



LEWIATAN

# Przyszłość systemu ochrony zdrowia

PROJEKCJE I PRZEWIDYWANIA NA ROK 2015 I 2020



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja powstała w ramach projektu „Efektywność-dialog-rozwoj”  
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach  
Europejskiego Funduszu Społecznego.

ISBN 978-83-61796-36-7

Konfederacja Lewiatan  
ul. Zbyszka Cybulskiego 3  
00-727 Warszawa  
[www.konfederacjalewiatan.pl](http://www.konfederacjalewiatan.pl)

# Przyszłość systemu ochrony zdrowia

PROJEKCJE I PRZEWIDYWANIA NA ROK 2015 I 2020



**／ PRZYSZŁOŚĆ SYSTEMU  
OCHRONY ZDROWIA  
– CZ. I**

**Autorzy.**

Zespół spółki dane-i-analazy.pl w składzie:

Krzysztof Gajda

Dariusz Gilewski

Monika Natkaniec

Beata Laskowska

Maciej Stamiński

**Współpraca:**

Adam Koziarkiewicz

Opracowanie powstało na zlecenie

Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska

**Wrocław 2014r.**

- 9 > Cel pracy
- 10 > Prognoza ilościowa wybranych parametrów systemu
- 10 > Liczba ludności oraz ubezpieczonych
- 11 > Wydatki publiczne na ochronę zdrowia z wyróżnieniem kategorii
- 13 > Świadczenia szpitalne
- 14 > Świadczenia ambulatoryjne
- 15 > Refundacja leków
- 16 > Liczba leczonych na wybrane jednostki chorobowe
- 17 > Nowotwory
- 20 > Prognoza jakościowa wybranych cech systemu ochrony zdrowia
- 21 > Przeszłe doświadczenia –projekcje na przyszłość
- 21 > Wydatki na ochronę zdrowia
- 22 > Wysokość składki ubezpieczeniowej
- 23 > Opłaty pacjenta w systemie publicznym
- 25 > Refundacja kosztów poniesionych w relacjach krajowych
- 25 > Koszyk świadczeń
- 26 > Organizacja instytucji systemu
- 29 > Ubezpieczenia prywatne
- 31 > Zmiany własnościowe
- 31 > Podsumowanie

# ／ Cel pracy

Celem głównym niniejszego opracowania jest przedstawienie wizji wybranych zjawisk w systemie ochrony zdrowia, w perspektywie roku 2015 i 2020.

Prognozowana wizja została zilustrowana wybranymi danymi liczbowymi oraz opisem tendencji i mechanizmów, które mogą wystąpić w systemie ochrony zdrowia w ww. perspektywie czasu.

Niniejsza praca została wykonana na początku roku 2014, a podstawą prognoz były materiały sprzed 2014 roku. W związku z tym, niektóre z prognozowanych wielkości mogą się różnić od prognoz wykonywanych na podstawie danych późniejszych.



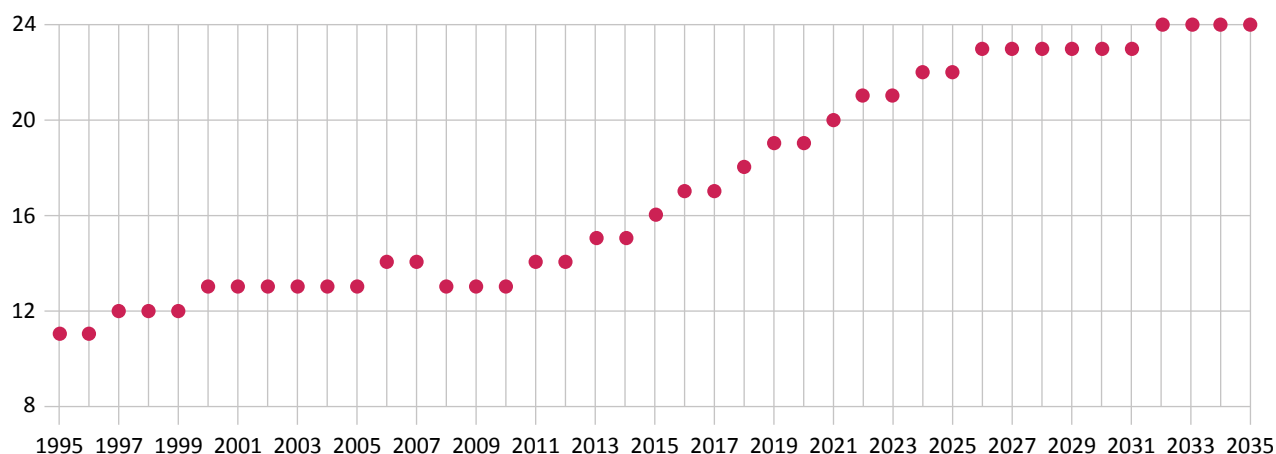
# Proгноза ilościowa wybranych parametrów systemu

## > Liczba ludności oraz ubezpieczonych

Ogólna liczba mieszkańców województwa dolnośląskiego (raport DiA: Ludność Polski wg województw)<sup>1</sup> wynosiła w roku 2012 ok. 2,85 mln osób, w roku 2015 przewiduje się spadek o ok. 20 tys., a do roku 2020, o 50 tys.

Struktura ludności zaczęła się gwałtownie przesuwać w kierunku osób starszych kilka-kilkanaście lat temu. Odsetek

osób powyżej 65 roku życia, urodzonych w czasie wyżu demograficznego lat powojennych, będzie gwałtownie rósł (rys. 1). O ile w roku 2012 ta grupa wiekowa populacji stanowiła 14% całej ludności, o tyle w roku 2015 będzie wynosić 15%, a w roku 2020 osiągnie 19% populacji.



Rys. 1. Odsetek osób powyżej 65 r.ż. w populacji województwa dolnośląskiego.

Źródło: dane-i-analazy.pl za GUS

<sup>1</sup> [www.dane-i-analazy.pl/raport/1086-ludnosc-prognozy-polska/zobacz/index.html](http://www.dane-i-analazy.pl/raport/1086-ludnosc-prognozy-polska/zobacz/index.html)

Ludność poszczególnych powiatów przedstawiona jest na wykresach w raporcie pn. Ludność powiatów województwa dolnośląskiego<sup>2</sup>.

Z przeglądu tych danych wynika, że w roku 2012 najwięcej odsetkowo osób starszych było w powiecie/mieście Jelenia Góra (17%). W 2015 roku oprócz Jeleniej Góry (19%), w czołówce znajdzie się również Wrocław, powiat kłodzki i wałbrzyski (po 18%). W roku 2020 w Jeleniej Górze będzie już 23% osób powyżej 65 r.ż., w powiatach kłodzkim i wałbrzyskim po 22%.

W poprzednich latach uznawano, że liczba nieubezpieczo-

nych w Polsce nie przekracza 3% i są to osoby będące w momencie, pomiędzy jednym zatrudnieniem, a drugim (ale nie rejestrujące się jako bezrobotne), oraz osoby które z wyboru nie ubezpieczają się, w tym takie, które znaczną część swojego życia spędzają poza granicami kraju.

Po uruchomieniu na szeroką skalę systemu e-WUŚ okazało się, że liczba nieubezpieczonych jest znacznie wyższa. Powody nieubezpieczenia mają najczęściej charakter biurokratyczny: pracodawca nie zgłosił pracownika, nie zapłacił za niego składki, rodzice nie zgłosili swoich dzieci itp.

Udział ubezpieczonych	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
dolnośląskie	99,4	97,1	99,0	97,9	97,5	97,3	97,3	96,0	83,6
suma	99,3	97,6	99,3	98,1	97,8	97,6	97,5	95,6	85,7

Tab. 1. Odsetek ubezpieczonych w woj. dolnośląskim oraz w całym kraju.

Źródło: NFZ 2013.

Z ostatnich danych NFZ wynika, że o ile zwykle odsetek nieubezpieczonych nie przekraczał 4%, to w roku 2012 wzrósł aż do ponad 15%. Wydaje się, że konsekwentne stosowanie

e-WUŚ spowoduje uzupełnienie brakujących danych i zmniejszenie tych liczb, choć zapewne liczba nieubezpieczonych będzie wyższa, niż uznawano za normalne w poprzednich latach.

## > Wydatki publiczne na ochronę zdrowia z wyróżnieniem kategorii

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia pochodzą z trzech głównych źródeł:

- funduszu ubezpieczeń społecznych, czyli NFZ i ZUS;
- budżetu państwa;
- budżetów samorządów terytorialnych.

<sup>2</sup> [www.dane-i-analazy.pl/raport/1071-demografia-prognozy-dolnoslaskie/zobacz/index.html](http://www.dane-i-analazy.pl/raport/1071-demografia-prognozy-dolnoslaskie/zobacz/index.html)

Warto zauważyć, że budżet państwa dokonuje transferu środków, tak do funduszu ubezpieczeń społecznych, jak i samorządów, skąd ostatecznie trafiają one w części do ochrony zdrowia. Te środki jednak (wg metodyki Systemu Rachunków Zdrowia SHA) ujęte są w kategorii środków funduszu ubezpieczeń społecznych i samorządów, a nie budżetu państwa. Nie

ma także zagrożenia podwójnego liczenia tych środków. W poniższej tabeli (tab. 2) zaprezentowano strukturę wydatków na ochronę zdrowia ze wszystkich źródeł, za lata 2010 i 2011 (ostatnie dostępne w momencie tworzenia niniejszego raportu).

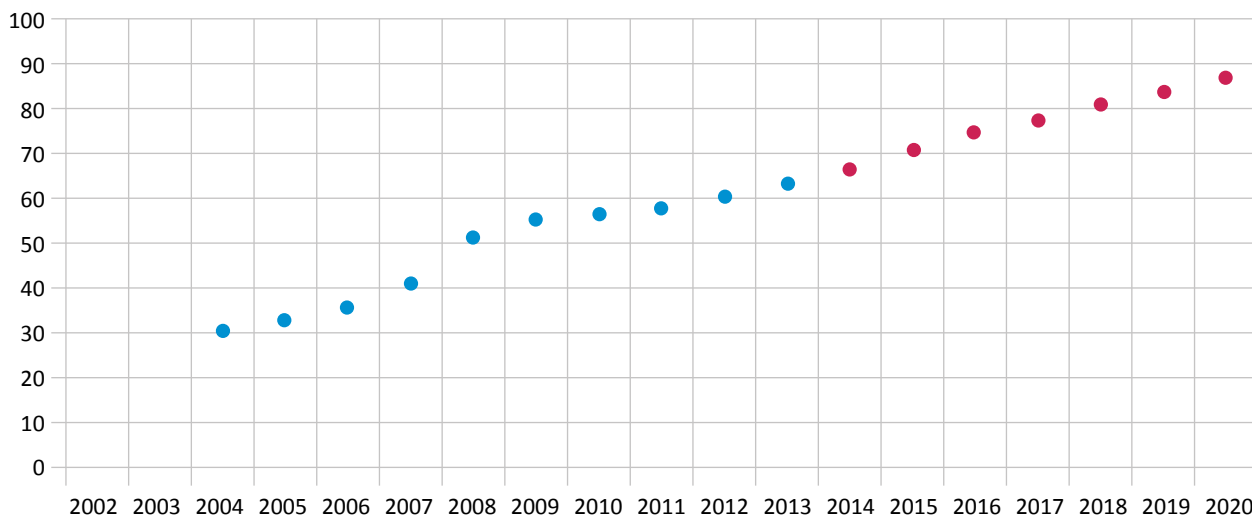
Wyszczególnienie	2010		2011	
	mln zł	%PKB	mln zł	%PKB
Produkt Krajowy Brutto	1 416 585	100,00	1 528 127	100,00
Publiczne wydatki bieżące	66 500	4,69	69 224	4,53
z tego:				
wydatki budżetu Państwa	1 880	0,13	1 973	0,13
wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	3 547	0,25	4 220	0,28
fundusze 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 na ochronę zdrowia	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

Tab. 2. Wydatki na ochronę zdrowia według metody SHA, za lata 2010-2011

Źródło: GUS.

Największym publicznym płatnikiem w ochronie zdrowia jest oczywiście Narodowy Fundusz Zdrowia, który w latach 2010-2011 wydał odpowiednio 56,6 mld PLN oraz 58 mld

PLN. Zgodnie z ostatnimi danymi planu finansowego NFZ na rok 2013, wydatki na świadczenia w tym roku wyniosły ok. 63,4 mld PLN.



Rys. 2. Koszty świadczeń (oraz leków i materiałów medycznych) nabywanych przez NFZ, historia i prognoza

NFZ przewiduje<sup>3</sup>, że w roku 2015 koszty świadczeń wyniosą ok. 70 mld PLN. W roku 2020 kwota ta może osiągnąć nominalnie kwotę prawie 87 mld PLN<sup>4</sup>.

Na powyższym wykresie zademonstrowano wielkość wydatków NFZ w latach przeszłych oraz przewidywane

wielkości wydatków w przyszłości. Pierwszym rocznikiem prognozowanych danych jest rok 2014; przy czym wielkość podana na wykresie pochodzi z dokumentu prognostycznego NFZ<sup>5</sup> z roku 2012 i jest wyższa o kilka mld PLN od obecnie obowiązującego planu finansowego NFZ.

