

Zeszyty mBank – CASE Nr 156/2018

Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy

Stanisława Golinowska
Christoph Sowada
Marzena Tambor
Alicja Domagała
Krzysztof Kuszewski



CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych
CASE – Center for Social and Economic Research

Zeszyty mBank – CASE są kontynuacją serii wydawniczej Zeszyty PBR – CASE
i następującej po niej serii BRE Bank – CASE

CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa
al. Jana Pawła II 61/212, 01-031 Warszawa

mBank SA
ul. Senatorska 18, 00-950 Warszawa

Redakcja naukowa
Ewa Balcerowicz

Sekretarz Zeszytów
Monika Rębała

DTP
Katarzyna Godyń-Skoczylas

Słowa kluczowe

System zdrowotny, opieka zdrowotna, zdrowie publiczne, współpłacenie pacjentów, wydatki na zdrowie, ubezpieczenie zdrowotne, kadry medyczne, narodowe programy zdrowia, problemy zdrowotne populacji

JEL codes

H51, I13, I18

EAN 9788371786747

Wydawca

CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych – Fundacja Naukowa,
al. Jana Pawła II 61/212,
01-031 Warszawa

Nota prawna

Teksty wyrażają poglądy autorów, a nie instytucji, z którymi są związani.

Spis treści

Wprowadzenie	6
Rozdział 1	7
Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce?	
Diagnozowanie problemu, rządzenie w ochronie zdrowia i reformowanie systemu	
<i>Stanisława Golinowska</i>	
Wprowadzenie	7
1.1. Podstawowe kategorie	7
1.2. Diagnozowanie	9
1.3. Rządzenie	11
1.4. Reformowanie	16
Wnioski i rekomendacje	19
Bibliografia	20
Rozdział 2	23
Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce: poziom wydatków i alokacja środków	
<i>Christoph Sowada</i>	
Wprowadzenie	23
2.1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów	23
2.2. Efektywna alokacja zasobów finansowych w sektorze ochrony zdrowia	26
Wnioski	28
Źródła danych	28
Rozdział 3	29
O współpłaceniu – przykłady, możliwości i ograniczenie	
<i>Marzena Tambor</i>	
Wprowadzenie	29
3.1. Współpłacenie w Europie	29
3.2. Przestanki i bariery dla wprowadzenia dopłat do świadczeń w Polsce	31
Podsumowanie	33
Bibliografia	34

Rozdział 4	36
Zasoby pracy dla ochrony zdrowia – deficyty kadrowe i metody ich przewycięzania <i>Alicja Domagała</i>	
Wprowadzenie	36
4.1. Niedobory polskich kadr medycznych – stan aktualny i skala deficytu	37
4.2. Problematyka planowania kadr medycznych	38
4.3. Konsekwencje deficytu kadr medycznych	40
4.4. Kluczowe wyzwania / możliwe metody przewycięzania kryzysu	41
Bibliografia	41
Rozdział 5	43
Zdrowie (publiczne) jako inwestycja <i>Krzysztof Kuszewski</i>	
Wprowadzenie	43
5.1. O inwestowaniu w zdrowie – krótko i ekonomicznie	43
5.2. Narodowe Programy Zdrowia	44
5.3. Nowe zagrożenia zdrowia	48
Uwagi końcowe	48
Bibliografia	48
Noty biograficzne autorów	51

Wprowadzenie

System ochrony zdrowia jest przedmiotem nieustannych napięć i trudności w ich łagodzeniu, a tym bardziej likwidowaniu, a co najmniej – zmniejszaniu. Zmiany podejmowane są pod wpływem jednostronnej oceny politycznej, interesów różnych grup uczestników albo protestów kolejnych grup kadry medycznej. Brakuje profesjonalnej i w pełni udokumentowanej diagnozy systemu, wykonanej przez niezależnych ekspertów, która mogłaby być podstawą kompleksowego projektu reformy ochrony zdrowia, a nie jednostkowych, incydentalnych zmian, zaburzających już mocno zachwianą równowagę systemu. Reformy wyważonej i dobrze rozłożonej w czasie, aby w żadnym momencie nie przysparzała negatywnych efektów zdrowotnych. Reformy uzgodnionej wśród interesariuszy i podjętej ze zrozumieniem konieczności zmian, aby istniało dla niej społeczne poparcie. Reformy, na którą będą środki, instytucje i zaangażowani profesjonalści – liderzy ochrony zdrowia. Reformy, która nie będzie zarzucona czy zmieniona, gdy zmieni się władza polityczna. Taka reforma czeka na przedstawienie i debatę. Zaczynamy ją od wytypowania i przedstawienia głównych problemów systemu.

Na czele listy spraw, które wymagają pilnego podjęcia stawiamy problem niedostatecznych zasobów, ale skojarzonych z innymi działaniami niezbędnymi by osiągać wyższą skuteczność w realizacji celów zdrowotnych. Nie ma jednego cudownego sposobu na zrównoważenie i poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Potrzebne są do tego zarówno większe finansowanie, odpowiednie ilościowo i jakościowo kadry, jak i dobre instytucje. Środki finansowe są warunkiem koniecznym, ale niedostatecznym – jeśli nie będzie kadr oraz właściwych instytucji, a te kształci się i tworzy latami.

W przekazywanej Czytelnikom publikacji prezentujemy cztery tematy¹, odpowiednio do wskazanej listy głównych spraw wymagających pilnego podjęcia. Zaczynamy od problemu dobrego rządzenia, czyli osiągnięcia zdecydowanej poprawy rozwiązań instytucjonalnych w ochronie zdrowia. Następnie podnosimy problem konieczności wzrostu nakładów finansowych z wyważeniem odpowiedzialności publicznej oraz indywidualnej. Silnie akcentujemy konieczność rozwoju w Polsce kadr medycznych i około medycznych, przedstawiając problemy zaniedbań oraz wysokiego poziomu deficytu profesjonalistów, paraliżującego obecnie funkcjonowanie służby zdrowia. Ostatni tekst, chociaż nie mniej ważny w grupie problemów priorytetowych w ochronie zdrowia, dotyczy zdrowia publicznego i domaga się jego dowartościowania poprzez traktowanie dbałości o zdrowie populacji jako inwestycji w kapitał ludzki o policzalnej i znaczącej stopie zwrotu.

Dziękujemy pierwszym Czytelnikom naszych tekstów: Markowi Balickiemu, Andrzejowi Koronkiewiczowi, Adamowi Kozierkiewiczowi, Wojciechowi Maksymowiczowi, Cezaremu Włodarczykowi, Annie Wojtali i Andrzejowi Wojtczakowi. Dzięki ich uwagom poczynione zostały pewne uzupełnienia, dzięki czemu publikacja zyskała na dowodach i argumentacji. Dziękujemy także Ewie Balcerowicz za jej redakcyjną staranność.

Stanisława Golinowska wraz z Zespołem Autorskim
– w kolejności wystąpień:

Christoph Sowada,
Marzena Tambor,
Alicja Domagała,
Krzysztof Kuszewski.

1 Tematy te były przedmiotem prezentacji i dyskusji na seminarium mBank-CASE 24 maja 2018 r.. Przed dekadą odbyło się analogiczne seminarium w ramach seminariów BRE-CASE. Stawiane problemy i ich oceny były podobne, co dowodzi, że przez 10 lat nie osiągnięto poprawy w systemie funkcjonowania ochrony zdrowia.

Rozdział 1

Stanisława Golinowska

Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce? Diagnozowanie problemu, rządzenie w ochronie zdrowia i reformowanie systemu

Wprowadzenie

Od wielu lat system ochrony zdrowia jest Polsce przedmiotem troski i propozycji naprawy. Różne koncepcje zmian „na lepsze” proponują rozproszone gremia eksperckie, ale nad kompleksową reformą od dłuższego czasu nikt nie pracuje, nie przygotowuje się programu zmiany¹, a problemy dramatycznie narastają. Należą do nich wysoce niedostateczne zasoby kadrowe, finansowe i organizacyjne oraz złe rządzenie (*governance*) sektorem zdrowotnym.

W tym tekście wprowadzającym do prezentowanego tomu zajmuję się problemem działania instytucji w ochronie zdrowia z punktu widzenia oceny jakości rządzenia (*governance*). Zaczynam od małego glosariusza w celu lepszej komunikacji z Czytelnikami. Następnie zajmuję się warunkami dobrego diagnozowania sytuacji w systemie ochrony zdrowia, aby wieczne dysputy o ‘prawdziwości danych’ ustąpiły miejsca rozważaniom: czy i jak sytuację zmieniać. Sporą część tekstu zajmuje podrozdział o potrzebie działania instytucji warunkujących dobre rządzenie. W ostatniej części przypominam przeprowadzone reformy i przedstawiam rekomendacje na temat kierunków i priorytetów dalszego działania. W reformowaniu ochrony zdrowia nie są potrzebne rewolucje, które niszczą instytucje lecz poprawianie i rozwijanie tego, co jest efektywne, ale niekiedy przyszło zbyt późno lub z niedoróbkami. Potrzebne jest dołożenie brakujących cegiełek do rozpoczętych projektów oraz wprowadzanie nowych, innowa-

cyjnych rozwiązań tam, gdzie mogą istotnie przysporzyć korzyści – tak dla systemu ochrony zdrowia, jak i indywidualnych jego uczestników.

1.1. Podstawowe kategorie

W dyskusji na tematy związane z funkcjonowaniem systemu zdrowotnego stosowane są różne ogólne kategorie do nazwania przedmiotu, o którym mówimy, takie jak: służba zdrowia, ochrona zdrowia, system zdrowotny, czy sektor medyczny. W podręcznikach na temat organizacji systemu zdrowotnego i ekonomiki zdrowia (np. Wojtczak, 2009 i 2017; Golinowska, 2014) zaproponowano trzymanie się jednolitego standardu w używaniu pojęć, aby rozumienie spraw w wielodyscyplinarnych pracach i dyskusjach było pełniejsze. Z tego powodu zaczynam od podstawowego glosariusza, aby już o pojęciach nie dyskutować, a je zastosować do dobrej komunikacji, przynajmniej w tej dyskusji.

Ochrona zdrowia, kategoria najszersza, obejmuje kompleks działań, na rzecz rozwoju i podtrzymywania potencjału zdrowia oraz leczenia chorób, organizowanych publicznie i regulowanych przez państwo oraz tych prywatnych, które są dozwolone przez prawo. Obejmuje zarówno działania profilaktyczne, edukację zdrowotną i promocję zdrowia, jak i leczenie chorób, rehabilitację, medyczną część opieki długoterminowej oraz inwestowanie w zasoby dla zdrowia (kształcenie kadr medycznych i finansowanie działań ochrony zdrowia).

Główną częścią **ochrony zdrowia** jest **opieka zdrowotna** (*health care*), której funkcją jest leczenie, wymagające rozpoznawania chorób, stosowania odpowiednich terapii, a także rehabilitowania w celu uzyskania wymaganej sprawności.

Nieodłączną częścią procesu leczenia jest rehabilitacja. Polega na przywróceniu sprawności po okresie choroby

1 Dokument pt. Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce (Ministerstwo Zdrowia, 2016 <http://www.mz.gov.pl/wp-content/>) nie spełnia wymagań dokumentu opartego o rzeczowe uzasadnienie powodów zmian i ich związków z poprawą zdrowia, nie odpowiada wyzwaniom demograficzno-epidemiologicznym najbliższej przyszłości oraz zdiagnozowanym niedomaganiom i nie spełnia warunku kompleksowości. Jest to wersja dokumentu politycznego, wykorzystanego w kampanii wyborczej zwycięskiego ugrupowania z 2015 r., w której dominowały cele centralizowania oraz zaostrzenia kontroli działań w systemie ochrony zdrowia.

i terapii. Ma też znaczenie jako działanie podtrzymujące zdrowie u osób przewlekle chorych, niepoddanych ostrej interwencji medycznej. Przywracanie sprawności jest tym celem opieki zdrowotnej, który decyduje o jej efektywności, także kosztowej, ponieważ zapobiega pojawieniu się niezdolności do pracy i konieczności utrzymywania się z renty.

Osiągnięcie cywilizacyjnego postępu ludzkości w postaci wydłużania życia prowadzi też do sytuacji, kiedy to dłuższe życie staje się niesamodzielne. Wymaga opieki i niekiedy pielęgnacji, jeśli związane jest z chorobą przewlekłą, częściej z współwystępowaniem wielu chorób. Okres niesamodzielności tradycyjnie przeżywano w rodzinie, która zapewniała opiekę. W czasach współczesnych na skutek przemian rodziny i mobilności jej członków, funkcje opiekuńcze wobec osób starszych spełnia ona w coraz bardziej ograniczonym stopniu. W krajach o najszybszym tempie starzenia się populacji oraz o wysokim stopniu modernizacji procesów społecznych, powstały rozwiązania instytucjonalne, wspierające opiekę nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Powstał nowy sektor – **opieka długoterminowa** (*long-term care – LTC*), stanowiący nową branżę państwa opiekuńczego. Nie wszędzie jest to branża wyodrębniona. W jednych krajach stanowi część sektora zdrowotnego (część), a w innych socjalnego.

Rosnące znaczenie we współczesnym świecie ma **zdrowie publiczne**. Jako działalność instytucjonalnie odrębna od leczenia powstała w XIX wieku wraz z rozwojem higieny, służącej zapobieganiu zakażeniom. Z czasem działania zdrowia publicznego objęły kontrolę zagrożeń zdrowia w pracy, miejscu zamieszkania i w innych miejscach zbiorowego przebywania. Wraz ze zmianą tendencji w strukturze występowania głównych chorób; od chorób zakaźnych do przewlekłych chorób niezakaźnych zwanych chorobami cywilizacyjnymi, zasadniczym działaniem zdrowia publicznego staje się promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, ukierunkowana na ograniczanie ryzyka zdrowotnego, tkwiącego zarówno w zachowaniach zdrowotnych, jak i warunkach życia ludzi. Kierunek ten oficjalnie zapoczątkowała Ottawska Karta Promocji Zdrowia (1986). Nowoczesna koncepcja zdrowia publicznego akcentuje więc zdrowy styl życia, przeciwdziałanie tzw. ryzykom zdrowotnym (palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, używanie środków psychotropowych, i in.) oraz dobre i wyrównane warunki bytu jako podstawowe determinanty zdrowia.

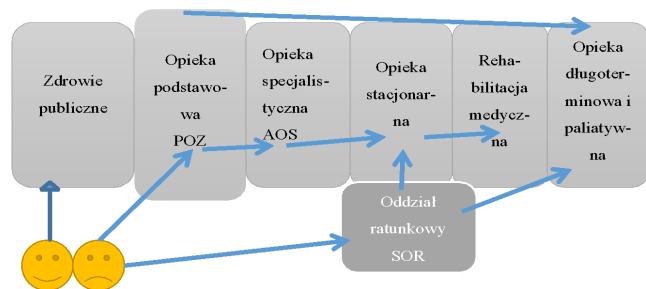
Na rysunku 1. wyodrębniono cztery główne działania w systemie ochrony zdrowia.

Rysunek 1. Główne obszary działania systemu ochrony zdrowia



W praktyce zarządzania ochroną zdrowia stosowany jest termin **sektor zdrowotny**, który obejmuje zbiór funkcji i instytucji, które te funkcje realizują. Ten zbiór instytucji nazywany jest właśnie sektorem zdrowotnym, analogicznie do sektora edukacyjnego czy socjalnego. Podzbiory instytucjonalne, wyodrębnione ze względu na organizację funkcji zdrowotnych prezentuje rysunek 2.

Rysunek 2. Sektor ochrony zdrowia i jego subsektory



Działania w ramach sektora zdrowotnego wykonywane są na różnych poziomach. Na poziomie makro sektor zdrowotny jest odnoszony do innych sektorów w kontekście ogólnych kategorii makroekonomicznych: PKB, wydatków publicznych, rynku pracy (podaży i popytu na pracę). Działania branżowe, obejmujące całość sektora zdrowotnego są przedmiotem koordynacji działań wszystkich instytucji w interakcji; zarówno ujętych wertykalnie, jak i horyzontalnie. Nazywamy je rządzeniem (*governance*). Podejście mikro – obejmujące funkcjonowanie jednostki usług zdrowotnych (placówki) jest przedmiotem zarządzania.

1.2. Diagnozowanie

Dla lekarza jest sprawą oczywistą, że każda terapia wymaga diagnozy i obecnie jest to diagnoza znacznie bardziej pogłębiona dzięki nowym technologiom. Natomiast gdy ten sam lekarz zostaje ministrem zdrowia lub staje na czele grupy powołanej do reformowania systemu ochrony zdrowia, to najczęściej nie zaczyna od solidnej i kompleksowej diagnozy skomplikowanego przeciw systemu ochrony zdrowia. Często przyjmuje tezy czysto polityczne, niejednokrotnie także ideologiczne, staje się realizatorem interesów określonej grupy profesjonalistów medycznych lub poddaje wpływom celów finansowych państwa, które w Polsce niedostatecznie poważnie brały pod uwagę cel zdrowotny populacji.

Brak kompleksowej diagnozy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest wyjaśniany (usprawiedliwiany) trudnościami jej realizacji. W porównaniu z oczywistym podejściem opierania decyzji medycznych na stwierdzonych faktach, w odniesieniu do polityki zdrowotnej jest to nieporównanie trudniejsze. Badania systemu zdrowotnego dotyczą zdrowia populacji, a nie przypadków medycznych, uwzględniają kontekst społeczny i regulacyjny występowania określonych sytuacji, wymagają wielodyscyplinarnych zespołów badawczych oraz wielu masowych informacji i analiz statystycznych. Generalizacje dotyczące przyczyn występowania takich czy innych efektów zdrowotnych są więc obarczone niejasnościami i niepewnościami. Przewyciężanie tych trudności wymaga odpowiedniego zaplecza informacyjno-badawczego, które w wielu krajach jest ważnym czynnikiem podejmowania decyzji, co określa się wtedy jako *evidence-based health policy* (Dobrow i in., 2004). Zaplecze takie ma różne formy instytucjonalne. Są to zarówno instytuty badawcze zorientowane na badania stosowane typu *policy oriented*, organizacje pozarządowe typu *think tanks*, czy specjalnie powoływane grupy robocze. Znanymi raportami dla NHS w Wielkiej Brytanii oraz dla rządów holenderskich prowadzących reformy zdrowotne przygotowane były przez specjalnie powoływane grupy robocze². Ani rząd, ani resort zdrowia w Polsce nie posiada zaplecza zobowiązanego do opracowywania

2 Brytyjskie raporty: Raport Blacka z 1982 r., czy Raport Achesona z 1998 r. stanowią już klasykę podejścia do działań w oparciu o kompleksową diagnozę sytuacji zdrowotnej. Z kolei dokumenty holenderskie przygotowane przez Komisję Dekkera z 1987 r., czy Dunninga z 1991 r. stanowią przykład raportów koncepcyjnych opracowanych na potrzeby debaty społeczno-politycznej, dotyczącej reformowania systemu zdrowotnego.

i prezentowania kompleksowej diagnozy (z prognozami) sytuacji w systemie ochrony zdrowia³. Przy czym nie chodzi o informacje i analizy sytuacji epidemiologicznej. Ten wymiar diagnozowania, dzięki pracom i analizom badawczym prowadzonym np. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) oraz GUS, jest bardziej dostępny niż finansowo-organizacyjny. Powstały wprawdzie bardziej kompleksowe opracowania sytuacji finansowej systemu ochrony zdrowia w Polsce (np. Zielona Księga Finansowania Ochrony Zdrowia, Narodowe Rachunki Zdrowia) czy organizacyjnej (np. promowane przez WHO raporty z serii Health Systems in Transition – HIT). Dostępne są także analizy porównawcze prowadzone przez OECD, Eurostat oraz WHO. Nie stanowią jednak podstawy systematycznego raportowania, merytorycznej debaty oraz propozycji działań *policy makers* odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w Polsce.

Sprawy funkcjonowania sektora zdrowotnego są natomiast tematem licznych konferencji, które mogłyby stanowić metodę rozpoznawania, dyskusowania i uzgadniania stanowisk. Zdominowane są jednak wystąpieniami raczej zorientowanymi na udostępnienie głosu tzw. VIP-om medycznym niż ekspertom zdolnym przygotować odpowiednie raporty.

Diagnozowanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia powinno pozwolić na profesjonalną (niezależną politycznie) i jednoznaczną ocenę sytuacji, obejmującą:

- ogólną ocenę skuteczności działań sektora zdrowotnego (realizacja wyznaczonych celów) i efektywności kosztowej;
- efektywności zarządzania w jednostkach opieki zdrowotnej, uwzględniającej cele lecznicze i kosztowe;

3 Ministerstwo Zdrowia nie posiada swego instytutu badawczego zajmującego się sprawami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Działające w latach 1990. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEOZ), które zaczęło pełnić taką funkcję, przygotowując liczne ekspertyzy na potrzeby reformy, w 2000 roku zostało przekształcone w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Jego zakres zadań ograniczony jest do spraw tworzenia podstawowych informacji medycznych oraz informatyzacji. CSIOZ nie rozwija funkcji analitycznych dotyczących oceny funkcjonowania systemu. Funkcje te w pewnym zakresie przejął NIZP – PZH, ale wybiórczo i bez systematyczności. Ten brak wytknięto w porównawczym opracowaniu *Polsko – Holenderskiej Izby Handlowej „Polska – Holandia”* i Ambasady Królestwa Niderlandów, wskazując jako wzór systematyczne raporty Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Środowiska (RIVM) o sytuacji w systemie ochrony zdrowia Holandii.

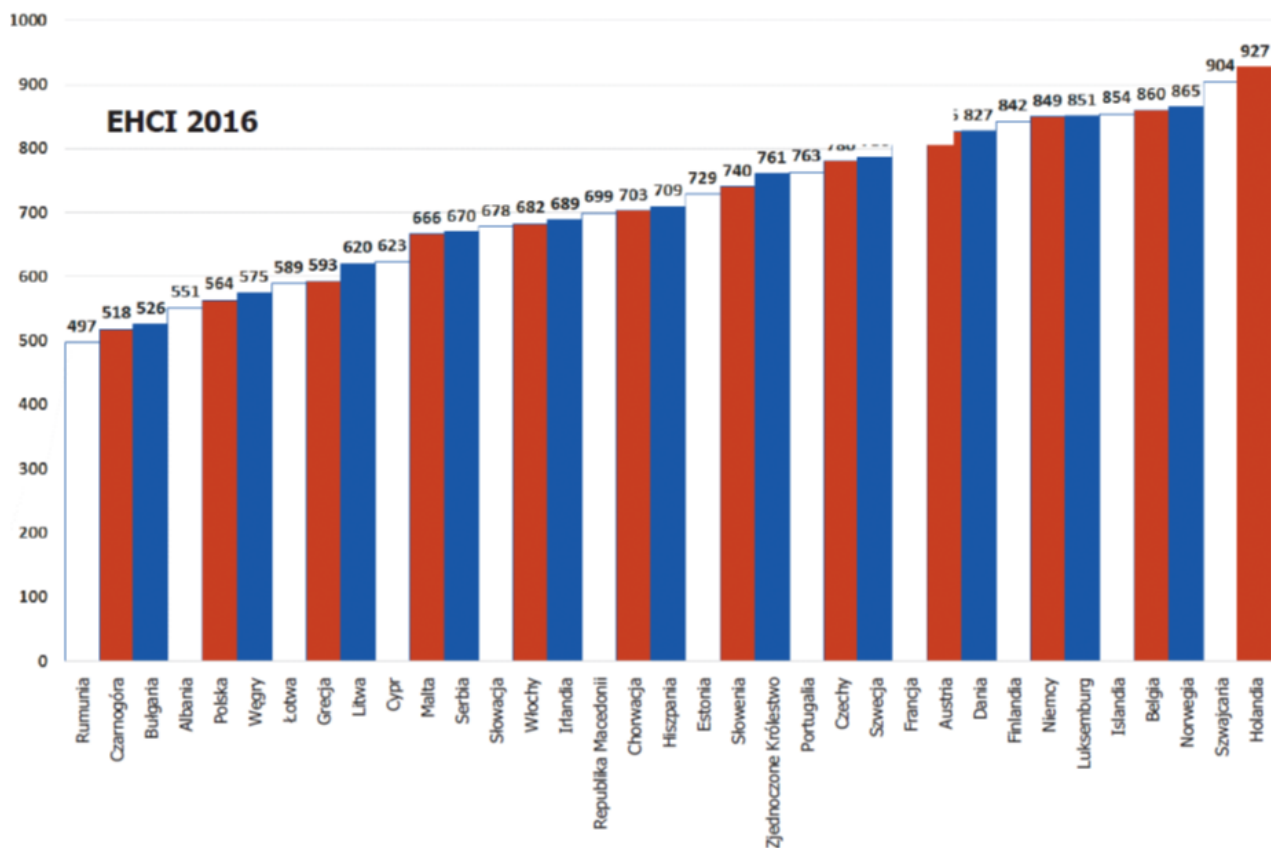
- dostępności i równości w zdrowiu;
- całościowych efektów – dłuższe życie dobrej jakości, satysfakcja pacjentów.

