

WARSZAWSKIE DEBATY

O POLITYCE SPOŁECZNEJ



FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG

PROBLEMY SŁUŻBY ZDROWIA - DIAGNOZA I RECEPTY

Marek Balicki

#10

Marek Balicki

**PROBLEMY SŁUŻBY ZDROWIA
– DIAGNOZA I RECEPTY**

Spis treści

SPIS WYKRESÓW I TABEL	3
WSTĘP	5
W KIERUNKU ROZWIĄZAŃ RYNKOWYCH	7
PRZEGLĄD REALIZACJI PODSTAWOWYCH CELÓW SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ	12
NEOLIBERALNA LEKCJA	22
POSTULOWANE KIERUNKI ZMIAN W OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE	29
BIBLIOGRAFIA	35

Spis wykresów i tabel

WYKRESY

WYKRES 1: RÓŻNICA MIĘDZY PRZEWIDYWALNĄ DŁUGOŚCIĄ ŻYCIA W MOMENCIE URODZENIA U MĘŻCZYŹN I KOBIET W POLSCE I W KRAJACH EU-15	13
WYKRES 2: PRZECIĘTNE DALSZE TRWANIE ŻYCIA MĘŻCZYŹN I KOBIET W WIEKU 30 LAT W ZALEŻNOŚCI OD WYKSZTAŁCENIA W POLSCE W 2010 ROKU	14
WYKRES 3: DYNAMIKA OGÓLNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE W BADANIACH CBOS	15
WYKRES 4: WYNIKI EUROPEJSKIEGO KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA W 2012 ROKU	16
WYKRES 5: WYDATKI OGÓŁEM (BIEŻĄCE I INWESTYCYJNE) NA OCHRONĘ ZDROWIA NA MIESZKAŃCA W EURO PPP W 2010 ROKU	17
WYKRES 6: ŚREDNIA ROCZNA DYNAMIKA WYDATKÓW OGÓŁEM NA OCHRONĘ ZDROWIA NA MIESZKAŃCA W WARTOŚCI REALNEJ W OKRESIE 2000–2009 I 2009–2010	17
WYKRES 7: DYNAMIKA WYDATKÓW PUBLICZNYCH I PRYWATNYCH NA LEKI W POLSCE W RELACJI DO PKB W LATACH 2005–2012	20
WYKRES 8: LICZBA HOSPITALIZACJI NA 1000 MIESZKAŃCÓW W 2010 ROKU	23
WYKRES 9: DYNAMIKA LICZBY HOSPITALIZACJI NA 1000 MIESZKAŃCÓW W OKRESIE 2000–2010	24
WYKRES 10: UDZIAŁ PODMIOTÓW NIEPUBLICZNYCH W RYNKU ŚWIADCZEŃ LECZENIA INTERWENCYJNEGO W OSTRYCH ZESPÓŁACH WIEŃCOWYCH FINANSOWANYCH PRZEZ NFZ	26

TABELE

TABELA 1: STRUKTURA WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA W 2010 I 2011 ROKU	18
--	----

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia należy w Polsce do najważniejszych problemów polityki społecznej. Podobnie sytuacja wygląda również w innych krajach europejskich. Rosnące potrzeby zdrowotne starzejących się społeczeństw i związana z nimi presja na wzrost wydatków na opiekę zdrowotną to podstawowe wyzwania stojące dzisiaj przed rządami wielu państw. Sytuacji nie ułatwia trwający kryzys ekonomiczny i coraz bardziej ograniczone możliwości zwiększania publicznych wydatków na zabezpieczenie społeczne.

Stan zdrowia mieszkańców Europy poprawia się, ale proces ten nie postępuje tak szybko, jak można by tego oczekiwać. Obserwuje się przy tym znaczące różnice w stanie zdrowia wśród mieszkańców poszczególnych krajów. Wiadomo, że nierówności te uwarunkowane są wieloma czynnikami, jak np. poziomem uzyskiwanych dochodów, bezpieczeństwem, warunkami mieszkaniowymi, poziomem wykształcenia, możliwościami i warunkami zatrudnienia, a także dostępem do odpowiednich usług zdrowotnych i ochroną socjalną. W świetle takich kluczowych wartości europejskich jak sprawiedliwość i spójność społeczna kolejnym wielkim wyzwaniem do pokonania stają się nierówności w zakresie zdrowia.

W wielu krajach toczy się nieustannie debata na temat optymalnych rozwiązań w organizacji i finansowaniu systemu opieki zdrowotnej. Skuteczne wykorzystanie zasobów sektora zdrowia może powstrzymać nadmierny wzrost kosztów przy jednocześnie większych korzyściach zdrowotnych w ramach

uruchomionych środków. Okazuje się, że urynkowienie usług zdrowotnych temu nie sprzyja. Przeprowadzona w ostatnich dziesięcioleciach komercjalizacja i prywatyzacja w sektorze ochrony zdrowia, w różnych formach i o różnym zasięgu w zależności od kraju, nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Część ekonomistów wskazuje w związku z tym na potrzebę przyjęcia nowego paradygmatu opartego na wartościach wspólnotowych.

Na tle innych krajów europejskich sytuacja w Polsce nie przedstawia się najlepiej. Pod względem długości życia Polska nadal odstaje od krajów „starej” Unii (UE-15). Obserwowana w latach 90. ubiegłego wieku poprawa stanu zdrowia mieszkańców naszego kraju uległa wyraźnemu spowolnieniu w kolejnej dekadzie, a ponadto występuje silne zróżnicowanie w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego.

W 2013 roku mija piętnaście lat od przeprowadzenia przez konserwatywno-liberalny rząd Jerzego Buzka czterech „wielkich” reform: oświatowej, emerytalnej, samorządowej i zdrowotnej. W powszechnej ocenie reformy te, może poza samorządową, okazały się nieudane. Problemy, które miały zostać rozwiązane, istnieją nadal, a skutki wprowadzonych zmian są często postrzegane jako odmienne od zakładanych. Wiele kluczowych kwestii pozostaje nadal wyzwaniami dla władz publicznych. Opieka zdrowotna wydaje się tego najlepszym przykładem. W powszechnej ocenie system ochrony zdrowia w Polsce po piętnastu latach od przeprowadzania reformy nie działa sprawnie i wymaga kompleksowej naprawy.

¹ Seminarium „Problemy służby zdrowia – diagnoza i recepty” odbyło się 11 czerwca 2013 roku. Jako paneliści wzięli w nim udział dr Marek Balicki, dr Michał Polakowski i dr Dorota Szelewa.

Ostatnie lata przyniosły zarówno pogłębienie się niekorzystnych zjawisk i procesów w opiece zdrowotnej jak i wyraźne pogorszenie społecznych ocen funkcjonowania systemu. Pogłębia się nierównowaga między zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne a możliwością ich zaspokojenia. Postępującej komercjalizacji usług i rozwojowi sektora prywatnego towarzyszy pogorszenie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, wydłużanie się czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne i rosnące obciążenie leczenia szpitalnego. Dzieje się to w warunkach fragmentacji poziomów opieki oraz braku planowania i koordynacji działalności placówek leczniczych. Dysfunkcyjny system w coraz większym stopniu przyczynia się do przenoszenia kosztów leczenia na wyższe poziomy referencyjne, na których koszty odpowiedniej opieki są wyższe. Względny sukces w niektórych dziedzinach, jak np. w kardiologii inwazyjnej, został osiągnięty przede wszystkim w wyniku zastosowania silnej motywacji ekonomicznej, polegającej na skierowaniu znacznego strumienia środków finansowych, który zapewnił ośrodkom kardiologicznym wygospodarowanie dużej nadwyżki przychodów nad kosztami. Jednocześnie mieliśmy do czynienia z zaniedbaniem i niedofinansowaniem wielu innych ważnych obszarów opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę stan, w jakim znalazła się nasza służba zdrowia, nie dziwi fakt, że w ostatniej edycji (2012) europejskiego rankingu oceniającego systemy zdrowotne w krajach europejskich (EHCI) pod kątem opinii osób z nich

korzystających i osiągniętych wyników Polska zajęła 27 miejsce na 34 objęte badaniem kraje.

Obserwowane obecnie spowolnienie gospodarcze może być potencjalnie źródłem szans na wprowadzenie w ochronie zdrowia pożądanych zmian. Z jednej strony mamy do czynienia z pogorszeniem się perspektyw dotyczących finansowania ochrony zdrowia, z drugiej zaś szybko rosnące potrzeby związane z przyspieszonym starzeniem się polskiego społeczeństwa. Paradoksalnie może to być najlepszy moment, by uzyskać zgodę opinii publicznej i najważniejszych interesariuszy. Od czego zatem zacząć? Wydaje się, że piętnaście lat funkcjonowania zreformowanej ochrony zdrowia, zwłaszcza w obecnej sytuacji, to najlepszy czas na dokonanie krytycznego przeglądu i całościowej oceny dotychczasowego funkcjonowania systemu. To zadanie spoczywa na władzach publicznych. Konieczna jest analiza zachodzących zjawisk i procesów, diagnoza źródeł obecnych trudności oraz zarysowanie potrzebnych działań naprawczych prowadzących do zakończenia kryzysu. Debata publiczna wokół takiego raportu mogłaby stać się podstawą do wytyczenia ram nowej strategii polityki zdrowotnej w Polsce. Brak raportu rządowego nie może oczywiście wstrzymywać dyskusji o stanie obecnym i przyszłości ochrony zdrowia w Polsce. Niniejszy tekst jest głosem w tej debacie. Z uwagi na jego charakter i ograniczoną objętość koncentruje się on na wybranych aspektach problemu i z pewnością nie wyczerpuje zagadnienia.

System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku, w momencie wejścia Polski w okres transformacji ustrojowej, charakteryzował się m. in. budżetowym finansowaniem, centralizacją, bezpłatnym dostępem do świadczeń zdrowotnych (dla osób uprawnionych), integracją opieki podstawowej i specjalistycznej (ambulatoryjnej oraz szpitalnej) w ramach tzw. zespołów opieki zdrowotnej oraz rejonizacją dostępu do świadczeń związanych z miejscem zamieszkania. Państwowe placówki opieki zdrowotnej podlegały administracji rządowej i były finansowane z budżetu państwa za pośrednictwem wojewodów lub ministerstw (instytuty, szpitale kliniczne i resortowe). Planowanie zadań i podział środków finansowych dokonywane były przez ministerstwo zdrowia, a funkcję wykonawczą sprawowała administracja wojewódzka, ściśle podporządkowana ministerstwu. Istotną uzupełniającą funkcję w systemie pełnili niepubliczni dostawcy usług medycznych (prywatne gabinety lekarskie i spółdzielnie lekarskie), których działalność była finansowana ze środków prywatnych (gospodarstw domowych).

W pierwszej dekadzie transformacji utrzymane zostały zasadnicze zęby systemu opieki zdrowotnej odziedziczone po minionym ustroju. Zmiany, jakie zaszły w tym czasie, tj. przed reformą z 1999 roku, w mniejszym lub większym stopniu prowadziły do stworzenia podwalin pod przyszłą komercjalizację usług zdrowotnych i urynkowanie systemu. Uchwalono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, której głównym celem było odejście od formuły gospodarki finansowej jednostki

budżetowej (utrzymywanej przez organ administracji państwowej) na rzecz zakładu publicznego samodzielnie – pokrywającego koszty swojej działalności z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów oraz samodzielnie decydującego o podziale nadwyżki (zysku). Rozpadły się zintegrowane struktury zespołów opieki zdrowotnej, nastąpił dynamiczny rozwój sektora prywatnego, powstały korporacje zawodów medycznych, zmieniono zasady odpłatności za leki i sprywatyzowano obrót lekami.

Przełomowym momentem dla organizacji i finansowania systemu opieki zdrowotnej po 1989 roku była reforma zdrowotna przeprowadzona w roku 1999 przez konserwatywno-liberalny rząd Jerzego Buzka. Do jej podstawowych założeń należała decentralizacja systemu oraz odejście od modelu zaopatrzeniowego (budżetowego), charakterystycznego dla krajów centralnego planowania, i wprowadzenie modelu ubezpieczeniowego, jak również komercjalizacja usług medycznych, a docelowo ich prywatyzacja. Reforma zapoczątkowała trwający do dzisiaj proces wycofywania się państwa z odpowiedzialności za opiekę zdrowotną.

Opisując wprowadzone wówczas zmiany, warto przypomnieć, że reformy z końca lat 90. podejmowane były na fali liberalizacji, komercjalizacji i prywatyzacji usług publicznych. W głównym nurcie debaty publicznej dominowała wówczas neoliberalna wiara w potrzebę uwalniania rynków, w większą efektywność prywatnych przedsiębiorstw w porównaniu do publicznych i w korzyści wynikające z pobudzania konkurencji oraz

ekonomizacji wszelkiej działalności. Forso- wano osobistą odpowiedzialności za zdro- wie i znaczne ograniczenie roli państwa, a takie zasady jak solidaryzm i sprawiedli- wość, mimo ich konstytucyjnego umocowa- nia, schodziły na dalszy plan. Podkreślano wartość i znaczenie indywidualnych swobód i praw, a przede wszystkim indywidualnej wolności i prywatnej własności.

Reforma z 1999 roku, jak już wspomniano, miała przełomowe znaczenie dla dalszego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Obejmowała m. in.:

- zmianę źródeł i zasad finansowania opieki zdrowotnej,
- wprowadzenie mechanizmu rynku we- wnętrznego usług medycznych,
- utworzenie nowych instytucji pełniących funkcje płatnika (kasy chorych) z założen- niem ich przyszłej konkurencji, oraz docel- owej możliwości realizacji obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w prywatnym towarzystwie ubezpieczeniowym (tj. poza kasą chorych),
- usamodzielnienie publicznych placówek zdrowotnych i przekazanie funkcji właścici- elskim samorządom terytorialnym,
- zniesienie rejonizacji i wprowadzenie swo- body wyboru lekarza i szpitala,
- znaczne ograniczenie funkcji i zadań admi- nistracji rządowej, zwłaszcza w zakresie planowania, koordynacji i sterowania sys- temem.

Od 1999 roku głównym źródłem finanso- wania publicznej opieki zdrowotnej są środ- ki pochodzące z powszechnej obowiązkowej składki pobieranej od osób ubezpieczonych, będącej formą daniny publicznej przypomi- nającej podatek celowy. Szacuje się, że po- wszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym

objętych jest 97,5 % mieszkańców Polski (2010). Środki pochodzące ze składek tra- fiają za pośrednictwem ZUS do instytucji płatnika (początkowo kasy chorych, obecnie oddziały wojewódzkie Narodowego Fundu- szu Zdrowia), który następnie przekazuje je placówkom opieki zdrowotnej na podstawie umów cywilno-prawnych o udzielanie świad- czeń opieki zdrowotnej. Umowy zawierane są po przeprowadzeniu konkursu ofert i obejmu- ją finansowanie określonej liczby świadczeń (zasada płacenia za usługę), z wyjątkiem podstawowej opieki zdrowotnej, w przypad- ku której wielkość finansowania zależy od liczby wpisanych na listę lekarza rodzinnego (zasada stawki kapitacyjnej). Jednym z istot- nych elementów zmian było wprowadzenie możliwości przekazywania środków publicz- nych komercyjnym podmiotom prywatnym na takich samych zasadach jak publicznym. W wyniku tego już w pierwszym kwartale 1999 roku 36% umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (5,5% ich ogólnej wartości) zo- stało zawartych przez kasy chorych z pod- miotami prywatnymi.

