, nie publikował tych danych na własnych stronach internetowych. W praktyce informacje dotyczące m.in. liczby zakażeń w poszczególnych powiatach –

116 Mira Suchodolska, „Pinkas: Sanepid ma dziś twarz starej, zmęczonej kobiety [WYWIAD]”, *Dziennik Gazeta Prawna*, wrzesień 24, 2020, udostępniono 19.10.2020 na: <https://wiadomosci.dziennik.pl/opinie/artykuly/7830987,jaroslaw-pinkas-gis-sanepid-koronawirus-rozmowa.html>.

117 Portal Gov.pl, „Mapa zarażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) – Koronawirus: informacje i zalecenia”, udostępniono 10.10.2020 na: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>.

kluczowe z perspektywy przewidywania zmiany poziomu obostrzeń w danym powiecie – zbierane przez poszczególne powiatowe i wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, a czasami również przez urzędy wojewódzkie, były gromadzone, porządkowane i udostępniane przez grupę oddolnie zorganizowanych wolontariuszy. Przykładem takiego działania są udostępniane na Twitterze analizy Michała Rogalskiego, dziewiętnastolatka z Łodzi, który samodzielnie gromadzi, przelicza i wizualizuje dane liczbowe do skali zakażeń koronawirusem. Z jego materiałów korzystają dziennikarze, decydenci i specjaliści<sup>118</sup>.

### 3

#### Brak dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów otrzymujących teleporady

Ponieważ placówki medyczne nie w pełni wdrożyły systemy zakładane w ramach Platformy P1, pracownicy medyczni nie mieli dostępu do dokumentacji medycznej wielu pacjentów podczas prowadzenia teleporad był niemożliwy, przez co były one niepełnowartościowe. W praktyce potrzeby pacjentów były spełniane tylko w ograniczonym zakresie, co generowało skargi.

### 4

#### Zawodność i niedostateczna użyteczność systemów udostępnianych lekarzom

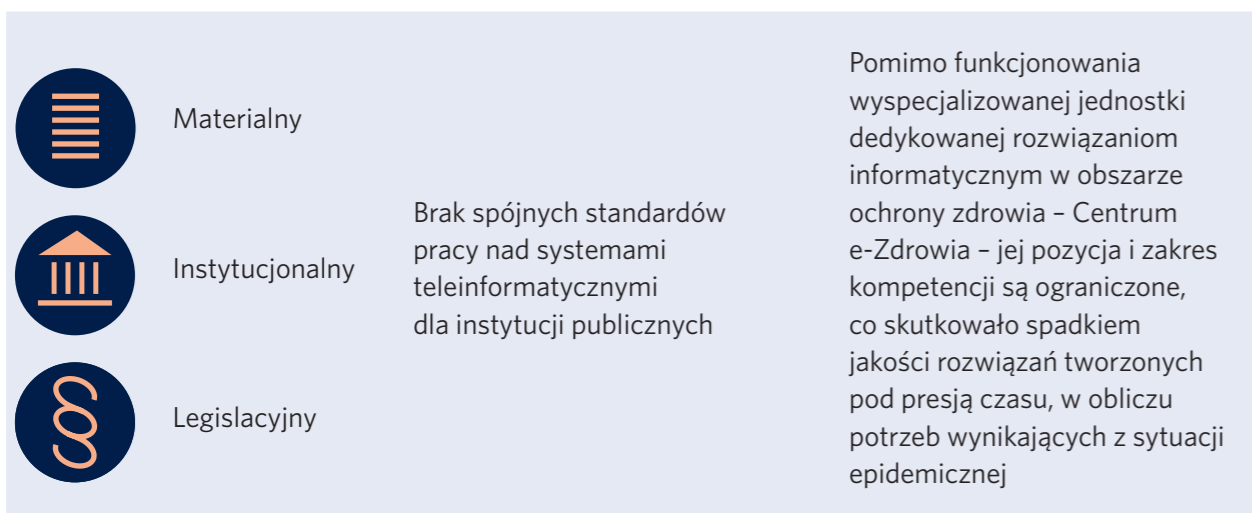
Problemy z korzystaniem z systemów e-zdrowia na poziomie użytkownika były niejednokrotnie sygnalizowane przez lekarzy podczas epidemii. Niska jakość systemów dostarczanych końcowym użytkownikom była przedmiotem ustaleń na poziomie resortu zdrowia i organizacji lekarzy: w kilkupunktowym porozumieniu, zasadniczo dotyczącym reorganizacji pracy lekarzy POZ podczas epidemii, znalazł się zapis o przekazaniu do Centrum e-Zdrowia „informacji dotyczących strategii wprowadzania zmian w systemie gabinet.gov.pl<sup>119</sup>”. Dodatkowe problemy wiązały się z funkcjonowaniem Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19, utworzonego w szybkim tempie i wielokrotnie korygowanego. Z kolei system EWP, w ramach którego przetwarzane były dane o pacjentach przechodzących kwarantannę – a do którego dostęp był realizowany za pomocą gabinet.gov.pl – został oparty o rozwiązanie przygotowane na potrzeby rejestracji osób powracających z zagranicy.

