

#29

WARSZAWSKIE DEBATY

O POLITYCE SPOŁECZNEJ

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE

MICHAŁ POLAKOWSKI
STANISŁAWA GOLINOWSKA
MAREK BALICKI



**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**



#29

OCHRONA ZDROWIA W POLSCE

MICHAŁ POLAKOWSKI
STANISŁAWA GOLINOWSKA
MAREK BALICKI



**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG

SPIS TREŚCI

MICHAŁ POLAKOWSKI: WSTĘP	4
STANISŁAWA GOLINOWSKA: O OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE – NIEZMIENNE PROBLEMY	
I NOWE WYZWANIA	5
Wprowadzenie	5
Niecو historii systemu ochrony zdrowia w Polsce	5
Źródła finansowania ochrony zdrowia	7
Skala finansowania ochrony zdrowia	8
Finansowanie ochrony zdrowia ze środków prywatnych	9
Kadry	11
Rządzenie w systemie ochrony zdrowia	14
Zarządzanie w placówkach opieki zdrowotnej	17
Pacjent w centrum opieki zdrowotnej	19
Wnioski końcowe	20
Bibliografia	22
MAREK BALICKI: JAK UZDROWIĆ POLSKĄ SŁUŻBĘ ZDROWIA	24
Wstęp	24
Wielka reforma z roku 1999	26
Korekta reformy – Narodowy Fundusz Zdrowia	27
Porównania międzynarodowe	29
Występujące problemy i zagrożenia	30
W kierunku decentralizacji i usamorzędowania	33
Występujące problemy i zagrożenia	35
Zakończenie	36
Bibliografia	37

Zdrowie to jeden z najbardziej cenionych przez Polaków wymiarów życia ludzkiego. Zarazem ochrona zdrowia jest jednym z najczęściej krytykowanych obszarów polityki społecznej. W badaniach porównawczych, takich jak Europejskie Badanie Warunków Życia, opinie na temat jakości usług zdrowotnych wyrażane przez Polaków należą do najgorszych w Europie. Podobnie w Polsce znajdziemy jeden z wyższych odsetków pacjentów, którzy mają trudności ze sfinansowaniem wizyty u lekarza czy też napotykają bariery w dostępie do opieki psychiatrycznej. Gdzie tkwią przyczyny społecznego niezadowolenia? Czy wynika ono z wyłącznie z niedofinansowania, jak twierdzą niektórzy obserwatorzy, czy też z niewłaściwego zarządzania systemem ochrony zdrowia?

Nie ulega wątpliwości, że na tle innych państw europejskich wydatki na opiekę zdrowia w Polsce są wyjątkowo niskie. Według danych OECD za 2017 rok Polska zajmuje czwarte miejsce od końca wśród państw europejskich (za Luksemburgiem, Litwą i Łotwą), jeśli chodzi o udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB (4,6%). Europejscy liderzy (Niemcy i Francja) wydają niemal ponad dwa razy tyle (9,5–9,6% PKB). Jednocześnie zauważyć można strategię indywidualnego radzenia sobie z deficytami ochrony zdrowia. Wskazują na to wydatki prywatne na cele związane z ochroną zdrowia: są one nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do nakładów publicznych. Liderami takiego porównania są państwa bałtyckie i południa Europy. Według badań opinii publicznej ponad

połowa Polaków korzystała z finansowanej z niepublicznych środków służby zdrowia¹.

Autorzy niniejszego opracowania – Stanisława Golinowska i Marek Balicki – wskazują, że nie wystarczy tylko zwiększyć nakłady na opiekę zdrowia. Wymagane są także dyskusje dotyczące fundamentalnych rozwiązań w sferze ochrony zdrowia i konsekwentne ich wdrażanie. Te dwa elementy myślenia o reformie ochrony zdrowia są nierozdzielne i tylko w parze mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania tego systemu.

Oboje ekspertów, którzy zabierają głos w tej publikacji, wskazuje na sieć współzależności w ochronie zdrowia. Konieczne jest zrozumienie kwestii finansowych (kto płaci, z jakich źródeł i za co), ale także uwzględnienie kwestii kadrowych (rosnąca średnia wieku personelu, szkolnictwo medyczne, lecz również sprawa wynagrodzeń, o które różne grupy apelują od początku transformacji ustrojowej). Ważne jest przy tym rządzenie, czyli sposób, w jaki określamy cele ochrony zdrowia i za pomocą jakich środków i metod je realizujemy, jak i zarządzanie poszczególnymi podmiotami systemu. Tylko takie kompleksowe podejście do zagadnienia pozwoli obywatelom, politykom i administratorom systemu skutecznie działać na rzecz zdrowia.

¹ CBOS (2018). Komunikat z badań Nr 89/2018. *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. Warszawa: CBOS.

O ochronie zdrowia w Polsce — niezmiennie problemy i nowe wyzwania

Stanisława Golinowska

Wprowadzenie

Ochrona zdrowia w Polsce należy do tych dziedzin, których rozwój z punktu widzenia potrzeb populacji jest niedostateczny. Nie zaspokaja rosnących potrzeb zdrowotnych wobec niedostatecznej podaży usług opieki zdrowotnej. Mimo że funkcjonowanie systemu zdrowotnego w każdym kraju ma liczne niedostatki, to w Polsce są one od dłuższego czasu trwale i odstają od korzystnych tendencji w rozwoju gospodarki. Jakże w tych warunkach podejmowano działania, a jakich zaniechano? Do czego może to prowadzić¹? Niniejsze opracowanie ustrukturyzowano tak, aby obraz przemian i problemów ochrony zdrowia był czytelny, ułatwiając zrozumienie trudności i pozwalając na możliwość akceptowania rozwiązań, które z pozoru mogłyby wydawać się niekorzystne. Początek tekstu stanowi historyczny rys kierunków organizacyjnych zmian systemu zdrowotnego. Następnie

zostały wskazane podstawowe deficyty w zasobach finansowych i kadrowych dla ochrony zdrowia. Kolejną część tekstu stanowi opis problemów instytucjonalnych związanych z rządzeniem w państwie w odniesieniu do sektora zdrowotnego i zarządzaniem placówek zdrowotnych. Zakończenie to enumeracja działań niezbędnych do podjęcia, wskazując na konieczność podejścia kompleksowego.

5

Nieco historii systemu ochrony zdrowia w Polsce

Spółeczne rozwiązania w ochronie zdrowia na ziemiach polskich zapoczątkował rozwój kas chorych, które powstawały przede wszystkim na terenach zaboru pruskiego i austriackiego. W wolnej Polsce Dekret z 1919 roku, a następnie ustawa z 1920 roku o kasach chorych sankcjonowały istniejące

¹ Rozważania prowadzące do wskazania próby odpowiedzi na sformułowane pytania, są przedmiotem tego tekstu, który powstał w rezultacie uczestnictwa w XXIX seminarium, jakie odbyło się w ramach Warszawskich Debaty o Polityce Społecznej Fundacji ICRA oraz Fundacji im. Friedricha Eberta 7 czerwca 2018 roku w Warszawie. Wykorzystano w nim także niektóre wątki dyskusji, która odbyła się dwa tygodnie wcześniej w Fundacji Naukowej CASE pod tytułem „Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce?”.

zdecentralizowane rozwiązania, wskazując dalszy kierunek rozwoju, polegający na zwiększaniu liczby samorządnych kas na nowych obszarach kraju. W 1930 roku funkcjonowało w Polsce 243 kas. Poza zapewnieniem podstawowej pomocy lekarskiej kasy chorych wypłacały zasiłki chorobowe, pogrzebowe i połogowe.

Ustawa scaleniowa (1933) objęła także kasy chorych, które stały się gałęzią systemu ubezpieczeń społecznych.

Po II wojnie światowej system ochrony zdrowia został włączony do centralnego systemu usług socjalno-kulturalnych finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa. Zmianę ubezpieczeniowej ochrony zdrowia na zaopatrzenie budżetowe nazwano modelem Siemaszki, od nazwiska komisarza radzieckiego, który adresował to rozwiązanie do wszystkich krajów zależnych od ZSRR.

Mimo początkowych sukcesów polskiej służby zdrowia w okresie powojennym, związanych ze skutecznym zwalczaniem chorób zakaźnych, ochrona zdrowia, podobnie jak inne gałęzie usług społecznych, popadała w chroniczne trudności zaopatrzeniowe i ograniczenia w świadczeniu usług zdrowotnych. Priorytet dla tzw. sfery produkcyjnej wraz z rosnącą jej nieefektywnością skutkował biedą sfery nieprodukcyjnej, do której należała też ochrona zdrowia.

Zmiana systemu ekonomicznego i politycznego po 1989 roku tworzyła nadzieję na odpowiednie uznanie potrzeb społecznych (w tym potrzeb zdrowotnych) i wyższą efektywność funkcjonowania podmiotów gospodarczych. Przygotowywano się więc także do reformy systemu ochrony zdrowia. Ścierały się różne koncepcje kształtowania modelu służby zdrowia. Dotyczyły one głównie źródeł finansowania i charakteru placówek świadczących usługi zdrowotne: na ile mają to być podmioty autonomiczne, na ile należące do samorządów terytorialnych, na ile do państwa i w jakim zakresie całkowicie prywatne. Pierwsza ustawa okresu transformacji – z roku 1991 – o zakładach

opieki zdrowotnej, kierowała rozwiązania w kierunku ich samodzielności, obejmującej także sprawy finansowe na szczeblu mikroekonomicznym, tj. równoważenie przychodów i wydatków.

Jeśli chodzi o źródła finansowania, to nie tylko sentyment do kas chorych zdecydował o powrocie do tradycji z początków stulecia. Wyjście z budżetu państwa oznaczało większą niezależność funduszy pozabudżetowych i mniejsze zagrożenie zmianą priorytetów w wydatkach publicznych w wyniku corocznej dyskusji politycznej przy okazji podejmowania decyzji o budżecie państwa. Ponadto w polskim społeczeństwie zakorzeniony był pozytywny obraz funkcjonowania kas chorych w Niemczech i w debacie nad reformowaniem systemu zdrowotnego często nawiązywano do modelu niemieckiego.

Przemiany w ochronie zdrowia podejmowane w ciągu ostatnich kilkunastu lat polegały na próbach urynkowania systemu w ramach koncepcji tzw. rynku wewnętrznego (regulowanego *quasi*-rynku) przy bezwzględnym trzymaniu w ryzach zasobów dla systemu, zarówno kapitałowych jak i kadrowych. Po reformie z 1999 roku nie podniesiono realnych nakładów na ochronę w relacji do rosnącego PKB, mimo obietnic politycznych. Konkurencja o kontrakty i zwiększenie liczby podmiotów (w tym prywatnych) stających do konkursów, bez ich równości pod względem zdolności leczniczych i udowodnionej jakości usług zdrowotnych, a także nieadekwatność wycen świadczeń w relacji do kosztów, spowodowała bardzo poważne ograniczenia w dostępie do leczenia.

Po ćwierćwieczu wydawałoby się, że po racjonalnej kierunkowo transformacji system ochrony zdrowia jest w złej kondycji, nie zapewniając opieki zdrowotnej odpowiednio do potrzeb populacji w obecnej fazie rozwoju epidemiologicznego, gdy dominują niezakaźne choroby przewlekłe. Wymaga radykalnych zmian systemowych i wzrostu nakładów. Te dwa warunki są współzależne, odpowiednie zmiany systemowe bez wzrostu nakładów są

bowiem niemożliwe, a wzrost nakładów bez odpowiednich zmian może nie dać efektu i może zostać po prostu zmarnotrawiony.

Źródła finansowania ochrony zdrowia

Dyskusja o źródłach finansowania ochrony zdrowia sprowadza się do poszukiwania i wskazywania różnicy między systemem społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (*social health insurance* [SHI] – model Bismarcka) a systemem narodowej służby zdrowia (*national health system* [NHS] – model Beveridge’a). Niekiedy próbuje się też wykazać, który z modeli jest lepszy i bardziej odpowiedni do zastosowania w danym kraju. Podjęto wiele analiz porównawczych, które nie wykazały jednoznacznej przewagi któregoś z modeli (Wagstaff 2009). Wskazały natomiast, że taka dychotomia jest może interesująca badawczo, ale jako wskazanie polityczne jest w gruncie rzeczy fałszywa (Kutzin i in. 2009). Kraje podejmujące reformy zdrowotne znajdują się na różnych etapach rozwoju gospodarczego, mają różne systemy instytucji państwowych, są zróżnicowane kulturowo i w konsekwencji różnie traktują systemy zdrowotne w programach władzy politycznej i dokonują reform pod wpływem preferencji politycznych danego okresu. Ponadto dychotomia SHI *versus* NHS w wielu rozwiniętych krajach właściwie nie występuje, ponieważ mamy w nich do czynienia z występowaniem mieszanego systemu finansowania publicznego w odniesieniu do różnych części systemu, np. zdecydowanej przewagi finansowania zdrowia publicznego z podatków ogólnych, a nie z ubezpieczenia społecznego.

W Polsce natomiast relatywnie często podejmuje się dyskusje i formułuje projekty

o przekształceniu finansowania ochrony zdrowia z systemu ubezpieczeniowego na zaopatrzeniowy (podatkowy). Poza dyskusją związaną z reformą wprowadzoną w 1999

roku w ramach czterech reform premiera Buzka kolejną debatę podjęto w roku 2005. W 2016 roku ponownie wrócono do problemu, anonując likwidację NFZ. Wprawdzie nie wyartykułowano wprost celów, jakie legły u podstaw powrotu do podatkowego (budżetowego) finansowania ochrony zdrowia, jaki wskazano jednoznacznie w programie politycznym ugrupowania, które przejęło rządy w 2015 roku

(Prawo i Sprawiedliwość), ale można by je zrekonstruować następująco:

- Zapewnienie bezwzględnej powszechności (obywatelskiego prawa) do świadczeń zdrowotnych.
- Wzrost kontroli finansowej rządu nad dużym funduszem publicznym.
- Ogólny wzrost centralizacji rządzenia w państwie.
- Przekonanie, że system zaopatrzeniowy ograniczy zjawiska korupcyjne.
- Wymiana elit politycznych i menadżerskich w ochronie zdrowia wraz z ogólną wymianą elit zatrudnionych w sferze publicznej.

Deбата ekspercka zorganizowana w Ministerstwie Zdrowia w 2016 roku w sprawie zapowiedzianych reform zdrowotnych, obejmujących także likwidację NFZ, nie doprowadziła do zgodnej opinii popierającej propozycję polityczną. Rząd nie zdecydował się wówczas na podjęcie zapowiedzianych zmian. Trudna sytuacja finansowa w sektorze zdrowotnym i strajki pracowników medycznych (szczególnie młodych lekarzy – rezydentów i pielęgniarek) były zapewne przyczyną powstrzymania się władz przed rozpoczęciem zmian organizacyjnych, generujących dodatkowe koszty.

Przy okazji debaty na temat odejścia od systemu ubezpieczeniowego w finansowaniu

ochrony zdrowia w roku 2016 odwoływano się do modelu narodowej służby zdrowia (NHS) w Wielkiej Brytanii². Jeśli wzorem był tutaj podatkowy system tworzenia funduszu dla ochrony zdrowia, to w mniejszym już stopniu autonomia NHS oraz zdecentralizowane struktury terytorialne i metody *quasi*-rynkowego zarządzania placówkami medycznymi.