## > Świadczenia szpitalne

Wydatki na leczenie szpitalne sumarycznie stanowią największą część wydatków NFZ. Dane historyczne, dotyczące wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca, przedstawiono w załączonym raporcie DiA<sup>6</sup>.

Dane nominalne na leczenie szpitalne dla poszczególnych województw, w tym dla województwa dolnośląskiego przedstawiono w kolejnym raporcie DiA<sup>7</sup>.

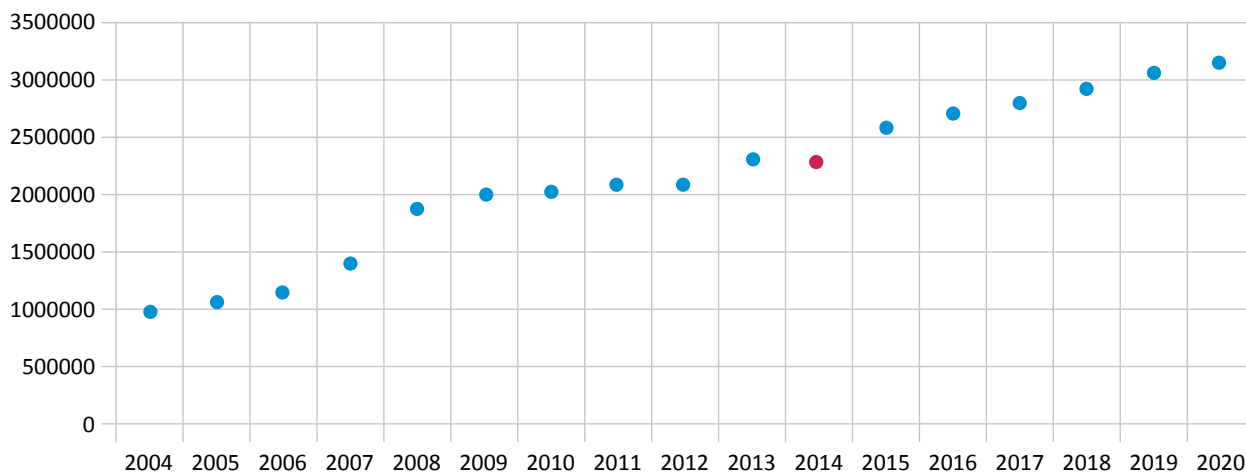
<sup>3</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, PROGNOZA KOSZTÓW NA LATA 2013–2015, Warszawa, dnia 25 czerwca 2012 r.

<sup>4</sup> Prognoza wykonana przez autorów opracowania, na podstawie prognozy zawartej w Załączniku do uchwały nr 76 Rady Ministrów z dnia 30 kwietnia 2013 r. pn. WIELOLETNI PLAN FINANSOWY PAŃSTWA 2013–2016, uzupełniony prognozą autorów, oparta na trendzie liniowym

<sup>5</sup> Narodowy Fundusz Zdrowia, PROGNOZA KOSZTÓW NA LATA 2013–2015, Warszawa, dnia 25 czerwca 2012 r.

<sup>6</sup> [www.dane-i-analazy.pl/raport/565-wydatki-nfz/zobacz/index.html](http://www.dane-i-analazy.pl/raport/565-wydatki-nfz/zobacz/index.html)

<sup>7</sup> [www.dane-i-analazy.pl/raport/566-wydatki-na-swadczenia-zdrowotne-ujete-w-planie-finansowym-oddzialow-wojewodzkich-nfz/zobacz/index.html](http://www.dane-i-analazy.pl/raport/566-wydatki-na-swadczenia-zdrowotne-ujete-w-planie-finansowym-oddzialow-wojewodzkich-nfz/zobacz/index.html)



Rys. 3. Koszty świadczeń szpitalnych nabywanych przez dolnośląski OW NFZ, historia i prognoza

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

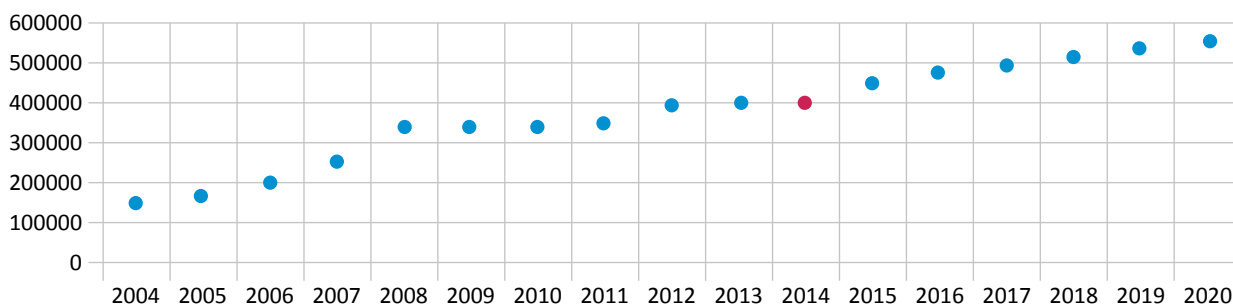
Pierwszym rocznikiem prognozowanych danych jest 2014 rok; przy czym wielkość podana na wykresie - z planu finansowego NFZ z początku 2014. Jak można odczytać z wykresu,

na lecznictwo szpitalne w roku 2015 przewiduje się wydatki ok. 2,58 mld PLN, a w roku 2020 mogą sięgnąć 3,17 mld PLN.

## > Świadczenia ambulatoryjne

Dane historyczne, dotyczące wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca, przedstawiono w załączonym raporcie DiA. Dane nominalne na

ambulatoryjne leczenie specjalistyczne dla poszczególnych województw, w tym województwa dolnośląskiego przedstawiono w kolejnym raporcie DiA.



Rys. 4. Koszty świadczeń ambulatoryjnych specjalistycznych nabywanych przez dolnośląski OW NFZ, historia i prognoza

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

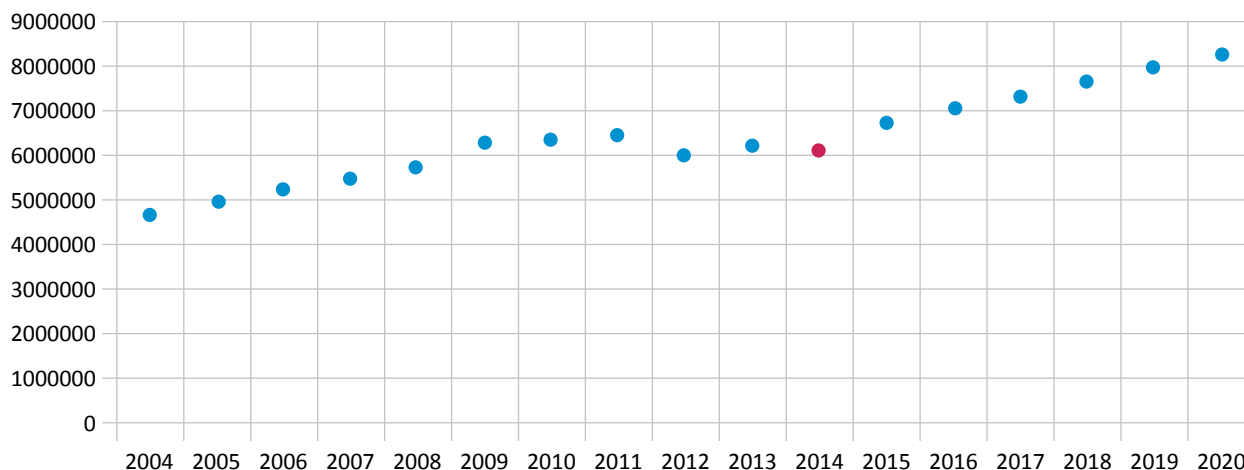
Pierwszym rocznikiem prognozowanych danych jest rok 2014; przy czym wielkość podana na wykresie z planu finansowego NFZ jest z początku roku 2014. W roku 2015 na AOS przewiduje się wydatki ok. 450 mln PLN, przy ok. 400

mln w roku 2014 (wg prognoz opartych na aktualnym planie finansowym dla roku 2014). Przy zachowaniu tych samych proporcji, w roku 2020 wydatki na AOS, mogą wynieść 553 mln PLN.

## > Refundacja leków

Refundacja leków w ostatnich kilku latach podlega ogromnym zmianom. Dane historyczne, dotyczące wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca, przedstawiono w załączonym raporcie DiA. Dane nomi-

nalne na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne dla poszczególnych województw, w tym województwa dolnośląskiego przedstawiono w kolejnym raporcie DiA.



Rys. 5. Koszty refundacji leków; dolnośląski OW NFZ, historia i prognoza

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Pierwszym rocznikiem prognozowanych danych jest rok 2014; przy czym wielkość podana na wykresie z planu finansowego NFZ jest z początku 2014. Załamanie trendu wzrostowego wydatków na leki zaobserwowano w roku 2011. Do roku 2014 (planowane) utrzyma się prawdopodobnie poziom kwotowy wydatków, choć odsetkowo obserwuje się ciągły spadek. Dla potrzeb prognozy założono, że ten spadek nie będzie dalej kontynuowany, a wydatki na leki utrzymają się

na obecnym poziomie (w sensie odsetka wydatków ogółem). Uznano, że w woj. dolnośląskim ten poziom ustabilizuje się na kilka lat na poziomie 12%.

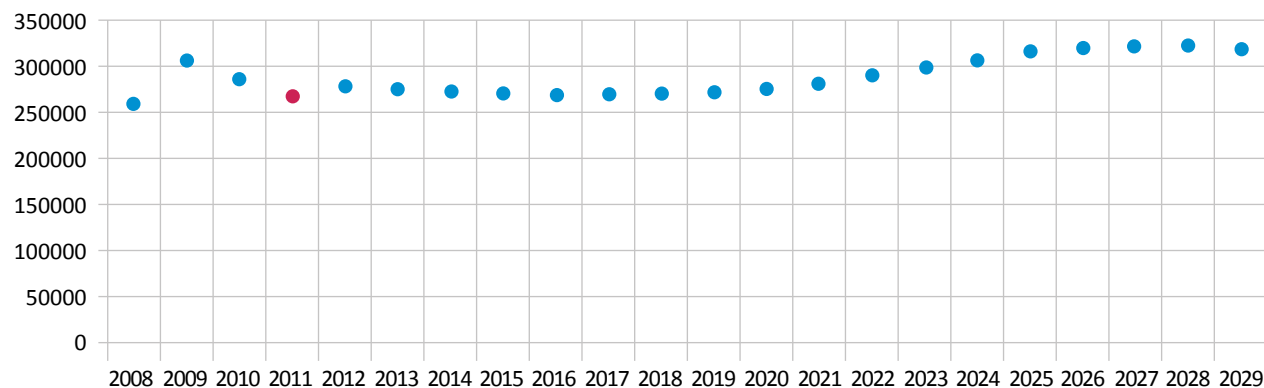
W roku 2015 na leki przewiduje się wydatki ok. 672 mln PLN, przy ok. 612 mln w roku 2014 (wg prognoz opartych na aktualnym planie finansowym na rok 2014). Przy zachowaniu tych samych proporcji, w roku 2020, wydatki na leki mogą wynieść 825 mln PLN.

## > Liczba leczonych na wybrane jednostki chorobowe

### Choroby układu krążenia; niewydolność serca

Z danych NFZ wynika, że około 300 tys. osób w kraju oraz 7 tys. osób w województwie dolnośląskim choruje i aktywnie

leczy się z powodu niewydolności serca. Dane dostępne są w formie raportów DiA, a za kryterium aktywnego chorowania przyjęto co najmniej 3 (trzy) wizyty rocznie z tego powodu.

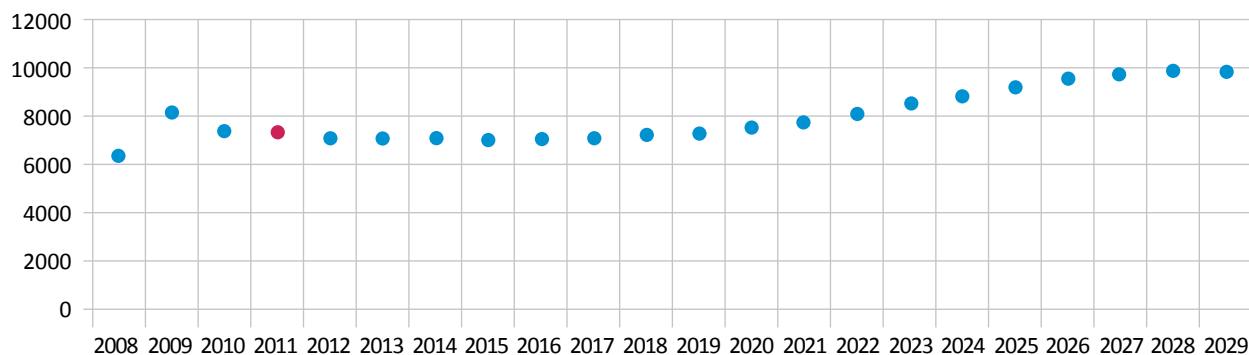


Rys. 6. Historia i prognoza liczby nowych przypadków chorych leczonych z powodu niewydolności serca w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Z przedstawionych na wykresie 5 trendów, wynika pewien krótkotrwały wzrost liczby rejestrowanych pacjentów z niewydolnością serca, co miało miejsce w roku 2009. W kolejnych latach liczba ta spadła, co w sumie pozwala na przed-

stawienie prognozy, jak na poniższym wykresie. W roku 2015 liczba chorych leczonych z powodu niewydolności serca wynosić może ok. 270 tys. osób, w roku 2020 wzrośnie do 275 tys.