118 Zob.: <https://twitter.com/micalrg>.

119 Marta Markiewicz, „Znamy treść porozumienia między MZ a lekarzami rodzinnymi”, [cowzdrowiu.pl](http://cowzdrowiu.pl), październik 2, 2020, udostępniono 18.10.2020 na: <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosc/post/znamy-tresc-porozumienia-miedzy-mz-a-lekarzami-rodzinnymi>. Gabinet.gov.pl to aplikacja opracowana przez CSIOZ umożliwiająca lekarzom wykonywanie czynności takich jak wystawianie e-recept i e-skierowań, a także zlecenie testów na obecność SARS-CoV-2 i kierowanie na kwarantannę.

## PRZYCZYNY WYZWAŃ

TYP	PRZYCZYNA	ROZWIĄNIĘCIE
 Materialny  Instytucjonalny	Brak motywacji instytucji publicznych do opracowywania i udostępniania danych	Cyfryzacja systemu ochrony zdrowia cierpi z powodu zaniechań i zapóźnień legislacyjnych. Pomimo wieloletnich publicznych dyskusji nad potrzebami w zakresie ponownego wykorzystania danych z państwowych rejestrów, w sierpniu 2020 r. nadal nie istniały ramy prawne, w formie ustawy o otwartych danych i ponownym wykorzystaniu informacji sektora publicznego – Ministerstwo Cyfryzacji wciąż było na etapie konsultacji publicznych jej projektu
 Materialny  Instytucjonalny	Brak woli politycznej do reorganizacji i doinwestowania Państwowej Inspekcji Sanitarnej	Wieloletnie zapóźnienia w zakresie stosowanych rozwiązań informatycznych i integracji poszczególnych jednostek sanepidu miały charakter zniechęcający do podejmowania się zmian w tym obszarze
 Materialny  Legislacyjny	Niedostatecznie rozwinięte standardy usług telemedycznych	Telemedycyna na podstawowym poziomie, tj. udzielania porad, została w praktyce wdrożona przez NFZ dopiero w obliczu pandemii COVID-19. Wiosną 2020 r. powstały odpowiednie produkty rozliczeniowe i standardy usług zdrowotnych, ale w ograniczonym zakresie. Dotyczyło to zarówno dostępu do urzędów wspierających specjalistyczną telemedycynę, jak również standardów konsultacji specjalistycznych



## ROZWIĄZANIA: ZASTOSOWANE, PLANOWANE I POTENCJALNE



### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE: utworzenie spójnej strategii e-zdrowia

- Rozwój rozwiązań informatycznych w ochronie zdrowia, podobnie jak szereg innych obszarów polskiej polityki publicznej, nie następuje w oparciu o spójną strategię. Do tego dochodzi brak ciągłości prac nad dokumentami strategicznymi w obszarze e-zdrowia, wynikły głównie z przyczyn politycznych. Założenia *Strategii Rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2018-2022* zostały pod koniec 2017 r. przyjęte wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Cyfryzacji. Niewiele później szefowie obu resortów (Anna Streżyńska i Konstanty Radziwiłł) stracili stanowiska w wyniku rekonstrukcji rządu, a ich następcy nie kontynuowali prac rozpoczętych przez poprzedników.
- Jesienią 2019 r. ówczesny wiceminister zdrowia odpowiedzialny m.in. za obszar informatyzacji (Janusz Cieszyński) zapowiadał opracowanie i przyjęcie strategii e-zdrowia „w kolejnej kadencji”<sup>120</sup>. Dymisja ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, a wraz z nim wiceministra Cieszyńskiego, w sierpniu 2020 r. postawiła temat strategii w niejasnym obszarze. Kompetencje dotyczące informatyzacji zostały przez nowego ministra, Adama Niedzielskiego, przekazane do pełnomocniczek – dyrektor generalnej resortu i dyrektor Centrum e-Zdrowia.
- Prace nad opracowaniem strategii e-zdrowia powinny być kontynuowane i uzyskać właściwy patronat polityczny ze względu na swoje znaczenie dla efektywności systemu ochrony zdrowia w Polsce.

