

mBank-CASE Seminar Proceedings No. 169/2021

Zeszyt mBank-CASE Nr 169/2021

An outline of needed reforms for the healthcare system: What has the COVID-19 crisis changed?

Kierunki niezbędnych reform w ochronie zdrowia. Co zmienia kryzys wywołany pandemią Covid-19?

Stanisława Golinowska (ed./red.)

Christoph Sowada

Marzena Tambor

Alicja Domagała

Iwona Kowalska-Bobko

Iwona Bielska



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

mBank-CASE Seminar Proceedings are a continuation of BRE-CASE Seminar Proceedings, which were first published as PBR-CASE Seminar Proceedings

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. Prosta 18, 00-850 Warszawa

Scientific Editor / Redakcja naukowa
Dr Ewa Balcerowicz

Series Coordinator / Sekretarz Zeszytów
Monika Rębała

Translation / Tłumaczenie
Nathaniel Espino

DTP
Aventino

Keywords: healthcare system, healthcare, public health, the COVID-19 pandemic; healthcare expenditures, household copayments, health insurance, medical staff, decentralization in healthcare, Poland, Canada

Słowa kluczowe: system zdrowotny, opieka zdrowotna, zdrowie publiczne, pandemia COVID-19, wydatki na zdrowie, współpłacenie przez gospodarstwa domowe, ubezpieczenia zdrowotne, kadry medyczne, decentralizacja w ochronie zdrowia, Polska, Kanada

JEL codes: H51, H75, I13, I18

ISBN: 978-83-7178-731-7

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

Disclaimer

The paper contains the views of its authors and not of the institutions with which they cooperate.

Nota prawna Tekst wyraża poglądy autorów, a nie instytucji, z którymi są związani.

Table of contents

Spis treści

Stanisława Golinowska

Introduction

Wstęp

5

Christoph Sowada

Chapter 1: On the financing of healthcare in Poland – three years later

Rozdział 1. O finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce – trzy lata później

15

Marzena Tambor

Chapter 2: Financing of healthcare by households

Rozdział 2. Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe

23

Alicja Domagała

Chapter 3: Limited labor resources for healthcare: attempts to overcome staff shortages

Rozdział 3. Ograniczone zasoby pracy dla ochrony zdrowia – próby przezwyciężenia deficytów kadrowych

30

Iwona Kowalska-Bobko, Stanisława Golinowska, Christoph Sowada

Chapter 4: Problems of decentralization in healthcare

Rozdział 4. Problemy z decentralizacją w ochronie zdrowia

40

Iwona Bielska, Stanisława Golinowska

Chapter 5: Public health in Canada – what are the lessons for Poland?

Rozdział 5. Zdrowie publiczne w Kanadzie. Czy i jaka lekcja dla Polski

46

Stanisława Golinowska

Chapter 6: Conclusions and recommendations

Rozdział 6. Wnioski i rekomendacje

51

Bibliography

Bibliografia

58

Noty biograficzne autorów

Authors' Biographical Notes

61

The list of previous mBank – CASE Seminar Proceedings

Lista poprzednich publikacji w tej serii wydawniczej

67

Introduction

Wstęp

Limitations on the efficient management of healthcare and on effective management in health facilities have been a constant problem in Poland for about 20 years. Thus far, reform programs haven't been comprehensive, and even those based on accurate and comprehensive diagnoses of the situation haven't had a lot of power to enact change.

The CASE Foundation has also undertaken work indicating the main causes of healthcare's ailments and outlining the threats to Poles' health. Previously, it had analyzed the ineffectiveness of the system after the 1999 reform. Much attention was paid to the dangerous lack of medical and care staff, factoring in the aging population with growing medical and care needs in developing forecasts. Alongside the currently constant theme of underfinancing the healthcare system, much attention has been paid in recent years to the subjects of weak governance; the lack of the necessary information to diagnose problems; the lack of planning, reporting and evaluation procedures; and insufficient dialog with both the public and healthcare workers, resulting in burdensome strikes by nurses, residents, anesthesiologists, and physical therapists. Attention has been drawn to the managerial incompetence of political leaders in the healthcare system, regardless of their occasionally very high medical qualifications.

The Covid-19 pandemic has uncovered all of the shortcomings of healthcare in Poland, which had consistently been being brought up in expert works and the public debate.

Our report on the healthcare interventions that are essential today – at the peak of the Covid-19 epidemic in Poland – is the fruit of presentations and discussions at the mBank-CASE Seminar held on April 15, 2021.¹

¹ The video is available on Bankier.pl (in Polish): <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Kierunki-niezbednych-reform-w-ochronie-zdrowia-8093340.html>.

Ograniczenia w sprawnym rządzeniu ochroną zdrowia oraz efektywnym zarządzaniu w placówkach zdrowotnych są w Polsce od około dwudziestu lat problemem trwałym. Dotychczasowe projekty reform nie były kompleksowe, nikła była też moc sprawcza tych projektów reform, które były oparte na trafnej i kompleksowej diagnozie sytuacji.

Także w Fundacji CASE podejmowano prace wskazujące na główne przyczyny niedomagań ochrony zdrowia i rysujące się zagrożenia dla stanu zdrowia populacji. Pierwsze obejmowały analizy nieefektywności systemu po reformie z 1999 r. Wiele uwagi poświęcono zagrożeniom związanym z deficytem zasobów kadr medycznych i opiekuńczych, uwzględniając w prognozach czynnik starzenia się populacji z rosnącymi potrzebami leczniczymi i opiekuńczymi. Obok stale obecnego tematu niedofinansowania systemu ochrony zdrowia, w ostatnich latach podnoszono temat słabości rządu, braku niezbędnych informacji do diagnozowania problemów, braku procedur planistycznych, sprawozdawczych i ewaluacyjnych, niedostatek dialogu społecznego z pracownikami służby zdrowia, skutkującego uciążliwymi strajkami pielęgniarek, rezydentów, anestezyjologów, fizjoterapeutów. Zwracano uwagę na niekompetencje zarządcze liderów politycznych w sektorze zdrowotnym, niezależnie od faktu ich niejednokrotnie bardzo wysokich kwalifikacji medycznych.

Pandemia Covid -19 wydożyła wszystkie niedostatki ochrony zdrowia w Polsce, które wcześniej stale podnoszono w pracach eksperckich oraz debacie publicznej.

Nasze opracowanie na temat niezbędnych interwencji w ochronie zdrowia w obecnym czasie – szczytu epidemii Covid-19 w Polsce – jest wynikiem prezentacji oraz dyskusji na seminarium mBank – CASE, które odbyło się 15 kwietnia 2021 r.¹ Nawiązuje ono do wszystkich

¹ Transmisja jest dostępna na portalu Bankier.pl: <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Kierunki-niezbednych-reform-w-ochronie-zdrowia-8093340.html>.

They address all the subjects raised at the mBank-CASE seminar in 2018: 1) the need for increased outlays on healthcare, along with more effective allocation; 2) the need for urgent investment in developing medical staff resources; 3) introducing transparent and socially acceptable rules for individual co-payments and 4) efficient public management (governance) of the healthcare system (see Golinowska et al, 2018). Additionally, it introduces the theme of organizing healthcare in relation to the dilemmas of the decentralization and autonomy of the main management entities and facilities that provide healthcare. It also raises the problem of public health and the consequences of neglecting this constantly underappreciated area of healthcare.

Each of these subjects requires an explanatory introduction of the categories applied and of more general relevant principles (and theories) which will make it easier to understand our recommendations.

1. Financing sources

In terms of the universal demands for increased financing of healthcare in Poland, it's worth showing where they come from. We illustrate this below, while also presenting the defined goal.

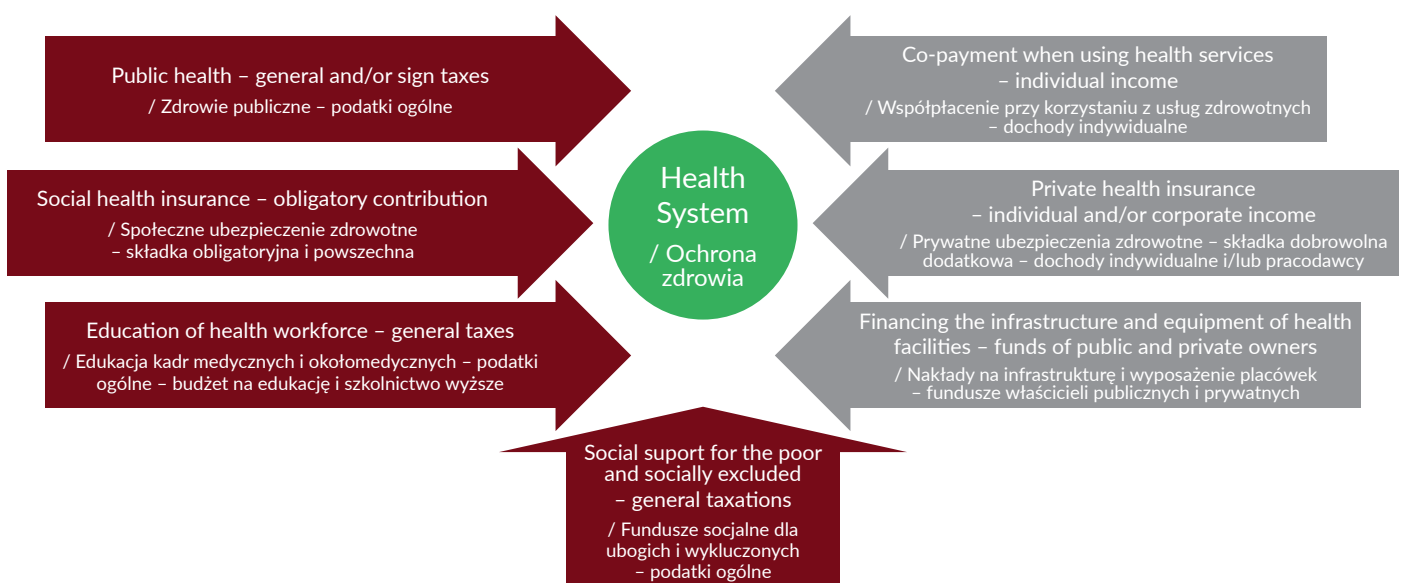
tematów podniesionych na seminarium mBank-CASE w 2018 r.: (1) potrzeby wzrostu nakładów na ochronę zdrowia połączonego z ich bardziej efektywną alokacją, (2) konieczności pilnego zainwestowanie w rozwój zasobów kadr medycznych, (3) wprowadzenia transparentnych i społecznie akceptowanych reguł indywidualnego współpłacenia oraz (4) sprawnego zarządzania publicznego (rządzenia) systemem ochrony zdrowia (zob. Golinowska et al. 2018). Dodatkowo wprowadza wątek organizacji ochrony zdrowia w odniesieniu do dylematów decentralizacji oraz autonomii głównych podmiotów zarządczych oraz placówek świadczenia usług zdrowotnych. Podnosi także problem zdrowia publicznego i konsekwencji zaniedbań tej stale niedowartościowanej części ochrony zdrowia.

Każdy z podjętych tematów wymaga wprowadzenia wyjaśniającego stosowane kategorie oraz ogólniejsze zasady (i teorie), co ułatwi zrozumienie naszych rekomendacji.

1. Źródła finansowania

Wobec powszechnego domagania się wzrostu poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce warto pokazać jego źródła. Na poniższym schemacie je określamy, wskazując jednocześnie zdefiniowany cel.

Graph 1. Funding sources of public health and health care services
Grafika 1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce



Source: author's own elaboration / Źródło: opracowanie własne

General taxes finance the basic functions of the state related to investment in health, such as creating staff resources, primary and secondary prevention of chronic disease, monitoring living conditions that affect health, ensuring safety when health is threatened, and health education and promotion. General taxes also finance new infrastructure, as well as information-analytical and research facilities.

Social health insurance (SUZ) finances healthcare services on the basis of an assessment of the costs and risk of the given disease. In the operation of SUZ, two principles are significant: defining the range of benefits guaranteed to be covered (the so-called basket) and solidarity, which describes the degree of internal redistribution to ensure equal access (regardless of contribution and risk level).

Private health insurance (PUZ) finances the costs of health benefits that don't fit into the SUZ system, for groups not covered by SUZ, or the costs of care above the standard level at a healthcare facility. Alongside contribution payments from the incomes of individual policyholders, employers also sometimes contribute to financing. This group also includes quasi-insurance forms such as Poland's so-called subscriptions (packages of benefits purchased from providers).

Individual income: copayments introduced to prevent abuse of benefits are financed directly from the patient's pocket, as are benefits outside the basket.

2. Ensuring adequate healthcare staff

Problems with a lack of healthcare staff in many countries of the world (not only in developing countries) had already been noted at the end of the 20th century. Many mutually reinforcing factors contribute to this:

- The declining attractiveness, prestige, and income of the medical and support professions in light of the much higher effort required to gain

Podatki ogólne – finansują podstawowe funkcje państwa dotyczące inwestowania w zdrowie i jego ochronę, takie jak tworzenie zasobów kadrowych, pierwotną i wtórną prewencję chorób społecznych, kontrolowanie warunków życia wpływających na zdrowie, zapewnianie bezpieczeństwa w sytuacji zagrożeń zdrowia, edukację i promocję zdrowia. Z podatków ogólnych finansowana jest też nowa infrastruktura, a także placówki informacyjno-analityczne oraz badawcze.

Spółeczne ubezpieczenie zdrowotne (SUZ) – finansuje świadczenia zdrowotne na podstawie oceny kosztów wystąpienia ryzyka choroby. W funkcjonowaniu SUZ znaczenie mają dwie zasady: zdefiniowanie zakresu świadczeń gwarantowanych do pokrycia (tzw. koszyk) oraz solidaryzm, który określa zakres redystrybucji wewnętrznej, aby zapewnić równą dostępność (bez względu na wkład i poziom ryzyka).

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne (PUZ) – finansuje koszty świadczeń zdrowotnych nie mieszczące się w systemie ubezpieczeń społecznych lub dla grup nieobjętych SUZ, a także ze względu na ponadstandardowe warunki pobytu w placówce zdrowotnej. Obok opłacania składki z dochodów indywidualnych ubezpieczonych, do finansowania włącza się niekiedy pracodawca. Do tej grupy zalicza się też formy quasi-ubezpieczeniowe, np. występujące w Polsce tzw. abonamenty (świadczenia pakietowe nabywane od świadczeniodawców).

Dochody indywidualne – bezpośrednio z kieszeni finansowane jest współpłacenie wprowadzane by zapobiegać nadużywaniu świadczeń, a także na świadczenia spoza koszyka.

2. Troska o kadry dla ochrony zdrowia

Problemy z niedostatkiem kadr ochrony zdrowia w wielu krajach świata (nie tylko w krajach rozwijających się) dostrzeżono już w końcu XX wieku. Składa się na nie wiele wzmacniających się nawzajem czynników:

- Spadająca atrakcyjność, prestiż i dochody zawodów medycznych i okołomedycznych wobec dużego większego wysiłku w zdobywania kwalifi-

qualifications, followed by higher professional responsibility in comparison to professions that ensure high wages, e.g., finance or IT;

- New medical technologies: medicines and new therapies that require staff with ever higher qualifications, who must constantly broaden them;
- Growth in demand for medical services as a result of increasing living standards;
- The aging population.

Healthcare staff shortages in middle-income countries are exacerbated by migration. In Europe, medical staff emigrates from Eastern European countries (including Poland) to Western Europe, and from the West to the U.S., though on a much smaller scale. These migrations don't resolve the problem of shortages: they mitigate the shortage in wealthier (destination) countries, but deepen it in the countries of origin.

The problem of medical staff shortage was long underappreciated in Poland. The 1999 healthcare reform assumed that the post-communist system had left behind it a surplus of human resources and had created cost-ineffective solutions. For this reason, supply was restricted, as were funds to maintain resources seen as excessive, and financing rules were introduced based on principles of what is known as the internal market, leading in practice to restrictions on labor costs. The final result of cost competition was exploitation of staff, who now had to work overtime to earn a decent wage.

A spectacular example of the underappreciation of the medical staff shortage was the decision to eliminate nursing high schools, and later, post-secondary nursing education. Another contributor to the reduction of nursing staff was the introduction of the requirement for nurses to complete tertiary education, whose purpose was to equalize medical qualifications in the EU. Regardless of the value of this goal in relation to service quality, its implementation, in light of the low salaries in Poland, *de facto* encouraged nurses to emigrate.

The influence of analytical-predictive works by the EC (European Commission 2012) as part of its health

kacji, a następnie większej odpowiedzialności zawodowej w porównaniu z zawodami zapewniającymi wysokie wynagrodzenia, np. w finansach czy informatyce;

- Nowe technologie medyczne; leki i nowe terapie, wymagające kadr o coraz wyższym poziomie kwalifikacji i stale je poszerzających;
- Wzrost popytu na usługi medyczne w związku z rosnącym dobrobytem;
- Starzenie się populacji.

Niedobory kadr ochrony zdrowia w krajach z grupy o średnich dochodach powiększa zjawisko migracji. W Europie pracownicy medyczni emigrują z krajów Europy Wschodniej (także z Polski) do Zachodniej, a z Zachodniej do USA, chociaż w znacznie mniejszej skali. Migracje nie rozwiązują problemu niedostatku: łagodzą deficyt w krajach zamożniejszych (przyjmujących), ale pogłębiają w krajach wysyłających.

Problem deficytu kadr medycznych w Polsce był długo niedoceniany. W założeniach reformy ochrony zdrowia z 1999 r. przyjęto, że system postkomunistyczny pozostawił po sobie nadmierne zasoby kadrowe i tworzył rozwiązania kosztowo nieefektywne. Z tego powodu ograniczano podaż i środki na utrzymanie zasobów ocenianych jako nadmierne i wprowadzano zasady finansowania oparte na zasadach tzw. rynku wewnętrznego, prowadzące w praktyce do ograniczania kosztów pracy. Końcowym skutkiem konkurencji kosztowej była eksploatacja kadr pracujących ponadwymiarowo, aby uzyskać przyzwoite dochody z pracy.

Spektakularnym przykładem niedoceny niedoboru kadr medycznych była decyzja o likwidacji liceów pielęgniarских, a następnie pielęgniarских studiów pomaturalnych. Do zmniejszenia zasobów kadr pielęgniarских przyczyniło się także wprowadzenie obowiązku zdobywania przez pielęgniarki wyższego wykształcenia, którego celem było wyrównywanie kwalifikacji medycznych w ramach UE. Niezależnie od słuszności tego postulatu w odniesieniu do jakości świadczeń, jego realizacja – wobec niskich wynagrodzeń w Polsce – ułatwiała *de facto* emigrację pielęgniarek za granicę.

programs, such as Matrix Insight (2012) and research projects, e.g., FP 7 Neujobs – *Employment 2025: How multiple transitions will affect the European labor market*, led some to raise the alarm about the growing shortages of medical and care staff as an effect of the fast growth in healthcare needs caused by the aging of the population. In Poland the dissemination of these works (see Golinowska, Kocot and Sowa 2013) didn't receive an appropriate response at the time.

The shortage of healthcare staff in Poland is deep and was dramatically laid bare by the health crisis caused by the Covid-19 pandemic (which we describe in Chapter 3 of the Proceedings), and opportunities for rapid action are limited.

In conditions of global interdependence on the flow not only of goods but also of people, solutions must include the necessary international cooperation. Competition for medical staff is both limited and unethical. In relation to the European Community, the need for tight cooperation, rather than competition for scarce resources, is an indispensable element of integration.

3. Organization of the healthcare system

Similarly to our previous work (Golinowska et al 2018), we adopt respect for the principles of good governance as the criterion for evaluating the quality of the healthcare system. This concept has been being promoted and implemented for more than two decades by many bodies, including the WHO.²

The criteria for good governance include both questions of effective management and ethical matters. Ensuring equal access (without exclusion), the ability for stakeholders to participate in decision-making in a framework of dialog and transparency, and from the

2 A description of the rules of good governance in healthcare in the context of new global challenges is presented in the work of the main WHO experts Ilona Kickbusch and David Gleicher (2012).

Pod wpływem prac analityczno-prognostycznych prowadzonych przez Komisję Europejską (European Commission 2012), w ramach jej programów zdrowia, np. Matrix Insight (2012) oraz projektów badawczych, np. FP 7 Neujobs – *Employment 2025: How multiple transitions will affect the European labour market*, zaczęto alarmować o wzroście niedoborów kadr medycznych i opiekuńczych jako efektu wysokiej dynamiki potrzeb zdrowotnych spowodowanych starzeniem się populacji. W Polsce popularyzacja wyników tych prac (zob. Golinowska, Kocot i Sowa 2013) nie wywołała wówczas odpowiedniej reakcji.

Niedobór kadr dla ochrony zdrowia w Polsce jest duży i został dramatycznie wyeksponowany przez kryzys zdrowotny spowodowany przez pandemię Covid-19 (o czym piszemy w rozdziale 3 Zeszytu), a możliwości szybkiego działania są ograniczone.

W warunkach globalnej współzależności przepływu nie tylko dóbr, a także ludzi, rozwiązania muszą uwzględniać niezbędną współpracę międzynarodową. Konkurencja o zasoby kadr medycznych jest zarówno ograniczona, jak i nieetyczna. W odniesieniu do Wspólnoty Europejskiej konieczność ścisłego współdziałania, a nie konkurowania o ograniczone zasoby, jest niezbywalnym elementem integracji.

3. Organizacja systemu ochrony zdrowia

Podobnie jak w poprzednim opracowaniu (Golinowska et al. 2018), przyjmujemy, że kryterium oceny jakości systemu ochrony zdrowia jest respektowanie zasad dobrego rządzenia (*good governance*). Koncepcja ta jest promowana i wdrażana od ponad dwóch dekad także przez WHO².

Kryteria dobrego rządzenia obejmują zarówno kwestie efektywnego zarządzania, jak i sprawy etyczne. Zapewnienie równego dostępu (bez wykluczania), możliwości uczestniczenia interesariuszy w podejmowaniu decyzji w ramach dialogu i transparentności, a z ekonomiczne-

2 Rozpisane zasady dobrego rządzenia w ochronie zdrowia w kontekście nowych globalnych wyzwań przedstawiono w pracy głównych ekspertów WHO Ilony Kickbusch oraz Davida Gleichera (2012).

economic point of view, achieving effectiveness and efficiency are the main characteristics of good management that are required of politicians and administrators and supported by society in general.

The healthcare system is by nature exceptionally complicated; it includes numerous actors and subjects who play several roles: citizens, consumers, producers, workers, managers, and patients. Additionally, every environment in which we live has an impact on health: home, school, place and type of work, public space and transportation.

In each of these roles and places, it is commonplace to declare that we care for our health, but in real life, it's not always a priority. The real degree of concern for health is demonstrated by political systems and decisions – more or less democratic, and with differing degrees of social orientation (including health orientation). If health were always a priority, health goals wouldn't slip to the back burner – wouldn't in fact be marginalized, which results in worse morbidity and mortality indicators.

The complication of health matters also results from the development of medical specializations in which, despite success in treating various organs, the unity of the person, their various dimensions of life, and how they act on health, is lost. This is the reason for efforts to introduce a holistic approach: a way of organizing health issues that would make it possible to perceive the person as a whole, in the context of their surroundings.

The new paradigm of proper organization of healthcare that's being promoted in international circles is called smart governance (Nye 2011). It emphasizes cooperation, an engaged approach, legal regulations combined with explanation and persuasion, independence of research and expert organizations, and an adaptable (implementable) policy, based on strong institutions and taking into account the long-term perspective.

go punktu widzenia osiągnięcie efektywności (zarówno w sensie skuteczności, jak i efektywności kosztowej), to główne cechy dobrego rządzenia, które wymagane są od polityków i administracji oraz popierane przez ogół społeczeństwa.

System ochrony zdrowia jest z natury rzeczy wyjątkowo złożony; obejmuje wielu aktorów i adresatów, którzy występują w kilku rolach: obywateli, konsumentów, producentów, pracowników, menedżerów i pacjentów. Ponadto, wpływ na zdrowie ma każde środowisko życia: dom, szkoła, miejsce i rodzaj pracy, przestrzeń publiczna czy transport.

W każdej z wymienionych ról oraz miejsc przebywania troska o zdrowie deklaratywnie jest oczywista, ale w życiu realnym nie zawsze priorytetowa. Realne znaczenie troski o zdrowie określają systemy i decyzje polityczne – mniej czy bardziej demokratyczne oraz o różnym stopniu orientacji społecznej (w tym zdrowotnej). Jeśli zdrowie miałyby zawsze priorytet, to cele zdrowotne nie spadałyby na dalszy plan, czy nie byłyby wręcz marginalizowane, co skutkuje gorszymi wskaźnikami zachorowalności i umieralności.

Skomplikowanie spraw zdrowia wynika także z rozwoju specjalizacji medycznych, w których, mimo sukcesów w leczeniu różnych organów ciała, gubi się jedność człowieka z jego różnymi wymiarami życia oraz ich oddziaływaniem na zdrowie. Z tego powodu mają miejsce starania o wdrożenie podejścia holistycznego: takiej organizacji spraw zdrowia, aby możliwe było dostrzeganie człowieka w całości i w otoczeniu.

Ekspozowany w środowiskach międzynarodowych ekspertów nowy paradygmat dobrej organizacji ochrony zdrowia nazywany jest inteligentnym rządzeniem (*smart governance*) i nawiązuje do koncepcji inteligentnej siły oddziaływania (Nye 2011). Akcentuje się w niej współpracę, zaangażowane podejście, regulacje prawne połączone z wyjaśnianiem i perswadowaniem, niezależność organizacji badawczych i eksperckich oraz prowadzenie polityki adaptowalnej (wdrażalnej), opartej na silnych instytucjach i uwzględniającej długookresową perspektywę.

4. Public health

The need for constant care for health, including when there is no pain and no evident disease or circumstance requiring life saving efforts, is not universally known, and behaviors that help prevent disease are underappreciated.

History demonstrates that public actions (by states and cities) caring for health, directed toward citizens or residents, have been undertaken for two main reasons. The first were epidemics and other mass health problems. Public actions were supported by recognition of the causes of illness (e.g., contaminated water, lack of cleanliness and personal hygiene, or polluted air) and discoveries in biology and medicine (e.g., identification of harmful bacteria, viruses and other pathogens, and ways of defending against them). Another reason the public authorities began to influence the living conditions of their citizens was the need to keep the population in good shape: men for military reasons (healthy soldiers), women for the quality of their descendants and the need to care for them. The social dimension of care for health during the Industrial Revolution was supported by workers' movements and the actions of trade unions, as well as the paternalistic attitude of employers interested in growth of labor productivity and social peace.