Rys. 7. Historia i prognoza liczby nowych przypadków chorych, leczonych z powodu niewydolności serca w woj. dolnośląskim

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Dla województwa dolnośląskiego przewiduje się liczbę aktywnie leczonych w roku 2015 wynoszącą ok. 7 tys. osób, która to liczba wzrośnie do liczby 7,5 tys. w roku 2020.

W prognozie tej nie ujęto potencjalnego wpływu lepszego

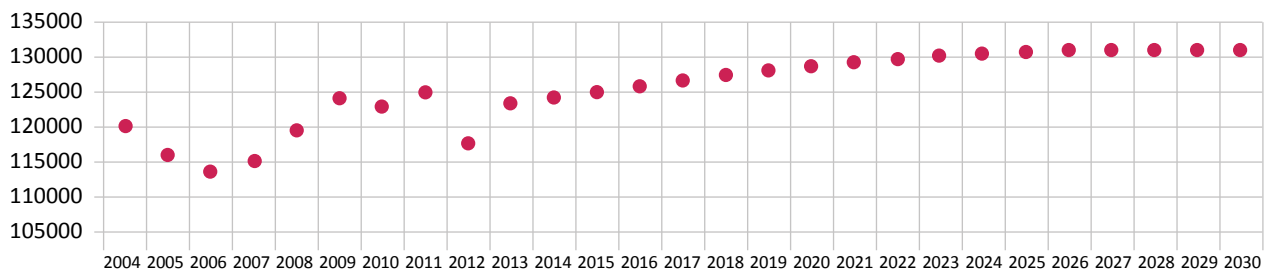
leczenia na etapie ostrych zespołów wieńcowych. Sukcesy w dziedzinie OZW mogą paradoksalnie zwiększyć liczbę osób z niewydolnością serca, jako tych, które zostały ocalone przez śmiercią z powodu OZW.

## > Nowotwory

### Nowotwory ogółem

Nowotwory złośliwe stanowiąc będą znaczną i coraz ważniejszą przyczynę utraty zdrowia, i prawdopodobnie życia, w nadchodzących latach. Liczba nowych leczonych przypadków w ciągu roku w ostatnich latach wynosiła ok. 125 tys.

Z wykresu 8 wynika, że liczba ta ma tendencję wzrostową (z pewnymi wahaniami w górę i dół). W ostatnim roku obserwacji, w roku 2012 liczba leczonych z powodu nowotworów złośliwych (C00-C97) wynosiła ok. 118 tys. osób (o kilka tysięcy mniej niż w roku poprzednim).



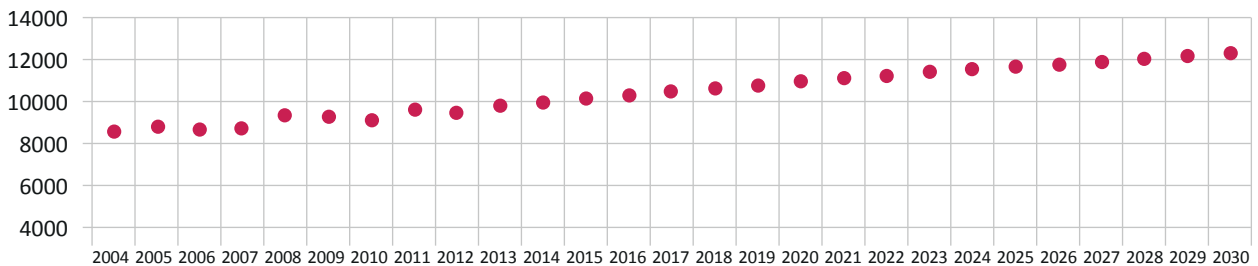
Rys. 8. Historia i prognoza liczby nowych przypadków leczonych z powodu nowotworów w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W kolejnych latach liczba ta wzrośnie; w roku 2015 do ok. 125 tys. osób, z w roku 2020 do 128,5 tys. osób.

W województwie dolnośląskim w roku 2012, ostatnim

roku obserwacji, zanotowano 9465 osób, które rozpoczęły leczenie nowotworu złośliwego. W roku 2015 liczba ta wzrosła do 10,1 tys. osób, a w roku 2020 do prawie 11 tys. osób.



Rys. 9. Historia i prognoza liczby nowych przypadków leczonych z powodu nowotworów w Polsce

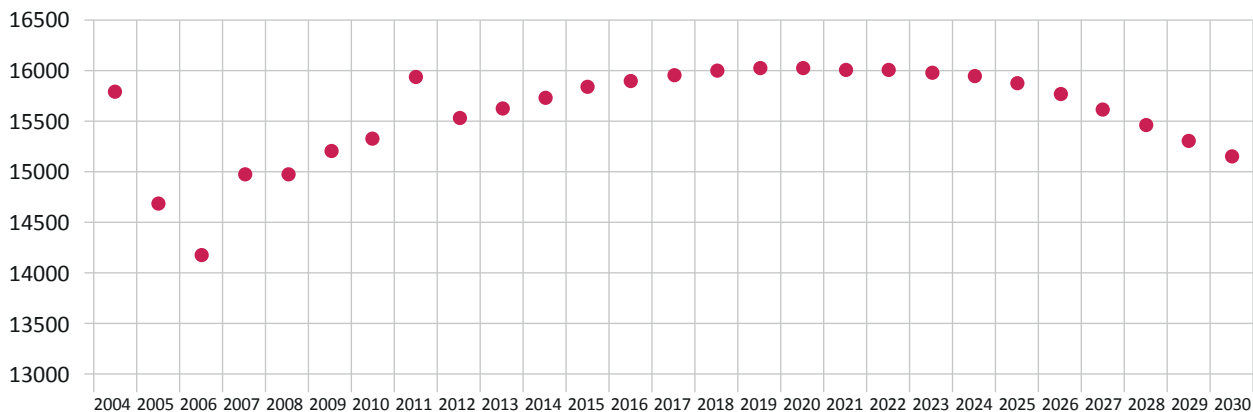
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.



## Rak piersi

Rak piersi dotyka prawie wyłącznie kobiet (ok. 100 mężczyzn rocznie) i jest jednym z tych nowotworów, których liczba najszybciej rośnie. W roku 2012, w całej Polsce, leczenie z powodu raka piersi rozpoczęło ok. 15,5 tys. osób. W roku

2015 przewiduje się ok. 15,8 tys. osób rozpoczynających leczenie, a w roku 2020 ok. 16 tys. osób. W kolejnych latach liczba nowych przypadków, rozpoczynających leczenie ma spadać, do wartości ok. 15 tys. w roku 2030.

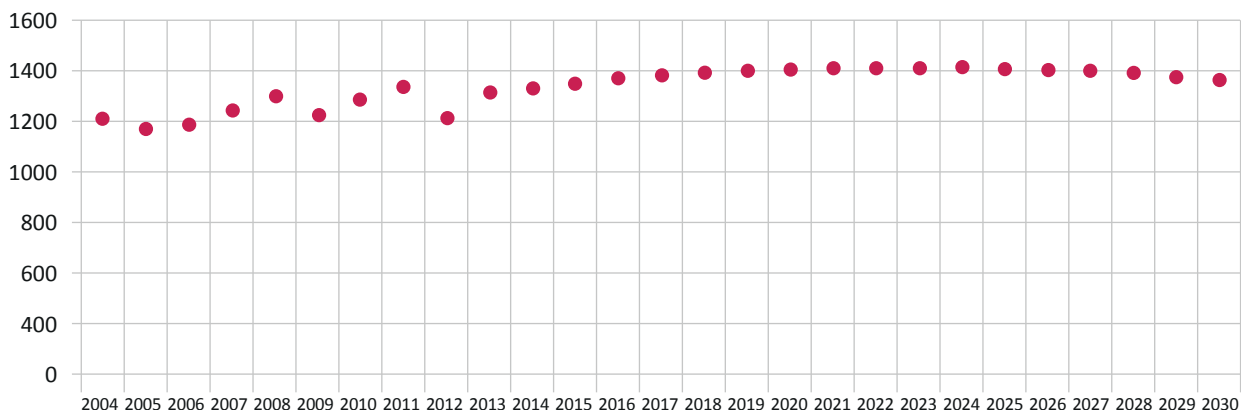


Rys. 10. Historia i prognoza liczby nowych przypadków leczonych z powodu raka piersi w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W województwie dolnośląskim, w roku 2012 leczenie rozpoczęło 1218 osób (w 2011 było ich 1343), czyli zanotowano dość istotny spadek. Na kolejne lata przewiduje się jednak

powrót do liczby ponad 1300 osób rocznie. W roku 2015 to będzie 1350, w 2020 przewiduje się ponad 1400 nowych osób rozpoczynających leczenie.



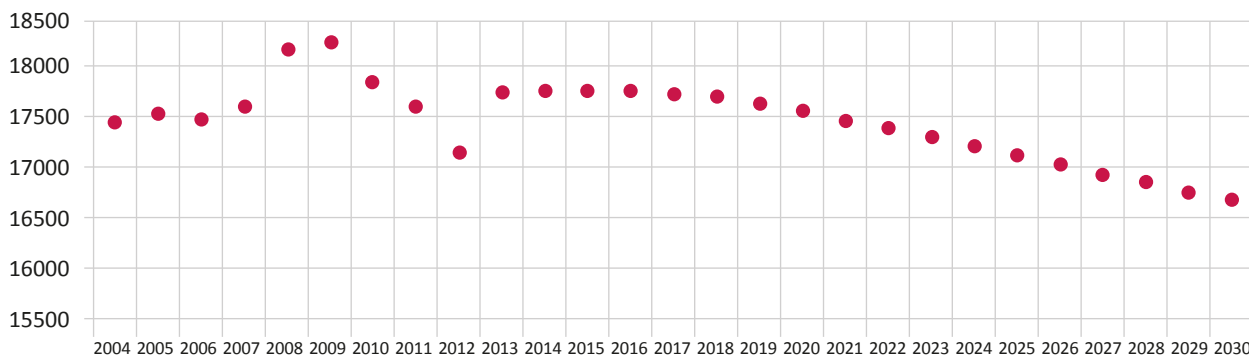
Rys. 11. Historia i prognoza liczby nowych przypadków leczonych z powodu raka piersi w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

## Rak płuc

Rak płuc był w poprzednich dekadach najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce. W związku ze spadkiem liczby palących tytoń, częstość zachorowań na raka płuc wśród mężczyzn w ostatnich latach spada, przy niewielkim wzro-

ście liczby chorujących kobiet. W skali Polski zanotowano ok. 17 tys. osób rozpoczynających leczenie z powodu raka płuc w roku 2012. Ten rok był trzecim z kolei rokiem spadku liczby osób, odnotowanych jako rozpoczynających leczenie z tego powodu.

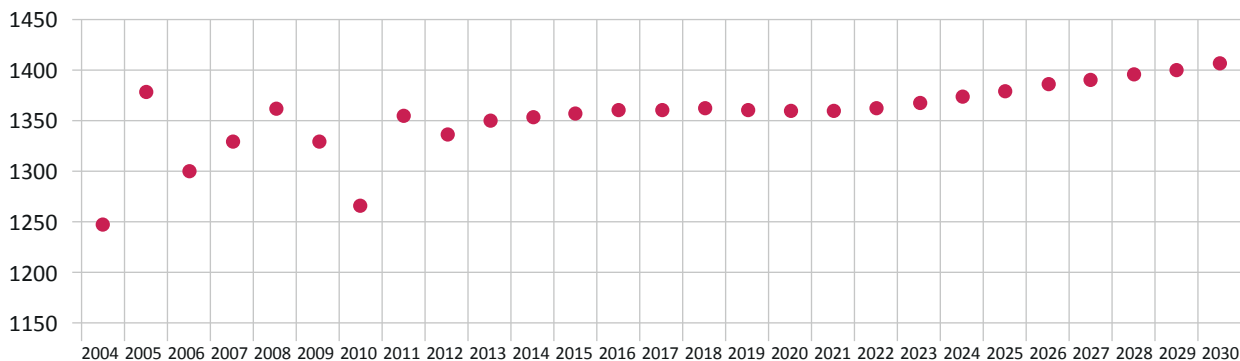


Rys. 12. Historia i prognoza liczby nowych przypadków leczonych z powodu raka płuc w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Na rok 2015 przewiduje się jednak pewien wzrost tej liczby, do 17,8 tys., aby w kolejnych latach odnotowywać dalsze

niewielkie spadki. W roku 2020 przewiduje się przykładowo 17,5 tys. nowych leczonych przypadków z powodu raka płuc.



Rys. 13. Historia i prognoza liczby nowych przypadków leczonych z powodu raka płuc w województwie dolnośląskim

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W przeciwieństwie do obrazu z całego kraju, w województwie dolnośląskim nie przewiduje się spadku, a raczej niewielki wzrost liczby nowych przypadków leczonych z po-

wodu raka płuc. W jednym roku zanotowano ich aż 1336. Na rok 2015 przewiduje się 1360 i podobną liczbę 5 lat później, w roku 2020.