Reforma z roku 1999 doprowadziła do utwo- rzenia instytucji podstawowej opieki zdro- wotnej. Lekarzowi pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny) przypisano funkcję kontro- lowania popytu na usługi medyczne przez decyzje o skierowaniu (lub nie) na dalsze le- czenie u specjalisty lub w szpitalu.

W krótkim czasie po wprowadzeniu refor- my zdrowotnej ujawniły się liczne proble- my i trudności, które wywołały powszechną krytykę wprowadzonych zmian. Nieskutecz- ność procesu reformatorskiego wiązano jed- nak nie tyle z błędną koncepcją reformy, co z niespójnością kolejnych kroków reformator- skich. Krytykowano różne zasady zawierania umów w poszczególnych kasach chorych,

trudności w uzyskaniu dostępu do świadczeń specjalistycznych poza terenem „swojego” województwa, limitowanie liczby udzielanych świadczeń, narzucanie placówkom zdrowotnym przez kasy chorych niekorzystnych warunków umów. Większość publicznych szpitali szybko wpadła w spiralę zadłużenia, narastał chaos i dezorganizacja. Nie spełniły się nadzieje na poprawę efektywności i jakości w wyniku zadziałania mechanizmów rynkowych. Przyczyn takiego obrotu spraw upatrywano w braku dostatecznego przygotowania zmian i w zbyt silnej pozycji płatnika, a nie w samych regułach rynkowych. Problemem była też nieodpowiednia wysokość środków finansowych, przekazywanych kasom chorych, w stosunku do potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych. Składka przez pierwsze dwa lata funkcjonowania systemu wynosiła zaledwie 7,5% dochodów ubezpieczonego (obecnie 9,0%). Prowadziło to do narastającej nierównowagi finansowej systemu, zadłużania się wielu publicznych placówek opieki zdrowotnej i nasilenia się konfliktów społecznych na tle płacowym w obszarze ochrony zdrowia. W 2002 roku ponad 60% samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej odnotowało stratę. W najgorszej sytuacji znalazły się szpitale. Mimo to szybko obserwowano dynamiczny wzrost liczby udzielanych świadczeń specjalistycznych, zwłaszcza szpitalnych, co wiązało się z wprowadzoną metodą finansowania w formie płacenia za usługę (*fee for service*), która okazała się silnym czynnikiem motywującym do zwiększania liczby świadczeń specjalistycznych. W ten sposób cel, jakim było skoncentrowanie opieki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego) i silniejsza kontrola nad droższymi usługami specjalistycznymi i szpitalnymi, nie został osiągnięty. W 1999 roku z usług podstawowej opieki zdrowotnej korzystało 47%, podczas gdy w 2003 już

tylko 24% ludności. Jednocześnie zwiększyła się częstość korzystania z usług szpitalnych z 7 do 10%. Do istotnych, ale niedocenianych przez autorów reformy z 1999 roku, przyczyn pojawiających się trudności należało zlekceważenie problemu koordynacji i sterowania skomplikowanym publicznym systemem opieki zdrowotnej, znaczne osłabienie pozycji i roli ministra zdrowia i brak mechanizmów rozwiązywania konfliktów.

Opisane wyżej problemy spowodowały, że reforma z 1999 roku stała się jednym z najważniejszych tematów kampanii wyborczej do parlamentu w roku 2001. Wszystkie partie polityczne, które w tych wyborach uzyskały mandaty poselskie, w czasie kampanii wyborczej opowiadały się za likwidacją kas chorych.

W 2003 roku weszła w życie przygotowana przez rząd lewicowo-ludowej koalicji Sojuszu Lewicy Demokratycznej (SLD), Unii Pracy (UP) i Polskiego Stronnictwa Ludowego (PSL) ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Na jej mocy w miejsce kas chorych powołano scentralizowaną instytucję NFZ, ujednolicono zasady zawierania umów i podwyższono składkę do 9% (stopniowo po 0,25% rocznie, aż do osiągnięcia 9% w 2007). Pozostałe elementy systemu, w szczególności mechanizmy rynku wewnętrznego, pozostawiono w formie określonej w roku 1999. Tak więc, wbrew opinii upowszechnianej później w głównym nurcie debaty publicznej, nie dokonano zasadniczej zmiany kierunku reformy przyjętego w 1999 roku. Główne jej założenia pozostały nienaruszone, a istotna korekta, polegająca na połączeniu kas chorych w jedną instytucję, umożliwiła jedynie przywrócenie częściowej kontroli nad finansowaniem świadczeń. Jednak kluczowa dla działania systemu kwestia rozmycia odpowiedzialności nie została

rozwiązana. Z dzisiejszej perspektywy, uznając że głównym powodem niepowodzeń był nie tyle sposób wprowadzenia zmian, ile ich neoliberalny charakter, można jedynie żałować, że nie doszło wówczas do odrzucenia podstawowych założeń reformy z roku 1999.

Wady ustawy o NFZ z 2003 roku stały się podstawą do stwierdzenia przez Trybunał Konstytucyjny w styczniu 2004, na wniosek opozycji parlamentarnej, niezgodności z Konstytucją większości jej przepisów². Na marginesie warto zauważyć, że znaczna część tych zarzutów w takim samym stopniu odnosiła się również do ustawy wprowadzającej kasy chorych. Trybunał uznał, że nowelizacja zaskarżonych przepisów będzie niewystarczająca i konieczne jest uchwalenie nowej ustawy (nie później niż do końca 2004 roku).

W obszernym uzasadnieniu do wyroku, poza oceną przepisów zaskarżonej ustawy, Trybunał stwierdził m. in.:

- 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;
- ustawa nie może pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej; nie można wprowadzać modelu pozwalającego

na dyferencjację świadczeń w przypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych;

- obowiązek zapewnienia wyżej określonego standardu dostępności obciąża władze publiczne; ochrona zdrowia w tym zakresie stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.

Uchwalona w sierpniu 2004 roku ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uwzględniła w znacznej części zalecenia Trybunału Konstytucyjnego. Jedną z ważniejszych zmian był powrót do częściowej decentralizacji funkcji płatnika. Wprawdzie pozostał NFZ, ale zwiększyła się znacznie samodzielność oddziałów wojewódzkich (następców kas chorych), w szczególności w zakresie zawierania, monitorowania, kontroli i rozliczania umów oraz przygotowywania planów finansowych oddziałów. Ponadto ustawa określiła sposób podziału środków na województwa, uwzględniający liczebność i stan zdrowia populacji oraz wprowadziła monitorowanie list oczekujących na świadczenia zdrowotne (kolejki). Nowym rozwiązaniem było także określanie ogólnych warunków umów (zawieranych przez NFZ z placówkami opieki zdrowotnej) przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia, po przeprowadzeniu ogólnopolskich uzgodnień z reprezentatywnymi organizacjami placówek zdrowotnych (świadczeniodawców). Prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od objęcia powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, otrzymały wszystkie osoby do ukończenia 18. roku życia i osoby, które spełniają warunki uprawniające do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. Koszty leczenia tych osób, w przypadku gdy nie są objęte ubezpieczeniem, finansowane są z budżetu państwa.

² Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004, sygn. akt K 14/03.

W kolejnych latach obowiązująca do dzisiaj ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych była wielokrotnie nowelizowana. Jedną z ważniejszych nowelizacji uchwalona została w 2009 roku. Obejmuje ona uregulowanie mechanizmu tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (koszyka) i stworzenie ustawowych ram dla działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych. Wykaz świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach i warunki ich realizacji określa obecnie minister zdrowia w drodze rozporządzeń, uwzględniając przy tym rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych (koszyk pozytywny).

Kolejny etap reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce datuje się od roku 2011. Przyjęty wówczas przez konserwatywno-liberalną koalicję Platformy Obywatelskiej (PO) i Polskiego Stronnictwa Ludowego (PSL) pakiet pięciu ustaw zdrowotnych jest najbardziej znaczącym krokiem od czasów reformy z roku 1999 i późniejszego przekształcenia kas chorych w NFZ. Dwie z uchwalonych w 2011 roku ustaw odgrywają szczególnie istotną rolę. Są to: ustawa o działalności leczniczej i ustawa refundacyjna. Ustawa o działalności leczniczej stanowi umocnienie rynkowego kierunku zmian w opiece zdrowotnej zapoczątkowanego w 1999 roku przez rząd Jerzego Buzka. Zgodnie z tą ustawą działalność lecznicza została uznana za działalność gospodarczą (regulowaną) w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Oznacza to, że leczenie finansowane ze środków publicznych jest obecnie działalnością zarobkową. W ten sposób nastąpiło definitywne odejście od traktowania opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jako zadania o charakterze użyteczności publicznej, którego celem jest bieżące i nieprzerwane zaspo-

kojenie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych. Można to oceniać jako zmianę paradygmatu opieki zdrowotnej, która będzie wywierać istotny wpływ na dalsze funkcjonowanie systemu i jego rynkowe przeobrażenia. Głównym celem ustawy o działalności leczniczej jest komercjalizacja publicznych placówek opieki zdrowotnej w wyniku przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki kapitałowe) działające na podstawie kodeksu spółek handlowych, a w kolejnym etapie ich prywatyzacja (prywatyzacja kapitałowa). Celem takich spółek, zgodnie z przyjętymi regulacjami jest przede wszystkim jak najlepszy wynik finansowy. W toku prac parlamentarnych odrzucono pomysł nadania tym spółkom charakteru spółek użyteczności publicznej bez możliwości ich prywatyzacji. Pierwotnie projekt ustawy wprowadzający formę spółek użyteczności publicznej przygotowany przez lewicową koalicję SLD-UP został odrzucony w 2005 roku.

Dokonując ogólnej oceny zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce w czasie od rozpoczęcia transformacji ustrojowej w 1989 do 2013 roku można wyodrębnić dwa podstawowe okresy. Cezurą jest rok 1999, w którym wprowadzono reformę zdrowotną ustanawiającą kasy chorych. Zmiany dokonane przed 1999 rokiem prowadziły częściowo do stworzenia podwalin pod przyszłe urynkowienie systemu. Natomiast wprowadzenie kas chorych zapoczątkowało trwający do dzisiaj proces komercjalizacji i prywatyzacji usług. Powstanie Narodowego Funduszu Zdrowia nie wpłynęło na zmianę zasadniczego kierunku reformy. Uchwalenie ustawy o działalności leczniczej w 2011 roku stanowiło ostateczne jego potwierdzenie.

Według WHO (2000) do trzech podstawowych celów systemu zdrowotnego należą:

- poprawa zdrowia przez polepszanie statusu zdrowotnego populacji i zmniejszanie nierównego rozkładu zdrowia wśród społeczeństwa,
- zdolność odpowiadania na uzasadnione oczekiwania pacjentów,
- sprawiedliwość w ponoszeniu obciążeń finansowych przez gospodarstwa domowe.

Zmiany systemowe powinny sprzyjać lepszej realizacji tych celów. W innym przypadku należałoby kwestionować sens takich reform. Krótki przegląd stanu realizacji wskazanych wyżej celów w ostatnim piętnastoleciu (po roku 1999) nie przedstawia się korzystnie.

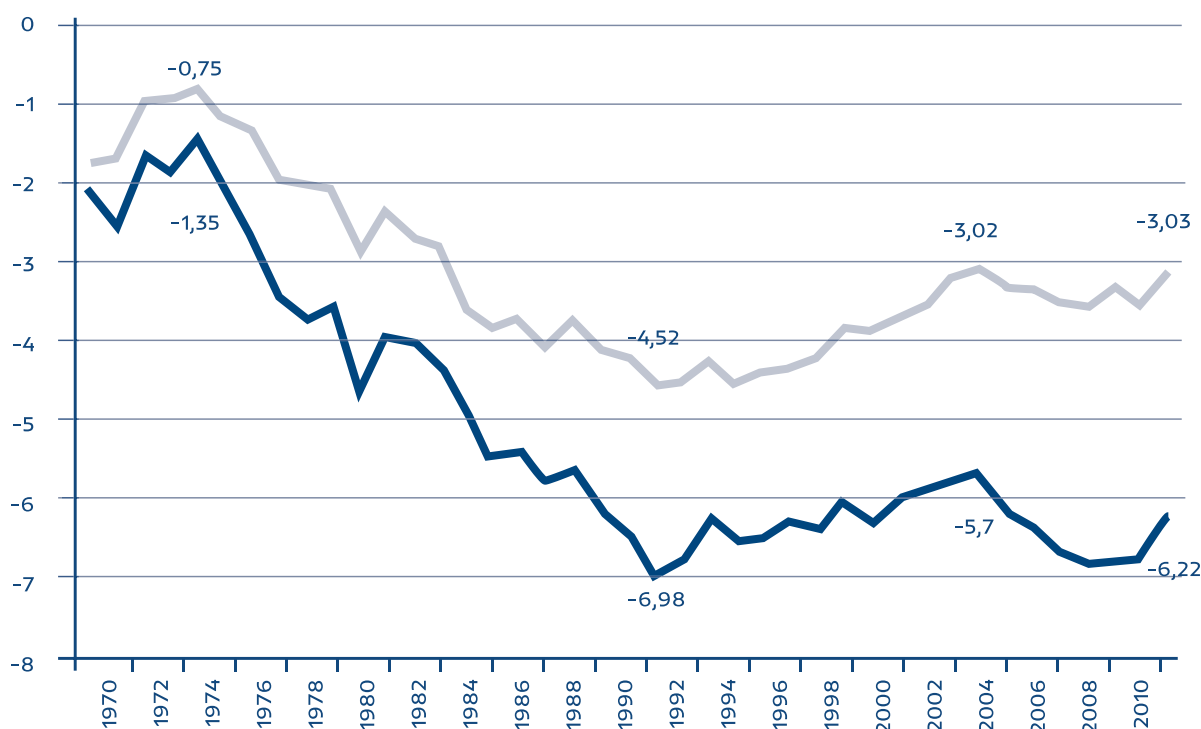
1) *Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa i zmniejszanie nierówności*

Nie udało się uzyskać oczekiwanej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Analiza danych mówiących o długości życia i umieralności mieszkańców Polski wskazuje na to, że stan zdrowia ludności w latach 2000. stopniowo poprawiał się, ale poprawa w tym okresie była wolniejsza, zwłaszcza u mężczyzn, niż w latach 90. Na tle ogółu krajów Unii Europejskiej (UE-27) obecną sytuację uznaje się za wciąż niezbyt zadowalającą.