120 „J. Cieszyński: w tej kadencji strategia dla e-zdrowia na kolejne lata”, *Polityka Zdrowotna*, październik 21, 2019, udostępniono 19.10.2020 na: <https://www.politykazdrowotna.com/50675,j-cieszynski-w-tej-kadencji-strategia-dla-e-zdrowia-na-kolejne-lata>.



### POTENCJALNE:

#### zwiększenie zasobów i kompetencji podmiotów odpowiedzialnych za informatyzację publicznych instytucji ochrony zdrowia

- Problemy związane z realizacją projektów informatycznych w ochronie zdrowia na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat mają wiele źródeł, ale ewidentnym czynnikiem poprawy efektywności w tym obszarze były zmiany kadrowe i organizacyjne, a także wprowadzenie właściwych narzędzi zarządzania i wdrażania projektów. Jednym z powracających wyzwań było utrzymanie kompetentnych menedżerów i ekspertów w obliczu coraz większego rynku pracownika w branży IT. Konkurencyjność instytucji publicznych jako pracodawców w tym obszarze była ograniczona zarówno ze względów finansowych, jak i prestiżowych. **Fakt, że Centrum e-Zdrowia zdołało przejść proces reorganizacji i przybliżenia wynagrodzeń do standardów rynkowych<sup>121</sup>, jest argumentem za dalszym zwiększaniem kompetencji tej jednostki.**
- Wyzwanie polegające na unowocześnieniu pracy Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogłoby zostać podjęte przez Centrum e-Zdrowia (CeZ), o ile jednostka ta miałaby odpowiednie dla tego celu zasoby i umocowanie. Przez pierwsze miesiące trwania epidemii za wsparcie sanepidów w zakresie wdrożeń informatycznych odpowiadało Ministerstwo Cyfryzacji, jednak zakres tego wsparcia był doraźny i ograniczony tylko do zadań najbardziej krytycznych z perspektywy bieżących potrzeb: uruchomienia aplikacji mobilnych (jak Kwarantanna Domowa), prowadzenia stron internetowych i intranetowych, a także zarządzania niezbędną infrastrukturą teleinformatyczną. Kompleksowa cyfryzacja pracy sanepidów, stanowiąca zadanie strategiczne, mogłaby zostać zaplanowana, a następnie realizowana w oparciu o zasoby CeZ.



### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE:

#### zapewnienie finansowania i integracja dziedzinowych rejestrów dotyczących zdarzeń medycznych

- Obecnie za zarządzanie poszczególnymi rejestrami odpowiadają wyspecjalizowane placówki kliniczne – przykładowo, za oddzielne rejestry dotyczące zawałów serca i ostrych zespołów wieńcowych odpowiada Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze. W prowadzenie rejestrów punktowo angażuje się Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH), jednak w praktyce odpowiedzialność za nie jest rozproszona. Jednocześnie placówki kliniczne prowadzące rejestry inwestują w kompetencje i rozwiązania informatyczne, jak hurtownie danych, które następnie samodzielnie utrzymują.
- O ile merytoryczny nadzór ze strony wysokospecjalistycznych, referencyjnych placówek jest uzasadniony, o tyle brak scentralizowanego zarządzania infrastrukturą jest źródłem istotnych nieefektywności, rozproszenia kompetencji

121 Agata Szczepańska, „Kierownicy w CSIOZ zarobią więcej”, marzec 6, 2018, udostępniono 19.10.2020 na: <https://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1108955,podwyzki-dla-kierownikow-csioz.html>.

i marnotrawstwa zasobów ludzkich i finansowych. W związku z tym uzasadnione byłoby przypisanie odpowiedzialności za opracowanie spójnego systemu rejestrów dziedzicznych wyspecjalizowanej instytucji, do czego obecnie najbardziej predysponowane jest Centrum e-Zdrowia.



#### POTENCJALNE:

nałożenie obowiązków udostępniania danych w określonym standardzie

- Możliwym rozwiązaniem jest nadanie jednej z instytucji podległych resortowi zdrowia (np. NIZP-PZH) odpowiedzialności za merytoryczne przetwarzanie i udostępnianie kluczowych danych epidemiologicznych w ustandaryzowanej formie umożliwiającej ich ponowne wykorzystanie. Standardy w tym obszarze mogłyby zostać opracowane we współpracy z przedstawicielami środowiska akademickiego, think tanków, a także podmiotów prywatnych.