# Prognostyka jakościowa wybranych cech systemu ochrony zdrowia

W nadchodzących dwóch latach odbędą się wybory do poszczególnych gremiów politycznych; w roku 2014 wybory samorządowe oraz wybory do Parlamentu Europejskiego, w roku 2015 wybory do sejmu i wybory prezydenckie.

W szczególności po wyborach roku 2015 mogą zajść zmiany na scenie politycznej, głównie w polityce zdrowotnej. Ostatnie kilka lat w ochronie zdrowia przyniosło pewne uspokojenie i spowolnienie dynamiki zmian. Mimo tego, w ciągu poprzednich 6 lat wystąpiły czynniki, które istotnie wpłynęły na system ochrony zdrowia, a w szczególności:

- wprowadzono regulacje koszyka świadczeń gwarantowanych, wymieniające literalnie świadczenia, które przysługują ubezpieczonemu,
- wprowadzono nowe prawo farmaceutyczne, zmieniające zupełnie otoczenie działania firm farmaceutycznych i aptek,
- wprowadzono ustawę o podmiotach leczniczych, znoszącą formalne rozróżnienie między podmiotami publicznymi i niepublicznymi.

Były także inne zmiany, o nieco mniejszej sile oddziaływania. Ogólnie jednak, wraz z zbliżaniem się do końca drugiej kadencji rządów Platformy Obywatelskiej, pojawia się nastrój wyczekiwania i żądania większych zmian. Nastrój społeczny przypomina okres końca rządów lewicy z lat 90-tych, gdy to pracowano nad wieloma reformami (administracji, ubezpieczeń społecznych, zdrowotnych, edukacji), ale ich nie wprowadzano. W tamtym czasie środowiska medyczne, głównie lekarze, tak pożąдали zmian, że przystąpili do ogólnopolskiej akcji protestacyjnej i nie wypisywali dokumentów statystycznych.

W niniejszym opracowaniu przedstawiono scenariusze rozwoju sytuacji w ochronie zdrowia, w perspektywie dwóch

oraz siedmiu lat; odpowiednio do końca 2015 i 2020 roku, w 18 aspektach: od uprawnień pacjentów począwszy do stosunków własnościowych w placówkach opieki zdrowotnej. Tam, gdzie to możliwe, podawaliśmy wielkości liczbowe i scenariusze zmian w tym zakresie. Rozważano prawdopodobieństwo, z jakim dany scenariusz ma szansę zaistnieć do roku 2015, czyli końca obecnej kadencji Sejmu, oraz w roku 2020, czyli końca przyszłej kadencji (z pewnym nadatkiem, ponieważ ta skończy się prawdopodobnie w roku 2019).

Jako podstawy przewidywań użyto podobnego ćwiczenia, które wykonano w roku 2005, z wykorzystaniem wiedzy eksperckiej znanych i doświadczonych osób ze środowisk zarządzających ochroną zdrowia<sup>8</sup>. Ankiety skierowano wtedy w pierwszej kolejności do wybranych kilkunastu osób, które w takim czy innym wymiarze miały możliwość wpływania na system ochrony zdrowia; czy to z uwagi na swoją działalność polityczną, związkową czy też ze względu na obecność w mediach. Z tych kilkunastu ankiet (tzw. VIP-ów) otrzymano dziesięć (10) odpowiedzi. Imienne odpowiedzi otrzymaliśmy od:

- Andrzej Wojtyła – poseł SKL;
- Bolesław Piecha – poseł Prawa i Sprawiedliwości;
- Władysław Szkop – poseł SLD;
- Konstanty Radziwiłł – przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej;
- Krzysztof Bukiel – Przewodniczący OPZZL;
- Marek Wójtowicz – Prezes STOMOZ;

<sup>8</sup> Koziarkiewicz A., System za 4 lata - scenariusze rozwoju sytuacji, *Menedżer Zdrowia*, 2005 / nr 6, Termedia, Poznań

- Andrzej Sośnierz – Prezes Śląskiej Opieki Medycznej;
- Jarosław Pinkas – dyrektor medyczny Instytutu Kardiologii w Aninie;
- Marek Twardowski – Przewodniczący Porozumienia Zielonogórskiego;
- Andrzej Ryś – Dyrektor Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia,
- Krzysztof Kuszewski – były wiceminister zdrowia w Rządzie lewicy w latach 90-tych.

Poza tym organizatorzy sondażu otrzymali około 80 ankiet anonimowych, od użytkowników portalu [www.Termedia.pl](http://www.Termedia.pl), którzy w wynikach niniejszego badania nazywani są vox populi.

Ówczesni respondenci zostali poproszeni o wpisanie prawdopodobieństwa, z jakim dany scenariusz miał szansę zaistnieć do roku 2009, czyli końca kadencji Sejmu. Nie wymagaliśmy

wtedy by prawdopodobieństwa się sumowały do 100%, nie eliminowaliśmy sprzeczności w odpowiedziach. Ankieta nie miała charakteru „naukowego”, choć tak respondenci jak i autor, mieli odczucie, że dokładają wszelkich starań, by wykonać trudne zadanie przewidywania przyszłości jak najlepiej potrafią.

Poniższe rozważania wykorzystują zadawane prawie 9 lat temu pytania, oraz wiedzę na temat tego, co działo się w zakresie omawianych zjawisk w latach 2005-2013. Analizując przeszłe odpowiedzi i mądrzejsi o doświadczenia ostatnich lat, można pokusić się o przewidywania co może się zdarzyć za kolejne 2 oraz 7 lat.

Przewidywania na lata 2015 i 2020 przedstawiane są na tle wcześniejszych sondaży i wyróżnione w postaci tabeli.

# Przeszłe doświadczenia –projekcje na przyszłość

## > Wydatki na ochronę zdrowia

Najbardziej generalne pytanie, które nurtowało analityków, dotyczyło poziomu wydatków na ochronę zdrowia. W roku 2005 większość partii politycznych deklarowała konieczność podniesienia składki. W roku 2005 wydatki te sięgały 6,3% PKB (łącznie: publiczne i prywatne) i były jednymi z najniższych w UE. Zapytano respondentów badania, jak widzą perspektywy przyrostu tych wydatków w przyszłości. Średnio respondenci typowali po około 30% prawdopodobieństwa na wszystkie trzy przedstawione przedziały-scenariusze; sta-

gnacyjny 6,3%, lekki wzrost od 6,3% do 7,8% oraz dynamiczny wzrost 8%. Natomiast wśród VIP-ów panował duży optymizm; aż trzech z nich było pewnych (na 100%) wzrostu tych wydatków ponad 8% PKB w roku 2009.

W rzeczywistości, w roku 2009 wydatki na ochronę zdrowia wzrosły do poziomu 7,21 % PKB, lecz był to jedyny rok z tak wysokim udziałem tych wydatków w PKB. W kolejnym roku spadły do 7% PKB i później poniżej tego poziomu. W roku 2013 szacuje się, że wydatki te były podobne, czyli około 7% PKB.

Biorąc pod uwagę wcześniejsze doświadczenia, obecnie prognozujemy, że do roku 2015 udział ten się raczej nie zmieni, a w perspektywie do roku 2020 może ulec zmianie, choć nawet jej wektor nie jest pewny.

W przypadku znacznego przyspieszenia gospodarczego, mianownik, w postaci wartości PKB będzie rosnąć, choć nie jest pewny wzrost zatrudnienia. W krajach wychodzących z kryzysu finansowego (jak USA i UK) odnotowuje się raczej stagnację na rynku pracy, zatem podobny scenariusz może być udziałem Polski, co per saldo spowoduje umiarkowany

przyrost składki (głównego fragmentu wydatków na OZ w Polsce), zależny wyłącznie od wzrostu wynagrodzeń osób pracujących. W takim scenariuszu prawdopodobna jest stabilizacja udziału wydatków na OZ na poziomie ok. 7% PKB.

Możliwy jest także biegunowo inny scenariusz, w którym wzrost gospodarczy jest umiarkowany i tempo wzrostu PKB niewielkie. Jednocześnie, wybory polityczne powodują wzrost składki lub inne formy zwiększenia finansowania publicznego. W takim scenariuszu prawdopodobny jest wzrost udziału wydatków na OZ maksymalnie do poziomu ok. 8% PKB.

## > Wysokość składki ubezpieczeniowej

Rok 2005 był kolejnym rokiem krokowego wzrostu stawki ubezpieczeniowej. Docelowa stawka na ubezpieczenie zdrowotne została ustalona na poziomie 9% (do tego poziomu planowano dojść w 2007 roku, podczas gdy w 2005 składka wynosiła 8,5%, z czego 7,75% można było odliczyć od podatku).

Ten coroczny przyrost odsunął na pewien czas dyskusje o dalszym zwiększaniu składki. Nie brakowało jednak głosów, że poziom pieniędzy publicznych w systemie należy znacznie zwiększyć. Zapytano zatem respondentów, czy przewidują dalszy wzrost składki, po osiągnięciu poziomu 9%, w drodze

zmiany zapisów ustawy. W 2005 roku głosy podzieliły się mniej więcej po połowie. W około 50% respondenci vox populi widzieli szanse dalszego wzrostu składki, w drugiej połowie - zachowanie jej na obecnie określonym poziomie. Głosy VIP-ów także były podzielone, zatem "na dwoje babka wróżyła".

Jak wiadomo, obecnie w ustawie o świadczeniach zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych, wskazano przyrost składki zdrowotnej do wielkości 9%, zatem połowa respondentów okazała się zbyt optymistyczna, jeśli chodzi o przyrost składki.

W perspektywie 2015 roku jest niemal pewne, że składka nie wzrośnie. W roku 2020 istnieje umiarkowane prawdopodobieństwo, że składka wzrośnie, możliwe, że w podobnym tempie jak poprzednio, czyli 0,25% rocznie, w latach 2016-2020. Oznacza to, że **maksymalny przewidywany poziom składki w roku 2020 to 10%** od podstawy opodatkowania,

choć wysoce prawdopodobny jest także scenariusz status quo.

Istnieje także pewne prawdopodobieństwo zamiany składki na inne obciążenia, lecz to nie zmienia szacunków samych wzrostów kwot, a jedynie źródło ich pochodzenia.

## > Opłaty pacjenta w systemie publicznym

W sferze opłat ponoszonych przez pacjenta za świadczenia w sektorze publicznym, rozważano kilka możliwości.

Pierwsze pytanie z tej serii dotyczyło możliwości podnoszenia standardu za dopłatą. Jak wiadomo, tak w roku 2005, jak i obecnie (w roku 2014) pacjenci mają prawo do świadczeń kontraktowanych i jeśli chcą podnieść standard muszą pokrywać koszty całości świadczenia (np. nie można legalnie dopłacić do lepszego wypełnienia stomatologicznego). Pytanie do respondentów w roku 2005 dotyczyło możliwości legalnego dopłacenia za ponad standard. Średnia ocena prawdopodobieństwa takiego obrotu spraw była wysoka i wynosiła 66%. Najczęściej typowano 50-procentową szansę takiego scenariusza. Spośród VIP-ów, status quo przewidywali Panowie Szkop i Wojtyła, pozostali przewidywali z dużą pewnością, że taki scenariusz się ziszczy, do 100% pewności u Krzysztofa Bukieła i Marka Wójtowicza.