Wzrost. Długość życia mężczyzn wynosi w Polsce 72,4 lat, a kobiet 80,9 lat (2011). Jest ona wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii: mężczyzn o 4,8 lat i kobiet o 2,1 lat. Jeśli tempo wzrostu długości trwania życia będzie takie jak w ostatnich latach, to obecną długość życia dla krajów unijnych osiągniemy w przypadku mężczyzn dopiero po 2031 roku, a w przypadku kobiet po 2021, przy założeniu, że długość życia w pozostałych krajach europejskich przestanie rosnąć.

Według rządowego raportu *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* jedną z miar sukcesu rozwoju Polski będzie zrównanie do roku 2030 przeciętnego trwania życia kobiet i mężczyzn z analogicznymi wielkościami w najwyżej rozwiniętych państwach Europy. Z perspektywy tego celu niepokoić musi zjawisko powiększania się dystansu do tej grupy krajów, które ponownie obserwujemy w latach 2000. Długość życia w krajach starej Unii (UE-15) poprawiała się w tych latach w szybszym tempie niż w Polsce, podczas gdy jeszcze w latach 90. dystans ten się skracał (patrz wykres 1, niżej). W Polsce w porównaniu z krajami UE-15 występuje duża nadwyżka umieralności w grupie wiekowej 25–64 lata. W przypadku mężczyzn jest ona dwukrotnie wyższa, a w przypadku kobiet wyższa o połowę.

Wykres 1: Różnica między przewidywalną długością życia w momencie urodzenia u mężczyzn i kobiet w Polsce i w krajach EU-15



Źródło: Wojtyniak B.: Nierówności w zdrowiu w Polsce – wybrane fakty. Referat przedstawiony na konferencji „Społeczne nierówności w zdrowiu w Europie i w Polsce”, Warszawa, 26 listopada 2012

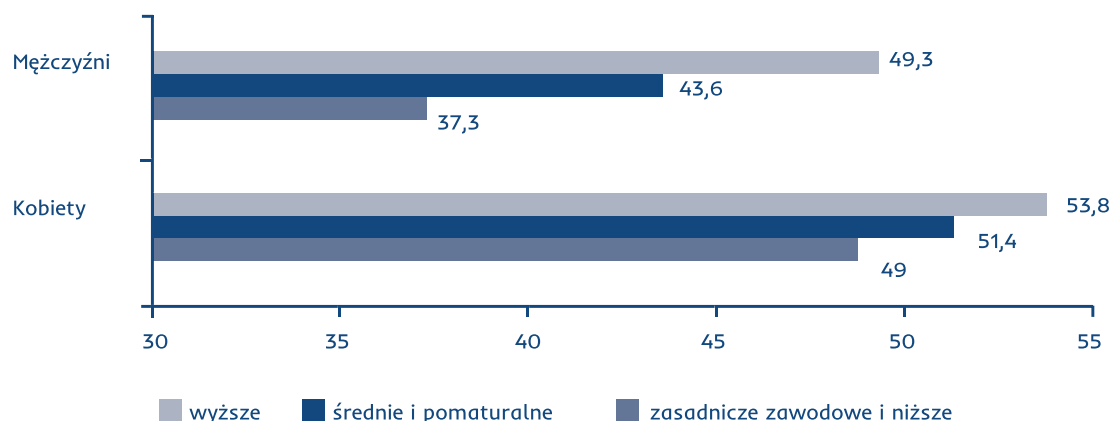
■ mężczyźni ■ kobiety

Ciągle największym zagrożeniem są choroby układu krążenia, które są przyczyną 46% zgonów ogółu mieszkańców Polski. Zmniejsza się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału, i chorób naczyń mózgowych. Natomiast rośnie w ostatnich latach umieralność z powodu innych chorób serca, w tym niewydolności serca.

Niekorzystnie w porównaniu z krajami UE przedstawia się sytuacja w zakresie zewnętrznych przyczyn zgonów, w szczegól-

ności wypadków drogowych i samobójstw. Wskaźnik umieralności z powodu wypadków sytuuje Polskę na niechlubnej czwartej pozycji wśród krajów UE-27, za Rumunią, Grecją i Litwą. Natomiast wskaźnik samobójstw jest w Polsce wyższy od średniej dla krajów UE-27 (12,3) i wynosi 15,4 (2010). W latach 1995–2010 Polska była jednym z czterech krajów UE, w których wskaźnik samobójstw zwiększył się (o 5%), podczas gdy średnio w Europie obserwowano spadek o 31%.

Wykres 2: Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat w zależności od wykształcenia w Polsce w 2010 roku



Źródło: Wojtyniak B.: Nierówności w zdrowiu w Polsce – wybrane fakty. Referat przedstawiony na konferencji: „Społeczne nierówności w zdrowiu w Europie i w Polsce”, Warszawa, 26 listopada 2012

Niepokojącym zjawiskiem towarzyszącym reformom ostatnich kilkunastu lat jest utrzymywanie się znaczących nierówności w zdrowiu. Ilustruje to raport Europejskiego Biura WHO *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce* (2011). Skala nierówności przedstawionych w raporcie jest znaczna i nieakceptowalna w demokratycznym społeczeństwie. Stan zdrowia dorosłych mieszkańców Polski, mierzony zarówno umiarkowaniem jak i subiektywnymi ocenami niektórych jego aspektów, wykazuje wyraźne różnice w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego (mierzony poziomem wykształcenia). Różnice te występują również w Unii Europejskiej, ale na ogół są wyraźnie mniejsze. Zwraca uwagę fakt, że różnice w stanie zdrowia mieszkańców Polski i najwyżej rozwiniętych krajów Unii okazują się szczególnie widoczne w przypadku osób o niższym poziomie wykształcenia. Przykładowo trzydziestolatek z wykształceniem podstawowym lub zawodowym w Polsce ma przed sobą 37 lat życia (2010), podczas gdy jego rów nolegatka z wykształceniem wyższym ponad 49 lat. Różnica wynosi aż 12 lat. Tymczasem w Szwecji różnica ta wynosi 4 lata, w Danii 7 lat, a w Portugalii niecałe

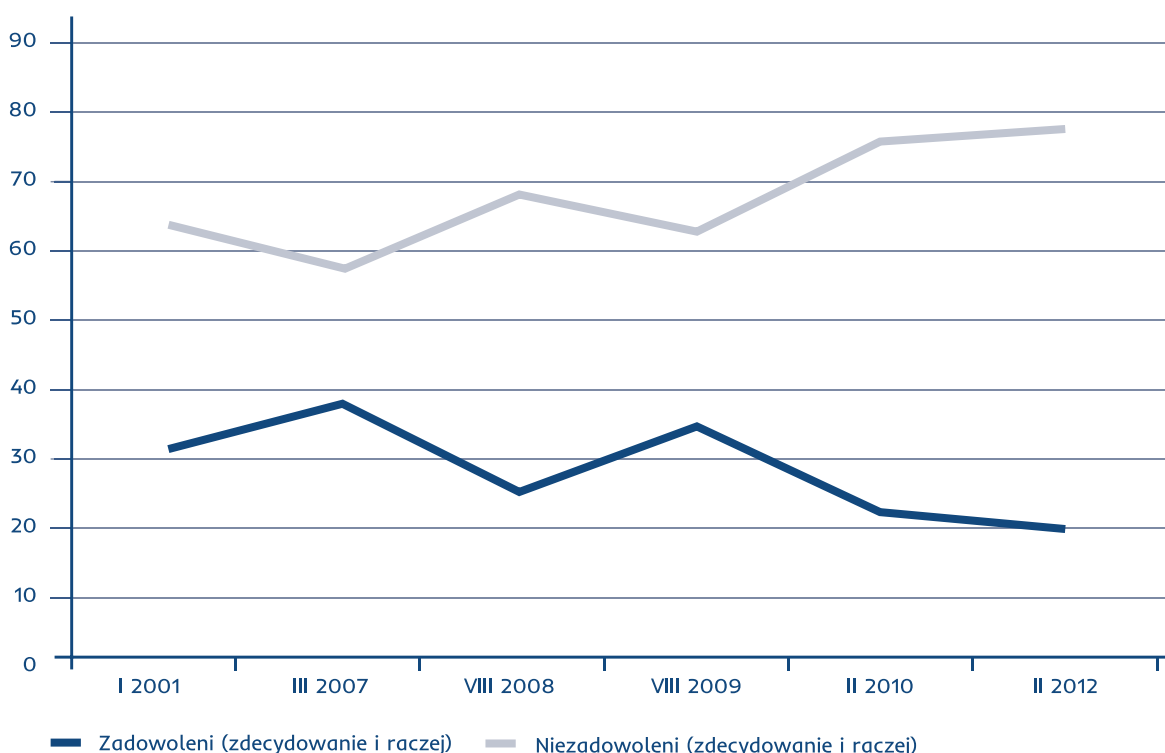
3 lata. Zwracając uwagę na duże społeczne nierówności w zdrowiu występujące w Polsce nie sposób nie wspomnieć o ogólnie niekorzystnym wpływie polityki neoliberalnej na szanse zmniejszania tych nierówności. Neoliberalna polityka stwarza niesprzyjające warunki do poprawy zasobów decydujących o warunkach życia (praca, mieszkanie, dochody, bezpieczeństwo itp.) przez warstwy społeczne o gorszym statusie społeczno-ekonomicznym, a zarazem nie zapewnia względnie sprawiedliwej dystrybucji tych zasobów w społeczeństwie.

2) *Poziom zaspokojenia oczekiwań pacjentów*
Poziom zaspokojenia oczekiwań społecznych przedstawia się niekorzystnie. Zmiany wprowadzone w 1999 roku spowodowały szybki wzrost udziału opinii negatywnych, zwłaszcza o dostępności i liczbie świadczeń otrzymywanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej. W kolejnych latach oceny te nie poprawiły się. Według Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) we wszystkich prowadzonych od ponad dekady badaniach przeważało rozczarowanie funkcjonowaniem ochrony zdrowia, jednak od dwóch lat odczucie to jest niemal

powszechne. Ubiegłoroczny sondaż przeprowadzony na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski potwierdził znaczne pogorszenie ogólnych ocen funkcjonowania publicznej służby zdrowia w ostatnich dwóch latach. Rozczarowanie funkcjonowaniem opieki zdrowotnej jest niemal powszechne. Aż 78% respondentów deklaruje niezadowolenie w tym względzie, a tylko 19% satysfakcję. Jest to najgorszy wynik od kilkunastu lat. Jedynie w roku 2000, w pierwszych miesiącach funkcjonowania kas chorych, oceny były gorsze. W kolejnych latach oceny się jednak poprawiły. Jeszcze w 2007 roku 37% respondentów wyrażało oceny pozytywne wobec 63% niezadowolonych. Później było już tylko gorzej.

W badaniach CBOS interesujące jest jeszcze to, że ogólne niezadowolenie z ochrony zdrowia występuje częściej niż negatywne opinie o poszczególnych aspektach jej funkcjonowania, które wydają się bardziej zobiektywizowane. Może to przemawiać za tym, że w jakimś stopniu krytyczny stosunek do służby zdrowia wynika z tego, co się na jej temat mówi i pisze, a nie tylko z osobistych doświadczeń respondentów. Jednak wobec powszechnej dezaprobaty, jaką budzi system publicznej opieki zdrowotnej, nie zmienia to istoty sprawy.

Wykres 3: Dynamika ogólnej oceny funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce w badaniach CBOS, w procentach



Źródło: Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań. Centrum Badania Opinii Społecznej, 2012

Niska jest także ocena konsumencka naszego systemu opieki zdrowotnej widziana w perspektywie europejskiej. W szóstej edycji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia

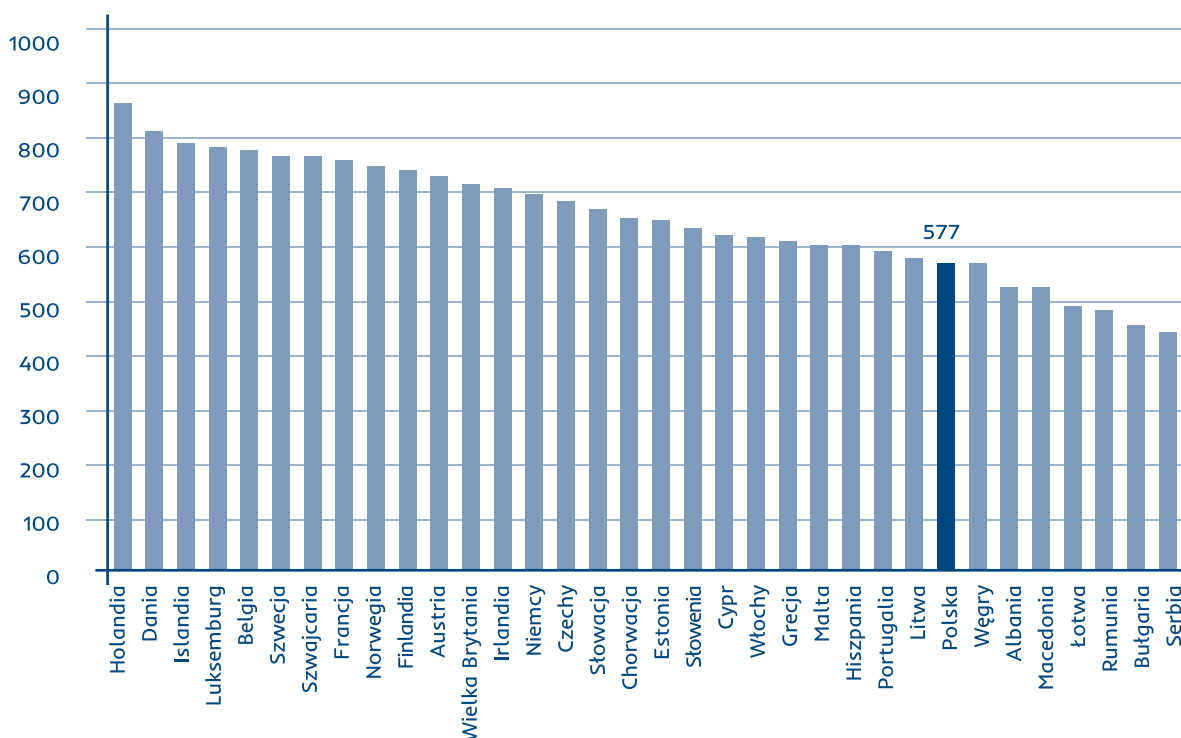
(EHCI) z 2012 roku na 34 kraje objęte badaniem (w tym wszystkie kraje UE) Polska zajęła 27. miejsce. Ranking ten ocenia systemy opieki zdrowotnej w różnych krajach pod ką-

tem opinii osób z nich korzystających i osiągniętych wyników. W stosunku do poprzedniej edycji (2009) nastąpił spadek o jedną pozycję. Ranking obejmował pięć podkategorii: prawa pacjenta i informacje, dostępność, wyniki leczenia, zapobieganie (zakres i zasięg świadczonych usług) oraz środki farmaceutyczne.