Skala finansowania ochrony zdrowia

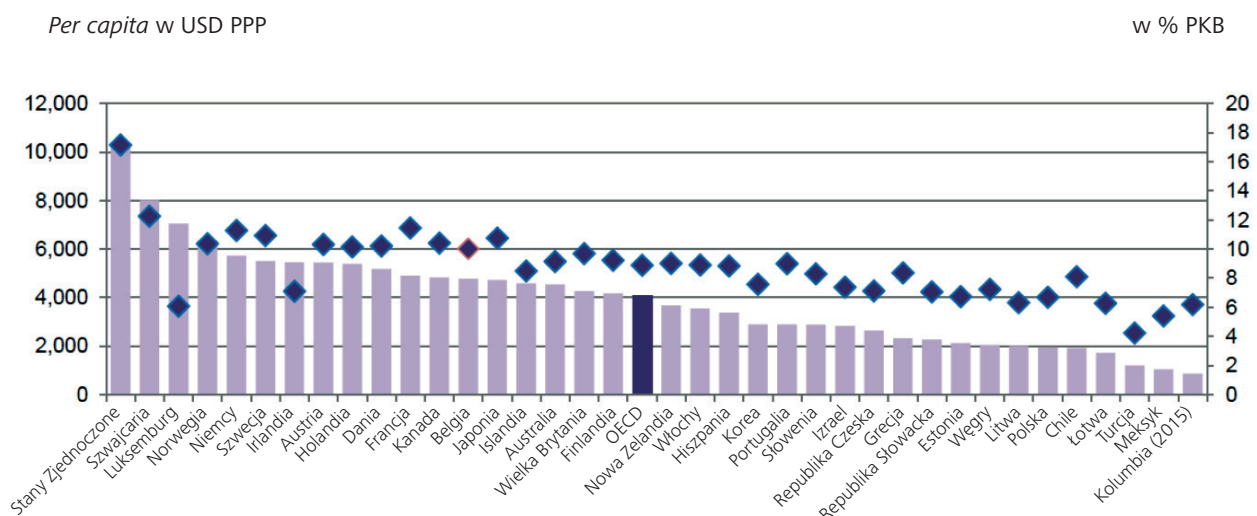
Środki publiczne, jakie wpływają do systemu zdrowotnego, są w Polsce relatywnie bardzo niskie i jest to problem niezależny od źródeł finansowania ochrony zdrowia. Od 2007 roku nie wzrasta składka zdrowotna. Nie ma też preferencji politycznych dla zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia z budżetu państwa i nadal wśród polityków

dominuje hipoteza „dziurawego wiadra”, czyli przekonania o pochłanianiu wszystkiego, co wpłynie do systemu bez efektów dla poprawy jego funkcjonowania. Niskie nakłady na ochronę zdrowia są szczególnie widoczne, gdy dokonuje się porównań międzynarodowych (patrz wykres 1). Mimo ekonomicznego rozwoju kraju mierzonego dynamiką wzrostu gospodarczego, wydatki całkowite na ochronę zdrowia są relatywnie niskie i Polska pod tym względem sytuuje się w ogonie europejskich krajów OECD. Elastyczność dochodowa wydatków na zdrowie nie przekracza współczynnika 1,0, co oznacza, że nie wzrasta proporcjonalnie do wzrostu PKB (w latach 2009–2015 wzrost całkowitych wydatków na zdrowie *per capita* miał tempo 2,0% rocznie, a PKB nieco ponad 3,0%), a jednocześnie potrzeby zdrowotne rosną ponadproporcjonalnie.

Decydujące dla nacisków na wzrost wydatków są zmiany demograficzne (starzenie się populacji) i związane z tym zmiany epidemiologiczne (dominacja niezakaźnych chorób przewlekłych) oraz wzrost oczekiwań społecznych na skutek wzrostu dochodów.

Ograniczenia w finansowym zasilaniu systemu przekładają się na liczne jego cechy, które

Wykres 1: Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* (USD) w wartościach siły nabywczej (PPP) i jako % PKB



Źródło: OECD 2017

² Rozważania na temat zmian NHS w Wielkiej Brytanii można znaleźć w tekście Cezarego Włodarczyka (2018).

w łańcuchu interakcji dodatkowo ograniczają jego efektywność. Są one następujące:

- Nieefektywna struktura podziału funduszy. Generalnie dominują nakłady na leczenie. W konsekwencji zaniedbywane jest zdrowie publiczne i nie organizuje się systemu opieki długoterminowej, dla której nadal nie ma ustalonych źródeł finansowania publicznego.
- W ramach opieki zdrowotnej (medycyny naprawczej) dominują nakłady na opiekę stacjonarną, na szpitale. Udział wydatków na szpitale w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia wynosi 35% i jest o 5 punktów procentowych wyższy niż przeciętna dla krajów europejskich (OECD/EU 2016, s. 119). Nawet mechanizm kontroli dostępu do opieki stacjonarnej w postaci wymagania skierowania od lekarza POZ jest nieskuteczny. Pacjenci wykorzystują wejście do szpitala przez SOR. *Nota bene* jest to zjawisko występujące także w innych krajach i analizowane są jego mechanizmy oraz sposoby ograniczania (van den Berg i in. 2016).
- Zmniejszone zostały dopłaty do leków ze środków publicznych i w konsekwencji wzrastają ograniczenia w dostępie do nowych technologii medycznych, leczących nie tylko choroby rzadkie, ale i przewlekłe choroby społeczne, szczególnie nowotworowe. W wydatkach na leki coraz większe znaczenie mają w Polsce wydatki nieordynowane przez lekarzy (*over-the-counter*). Stanowią już nieco ponad połowę całkowitych wydatków na leki *per capita*. Proporcje między wydatkami na leki na receptę w porównaniu z lekami bez recepty są Polsce zdecydowanie zachwiane, co uwiadamiają porównania międzynarodowe (OECD/EU 2016). Wyrażają zjawisko samoleczenia, które staje się w Polsce poważnym problemem zdrowia populacji (Bochenek 2012).

Finansowanie ochrony zdrowia ze środków prywatnych

Teoretycznie rozumiemy, że zdrowie i opieka zdrowotna to dobra zarówno publiczne, jak i prywatne (Golinowska i in. 2015). Z tego wynikałaby świadomość społeczna (i towarzyszące jej działania polityczne), że za zdrowie odpowiadamy zarówno wspólnie (w systemie instytucji publicznych), jak również indywidualnie, opłacając usługi zdrowotne z „własnej kieszeni”. Tymczasem dyskusja o źródłach finansowania w Polsce rządzić dotyczy problemu: na ile finansujemy świadczenia zdrowotne w ramach solidarnej redystrybucji dochodów, a na ile ze środków indywidualnych. Dominuje przekonanie, że opieka zdrowotna należy się każdemu człowiekowi bezwarunkowo i każda próba decyzji (a nawet propozycji) o ewentualnej kontrybucji indywidualnej kończy się niepowodzeniem³. Jest to zapewne wynik zjawiska, które w badaniach społecznych nazywamy *path dependency*, czyli przywiązania do rozwiązań z przeszłości, nawet gdy nie są racjonalne w teraźniejszości. Zarazem, analizując rzeczywiste wpływy finansowe do ochrony zdrowia, dostrzegamy, że od wielu lat zakres indywidualnego finansowania systemu zdrowotnego w Polsce był znaczący i większy niż w wielu innych krajach europejskich. W okresie PRL decydował o tym brak ubezpieczenia dla rolników indywidualnych, którzy leczyli się odpłatnie w organizowanych spółdzielniach lekarskich i prywatnych gabinetach. Z czasem z prywatnie świadczonych usług korzystały także osoby ubezpieczone, omijając kolejkę do niektórych specjalistów

³ W sąsiednich krajach postsocjalistycznych (Czechy, Słowacja i Węgry) decyzje o wprowadzeniu odpłatności pacjentów za świadczenia kończyły wycofaniem się przy zmianie rządów.

lub oczekując świadczeń wyższej jakości (np. dentyków, ginekologów, ortopedów). Po roku 1989 głównym czynnikiem wzrostu opłat indywidualnych były odpłatności za leki, zarówno z powodu ograniczeń w refundacji leków, jak i wyższych cen przeciętnych szerszej puli oferowanych leków (a szczególnie leków innowacyjnych). Przy generalnie niskich nakładach na ochronę zdrowia koszty leków stanowią źródło stałego napięcia finansowego w ochronie zdrowia. A firmy farmaceutyczne są skuteczniejsze w oddziaływaniu na popyt (i wzrost ogólnych kosztów systemu) niż wystąpienia pracowników służby zdrowia w osiąganiu wzrostu wynagrodzeń.

Udział prywatnych środków w całkowitych wydatkach na zdrowie kształtuje się na poziomie około 30% i jest to wskaźnik stabilny i o około 10 punktów procentowych wyższy niż przeciętnie w europejskich krajach OECD.

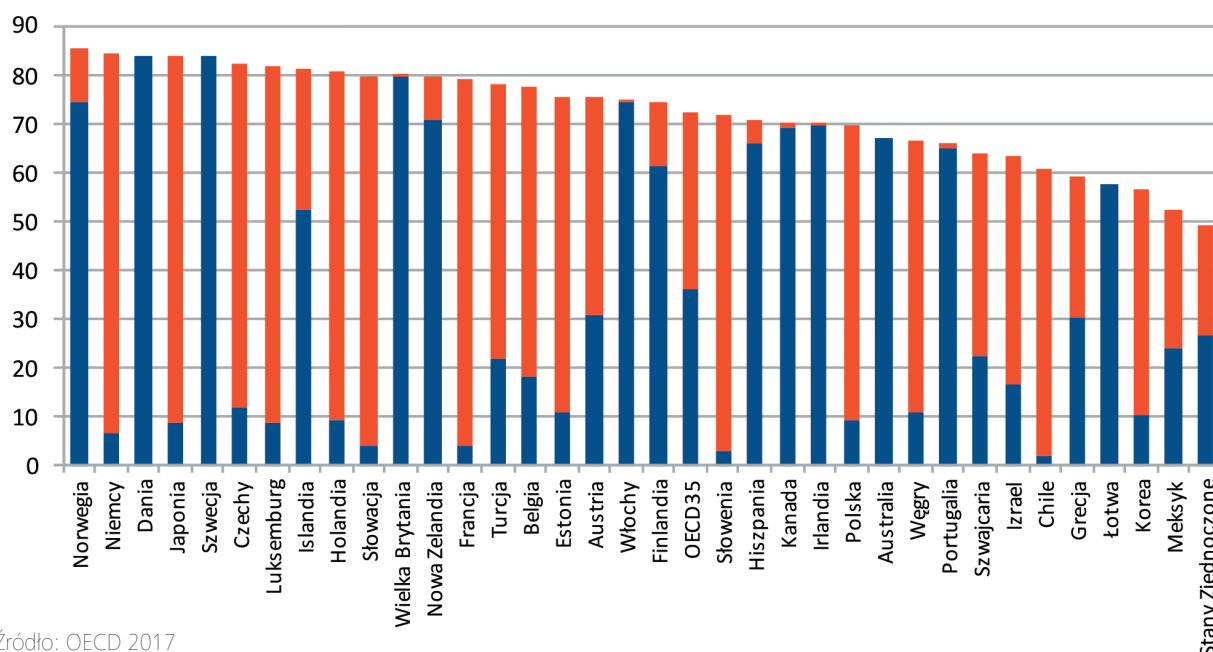
Wprowadzenie uregulowanych form odpłatności indywidualnej jest działaniem racjonalnym. Związane jest z podziałem odpowiedzialności za zdrowie. Proporcje między finansowaniem publicznym oraz indywidualnym nie są sprawą obojętną. Mają zasadnicze znaczenie dla dostępności do świadczeń zdrowotnych. Dowodów na zróżnicowania z tego tytułu znajdujemy

zarówno w krajach o wysokich nakładach na ochronę zdrowia, jak i w krajach o niedofinansowanym systemie zdrowotnym.

Włączenie indywidualnego finansowania ochrony zdrowia do zasilania systemu zdrowotnego dokonuje się na dwa sposoby. Jeden związany jest z wprowadzeniem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, a drugi z kolei z finansowaniem bezpośrednim w postaci współpłacenia pacjentów. W Polsce oba podejścia, mimo dyskusji i opracowanych propozycji, nie znalazły dotychczas siły implementacyjnej. Głównym powodem były trudności ze zdefiniowaniem koszyków świadczeń i z oszacowaniem cen (taryf), co było podstawą dla wyznaczenia granic funkcjonowania sektora publicznego i prywatnego. Wydaje się, że wspomniane prace są coraz bardziej zaawansowane, aczkolwiek ład systemu ochrony zdrowia w Polsce pozostawia wiele do życzenia (Golinowska 2018). Tym niemniej klarownie uregulowany udział finansowania prywatnego byłby zaakceptowany. W Polsce istnieje gotowość do płacenia indywidualnego za lepszą jakość i wyższą dostępność, co pokazują badania (Tambor 2018).

Faktem jest coraz bardziej powszechne korzystanie z usług prywatnych placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Bez małą

Wykres 2: Wydatki publiczne (pochodzące z podatków i składek) na ochronę zdrowia w wydatkach całkowitych



Źródło: OECD 2017

40% wszystkich korzystających z tej opieki czyni to prywatnie (GUS 2018). Ci, którzy płacą, mają szerszy dostęp, co uwiadamiają już badania porównawcze, a są to głównie osoby z najwyższego kwintyla w rozkładzie dochodów ludności (EU Silc 2016).

Jednocześnie badania tzw. wydatków katastroficznych⁴ wskazują że wydatki na ochronę zdrowia stanowią istotny czynnik pogłębiania ubóstwa (Golinowska 2018). Dotyczy to szczególnie osób o większych potrzebach zdrowotnych: często i długo chorujących, z niepełnosprawnościami oraz osób starszych.

Regulacje o indywidualnej partycypacji w kosztach opieki zdrowotnej wymagają pogodzenia dwóch przeciwstawnych celów. Z jednej strony, zwiększenia indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie, a z drugiej, niedopuszczenia do ograniczenia dostępu do ochrony zdrowia osobom o niskich dochodach i o wyższych potrzebach zdrowotnych. Rozwiązania uwzględniające oba cele, wydawałoby się, że niemożliwe do pogodzenia, są jednak efektywnie stosowane w kilku krajach europejskich (Tambor 2015). Dlatego obok działań wyrównujących

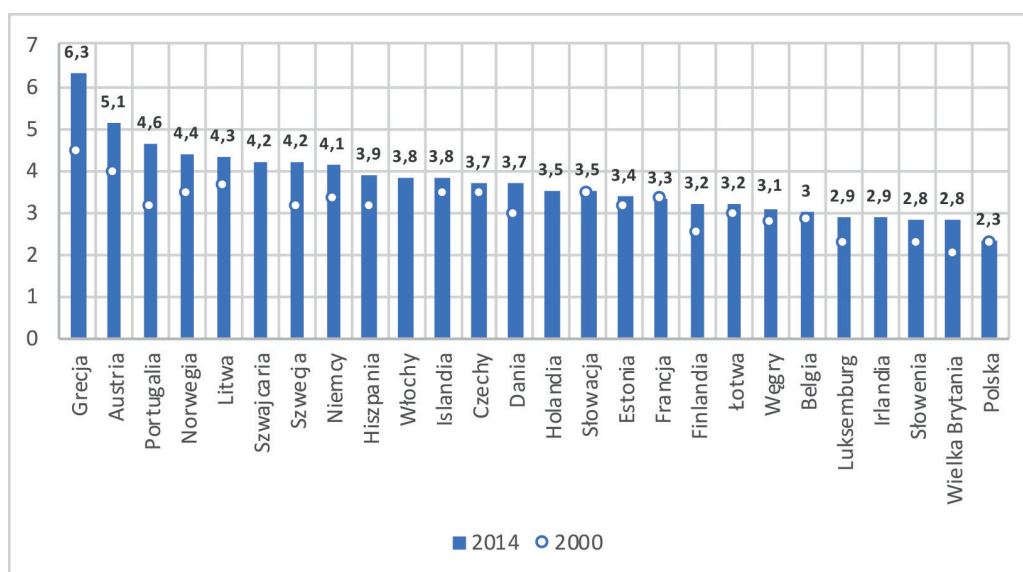
dostęp do świadczeń medycznych po stronie podażowej pożądane byłoby regulacje o współpłaceniu, respektujące zarówno społeczną opinię jak i rzeczywiste zachowania, bez „chowania głowy w piasek”.

Kadry

Szczególnie dotkliwym problemem funkcjonowania ochrony zdrowia jest deficyt kadr medycznych. Jest to wprawdzie problem uniwersalny, ale w Polsce występuje z wyjątkowym nasileniem. Na poniższym zestawieniu (wykres 3) widoczna jest nie tylko ostatnia pozycja Polski we wskaźniku nasycenia kadrą lekarską, ale także tendencja braku poprawy od 2000 roku.

W przypadku pielęgniarek pozycja Polski nie jest wprawdzie najniższa, ale znacznie odległa od pozycji przeciętnej dla krajów europejskich. Deficyt kadr pielęgniarskich jest dotkliwy, a wskaźnik nasycenia kadrą pielęgniarską, podobnie jak lekarską, od roku 2000 nie uległ zmianie.