Improvements in living conditions and the development of new medical technologies, leading to unprecedented progress in the treatment of contagious and other diseases, helped drive an increase in average life expectancy. Contagious diseases were reduced to a problem of places far from the main economic, research and opinion-forming centers. The result was a drop in the significance of public health, and as a result, a limitation of public activity in this area.

Meanwhile, public health faced new challenges. In countries of growing wellbeing, threats to health arose primarily because of the expansion of non-contagious chronic diseases, known as lifestyle diseases. The high costs of treating these ailments (of the circulatory system, cancers, diabetes, ...) and their social and economic consequences (limited physical capacity, the need for

4. Zdrowie publiczne

Potrzeba stałej troski o zdrowie, także wtedy, gdy nie dokucza ból i nie pojawia się choroba czy wypadek wymagający ratowania życia, nie jest powszechnie uświadomiona, a i niedostatecznie doceniane jest postępowanie sprzyjające zapobieganiu chorobom.

Historia dowodzi, że działania publiczne (państw i miast) dotyczące dbania o zdrowie, adresowane do obywateli czy mieszkańców, były podejmowane z dwóch głównych powodów. Pierwszym były epidemie i inne masowe problemy zdrowotne. Działaniom publicznym sprzyjało rozpoznanie przyczyny zachorowań (zakażona woda, nieczystości, brak higieny osobistej, zanieczyszczone powietrze) oraz odkrycia w biologii i medycynie (rozpoznawanie złych bakterii, wirusów, czy innych patogenów oraz sposobów obrony przed nimi). Drugi powód: władze publiczne zaczęły wpływać na warunki bytu społeczeństwa w związku z potrzebą utrzymania ludności w dobrej kondycji; mężczyzn ze względów militarnych (zdrowie żołnierzy), kobiet ze względu na jakość potomstwa i potrzebę sprawowania nad nim opieki. Społecznemu wymiarowi troski o zdrowie w okresie industrializacji sprzyjały ruchy robotnicze i działalność związków zawodowych, a także paternalistyczna postawa pracodawców zainteresowanych wzrostem wydajności pracy i pokojem społecznym.

Wzrost dobrobytu i rozwój nowych technologii medycznych, prowadzący do niebywałego postępu w leczeniu chorób zakaźnych i innych, wpłynął na wzrost przeciętnego trwania życia. Choroby zakaźne wybuchły już w miejscach odległych od głównych ośrodków gospodarczych, badawczych i opiniotwórczych na świecie. Skutkiem był spadek znaczenia zdrowia publicznego i w konsekwencji – ograniczenie działań publicznych w tej dziedzinie.

Tymczasem przed zdrowiem publicznym stanęły nowe wyzwania. W krajach rosnącego dobrobytu zagrożenia zdrowia wynikały przede wszystkim z powodu ekspansji niezakaźnych chorób przewlekłych, zwanych chorobami stylu życia. Wysokie koszty leczenia tych chorób (układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy,...) oraz ich konsekwencje społeczno-ekonomiczne (ogra-

support and care services) put health promotion, understood as health intervention for the purpose of shaping a healthy lifestyle, on the agenda.

The significance of public health declined when previously pervasive contagious diseases (mainly tuberculosis and other bacterial diseases) were brought under control, causing fear that in a new epidemic phase, it might not be possible to quickly scale up in terms of developing staff resources, creating the appropriate institutions, and ensuring the conditions for them to operate, as well as persuading and engaging society to joint action.

In the 1980s, widespread initiatives emerged for a renaissance of public health. One of them is the Canadian concept of health promotion. A decade earlier, the Canadian Minister of National Health and Welfare, Marc Lalonde, had published a report titled *A New Perspective on the Health of Canadians* (Lalonde 1974), pointing out the significance of the social and environmental conditions of the population's health, which are just as important as (if not more important than) biological traits and the quality of healthcare. His Health Field Concept contributed to a new, population-based view of health policy, in which the condition of residents' health is determined by interventions in many areas of their life, not only progress in treating disease.

In 1979, a few years after the report on Canadians' health appeared, the report *Healthy People* was published in the U.S. Reports on the health of Americans were continued in later years and formed the basis for strategy, not only in the area of public health, but also health policy at the federal level, with indicators for local actions. The findings of the American documents broadened the concept of public health.

Within the WHO framework, the Ottawa Charter was created in 1986, encouraging action to promote a healthy lifestyle and create living conditions that aren't harmful for health. Since that time the idea of a new kind of public health has been promoted, which stresses maintaining health (individually and at the population level) through action to promote health and prevent the main civilizational diseases. These principles were also

niczona sprawność, potrzeba wsparcia i usług opiekuńczych), postawiły na porządku dziennym promocję zdrowia rozumianą jako interwencja zdrowotna w celu kształtowania zdrowego stylu życia.

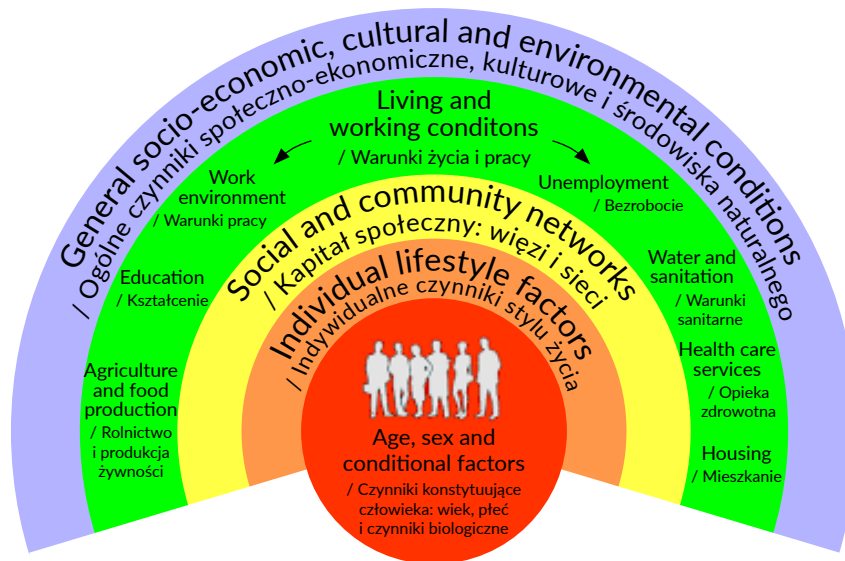
Spadek znaczenia zdrowia publicznego wynikający z opanowania dominujących wcześniej chorób zakaźnych (głównie gruźlicy i innych chorób bakteryjnych) wywołał zaniepokojenie, czy w nowej fazie epidemiologicznej możliwe będzie szybkie jego dowartościowanie, zarówno pod względem rozwoju profesjonalnych kadr, utworzenia odpowiednich instytucji i zapewnienia warunków dla ich działalności, jak i przekonania oraz zaangażowania społeczeństwa do współdziałania.

W latach 1980. powstały nośne inicjatywy na rzecz renesansu zdrowia publicznego. Jedną z nich jest kanadyjska koncepcja promocji zdrowia. Minister zdrowia i opieki społecznej Kanady Marc Lalonde już dekadę wcześniej opublikował raport pt. *A New Perspective on the Health of Canadians* (Lalonde 1974) zwracając w nim uwagę na znaczenie społecznych oraz środowiskowych uwarunkowań zdrowia populacji, które są równie ważne (jeśli nie ważniejsze) niż cechy biologiczne i jakość opieki zdrowotnej. Jego koncepcja tzw. pól zdrowia przyczyniła się do nowego, populacyjnego spojrzenia na politykę zdrowotną, w której o stanie zdrowia ludności (mieszkańców) decydują interwencje w wielu obszarach życia ludzi, a nie tylko postęp w leczeniu chorób.

Kilka lat po ukazaniu się raportu o zdrowiu Kanadyjczyków, także w USA powstał (w 1979 r.) raport o zdrowiu Amerykanów pt. *Healthy People*. Raporty o zdrowiu Amerykanów były kontynuowane w kolejnych latach i stanowiły podstawę strategii nie tylko w zakresie zdrowia publicznego, lecz także polityki zdrowotnej na szczeblu federalnym ze wskazaniem dla działań lokalnych. Wnioski wynikające z amerykańskich raportów rozszerzyły koncepcję zdrowia publicznego.

W ramach WHO powstała Karta Ottawska (1986), eksponująca działania na rzecz zdrowego stylu życia i tworzenia warunków życia nieszkodliwych dla zdrowia. Od tego czasu eksponuje się ideę nowego zdrowia publicznego, które akcentuje kontrolowanie zdrowia (indywidualnie i populacyjnie) poprzez działania w zakresie promocji zdrowia i prewencji głównych chorób

Graph 2. Main determinants of health – Health rainbow
 Grafika 2. Determinanty zdrowia – tęcza zdrowia



Source: Dalgren and Whithead (1991 and 1993) / Źródło: Dalgren i Whithead (1991 i 1993)

formulated in the WHO strategy, titled *Health for All by the Year 2000*.

Among European countries, issues of the population's health received the most attention in the UK. In 1980, a report on inequalities in health was published under the direction of Douglas Black.³ It indicated that health is conditioned not so much by the functioning of the National Health Service as by inequalities in people's living conditions: residences, employment and work, the quantity and type of food consumed, and access to education and financial support (benefits mainly from social assistance for the poor, e.g., to buy medicine) (Gray 1982).

The ideas of the Ottawa Charter made it into the European Union thanks to collaboration with the WHO's Regional Office for Europe. Lalonde's model of fields was modified, sketching out what's known as the rainbow of factors that influence health, which was presented by Dalgren and Whithead (1991 and 1993).

In 2012 a catalog was laid out of 10 basic functions of public health (European Public Health Operations). Assessment of the performance of these functions in par-

3 Douglas Black, president of the Royal College of Physicians, directed the working group appointed by the Labour Party to perform a social assessment of the effectiveness of health policy in the United Kingdom.

cywilizacyjnych. Zasady te sformułowano w strategii WHO nazwanej „Zdrowie dla wszystkich 2000”.

W krajach europejskich sprawy zdrowia populacji najczęściej były przedmiotem uwagi w Wielkiej Brytanii. W 1980 r. ukazał się raport o nierównościach w zdrowiu pod kierunkiem Douglasa Blacka³. Raport wskazywał na to, że stan zdrowia uwarunkowany jest nie tyle funkcjonowaniem NHS (Narodowej Służby Zdrowia), co nierównościami warunków życia ludności: mieszkaniowymi, zatrudnienia i pracy, ilością oraz rodzajem spożywanej żywności, a także dostępem do edukacji i wsparcia finansowego (zasiłków gł. z pomocy społecznej dla ubogich, np. na zakup leków) (Gray 1982).

Idee Karty Ottawskiej do Unii Europejskiej dotarły dzięki współpracy z Europejskim Biurem Regionalnym WHO. Zmodyfikowano model pól Lalonda, szkicując tzw. tęczę czynników wpływających na zdrowie, którą zaprezentowali Dalgren i Whithead (1991 i 1993).

W 2012 r. sformułowano katalog 10 podstawowych funkcji zdrowia publicznego (European Public Health Operations). Ocena realizacji tych funkcji w poszczególnych krajach wskazała, że w krajach Europy Południowej

3 Douglas Black, przewodniczący the Royal College of Physicians, kierował pracami grupy roboczej powołanej przez Partię Pracy w celu społecznej oceny skuteczności polityki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie.

particular countries indicated that in Southern and Eastern Europe, only a few (three in Poland) are achieved at a level greater than 50% (WHO 2015).

What is foundational for the new public health is an emphasis on differentiating responsibility for managing health: from the individual to the collective, but always with the participation of supervising state institutions.

In Poland, the concept of a new public health has long remained under-appreciated. What is known as social medicine, carried over from the post-war period, focused its interests on preventing contagious disease and on direct working conditions. Among the noted health risks, attention was drawn to excessive consumption of strong alcohol. In the 1990s, actions were taken to reduce smoking, and good effects were achieved in control of tobacco-related diseases.⁴

In a handbook identifying the basic legal regulations classified as public health-related (Głowacka and Zdanowska 2013), the threats arising from an unhealthy lifestyle and other threats to health, e.g., those related to environmental pollution, were still absent. An act on public health, delineating the tasks of the state and assigning modest public funding was passed only in 2015; meanwhile, in other EU countries a second wave of regulations was being introduced, related to new epidemiological phenomena and health problems. The traditional public health institution, the sanitary inspectorate, lost its significance by not adjusting to new challenges and by being ignored in health policy (Seweryn 2015).

A sign of the times is the context of the current situation, when the entire world is experiencing the Covid-19 epidemic and the European Economic Recovery Plan is being discussed across the EU, including in Poland. This features plans for a decisive improvement in healthcare. The analyses and solutions prepared in this report may constitute an expert contribution in directing the necessary actions for the improvement that's being called for.

4 Quitting smoking was successfully promoted by Professor Witold Zatoński, who started the Health Promotion Foundation, which prepared the popular educational materials, How to Quit Smoking and the European Cancer-Fighting Code. Its slogans included "Quit smoking with us" and "Smoking can be cured."

oraz Wschodniej tylko kilka (w Polsce – 3) jest realizowanych w stopniu wyższym niż 50 proc. (WHO 2015).

To, co dla nowego zdrowia publicznego jest zasadnicze – to wskazanie na zróżnicowanie odpowiedzialności za kontrolowanie zdrowia: od indywidualnej do zbiorowej, ale zawsze z udziałem nadzorującej instytucji państwa.

W Polsce koncepcja nowego zdrowia publicznego długo pozostawała niedoceniona. Przeniesiona z okresu powojennego tzw. medycyna społeczna koncentrowała swe zainteresowania na profilaktyce chorób zakaźnych i bezpiecznych warunkach pracy. Spośród ryzyk zdrowotnych uwagę skupiało nadmierne picie mocnych alkoholi. W latach 1990. podjęto działania związane z ograniczeniem palenia i osiągnięto dobre efekty w kontroli chorób odtytoniowych⁴.

W podręczniku identyfikującym podstawowe przepisy prawne zaliczone do zdrowia publicznego (Głowacka i Zdanowska 2013), zagrożenia wynikające z niezdrowego stylu życia oraz innych zagrożeń zdrowia, np. związanych z zanieczyszczeniem środowiska, były jeszcze nieobecne. Ustawa o zdrowiu publicznym wskazująca zadania państwa i niewielkie fundusze publiczne uchwalona została w dopiero w 2015 r., gdy tymczasem w innych krajach UE wprowadzano w życie drugą falę przepisów, związanych z nowymi zjawiskami epidemiologicznymi i problemami zdrowia. Tradycyjna instytucja zdrowia publicznego – inspekcja sanitarna – traciła swe znaczenie wobec niedostosowywania się do nowych wyzwań i lekceważenia jej przez politykę zdrowotną (Seweryn 2015).

Znakiem czasu jest kontekst obecnej sytuacji, kiedy cały świat doświadcza epidemii Covid-19 i dyskutowany jest, także w Polsce, Europejski Plan Odbudowy Gospodarczej po pandemii. Deklarowana jest w nim zdecydowana poprawa ochrony zdrowia. Przygotowane w tym raporcie analizy i rozważania mogą stanowić ekspercki wkład w ukierunkowanie koniecznych działań dla deklarowanej poprawy.

4 Odchodzenie od palenia skutecznie promował prof. Witold Zatoński, założyciel fundacji Promocji Zdrowia, która głosiła: „Rzuć palenie razem z nami”, „Palenie jest uleczalne” oraz przygotowała popularne materiały edukacyjne: „Jak rzucić palenie?” i „Europejski kodeks walki z rakiem”.

Chapter 1: On the financing of healthcare in Poland – three years later

Rozdział 1. O finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce – trzy lata później

Introduction

Three years after the previous mBank-CASE Seminar on healthcare (on May 24, 2018), I'm returning to the subject of how it's financed. At that time I gave a presentation titled *The financing of healthcare in Poland*, which then became a chapter in a joint publication (Golinowska et al. 2018).

In this article, I will examine changes in financing, lengthening the period under analysis to include the final years of the past decade. During that time there were declarations from politicians about the priority they placed on health, which awakened hope for an improvement in the situation of the healthcare sector. In 2017 the law known as "6% for Health"¹ was passed, calling for a gradual increase in public spending on healthcare (defined as spending by the state budget and the National Health Fund) to at least 6% of GDP in the target year (initially 2025, later 2024).

But the politicians' declarations and decisions didn't change the trend. If there is one constant in the Polish healthcare system in recent decades, it is never-ending financial problems. Among EU and OECD member countries, Poland is in last places in terms of the share of healthcare spending in GDP and in healthcare spending per capita, even though Poles' needs for care are no lower than anywhere else – and perhaps, in light of Poles' unhealthy living conditions and lifestyles, they are in fact higher. Additionally, the limited funds that go to healthcare in Poland are not always used effectively.

1 The act amending the act on healthcare benefits financed from public funds of November 24, 2017.

Wprowadzenie

Po trzech latach od poprzedniego seminarium mBank-CASE (24 maja 2018 r.) na temat ochrony zdrowia wracam do tematu jej finansowania. Wówczas przedstawiłem prezentację nt. finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, która następnie stała się rozdziałem wspólnej publikacji (Golinowska i in. 2018).

Tutaj rozważam zmiany finansowania, przedłużając okres analizy na ostatnie lata minionej dekady. W tym czasie padły deklaracje polityków o priorytetowym znaczeniu w ich decyzjach spraw zdrowia społeczeństwa, które rozbudziły nadzieje na poprawę sytuacji sektora zdrowotnego. W 2017 r. uchwalono ustawę nazywaną „6 proc. na zdrowie”¹, zakładającej stopniowy wzrost udziału wydatków publicznych na zdrowie (definiowanych jako wydatki budżetu państwa i NFZ) w relacji do PKB, do co najmniej 6 proc. w roku docelowym (pierwotnie w 2025, a następnie w 2024).

Jednakże deklaracje i decyzje polityków nie zmieniły tendencji. Jeśli istnieje jakaś stała charakteryzująca polski system ochrony zdrowia w ostatnich dekadach, to są nią permanentne problemy finansowe. Wśród krajów – członków Unii Europejskiej i należących do OECD Polska zajmuje końcowe miejsca pod względem udziału wydatków zdrowotnych w PKB i wydatków zdrowotnych per capita, chociaż potrzeby zdrowotne polskiego społeczeństwa nie są mniejsze niż gdzie indziej, a być może, ze względu na wyjątkowo niesprzyjające zdrowiu warunki i styl życia Polaków, są nawet większe. Ponadto ograniczone środki przeznaczone w Polsce na ochronę zdrowia, nie zawsze wykorzystywane są efektywnie.

1 Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 24 listopada 2017 r.

The Covid-19 pandemic, which Poland's healthcare system and economy have been grappling with since spring 2020, has laid bare all the system's weaknesses, which had long been known. Of course, no reasonable person could have expected that in a few years, even if certain significant reforms were undertaken, we could manage to make up several decades' worth of arrears. Still, regardless of the current situation, it's worth checking what changes in the level of financing had taken place up to the moment the pandemic broke out.²

1.1. Spending on healthcare

What picture of the financing of the Polish healthcare system can be drawn based on the available data?³ Nominal growth in spending on healthcare in 2015-2018 was 17.6%. Because the price index for health for that period was 102.9, the rate of real growth was 14.3%. Such an rate of growth over three years may seem high, but it must be pointed out that the cumulative real rate of GDP growth was 13.9%. Thus, spending on healthcare grew slightly faster than GDP, meaning it's difficult to say that there was an improvement in the financial situation of the healthcare system, and that health goals were a priority for the government. In 2015-2018, public spending grew slightly faster: the nominal growth rate was slightly faster than 20%; the real rate was 16.8%. A certain acceleration happened in 2019. In comparison to 2015, public spending grew by a nominal 31.7%, and a real 24.56%; the cumulative rate of GDP growth for that period was 18.9%. Spending by the National Health Fund (NFZ) grew more slowly than total public spending (a nominal 29.6% and a real 22.6% in 2015-2019). But central government spending on healthcare grew faster; local-government spending grew significantly slower than GDP.

- 2 A full analysis is impossible, as at the time of writing (June 2021) we have information on healthcare spending only through 2018. Full data on the financing of healthcare (total spending, so-called private and public spending) are published by Statistics Poland as part of the National Health Accounts with a significant delay. For 2019, partial data on NFZ, central government and local government spending (usually described as public spending) is available.
- 3 All available data are presented in Table 1. The OECD database includes preliminary comparative data for member states which also includes 2019.

Pandemia COVID-19, z którą polski system ochrony zdrowia i gospodarka zmagają się od wiosny 2020 r. obnażyła wszystkie znane już od dawna słabości systemu. Nikt rozsądny nie mógł jednak oczekiwać, że w ciągu kilku lat, nawet gdyby podjęto rzeczywiście jakieś istotne kroki naprawcze, udało się nadrobić zaległości z kilku dekad. Niezależnie od bieżącej sytuacji warto jednak sprawdzić, jakie zmiany w poziomie finansowania nastąpiły do momentu wybuchu pandemii².

1.1. Wydatki na ochronę zdrowia

Jaki obraz finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia rysuje się na podstawie analizy dostępnych danych?³ Nominalny wzrost wydatków na zdrowie w latach 2015-2018 wyniósł 17,6 proc. Ponieważ wskaźnik cen w dziale zdrowia dla tego okresu kształtował się na poziomie 102,9, to realna stopa wzrostu wyniosła 14,3 proc. Taki wskaźnik wzrostu w ciągu trzech lat może wydawać się duży, należy jednak wskazać, że zakumulowana realna stopa wzrostu PKB wyniosła 13,9 proc. Wydatki na zdrowie rosły zatem niewiele szybciej niż PKB, czyli trudno mówić, że nastąpiła poprawa sytuacji finansowej systemu ochrony zdrowia a cele zdrowotne stały się priorytetem dla rządzących. Nieco szybciej w latach 2015-2018 wzrastały wydatki publiczne. Nominalna stopa wzrostu przekroczyła nieco 20 proc., realna 16,8 proc. Pewne przyspieszenie nastąpiło w roku 2019. W porównaniu do 2015 r. wydatki publiczne wzrosły nominalnie o 31,7 proc., realnie – o 24,56 proc. Zakumulowana stopa wzrostu PKB w tym samym okresie wynosiła 18,9 proc. Wolniej niż całkowite wydatki publiczne rosły wydatki NFZ (nominalnie w latach 2015-2019 o 29,6 proc., realnie o 22,6 proc.). Szybciej natomiast wzrastały wydatki budżetu państwa na zdrowie. Wydatki samorządów terytorialnych (JST) wzrastały istotnie wolniej niż PKB.

- 2 Pełna analiza nie jest możliwa, gdyż w czasie pisania tego tekstu (czerwiec 2021) dysponujemy informacją na temat wydatków na zdrowie tylko do roku 2018. Kompletnie dane o finansowaniu ochrony zdrowia (wydatki całkowite, tzw. wydatki prywatne i wydatki publiczne) publikowane są przez GUS w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia z dużym opóźnieniem. Dla roku 2019 dostępne są cząstkowe dane dotyczące wydatków NFZ, budżetu państwa i budżetów samorządów terytorialnych (opisywane zwykle jako wydatki publiczne).
- 3 Wszystkie dostępne dane zostały przedstawione w tabeli 1. Z kolei w bazie OECD można odnaleźć wstępne dane porównawcze dla krajów członkowskich, obejmujące również rok 2019.

It was expected that growth in central-government spending on healthcare would be significant. But in announcing growth in public healthcare spending to 6% of GDP, Poland's political leaders didn't call for either the

Oczekiwano, że wzrost wydatków na zdrowie z budżetu państwa będzie znaczny. Zapowiadając wzrost udziału wydatków publicznych na zdrowie w PKB do 6 proc., rządzący nie przewidywali jednak ani rozszerzenia pod-

Table 1: Healthcare spending in Poland, 2013–2019
Tabela 1. Wydatki na zdrowie w Polsce w latach 2013–2019

| | | 2013 | 2014 | 2015 | 2018 | 2019 | 2018/2015 | 2019/2015 |
|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-----------|
| Current healthcare spending / Wydatki bieżące na zdrowie | PLN bln (current prices) / mld zł (ceny bieżące) | 105.6 | 107.5 | 114.1 | 134.2 | | +17.6% | |
| | % of GDP / % PKB | 6.45 | 6.33 | 6.3 | 6.3 | | | |
| Current public healthcare spending / Publiczne wydatki bieżące na zdrowie mld zł (ceny bieżące) | PLN bln (current prices) / mld zł (ceny bieżące) | 74.6 | 75.9 | 79.9 | 96.0 | 105.2 | +20.1% | +31.7% |
| | % of GDP / % PKB | 4.56 | 4.47 | 4.41 | 4.5 | | | |
| | % of current healthcare spending / % wydatków bieżących na zdrowie | 70.7 | 70.7 | 70.0 | 71.5 | | | |
| including: mandatory insurance / w tym: ubezpieczenia obowiązkowe | PLN bln (current prices) / mld zł (ceny bieżące) | 64.1 | 65.9 | 69.3 | 82.6 | 89.8 | +19.1% | +29.6 |
| | % of GDP / % PKB | 3.91 | 3.88 | 3.83 | 3.8 | | | |
| | % of current healthcare spending / % wydatków bieżących na zdrowie | 60.7 | 61.3 | 60.7 | 61.5 | | | |
| central government / budżet państwa mld zł (ceny bieżące) | PLN bln (current prices) / mld zł (ceny bieżące) | 6.1 | 6.0 | 5.9 | 7.9 | 10.9 | +32.9% | +84.7% |
| | % of GDP / % PKB | 0.37 | 0.35 | 0.33 | 0.37 | | | |
| | % of current healthcare spending / % wydatków bieżących na zdrowie | 5.8 | 5.5 | 5.2 | 5.9 | | | |
| local governments / budżety JST | PLN bln (current prices) / mld zł (ceny bieżące) | 4.4 | 4.1 | 4.6 | 5.5 | 4.5 | +18.9% | +12.5% |
| | % of GDP / % PKB | 0.27 | 0.24 | 0.25 | 0.23 | | | |
| | % of current healthcare spending / % wydatków bieżących na zdrowie | 4.2 | 3.8 | 4.0 | 4.0 | | | |
| Private healthcare spending / Wydatki prywatne na zdrowie | PLN bln (current prices) / mld zł (ceny bieżące) | 31.0 | 31.5 | 34.2 | 38.3 | | +11.7% | |
| | % of GDP / % PKB | 1.89 | 1.86 | 1.89 | 1.8 | | | |
| | % of current healthcare spending / % wydatków bieżących na zdrowie | 29.3 | 29.3 | 30.0 | 28.5 | | | |

Source: GUS (2020), own calculations / Źródło: GUS (2020), obliczenia własne

broadening of the basis for calculating health insurance contributions, or an increase in the rate of contributions. The NFZ's contribution income, and thus also the NFZ's spending in relation to GDP, can grow disproportionately only if employment grows, but by definition it cannot rise beyond full employment.