W raporcie OECD *Health at Glance Europe 2012* przedstawiono m. in. dane dotyczące niezaspokojonych potrzeb w zakresie wizyt lekarskich w poszczególnych krajach (wyrażone w procentach) oparte na badaniach ankietowych.

Respondentów pytano, czy w okresie ostatnich 12 miesięcy (2010) zdarzyło się, że nie otrzymali opieki medycznej, jeśli odczuwali potrzebę skorzystania z takiej opieki. Jako powody niezaspokojonych potrzeb respondenci podawali głównie, że było to zbyt drogie lub kolejka była za długa. Z przeprowadzonej ankiety wynika, że poziom niezaspokojonych potrzeb jest w Polsce ponad dwukrotnie wyższy (14,5%) niż średnio w krajach UE-27 (6,4%) i sytuuje nasz kraj na trzeciej pozycji od końca. Gorsza sytuacja występuje jedynie na Łotwie i w Bułgarii.

Wykres 4: Wyniki Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia w 2012 roku (maksymalna liczba punktów do uzyskania = 1000)



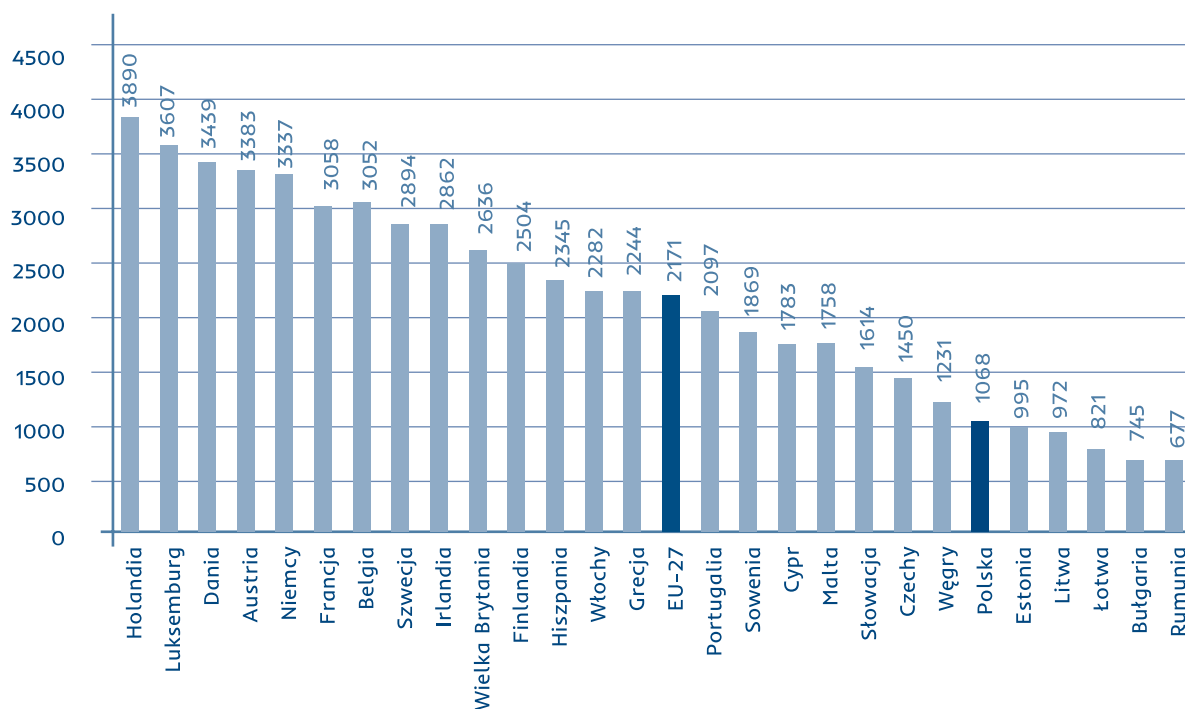
Źródło: Euro Health Consumer Index 2012. Report. Health Consumer Powerhouse AB, 2012

3) Sprawiedliwość w ponoszeniu obciążeń finansowych

Analiza porównawcza poziomu wydatków na ochronę zdrowia wskazuje, że Polska jest jednym z europejskich krajów OECD o najniższym poziomie wydatków na ochronę zdrowia. Dotyczy to zarówno poziomu wydatków całkowitych (publicznych i prywatnych) na mieszkańca w wartościach nominalnych, jak

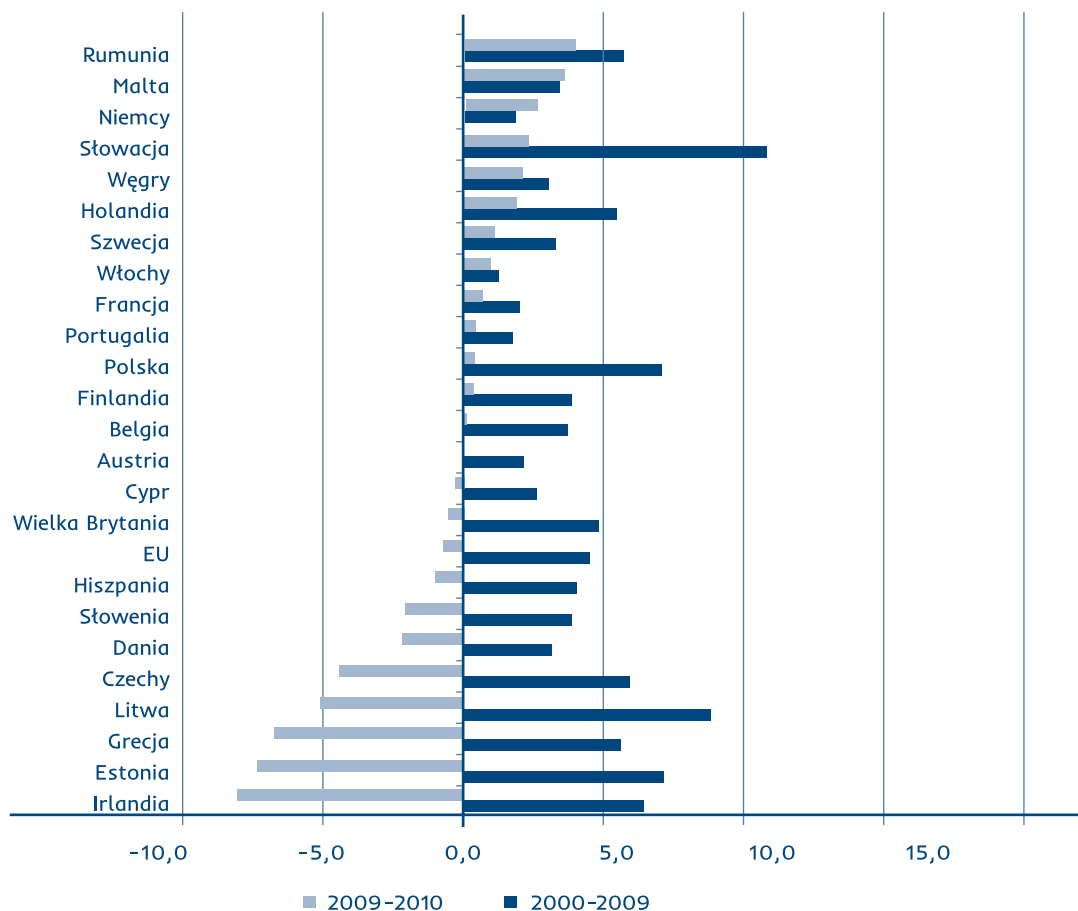
i w relacji do PKB. Również w krajach regionu środkowoeuropejskiego (Słowacja, Węgry, Czechy) wydatki na ochronę zdrowia są wyższe niż w Polsce. Poziom wydatków publicznych w Polsce w relacji do PKB wynosi mniej niż 5% i należy do najniższych w krajach UE. Niższy poziom występuje tylko w Rumunii, na Łotwie i w Bułgarii. Średnia dla krajów UE-27 wynosi 6,5% (2010).

Wykres 5: Wydatki ogółem (bieżące i inwestycyjne) na ochronę zdrowia na mieszkańca w EURO PPP w 2010 roku



Źródło: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/888932705425>

Wykres 6: Średnia roczna dynamika wydatków ogółem na ochronę zdrowia na mieszkańca w wartości realnej w okresie 2000–2009



Źródło: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/888932705444>

Natomiast dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2000–2010 była dość wysoka i zbliżona do innych krajów regionu. Zarówno w odniesieniu do wydatków publicznych jak i prywatnych tempo ich wzrostu było wyższe niż wzrost PKB na mieszkańca (2000–2009). Może to oznaczać, że potrzeby zdrowotne rosną w większym stopniu niż dobrobyt.

Wysoka dynamika tych wydatków może być również efektem komercjalizacji usług medycznych, w szczególności szybkiego, w części niepowiązanego z potrzebami, wzrostu liczby dobrze finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Warto jednak zauważyć, że mimo dynamicznego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną w latach 2000–2009 (7,1%), wyższego niż średnia dla krajów UE-27 (4,6%), pod względem poziomu tych wydatków i oceny funkcjonowania systemu zdrowotnego Polska pozostaje nadal w tyle za większością krajów europejskich.

Dużą rolę w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych odgrywa sektor prywatny. Jest to cecha charakterystyczna dla nowych krajów Unii Europejskiej, w których jednocześnie w okresie transformacji obserwowano wysoką dynamikę wzrostową wydatków prywatnych na ochronę zdrowia.

Tabela 1: Struktura wydatków na ochronę zdrowia w 2010 i 2011 roku

WYSZCZEGÓLNIENIE	2010		2011	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
Produkt Krajowy Brutto	1 416 585	100,00	1 528 127	100,00
Publiczne wydatki bieżące	66 500	4,69	69 224	4,53
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	1 880	0,13	1 973	0,13
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	3 547	0,25	4 220	0,28
Fundusze ubezpieczeń społecznych	61 074	4,31	63 031	4,12
Prywatne wydatki bieżące	26 274	1,85	28 450	1,86
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 001	1,55	23 397	1,53
Inne wydatki prywatne	4 273	0,30	5 052	0,33
Razem wydatki bieżące	92 775	6,55	97 673	6,39
Inwestycje	6 710	0,47	7 323	0,48
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	99 485	7,02	104 997	6,87

Źródło: GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, Warszawa, 2013

Udział wydatków prywatnych w całkowitym finansowaniu opieki zdrowotnej jest w Polsce relatywnie duży i wynosi około 30%, podczas gdy przeciętna dla krajów UE-27 wynosi około 26,5%. W Czechach jest to 16,2%, w Niemczech 23,2%, a w Wielkiej Brytanii 16,8%.

Proporcje w zakresie finansowania poszczególnych rodzajów działalności wg badań GUS (2010) przedstawiają się następująco. W zakresie lecznictwa szpitalnego 96,5% nakładów stanowią środki publiczne, zaś 3,5% środki pochodzące ze źródeł prywatnych. W przypadku opieki ambulatoryjnej proporcje te wynosiły odpowiednio: 66,2% i 33,8%, natomiast dla praktyk stomatologicznych: 16,3% i 83,7%. Długoterminowa opieka pielęgnacyjna niemal w 97% finansowana była ze środków publicznych, a leki w niespełna 40%.

Zgodnie z oceną GUS obserwowany poziom i struktura wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną (2006, 2010) świadczą o pogarszającej się dostępności do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (limity, kolejki, długi okres oczekiwania), ale także o preferencjach lub konieczności „szybkiego” korzystania z usług w sektorze niepublicznym (poza systemem ubezpieczenia powszechnego), zwłaszcza w przypadkach świadczeń, które w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są dostępne w ograniczonym zakresie lub w ogóle nie są dostępne. Szczególnie niekorzystnie wg GUS przedstawia się dostępność do lekarza pierwszego kontaktu w ramach ubezpieczenia powszechnego (NFZ) w godzinach wieczornych lub nocnych, czy też w dni wolne od pracy. Oceny te znajdują ostatnio potwierdzenie w licznych doniesieniach medialnych.

Większość wydatków prywatnych (około 82%) stanowią wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych ponoszone w formie wydatków jednorazowych ponoszonych w momencie korzystania z usługi medycznej (*out of pocket*). Ponad 70% wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych stanowią opłaty za leki i artykuły medyczne, 14% to koszty usług stomatologicznych, kolejne 14% pozostałe usługi ambulatoryjne.

Prawie połowa gospodarstw domowych (48%) nie ponosi wydatków na ochronę zdrowia innych niż na leki. Biorąc pod uwagę, że usługi stomatologiczne w ponad 80% finansowane są ze źródeł prywatnych, można podejrzewać, że niepokojąco duża część społeczeństwa nie korzysta z leczenia stomatologicznego zachowawczego. Z badań GUS wynika, że wydatki na leczenie stomatologiczne zachowawcze (2010) w gospodarstwach domowych o najwyższych dochodach (ponad 1600 zł na osobę) były prawie pięciokrotnie wyższe niż w najniższej grupie dochodowej (do 400 zł na osobę). Brak pieniędzy był najczęstszą przyczyną niekorzystania z usług stomatologicznych, pomimo istnienia takiej potrzeby.

W okresie 2006–2010 wzrosły o 148% wydatki gospodarstw domowych stanowiące opłaty za osoby nieubezpieczone lub osoby ubezpieczone, korzystające ze świadczeń nieopłacanych przez NFZ. W 2010 roku więcej gospodarstw domowych oceniło wysokość wydatków na wizyty u lekarzy (z wyłączeniem dentystów) jako „dużo” lub „bardzo dużo”. Jest to wynik przeciwny do uzyskanego w 2006 roku, kiedy ocenę taką wyraziła mniejszość respondentów. Szczególnie duży wzrost obciążeń obejmuje gospodarstwa,

w których stan zdrowia członków gospodarstwa domowego wymaga częstszego korzystania z opieki zdrowotnej (niepełnosprawni, chorzy przewlekłe, renciści, emeryci).

Prywatne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują w Polsce w niewielkiej skali. Zgodnie z szacunkami Polskiej Izby Ubezpieczeń tą formą ubezpieczeń objętych jest 450 tys. osób, a roczna wartość składki wynosi około 400 mln zł, co stanowi mniej niż 0,4% ogółu wydatków na opiekę zdrowotną (2011). Osoby korzystające z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych charakteryzują się wysokimi dochodami przypadającymi na osobę w gospodarstwie domowym. Wartość rynku tzw. abonamentów medycznych, w ramach którego firmy medyczne proponują pakiety usług zdrowotnych, osiąga rocznie 2–3 mld zł.