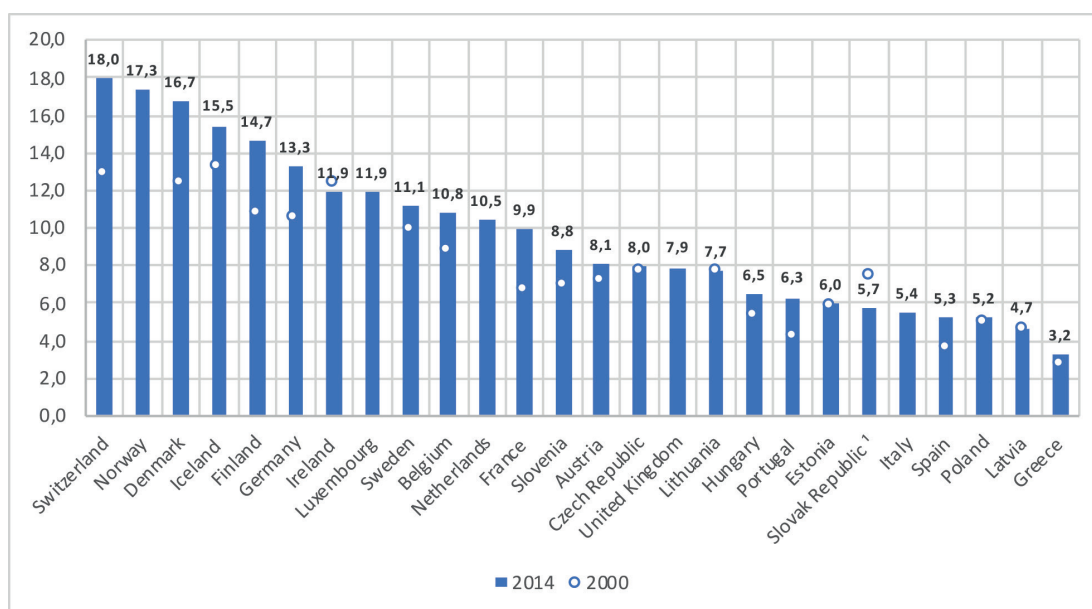
Wykres 3: Liczba praktykujących lekarzy na 1 tys. mieszkańców w krajach europejskich



Źródło: OECD/EU 2016. Health at a Glance

⁴ Konieczność zaspokojenia jednej, szczególnie ważnej potrzeby powoduje, że ponad proporcjonalna część zasobów jest wówczas przeznaczana na zaspokojenie takiej potrzeby do tego stopnia, że doprowadza to do deprywacji pozostałych potrzeb. Miarą tego zjawiska są wydatki katastroficzne.

Wykres 4: Liczba praktykujących pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w krajach europejskich



Źródło: OECD/EU 2016. Health at a Glance

Źródłem deficytu kadr są, po pierwsze, zaniedbania w tworzeniu ich podaży, na co składa się niedostateczne kształcenie w zawodach medycznych i pokrewnych, brak polityki wynagradzania i określania ścieżek kariery oraz brak polityki wobec procesów emigracyjnych w sektorze zdrowotnym.

Niedostateczne kształcenie było związane z tezą o nadmiernej podaży zasobów w ochronie zdrowia i niskiej efektywności ich wykorzystania, którą głoszone w końcówce lat 90. XX wieku, czyli w okresie reformowania polityki społecznej (tzw. czterech reform) i zgodnie z nią ograniczano wydatki na dotychczasowe państwo opiekuńcze w Polsce. Liczba absolwentów studiów medycznych kształtuje się nadal na niskim poziomie: niespełna 10 osób na 1 tys. mieszkańców.

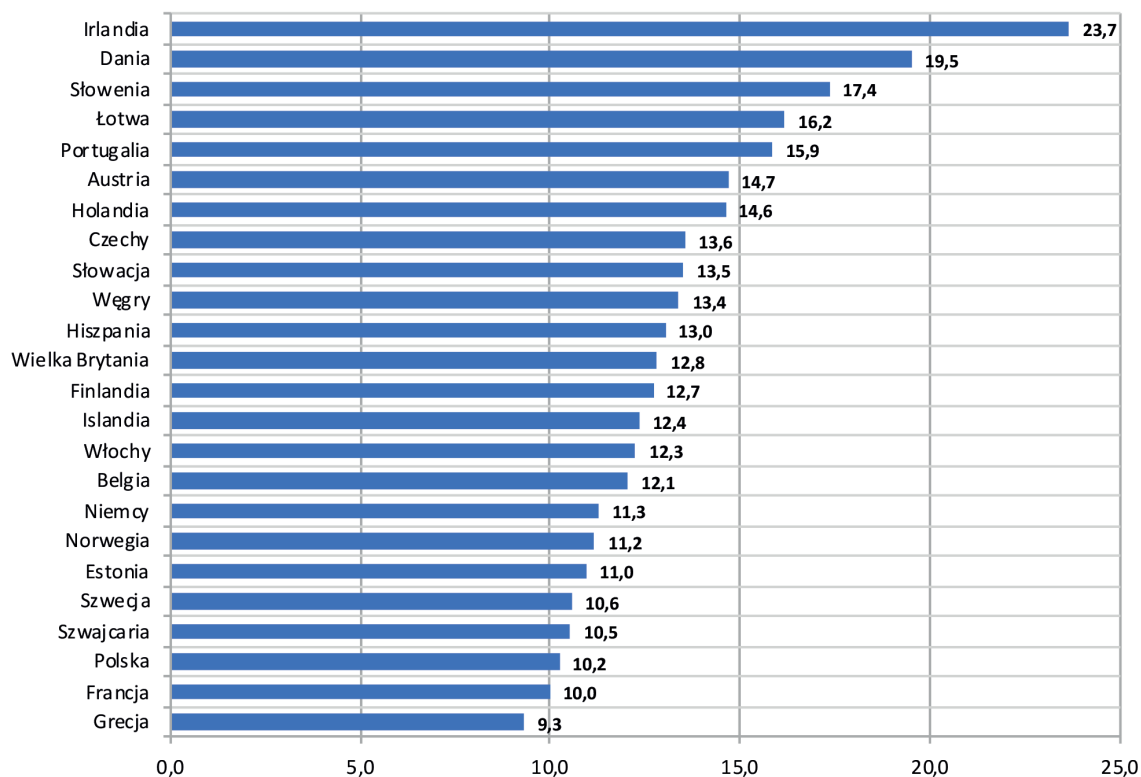
W przypadku pielęgniarek podjęto decyzje o kształceniu w tym zawodzie na poziomie wyższym, likwidując kształcenie w systemie licealnym i pomaturalnym. Po kilku latach deficyt zawodów medycznych w ochronie zdrowia był dotkliwy. Do tego dołożyła się emigracja, nasilona od 2004 roku, czyli od daty wejścia do Unii Europejskiej, wprowadzająca stopniowo swobodę przepływu siły roboczej w ramach Wspólnoty. Kraj opuszczały dużym strumieniem pielęgniarki, zatrudniając się także

w charakterze opiekunek w rozwijającym się sektorze opieki długoterminowej w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Austrii czy w krajach skandynawskich.

Do deficytu kształcenia i podejmowania pracy w zawodach medycznych przyczyniała się także polityka wynagradzania, a właściwie jej brak. Płace w sektorze zdrowotnym kształtowały się poniżej płac przeciętnych do połowy poprzedniej dekady, chociaż wzrastały (Ruzik 2008). Następnie sytuacja uległa znacznemu zróżnicowaniu na skutek swobody w formach zatrudniania, utrudniając ocenę poprawy w wysokości uposażeń. Umowę o pracę zaczęły zastępować kontrakty na czas określony i/lub samozatrudnienie. Jednym ze skutków tych regulacji był nadmiar przepracowanych godzin pracy lekarzy i mimo ograniczeń ze strony regulacji UE (Mikos 2008), przeciążenie pracą jest jednym z dramatycznych skutków braku odpowiedniego regulowania procesami na rynku pracy ochrony zdrowia. Z badań wynika, że przeciążenie pracą w zawodach medycznych stanowi zagrożenie nie tylko dla zdrowia białego personelu, lecz także dla zdrowia pacjentów (Kamińska-Visser 2018).

Wzrost środków na wynagrodzenia kadr (pielęgniarek, lekarzy POZ, ratowników, rezydentów) dokonuje się głównie pod wpływem strajków (Domagała 2018).

Wykres 5: Absolwenci studiów medycznych na 1 tys. mieszkańców w krajach europejskich



Źródło: OECD/EU 2016. Health at a Glance

Problem kadr wymaga kompleksowych decyzji, dotyczących podstawowych wymiarów rynku pracy, pozostających ze sobą w zależnościach. W 2008 roku opublikowano specjalny numer „Polityki Społecznej” (7), w którym sformułowano

główne problemy funkcjonowania rynku pracy w ochronie zdrowia i przedstawiono pięć najważniejszych przedsięwzięć, które pozwoliłyby na stabilizację sytuacji. Czyż nie są równie nadal aktualne obecnie?

13

Główne działania na rzecz stabilizacji rynku pracy w ochronie zdrowia

- 1) Opracowanie długookresowej strategii tworzenia zasobów pracy dla sektora zdrowotnego na podstawie nowoczesnych metod prognozowania, z wykorzystaniem doświadczenia innych krajów, a szczególnie Kanady⁵.
- 2) Oparcie systemów zatrudniania i wynagradzania w sektorze zdrowotnym o wprowadzone narzędzia planistyczne, wykorzystujące modele i metody prognostyczne, przygotowywane we współpracy z samorządami terytorialnymi.
- 3) Opracowanie koncepcji systemów motywacji dochodowych i pozadochodowych dla pracowników sektora zdrowotnego oraz poddanie jej dialogowi społecznemu i wprowadzenie w życie.
- 4) Opracowanie koncepcji silnie motywujących ścieżek kariery zawodowej dla pracowników medycznych, uwzględniających jednocześnie zobowiązania do specjalistycznego kształcenia przez całe życie.
- 5) Opracowanie i uzgodnienie sposobu włączenia pracowników sektora zdrowotnego do systemu dialogu społecznego w Polsce.

Źródło: Golinowska 2008

⁵ Dzisiaj można odwołać się także do wzorów praktykowanych w innych krajach i posiłkować licznymi wskazaniem i poradnikami WHO Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz Komisji Europejskiej.

Po stronie podaży istotne są dzisiaj szybkie decyzje o wzroście kształcenia kadr medycznych. W sprawnym funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia coraz większe znaczenie mają kadry organizacyjno-zarządcze i pomocnicze oraz profesjonalni promotorzy zdrowia. Kadry tego rodzaju są już kształcone (m.in. na kierunkach zdrowia publicznego), ale nie mają określonych stanowisk ich zatrudniania. W konsekwencji – funkcje w zarządzaniu pełnią albo medycy, zwiększając dodatkowo deficyt w opiece medycznej, albo nieprzygotowani specjalistycznie przedstawiciele innych zawodów.

Po drugie, dramatyczną nierównowagę na rynku pracy ochrony zdrowia zwiększa popyt na usługi medyczne wywołany dynamicznym procesem starzenia się populacji. Starzenie się populacji jest zjawiskiem pozytywnym, gdy nie jest zbyt dynamiczne i gdy wywołane jest głównie wydłużaniem się przeciętnego trwania życia w dobrym zdrowiu. Tymczasem na wskaźnik starzenia się populacji w Polsce w najbliższych latach mają wpływ także czynniki niekorzystne – niska stopa dzietności oraz i wysoka skala emigracji ludzi młodych. To powoduje, że mianownik wskaźnika starzenia się zmniejsza się, gdy rośnie jego licznik – liczba osób w wieku 65+ i więcej.

Rosnący udział osób starszych w populacji zwiększa popyt na usługi medyczne, gdy osoby te mają relatywnie gorszy status zdrowotny: chorują na więcej niż jedną chorobę i mają liczne niepełnosprawności. Tak jest w przypadku polskich seniorów. Zjawisko gorszego zdrowia ludności starszej w Polsce wydobyły ogólnoeuropejskie badania SHARE i EHIS. Zwrócili na to uwagę holenderscy demografowie i epidemiolodzy Luc Bonneux i Nicole L. Van Der Gaag (2012), prognozując liczbę ludności z niepełnosprawnościami w wybranych krajach europejskich, uwzględniając także Polskę⁶. Wprawdzie

⁶ Polskie statystyki nie alarmowały o gorszej tendencji zdrowotnej starszej populacji w Polsce w porównaniu do innych krajów, ponieważ ukazywały zjawisko niepełnosprawności w oparciu tzw. definicje prawne, czyli administracyjne orzeczenia o niepełnosprawności osób, które występowały o rentę inwalidzką.

hipoteza o kompensacji zachorowalności (Fries 1980) sugeruje, że zarówno prozdrowotne zachowania ludzi, jak i postęp w rehabilitacji medycznej mogą przyczyniać się do tego, że wydatki na opiekę zdrowotną starszej populacji nie będą wzrastać wraz z dynamiką starzenia się populacji. Nie jest to hipoteza powszechnie podzielana. Ernest Gruneberg (2005) zwrócił uwagę na to, że gdy priorytetem opieki zdrowotnej jest głównie leczenie chorób „największych zabójców” i o stosunkowo niskiej przeżywalności, to starzenie się będzie wpływać na wzrost wydatków opieki zdrowotnej. Wydaje się, że hipoteza Gruneberga jest bliższa obecnym priorytetom niż racjonalnym kierunkom zorientowanym na potrzeby najbliższych lat w Polsce.

Rządzenie w systemie ochrony zdrowia

W polskiej debacie na temat reform w ochronie zdrowia rzadko analizowano cele i metody rządzenia sektorem zdrowotnym w systemie instytucji państwa (makro). Wydawało się, że cel jest bezdyskusyjny: leczenie chorych i ochrona wobec oczywistych zagrożeń zdrowia, a lekarze składający przysięgę Hipokratesa bez wątpliwości zachowują się etycznie. Kiedy jednak w systemie zdrowotnym pojawiła się trzecia strona: publiczny płatnik, to cele i zachowania aktorów systemu nie były już takie klarowne. Płatnik poszukiwał podstawy swych decyzji: priorytetów i standardów świadczeń. A uwarunkowany ograniczeniami finansowymi stawał się nieufny i coraz bardziej biurokratyzował i kontrolował pozostałych uczestników. Lekarze podjęli

„grę” z płatnikiem o lepsze warunki i narzędzia pracy, niejednokrotnie kosztem pacjentów. Pacjenci, dążąc do uzyskania świadczeń, zapewniali je sobie także w drodze kontaktów i opłat nieformalnych, a przede wszystkim ucieczki z systemu publicznego. Opanowanie tej sytuacji, uwzględniające interesy każdej ze stron przy jednoczesnym respektowaniu celu wspólnego – zapewnienia poprawy zdrowia populacji – wymagało rozwiązania instytucjonalnego, usytuowanego ponad stronami. Takie rozwiązanie zapewnić mogło państwo z narzędziami dobrego rządzenia.

Koncepcja dobrego rządzenia w każdej branży wynika z ram, jakie wyznaczone zostały dla roli państwa oraz systemu prawnego i instytucjonalnego sfery publicznej. Niebagatelny wpływ na stosowane metody mają czynniki kulturowe i sytuacja polityczna.

Standard dobrego rządzenia opracowany został przez ekspertów ONZ oraz Banku Światowego i powszechnie przyjęty

w raportach porównawczych i rankingach krajów pod względem jakości rządzenia. Koncepcja wskaźników dobrego rządzenia obejmuje sześć domen: (1) reprezentatywność, odpowiedzialność i rozliczalność, (2) stabilność polityczna i brak przemocy, (3) skuteczność realizacji uzgodnionych celów, (4) jakość procesu regulacyjnego, (5) praworządność (*Rule of Law*), (6) kontrolowanie zjawisk korupcyjnych (Kaufmann, Kraay i Mastruzzi 2007). Także w Polsce podjęto prace analityczne dotyczące oceny jakości rządzenia (Wilkin 2013), definiując ją następująco:

Jakość rządzenia to jakość ram instytucjonalnych dla funkcjonowania państwa, jakość bieżącego działania organów władzy państwowej i jakość warunków dla działania obywateli i podmiotów gospodarczych, w rezultacie których poprawia się zakres i stopień zaspokajania potrzeb indywidualnych i zbiorowych obywateli (ibid., s. 31).