The assessment of growth in central government spending on healthcare is not unambiguous. In a system based on a health insurance model, funds from general taxes should be designated for financing those parts of the system that aren't related to providing medical benefits, i.e. for public health, training staff and creating new infrastructure. Meanwhile, we note the central government's growing share in financing health benefits (through various kinds of subsidies to the NFZ). This weakens the insurance system and makes the NFZ increasingly dependent on the decisions of the politicians who set budget spending. Continuing this policy may lead to the elimination of the insurance system, which was, as we recall, a declared goal of the political camp currently in power.

In comparison with the majority of EU countries, Poland still spends significantly less than the average on healthcare. Poland has a very low level of current healthcare spending to GDP, and very low per capita spending (see Table 2).

OECD data confirm that in recent years there has been no spectacular growth in healthcare spending in Poland that would have allowed an improvement in the rankings. Let us note that the act on increasing public spending to 6% of GDP adopted a definition of GDP that could be described charitably as non-standard.⁴ The government didn't announce an increase in public spending on health in any year to 6% of that year's GDP. It set the basis as GDP from the year before the previous one (e.g. healthcare spending in 2020 would be relative to 2018 GDP). This method of measuring the share of healthcare spending in GDP isn't used in international statistics. And the result of its application in Poland is that with growing GDP, a share of 6% in GDP

4 Leaving aside all the unrealistic promises of then-Health Minister Konstanty Radziwiłł, who suggested growth in healthcare funding by PLN 500 billion over 10 years purely as a result of introducing the law.

stawy naliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ani też podwyższenia stopy składki. Przychody składowe NFZ, a przez to również wydatki NFZ w relacji do PKB mogłyby rosnać ponad proporcjonalnie tylko dzięki wzrostowi zatrudnienia, ale ten ma naturalną granicę w postaci pełnego zatrudnienia.

Ocena wzrostu udziału wydatków budżetu państwa w wydatkach na ochronę zdrowia nie jest jednoznaczna. W systemie opartym na modelu ubezpieczenia zdrowotnego środki pochodzące z podatków ogólnych powinny być przeznaczane na finansowanie tych części systemu, które nie odnoszą się do dostarczania świadczeń medycznych, tj. na finansowanie zdrowia publicznego, kształcenie kadr i ewentualnie tworzenie nowej infrastruktury. Tymczasem zauważamy rosnący udział budżetu państwa w finansowaniu świadczeń zdrowotnych (poprzez różnego rodzaju subwencje dla NFZ). To osłabia system ubezpieczeniowy i czyni NFZ coraz bardziej uzależnionym od decyzji polityków ustalających wydatki budżetowe. Kontynuacja takiej polityki może doprowadzić do likwidacji systemu ubezpieczeniowego, co było, jak pamiętamy, deklarowanym celem obecnie rządzącej opcji politycznej.

W porównaniu z większością krajów Unii Europejskiej w Polsce na ochronę zdrowia wydaje się nadal istotnie mniej niż przeciętnie we Wspólnocie. Polskę ma bardzo niski wskaźnik udziału wydatków bieżących na ochronę zdrowia w PKB, oraz bardzo niski wskaźnik wydatków *per capita* (zob. tabela 2).

Dane OECD potwierdzają, że w ostatnich latach nie doszło do spektakularnego wzrostu wydatków na zdrowie w Polsce, co pozwoliłoby poprawić miejsce Polski w rankingach. Zwróćmy uwagę na fakt⁴, że ustawa o wzroście wydatków publicznych do 6 proc. PKB przyjęła co najmniej niestandardową definicję PKB. Rząd nie deklarował podniesienia wydatków publicznych na zdrowie w określonym roku do 6 proc. prognozowanego PKB z tego roku. Przyjęto, że podstawą będzie poziom PKB z przedostatniego roku (np. wydatki na zdrowie w roku 2020 odnosi się do PKB z 2018 r.). W statystykach międzynarodowych takiego sposobu pomiaru udziału wydatków na zdrowie w PKB nie stosuje się. A konse-

4 Pomijając wszystkie nierealistyczne obietnice kierującego w tym czasie resortem zdrowia ministra Konstantego Radziwiłła, który sugerował przyrost w ciągu 10 lat środków na ochronę zdrowia o 500 mld zł wyłącznie dzięki wprowadzeniu ustawy.

Table 2: Spending on healthcare in selected European countries, 2016 and 2019
Tabela 2. Wydatki na zdrowie w wybranych krajach europejskich w roku 2016 i 2019

| | Share of current spending in GDP (%) / Udział wydatków bieżących w PKB (w %) | | Spending financed by government/ mandatory programs as a share of GDP (%) / Udział wydatków finansowanych w ramach schematów rządowych/ obowiązkowych w PKB (w %) | | Total healthcare spending in USD (PPP, OECD constant 2010 prices) / Całkowite wydatki na zdrowie w USD (PPP, ceny stałe OECD 2010 r.) | | Total spending by government/ mandatory programs in USD (PPP, OECD constant 2010 prices) / Całkowite wydatki schematów rządowych/ obowiązkowych w USD (PPP, ceny stałe OECD 2010 r.) |
|-------------------------|---|------|--|------|--|---------|---|
| | 2016 | 2019 | 2016 | 2019 | 2016 | 2019 | 2019 |
| Austria | 10.4 | 10.4 | 7.7 | 7.8 | 5,195.4 | 5,851.1 | 4,402.4 |
| Belgium / Belgia | 10.3 | 10.3 | 7.7 | 7.9 | 4,777.1 | 5,428.0 | 4,124.7 |
| Czech Rep. / Czechy | 7.2 | 7.8 | 5.9 | 6.5 | 2,670.9 | 3,427.9 | 2,586.2 |
| Denmark / Dania | 10.1 | 10.0 | 8.5 | 8.4 | 4,849.6 | 5,567.9 | 4,663.4 |
| Estonia | 6.5 | 6.8 | 4.9 | 5.0 | 2,028.2 | 2,578.8 | 1,916.4 |
| Finland / Finlandia | 9.4 | 9.1 | 7.1 | 7.0 | 4,103.4 | 4,578.4 | 3,536.5 |
| France / Francja | 11.5 | 11.2 | 9.6 | 9.4 | 4,934.9 | 5,375.7 | 4,501.4 |
| Germany / Niemcy | 11.2 | 11.7 | 9.5 | 9.9 | 5,667.8 | 6,645.8 | 5,648.1 |
| Greece / Grecja | 8.2 | 7.8 | 5.0 | 4.6 | 2,238.6 | 2,383.6 | 1,411.9 |
| Hungary / Węgry | 7.0 | 6.4 | 4.8 | 4.4 | 2,029.3 | 2,222.4 | 1,542.3 |
| Ireland / Irlandia | 7.4 | 6.8 | 5.4 | 5.1 | 4,544.7 | 5,275.5 | 3,918.6 |
| Italy / Włochy | 8.7 | 8.7 | 6.5 | 6.4 | 3,399.2 | 3,649.2 | 2,705.7 |
| Latvia / Łotwa | 6.2 | 6.3 | 3.5 | 3.7 | 1,613.7 | 1,972.6 | 1,179.5 |
| Luxembourg / Luksemburg | 5.2 | 5.4 | 4.3 | 4.6 | 5,216.3 | 5,558.3 | 4,697.0 |
| Netherlands / Holandia | 10.3 | 10.0 | 8.3 | 8.2 | 5,075.5 | 5,765.1 | 4,766.6 |
| Poland / Polska | 6.5 | 6.3 | 4.5 | 4.3 | 1,959.0 | 2,229.6 | 1,588.1 |
| Portugal / Portugalia | 9.4 | 9.6 | 5.8 | 5.9 | 2,822.5 | 3,378.6 | 2,069.0 |
| Slovakia / Słowacja | 7.0 | 6.9 | 5.6 | 5.6 | 2,039.5 | 2,353.6 | 1,911.9 |
| Slovenia / Słowenia | 8.5 | 8.3 | 6.2 | 5.9 | 2,738.1 | 3,224.0 | 2,314.1 |
| Spain / Hiszpania | 9.0 | 9.0 | 6.4 | 6.4 | 3,148.7 | 3,616.5 | 2,559.6 |
| Sweden / Szwecja | 10.8 | 10.9 | 9.2 | 9.3 | 5,121.8 | 5,782.3 | 4,928.0 |
| UK / Wielka Brytania | 9.9 | 10.3 | 7.9 | 8.0 | 3,990.0 | 4,653.1 | 3,619.5 |

Source: OECD (2020a) / Źródło: OECD (2020a)

Note: OECD data for 2019 should be regarded as preliminary as they still might be adjusted.

Uwaga: Dane OECD za rok 2019 należy traktować jako dane wstępne. Doświadczenie uczy, że będą one jeszcze korygowane.

from two years ago must mean a share of less than 6% in current GDP.

The share of healthcare spending in GDP is one of the most common indicators in comparative works, but using it as the sole basis for formulating binding political

kwencją jego zastosowania w Polsce jest to, że przy rosnącym PKB udział 6 proc. w PKB sprzed dwóch lat musi oznaczać udział mniejszy niż 6 proc. w bieżącym PKB.

Wskaźnik udziału wydatków na zdrowie w PKB należy do najczęściej wykorzystywanych w opracowaniach po-

decisions on financial matters can only be described as a mistake. A high value for this indicator does not necessarily mean that society's health needs are better met, or that better health indicators are achieved. Additionally, the level of this indicator doesn't say anything directly about the level of available funds, which also depend on the level of GDP itself. Luxembourg, one of the richest countries in the world, has a lower share of healthcare spending in GDP than Poland (5.4% in 2019), but spending per capita is four times higher. Undoubtedly, the per capita spending indicator contains more information, as in the end all spending related to the engagement of real human and capital resources in providing healthcare benefits is set not as a percentage of GDP, but in monetary terms.

1.2. Inefficiencies in allocation of funding

The drastic underfunding of healthcare in Poland is accompanied by far from optimal allocation of financial resources. This inefficient allocation results in part from the continued underfunding of the system. Opponents of increasing public spending on healthcare point to the so-called "leaky bucket" hypothesis, saying that the system is capable of absorbing any amount of funds, to no effect. It can in fact be noted that increasing public spending on health doesn't bring visible results, such as a significant improvement in availability of benefits, better quality or at least growth in satisfaction of medical or non-medical staff with their salaries. We can attempt to explain these unsatisfactory results by pointing to the inefficiency of actions by public institutions, which additionally are operating in a disorganized system. If there are too little funds to keep the system in a more or less satisfactory condition, and new funds are designated for putting out one fire after another as they break out in the sector (as a rule this means paying higher salaries for occupations that go on strike), such a policy doesn't deliver any improvement in the mid- or long-term perspective – on the contrary, after a few months further pay demands emerge. Until funds

równawczych, jednakże formułowanie jedynie na jego podstawie wiążących decyzji politycznych w sprawach finansowych uznać należy za błąd. Wysoki poziom tego wskaźnika wcale nie musi oznaczać pełniejszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, albo osiągnięcia korzystniejszych wskaźników zdrowotnych. Ponadto, wysokość tego wskaźnika nie mówi wprost o wielkości dostępnych środków finansowych, bo te zależą również od wysokości samego PKB. Luksemburg, jeden z najbogatszych krajów świata, ma niższy udział wydatków na zdrowie w PKB niż Polska (5,4 proc. w roku 2019), natomiast wydatki per capita ma czterokrotnie większe. Niewątpliwie większą zawartość informacyjną zawiera wskaźnik wydatków per capita, gdyż ostatecznie wszystkie wydatki związane z zaangażowaniem realnych zasobów ludzkich i kapitałowych do świadczenia usług zdrowotnych regulowane są nie w procentach PKB, lecz w jednostkach pieniężnych.

1.2. Nieefektywności w alokacji zasobów finansowych

Drastycznemu niedofinansowaniu ochrony zdrowia w Polsce towarzyszy daleka od optymalności alokacja zasobów finansowych. Nieefektywność alokacji wynika po części z ciągłego niedofinansowania systemu. Przeciwnicy zwiększania nakładów publicznych na ochronę zdrowia powołują się na hipotezę tzw. „dziurawego wiadra”, mówiącą, że system ochrony zdrowia zdolny jest bezowocnie wchłonąć każdą ilość środków. Rzeczywiście, można zauważyć, że zwiększanie publicznych wydatków na zdrowie nie przynosi widocznych rezultatów: znaczącej poprawy dostępności świadczeń, wzrostu ich jakości czy też przynajmniej wzrostu zadowolenia personelu medycznego i niemedycznego z wynagrodzeń. Te niesatysfakcjonujące wyniki można próbować wyjaśnić wskazując na nieefektywność działań instytucji publicznych funkcjonujących na dodatek w zdeorganizowanym systemie. Ale równie przekonujące wyjaśnienie możemy znaleźć w niedofinansowaniu systemu. Jeśli środków jest za mało, aby utrzymać system w miarę zadawalającym stanie, a nowe środki przeznaczane są na gaszenie kolejnych pożarów wybuchających w sektorze (z reguły na wzrost wynagrodzeń grup zawodowych podejmujących akcje strajkowe), to taka polityka nie przynosi żad-

are found for a wholesale modernization of the system, temporary fixes won't solve anything. And in this context we can say that public funds are "spilling from a leaky bucket." Still, this is no argument for reducing public spending on healthcare, but rather for a more significant increase. Is that possible? The root cause of the current state of affairs lies in politicians' and officials' rejection of thinking about healthcare in categories of efficiency. The dominant way of thinking is one that's typical for an administrative/bureaucratic approach: compliance with the law, and savings, are seen as the overarching goals. Decisionmakers' main goal is to save money on the healthcare system, i.e. to limit spending, regardless of the effect such savings have on outcomes (the quality and quantity of benefits). But the economy is guided by the standard of efficiency, which always seeks the optimal relationship of spending to results.

Despite the attempts to structure diagnostic and therapeutic processes by introducing various programs of coordinated healthcare, it has not been possible to overcome, or even to limit, the fragmentation of the system. It's still dominated by silos, as a result of the setting of separate budgets and separate processes for contracting the provision of benefits for particular parts of the sector: primary healthcare (POZ), outpatient specialist care (AOS) and hospital (inpatient) care. The partial linkage of outpatient specialist care and hospital care as part of the so-called hospital chains created in 2017 did not bring any positive change, instead freezing inefficient structures in place in hospitals. As long as the costs of treating patients systematically exceed what the NFZ pays for the treatments, benefits providers will be motivated to shuffle patients to other parts of the sector, e.g. from POZ to AOS or from AOS to hospitals, even when there is no medical justification for such a decision. The lack of coordination of care and benefits not only threatens patients' health, but also leads to waste of resources.

The Polish healthcare system remains hospital-centric. As a result, a very high share of financial resources (35% in 2018) is absorbed by the most expensive part of the system: hospitals. Among EU member coun-

nej poprawy w średniej i dłuższej perspektywie; wręcz przeciwnie – po kilku miesiącach pojawiają się kolejne żądania płacowe. Dopóki nie znajdą się środki na gruntowną modernizację systemu, doraźne poprawki nic nie dadzą. I w tym kontekście można uznać, że środki publiczne „wyciekają z dziurawego wiadra”. Nie jest to jednak argument za zmniejszeniem wydatków publicznych na zdrowie, lecz raczej za ich bardzo znaczącym zwiększeniem. Czy jest ono możliwe? Przyczyna obecnego stanu rzeczy leży w odrzuceniu przez polityków i urzędników myślenia o ochronie zdrowia w kategoriach efektywności. Dominuje sposób myślenia typowy dla podejścia administracyjno-urzędniczego: za nadrzędne uznaje się zgodność z prawem i oszczędności. Na systemie ochrony zdrowia decydenci próbują przede wszystkim oszczędzać, tzn. ograniczać nakłady, niezależnie od wpływu takich oszczędności na wyniki (jakość i ilość świadczeń). Ekonomia kieruje się natomiast kategorią efektywności, a ta zawsze odnosi się do poszukiwania optymalnego stosunku nakładów do wyniku.

Pomimo prób ustrukturyzowania procesów diagnostycznych i terapeutycznych poprzez wprowadzenie różnych programów koordynowanej opieki zdrowotnej, nie udało się przezwyciężyć, ani nawet ograniczyć fragmentacji systemu. Nadal dominuje tzw. silosowość stanowiąca wynik ustanowienia odrębnych budżetów i odrębnych procesów kontraktowania świadczeń dla poszczególnych części sektora: podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), szpitalnej opieki stacjonarnej. Częściowe powiązanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitalnej opieki stacjonarnej w ramach tzw. sieci szpitali powołanej do życia w roku 2017 nie przyniosło żadnej pozytywnej zmiany, a zamroziło nieefektywne struktury w szpitalach. Dopóki koszty leczenia pacjentów przewyższać będą systematycznie przychody świadczeniodawców otrzymywane od NFZ na leczenie pacjentów, świadczeniodawcy motywowani będą do „przerzucania” pacjenta do innej części sektora, np. z POZ do AOS lub z AOS do szpitali, nawet przy braku uzasadnienia medycznego dla takiego działania. Brak koordynacji opieki i świadczeń stanowi nie tylko zagrożenie zdrowotne dla pacjentów, ale prowadzi do marnotrawienia zasobów.

Polski system opieki zdrowotnej nadal pozostaje „szpitalno-centryczny”. W rezultacie bardzo dużą część zasobów finansowych (w 2018 roku 35 proc.) absorbu-

tries, only Greece, Romania and Bulgaria have a higher level, and the EU 27 average is 30% (OECD 2020a).

1.3. Healthcare spending during the Covid-19 pandemic and in the National Recovery Plan

All of the weaknesses of the Polish healthcare system, arising from its regulations, organizational flaws and low financing, were spotlighted even more clearly by the Covid-19 pandemic. The underfunded institutions, obsolete in their structures and organizational cultures, that are responsible for public health (primarily the State Health Inspectorate) broke down under the weight of impossible tasks. The government designated large amounts from the budget to fight the pandemic, but the sudden growth in the amount of money in the healthcare system was unable to make up for the shortage of medical staff, which is a result of many decades of neglect. And what's most disturbing is that the pandemic didn't change the politicians' approach. After all, it's difficult to say that the planned 13% share of the healthcare sector in the National Recovery Program fund attests to the government treating the sector as a priority.

je najdroższa część systemu – szpitale. Wśród krajów należących do Unii Europejskiej tylko w Grecji, Rumunii i Bułgarii wskaźnik ten jest wyższy, a średnia dla EU 27 wynosi 30 proc. (OECD 2020a).

1.3. Wydatki na ochronę zdrowia w okresie pandemii Covid-19 oraz w Krajowym Planie Odbudowy

Wszystkie słabości polskiego systemu ochrony zdrowia wynikające z przyjętych reguł, wad organizacyjnych i niskiego poziomu finansowania, obnażone zostały jeszcze wyraźniej przez pandemię COVID-19. Niedofinansowane i przestarzałe w swojej konstrukcji oraz kulturze organizacji instytucje odpowiedzialne za zdrowie publiczne (w pierwszej kolejności Państwowa Inspekcja Sanitarna) załamały się pod ciężarem niewykonalnych zadań. Rząd przeznaczył na walkę z pandemią duże środki z budżetu państwa. Jednak nagły przyrost ilości pieniądza w systemie ochrony zdrowia nie był w stanie skompensować braku kadr medycznych, których deficyty są efektem wielodekadowych zaniedbań. Najbardziej niepokojące jest jednak to, że pandemia nie zmieniła podejścia polityków. Trudno przecież uznać, że zaplanowanie udziału sektora ochrony zdrowia w funduszu Krajowego Programu Odbudowy na poziomie 13 proc. świadczy o priorytetowym traktowaniu tego sektora przez rząd.

Chapter 2: Financing of healthcare by households

Rozdział 2. Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe

Introduction

Household out-of-pocket payments are one of the sources of healthcare financing. In poorer countries they are often the main mechanism of healthcare financing. In high-income countries household out-of-pocket payments are an additional source of healthcare revenues, as such countries have developed systems that protect patients against paying for services at the point of healthcare use. . In European countries this is public health insurance (Western Europe, most Eastern European countries), or tax-based system (Northern and Southern Europe), while outside Europe there are also systems that are based on private health insurance (e.g. in the U.S.).

Fully protecting consumers against out-of-pocket payments is not possible due to scarcity of public resources; nor would it be wise, as it would eliminate the financial motivation for individuals to use healthcare rationally. Thus patient payments are introduced in public systems, and sometimes they are a significant supplemental source of financing. However, such payments cannot be excessive, and must be accompanied by effective mechanisms to protect populations threatened by poverty and by catastrophic health expenditure.¹

Wprowadzenie

Bezpośrednie opłaty gospodarstw domowych są jednym ze źródeł finansowania ochrony zdrowia. W krajach mniej zamożnych stanowią często główne źródło zasobów finansowych w systemie zdrowotnym. W krajach wysokorozwiniętych są źródłem dodatkowym, gdyż rozwinęły się w nich systemy zabezpieczające przed płaceniem w momencie korzystania ze świadczeń. W krajach europejskich są to ubezpieczenia zdrowotne (Europa Zachodnia, większość krajów Europy Wschodniej) albo zabezpieczenia budżetowe (Europa Północna i Południowa), podczas gdy poza Europą funkcjonują także systemy zabezpieczenia oparte na prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych (np. w USA).

Pełne zabezpieczenie konsumentów przed wydatkami na zdrowie jest niemożliwe ze względu na ograniczone zasoby publicznych systemów; byłoby też niewskazane, gdyż eliminowałoby motywacje finansowe indywidualnych świadczeniobiorców do racjonalnego korzystania z opieki zdrowotnej. Stąd w systemach publicznych wprowadzane są indywidualne opłaty, które niekiedy mogą stanowić ich istotne uzupełnienie. Opłaty nie mogą jednak być nadmierne i muszą im towarzyszyć skuteczne mechanizmy chroniące grupy zagrożone ubóstwem i wydatkami katastroficznymi¹.

¹ Catastrophic spending on healthcare is spending so high that it can limit the ability to meet households' other needs. In practice these are expenses exceeding a certain threshold, i.e. a percentage of a household's financial capacity.

¹ Wydatki katastroficzne na zdrowie to wydatki na tyle wysokie, że mogą ograniczać zaspokojenie innych potrzeb gospodarstw domowych. W praktyce są to wydatki przekraczające określony próg, tj. procent możliwości finansowych gospodarstwa domowego.

2.1. Household out-of-pocket payments alongside public health insurance

Household out-of-pocket payments include all payments made at the time of using health goods or services. They include payments for goods and services bought on the private market, as well as co-payments for guaranteed health benefits in a public system (cost-sharing) (see Box 1). The subject of payment co-payments for publicly financed health benefits was discussed in detail in earlier mBank-CASE Seminar Proceedings (Tambor 2018).

Box 1: Household out-of-pocket healthcare spending

Out-of-pocket payments include payments for goods and services bought on the market for private goods, when the consumer pays the full market price. These payments may be the result of:

- incompleteness of population coverage of social health protection, i.e. a lack of insurance. Today the goal is that public insurance systems be universal and cover not only people in work, but also those who are unemployed or inactive, for whom the state pays contributions, or who are covered without contributions.
- incompleteness of benefit coverage, i.e. excluding certain goods and services from the guaranteed benefits basket. The need to exclude some services is primarily due to the state's limited financial capacity. The decision on which goods and services are publicly financed is usually made based on Health Technology Assessment (HTA) and takes into account e.g. the significance of the benefits for the health of the population, their effectiveness and safety, their efficiency and payer's financial capacity. Most often, dental services remain outside the basket. In Central and Eastern European countries another problem is the narrow basket of medical products and medicines.
- Insufficient quality and access to healthcare. Despite having the right to public healthcare, patients with the financial ability may decide to buy services in the private sector to get faster access to or better quality. In Poland this is the main reason why households pay for outpatient specialist services.

Households might also cover part of the costs of publicly financed healthcare services, which is known as co-payment. In European countries, patients co-pay for medicines, medical products and for dentistry; less often for other healthcare benefits.

Source: Tambor et al. 2021

2.1. Opłaty gospodarstw domowych obok publicznych ubezpieczeń zdrowotnych

Wydatki gospodarstw domowych (ang. *household out-of-pocket payments* czyli wydatki z kieszeni), to wszystkie opłaty ponoszone z tytułu korzystania z dóbr lub usług zdrowotnych. Obejmują one opłaty za dobra i usługi nabywane na rynku prywatnym, a także dopłaty do świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego zabezpieczenia (tzw. współpłacenie). Temat dopłat pacjentów do publicznie finansowanych świadczeń zdrowotnych był szczegółowo omawiany we wcześniejszych Zeszytach mBank-CASE (Tambor 2018). Definicje i założenia analizy przedstawia ramka 1.