W ostatnich latach można było obserwować dalsze różnicowanie się sytuacji majątkowej osób objętych ubezpieczeniami dodatkowymi. W okresie 2006–2010 udział osób z górnego kwintyla, posiadających takie ubezpieczenie, wzrósł o prawie 12 punktów procentowych, a zmalał odsetek osób o niższych dochodach. Jednym z najważniejszych czynników słabego zainteresowania dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi jest przede wszystkim zbyt niski poziom dochodów Polaków. Zgodnie z ostatnim raportem J. Czapińskiego *Diagnoza Społeczna 2013* na pytanie o gotowość wykupienia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyby gwarantowało ono poprawę dostępu do usług medycznych i ich jakości, aż 72% respondentów odpowiedziało „nie”. Tylko niecałe 4% gospodarstw domowych deklaruje gotowość płacenia składki większej niż 100 zł.

Jedną z ważniejszych zmian w ostatnich kilku latach było uchwalenie i wprowadzenie w życie (2012) ustawy refundacyjnej. Do

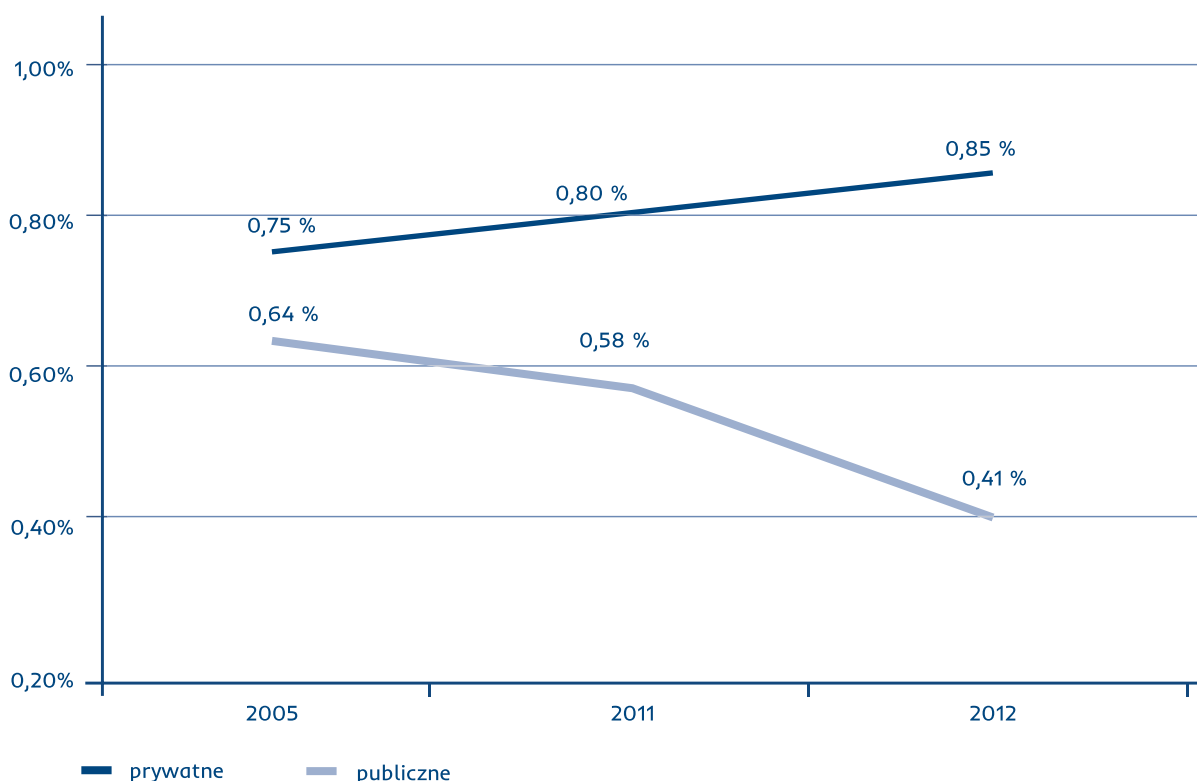
głównych problemów polityki lekowej w Polsce od wielu lat należy relatywnie wysoki udział wydatków prywatnych (ponoszonych przez pacjentów w momencie zakupu leków) w całkowitych wydatkach na leki, a przede wszystkim w odniesieniu do leków refundowanych. Zgodnie z badaniami GUS (2010) dla 61,4% gospodarstw zakup leków i artykułów medycznych był co najmniej dużym obciążeniem finansowym (w tym 10,8% gospodarstw bardzo często nie miało pieniędzy lub nie było ich stać na wykupienie leków przepisanych czy zalecanych przez lekarzy). Najwyższe obciążenia z tego tytułu występują w gospodarstwach z osobami niepełnosprawnymi, gospodarstwach rencistów i emerytów oraz w gospodarstwach rodzin wielodzietnych. W tych dwóch ostatnich kategoriach sytuacja pogorszyła się w okresie 2006–2010. Prawie 1/4 gospodarstw rencistów i gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi bardzo często nie miało pieniędzy lub czasami nie było ich stać na zakup leków przepisanych na receptę lub zaleconych przez lekarza.

Nowa ustawa refundacyjna z 2011 roku nie poprawiła sytuacji. Redukcji uległy wprawdzie wydatki państwa na leki refundowane, ale obciążenie pacjentów jeszcze się zwiększyło. Udział dopłat pacjentów do leków refundowanych wzrósł do ponad 40% i należy on do najwyższych w Europie. Dla porównania: w Niemczech dopłaty te wynoszą około 8%.

Szacuje się, że po wejściu w życie ustawy kilkanaście procent recept na leki refundowane nie jest w pełni realizowanych przez pacjentów z powodu zbyt wysokich dopłat, a w przypadku bezrobotnych odsetek ten wynosi aż 25%.

Przedstawione w tej części opracowania dane wskazują na niski poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia i relatywnie duży

Wykres 7: Dynamika wydatków publicznych i prywatnych na leki w Polsce w relacji do PKB w latach 2005–2012



Źródło: Pilkiewicz M.: Wpływ nowej ustawy refundacyjnej na producentów leków i rynek leków. Fundamentalne zmiany, nowe wyzwania. IMS Health. Referat przedstawiony na konferencji „Dzień Polskiej Farmacji”, Warszawa, 17 maja 2013

udział wydatków prywatnych, zwłaszcza na leki, stomatologię i leczenie ambulatoryjne. Mimo znacznego wzrostu wydatków publicznych w latach 2000–2009, w porównaniu do średniej w krajach Unii Europejskiej, są one w Polsce ciągle niskie i niewystarczające w stosunku do rosnących potrzeb, w szczególności wynikających ze starzenia się populacji. Może to świadczyć o długofalowej tendencji stopniowego wycofywania się państwa ze sfery usług zdrowotnych, co jest szczególnie widoczne w obszarze leków i stomatologii. Obciążanie gospodarstw domowych większymi wydatkami na opiekę zdrowotną napotyka jednak w wielu przypadkach bariery związane z niskimi dochodami. Brak

pieniędzy jest jednym z powodów rezygnacji ze świadczeń opieki zdrowotnej w sektorze prywatnym, w sytuacji gdy są one trudno dostępne w ramach finansowania publicznego. Z jednej strony narastające dysfunkcje publicznego systemu opieki zdrowotnej, z drugiej bariery majątkowe w korzystaniu z prywatnej alternatywy stają się przyczyną widocznych nierówności w dostępie do usług. Największe zagrożenia dotyczą gospodarstw o niskich dochodach lub obciążonych innymi niekorzystnymi czynnikami. Trudno w takiej sytuacji mówić o sprawiedliwym rozłożeniu obciążeń gospodarstw domowych w finansowaniu opieki zdrowotnej.

Z przedstawionego powyżej przeglądu wynika, że żaden z trzech głównych celów reformy systemu zdrowotnego wyznaczonych przez WHO nie został w Polsce osiągnięty w zadowalającym stopniu. W ostatnich latach negatywne zjawiska w systemie opieki zdrowotnej narastają i prowadzą do jego stopniowej dezintegracji, powiększają się nierówności społeczne w zdrowiu, a poziom zadowolenia pacjentów osiągnął dramatycznie niski poziom.

We wcześniejszych częściach niniejszego opracowania postawiono tezę, że główną przyczyną pogłębiającego się wieloaspektowego kryzysu w ochronie zdrowia jest komercjalizacja i prywatyzacja usług medycznych, dokonująca się w warunkach narastającej nierównowagi między zapotrzebowaniem a możliwościami finansowymi systemu. Przy czym nierównowaga ta jest potęgowana na zasadzie synergii przez komercjalizację, m. in. w wyniku powiększania skali marnotrawstwa środków.

Okazuje się, że neoliberalny kierunek zmian w opiece zdrowotnej, zapoczątkowany reformą zdrowotną z 1999 roku, nie przyniósł spodziewanych społecznych korzyści, a w wielu obszarach doprowadził do pogorszenia sytuacji. Wnioski płynące z doświadczeń innych krajów europejskich pokazują, że działająca na zasadzie zysku (*profit driven*) opieka zdrowotna

- zwiększa nierówności w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej w zależności od miejsca zamieszkania (duże miasta kontra słabo zaludnione tereny wiejskie) i dochodu w gospodarstwach domowych;

- pogarsza dostęp do opieki dla pacjentów o niskich dochodach;
- powoduje nadmierny rozwój usług dobrze finansowanych i jednocześnie prowadzi do zaniedbań w sferze ważnych zakresów usług medycznych, ale źle finansowanych
- stanowi zagrożenie dla jakości usług;
- wpływa na funkcjonowanie placówek publicznych, które przyjmują strategię działania właściwe dla podmiotów komercyjnych;
- przyczynia się do zwiększenia ogólnych kosztów opieki zdrowotnej przy jednoczesnym ograniczeniu demokratycznej kontroli nad wydatkowaniem środków publicznych.

Opisując sytuację w Polsce można dostrzec podobne zjawiska do opisanych wyżej. Nie udało się zrealizować priorytetów reformy określonych w podstawowych dokumentach rządowych przyjętych jeszcze na początku transformacji ustrojowej. Warto przypomnieć, że w opracowanych w czasie rządu T. Mazowieckiego *Kierunkach zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej* (1990) trafnie wskazano, że nowoczesna opieka zdrowotna wymaga zapewnienia pierwszeństwa

- promocji zdrowia i zapobiegania nad działaniami naprawczymi (lecznicznymi),
- opieki ambulatoryjnej nad szpitalną,
- całościowej opieki kwalifikowanej sprawowanej przez lekarza ogólnego (rodzinnego) nad opieką specjalistyczną,
- efektywnych i mniej kosztownych procedur medycznych i leków nad droższymi o tej samej skuteczności,

- rehabilitacji społecznej i zawodowej nad tradycyjnym zaopatrzeniem inwalidzkim.

Autorzy reformy z 1999 roku realizację tych priorytetów uznawali również za ważny cel strategiczny. Tymczasem rezultaty dotyczące pierwszych z czterech wyżej wymienionych punktów daleko odbiegają od zakładanych. Utrzymała się zdecydowana przewaga medycyny naprawczej nad działaniami z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki. Po rozwoju w latach 90. doszło do znacznego osłabienia promocji zdrowia po roku 1999. Funkcjonuje ona obecnie w ramach sektora zdrowia jako element o marginalnym znaczeniu, a nie jako kluczowy obszar polityki zdrowotnej o charakterze międzysektorowym.

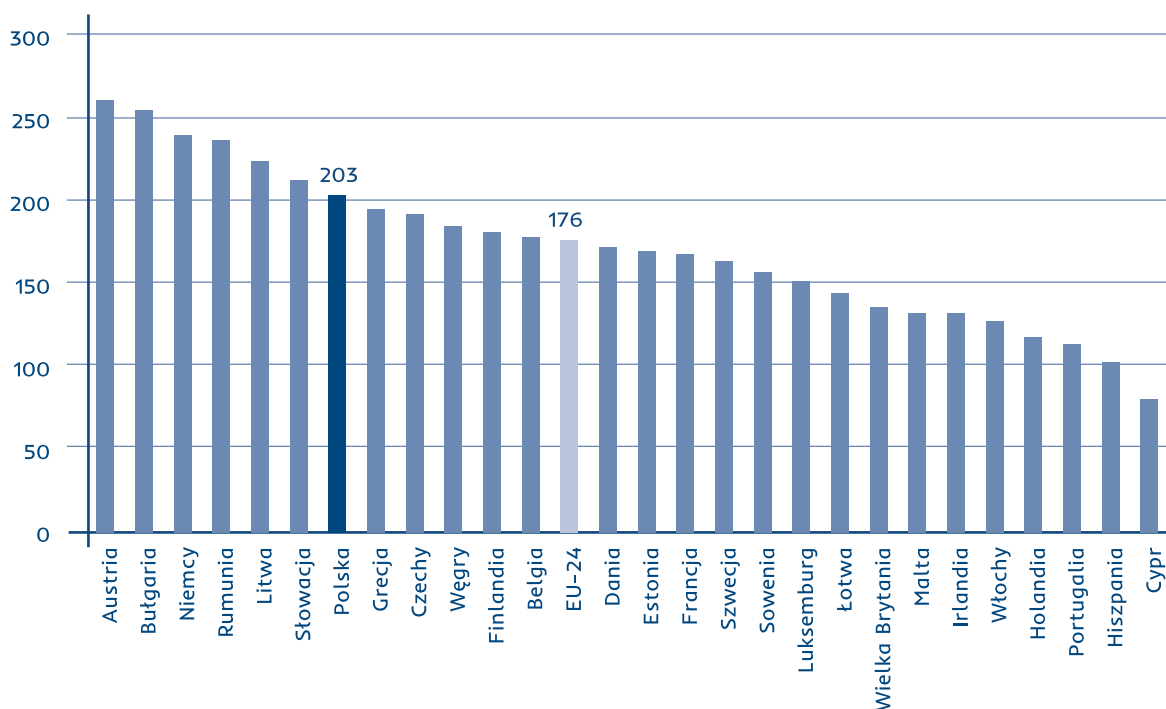
Porażką zakończyło się dążenie do uzyskania priorytetu opieki ambulatoryjnej nad szpitalną. Liczba hospitalizacji na tysiąc mieszkań-

ców jest w Polsce (203) wyraźnie wyższa niż średnia dla krajów UE-27 (176).

Szczególnie niepokojąca jest dynamika liczby hospitalizacji obserwowana po 1999 roku. W latach 2000–2010 w krajach UE-27 nastąpił zaledwie trzyprocentowy wzrost liczby hospitalizacji na tysiąc mieszkańców, podczas gdy w Polsce wyniósł on aż 39%. Tak istotny wzrost liczby hospitalizacji nie ma uzasadnienia epidemiologicznego i może świadczyć o zwiększającej się roli kosztownego leczenia szpitalnego wobec złego funkcjonowania leczenia ambulatoryjnego i podstawowej opieki zdrowotnej.