Obszary zadań i odpowiedzialności w systemie ochrony zdrowia (*The building blocks*)

- Dostarczenie świadczeń zdrowotnych dobrej jakości: takich, które są skuteczne, bezpieczne i wykonywane w odpowiednim czasie i przez wykwalifikowany personel oraz dla tych pacjentów, którzy tego potrzebują.
- Kadry dla systemu zdrowotnego: zapewnienie kadr w odpowiedniej liczebności, kompetentnych, etycznych i reaktywnych (*responsive*) oraz wydajnych.
- Informacja zdrowotna: zapewnienie dobrze funkcjonującego systemu informacji zdrowotnych i dostarczania wiedzy w oparciu o sprawozdania, badania, analizy, przekazywanych na czas i niezawodnie.
- Produkty i technologie medyczne: zapewnienie dobrze funkcjonującego systemu dostępu do podstawowych produktów leczniczych, szczepień oraz technologii medycznych o naukowo potwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie w sposób wyrównany i kosztowo efektywny.
- Fundusze dla zdrowia i finansowanie świadczeń zdrowotnych: zapewnienie pewnego i adekwatnego do potrzeb publicznego systemu zasilania finansowego, aby wydatki ludności w sytuacji choroby nie groziły katastrofą finansową i ubóstwem i aby stosowane metody finansowania motywowały świadczeniodawców i pacjentów do zachowań racjonalnych.
- Przywództwo i dobre rządzenie w sektorze zdrowotnym: zapewnienie właściwego przywództwa i takich metod rządzenia, aby podejmowane decyzje miały oparcie w przygotowanych strategiach i kompleksowych planach, aby regulacje były zgodne z istniejącym systemem prawno-instytucjonalnym w państwie, były konsultowane i precyzowały odpowiedzialność.

Równoległe, nawiązując do sformułowanych treści i zasad ogólnych dobrego rządzenia państwem, w dokumentach WHO wydobywano specyfikę rządzenia w systemie ochrony zdrowia, formułując sześć obszarów zadań i odpowiedzialności (WHO 2007 i 2012).

W dokumentach WHO (Kickbusch i Gleicher 2012) formułowane są też metody osiągania wskazanych zadań:

- współrządzenie;
- angażowanie obywateli;
- stosowanie mieszanych regulacji i metod perswazyjnych;
- wykorzystywanie niezależnych agencji oraz grup eksperckich;
- strukturyzowanie polityk ze względu na wytrzymałość (odporność na kryzysy), adaptacyjność (do nowych sytuacji) i przewidywanie.

Koncepcje rządzenia w ochronie zdrowia, prezentowane w piśmiennictwie na temat polityki zdrowotnej (Barbazzà, Telo, 2014; Chanturidze, Obermann 2016) mają spory ładunek etyczny. Wskazywane są bowiem takie cele procesu sterowania jak opiekuńcze zarządzanie (*stewardship*), dobro pacjenta, powszechność dostępu do nieodróżnionego zakresu świadczeń (*universal health coverage*), równość w zdrowiu. To komplikuje pragmatyczne podejście do działań *policy-makers*, ponieważ droga od zastosowanych zasobów i narzędzi do osiągnięcia celu jest trudna do operacjonalizacji. Pojawiają się więc postulaty, aby formułować koncepcje rządzenia bardziej pragmatycznie, wychodząc od analizy typu *evidence-based governance* (Saltman, Duran 2015). W poniżej zamieszczonej ramce dokonano próby mniej ogólnego zapisu działań, objętych procesem rządzenia ochroną zdrowia.

Rządzenie w ochronie zdrowia – zadania

- Opracowywanie kompleksowych dokumentów strategicznych i planów, stanowiących podstawę rządzenia.
- Dbłość o rozwój zasobów dla ochrony zdrowia, tak kadrowych jak i finansowych, tak dla opieki zdrowotnej jak i zdrowia publicznego.
- Koordynowanie procesów alokacji zasobów na różnych poziomach funkcjonowania placówek świadczenia usług zdrowotnych: centralnym, regionalnym i lokalnym.
- Stosowanie w procesie podziału zasobów nowoczesnych metody alokacji, takich jak oceny technologii medycznych, oceny efektywności kosztowej, zbiorowe umowy nabywców, innowacyjne metody dostawców.
- Koordynowanie procesów alokacji zasobów dla różnych specjalności medycznych w zgodzie z potrzebami zdrowotnymi i kierunkami rozwoju epidemiologicznego.
- Integrowanie procedur leczniczych zorientowanych na leczenie konkretnego schorzenia, usytuowane w różnych subsektorach zdrowotnych.
- Tworzenie warunków dla dialogu społecznego, umożliwiającego wyrażanie opinii i uzgadnianie działań w zakresie warunków pracy i płacy pracowników ochrony zdrowia.
- Godzenie interesu publicznego i prywatnego w funkcjonowaniu coraz bardziej mieszanych systemów świadczenia usług zdrowotnych.
- Dbanie o infrastrukturę ochrony zdrowia: utrzymywanie jej w dobrej jakości, nowoczesne wyposażenie i planowanie dalszego rozwoju odpowiednio do potrzeb.
- Stymulowanie regulacji służących efektywnemu zarządzaniu placówkami świadczenia usług zdrowotnych.

- Koordynowanie/integrowanie działania procesu terapeutycznego, wykonywanego w ramach rozdzielonych podsektorów ochrony zdrowia.
- Uwzględnianie potrzeb opiekuńczych i socjalnych pacjentów w wyniku współdziałania z odpowiednimi służbami sektora socjalnego.
- Utrzymywanie i korzystanie z efektów działań instytucji ds. oceny jakości świadczeń, ocen stosowania technologii medycznych, monitorowania i ewaluacji.
- Utrzymywanie i korzystanie z efektów działań instytucji badawczych ds. funkcjonowania i organizacji systemu ochrony zdrowia (*health system research*) oraz instytutów badań epidemiologicznych i zdrowia publicznego.
- Wspieranie i ukierunkowywanie kształcenia kadr (także kształcenia przez całe życie); wspieranie projektów badawczych i uniwersytetów w tej funkcji.
- Tworzenie narzędzi wpływania na decyzje w innych sektorach niż zdrowotny, a posiadających wpływ na efekty zdrowotne populacji w zgodzie z hasłem: „zdrowie we wszystkich politykach”.
- Uwzględnianie prawa pacjenta w procesie leczenia i zapewnianie równego dostępu do usług zdrowotnych, włączając wsparcie finansowe dla grup najsłabszych.
- Współdziałanie z sektorem edukacyjnym, pozarządowym i z mediami w procesie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i upowszechniania wiarygodnych, popartych badaniami, informacji medycznych.
- Kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie wśród profesjonalistów i polityków zarówno wobec siebie, jak i wobec obywateli przez stosowanie odpowiednich instrumentów motywacyjnych, systemów kontroli oraz stosowanie odpowiednich procedur administracyjnych i politycznych.
- Wspieranie profesjonalnego przekazu wiedzy o zdrowiu i czynnikach je kształtujących w sposób zrozumiały i dostępny dla wszystkich (*knowledge-brokering*) za pośrednictwem odpowiednich organizacji i mediów.

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

Już krótki rzut oka wskazuje na to, jakie zadania państwa w systemie ochrony zdrowia nie znajdują odpowiedniej reprezentacji i instytucjonalizacji w Polsce. Szczególnie dramatycznie zaniedbania dotyczą rozwoju zasobów kadrowych dla ochrony zdrowia: pielęgniarek, lekarzy (w tym głównie specjalności związanych z przemianami demograficzno-epidemiologicznymi polskiej populacji) oraz wielu zawodów okołomedycznych. Od lat doskwiera nieskuteczność w zapewnieniu dostatecznego finansowania, brak satysfakcjonującego dialogu społecznego, braki i słabość zinstytucjonalizowanego zaplecza eksperckiego, ograniczenia w koordynacji działań między sektorami oraz i braki w integrowaniu kolejnych kroków procesu leczenia. Ten ostatni problem został niedawno

podjęty, początkowo w odniesieniu do leczenia w chorobach nowotworowych (pakiet onkologiczny).

Zarządzanie w placówkach opieki zdrowotnej

Od początku reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce dążeniem środowisk medycznych było uzyskanie samodzielności

zarządzania w jednostkach opieki zdrowotnej. Pierwsza ustawa okresu transformacji o zakładach opieki zdrowotnej (z 1991 roku) w istotnym stopniu spełniała te oczekiwania. Swobody w obszarze zarządzania miały jednak swe ramy. Głównym ograniczeniem były fundusze – pozyskiwane nie na podstawie działania mechanizmu rynkowego, ale z budżetu państwa. Były to środki, o czym była mowa wyżej, coraz bardziej ograniczone. Zarządzanie w tych warunkach stawало się bardzo trudne. Kadra menadżerska w ochronie zdrowia obok swobody potrzebowała dostępu do funduszy, a gdy reforma w kierunku systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych ich nie gwarantowała, to pojawiły się naciski na urynkowienie systemu. Gdy się okazało, że ze względów politycznych było to raczej niewskazane, to środowisko medyczne chętnie zastosowało metody nowego (biznesowego) zarządzania publicznego (NPM) w placówkach publicznych, co wyartykułowano w dokumentach z końca poprzedniej dekady (2009).

18

Koncepcja nowego zarządzania publicznego powstała w latach 60. XX wieku w USA i została zastosowana w administracji publicznej. W publicznym sektorze zdrowotnym zastosowana została w Australii i Nowej Zelandii, a następnie dopiero w krajach europejskich, także w krajach skandynawskich (Gruening 2001).

Ten mikroekonomiczny wymiar reform sektora zdrowotnego ostatnich lat polegał na zdefiniowaniu celu funkcjonowania placówek zdrowotnych w kategoriach ekonomiczno-finansowych i dostosowaniu narzędzi zarządzania do osiągnięcia tego celu. Definiowanie celu działalności leczniczej w sposób ekonomiczno-finansowy, a więc wymienny (ilościowy) i z uwzględnieniem kosztów jego osiągnięcia, stanowiło dla sektora zdrowotnego zmianę rewolucyjną. Do realizacji tego celu predystynowany był menedżer, a nie lekarz-ordynator. Jeden definiował ilościowe zadania i liczył koszty, a drugi – leczył wszystkich, także w przypadku wymagania kosztownych procedur. Konfrontacja była

nieunikniona. Jednak pojawiały się też obszary zgodności w zakresie lepszej organizacji pracy.

Można by wskazać na trzy rodzaje działań w duchu NPM, które zastosowano także w Polsce. Po pierwsze, **outsourcing usług**, czyli „wyprowadzanie na rynek” wszystkich elementów działalności jednostki, które nie stanowią rdzenia jej działalności. W szpitalu były to np. takie rodzaje działalności jak transport, pranie, sprząatanie, a także żywienie oraz niektóre badania diagnostyczne, np. badania laboratoryjne. Usługi zlecano podmiotom wyłonionym w konkurencyjnych procedurach przetargowych. W wielu ośrodkach lokalnych rynek podmiotów, które mogłyby starować w przetargach, był wysoce ograniczony, co *de facto* prowadziło do monopolu wykonawcy i w konsekwencji negatywnych konsekwencji cenowych lub/i jakości usług. Po drugie, było to

partnerstwo publiczno-prywatne jako długoterminowa formuła kontraktowania usług w sferze infrastrukturalnej, w ramach której na ogół podmiot prywatny przejmował odpowiedzialność za zapewnienie finansowania przedsięwzięcia, otrzymując w zamian prawo do czerpania z tego korzyści, np. pobierania opłat od przyszłych użytkowników. I po trzecie, NPM prowadził do tzw. **decentralizacji wewnętrznej w organizacji pracy**.

Polegało to na: (1) zmianie reguł zatrudniania, z wprowadzeniem kontraktów menadżerskich oraz i innych umów cywilnoprawnych; (2) usamodzielnianiu licznych składników procesu wykonywania usług w organizacji celu zwiększania przestrzeni do konkurencji; (3) na orientowaniu się na rezultat w postaci określonego wskaźnika końcowego efektu (*pay-for-performance*), np. stopy readmisji, okres pobytu, bez dostatecznego przestrzegania procedur, które w opiece zdrowotnej mają ogromne znaczenie dla unikania błędów medycznych.

W literaturze naukowej brakuje dostatecznej liczby dowodów na wyższą efektywność nowego zarządzania publicznego w stosunku do zarządzania tradycyjnego. Wyniki

metaanalizy przeprowadzonej w ramach europejskiego projektu FP 7 – Coordinating for Cohesion in the Public Sector of the Future – COCOPS (Pollitt, Dan 2011) dowodzą, że mimo silnej presji na ukierunkowywanie reform w kierunku wprowadzania zasad NPM, odpowiednich dowodów na słuszność tego kierunku jest niewiele, a te które zostały przeprowadzone, nie ukazują przewagi nowych metod zarządzania nad starymi. Także wnioski oficjalnych krajowych instytucji kontrolnych, np. wynikające z ocen rzeczników praw obywatelskich na temat kosztów administracyjnych zarządzania biznesowego w instytucjach publicznych, nie potwierdzają tezy, że są niższe, a przeciwnie – np. w Wielkiej Brytanii są wyższe między innymi na skutek wzrostu między innymi m.in. wymagań informacyjno-sprawozdawczych (Hood, Dixon 2015). Ponadto, przekazując np. funkcje pozamedyczne na zewnątrz (*outsourcing*), zarządzający placówką nie zawsze dostatecznie kontrolują jakość dostarczanych usług, a gdy je kontrolują, to często ponoszą dodatkowe koszty.

Pojawiły się też teksty ostrzegające przed konsekwencjami komodyfikacji usług zdrowotnych i ryzykiem dehumanizacji relacji między świadczeniodawcami a pacjentami, szczególnie w szpitalu, gdy chory człowiek nie jest wolnym i racjonalnym konsumentem.

Pacjent w centrum opieki zdrowotnej

W ostatnich latach promowane są zmiany związane z nowym hasłem „pacjent w centrum opieki zdrowotnej” (*patient-centered care* – PCC). Wyeksponowano je ponad dekadę temu⁷ w USA w celu korygowania efektów nowego zarządzania publicznego. Dla jednej

19

Osiem zasad podejścia „pacjent w centrum uwagi” opieki zdrowotnej

1. Respektowanie wartości, preferencji i potrzeb pacjenta.
2. Integrowanie działań w procesie leczenia w celu uzyskania ich ciągłości, koordynowanie usług pomocniczych i zarządzanie usługami z pierwszej linii.
3. Informowanie i edukowanie: o przebiegu leczenia, o rokowaniach wyleczenia i o zachowaniach prewencyjnych w chorobie pacjenta.
4. Dbłość o komfort fizyczny: ograniczanie bólu, pomoc w czynnościach dnia codziennego i dbłość o otoczenie.
5. Emocjonalne wsparcie, a szczególnie rozwiewanie obaw i strachu przed chorobą i jej konsekwencjami.
6. Angażowanie rodziny i przyjaciół: dopuszczanie ich (stałej) obecności w trakcie pobytu w szpitalu, uczestniczenia w decyzjach i opiece.
7. Kontynuacja leczenia po wyjściu ze szpitala, tworzenie planu dalszego postępowania, samoleczenia i wsparcia rodziny/przyjaciół w opiece, informowanie o potrzebie i warunkach dalszego nadzoru medycznego.
8. Dostęp do opieki: lekarza pierwszego kontaktu, uzyskania skierowania do specjalisty, pomoc w wyznaczeniu terminu wizyty, zapewnienie transportu.

Źródło: Harvard Medical School na zlecenie Picker Institute i Commonwealth Fund

⁷ Koncepcja „pacjent w centrum opieki zdrowotnej” nawiązuje do podejścia rozwijanego w latach 40. XX wieku w psychologii przez Carla Rogersa w duchu – „osoba w centrum terapii”, podejścia nacechowanego optymizmem i wiarą w pozytywne skutki empatii i wyzwolenia indywidualnych możliwości ludzi.

z zasad NPM, czyli orientowania się na rezultat końcowy, sformułowano naczelny wskaźnik: dobro pacjenta. Hasło to podchwyciły organizacje pacjenckie, a w WHO (2006 i 2007) uczyniono je naczelną zasadą poprawy jakości opieki zdrowotnej.

Koncepcja „pacjent w centrum opieki zdrowotnej” jest adresowana przede wszystkim do zarządzających szpitalami, do praktykujących lekarzy i pielęgniarek. Jednakże nie ogranicza się tylko do mikropodmiotów. Jak podkreślają niektórzy autorzy, PCC zmienia także system zdrowotny, wymagając dodatkowych środków (WHO 2006). Główne elementy systemu ochrony zdrowia, wymagające wprowadzenia ze względu na koncepcję „pacjent w centrum uwagi”, są następujące:

- Uwzględnianie aspektów psychologicznych i komunikacyjnych w medycznym kształceniu lekarzy i pielęgniarek;
- Włączenie do zatrudnienia w sektorze zdrowotnym reprezentantów zawodów wspierających personel medyczny;
- Wspieranie lekarza pierwszego kontaktu zarówno ogólnymi informacjami z obszaru promocji zdrowia i prewencji różnych chorób, jak i informacjami o funkcjonowaniu lokalnych placówek zdrowotnych;
- Wzmacnianie funkcji koordynacyjnych lekarza POZ;
- Wzmacnianie możliwości w rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych środowiska lokalnego we współpracy lekarza POZ z administracją lokalną.