Ramka 1. Wydatki gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną

Po pierwsze, są to opłaty za dobra i usługi nabywane na rynku dóbr prywatnych, gdy konsument płaci pełną cenę rynkową. Opłaty te mogą być wynikiem:

- Podmiotowej niekompletności systemu zabezpieczenia zdrowotnego, tj. braku ubezpieczenia. Współcześnie dąży się do tego, aby systemy publicznych ubezpieczeń były powszechne i obejmowały nie tylko osoby pracujące, ale także osoby nieaktywne zawodowo czy bezrobotne, za które państwo opłaca składki bądź też są one objęte ubezpieczeniem bezskładkowym.
- Przedmiotowej niekompletności systemu, tj. nieuwzględniania świadczeń w koszyku świadczeń gwarantowanych. Konieczność wykluczenia pewnych dóbr i usług z koszyka wynika przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych państwa. O tym, jakie dobra i usługi podlegają finansowaniu publicznemu decyduje się zazwyczaj w oparciu o analizy Oceny Technologii Medycznych i uwzględnia np. istotność świadczenia dla zdrowia populacji, jego skuteczność i bezpieczeństwo, efektywność i możliwości finansowe płatnika. Poza koszykiem pozostają często usługi stomatologiczne. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej problemem jest także wąski koszyk wyrobów medycznych i leków.
- Niedostateczna jakość i dostępność opieki. Mimo posiadanego uprawnienia do publicznej opieki zdrowotnej pacjenci posiadający zdolność finansową mogą decydować się na zakup świadczeń w sektorze prywatnym, by uzyskać szybszy dostęp do świadczeń lub ich lepszą jakość. W Polsce to główny powód ponoszenia przez gospodarstwa domowe kosztów ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.

Po drugie – gospodarstwa domowe pokrywają część kosztów publicznie finansowanych usług zdrowotnych, co nazywane jest współpłaceniem. W krajach europejskich pacjenci dopłacają do leków i wyrobów medycznych oraz stomatologii, rzadziej do innych świadczeń zdrowotnych.

Źródło: Tambor i in. 2021

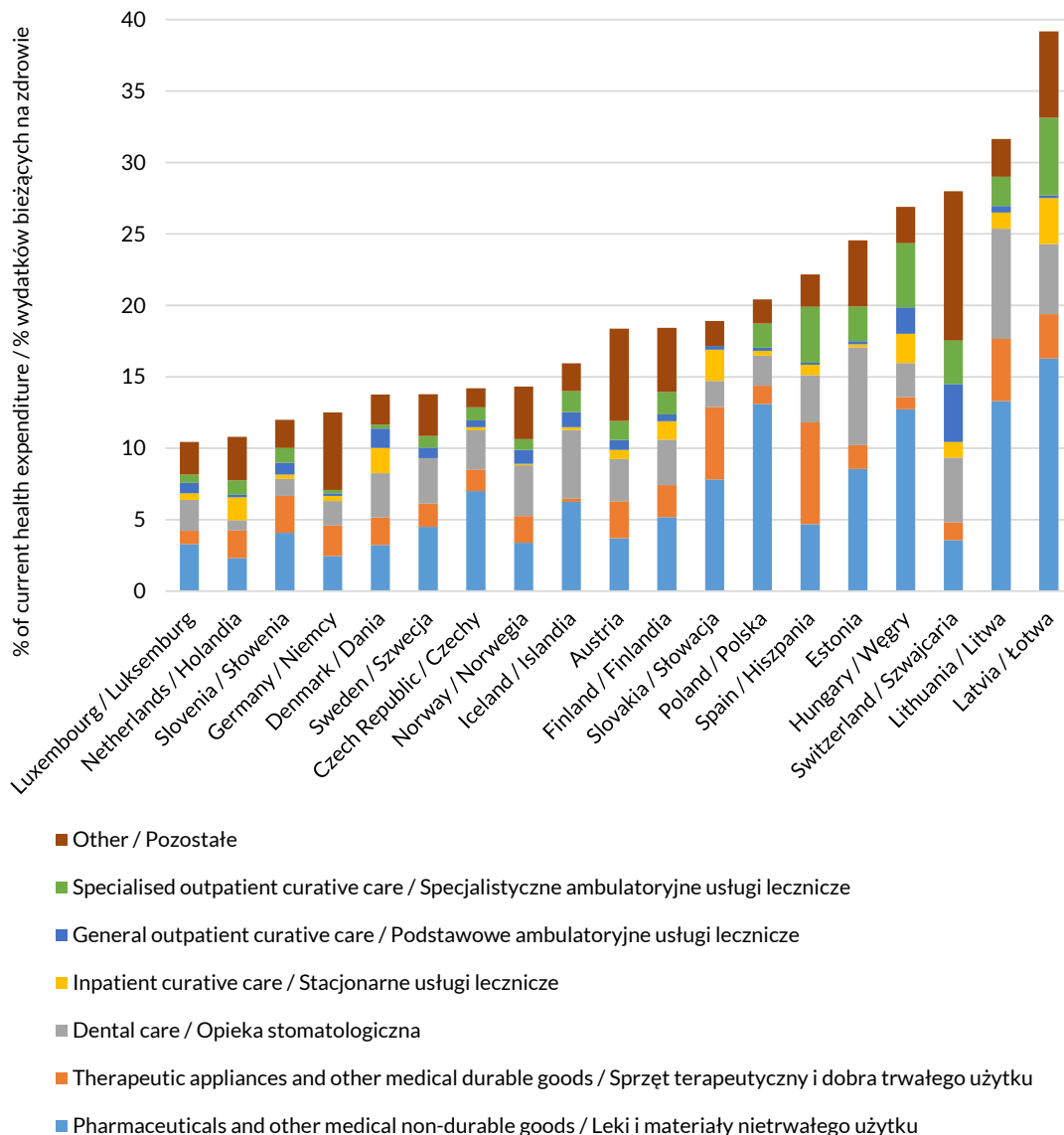
2.2. Household out-of-pocket spending in Poland compared to other European countries

In Poland, household out-of-pocket spending is the second largest source of healthcare financing, after social health insurance contributions. Out-of-pocket share in healthcare spending in the last two decades has fallen significantly (OECD 2020), in 2018 reaching 20% of total current healthcare spending (Figure 1). That's higher than the EU average of 16%.

2.2. Wydatki gospodarstw domowych w Polsce na tle innych krajów europejskich

W Polsce wydatki gospodarstw domowych są drugim co do wielkości – po składce na społeczne ubezpieczenie zdrowotne (SUZ) – źródłem finansowania ochrony zdrowia. Ich udział w wydatkach na zdrowie w ostatnich dwóch dekadach znacząco spadał (OECD 2020) i w 2018 r. wydatki gospodarstw domowych stanowiły 20 proc. całkowitych wydatków bieżących na zdrowie (wykres 1). To więcej niż średnio w UE (16 proc.).

Figure 1: Household out-of-pocket health spending by type of services (as a percentage of total current health expenditure), 2018
Wykres 1. Wydatki gospodarstw domowych na zdrowie wg. rodzaju świadczeń (proc. całkowitych wydatków bieżących na zdrowie), 2018 r.



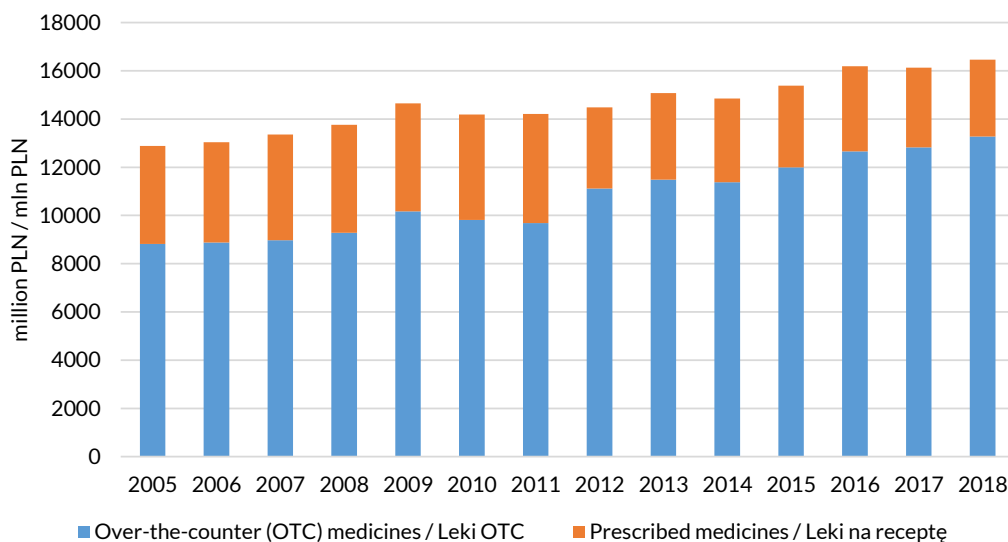
Source: Based on OECD (2020a) / Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD (2020a)

Household out-of-pocket expenditure is dominated by spending on medicines. This is typical for Central and Eastern European countries, but in Poland the share of out-of-pocket payments on medicines is the highest in the OECD countries, i.e. in 2018, payments for medicines accounted for 64% of household health spending (4 percentage points higher than in 2017) (OECD 2020a). Among poorer households, this share was even higher, at 75% for the lowest consumption quintile. Spending on medicines is also the dominant cause of catastrophic health spending, which is highly concentrated among the poorest Poles (Tambor and Pavlova, 2020).

W wydatkach gospodarstw domowych na zdrowie dominują wydatki na leki. To typowe dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej zjawisko, ale Polska ma ów wskaźnik najwyższy w OECD. W 2018 r. opłaty za leki w Polsce stanowiły 64 proc. wydatków gospodarstw domowych na zdrowie (o 4 p.p. więcej niż w 2017 r.) (OECD 2020a). Wśród uboższych gospodarstw domowych udział ten jest jeszcze wyższy i wynosi 75 proc. dla najniższego kwintyla konsumpcyjnego. Wydatki na leki są także dominującą przyczyną wydatków katastroficznych, które są skoncentrowane wśród najuboższych Polaków (Tambor i Pavlova 2020).

Figure 2: Household out-of-pocket spending in Poland on prescribed and over-the-counter (OTC) medicines, million PLN (in constant 2015 prices)

Wykres 2. Wydatki gospodarstw domowych w Polsce na leki na receptę i bez recepty, mln zł (w cenach stałych z 2015 r.)



Source: Based on OECD (2020a) / Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD (2020a)

The growth trend in household out-of-pocket spending on medicines (Figure 2) was not changed by the new regulations. The 2011 changes in reimbursement of medicines² did in fact reduce the number of packages of medication issued on prescription, as well as patient spending on reimbursed medicines but they didn't halt the growth in total household out-of-pocket spending on medicines. It is because consumer spending on over-the-counter (OTC) medicines and diet supple-

Tendencji wzrostu wydatków gospodarstw domowych na leki (wykres 2) nie zmieniły nowe regulacje. Zmiany w refundacji leków wprowadzone ustawą z 2011 r.² zmniejszyły wprawdzie liczbę opakowań leków wydawanych na receptę, a także wydatki pacjentów na leki refundowane, jednak nie zatrzymały wzrostu całkowitych wydatków gospodarstw domowych na leki. Wzrosły bowiem znacząco wydatki konsumentów na leki OTC (*over-the-counter*), tj. leki wydawane bez re-

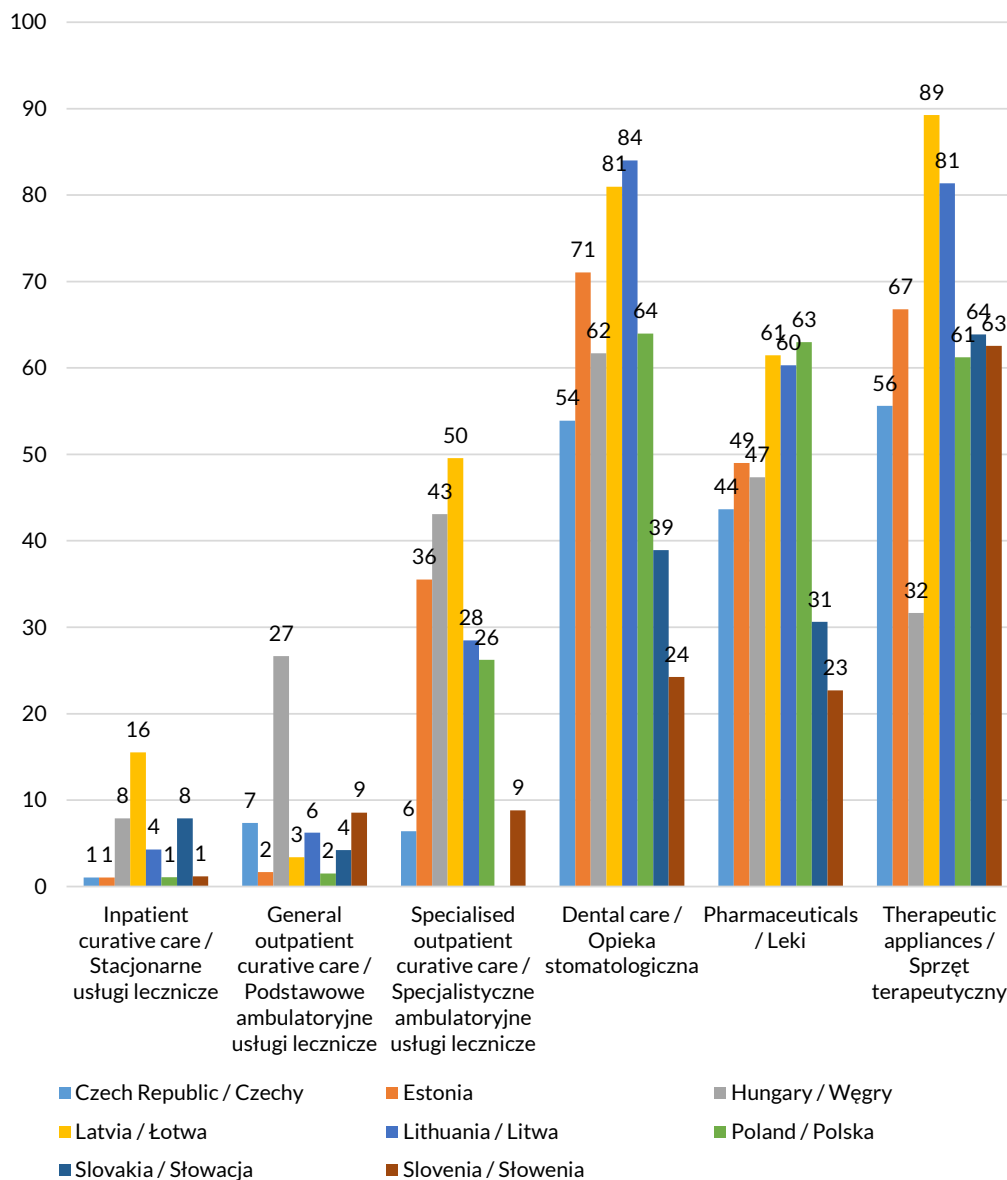
² The Act of May 12, 2011 on refunds for medications, foods for particular nutritional uses and medical products (Journal of Laws Dz. U. 2011 No. 122 position 696).

² Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696).

ments grew significantly, and currently they significantly exceed spending on reimbursed medicines. Already in 2014 the results of the European Health Interview Survey (EHIS 2014) indicated that Poland is among the leading European countries in use of non-prescribed medicines. As a result, households are the main source of financing of medicines in Poland, outpacing public spending on this purpose. In 2018, more than 60% of expenditure on medicines in Poland was financed by households (Figure 3). Among OECD countries, only Latvia and Lithuania have a similarly high share (OECD 2020a).

cepty i suplementy diety, które obecnie znacznie przewyższają wydatki na leki refundowane. Już wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS 2014) wskazywały, że Polska znajduje się w czołówce krajów europejskich pod względem powszechności stosowania leków wydawanych bez recepty. W konsekwencji gospodarstwa domowe są głównym źródłem finansowania leków w Polsce, przewyższając wydatki publiczne na ten cel. W 2018 r. ponad 60 proc. wydatków na leki w Polsce finansowały gospodarstwa domowe (wykres 3). Wśród krajów OECD tylko Łotwa i Litwa charakteryzują się podobnie wysokim udziałem (OECD 2020a).

Figure 3: Share of household out-of-pocket spending in financing different types of healthcare services, 2018
Wykres 3. Udział wydatków gospodarstw domowych w finansowaniu poszczególnych rodzajów świadczeń, 2018 r.



Source: Based on OECD (2020a) / Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD (2020a)

Household out-of-pocket expenditures on other health goods and services are significantly lower than spending on medicines. They are dominated by spending on dental care, followed by spending on outpatient specialist care and therapeutic appliances and (medical products) (Figure 1). Even though spending on dental care and medical products doesn't have a high share in the structure of household spending, out-of-pocket payments are the dominant source of financing for these goods and services, i.e. they exceed public spending on these benefits (Figure 3).

Conclusion

Households out-of-pocket payments for healthcare services, medicines and medical products, applied in public systems as a demand controlling measure, can be effective only to a limited degree. If payments are too high, or cover an entire spectrum of services, they lead to an excessive financial burden for households, or unmet health needs. The statistics on household out-of-pocket spending don't show a problem of people forgoing health care services due to inability to pay, but this information can be received e.g. from EU-SILC and EHIS surveys³; they indicate that dental care is most often abandoned due to a lack of financial resources.

In comparison with numerous EU countries, the financial protection of households against excessive out-of-pocket health spending is quite poor in Poland (Thomson et al. 2019). It can be expected that the Covid-19 pandemic will increase the burden on households, on the one hand, as a result of limited access to many healthcare services, coupled with growth in healthcare needs, and on the other, from the reduced financial capacity of households affected by the economic crisis.

Spending on medicines has become the main problem of household out-of-pocket expenditure in Poland, for

3 The annual European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) provides data on unmet needs for medical care and dental care, and the European Health Interview Survey (EHIS), conducted every five years, also covers data on unmet needs for medicines.

Wydatki gospodarstw domowych na pozostałe dobra i usługi są znacznie niższe niż wydatki na leki. Dominują wśród nich wydatki na opiekę stomatologiczną, a następnie wydatki na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz sprzęt terapeutyczny (wyroby medyczne) (wykres 1). Pomimo, że w strukturze wydatków gospodarstw domowych wydatki na opiekę stomatologiczną i sprzęt terapeutyczny nie mają wysokiego udziału, opłaty gospodarstw domowe są dominującym źródłem finansowania tych dóbr i usług: przewyższają wydatki publiczne na te świadczenia (wykres 3).

Podsumowanie

Indywidualne opłaty za usługi zdrowotne, leki i wyroby medyczne, występujące – jako narzędzia kontrolowania popytu – w ramach systemów publicznych, mogą działać korzystnie tylko w ograniczonym stopniu. Jeśli są zbyt wysokie lub obejmują całą grupę usług, to prowadzą do nadmiernego obciążenia finansowego lub niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Statystyki wydatków gospodarstw domowych nie ukazują problemu rezygnacji ze świadczeń z powodu niemożności poniesienia opłaty, ale informacje można uzyskać np. z badań EU-SILC oraz EHIS³; wskazują one, że z powodu braku środków finansowych najczęściej rezygnuje się z leczenia stomatologicznego.

W porównaniu z wieloma krajami UE ochrona finansowa gospodarstw domowych przed nadmiernymi wydatkami na usługi zdrowotne jest w Polsce na dość niskim poziomie (Thomson i in. 2019). Można oczekiwać, że pandemia COVID-19 zwiększy obciążenia gospodarstw domowych tymi wydatkami w wyniku – z jednej strony – ograniczonego dostępu do wielu świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie wzrostu potrzeb zdrowotnych, a z drugiej – zmniejszonych możliwości finansowych gospodarstw domowych dotkniętych kryzysem.

Głównym problemem wydatków indywidualnych na ochronę zdrowia w Polsce stały się wydatki na leki.

3 Coroczne Europejskie Badanie Dochodów i Warunków Życia (EU-SILC) dostarcza danych o niezaspokojonych potrzebach w zakresie opieki lekarskiej i stomatologicznej, a Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS), przeprowadzane raz na 5 lat, obejmuje także dane o rezygnacji z zakupu leków.

two reasons. First, the existing co-payment system for reimbursed medicines doesn't include any exemptions for people with low incomes or any limit on the maximum level of patient out-of-pocket payments during a single year. Such protection mechanisms are widely used in European countries. The 75+ medicines program, introduced in Poland in 2016, while administratively simple, is limited by the scope of the frequently changing list of free medicines for seniors, nor is it addressed to low-income households. Secondly, the scale of household's use and spending on non-prescribed medicines in Poland is excessive. In a situation of poor access to healthcare, the phenomenon of self-treatment arises: buying medicines without a doctor's oversight, on the basis of information gathered online or from media advertisements. There is an urgent need to regulate the market for non-prescribed medicines, particularly the rules for advertising. Independent use of medicines should also be a topic for health education: it is necessary to increase awareness and limit excessive use of OTC medicines.

Powody są dwa. Po pierwsze, funkcjonujący system współpłacenia za leki refundowane nie przewiduje żadnych zwolnień dla osób o niskich dochodach czy limitu maksymalnej wysokości dopłat w ciągu roku. Takie rozwiązania są powszechnie stosowane w krajach europejskich. Program leki 75+, wprowadzony w Polsce w 2016 r., choć administracyjnie prosty, jest ograniczony zakresem często zmienianej listy darmowych leków dla seniorów, a przy tym nie jest adresowany do gospodarstw domowych o niskich dochodach. Po drugie, skala korzystania i poziom wydatków gospodarstw domowych na leki dostępne bez recepty są w Polsce nadmierne. W sytuacji ograniczonego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej pojawia się zjawisko samoleczenia: nabywanie leków bez kontroli lekarza, a na podstawie informacji internetowych oraz reklamy w mediach. Istnieje pilna potrzeba uregulowania rynku leków wydawanych bez recepty, a szczególnie zasad reklamy. Samodzielne korzystanie z leków powinno być także przedmiotem edukacji zdrowotnej: trzeba zwiększyć świadomość społeczną i ograniczać nadmierne korzystanie z leków bez recepty.

Chapter 3: Limited labor resources for healthcare: attempts to overcome staff shortages

Rozdział 3. Ograniczone zasoby pracy dla ochrony zdrowia – próby przezwyciężenia deficytów kadrowych

Introduction

In our work three years ago (Golinowska et al. 2018), we set as a priority for healthcare policy the problem of limited labor resources in healthcare. We pointed out the need to increase salaries, along with systemic regulation of the proportions of groups of medical professions, as well as the need to define pathways of promotion for them. We called for an urgent definition of a migration strategy (for both emigration and immigration) for the healthcare sector, and the introduction of constant monitoring of departures and arrivals. In bringing up the problem of improving public management in healthcare, we pointed out the need to introduce analytical, forecasting and planning operations related to the education and employment of medical staff.

3.1. Employment in healthcare

The number of people licensed to perform healthcare professions in Poland at the end of 2019 totaled about 582,000, including 150,000 doctors, 42,000 dentists, 299,000 nurses, 39,000 midwives, 36,000 pharmacists and 16,000 laboratory diagnosticians (GUS 2020).

Research by the Polish Hospital Federation indicates that about 72% of Polish hospitals are experiencing a shortage of nurses, and 68% lack doctors (Kopacz 2019). There are 22 areas of medicine on the list of the most severe specialist shortages, including anesthesiology and intensive care, family medicine, pediatrics, ge-

Wprowadzenie

W opracowaniu sprzed trzech lat (Golinowska i in. 2018) jako priorytetowy dla polityki zdrowotnej postawiliśmy problem ograniczonych zasobów pracy w ochronie zdrowia. Zwracaliśmy uwagę na konieczność podniesienia wynagrodzeń wraz z systemowym uregulowaniem proporcji między grupami zawodów medycznych, a także na potrzebę zdefiniowania dla nich ścieżek awansu. Apelowaliśmy o pilne zdefiniowanie strategii migracyjnej (emigracyjnej i imigracyjnej) dla sektora zdrowotnego; oraz wprowadzenie stałego monitorowania wyjazdów i przyjazdów. Podnosząc problem poprawy zarządzania publicznego w ochronie zdrowia, postulowaliśmy konieczność wprowadzenia prac analitycznych, prognostycznych oraz planistycznych, dotyczących kształcenia i zatrudniania kadr medycznych.

3.1. Zatrudnienie w ochronie zdrowia

Liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w ochronie zdrowia w Polsce na koniec 2019 r. wynosiła łącznie ok. 582 tys., w tym: lekarze – 150 tys.; dentyści – 42 tys.; pielęgniarki – 299 tys.; położne – 39 tys.; farmaceuci – 36 tys. i diagnostyci laboratoryjni – 16 tys. (GUS 2020).

Z badania prowadzonego przez Polską Federację Szpitali wynika, że około 72 proc. polskich szpitali odczuwa brak pielęgniarek, a 68 proc. brak lekarzy (Kopacz 2019). 22 dziedziny medycyny są wpisane na listę deficytowych specjalności, w których braki lekarzy specja-

Table 1: Healthcare facility staff by basic place of employment, December 31, 2019
Tabela 1. Personel placówek ochrony zdrowia wg podstawowego miejsca zatrudnienia, stan na 31.12.2019 r.

| | No. / liczba | No. per 10,000 population / wskaźnik na 10 tys. ludności | Avg. No. of work places* / średnia liczba miejsc pracy* |
|---|--------------|--|---|
| Doctors / lekarze | 89,119 | 23.2 | 1.91 |
| Dentists / lekarze dentyści | 12,489 | 3.5 | 1.30 |
| Nurses / pielęgniarki | 183,016 | 47.7 | 1.62 |
| Midwives / położne | 22,371 | 5.8 | 1.71 |
| Physiotherapists / fizjoterapeuci | 27,198 | 7.1 | n.a |
| Laboratory diagnosticians / diagnostyci laboratoryjni | 10,446 | 2.7 | 1.55 |
| EMTs / ratownicy medyczni | 14,473 | 3.8 | 1.91 |
| Dietitians / dietetycy | 2,781 | 0.7 | n.a. |

Source: Centrum e-Zdrowia, Statistical Bulletin 2020 / Źródło: Centrum e-Zdrowia, Biuletyn Statystyczny 2020

* average number of places where an individual worker is employed, according to data from the Map of health needs, Ministry of Health, Database of Systemic and Implementation Analyses. /

* średnia liczba miejsc pracy, w których zatrudnionych jest jeden pracownik – wg danych z Map potrzeb zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych.

riatics, psychiatry, internal medicine, general surgery, clinical oncology and, since 2020, infectious disease.