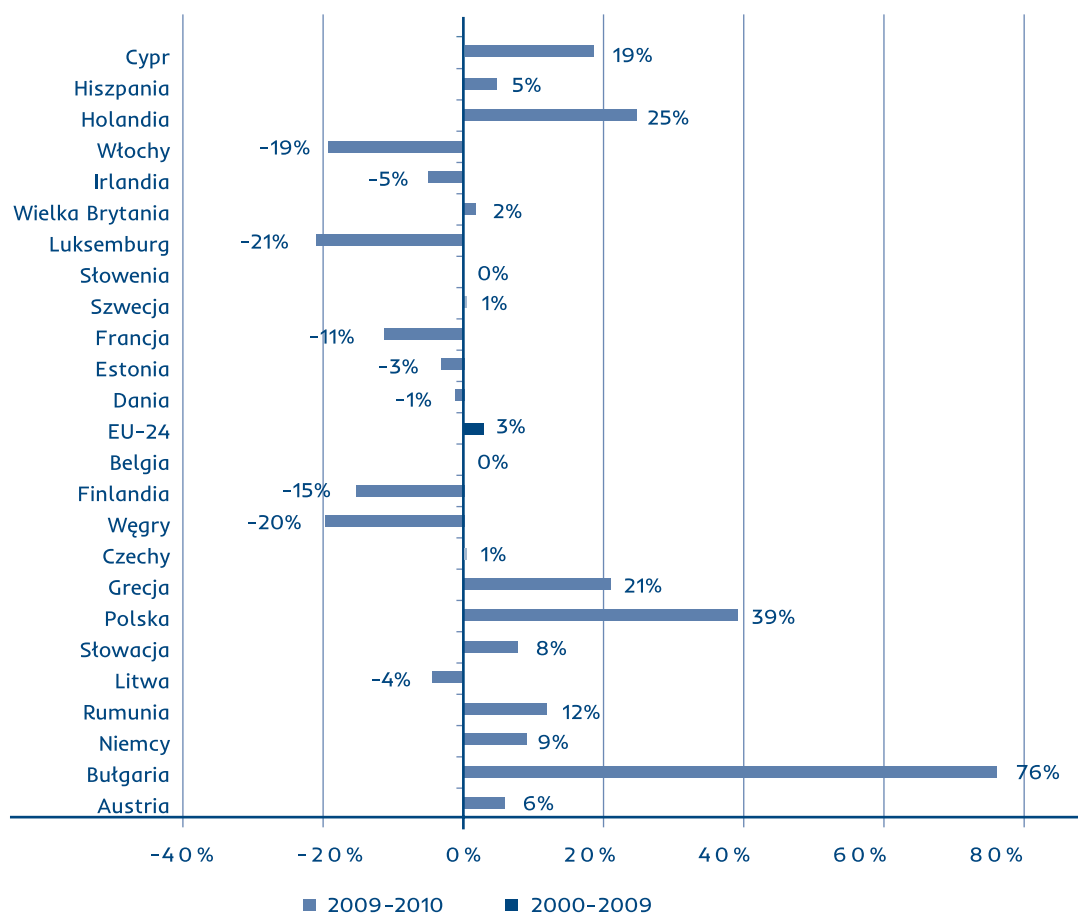
Wydaje się jednak, że obok dysfunkcji opieki ambulatoryjnej, drugim kluczowym czynnikiem wpływającym na tak wysoką dynamikę przyjęć do szpitali jest wprowadzona wraz z reformą z 1999 roku metoda wynagradza-

Wykres 8: Liczba hospitalizacji na 1000 mieszkańców w 2010 roku



Źródło: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/8888932704418>

Wykres 9: Dynamika liczby hospitalizacji na 1000 mieszkańców w okresie 2000–2010, w procentach i 2009–2010, w procentach



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych: OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing <http://dx.doi.org/10.1787/888932704418>

nia świadczeniodawców oparta na zasadzie płatności za usługę (*fee for service*). Rozwiązanie to, w którym otrzymywana przez szpitale kwota zależy wprost od liczby wykonanych usług, okazało się niezwykle silnym czynnikiem motywującym do wzrostu produktywności, w szczególności w zakresie tych świadczeń, za które otrzymywane wynagrodzenie jest wyższe od ponoszonych kosztów. To, co miało sprzyjać lepszemu wykorzystaniu zasobów i poprawie dostępu do usług, okazało się mechanizmem prowadzącym do udzielania świadczeń niepotrzebnych i w efekcie do marnotrawstwa środków publicznych. Na dodatek, wraz z reformą z 1999 roku zniesione zostały funkcjonujące do tego czasu zasady współpracy między placówkami zdrowotnymi w zakresie zapewnienia

ciągłości opieki nad pacjentem na różnych poziomach leczenia. Odstąpiono też od planowania rozmieszczenia i struktury zasobów rzeczowych, zwłaszcza w zakresie szpitalnictwa i kosztochłonnych procedur. Racjonalnym zachowaniem świadczeniodawców stało się zwiększanie liczby świadczeń. W szczególności tych, za które można otrzymać korzystne stawki. Widać też coraz wyraźniej, że szpitale publiczne w dążeniu do osiągnięcia jak najlepszego wyniku finansowego przyjmują strategię działania właściwe dla podmiotów komercyjnych. Narzucane przez kasy chorych, a później przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tzw. limity (maksymalne kwoty, jakie świadczeniodawca może otrzymać w okresie obowiązywania umowy, ustalone arbitralnie przez płatnika), mające

zapobiegać zjawisku nadmiernej liczby usług, okazały się w dłuższej perspektywie nieskuteczne, a na dodatek same wywoływały niekorzystne zjawiska w postaci administracyjnych utrudnień w dostępie pacjentów do świadczeń medycznie uzasadnionych. Inny niekorzystny efekt limitów związany jest z obowięzywaniem zasady zapewnienia bezwzględnego dostępu do świadczeń w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia. Stosunkowo często występują przypadki odmowy zapłaty przez płatnika za świadczenia udzielone w stanach nagłych (a więc w warunkach przymusu ustawowego) w sytuacji przekroczenia limitu. Można powiedzieć, że działania takie są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego i wywierają destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie systemu w całości. Obowiązek udzielania pomocy w tych przypadkach w praktyce dotyczy placówek publicznych. W nieporównanie mniejszym stopniu problem ten dotyczy niepublicznych placówek komercyjnych, zwłaszcza tych, które posiadają umowy na tzw. świadczenia planowe. W nielicznych przypadkach, jak np. w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych (kardiologia inwazyjna), limity te zostały zniesione.

Kardiologia inwazyjna jest interesującym przykładem rozwoju dziedziny, w której relacja przychód-koszt jest szczególnie korzystna. Analiza Narodowego Funduszu Zdrowia, dotycząca realizacji świadczeń kardiologicznych (2013), wskazuje na dynamiczny rozwój kardiologii interwencyjnej w Polsce w ostatnich latach, głównie związany z leczeniem ostrych zespołów wieńcowych. Jak stwierdza Narodowy Fundusz Zdrowia, przestała to już być pogoń za bogatymi krajami Europy Zachodniej, ponieważ Polska sama stała się jednym z liderów rankingu, który przedstawia liczbę zabiegów na naczyniach wieńcowych (PCI – *Percutaneous Coronary Interventions*)

na milion mieszkańców. W 2012 roku wykonano około 3 tys. takich zabiegów na milion mieszkańców. W Polsce wykonuje się ich obecnie więcej w stosunku do liczby mieszkańców niż we Francji, Danii, Holandii, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Finlandii, Norwegii itd. Publiczne nakłady na kardiologię wzrosły w latach 2004-2012 z 1 do 3 mld zł. W tym samym czasie obserwujemy jednak utrudnienia w dostępie i wielomiesięczne kolejki do poradni kardiologicznych oraz brak ciągłej i całościowej opieki sprawowanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wprawdzie, jak już wcześniej wspomniano, zmniejszyła się umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca, w tym zawału, ale jednocześnie rośnie w ostatnich latach umieralność z powodu innych chorób układu krążenia, w tym niewydolności serca. W liczbie hospitalizacji z powodu niewydolności serca przodujemy już w Europie, a choroby układu krążenia są ciągle największym zagrożeniem dla zdrowia mieszkańców Polski i główną przyczyną zgonów.

Wraz ze wzrostem liczby świadczeń kardiologii inwazyjnej obserwujemy, co nie może dziwić wobec możliwej do osiągnięcia wysokiej rentowności, dynamiczny proces przejmowania tego rynku przez komercyjne podmioty prywatne. Obecnie już blisko 1/3 procedur jest udzielana przez podmioty niepubliczne. W ocenie ekspertów w Polsce występuje nadmiar ośrodków kardiologii inwazyjnej w stosunku do potrzeb. Jest to jedna z wielu dziedzin, w której obserwujemy ostrą konkurencję o pacjenta znajdującego się w stanie nagłym.

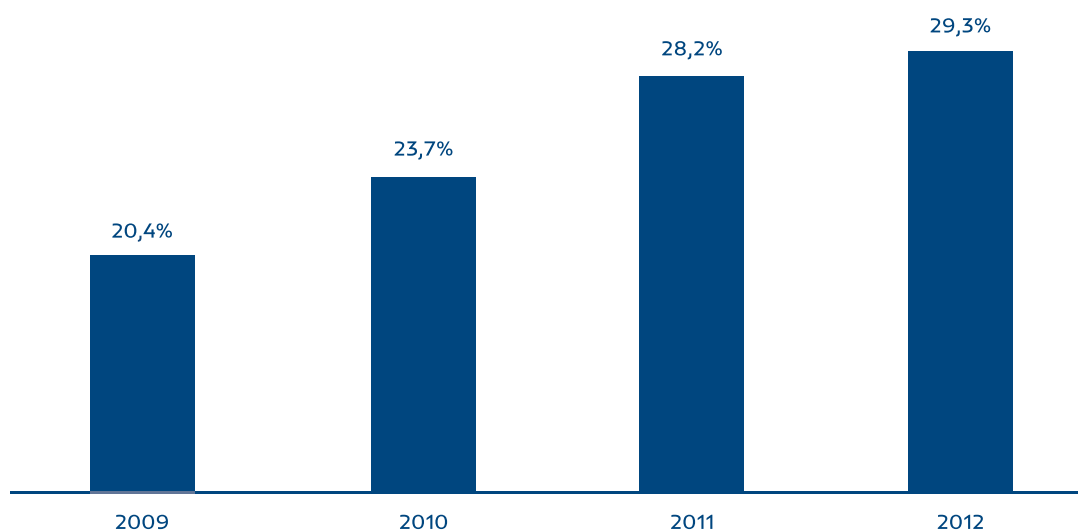
Kardiologia inwazyjna jest jednym z przykładów nadmiernego w jakimś stopniu rozwoju usług dobrze finansowanych. Z drugiej strony mamy liczne przykłady zaniedbań

w sferze ważnych zakresów usług medycznych, ale źle finansowanych. Takim obszarem w zakresie leczenia szpitalnego są np. choroby wewnętrzne i geriatryka. Ponieważ oddziały internistyczne nie zapewniają szpitalom dodatniego wyniku finansowego, systematycznie zmniejszana jest liczba łóżek internistycznych (stawka płacona przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie pokrywa kosztów). Z tego samego powodu nie powstają oddziały geriatryczne. W efekcie, zdaniem konsultan-

ta krajowego, J. Imieli, łóżek internistycznych zaczyna już brakować. Z pewnością sytuacja byłaby inna, gdyby prawidłowo funkcjonowała podstawowa opieka zdrowotna. Lekarze rodzinni zbyt często kierują do szpitali pacjentów, którzy powinni być diagnozowani i leczeni w warunkach ambulatoryjnych.

Podobne do wyżej opisanych procesy, będące wynikiem komercjalizacji usług, zachodzą również w innych dziedzinach leczenia.

Wykres 10: Udział podmiotów niepublicznych w rynku świadczeń leczenia interwencyjnego w ostrych zespołach wieńcowych finansowanych przez NFZ, w procentach



Źródło: Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej. Narodowy Fundusz Zdrowia. Warszawa, 2013

T. Trojanowski, konsultant krajowy w dziedzinie neurochirurgii, na podstawie obserwacji ze swojej dziedziny medycyny wskazuje, że komercjalizacja zdrowia niesie za sobą ryzyko preferowania przez placówki zdrowotne operacji przynoszących korzyści ekonomiczne. Postęp przyczynia się do możliwości zaawansowanego leczenia, ale przy niewłaściwej wycenie złożonych procedur szpital może nie być zainteresowany wykonaniem wielogodzinnej operacji i kosztownej opieki pooperacyjnej bez odpowiedniego wynagrodzenia, ponieważ ten czas woli przeznaczyć na kilka

mniejszych zabiegów wycenionych korzystnie. Z obserwacji Trojanowskiego wynika, że część szpitali decyduje się wykonywać jedynie opłacalne, prostsze zabiegi, a nawet powstają nowe oddziały zainteresowane leczeniem wybranych chorób. Notuje się wzrost liczby niektórych zabiegów i procedur korzystnie wycenionych przez NFZ, co nie ma uzasadnienia epidemiologicznego. Na 100 placówek neurochirurgicznych tylko 30 przeprowadza wszystkie zabiegi neurochirurgiczne (wycenione korzystnie i niedoszacowane).

Problemy dotyczące leczenia ambulatoryjnego związane są z dysfunkcyjnym sposobem organizacji i finansowania zarówno leczenia ambulatoryjnego specjalistycznego i podstawowej opieki zdrowotnej, jak i całego systemu. To powoduje, że obszar ten stał się niewydolny i nie odciąża droższego leczenia szpitalnego mimo stosunkowo dużej liczby wizyt lekarskich w stosunku do liczby mieszkańców. Liczba wizyt jest w Polsce większa niż średnia w krajach UE-24 (2010), a w okresie 2003–2010 zwiększyła się o 8%. Ciekawostką może być to, że liczba wizyt lekarskich w Polsce jest równa liczbie wizyt w Holandii, przodującej od lat we wspomnianym wcześniej Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI).

Wprawdzie w ostatnim badaniu CBOS (2012) relatywnie najmocniejszą stroną systemu opieki zdrowotnej w opinii respondentów okazała się dostępność usług lekarzy pierwszego kontaktu (73% opinii pozytywnych), nie można jednak stwierdzić, że podstawowa opieka zdrowotna funkcjonuje w sposób zgodny z oczekiwaniami. Priorytet całościowej opieki kwalifikowanej, sprawowanej przez lekarza rodzinnego, nad opieką specjalistyczną nie został osiągnięty. Do słabych stron należą m. in. brak całościowej i ciągłej opieki sprawowanej przez lekarzy rodzinnych oraz ich ograniczone kompetencje (np. diagnostyka, przepisywanie leków refundowanych), słaba współpraca z leczeniem specjalistycznym, wąski zakres realizowanych świadczeń, zbyt częste kierowanie na wyższy poziom opieki (ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne) celem diagnostyki i leczenia, bez wykorzystania istniejących możliwości na poziomie podstawowym. Prowadzi to do nieuzasadnionego przerzucania kosztów i nadmiernego obciążenia leczenia specjalistycznego i szpitali (szpitalne oddziały ratunkowe). W przypadku podstawowej opieki

zdrowotnej świadczeniodawcy wynagradzani są na zasadzie stawki kapitacyjnej (wynagrodzenie zależy od liczby osób objętych opieką, a nie od liczby świadczeń). W warunkach źle zorganizowanego systemu może to być czynnikiem motywującym do opisanych wyżej niekorzystnych działań.