Oceny systemu zdrowotnego z perspektywy pacjenta dostarcza skonstruowany w Szwecji tzw. Konsumencki Indeks Zdrowia (EHCI), do którego systematycznie zbiera się informacje cząstkowe i ogłasza wyniki. Indeks obejmuje sześć domen: (1) efekty leczenia, (2) dostęp do usług leczniczych, (3) respektowanie praw pacjenta, dostęp do informacji, e-zdrowie, (4) zakres i zasięg oferowanych świadczeń, (5) prewencję, (6) leki, zdefiniowanych przez 45 wskaźniki (Björnberg, 2018). Wyniki indeksu konsumenckiego ukazują ranking, który przedstawiam na poniższym wykresie. Pozycja Polski w tym rankingu jest bardzo niska, chociaż poprawiła się w ostatnim okresie o dwa miejsca. O niskiej pozycji decydują przede wszystkim wskaźniki domeny drugiej – dostęp do usług zdrowotnych (czas oczekiwania na świadczenia) oraz domeny czwartej – zakres oferowanych świadczeń (opisującej tzw. szczodrość systemu). W obu tych domenach było najwięcej wskaźników z ocenami niedostatecznymi.

Konsumencki Indeks Zdrowia zainspirował także polskich autorów, którzy opracowali Krajowy Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia (Kozierkiewicz i in., 2014, 2015 i 2016) dla województw. Indeks objął 44 (41 w latach 2015 i 2016) wskaźniki w trzech grupach problemów: korzystania ze świadczeń (utożsamianych przesadnie z poprawą zdrowia), gospodarki finansowej oraz oceny opieki zdrowotnej. Praca dostarczyła wielu informacji w przekroju województw, początkowo nie prowadząc jednak ani do zbudowania indeksów cząstkowych, ani jednego ogólnego indeksu sprawności. W edycji z 2016 r. oszacowano jednak indeksy cząstkowe oraz indeks całościowy (ze zróżnicowanymi wagami: 25, 25, 50 dla kolejnych grup problemowych). Na czołowej pozycji znalazło się województwo świętokrzyskie ogółem (indeks całościowy) oraz dla grupy pierwszej i trzeciej. Wynik jest zaskakujący. W raporcie nie ma jednak analizy wyjaśniającej.

Oceny systemów ochrony zdrowia przy pomocy indeksów, dodających oceny wybranych wskaźników cząstkowych, stanowią niewątpliwie przydatne narzędzie poznawcze. Nie zastąpią jednak diagnostycznych raportów oceny realizacji stawianych instytucjom zadań.

Diagram 1. Konsumencki Indeks Zdrowia – EHCI 2016



Źródło: Björnberg (2017)

1.3. Rządzenie

Ocena procesu rządzenia sektorem zdrowotnym jest częścią oceny rządzenia państwem, dla którego wskazwane są liczne kryteria i wskaźniki. Standard cech dobrego rządzenia opracowany został przez ekspertów Banku Światowego⁴ i jest powszechnie przyjęty w raportach porównawczych oraz rankingach krajów pod względem jakości rządzenia. Obejmuje sześć domen: (1) reprezentatywność, odpowiedzialność i rozliczalność (*voice and accountability*), (2) stabilność polityczną i brak przemocy, (3) skuteczność realizacji uzgodnionych celów, (4) jakość procesu regulacyjnego, (5) praworządność (*Rule of Law*), (6) kontrolowanie zjawisk korupcyjnych. W dokumentach WHO (2007) nawiązuje się do sformułowanych treści i zasad ogólnych dobrego rządzenia państwem, wydobywając specyfikę systemu ochrony zdrowia:

- trzymanie się kierunków strategicznych polityki zdrowotnej i wdrażanie jej zasad;
- odkrywanie i korygowanie niepożądanych tendencji i zaburzeń rozwoju epidemiologicznego oraz procesu dostarczania usług zdrowotnych;
- artykułowanie problemów i potrzeb zdrowotnych w ogólnych strategiach i planach rozwoju kraju;
- regulowanie zachowań licznych aktorów ze sfery finansów i instytucji zdrowotnych;
- utworzenie transparentnego i skutecznego mechanizmu odpowiedzialności oraz rozliczalności.

Jednocześnie zwraca się uwagę na takie metody rządzenia (Kickbusch, Gleicher 2012), jak:

- współrządzenie;
- angażowanie obywateli;
- stosowanie mieszanych regulacji i metod perswazyjnych;

⁴ Standard dobrego rządzenia zaprezentowany został już w 1992 r. Następnie był rozwijany i opatrzony miarami oraz wskaźnikami, które zostały zastosowane w analizach porównawczych prowadzonych pod kierunkiem Kaufmanna, Kraay'a i Mastruziego (2007). Koncepcja Banku Światowego, uwzględniająca kryteria, których odniesieniem jest demokratyczne państwo z rynkową gospodarką, spotkała się z krytyką za globalny uniwersalizm nie przystający do sytuacji krajów biednych, szczególnie afrykańskich (badania Drake i in., za: Collingwood, 2002). Krytyka ta objęła też sprawy ochrony zdrowia (listy do „Lancet” w 2008 r.). Wydaje się, że była to bardziej krytyka samego Banku Światowego niż koncepcji dobrego rządzenia jako istotnego czynnika rozwoju każdego kraju, który przecież może (i powinien) wypracować własne miary i wskaźniki, specyficzne dla etapu jego rozwoju, uwzględniając kontekst kulturowy i społeczno-polityczny.

- wykorzystywanie niezależnych agencji oraz grup eksperckich;
- strukturyzowanie polityk ze względu na wytrzymałość (odporność na kryzysy), adaptacyjność (do nowych sytuacji) i przewidywanie.

Koncepcje rządzenia w ochronie zdrowia, prezentowane w piśmiennictwie na temat polityki zdrowotnej (Barbazzia i Telo, 2014; Chanturidze i Obermann, 2016) mają spory ładunek etyczny. Wskazywane są bowiem takie cele procesu sterowania, jak opiekuńcze zarządzanie (*stewardship*), dobro pacjenta, powszechność dostępu do niezróżnicowanego zakresu świadczeń (*universal health coverage*), równość w zdrowiu, itd. To komplikuje pragmatyczne podejście do działań *policy-makers*, ponieważ droga od zastosowanych zasobów i narzędzi do osiągnięcia celu jest trudna do operacjonalizacji. Pojawiają się więc postulaty, aby formułować koncepcje rządzenia bardziej pragmatycznie, wychodząc od analizy typu *evidence-based governance* (Saltman i Duran, 2015). W ramce 1 dokonano próby mniej ogólnego zapisu działań, objętych procesem rządzenia ochroną zdrowia. Już krótki rzut oka wskazuje, jakie problemy rządzenia w systemie ochrony zdrowia nie znajdują odpowiedniej reprezentacji oraz instytucjonalizacji w Polsce. Szczególnie dramatycznie zaniedbania dotyczą rozwoju zasobów kadrowych dla ochrony zdrowia: pielęgniarek, lekarzy (w tym głównie specjalności związanych z przemianami demograficzno-epidemiologicznymi polskiej populacji) oraz wielu zawodów okołomedycznych. Od lat doskwiera nieskuteczność w zapewnieniu dostatecznego finansowania, brak satysfakcjonującego dialogu społecznego, braki i słabość zinstytucjonalizowanego zaplecza eksperckiego, ograniczenia w koordynacji działań między sektorami oraz braki w integrowaniu kolejnych kroków procesu leczenia. Ten ostatni problem został niedawno podjęty, początkowo w odniesieniu do leczenia w chorobach nowotworowych (tzw. pakiet onkologiczny).

Ramka 1. Rządzenie w ochronie zdrowia – zadania

- opracowywanie kompleksowych dokumentów strategicznych i planów, stanowiących podstawę rządzenia;
- dbałość o rozwój zasobów dla ochrony zdrowia, tak kadrowych, jak i finansowych, tak dla opieki zdrowotnej, jak i zdrowia publicznego;
- koordynowanie procesów alokacji zasobów na różnych poziomach funkcjonowania placówek świadczenia usług zdrowotnych: centralnym, regionalnym i lokalnym;
- stosowanie w procesach podziału zasobów nowoczesnych metod alokacji, takich jak oceny technologii medycznych, ocen efektywności kosztowej, zbiorowe umowy nabywców, innowacyjne metody dostawców, i in.;
- koordynowanie procesów alokacji zasobów dla różnych specjalności medycznych w zgodzie z potrzebami zdrowotnymi oraz kierunkami rozwoju epidemiologicznego;
- integrowanie procedur leczniczych zorientowanych na leczenie konkretnego schorzenia, usytuowanych w różnych sub-sektorach zdrowotnych;
- tworzenia warunków dialogu społecznego, umożliwiającego wyrażanie opinii i uzgadnianie działań w zakresie warunków pracy i płacy pracowników ochrony zdrowia;
- godzenie interesu publicznego i prywatnego w funkcjonowaniu coraz bardziej mieszanych systemów świadczenia usług zdrowotnych;
- dbanie o infrastrukturę ochrony zdrowia: utrzymywanie jej w dobrej jakości; nowoczesne wyposażenie i planowanie dalszego rozwoju odpowiednio do potrzeb;
- stymulowanie regulacji służących efektywnemu zarządzaniu placówkami świadczenia usług zdrowotnych;
- koordynowanie/integrowanie działań procesu terapeutycznego, wykonywanego w ramach rozdzielonych pod-sektorów ochrony zdrowia;
- uwzględnianie potrzeb opiekuńczych i socjalnych pacjentów w wyniku współdziałania z odpowiednimi służbami sektora socjalnego;
- utrzymywanie i korzystanie z efektów działań instytucji ds. oceny jakości świadczeń, oceny stosowania technologii medycznych, monitorowanie i ewaluacja;
- utrzymywanie i korzystanie z efektów działań instytucji badawczych ds. funkcjonowania i organizacji systemu ochrony zdrowia (health system research) oraz instytutów badań epidemiologicznych i zdrowia publicznego;
- wspieranie i ukierunkowywanie kształcenia kadr (także kształcenia przez całe życie); wspieranie projektów badawczych i uniwersytetów w tej funkcji;
- tworzenie narzędzi wpływania na decyzje w innych sektorach niż zdrowotny, które posiadają wpływ na efekty zdrowotne populacji w zgodzie z hasłem: „zdrowie we wszystkich politykach”;
- uwzględnianie praw pacjenta w procesie leczenia oraz zapewnienia równego dostępu do usług zdrowotnych, włączając wsparcie finansowe dla grup najuboższych;
- współdziałanie z sektorem edukacyjnym, pozarządowym oraz z mediami w procesie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i upowszechnianiu wiarygodnych, popartych badaniami, informacji medycznych;
- kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie, zarówno wobec siebie, jak i wobec obywateli wśród profesjonalistów oraz polityków przez stosowanie odpowiednich instrumentów motywacyjnych, systemów kontroli oraz stosowanie odpowiednich procedur administracyjnych i politycznych;
- wspieranie profesjonalnego przekazu wiedzy o zdrowiu i czynnikach je kształtujących w sposób zrozumiały i dostępny dla wszystkich (knowledge-brokering) poprzez odpowiednie organizacje oraz media.

Źródło: zestawiono na podstawie Kickbusch i Gleicher (2012) z modyfikacjami i uzupełnieniami

Rządzenie w ochronie zdrowia wymaga kompetencji i umiejętności, które nie zawsze są spełnione. Minister zdrowia, a nawet wiceministrowie są zwykle wybitnymi specjalistami medycznymi, natomiast bardzo często nie posiadają ani kompetencji, ani umiejętności rządzenia. W konsekwencji nie są partnerami dla innych członków rządu (nawet gdy ich leczą). Ponadto w medycynie mamy

do czynienia ze strukturą hierarchiczną, w której na czele stoi specjalista o najwyższych kompetencjach, a zarazem decydent i ponoszący odpowiedzialność. W nowoczesnym rządzeniu systemami, także ochroną zdrowia, mamy do czynienia ze strukturami spłaszczonymi, z partycypacją partnerów, z licznymi uzgodnieniami i z bardziej demokratycznymi procedurami podejmowania decyzji.

To jest dla ochrony zdrowia inny świat, który jest przyswajany z trudem.

Słabości rządzenia w ochronie zdrowia nie stanowią polskiej specyfiki, lecz mają raczej charakter uniwersalny⁵. WHO i wiele innych międzynarodowych eksperckich gremiów postuluje koncepcję przywództwa dla ochrony

zdrowia (*leadership for health*) oraz organizuje liczne studia i szkolenia dla zdobycia kompetencji w dziedzinie zarządzania sektorem ochrony zdrowia oraz poszczególnych jego części (WHO, 2007). Przyjmowany jest model, w którym wszystkie cechy przywództwa ukierunkowane są na dobro pacjenta: pacjent ulokowany jest w centrum działań.

Ramka 2. Pożądane cechy przywództwa w ochronie zdrowia

1. Integralność, obejmująca respektowanie wartości etycznych ochrony zdrowia (zgodność zachowań i decyzji z wartościami) oraz umiejętność artykulacji i komunikacji;
2. Myślenie krytyczne, które wymaga rozległej wiedzy, umiejętności korzystania z informacji i badań oraz ich stosowania w pracy własnej, a także dążenie do doskonałości;
3. Służebność, która wymaga świadomości działania na rzecz zdrowia i dobra pacjenta;
4. Inteligencja emocjonalna; świadomość siebie, rozwijanie osobowości, wytrzymałość i odporność na stres i kryzysy, podtrzymywanie równowagi, dobre kontakty;
5. Praca zespołowa, wymagająca wizji, określania celów, planowania i motywowania do działań, decyzyjności, zaangażowania, dbania o dobre relacje, zapewnienia zasobów, otwartości na innowacje i zmiany;
6. Umiejętność wpływania na środowiska społeczne i polityczne, na lokalne wspólnoty, tworzenie sieci, koalicji i związków;
7. Kształtowanie postawy 'słuchania innych' i gotowości do szybkiego reagowania na zgłaszane potrzeby i postulaty (responsiveness);
8. Szerokie horyzonty: rozumienie różnych kontekstów (społecznego, globalnego, historycznego) rozumienie systemu ochrony zdrowia i interakcji jego elementów;
9. Poddawanie się ewaluacji i wyciąganie z tego wniosków.

Źródło: zestawiono na podstawie Arroliga i in. (2014) oraz Hargett i in. (2017) z własnymi uzupełnieniami

Dobre rządzenie wymaga posiadania dobrych instytucji i regulacji. W ochronie zdrowia mamy do czynienia z asymetryczną sytuacją. Z jednej strony istnieją i są rozwijane relatywnie wysoko wystandaryzowane medyczne instytucje świadczenia usług: przychodnie, szpitale, kliniki, centra badań medycznych, centra rehabilitacyjne itd. Z drugiej strony – ciągle mamy do czynienia z brakami lub niedoskonałym rozwojem instytucji rządzenia i zarządzania w ochronie zdrowia. Taka asymetria ma miejsce przede wszystkim w krajach niskiego finansowania ochrony zdrowia. Wtedy analizy funkcjonowania systemu stają w konkurencji o środki na zaopatrzenie medyczne oraz wynagrodzenia dla profesjonalistów medycznych i nic dziwnego, że w niej przegrywają.

5 Cytaty z artykułu oceniającego liderów ochrony zdrowia w USA dobrze pasują do sytuacji w innych krajach: „Liderzy w akademickich centrach medycznych są źle przygotowani do rządzenia, ale są w stanie wpływać na i wybierać nową generację liderów... Niestety większość z tych liderów nigdy nie przeszła formalnego szkolenia z rządzenia i zarządzania.” (Arroliga i in., 2014).

Od kilku lat kształtują się trzy rodzaje pozamedycznych instytucji w ochronie zdrowia: instytucje zajmujące się finansowaniem, instytucje oceny technologii medycznych oraz instytucje zdrowia publicznego.

Funkcjonowanie pierwszej grupy instytucji, czyli instytucji finansowych opiera się na modelu trzech funkcji finansowych (Mathauer i Carrin, 2010): zbierania środków (*revenue collection*), formowania funduszy (*pooling*) oraz finansowania świadczeniodawców czyli „producentów” usług zdrowotnych (*purchasing and provision of services*). Instytucją powołaną do wykonywania funkcji finansowych (płatnika) w ochronie zdrowia w Polsce stał się od 2004 r. Narodowy Fundusz Zdrowia. Poza wykonywaniem funkcji płatnika, NFZ wykonuje liczne zadania statystyczne, prowadzi działalność informacyjną oraz szkoleniową. Kilka lat temu (w 2014 r.) jego instytucjonalna autonomia została ograniczona. Jest nadzorowany przez ministra zdrowia.

W konkretnym systemie ochrony zdrowia może istnieć wiele niewłaściwych uregulowań, ale też słabe stosowanie się do ustanowionych prawem reguł. Ponadto w praktyce

mogą wykształcać się reguły nieformalne z powodu deficytów środków i/czy kompetencji. W Polsce nie ma instytutu, czy odpowiedniej agencji ds. analizy finansowania ochrony zdrowia. Powoływane są czasami grupy robocze (np. Grupa Robocza ds. Finansowania Ochrony Zdrowia – Zielona Księga), zlecane są zadania ośrodkom międzynarodowym (np. do analizy zadłużania szpitali). Jednak organizacji i odpowiednio ulokowanych oraz w pełni kompetentnych zespołów ekspertów ds. ekonomicznych systemu ochrony zdrowia ciągle brakuje.

Począwszy od wczesnych lat 1990. na świecie (a co najmniej w Europie) rozwinęły się agencje ds. oceny technologii medycznych. Jak „grzyby po deszczu” powstawały w kolejnych krajach i szybko utworzyły międzynarodową sieć informowania się i wspierania w analizach na temat nowych leków, procedur i sposobów leczenia. Agencja ds. oceny technologii medycznych powstała także w Polsce (2006 r.). W środowisku medycznym rozumienie potrzeby jej działania było początkowo raczej ograniczone. Następnie nie zezwolono na pełną autonomię działania agencji, a jednocześnie dołożono jej zadań związanych z taryfikacją (określanie „cen”) świadczeń medycznych. Agencja ma wprawdzie status instytucji posiadającej osobowość prawną, ale jest nadzorowana przez ministra zdrowia i jest tylko jego organem opiniodawczo-doradczym.

Druga grupa instytucji powoływana jest w celu prowadzenia badań o zdrowiu oraz badań epidemiologicznych, przewidywania trendów i wskazywania czynników ryzyka obejmujących choroby. W Polsce istniała tradycja funkcjonowania tzw. instytutów resortowych, podległych władzom ministerialnym. W latach 1990. jako jednostki badawczo-rozwojowe (JBR) stały się bardziej samodzielne, ale nadal działały ‘tematycznie’ w obszarze danego resortu, prowadząc badania stosowane (*policy oriented*). Ministrowie opiniowali plany działalności instytutów i zdalnie je nadzorowali, np. przez udział w składzie komisji dokonującej wyboru dyrektora. W ochronie zdrowia funkcjonowały instytuty resortowe związane z badaniami epidemiologicznymi niektórych chorób zakaźnych (np. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc), a z czasem także innych chorób, czy wg innej struktury tematycznej. Samodzielność instytutów, wymagająca działalności projektowej w oparciu o granty i zlecenia, nie dawała wystarczających przychodów do utrzymania laboratoriów, wydawnictw oraz innych struktur naukowych. Placówki te w coraz większym stopniu utrzymywały się ze świadczenia usług zdrowotnych. Kontrola NIK przeprowadzona w 2011 r.

w największych polskich jednostkach badawczych Ministerstwa Zdrowia wykazała, że przychody z prowadzenia działalności naukowej stanowią zaledwie kilka lub kilkanaście procent ogółu przychodów. Z kolei kontrakty z NFZ na leczenie chorób, nie uwzględniające w kosztach specyfiki badawczej i dydaktycznej prowadzonych terapii, zwiększały zadłużenie placówek (NIK, 2012). W Ministerstwie Zdrowia nigdy nie opracowano strategii dotyczącej systemu instytucji badawczych niezbędnych dla kierowania systemem ochrony zdrowia. W konsekwencji wspieranie takich a nie innych instytutów, klinik czy centrów nie miało systemowego uzasadnienia, było raczej wynikiem nacisku jakiejś grupy specjalistów, a niekiedy wręcz „walki” o przetrwanie (np. Instytut Reumatologii) w imię historycznych dokonań.

Zjawisko braku zaplecza naukowego dla sterowania ochroną zdrowia występuje często w krajach biedniejszych, ale rzadko w krajach o dochodach średnich i raczej nigdy w krajach o dochodach najwyższych. W 2004 roku powstał w WHO specjalny raport rekomendacyjny o konieczności prowadzenia badań dostosowanych do rozpoznawania i rozwiązywania problemów zdrowia danego kraju i jego populacji, w którym przytoczono motto tajlandzkiego lekarza i eksperta „*System badań dla ochrony zdrowia jest mózgiem systemu ochrony zdrowia: to narzędzie służące jego organizowaniu, rozumieniu, działaniu i poprawianiu.*” (WHO, 2004, s. 59). Ten mózg badawczy w Polsce nadal ma dziury, chociaż w wielu instytutach działają wybitni naukowcy.

Problemem jest ponadto transmisja uzyskanej wiedzy do praktyki rządzenia (Ward i in., 2009). I znów jest to temat wymagający instytucjonalizacji, zarówno metod transmisji wiedzy, jak i powoływania właściwych osób na stanowiska decyzyjne i sprawdzania ich kompetencji. Doświadczenia w tej dziedzinie zwanej *knowledge brokering*, które służą pokonywaniu barier między nauką a praktyką (*know-do gap*) pokazują trudności i ograniczenia. Przewyciężenie tych trudności wymaga zrozumienia i uznania pozycji pomiędzy dwoma światami, wykształcenia ludzi zdolnych do takiej aktywności oraz stworzenia im warunków działania.

Trzecia grupa instytucji związana jest z promocją zdrowia i prewencją głównych chorób. Podstawowa idea, a także bardziej szczegółowa koncepcja promocji zdrowia została zdefiniowana w 1986 r. na konferencji w Ottawie (Kanada), gdzie powstała Ottawska Karta Promocji przyjęta przez WHO jako powszechna deklaracja zdrowia. Celem promocji zdrowia zapisanym w Karcie jest umożliwienie je-

dnostkom zwiększenia zdolności do kontrolowania swego zdrowia i jego poprawy Ludziom należy wskazywać działania i wspierać te, które umożliwiają kontrolowanie indywidualnego zdrowia, aby je utrzymać i poprawiać. Do tego potrzebna jest wiedza o tym, co i dlaczego sprzyja zdrowiu, także doradztwo, motywowanie oraz wspomaganie w nabywaniu umiejętności zastosowania tej wiedzy. Potrzebne jest także oddziaływanie na innych (w tym także na polityków, na media), aby czynili podobnie. Jak założono w Ottawie, promocja zdrowia ma równie (a może nawet bardziej) istotne znaczenie dla osiągania dobrego zdrowia, jak inne usługi sektora ochrony zdrowia. Przez 30 lat od deklaracji w sprawie promocji zdrowia powstały odpowiednie regulacje i instytucje w wielu krajach na świecie. Na przełomie pierwszej i drugiej dekady XXI wieku pojawiły się kolejne regulacje, uwzględniające także zadania opiekuńcze w koordynacji (integracji) z zadaniami na rzecz zdrowia.

Pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym uchwalono w Polsce dopiero 18 listopada 2015 r. W porównaniu z innymi krajami – dość późno. Ustawa stworzyła podstawę działań na rzecz zdrowia populacji, a nie tylko zapewnienia bezpieczeństwa, co realizuje od lat inspekcja sanitarna. Zapisy akcentują potrzebę tworzenia warunków zdrowego życia na każdym etapie życia ludzi, w różnych miejscach i bez względu na posiadane zasoby indywidualne, lecz praktyka od nich odbiega. Ustawa nie przewidziała funkcji koordynatora ds. promocji zdrowia i prewencji zgodnie z maksymą „zdrowie we wszystkich politykach państwa”. Odwołała się do doświadczenia związanego z opracowywaniem narodowych programów zdrowia, w których definiowano cele działań na rzecz zdrowia populacji i w odniesieniu do niektórych jej grup (dzieci i – ostatnio – osób starszych), które odegrały rolę animatora w ustalaniu priorytetów zdrowotnych i przewodnika dla potencjalnych realizatorów, chociaż ze słabymi narzędziami implementacji (patrz rozdział autorstwa Krzysztofa Kuszewskiego). W rezultacie w polskich działaniach promocji zdrowia nadal za mało jest profesjonalizmu, ale podejmowane są liczne inicjatywy (szczególnie przez NGO-sy oraz media), natomiast brakuje badań, które potwierdzałyby efektywność interwencji i programów zdrowotnych, a zasoby kadrowe i fundusze są bardzo ograniczone.

Poza wymienionymi grupami instytucji ochrony zdrowia, istotne znaczenie dla dobrego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia mają **struktury rządowe**, a przede wszystkim – ministerstwa zdrowia. Nie zawsze funkcjonują jako struktury powołane wyłącznie ds. zdrowia, w niektó-

rych krajach także – ds. socjalnych. To, jakie departamenty posiada ministerstwo zdrowia i jakich urzędników zatrudnia pod względem kompetencji i umiejętności, ma znaczny wpływ na jakość rządzenia w ochronie zdrowia. Analiza na ten temat wykonana w Polsce (KSAP, 2009) wskazała, że polskie Ministerstwo Zdrowia odbiega od profesjonalnego standardu tego rodzaju centralnej instytucji rządowej. Jego struktura jest nazbyt hierarchiczna, a instytucje zewnętrzne, ale nadzorowane przez ministerstwo, działają rutynowo i dużym stopniu są zależne od resortowej władzy administracyjnej. Zależność ma tendencję rosnącą, ponieważ zwycięskie w wyborach parlamentarnych partie sięgają coraz niżej po stanowiska administracyjne dla „swoich” ludzi. Tak zwany podział łupów nie ma ustalonych granic.