The National Chamber of Nurses and Midwives (2017), in a report on the number of people in these professions in 2016-2030, forecasts systematic growth in the number of people entitled to retire, a constant rise in the average age of people employed as nurses and midwives, a clear lack of generational replacement and further reduction in the number of nurses per 1,000 residents, forecast at just 3.81 in 2030. An important source of information on staff shortages is the *Maps of health needs*,¹ which contain information on doctors by specialization, dentists, nurses, midwives, physiotherapists and laboratory diagnosticians. The analyses are provided by region, down to the county (*powiat*) level. But there is still no comprehensive diagnosis of the staffing shortages in the healthcare system or forecasts for this area.

listów są najbardziej dotkliwe dla systemu, w tym m.in. anestezjologia i intensywne terapie, medycyna rodzinna, pediatria, geriatria, psychiatria, choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, onkologia kliniczna, a od roku 2020 także choroby zakaźne.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2017) w raporcie dotyczącym liczby pielęgniarek i położnych w latach 2016-2030, prognozuje systematyczny wzrost liczby osób posiadających uprawnienia emerytalne, stały wzrost średniego wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych, wyraźny brak zastępowalności pokoleniowej oraz dalsze zmniejszanie wskaźnika pielęgniarek na 1000 mieszkańców – prognozowany w 2030 r. na poziomie zaledwie 3,81. Ważnym źródłem informacji o deficytach kadr są *Mapy potrzeb zdrowotnych*¹, które zawierają informacje o lekarzach (wg dziedzin medycyny), dentytach, pielęgniarkach, położnych, fizjoterapeutach i diagnostach laboratoryjnych. Analizy są w układzie regionalnym, do poziomu powiatu. Nadal brakuje jednak kompleksowej diagnozy niedoborów kadrowych w systemie zdrowotnym oraz prognoz w tym zakresie.

¹ Prepared by the Health Ministry, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>

¹ Robione przez Ministerstwo Zdrowia, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>

3.2. A comparative examination of medical staff shortages

The Covid-19 pandemic highlighted the weakest links in the operation of the healthcare system: shortages of medical staff. This was particularly dramatic in countries where the supply of medical professionals was already low before the pandemic. Poland is one of just a few OECD countries where the indicators of employment of doctors and nurses in the past two decades haven't improved. Other countries have for many years been preparing their healthcare systems for growth in demand for medical professionals, in particular in relation to the growing need for treatment of chronic diseases and demand for nursing and care services. But nowhere was a global epidemic foreseen.

The situation of Polish human resources in the healthcare sector is particularly unfavorable, characterized by factors including:

- Low employment indicators in the main groups of medical professions. The number of doctors per 1,000 residents of Poland is the lowest in the EU, at 2.4 (compared to an average of 3.5 for the OECD), and for nurses, 5.1 compared to 8.8 (OECD 2020b);
- An unfavorable age structure of doctors and nurses: the average age of a working doctor is 50.2 years, and for a specialist more than 54 years; the average age of a working nurse is 52.6 years, and for a midwife 50.4. Forecasts indicate further aging of medical staff;
- Long working hours, excessive burdens of duties (including administrative tasks), the need to work in several places. More than 60% of doctors and about 30-40% of nurses work in more than one medical facility;
- Low professional prestige and unsatisfactory compensation, particularly among nurses, paramedics and physiotherapists;

3.2. O niedoborach kadr medycznych porównawczo

Pandemia Covid-19 uwydatniła najłabsze ogniwo funkcjonowania systemu ochrony – niedobory kadr medycznych. Zjawisko to było szczególnie dramatyczne w krajach, w których już przed pandemią występowała niska podaż profesjonalistów medycznych. Polska jest jednym z niewielu krajów OECD, w którym wskaźniki zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w ostatnich kilkunastu latach nie uległy poprawie. Inne kraje od wielu lat przygotowują systemy zdrowotne do wzrostu popytu na profesjonalistów medycznych, w szczególności w związku z rosnącym zapotrzebowaniem na leczenie chorób przewlekłych oraz popytem na usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Epidemii na skalę globalną jednak nigdzie nie przewidywano.

Sytuacja polskich kadr w sektorze zdrowia jest szczególnie niekorzystna i charakteryzuje się m.in.:

- Niskimi wskaźnikami zatrudnienia w głównych grupach zawodów medycznych. Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców dla Polski jest najniższa w UE: wynosi ona 2,4 (średnia dla OECD to 3,5), a w przypadku pielęgniarek – 5,1 przy średniej dla OECD 8,8 (OECD, 2020b);
- Niekorzystną strukturą wiekową lekarzy i pielęgniarek; średni wiek pracującego lekarza to 50,2 lata, a lekarza specjalisty – powyżej 54 lat; średni wiek pracującej pielęgniarki to 52,6 lat, a położnej – 50,4. Prognozy wskazują na dalsze starzenie się kadry medycznej;
- Długim czasem pracy, nadmiernym obciążeniem obowiązkami (w tym także zadaniami administracyjnymi), koniecznością podejmowania zatrudnienia w kilku miejscach. Ponad 60 proc. lekarzy i ok. 30-40 proc. pielęgniarek pracuje w więcej niż jednej placówce medycznej;
- Niskim prestiżem zawodu i nie satysfakcjonującym wynagrodzeniem, zwłaszcza w grupie pielęgniarek, ratowników medycznych i fizjoterapeutów;

- Labor emigration estimated at 7% of qualified professionals;²
- Limited social trust in medical workers. The results of research in 26 countries on the level of trust in various sources of information on the pandemic show that in all countries other than Poland, the source of information on Covid-19 that enjoys the greatest trust is medical personnel (YouGov 2020).
- Występowaniem emigracji zawodowej szacowanym na 7 proc. uprawnionych do wykonywania zawodu²;
- Ograniczonym zaufaniem społecznym do pracowników medycznych. Wyniki badania prowadzonego w 26 krajach świata nt. poziomu zaufania do różnych źródeł informacji o pandemii pokazują, że we wszystkich krajach – poza Polską – największym zaufaniem jako wiarygodne źródło informacji o Covid-19 jest obdarzony personel medyczny (YouGov 2020).

3.3. The main problems of working in healthcare during the pandemic

The Covid-19 pandemic has shown that deep shortages of workers and the resulting overburdening of employees constitute a real threat to the safety of patients and limit the effectiveness of the fight with the pandemic. The Covid-19 period, by increasing workloads and worsening working conditions caused a) an increase in overwork; b) growth in the risk of transmission and infection with Covid-19 (especially before the appearance of the vaccination); c) pressure to gain information and broaden knowledge about the new virus and acquire new skills; d) intense, long-term stress; e) encounters with aggression and violence not so much from patients as from other people.

Health problems resulting from the excessive, long-term mental and physical burden can lead to burnout and, as a result, to people leaving medical professions. Research indicates that among medical personnel the first line of defense against the pandemic clearly increases the frequency of chronic fatigue, anxiety, sleep disorders, stress disorders and depression (Bociąga-Jasik et al 2020). It is estimated that as many as 60% of doctors and nurses working with SARS-CoV-2 patients are suffering from burnout. Such problems are more often reported by female personnel, workers with less time in the profession and nurses.

2 Research indicates that key factors in emigration abroad are unsatisfactory compensation, low prestige, limited professional development opportunities, the need to work in several places and poor workplace relations (Domagała and Dubas-Jakóbczyk 2019).

3.3. Główne problemy pracy w ochronie zdrowia w czasie pandemii

Pandemia Covid-19 wykazała, że duże deficyty kadr i wynikające z nich nadmierne obciążenie pracą stanowi realne zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów i ograniczają skuteczną walkę z pandemią. Okres pandemii, zwiększając obciążenie pracą i pogarszając warunki pracy wywołał: (i) zwiększenie przemęczenia; (ii) wzrost ryzyka zakażenia i zachorowania na Covid-19 (zwłaszcza zanim pojawiły się szczepionki); (iii) presję na zdobywanie informacji i poszerzanie wiedzy o nowym wirusie i nabywanie nowych umiejętności; (iv) utrzymywanie się silnego i długotrwałego stresu; (v) spotkanie się z przejawami agresji i przemocy nie tyle ze strony pacjentów, co innych osób.

Problemy zdrowotne wynikające z nadmiernego, długotrwałego obciążenia psychicznego i fizycznego mogą prowadzić do wypalenia zawodowego i – w konsekwencji – do odchodzenia z zawodu. Z badań wynika, że wśród personelu medycznego pierwszej linii walki z pandemią wyraźnie zwiększa się częstość występowania przewlekłego zmęczenia, lęku, problemów ze snem, zaburzeń stresowych i depresji (Bociąga-Jasik i in. 2020). Szacuje się, że nawet 60 proc. lekarzy i pielęgniarek pracujących przy pacjentach zakażonych SARS-CoV-2 cierpi na zespół wypalenia zawodowego. Takie

2 Z badań wynika, że kluczowe czynniki wyjazdu do pracy za granicą to: niesatysfakcjonujące wynagrodzenie, niski prestiż zawodu, ograniczone możliwości rozwoju zawodowego, konieczność podejmowania pracy w kilku miejscach i złe stosunki w miejscu pracy (Domagała i Dubas-Jakóbczyk 2019).

Box 1. The authorities' reaction

To minimize the risk of transmission of infection, in April 2020 the health minister issued an ordinance restricting the work of medical staff at more than one site.

For medical personnel who in addition to health-care facilities providing care to Covid-19 patients also worked in other places, additional compensation was planned to make up for the restriction of work to a single facility. But this didn't take into account that in Poland the majority of medical workers are employed in more than one facility.

As a result, the ministry's ordinance exacerbated the staff shortages and workers' resignations from hospitals designated for treating Covid patients. So in July 2020 the Health Ministry backed down from these restrictions and introduced a rule that the management of a facility could issue an order to work only in one place. The pandemic clearly showed that the staff shortages are a factor limiting the introduction of rational solutions for management during a crisis.

Ramka 1. Reakcja władzy

Aby zminimalizować ryzyko przenoszenia zakażenia, w kwietniu 2020 r. minister zdrowia wydał rozporządzenie ograniczające pracę kadry medycznej w kilku miejscach.

Dla personelu medycznego, który oprócz jednostek opieki zdrowotnej zapewniających opiekę pacjentom z Covid-19, pracował równolegle w innych miejscach, zaplanowano dodatkowe wynagrodzenie jako rekompensatę za ograniczenie pracy do jednej placówki. Nie uwzględniono jednak, że w Polsce większość pracowników medycznych pracuje w więcej niż w jednej placówce.

W rezultacie rozporządzenie MZ spowodowało nasilenie niedoborów kadrowych i zwalnianie się pracowników ze szpitali jednoimiennych (wyznaczonych do leczenia pacjentów z Covid-19). W lipcu 2020 r. Ministerstwo Zdrowia wycofało się więc z ww. ograniczenia i wprowadziło zasadę, że ewentualny nakaz pracy w jednym miejscu jest w gestii dyrekcji placówek medycznych. Pandemia wyraźnie pokazała, że deficyty kadr są czynnikiem ograniczającym prowadzenie racjonalnych rozwiązań dotyczących zarządzania w czasie kryzysu.

The situation of shortages and overburdening of health-care workers during the pandemic led to calls and actions by international experts to provide support. The WHO (2020) also made recommendations in this area (see Table 2).

problemy częściej zgłasza personel żeński, pracownicy z krótszym stażem i pielęgniarki.

Sytuacja niedoboru i nadmiernego obciążenia pracowników ochrony zdrowia w czasie pandemii wywołała apele i działania ekspertów międzynarodowych na rzecz odpowiedniego wsparcia. Także WHO (2020) wystąpiło z rekomendacjami w tej dziedzinie (zob. tabela 2).

Table 2: WHO recommendations for strengthening the health workforce during Covid-19

| | |
|---|---|
| Support and protection for workers | <ul style="list-style-type: none"> • infection prevention and control, including providing personal protective equipment • ensuring decent working conditions, including occupational health and safety • care for mental health and ensuring psychological support • providing additional compensation and other incentives for work in difficult conditions |
| Supporting and optimizing the work of teams engaged in fighting the pandemic | <ul style="list-style-type: none"> • developing competencies by ensuring education and training • optimizing the roles of individual treatment team members • using the potential of available health-care workers |
| Increasing efficiency and rationalizing health worker distribution | <ul style="list-style-type: none"> • improving worker availability through rational hiring and reallocation of workers • activation of partner networks • rationalization of health worker distribution • ensuring a supportive work environment, including a manageable workload |
| Systemwide health workforce enablers | <ul style="list-style-type: none"> • strengthening human resources for health information systems, including tracking health workforce infections • needs assessment and planning • regulatory changes • strengthening governance mechanisms and intersectoral cooperation |

Source: WHO 2020

Tabela 2. Rekomendacje WHO w zakresie wzmocnienia kadr medycznych w okresie pandemii Covid-19

| | |
|--|---|
| Wspieranie i ochrona pracowników | <ul style="list-style-type: none"> • zapobieganie zakażeniom i ich kontrola, w tym zabezpieczenie pracowników w środki ochrony osobistej; • zapewnienie godnych warunków pracy, w tym bezpieczeństwo i higiena pracy; • dbałość o zdrowie psychiczne i zapewnienie wsparcia psychologicznego; • zapewnienie dodatkowego wynagrodzenia i innych motywatorów do pracy w trudnych warunkach. |
| Wspieranie i optymalizacja pracy zespołów włączonych w walkę z pandemią | <ul style="list-style-type: none"> • rozwój potrzebnych kompetencji poprzez zapewnienie edukacji i szkoleń; • optymalizacja ról poszczególnych członków zespołu terapeutycznego; • wykorzystanie potencjału dostępnych pracowników ochrony zdrowia. |
| Zwiększenie wydajności i racjonalizacja rozmieszczenia pracowników | <ul style="list-style-type: none"> • poprawa dostępności pracowników poprzez racjonalne zatrudnianie i realokację pracowników; • aktywacja sieci partnerskich; • racjonalizacja rozmieszczenia pracowników ochrony zdrowia; • zapewnienie wspierającego środowiska pracy, w tym kontrola nadmiernego obciążenia pracą. |
| Wzmocnienie zasobów ludzkich system zdrowotnego | <ul style="list-style-type: none"> • udoskonalenie systemów informacyjnych dotyczących pracowników medycznych, w tym monitorowanie ich infekcji; • ocena i planowanie potrzeb kadr medycznych; • stosowne zmiany w regulacjach formalnych i prawnych; • wzmocnienie mechanizmów rządzenia i współpracy międzysektorowej. |

Źródło: WHO 2020

3.4. Medical and support staff during the pandemic

In discussions on staffing resources for the healthcare system there is a focus on the most numerous professional groups (nurses, doctors). But there are also other groups of medical professions, whose significance clearly grew during the Covid-19 pandemic. Without well-educated laboratory diagnosticians, sanitary inspectors or long-term care staff, the chance of a successful fight against the pandemic would be very slim. The pandemic has made particularly significant the work of laborato-

3.4. Kadry medyczne i okołomedyczne w pandemii

W dyskusjach dotyczących zasobów kadrowych systemu zdrowotnego ma miejsce koncentracja na najliczniejszych grupach zawodowych (pielęgniarki, lekarze). Są jednak także inne grupy zawodów medycznych, których znaczenie wyraźnie wzrosło w pandemii Covid-19. Bez dobrze wykształconych diagnostów laboratoryjnych, pracowników inspekcji sanitarnej, czy personelu placówek opieki długoterminowej – szanse na skuteczną walkę z pandemią byłyby bardzo ograniczone. Szczególne

ry diagnosticians, who for years have pointed out that they're an underappreciated group in the system, which has effects including low salaries. Unsatisfactory working conditions and wages also apply to sanitary inspection staff. Additionally, the institution itself requires urgent reorganization, investment and the introduction of the up-to-date IT solutions needed to monitor infections and illness.

The pandemic has also shown the serious shortages of nursing and care personnel at long-term care facilities and social-care homes. Many facilities had difficulty ensuring safe care. It became urgent to invest in the development of social, care and nursing staff, who are essential to ensure the required care for an aging population.

3.5. Division of labor and organization of teams' work

Overcoming the staffing crisis requires not only increasing the number of educated individuals (which will deliver effects after several years, or more than a decade), but also a more rational use of current resources. Increasing the number of students in medical fields requires reference to reliable analyses of the actual needs in particular medical specialties. Improving the effectiveness of the work of available resources, in turn, requires the implementation of new solutions for organizing work, to better use staff competencies. This requires both readiness to work together and preparation of the appropriate regulations defining the roles and competencies of particular professions.

An important role in improving the organization of the healthcare system can be played by public-health specialists, whose interdisciplinary competencies mean they're well prepared for work in many healthcare entities. The Covid-19 pandemic clearly showed the need to educate and employ specialists who will act effectively in crisis situations, based on interdisciplinary knowledge (including from epidemiology, disease prevention, management and information systems) and

znaczenie w okresie pandemii ma praca diagnostów laboratoryjnych, którzy od wielu lat zwracali uwagę, że są grupą niedocenianą w systemie, co przekłada się m.in. na niskie wynagrodzenia. Niesatysfakcjonujące warunki pracy i płacy dotyczą także pracowników inspekcji sanitarnej. Ponadto sama instytucja wymaga pilnej reorganizacji, doinwestowania i wprowadzenia nowoczesnych rozwiązań informatycznych niezbędnych do monitorowania zakażeń i zachorowań.

Pandemia wykazała także poważne niedobory personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego placówek opieki długoterminowej oraz domów pomocy społecznej. W wielu placówkach były trudności z zapewnieniem podopiecznym bezpiecznej opieki. Pilna stała się konieczność zainwestowania w rozwój kadry socjalnej, opiekuńczej i pielęgnacyjnej, która jest niezbędna, by zapewnić należną opiekę dla starzejącej się populacji.

3.5. Podział pracy i organizacja pracy zespołowej

Przezwyciężenie kryzysu kadrowego wymaga nie tylko zwiększenia liczby osób kształconych (co przyniesie efekty za kilka, kilkanaście lat), ale także bardziej racjonalnego wykorzystania obecnych zasobów. Zwiększenie liczby studentów na kierunkach medycznych wymaga odwołania się do rzetelnych analiz faktycznego zapotrzebowania w poszczególnych specjalnościach medycznych. Poprawa efektywności pracy dostępnych zasobów wymaga z kolei wdrożenia nowych rozwiązań organizacji pracy, tak by lepiej wykorzystywać kompetencje kadr. Wymaga to zarówno gotowości do współpracy, jak i przygotowania odpowiednich regulacji dotyczących zdefiniowania ról i kompetencji poszczególnych zawodów.

Ważną rolę dla poprawy organizacji w systemie zdrowotnym mogą odegrać specjaliści zdrowia publicznego, którzy dzięki interdyscyplinarnym kompetencjom są dobrze przygotowani do pracy w wielu podmiotach sektora zdrowotnego. Pandemia COVID-19 wyraźnie pokazała potrzebę kształcenia i zatrudniania specjalistów, którzy będą skutecznie działać w sytuacjach kryzysowych, bazując na wielodyscyplinarnej wiedzy (m.in. z zakresu epidemiologii, prewencji chorób, zarządzania

using the skill of effectively gathering and processing information, monitoring and coordinating actions.

Well organized work by teams is also essential because the rapid progress of science and development of technology make it practically impossible to independently solve all the problems related to treating people. Just as knowledge and the treatment process are becoming more globalized, so the need is emerging to improve skills both on international research teams and on the treatment teams of medical facilities.

Research on the younger generation of medical staff (below 40) indicates that the key factors in selecting an employer include its organizational culture (for 94%), access to state-of-the-art equipment and technology (88%), work-life balance (84%) and support from supervisors (65%) (Philips 2020). As many as 72% of young medical professionals state that implementing new technologies is important for their work; 76% believe digital technologies can reduce the burden caused by excessive professional duties, and 60% expect that they will contribute to reducing their level of work-related stress. The younger generation of medical workers is obviously open to new technologies, but in the Polish healthcare system the largest group of workers is the older age cohorts, who are generally less open to new technologies and require support and retraining to be able to use them effectively.

Conclusions

The problem of nursing staff shortages and the ways to resolve it were covered in the Health Ministry document *Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* (Long-term state policy for nursing and midwifery in Poland), adopted by the Council of Ministers in October 2019. It calls for

i systemów informatycznych) i wykorzystując umiejętności sprawnego zbierania i przetwarzania informacji, monitorowania działań oraz ich koordynowania.

Dobrze zorganizowana praca zespołowa jest niezbędna także dlatego, że szybki postęp nauki i rozwój technologii sprawiają, iż praktycznie niemożliwe jest samodzielne rozwiązanie wszystkich problemów związanych z leczeniem ludzi. Tak jak wiedza i proces leczenia stają się bardziej zglobalizowane, tak też powstaje konieczność doskonalenia umiejętności pracy zarówno w międzynarodowych zespołach badawczych, jak i w terapeutycznych zespołach placówek medycznych.

Z badań obejmujących młode pokolenie personelu medycznego (poniżej 40 lat), wynika, że w przypadku polskich medyków w wyborze placówki medycznej jako miejsca zatrudnienia kluczowe znaczenie mają takie czynniki, jak: kultura organizacyjna miejsca pracy (dla 94 proc. badanych), dostęp do nowoczesnego sprzętu i technologii (88 proc.), istnienie równowagi pracy – życie prywatne (*work-life balance*) (84 proc.), wsparcie ze strony przełożonych (65 proc.) (Philips 2020). Aż 72 proc. młodych profesjonalistów medycznych twierdzi, że wdrożenie nowych technologii jest istotne dla ich pracy; 76 proc. uważa, że cyfrowe technologie mogą zmniejszyć obciążenie wywołane nadmiarem obowiązków zawodowych, a 60 proc. spodziewa się, że przyczynią się do zmniejszenia u nich poziomu stresu związanego z pracą. Młoda generacja pracowników medycznych jest – jak widać – otwarta na nowe technologie, ale w polskim systemie zdrowotnym najliczniejsze są starsze grupy wiekowe pracowników, a te na ogół są mniej otwarte na nowe technologie i wymagają odpowiedniego wsparcia oraz przeszkolenia, aby móc sprawnie się nimi posługiwać.

Wnioski

Problem niedoboru kadr pielęgniarских i sposoby jego rozwiązania zostały ujęte w dokumencie Ministerstwa Zdrowia „Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” przyjętym przez Radę Ministrów w październiku 2019 r. Sformułowano w nim postulaty dotyczące wzrostu liczby pielęgniarek i położ-

growth in the number of nurses and midwives, rein- ing in emigration, introducing tools to motivate gradu- ates to take up their chosen profession in Poland and keeping nursing staff from retiring. We note that this document applied only to nurses and midwives, and that it was prepared very late: after years of warn- ings and appeals from the nursing profession and do- mestic and international experts, and most impor- tantly of all on the threshold of a dramatic healthcare crisis.

Covid-19 gravely weakened the already limited capac- ity of nursing resources. Specific actions are essential, oriented both to rebuilding capacity and to expanding it. The same actions should be introduced for all medi- cal and support professions. But for the situation to improve, growth in the number of students in medical fields and formulating a strategy with a long-term per- spective for achieving results are not enough. What's essential is the urgent introduction of comprehensive programs that will increase the prestige of medical professions and improve working conditions, convinc- ing people to work in the Polish healthcare system. To increase prestige, a campaign to create a positive im- age for the medical profession is urgently needed, to encourage young people to choose education and later work in the healthcare sector.

Also essential is a modification of the division of la- bor in the process of providing the entire universe of healthcare services, defining a space for support pro- fessions and the rules for work in teams. This modifi- cation is known as a transition from the quantitative approach used thus far, based on indicators of growth in the desired number of personnel, toward a qualita- tive approach based on the introduction of support and medical-related professions.

Introducing new solutions requires an acceleration of legislative activity related to providing new powers to particular medical professions. Such a model of smooth- ing out the effects of the shortages has been applied for many years in other European countries (Golinowska et al. 2018) and recommended by the World Health Orga- nization (WHO 2020). An example of combining efforts to intervene in healthcare, including in Poland, is the current situation, where other medical professions were

nych, powstrzymania emigracji, wprowadzenia narzędzi motywowania absolwentów do podejmowania pracy w wyuczonym zawodzie w Polsce oraz powstrzymy- wania kadr pielęgniarskich przed przechodzeniem na emeryturę. Zauważmy, że dokument ten dotyczył tylko pielęgniarek i położnych oraz że został sformułowany bardzo późno – po kilkunastu latach alarmów i apeli środowiska pielęgniarskiego oraz ekspertów krajowych i międzynarodowych, a przede wszystkim u progu dra- matycznego kryzysu zdrowotnego.

Covid-19 bardzo osłabił i tak ograniczony potencjał ka- dry pielęgniarskiej. Niezbędne są działania szczególne, zorientowane zarówno na odbudowanie potencjału, jak i jego zwiększenie. Takie same działania powinny zostać wprowadzone dla wszystkich zawodów medycznych i okołomedycznych. Aby sytuacja uległa poprawie, nie wystarczy jednak wzrost liczby studentów na kierun- kach medycznych i formułowanie strategii z odległą perspektywą uzyskania wyników. Konieczne jest pilne wdrożenie kompleksowych programów, które podnio- są prestiż zawodów medycznych i poprawią warunki pracy, przekonując do zatrudnienia w polskim systemie zdrowotnym. Jeśli chodzi o poprawę prestiżu zawodów medycznych, pilnie potrzebna jest kampania kreująca pozytywny wizerunek profesjonalisty medycznego, tak aby zachęcić młodych ludzi do podejmowania kształce- nia, a następnie pracy w sektorze ochrony zdrowia.

Konieczna jest także modyfikacja podziału pracy w pro- cesie świadczenia całości usług zdrowotnych, określająca miejsce dla zawodów okołomedycznych i zasady pracy zespołowej. Modyfikacja ta nazywana jest przejściem od stosowanego do tej pory podejścia ilościowego, bazują- cego na wskaźnikach wzrostu pożądanej liczby personelu, do włączenia podejścia jakościowego, opartego na wpro- wadzeniu zawodów wspierających i okołomedycznych.

Wdrożenie nowych rozwiązań wymaga przyspieszenia działań legislacyjnych związanych z nadawaniem no- wych uprawnień w poszczególnych zawodach medycz- nych. Taki model niwelowania skutków deficytów jest od wielu lat stosowany w innych krajach europejskich (Golinowska i in. 2018) i rekomendowany przez Świa- tową Organizację Zdrowia (WHO 2020). Przykładem włączenia do działań na rzecz interwencji w ochronie zdrowia, także w Polsce, jest obecna sytuacja, w której

prepared to implement Covid-19 vaccinations: physiotherapists, laboratory diagnosticians and pharmacists. This practice indicates that such solutions are possible and effective. The professions with the greatest shortages and the highest level of competencies should be relieved of both administrative and organizational tasks, as well as less demanding medical functions (WHO 2020).