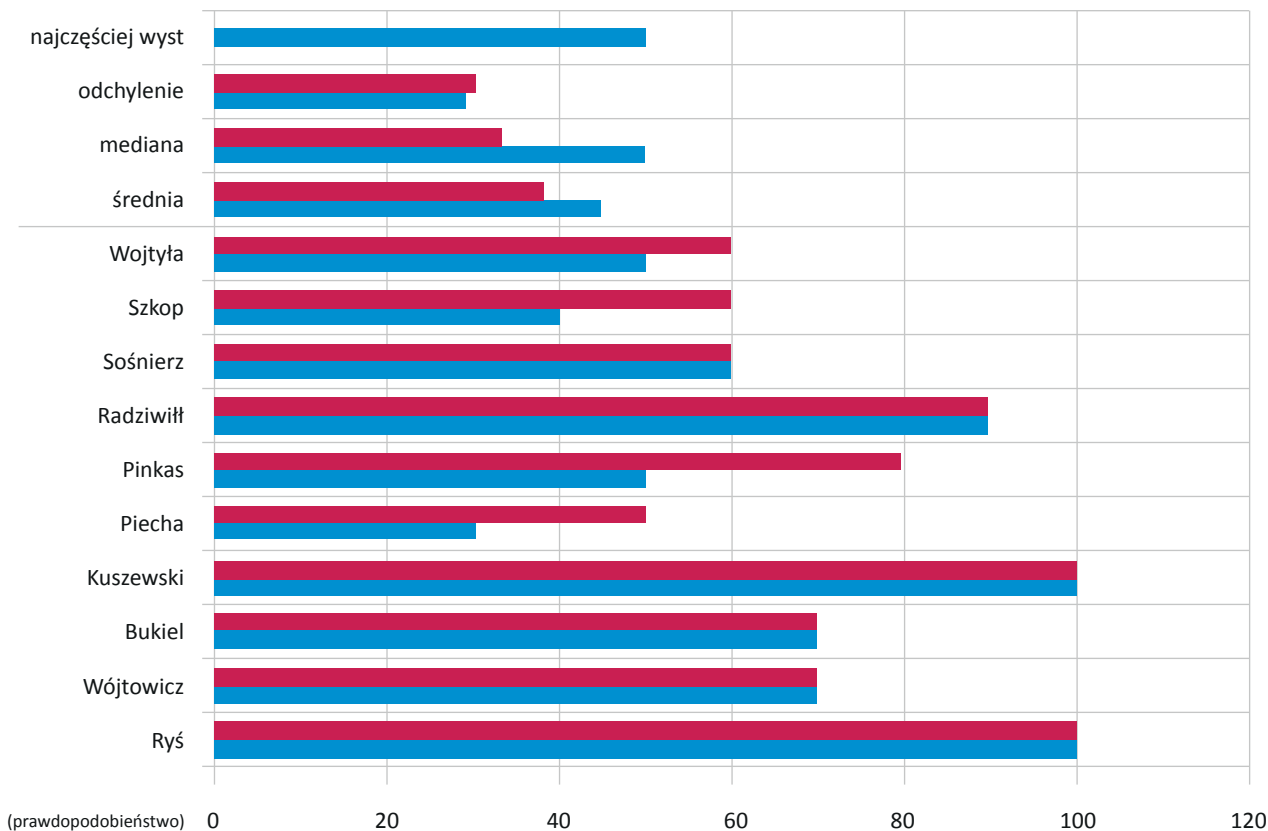
Kolejne pytanie dotyczyło możliwości pobierania od pacjenta przez świadczeniodawcę kwoty wynikającej z różnicy między jego „ceną”, a kwotą, jaką opłaca NFZ. Taka opcja przedstawiana była w 2005 roku m.in. w programie OZZL i występuje w niektórych systemach, np. u części lekarzy francuskich czy niemieckich, kontraktowanych przez prywatne kasy chorych. Prawdopodobieństwo takiego (radykałnego) scenariusza zostało ocenione w 2005 roku zaskakująco wysoko: średnio 38%. Najczęściej wskazywano 50% prawdopodobieństwa takiego rozwoju wypadków. Również VIP-y dość wysoko oceniali możliwość wystąpienia takiej sytuacji; na 50 i więcej procent, jedynie poseł Szkop nie dał szansy takiemu scenariuszowi, a Panowie Bolesław Piecha, Konstanty Radziwiłł i Andrzej Sośnierz byli nieco sceptyczni.

Trzecia rozważana możliwość wprowadzenia prywatnych opłat dotyczyła przeskakiwania kolejek. W 2005 roku zapytano respondentów, jaka jest szansa, by: 1/ pacjent mógł zrezygnować ze swoich uprawnień ubezpieczonego i w placówce

publicznej za pieniądze przeskoczyć kolejkę, 2/ pacjent mógł oficjalnie dopłacić w celu przyspieszenia leczenia. Szczególnie ta pierwsza możliwość była szeroko dyskutowana w tym czasie w mediach i doczekała się oficjalnej interpretacji ze strony Ministra Zdrowia Marka Balickiego. Sprowadzała się ona do zakazu „rezygnowania z uprawnień ubezpieczonego”. Jak wynikało z odpowiedzi ankietowanych w roku 2005, szanse na tą pierwszą zmianę respondenci oceniali wysoko, średnio 49%, przy czym najczęściej typowali 80%. Z VIP-ów największe prawdopodobieństwo takiego rozwoju wypadków widzieli Prezes Radziwiłł i Dyrektorzy Pinkas i Wójtowicz. Posłowie Władysław Szkop i Bolesław Piecha byli z kolei zdecydowanie sceptyczni do szans takiego rozwoju spraw. Znacznie mniejsze szanse dawano rozwiązaniu, gdzie za dodatkową opłatą można przeskoczyć kolejkę. Średnio respondenci szacowali możliwość wystąpienia takiego rozwiązania na 17%, przy czym najczęściej nie dawano żadnych szans temu rozwiązaniu. Kilku VIP-ów miało jednak odmienne zdanie, w szczególności Andrzej Ryś, ale także Andrzej Sośnierz, Jarosław Pinkas i Krzysztof Bukiel.

Kolejne dwa pytania dotyczyły współpłacenia, jakie miałyby się pojawić w związku z usługą ambulatoryjną czy szpitalną. Zapytano jakie są szanse, że w roku 2009 pacjenci będą: wносить drobne kilkuzłotowe opłaty lub może płacić pewien odsetek ceny świadczenia. Istniała także możliwość wybrania opcji status quo, czyli takiej, kiedy nic się nie zmienia w stosunku do roku 2005. Jak wynika z analizy odpowiedzi, respondenci w populacji uznają na 45% za prawdopodobne wprowadzenie opłat za wizyty ambulatoryjne i nieco mniej, bo 38% opłat za dzień pobytu w szpitalu. VIP-y mają bardziej zdecydowane zdanie (50 i więcej procent), że pojawią się opłaty w obu miejscach wykonywania świadczeń. Najmniejsze szanse tym rozwiązaniom dali Panowie Posłowie Piecha i Szkop, lecz nawet w ich opiniach jest to dość możliwy scenariusz.

*Drobna kilkuzłotowa opłata*



- za dzień w szpitalu
- za wizytę

Dużo mniej prawdopodobne wydaje się VIP-om wprowadzenie opłat pacjenta, pokrywających pewien określony procent ceny świadczenia. Jedynie Dyrektor Pinkas typował wysoką wartość szans takiego rozwiązania, podczas gdy Panowie Radziwiłł, Sośnierz czy Kuszewski nie widzieli żadnej możliwości wprowadzenia takiego rozwiązania.

Jak wiadomo, żadne z wymienionych rozwiązań nie pojawiło się do roku 2014. W perspektywie roku 2015 także się ono nie pojawi. W perspektywie 2020 wydaje się, że pewne, choć niewielkie szanse mają rozwiązania 1/ dopłaty do usługi ponadstandardowej (choć wielkim wyzwaniem będzie określenie „standardu”) oraz 2/ wprowadzenie współpłacenia za usługi ambulatoryjne. To drugie rozwiązanie może być z konieczności wprowadzone, jeśli wymuszają je okoliczności prawne, związane z Dyrektywą transgraniczną (patrz: niżej).

## > Refundacja kosztów poniesionych w relacjach krajowych

Tak w roku 2005, jak i obecnie (w roku 2014), pacjenci mają prawo do bezpłatnego korzystania z usług kontraktowanych świadczeniodawców. W związku z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu z lat 1996-2003, rozważano, na ile prawdopodobne wydaje się, refundowanie przez NFZ post factum kosztów, które pacjent poniósł płacąc za usługę bezpośrednio w placówce. Rozważano zatem cechę systemu, która jest bardzo pierwotnie ubezpieczeniowa: refundacja kosztów poniesionych. Obecnie takie formy finansowania świadczeń w Europie występują w Belgii, Luksemburgu i we Francji, a w wyniku orzeczeń ETS w Holandii, Austrii i Niemczech. W 2005 roku zaczęto mówić o konieczności regulacji w postaci Dyrektywy, omawianego zagadnienia w relacjach pomiędzy krajami Unii Europejskiej. Dyrektywa o prawach pacjenta w opiece transgranicznej była jeszcze odległą przyszłością, a już planowano rozpoczęcie prac na Dyrektywą usługową, w ramach której, planowano uregulować także zagadnienia usług medycznych. Tym niemniej scenariusz, iż orzeczenia ETS wpłyną na relacje na krajowym rynku ochrony zdrowia, wydawał się mało prawdopodobny.

W roku 2005 szanse na zaistnienie takiej sytuacji oceniane były przez respondentów na poziomie średnio około 20%, przy czym najczęściej typowano prawdopodobieństwo równe 0. W porównaniu do vox populi największą szansę na taki rozwój

spraw widział Krzysztof Bukiel i Andrzej Ryś. Przeciwnego zdania byli się pozostali respondenci, przy czym Panowie Władysław Szkop, Konstanty Radziwiłł, Bolesław Piecha i Krzysztof Kuszewski byli tego pewni w 100%. Jak się okazało, słusznie. Nie tylko w perspektywie roku 2009, ale także 2014 i prawdopodobnie kilku następnych lat, nic w tej sprawie nie ulegnie zmianie.

W roku 2014 mamy jednak nieco odmienną sytuację. Dyrektywa O prawach pacjenta w opiece transgranicznej powinna wejść w życie w październiku ubiegłego roku (2013). Ministerstwo Zdrowia pracuje nad założeniami, ale wydaje się, że bez istotnej presji, za to z wieloma obawami. Choćby z tego powodu w perspektywie 2015 nie nastąpi żadna zmiana.

Do roku 2020 jest jednak prawdopodobne, że wprowadzone przez MZ regulacje prawne, w konfrontacji z zasadami Konstytucji (niedyskryminacji nikogo), mogą spowodować, że NFZ zostanie zmuszony do uwzględniania rachunków do rozliczenia, nie tylko tych pochodzących od świadczeniodawców zagranicznych, ale także tych, pochodzących od świadczeniodawców krajowych.

## > Koszyk świadczeń

W roku 2005 koszyk świadczeń był domyślny. W ustawie ubezpieczeniowej mówiono o rodzajach świadczeń (szpitale, placówki ambulatoryjne itp.), ale nie było regulacji dotyczących konkretnych procedur, za wyjątkiem dentystryki, chirurgii plastycznej, PET i jeszcze kilku bardzo rzadkich w owym czasie technologii.

W tymże 2005 roku zadano zatem pytanie o koszyk usług i szanse na jego wprowadzenie. Pytanie to było związane z wymienieniem pewnej grupy usług, które w ramach decyzji „koszykowych” mogłyby zostać usunięte z zakresu świadczeń gwarantowanych w systemie publicznym.



Wysokie prawdopodobieństwo respondenci przewidywali dla usunięcia usług dentystycznych, szczególnie wykonywanych dla osób innych niż kobiety w ciąży i dzieci. Średnio, taką możliwość przewidywało 42% respondentów, przy czym Panowie Ryś i Kuszewski byli pewni (100%), że to nastąpi. Znacznie bardziej sceptyczni w tym zakresie byli Panowie Bukiel i Piecha, którzy dali jedynie po 10% szans rozwoju takiego scenariusza. Jednocześnie wyeliminowanie usług dentystycznych w ogóle miało nastąpić z 27% prawdopodobieństwa, lecz wiele osób wskazywało zerowe szanse takiego rozwiązania.

Wyłączenie poza koszyk usług sanatoryjnych respondenci vox populi typowali jako możliwe w 43%, a rehabilitacji w 27%. Wśród VIP-ów zdania były podzielone i raczej nie widzieli możliwości wyłączenia rehabilitacji, natomiast widzieli dość duże prawdopodobieństwo wyłączenia usług sanatoryjnych. Poza wymienionymi rodzajami usług, najczęściej uznawano, że jest możliwe wyłączenie poza koszyk świadczeń na rzecz nietrzeźwych i odurzonych, co pewnie stanowiło emanację własnych

doświadczeń z takimi osobami w Izbie przyjęć. Generalnie, wyłączenia wymienionych grup świadczeń uznano za możliwe w przedziale od 25 do 45% szans.

Jak pokazuje historia, koszyk świadczeń po wielu latach został określony. W ramach tego jednak bardzo niewiele świadczeń zostało ograniczonych.

W perspektywie 2015 nic w tym zakresie się nie zmieni. Także do roku 2020 formalnych zmian nie należy się raczej spodziewać; raczej bardziej prawdopodobne są zmiany nieformalne polegające na spadającej dostępności do świadczeń (np. dentystycznych). Z drugiej strony, konsekwencje Dyrektywy transgranicznej mogą jednak spowodować pewne zmiany i konieczność formalnego usunięcia świadczeń poza koszyk, jeśli miałyby być masowo rozliczane na podstawie kosztów poniesionych.