Dobre instytucje, kompetentni ludzie i przyzwoite środki finansowe – to elementy podstawowej wagi w procesie rządzenia. Jednakże nie będą dobrze funkcjonować, gdy spoiwo w postaci odpowiednich relacji nie będzie działać. Odpowiednie relacje – to nie tylko zapobieganie konfliktom oraz ich łagodzenie. To także współdziałanie na rzecz dobra wspólnego przy respektowaniu głosów każdej ze stron. Instytucjonalnym rozwiązaniem jest **dialog społeczny**. Wywodzi się z tradycji tzw. stosunków przemysłowych, czyli negocjacji między pracownikami i pracodawcami o wynagrodzenia i warunki pracy. Promotorem dialogu społecznego jest Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO). Współcześnie dialog społeczny w wielu krajach jest rozszerzony. Są to instytucje trójstronne i wielostronne. Uczestniczą w nim poza reprezentacjami pracowników i pracodawców także reprezentanci rządu i samorządów terytorialnych, organizacje pozarządowe i organizacje konsumenckie. Dialog społeczny w Polsce rodził się z trudem, ponieważ okres transformacji nie zapewniał równowagi stron. Początkowo przewagę miały związki zawodowe (zbyt pluralistyczne i działające konkurencyjnie), a po kilkunastu latach, wraz z rozwojem sektora prywatnego w gospodarce – organizacje pracodawców.

Sektor zdrowotny, mimo licznych konfliktów pracowniczych, wprowadził instytucję dialogu społecznego dopiero w 2005 r. W Ministerstwie Zdrowia powstał departament dialogu społecznego. Departament ten w zasadzie obsługuje udział przedstawicieli partnerów społecznych ochrony zdrowia w Komisji Trójstronnej. W sferze publicznej, do jakiej należy ochrona zdrowia, mamy do czynienia *de facto* z dwustronnością. Reprezentantem pracodawców jest bowiem minister zdrowia. Decyzyjność ministra zdrowia jest jednak ograniczona, szczególnie gdy nie

jest partnerem merytorycznym w rządzie. To premier i minister finansów mają moc sprawczą, ale i ten szczebel może być zawodny. Postawa decydentów polega na odwlekaniu, niejednokrotnie deprecjonowaniu strony konfliktu, a gdy następuje jego eskalacja – na podejmowaniu wybiórczej decyzji, która nie uwzględnia kompleksowości systemu i zwiększa jego nierównowagę, prowadząc wprost do następnych konfliktów. Liczba strajków i strajkujących pracowników w ochronie zdrowia w ostatnich latach wzrosła (Rocznik Statystyczny Pracy, GUS 2017). Strajkujący odwoływali się do dobra ogólnospołecznego (głównie rezydenci w trakcie strajku głodowego), ukazując swój interes grupowy jako czynnik warunkujący ogólną poprawę w ochronie zdrowia. Do budowania dialogu społecznego w ochronie zdrowia w 2017 r. zostali włączeni pacjenci pod hasłem „Obywatele dla zdrowia”. Czy jest to sposób na poprawę sytuacji pracowników, czy raczej kolejny wybieg? Pacjenci nie mogą przecież stanowić równorzędnej strony konfliktu.

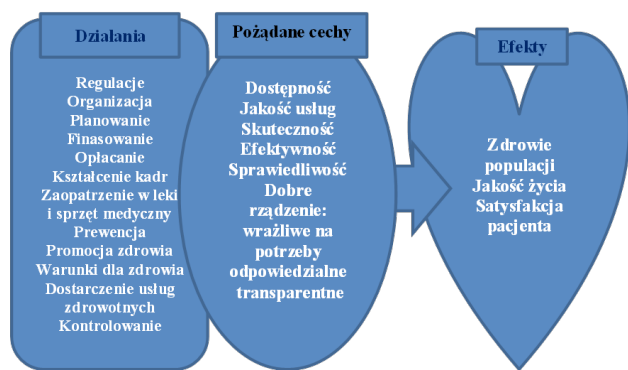
Niezbędną cechą dobrego rządzenia jest praworządność, zapewniana instytucjonalnie przez procedury transparentności oraz organizacje kontroli; zarówno typu *watch dog*, jak i standardowej kontroli administracyjnej, służącej identyfikowaniu nieprawidłowości oraz zapobieganiu korupcji. Problem korupcji często występuje w ochronie zdrowia i to w krajach biedniejszych: ze słabymi instytucjami oraz ze społeczeństwem o niższej świadomości zdrowotnej (Golinowska, 2010). Był obecny w krajach komunistycznych oraz w okresie ich transformacji do gospodarki rynkowej (Gaal, 2004). Niedopłacana służba zdrowia dzięki opłatom nieformalnym wyrównywała dochody, a rodzinom pacjentów dawała poczucie troski o chorego. Gdy w połowie poprzedniej dekady rząd uruchomił dość drastyczny program zwalczania korupcji w służbie zdrowia w ramach idei „moralnego oczyszczenia społeczeństwa”, środowiska medyczne wystąpiły o prawo do okazywania wdzięczności po uzyskaniu usługi zdrowotnej. Jednocześnie z większym przekonaniem domagały się wprowadzenia prywatyzacji i rynkowych reguł funkcjonowania sektora publicznego. Po upływie dekady od czasu medialnego nagłośnienia przypadków korupcji w środowisku medycznym, utrwaliły się formalne relacje na styku pacjent – lekarz. Natomiast, jak z troską twierdzą zaangażowani lekarze, zmienił się charakter zachowań korupcyjnych;

w dużym stopniu przeniosły się one na poziom instytucji, gdzie występuje klientelizm i kumoterstwo. Bardziej jest to widoczne na szczeblach regionalnych i lokalnych. W sytuacji niedoboru, wypychanie ‘zwykłych’ pacjentów (bez znajomości w środowisku medycznym oraz z ograniczonymi możliwościami zaoferowania dobra wymiennego) do sektora prywatnego, którego usługi mają coraz wyższe ceny, staje się podstawowym czynnikiem nierówności dostępu do opieki zdrowotnej w Polsce.

1.4. Reformowanie

Każda reforma wymaga precyzyjnego sformułowania celu (ów) podejmowania zmian, które powinny wynikać zarówno z oceny istniejącego systemu (konieczność reakcji na dojmujące niedomagania), jak i z powodu wyzwań przyszłości. Wydawałoby się oczywiste, że podejmowanie reformy ochrony zdrowia ma celu poprawę zdrowia populacji: dłuższe życie dobrej jakości oraz skuteczne leczenie chorych. Jednak nie zawsze cele reform ochrony zdrowia są tak formułowane. Niekiedy jako cele reformy ochrony zdrowia są traktowane pożądane cechy funkcjonowania systemu, np. wyższa efektywność; mają one wprawdzie istotne znaczenie w „produkcji” zdrowia, ale nie są to cele pierwszego rzędu na każdym etapie rozwoju. Na wczesnych jego etapach oczywistą poprawę zdrowia przynoszą ogólne działania ekonomiczne i społeczne: tworzenie dobrobytu, dostęp do dóbr konsumpcyjnych oraz powszechna edukacja. Natomiast pożądane cechy systemu ochrony zdrowia (zob. rys. 3) pojawiają się jako cele wysokiej rangi nieco później. Wymagają dodatkowego wysiłku: odpowiednich instytucji i większych zasobów. Przy odpowiednim funkcjonowaniu instytucji oraz efektywnym zastosowaniu zasobów przysparzają więcej zdrowia, które z kolei staje się czynnikiem wzmacniającym dobrobyt ekonomiczny (zdrowie elementem kapitału ludzkiego). W Polsce jesteśmy już na tym poziomie rozwoju, kiedy dla dobrego zdrowia populacji niezbędne jest osiągnięcie pożądanych cech systemu ochrony zdrowia: efektywności, równości w dostępie do nowych technologii, dobrej jakości usług i satysfakcji z ich wykonywania. Droga prowadząca od podjęcia reformatorskich działań do osiągnięcia wskazanego celu wymaga rozpoznawania i udowadniania (*evidence based*).

Rysunek 3. Od działania do efektu



Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce dokonała się po hasłem wprowadzenia ubezpieczeniowego systemu finansowania w miejsce budżetowego oraz tzw. mechanizmu rynku wewnętrznego (regulowanego lub *quasi* rynku) jako podstawy regulowania relacji oraz przepływu środków finansowych między podmiotami. Przyjmowano *a priori*, że nowe rozwiązania systemowe oraz instytucjonalne przyniosą korzystne efekty dla zdrowia. Nie sprawdzano związku między podjętymi działaniami w specyficznym kontekście Polski a efektem zdrowotnym dla jego populacji. Eksperci zagraniczni, którzy w znacznej liczbie odwiedzali polskie agencje rządowe, skupiali się na wyjaśnianiu rozwiązań ze swoich krajów. Przetłumaczony na język polski podręcznik ekonomiki zdrowia amerykańskiego ekonomisty Thomasa Getzena bazował na przykładach i praktyce, pochodzącej z USA (!).

Z ubezpieczeniowej reformy systemu ochrony zdrowia częściowo wycofano się już po czterech latach, centralizując kasy chorych w jeden Narodowy Fundusz Zdrowia, ale zostawiając składowe finansowanie systemu. Ubezpieczeniowy charakter systemu ochrony zdrowia, mający na względzie autonomię finansową i pewną samorządność sektora zdrowotnego, nie zdołał ustrzec się od ekonomicznej doktryny obniżania podatków i składek jako podstawy rozwoju przedsiębiorczości i czynnika wzrostu gospodarczego. Mimo zapoczątkowania systematycznej metody podnoszenia składki (0,25 punktu procentowego do 2007 roku) oraz obietnicy politycznej, że proces ten będzie trwał, decyzje o zwiększaniu wydatków podejmowano tylko pod przymusem: strajków pielęgniarek (bunt „białych czepków”) oraz innych grup zawodów medycznych, a ostatnio (w 2017 r.) tzw. rezydentów, czyli młodych lekarzy, podejmujących kształcenie specjalistyczne. Decyzje te, naruszając proporcje wynagrodzeń między różnymi grupami zawodów medycznych oraz burząc stopnie awansowania

na ścieżce kariery w danym zawodzie, niszczyły systemy motywacyjne i stanowią istotny czynnik ucieczki z zawodu.

Tworzenie rynku wewnętrznego wymagało przygotowania wielu parametrów, odpowiadających trzem kategoriom konkurencji rynkowej: podaży, popytu i cen.

Dokonano licznych zmian organizacyjnych w sferze **podaży**. Sektor zdrowotny został podzielony na względnie autonomiczne podsektory (patrz rys. 2), z odrębnymi mechanizmami finansowania. Istotną nowością była koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej oparta na instytucji lekarza rodzinnego, rozwijana następnie przez wiele lat. Regulacja, akcentująca koordynacyjne funkcje lecznicze lekarza rodzinnego (a nie tylko wpuszczającego do systemu – *gate keepera*) wprowadzona została w październiku 2016 roku (Dz.U. 2017 poz. 2217). Podział instytucjonalny sektora zdrowotnego związany z procesem tzw. usamodzielniania (i często prywatyzacji) zakładów opieki zdrowotnej doprowadził do istotnej dezintegracji, skutkującej brakiem ciągłości w procesie leczenia, co z trudem udaje się obecnie korygować w wyniku wprowadzania koncepcji tzw. opieki koordynowanej lub zintegrowanej. Inny element zmian instytucjonalnych polegał na rozdzieleniu funkcji nabywców świadczeń (*purchasing*) od funkcji ich dostarczania (*services provision*). Nabywcą była początkowo regionalna kasa chorych, a następnie scentralizowany NFZ, działający poprzez swoje oddziały wojewódzkie.

Jeśli w sferze podaży dokonano licznych podziałów i zmian organizacyjnych tworzących warunki konkurencji, to w sferze **popytu** proces ten był znacznie trudniejszy. W ochronie zdrowia mamy do czynienia z respektowaną etycznie potrzebą zdrowotną, a nie z popytem. O konkurencji popytowej w ramach środków publicznych nie mogło być mowy (także ze względów doktrynalnych, kiedy władzę przejęły ugrupowania postkomunistyczne). Jednak ‘ograniczenie budżetowe’ nie pozwalało na powszechne zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, rosnących wraz z dobrobytem, wykształceniem i dłuższym życiem. Regulacje w postaci dostępu tylko do koszyka świadczeń gwarantowanych, czy współpłacenia (lub ubezpieczeń prywatnych) długo nie znajdowały zrozumienia i akceptacji, mimo przygotowania materiałów do podjęcia decyzji, np. w sprawie koszyka świadczeń gwarantowanych. Podjęto natomiast prace nad mapami potrzeb zdrowotnych z nadzieją na ich wystandaryzowanie (i racjonalizację). Wbrew nazwie, mapy potrzeb zdrowotnych dotyczyły nie analizy potrzeb, lecz posiadanych zasobów infrastrukturalnych w ochronie zdrowia. Brak koordynacji w dziedzinie inwestycji doprowadził bowiem do wzrostu liczby

szpitali (przyrostu łóżek szpitalnych) z ogromnymi dysproporcjami regionalnymi. Mapy potrzeb zdrowotnych miały być narzędziem pozwalającym na takie decyzje inwestycyjne, które wyrównają dostęp do świadczeń w wymiarze terytorialnym. Mogłyby być podstawą do utworzenia krajowej sieci szpitali. Kontrola NIK (2018) zarzuciła opracowanym dokumentom, że są nierzetelne i jednocześnie mają charakter inwentaryzacyjny a nie rekomendacyjny. Zwróciła przy tym uwagę na brak współdziałania pracowników MZ opracowujących „mapy potrzeb” z zapleczem badawczym (NIZP-PZH), co przyczyniło się do obniżenia jakości wykonanej pracy. Istotne w tym przedsięwzięciu jest jednak to, że narzędzie na pewno przydatne w analizowaniu, koordynowaniu oraz kontrolowaniu rozmieszczania inwestycji opieki stacjonarnej, nie może zastąpić narzędzia odzwierciedlającego potrzeby zdrowotne populacji wynikające z analiz kondycji zdrowotnej (różnego rodzaju bilansów zdrowia) i sprawności populacji.

Mechanizm regulowanego rynku wymaga **regulowanych cen (taryf)**. Podstawy metodologiczne oparte na klasyfikacji grup diagnostycznych (DRG) przygotowano zaraz po wprowadzeniu reformy 1999 r. Wykonał je zespół pod kierunkiem Jacka Grabowskiego. Oszacowane koszty dla jednorodnych grup pacjentów wprowadzono dopiero w 2008 roku i w niekompletny sposób.

Rynek wymaga **swobody wyboru** jako podstawy konkurencji. Swobody rynkowe w polskim publicznym systemie ochrony zdrowia sprowadzają się do wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta oraz równości świadczeniodawców ubiegających się o kontrakty z płatnikiem, niezależnie od statusu własnościowego. Nierównowaga finansowa systemu ochrony zdrowia doprowadziła do ograniczeń obu swobód, stosowanych w praktyce działania świadczeniodawców oraz płatnika.

Prace nad rozpoznawaniem i szacowaniem wartości kategorii regulowanego rynku przebiegały w Polsce w różnym czasie niezależnie od siebie – bez koniecznej koordynacji. Realne działanie tego „kulawego” mechanizmu rynku wewnętrznego odzwierciedlał system kontraktowania świadczeń. W warunkach silnego ograniczenia budżetowego i bez możliwości dostosowań cenowych postępowała głęboka nierównowaga finansowa. Jej wyrazem było zadłużanie się publicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyli SP ZOZów (Sowada, 2008; Golinowska i in., 2012). Reakcją na zadłużanie się było podejmowanie co pewien czas decyzji o ich oddłużaniu. W latach 2005–2007 decyzje te były uwarunkowane tzw. restrukturyzacją finansową szpitali, co oznaczało konieczność podjęcia działań

naprawczych. Ponieważ podstawowe parametry rynku wewnętrznego nie ulegały zmianie, to działania naprawcze nie były zbyt intensywne i nie zmniejszały nierównowagi finansowej systemu. W 2011 r. warunki funkcjonowania szpitali publicznych zostały zaostrzone. Ustawa o działalności leczniczej (Dz.U. 2015 p. poz. 618 ze zm.) zmuszała szpitale do równoważenia swych budżetów pod rygorem przekształcenia własnościowego lub likwidacji. Raport NIK (2016) o efektach tej fazy oddłużania zwrócił uwagę na dramatyczne skutki w sferze zatrudniania personelu medycznego (przekraczanie norm pracy, wieloletowe zatrudnianie, a także umowy okresowe). Sytuacja w ochronie zdrowia stawała się krytyczna. W następnych latach kontynuowano kierunek działań na utrzymywanie rynku wewnętrznego z silnym ograniczeniem budżetowym, poprawiając niektóre parametry, np. system taryfikacji. Pracowano nad zdefiniowaniem gwarancji finansowania publicznego przez utworzenie krajowej sieci szpitali, co kształt finalny uzyskało w 2017 r.

Działania te nie odwróciły tendencji pogłębiania się nierównowagi finansowej systemu ochrony zdrowia, a braki w finansowaniu zasobów, szczególnie kadrowych, dramatycznie zagrożiły dostępności świadczeń.

W drugiej połowie poprzedniej dekady wprowadzono mechanizmy tzw. nowego zarządzania publicznego (*new public management* – NPM) w instytucjach usług zdrowotnych. Z punktu widzenia pacjenta reformy zarządzania szpitalami przyniosły pogorszenie funkcjonowania. Uwidoczniły się dramatyczne braki w koordynacji podzielonego systemu, prowadzące zarówno do pogorszenia satysfakcji pacjentów, jak i marnotrawstwa zasobów. Nastąpiły ograniczenia w dostępie do wielu specjalistycznych usług zdrowotnych, pogorszyła się jakość opieki spowodowana brakiem holistycznego (zintegrowanego) podejścia do procesu leczenia oraz nastąpił wzrost tzw. wydatków katastroficznych związanych z rujną budżetu rodziny w sytuacji choroby, szczególnie przewlekłej.

Dostrzeganie narastających trudności w systemie ochrony zdrowia nie było powszechne. Często miało miejsce lekceważenie sytuacji, wynikające z braku kompleksowej diagnozy, a niektórzy politycy, dyżurni eksperci, a nawet dziennikarze przyjmowali do wiadomości tezę, że środków jest dostatecznie dużo, tylko że „wypływają” do sektora prywatnego lub wprost do kieszeni lekarzy. Nic więc dziwnego, że lekarstwem na dobry system ochrony zdrowia proponowanym przez nowe ugrupowanie rządowe miała być centralizacja środków, likwidacja NFZ i większa kontrola alokacji środków finansowych. Pierwsze pomysły dotyczyły zmiany źródeł finansowania:

zadeklarowano odejście od składki ubezpieczeniowej i odrębnego funduszu dla ochrony zdrowia na rzecz finansowania z podatków ogólnych i usytuowanie finansowania zadań zdrowotnych w budżecie państwa. Nie wskazano przy tym, jaki cel dzięki temu można osiągnąć dla zdrowia populacji i satysfakcji pacjenta. Na szczęście podjęte zostały inne prace, poprawiające działania niektórych części systemu, np. poz, a problem niedostatecznych środków dla ochrony zdrowia jako zjawisko realnie zagrażające publicznej służbie zdrowia wyptynał w wyniku strajków różnych grup pracowników medycznych (rezydentów, pielęgniarek, i in.). Przyjęto ustawę o podniesieniu wydatków na ochronę zdrowia do 6% PKB w 2024 r., co nie jest rozwiązaniem problemu deficytu zasobów dla ochrony zdrowia w Polsce.

Wnioski i rekomendacje

Podejmowanie reformy ochrony zdrowia, zarówno kompleksowe, jak i w jakiegokolwiek części systemu zdrowotnego, wymaga profesjonalnej diagnozy i oceny funkcjonowania systemu. Praca tego rodzaju powinna być z instytucjonalizowana i prowadzona systematycznie, co wymaga przypisania tych zadań odpowiednim organom i powierzenia ich kompetentnym zespołom. Powinna stanowić podstawę corocznego raportowania w parlamencie. Najwyższy czas na całościową i rzetelną diagnozę i stosowanie corocznego raportowania!

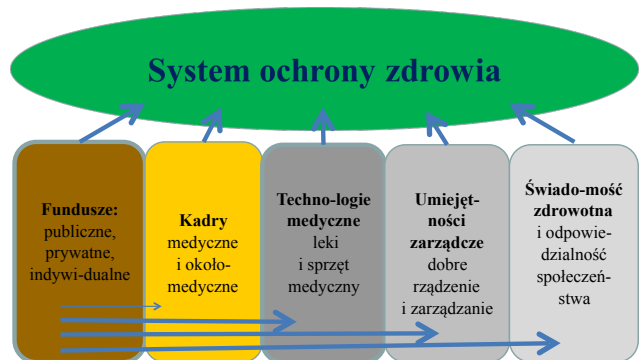
Niedomagania systemu powinny wyzwolić motywację do opracowania programu zmian. Ich ramy powinna określać strategia ochrony zdrowia, uwzględniająca wyzwania przyszłości, a także kontekst regulacji europejskich oraz wskazań WHO.

Zagrożeniem dobrego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest opieranie się wyłącznie na programach władzy politycznej, której cele związane są bardziej z walką o władzę (uzyskanie poparcia elektoratu wyborczego) niż z rozwiązywaniem dojmujących problemów, które w krótkim okresie mogą być odebrane jako niekorzystne (np. współpłacenie pacjentów). Zagrożeniem i marnotrawstwem są te elementy programów politycznych, które w celu wymiany kadr czy grup interesów ukierunkowane są na likwidację/niszczenie dorobku instytucjonalnego z trudem budowanego przez wiele lat. Permanentne rewolucje zamiast procedur poprawiania czy dostosowywania działań w oparciu o rzetelne oceny nie przysparzają ogólnospołecznych korzyści.

Cele reformy ochrony zdrowia na obecnym etapie rozwoju kraju powinny być bardziej kompleksowe i obejmować

główne obszary: opiekę zdrowotną (medyczną), zdrowie populacji oraz wzrost zasobów i efektywne nimi gospodarowanie, co stanowi warunek osiągnięcia celów w dwóch poprzednich obszarach: związanych z leczeniem chorych i dbaniem o zdrowie populacji.

Rysunek 4. Zasoby niezbędne dla funkcjonowania ochrony zdrowia



Kompleksowość nie oznacza, że wszystkie słuszne cele wskazuje się do jednoczesnej realizacji. Ustalanie priorytetów na wyodrębniane etapy reformy – to kolejny warunek racjonalnego działania. Obecne priorytety, jakie od kilku lat postulujemy w naszych działaniach (grupa ekspertów IZP UJ Collegium Medicum oraz CASE), są następujące:

- Wzrost potencjału kadrowego, zarówno medycznego, jak i okołomedycznego w wyniku dostosowania procesów kształcenia medycznego, nauk o zdrowiu i zdrowia publicznego do potrzeb świadczenia usług zdrowotnych, szczególnie w obszarach deficytowych i związanych z nową fazą rozwoju epidemiologicznego starzejącej się populacji – dominacji niezakaźnych chorób przewlekłych.
- Zdefiniowanie systemu badawczego i eksperckiego na rzecz zdrowia i efektywnego funkcjonowania instytucji systemu ochrony zdrowia; niezbędne uzupełnienia i wsparcie ośrodków badawczych oraz systemu transmisji wiedzy do polityków.
- Rozwój metod planowania i prognozowania zasobów pracy w ochronie zdrowia na szczeblu rządowym (resortowym) i umiejętności korzystania z nich w procesie kształcenia i zatrudniania.
- Podniesienie nakładów na opiekę zdrowotną w wyniku systematycznego podnoszenia składki oraz objęcia oskładkowaniem wszystkich dorosłych obywateli; w przypadku braku możliwości opłacania składki, przejęcie obowiązku przez służby pomocy społecznej.
- Wprowadzanie zasady finansowania zdrowia publicznego z budżetu państwa jako działania na rzecz całej populacji.

- Wyodrębnienie nowego sektora – opieki długoterminowej, określenie środków na jego rozwój ze zdefiniowaną częścią na współpłacenie i zapewnienie koordynacji między sektorem medycznym i socjalnym, szczególnie na poziomie lokalnym i świadczeniodawców.
- Wprowadzanie systemu udziału pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych (element indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie) po ostatecznym zdefiniowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych i ustaleniu wsparcia dla osób nie posiadających możliwości takiej kontrybucji.
- Wprowadzenie rozwiązań instytucjonalnych umożliwiających ciągłość opieki, zwanych opieką zintegrowaną (*integrated health care*) w odniesieniu do podstawowych schorzeń populacji. Poparcia wymaga z trudem wprowadzany pakiet onkologiczny oraz obecnie przygotowywane rozwiązanie ciągłości opieki w przypadku niedokrwiennej choroby serca.
- Zobowiązanie odpowiednich instytucji działających w systemie ochrony zdrowia oraz edukacji i mediów publicznych do informowania o zdrowiu (*information brokering*), do prowadzenia oświaty zdrowotnej w szkołach i miejscach zbiorowego przebywania oraz promowania dobrych praktyk adresowanych do różnych grup ludności. Powinien istnieć zakaz reklamowania produktów farmaceutycznych oraz żywności bez udowodnionej skuteczności korzystnego (a co najmniej neutralnego) oddziaływania na zdrowie.
- Instytucje ochrony zdrowia oraz profesjonaliści medyczni muszą podjąć pracę nad odbudowaniem/budowaniem zaufania do medycyny oraz profesjonalizmu własnych zachowań, wypowiedzi i wystąpień. To jest ważne zadanie dla samorządu zawodów medycznych (izb lekarskich i pielęgniarskich), które powinny stać na straży dobrego imienia, przeciwstawiając się nieetycznej lojalności w przypadku błędów i wykroczeń.
- Profesjonaliści medyczni muszą podjąć dialog między sobą w celu porozumiewania się, ustalania priorytetów oraz wspierania w procesie implementacji. Konkurencja prestiżu oraz forsowanie własnych interesów nie sprzyjają nikomu; ani celom zawodowym profesjonalistów medycznych, ani pacjentom.