Medical and support professions are facing yet another common challenge: the development of digital competencies, both for diagnostic and therapeutic purposes and to make administrative tasks easier. Implementing e-prescriptions and e-referrals, despite initial resistance from parts of the medical world, has brought numerous advantages and made it easier for patients and medical personnel to operate during the Covid-19 pandemic.

do realizacji szczepień przeciwko Covid-19 przygotowano inne zawody medyczne: fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych i farmaceutów. Ta praktyka wskazuje, że takie rozwiązania są możliwe i skuteczne. Kadry najbardziej deficytowe i posiadające najwyższy poziom kompetencji, powinny być odciążone zarówno od zadań administracyjnych oraz organizacyjnych, jak i mniej wymagających czynności medycznych (WHO 2020).

Przed kadrami medycznymi i okołomedycznymi stoi jeszcze wspólne wyzwanie – rozwój kompetencji cyfrowych, zarówno w celach diagnostyczno-terapeutycznych, jak i ułatwienia realizacji zadań administracyjnych. Wdrożenie e-recepty i e-skierowania, mimo początkowych oporów ze strony części środowiska medycznego, przyniosło wiele korzyści i ułatwiło pacjentom i personelowi medycznemu funkcjonowanie w okresie pandemii Covid-19.

Chapter 4: Problems of decentralization in healthcare

Rozdział 4. Problemy z decentralizacją w ochronie zdrowia

Introduction

Decentralization enables not only the sharing of responsibility, but also civic participation – one of the essential principles of good governance. In democratic welfare states, decentralization is an expression of the principle of subsidiarity, which means that the problems closest to the citizen, which they can manage themselves or in cooperation with their immediate circle, are the subject of decision-making at the lowest level – local decisions.

Decentralization in healthcare, which does not apply to all functions of the healthcare system, is related to the central political-administrative system, which in federal states is significantly larger at the regional level. The regions have significant autonomy, including political autonomy, elected officials, and decision-making autonomy in regional matters. Unitary states more often have central public management, though in health matters the degree of independence at the territorial level may be high, such as, for example, in the Netherlands, where every region has its own health ministry. The reforms of recent years, e.g., in the Scandinavian countries, have led to a higher scale of decentralization in healthcare and social assistance (Golinowska et al. 2018).

The Covid-19 pandemic has shown that in federal states and in certain unitary ones with high regional autonomy (Italy, Spain), there were delays in decisions that were needed to react to the healthcare crisis. That prompted discussion of the need to centralize certain healthcare functions, including not only coordination of

Wprowadzenie

Decentralizacja umożliwia dzielenie się odpowiedzialnością i zarazem partycypację obywatelską, co należy do niezbywalnych cech zasady dobrego rządzenia. Decentralizacja w demokratycznych państwach dobrobytu stanowi wyraz przyjęcia zasady subsydiarności, która oznacza, że problemy najbliższe człowiekowi, którym może sam zaradzić, czy we współdziałaniu z najbliższym otoczeniem, stanowią przedmiot decyzji organizacji najniższego szczebla – decyzji lokalnych.

Decentralizacja w ochronie zdrowia nie obejmuje wszystkich funkcji systemu zdrowotnego i jest związana z ustrojem polityczno-administracyjnym państwa. W państwach federalnych jest istotnie większa na szczeblu regionalnym. Regiony posiadają znaczną autonomię, także polityczną, wybieralne władze i samodzielność decyzyjną w zakresie spraw regionu. W państwach unitarnych częściej mamy do czynienia z centralnym zarządzaniem publicznym, aczkolwiek w sprawach ochrony zdrowia stopień samodzielności szczebla terytorialnego może być duży, jak np. w Holandii, w której każdy region ma swoje ministerstwo zdrowia. Reformy ostatnich lat, np. w krajach skandynawskich, doprowadziły do wyższej skali decentralizacji w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (Golinowska et al. 2018).

Pandemia Covid-19 wykazała, że w krajach federalnych oraz w niektórych krajach unitarnych, ale z dużą autonomią regionów (Włochy, Hiszpania) wystąpiły opóźnienia w decyzjach, których wymagała reakcja na kryzys zdrowotny. To wywołało dyskusję o potrzebie centralizacji niektórych funkcji ochrony zdrowia, obejmującej

activities, but also limits on local property and financial management.

Comparative studies currently under way on the effects of decentralization in healthcare don't offer an unambiguous answer to whether more decentralized countries are more effective at reaching health goals (Martinussen and Rydland 2021) and simultaneously more effective in managing limited resources. In the assessment of decentralization, normative theories still operate, raising expectations of greater suitability of decisions to local needs and more innovative methods of resolving health and social problems. But in practice, the effect is one of growing differentiation if the framework of standards for accessibility and quality is not legally defined. Here the concept of universal health coverage is helpful, as well as the operational tools for delivering it in the form of a universally available basic care organization, hospital networks, and drug financing.

4.1. Decentralization of healthcare in Poland

Decentralization in Polish healthcare was completed along with the decentralization of the state and the creation of a system of local-government responsibility (the municipality level in 1990, and the county and province level in 1999). Successive levels of territorial authority were given ownership of various groups of medical facilities, following the concept of a rational service provision process: from the basic level of the family doctor to the level of high specialization and the hospital.

Territorial decentralization of state power and its responsibility for healthcare is shown in the following diagram.

Local government units are independent of each other and regional government has no authority over the local (county and municipality) government. There is also no subordinate relation in the structure of healthcare

nie tylko koordynację działań, ale także ograniczenia lokalnej własności i zarządzania finansami.

Prowadzone obecnie studia porównawcze dotyczące efektów decentralizacji w ochronie zdrowia nie dają jednoznacznej odpowiedzi, czy w krajach bardziej zdecentralizowanych mamy do czynienia z wyższą skutecznością osiągania celów zdrowotnych (Martinussen i Rydland 2021) i zarazem efektywniejszym gospodarowaniem ograniczonymi zasobami. W ocenie decentralizacji nadal funkcjonują tezy normatywne, podnoszące oczekiwania wyższej odpowiedniości decyzji i potrzeb lokalnych oraz wyższą innowacyjność w metodach rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych. W praktyce mamy natomiast efekt w postaci rosnącego zróżnicowania, jeśli ramy standardów w zakresie dostępności i jakości nie są prawnie określone. Pomocna w tym jest koncepcja uniwersalnego zakresu dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych (*universal health coverage*), a także operacyjne narzędzia jej realizacji w postaci organizacji powszechnie dostępnej opieki podstawowej, sieci szpitali, czy finansowania leków.

4.1. Decentralizacja ochrony zdrowia w Polsce

Decentralizacja w ochronie zdrowia w Polsce dokonała się wraz z decentralizacją państwa i utworzeniem systemu odpowiedzialności samorządów terytorialnych (rok 1990 – szczebel gminny i rok 1999 – szczebel powiatowy i wojewódzki). Kolejne szczeble władzy terytorialnej stały się właścicielami różnych grup placówek medycznych w zgodzie z koncepcją racjonalnego procesu dostarczania usług: od poziomu podstawowego – lekarza rodzinnego, do poziomu wysoce specjalistycznego i szpitala.

Terytorialną decentralizację władzy państwowej i jej odpowiedzialności w ochronie zdrowia oddaje poniższy schemat.

Jednostki samorządu terytorialnego są od siebie niezależne, samorząd regionalny nie posiada funkcji władczej w stosunku do samorządu lokalnego: powiatowego i gminnego. Także w strukturze placówek leczniczych

Graph 1. Arrangement of the location of regulations, funding and provision of health services according to the levels of territorial administration in Poland

Grafika 1. Terytorialna decentralizacja władzy i administracji państwowej w ochronie zdrowia

| Governmental level / Szczepel | Institution/Organisation / Instytucja | Activities / Metody działania |
|---|--|--|
| Global & regional (Europe) / Poziomy globalny i Unii Europejskiej | WHO WHO Regional Office for Europe / WHO – Światowa Organizacja Zdrowia European Commission – DG Sante / Komisarz ds. Zdrowia UE | Conventions / Konwencje Declarations / Deklaracje Directives / Dyrektywy Programs / Programy Open Methods of Coordination / Wskaźniki otwartej koordynacji |
| National level / Poziom krajowy: Government / Rząd State Agencies / Agendy rządowe Information & Research Institutes / Zaplecze informacyjne i doradcze | Ministry of Health / Ministerstwo Zdrowia National Health Fund (NFZ) / Narodowy Fundusz Zdrowia Chief Sanitary Inspector / Główny Inspektor Sanitarny National Institute of Health / Narodowy Instytut Zdrowia | Strategies and plannes / Strategie i programy Legal regulations / Regulacje prawne Calculations of services / Wycena świadczeń Allocations of funds / Algorytmy alokacji funduszy Statistic and reports / Statystyka publiczna, raporty i sprawozdania |
| Regional (województwa) level / Poziom regionalny | Government representative in the region / Przedstawiciel rządu w regionie: Provincial consultants by specialization / Wojewódzcy konsultanci medyczni wg specjalizacji Provincial Department of the NFZ / Wojewódzki Oddział NFZ Provincial government – health department / Samorząd wojewódzki – departament zdrowia | Medical control and consulting / Kontrola i doradztwo medyczne Strategies of regional development / Strategie rozwoju regionalnego Operational plans / Plany operacyjne |
| Local level / Poziom lokalny | Powiat and commune / Samorząd powiatowy Self-governments / Samorząd gminny | Health promotion programs / Programy promocji zdrowia Ownership functions towards powiat hospitals and primary care (POZ) / Funkcje właścicielskie wobec szpitali powiatowych i POZ |
| Micro level / Poziom mikro; healthcare and public health services / Placówki usług zdrowotnych | POZ – primary health care / POZ – podstawowa opieka zdrowotna AOS – ambulatory health care / AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna Hospitals / Opieka stacjonarna – szpitale Emergency services / Ratownictwo Rehabilitation centers / Ośrodki rehabilitacyjne Long-term and palliative care / Opieka długoterminowa i paliatywna | New public management, budgeting / Zarządzanie placówkami – nowe zarządzanie publiczne Charity / Dobrowolne zrzeszenia placówek i sieci placówek |

Source: authors' own elaboration / Źródło: opracowanie własne

facilities. However, there is a system of referrals, i.e., moving to a higher level of treatment in terms of specialist competencies. Each group of units providing medical services is financed on the basis of a different mechanism of assigning funds (capitation,¹ fee for service, contracts based on assessment of benefits for homogenous patient groups). Such an organizational structure, it would seem, is cohesive and rational, but deprived as it is of systematic financial verification and needs assessment, it has led to limitations on service accessibility.

Thus, additional solutions to get patients into the system have emerged: the hospital emergency ward (SOR) and so-called coordinated care, ensuring continuity of treatment of certain ailments. In terms of the latter, in recent years, various programs have been initiated (see Box 1), which theoretically is a positive development. In practice, the programs are competing for the same limited funds, and also aren't subject to evaluation that would enable conclusions to be drawn. Experts believe some programs perform better (e.g., the Cardiac Arrest program); but others (e.g., coordinated maternity care) not so well.

Box 1: Coordinated care programs

- Oncology fast track
- Coordinated maternity care (KOC I-III)
- Coordinated pediatric care (DOC)
- Comprehensive care for multiple sclerosis patients (KOSM)
- Coordinated specialist care (KOS-Zawad)
- Coordinated psychiatric care
- Coordinated care in Primary Care Facilities (POZ); POZ Plus pilot program

Source: Ministerstwo Zdrowia (2019)

nie ma relacji podległości. Istnieje natomiast system referencji, czyli wpuszczania na kolejny szczebel usług leczniczych ze względu na ich specjalistyczne kompetencje. Każda grupa jednostek świadczących usługi medyczne jest finansowana na podstawie innego mechanizmu przyznawania środków (kapitacja,¹ opłata za usługę, kontrakty bazujące na wycenie świadczeń dla jednorodnych grup pacjentów). Taka konstrukcja organizacyjna, wydawałoby się, że domknięta i racjonalna, ale pozbawiona systematycznej weryfikacji finansowej i rozpoznawania potrzeb, doprowadzała do ograniczenia dostępności usług.

Powstały więc dodatkowe rozwiązania 'wpuszczające' pacjentów: szpitalny oddział ratunkowy (SOR) oraz tzw. opieka koordynowana, zapewniająca ciągłość leczenia wybranych schorzeń. Jeśli chodzi o tę ostatnią, to w ostatnich latach zainicjowano pewną liczbę programów takiej opieki (patrz Ramka 1), co teoretycznie jest działaniem korzystnym. W praktyce programy rywalizują o te same ograniczone środki, a przy tym nie są poddawane ewaluacji, pozwalającej na wyciągnięcie wniosków. Niektóre programy w opinii ekspertów sprawdzają się lepiej (np. program Zawał), inne (np. koordynowana opieka nad kobietą w ciąży) raczej nie.

Ramka 1. Programy opieki koordynowanej

- Szybka ścieżka onkologiczna;
- Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC I-III);
- Dziecięca opieka koordynowana (DOC);
- Kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym (KOSM);
- Koordynowana opieka specjalistyczna (KOS-Zawał)
- Koordynowana opieka psychiatryczna
- Opieka koordynowana w POZ; program pilotażowy POZ Plus

Źródło: Ministerstwo Zdrowia (2019)

¹ i.e., per capita for individuals registered in a particular primary care unit (POZ).

¹ Czyli na głowę osoby zarejestrowanej w danej jednostce podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

4.2. Coordination, not centralization

The division of tasks and responsibilities in a complex system requires coordination, and thus, agreement on decisions and cooperation among separate entities that share common goals. While the effectiveness of coordination as a method of governance has been confirmed by various theories (e.g., game theory, see Carvalho 2017), in practice, it is demanding and tedious. Furthermore, in healthcare, effective coordination is particularly difficult to achieve because what's decisive in practice are rules based on standards for medical procedures and the resulting power of the medical establishment.

In healthcare, we have two types of coordination. The first is the aforementioned coordinated care. The primary-care physician moves patients to facilities at higher levels in the given territory as part of a recognized treatment process, ensuring continuity of care. The second type of coordination includes the concept of what is known as basic health protection (PZZ), an idea articulated during a debate held in Poland in 2019.² This is still not a precise concept. Rather, it refers to coordination at the local level of informational and treatment functions of three groups of facilities: the POZ, ambulatory specialist care, and county hospitals.

A universally recognized problem, but one that in Poland remains unresolved,³ is the lack of intersectoral coordination, transcending the silo structures, particularly between healthcare and social care and education. Here, we can take advantage of the good practices of intersectoral coordination at the local level from the Scandinavian countries, which began decentralizing reforms in the mid-1980s.

The pandemic has drawn attention to the lack of intersectoral coordination within the government. There were delays in creating the political organs to coordinate the actions of different ministry structures, deepening the crisis (Golinowska and Zabdyr-Jamroz 2020).

2 The debate was initiated by the health minister in 2018 and lasted until the following year. It's summed up in the Health Ministry document (2019)

3 An example of this type of solution is the Social Services Centers (CUS), a concept enshrined in the Act of July 19 2019 on delivery of social services by social services centers. But it doesn't cover healthcare services.

4.2. Koordynacja zamiast centralizacji

Podział zadań i odpowiedzialności w złożonym systemie wymaga koordynacji, czyli uzgadniania decyzji i współpracy odrębnych podmiotów, posiadających wspólne cele do osiągnięcia. Koordynację jako efektywną metodę rządzenia potwierdzają teorie (np. teoria gier, zob. Carvalho 2017). W praktyce jest ona wymagająca i żmudna. A w ochronie zdrowia skuteczna koordynacja jest szczególnie trudna do osiągnięcia, ponieważ w praktyce na ogół decydują zasady wynikające ze standardów postępowania leczniczego oraz związana z nimi siła środowiska medycznego.

W ochronie zdrowia mamy do czynienia z dwoma rodzajami koordynacji. Pierwszy rodzaj to wspomniana już opieka koordynowana. Lekarz pierwszego kontaktu 'wpuszcza' do placówek na kolejnych szczeblach usytuowania terytorialnego w ramach rozpoznanego procesu terapeutycznego, zapewniając ciągłość leczenia. Drugi rodzaj koordynacji zawiera koncepcja tzw. podstawowego zabezpieczenie zdrowotnego (PZZ), pomysł wyartykułowany w trakcie debaty prowadzonej w Polsce w 2019 r.² Nie jest to jeszcze koncepcja doprecyzowana. Wskazuje raczej na koordynację na poziomie lokalnym funkcji informacyjnych oraz leczniczych trzech grup placówek: POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitali powiatowych,

Problemem powszechnie znanym, ale ciągle w Polsce nie rozwiązany³, jest brak koordynacji międzysektorowej, przekraczającej struktury 'silosowe', szczególnie między ochroną zdrowia i pomocą społeczną oraz edukacją. A można skorzystać z dobrych praktyk koordynacji międzysektorowej na szczeblu lokalnym pochodzących z krajów skandynawskich, które zaczęły reformy decentralizacyjne w połowie lat 1980.

Sytuacja pandemii zwróciła uwagę na braki koordynacji międzysektorowej w strukturze rządów. Polityczne organy koordynujące działania struktur resortowych były tworzone z opóźnieniem, pogłębiając kryzysową sytuację

2 Debata zainicjował minister zdrowia w 2018 r. Trwała do 2019 r. Jej podsumowanie zawiera dokument Ministerstwa Zdrowia (2019).

3 Przykładem tego kierunku rozwiązań są Centra Usług Społecznych (CUS), koncepcja zwierczonej Ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych. Nie obejmuje jednak usług opieki zdrowotnej.

The lessons from the Covid-19 pandemic prove how vital it is to set up a coordinator for health crises and to ensure they have the ability to operate. The pandemic resulted in conflicting goals between both healthcare and the economy, and between healthcare and education and care services. Resolving them requires skillful, socially acceptable balancing. That has not always happened. There has been a lack of informational and advisory support, of time, and, more than once, of international cooperation. Additionally, the pandemic period has not been free of political rivalry; e.g., parliamentary and presidential campaigns and elections have been held. Fighting the pandemic in the shadow of politics has brought with it many additional difficulties and victims.

cję (Golinowska i Zabdyr-Jamroz 2020). Lekcja z pandemii Covid-19 dowodzi niezbędności ustanowienia koordynatora na czas kryzysu zdrowotnego i zapewnienie mu możliwości działania. Pandemia wywołała konflikt celów między ochroną zdrowia i gospodarką, ochroną zdrowia i edukacją oraz usługami opiekuńczymi. Ich rozwiązywanie wymaga umiejętnego i akceptowalnego społecznie balansowania. Nie zawsze to miało miejsce. Brakowało odpowiedniego zaplecza informacyjno-doradcze, czasu oraz – niejednokrotnie – międzynarodowego współdziałania. Ponadto czas pandemii nie był wolny od politycznej rywalizacji: odbywały się kampanie i wybory parlamentarne i prezydenckie. Zwalczanie pandemii w cieniu polityki przysporzyło wielu dodatkowych trudności i ofiar.

Chapter 5: Public health in Canada – what are the lessons for Poland?

Rozdział 5. Zdrowie publiczne w Kanadzie. Czy i jaka lekcja dla Polski

Since the time of the breakthrough report on Canadians' health (Lalonde 1974), received with acclaim by the WHO, Canada's approach to public health has changed. A new concept of public health has been formulated, broadening the country's responsibility for the living conditions that affect people's health. A system of health promotion was introduced as the basis of public health. During this time, epidemiological research was furthered, showing the significance of non-transmissible chronic diseases on population health.

Canada's institutional healthcare solutions have become the subject of analyses and an example to follow. Canada is a federal state with significant autonomy for its 10 provinces and three territories and as such, an overview of the division of responsibility between the central level (the federal government) and the provinces, territories and the local and regional levels (*Regional Health Authorities, Public Health Units, Health Centres*) is crucial.

Od czasu słynnego raportu na temat zdrowia Kanadyjczyków (Lalonde 1974), przyjętego z uznaniem w WHO, w Kanadzie zmieniło się podejście do zdrowia publicznego. Sformułowano nową koncepcję zdrowia publicznego, rozszerzając odpowiedzialność państwa za warunki życia ludzi wpływające na ich stan zdrowia. Wprowadzono system promocji zdrowia jako podstawę zdrowia publicznego. W tym czasie rozwijano także badania na temat transformacji epidemiologicznej, wykazującej wzrost znaczenia niezakaźnych chorób przewlekłych dla kondycji zdrowotnej populacji.

Kanadyjskie rozwiązania instytucjonalne w ochronie zdrowia stały się przedmiotem analiz i naśladownictwa. Kanada jest państwem federalnym o znacznej autonomii dziesięciu prowincji i trzech terytoriów, więc istotna była obserwacja podziału odpowiedzialności między szczeblem centralnym (rząd federalny) a prowincjami, terytoriami i szczeblem lokalnym lub regionalnym (*Regional Health Authorities, Public Health Units, Health Centres*).

Table 1: Canada's decentralised system of public health
Tabela 1. Miejsce zdrowia publicznego w zdecentralizowanej administracji publicznej Kanady

| Federal level / Szczębel federalny | Province/territory level / Szczębel prowincji/terytorium | Local/regional level / Szczębel lokalny/regionalny |
|---|---|---|
| Public Health Agency of Canada / Agencja Zdrowia Publicznego Chief Public Health Officer / Naczelny lekarz kraju | Provincial/territorial Ministries of Health / Ministerstwo Zdrowia w rządzie prowincji Appointed Chief Medical Officer of Health / Mianowany naczelny lekarz zdrowia | Regional Health Authorities, Public Health Units, Health Centres / Regionalne władze zdrowia Regional Medical Officers of Health / Lekarz regionalny |

Source: authors' own elaboration / Źródło: opracowanie własne

The Public Health Agency of Canada (PHAC) is responsible for public administration in the area of public health, i.e. health safety and health promotion, at the federal (central) level. The Agency was created in 2004 after the SARS epidemic. At the same time, the position of the Chief Public Health Officer was established, whose mission is to advise the Minister of Health and the Prime Minister, and to inform Canadians about the health situation. A Chief Medical Officer of Health is appointed in each province and territory.

At the federal level, the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) is the government agency that finances research on the health of the population. Furthermore, the Canadian Institute for Health Information (CIHI) is responsible for collecting information, creating databases, and maintaining the highest standards of quality and credibility of health information. Of note, analogous institutions exist in Poland,¹ although their activities in respect to information collection, scientific research, health promotion, and medical activities, overlap. Furthermore, the institutions are limited in budget expenditures, which affects their development and activities.

In Canada, at the provincial/territorial levels, there are distinct Ministries of Health and appointed Chief Medical Officers of Health. Meanwhile, at the local/regional levels, public health units (centres) operate.

In Poland, there are three groups of public health institutions, which operate in a disunited manner. The first group are the regional and national consultants for the main medical specialisations, including for public health. Before the 1999 reform, the function of the provincial medical officer existed, which also had a coordinating role. The second group are the local governments, which oversee medical facilities – their main health-related function. There is also a sanitary inspection service, whose mission is to enforce hygiene and health safety standards. It operates hierarchically, according to a full territorial structure of inspectorates, from the cen-

1 They are (1) the National Institute of Public Health/National Institute of Hygiene, an autonomous (non-ministry) scientific institution that carries out research, health promotion and disease-prevention activities; and 2) the Centre for Health Information Systems (CSIZ), today the e-Health Centre (CeZ), a budgetary unit of the Ministry of Health, oriented towards methodological matters related to information and digitalisation.

Na szczeblu federalnym (centralnym) funkcjonuje Agencja Zdrowia Publicznego (PHAC) odpowiedzialna za realizację zarządzania publicznego w zakresie podstawowych funkcji zdrowia publicznego, czyli bezpieczeństwa zdrowotnego oraz promocji zdrowia. Agencję powołano do życia w 2004 r., po epidemii SARS. Także wtedy wprowadzono stanowisko naczelnego lekarza kraju, którego zadaniem jest doradzanie ministrowi zdrowia i premierowi oraz informowanie społeczeństwa o sytuacji zdrowotnej. Lekarz naczelny funkcjonuje też w każdej prowincji. Jest to funkcja mianowana.

Na szczeblu federalnym działa też Kanadyjski Instytut Badań nad Zdrowiem (*Canadian Institute of Health Research* – CIHR), agencja rządowa finansująca badania zdrowia populacji. Z kolei Kanadyjski Instytut Informacji Zdrowotnej (*Canadian Institute for Health Information* – CIHI) odpowiada za zbieranie informacji, tworzenie baz danych, przestrzeganie standardów najwyższej jakości i wiarygodności badań populacyjnych. Zauważmy, że w Polsce istnieją analogiczne instytucje¹, aczkolwiek ich zadania nie są klarownie zdefiniowane. Ma miejsce nakładanie się zadań dotyczących zbierania informacji, badań naukowych, promocji zdrowia, a także działalności medycznej. Jednocześnie możliwości działania są ograniczone na skutek niedostatecznych nakładów budżetowych i w konsekwencji efekty poznawcze oraz możliwości zastosowania są bardzo skromne.

W Kanadzie na szczeblach prowincji i terytoriów oraz regionów istnieją wyodrębnione władze w ochronie zdrowia i stanowisko głównego lekarza. Natomiast na szczeblach lokalnych działają operacyjne jednostki (centra) zdrowia publicznego.

W Polsce mamy trzy grupy instytucji zdrowia publicznego, działające w sposób nieskoordynowany. Pierwsza grupa – to konsultanci regionalni i krajowi dla głównych specjalizacji medycznych, w tym ds. zdrowia publicznego. Do czasu reformy 1999 r. istniała funkcja lekarza wojewódzkiego, który pełnił także funkcje koordynacyjne. Druga grupa to samorządy terytorialne, które

1 Są to: (1) Narodowe Centrum Zdrowia Publicznego i Higieny - Instytut Zdrowia, które jest samodzielną (poza resortową) instytucją naukowo-badawczą, prowadzącą badania naukowe oraz promocję zdrowia i działania dotyczące profilaktyki chorób; oraz (2) Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIZ), obecnie Centrum e-Zdrowie (CeZ), które jest placówką budżetową ministerstwa zdrowia, nastawioną na sprawy metodologiczne dotyczące informacji oraz informatyzację.

tral to the county (*powiat*) level. The Public Health Act,² passed in 2015, mentions these various institutions,³ but it does not appoint a coordinator of the whole.