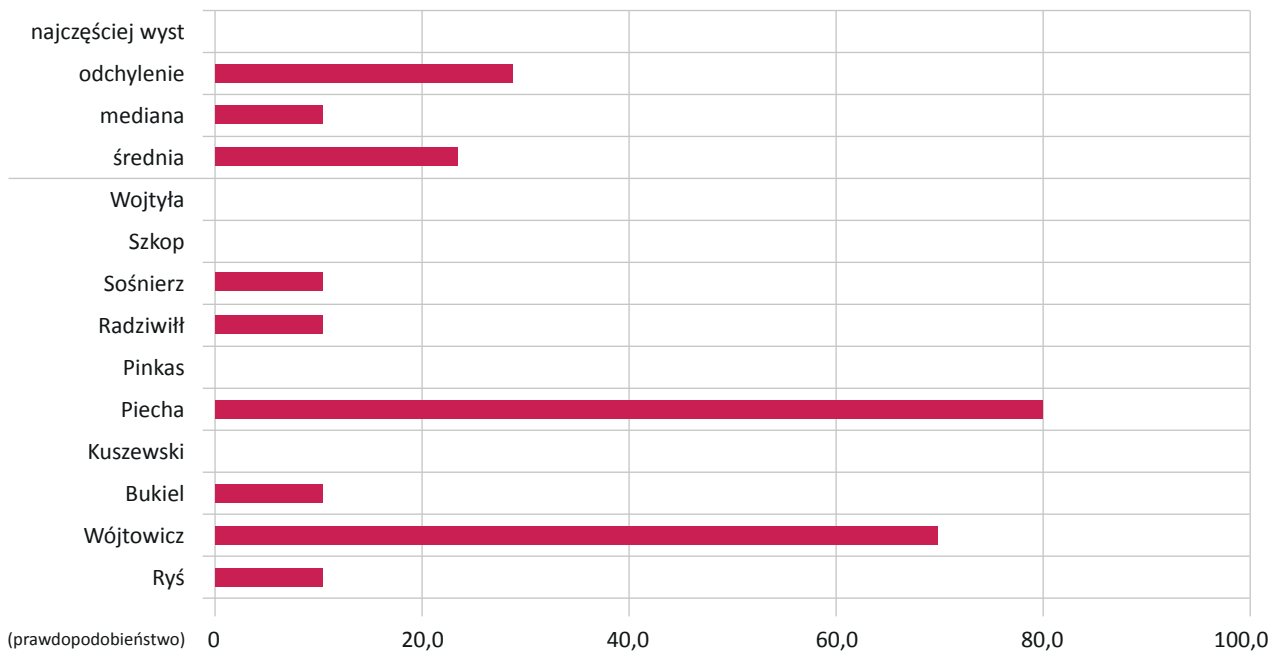
## > Organizacja instytucji systemu

W ostatnich miesiącach ulubionym motywem dyskusji ponownie stała się reorganizacja, lub wręcz likwidacja NFZ. W roku 2005 w pytaniach o organizację systemu, najpierw zapytano o to jak będzie wyglądać płatnik.

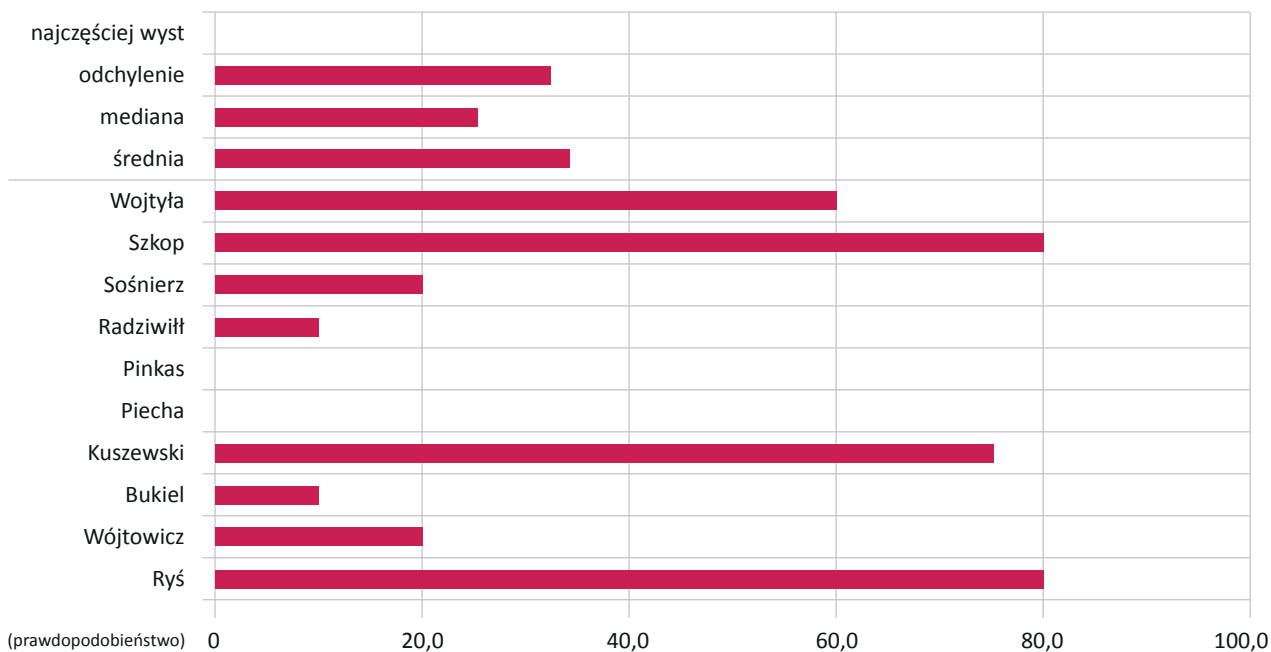
Przedstawiono zestaw różnych opcji: od systemu budżetowego (rząd i wojewodowie), samorządowy do ubezpieczeniowego, ubezpieczeniowego jednym ubezpieczycielem (NFZ), wieloma, w tym prywatnymi. Odpowiedzi, że płatnikiem będzie administracja rządowa respondenci wskazywali średnio z 23% prawdopodobieństwem, przy czym spośród VIP-ów, co

zrozumiałe, Poseł Bolesław Piecha jako główny orędownik tego rozwiązania wskazał na wyższą możliwość takiego scenariusza. Prócz Prezesa Marka Wójtowicza opcja ta nie była uznawana za zbyt prawdopodobną. Pomimo, że nie dyskutowano o opcji samorządowej opieki zdrowotnej, prawdopodobieństwo takiego rozwoju wypadków określano średnio na 20%, przy czym Poseł Władysław Szkop dał tej opcji aż 90% szansę realizacji. Opcja z zachowaniem NFZ wydała się możliwa średnio w 34%, przy czym Panowie Ryś, Kuszewski, Szkop i Wojtyła wskazali zdecydowanie na większe prawdopodobieństwo takiej sytuacji.

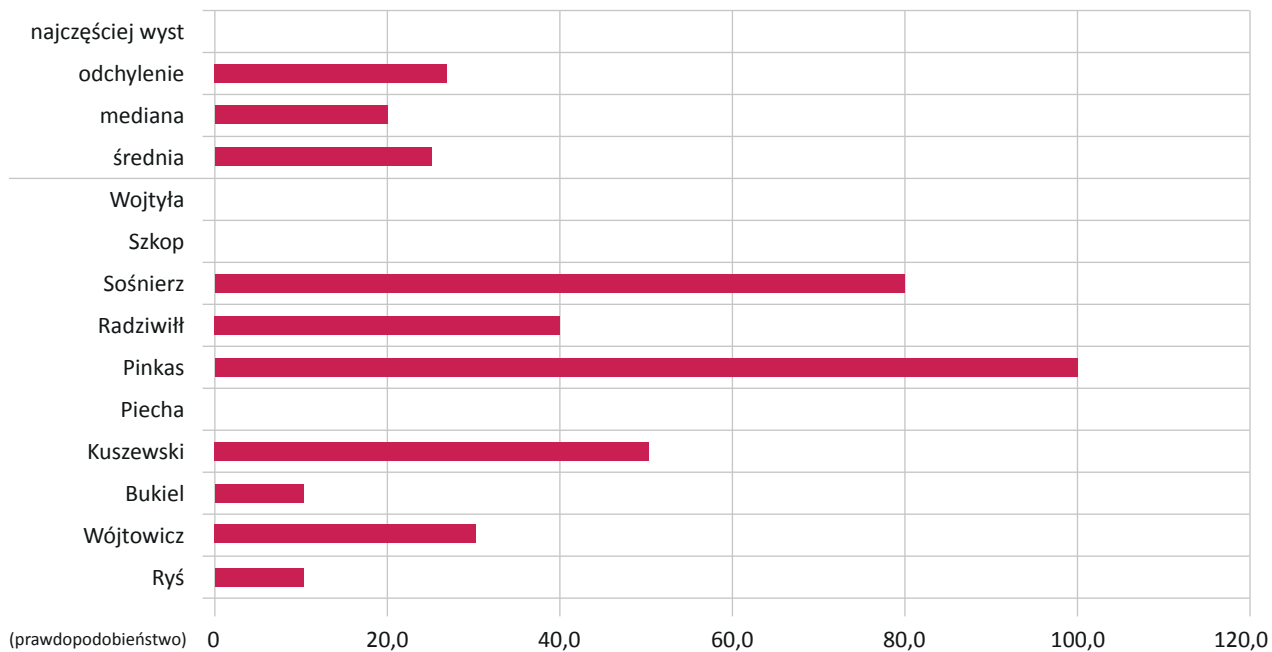
*Płatnikiem jest rząd i wojewodowie*



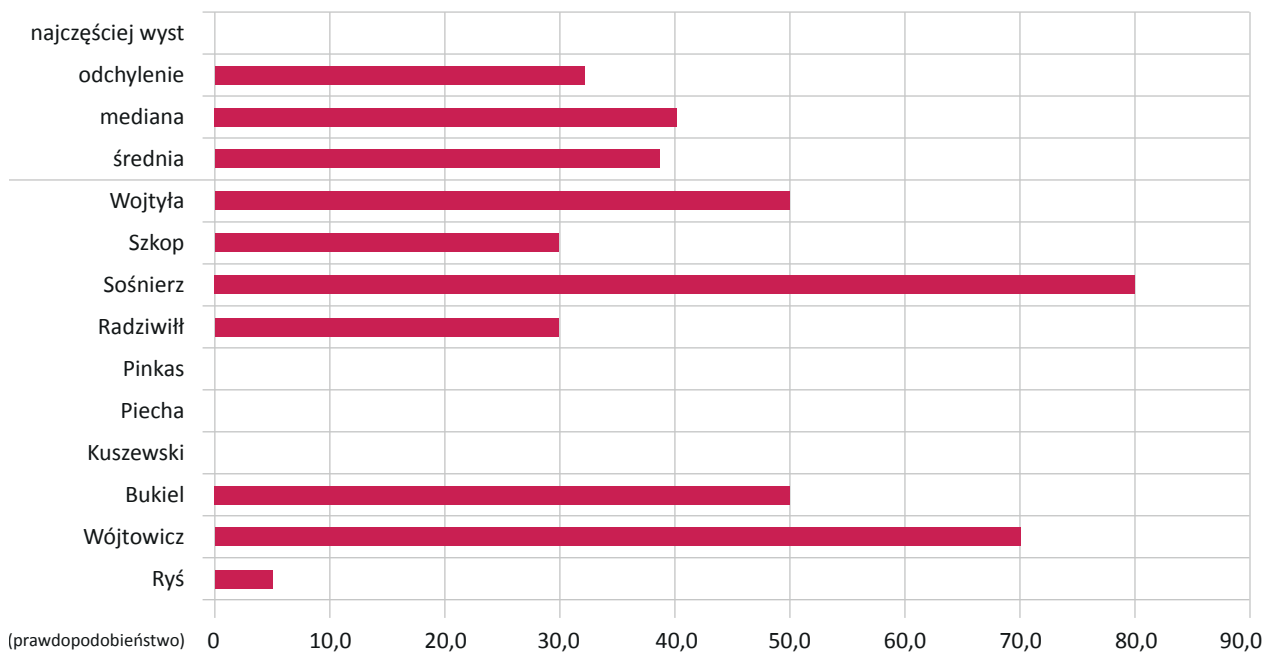
*Płatnikiem jest narodowy ubezpieczyciel*



*Płatnikiem są konkurujące podmioty publiczne*



*Płatnikiem są konkurujące podmioty publiczne i prywatne*



Na drugim biegunie pojawiły się formy organizacji z wieloma instytucjami ubezpieczeniowymi. W jednym przypadku tylko publicznymi, w drugim także prywatnymi. Respondenci za zdecydowanie bardziej prawdopodobną uznali sytuację, w której ubezpieczenia powszechne realizowane są przez konkurujące ze sobą podmioty publiczne i prywatne, niż tylko publiczne. Należy dopowiedzieć, że jeszcze jedna nie przedstawiana tutaj opcja – wiele niekonkurujących podmiotów publicznych (regionalne fundusze, na podobieństwo niedawno rozwiązanych kas chorych) wydała się respondentom w roku 2005 jeszcze mniej prawdopodobna (tylko 17% szans zaistnienia). Zatem szanse na pełną konkurencję ubezpieczycieli: publicznych i prywatnych, oceniono na 39%, przy czym wśród VIP-ów najsilniej wierzyli w zaistnienie takiej sytuacji Dyrektor Andrzej Sośnierz i Prezes Marek Wójtowicz. Zupełnie nie prze-

widywali takiej sytuacji dr Krzysztof Kuszewski, Poseł Bolesław Piecha i Dyrektor Jarosław Pinkas.

Jak wiadomo, do roku 2014, żadna z rozważanych zmian nie nastąpiła. Także do roku 2015 nic w tym zakresie raczej się nie zmieni i to pomimo kolejnej szerokiej fali dyskusji na ten temat.