Bibliografia

- Arroliga A.C., Huber C., Myers J.D., Dieckert J.P., Wesson D. (2014). Leadership in Health Care for the 21st Century: Challenges and Opportunities, *The American Journal of Medicine*, Vol 127, Nr 3, March 2014, s. 246–249.
- Barbazza E., Tello J.E. (2014). A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern, *Health Policy*, Volume 116, Issue 1, s.1–11.
- Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs* Vol. 27, Nr 3: Health Reform Revisited.
- Björnberg A. (2018). Euro Health Index 2017 – Report. Health Consumer Powerhouse. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2018/02/EHCI-2017-report.pdf>
- Björnberg A. (2017). Euro Health Index 2016 – Report. Health Consumer Powerhouse. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2016/EHCI-2016-report.pdf>
- Chanturidze T., Obermann K. (2016). Governance in Health – The Need for Exchange and Evidence: Comment on “Governance, Government, and the Search for New Provider Models, *International Journal of Health Policy and Management*, 5(8), s. 507–510. <http://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.60>
- Collingwood V. (ed.) (2002). *Good Governance and the World Bank*. Nuffield College, University of Oxford.
- Fryatt R., Bennett S., & Soucat A. (2017). Health sector governance: should we be investing more? *BMJ Global Health*, 2(2), e000343. <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000343>
- Gaal P. (2004). *Informal payments for health care in Hungary*. PhD Thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London.
- Golinowska S., Kozierekiewicz A., Sowada Ch. (2004). *Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa: CASE.

- Golinowska S. (2010). Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie tom VIII, nr 1/2010, s. 12–28.
- Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M. oraz Dubas K., Jurkiewicz-Świątek I., Kocot E., Seweryn m. z udziałem Tamasa Evetovits'a (2012) *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Golinowska S. (red.) (2014). *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Gunderman R.B. (2009). *Leadership in Health Care*. London: London: Springer-Verlag Limited.
- Hargett C.W., Doty J.P., Hauck J.N., Webb A.M., Cook S.H., Tsipis N.E., Taylor D.C. (2017). Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *Journal of Healthcare Leadership*, 9, s. 69–78. <http://doi.org/10.2147/JHL.S141664>
- Kaufmann D., Kraay A., Mastruzzi M. (2007). Governance Matters VI : Aggregate and Individual Governance Indicators, 1996–2006. *Policy Research Working Paper*; No. 4280. World Bank, Washington, DC. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7473> License: CC BY 3.0 IGO.”
- Kickbusch I., Gleicher D. (2012). *Governance for health in the 21st century*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- KSAP – Krajowa Szkoła Administracji Publicznej (2009). *Wyzwania w systemie ochrony zdrowia. Zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach*. Raport z realizacji projektu zleconego przez WHO pod redakcją A. Zybały. Warszawa: KSAP.
- Kislov R., Wilson P., Boade R. (2017). The ‘dark side’ of knowledge brokering. *Journal of Health Services Research & Policy* 22(2), s. 107–112.
- Kozierkiewicz A. (red.) (2014, 2015, 2016). Indeks sprawności ochrony zdrowia. Zespół serwisu internetowego www.dane-i-analazy.pl oraz firma doradcza PwC.
- Kuszeński K., Krysińska M., Różycka A. (2014). Planowanie potrzeb w zakresie hospitalizacji. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 12 (2), s. 129–133.
- Mathauer I., Carrin G. (2010). The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage, *Health Policy*, doi: 10.1016/j.healthpol.2010.09.013.
- Lindblom Ch. E. (1959). The Science of “Muddling Through”, w: *Public Administration Review*, Vol. 19, Nr 2/1959, s. 79–88.
- NIK (2012). Funkcjonowanie wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Warszawa: NIK: Wyniki kontroli.
- NIK (2016). Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych. Warszawa: NIK: Wyniki kontroli.
- NIK (2018). Tworzenie map potrzeb zdrowotnych. Warszawa: NIK: Wyniki kontroli
- Österle A., Rothgang H. (2010). Long-term care, in Castles, F. G., Leibfried, S., Lewis, J., Obinger, H., Pierson, C. (eds.), *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford: Oxford University Press, s. 405–147.
- Piotrowicz M., Gajewska M., Urban E., Lewtak K., Cianciara D. (2014). Priorytety badawcze i stan badań w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce, w: D. Cianciara (red.) *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*, Warszawa: NIZP-PZH, s. 195–221.
- Roberts M.J., Hsiao W., Berman P., Reich M.R. (2008). *Getting Health Reform Right. A Guide to improving performance and equity*. Oxford New York: Oxford University Press.

- Saltman R.B., Duran A. (2015). Governance, Government, and the Search for New Provider Models, *International Journal of Health Policy Management*, 4, s. 1–10. doi: 10.15171/ijhpm.2015.198
- Smith P.C., Anell A., Busse R., Crivelli L. Healy J., Lindahl A.K., Westertg G., Kenea T. (2012). Leadership and governance in seven developed health systems, *Health Policy* 106, s. 37–49.
- Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pajak A. (2002). *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*. Krakow: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Travis P., Bennett S., Haines A., Pang P., Bhutta Z., Hyder A.A., Pielemeier N.R., Mills A., Evans T. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals, w: *Lancet* 364, s. 900–06.
- Ward V., House A., Hamer S. (2009). *Knowledge Brokering: The missing link in the evidence to action chain? Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 5(3), s. 267–279. <http://doi.org/10.1332/174426409X463811>
- WHO (2004). *World Report on Knowledge for Better Health Strengthening Health Systems*. Geneva.
- WHO (2010). *A Framework for National Health Policies, Strategies and Plans*. Geneva.
- Włodarczyk C.W. (2014). *Współczesna polityka zdrowotna*. Wybrane zagadnienia. 2. Wydanie. Warszawa: LEX a Wolters Kluwer business.
- Wojtczak A. (2017). *Zdrowie publiczne*. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu. Warszawa: CeDeWu.

Rozdział 2

Christoph Sowada

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce: poziom wydatków i alokacja środków

Wprowadzenie

Wśród wielu problemów trapiących polską ochronę zdrowia kwestia niedostatecznych środków finansowych z reguły stawiana jest na pierwszym miejscu. Braki kadr (lekarzy, pielęgniarek, innych profesjonalistów medycznych), infrastruktura techniczna nie spełniająca wymogów nowoczesnej medycyny, ograniczenia w dostępie do najnowocześniejszych terapii lekowych mogą być i często są przedstawiane jako konsekwencja ograniczeń budżetowych. Stwierdzenie, że nakłady na ochronę zdrowia w Polsce są za małe jest jednak w takim samym stopniu prawdziwe, co trywialne i upraszczające rzeczywistość. Zasadniczy problem wynika z przypisania środkom (zasobom) finansowym bezwzględnej mocy sprawczej, tak jakby wszystko było tylko kwestią pieniędzy. A tak nie jest. W rzeczywistości decyduje dostępność zasobów realnych, a te zawsze są ograniczone. To z kolei oznacza, że niemożliwe jest pełne zaspokojenie wszystkich potrzeb, wszystkich ludzi, w każdym czasie i miejscu, zarówno potrzeb zdrowotnych, jak i innych potrzeb każdego z nas.

Ograniczoność zasobów realnych jest faktem empirycznym. Bez takich zasobów pieniądź staje się bezwartościowym kawałkiem papieru. Z drugiej jednak strony można zwiększyć ilość dostępnych zasobów realnych zakupując je ze stosownym wyprzedzeniem. Im więcej pieniędzy zadysponujemy dla ochrony zdrowia, tym więcej będziemy mogli zgromadzić zasobów realnych, zatrudnić profesjonalistów medycznych i dobrych menadżerów, zakupić nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych. Tym większe są też szanse, że system ochrony zdrowia zaspokoi potrzeby zdrowotne społeczeństwa w większym stopniu i zapewni mu poczucie większego bezpieczeństwa. Ale nadal nie będzie to pełne zaspokojenie potrzeb. Z pewnością nie zaspokoi on wszystkich subiektywnych aspiracji obywateli (kształtowanych przede wszystkim przez naturalną istotie ludzkiej skłonność do porównywania własnej sytuacji z sytuacją innych ludzi, np. mieszkańców bogatych

krajów Zachodniej Europy), a nawet nie zaspokoi „tylko” obiektywnie zidentyfikowanych już potrzeb zdrowotnych.

Zwiększenie szans na zbudowanie przyjaźniejszego i skuteczniejszego systemu ochrony zdrowia przy wyższych nakładach nie oznacza także, że szanse te zostaną wykorzystane. Zasoby, nawet bardzo duże, mogą zostać bowiem zmarnotrawione. Wiele, ale nie wszystko zależy od tego, jakimi środkami finansowymi się dysponuje. Równie ważne jest ich efektywne wykorzystanie. W tak kluczowym zarówno dla społeczeństwa jak i poszczególnych jego członków sektorze, jakim jest ochrona zdrowia, efektywność alokacji zasobów pieniężnych i realnych nabiera szczególnego znaczenia, ekonomicznego – celem jest optymalizacja relacji wyników do kosztów, ale przede wszystkim również etycznego – marnotrawienie zasobów w sektorze ratującym życie i zdrowie ludzkie zasługuje na szczególne potępienie.

2.1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów

Wydatki na zdrowie, określane w międzynarodowych statystykach jako wydatki bieżące (nie obejmują one wydatków inwestycyjnych, ani też wydatków na kształcenie kadr) wzrosły w okresie 2006–2016 nominalnie ponad dwukrotnie (z 57,5 mld do 121 mld zł), a realnie o prawie 69 proc. (przy uwzględnieniu wskaźników wzrostu cen w sektorze zdrowia). Ich wzrost w podziale na bezpośrednie źródła pochodzenia środków przedstawiono w tabeli 1. 70 proc. całkowitych wydatków bieżących pokrywanych jest ze środków publicznych, pozostałe 30 proc. ze środków prywatnych, z czego mniej więcej trzy czwarte finansowane jest bezpośrednio przez gospodarstwa domowe (z własnej kieszeni pacjentów), a jedna czwarta przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne i pracodawców.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2013–2016

		2013	2015	2014	2016*
Wydatki bieżące na zdrowie	mln zł (ceny bieżące)	105635	107458	114142	121069
	% PKB	6,45	6,33	6,3	6,5
Publiczne wydatki bieżące na zdrowie	mln zł (ceny bieżące)	74639	75929	79887	84554
	% PKB	4,56	4,47	4,41	4,45
	% wydatków bieżących na zdrowie	70,7	70,7	70,0	69,8
w tym: ubezpieczenia obowiązkowe**	w mln zł (ceny bieżące)	64106	65912	69334	72452
	jako % PKB	3,91	3,88	3,83	3,90
	jako % ogółu wydatków bieżących na zdrowie	60,7	61,3	60,7	59,84
budżet państwa	mln zł (ceny bieżące)	6102	5957	5936	
	% PKB	0,37	0,35	0,33	
	% wydatków bieżących na zdrowie	5,8	5,5	5,2	
budżety JST***	mln zł (ceny bieżące)	4432	4060	4617	
	% PKB	0,27	0,24	0,25	
	% wydatków bieżących na zdrowie	4,2	3,8	4,0	
Wydatki prywatne na zdrowie	mln zł (ceny bieżące)	30996	31529	34256	36515
	% PKB	1,89	1,86	1,89	1,96
	% wydatków bieżących na zdrowie	29,3	29,3	30,0	30,16

Objaśnienia:

* Wielkości szacowane.

** zgodnie z metodologią NRZ pozycja ta zawiera również wydatki innych niż ubezpieczenia zdrowotne obowiązkowych ubezpieczeń, np. prywatnych obowiązkowych ubezpieczeń OC, jeśli wydatki te związane są z ochroną zdrowia. Ich udział nie przekracza jednak 1 proc. całości wydatków ubezpieczeń obowiązkowych.

*** JST – jednostki samorządu terytorialnego

Źródło: GUS (2017a i b)

W porównaniu z większością krajów Unii Europejskiej Polska wydaje na ochronę zdrowia niewiele: ma jeden z najniższych wskaźników udziału wydatków bieżących na zdrowie w PKB, a także bardzo niskie wydatki per capita (całkowite

i wydatki realizowane w ramach tzw. schematów obowiązkowych (wydatki państwa oraz wydatki z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń), nazywanych dalej dla uproszczenia wydatkami publicznymi (patrz tabela 2.).

Tabela 2. Wydatki na zdrowie* w wybranych krajach europejskich w roku 2016

	Udział wydatków bieżących w PKB (%)	Udział wydatków finansowanych w ramach schematów rządowych/obowiązkowych (%)	Całkowite wydatki na zdrowie w USD (PPP ceny stałe OECD 2010 r.)	Całkowite wydatki schematów rządowych/obowiązkowych w USD (PPP ceny stałe OECD 2010 r.)
Czechy	7,3	6,0	2 207,0	1 819,0
Estonia	6,7	5,1	1 763,2	1 341,2
Francja	11,0	8,7	4 087,9	3 222,4
Niemcy	11,3	9,5	4 851,8	4 103,7
Grecja	8,3	4,8	1 969,8	1 148,3
Węgry	7,6	5,2	1 862,7	1 271,5
Łotwa	5,7	3,2	1 300,7	734,2
Luksemburg	6,3	5,3	6 245,7	5 183,4
Holandia	10,5	8,5	4 857,7	3 927,0
Polska	6,4	4,4	1 622,2	1 118,8
Portugalia	8,9	5,9	2 423,3	1 605,3
Słowacja	6,9	5,5	1 996,0	1 592,3
Słowenia	8,6	6,1	2 473,5	1 776,4
Wielka Brytania	9,7	7,7	3 758,8	2 976,7

Objaśnienie:

* Wydatki bieżące, które obejmują także wydatki prywatne

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD (2018)

Szczególnie niski poziom wskaźnika udziału wydatków na zdrowie w PKB w porównaniu z innymi krajami przytaczany jest często jako argument mający uzasadniać konieczność wzrostu nakładów pieniężnych na ochronę zdrowia w Polsce. Argument ten stanowił również jedną z najważniejszych przesłanek przyjęcia przez Sejm RP w dniu 24 listopada 2017 r. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewidującej stopniowy wzrost udziału wydatków publicznych (tu definiowanych jako wydatki budżetu państwa i NFZ) na zdrowie w PKB do poziomu co najmniej 6 proc. w roku 2025. Mimo, że wskaźnik udziału wydatków na zdrowie w PKB należy do najczęściej podawanych w różnych ekspertyzach i opracowaniach porównawczych, to formułowanie na jego podstawie konkretnych rekomendacji finansowych uznać należy za błąd. Po pierwsze, wyższy poziom wskaźnika wcale nie musi oznaczać pełniejszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, albo osiągnięcia korzystniejszych wskaźników zdrowotnych. Po drugie, udział wydatków na zdrowie w PKB sam w sobie nie mówi nic o wielkości dostępnych środków finansowych, bo te zależą również od wysokości samego PKB¹. W końcu wszystkie wydatki związane z zaangażowaniem realnych zasobów ludzkich i kapitałowych do świadczenia usług zdrowotnych regulowane są w jednostkach pieniężnych, w złotówkach czy w euro.

Niestety, także wydatki per capita na zdrowie w Polsce są dużo niższe niż w większości europejskich krajów. Zauważyli to twórcy wspomnianej wyżej ustawy z 24 listopada 2017 r., podkreślając, że wzrost udziału wydatków publicznych na zdrowie oznacza również wzrost sumy pieniędzy przeznaczonych na ten cel. Ówczesny Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł zapewniał np., że dzięki ustawie ochrona zdrowia otrzyma w ciągu 10 lat (2018–2027) 500 mld zł. więcej niż gdyby jej nie przyjęto². Z kolei w sprawozdaniu serwisu informacyjnego Rynku Zdrowia z 17 maja 2018 r. relacjonującego wydarzenie Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach odnaleźć można wypowiedź Wojciecha Kozłowskiego z kancelarii prawniczej Dentons, który twierdzi, że dzięki ustawie w samym tylko roku 2024 ochrona zdrowia otrzyma 85 mld zł więcej (Rynek Zdrowia, 2018). Z kalkulacji własnych autora wynika, iż spełnienie obietnicy Ministra Zdrowia wymaga-

łaby osiągnięcia przez polską gospodarkę w najbliższych 10 latach rocznej stopy wzrostu PKB na poziomie 14,3 proc., zaś prognoza W. Kozłowskiego mogłaby się spełnić, jeśli od 2018 r. do 2024 polski PKB rósłby rocznie o około 19proc. (dla porównania – skumulowana nominalna stopa wzrostu PKB w latach 2011–2017 (6 lat) wyniosła 26,5 proc. (GUS, 2018). Osiągnięcie takich (nominalnych) stóp wzrostu PKB teoretycznie nie jest wykluczone, ale możliwe jest wyłącznie przy inflacji na poziomie co najmniej 10–12 proc. rocznie. Jednak przy takiej inflacji realna wartość zadeklarowanych przez ministra zdrowia 500 dodatkowych miliardów złotych byłaby kilka razy niższa. Tymczasem, jak wyżej powiedziano, to wartość realna, a nie nominalna zasobów finansowych decyduje o tym, czy możliwe będzie poprawienie sytuacji ochrony zdrowia w Polsce. Zakładając optymistycznie możliwość utrzymania przez najbliższe 10 lat realnej rocznej stopy wzrostu PKB na poziomie 3 proc.³, wzrost udziału wydatków publicznych na zdrowie w PKB może wygenerować dodatkowe 230 mld zł w przeciągu najbliższych 10 lat. To również jest duża kwota (2,7-krotność wydatków publicznych na zdrowie w roku 2016), i trzeba zrobić wszystko, by dobrze te środki wykorzystać. Ale trzeba przy tym również zaznaczyć, że wzrost wydatków publicznych nie jest tożsamy ze wzrostem nakładów ogółem. Wzrost nakładów publicznych może bowiem doprowadzić do (częściowej) substytucji źródeł finansowania i zmniejszenia wydatków prywatnych na zdrowie. Wydaje się, że takiej substytucji ustawodawca nawet się spodziewa, podkreślając w ustępie 2 art. 131d rzeczony ustawy, iż dodatkowe środki mają zapewnić dostępność do świadczeń gwarantowanych, biorąc pod uwagę listy oczekujących na udzielenie świadczenia. W zakresach świadczeń, w których obecnie istnieją najdłuższe kolejki, pacjenci najczęściej poszukują możliwości uzyskania pomocy finansując je z własnej kieszeni. Jeśli dzięki zwiększeniu nakładów publicznych rzeczywiście nastąpi poprawa dostępności do świadczeń gwarantowanych, finansowanie prywatne nie będzie potrzebne. Niezależnie od pozytywnej normatywnej oceny takiego wyniku, z rachunkowego punktu widzenia substytucja źródeł finansowania nie oznacza wzrostu nakładów.

1 Np. Luksemburg, jeden z najbogatszych krajów UE i świata, ma niższy udział wydatków na zdrowie w PKB niż Polska (6,3 proc. PKB w roku 2016), a przecież na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w przeliczeniu na mieszkańca dysponuje kwotą czterokrotnie wyższą niż Polska.

2 Wypowiedź w Wiadomościach TVP z 24 listopada 2017.

3 Optymistycznie, gdyż w ostatnich miesiącach (mowa o wiosnie 2018 r. – przyp. red.) mnożą się sygnały wskazujące na rosnące prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnego światowego kryzysu lub przynajmniej spowolnienia gospodarczego.

2.2. Efektywna alokacja zasobów finansowych w sektorze ochrony zdrowia

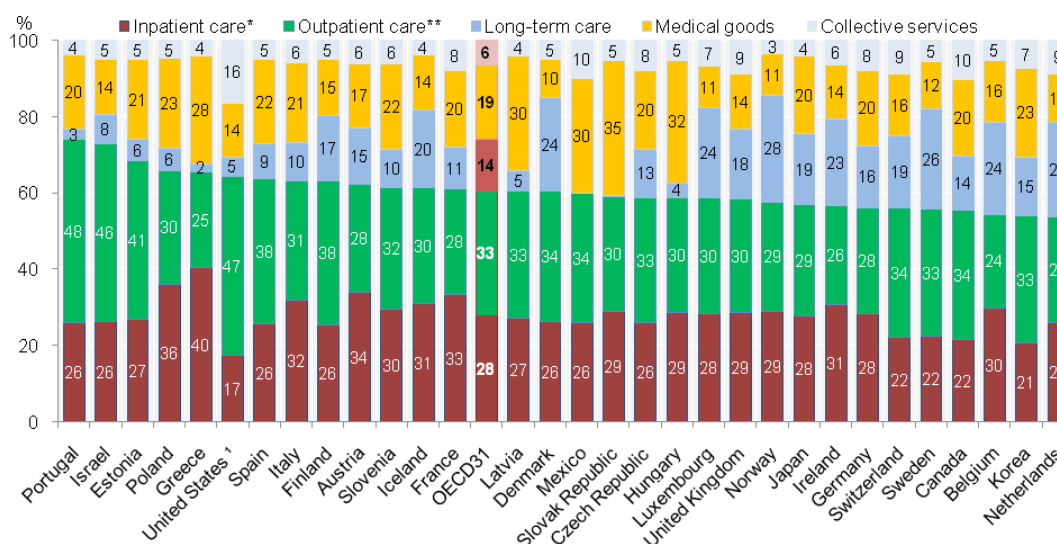
Utrzymanie sprawnego, skutecznego i efektywnego systemu ochrony zdrowia wymaga poważnego zaangażowania zasobów finansowych i realnych. Wzrost nakładów finansowych, zwiększenie wskaźnika udziału wydatków na zdrowie w PKB czy też wydatków per capita nie może być jednak traktowany jako cel polityki zdrowotnej. Pieniądze pozostaną bowiem zawsze tylko jednym z narzędzi potrzebnym do poprawy sytuacji ochrony zdrowia. Źle wydane nie tylko nie poprawią zdrowia i nie wzmocnią poczucia bezpieczeństwa, lecz wręcz ugruntują wiarę w hipotezę tzw. „dziurawego wiadra” mówiącą, że system ochrony zdrowia zdolny jest wchłonąć bezowocnie każdą ilość środków. To na tę hipotezę powołują się przeciwnicy zwiększania nakładów publicznych na ochronę zdrowia, choć doświadczenie uczy, że rozwiązania rynkowe również dalekie są od ekonomicznej efektywności modelu doskonałej konkurencji. Wyniki zdrowotne osiągnięte w Stanach Zjednoczonych, które swój system ochrony zdrowia w dużej części budują na bazie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, są tego najlepszym dowodem.

Niestety, alokacji bardzo ograniczonych, jak pokazano, zasobów pieniężnych i realnych w polskiej ochronie zdro-

wia nie sposób uznać za efektywną, tj. sprzyjającą maksymalizacji wyników zdrowotnych. Za sprawą regulacji finansowych sektor opieki zdrowotnej w Polsce uległ defragmentacji. Ustanowienie odrębnych budżetów i odrębnych procesów kontraktowania świadczeń dla poszczególnych części sektora: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitalnej opieki stacjonarnej itd. doprowadziło do fragmentacji procesów diagnostycznych i terapeutycznych ze szkodą dla samych pacjentów i dla kosztowej efektywności systemu. Pacjenci w każdej części sektora traktowani są jak nośniki środków finansowych z jednej strony i kosztów z drugiej. Jeśli tylko koszty przewyższają przychody, świadczeniodawcy motywowani są do „przerzucenia” pacjenta do innej części sektora, np. z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) lub z AOS do szpitali, także przy braku uzasadnienia medycznego dla takiego działania. Brak koordynacji opieki i świadczeń stanowi nie tylko zagrożenie zdrowotne dla pacjentów, prowadzi także do marnotrawienia i tak już skromnych zasobów.

Szczególnymi przypadkami nieefektywności alokacji zasobów są, z jednej strony, zaniedbywanie działań prewencyjnych i promocji zdrowia (generalnie niska ranga zdrowia publicznego (więcej w tekście Krzysztofa Kuszewskiego),

Diagram 1. Finansowanie ochrony zdrowia wg funkcji w wybranych krajach OECD w 2015 r.



Wyjaśnienie terminów użytych w wykresie:

inpatient – opieka/świadczenia opieki stacjonarnej

outpatient – opieka/świadczenia opieki ambulatoryjnej

long term care – opieka/ świadczenia opieki długoterminowej

medical goods – leki i wyroby medyczne

collective services – prewencja, zdrowie publiczne i koszty administracji systemu

Źródło: OECD (2017) Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database

z drugiej – „szpitalno-centryczna” alokacja środków w medycynie naprawczej. Spośród uwzględnionych na diagramie 1. państw należących do OECD jedynie Grecja kieruje więcej zasobów finansowych do najdroższej części systemu, tj. do szpitali. Polskie szpitale absorbują 36 proc. wydatków bieżących na zdrowie, podczas gdy średnia OECD wynosi 26 proc. Słowacja i Węgry przeznaczają na ten cel po 29 proc., Czechy 26 proc. Jeszcze bardziej „szpitalo-centryczność” wydawania pieniędzy w polskim systemie ochrony zdrowia widoczna jest w budżecie NFZ (zob. tabela 3.). W latach 2004–2017 udział leczenia szpitalnego w wydatkach NFZ wrósł z 43,4 proc. do ponad

50 proc. Owszem, wzrost ten odbył się głównie kosztem zmniejszenia udziału wydatków NFZ na refundacje leków. Jednak nie ulega wątpliwości, że sektor opieki ambulatoryjnej, a w szczególności podstawowej opieki zdrowotnej, lecząc pacjentów często równie skutecznie, a nawet skuteczniej, czyni to po znacznie niższych kosztach, nie odgrywa (nie tylko z przyczyn finansowych) w polskim systemie takiej roli, jaka jest mu przypisywana w znacznie bogatszych (a zatem bardziej zdolnych do ponoszenia wyższych kosztów) systemach zachodnioeuropejskich, np. w Holandii czy Francji.