Koncepcja centralnej roli pacjenta w opiece zdrowotnej (PCC) jest niewątpliwie godna uwagi w systemie wysoce zmedykalizowanym, z ciągle hierarchiczną strukturą organizacji pracy, który dodatkowo został zaburzony przekształceniami w duchu NPM, orientującymi opiekę zdrowotną na efektywność kosztową. Badania opinii społecznych na temat NPM w krajach europejskich ujawniły, zgodnie z oczekiwaniami, że orientacja na pacjenta (głównie możliwość wyboru lekarza i placówki

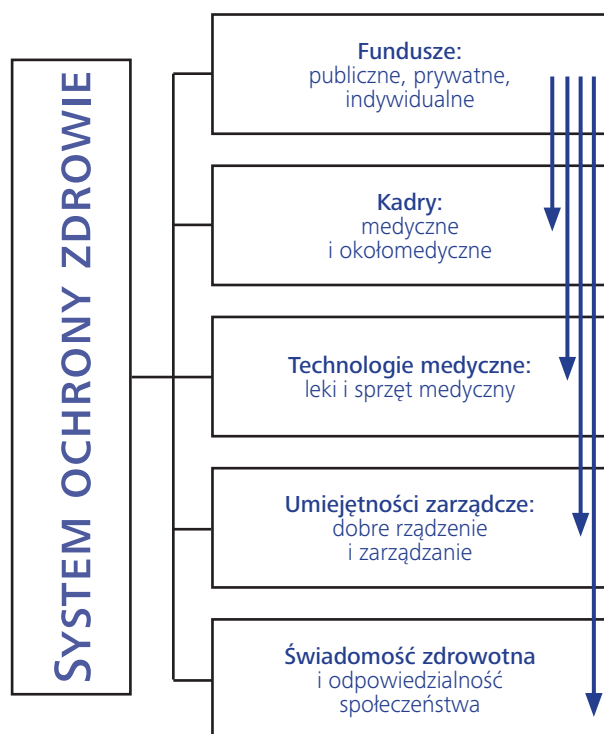
oraz prowadzenie badań satysfakcji pacjenta i uwzględnianie wyników w procesie zarządzania) jest przyjmowana z uznaniem, ale jednocześnie zwiększa wymagania pacjentów, których szpitale nie są w stanie spełnić.

Co najważniejsze, nie ma dowodu na to, że PCC przynosi pozytywne rezultaty w odniesieniu do efektów zdrowotnych. Przegląd badań na ten temat (np. Rathert, Wyrwich i Boren 2012 czy Sharma, Bamford i Dodman 2015) wskazuje na poprawę samopoczucia pacjenta, lecz nie na uzyskanie zdecydowanie korzystnego efektu zdrowotnego. Ponadto w tej samej skali pacjenci opuszczają szpitale bez zapewnienia ciągłości leczenia, z kolejkami do rehabilitacji i brakiem środków na coraz droższe leki.

Krytyka koncepcji PCC dotyczy nie samego kierunku, lecz przydawania mu znaczenia „leku na całe zło”, z czym mamy do czynienia w niektórych krajach, a także w Polsce w przedkładanych propozycjach zmian w systemach opieki zdrowotnej. Przyjazne traktowanie chorych, uczenie ich zdrowego stylu życia, troski o własne ciało i psychikę oraz zaszczepianie optymizmu – to na pewno działania pożądane. Pożądane są nie tylko wobec pacjentów, ale ogólnie – wobec wszystkich i w każdej instytucji.

Wnioski końcowe

Ochrona zdrowia w Polsce wymaga kompleksowej reformy. Nie można wskazać jednego elementu zmiany, aby uzyskać poprawę całego systemu. Zmiany powinny dokonać się na wszystkich polach systemu zdrowotnego, co wymaga uruchomienia całości zasobów, przedstawionych na poniższym schemacie. Wzrost zasobów i efektywne nimi gospodarowanie stanowi warunek osiągnięcia zarówno celów



Schemat 1. Zasoby niezbędne dla funkcjonowania ochrony zdrowia

zdrowotnych związanych z leczeniem chorych i dbaniem o zdrowie populacji, jak i ekonomicznych celów efektywnościowych, czyli osiągania poprawy zdrowia bez nieuzasadnionego zwiększania kosztów. Racjonalizacja zachowań personelu medycznego i pacjentów może się dokonać z respektowaniem zasady „pacjent w centrum systemu opieki zdrowotnej”, w połączeniu, w dłuższym okresie, z konsekwentnym wzmacnianiem instytucji dobrego rządzenia i efektywnego zarządzania.

Zmiany systemu zdrowotnego powinny być projektowane kompleksowo. Kompleksowość nie oznacza, że wskazywane są wszystkie słuszne cele do jednoczesnej realizacji. Ustalanie priorytetów na wyodrębniane etapy reformy – to kolejny warunek racjonalnego działania. Obecne priorytety, jakie od kilku lat są postulowane przez ekspertów⁸, są następujące:

- Wzrost potencjału kadrowego, zarówno medycznego, jak i okołomedycznego

⁸ Np. z Instytutu Zdrowia Publicznego UJ Collegium Medicum oraz CASE.

w wyniku dostosowania procesów kształcenia medycznego, nauk o zdrowiu i zdrowia publicznego do potrzeb świadczenia usług zdrowotnych, szczególnie w obszarach deficytowych i związanych z nową fazą rozwoju epidemiologicznego starzejącej się populacji – dominacji niezakaźnych chorób przewlekłych.

- Zdefiniowanie systemu badawczego i eksperckiego na rzecz zdrowia i efektywnego funkcjonowania instytucji systemu ochrony zdrowia; niezbędne uzupełnienia i wsparcie ośrodków badawczych oraz systemu transmisji wiedzy do polityków
- Rozwój metod planowania i prognozowania zasobów pracy w ochronie zdrowia na szczeblu rządowym (resortowym) i umiejętności korzystania z nich w procesie kształcenia i zatrudniania.
- Podniesienie nakładów na opiekę zdrowotną w wyniku systematycznego podnoszenia składki oraz objęcia oskładkowaniem wszystkich dorosłych obywateli; w przypadku braku możliwości opłacania składki, przejęcie obowiązku przez służby pomocy społecznej.
- Wprowadzanie zasady finansowania zdrowia publicznego z budżetu państwa jako działania na rzecz całej populacji.
- Wyodrębnienie nowego sektora: opieki długoterminowej, określenie środków na jego rozwój ze zdefiniowaną częścią na współpłacenie i zapewnienie koordynacji między sektorem medycznym i socjalnym szczególnie na poziomie lokalnym i świadczeniodawców.
- Wprowadzanie systemu udziału pacjentów w kosztach świadczeń zdrowotnych (element indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie) po ostatecznie zdefiniowanym koszyku świadczeń gwarantowanych i ustaleniu wsparcia dla osób nie posiadających możliwości takiej kontrybucji.
- Wprowadzenie rozwiązań instytucjonalnych umożliwiających ciągłość opieki, zwanych opieką zintegrowaną (*integrated health*)

care) w odniesieniu do podstawowych schorzeń populacji. Poparcia wymaga z trudem wprowadzany pakiet onkologiczny i obecnie przygotowywane rozwiązanie ciągłości opieki w przypadku niedokrwiennej choroby serca.

- Zobowiązanie odpowiednich instytucji działających w systemie ochrony zdrowia oraz edukacji i mediów publicznych do informowania o zdrowiu (*information brokering*), do prowadzenia oświaty zdrowotnej w szkołach i miejscach zbiorowego przebywania oraz promowania dobrych praktyk adresowanych do różnych grup ludności. Powinien istnieć zakaz reklamowania produktów farmaceutycznych i żywności bez udowodnionej skuteczności korzystnego (a co najmniej neutralnego) oddziaływania na zdrowie.

- Instytucje ochrony zdrowia i profesjonaliści medyczni muszą podjąć pracę nad odbudowaniem/budowaniem zaufania do medycyny oraz profesjonalizmu własnych zachowań, wypowiedzi i wystąpień. To jest ważne zadanie samorządu zawodów medycznych (izb lekarskich i pielęgniarskich), które powinny stać na straży dobrego imienia, przeciwstawiając się nieetycznej lojalności w przypadku błędów i wykroczeń.
- Profesjonaliści medyczni muszą podjąć dialog między sobą w celu porozumiewania się, ustalania priorytetów i wspierania w procesie implementacji. Konkurencja prestiżu oraz i forsowanie własnych interesów nie sprzyjają nikom; ani ich celom zawodowym, ani pacjentom.

Bibliografia

- Belloni, A., D. Morgan, V. Paris (2016). *Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges*, OECD Health Working Papers No. nr 87. Paris: OECD Publishing. Online: <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en> (dostęp 17.09.2018).
- Bochenek T. (2012). *Medyczne, społeczne i ekonomiczne aspekty samoleczenia oraz samoopieki. Samoleczenie a problematyka kosztów w systemie ochrony zdrowia*. W: K. Krajewski-Siuda (red.), *Samoleczenie*, Warszawa: Wyd. Instytut Sobieskiego, s. 99–120.
- Bonneux L., Van der Gaag N. (2012), *The future of disability in Poland*, „Polityka Społeczna” nr 2.
- Capko J. (2014). *The patient-centered movement*, „The Journal of Medical Practice Management” nr 29 (4), s. 238–242.
- Domagała A. (2018). *Zasoby pracy dla ochrony zdrowia – deficyty kadrowe i metody ich przewyższania*. W: *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce? Stan i perspektywy*, Zeszyty mBank – CASE, nr 156.
- Fries J.M. (1980). *Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity*, „New England Journal of Medicine” nr 303(3), s. 130–135.
- Golinowska S. (2008). *Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania*, „Polityka Społeczna” nr 7, s. 1–5.
- Golinowska S. (2018). *O polskiej biedzie 1990–2015. Definicje, metody, wyniki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Gruening G. (2001). *Origin and theoretical basis of New Public Management*, „International Public Management Journal” nr 4, s. 1–25.
- Gruneberg E. M. (2005). *The failures of success*. 1977, „The Milbank quarterly” nr 83(4), s. 779–800.
- Hood Ch., Dixon R. (2015). *A Government that Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades of Reform and Change in UK Central Government*, Oxford: Oxford University Press.

- Kamińska-Visser E. (2018). *EU social policy and the Eastern world of very dead letters: behavioural (non) compliance with Working Time Directive in the hospital sector in Eastern-Central Europe*, referat wygłoszony podczas International Conference on Global Dynamics of Social Policy” 25–26 października 2018, University of Bremen, Niemcy.
- Kickbusch I., Gleicher D. (2012). *Governance for health in the 21st century*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kutzin J. (2009). *From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova*. W: D. Chernichovsky, K. Hanson (red.) *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*. Book Series: Advances in Health Economics and Health Services Research, Volume 21, s. 291–312.
- McKenna H., Dunn P., Northern E., Buckley T. (2017). *How health care is funded. The King's Fund*. Online: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded> (dostęp 17.09.2018).
- Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. (red.) (2016). *2015 international profiles of health care systems. The Commonwealth Fund*. Online: www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-2015 (dostęp 17.09. 2018).
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (red.) (2002). *Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- OECD/European Union (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing, Online: <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en> (dostęp 17.09.2018).
- Ortiz-Ospina E., Roser M. (2018). *Financing Healthcare*. Published online at OurWorldInData.org. Pobrano z bazy Online: <https://ourworldindata.org/financing-healthcare> (dostęp 17.09.2018).
- Pollitt Ch., Dan S. (2011). *The Impacts of the New Public Management in Europe: A Metaanalysis*. COCOPS Working Paper No. 3.
- Rathert Ch., Wyrwich M.D, Boren S. A. (2012). *Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the Literature*, „Medical Care Research and Review” nr 70 (4).
- Rothgang H., Cacace M., Grimmeisen S., Wendt C. (2005). *The Changing Role of the State in Health Care Systems*. W: H. Rothgang i in., *The State and Healthcare. Comparing OECD countries*. London: Palgrave Macmillan UK.
- Ruzik A. (2008). *Płace i relacje plac w gospodarce z perspektywy sektora zdrowotnego*, „Polityka Społeczna” nr 7, s. 11–13.
- Sharma T., Bamford M., Dodman D. (2015). *Person-centred care: an overview of reviews*, „Contemporary Nurse” nr 51(2–3), s. 107–120.
- Simonet D. (2014). *Assessment of new public management in health care: the French case*. „Health Research Policy and Systems”, nr 12 (57).
- Sześciło D. (2014). *Nowe zarządzanie publiczne jako wzorzec transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem szpitalnictwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” nr 2.
- Tambor M. (2015). *Patient cost-sharing for health care in Europe*. Rozprawa doktorska, Maastricht University.
- Tambor M. (2018). *O współpłaceniu – przykłady, możliwości i ograniczenia*. W: *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy*. „Zeszyty mBank – CASE” nr 156.
- Wagstaff A. (2009). *Social Health Insurance vs. Tax-Financed. Health Systems—Evidence from the OECD*. Policy Research Working Paper 4821. Washington D.C. The World Bank Development Research Group.
- van den Berg M.J., van Loenen T., Westert G.P. (2016). *Accessible and Continuous Primary Care May Help Reduce Rates of Emergency Department Use. An international Survey in 34 Countries*. „Family Practice”, Vol. 33, nr 1, s. 42–50.
- WHO (2006). *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva
- WHO (2007). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva
- Wilkin J. (red.) (2013). *Jakość rzqdzenia w Polsce. Jak ją badać, monitorować i poprawiać*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Włodarczyk W.C. (2018). *Ochrona zdrowia: od pełnego dostępu do koszyka świadczeń gwarantowanych i współpłacenia*. W: M. Bednarski, Z. Wisniewski (red.), *Polityka społeczna w Polsce – osiągnięcia i wyzwania*. Warszawa: Wydawnictwo Dialog i IPISS.

Jak uzdrowić polską służbę zdrowia

Marek Balicki

Wstęp

W ciągu najbliższych sześciu lat publiczne nakłady na opiekę zdrowotną¹ osiągną poziom 6% produktu krajowego brutto (PKB). Oznacza to, że ich wartość bezwzględna zwiększy się do roku 2024 o około połowę. Tak znaczący wzrost finansowania opieki zdrowotnej ze środków publicznych w stosunkowo krótkim czasie jest wydarzeniem bez precedensu od początku transformacji ustrojowej. Umożliwi on nie tylko zaspokojenie części uzasadnionych roszczeń licznych grup pracowników służby zdrowia i poprawę w dostępie do nowoczesnych technologii medycznych, ale przede wszystkim stworzy warunki do przeprowadzenia głębokich zmian systemowych. Celem tych zmian powinna być poprawa funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i zwiększenie efektów zdrowotnych.

W powszechnej ocenie obecny system jest dysfunkcyjny. Mimo systematycznego wzrostu liczby udzielanych świadczeń specjalistycznych kolejki w wielu zakresach opieki się wydłużają.

¹Wskaźnik ten dotyczy nakładów obejmujących w szczególności: wydatki budżetowe w części, której dysponentem jest minister zdrowia; wydatki w dziale ochrona zdrowia w innych częściach budżetu; koszty NFZ ujęte w jego planie finansowym; koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych. W ocenie stopnia realizacji planowanego wskaźnika nie będą brane pod uwagę wydatki jednostek samorządu terytorialnego.

Przeciętny czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne w Polsce w latach 2012–2018 zwiększył się z 2,4 do 3,7 miesięcy (Barometr WHC 2018). Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się w niskim poziomie finansowania ze środków publicznych i narastającym od wielu lat niedoborze kadr medycznych. Istotnym niekorzystnym czynnikiem jest także zjawisko marnotrawienia wydatków na opiekę zdrowotną. Według ekspertów OECD może ono sięgać nawet 1/5 ogółu wydatków (OECD 2018). Do często wymienianych wad systemu należy utrzymujący się „szpitalocentryzm” i słabość podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Kilka lat temu Komisja Europejska w czasie negocjowania „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” domagała się od Polski przedstawienia mechanizmów wprowadzenia zasadniczych zmian właśnie w tych obszarach. Niestety, po kilku latach negatywne zjawiska i procesy uległy dalszemu pogłębieniu.

Wprawdzie w cyklicznie przeprowadzanych przez CBOS badaniach opinii na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej liczba ocen negatywnych w ciągu ostatnich dwóch lat zmniejszyła się o kilka punktów procentowych, to jednak nadal zdecydowanie przeważają oceny negatywne (68%) (CBOS 2018a). Raczej zadowolonych w ostatnim badaniu (2018) było zaledwie 28% respondentów, a zdecydowanie zadowolonych 2%. Tegoroczne wyniki są zbliżone do uzyskanych cztery lata temu.