#### ZASTOSOWANE/POTENCJALNE:

wdrożenie procedur kontroli jakości rozwiązań teleinformatycznych zorientowanych na użyteczność dla użytkownika końcowego

- Rozwiązania informatyczne w systemie ochrony zdrowia przez lata powstawały według różnych koncepcji, często odnosiły się do wycinkowych funkcjonalności, które nie zawsze w łatwy sposób mogły być integrowane. Zorientowanie na realizację bardzo konkretnej potrzeby skutkowało brakiem standaryzacji oraz niedostatecznym zapewnieniem przejrzystości i ergonomii dla użytkowników – najczęściej pracowników medycznych. W efekcie korzystanie z systemów powodowało frustrację i poczucie marnowania czasu.
- Poprawa użyteczności systemów może nastąpić za pomocą kilku działań: utworzenia bądź wzmocnienia kompetencji jednostki odpowiedzialnej za projektowanie systemów i interfejsów (tzw. *UX design*) w podmiocie nadzorującym jakość systemów informatycznych w ochronie zdrowia (najpewniej Centrum e-Zdrowia); konsultacji z potencjalnymi użytkownikami końcowymi na etapie projektowania nowych rozwiązań, a także modyfikacji istniejących (w formie testów UX); współpracy z organizacjami pacjentów, pracowników medycznych czy podmiotów leczniczych podczas tworzenia założeń nowych systemów.

# Bibliografia

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, *Przegląd strategii walki z COVID-19 w okresie jesienno-zimowym*, 2020.

Bankauskaite V., Saltman R., Vrangbaek K., *Decentralization in health care. Strategies and outcomes*, Maidenhead: Open University Press, s. 78, 2007.

Bobakova B., *Lekarzom imigrantom ciężko w Polsce wrócić do zawodu*, Krytyka Polityczna, 2020.

Boczek K., *Czy zagraniczni lekarze są w Polsce dyskryminowani?*, medexpress.pl, 2018.

Borek E., Kolasa K., Leśniowska J., *Współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne*, Raport inicjatywy Razem dla Zdrowia, Akademia Leona Koźmińskiego, Warszawa 2018.

CBOS, *Opieka medyczna w czasie epidemii*, Warszawa 2020.

Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, *Badanie stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wydział IV*, Warszawa 2019.

Chmielowiec B., *Sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 2019*, Rzecznik Praw Pacjenta, Warszawa 2020.

Czauderna P. et al., *Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2019.

Dziennik Gazeta Prawna, *Senat: Kadry to nie jedyny problem ochrony zdrowia*, <https://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1483859,senat-lekarze-slubza-zdrowia-problemy-kadry-finansowanie.html> [dostęp: 6.11.2020].

Dziennik.pl, *Nowa strategia walki z koronawirusem. Lekarze z małych szpitali mają duże wątpliwości*, <https://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/7815150,koronawirus-nowa-strategia-walka-lekarze-male-szpitala-watpliwosci.html> [dostęp: 6.11.2020].

Gałązki-Sobotki M., *Syndrom kodu pocztowego, czyli polskie nierówności w zdrowiu*, Health Challenges Congress 2020, <https://video.ptwp.pl/player.html?id=17949>.

Gałuszka M., *Medycyna jako władza w społeczeństwie ryzyka*, w: Historical, economic, social, philosophic and educational aspects of health service development, Narodowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie, Charków 2013.

Gazeta Prawna, *Czy województwo śląskie zostanie zamknięte? Jest odpowiedź premiera Mateusza Morawieckiego*, <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1476445,zamkniecie-województwa-slaskiego.html> [dostęp: 6.11.2020].

Gazeta Wyborcza, *Psychiatrom do respiratorów bardzo daleko. I dlatego nikt nie zastanawia się nad tą dziedziną medycyny*, <https://wyborcza.pl/7,162657,26405770,psychiatrom-do-respiratorow-bardzo-daleko-i-dlatego-nikt-nie.html> [dostęp: 6.11.2020].

Golinowska S. et al., *Alert zdrowotny 2: Zdrowie publiczne w świetle epidemii COVID-19*, 2020.

Golinowska S., Zabdry-Jamróz M., *Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów*, w: Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. 18, nr 1/2020.