Tabela 3. Wydatki NFZ wg rodzajów świadczeń zdrowotnych w latach 2004–2017 (mln zł i % całości wydatków)

		2004	2010	2014	2016	2017
Podstawowa opieka zdrowotna	mln PLN	3507.6	7248.8	7701.4	9461.5	10209.2
	%	11.5	12.8	12.2	13.4	13.39
Specjalistyczna opieka ambulatoryjna	mln PLN	2032.9	4196.9	5431.7	5800.6	5635.0
	%	6.7	7.4	8.6	8.2	7.39
Leczenie szpitalne (w tym programy terapeutyczne i lekowe)	mln PLN	13241.2	26905.7	31214.9	35036.6	38682.4
	%	43.4	47.5	49.4	49.5	50.73
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	mln PLN	1026.3	1953.8	2319.4	2468.9	2662.3
	%	3.4	3.5	3.7	3.5	3.49
Rehabilitacja lecznicza	mln PLN	814.6	1768.9	2100.4	2235.7	2384.2
	%	2.7	3.1	3.3	3.2	3.13
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach op. długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna	mln PLN	466.8	1163.5	1479.9	1753.9	2148.5
	%	1.6	2.1	2.3	2.5	2.82
Leczenie stomatologiczne	mln PLN	909.1	1689.3	1729.1	1769.2	1776.0
	%	3.0	3.0	2.7	2.5	2.33
Lecznictwo uzdrowiskowe	mln PLN	324.2	536.6	599.2	627.7	635.4
	%	1.1	1.0	1.0	0.9	0.83
Pomoc doraźna, transport sanitarny i ratownictwo medyczne	mln PLN	881.7	35.8*	43.5	44.9	45.7
	%	2.9	0.1	0.1	0.1	0.06
Profilaktyczne programy zdrowotne (finansowane ze środków własnych NFZ)	mln PLN	0	130.9	159.7	162,4	172.9
	%	0.0	0.2	0.3	0.2	0.23%
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	mln PLN	771.7	1385.8	1737.7	1947.9	2134.8
	%	2.5	2.5	2.8	2.8	2.80
Sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	mln PLN	386.4	589.9	803.7	946.3	1021.4
	%	1.3	1.0	1.3	1.3	1.34
Refundacja leków	mln PLN	6118.4	8546.3	7550.3	8087.6	8267.1
	%	20.1	15.1	11.9	11.4	10.84
Koszt świadczeń udzielonych za granicą	mln PLN	6.2	228.1	348.7	493.5	476.4
	%	0.0	0.4	0.6	0.7	0.62
Ogółem	mln PLN	30487.4	56643.9	63219.6	70836.7	76251.3
	%	100	100	100	100	100

* od roku 2007 przedszpitalne ratownictwo medyczne finansowane jest z dotacji budżetu państwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych NFZ za lata 2004, 2010, 2014–2017

Wnioski

Polska ochrona zdrowia jest niedofinansowana, choć wnioskowi tego nie da się uzasadnić wskazując wyłącznie na wydatki w innych krajach UE i OECD. Podstawowym punktem odniesienia dla argumentacji na rzecz wzrostu nakładów powinny być niezaspokojone potrzeby zdrowotne oraz cele polityki zdrowotnej wyrażone we wskaźnikach zdrowotnych.

Potrzebna jest mobilizacja różnych źródeł finansowania ochrony zdrowia, zarówno publicznych: wzrost składki ubezpieczeniowej w NFZ, rozszerzenie podstawy jej naliczania, objęcie składką procentową rolników, wzrost dotacji z budżetu państwa, wzrost akcyz na niezdrową konsumpcję i przesunięcie przychodów z tych podatków bezpośrednio i w pełni do ochrony zdrowia, jak i prywatnych: rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzenie motywacyjnie działającego współpłacenia pacjentów (o czym w tekście Marzeny Tambor).

Wzrost nakładów finansowych sam w sobie nie zagwarantuje poprawy wskaźników zdrowotnych, wzrostu poczucia bezpieczeństwa i poprawy oceny funkcjonowania systemu przez pacjentów. Konieczne jest równoległe podjęcie zdecydowanych kroków na rzecz efektywniejszej alokacji zasobów. W szczególności potrzebne jest stworzenie systemu skoordynowanej opieki zdrowotnej, wykraczającej także poza sektor medyczny, zarówno w kierunku przedchorobowym (promocja zdrowia i prewencja chorób), jak i pochorobowym (rehabilitacja, opieka pielęgnacyjna i paliatywna).

Holistyczne spojrzenie na człowieka jako potencjalnego pacjenta, pacjenta i osobę opuszczającą sektor medyczny po leczeniu wymaga zmiany paradygmatu organizacji ochrony zdrowia, przezwyciężenia jej fragmentyzacji i ponownej integracji (także finansowej) poszczególnych jej elementów.

Źródła danych

GUS (2017a). Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w roku 2015, Warszawa.

GUS (2017b). Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w roku 2016, Warszawa.

GUS (2018). Bank danych makroekonomicznych, <https://bdm.stat.gov.pl/>, (dostęp 16.05.2018 r.).

NFZ (2006). Raport NFZ za 2004 r., Warszawa.

NFZ (2011). Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 rok, Warszawa.

NFZ (2015). Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2014 rok, Warszawa.

NFZ (2016). Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 rok, Warszawa.

NFZ (2017). Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 rok, Warszawa.

NFZ (2018). Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 rok, Warszawa.

OECD (2017) Health Statistics 2017, WHO Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>, (dostęp 16.05.2018 r.).

OECD (2018). OECD Health Data, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#> (dostęp 16.05.2018 r.).

Rynek Zdrowia (2018). 6 procent, czyli jak będziemy wydawać dodatkowe pieniądze na zdrowie?

<http://www.rynekzdrowia.pl/polityka-zdrowotna/6-procent-czyli-jak-bedziemy-wydawac-dodatkowe-pieniadze-na-zdrowie,184071,14.html>, (dostęp 16.05.2018 r.).

Rozdział 3

Marzena Tambor

O współpłaceniu - przykłady, możliwości i ograniczenie

Wprowadzenie

Rosnące potrzeby zdrowotne, a jednocześnie ograniczone możliwości ich zaspokojenia, stanowią istotne wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej i skłaniają do poszukiwania sposobów na ograniczenie kosztów opieki zdrowotnej, ale także alternatywnych do publicznych sposobów jej finansowania. Dopłaty pacjentów do publicznie finansowanej opieki zdrowotnej (tzw. współpłacenie) są powszechnie wykorzystywanym narzędziem w celu zwiększenia stabilności finansowej systemów opieki zdrowotnej (Ros, Groenewegen i Delnoij, 2000; Tambor et al., 2011). Zwiększając odpowiedzialność pacjenta za finansowanie świadczeń, dopłaty mogą ograniczyć niekorzystne zachowania konsumentów takie jak pokusa nadużycia (*moral hazard*), która występuje, gdy świadczenia są dostarczane bezpłatnie (S Golinowska, 2015; Mwabu, 1997; Zweifel i Manning, 2000). Tym samym współpłacenie daje możliwość poprawy efektywności wykorzystywania zasobów ochrony zdrowia. Dodatkowo, dopłaty są źródłem przychodów dla systemu zdrowotnego czy poszczególnych świadczeniodawców, co czyni je atrakcyjnym narzędziem w krajach o niedofinansowanej opiece zdrowotnej.

3.1. Współpłacenie w Europie

W większości krajów Europy Zachodniej współpłacenie za świadczenia w opiece ambulatoryjnej bądź w opiece szpitalnej zostało wprowadzone w odpowiedzi na rosnące wydatki publiczne na zdrowie (Abel-Smith i Mossialos,

1994; Tambor et al., 2013; Tambor et al., 2011). Jedynie kilka krajów (Wielka Brytania, Dania, Hiszpania) nie zdecydowało się na ten krok, co w dużej mierze było podyktowane silnie zakorzenioną w systemach tych krajów zasadą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, która mogłaby być naruszona poprzez wprowadzenie współpłacenia. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej pacjenci powszechnie dopłacają do leków, rzadziej jednak współpłacą za świadczenia opieki zdrowotnej w publicznym systemie, choć powszechne są tam opłaty nieformalne bądź quasi-formalne (opłaty wprowadzane przez świadczeniodawców wbrew obowiązującemu prawu) (Stepurko et al., 2010). W konsekwencji, mimo braku formalnego współpłacenia za świadczenia, udział wydatków gospodarstw domowych w finansowaniu opieki zdrowotnej w tych krajach jest znacznie wyższy niż w krajach Europy Zachodniej (WHO, 2018).

Patrząc na doświadczenia krajów europejskich można zaobserwować dużą dynamikę w polityce dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej (Tambor et al., 2011). Na przestrzeni ostatnich dekad wiele krajów wprowadzało współpłacenie, potem jednak rezygnowało z tego narzędzia. O ile jednak w krajach Europy Zachodniej rezygnacja z dopłat jest często poparta oceną polityki i wynika z ograniczonej skuteczności współpłacenia w realizacji zamierzonych celów, to w krajach Europy Środkowo-Wschodniej polityka dopłat rzadko bazuje na dowodach i wycofanie dopłat ma często podłoże polityczne. Ramka 1. prezentuje przykłady krajów, gdzie następowały istotne zmiany w polityce współpłacenia w ostatnich dekadach.

Ramka 1. Zmiany w polityce współpłacenia w wybranych krajach europejskich

Holandia – współpłacenie za świadczenia specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki szpitalnej było wprowadzane w 1997 r., a zostało wycofane w 1999 r., gdyż system okazał się mało transparentny i nie spełniał swoich celów, tj. zwiększenia świadomości pacjentów o kosztach opieki zdrowotnej i ograniczenia zbędnego korzystania. W 2006 r. dopłaty zostały ponownie wprowadzone w innej formie (franszyzy).

Niemcy – dopłaty do świadczeń szpitalnych zostały wprowadzone w latach 1990. W 2004 r. wprowadzono obowiązkowe współpłacenie za świadczenia ambulatoryjne (10 euro za pierwszą wizytę w kwartale), z którego jednak zrezygnowano w 2013 r. wobec korzystnej sytuacji finansowej publicznego ubezpieczenia. Świadczeniodawcy wyrazili sprzeciw wobec dopłat uznając je za obciążenie finansowe dla pacjentów o niższych dochodach i niepotrzebną biurokrację dla lekarzy.

Węgry – dopłaty do świadczeń wprowadzono w 2007 r. w sytuacji powszechnie występujących opłat nieformalnych. Współpłacenie wzbudziło wiele dyskusji i zostało wycofane w 2008 r. w reakcji na wyniki referendum, w którym obywatele wyrazili sprzeciw wobec formalnych dopłat.

Słowacja – współpłacenie do świadczeń wprowadzono w 2003 r. w obliczu wysokiego deficytu publicznego systemu. Prawo wprowadzające opłaty było kwestionowane jak sprzeczne z konstytucją, zostało jednak utrzymane (dopłaty uznano za opłatę administracyjną) do zmiany rządu w 2006 r. Świadczeniodawcy nadal jednak pobierali opłaty od pacjentów. W 2015 r. wprowadzono regulację zakazując takich praktyk.

Czechy – dopłaty do świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych wprowadzono w 2008 r. Dopłaty politycznie dzieliły i były kontrowersyjne oraz niepopularne wśród społeczeństwa. Część samorządów (w rękach opozycji) zwracała pacjentom zapłacone opłaty. Decyzją Trybunału Konstytucyjnego z 2013 r. opłaty w opiece szpitalnej (4 euro dziennie) zostały zniesione począwszy od 2015 r. W tym samym roku nowa koalicja rządząca wycofała także obowiązkowe dopłaty do świadczeń ambulatoryjnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Alexa et al., 2015; Stafford, 2012; Tambor et al., 2013.*

Systemy dopłat pacjentów do świadczeń w krajach Europy są znacznie zróżnicowane¹. Ta różnorodność dotyczy metody współpłacenia i jej poziomu, a także zakresu świadczeń i zakresu populacji objętej dopłatami. Najpowszechniej stosowaną i najprostszą metodą są ryczałtowe dopłaty do świadczeń (*co-payment*), tj. stała opłata za konsultację lekarza bądź dzień pobytu w szpitalu. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej są to relatywnie niskie opłaty (do 5 euro). Wyższe kwoty obowiązują w bardziej zamożnych krajach, np. w Szwecji do 35 euro za konsultację lekarza specjalisty i 9 euro za dzień pobytu w szpitalu.

W kilku krajach Europy (Francja, Belgia, Austria, Luksemburg, Słowenia) pacjenci są zobowiązani do płacenia określonego procentu kosztów świadczenia (*co-insurance*), np. we Francji, pacjenci pokrywają 30% kosztów wizyty ambulatoryjnej i 20% kosztów hospitalizacji. Nietrudno sobie wyobrazić, że kwota, którą będzie musiał zapłacić pacjent może być znacząca. Dlatego też w większości

krajów, gdzie taka forma dopłat jest stosowana, rozwinął się rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, które są powszechnie kupowane przez konsumentów, ale dostęp do nich jest utrudniony dla osób ubogich czy przewlekle chorych, co wymaga wsparcia ze strony państwa. Trzeba także zauważyć, iż umożliwienie prywatnym ubezpieczeniom pokrycia kosztów dopłat znacznie niweluje wpływ współpłacenia na ograniczenie zbędnego popytu. Niemniej jednak efekt fiskalny, tj. odciążenie publicznego płatnika może nadal być osiągnięty.

Kolejną formą dopłat, która występuje w Holandii i Szwajcarii jest tzw. franszyza (*deductibles*). W ramach tego mechanizmu, pacjent pokrywa pełne koszty świadczeń, aż do zapłacenia danej kwoty w roku, np. w Holandii jest to kwota 385 euro na rok². Zgłaszając się pierwszy raz w roku u lekarza pacjent otrzyma rachunek za pełny koszt wizyty, jednak przy kolejnych wizytach może osiągnąć kwotę franszyzy, i dalsze świadczenia, z których korzysta

1 Przegląd systemów dopłat do świadczeń opieki zdrowotnej w 27 krajach Unii Europejskiej jest zaprezentowany w publikacji *Tambor et al., 2011.*

2 W Holandii ubezpieczeni mogą dobrowolnie zwiększyć kwotę franszyzy do max. 500 euro w zamian za płacenie niższej składki na ubezpieczenie zdrowotne.

w danym roku pacjent będą już dla niego bezpłatne. Taka forma zwiększa świadomość kosztów świadczeń i może znacznie wpływać na popyt na początku, tj. gdy pacjent decyduje o korzystaniu z opieki po raz pierwszy w danym roku.

Wszystkie powyższe metody są bezpośrednimi dopłatami pacjentów. Istnieje jeszcze forma pośrednia tzw. indemnizacja (*indemnity, extra billing*), gdzie pacjent dobrowolnie dopłaca wybierając świadczenie o wyższej cenie. Wysokość tej dopłaty to różnica pomiędzy ceną świadczenia, a kwotą refundacji przez ubezpieczyciela publicznego. Ta forma dopłat daje konsumentom możliwość wyboru skorzystania z lepszej jakości świadczeń. Trzeba jednak pamiętać, że wymaga ona jasnego zdefiniowania zakresu i standardu świadczeń w ramach publicznego systemu. Dodatkowo polepszenie jakości opieki dla płacących pacjentów nie powinno się odbywać kosztem pacjentów korzystających z bezpłatnego podstawowego zakresu opieki. Doświadczenia Francji, gdzie część świadczeniodawców w opiece ambulatoryjnej może pobierać wyższe opłaty za swoje usługi ponad kwotę refundacji, wskazują także na ryzyko znacznego wzrostu cen świadczeń nie zawsze uzasadnionych jego kosztami (Chevreul et al., 2015).

Mimo wprowadzenia dopłat pewne świadczenia ze względu na ich znaczenie dla zdrowia populacji mogą zostać nimi nieobjęte i być udzielane bezpłatnie. W krajach europejskich są to często świadczenia z zakresu prewencji, opieki położniczej, a także ratownictwa medycznego (Tambor et al., 2011). Niekiedy podstawowa opieka zdrowotna bywa wyłączona z systemu współpłacenia (Holandia, Estonia) w celu zagwarantowania jej szerokiej dostępności dla wszystkich pacjentów. Ponadto, zwalnia się z dopłacania bądź ustala się niższe dopłaty dla wybranych grup społecznych. Najczęściej chronionymi grupami są dzieci, osoby starsze, osoby z niskimi dochodami, osoby z określonymi problemami zdrowotnymi (chore chronicznie, niepełnosprawne). Zdarzają się jednak zwolnienia nieuzasadnione wyższymi potrzebami bądź mniejszą zdolnością do płacenia, np. profesjonaliści medyczni w Bułgarii. Zakres populacji niezobowiązanej do współpłacenia może być znaczny, np. 60% w Portugalii (Simoes et al., 2017). Często także stosowane są górne limity współpłacenia (np. całkowitej kwoty dopłat w roku czy liczby dni hospitalizacji, za które się płaci), szczególnie w tych krajach, gdzie wysokość pojedynczej opłaty jest znacząca i opłaty te mogłyby stanowić duże obciążenie finansowe dla osób, które są zmuszone do częstego korzystania ze świadczeń.

Zróżnicowanie w systemach dopłat krajów, ale także cechy danego systemu zdrowotnego czy sytuacja społeczno-ekonomiczna, wpływają na efektywność polityki współpłacenia, choć dowody naukowe w tym obszarze są ograniczone. Doświadczenia krajów wskazują na skuteczność dopłat w zmniejszeniu korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, często jest to jednak obciążone negatywnymi konsekwencjami w postaci ograniczenia popytu wśród grup wrażliwych. Negatywne efekty zaobserwowano np. w Niemczech (Rückert et al., 2008) czy Francji (Lostao et al., 2007) 2007. Powodem tego mogą być luki w zastosowanych mechanizmach ochronnych, ale także ich nieprzejrzystość, co skutkuje brakiem egzekwowania praw przez pacjentów.

Opłaty zdają się nie stanowić istotnego źródła przychodów dla systemów zdrowotnych, np. w Niemczech 10 euro za pierwszą wizytę u lekarza w każdym kwartale kalendarzowym, które istniało do 2013 r., generowało dochód netto w wysokości około 2 mld euro rocznie, co stanowiło równowartość ok. 1 proc. wydatków na zdrowie z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego (Stafford, 2012). Na poziomie mikro, czyli dla pojedynczego świadczeniodawcy dopłaty mogą być bardziej istotnym źródłem przychodów. Stąd też w mniej zamożnych krajach świadczeniodawcy są często zwolennikami dopłat postrzegając je jako źródło zwiększające ich dochody (Tambor et al., 2015). Możliwości fiskalne systemu dopłat są jednak często ograniczone ze względu na relatywnie niski poziom dopłat, które są tak ustalone, aby nie stanowić bariery w dostępie dla większości konsumentów, a także występujące zwolnienia lub zniżki dla wybranych grup społecznych. Trzeba także pamiętać, że przychody netto są pomniejszane przez koszty administrowania systemem, które są tym wyższe im bardziej skomplikowany jest system dopłat.

3.2. Przesłanki i bariery dla wprowadzenia dopłat do świadczeń w Polsce

Wprowadzenie obowiązkowej odpłatności za świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce jest często podnoszone w dyskusjach na temat konieczności racjonalizowania systemu opieki zdrowotnej, ale też jego niedofinansowania i potrzeby poszukiwania dodatkowych źródeł przychodów. Patrząc na wskaźniki wydatków na zdrowie, można zaobserwować, że środki przeznaczane na zdrowie w Polsce są niższe niż w większości krajów europejskich (WHO,

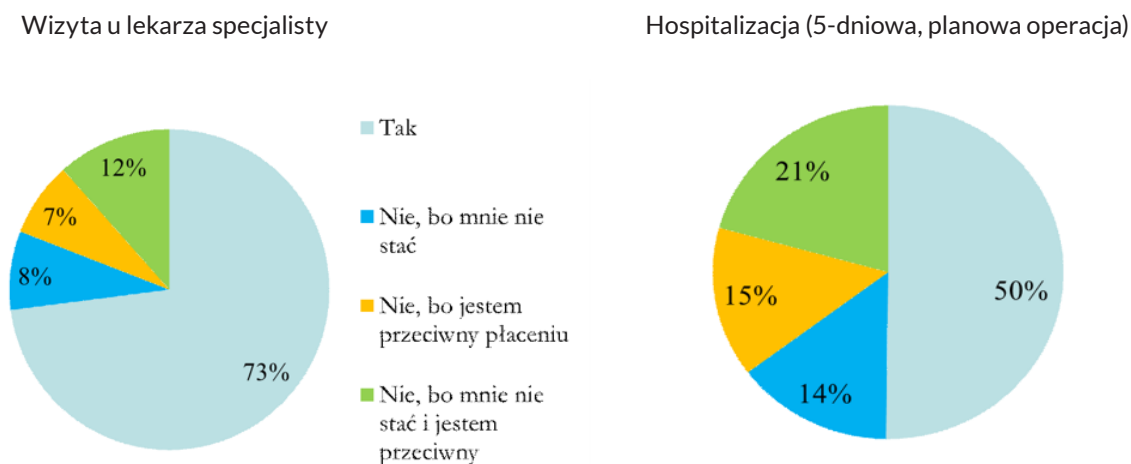
2018). Ta prawidłowość występuje bez względu na to czy mówimy o wydatkach całkowitych czy tylko publicznych; wydatkach na osobę czy wydatkach w relacji do produktu krajowego brutto (PKB). Panuje też powszechne przekonanie o nadużywaniu świadczeń zdrowotnych przez pacjentów w Polsce, choć tutaj trudno o dowody dokumentujące skalę tego zjawiska.

Istnieją natomiast dowody wskazujące na skłonność pacjentów do płacenia za dobrą jakość i dostępność do świadczeń zdrowotnych. Dostarczają ich badania prowadzone w ramach międzynarodowego projektu ASSPRO CEE 2007³. W badaniach na reprezentatywnej grupie mieszkańców Polski skłonność do płacenia za ambulatoryjne

świadczenia specjalistyczne o dobrej jakości i dostępności wyraziło 73% respondentów, natomiast 50% respondentów było gotowych płacić za hospitalizację (patrz Wykres 1). Skłonność do płacenia za świadczenia dotyczy jednak częściej osób młodszych, o wyższym dochodzie i lepszym stanie zdrowia (Golinowska i Tambor, 2012; Tambor et al., 2014).

Gotowość konsumentów w Polsce do płacenia za lepszą dostępność przejawia się także w korzystaniu z prywatnych świadczeń opieki zdrowotnej. Wg. GUS 38% korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (bez świadczeń stomatologicznych) korzysta z tych usług w sektorze prywatnym (dane dla 2016 r.; GUS, 2018).

Wykres 1. Skłonność konsumentów w Polsce do płacenia za świadczenia opieki zdrowotnej o wysokiej jakości i dostępności* (% respondentów), 2010.



* Wysoka jakość i dostępność były definiowane jako: nowoczesne wyposażenie medyczne, odnowione pomieszczenia placówek opieki zdrowotnej, uprzejmy personel z dobrą reputacją i wysokimi umiejętnościami, maksymalnie 30 min. dojazdu do placówki opieki zdrowotnej, maksymalnie 10 min. oczekiwania przed gabinetem lekarza, maksymalnie 1 miesiąc oczekiwania na planową operację.

Źródło: Wyniki projektu ASSPRO CEE 2007 www.assprocee2007.com

³ Projekt ASSPRO CEE 2007 (Assessment of patient payment policies and projection of their efficiency, equity and quality effects: The case of Central and Eastern Europe) był międzynarodowym projektem badawczym 7. Programu Ramowego, realizowanym w latach 2008–2013 w sześciu krajach Europy Środkowo-Wschodniej pod przewodnictwem Uniwersytetu Maastricht w Holandii. Celem projektu było dostarczenie dowodów naukowych dla kształtowania polityk w zakresie partycypacji pacjenta w kosztach leczenia w krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Strona internetowa projektu: www.assprocee2007.com

Powyższe argumenty wskazywałyby na pewną potrzebę, a także przestrzeń dla wprowadzenia dopłat. Niemniej jednak istnieją także istotne bariery, które należy wziąć pod uwagę tworząc politykę współpłacenia pacjentów. Pierwszą z nich są występujące obciążenia finansowe pacjentów wydatkami na zdrowie. Udział wydatków gospodarstw domowych w całkowitych wydatkach na zdrowie w Polsce już wynosi 23 proc., przy rekomendowanym przez WHO poziomie 15 proc. (WHO, 2018). Gospodarstwa domowe płacą przede wszystkim za leki – recepturowe, gdzie istnieje współpłacenie, ale też za leki bez recepty tzw. OTC, których spożycie w Polsce jest jednym z najwyższych w UE (Eurostat, 2018). Istotną pozycją są także wydatki na świadczenia stomatologiczne, które w większości nie są finansowane ze środków publicznych. Obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na zdrowie jest znaczące, ok. 9 proc. gospodarstw domowych dotyczą wydatki ‘katastroficzne’, tj. wydatki na tyle wysokie, że ograniczają zaspokojenie innych potrzeb (Tambor i Pavlova, 2018). Dodatkowo część osób rezygnuje z korzystania z opieki z powodu niemożności zapłacenia za nią. Według badań GUS-u, w 2016 r. ok. 6 proc. osób, którym przepisano leki nie wykupiło ich na skutek barier finansowych (GUS, 2018).