W perspektywie dziesięcioletniej oceny dotyczące różnych aspektów funkcjonowania opieki zdrowotnej oceny uległy pogorszeniu. Pogorszenie ocen jest jeszcze bardziej widoczne w porównaniu do badania z 1998 roku, czyli ostatniego roku sprzed reformy wprowadzającej kasy chorych i mechanizmy rynku wewnętrznego. Wówczas łączne oceny negatywne wynosiły 52%, a pozytywne 41% (CBOS 1999). Wśród przyczyn niezadawalającego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej (2018) badani najczęściej deklarowali, że wynikają one po części ze zbyt małych nakładów na służbę zdrowia, a po części z tego, że pieniądze, które się na ten cel przeznacza, są źle wykorzystywane. Natomiast w badaniu IBRIS² przeprowadzonym sierpniu 2018 roku na zlecenie „Rzeczpospolitej” zdaniem 23% badanych ich dostęp do opieki medycznej pogorszył się w ostatnim roku, 64% twierdzi, że się nie zmienił, a tylko 5% uważa, że nastąpiła poprawa. Z innych badań CBOS dotyczących korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej (CBOS 2018b) i wspomnianego wyżej badania IBRIS wynika, że w ostatnim okresie wyraźnie zwiększyło się korzystanie z leczenia w placówkach prywatnych opłacane bezpośrednio ze środków budżetu domowego lub dodatkowego ubezpieczenia. Z badania IBRIS wynika ponadto, że beneficjenci rządowego Programu 500+ częściej wydają prywatne środki na zdrowie i oni też częściej dostrzegają poprawę (Rzeczpospolita 2018). Być może był to czynnik, który wpłynął również na niewielkie zmniejszenie odsetka osób niezadowolonych i zwiększenia zadowolonych w ostatnim badaniu CBOS.

Jedną z głównych barier w dotychczasowych próbach naprawy systemu opieki zdrowotnej był brak wystarczającej ilości dodatkowych nakładów na sfinansowanie samego procesu zmiany. W dużym stopniu czynnik ten wpłynął na powstanie kryzysu w pierwszym okresie funkcjonowania kas chorych po reformie z roku 1999 i szybkiego wówczas zadłużania

się wielu szpitali. Teraz wchodzimy na ścieżkę relatywnie dynamicznego wzrostu nakładów publicznych na zdrowie. Sprawia to, że po raz pierwszy od 1989 roku pojawiła się w tak dużym stopniu szansa na przeprowadzanie głębokich zmian systemowych bez wywoływania większych wstrząsów społecznych, jednakże pod warunkiem przygotowania dobrego planu reformy i rozłożenia działań na etapy.

Możliwe są oczywiście także inne scenariusze. Szybkie zwiększenie nakładów z natury rzeczy pozwala na zmniejszanie napięć i konfliktów, co *nolens volens* stwarza pokusę zachowania *status quo* i rezygnacji z dalej idących zmian. Z reformą wszak wiąże się jakieś ryzyko polityczne, którego zwłaszcza „pragmatyczni” politycy wolą unikać, jeśli to tylko jest możliwe. Taką sytuację mieliśmy w drugiej połowie pierwszej dekady XXI wieku, jeszcze przed wybuchem kryzysu finansowego, kiedy do 2008 roku w niezwykle dynamicznym tempie rósł budżet NFZ. Wówczas ten sprzyjający moment nie został wykorzystany na wprowadzenie potrzebnych zmian. Dobrze pamiętano polityczne skutki kryzysu w opiece zdrowotnej, który powstał po wprowadzeniu kas chorych. Jego rezultatem było – w jakimś stopniu – nie wejście do Sejmu po wyborach parlamentarnych w 2001 roku przedstawicieli ugrupowań, które tworzyły koalicję w momencie wprowadzania reformy z roku 1999 (Akcja Wyborcza Solidarność i Unia Wolności).

Innym pojawiającym się zagrożeniem mogą być pomysły na fragmentaryczne reformy dające korzyści przede wszystkim różnym grupom interesów bez istotnego wpływu na poprawę funkcjonowania systemu w całości.

Aby się przed tymi niekorzystnymi scenariuszami ustrzec i w pełni wykorzystać nadarzającą się szansę, należałoby zacząć od przedstawienia pogłębionej diagnozy i oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, przygotowanej w sposób profesjonalny i instytucjonalizowany. Zadanie doprowadzenia do tego spoczywa

² Instytut Badań Rynkowych i Społecznych (IBRIS) dla Rzeczpospolitej (2018), badanie CATI przeprowadzono 24–25 sierpnia 2018 na 1100-osobowej grupie respondentów.

na władzach publicznych. Przygotowany dokument powinien być podstawą debaty publicznej i opracowania programu przyszłych działań reformatorskich. Wymagałoby to jednak zmiany dotychczasowego podejścia władzy centralnej do polityki zdrowotnej państwa i docenienia znaczenia tego co się nazywa dobrym rządzeniem (*governance*).

Wielka reforma z roku 1999

Reforma systemu opieki zdrowotnej była jedną z czterech wielkich reform konserwatywno-liberalnego rządu Jerzego Buzka wprowadzonych w życie w 1999 roku. Pozostałe to: reforma edukacyjna, emerytalna i samorządowa. Celem reform było dostosowanie polskiego państwa opiekuńczego do wyzwań, jakie stawały przed krajem „młodego kapitalizmu” (Golinowska 2018). Szybkie tempo nie zawsze dobrze zaprojektowanych zmian spowodowało w późniejszych latach konieczność przeprowadzenia różnego rodzaju korekt lub wycofanie się z wprowadzonych reform, z wyjątkiem najlepiej ocenianej reformy samorządowej.

Opisując pokrótce reformę zdrowotną rządu Buzka trzeba pamiętać o występującej w ostatnich dwóch dekadach ubiegłego wieku silnej fali liberalizacji, komercjalizacji i prywatyzacji usług publicznych. Ton ówczesnych debat dobrze oddaje opinia Emanuela S. Savasa, klasyka amerykańskiej nauki o zarządzaniu publicznym i członka administracji Ronalda Reagana, że: „Zadaniem rządu jest sterować łodzią, a nie wiosłować. Bezpośrednie świadczenie usług na rzecz obywateli jest wiosłowaniem, a rząd nie jest zbyt dobry w wiosłowaniu” (Savas 2000). Również u nas w latach 90. XX wieku w głównym nurcie debaty publicznej dominowała wiara w potrzebę

uwalniania rynków, większą efektywność prywatnych przedsiębiorstw w stosunku do publicznych oraz korzyści wynikające z pobudzania konkurencji i ekonomizacji wszelkiej działalności. Forsowano osobistą odpowiedzialność za zdrowie i znaczne ograniczenie roli państwa, a zasady takie jak solidaryzm i sprawiedliwość, mimo ich konstytucyjnego umocowania, schodziły na dalszy plan. Podkreślano wartość i znaczenie indywidualnych swobód i praw, a przede wszystkim indywidualnej wolności i prywatnej własności (Balicki 2013).

Zmiany wprowadzone w 1999 roku miały dość radykalny charakter.

Odrzucono podstawowe założenia systemu odziedziczonego po poprzednim ustroju i funkcjonującego w pierwszej dekadzie transformacji, m.in.: finansowanie z podatków ogólnych, centralne planowanie, odpowiedzialność administracji rządowej za prowadzenie i finansowanie publicznych placówek opieki zdrowotnej działających w formie jednostek budżetowych, rejonizację związaną z miejscem zamieszkania czy brak możliwości przekazywania środków publicznych placówkom prywatnym. Warto zauważyć, że jeszcze w okresie poprzedzającym reformę dokonał się rozpad zintegrowanych struktur łączących prowadzenie podstawowej opieki zdrowotnej oraz specjalistycznej (ambulatoryjnej i szpitalnej), czyli tzw. zespołów opieki zdrowotnej oraz rozwój placówek prywatnych finansowanych bezpośrednio z budżetów gospodarstw domowych.

W ramach reformy wprowadzono wyodrębnioną (z podatku od dochodów osobistych) obowiązkową składkę na ubezpieczenie zdrowotne, jako podstawowe źródło finansowania świadczeń gwarantowanych i utworzono kasy chorych: nowe autonomiczne instytucje zarządzające powstałymi ze składek funduszami. Celem zmian było wprowadzenie rynku wewnętrznego usług medycznych. Nastąpiło rozdzielenie funkcji dostawcy świadczeń od funkcji

płatnika za świadczenia. Publiczne placówki opieki zdrowotnej zostały przekształcone w tzw. jednostki samodzielne i przekazane jednostkom samorządu terytorialnego (głównie województwom i powiatom). Jednostki samodzielne (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) miały pokrywać koszty swojego działania z przychodów uzyskanych ze sprzedaży usług zdrowotnych (zamiast otrzymywanej przed przekształceniem corocznej dotacji budżetowej). Nie przewidziano objęcia ich procedurą upadłości w przypadku niewypłacalności. Wynik finansowy placówek publicznych stawał się jednak podstawowym miernikiem oceny ich działalności. Rezultaty silnego nacisku ze strony polityków, występującego w pierwszych latach reformy, w sprawie redukcji zatrudnienia personelu medycznego (zwłaszcza pielęgniarek), jako sposobu ograniczania nadmiernych kosztów funkcjonowania placówek zdrowotnych, okazały się po latach jedną z przyczyn obecnego kryzysu braku kadr medycznych.

Już w pierwszym roku reformy środki publiczne zaczęły być przekazywane prywatnym placówkom publicznym na podstawie umów cywilno-prawnych o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych po przeprowadzeniu konkursu ofert. Jednym z celów zmian była komercjalizacja, a docelowo prywatyzacja dostarczania usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Już w pierwszym kwartale 1999 roku 36% umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (5,5% ich ogólnej wartości) zostało zawartych przez kasy chorych z podmiotami prywatnymi. Początkowo dopuszczono także możliwość realizacji obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w przyszłości przez prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe. Podstawową zasadą, z wyjątkiem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), stało się płacenie za usługę (*fee for service*). W POZ wysokość zapłaty jest uzależniona od liczby i wieku osób wpisanych na listę lekarza rodzinnego i wielkości stawki kapitałowej. Zniesiono rejonizację i wprowadzono swobodę wyboru lekarza i placówki medycznej.

Wprowadzona w roku 1999 reforma znacznie ograniczyła funkcje i zadania administracji rządowej, zwłaszcza w zakresie planowania, koordynacji i sterowania systemem. Jednostki samorządu terytorialnego, przejmując funkcje właścicielskie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, nie uzyskały jednak wpływu na finansowanie świadczeń. Wraz z przekazaniem samorządom placówek zdrowotnych nie rozwiązano również w sposób systemowy kwestii planowania i finansowania inwestycji rozwojowych ani nie przekazano środków na finansowanie tych zadań mimo wysokiego stopnia dekapitalizacji infrastruktury, urządzeń technicznych i sprzętu (Ministerstwo Zdrowia 2004). W początkowym okresie stało się to przyczyną zahamowania inwestycji w opiece zdrowotnej.

27

Korekta reformy — Narodowy Fundusz Zdrowia

W krótkim czasie po wprowadzeniu reformy zdrowotnej ujawniły się liczne problemy i trudności, które wywołały powszechną krytykę wprowadzonych zmian. Nieskuteczność procesu reformatorskiego wiązano jednak wówczas nie tyle z błędną koncepcją reformy, co z niespójnością kolejnych kroków reformatorskich i brakiem dostatecznego przygotowania zmian (Balicki 2013). Ustalenie składki na stosunkowo niskim poziomie³ i rozpoczęcie finansowania z tej samej puli środków również placówek

³ Na początku składka wynosiła 7,5% podstawy wymiaru, który dla większości tytułów ubezpieczeniowych stanowił przychód z działalności nim objętej i co do zasady była w całości kompensowana odpowiednim obniżeniem podatku od dochodów osobistych. Obecnie składka wynosi 9,0%, z czego 7,75% podlega kompensacji.

prywatnych (bez wcześniejszej restrukturyzacji sieci placówek publicznych) prowadziło do szybkiego narastania nierównowagi finansowej. Szpitale publiczne zaczęły wpadać w spiralę zadłużenia. W roku 2002 ponad 60% samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej odnotowało stratę. Metoda płacenia za usługę okazała się silnym czynnikiem motywującym do zwiększania produktywności i w efekcie spowodowała dynamiczny wzrost liczby udzielanych świadczeń specjalistycznych, zwłaszcza szpitalnych. Wbrew początkowo zakładanym celom ani nie wzmocniła się pozycja POZ, ani nie udało się uzyskać kontroli nad rozwojem usług szpitalnych. Nie sprawdzili się oczekiwania, że mechanizmy rynku wewnętrznego poprawią funkcjonowanie i efektywność ekonomiczną systemu. Powodem napięć stały się również narastające nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, także pomiędzy poszczególnymi województwami, oraz nasilające się konflikty społeczne na tle placowym w służbie zdrowia. Przebieg kampanii przed wyborami parlamentarnymi w 2001 roku. wskazywał na nieuchronność korekty reformy. Wszystkie partie polityczne (włącznie z Platformą Obywatelską), które znalazły się w Sejmie, zapowiadały w swoich przedwyborczych programach likwidację kas chorych.

W styczniu 2003 roku Sejm uchwalił ustawę o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, która uchyliła ustawę o kasach chorych. Kasy chorych (regionalne i branżowa dla służb mundurowych) zostały zastąpione scentralizowanym Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) nadzorowanym przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Finansów. Strukturę NFZ tworzyła centrala oraz szesnaście oddziałów wojewódzkich. Pozostałe elementy systemu, w szczególności mechanizmy rynku wewnętrznego, pozostawiono w dotychczasowym kształcie. Wbrew upowszechnionej później opinii nie dokonano zasadniczej zmiany kierunku reformy z 1999 roku. Główne jej założenia pozostały nienaruszone, a istotna zmiana,

polegająca na centralizacji instytucji płatnika świadczeń, umożliwiła w tamtym czasie pewną stabilizację systemu i przywrócenie kontroli nad jego finansowaniem.

Wstępujące wówczas zagrożenia związane były ze słabością zarządzania placówkami publicznymi, nieporównywalnym z obecnym stanem poziomem zadłużeniem większości szpitali, niską dojrzałością struktur nowych samorządów wojewódzkich, a także problemami finansów publicznych i napięciami okresu przedakcesyjnego.

Jednak wiele kluczowych dla działania systemu kwestii nie zostało rozwiązanych.

Nadzór i odpowiedzialność polityczna za ochronę zdrowia pozostały nadal nieuporządkowane. Uprawnienia ministra zdrowia są formalnie i faktycznie ograniczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Oddziały wojewódzkie NFZ mimo znacznej formalnej autonomii realizują politykę Centrali NFZ. Nie ma kontroli ciał przedstawicielskich nad wydatkowaniem środków publicznych na szczeblu regionalnym i lokalnym.

Ustawa z roku 2003 została skutecznie zaskarżona przez opozycję parlamentarną do Trybunału Konstytucyjnego (TK). Na marginesie warto zauważyć, że znaczna część przedstawionych zarzutów w takim samym stopniu mogłaby się odnosić również do rozwiązań zawartych w ustawie o kasach chorych. Uchwalona następnie w 2004 roku ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa o świadczeniach) uwzględniła w znacznej części zalecenie TK. Ustawa utrzymała instytucję NFZ (choć zwiększono samodzielność oddziałów wojewódzkich) i po wielu nowelizacjach, mimo zmieniających się rządów, obowiązuje do dnia dzisiejszego. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych otrzymały wszystkie osoby do ukończenia 18. roku życia i osoby, które spełniają warunki uprawniające do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej, niezależnie od tego czy są objęte powszechnym ubezpieczeniem

zdrowotnym. Koszty leczenia tych osób, w przypadku gdy nie są objęte ubezpieczeniem finansowane są z budżetu państwa.

Jedną z ważniejszych nowelizacji ustawy o świadczeniach z 2009 roku uregulowała tworzenie katalogu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (tzw. koszyka pozytywnego) oraz stworzyła ustawowe ramy dla działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Wykazy świadczeń gwarantowanych i warunki ich realizacji określa obecnie minister zdrowia w drodze rozporządzeń uwzględniając przy tym rekomendacje Prezesa AOTM.