Do istotnych problemów podstawowej opieki zdrowotnej należą zróżnicowane rozwiązania organizacyjne, w tym przejmowanie „ryнку” opieki podstawowej przez duże podmioty komercyjne (możliwość osiągnięcia zysku), i dysfunkcyjna organizacja wieczornej i nocnej pomocy lekarskiej. Instytucja podstawowej opieki zdrowotnej nie spełniła zasadniczego celu, jakim miało być pełnienie funkcji odźwiernego (*gatekeeper*), tj. ograniczania dostępu do bardziej kosztownych usług specjalistycznych i szpitalnych.

Nie udało się zrealizować priorytetu stosowania efektywnych i mniej kosztownych procedur medycznych i leków w miejsce droższych o tej samej skuteczności. Przyjęcie zasady finansowania za usługę (*fee for service*) i zorientowanie placówek opieki zdrowotnej na wynik finansowy stanowią silną motywację do udzielania świadczeń droższych, w których relacja przychód-koszt jest korzystniejsza. Przy ograniczonych środkach, jakie są przeznaczane na opiekę zdrowotną, dochodzi w związku z tym do sytuacji, że zbyt kosztowne leczenie jednych pacjentów staje się bez troską wobec innych, dla których świadczeń zabraknie z powodu wyczerpania dostępnych środków finansowych. Mimo wielu debat w pierwszych latach minionej dekady nie udało się wprowadzić skutecznych mechanizmów nierynkowego racjonowania świadczeń zdrowotnych. Uregulowania ustawowe dotyczące koszyka świadczeń zdrowotnych z 2009 roku nic w tej materii nie zmieniły.

Bez wątpienia beneficjentem zmian, jakie zaszły w ostatnich latach, stał się kapitał prywatny, który poza rynkiem świadczeń finansowanych ze środków prywatnych staje się coraz bardziej liczącym graczem na rynku usług finansowanych ze środków publicznych. Do beneficjentów można zaliczyć też znaczną część lekarzy i innych wysoko kwalifikowanych specjalistów, których wynagrodzenia zarówno w relacji do wynagrodzeń pozostałych pracowników służby zdrowia, jak i innych działów gospodarki uległy znacznej poprawie. Beneficjentami zmian w okresie transformacji i związanych z postępem medycyny są też osoby należące do kategorii zajmujących wyższe pozycje w strukturze społecznej. Stan zdrowia w tych grupach nie odbiega od stanu zdrowia w wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej.

Pisząc o pracownikach nie można nie zwrócić uwagi na narastający niedobór kadr medycznych. Polska zarówno w liczbie lekarzy, jak i pielęgniarek, sytuuje się na ostatnich miejscach wśród krajów europejskich. W Polsce na 10 tys. mieszkańców jest 22 lekarzy i 53 pielęgniarki, podczas gdy średnio w europejskich krajach OECD jest odpowiednio 34 lekarzy i 79 pielęgniarek (2010). W przypadku lekarzy, których liczba w ostatnim dziesięcioleciu uległa na dodatek zmniejszeniu, główną przyczyną jest niedostateczna liczba miejsc na publicznych uczelniach medycznych. Liczba absolwentów wydziałów lekarskich jest obecnie niższa niż jeszcze na początku lat 90. W przypadku pielęgniarek przyczyny są bardziej złożone, i należą do nich m. in. warunki

pracy i wynagradzania, a także ograniczanie zatrudnienia przez placówki opieki zdrowotnej w ramach redukcji kosztów. Mniejsze znaczenie, zarówno u lekarzy jak i pielęgniarek, odgrywa emigracja do krajów UE.

Reasumując, wydaje się, że negatywne skutki komercjalizacji i postępującej prywatyzacji usług medycznych są obecnie jedną z głównych przyczyn słabości systemu ochrony zdrowia i znacznego marnotrawstwa środków publicznych. Neoliberalne rozwiązania w opiece zdrowotnej osłabiają pozycję biednych na rzecz bogatych, mimo pozorowanej formalnej równości wszystkich uczestników, m. in. w wyniku przesunięcia części wydatków ze sfery publicznej do prywatnej. Rynek usług zdrowotnych nie jest ani sprawiedliwy, ani nie zapewnia efektywności ekonomicznej, nie zawiera w sobie mechanizmów samoregulacji i takiej alokacji zasobów, która odpowiadałaby istniejącym potrzebom zdrowotnym. W systemach rynkowych środki przenoszone są tam, gdzie jest możliwość dużego zysku, a nie tam, gdzie występuje potrzeba medyczna. Wiele z możliwych celów polityki zdrowotnej nie jest osiągniętych, natomiast niepotrzebna opieka medyczna sprawowana jest tam, gdzie można osiągnąć duży zysk. W efekcie koszty działania systemu są większe, mimo że dostęp do opieki w wielu dziedzinach jest utrudniony, a kolejki wydłużają się. Trudno nie zgodzić się z Gavinem Mooney'em, wybitnym brytyjskim ekonomistą zdrowia, gdy stwierdza, że „neoliberalizm jest zły dla naszego zdrowia i naszych systemów zdrowotnych”.

System opieki zdrowotnej w Polsce nie działa sprawnie i wymaga kompleksowej naprawy. Powinno to być dzisiaj jednym z priorytetów polityki państwa. Konieczne zmiany należy wprowadzać jednocześnie na wielu płaszczyznach i w sposób rozłożony na etapy. Podstawą działań naprawczych, prowadzących do przetamania kryzysu, powinna być krytyczna analiza funkcjonowania systemu i diagnoza przyczyn obecnych trudności. Zarówno ocena stanu obecnego jak i zaproponowane zmiany wymagają szerokiej debaty publicznej z udziałem wszystkich interesariuszy. Debata wokół raportu w tej sprawie mogłaby stać się podstawą do wytyczenia ram nowej polityki zdrowotnej w Polsce i przygotowania racjonalnej wizji zmian. Uzyskanie w miarę szerokiego porozumienia politycznego dawałoby szansę na kontynuację procesu, niezależnie od zmieniających się koniunktur politycznych. Podstawową sprawą jest jednak wyciągnięcie wniosków z lekcji ostatnich piętnastu lat, w czasie których dokonywał się proces urynkowania usług medycznych i stopniowego wycofywania się państwa z odpowiedzialności za ochronę zdrowia. Niepowodzenia w realizacji podstawowych celów systemu opieki zdrowotnej w tym okresie powinny zmuszać do refleksji nawet najbardziej neoliberalnie nastawionych uczestników życia publicznego.

W diagnozie zawartej w niniejszym opracowaniu postawiono tezę, że główną przyczyną pogłębiającego się wieloaspektowego kryzysu w ochronie zdrowia jest komercjalizacja i prywatyzacja usług medycznych, dokonująca się w warunkach narastającej nierównowagi między zapotrzebowaniem a możliwościami finansowymi systemu. Wynikające z tego wnioski wskazują na konieczność odrzucenia dotychczasowego modelu opartego na paradygmacie neoliberalnym. Nowy model powinien być oparty w większym stopniu na wartościach wspólnotowych, rekomendacjach wynikających z dokumentów międzynarodowych³, jak również uwzględniać zmieniający się model funkcjonowania współczesnego państwa demokratycznego.

Główne założenia proponowanego modelu to m. in.:

- odpowiedzialność za realizację prawa do ochrony zdrowia ponoszą władze publiczne,
- realizowane są zasady sprawiedliwości, solidarności i altruizmu,
- polityka zdrowotna ma charakter międzysektorowy, a efekty zdrowotne są uwzględniane przy formułowaniu innych polityk szczegółowych (edukacyjnej, zatrudnienia, mieszkaniowej, gospodarczej i in.),

³ Przyjęta na Malcie w 2012 roku podczas 62 Sesji Europejskiego Komitetu Regionalnego WHO strategia „Health 2020” określa dwa kluczowe cele strategiczne: poprawa stanu zdrowia całego społeczeństwa i zmniejszenie nierówności w zdrowiu oraz poprawa przywództwa i zarządzania uczestniczącego dla zdrowia.

W czerwcu 2013 roku Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy przyjęło rezolucję (1946/2013) wzywającą państwa członkowskie do umożliwienia wszystkim równego dostępu do opieki zdrowotnej. W rezolucji podkreślono, że prawo do opieki zdrowotnej jest podstawowym prawem człowieka. Zwrócono się do państw członkowskich o objęcie szczególną ochroną osób najstarszych i zmniejszenia im obciążeń finansowych związanych z opieką lekarską.

- uprawnienie do korzystania z systemu ochrony zdrowia ma charakter uniwersalny
- podstawowym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są środki publiczne, przynajmniej na średnim poziomie w UE w relacji do PKB,
- społeczności lokalne, organizacje pozarządowe i obywatele, a także interesariusze współuczestniczą w działaniach na rzecz zdrowia i procesie podejmowania kluczowych decyzji,
- obowiązują jednolite zasady korzystania z publicznych usług zdrowotnych,
- racjonowanie świadczeń opieki zdrowotnej ma charakter nierynkowy,
- system opieki zdrowotnej ma strukturę regionalną,
- funkcjonuje planowanie i koordynacja zasobów publicznych,
- środki publiczne na finansowanie usług zdrowotnych kierowane są wyłącznie do placówek działających w formule „*non-profit*” (publicznych i niepublicznych) oraz praktyk zawodów medycznych,
- przestrzegane są zasady państwa świeckiego.

Podstawowymi celami systemu zdrowotnego powinny być: poprawa stanu zdrowia społeczeństwa i zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu, zdolność odpowiadania na uzasadnione oczekiwania pacjentów oraz sprawiedliwość w ponoszeniu obciążeń finansowych przez gospodarstwa domowe. Istotne jest przeniesienie akcentu z „produkcji” usług zdrowotnych na działania prowadzące do poprawy zdrowia całej populacji. Proponowany model powinien zapewnić priorytet:

- promocji zdrowia i zapobiegania nad działaniami naprawczymi (lecznicznymi),
- opieki ambulatoryjnej nad szpitalną,

- całościowej opieki kwalifikowanej sprawowanej przez lekarza ogólnego (rodzinnego) nad opieką specjalistyczną,
- efektywnych i mniej kosztownych procedur medycznych i leków nad droższymi o tej samej skuteczności.

Konieczne jest odwrócenie występującej dotychczas tendencji, że beneficjentami zmian społeczno-gospodarczych i postępu w medycynie są przede wszystkim kategorie osób zajmujących wyższe pozycje społeczne. Temu celowi powinna służyć realizowana międzysektorowo polityka zmniejszania nierówności społecznych w zdrowiu, uwzględniająca społeczne determinanty zdrowia. Podejście do promocji zdrowia powinno zakładać jej odmedykalizowanie. Jest to podstawowy warunek skutecznego wykorzystania promocji zdrowia jako systemowego narzędzia redukcji nierówności społecznych w zdrowiu. Konieczne jest wprowadzenie krajowego systemu monitorowania tych nierówności, umożliwiającego m. in. dokonywanie w sposób rutynowy analizy zjawisk zdrowotnych według cech statusu społeczno-ekonomicznego oraz oceny skutków realizowanej polityki i podejmowanych działań. Posiadanie i analiza danych statystycznych umożliwiających badanie związków między zjawiskami społecznymi i zdrowotnymi daje możliwość właściwego rozumienia kontekstu rodzenia się nierówności społecznych, a także stwarza warunki dla kontroli efektywności podejmowanych przedsięwzięć zaradczych.

Tak określone wartości, założenia i cele powinny implikować konkretne rozwiązania instytucjonalno-organizacyjne. Poniżej omówione są krótko niektóre z ważniejszych kwestii.

1. *Uniwersalny (obywatelski) charakter uprawnień do opieki zdrowotnej.* Wynika on z uznania, że potrzeby zdrowotne są potrzebami o charakterze elementarnym. To pociąga za sobą konieczność umożliwienia ich zaspokajania wszystkim obywatelom mieszkającym na obszarze państwa (rezydentom) bez względu na jakiegokolwiek okoliczności. Powinna tu obowiązywać zasada zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Według danych OECD (2010) w osiemnastu krajach Unii Europejskiej (UE-28) wszyscy mieszkańcy objęci są powszechnym systemem opieki zdrowotnej. Zgodnie z tymi danymi w Polsce prawa do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie ma 2,5% populacji. System zgłaszania i identyfikacji osób ubezpieczonych oraz ich składek kosztuje nas rocznie kilkaset milionów złotych. Nie mają uprawnień osoby, które nie osiągają dochodów podlegających „oskładkowaniu” (z wyjątkiem zarejestrowanych bezrobotnych) i jednocześnie nie ubezpieczyły się w NFZ dobrowolnie (składka dobrowolna wynosi obecnie 340 zł miesięcznie + jednorazowa opłata uzależniona od długości okresu bez ubezpieczenia, np. po dwóch latach wynosi ona około 3800 zł). Są to najczęściej osoby wykluczone społecznie lub takim wykluczeniem zagrożone, a także osoby osiągające dochody nieskutkujące obowiązkiem ubezpieczenia (np. umowy o dzieło) lub pracujące w szarej strefie. Nieubezpieczeni na co dzień nie korzystają z opieki ambulatoryjnej, natomiast gdy wymagają leczenia z powodu zagrożenia zdrowia lub życia, są przyjmowani do szpitali na zasadzie obowiązku ustawowego. W przypadku nieubezpieczonych spełniających kryteria dochodowe uprawniające do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej wydawana jest decyzja administracyjna przyznająca uprawnienie na okres 3 miesięcy. Wówczas

koszty leczenia pokrywa budżet państwa. Poza tym budżet państwa pokrywa koszty leczenia wszystkich osób nieubezpieczonych do ukończenia 18. roku życia oraz nieubezpieczonych kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu. Łączny koszt wydatków budżetu państwa z tego tytułu przekracza obecnie 300 mln w skali roku, a więc mniej niż 0,5% publicznych wydatków na ochronę zdrowia. W przypadku, gdy kosztów leczenia osoby nieubezpieczonej nie pokrywa budżet państwa, są one zwykle pokrywane przez szpitale (publiczne), ponieważ w większości przypadków pozostają nieściągalne. W świetle powyższych uwag utrzymywanie obecnego rozwiązania jest: kosztowne (ewidencjonowania składek + koszty e-WUŚ), opóźnia korzystanie przez nieubezpieczonych z usług zdrowotnych (do momentu, gdy wystąpi stan nagłego zagrożenia zdrowotnego) i pogłębia nierówności społeczne w zdrowiu. Obowiązkiem państwa powinno być raczej objęcie wykluczonych społecznie szczególną pomocą z racji zagrożeń zdrowotnych związanych z samą sytuacją wykluczenia. Nie ma natomiast potrzeby odejścia dzisiaj od finansowania lecznictwa ze składki płaconej według dotychczasowych zasad, tj. od wszystkich określonych ustawą dochodów osiąganych przez obywatela (ubezpieczonego), niezależnie od liczby źródeł tych dochodów, i powrotu do finansowania opieki zdrowotnej wprost z budżetu państwa. Systemowego uregulowania wymagają nadal składki rolników.