Kolejną istotną barierą, która jak wskazują doświadczenia innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej, może skutecznie zapobiec realizacji polityki współpłacenia, jest sprzeciw społeczny wobec wprowadzenia dopłat. Mimo dość znaczącej skłonności do płacenia za świadczenia o dobrej jakości i dostępności, konsumenci w Polsce nie godzą się na obowiązkowe dopłaty do świadczeń w publicznym systemie. Badania jakościowe realizowane w ramach projektu ASSPRO CEE 2007 wskazują, że sprzeciw ten wynika z niskiej jakości i dostępności świadczeń w publicznym systemie i jednocześnie braku zaufania, że dopłaty mogłyby poprawić tę sytuację (Golinowska et al., 2010). U podłoża leży przekonanie konsumentów o niegospodarności i złym wykorzystywaniu środków publicznych pochodzących ze składek ubezpieczeniowych. Zatem pacjenci postrzegają współpłacenie jako podwójne płacenie za to samo (raz w postaci składek na ubezpieczenia, a raz w postaci dopłat). Warunkiem akceptacji dopłat przez konsumentów jest lepsza opieka zdrowotna. Jednak bardziej akceptowalny byłby system dopłat, który przyczyniłby się do ogólnej poprawy jakości opieki dla wszystkich pacjentów, niż system, który umożliwiłby dobrowolne dopłaty w zamian za lepszą jakość czy dostępność świadczeń (szczególnie jeśli mowa o jakości usług stricte medycznych, a nie np. lepszym standardzie sali chorych w szpitalu).

W dyskusjach na temat wprowadzenia współpłacenia podnoszona jest też kwestia zapisów Konstytucji RP jako czynnika, który uniemożliwia realizację polityki obowiązkowych dopłat w Polsce. W Art. 68 Konstytucji można przeczytać bowiem, iż „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”. Artykuł nie mówi wprost o bezpłatnej opiece zdrowotnej, ale o równym dostępie. Zatem można założyć, że jeśli system dopłat byłby obudowany różnymi mechanizmami chroniącymi dostęp do opieki zdrowotnej dla grup wrażliwych (niezdolnych do zapłacenia za świadczenie), konstytucyjność takiego systemu mogłaby być zachowana. Doświadczenia innych krajów Europy, gdzie konstytucyjność regulacji wprowadzających współpłacenie była kwestionowana, wskazują także na odmienność definiowania opłat. Mogą one być określane jako partycypacja pacjenta w kosztach leczenia i wtedy ich konstytucyjność może być podważona (przykład Czech, zob. Alexa et al., 2015), ale także jako opłata administracyjna (przykład Słowacji, zob. Szalay et al., 2011), czy opłata za wyżywienie i zakwaterowanie w szpitalu, co w mniejszym stopniu może być uznawane za godzące w zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Podsumowanie

Dopłaty pacjentów do publicznie finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej są jednym z dostępnych narzędzi służących poprawie stabilności systemu ochrony zdrowia. Jest to jednak narzędzie o ograniczonych możliwościach i ryzykowne ze względu na potencjalne negatywne efekty dla dostępności pacjentów do koniecznych świadczeń.

Potencjał dopłat do generowania dodatkowych środków dla systemu jest niewielki, na co wskazują doświadczenia krajów europejskich. Zatem, współpłacenie nie zniweluje problemu niedofinansowania polskiego systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza jeśli mówimy o ryczałtowych, relatywnie niskich dopłatach, które obecnie wydają się dla Polski administracyjnie możliwym rozwiązaniem. Patrząc także na wskaźniki wydatków na zdrowie w Polsce i ich strukturę (relatywnie wysoki udział wydatków gospodarstw domowych) należy raczej dążyć do wzrostu środków publicznych przeznaczonych na zdrowie. Dopłaty mogłyby być natomiast narzędziem dla zwiększania odpowiedzialności pacjentów i ich świadomości co do kosztów opieki oraz

bardziej racjonalnego korzystania ze świadczeń. Stworzenie takiego systemu wymaga jednak mechanizmów ochronnych, by zabezpieczyć dostęp dla grup wrażliwych. Takie mechanizmy powinny zostać ukierunkowane przede wszystkim na osoby o niższej zdolności finansowej (ubogie) i osoby o wyższych potrzebach zdrowotnych. Należy też pamiętać, aby system był administracyjnie prosty i prowadzący do przejrzystości dla konsumentów. Przestrzeń dla wprowadzenia dopłat w Polsce jest obecnie znacznie ograniczona przez występowanie płatności głównie za leki, co wymaga także interwencji ze strony państwa.

Wprowadzenie dopłat do świadczeń w Polsce jest politycznie trudnym zadaniem ze względu na występujący

opór społeczny. Jak wskazują badania w tym obszarze, akceptacja dla współpłacenia mogłaby być większa, jeśli oczekiwania pacjentów, co do lepszej jakości i dostępności opieki zostałyby spełnione. Jest to zadanie trudne jeśli uwzględnić niski fiskalny potencjał dopłat. Doświadczenia innych krajów naszego regionu pokazały, że polityka współpłacenia nie zdołała przyczynić się do znacznej poprawy jakości usług i z tego powodu była skazana na niepowodzenie. Konieczne jest zatem wdrożenie innych mechanizmów, także działających po stronie świadczeniodawców, które przyczynią się do ogólnej poprawy opieki nad pacjentami.

Bibliografia

Abel-Smith, B., i Mossialos, E. (1994). Cost containment and health care reform: a study of the European Union. *Health Policy*, 28(2), s. 89–132. doi:10.1016/0168-8510(94)90030-2.

Alexa, J., Recka, L., Votapkova, J., van Ginneken, E., Spranger, A., i Wittenbecher, F. (2015). Czech Republic: health system review. *Health Systems in Transition*, 17(1), s. 1–165.

Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., i Hernandez-Quevedo, C. (2015). France: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(3), s. 1–218, xvii.

Eurostat. (2018). Eurostat database: European health interview survey.

Golinowska, S. (2015). *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Golinowska, S., i Tambor, M. (2012). Out-of-pocket payments on health in Poland: size, tendency and willingness to pay. *Society and Economy*, 34(2), s. 293–312.

Golinowska, S., Tambor, M., i Sowada, C. (2010). Wprowadzenie dopłat pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – opinie głównych uczestników polskiego systemu opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie-Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, 8 (1).

GUS. (2018). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.* Warszawa.

Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S., i Aiach, P. (2007). Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three western European countries. *Social Science and Medicine*, 65(2), s. 367–376.

Mwabu, G. (1997). *User charges for health care: a review of the underlying theory and assumptions*. Helsinki: UNU World Institute for Development Economics Research (UNU/WIDER).

Ros, C. C., Groenewegen, P. P., i Delnoij, D. M. J. (2000). All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. *Health Policy*, 52(1), s. 1–13. doi:10.1016/s0168-8510(00)00065-8.

Rückert, I.-M., Böcken, J., i Mielck, A. (2008). Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. *BMC Health Services Research*, 8(1), s. 232.

Simoës, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., i Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2), s. 1–184.

- Stafford, N. (2012). Germany repeals € 10 quarterly charge for visiting the doctor. *BMJ: British Medical Journal*, 345, e7670. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e7670>
- Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., i Groot, W. (2010). Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Services Research*, 10(1), 273. doi:10.1186/1472-6963-10-273.
- Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., K., M., Petrovič, M., i van Ginneken, E. (2011). Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(2), s. 1–200.
- Tambor, M., i Pavlova, M. (2018). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S., Sowada, C., i Groot, W. (2013). The formal-informal patient payment mix in European countries. Governance, economics, culture or all of these? *Health Policy*, 113(3), s. 284-295. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.011.
- Tambor, M., Pavlova, M., Golinowska, S., Sowada, C., i Groot, W. (2015). Towards a stakeholders' consensus on patient payment policy: the views of health-care consumers, providers, insurers and policy makers in six Central and Eastern European countries. *Health Expectations*, 18(4), s. 475–488. doi:10.1111/hex.12035.
- Tambor, M., Pavlova, M., Rechel, B., Golinowska, S., Sowada, C., i Groot, W. (2014). Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries based on a contingent valuation method. *Social Science and Medicine*, 116, s. 193–201.
- Tambor, M., Pavlova, M., Woch, P., i Groot, W. (2011). Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *European Journal of Public Health*, 21(5), s. 585-590. doi:10.1093/eurpub/ckq139.
- WHO. (2018). European health for all database.
- Zweifel, P., i Manning, W. G. (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (s. 409–459). Amsterdam: Elsevier.

Rozdział 4

Alicja Domagała

Zasoby pracy dla ochrony zdrowia – deficyty kadrowe i metody ich przewycięzania

Wprowadzenie

Problematyka zasobów pracy dla sektora zdrowotnego jest od kilkunastu lat jednym z kluczowych obszarów działań i strategii najważniejszych organizacji międzynarodowych zajmujących się tematyką zdrowia. W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia z 2006 r. pt. „*Human resources for health in the WHO European Region*”, stwierdzono, że większość krajów stoi w obliczu kryzysu kadr medycznych, którego głównymi wyzwaniami są problemy związane z kształceniem i szkoleniami zawodowymi, zapewnienie satysfakcjonującego poziomu wynagrodzenia oraz utrzymanie pracowników na stanowiskach pracy (WHO, 2006a).

Istotną inicjatywą na poziomie Unii Europejskiej, odpowiadającą na zdiagnozowany kryzys zasobów pracy, było opracowanie dokumentu pt. *European Commission Green Paper on the European Workforce for Health* (Unia Europejska, 2008). W dokumencie tym zdefiniowano kluczowe wyzwania przed jakimi stoją europejskie systemy zdrowotne w kontekście zasobów kadrowych i zaproponowano działania na poziomie unijnym, które pomogłyby skutecznie rozwiązywać najważniejsze problemy, nie wywierając jednocześnie negatywnego wpływu na systemy zdrowotne poza Unią Europejską. Przyznanie problematyce kadr medycznych znaczenia priorytetowego skutkowało także podjęciem, na poziomie międzynarodowym, wielu innych inicjatyw np.: gromadzenia w skali globalnej atlasu wiedzy o pracownikach ochrony zdrowia (WHO Global Atlas of the Health Workforce, 2009), opracowanie kodeksu regulującego zasady postępowania w zakresie pozyskiwania pracowników z zagranicy (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010), czy utworzenie platformy współpracy do wspólnego przewycięzania kryzysu kadr medycznych – The Global Health Workforce Alliance (WHO, GHWA 2006b).

O aktualnych problemach kadr medycznych, zwłaszcza nasilających się niedoborach kadrowych zdecydowało wiele czynników, z których najistotniejsze to: niewłaściwe zarządzanie zasobami ludzkimi i brak racjonalnej polityki kadrowej, niedostosowanie struktury zatrudnienia do profilu i zakresu realizowanych usług, brak lub nieodpowiednie planowanie w systemie edukacji, a w wielu krajach także niedofinansowanie systemu opieki zdrowotnej. Najważniejsze obecnie wyzwania dla większości krajów to: wykształcenie wystarczającej liczby personelu medycznego przygotowanego do rosnących potrzeb zdrowotnych populacji, zapewnienie satysfakcjonującego poziomu wynagrodzenia oraz pozyskanie, zmotywowanie i utrzymanie pracowników na stanowiskach pracy (Włodarczyk i Domagała, 2011). Ponadto problem deficytów kadrowych jest spotęgowany postępującym procesem starzenia się populacji oraz zwiększeniem zachorowań na choroby przewlekłe, co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia medyczne, a tym samym wzrostu zapotrzebowania na wykwalifikowanych pracowników medycznych poszczególnych grup zawodowych.

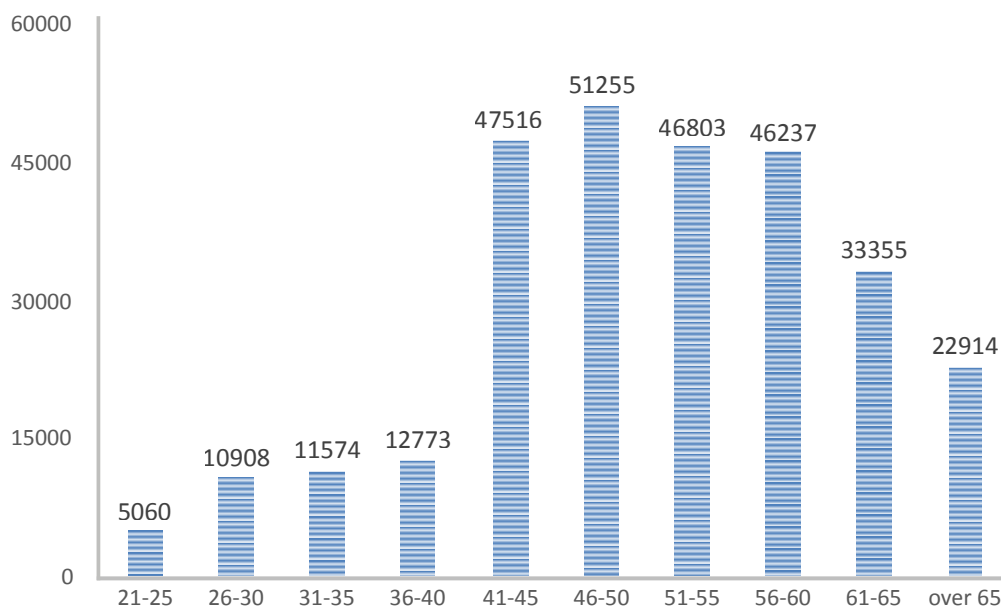
Według aktualnych prognoz WHO deficyty zasobów pracy systemu zdrowotnego w ujęciu globalnym w 2030 r. będą wynosić ok. 18 mln pracowników medycznych (WHO, 2016). Z kolei szacunki opracowane przez ekspertów Unii Europejskiej opublikowane w dokumencie pt. *EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends* wskazują, że braki kadr medycznych w systemach zdrowotnych na poziomie UE już w 2020 r. będą wynosić ok. 1 mln pracowników, w tym niedobory lekarzy prognozowane są na poziomie 230.000, deficyt pielęgniarzek: 590.000 oraz niedobory dentystów, farmaceutów, fizjoterapeutów – 150.000 (European Union, 2012).

4.1. Niedobory polskich kadr medycznych – stan aktualny i skala deficytu

Dla Polski trudno jest realnie oszacować skalę deficytu kadr medycznych. Brak jest formalnych struktur ds. planowania i prognozowania kadr systemu zdrowotnego, co skutkuje brakiem systemowych analiz i strategii w tym obszarze. Dostępne prognozy mają charakter fragmentaryczny i nie uwzględniają trendów epidemiologicznych i demograficznych populacji (Domagała i Klich, 2018). Należy jednak podkreślić istotne znaczenie inicjatyw w tym zakresie, podejmowanych przez stowarzyszenia zawodów medycznych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych opracowała prognozy liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych do roku 2035, które potwierdzają, iż problem niedoboru kadry pielęgniarskiej w Polsce jest alarmujący (NIPiP, 2013). Według tych prognoz wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców, który obecnie jest jednym z najniższych w Unii Europejskiej i wynosi zaledwie 5,2 (przy średniej dla kra-

jów OECD wynoszącej 9,0) może osiągnąć w 2035 r. wartość 3,65. Spadek wskaźnika zatrudnienia do tak niskiego poziomu przy równoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze stanowi istotne zagrożenie dla ciągłości opieki nad pacjentem i poważne wyzwanie dla decydentów i organizatorów opieki zdrowotnej. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych najliczniejsza grupa aktywnych zawodowo pielęgniarek to osoby w wieku 46–55 lat (33,5%) a najmniej liczna grupa to osoby w wieku poniżej 35 lat (16%) (NIPiP, 2017). Średni wiek pracującej pielęgniarki w Polsce wynosi aktualnie aż 51 lat i jak pokazują dane na diagram 1. wskaźnik ten będzie systematycznie wzrastać. Taki rozkład wiekowy w grupie pielęgniarek prowadzi do problemu tzw. „luki pokoleniowej,” czyli braku zastępowalności starszych grup wiekowych przez młode osoby wchodzące do systemu. Według szacunków NIPiP uwzględniających aktualną strukturę wiekową, prognozowany deficyt w 2030 r. będzie wynosił ok. 169.000 pielęgniarek i położnych (NIPiP, 2017).

Diagram 1. Struktura wiekowa polskich pielęgniarek



Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych, www.nipip.pl

Podobnie niekorzystny jest stan zasobów kadry lekarskiej, zarówno w ujęciu ilościowym (najniższy wśród krajów OECD regionu europejskiego wskaźnik zatrudnienia lekarzy), jak i demograficznym (starzejąca się struktura wiekowa tej grupy zawodowej), co w perspektywie najbliższych lat może spowodować dalsze nasilenie problemu dostępności do świadczeń zdrowotnych. Dane publikowane w raporcie OECD pt. *Health at a Glance 2017*, wskazują,

że Polska charakteryzuje się najniższą wartością wskaźnika zatrudnienia lekarzy na 1000 mieszkańców spośród krajów należących do Unii Europejskiej (OECD, 2017). Średnia dla wszystkich krajów OECD w 2015 roku wyniosła 3,4 lekarzy/1000 mieszkańców, a dla Polski zaledwie 2,3/1000. Wśród krajów europejskich najwyższy wskaźnik liczby czynnych zawodowo lekarzy na 1000 mieszkańców występuje w Grecji (6,3), Austrii (5,1) oraz Portugalii

(4,6). Analiza tego wskaźnika na przestrzeni lat pokazuje, że Polska jest jednym z niewielu krajów OECD, dla którego wskaźnik zatrudnienia lekarzy w ostatnich kilkunastu latach nie uległ zwiększeniu. Większość krajów przygotowując się do prognozowanego zwiększenia zapotrzebowania na kadry lekarskie, istotnie zwiększyła podaż lekarzy, np. w Szwecji nastąpił wzrost wskaźnika z 3,0 w 2000r. do 4,2 w 2015r.; w Danii z 3,0 do 3,7, a w Wielkiej Brytanii z 2,0 do 2,8. Należy jednak zaznaczyć, że w wymienionych krajach wysoki jest udział lekarzy-imigrantów wśród lekarzy zatrudnionych (np. w Wielkiej Brytanii wynosi aż 28,7%), co oznacza, że wzrost wskaźnika zatrudnienia uzyskano nie tylko poprzez zwiększenie liczby kształcących lekarzy, ale także zatrudnianie lekarzy innej narodowości.

Na problemy niedoborów lekarzy i niekorzystną strukturę wiekową od wielu lat zwraca uwagę Naczelna Izba Lekarska (NIL, 2015). Według danych NIL, najliczniejszą grupę pracujących lekarzy stanowią osoby w wieku 46–60 lat, a najmniej licznie reprezentowane są przedziały wiekowe: 31–35 lat, 36–40 lat oraz 66–70 lat. Ponad 60% praktykujących lekarzy specjalistów ma więcej niż 50 lat. Średni wiek lekarza wykonującego zawód w Polsce wynosi obecnie prawie 50 lat, a średni wiek lekarza ze specjalizacją i wykonującego zawód to aż 54,5 roku. Oznacza to, że w grupie lekarzy, podobnie jak w przypadku pielęgniarek, mamy do czynienia z tzw. „luką pokoleniową”, tj. brakiem zastępowalności starszych grup wiekowych przez młodsze osoby wchodzące na rynek pracy (NIL, 2015).

Na uwagę zasługują także analizy eksperckie dotyczące prognozy zabezpieczenia populacji w usługi medyczne w perspektywie najbliższych lat. Jedną z takich prognoz została opracowana na podstawie metody wykorzystanej w projekcie NEUJOBS (Golinowska i in., 2013). Według wyników tej prognozy popyt na kadrę medyczną w opiece stacjonarnej w roku 2030 wzrośnie o dodatkowych 9.500 lekarzy i 17.200 pielęgniarek.

Cenną inicjatywą jest opracowanie prognoz zapotrzebowania na kadrę lekarską w zakresie świadczeń onkologicznych i kardiologicznych, przygotowanych w ramach *Map potrzeb zdrowotnych* (Ministerstwo Zdrowia, 2015). Według tych prognoz oszacowano niedobory lekarzy w 2030 r., które wynoszą dla grupy onkologów 389 lekarzy, a dla kardiologów 655 lekarzy. Należy mieć nadzieję, że to prognozowanie będzie kontynuowane w przypadku tworzenia kolejnych map potrzeb zdrowotnych i że zostanie rozszerzone na pozostałe specjalności medyczne.

Przedstawione powyżej informacje i niepokojące prognozy zostały potwierdzone przez Najwyższą Izbę Kontroli w raporcie pt.: „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych w Polsce” (NIK, 2016), w którym stwierdzono, że sposób kształcenia kadr medycznych nie zapewnia przygotowania wystarczającej liczby specjalistów, dostosowanej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych. Zwrócono także uwagę na brak kompleksowej strategii zabezpieczenia kadr medycznych uwzględniającej trendy demograficzne i epidemiologiczne. Ponadto wskazano na brak rzetelnych informacji na temat emigracji personelu medycznego, co uniemożliwia przeciwdziałanie temu zjawisku. We wnioskach z kontroli NIK przestrzegano, że próby nadrobienia wieloletnich zaległości poprzez przyspieszenie cyklu kształcenia lekarzy niosą ryzyko braku utrzymania jakości kształcenia (np. likwidacja stażu podyplomowego w kształceniu lekarzy, wbrew środowisku lekarskiemu¹).

4.2. Problematyka planowania kadr medycznych

Deficyty kadry medycznej od wielu lat są traktowane priorytetowo przez europejskie i światowe organizacje zajmujące się zdrowiem. Proponowane są różne podejścia do załagodzenia skutków deficytu, ale działania te wymagają wielosektorowej współpracy i oparcia współczesnej polityki zdrowotnej na odpowiednim zarządzaniu, jak i planowaniu kadr medycznych. Jednym z postulowanych przez ekspertów rozwiązań jest zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne, jak również liczby miejsc kształcenia specjalizacyjnego, finansowanych z budżetu państwa. Jednakże według NIL limity przyjęć na stacjonarne studia medyczne w Polsce nie zapewniają nawet utrzymania obecnej liczby lekarzy, zwłaszcza wobec problemu luki pokoleniowej². Ograniczeniem hamującym zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne są finanse, gdyż kie-

1 13-miesięczny staż podyplomowy zlikwidowano w 2011r. by przyspieszyć ścieżkę kształcenia lekarzy i ich wejście na rynek pracy. Ostatecznie staż podyplomowy lekarzy został jednak przywrócony w 2016r.

2 Co roku minister ds. zdrowia ustala w drodze rozporządzenia (w porozumieniu z ministrem właściwym ds. szkolnictwa wyższego) liczbę studentów, którzy w danym roku akademickim mogą rozpocząć kształcenie na kierunku lekarskim i stomatologii. Przy ustalaniu limitów przyjęć uwzględniane są kryteria określone w art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym, jak również potencjał dydaktyczny uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów tych kierunków.*

runek lekarski jest jednym z najdroższych kierunków studiów i koszty wykształcenia studenta medycyny są bardzo wysokie. Limity przyjęć na studia stacjonarne na kierunku lekarskim przez lata utrzymywały się na względnie stałym poziomie. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że limity przyjęć na studia medyczne wyznaczają uczelnie, kierując się własnymi analizami, głównie rachunkiem ekonomicznym (NIK, 2016). Istotna zmiana w limitach przyjęć na kierunek lekarski dokonała się w roku akademickim 2015/2016, kiedy zwiększono limity na kierunku lekarskim o 394 miejsca na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie stacjonarnej w języku polskim oraz o 183 miejsca na studiach niestacjonarnych. Od tej pory limity przyjęć na kierunek lekarski systematycznie rosną: w roku akademickim 2018/2019 wynosiły łącznie 7.816 miejsc, w tym 5.955 to miejsca na studia prowadzonych w języku polskim³. Ponadto od roku 2015 zwiększyła się znacznie liczba miejsc specjalizacyjnych, finansowanych z budżetu państwa (rezydentur), zwłaszcza w tzw. dziedzinach priorytetowych, uznanych za najbardziej deficytowe⁴. Należy jednak zaznaczyć, że kształcenie lekarzy jest procesem długotrwałym, okres od podjęcia studiów do ukończenia specjalizacji trwa na ogół kilkanaście lat. Decyzje w tym zakresie powinny więc być prowadzone w sposób przemyślany, w oparciu o rzetelne analizy i prognozy, z uwzględnieniem zarówno potrzeb demograficzno-epidemiologicznych, jak i różnicowania w poszczególnych regionach kraju.

Opracowane przez NIPiP analizy i prognozy liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w latach 2016–2030 wskazują na następujące problemy: systematyczny wzrost liczby zarejestrowanych pielęgniarek i położnych posiadających uprawnienia emerytalne, stały wzrost średniego wieku zatrudnionych, wyraźny brak zastępowalności pokoleniowej wynikający z niekorzystnej struktury wiekowej, dalsze zmniejszanie się wskaź-

3 Z tego 4678 na studiach stacjonarnych i 1277 na studiach niestacjonarnych; pozostałe 1861 to miejsca na studentów studiujących w innym języku niż polski, których absolwenci nie zasilą w przyszłości polskiego sektora zdrowotnego.