Gruszczyński A., *Lekarzom nie tylko dziękujemy. Przyszedł czas na atak i pogardę*, Gazeta Wyborcza, <https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,25879885,lekarzom-nie-tylko-dziękujemy-przyszedl-czas-na-atak-i-pogarde.html> [dostęp: 6.11.2020].

Hartukowicz J., *Koronawirus. Od poniedziałku czekał w kwarantannie na test, bo miał objawy. Nie doczekał się, zmarł w sobotę*, Gazeta Wyborcza, <https://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/7,35771,25811116,sanepid-sie-korkuje-zmarly-glogowianin-do-poniedzialku-mial.html> [dostęp: 6.11.2020].

Hynes W., *Resilience-based Strategies and Policies to Address Systemic Risks*.

Klinger K., Otto P., *Z katarem na SOR, czyli opóźnione efekty lockdownu*, Dziennik Gazeta Prawna, <https://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1491421,z-katarem-na-sor-czyli-opoznione-efekty-lockdownu.html> [dostęp: 6.11.2020].

Kowalska I., *Zarządzanie publiczne jako czynnik usprawniający działania w systemie ochrony zdrowia w warunkach zdecentralizowanych. Oczekiwania a rzeczywistość*, w: Organizacja i Zarządzanie: kwartalnik naukowy, nr 4/2010, Instytut Zdrowia Publicznego, 2010.

Kowalska K., Skwirowski P., *Strach przed Covidem napędził sprzedaż polis*, Rzeczpospolita, <https://www.rp.pl/Biznes/309099884-Strach-przed-Covidem-napedzil-sprzedaz-polis> [dostęp: 6.11.2020].

Kowalska-Bobko I., Konaszczuk M., *Czy system ochrony zdrowia w Polsce jest zdecentralizowany?*, Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/czy-system-ochrony-zdrowia-w-polsce-jest-zdecentralizowany-946292> [dostęp: 6.11.2020].

Kuropaś D., *Nakaz pracy w jednym miejscu i rekompensata finansowa - przemysłowe rozwiązanie?*, rynekzdrowia.pl, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Nakaz-pracy-w-jednym-miejscu-i-rekompensata-finansowa-przemyslone-rozwiazanie,207210,1.html> [dostęp: 6.11.2020].

Kurowska A., *Min. Rozwoju: lekarze powinni odpracowywać studia*, politykazdrowotna.pl, <https://www.politykazdrowotna.com/22568,min-rozwoju-lekarze-powinni-odpracowywac-studia> [dostęp: 6.11.2020].

Kurzyńska E., *„Drenaż mózgow” w psychiatrii: wyższe zarobki to niejedyny powód szukania pracy za granicą*, Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/drenaz-mozgow-w-psychiatrii-wyzsze-zarobki-to-niejedyny-powod-szukania-pracy-za-granica-998074> [dostęp: 6.11.2020].

Kuta W., *Nierówności w zdrowiu to smutny spadek po transformacji*, rynekzdrowia.pl, <https://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Nierownosci-w-zdrowiu-to-smutny-spadek-po-transformacji,212275,2.html> [dostęp: 6.11.2020].

Leśniowski B., *Adam Niedzielski stawia NFZ do pionu*, mzdrowie.pl, <https://www.mzdrowie.pl/fakty/adam-niedzielski-stawia-nfz-do-pionu/> [dostęp: 6.11.2020].

Libura M., Sroczynski G., *Czego się spodziewać po pandemii? Eksperta od systemu zdrowia: Tsunami. Będzie fala uderzeniowa*, gazeta.pl, <https://next.gazeta.pl/next/7,151003,25990969,libura-o-slubzie-zdrowia-dobrze-dziala-tylko-to-na-co-nie.html> [dostęp: 6.11.2020].

Lisowska B., *Lekarze rodzinni do oceny. NFZ zbada satysfakcję pacjentów*, Gazeta Prawna, <https://serwis.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/900956,pacjent-oceni-lekarza-rodzinnego.html> [dostęp: 6.11.2020].

Łomża.pl, *Szpital w Łomży nie będzie ponownie jednoimienny*, <http://www.lomza.pl/index.php?wiad=10136> [dostęp: 6.11.2020].

MAHTA, *Barometr Fundacji Watch Health Care nr 19/15/02/2019*, Warszawa 2019.

Markiewicz M., *Znamy treść porozumienia między MZ a lekarzami rodzinnymi*, cowzdrowiu.pl, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/znamy-tresc-porozumienia-miedzy-mz-a-lekarzami-rodzinnymi> [dostęp: 6.11.2020].