2. *Równowaga finansowa.* W związku z relatywnie niskim poziomem finansowania ochrony zdrowia w Polsce i występującą nierównowagą finansową konieczne jest zwiększenie finansowania ze środków publicznych, przynajmniej do średniego poziomu w relacji do PKB występującego w krajach Unii Europejskiej (6,5%). Konieczność zwiększenia nakładów publicznych wynika m. in. ze starzenia

się społeczeństwa i rosnących z tego powodu potrzeb zdrowotnych. Powinno to być dokonywane etapowo i poprzedzone lub prowadzone równoległe z działaniami naprawczymi systemu opieki zdrowotnej. Konieczne jest zwiększenie jego efektywności, a przynajmniej zapobiegnięcie marnotrawstwu dodatkowych środków. Nie powinno być natomiast akceptowane zwiększanie obciążeń gospodarstw domowych (np. dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne). Rozwiązania takie nie poprawią efektywności systemu, a niewątpliwie zwiększą nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.

Utrzymywanie rozsądnej wielkości luki podażowo-popytowej, przy jednoczesnym zachowaniu zasady równości i sprawiedliwości w dystrybucji świadczeń, wymaga także rozstrzygnięć w kwestii nierynkowego racjonowania opieki zdrowotnej (rozdzielnictwa). Świadczenia medyczne należą do dóbr deficytowych, tj. takich, których nie ma i nie będzie pod dostatkiem dla wszystkich potrzebujących, a możliwości zwiększania wydatków na opiekę zdrowotną są ograniczone. Dlatego konieczne jest formułowanie priorytetów. Zbyt kosztowne leczenie jednych pacjentów jest bowiem bez troską wobec innych, dla których świadczeń zabraknie. Zaniechanie racjonowania opieki jest w pewnym sensie podwójnie niemoralne: niesprawiedliwe i przysparzające możliwych do uniknięcia cierpień. Działania dotyczące racjonowania powinna poprzedzić szeroka debata społeczna, której celem powinno być poszukiwanie przynajmniej częściowego konsensu w tej sprawie. Niezależnie od związanym z tym trudności warto podkreślić, że brak działań nie rozwiązuje problemu, lecz przyczynia się do większej niesprawiedliwości.

3. *Priorytet podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).* Funkcjonowanie wydajnego systemu podstawowej opieki zdrowotnej opartego na instytucji lekarza rodzinnego może zapewnić większą efektywność całego systemu opieki zdrowotnej. Około 90% potrzeb może być zaspokojonych na poziomie lekarza rodzinnego bez odsyłania do lekarza specjalisty. Podstawowa opieka zdrowotna wymaga uregulowania ustawowego, określającego m. in. kompetencje, organizację, finansowanie, dostępność (w tym maksymalna odległość od miejsca zamieszkania), nadzór, zasady kontraktowania. Podstawową formą organizacyjną powinna być dobrze wyposażona grupowa praktyka lekarzy rodzinnych. Kontraktowanie zadań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i nadzór powinny zostać wyłączone z zakresu zadań oddziałów wojewódzkich NFZ, a środki przeznaczone na finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej powinny być przekazywane jednostkom samorządu terytorialnego (powiatom lub gminom), które byłyby bezpośrednio odpowiedzialne za zapewnienie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej swoim mieszkańcom. Zasady przekazywania środków samorządom powinny uwzględniać preferencje dla obszarów wiejskich i słabo zaludnionych oraz umożliwić wyrównanie dostępu do niezbędnych świadczeń wszystkim mieszkańcom. Społeczności lokalne powinny być włączone w sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem POZ. Przeprowadzenie zmiany w kontraktowaniu wymaga porozumienia z organizacjami samorządu terytorialnego. Alternatywne rozwiązanie mogłoby polegać na dobrowolnym przejmowaniu finansowania podstawowej opieki przez lokalne samorządy na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia z zastosowaniem dodatkowych zachęt finansowych.

4. *Decentralizacja Narodowego Funduszu Zdrowia.* Centrala NFZ powinna zostać zniesiona. Dotychczasowe jej zadania, które wymagają utrzymania na szczeblu centralnym, powinno przejąć ministerstwo zdrowia (np. funkcje regulacyjne, nadzór, podział środków na województwa). Dwuwładza na poziomie centralnym jest powodem niepotrzebnej rywalizacji, a także prowadzi do rozmywania odpowiedzialności i nieprzejrzystości działań. Podział zadań między poziom centralny (ministerstwo zdrowia) i regionalny (oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia) wymaga ponownego rozważenia i zdefiniowania, z preferencją przekazywania kompetencji na poziom regionalny. Oddziały wojewódzkie NFZ powinny zostać usamodzielone. Rady tych oddziałów powinny być wybierane w wyborach powszechnych przy okazji wyborów samorządowych. Konieczne jest określenie instytucjonalnych ram włączania organizacji społeczeństwa obywatelskiego i interesariuszy w kształtowanie polityki zdrowotnej na szczeblu regionalnym, w tym określania regionalnych priorytetów. Natomiast zasady korzystania, finansowania i kontraktowania świadczeń na terenie całego kraju powinny pozostać jednolite.

5. *Zmiana finansowania usług.* Konieczna jest zmiana zasad finansowania szpitali i usług specjalistycznych polegająca na odejściu od metody płacenia za usługę (*fee for service*) na dotychczasowych zasadach na rzecz metod zapewniających większą efektywność. Wraz ze zmianą zasad finansowania powinny być zniesione ilościowe limity kontraktów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze szpitalami i wprowadzone reguły zapewniające koordynację i ciągłość opieki nad pacjentem przekazywanym do innej placówki zdrowotnej. Odejście od limitów będzie wy-

magać wprowadzenia ścisłego nadzoru nad wykonywaniem zadań finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

6. *Zasada non-profit.* Środki publiczne przeznaczone na finansowanie usług zdrowotnych powinny być kierowane wyłącznie do placówek działających w formule „*non-profit*” (publicznych i niepublicznych) i praktyk zawodów medycznych (np. podstawowa opieka zdrowotna). Powinno być oczywiste, że szpital czy inna placówka opieki zdrowotnej utrzymywana ze środków publicznych (publiczna i niepubliczna) powinna pozostać instytucją typu „*non-profit*”, co oznacza zakaz transferu nadwyżki przychodów nad kosztami poza tę placówkę. Placówka medyczna, nawet działając w formie spółki kapitałowej, powinna pozostać instytucją, w której wykonywanie zadań publicznych będzie ważniejsze od wypracowania i maksymalizacji zysku. Nie oznacza to jednak, że gospodarka takiej placówki, zwłaszcza publicznej, nie powinna być podporządkowana wymogom gospodarności i efektywności oraz nie powinna być poddana odpowiedniej dyscyplinie. Spełnienie tych warunków, a więc podporządkowanie jej funkcjonowania zasadom maksymalizacji efektywności działania przy utrzymaniu należytego standardu świadczonych usług, można jednak osiągnąć również bez przekształcenia w spółkę. Świadczy o tym zarówno fakt, że wiele placówek działających w formule samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uzyskuje zrównoważony lub dodatni wynik finansowy i nie wykazuje żadnych zobowiązań wymagalnych. Natomiast zorientowanie działalności placówek opieki zdrowotnej na uzyskiwanie najlepszego wyniku finansowego prowadzi często do zwiększania liczby świadczeń i udzielania świadczeń nieuzasadnionych,

co w efekcie prowadzi do marnotrawstwa środków publicznych. Komerccjalizacja usług medycznych prowadzi w rezultacie do większych kosztów funkcjonowania systemu. W konsekwencji powyższych propozycji konieczne jest wstrzymanie procesu dalszej komercjalizacji i prywatyzacji publicznych szpitali. Szpitale publiczne przekształcone w spółki powinny otrzymać charakter spółek użyteczności publicznej. Należy wprowadzić kilkuletni okres przejściowy na dostosowanie systemu opieki zdrowotnej, a także dotychczasowych prywatnych komercyjnych świadczeniodawców, do wprowadzenia w pełni zasady przekazywania środków publicznych wyłącznie placówkom działającym w formule „not-profit”.

7. Planowanie zasobów. Konieczne jest wprowadzenie regionalnych sieci szpitali celem dostosowania liczby i rodzaju łóżek szpitalnych do potrzeb lokalnych społeczności i wprowadzenie kategoryzacji szpitali. Sieć obejmująca zarówno placówki publiczne jak i niepubliczne powinna być narzędziem planowania i koordynacji wydatków inwestycyjnych. Umieszczenie w sieci szpitala działającego w formule „non-profit” umożliwi jednocześnie otrzymywanie środków publicznych. Wprowadzenie tego rozwiązania pozwoli na odstąpienie od dotychczasowego konkursu ofert i limitów.

Władze publiczne powinny wdrożyć również planowanie zasobów ludzkich na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. Konieczne jest pilne zwiększenie

liczby kształconych lekarzy i pielęgniarek, aby zaspokoić szybko rosnące potrzeby i zapewnić odpowiednią jakość usług medycznych. Na zakończenie warto jeszcze raz podkreślić, że rozważania dotyczące polityki zdrowotnej nie mogą ograniczać się do wąsko rozumianej problematyki funkcjonowania służby zdrowia. Jeśli nadrzędnym celem polityki zdrowotnej państwa ma być działanie na rzecz długiego życia i dobrego zdrowia całej populacji, to nie można pomijać zasadniczej kwestii, jaką jest wieloczynnikowość uwarunkowań zdrowia. Wynika z tego bowiem, że zasadniczy wpływ na stan zdrowia społeczeństwa mają inne polityki szczegółowe dotyczące takich obszarów jak edukacja przedszkolna i szkolna, mieszkalnictwo, zatrudnienie, podatki czy ochrona środowiska. W wielu publikacjach zwraca się ostatnio szczególną uwagę na wpływ nierówności społecznych na stan zdrowia społeczeństw, zwłaszcza w krajach rozwiniętych. Mamy dzisiaj wystarczająco dużo dowodów na to, że im większe nierówności społeczne, tym krótsza jest przewidywana długość życia obywateli i gorsze inne mierniki zdrowia. Dłużej i w lepszym zdrowiu żyją mieszkańcy tych państw, w których skala nierówności jest mniejsza. Wskaźniki odzwierciedlające poziom nierówności plasują Polskę wśród krajów europejskich o większych nierównościach. Skuteczna poprawa stanu zdrowia wszystkich mieszkańców naszego kraju wymaga, aby jednym z głównych celów polityki państwa ujmowanej całościowo stało się zmniejszenie nierówności społecznych.

Bibliografia

- Analiza realizacji szpitalnych świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej. 2013. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Bauman Z. 2011. Zdrowie i nierówności społeczne. W: 44 listy ze świata płynnej nowoczesności. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Euro Health Consumer Index 2012. Report. 2012. Health Consumer Powerhouse AB.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II. Raport (wersja trzecia). 2008. Zespół do przygotowania raportu: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga, Golinowska St. (przew.). Warszawa.
- Golinowska St., Włodarczyk C. i in. 2005. Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Raport CASE-Doradcy we współpracy z Instytutem Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Warszawa: Case-Doradcy Sp. z o.o.
- Health 2020 policy framework and strategy. EUR/RC62/conf.Doc.8.
- Health at a Glance: Europe 2012. 2012. Paris: OECD Publishing.
- Jak wspierać zdrowie Polaków? Zdrowie publiczne na rzecz społeczeństwa. 2013. Sprawozdanie z debaty publicznej, która odbyła się 19 września 2012 r. w Pałacu Prezydenckim. Biuletyn Forum Debaty Publicznej, nr 26.
- Kutner R. 2008. Market-Based Failure – A Second Opinion on U.S. Health Care Costs. *New England Journal of Medicine*, Vol. 358, Nr 6.
- Lisowska K. 2013. Ubywa łóżek i lekarzy: interna staje się niechcianym dzieckiem systemu. Portal Rynek Zdrowia: www.rynekzdrowia.pl.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M. 2008. Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach. Warszawa: Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową.
- Mooney G. 2012. Neoliberalism is bad for our health. *International Journal of Health Services*, Nr 42 (3).
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r. 2011. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. 2012. Komunikat z badań. Centrum Badań Opinii Społecznej.
- Opolski J. T., Wysocki M. J. 2013. Zdrowie 2020 – nowe założenia polityki zdrowotnej. *Przegląd Epidemiologiczny*. Vol. 67, Nr 1.
- PRESOM – Privatisation and the European Social Model. 2008. Newsletter 5/6.
- Pilkiewicz M. 2013. Wpływ nowej ustawy refundacyjnej na producentów leków i rynek leków. Fundamentalne zmiany, nowe wyzwania. IMS Health. Referat przedstawiony na konferencji: „Dzień Polskiej Farmacji”, Warszawa, 17 maja 2013.
- Pickett K., Wilkinson R. 2011. Duch równości. Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej. Warszawa: Czarna Owca.
- Polska 2030. Wyzwania rozwojowe. 2009. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów. Warszawa.
- Raport o stanie państwa. 2004. Warszawa: Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.
- Słońska Z., Koziarek J. 2011. Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia? *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. IX, Nr 2.
- Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce. 2011. WHO Regional Office for Europe.

- Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu. 2004. Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, Włodarczyk C. (przew.). Warszawa.
- Trojanowski T. 2013. Komerccjalizacja wobec solidaryzmu. Portal Rynku Medycznego: www.medicalnet.pl.
- Włodarczyk C. W. 2011. Problemy nierówności w zdrowiu. Perspektywa Unii Europejskiej. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, t. IX, Nr 2.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.). 2012. Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Wojtyniak B. 2012. Nierówności w zdrowiu w Polsce – wybrane fakty. Referat przedstawiony na konferencji: „Społeczne nierówności w zdrowiu w Europie i w Polsce”, Warszawa, 26 listopada 2012.
- Wolańczyk T. 2013. Psychiatria dzieci i młodzieży. Gazeta Lekarska, Nr 07/08.
- Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej. 2012. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r. 2012. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

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. Przewodnym 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

© 2013 by Friedrich-Ebert-Stiftung, Przedstawicielstwo w Polsce
ul. Podwale 11, 00-252 Warszawa
www.feswar.org.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Redakcja: Maciej Kropiwnicki, Michał Polakowski, Dorota Szelewa, Bastian Sendhardt
Layout, skład i druk: MyWorks Studio, 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 2013

ISBN 9788386088942

Publikacja została złożona czcionką Inder. Copyright (c) 2011 by Sorkin
Type Co (www.sorkintype.com), with Reserved Font Name "Inder".