4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny. Dz.U., 2012, poz. 1489.

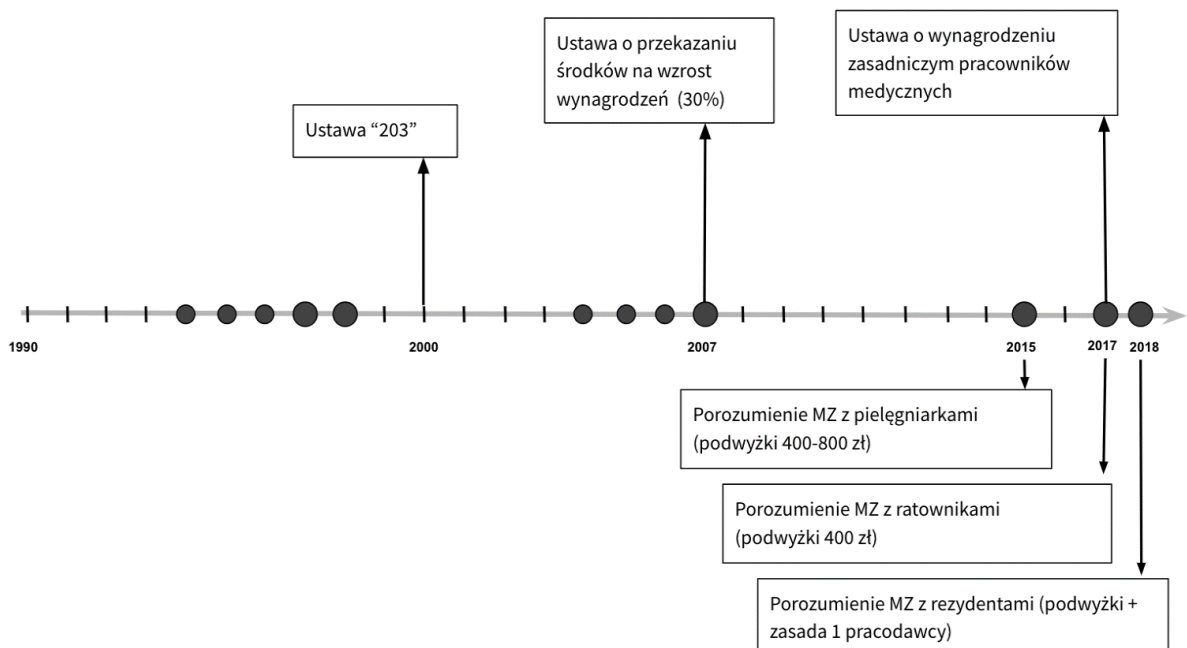
nika zatrudnionych na 1000 mieszkańców (NIPiP, 2017). Ze względu na wagę powyższych problemów i ich konsekwencje dla systemu zdrowotnego opracowana została *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* – co istotne – odbyło to się z udziałem kluczowych podmiotów zaangażowanych w kształtowanie zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej i położniczej (Ministerstwo Zdrowia, 2017).

Ważnym obszarem działań w kierunku zabezpieczenia odpowiednio wyszkolonej i zmotywowanej kadry medycznej jest zapewnienie odpowiedniego poziomu wynagrodzenia, który zapewni utrzymanie pracowników w systemie. Analiza kształtowania polityki płacowej w naszym kraju (patrz rys. 1.) pokazuje, że działania w tym zakresie mają głównie charakter doraźny i na ogół są odpowiedzią na falę strajków i protestów. Oznaczone na osi czasu punkty odnoszą się do strajków i protestów, a ich wielkość odzwierciedla skalę protestu. Analiza wyraźnie wskazuje również na brak planowania w sferze finansowania zasobów pracy, pomimo iż koszty osobowe mają największy udział w całkowitych kosztach funkcjonowania placówek medycznych⁵. Ponadto porozumienia i decyzje w tym zakresie podejmowane na poziomie centralnym często nie są powiązane z zabezpieczeniem odpowiednich środków finansowych na ich wdrożenie na poziomie placówek opieki zdrowotnej (np. „Ustawa 203”)⁶. Konsekwencje tych decyzji spowodowały, że menedżerowie jednostek opieki zdrowotnej realizując ustawowo nałożone zobowiązania finansowe wobec pracowników bez uzyskania wystarczającego finansowania generowali zadłużenie swoich placówek.

5 Koszty zatrudnienia pracowników stanowią kluczową pozycję w budżecie jednostek opieki zdrowotnej, generując w zależności od specyfiki placówki od 50 do 80 proc. kosztów całkowitej działalności (w tym koszty kadr medycznych stanowią ok. 60–80 proc. kosztów osobowych).

6 „Ustawa 203” – Ustawa z 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 5 poz. 45 z 2001 r. Zgodnie z zapisami tej ustawy pracownikom SPZOZ przysługiwał od dnia 1.01.2001 r. wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia nie niższy niż 203 zł miesięcznie w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy łącznie ze skutkami wzrostu wszystkich składników wynagrodzenia.

Rysunek 1. Analiza wdrażania regulacji prawnych w zakresie wzrostu wynagrodzeń w systemie zdrowotnym jako odpowiedź na strajki i protesty pracowników medycznych



Legenda: • (kropki) oznaczają strajki i protesty, a ich wielkość odzwierciedla skalę protestu

Źródło: Dubas-Jakóbczyk K., Domagała A. *Impact of the doctor deficit on hospital management in Poland – a mixed methods study*, International Journal of Health Planning and Management, 2018.

4.3. Konsekwencje deficytu kadr medycznych

Aktualny stan kadr medycznych w Polsce jest alarmujący, a konsekwencje niedoborów personelu są widoczne w różnych obszarach funkcjonowania systemu zdrowotnego. Biorąc pod uwagę prognozy liczby pracowników medycznych należy się spodziewać, że problemy w sektorze zdrowotnym będą się tylko nasilać. Pacjenci mają ograniczony dostęp do usług medycznych, wydłuża się czas oczekiwania na świadczenia medyczne (zarówno ambulatoryjne, jak i usługi w lecznictwie szpitalnym). Spada zadowolenie z jakości usług medycznych przy równoczesnym spadku bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. W ostatnim rankingu Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia Polska zajęła 31 miejsce na 35 ocenianych krajów⁷ (Health Consumer Powerhouse, 2017).

Negatywne konsekwencje są także wyraźnie odczuwane przez pracowników. Nadmierne obciążenie pracą wynikające z mniejszej obsady personalnej, pogorszenie warunków pracy, długotrwały stres prowadzi m.in. do nie-

korzystnego zjawiska wypalenia zawodowego, które jest poważnym problemem zwłaszcza w grupie zawodowej pielęgniarek. W efekcie pogarszające się warunki pracy wpływają bezpośrednio na obniżenie satysfakcji zawodowej i częste odchodzenie z pracy w systemie zdrowotnym.

Z kolei, obserwowane w ostatnich miesiącach w wielu szpitalach masowe wypowiedzenia umowy o pracę przez pracowników różnych grup zawodów medycznych, powodują realne zagrożenie stabilności funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej. Naciski na dyrektorów placówek medycznych i żądania płacowe niejednokrotnie nie dają im żadnych możliwości negocjacyjnych, a odrzucenie tych żądań może skutkować niespełnieniem warunków kontraktowania usług medycznych przez NFZ, a tym samym koniecznością zawieszenia działalności oddziałów, czy nawet całej placówki. Łącznie i w ujęciu systemowym prowadzi to do wzrostu kosztów działania sektora zdrowotnego.

⁷ Za Polską są tylko Albania, Bułgaria, Czarnogóra i Rumunia.

4.4. Kluczowe wyzwania/ możliwe metody przezwyciężenia kryzysu

Pozyskanie, wykształcenie i utrzymanie w systemie specjalistów medycznych jest aktualnie kluczowym wyzwaniem zarówno dla rządu – polityków odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną, jak i dla menedżerów placówek medycznych. Jednym z kluczowych czynników kształtujących podaż zasobów kadrowych jest liczba absolwentów uczelni medycznych. Ważne jest więc, aby w planowaniu kształcenia oraz prognozowaniu zatrudnienia różnych grup pracowników medycznych wdrożyć rzetelne analizy z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych. Warto więc aktywnie uczestniczyć w inicjatywach międzynarodowych, np. *The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*, których celem jest wymiana doświadczeń, wzajemne wsparcie krajów członkowskich, upowszechnianie sprawdzonych narzędzi i dobrych praktyk w zakresie planowania kadr oraz podejmowanie wspólnych działań na rzecz poprawy zasobów pracy w sektorze zdrowotnym (UE, 2016).

Kolejną istotną kwestią jest uporządkowanie polityki wynagradzania i awansowania. Jak pokazuje analiza zilustrowana na rys.2, decyzje o wzroście wynagrodzenia na ogół są podejmowane na poziomie centralnym po fali strajków i protestów, często bez braku rzetelnych analiz kosztowych i prognoz długoterminowych, a przede wszystkim bez zabezpieczenia stosownych źródeł finansowania, które pozwoliłyby wdrożyć planowane podwyżki na poziomie poszczególnych jednostek opieki zdrowotnej bez konieczności generowania zadłużenia tychże jednostek. Brak kompleksowego planowania powoduje, że źle przemyślane decyzje na szczeblu centralnym generują zadłużanie się jednostek opieki zdrowotnej.

Bibliografia

Domagała A., i Klich J. (2018). Planning of Polish physician workforce – systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward, *Health Policy*, 122, s. 102–108.

European Commission (2008). Green Paper on the European Workforce for Health, Brussels, https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf [dostęp 10.06.2018].

European Union (2012), EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study, May 2012.

GUS (2017). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016. Warszawa.

Golinowska S., Kocot E. i Sowa A. (2013), Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2013 : T. 11, nr 2, s. 125–147.

Jak wynika z kontroli przeprowadzonej przez NIK (2016), w Polsce nie ma skutecznych mechanizmów monitorujących zjawisko migracji. Wysokie nakłady budżetu państwa na kształcenie pracowników medycznych ukierunkowane są na zapewnienie w przyszłości wystarczającej liczby wykwalifikowanego personelu medycznego. Jednakże w związku z globalizacją rynku pracy migracja wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych wydaje się zjawiskiem nieuniknionym. Konieczne jest więc zdefiniowanie polityki migracyjnej (zarówno emigracyjnej, jak i imigracyjnej) w odniesieniu do pracowników medycznych.

Szansą na odciążenie pracowników medycznych od narastających zadań administracyjnych i organizacyjnych wydaje się wprowadzenie do systemu kadr około medycznych (np. asystentów/sekretarek medycznych, koordynatorów/organizatorów i promotorów zdrowia). Jedną z grup specjalistów, która mogłaby stanowić skuteczne wsparcie w tym zakresie są specjaliści zdrowia publicznego, którzy dzięki interdyscyplinarnej wiedzy i ukierunkowanemu przygotowaniu do pracy w systemie zdrowotnym, bardzo dobrze sprawdzają się np. w roli koordynatorów pakietu onkologicznego.

Próba złagodzenia negatywnych skutków niedoborów kadrowych oraz poprawa działań w tym zakresie nie jest możliwa bez ścisłej i odpowiedzialnej współpracy wszystkich podmiotów i organizacji zaangażowanych w kształtowanie (tj. planowanie, kształcenie, zatrudnienie i zarządzanie) zasobów ludzkich na wszystkich poziomach systemu zdrowotnego.

Health Consumer Powerhouse (2017), Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia w 2016 r.

Ministerstwo Zdrowia (2015), *Świadczenia onkologiczne i kardiologiczne w Polsce – podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb*, red. B Więckowska, Warszawa.

Ministerstwo Zdrowia (2017). *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*, Warszawa, grudzień.

Naczelna Izba Lekarska (NIL) (2015), *Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści 2015*, Krajewski R., Naczelna Izba Lekarska, <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-specjalisci-i-lekarze-dentysty-specjalisci-sytuacja-demograficzna> [dostęp 30.06.2018].

Naczelna Izba Lekarska (NIL) (2018) *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg wieku, płci i tytułu zawodowego*, www.nil.org.pl [dostęp 30.06.2018].

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) (2013). *Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015–2035*, Warszawa.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) (2017), *Zabezpieczenie Społeczeństwa Polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych* http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf [dostęp 30.06.2018].

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) (2016). *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych.*: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10242,vp,12565.pdf> [dostęp 30.06.2018].

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en [dostęp 30.06.2018].

Unia Europejska (2016), *The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting* <http://healthworkforce.eu> [dostęp 30.06.2018].

WHO (2006a). *Human resources for Health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO (2006b). Global Health Workforce Alliance, GHWA www.who.int/workforcealliance

WHO (2009). *Global Atlas of the Health Workforce*, <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhglobalatlas/en/>

WHO (2010). WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Sixty-third World Health Assembly, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf

WHO (2013). Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, Siyam A, Cometto G. A universal truth: no health without a workforce. *Forum Report*, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.

WHO (2016). *Global strategy on human resources for health: 2030*. WHO, Geneva.

Włodarczyk C.W. i Domagała A. (2011), Kadry medyczne opieki zdrowotnej. Niektóre problemy, postulowane działania. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Nr 2/2011, s. 29–41.

Rozdział 5

Krzysztof Kuszewski

Zdrowie (publiczne) jako inwestycja

Wprowadzenie

Ochronę zdrowia przedstawia się zwykle jako dwa równoległe, ale uzupełniające się działania: (1) budowania i (2) naprawiania zdrowia populacji. Ze względu na wydłużanie życia i chęć zapewnienia sprawności osobom starszym coraz większe znaczenie ma podtrzymywanie sprawności oraz samodzielności tej grupy poprzez rehabilitację i promocję aktywnego stylu życia¹. Od blisko czterech dekad zwraca się uwagę na rosnące znaczenie budowania zdrowia niezależnie od statusu zdrowotnego ludzi, ich wieku i sytuacji społecznej. Leczenie i ratowanie życia ludzi (medycyna) ma nadal bardzo wysoką rangę, ale będzie łatwiejsze i mniej kosztowne, gdy będą działały instytucje zdrowia publicznego. Jakość życia ludzi, ich dobrostan będzie wyższy, gdy będziemy dbać o zdrowie i je podtrzymywać, nie wykluczając nikogo z życia społecznego. To budowanie zdrowia określamy mianem inwestycji. W tym opracowaniu koncentrujemy się na jednym z działań obecnych w budowaniu zdrowia – tworzeniu i realizacji narodowych programów zdrowia (NPZ).

5.1. O inwestowaniu w zdrowie

– krótko i ekonomicznie

Inwestowanie w zdrowie określone zostało jako jedno z działań umożliwiających realizację Agendy na rzecz zrównoważonego i trwałego rozwoju 2030 (ONZ, 2015; Hamelmann i in., 2017). Zapewnia ono korzyści całemu społeczeństwu i sprzyja rozwojowi gospodarki, wszystkim jej sektorom, przy szacowanym czterokrotnym zwrocie z każdego zainwestowanego dolara. W ślad za nowym dokumentem ONZ na rzecz rozwoju na świecie powstała sieć ekspercka WHO (HEN – the Health Evidence Network), której raporty wzmacniają tezę o traktowaniu ochrony zdrowia jako inwestycji (Dyakova i in., 2017). *Nota bene* teza ta od wielu lat była obecna w ekspertyzach i dokumentach rekomendacyjnych WHO. Weszła też do treści dokumentu zaprezentowanego w Polsce²

Lepsze zdrowie wzmacnia kapitał społeczny i zapewnia wyższy poziom dobrostanu, przyczyniając się jednocześnie do lepszych wskaźników makroekonomicznych i trwałego rozwoju. Dlatego też wydatki na zdrowie publiczne powinny być postrzegane i uzasadniane jako inwestycje, a nie tradycyjnie jako koszty. Inwestycyjne traktowanie zdrowia jednoznacznie zabrzmiało w strategii Unii Europejskiej na rzecz innowacyjnego rozwoju „Europa 2020”, w której zdrowie populacji oraz usługi zdrowotne stanowią produktywny czynnik wzrostu i zatrudnienia³.

1 Podtrzymywanie zdrowia i sprawności u osób, które chorują przewlekłe i mają narastające ograniczenia w sprawności wyodrębnia się jako trzeci rodzaj działania w ochronie zdrowia i łączy z działaniami socjalnymi (Golinowska i in. 2017)

2 Zdrowie jako inwestycja w kontekście Planu działania na rzecz realizacji Agendy na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 i Zdrowia 2020. Studium dla decydentów politycznych. Biuro WHO, Warszawa 2018

3 <https://ec.europa.eu/health/funding/programme>

Ramka 1. Wysoki zwrot z inwestycji w działania zdrowia publicznego na podstawie analizy Health Evidence Network

- Ograniczenie wpływu zagrożeń środowiska naturalnego przynosi relatywnie wysoki zwrot nawet z umiarkowanej skali inwestycji.
- Zapewnienie mieszkania i zdrowych warunków mieszkaniowych sprzyja zdrowiu i nie wyklucza z życia społecznego.
- Zmniejszenie wypadków na drogach zmniejsza koszty leczenia i ogranicza niepełnosprawność.
- Poprawa planowania przestrzennego respektującego standardy zdrowego środowiska naturalnego i społecznej integracji warunkuje zdrowe życie.
- Wzrost przemieszczania się ludzi, aktywizując ich fizycznie (chodzenie, jazda na rowerze) warunkuje zdrowy styl życia.
- Budowanie więzi i aktywności społecznej w środowiskach lokalnych ogranicza samotność i depresje.

Źródło: Dyakova i in., 2017

5.2. Narodowe Programy Zdrowia

Koncepcję inwestowania w zdrowie operacjonalizują narodowe programy zdrowia (NPZ). Mimo że idea traktowania dbałości o zdrowie jako inwestycji była obecna w różnych agendach od wielu lat, to z praktycznymi planami jej realizacji mamy do czynienia, gdy w 1977 r. na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia padło hasło „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”, skonkretyzowane instytucjonalnie rok później w deklaracjach z Atma Aty. Kraje członkowskie WHO zostały zobowiązane do opracowywania narodowych strategii zdrowia dla wszystkich. W latach 1990. idea zdrowia dla wszystkich została potwierdzona w europejskich dokumentach WHO z horyzontem do roku 2020 (za: Wojtczak, 2017).

Istotną dla konstrukcji NPZ ideą była kolejna ważna teza: „zdrowie we wszystkich politykach”. Koncepcja ta została przedstawiona przez Finlandię w czasie prezydencji tego kraju w UE (Stahl i in., 2006), a później włączona do agendy WHO (rezolucja z Malty i Agenda WHO 2013).

Narodowe Programy Zdrowia w Polsce stanowiły od czasu przemian systemowych w latach 1990. podstawowy dokument określający krajową politykę zdrowia publicznego. Już w 1990 r. z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia opracowany został pierwszy Narodowy Program Zdrowia, przyjęty do realizacji decyzją Komitetu Społeczno-Ekonomicznego Rady Ministrów. Jego cele strategiczne związane były z zapobieganiem zagrożeniom wysokiej umie-

ralności w Polsce, przede wszystkim z powodu chorób układu krążenia, urazów i zatruc, chorób zakaźnych, które można wyeliminować oraz umieralności niemowląt (za: Włodarczyk, 1998 i Wojtczak, 2009). W warstwie realizacyjnej był to program ukierunkowany na współpracę międzyresortową oraz rządu i samorządu lokalnego. Budowanie nowych instytucji państwa w tamtych czasach nie sprzyjało planowaniu i koordynacji (Włodarczyk, 1998) i program nie miał dostatecznego oddziaływania na podejmowanie decyzji. W 1993 r. został zmieniony, a akcent położono na odpowiedzialność obywateli za własne zdrowie. Rafał Halik pisał, że mimo bardzo życzliwego przyjęcia polskiej inicjatywy przez WHO, pierwszy NPZ był słaby pod względem instytucjonalnego umocowania i narzędzi wdrożeniowych; *de facto* miał charakter deklaracyjny (Halik, 2014)

Następnie opracowane zostały dwie długookresowe strategie, jedna dziesięcio- a druga ośmioletnia (1996–2005 i 2007–2015), które realizowane były z różnymi efektami. Kolejna strategia, już średniookresowa (5-letnia) (2016 – 2020) jest w trakcie realizacji. Wszystkie programy przygotowano według jednolitego wzoru: zaczynają się od zdefiniowania celów strategicznych, następnie określają cele operacyjne oraz przyporządkowane im zadania. Zakłada się, oczywiście, że prowadzone będą prace monitorujące realizację celów.

Zestawienie 1. Narodowe Programy Zdrowia w Polsce – cele strategiczne i operacyjne

Narodowe Programy Zdrowia w Polsce	Strategiczne cele zdrowotne	Operacyjne cele NPZ
<p>1996–2005 Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności</p>	<p>(1) Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i innych.</p> <p>(2) Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.</p> <p>(3) Zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności. 2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności. 3. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. 4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. 5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych. 6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia. 7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychogennych. 8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy. 9. Poprawa stanu sanitarnego kraju. 10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych. 11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia. 12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej. 13. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała. 14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca. 15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka. 16. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia. 17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym. 18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

Zestawienie 1. Narodowe Programy Zdrowia w Polsce – cele strategiczne i operacyjne (c.d.)

Narodowe Programy Zdrowia w Polsce	Strategiczne cele zdrowotne	Operacyjne cele NPZ
<p>2007–2015 Poprawa jakości życia Polaków</p>	<p>(1) Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.</p> <p>(2) Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.</p> <p>(3) Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.</p> <p>(4) Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.</p> <p>(5) Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.</p> <p>(6) Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.</p> <p>(7) Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.</p> <p>(8) Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.</p>	<p>Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. 2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. 3. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości. 4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności. 5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych. 6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju. <p>Cele operacyjne dotyczące wybranych populacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem. 8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży. 9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych. 10. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych. 11. Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.
<p>2016–2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> (1) Wydłużenie życia Polaków w zdrowiu. (2) Poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem. (3) Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa. (2) Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. (3) Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa. (4) Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki. (5) Promocja zdrowego i aktywnego stylu życia w okresie starości. (6) Poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów NPZ

Opracowanie strategii to pierwszy krok. Jej wdrożenie napotykało na problemy związane z konkretyzacją odpowiedzialności oraz środkami na jej realizację. Długookresowe strategię wykraczały poza odpowiedzialność polityczną

rzządzających ugrupowań. Tym większe znaczenie miały instytucje koncepcyjnego i analitycznego zaplecza Ministerstwa Zdrowia oraz autorytety ekspertów w dziedzinie zdrowia publicznego.

Zestawienie 2. Instytucjonalizacja i monitorowanie NPZ

NPZ	Odpowiedzialność		Monitorowanie
	utworzenie programu	Realizacja programu	
1996–2005	początkowo Zespół Redakcyjny Ekspertów ds. Nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia, a od 2008 r. – Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny pod kierunkiem Prezesa Rady Ministrów	Pełnomocnicy wojewodów ds. NPZ	PZH – P. Goryński, B. Wojtyniak, K. Kuszewski Monitoring oczekiwanych efektów realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996-2005 (2004 i 2005)
2007–2015	PZH; Zespół koordynacyjno-redakcyjny: Krzysztof Kuszewski, Paweł Goryński, Bogdan Wojtyniak, Rafał Halik	samorządy terytorialne	PZH - Zespół ds. Monitorowania (K. Kuszewski, R. Halik).
2016–2020	Ministerstwo Zdrowia	Jednostki samorządu terytorialnego oraz inne instytucje publiczne	Ministerstwo Zdrowia

Źródło: opracowanie własne

NPZ na lata 1996–2005

Już przy tworzeniu wstępnego Narodowego Programu Zdrowia w 1990 r. ustalono zasady koordynacji międzyresortowej powołując Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny pod kierunkiem Prezesa Rady Ministrów. Powtórzono to podejście w 1996 r. przy pracy nad NPZ długookresowym i otwartym (z udziałem ekspertów i działaczy) na lata 1996–2005. W porównaniu z programem z 1990 r. rozszerzono cele operacyjne. Doszły badania przesiewowe związane z wczesnym wykrywaniem niektórych chorób nowotworowych. W programie wytyczono kierunek na decentralizację regionalną zanim powstały samorządne województwa (w zasadzie jeszcze delegacje) i zastosowano zasadę pomocniczości państwa. Wydaje się, że te szczytne, demokratyczne ideały trafiły na barierę nieprzygotowania do współdziałania polityków i niską świadomość zdrowotną społeczeństwa. Trzeba jednak z satysfakcją zauważyć, że samorządy terytorialne, gdy już miały podstawy prawne, zaczęły samodzielnie realizować setki lokalnych i regionalnych programów zdrowotnych.

NPZ na lata 2007–2015

Program przygotowano w PZH w dużym interdyscyplinarnym zespole ekspertów. Wprowadzony był z dwuletnim opóźnieniem (związanym ze zmianą rządu). Jego główne cele wynikały z analizy epidemiologicznej kraju i koncentrowały się na zapobieganiu głównym schorze-

niom populacji, zaczynając od choroby niedokrwiennej serca. Program obejmował przede wszystkim przeciwdziałanie niezakaźnym chorobom przewlekłym, ale nie pominięto chorób zakaźnych. Jednym z celów było zmniejszenie terytorialnych różnic zdrowia. Cele operacyjne podzielono na dwa rodzaje: zorientowane na ograniczanie ryzyka głównych chorób oraz na problemy zdrowotne grup populacyjnych szczególnej troski: dzieci i młodzież, osoby z niepełnosprawnościami oraz osoby starsze.