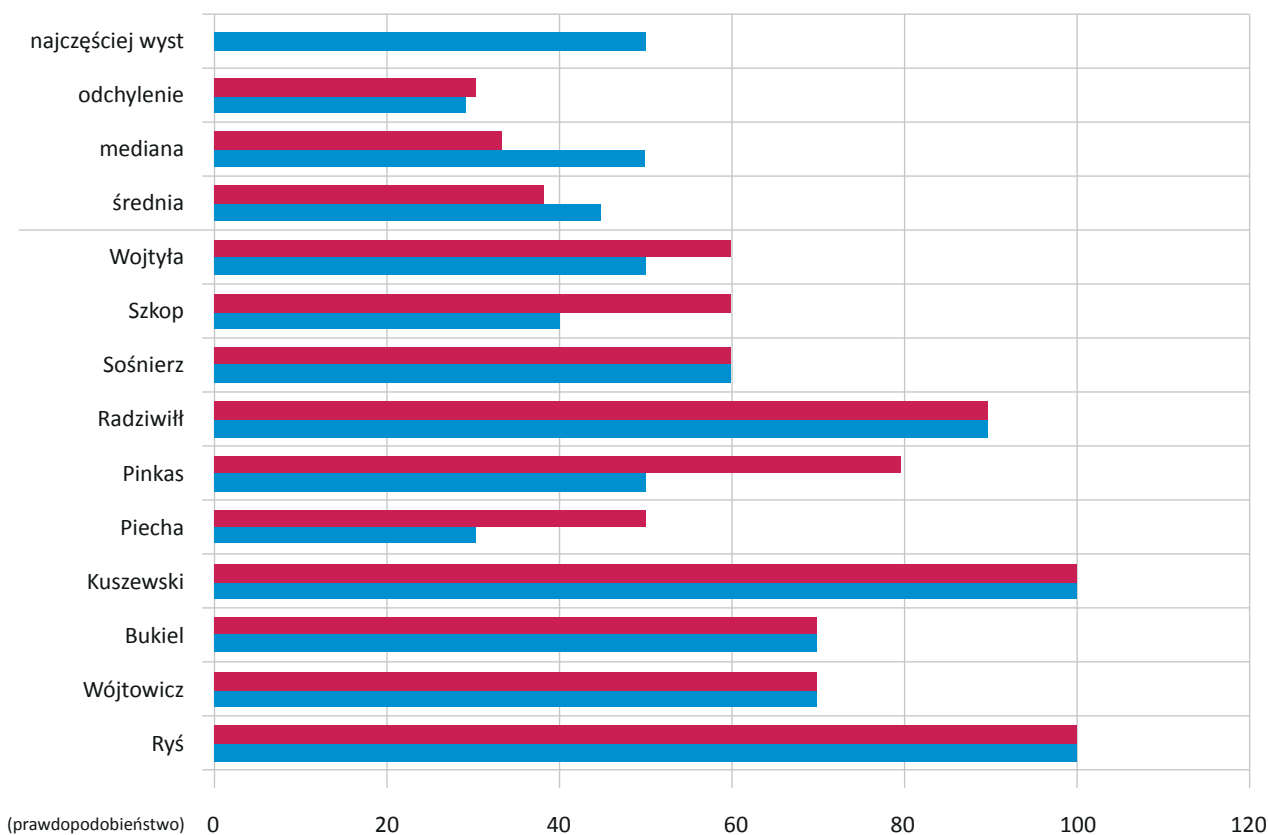
W perspektywie do 2020 możliwe jest większe podporządkowanie NFZ administracji rządowej, Ministerstwu na szczeblu centralnym i wojewodom na szczeblu wojewódzkim (plan Pana Piechy). Większe prawdopodobieństwo jednak należy przypisać scenariuszowi status quo z niewielkimi zmianami w rodzaju powołania Agencji Taryfikacji.

## > Ubezpieczenia prywatne

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są ciągłym tematem publicznych debat. Dla uproszczenia przyjęto, że firmy abonamentowe oferują także swego rodzaju ubezpieczenia zdrowotne. Wydatki prywatne na ochronę zdrowia stanowią 30%-40% całości wydatków, lecz tylko niewielka część z nich (nie więcej niż 5%) to wydatki przechodzące za pośrednictwem firm ubezpieczeniowych i abonamentowych. Ponieważ ubezpieczenia prywatne są często wymieniane przez polityków, jako pożądane narzędzie w systemie, w roku 2005 zapytano ich o szansę rozwinięcia się różnych form ubezpieczeń zdrowotnych i zajęcia przez nie co najmniej 30% rynku wydatków prywatnych, co by oznaczało w roku 2014 obroty rządu 10-12 mld PLN.

Z odpowiedzi w roku 2005 wynikało, że średnio szansę przejścia 30% rynku wydatków prywatnych przez firmy ubezpieczeniowe i abonamentowe oceniano z prawdopodobieństwem ok 30%. Zdania respondentów były podzielone, przy czym najbardziej optymistycznie te perspektywy widzieli Dyrektor Sośnierz, Przewodniczący Bukiel i Prezes Radziwiłł. Charakterystyczne jest to, że wysokie szanse na zaistnienie na rynku dawano ubezpieczeniom wzajemnym, które dotychczas na tym rynku w ogóle się nie pojawiły (mimo prób sięgających jeszcze początków lat 90-tych), a stosunkowo małe szanse silnie rozwijającym się firmom abonamentowym.

### Ubezpieczenie obejmuje min 30% wydatków prywatnych



- za dzień w szpitalu
- za wizytę

Historia pokazała, że rozwój abonentów w kolejnych latach był bardzo dynamiczny. Firmy te, nie tylko wiodące na rynku marki, ale także wiele mniejszych lokalnych firm obsługujących lokalnych pracodawców, rozwijały się w tempie 15-30% rocznie. Firmy ubezpieczeniowe rosły z kolei bardzo powoli, a ubezpieczenia wzajemne w ogóle nie zaistniały.

Od 2-3 lat tempo wzrostu sektora abonentowego było wolniejsze, natomiast bardzo nasiliły się procesy konsolidacyjne. Sektor ubezpieczeniowy natomiast w dalszym ciągu oczekuje regulacji prawnych, które pomogłyby mu rosnąć. Do 2015 na rynkach tych nie należy oczekiwać istotnych zmian. W perspektywie do 2020 istnieje pewna szansa na wprowadzenie regulacji sytuujących ubezpieczenia zdrowotne na polskim rynku. Regulacje te jednak mogą bardziej szkodzić aniżeli pomagać. Oczekiwania ubezpieczycieli (np. ograniczenie koszyka, ulgi podatkowe, szerokie i wysokie współpłacenie) mają małe szanse realizacji; w zamian za to legislatorzy mogą nałożyć na nową formę działalności nowe, nieistniejące obecnie ograniczenia, co rynkowi raczej będzie przeszkadzać aniżeli pomagać.

## > Zmiany własnościowe

Stosunki własnościowe były obszarem, który w ostatnich latach doświadczył największych zmian. Ustawa o działalności leczniczej zlikwidowała rozróżnienie na publiczne i prywatne placówki ochrony zdrowia. Mimo, że w świadomości społecznej te podziały ciągle istnieją, różnice stosunkowo się zaciera. Wiele szpitali działa w formie spółek, wiele zostało wydzierżawionych lub w innym trybie przejętych przez sektor prywatny. Sektor ambulatoryjny jest już od dłuższego czasu w większości prywatny.

W roku 2005 zapytano respondentów o penetrację rynku usług szpitalnych przez sektor prywatny. 21% respondentów uważało, że sektor prywatny może zwiększyć swój udział do 30% całości rynku usług szpitalnych. Spośród VIP-ów jedynie Dyrektor Pinkas jest pewny takiego scenariusza wydarzeń, także Przewodniczący Krzysztof Bukiel w części podziela to zdanie. Pozostali respondenci byli bardziej sceptyczni. Choć należy zauważyć, że przewidziano już wcześniej wzrost sektora prywatnego w szpitalnictwie, tylko bardziej umiarkowany i wolniejszy.

Historia ostatnich lat pokazuje, że sektor prywatny silnie penetruje rynek usług szpitalnych. Dzieje się to poprzez przejmowanie placówek publicznych, ale częściej przez budowę placówek świadczących usługi jednego dnia, intensywnej interwencji (np. radiologicznej, radioterapii) i wypieranie z tych zakresów działalności szpitali publicznych.

Brak jest wiarygodnych danych liczbowych na ten temat, ale można szacować, że 70-80% sektora kardiologii inwazyjnej stanowi sektor prywatny, 90% dializoterapii, a obecnie rozwija się również radioterapia.

Należy spodziewać się nasilenia tych tendencji, w szczególności w związku z dużą ilością kapitałów poszukujących choć trochę wyższych rentowności, niż oferują rynki finansowe.

## > Podsumowanie

Z przedstawionych materiałów wynika, że oczekiwanie zmian w perspektywie 5-8 lat jest często większe, niż zmiany jakie faktycznie zachodzą. Okazuje się, że pewne obszary zmian, od lat dyskutowane i planowane, w ogóle się nie rozwijają. Dokonując przeglądu tych zagadnień wydaje się, że wynika to z oporu politycznego oraz z faktu, że nie ma szerszej zgody na ich wprowadzenie (vide: współpłacenie, ubezpieczenia prywatne, podnoszenie składki).

Z drugiej strony, rynek się rozwija, jeśli mu nie przeszkadzać. Przykładem jest przejmowanie szpitali przez sektor prywatny, rozwój prywatnych kapitałochłonnych usług. Najmniej

zmian dokonało się jednak na poziomie obsługi pacjenta oraz na najwyższych szczeblach zarządzania (NFZ, MZ).

W przyszłych 2-7 latach można przewidywać trwanie instytucji narodowego płatnika, choć można sobie wyobrazić zmianę jego podporządkowania; paradoksalnie jednak bardziej w kierunku faktycznej centralizacji niż decentralizacji.

Zakres koszyka świadczeń, współpłacenie, określenie „standardu”, a tym samym usług ponadstandardowych możliwe wydaje się jedynie wtedy, gdy nastąpi silny impuls z zewnątrz: takim impulsem mógłby być poważny kryzys gospodarczy, raczej mało prawdopodobny, lub interpretacja Dyrektywy

transgranicznej, która doprowadzi do konieczności rozliczania kosztów poniesionych nie tylko za granicą, ale także w kraju.

W istocie, to właśnie Dyrektywa o prawach pacjenta w opiece transgranicznej jest tym pojedynczym czynnikiem, który może wywołać największe zmiany w silnie „zacementowanym” systemie ochrony zdrowia w Polsce.





Dr Dobrawa Bożena Biadun

# **ANALIZA TRENDÓW ROZWOJU SEKTORA OCHRONY ZDROWIA – CZ. II**

**Autor:**

Dr Dobrawa Bożena Biadun

Opracowanie powstało na zlecenie Konfederacji Lewiatan

**Warszawa 2014.**

- 1** > Wstęp
- 2** > Część 1. Organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej
- 8** > Część 2. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych
- 15** > Część 3. Trendy w dalszym rozwoju sektora ochrony zdrowia
- 22** > Podsumowanie

# Wstęp

25 lat zmian w Rzeczypospolitej Polskiej jest dobrym czasem na podsumowanie i spojrzenie na miejsce, w którym się obecnie znajdujemy. Początki transformacji oparte były na wierze w to, że ciężką pracą, pomysłem można działać wiele. Wiele wskazuje na to, że obecnie jest inaczej. Należy zgodzić się z dr Henryką Bochniarz, która wskazała, że „niestety, po dwóch dekadach niewiele zostało z ducha tamtych czasów. Polska ugrzęzła w procedurach, a ludziom kreatywnym jest coraz trudniej działać”<sup>1</sup>.

Takie stwierdzenie idealnie odzwierciedla dzisiejszy system ochrony zdrowia. Oparty na procedurach i zarządzeniach, uwikłany w konieczność ciągłego raportowania o wszystkim, pełnym rejestrów i informacji, które oprócz uciążliwości nie wpływają na możliwość efektywniejszego leczenia. Pacjent stał się „świadczeniobiorcą”, a leczenie – świadczeniem zdrowotnym. Już nie idziemy do lekarza czy przychodni tylko do „świadczeniodawcy”.

Oczywiście nie ma idealnego systemu i wszystkie kraje szukają sposobów na efektywną ochronę zdrowia. Także w Polsce

odbywa się nieustająca debata o sposobie na lepsze zarządzanie w tej sferze. Sferze, która jest istotna dla każdego z nas.

Włączając się do tej dyskusji przygotowana została niniejsza analiza. Jej celem jest wskazanie tych obszarów, które w mojej ocenie wymagają zmiany oraz tych miejsc, które dają szansę na rozwój w najbliższych latach. W tym celu analiza została podzielona na trzy części. Pierwsza dotyczy obowiązującego systemu organizacyjnego. W części tej wskazano zakres funkcjonowania, najważniejsze przepisy oraz obszary wymagające zmian. Druga część dotyczy finansowania. Opisano w nim mechanizmy finansowania i miejsca wymagające interwencji oraz takie, które wymagają zagospodarowania.

Ostatnia część dotyczy trendów w rozwoju. W oparciu o analizę dzisiejszego stanu gospodarczego i otoczenia prawnego w ochronie zdrowia stworzono cztery najważniejsze obszary, które powinny być przedmiotem zainteresowania wszystkich. To miejsca kluczowe dla dalszego rozwoju tego sektora.

Dokąd zatem zmierzamy? Gdzie będziemy za kolejne 25 lat?

Dr Dobrawa Bożena Bładun

---

<sup>1</sup> H. Bochniarz, *Trzecia dekada wymaga więcej wysiłku*, 10/15/25. *Polska transformacja od niepewności do sukcesu*, Centrum Stosunków Międzynarodowych, THINKTHANK Ośrodek Dialogu i Analiz, artykuł dostępny na stronie: [www.mttp.pl/25/#](http://www.mttp.pl/25/#).