Ministerstwo Zdrowia, komunikat o liczbie miejsc specjalizacyjnych, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydentek-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorz-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzonego-1-31-pazdziernika-2020-r>.

Ministerstwo Zdrowia, *Plany na jesień - strategia walki z pandemią koronawirusa*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/plany-na-jesien--strategia-walki-z-pandemia-koronawirusa>.

Najwyższa Izba Kontroli, *System ochrony zdrowia w Polsce - Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Warszawa 2019.

Newsweek, *Ile naprawdę zarabiają pielęgniarki?*, <https://www.newsweek.pl/polska/ile-zarabiaja-pielęgniarki-pensje-pielęgniarek-strajk-czd/khff5vr> [dostęp: 6.11.2020].

OECD, *Better Life Index 2019*, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/poland/> [dostęp: 6.11.2020].

OECD, Eurostat, *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death*, 2019.

OECD, *Health At A Glance 2019: OECD Indicators. Breast cancer outcomes*, [https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/6/10/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&\\_csp\\_=82587932df7c06a6a3f9dab-95304095d&itemGO=oecd&itemContentType=book#](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/3/6/10/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab-95304095d&itemGO=oecd&itemContentType=book#) [dostęp: 6.11.2020].

OECD, *New Approaches and Economic Challenges, A systemic resilience approach to dealing with Covid-19 and future shocks*, [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=131\\_131917-kpfevdfnx&title=A-Systemic-Resilience-Approach-to-dealing-with-Covid-19-and-future-shocks](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=131_131917-kpfevdfnx&title=A-Systemic-Resilience-Approach-to-dealing-with-Covid-19-and-future-shocks).

Osiecki G., Żółciak T., *Plan trzyletni PiS. Jesienna ofensywa programowa konkretyzuje się*, Gazeta Prawna, <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/1490519,program-bis-reforma-sadownictwa-szpitala-prawo-wyborcze-dekoncentracja-mediow.html> [dostęp: 6.11.2020].

Parenting.pl, *Poród w czasach koronawirusa. Nowe zalecenia Ministerstwa Zdrowia dla kobiet w ciąży*, <https://parenting.pl/porod-w-czasach-koronawirusa-nowe-zalecenia-ministerstwa-zdrowia-dla-kobiet-w-ciazy> [dostęp: 6.11.2020].

Pawlik P., *Koronawirus w Polsce. Znikające zakażenia na Śląsku*, onet.pl, <https://wiadomosci.onet.pl/slask/koronawirus-w-polsce-znikajace-zakazenia-na-slasku/b9jy-g6f> [dostęp: 6.11.2020].

Pieniążek-Osińska B., *„Odmrażanie” ochrony zdrowia - różne tempo w różnych placówkach*, politykazdrowotna.pl, <https://www.politykazdrowotna.com/59106,odmrazanie-ochrony-zdrowia-rozne-tempo-w-roznych-placowkach> [dostęp: 6.11.2020].

Pochrząst-Motyczynska A., *Ustawę o jakości trzeba wyjąć z szuflady, by było mniej błędów medycznych*, prawo.pl, <https://www.prawo.pl/zdrowie/ustawa-o-jakosci-w-ochronie-zdrowia-powinna-zaczac-byc,389622.html> [dostęp: 6.11.2020].

Polityka Insight, *Prywatne zdrowie*, podcast, <https://soundcloud.com/pi-zdrowie/14-wrzesnia-2020> [dostęp: 6.11.2020].

Politykazardrowotna.pl, COVID-19: Rząd Hiszpanii przejmuje kontrolę nad prywatnymi szpitalami, <https://www.politykazardrowotna.com/55750,covid-19-rzad-hiszpanii-przejmuje-kontrolę-nad-prywatnymi-szpitalami> [dostęp: 6.11.2020].

Politykazardrowotna.pl, J. Cieszyński: w tej kadencji strategia dla e-zdrowia na kolejne lata, <https://www.politykazardrowotna.com/50675,j-cieszynski-w-tej-kadencji-strategia-dla-e-zdrowia-na-kolejne-lata> [dostęp: 6.11.2020].

Politykazardrowotna.pl, M. Gałązka-Sobotka: Problemem nie tylko brak kadry. Również kompetencje, <https://www.politykazardrowotna.com/27351,m-galazka-sobotka-problemem-nie-tylko-brak-kadry-rowniez-kompetencje> [dostęp: 6.11.2020].