In recent years, a tendency has emerged in various countries for the local government to be responsible for coordinating public health functions; this is accompanied by the delineation of the appropriate tools and the legal definition of the functions of other levels.

For the development of the tools needed for public health, it is necessary to have: 1) research on the effects of various environmental factors on people's life and health, and 2) decision-making in line with that knowledge. This can be achieved through a Health Impact Assessment (HIA). The HIA approach resulted in numerous population studies, and over time became a required tool for the justification of the allocation of funds and the direction of action for health in a particular local environment. The application of the HIA methodology in Canada began in the provinces of Quebec and British Columbia (St-Pierre and Mendell 2013). In Poland, the new Public Health Act did not introduce the HIA.

In Canada, despite affirmative declarations, the federal and provincial/territorial divisions in the area of public health are still evolving. This is attested to by the differentiated reactions to the Covid-19 pandemic waves, particularly the crises experienced during the first wave. The institutional solutions introduced after the SARS epidemic (2003/2004) and A/H1N1 flu also called swine flu (2009/200) turned out to be insufficient, even though preparedness plans were developed in 2017-2018 to respond to biological threats and flu epidemics (Bielska et al. 2020).

są organami założycielskimi placówek leczniczych i to je głównie absorbuje. Mamy też inspekcję sanitarną, której zadaniem jest kontrolowanie standardów higieny i bezpieczeństwa zdrowotnego. Działa ona hierarchicznie zgodnie z pełną strukturą terytorialną inspektoriów (sanepidów): od centrum do szczybla powiatów. W ustawie o zdrowiu publicznym², uchwalonej w 2015 r., wymienia się te różne instytucje³, ale nie wyznacza koordynatora całości.

W ostatnich latach w wielu krajach wyraźnie zarysowała się tendencja, by to samorząd lokalny odpowiadał za koordynację funkcji zdrowia publicznego; towarzyszy temu określenie odpowiednich narzędzi oraz prawne zdefiniowanie funkcji innych szczebli.

Dla rozwoju narzędzi potrzebnych dla zdrowia publicznego niezbędne są: (1) badanie wpływu różnych czynników środowiska życia ludzi na ich zdrowie oraz (2) podejmowanie zgodnych z tą wiedzą decyzji. Takie postępowanie nazwano metodą oceny oddziaływania na zdrowie (*health impact assessment* – HIA). Koncepcja HIA zaowocowała licznymi badaniami populacyjnymi i z czasem zaczęła stanowić wymagane narzędzie w uzasadnianiu alokacji środków i podjęcia działań na rzecz zdrowia w danym środowisku lokalnym. Stosowanie metodologii HIA w Kanadzie zapoczątkowano w prowincjach Quebec oraz British Columbia (St-Pierre i Mendell 2013). W Polsce apelowano o wprowadzenie HIA do nowej ustawy o zdrowiu publicznym, ale bezskutecznie.

W Kanadzie, mimo afirmujących deklaracji, federalne i prowincjonalne/terytorialne podziały w zakresie zdrowia publicznego ewoluują. Świadczyły o tym zróżnicowane reakcje na fale Covid-19, szczególnie kryzysy doświadczane podczas pierwszej fali. Rozwiązania instytucjonalne wprowadzone po epidemii SARS (2003/2004) i grypie A/H1N1 zwanej świńskiej (2009/2010) okazały się niewystarczające, mimo że w latach 2017-2018 opracowano plany gotowości na wypadek wystąpienia niepożądanych zdarzeń biologicznych i epidemii grypy (Bielska et al. 2020).

2 The Public Health Act of September 11 2015, *Journal of Laws* (Dz. U.) 2021, positions 183 and 694.

3 The state's functions in the area of public health were first defined in the WHO in 1998. The path to specifying and applying these responsibilities in particular countries was a long one. After two decades, the WHO examined the degree to which the established roadmap contributed to appropriate actions (WHO 2018).

2 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. z 2021 r. poz. 183 i 694.

3 Funkcje państwa w obszarze zdrowia publicznego po raz pierwszy zostały zdefiniowane w WHO w 1998 r. Droga do dostosowywania i precyzowania tej odpowiedzialności w poszczególnych krajach była długa. Po dwóch dekadach dokonano w WHO weryfikacji, na ile wyznaczona ogólnie mapa drogowa istotnie doprowadziła do odpowiednich działań (WHO 2018).

The experiences gained during the strengthening of public health systems show the need for long-term planning. In Canada, despite government-wide guidelines, the approach to planning was inconsistent. It reflected the varied influences of province/territory-specific social determinants of health on populations (e.g., ethnic group differences), the impacts of stakeholder groups and expert opinions. The multilevel structure of public health responsibility turned out to be a challenge during the threat of a global health crisis. The nationwide response was impacted by the dominance of provincial and territorial responsibilities.

In Poland, planning has not been elevated to the role of a significant public policy tool. This also applies to health protection. The Public Health Act includes the concept of the National Health Plans (NPZ), which were prepared by experts and the public. The plan for 2016-2020 was a government administration document at the Ministry of Health (Golinowska et al. 2018), as is the current plan (2021-2025), which introduces infectious diseases to the list of operational goals. Regardless of their authorship, the National Health Plans did not define the executive tools or the addressees. They pointed to health threats and the health needs of various population groups. They supported the creation of a coalition to publicise the problems and to appeal for steps to promote health and prevent the prevalent chronic diseases. In principle, these statements were addressed to the local governments in the conviction that they would independently take the indicated actions.

Meanwhile, the Covid-19 pandemic raised awareness for the need of having preparedness plans and ensuring that adequate reserves of equipment and other resources existed in case of crisis situations. It became an opportunity to raise the importance of medium- and long-range planning, including to observe the long-term health effects of actions undertaken and omitted. In Canada, this is a problem that requires consistent execution of the measures already implemented. The health crisis of 2020 showed that in a federal state with significant autonomy of provincial/territorial structures and a complex system of public management, there was an initial absence of legislative solutions and effective procedures supporting the coordination of actions.

Doświadczenia w rozwoju zdrowia publicznego wskazują na potrzebę długookresowego planowania. W Kanadzie, mimo ogólnopństwowych instrukcji podejście do planowania nie było konsekwentne. Odzwierciedlało wpływ specyficznych dla prowincji i terytoriów uwarunkowań społecznych (grupy etniczne), różnych grup interesów oraz koncepcji eksperckich. Okazało się, że wielopoziomowa struktura odpowiedzialności w obszarze zdrowia publicznego w okresie zagrożenia globalnym kryzysem zdrowotnym w dużym kraju federalnym jest poważnym utrudnieniem. Przewaga regulacji prawnych w prowincjach i terytoriach w sytuacji zagrożenia zdrowia całej populacji kraju utrudnia szybkość działania niezbędną dla skutecznej reakcji w skali całego kraju.

W Polsce planowanie zostało pozbawione rangi istotnego narzędzia polityk publicznych. Dotyczy to także ochrony zdrowia. Ustawa o zdrowiu publicznym zawiera koncepcję Narodowych Planów Zdrowia (NPZ), które były sporządzane przez gremia eksperckie i społeczne. Plan na lata 2016-2020 był już dokumentem administracji rządowej (ministerstwa zdrowia) (Golinowska et al. 2018). Jest nim także obecny plan (2021-2025), wprowadzający do listy celów operacyjnych zapis o chorobach zakaźnych. Niezależnie od autorstwa, Narodowe Plany Zdrowia nie określały ani narzędzi wykonawczych, ani nie wskazywały adresatów. Zwracały uwagę na zagrożenia zdrowia oraz na potrzeby zdrowotne różnych grup ludności. Sprzyjały tworzeniu koalicji na rzecz nagłaśniania problemu i apelowania o podjęcie odpowiednich kroków w zakresie promocji zdrowia i prewencji głównych chorób. W zasadzie były adresowane do samorządów lokalnych w przekonaniu, że one samodzielnie podejmą wskazane działania.

Tymczasem pandemia Covid-19 wszędzie uświadomiła potrzebę posiadania planów oraz zabezpieczenia rezerw potrzebnego sprzętu i – ogólnie – zasobów na sytuacje kryzysowe. Stała się okazją do podniesienia rangi planowania średnio- i długookresowego, także po to, aby dostrzegać dłuższą perspektywę skutków zdrowotnych działań – zarówno podejmowanych, jak i zaniechanych. W Kanadzie jest to problem, który wymaga konsekwentnej realizacji działań już podjętych. W warunkach złożonego układu zarządzania publicznego w federalnym państwie o znacznej autonomii struktur terytorialnych zabrakło rozwiązań legislacyjnych i skutecznych pro-

Poland's approach to public health requires a thorough change. The general and declarative clauses of the 2015 Public Health Act should be replaced by specific solutions leading to action. Also required are increased budgetary funds. At the end of the previous decade, spending was very low – lower than provided for in the Public Health Act, which was only 150 million PLN a year.

cedur, sprzyjających koordynacji działań w kryzysowej sytuacji zdrowotnej 2020 r.

W Polsce podejście do zdrowia publicznego wymaga radykalnej zmiany. Ogólne i deklaratywne zapisy ustawy z 2015 r. powinny zostać zastąpione wskazaniem konkretnych rozwiązań zapewniających realne działania. Potrzebne są także środki w budżecie państwa. W końcu minionej dekady wydatki były bardzo niskie, niższe niż zapisano w ustawie o zdrowiu publicznym, a zapisano zaledwie 150 mln zł rocznie.

Table 2: Spending on disease prevention
Tabela 2. Wydatki na prewencję chorób

| | Canada / Kanada | including Ontario / w tym: Ontario | Poland / Polska | UK / Wlk. Brytania |
|---|--------------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|
| as a % of health spending / w wydatkach na ochronę zdrowia % | 5.7 (2019) | 6.7 (2018) | 2.3 (2018) | 5.3 (2018) |
| per capita | 400 CAD | 465 CAD | €19 | €185 |

Source: Eurostat 2020; Canadian Institute for Health Information 2021 /
Źródła: Eurostat 2020; Canadian Institute for Health Information 2021

It is also necessary to introduce public health into the structure of public healthcare management, along with the appropriate resources. The health crisis caused by the Covid-19 pandemic cost the lives of many people around the world. One of the contributory factors was the weaknesses of public health institutions, along with gaps in the coordination of treatment activities in the face of a dramatic shortage of resources.

Konieczne jest także wprowadzenie zdrowia publicznego w struktury zarządzania publicznego ochrony zdrowia wraz z odpowiednimi zasobami. Kryzys zdrowotny wywołany pandemią Covid-19 kosztował na całym świecie życie wielu ludzi. Jedną z przyczyn były słabości instytucji zdrowia publicznego oraz braki w koordynacji działań leczniczych w warunkach dramatycznego deficytu zasobów.

Chapter 6: Conclusions and recommendations¹

Rozdział 6. Wnioski i rekomendacje¹

The healthcare reform at the end of the 1990s was based on assumptions that brought together several ideas: universal access to healthcare benefits, health programs as an expression of the state's responsibility for the health of the population, an insurance-based financing system, the division of the responsibilities of the central government (the Health Ministry) between various levels of local government, basing the organization of the system on the institution of the family doctor as the primary care physician, and the gradual introduction of free-market principles. Later these general policy directions were partly undermined, and none of the plans would be successfully realized. Greatly oversimplifying, the reasons for this state of affairs can be reduced to three: a lack of resources (low financial outlays and staffing limitations); failure to take decisions regarding implementation, or retreating from previously taken decisions; and the entanglement of health matters in the political process (taking one-off decisions influenced by protests by low-paid medical personnel or by the interests of influential voting blocs).

Our current recommendations, which do not differ greatly from the previous ones (Golinowska et al. 2018), are:

1. Higher spending on healthcare is essential. Without sufficient funds, better financing for one field comes at the expense of another. Financing should of course be preceded by establishing the source of funds for a particular area. Assuming that we maintain an insurance model of financing healthcare, we call for a program of gradually increasing contributions,² but only after resolving the following questions:

- 1 The conclusions and recommendations take into account those contained in the chapters of this report.
- 2 The change proposed in the Polish Deal (removing the income tax deduction for health contributions) causes growth in the financial burden on the insured. *De facto* it will have the same effect as increasing the contribution rate. But unlike in the case of higher contribution rates, the funds don't go directly to the insurance system but to the state budget, with no guarantee that they will be designated for health.

Reforma ochrony zdrowia z końca lat 1990. opierała się na założeniach, które łączyły kilka idei: powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych, programy zdrowotne jako wyraz odpowiedzialności państwa za zdrowie populacji, ubezpieczeniowy system finansowania, rozdzielanie odpowiedzialności rządu (Ministerstwa Zdrowia) między różne poziomy samorządów terytorialnych, oparcie organizacji systemu na instytucji lekarza rodzinnego jako lekarza pierwszego kontaktu i stopniowe wprowadzanie zasad rynku wewnętrznego. Później te ogólne kierunki były częściowo podważane, ale żaden z projektów nie doczekał się skutecznej realizacji. Przyczyny tego stanu rzeczy można z dużym uproszczeniem sprowadzić do trzech: braku zasobów (niskich nakładów finansowych i ograniczeń kadrowych), niepodejmowania lub wycofywania się z decyzji wdrożeniowych oraz uwikłanie spraw zdrowia w proces polityczny (podejmowanie punktowych decyzji zarówno pod wpływem protestów nisko wynagradzanego personelu medycznego, jak i interesów większych grup elektoratu).

Nasze rekomendacje obecnie, niewiele zmienione od poprzednich (Golinowska et al. 2018), są następujące:

1. Niezbędny jest wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Bez dostatecznych środków dofinansowanie jednej dziedziny dokonuje się kosztem innej. Finansowanie powinno być, oczywiście, poprzedzone ustaleniem źródła środków na konkretną dziedzinę. Przyjmując, że utrzymujemy ubezpieczeniowy model finansowania opieki zdrowotnej, postulujemy program stopniowego podnoszenia składki², ale po rozstrzygnięciu następujących kwestii:

- 1 Wnioski i rekomendacje uwzględniają te zawarte w kolejnych rozdziałach tego raportu.
- 2 Proponowana w Programie Polski Ład zmiana (brak możliwości odliczenia składki zdrowotnej od PIT) spowoduje wzrost obciążenia finansowego ubezpieczonych. *De facto* mieć będzie taki sam efekt jak podwyższenie stopy składki. Jednak środki nie trafiają bezpośrednio do systemu ubezpieczeniowego (co by było w przypadku wyższej stopy składki), ale do budżetu państwa, bez gwarancji, że zostaną przeznaczone na zdrowie.

- 1) Setting the basis (income) on which contributions are assessed and collecting contributions from the income of the entire population, including farmers, entrepreneurs, and other income-earners (retirees, clergy, immigrants, ...)
 - 2) Establishing the scope of contributions from incomes from redistribution, i.e., from welfare benefits. It should be noted that in the majority of social insurance systems there is a certain scope of internal redistribution, which is an expression of respect for the principles of social solidarity, e.g., covering contributions for children, disabled people and their caregivers, and the unemployed. That would mean subsidies from the state budget for the contributions from this group of beneficiaries.
 - 3) Any insurance requires that the range of benefits to be financed from contributions be defined, i.e., establishing what the policyholder is entitled to and at what time. In the case of health insurance, actuarial analyses are essential, including forecasts for the labor market (employment and income), demographics, and epidemiology (health needs). Without them, there is no basis on which to balance public financing for healthcare, or to indicate the space in which to introduce transparent private insurance and copayments.
 - 4) Health is both a public and a private good, so responsibility for meeting health needs is shared. In both theory and practice, the conviction has taken root that the state is responsible for public health, i.e., for creating conditions for safe, healthy living and for providing knowledge about leading a healthy lifestyle. So there is full justification for public-health activities to be financed from general taxes, and even to create a designated budget or para-budget fund to guarantee the needed resources. Covid-19 showed that the lack of funds for public health in Poland, in light of the long-term neglect of the main institution in this area (sanitary inspectors), led to unlimited consumption of health insurance resources (the NFZ), leading in turn to drastic neglect in treatment of diseases other than those resulting from infection with the SarsCov2 virus.
 - 5) Another difficult problem is financing infrastructure investments and equipping healthcare facilities
- 1) Ustaleniu podstawy (dochodu) do oskładkowania i objęcie oskładkowaniem wszystkich dochodów całej populacji, także rolników, pracujących na własny rachunek oraz innych dochodobiorców (emerytów, duchownych, imigrantów,...).
 - 2) Rozstrzygnięcie zakresu oskładkowania dochodów pochodzących z redystrybucji, czyli ze świadczeń społecznych. *Nota bene* w większości systemów ubezpieczenia społecznego mamy do czynienia z pewnym zakresem redystrybucji wewnętrznej, będącej wyrazem respektowania zasady solidaryzmu społecznego, np. opłacania składki na dzieci, osoby niepełnosprawne i ich opiekunów, czy osoby bezrobotne. To oznacza dotowanie z budżetu państwa składek tej grupy uprawnionych.
 - 3) Każde ubezpieczenie wymaga określenia zakresu świadczeń, które będą finansowane ze składki, czyli ustalenia, co się ubezpieczonemu należy i w jakim czasie. W przypadku ubezpieczenia zdrowotnego konieczne są aktuarialne analizy obejmujące prognozy z obszaru rynku pracy (zatrudnienie i dochody), demografii i epidemiologii (potrzeby zdrowotne). Bez nich nie ma podstawy do zbilansowania finansów publicznych na ochronę zdrowia, a także wskazania przestrzeni do wprowadzenia transparentnych ubezpieczeń prywatnych i współpłacenia.
 - 4) Zdrowie jest zarówno dobrem publicznym, jak i prywatnym, więc odpowiedzialność za zaspokojenie potrzeb zdrowotnych jest podzielona. W teorii i praktyce zakorzeniło się przekonanie o odpowiedzialności państwa za zdrowie publiczne, czyli za tworzenie warunków bezpiecznego i zdrowego życia oraz za dostarczanie wiedzy na temat prowadzenia zdrowego stylu życia. Istnieje więc pełne uzasadnienie, aby działania z zakresu zdrowia publicznego finansować z podatków ogólnych, a nawet utworzyć oznaczony fundusz budżetowy (parabudżetowy), by zagwarantować odpowiednie zasoby. Pandemia Covid-19 wykazała, że brak środków na zdrowie publiczne w Polsce, przy długoletnich zaniedbaniach głównej instytucji w tej dziedzinie (inspekcja sanitarna), doprowadził do nieograniczonego korzystania z zasobów ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ), prowadząc do drastycznych zaniedbań

ties. The classic approach indicates that replacement and modernization investments should be financed as part of SUZ, as a cost (amortization) element in assessing activities. The question remains as to the source of financing for new facilities' operations when they are created, e.g., EU funds. Without an appropriate regulation, this can still be a significant cost-creating factor.

- 6) The main problem of individual spending on healthcare in Poland is payments for medication. Households' high share, compared with other European countries, of financing medication is the result of several interdependent factors: the high degree of self-treatment (high consumption of non-prescription medications and dietary supplements) and the lack of oversight of media advertisements for OTC medications. In parallel, the mechanisms protecting people with low incomes and/or health problems from high co-payments for refunded medications are ineffective. Thus, it is necessary to take action aimed at people with illnesses for whom medications are the greatest burden (catastrophic spending), as well as increasing oversight of OTC medication advertising.

2. Improving the current dramatic shortage of medical staff requires a comprehensive approach. It's not enough to increase the number of places at medical school, though this is fundamental for improving the situation in the future. The urgently needed actions are:

- 1) Strengthening medical universities and clinics (both infrastructure and the appropriate equipment and compensation) where the didactic process takes place, and where internships and residencies for medical graduates are conducted;
- 2) Developing the education of nursing and care staff, including at the level of specialist secondary and post-secondary education (nursing-care high schools), which is necessary for separating out and developing long-term care;

w leczeniu innych chorób niż wynikające z zakażenia wirusem SarsCov2.

- 5) Trudnym problemem jest finansowanie inwestycji infrastrukturalnych i wyposażenia placówek ochrony zdrowia. W klasycznym podejściu wskazuje się, że inwestycje odtworzeniowe i modernizacyjne powinny być finansowane w ramach SUZ, jako element kosztu (amortyzacja) w wyliczeniu działalności. Pozostaje pytanie o źródła finansowania działalności nowych obiektów, gdy powstaną, np. ze środków UE. Bez odpowiedniego uregulowania może to być nadal poważny czynnik kosztotwórczy.
- 6) Głównym problemem wydatków indywidualnych na ochronę zdrowia w Polsce są wydatki na leki. Wysoki na tle innych krajów europejskich udział gospodarstw domowych w finansowaniu leków jest wynikiem kilku współzależnych czynników: dużej skali zjawiska samoleczenia (wysoka konsumpcja leków nabywanych bez recepty i suplementów diety) oraz braku kontroli reklamy leków OTC w mediach. Równoległe, nietrafne są mechanizmy chroniące ludność o niskich dochodach i z problemami zdrowotnymi przed wysokim współpłaceniem za leki refundowane. Konieczne jest zatem podjęcie działań ukierunkowanych na osoby ze schorzeniami, dla których leki stanowią największe obciążenie (wydatki katastroficzne), a także zwiększenie kontroli reklamy leków OTC.

2. Poprawa dramatycznego obecnie niedoboru kadr medycznych wymaga kompleksowego podejścia. Nie wystarczy podniesienie limitu przyjęć na studia medyczne, chociaż jest to zasadnicze dla poprawy sytuacji w przyszłości. Pilnego podjęcia wymagają następujące działania:

- 1) Wzmocnienie uczelni medycznych i klinik (infrastruktura i odpowiednie wyposażenie oraz odpowiednie wynagrodzenia), w których odbywa się proces dydaktyczny i prowadzone są staże i specjalizacje dla absolwentów studiów medycznych;
- 2) Rozwój kształcenia kadr pielęgniarских i opiekuńczych, także na poziomie średnim specjalistycznym i pomaturalnym (licea pielęgniarско-опіеку́нське), co jest warunkiem wyodrębnienia i rozwoju opieki długoterminowej;

- 3) Developing motivational plans for development of a career path for all medical and support professions;
- 4) Helping to finance (from public funds) lifelong learning.

The state's migration strategy requires decisive action, particularly for medical professions. Actions in two directions are needed. On the one hand, a welcoming reception for medically qualified immigrants is essential, as well as encouraging foreign students to work in Poland. On the other hand, it is essential to develop a strategy to motivate medical-school graduates and young staff to remain in the country. To halt emigration, it is particularly important to find favorable solutions to improve working conditions and work relationships for women, who constitute a clear potential source of labor in healthcare.

3. It is essential to value and modernize public-health entities. In the institutional structure of healthcare, public health is a particularly neglected area. Covid-19 showed not only limitations in diagnosing infections, but also the dysfunction of the entire healthcare system caused by its inability to perform basic functions and maintain public health. Improvements should be made by introducing and respecting the catalog of essential public health operations that the WHO and the European Commission have been calling for over the past decade. Implementing them requires amending the law on public health.

4. A necessary condition for the other changes in the health sector is improving governance. One of the significant principles of the healthcare reform in 1999 was the division of responsibility within public policy: shifting from the central authority to local governments, who received autonomy in the area of providing social services. This was justified based on the paradigm of the higher effectiveness of meeting society's needs through local solutions, closer to the individual citizen.³ The health crisis caused by the pandemic meant the governance problem in healthcare concentrated the debate

³ In terms of the independence of local solutions, we also see an innovation-related effect, as evidenced by the Scandinavian experience (e.g. in Norway – Martinussen and Rydland 2021).

- 3) Opracowanie motywujących planów rozwoju ścieżki kariery dla wszystkich zawodów medycznych i okołomedycznych;
- 4) Wspomaganie finansowania (ze środków publicznych) kształcenia ustawicznego.

Zdecydowanych decyzji wymaga strategia migracyjna państwa, obejmująca także zawody medyczne. Potrzebne są działania dwukierunkowe. Z jednej strony konieczne jest przyjazne przyjmowanie imigrantów posiadających odpowiednie kwalifikacje medyczne, a także zachęcanie cudzoziemskich studentów do pracy w Polsce. Z drugiej strony, niezbędne jest opracowanie strategii motywującej absolwentów studiów medycznych oraz młodej kadry do pozostania w kraju. Szczególne znaczenie dla zahamowania emigracji mają korzystne rozwiązania poprawiające warunki i stosunki pracy dotyczące kobiet, które w ochronie zdrowia stanowią decydujący potencjał zatrudnienia.

3. Konieczne jest dowartościowanie i unowocześnienie podmiotów zdrowia publicznego. W instytucjonalnej strukturze ochrony zdrowia zdrowie publiczne jest częścią wyjątkowo zaniedbaną. Pandemia Covid-19 wykazała nie tylko ograniczenia w diagnozowaniu zakażeń, ale dysfunkcje całego systemu ochrony zdrowia spowodowane przez brak działań w realizacji podstawowych funkcji i zdrowia publicznego. Poprawa powinna dokonać przez wdrożenie i respektowanie katalogu podstawowych funkcji zdrowia publicznego (*essential public health operations*) od dekady postulowane przez WHO i Komisję Europejską. Ich wdrożenie wymaga nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym.

4. Warunkiem koniecznym, aby nastąpiły inne zmiany w sektorze zdrowia jest poprawa rządzenia. Jednym z istotnych kierunków reformy ochrony zdrowia w 1999 r. było podzielenie odpowiedzialności w ramach polityki publicznej: przesunięcie z władzy centralnej na samorządy terytorialne, które uzyskały autonomię w dziedzinie dostarczania usług społecznych. Uzasadnieniem był paradygmat o wyższej skuteczności zaspokajania potrzeb społecznych przez rozwiązania lokalne – bliższe obywatelowi³. Kryzys zdrowotny wywołany pandemią Covid-19 spowodował, że problem rządzenia w ochro-

³ W samodzielności rozwiązań lokalnych dostrzega się także efekt związany z innowacyjnością, czego dowodzą doświadczenia skandynawskie (np. w Norwegii – Martinussen i Rydland 2021).

on the disadvantages of decentralization (the need for a quick reaction), which guided the design of changes limiting the autonomy of local institutions.

We believe that after half a century of experience with a centralized system (the communist era) and more than two decades of experience with decentralization (the period of the Third Republic), and also taking into account the experience of other countries, there is strong evidence of the higher effectiveness of decentralized solutions in achieving health goals, as long as they are coordinated effectively. Coordination means agreeing on decisions and cooperation between separate entities that have common goals. It requires designating a coordinator and equipping that coordinator with the appropriate tools. Coordinating functions are usually performed by an organizationally separate institution, ensuring respect for the specific goals of each of the parts. In healthcare, coordination covers many issues and entities, and must be both horizontal and vertical.