Paradygmataczny charakter miało przyjęcie w ustawie o działalności leczniczej z 2011 roku zasady, że działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą regulowaną w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. W ustawie tej uregulowano tryb przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Zastrzeżono jednak, że do samorządowej spółki kapitałowej będącej podmiotem leczniczym nie stosuje się przepisów o gospodarce komunalnej. Warto zaznaczyć, że zgodnie z tą ostatnią ustawą gospodarka komunalna obejmuje zadania o charakterze użyteczności publicznej, których celem jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności. Ustawa o działalności leczniczej była kontynuacją neoliberalnego kierunku zmian w opiece zdrowotnej.

Na zakończenie tej części opracowania warto przypomnieć odnoszące się do art. 68 Konstytucji niektóre stwierdzenia TK zawarte w uzasadnieniu do wyroku uchylającego „pierwszą” ustawę o NFZ⁴:

- świadczenia finansowane ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli, przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne

o charakterze „programowym”, ale o dostępność rzeczywistą;

- dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej;
- zasady korzystania ze świadczeń są niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania;
- nie można wprowadzać modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych;
- obowiązek zapewnienia wyżej określonego standardu dostępności obciąża władze publiczne; ochrona zdrowia w tym zakresie stanowi ustrojowo przypisaną zadanie władz publicznych.

Porównania międzynarodowe

29

W kolejnych edycjach Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI), będącego jednym z najważniejszych europejskich rankingów oceniających funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej z perspektywy konsumenckiej, Polska od lat zajmuje jedną z najniższych pozycji. Ocena dokonywana jest w następujących kategoriach: prawa pacjenta i dostęp do informacji, dostępność usług (czas oczekiwania), efekty zdrowotne, zakres i zasięg oferowanych usług, prewencja, dostęp do leków. We wszystkich kategoriach łącznie jest do uzyskania 1000 punktów. W ostatniej edycji EHCI (Björnberg 2018) za rok 2017 nasz kraj uplasował się na 29. miejscu z 584 punktami (szóste od końca).

⁴ Wyrok pełnego składu Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, OTK-A, nr 1, poz. 1. Sentencja została ogłoszona dnia 15 stycznia 2004 w Dz. U. Nr 5, poz. 37.

Poprawa o kilka miejsc w ostatnich raportach niewiele zmieniła, jeśli chodzi o ogólną ocenę systemu i pozycję Polski. Pierwsze miejsce zajmuje Holandia uzyskując 924 punkty. Dwanaście krajów zachodnioeuropejskich uzyskało ponad 800 punktów (o 4 kraje więcej w porównaniu z rokiem 2015). Spośród krajów Europy Środkowo-Wschodniej najbliższej europejskiej czołówki są: Słowacja, Słowenia i Czechy, które dzieli od Szwecji sklasyfikowanej na 12. pozycji 81 punktów.

W raporcie Fundacji Bertelsmanna *Sprawiedliwość społeczna w Unii Europejskiej* za rok 2017 (Schraad-Tischler i in. 2017) oceniającym różne aspekty polityki społecznej Polska w ocenie łącznej zajęła 15. miejsce na 28 krajów UE z wynikiem punktowym (5,79), czyli tuż poniżej średniej dla krajów UE (5,85). W stosunku do pierwszego raportu z 2008 roku Polska najbardziej poprawiła ogólną punktację spośród wszystkich ocenianych krajów (+1,36). W raporcie tym oceniane są takie kategorie jak: zapobieganie ubóstwu, edukacja, dostęp do rynku pracy, spójność społeczna i przeciwdziałanie dyskryminacji, sprawiedliwość międzypokoleniowa oraz zdrowie. Spośród ocenianych kategorii zdecydowanie najgorzej Polska radziła sobie z obszarem zdrowia, gdzie zajęła dopiero 25. miejsce z niewielką poprawą punktacji w stosunku do 2015⁵, po wcześniejszych kilku latach spadku. W tym obszarze nasz kraj wyprzedził jedynie Rumunię, Grecję i Łotwę.

Wyniki przedstawionych wyżej i innych porównań międzynarodowych powinny stać się przedmiotem poważnej analizy i refleksji ze strony władz publicznych. Szczególny niepokój może budzić widoczna dysproporcja w ocenie stanu ochrony zdrowia w porównaniu z innymi obszarami zadań publicznych.

Występujące problemy i zagrożenia

Z uwagi na ograniczony charakter niniejszego opracowania konieczne jest ograniczenie się do kilku wysuwających się na pierwszy plan problemów i zagrożeń wynikających z obecnych zasad organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Obecny stan charakteryzuje znaczny stopień nieuporządkowania i niejasnego przyporządkowania kompetencji i odpowiedzialności za ochronę zdrowia. Przekazanie samorządom zadań z zakresu ochrony zdrowia jest przez niektórych badaczy kwalifikowane jako decentralizacja pozorna (Kowalska-Bobko 2017). Ocena taka wynika z tego, że brak precyzyjnego określenia zadań jednostek samorządu terytorialnego jak i scentralizowanego w dużej części systemu finansów publicznych. Sytuację dodatkowo komplikuje brak jasnego podziału zadań i odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi szczeblami samorządu, a także mnogość właścicieli szpitali. Przyczynia się to do swoistego konkurowania między gminami, powiatami i województwami w obszarze tym samych zakresów opieki, co nie sprzyja realizacji spójnej polityki w zakresie ochrony zdrowia. Dotyczy to w szczególności opieki specjalistycznej (ambulatoryjnej i szpitalnej), ale także różnych programów zdrowotnych.

Za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiada scentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia. Oddziały wojewódzkie NFZ posiadają dużą formalną autonomię, ale ich działalność na poziomie województwa nie jest poddana demokratycznej kontroli, a decyzje dotyczące alokacji środków są w dużej mierze podejmowane w sposób dyskrejonalny. Oddziały wojewódzkie NFZ nie ponoszą odpowiedzialności wobec tych, na rzecz których działają, czyli mieszkańców województwa. Wiążą się z tym niedoceniane od samego początku funkcjonowania rynku wewnętrznego zjawiska takie jak klientelizm i kumoterstwo, zwłaszcza na poziomie wojewódzkim i lokalnym. Sprzyja im, poza małą transparentnością, brak

⁵ W kategorii zdrowie Polska uzyskała: 2008 rok – 4,22 pkt; 2011 – 4,66 pkt; 2015 r. – 4,11; 2017 r. – 4,69 pkt. Średnia dla krajów UE wyniosła w 2017 roku – 6,37, a dla przodującej w tej kategorii Szwecji – 8,16. Holandia zajęła 4. miejsce (2017) z 7,70 pkt.

dialogu społecznego zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym, a także rosnący udział podmiotów działających na zasadzie komercyjnej, słabość lokalnych mediów i organizacji pozarządowych (zwłaszcza o charakterze *watchdog*, zorientowanych na sektor zdrowia).

Publiczne placówki opieki zdrowotnej są własnością jednostek samorządu terytorialnego, głównie województw i powiatów, bez zapewnienia im jednak odpowiednich systemowych źródeł finansowania wydatków inwestycyjnych rozwojowych i odtworzeniowych, nie licząc środków z funduszy europejskich. W szpitalach samorządowych jest zlokalizowanych około 80% ogólnej liczby łóżek szpitalnych.

Do kompetencji wojewodów należy natomiast opiniowanie celowości decyzji wydatków inwestycyjnych w ochronie zdrowia na podstawie wniosków podmiotów leczniczych, jednak bez ponoszenia odpowiedzialności za ich przyszłe finansowanie. Prawo nie określa, kto odpowiada za podejmowanie decyzji o inwestycjach rozwojowych w ochronie zdrowia celem zapewnienia właściwego dostępu do opieki zdrowotnej. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie w 2015 roku uznał, że organ samorządu terytorialnego nie musi prowadzić własnych zakładów opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna na danym obszarze ma być według Sądu „jedynie finansowana ze środków publicznych i nie ma znaczenia, kto nią zarządza”⁶. Powstaje pytanie, kto „musi”, jeśli wystąpi taka potrzeba. Nie wiadomo też, kto jest zobowiązany do podjęcia odpowiednich działań racjonalizujących wielkość i strukturę zasobów w przypadku, gdy są one zbyt duże w stosunku do potrzeb na danym obszarze. Brakuje instrumentów prawnych i finansowych długofalowego planowania i koordynacji liczby i rozmieszczenia placówek opieki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym, zarówno w odniesieniu do opieki specjalistycznej (szpitalnej i ambulatoryjnej) jak i POZ. Ponadto, wprowadzone w 1999 roku zmiany, w tym

mechanizmy finansowania, przyczyniły się do dużej fragmentyzacji systemu oraz niskiego poziomu współpracy i koordynacji działań placówek opieki zdrowotnej, m. in. z powodu mnogości podmiotów prowadzących i silnej rywalizacji o pozyskanie środków publicznych.

Na poziomie województwa nie ma wypracowanych instytucjonalnych form współpracy między oddziałami wojewódzkimi NFZ, wojewódzką administracją rządową i jednostkami samorządu terytorialnego, w szczególności samorządami województw i powiatów. Taka sytuacja prowadzi do rozmycia odpowiedzialności i niemożności „rozliczania” za decyzje podejmowane przez poszczególne organy władzy oraz wzajemnego obwiniania się pomiędzy nimi (tzw. gra w obwinianie).

Nie lepiej przedstawia się sytuacja na szczeblu centralnym, na którym funkcjonuje swoista dwuwładza ministra zdrowia i prezesa NFZ. Na tym szczeblu również okresowo, w sposób mniej lub bardziej otwarty, daje o sobie znać „gra w obwinianie”. Uprawnienia ministra zdrowia w kształtowaniu i realizacji polityki zdrowotnej są formalnie i faktycznie ograniczone przez NFZ. W rękach rządu znajdują się funkcje regulacyjne, ale kluczową rolę we wdrażaniu polityki zdrowotnej i wyceny świadczeń zdrowotnych odgrywa ostatecznie NFZ. Plan finansowy NFZ podlega wprawdzie zatwierdzeniu przez ministra zdrowia i ministra finansów, ale tylko na podstawie projektu przygotowanego przez NFZ.

Struktura organizacyjna systemu ochrony zdrowia jest nieefektywna i odbiega od dominujących dziś w Europie wzorców. Dotyczy to zwłaszcza nadmiernej liczby szpitali czy związanego z tym nadmiernego terytorialnego rozproszenia w zakresie świadczenia usług specjalistycznych. Występujący „szpitalocentryzm” jest wynikiem przedstawionego wyżej nieuporządkowania w zakresie kompetencji i odpowiedzialności, a także funkcjonującego od lat sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych, polegającego m.in. na rozłączeniu

⁶ III SA/Kr 404/14 – Wyrok WSA w Krakowie z 17 marca 2015.

odpowiedzialności za finansowanie od odpowiedzialności za prowadzenie placówek. W efekcie odpowiedzialność za organizowanie systemu jest w rękach, które mają ograniczony wpływ na kształtowanie jego struktury, która uzależniona jest od finansowania.

Koszty leczenia szpitalnego stanowią ponad połowę środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. W niektórych obszarach, takich jak np. opieka psychiatryczna, sięga to nawet 70% ogółu wydatków (bez leków). Liczba hospitalizacji i liczba łóżek szpitalnych przypadających na 1000 mieszkańców jest w Polsce wyższa niż średnia w Unii Europejskiej⁷. Polska należy do nielicznej grupy krajów UE, w których obserwuje się w ostatnich kilkunastu latach wzrost liczby hospitalizacji, podczas gdy w większości krajów europejskich występuje od lat tendencja spadkowa. W okresie 2000–2012 liczba hospitalizacji w Polsce wzrosła o około 20%⁸, co nie miało uzasadnienia epidemiologicznego. W tym samym czasie w krajach EU ogółem wskaźnik ten obniżył się o 1%. Jednocześnie, jak już wcześniej wspomniano, ulegają wydłużeniu kolejki na świadczenia specjalistyczne. Struktura, rozmieszczenie i liczba łóżek szpitalnych nie jest dostosowana do zmieniających się potrzeb. Przy ogólnie nadmiernej liczbie łóżek występują braki w kluczowych obszarach, takich jak np. intensywna terapia i intensywna opieka medyczna czy opieka geriatryczna.

Niekorzystny z punktu widzenia oceny efektywności systemu i racjonalności organizacji opieki medycznej szpitalocentryzm oraz wysoki udział kosztów opieki szpitalnej w całości wydatków wynika zarówno z nieuporządkowania odpowiedzialności za opiekę specjalistyczną na szczeblu regionalnym, jak i sposobu finansowania opieki szpitalnej motywującego do udzielania większej liczby świadczeń. Sprzyja temu wspomniany wyżej brak długofalowego planowania rozmieszczenia i liczby szpitali (łóżek

szpitalnych) z przypisaniem ich do określonego poziomu referencyjności. Wprowadzona w 1999 rok wraz z mechanizmami rynku wewnętrznego zasada, że w każdym szpitalu mogą być wykonywane wszystkie zabiegi medyczne, okazała się nie tylko nieefektywna, ale również zagrażająca bezpieczeństwu pacjentów. Dobrą ilustracją tej tezy może być leczenie chorób nowotworowych, drugiej co do częstości przyczyny zgonów w Polsce, w przypadku których poprawa wyników leczenia jest jednym z głównych celów polityki zdrowotnej państwa. Z doświadczeń polskich i międzynarodowych wynika, że najlepsze efekty uzyskuje się w dużych ośrodkach. Skuteczność leczenia w Centrum Onkologii w Warszawie jest np. o 30% większa niż w wielu mniejszych placówkach. Tymczasem pacjentami onkologicznymi zajmuje się w Polsce około 500 szpitali, a skuteczność leczenia jest gorsza niż w większości państw UE. W wielu krajach działania w tym zakresie są uporządkowane w sposób dużo bardziej racjonalny i skoordynowany, np. w Szwecji zabroniono wykonywania operacji raka jelita grubego małym szpitalom ze względu na brak doświadczenia. Wykonuje ją tam tylko kilka specjalistycznych ośrodków.

Wprowadzone w ostatnim kwartale 2017 roku rozwiązania tzw. sieci szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) nie poprawiły efektywności systemu. Nie stała się ona instrumentem planistycznym liczby i rozmieszczenia szpitali, a tzw. ryczałt systemu zabezpieczenia, będący podstawą finansowania szpitali, co do istoty opiera się nadal na zasadzie płacenia za usługę. Zarządzający szpitalami po roku jej funkcjonowania oceniają, że sieć zamiast prowadzić do stopniowej racjonalizacji nadmiernych zasobów naszego szpitalnictwa wręcz je zamroziła, co wynika m. in. z mechanizmu finansowania. Wielkość budżetu szpitali (tzw. ryczałtu) w kolejnych okresach zależy od liczby wykonanych procedur i punktów, które łatwiej jest „wypracować” hospitalizacjami niż wizytami w ambulatorium.

⁷ OECD Health Statistics (2016); Eurostat Database.

⁸ OECD Health Statistics (2014); Eurostat Database; WHO European Health for All Database.

Wiele wskazuje na to, że obecne rozwiązania systemowe w ochronie zdrowia w większym stopniu służą niektórym interesom grupowym niż interesowi publicznemu. Rozdzielenie funkcji „płatnika” od „dostawcy” usług w naszych uwarunkowaniach prowadziło wprawdzie do większej produktywności, czego dobrym przykładem jest rozwój kardiologii inwazyjnej, ale nie poprawiło efektywności systemu.

Mimo zapowiedzi nie wprowadzono dotąd powszechnego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla wszystkich mieszkańców Polski (rezydentów). Nadal kilka procent ludności nie ma tych uprawnień, a jednocześnie nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia w NFZ. W dużej części dotyczy to osób wykluczonych i osób zatrudnionych wyłącznie na podstawie umowy o dzieło.

Do najczęściej wskazywanych i ciągle aktualnych problemów ochrony zdrowia w Polsce należy także niski poziom finansowania ze środków publicznych oraz niedobór kadr medycznych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. Podjęte w ostatnim czasie decyzje stopniowego zwiększania nakładów publicznych, aż do osiągnięcia poziomu 6% PKB w 2024 roku i znaczące zwiększenie liczby osób przyjmowanych na studia lekarskie powinny w perspektywie najbliższych lat doprowadzić do poprawy sytuacji, chociaż z pewnością nie w sposób wystarczający. Władze publiczne powinny jednak w dalszym ciągu rozwijać planowanie zasobów ludzkich na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza w odniesieniu do pielęgniarek. Ograniczone ramy opracowania nie pozwalają na szerszy opis tej problematyki.