Realizacja NPZ należała głównie do samorządów terytorialnych. Program miał stanowić dla nich rodzaj przewodnika w ukierunkowywaniu działań na rzecz zdrowia lokalnych społeczności. Samorządy terytorialne szybko zrozumiały sens decentralizacji i wykonały, nie oglądając się na władzę centralną, setki programów lokalnych (Cianciara i in., 2014). Programy te, przygotowywane niekiedy w sposób niedostatecznie profesjonalny (Bandurska i in., 2016) były społecznym ruchem na rzecz zdrowia, dzięki któremu można było identyfikować lokalne problemy zdrowotne i trudności w realizacji programów.

NPZ został obudowany wskaźnikami, dzięki czemu istniała możliwość monitorowania jego realizacji. Nie od razu proces monitorowania był sprawny; poprawił się znacznie od 2010 r., kiedy monitorowanie NPZ objęło wszystkie województwa. Należy tu nadmienić, że jednolite monitorowanie NPZ nie było obligatoryjne dla jednostek samorządu terytorialnego. Za rok 2010 sprawozdało się łącznie 1878 jednostek samorządu terytorialnego różnego szczebla,

a w roku 2011 liczba jednostek samorządowych, które złożyły raport na temat działań w ramach NPZ wzrosła do 2368. Wyniki monitorowania realizacji NPZ były wykorzystywane również przez administrację publiczną w analizie polityki zdrowotnej i społecznej na terenie województw. W latach 2011–2012 wszystkie urzędy wojewódzkie organizowały specjalne konferencje, podsumowujące wyniki monitorowania NPZ i odbywały się one z udziałem regionalnych decydentów w obszarze zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 był ostatnim dokumentem, który w jasny sposób określił cele i sposoby ich realizacji oraz wskaźniki realizacji celów nadające się do monitorowania.

NPZ na lata 2016–2020

Przygotowania kolejnego NPZ zbiegło się ze zmianą rządu. Opracowano dokument na krótszy, pięcioletni okres. Tworzenie Programu przekazano innym niż dotychczas zespołom, a nadzór merytoryczny nad programem przejęło Ministerstwo Zdrowia, powierzając pracę urzędnikom, a nie ekspertom. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny zbierał się coraz rzadziej, a przedstawiciele resortów reprezentowali coraz niższy szczebel.

W NPZ na lata 2015–2020 odwołano się do ustawy o zdrowiu publicznym uchwalonej we wrześniu 2015 roku⁴. Cele strategiczne sformułowano bardzo ogólnie, a zważywszy na krótki okres realizacji, brzmią one wyjątkowo hasłowo. Trudno przyporządkować im konkretne cele operacyjne, a tym bardziej zadania. Do tego Programu wprowadzono nowy cel operacyjny, związany ze zdrowiem prokreacyjnym, co posiada kontekst ideologiczny. Zadeklarowano działania odpowiadające na starzenie się i na zagrożenia płynące ze środowiska naturalnego. Na czołowej pozycji wśród celów operacyjnych znalazła się walka z otyłością i uzależnieniami (przede wszystkim od alkoholu i narkotyków). Główne zagrożenia zdrowotne, takie jak choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i wy-

⁴ Zadania zapisane w ustawie o zdrowiu publicznym są niemal kopią opracowania amerykańskiego CDC (Centre for Disease Control and Prevention) sprzed ponad 20 lat i liczą raptem 1,5 strony. W dalszej, obszerniejszej już części, polska ustawa anonsuje powołanie rady zdrowia publicznego, a następnie podaje sposoby rozliczeń finansowych. Ustawa nie wskazuje koordynatora realizacji wylistowanych zadań zdrowia publicznego ulokowanych w ramach odpowiedzialności wielu ministerstw. Na to zwracali uwagę paneliści konferencji z 8 września 2017 r. (Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie nr 4/2017).

padki, nie zostały wskazane jako główne problemy zdrowotne wymagające troski państwa, a walka z nimi została zaadresowana do działalności specjalistów medycznych oraz towarzystw naukowych

5.3. Nowe zagrożenia zdrowia

Ostatnie lata przyniosły nowe zagrożenia zdrowia, które powinny być, ale nie zostały uwzględnione w działaniach NPZ na lata 2016–2020. Stanowią one wyzwanie dla instytucji zdrowia publicznego, a szczególnie Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Rozpętała się kampania antyszczepionkowa, pojawił się ostry problem dostępu i stosowania tzw. dopalaczy, czyli mieszanek różnych substancji o nieznanym składzie, powodujących głębokie zmiany neurologiczne i często śmierć. Nasilił się problem zanieczyszczenia powietrza, a wraz nim zagrożenia chorobami układu oddechowego, co dotyczy szczególnie dużych miast i ich przedmieść ogrzewanych fatalnymi gatunkami węgla. Jest to wynik polityki utrzymania nierentownych kopalń dla pozyskania elektoratu górniczego. Co gorsza, w roku 2016 prawnie ograniczono możliwości rozwoju elektrowni wiatrowych. Zaburzyło to realizację zasady „zdrowie we wszystkich politykach”.

Uwagi końcowe

Inwestowanie w zdrowie wymaga istnienia odpowiedzialnej za nie instytucji, długofalowego monitorowanego programu i decentralizacji w jego realizacji. Zgodnie ze europejską polityką „Zdrowie 2020”, każdy program zdrowia powinien kłaść nacisk na współpracę między administracją rządową, jednostkami samorządu terytorialnego i innymi podmiotami oraz koncentrować się na ograniczaniu nierówności zdrowotnych i wzmacnianiu działań międzysektorowych na rzecz zdrowia

Doświadczenie uczy, że reformy w polityce społecznej, a jej częścią jest ochrona zdrowia, utrwalają się powoli i nie powinny podlegać raptownym zmianom wraz ze zmianą rządzącej ekipy. Radykalne cztery reformy z końca lat dziewięćdziesiątych ub. wieku nie zakorzeniły się i w zasadzie, poza reformą samorządu terytorialnego, wycofano się (częściowo lub całkowicie) z ich realizacji. Ochrona zdrowia jako system skomplikowany, o licznych związkach między jego elementami oraz wrażliwy – silnie oddziałujący na społeczeństwo – wymaga raczej zmian ewolucyjnych (po części inkrementalnych). Ponadto występuje w nim

ogromna liczba uczestników oraz interesariuszy, których dobre współdziałanie jest warunkiem efektywności systemu. Zamiast zmian ewolucyjnych w pewnym momencie rozpoczęła się w Polsce centralizacja i powrót do zarządzania ręcznego, bez rozważenia i dyskusji. Paradoksalnie stało się to w okresie, kiedy w obszarze polityki zdrowotnej pojawiły się dojrzałe studia zawierające koncepcje rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia (Golinowska, 2014 i 2017; Włodarczyk, 2014; Cianciara, 2014; Wojtczak, 2017) oraz wyniki kompleksowych badań na temat sytuacji zdrowotnej oparte na „*evidence based public health*”. Te ostatnie pozwalają na ocenę skuteczności stosowanych metod eliminacji zagrożeń i chorób (w szczególności: Kuszewski i Gericke, 2005; NFZ, 2012; systematyczne badania tandemu Goryński i Wojtyniak ze współpracownikami).

Coraz częściej urzędnikami najwyższego szczebla oraz ich ekspertami stawali się ludzie bez właściwego dorobku naukowego i doświadczenia praktycznego w działaniach na rzecz zdrowia publicznego. Ta sytuacja była szczególnie niekorzystna dla tworzenia profesjonalnych programów zdrowotnych i ich utrwalaniu w dłuższym okresie. Ponadto obsadzanie stanowisk administracyjnych w sektorze zdrowotnym (i nie tylko) całkowicie od nowa i zmiany polityki zdrowotnej w wyniku kierunków narzucanych przez kolejne ugrupowania polityczne opóźniają, a nawet cofają ustalone niepolityczne rozwiązania. Ochrona zdrowia jest elementem bezpieczeństwa społecznego i zaufania do państwa, nie wolno jej używać do walk politycznych.

Bibliografia

Bandurska E., Studzińska S., Przybyłowska E., Zarzeźna-Baran M. (2016). Rola HTA w kształtowaniu regionalnej polityki zdrowotnej w Polsce, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* Nr 4 (49), Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Cianciara D. (red.) (2014). *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*. Warszawa: NIZP-PZH.

Dyakova M., Hamelmann Ch., Bellis M.A., Besnier E., Grey Ch. N.B., Ashton K. Schwappach A., Clar Ch. (2017). *Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020*. *Health Evidence Network Synthesis Report 51*, Copenhagen: WHO Europe.

European Commission: First (2003–2007), Second (2008–2013) and Third (2014–2020) Programme of the Union's action in the field of health: Luxembourg: Chafea; https://ec.europa.eu/health/funding/key_documents

Golinowska S. (red.) (2014). *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia*. Warszawa: PWN.

Golinowska S. (red.) (2017). *Health Promotion for Older People in Europe: Health Promoters and Their Activities*. Knowledge for Training. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, e-book.

Halik R. (2014). Narodowy Program Zdrowia (NPZ) – Geneza i rola w zdrowiu publicznym, w: D. Cianciara (red.). *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*. Warszawa: NIZP-PZH, s. 43–54.

Halik R., Kuszewski K. (2007). *Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 jako narzędzie kształtujące politykę zdrowotną Polski*. Warszawa: Państwowy Zakład Higieny.

Hamelmann C., Turatto F., Then V., Dyakova M. (2017). *Social return on investment: accounting for value in the context of implementing Health 2020 and the 2030 Agenda for Sustainable Development*, *Discussion Paper – Investment for Health and Development*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kuszewski K., Gericke Ch. (2005). *Health Systems in Transition: Poland*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

NFZ (2012). *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*. Warszawa: Akademia NFZ.

- NPZ (1990). Założenia polityki zdrowotnej państwa. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, w: Druk / Sejm Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej nr 673.
- NPZ 1996 – 2005 (1996). Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1996 (dostęp – Biblioteka Sejmowa).
- NPZ 2007 – 2015 (2007). Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
- NPZ 2016 – 2020 (2016). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).
- ONZ (2015). Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 [*The Sustainable Development Goals 2030*].
- Stahl T., Wismar M., Ollila E., Lathinen E. i Leppo K. (2006). *Health in all policies. Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- WHO (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Włodarczyk W.C. (1998). *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo medyczne „Vesalius”.
- Włodarczyk W.C. (2014). *Współczesna polityka zdrowotna. Wybrane zagadnienia*. 2. Wydanie. Warszawa: LEX a Wolters Kluwer business.
- Wojtczak A. (2009). *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wojtczak A. (2017). *Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, Warszawa: CeDeWu.
- Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B. (2012). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Wydawnictwa NIZP-PZH.



Stanisława Golinowska jest profesorem nauk ekonomicznych, specjalistką w dziedzinie polityki społecznej, ochrony zdrowia i rynku pracy. Jest absolwentką ekonomii Uniwersytetu Warszawskiego i stypendystką Fundacji im. Aleksandra von Humboldta. W latach 1991–1997 była dyrektorem Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, a następnie przez dwie kadencje kierowała Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Była członkiem Rady Strategii Społeczno-Gospodarczej przy Radzie Ministrów (1994–2005) oraz członkiem Komitetu ds. Polityki Rozwoju przy Sekretarzu Generalnym ONZ (2007–2009). Współzałożycielka i wiceprzewodnicząca Rady Fundacji CASE oraz CASE Fellow. Zrealizowała ponad 20 krajowych i międzynarodowych projektów badawczych, inicjując je i kierując nimi. Liczba jej wszystkich publikacji przekracza 250 pozycji.



Christoph Sowada jest doktorem nauk ekonomicznych, specjalistą w dziedzinie ekonomiki zdrowia i finansów ochrony zdrowia. Jest absolwentem studiów ekonomicznych na Uniwersytecie im. Justusa Liebiga w Giessen (Niemcy). Po uzyskaniu stopnia doktora nauk ekonomicznych na Uniwersytecie w Poczdamie przeniósł się do Krakowa, podejmując pracę w Instytucie Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. Od dwóch lat jest jego dyrektorem. Autor kilkudziesięciu publikacji naukowych z obszaru ochrony zdrowia i finansów publicznych. Uczestniczy w wielu międzynarodowych i krajowych projektach badawczych oraz jest członkiem kilku prestiżowych gremiów naukowych w Niemczech oraz w Polsce.



Marzena Tambor jest absolwentką studiów z zakresu nauk o zdrowiu. Doktorat z ekonomiki zdrowia obroniła na Uniwersytecie Maastricht. Specjalizuje się w problematyce finansowania ochrony zdrowia oraz polityki społecznej i zdrowotnej. Jest adiunktem w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. Uczestniczy w międzynarodowych projektach badawczych, m.in. ASSPRO CEE 2007, Pro-health 65+. Wyniki jej pracy badawczej zostały opublikowane w prestiżowych czasopismach międzynarodowych.



Alicja Domagała jest absolwentką studiów z zakresu nauk o zdrowiu. Specjalizuje się w zagadnieniach rynku pracy i zarządzania w opiece zdrowotnej. Jest adiunktem w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ, a także kierownikiem studiów podyplomowych „Zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej”. Uczestniczy w krajowych i międzynarodowych programach badawczych, a ponadto wykonuje liczne ekspertyzy na potrzeby organizacji międzynarodowych oraz instytucji zdrowia publicznego w kraju.



Krzysztof Kuszewski – dr nauk medycznych, absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu, epidemiolog, specjalista zdrowia publicznego, stypendysta Rządu Francuskiego i Bosch Stiftung w Niemczech. W latach 1994–97 podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia odpowiedzialny za przekształcenia systemowe w tym ubezpieczenia zdrowotne. Koordynował i był współautorem Narodowych Programów Zdrowia. Były konsultant Prezydenta RP. Były kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki ochrony Zdrowia i Szpitalnictwa w NIZP-PZH. Jest współautorem podręczników i monografii z dziedziny epidemiologii, szczepień, chorób zakaźnych, fizjopatologii nerkowania a także licznych artykułów z zakresu organizacji ochrony zdrowia

Lista Zeszytów PBR-CASE / BRE Bank – CASE i mBank – CASE

Poprzednie edycje dostępne pod adresem

<http://www.case-research.eu/pl/publications/list?series=48>

1. Absorpcja kredytów i pomocy zagranicznej w Polsce w latach 1989–1992
2. Absorpcja zagranicznych kredytów inwestycyjnych w Polsce z perspektywy pożyczkodawców i pożyczkobiorców
3. Rozliczenia dewizowe z Rosją i innymi republikami b. ZSRR. Stan obecny i perspektywy
4. Rynkowe mechanizmy racjonalizacji użytkowania energii
5. Restrukturyzacja finansowa polskich przedsiębiorstw i banków
6. Sposoby finansowania inwestycji w telekomunikacji
7. Informacje o bankach. Możliwości zastosowania ratingu
8. Gospodarka Polski w latach 1990–92. Pomiary a rzeczywistość
9. Restrukturyzacja finansowa przedsiębiorstw i banków
10. Wycena ryzyka finansowego
11. Majątek trwały jako zabezpieczenie kredytowe
12. Polska droga restrukturyzacji złych kredytów
13. Prywatyzacja sektora bankowego w Polsce – stan obecny i perspektywy
14. Etyka biznesu
15. Perspektywy bankowości inwestycyjnej w Polsce
16. Restrukturyzacja finansowa przedsiębiorstw i portfeli trudnych kredytów banków komercyjnych (podsumowanie skutków ustawy o restrukturyzacji)
17. Fundusze inwestycyjne jako instrument kreowania rynku finansowego w Polsce
18. Dług publiczny
19. Papiery wartościowe i derywaty. Procesy sekurytyzacji
20. Obrót wierzytelnościami
21. Rynek finansowy i kapitałowy w Polsce a regulacje Unii Europejskiej
22. Nadzór właścicielski i nadzór bankowy
23. Sanacja banków
24. Banki zagraniczne w Polsce a konkurencja w sektorze finansowym
25. Finansowanie projektów ekologicznych
26. Instrumenty dłużne na polskim rynku
27. Obligacje gmin
28. Sposoby zabezpieczania się przed ryzykiem niewypłacalności kontrahentów. Wydanie specjalne: Jak dokończyć prywatyzację banków w Polsce
29. Jak rozwiązać problem finansowania budownictwa mieszkaniowego
30. Scenariusze rozwoju sektora bankowego w Polsce
31. Mieszkalnictwo jako problem lokalny
32. Doświadczenia w restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstw w krajach Europy Środkowej
33. (nie ukazała się / was not published)

34. Rynek inwestycji energooszczędnych
35. Globalizacja rynków finansowych
36. Kryzysy na rynkach finansowych skutki dla gospodarki polskiej
37. Przygotowanie polskiego systemu bankowego do liberalizacji rynków kapitałowych
38. Docelowy model bankowości spółdzielczej
39. Czy komercyjna instytucja finansowa może skutecznie realizować politykę gospodarczą państwa?
40. Perspektywy gospodarki światowej i polskiej po kryzysie rosyjskim
41. Jaka reforma podatkowa jest potrzebna dla szybkiego wzrostu gospodarczego?
42. Fundusze inwestycyjne na polskim rynku – znaczenie i tendencje rozwoju
43. Strategia walki z korupcją – teoria i praktyka
44. Kiedy koniec złotego?
45. Fuzje i przejęcia bankowe
46. Budżet 2000
47. Perspektywy gospodarki rosyjskiej po kryzysie i wyborach
48. Znaczenie kapitału zagranicznego dla polskiej gospodarki
49. Pierwszy rok sfery euro – doświadczenia i perspektywy
50. Finansowanie dużych przedsięwzięć o strategicznym znaczeniu dla polskiej gospodarki
51. Finansowanie budownictwa mieszkaniowego
52. Rozwój i restrukturyzacja sektora bankowego w Polsce – doświadczenia 11 lat
53. Dlaczego Niemcy boją się rozszerzenia strefy euro?
54. Doświadczenia i perspektywy rozwoju sektora finansowego w Europie Środkowo-Wschodniej
55. Portugalskie doświadczenia w restrukturyzacji i prywatyzacji banków
56. Czy warto liczyć inflację bazową?
57. Nowy system emerytalny w Polsce – wpływ na krótko- i długoterminowe perspektywy gospodarki i rynków finansowych
58. Wpływ światowej recesji na polską gospodarkę
59. Strategia bezpośrednich celów inflacyjnych w Ameryce Łacińskiej
59. (a) Reformy gospodarcze w Ameryce Łacińskiej
60. (nie ukazała się)
61. Stan sektora bankowego w gospodarkach wschodzących – znaczenie prywatyzacji
62. Rola inwestycji zagranicznych w gospodarce
63. Rola sektora nieruchomości w wydajnej realokacji zasobów przestrzennych
64. Przyszłość warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych
65. Stan finansów publicznych w Polsce – konieczność reformy
66. Polska w Unii Europejskiej. Jaki wzrost gospodarczy?
67. Wpływ sytuacji gospodarczej Niemiec na polską gospodarkę
68. Konkurencyjność reform podatkowych – Polska na tle innych krajów
69. Konsekwencje przystąpienia Chin do WTO dla krajów sąsiednich
70. Koszty spowolnienia prywatyzacji w Polsce

71. Polski sektor bankowy po wejściu Polski do Unii Europejskiej
72. Reforma procesu stanowienia prawa
73. Elastyczny rynek pracy w Polsce. Jak sprostać temu wyzwaniu?
74. Problem inwestycji zagranicznych w funduszu emerytalnym
75. Funkcjonowanie Unii Gospodarczej i Walutowej
76. Konkurencyjność sektora bankowego po wejściu Polski do Unii Europejskiej
77. Zmiany w systemie polityki monetarnej na drodze do euro
78. Elastyczność krajowego sektora bankowego w finansowaniu MSP
79. Czy sektor bankowy w Polsce jest innowacyjny?
80. Integracja europejskiego rynku finansowego – Zmiana roli banków krajowych
81. Absorpcja funduszy strukturalnych
82. Sekurytyzacja aktywów bankowych
83. Jakie reformy są potrzebne Polsce?
84. Obligacje komunalne w Polsce
85. Perspektywy wejścia Polski do strefy euro
86. Ryzyko inwestycyjne Polski
87. Elastyczność i sprawność rynku pracy
88. Bułgaria i Rumunia w Unii Europejskiej Szansa czy konkurencja dla Polski?
89. Przedsiębiorstwa sektora prywatnego i publicznego w Polsce (1999–2005)
90. SEPA – bankowa rewolucja
91. Energetyka–polityka–ekonomia
92. Ryzyko rynku nieruchomości
93. Wyzwania dla wzrostu gospodarczego Chin
94. Reforma finansów publicznych w Polsce
95. Inflacja – czy mamy nowy problem?
96. Zaburzenia na światowych rynkach a sektor finansowy w Polsce
97. Stan finansów ochrony zdrowia
98. NUK – Nowa Umowa Kapitałowa
99. Rozwój bankowości transgranicznej a konkurencyjność sektora bankowego w Polsce
100. Kryzys finansowy i przyszłość systemu finansowego
101. Działalność antykryzysowa banków centralnych
102. Jak z powodzeniem wejść do strefy euro
103. Integracja rynku finansowego po pięciu latach członkostwa Polski w Unii Europejskiej
104. Nowe wyzwania w zarządzaniu bankami w czasie kryzysu
105. Credit crunch w Polsce?
106. System emerytalny. Finanse publiczne. Długookresowe cele społeczne
107. Finanse publiczne w krajach UE. Jak posprzątać po kryzysie (cz. 1)
108. Finanse publiczne w krajach UE. Jak posprzątać po kryzysie (cz. 2)

109. Kryzys finansowy – Zmiany w regulacji i nadzorze nad bankami
110. Kryzys fiskalny w Europie – Strategie wyjścia
111. Banki centralne w zarządzaniu kryzysem finansowym – Strategie wyjścia
112. Gospodarka nisko emisyjna – czy potrzebny jest Plan Marshalla?
113. Reformy emerytalne w Polsce i na świecie widziane z Paryża
114. Dostosowanie fiskalne w Polsce w świetle konstytucyjnych i ustawowych progów ostrożnościowych
115. Strefa euro – kryzys i drogi wyjścia
116. Zróżnicowanie polityki fiskalnej w trakcie kryzysu lat 2007–2009 i po kryzysie
117. Perspektywy polskiej gospodarki w latach 2012–2013
118. Problemy fiskalne w czasach malejącego popytu i obaw o wysokość długu publicznego
119. Kondycja banków w Europie i Polsce. Czy problemy finansowe inwestorów strategicznych wpłyną na zaostrzenie polityki kredytowej w spółkach–córkach w Polsce
120. Zmiany regulacji a rozwój sektora bankowego
121. Scenariusze energetyczne dla Polski
122. Dlaczego nie wolno dopuścić do rozpadu strefy euro
123. Unia bankowa – skutki dla UE, strefy euro i dla Polski
124. Procedura restrukturyzacji i uporządkowanej likwidacji banku doświadczenia światowe, rozwiązania dla UE i dla Polski
125. Ład korporacyjny w bankach po kryzysie
126. Sektor bankowy w Europie. Co zmienił kryzys?
127. Austerity Revisited, czyli ponownie o zacieśnieniu fiskalnym
128. Polityczne korzenie kryzysów bankowych i ograniczonej akcji kredytowej
129. Długofalowe skutki polityki niskich stop i poluzowania polityki pieniężnej
130. Kryzysy finansowe w ujęciu historycznym i co z nich dla nas wynika
131. Skutki niekonwencjonalnej polityki pieniężnej: czego banki centralne nie uwzględniają w swoich modelach?
132. Czy w Europie jest za dużo banków?
133. Transformacja gospodarcza w Polsce w perspektywie porównawczej
134. Jak kształtowała się konkurencja w sektorze bankowym w Polsce i w Europie przed kryzysem i w okresie kryzysu
135. Ćwierć wieku ukraińskich reform: za mało, za późno i zbyt wolno
136. Korporacyjny rynek papierów dłużnych w Polsce: aktualny stan, problemy, perspektywy rozwoju
137. Unia Bankowa - gdzie jesteśmy
138. Bezpośrednie i pośrednie obciążenia polskich banków AD 2015. Próba inwentaryzacji i pomiaru niektórych z nich
140. Stan i perspektywy rozwoju rynku funduszy private equity w Polsce
141. Co dalej z systemem Euro? (w przygotowaniu)
142. Problem nieściągalności VAT w Polsce pod lupą
143. Polityka gospodarcza i rozwój sytuacji makroekonomicznej na Węgrzech, 2010—2015
144. O wzroście gospodarczym w Europie, czyli niepewna perspektywa rozwoju krajów zachodnich
145. Katalońska gospodarka: kryzys, odbudowa i wyzwania dla polityki gospodarczej
146. Polityka gospodarcza i otoczenie międzynarodowe, a stan finansów publicznych w Polsce. Scenariusze
147. Jak Komisja Europejska i kraje europejskie walczą z oszustwami VAT

148. Kapitalizm oligarchiczny w Rosji: stagnacyjny ale stabilny
149. Znaczenie imigracji zarobkowej dla gospodarki Polski
150. Więcej za mniej: jaki system podatkowy dla Polski
151. Zdumiewające karty amerykańskiej historii pozostają w ukryciu
153. Czy Ukraina będzie w stanie wprowadzić rzeczywiste prawa własności?
154. Rozważania o systemie emerytalnym w XXI wieku: Kilka uwag na podstawie polskiego systemu