Politykazardrowotna.pl, NFZ: badanie jakości w POZ. Fundusz zadzwoni do pacjentów, <https://www.politykazardrowotna.com/61425,nfz-badanie-jakosci-w-poz-fundusz-zadzwni-do-pacjentow> [dostęp: 6.11.2020].

Polsatnews.pl, Mieli pomóc w placówkach leczniczych, nie zgłosili się. Wojewoda nałożył kary, <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-04-11/wiekszosc-delegowanych-do-pracy-w-innych-placowkach-nie-stawila-sie-tam-wojewoda-nalozyl-kary/> [dostęp: 6.11.2020].

Polsatnews.pl, Teść zmarł z powodu koronawirusa – rodzina alarmuje, że długo czekała na testy. Sanepid wyjaśnia, <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-04-17/tesc-zmarl-z-powodu-koronawirusa-rodzina-alarmuje-ze-dlugo-czekala-na-testy-sanepid-wyjasnia/> [dostęp: 6.11.2020].

Polska Agencja Prasowa, Minister zdrowia o swoich priorytetach: przebudowa systemu, walka z epidemią, profilaktyka, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C710278%2Cminister-zdrowia-o-swoich-priorytetach-przebudowa-systemu-walka-z-epidemia> [dostęp: 6.11.2020].

Rokicińska A., Od 10 do 25 proc. mniej wykonanych świadczeń kardiologicznych, <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/od-10-do-25-proc-mniej-wykonanych-swadczen-kardiologicznych> [dostęp: 6.11.2020].

RPO do Ministra Edukacji w sprawie pomocy psychologicznej dla uczniów – w epidemii i poza nią, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-do-men-pomoc-psychologiczna-dla-uczniow-w-epidemii-i-pozania> [dostęp: 6.11.2020].

Rynekzdrowia.pl, Diagnostyki laboratoryjne protestują, podwyżki nie dla nich, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Diagnostyki-laboratoryjne-protestuja-podwyżki-nie-dla-nich185837,1.html> [dostęp: 6.11.2020].

Rynekzdrowia.pl, Eksperci: epidemiczne wytyczne dla placówek są niespójne i nadal niekompletne, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Eksperci-epidemiczne-wytyczne-dla-placowek-sa-niespojnie-i-nadal-niekompletne,208749,1.html> [dostęp: 6.11.2020].

Rynekzdrowia.pl, Fiałek: hejt wobec lekarzy i pielęgniarek powinien być ścigany z urzędu!, <https://www.rynekzdrowia.pl/Po-godzinach/Fialek-hejt-wobec-lekarzy-i-pielgniarek-powinien-byc-scigany-z-urzedu,206603,10.html> [dostęp: 6.11.2020].

Rynekzdrowia.pl, Fizjoterapeuci po studiach zarabiają 2,2-2,4 tys. zł. Dlatego manifestują, <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Fizjoterapeuci-po-studiach-zarabiaja-2-2-2-4-tys-pl-Dlatego-manifestuja,193506,14.html> [dostęp: 6.11.2020].

Sikora D., Szczepańska A., Niedzielski: Zamach nie na NFZ, ale na kasy chorych, Dziennik Gazeta Prawna, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1486806,adam-niedzielski-prezes-nfz-poprawa-zdolnosci-logistycznej.html> [dostęp: 6.11.2020].

Słowik P., Nawet 350 zł „opłaty covidowej”. UOKiK skontroluje prywatne placówki medyczne, Dziennik Gazeta Prawna, <https://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/1480906,oplaty-covidowe-kontrola-uokik.html> [dostęp: 6.11.2020].

Słowik P., Sosnowska M., Ukryte choroby. Koronawirus jest groźny, ale o wiele groźniejsze jest zaniechanie leczenia innych chorób, Dziennik Gazeta Prawna, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1490071,koronawirus-w-polsce-zaniechanie-leczenia-innych-chorob.html> [dostęp: 6.11.2020].

Słowik P., Teleporada roku: Lekarz powiedział mojemu koledze przez telefon, jak poskładać złamaną nogę, <https://bezpawnik.pl/system-teleporad-lekarskich/> [dostęp: 6.11.2020].

Solecka M., Koniec z komercjalizacją szpitali? Eksperci krytykują, <https://www.medexpress.pl/koniec-z-komercjalizacja-szpitali-ekspersi-krytykuja/63236> [dostęp: 6.11.2020].