⁹ W tej części opracowania korzystano z materiałów przygotowanych na Konferencję „Własność, odpowiedzialność, zarządzanie” w ramach tematu szczegółowego „Zarządzanie systemem – problemy decentralizacji/centralizacji w ochronie zdrowia” przygotowanego przez zespół ekspertów (Balicki M., Kowalska-Bobko I., Sześciło D., Sowada C., Włodarczyk C., Frączkiewicz-Wronka A., Holecki T., Gałązka-Sobotka M., Marciniak D.) oraz przebiegu dyskusji w tej części Konferencji. Konferencja odbyła się w Łodzi 29 listopada 2018 w ramach debaty „Wspólnie dla Zdrowia” zainicjowanej w 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia.

W kierunku decentralizacji i usamorządowienia⁹

Odpowiedzią na główne słabości obecnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zwłaszcza w sferze organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, może być jego decentralizacja i usamorządowanie. Polska, w porównaniu do innych państw europejskich, jest państwem w dużym stopniu zdecentralizowanym. Międzynarodowe badania porównawcze stawiają nas, pod względem zakresu decentralizacji, zaraz za państwami skandynawskimi, które od dawna uchodzą za „ziemię obiecaną” dla samorządu. Polska należy do liderów decentralizacji wśród państw Europy Środkowo-Wschodniej, które przeszły transformację ustrojową. Decentralizacja jest powszechnie uznana za najbardziej udaną reformę ustrojową po 1989 roku. Potwierdza to duży poziom zaufania do władz samorządowych, deklarowane przez obywateli poczucie wpływu na funkcjonowanie samorządów (znacznie wyższe niż w przypadku władz centralnych), a także zgłaszane w badaniach opinii publicznej oczekiwanie na poszerzenie katalogu spraw, w których samorząd odgrywa wiodącą rolę. W katalogu najważniejszych zadań publicznych jedyną sferą, w której samorząd nie jest w pełni podmiotem, jest ochrona zdrowia¹⁰. Wydaje się, że zmiana tego stanu rzeczy i przekazanie samorządom, przede wszystkim na poziomie województwa, w szerokim zakresie kompetencji i zadań z zakresu ochrony zdrowia jest w świetle powyższego postulatem jak najbardziej naturalnym.

¹⁰ Sześciło D. (2018). *Dlaczego regionalizacja systemu opieki zdrowotnej jest potrzebna?* (materiał opracowany w ramach przygotować do Konferencji, o której mowa w przyp. 9).

Podstawowe założenia zregionalizowanego modelu opieki zdrowotnej w zarysie przedstawiają się następująco:

1) W zakresie regulacji i organizowania systemu:

- a. Na poziomie centralnym pozostaje m. in. ustalanie zakresu gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tzw. koszyk), minimalnych standardów dostępności, list refundacyjnych leków, a także ocena technologii medycznych i ustalanie standardów postępowania medycznego.
- b. Samorząd województwa przejmuje ogólną odpowiedzialność za organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w województwie. Może rozstrzygać m. in. kwestię mechanizmów i sposobu finansowania świadczeń (np. zapłata za usługę czy ryczałt) oraz struktury leczenia szpitalnego.
- c. Samorząd powiatu odpowiada za organizację podstawowej opieki zdrowotnej dla swoich mieszkańców, a także podstawowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz pozaszpitalnej opieki dla osób w wieku podeszłym.
- d. Utrzymanie na każdym z poziomów możliwości opracowywania i realizacji programów zdrowotnych ze wzmocnieniem funkcji koordynacyjnych na poziomie województwa.

2) W zakresie finansowania:

- a. Utrzymanie obecnego centralnego funduszu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych pochodzącego z obowiązkowych składek i podziału tych środków na województwa według ustalonego algorytmu. Obecny algorytm wymaga jednak modyfikacji w kierunku większego uwzględniania zachorowalności na choroby przewlekłe i innych kosztochłonnych problemów zdrowotnych (Czerska 2015).
- b. W kompetencjach władzy centralnej pozostałoby określanie wysokości składki

obowiązkowej i ustalanie algorytmu podziału środków na województwa.

- c. Samorząd województwa samodzielnie dysponuje środkami pochodzącymi ze składek. Funkcjonujące struktury oddziałów wojewódzkich NFZ zostałyby przejęte przez te samorządy.
- d. Samorząd województwa uzyskuje możliwość ustalania dodatkowej składki regionalnej (powyżej składki obowiązkowej) w ramach określonych ustawowo „widełek”.
- e. Wprowadzenie możliwości fakultatywnego przekazywania przez województwo części środków według stawki kapitałowej (na mieszkańca) samorządom powiatowym na finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej i niektórych zakresów opieki pozastacjonarnej (podstawowa opieka psychiatryczna, profilaktyka i edukacja zdrowotna, opieka pozaszpitalna dla osób w wieku podeszłym).
- f. Władze centralne finansowałyby nadal trzeci poziom opieki (wysokospecjalistyczny) o znaczeniu ponadregionalnym.

3) W zakresie dostarczania świadczeń:

- a. Na szczeblu centralnym pozostaje odpowiedzialność za zarządzanie placówkami trzeciego poziomu opieki o znaczeniu ponadregionalnym.
- b. Samorząd województwa przejmuje odpowiedzialność za szpitale. Umożliwia się przejmowanie szpitali powiatowych przez samorząd województwa na zasadzie dobrowolności (z zachętami finansowymi) lub stworzenie możliwości w przekształcania ich w placówki prowadzone nadal przez powiaty łączące opiekę dzienną, ambulatoryjną, profilaktyczną i edukację zdrowotną. Nie przewiduje się prowadzenia placówek opieki zdrowotnej przez gminy, z wyjątkiem miast na prawach powiatu.

4) Nadzór i monitorowanie:

- a. Na poziomie centralnym monitorowanie dostępności opieki zdrowotnej w ramach koszyka powszechnego i powszechnych standardów dostępności.
 - b. Na poziomie samorządu województwa nadzór nad specjalistyczną (szpitalną i ambulatoryjną) oraz podstawową opieką zdrowotną, opieką psychiatryczną, opieką pozaszpitalną dla osób w wieku podeszłym, programami zdrowotnymi, profilaktyką i edukacją zdrowotną realizowanymi przez samorządy powiatowe.
- 5) W zakresie uprawnień do opieki zdrowotnej – wprowadzenie uniwersalnego charakteru uprawnień. Wynika on z uznania, że potrzeby zdrowotne są potrzebami o charakterze elementarnym. Decentralizacja i usamorządowienie opieki zdrowotnej powinny być połączone z zapewnieniem wszystkim mieszkającym na obszarze państwa (rezydentom) prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od posiadania uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Koszty leczenia osób nieobjętych obowiązkowym ubezpieczeniem powinien pokrywać budżet państwa.

Występujące problemy i zagrożenia

Przekazanie części funkcji regulacyjnych oraz odpowiedzialności za finansowanie opieki zdrowotnej samorządom wojewódzkim stwarza możliwość wprowadzania alternatywnych rozwiązań systemowych na poziomie województwa (regionu). Dotychczasowy jednolity układ instytucjonalny na obszarze kraju nie zapobiegł dużemu zróżnicowaniu regionalnemu, a jednocześnie uniemożliwiał poszukiwanie i testowanie alternatywnych rozwiązań w organizacji i finansowaniu opieki zapewniających poprawę jej efektywności.

Jednym z ciekawych europejskich przykładów wykorzystania daleko idącej autonomii władz lokalnych w odpowiedzialności za ochronę

zdrowia jest stworzony i wdrożony w Hiszpanii model Alzira (Bem 2012). Do podstawowych zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej w Hiszpanii należy uniwersalny dostęp do świadczeń i przekazanie zadań z zakresu ochrony zdrowia 17 regionom (wspólnotom autonomicznym), dysponującym dużym stopniem autonomii. Model Alzira powstał w regionie Walencji na obszarze zamieszkałej przez około 250 tys. mieszkańców jednostki administracyjnej Ribera Alta, której stolicą jest miasto Alzira. Model ten jest formą partnerstwa publiczno-prywatnego. Lokalne władze zawarły umowę z powołaną do tego celu spółką celową. Obejmuje ona zarówno świadczenia szpitalne i specjalistyczne, jak i podstawową opiekę zdrowotną. Podstawą wynagradzania jest waloryzowana corocznie stawka kapitacyjna (na mieszkańca). Ewentualne zyski inwestora zostały ograniczone w umowie do 7,5%. Wprowadzone zostały mechanizmy zniechęcające do przyjmowania pacjentów spoza obszaru działania. Płatność kapitacyjna w dużym stopniu przenosi ryzyko na świadczeniodawcę, silnie motywując go do podejmowania działań na rzecz poprawy efektywności, np. poprzez skrócenie czasu hospitalizacji. Poza płatnością kapitacyjną istotnym czynnikiem okazało się także włączenie do zakresu działalności podmiotu odpowiedzialnego również podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Umożliwiło to integrację usług POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i opieki szpitalnej, co znacznie poprawiło koordynację leczenia oraz zarządzanie ruchem pacjentów i w efekcie doprowadziło do zmniejszenia liczby hospitalizacji, m. in. poprzez skierowanie ich do ośrodków ambulatoryjnych. Łączne koszty świadczeń w ramach tego modelu okazały się niższe o 20–25% niż w innych placówkach w regionie Walencji.

Model Alzira jest ciekawym przykładem wykorzystania dużej autonomii władz lokalnych w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań organizacji i finansowania opieki zdrowotnej w danych uwarunkowaniach. Integracja różnych form opieki w ramach jednego budżetu,

którego wielkość uzależniona jest od liczby mieszkańców, i jeden podmiot odpowiedzialny za zapewnienie opieki określonej populacji mogą mieć zastosowanie także poza partnerstwem publiczno-prywatnym. Z polskiej perspektywy interesujący jest zwłaszcza efekt ograniczania opieki szpitalnej na rzecz leczenia ambulatoryjnego.

Zakończenie

Decentralizacja w ochronie zdrowia jest uważana za jeden z bardziej obiecujących kierunków działań systemowych zapewniających efektywność działania. Decentralizacja w tym obszarze w Polsce zatrzymała się na pierwszym kroku. Samorządy przejęły w 1999 roku od administracji rządowej publiczne placówki opieki zdrowotnej, ale nie zostały wyposażone w środki na ich prowadzenie i utrzymanie. Zadanie finansowania usług przypadło nadzorowanemu przez rząd scentralizowanemu Narodowemu Fundusowi Zdrowia. Wprowadzenie zawieranie umów, będących podstawą do finansowania działalności szpitali i przychodni, odbywa się na poziomie wojewódzkim, ale nie podlega demokratycznej kontroli pochodzących z wyborów organów samorządu terytorialnego. Jednocześnie nie wypracowano mechanizmów koordynacji polityki zdrowotnej na poziomie województwa, zarówno między administracją rządową i samorządami, jak i pomiędzy poszczególnymi jednostkami samorządu terytorialnego. Nie ma też mechanizmów planowania i koordynacji liczby oraz rozmieszczenia placówek zdrowotnych. Sytuację dodatkowo komplikuje mnogość publicznych i prywatnych właścicieli szpitali konkurujących między sobą o dostęp do środków publicznych. Na szczeblu centralnym nie ma jasnego podziału odpowiedzialności pomiędzy ministrem zdrowia i prezesem NFZ. W rezultacie mamy system, w którym odpowiedzialność za ochronę zdrowia jest

w dużym stopniu nieuporządkowana, co pogarsza efektywność systemu, sprzyja marnotrawstwu publicznych środków i zagraża realizacji celów polityki zdrowotnej, przy jednoczesnym wzajemnym obwinianiu się administracji rządowej, NFZ i samorządów.

Kompleksowa i etapowa decentralizacja systemu i jego usamorządowanie, z uwzględnieniem szczególnej roli samorządów wojewódzkich przejmujących m.in. funkcję płatnika świadczeń zdrowotnych, może być jednym z kluczowych czynników poprawy funkcjonowania tej ważnej sfery zadań publicznych. Samorząd powinien stać rzeczywistym gospodarzem systemu opieki zdrowotnej, także w zakresie finansowania i stanowienia reguł jego funkcjonowania. Może to sprzyjać wprowadzaniu różnych rozwiązań w zakresie organizacji i finansowania zwiększających efektywność. Może także otworzyć drogę do zwiększania nakładów publicznych na ochronę zdrowia dzięki możliwości wprowadzenia dodatkowej składki regionalnej. Decentralizacja umożliwi poddanie systemu demokratycznej kontroli, wprowadzanie partycypacyjnych form współzarządzania, kształtowanie polityki zdrowotnej na szczeblu regionalnym, w tym określania regionalnych priorytetów oraz – co nie bez znaczenia – wykorzystanie infrastruktury administracyjnej i *know-how* zdobytych przy rozdzielaniu środków unijnych przez samorządy województw. Może przyczynić się także do zwiększenia legitymacji społecznej samorządów wojewódzkich.

Zapowiadany dynamiczny wzrost wydatków publicznych stwarza finansowe warunki do przeprowadzenia głębokich zmian systemowych. Warto tę szansę wykorzystać do naprawy służby zdrowia.

Bibliografia

- Balicki, Marek (2013). *Problemy służby zdrowia – diagnoza i recepty*. Warszawa: Fundacja im. F. Eberta, Fundacja ICRA.
- Barometr WHC (2018). *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018* Stan na kwiecień/maj 2018 r. Warszawa: Fundacja Watch Health Care.
- Bem, Agnieszka (2012). Zastosowanie modelu Alzira w ochronie zdrowia". W: Marek Łyszczak, Maria Węgrzyn, Dariusz Wasilewski (red.), *Przekształcenia jako reakcja na nową dynamikę rynku ochrony zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Björnberg, Arne (2018). *Euro Health Consumer Index 2017 Report*. Marseillan: Euro Health Consumer Index 2017 Report.
- CBOS (1999). *Komunikat z badań; Opinie o opiece zdrowotnej po wprowadzeniu reformy*. Warszawa: CBOS.
- CBOS (2018). *Komunikat z badań Nr 89/2018; Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. Warszawa: CBOS.
- Czerska, Iwona (2015). *Modelowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 73: *Ryzyko, zarządzanie, wartość*, s. 949–958.
- Golinowska, Stanisława (2018). *Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku*. Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego.
- Kowalska-Bobko, Iwona (2017). *Decentralizacja a systemy zdrowotne: w poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających zdrowiu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ministerstwo Zdrowia (2004). *Raport Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- OECD (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paryż: OECD.
- Savas, Emanuel S. (2000). *Privatization and public-private partnerships*. New York: Chatham House.
- Schraad-Tischler, Daniel, Christof Schiller, Sascha Matthias Heller, Nina Siemer (2017). *Social Justice in the EU – Index Report 2017*. Social Inclusion Monitor Europe. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Warszawskie Debaty o Polityce Społecznej to wspólne przedsięwzięcie Fundacji im. Friedricha Eberta i Fundacji Międzynarodowe Centrum ds. Badań i Analiz ICRA. Celem projektu jest popularyzacja progresywnych idei w obszarze polityki społecznej przy użyciu argumentów naukowych. Przewodnim motywem cyklu jest wielowymiarowa analiza polityki społecznej: w kontekście międzynarodowym, w stosunku do innych obszarów polityki publicznej oraz w różnych horyzontach czasowych. Każdemu tematowi poświęcane jest seminarium z gościem-ekspertem, które jest otwarte dla szerokiej publiczności, oraz ekspercka publikacja, zawierająca rekomendacje dla polityki społecznej.



www.icra.pl



www.feswar.org.pl

Wydawca:

Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce wspólnie
z Fundacją Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA)

Nieodpłatna dystrybucja:

Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce

ul. Podwale 11, 00-252 Warszawa

lub

Fundacja Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz (ICRA)

ul. Skarbka z Gór 132E/61, 03-287 Warszawa

© 2019 by Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce

ul. Podwale 11, 00-252 Warszawa

www.feswar.org.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Komercyjne użycie materiałów wydanych przez Fundację im. Friedricha Eberta jest
zabronione bez pisemnej zgody Fundacji.

Redakcja: Maciej Kropiwnicki, Michał Polakowski, Dorota Szelewa, Bastian Sendhardt
Layout, skład i druk: MUFU.pl, Warszawa

Autorzy ponoszą odpowiedzialność za swoje wypowiedzi zawarte w tej publikacji.
Wypowiedziane twierdzenia nie muszą w całości korespondować ze stanowiskiem
Fundacji im. Friedricha Eberta (Friedrich-Ebert-Stiftung).

Printed in Poland 2019

ISBN 978-83-64062-35-3