The organizational forms of the coordinator vary, e.g., umbrella organizations of traditional associations of a given type of medical entities (e.g., hospitals), networks, and others. Another coordinator may be a local-government organization, or a health services facility with an expanded range of actions in a given area, e.g., a primary care facility. At the local level, coordination most often applies to combined health and care matters.

The development of a culture of coordination is harmed by autocratic projects for running the state. A report prepared in December 2020, followed by a plan for a hospital agency, aimed at centralizing hospital management. As the health minister said, "The Health Ministry must have instruments to intervene in the range of benefits provided in hospitals,"⁴ arguing for this step based on the difficulty of governance in the first year of the Covid-19 pandemic. While this may have been fully justified during the pandemic, the central management of hospitals planned after this period raises serious doubts.

5. Good governance requires professional, responsible leadership. In international bodies, for many years, the

⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-w-sprawie-zalozen-reformy-szpitalnictwa>; accessed 15.06. 2021

nie zdrowia skoncentrował debatę na niekorzyściach decentralizacji (potrzeba szybkiego reagowania), za czym poszło projektowanie zmian polegających na ograniczaniu samodzielności instytucji lokalnych.

Uważamy, że po pół wieku doświadczeń z centralizacją systemu (okres PRL) oraz ponad dwóch dekadach doświadczeń z decentralizacją (okres trzeciej RP), a także biorąc pod uwagę doświadczenia innych krajów, istnieją mocne dowody na wyższą efektywność (skuteczność w realizacji celów zdrowotnych) rozwiązań zdecentralizowanych, pod warunkiem skutecznej ich koordynacji. Koordynacja oznacza uzgadnianie decyzji i współpracę odrębnych podmiotów, posiadających wspólne cele. Wymaga wskazania koordynatora i wyposażenia go w odpowiednie narzędzia. Funkcje koordynacyjne pełni zwykle instytucja organizacyjnie odrębna, zapewniająca respektowanie specyficznych celów każdej z części. W ochronie zdrowia koordynacja obejmuje wiele spraw i podmiotów, występuje zarówno w układzie poziomym (horyzontalnym), jak i pionowym.

Formy organizacyjne koordynatora są różne, np. organizacje parasolowe tradycyjnych zrzeszeń określonego rodzaju podmiotów leczniczych (np. szpitali), sieć (network) i inne. Koordynatorem może być też organizacja samorządu terytorialnego, czy też placówka usług zdrowotnych o rozszerzonym zakresie działania w danym obszarze, np. placówka opieki podstawowej. Na szczeblu lokalnym koordynacja najczęściej dotyczy połączonych spraw zdrowotnych i opiekuńczych.

Rozwojowi kultury koordynacji szkodzą autokratyczne projekty rządzenia państwem. Przygotowany w grudniu 2020 r. raport, a następnie projekt agencji szpitali zmierza w kierunku centralizacji zarządzania szpitalami. Jak powiedział szef resortu „MZ musi mieć instrumenty ingerowania w zakres świadczeń realizowany w szpitalach”⁴, argumentując ten krok trudnościami rządzenia w pierwszym roku trwania pandemii Covid-19. Jeśli w okresie pandemii miało to pewne uzasadnienie, to centralne zarządzanie szpitalami planowane po tym okresie budzi poważne wątpliwości.

5. Dobre rządzenie wymaga profesjonalnego i odpowiedzialnego przywództwa. W gremiach międzynaro-

⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-w-sprawie-zalozen-reformy-szpitalnictwa>; dostęp 15.06. 2021

principles of stewardship in healthcare have been being formulated, including, alongside professional competencies related to governance,⁵ relationship and communication skills; recently, increasing attention has been paid to morale. Covid-19 has made it clear that particularly in dramatic situations that threaten health and life, it is essential that those holding the highest positions in the state are seen to uphold high ethical standards.

6. It is essential to value informational-analytical and forecasting teams in public administration support functions. Central government structures lack the necessary quality of such support, and calls to implement it have gone unheeded for many years. On the contrary, inconsistent and contradictory decisions on organizational changes continue to be taken: combination/liquidation of institutes, and limiting subsidies for actions related to collecting information and for analytical and forecasting work.

7. We must change the relationship between state authorities and the medical community, from whom we should demand understanding and solidarity. The structures of social dialog in general, and in healthcare in particular, aren't operating effectively, and this is a necessary condition for effective collaboration to improve the functioning of healthcare institutions. During the dramatic time of the Covid-19 pandemic, this has been lacking. The government and representatives of the unified medical community should jointly set the conditions of operation (not only in crisis situations), respecting the principles of a social-dialog institution.

8. Health literacy in Poland is very low, and is a cause of irrational health behaviors. This also applies to social opposition to vaccines, including for Covid-19. Health promotion activities aimed at adults are essential, as is the introduction to the education system of subjects that will help children acquire basic knowledge about health, e.g., in an expanded biology course.

⁵ One problem in Poland is that leadership positions in the Health Ministry and healthcare institutions are held by medical specialists – often outstanding ones – who don't have managerial skills, which we pointed out in our previous report (Golinowska et al. 2018).

dowych od wielu już lat formułowane są zasady właściwego przywództwa w ochronie zdrowia (konceptcja *stewardship*), wśród których – obok kompetencji profesjonalnych dotyczących rządzenia⁵ – wymienia się także umiejętności relacyjne i komunikacyjne, a ostatnio zwraca się uwagę coraz silniej na morale. Pandemia Covid-19 uwidoczniała, że szczególnie w dramatycznych sytuacjach, zagrażających zdrowiu i życiu, konieczne są postawy odwołujące się do wysokich standardów etycznych na najwyższych stanowiskach w państwie.

6. Niezbędne jest dowartościowanie zespołów informacyjno-analitycznych oraz prognostycznych w ramach zaplecza administracji publicznej. W strukturach rządowych brakuje zaplecza odpowiedniej jakości. Zgłaszany od wielu lat postulat, aby takie zaplecze stworzyć nie znajduje zrozumienia. Przeciwnie, nadal podejmowane są niejasne decyzje o zmianach organizacyjnych: łączenie/likwidacja instytutów, ograniczanie dotacji na działania dotyczące zbierania informacji i na prace analityczne oraz prognostyczne.

7. Zmianie muszą ulec relacje między władzami państwa a środowiskiem medycznym, od którego należy wymagać porozumiewania się i solidarnego jednoczenia. Struktury dialogu społecznego generalnie, a w ochronie zdrowia szczególnie, nie działają bowiem skutecznie, a jest to warunek konieczny efektywnego współdziałania na rzecz poprawy funkcjonowania instytucji w ochronie zdrowia. W dramatycznym czasie pandemii Covid-19 tego zabrakło. Rząd oraz reprezentanci zjednoczonego środowiska medycznego powinni wspólnie ustalać warunki działania (nie tylko w sytuacji kryzysu), respektując zasady instytucji dialogu społecznego.

8. Wiedza społeczeństwa o zdrowiu (*health literacy*) jest w Polsce bardzo niska i stanowi przyczynę nieracjonalnych zachowań zdrowotnych. Dotyczy także oporu społecznego wobec szczepień, w tym na Covid-19. Niezbędne są działania w zakresie promocji zdrowia adresowane do ludności dorosłej. Konieczne jest też wprowadzenie do systemu edukacji szkolnej przedmiotów, umożliwiających uzyskiwanie przez dzieci podstawowej wiedzy o zdrowiu, np. w ramach rozszerzonej biologii.

⁵ W Polsce problemem jest obsadzanie kierowniczych stanowisk w ministerstwie zdrowia i instytucjach ochrony zdrowia przez specjalistów medycznych (często wybitnych), nie posiadających odpowiednich kompetencji zarządczych, na co zwracaliśmy uwagę już w poprzednim raporcie (Golinowska et al. 2018).

The European Economic Recovery Plan, designed for the post-pandemic era, prioritizes investment in healthcare resources, seeking to improve the health of the population and prepare programs to counteract the greatest health threats in the future because the health situation remains very difficult – not only because of the Covid-19 pandemic, but as a result of the collapse of the previous trend of improvement in health measured by average life expectancy and average healthy life expectancy (without disability). Before allocation decisions for the Recovery Plan's funds are made, a health strategy must be prepared based on a comprehensive examination of the population's health and the conditions for it; this examination must specifically explore these elements in the context of Poland. Covid-19 acutely highlighted the threats to population health caused by a lack of resources. It also deepened the shortcomings of public healthcare management. Without improvements in this area, there will be no responsible health strategy for the next few years, or any effective plans or programs for execution.

Europejski Plan Odbudowy Gospodarczej, zaprojektowany na okres po pandemii Covid-19, jako priorytet wskazuje inwestycje w zasoby ochrony zdrowia, a celem jest poprawa zdrowia populacji i przygotowanie programów przeciwdziałania największym zagrożeniom zdrowia w przyszłości. Sytuacja zdrowotna jest bowiem bardzo trudna i nie tylko z powodu pandemii Covid-19, ale wskutek załamania się dotychczasowego trendu poprawy zdrowia mierzonej dalszym przeciętnym trwaniem życia i trwaniem życia w dobrym zdrowiu (bez niepełnosprawności). Zanim podjęte zostaną decyzje alokacyjne dotyczące funduszy Planu Odbudowy potrzebne jest przygotowanie strategii zdrowia w oparciu o kompleksowe rozpoznanie kondycji zdrowotnej populacji i jej uwarunkowań, także w Polsce. Pandemia Covid-19 zaostriżyła problem zagrożeń zdrowia z powodu niedoboru zasobów. Pogłębiła też niedostatki zarządzania publicznego w ochronie zdrowia. Bez poprawy w tej dziedzinie nie powstanie ani odpowiednia strategia zdrowia na najbliższe lata, ani skuteczne plany oraz programy realizacyjne.

Bibliography

Bibliografia

Ayeleke R. O., A. Dunham, N. North, K. Wallis (2018). *The Concept of Leadership in the Health Care Sector*, <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.76133>

Bielska I.A., M. Embrett, L. Jewett, B. Buote, D.R. Manis et al. (2020). Canada's Multi-Jurisdictional COVID-19 Public Health Response – January to May 2020, w: *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* nr 1.

Bociąga-Jasik M., A. Domagała, Z. Gaciong, S. Golinowska, T. Grodzicki, M. Haber, D. Karkowska, M. Kózka, A. Windał, C. Włodarczyk (2020). Alert zdrowotny 4: Zawody medyczne i inne zawody ochrony zdrowia w świetle pandemii COVID-19. Open Eyes Economy Summit.

Canadian Institute of Health Information (2021). National Health Expenditures, 1975 to 2019. Series C Tables - Health Expenditure by Use of Funds, by Source of Finance, and Series D: Tables - Total Health Expenditure by Use of Funds, by Province/Territory.

Carvalho J.P. (2017). *Coordination and culture. Economic Theory* 64: 449–475. <https://doi.org/10.1007/s00199-016-0990-3>

Dahlgren G., M. Whitehead (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe, Stockholm: Institute for Future Studies.

Dahlgren G., M. Whitehead (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September, London: King's Fund.

Domagała A. (2018). Zasoby pracy dla ochrony zdrowia - deficyty kadrowe i metody ich przewyższania, w: Golinowska et al. (2018), s. 36-42.

Domagała A., K. Dubas-Jakóbczyk (2019). Migration intentions among physicians working in Polish hospitals – Insights from survey research, *Health Policy*, 123 (8), s. 782-789. doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.06.008

European Commission (2012). The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), Brussels.

Głowacka M.D., J. Zdanowska (2013). *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa: Wolters Kluwer.

Gmeinder M., D. Morgan, M. Mueller (2017). How much do OECD countries spend on prevention?, *OECD Health Working Papers*, No. 101, Paris: OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/f19e803c-en>

Golinowska S., E. Kocot, A. Sowa (2013). Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom 11, nr 4.

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

Golinowska S., Ch. Sowada, M. Tambor, A. Domagała, K. Kuszewski (2018). Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce stan i perspektywy. *Zeszyty mBank-CASE*, nr 156, Warszawa: CASE - Fundacja Naukowa i mBank.

- Golinowska S., M. Zabdyr-Jamroz (2020). Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* nr 1.
- Healthy People (1979). The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention: background papers. Report to the Surgeon General on health promotion and disease prevention, US: Institute of Medicine.
- Ison E. (2009). The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network, *Health Promotion International*, Vol. 24 No. S1.
- Kickbusch I., D. Gleicher (2012). Governance for health in the 21st century, Geneva: WHO.
- Kopacz J. (2019). Niedobór talentów w branży medycznej, *Menedżer Zdrowia*, nr 5-6.
- Kowalska-Bobko I. (2017). Decentralizacja a systemy zdrowotne, Kraków: WUJ
- Lalonde M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (dostęp/access: 17.08.2021)
- Martinussen P.E., H.T. Rydland (2021). Is a decentralised health policy associated with better self-rated health and health services evaluation? A comparative study of European countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 10(2): 55–66.
- Matrix Insight (2012). EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study, London.
- Ministerstwo Zdrowia (2019). Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący, Warszawa.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2017). Raport NIPiP. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych. nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf [dostęp/access 30.05.2021]
- Nye J (2011). The future of power, New York: Public Affairs.
- OECD/Eurostat/WHO (2017). *A System of Health Accounts 2011*, Paris: OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- Philips (2020). Future Health Index 2020. The age of opportunity. Empowering the next generation to transform healthcare.
- Seweryn M. (2015). Funkcjonowanie Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Historia, rozwój, wyzwania, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, tom 13 nr 2.
- Sowada Ch. (2018). Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce: poziom wydatków i alokacja środków, w: Golinowska et al. (2018), s. 23-29.
- St- Pierre L., A. Mendell (2013). Health impact assessment in Canada, w: John Kemm (ed.) Health Impact Assessment. Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress, Oxford Scholarship Online.
- Tambor M. (2018). O współtłaceniu – przykłady, możliwości i ograniczenie, w: Golinowska et al. (2018), s. 29-35.
- Tambor M., M. Pavlova (2020). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Poland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Tambor M., J. Klich, A. Domagała (2021). Financing Healthcare in Central and Eastern European Countries: How Far Are We from Universal Health Coverage? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1382.

Thomson S., J. Cylus, T. Evetovits (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2005). Universal health coverage.

WHO (2006). Global Shortage of Health Workers and its Impact. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html> 9 (dostęp/access 28 June 2020).

WHO (2013). Research for universal health coverage.

WHO (2015). Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region. Copenhagen: Regional Office for Europe.

WHO (2018). Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action.

WHO (2020). Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response. WHO/2019-nCoV/health_workforce/2020.1

YouGov (2020). International COVID-19 tracker. <https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/05/18/international-covid-19-tracker-update-18-may> (dostęp/access 03.09.2021]

Data sources

Źródła danych

Centrum e-Zdrowia (2020). Biuletyn Statystyczny 2020, Warszawa, https://cez.gov.pl/fileadmin/user_upload/Biuletyny_informacyjny/biuletyn_statystyczny_2020_5fa959206ef00.pdf (dostęp/access 30.05.2021).

GUS (2020), Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce w roku 2019, Warszawa.

Ministerstwo Zdrowia (2019). Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-i-polożnictwa-w-polsce (dostęp/access 30.05.2021)

OECD (2020a). Health Statistics 2020 online data base., <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>

OECD (2020b). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, Paris: OECD Publishing (dostęp/access 02.06.2021).



Stanisława Golinowska

Professor of economics and expert in social policy, healthcare, and the labour market. She studied economics at Warsaw University and was awarded a scholarship from the Alexander von Humboldt Foundation. From 1991–1997, she served as the director of the Warsaw Institute of Labour and Social Studies, after which she served two terms as the head of the Institute of Public Health at Collegium Medicum of the Jagiellonian University. She was a member of the Council of Ministers' Social and Economic Strategy Council (1994–2005) and a member of the UN Secretary General Committee for Development Policy (2007–2009). She co-founded the CASE Foundation and served as Vice-President and later as a Fellow. She has conducted many national and international research projects, both initiating and directing them. She is the author of numerous articles and books covering multi-disciplinary comparative topics and, more recently, of textbooks.

Profesor nauk ekonomicznych, specjalistka w dziedzinie polityki społecznej, ochrony zdrowia i rynku pracy. Absolwentka ekonomii Uniwersytetu Warszawskiego i stypendystka 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 CASE i wiceprzewodnicząca Rady Fundacji oraz CASE Fellow. Zrealizowała wiele krajowych i międzynarodowych projektów badawczych, inicjując je i kierując nimi. Autorka licznych artykułów i książek, obejmujących wielodyscyplinarne tematy porównawcze oraz ostatnio – także w podręczników.



Christoph Sowada

He holds a PhD in economics and is a specialist in healthcare economics and finance. He studied economics at Justus Liebig University, Giessen, Germany and, upon completing his PhD in economics at Potsdam University, he moved to Kraków to work at the Jagiellonian University College Institute of Public Health, of which he served as the director during 2016-2020. As of September 2020, he is the vice dean of the Faculty of Health Sciences at Collegium Medicum of the Jagiellonian University. He has authored several dozen academic publications on healthcare and public finances. He participates in many domestic and international research projects and is a member of numerous prestigious academic bodies in Germany and Poland.

Doktor nauk ekonomicznych i profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, specjalista w dziedzinie ekonomiki zdrowia i finansów ochrony zdrowia. Absolwent 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. W latach 2016–2020 był jego dyrektorem. Od września 2020 r. jest wicedziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu UJCM. Autor ponad 100 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

She is a health sciences graduate. She completed her PhD in health economics at Maastricht University. She specialises in healthcare financing and social and healthcare policy issues. She is an assistant professor in the Healthcare Economics and Social Security Department at the Kraków Jagiellonian University College Institute of Public Health. She participates in international research projects including ASSPRO CEE 2007 and Pro-health 65+. The findings of her research have been published in prestigious international journals.

Absolwentka 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

Doctor of Health Sciences. She specializes in labour market and healthcare management issues. She is an assistant professor in the Department of Health Policy and Management at the Kraków Jagiellonian University College Institute of Public Health, as well as the head of postgraduate studies “Managing health care institutions”. She takes part in domestic and international research programmes and regularly provides expert opinions for international organisations and public health institutions in Poland.

Doktor habilitowany 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.



Iwona Kowalska-Bobko

Doctor of Health Sciences, professor at Jagiellonian University. In 2002, she defended her doctorate at the Faculty of International and Political Studies of Jagiellonian University. Since 2000, she has been employed in the Department of Health Policy and Management at the Kraków Jagiellonian University College Institute of Public Health. Currently, she is the head of this Department. Since 2020, she has been the director of the Institute of Public Health. She conducts scientific research and didactic classes in areas such as: health policy, organisation of health care, decentralisation in health care, health systems, and health policy of the European Union. Since 2006, she has cooperated with the European Observatory on Health Systems and Policies (EuroWHO). She has managed and implemented numerous national and international projects and is the author and co-author of many international publications.

Doktor habilitowany nauk o zdrowiu, profesor UJ. W 2002 r. obroniła doktorat na Wydziale Studiów Międzynarodowych i Politycznych UJ. Od 2000 r. pracuje w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania w Instytucie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ. Obecnie jest kierownikiem tego Zakładu. Od 2020 r. jest dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego. Prowadzi badania naukowe oraz zajęcia dydaktyczne w dziedzinie polityki zdrowotnej, organizacji ochrony zdrowia, decentralizacji w ochronie zdrowia, systemów zdrowotnych, polityki zdrowotnej Unii Europejskiej. Od 2006 r. współpracuje z European Observatory on Health Systems and Policies (EuroWHO). Jest kierownikiem i wykonawcą licznych projektów krajowych i międzynarodowych; autorka i współautorka publikacji międzynarodowych.



Iwona Bielska

Epidemiologist and assistant professor in the Department of Health Research Methods, Evidence and Impact (HEI), Faculty of Health Sciences, McMaster University. She has professional experience in both academia and government. She previously held the Canadian Institutes of Health Research (CIHR)-funded Health System Impact postdoctoral fellowship in the Faculty of HEI and at the Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) at McMaster University. She holds a PhD in Epidemiology from the Faculty of Public Health Sciences at Queen's University. She is experienced in conducting quantitative and qualitative research as well as analysing and interpreting research findings from large clinical databases, administrative datasets, and population-based studies.

Epidemiolog i adiunkt w Zakładzie Health Research Methods, Evidence and Impact (HEI) na Wydziale Nauk o Zdrowiu (Faculty of Health Sciences) Uniwersytetu McMaster (Kanada). Posiada także doświadczenie zawodowe w pracy w administracji rządowej. Odbyła finansowane przez Canadian Institutes of Health Research (CIHR) stypendium post doktorskie Health System Impact na Wydziale HEI oraz w Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA) na Uniwersytecie McMaster. Ma tytuł doktora w dziedzinie epidemiologii uzyskany na Wydziale Nauk o Zdrowiu Publicznym na Queen's University. Posiada doświadczenie w prowadzeniu badań ilościowych i jakościowych, jak również w analizie i interpretacji wyników badań z dużych klinicznych baz danych, administracyjnych zbiorów danych i badań populacyjnych.

The list of previous mBank – CASE Seminar Proceedings

Lista poprzednich publikacji w tej serii wydawniczej

Previous editions are available at

<http://www.case-research.eu/en/bre-bank-mbank-case-seminar-proceedings>

Poprzednie edycje dostępne pod adresem

<http://www.case-research.eu/pl/bre-bank-mbank-case-seminar-proceedings>

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 / was not published)
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 / Lessons learned for monetary policy from the recent crisis
131. Skutki niekonwencjonalnej polityki pieniężnej: czego banki centralne nie uwzględniają w swoich modelach? / The effects of unconventional monetary policy: what do central banks not include in their models?
132. Czy w Europie jest za dużo banków? / Is Europe Overbanked?
133. Transformacja gospodarcza w Polsce w perspektywie porównawczej / The Polish Transition in a Comparative Perspective
134. Jak kształtowała się konkurencja w sektorze bankowym w Polsce i w Europie przed kryzysem i w okresie kryzysu / On Competition in the Banking Sector in Poland and Europe Before and During the Crisis
135. Ćwierć wieku ukraińskich reform: za mało, za późno i zbyt wolno / A quarter century of economic reforms in Ukraine: too late, too slow, too little
136. Korporacyjny rynek papierów dłużnych w Polsce: aktualny stan, problemy, perspektywy rozwoju / Corporate debt securities market in Poland: state of art, problems, and prospects for development
137. Unia Bankowa – gdzie jesteśmy / The Banking Union: State of Art
138. Bezpośrednie i pośrednie obciążenia polskich banków AD 2015. Próba inwentaryzacji i pomiaru niektórych z nich / New publication: An assessment of direct and indirect liabilities of Polish banks AD 2015
140. Stan i perspektywy rozwoju rynku funduszy private equity w Polsce / The condition of and prospects for the private equity funds market in Poland
141. Co dalej z systemem euro? / Rethinking the Euro system (w przygotowaniu)
142. Problem nieściągalności VAT w Polsce pod lupą / VAT non-compliance in Poland under scrutiny
143. Polityka gospodarcza i rozwój sytuacji makroekonomicznej na Węgrzech, 2010–2015 / Economic policy and macroeconomic developments in Hungary, 2010–2015
144. O wzroście gospodarczym w Europie, czyli niepewna perspektywa rozwoju krajów zachodnich / On Economic Growth in Europe, or, The Uncertain Growth Prospects of Western Countries

145. Katalońska gospodarka: kryzys, odbudowa i wyzwania dla polityki gospodarczej / The Catalan economy: Crisis, recovery and policy challenges
146. Polityka gospodarcza i otoczenie międzynarodowe, a stan finansów publicznych w Polsce. Scenariusze / Economic policy, the international environment and the state of Poland's public finances: Scenarios
147. Jak Komisja Europejska i kraje europejskie walczą z oszustwami VAT / How the European Commission and European countries fight VAT fraud
148. Kapitalizm oligarchiczny w Rosji: stagnacyjny ale stabilny / Russia's Crony Capitalism: Stagnant But Stable
149. Znaczenie imigracji zarobkowej dla gospodarki Polski / The Influence of Economic Migration on the Polish Economy
150. Więcej za mniej: jaki system podatkowy dla Polski / More for less: What tax system for Poland?
151. The Stupendous US Record Gets Suppressed / Zdumiewające karty amerykańskiej historii pozostają w ukryciu
153. Will Ukraine Be Able to Establish Real Property Rights? / Czy Ukraina będzie w stanie wprowadzić rzeczywiste prawa własności?
154. Thinking about pension systems for the 21st century: A few remarks based on the Polish example / Rozważania o systemie emerytalnym w XXI wieku: Kilka uwag na podstawie polskiego systemu
156. What's next for healthcare in Poland: diagnosis and prognosis / Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy
157. Is a Fiscal Policy Council needed in Poland? / Czy Rada Polityki Fiskalnej jest potrzebna Polsce?
158. Is Non-State Money Possible? / Czy pieniądź niepaństwowy jest możliwy?
159. Why do we need self-employed persons? Some economic reflections, mainly tax related ones / Po co nam samozatrudnieni? Refleksje ekonomiczne, głównie podatkowe
160. Financing for the Polish economy: prospects and threats / Finansowanie polskiej gospodarki: perspektywy i zagrożenia
161. Turning away from globalization? Trade wars and the rules of competition in global trade: Implications for the EU / Czy odwrót od globalizacji? Wojny handlowe oraz zasady konkurencji w światowym handlu. Implikacje dla UE
162. The European Union: State of play and prospects / Unia Europejska: stan i perspektywy
163. Estonian corporate tax: Lessons for Poland / Estoński CIT – lekcje dla Polski
164. Is a bubble inflating on Poland's housing market? / Czy na polskim rynku mieszkaniowym narasta bańka cenowa?
165. Is the economy doomed to a long recession? / Czy gospodarka jest skazana na długą recesję?
166. Why We Still Need Free Trade and Globalization / Dlaczego wciąż potrzebujemy wolnego handlu i globalizacji
167. The retirement age and the pension system, the labor market and the economy / Wiek emerytalny a system emerytalny, rynek pracy i gospodarka
168. Problems at Poland's banks are threatening the economy / Problemy banków zagrażają rozwojowi polskiej gospodarki