Suchodolska M., Niewydolność systemowa, Dziennik Gazeta Prawna 2015.

Suchodolska M., Pinkas: Sanepid ma dziś twarz starej, zmęczonej kobiety [WYWIAD], Dziennik Gazeta Prawna, <https://wiadomosci.dziennik.pl/opinie/artykuly/7830987,jaroslaw-pinkas-gis-sanepid-koronawirus-rozmowa.html> [dostęp: 6.11.2020].

Szczepańska A., Kierownicy w CSIOZ zarobią więcej, Dziennik Gazeta Prawna, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1108955,podwyżki-dla-kierownikow-csioz.html> [dostęp: 6.11.2020].

Szczepańska A., Nakaz pracy lekarzy w jednym miejscu ma zostać poluzowana, Dziennik Gazeta Prawna, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1486590,szpital-szef-placowki-personel-medyczny-koronawirus-praca-w-innym-szpitalu.html> [dostęp: 6.11.2020].

Sześciło D., Ochrona zdrowia – czekając na katastrofę. Jak jej uniknąć?, Fundacja Batorego.

Thomas S. et al., Strengthening health systems resilience POLICY BRIEF, 36 Key concepts and strategies HEALTH SYSTEMS AND POLICY ANALYSIS, <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/> [dostęp 6.11.2020].

Tvn24.pl, Liczymy się z niewydolnością. Szpitale odwołują planowe zabiegi i operacje, <https://fakty.tvn24.pl/ogladaj-online,60/koronawirus-w-polsce-szpital-odwoluj-planowe-zabiegi-i-operacje,1034118.html> [dostęp: 6.11.2020].

Tvn24.pl, Nie może być tak, że udzielane są wyłącznie świadczenia w formie teleporady, <https://tvn24.pl/polska/teleporady-w-przychodniach-rzecznik-praw-pacjenta-pacjenci-zglaszaja-problemy-4698731> [dostęp: 6.11.2020].

Tvn24.pl, Wojewoda mazowiecki apeluje do lekarzy, by zgłaszali się do pomocy, <https://tvn24.pl/tvnwarszawa/okolice/koronawirus-w-polsce-wojewoda-oddelegowal-stu-pracownikow-sluzby-zdrowia-ale-zglosilo-sie-tylko-15-kara-to-nawet-30-ty-sieci-zlotych-4552458> [dostęp: 6.11.2020].

Watch Health Care, Czas i jakość prywatnych świadczeń medycznych – diagnostyka, Kraków 2017.

WHO Regional Office for Europe, Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases. Policy considerations for the WHO European Region 2020, <http://www.euro.who.int/pubrequest> [dostęp: 6.11.2020].

Wirtualnedia.pl, Służba zdrowia to najbardziej palący zdaniem Polaków problem naszego kraju, <https://www.wirtualnedia.pl/artikul/sluzba-zdrowia-najbardziej-palace-problem-kraju-badanie-komentarz> [dostęp: 6.11.2020].

Wróblewski M., Skandal z nakazami pracy w DPS. Jest wniosek o odwołanie wojewody mazowieckiego Konstantego Radziwiłła, <https://wiadomosci.wp.pl/skandal-z-nakazami-pracy-w-dps-jest-wniosek-o-odwolanie-wojewody-mazowieckiego-konstantego-radziwilla-6500837707544193a> [dostęp: 6.11.2020].

Wyrwał M., Rozwija się koronahejt na medyków [OPINIA], [onet.pl, https://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/koronawirus-w-polsce-hejt-w-wobec-lekarzy-pielgniarek-i-ratownikow/des0mdw](https://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/koronawirus-w-polsce-hejt-w-wobec-lekarzy-pielgniarek-i-ratownikow/des0mdw) [dostęp: 6.11.2020].

#### Akty prawne:

Projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów z dnia 20 stycznia 2017 r.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Ustawa z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw.

#### Bazy danych:

Centralnego Rejestru Lekarzy Naczelnej Izby Lekarskiej, <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy>.

Lista organizacji z aktualnym certyfikatem akredytacji, <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php?typ=szpital>.

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, <https://nipip.pl/>.

NIZP-PZH, <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/atlas>.

Ogólnopolskiego Porozumienia Rezydentów, <http://www.rezydenci.org.pl/>.

Portal Gov.pl, Mapa zarażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) - Koronawirus: informacje i zalecenia, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>.

Stowarzyszenia Solidarni, <https://www.solidarniwpotrzenie.pl/popieraja-nas/>.