## Część 1.

# Organizacja i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej

Jednym z priorytetów działalności państw jest zawsze zdrowie. I to nie tylko w wymiarze opieki nad osobami chorymi, ale przede wszystkim w aspekcie zachowania obywateli w dobrym zdrowiu. Tak też powinno być w Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie na całą gospodarkę należy patrzeć przez pryzmat zdrowia.

W dokumencie Komisji Europejskiej z dnia 2 czerwca 2014 r. pt. „Godne życie dla wszystkich: od wizji do wspólnego działania”<sup>2</sup> wyraźnie wskazano, że „zdrowie definiowane jako dobre samopoczucie, a nie tylko jako brak choroby, jest warunkiem i efektem rozwoju gospodarczego i społecznego”<sup>3</sup>. I mimo, że polityka zdrowotna leży w kompetencji Państw Członkowskich, Komisja zwraca uwagę na to, że bez zdrowego społeczeństwa nie można myśleć o rozwoju na innych obszarach.

W Polsce kwestia zdrowia ma walor dobra podlegającego najwyższej ochronie. Zdrowie to wartość konstytucyjna<sup>4</sup>. W art. 68 ust. 1 Konstytucji RP wskazano, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03, wskazał, że „z art. 68 ust. 1 Konstytucji należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia. Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest naturalnie jakiś abstrakcyjnie określony (i w gruncie rzeczy niezdefiniowany [...]) stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności.” Prawo to przysługuje każdemu człowiekowi znajdującemu się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<sup>5</sup>. Jak słusznie zauważa prof. Andrzej Zoll,

<sup>2</sup> Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, Bruksela, COM(2014) 335 final.

<sup>3</sup> Op. cit., str. 7.

<sup>4</sup> „Zdrowie” rozumiane szeroko to również przyrodzona i niezbywalna godność (art. 30 Konstytucji RP), prawo ochrony życia (art. 38 Konstytucji RP), prawo do zachowania nieetykalności i wolności osobistej (art. 41 Kon-

stytucji RP), a także zakaz poddawania eksperymentom naukowym (art. 39 Konstytucji RP) i zakaz tortur (art. 40 Konstytucji RP). Ponadto „zdrowie” stanowi przesłankę do ograniczenia innego dobra konstytucyjnego (art. 31 ust. 1 Konstytucji RP).

<sup>5</sup> Zob.: K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP, (w:) Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, pod red. T. Mróz, Białystok 2011, str. 42.

prawo do ochrony zdrowia jest prawem wynikającym z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest obowiązana ochraniać<sup>6</sup>.

W dalszej części przepisu Konstytucja RP nałożyła na władzę publiczną obowiązek zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Dostęp ten ma być równy i niezależny od ich sytuacji materialnej (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP). Oznacza to konieczność zachowania równowagi pomiędzy potrzebami, a możliwościami budżetu państwa. Zasada ta nie oznacza oferowania wszystkich świadczeń zdrowotnych. **Zasada ta wymaga natomiast, aby pacjenci wiedzieli co im się należy w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych.** Na dzisiaj, jak wiadomo, pacjenci nie zawsze wiedzą co im się należy i otrzymania jakich świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych mogą się spodziewać.

Dokonując oceny obecnego systemu nie sposób spojrzeć na ilość regulacji funkcjonujących w tej sferze. Do najważniejszych aktów prawa kształtujących zasady funkcjonowania systemu zaliczamy:

1. ustawę z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich;
2. ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
3. ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej;
4. ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne
5. ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
6. ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
7. ustawę z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych;
8. ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

9. ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

10. ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Powyższe ustawy nie tylko wskazują na zakres zadań nałożonych na poszczególne grupy systemu. Są również gwarantem dla obywatela dostępności do najlepszego dla niego leczenia. Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przestrzeganie praw pacjenta jest obowiązkiem organów władzy publicznej, właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Jednym z podstawowych zasad kształtujących system ochrony zdrowia jest bowiem **prawo pacjenta do uzyskania świadczeń zdrowotnych** i to odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej<sup>7</sup>. Z prawem tym wprost skorelowany jest obowiązek lekarza wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością<sup>8</sup>. Podobnie pielęgniarki i położne zobowiązane są wykonywać swój zawód w poszanowaniu praw pacjenta, z zachowaniem dbałości o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej<sup>9</sup>.

Powyższe oznacza, że w pierwszej kolejności to pacjent jest odpowiedzialny za swoje zdrowie i ma on prawo do właściwej diagnostyki i leczenia. Żadne argumenty, a w szczególności finansowe, nie mogą odbierać pacjentowi tego fundamental-

<sup>6</sup> Zob. A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, Prawo i Medycyna 2000*, nr 8, vol. 2.

<sup>7</sup> Zob. art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

<sup>8</sup> Zob. art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

<sup>9</sup> Zob. art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

nego prawa. Państwo powinno natomiast wkraczać dopiero tam, gdzie pacjent sam sobie nie radzi.

W systemie tym najważniejszymi stronami są pacjenci i podmioty lecznicze. Na to nakładają się kwestie związane z obrotem lekami, wyrobami medycznymi, a w pewnym zakresie – również środkami spożywczymi (szczególnie chodzi tu o środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego<sup>10</sup>).

Dla prawidłowego funkcjonowania systemu najważniejsza jest podstawowa opieka zdrowotna. To tutaj pacjent powinien podlegać pierwszej diagnozie, a dopiero trudniejsze przypadki powinny trafiać do lekarzy specjalistów. Na końcu powinno być leczenie szpitalne.

Niejako obok, ale w pełni współdziałając w systemie, funkcjonuje opieka farmaceutyczna<sup>11</sup>. To ostatnie ogniwo, z uwagi na nieostrość przepisów, a w niektórych przypadkach – zbytnią restrykcyjność, uniemożliwia pełny rozwój, a co za tym idzie farmaceuta nie może nieść kompleksowej pomocy pacjentowi<sup>12</sup>. Szczególne znaczenie ma to przy pacjentach przewlekłych chorych i tych posiadających szereg schorzeń. Pacjent, lecząc się u różnych specjalistów, nie zawsze poinformuje każdego z lekarzy o przyjmowanych lekach, leczeniu w innym zakresie. Tu może przyjść na pomoc farmaceuta, który zareaguje na czas w zakresie ewentualnych interakcji pomiędzy lekami<sup>13</sup>, może też przypomnieć o konieczności wykupienia leków. Jednakże obecne rozumienie przepisu zakazujące reklamy apteki i jej

działalności uniemożliwia prowadzenie jakichkolwiek działań pro-pacjentkich. Również za „reklamę” Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna uznaje programy ubezpieczeń zdrowotnych, uniemożliwiając w ten sposób podział kwoty, którą pacjenci wydają na leki.

Mamy zatem obecnie taką sytuację, że pacjent nie może otrzymać opieki farmaceutycznej, ani żadnej informacji zewnętrznej dotyczącej danej apteki. Apteki z powodzeniem mogłyby realizować programy zdrowotne, profilaktyczne, zapewnić dostęp do podstawowych badań profilaktycznych i przesiewowych.

Dodatkowo zwiększona dostępność leków w placówkach obrotu pozaaptecznego niestety zwiększa ich spożycie. Już dziś problem nadmiernego zużycia leków i innych produktów parafarmaceutycznych plasuje Polskę w niechlubnej czołówce państw, w których istnieje najwyższa sprzedaż w tym segmencie. A tylko właściwa opieka nad pacjentem może korygować potrzeby zakupu określonych produktów (szczególnie z kategorii „OTC”) i ich ewentualne interakcje z innymi przyjmowanymi lekami. Z uwagi na fakt, iż w placówkach obrotu pozaaptecznego nie ma profesjonalnej opieki, konsumenci traktują te produkty jak każdy inny towar. Ten stan rzeczy wskazuje, że dotychczasowe regulacje nie są wystarczające, a pacjenci nie są świadomi zagrożeń. A skoro tak, to niestety na państwie leży obowiązek wprowadzenia dodatkowych restrykcji, bo bezpieczeństwo zdrowotne obywateli jest najważniejszym dobrem.

<sup>10</sup> Produkty takie przeznaczone są do zaspokajania potrzeb żywieniowych osób, których procesy trawienia i metabolizmu są zachwiane lub osób, które ze względu na specjalny stan fizjologiczny mogą odnieść szczególne korzyści z kontrolowanego spożycia określonych substancji zawartych w żywności czy do zdrowych niemowląt i małych dzieci w wieku od roku do 3 lat.

<sup>11</sup> Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich opieka farmaceutyczna jest dokumentowanym procesem, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta (art. 2a ust. 1 pkt 7 ustawy).

<sup>12</sup> Chodzi tu głównie o przepis zabraniający przekazywania informacji o pacjencie pomiędzy lekarzem a farmaceutą (zob. art. 103 ust. 2 pkt 4a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, zgodnie z którym wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, jeżeli apteka przekazuje dane umożliwiające identyfikację indywidualnego pacjenta lekarza lub świadczeniodawcy podmiotom bądź osobom trzecim, z wyłączeniem Inspekcji Farmaceutycznej i Narodowego Funduszu Zdrowia).

<sup>13</sup> Należy przypomnieć, że takiej możliwości nie ma w przypadku sprzedaży poza aptekami i punktami aptecznymi.

W celu zachowania kompleksowej opieki system ochrony zdrowia powinien funkcjonować tak, jak to zostało wskazane na poniższym uproszczonym schemacie:



W ramach ogólnego systemu mamy do czynienia z podziałem według zasady finansowania. Mniejszy – dopiero rozwijający się – to system opieki prywatnej. Drugi system – dzisiaj ważniejszy i determinujący rozwój całego systemu – to system publiczny. Jego ramy określone zostały przede wszystkim w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wraz z aktami wykonawczymi. Dodatkowo warto wspomnieć o zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które pomimo, że nie są konstytucyjnymi źródłami prawa powszechnie obowiązującego, kreują obecnie zasady wykonywania świadczeń zdrowotnych (ich zakres, koszt czy sposób rozliczania z podmiotami leczniczymi).

System ten, oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym, staje się coraz bardziej niewydolny. Brakuje tutaj myślenia perspektywicznego, opartego na wskaźnikach potrzeb zdrowotnych

obywateli. Do tego dochodzi limitowanie świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie – wydłużające się kolejki do specjalisty, czy na wykonanie określonych badań. Pacjent nie jest dla systemu zauważalny. Do granic absurdu Narodowy Fundusz Zdrowia doprowadził procedury przeprowadzania drobiazgowych kontroli podmiotów leczniczych, lekarzy czy farmaceutów. Najważniejsze to znaleźć błąd, niedociągnięcie. I nie ma znaczenia, że pacjentowi określone świadczenie się należało. Ważne, aby nałożyć karę.

Najbardziej zaskakujące rozstrzygnięcia zapadały swego czasu w zakresie kontroli realizacji recept lekarskich. Na podmioty lecznicze, lekarzy i podmioty prowadzące apteki nakładano kary za źle wystawioną receptę. Fundusz potrafił ukarać za posłużenie się skrótem nazwy miasta (np. „Wa-wa” zamiast „Warszawa”). Skutkiem takiej praktyki była konieczność rozbudowania przepisów dotyczących wystawiania i realizacji recept tak, aby możliwe było jak najszersze objęcie tych sytuacji, które nie wpływają na ważność recepty.



A gdzie w tym wszystkim pacjent? Przecież lekarz wypisując mu receptę na lek refundowany wiedział, że pacjent ma do tego prawo. To się nie liczy. Mimo konstytucyjnego prawa do zdrowia i ustawowego prawa do określonych świadczeń zdrowotnych pacjent powinien kontrolować lekarza, żeby ten nie popełnił błędu. Nic zatem dziwnego, że lekarze wolą wystawiać recepty na leki pełnopłatne (nierefundowane).

Drobiazgowość kontroli i całkowite wyłączenie podstawowych zasad kontroli określonych w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej skutkuje tym, że oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia mogą prowadzić kontrolę na tylko sobie znanych zasadach i wykorzystując bezwzględnie swoją dominującą pozycję. Strony umowy (świadczeniodawca, lekarz, czy podmiot prowadzący aptekę) muszą się całkowicie poddać tym zasadom, bo w najlepszym wypadku zostaną ukarani np. za utrudnianie kontroli.

[Konieczność ustawowego uregulowania kwestii kontroli z przestrzeganiem zasad wynikających z ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej jest zatem pilną potrzebą.](#) Obowiązkiem ministra właściwego do spraw zdrowia jest opracowanie tych przepisów w celu wprowadzenia jasnych reguł i poszanowania obu stron umów o wykonywanie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Opisany powyżej system ściśle powiązany jest z różnego rodzaju zasobami, a zasoby finansowe nie są najistotniejsze. Od lat mamy problem z niedoborem kadry medycznej<sup>14</sup>. Nie kształcimy wystarczającej liczby lekarzy, a do tego dochodzi problem dostępności do specjalizacji.

Z uwagi na fakt, iż w innych krajach również istnieje problem niedoboru kadry medycznej, chętnie zatrudnia się tam naszych specjalistów i personel medyczny.

Do tego dochodzi problem starzenia się osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych. „Udział lekarzy powyżej 65. roku życia w ogólnej liczbie lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu wzrósł z 18 do 20% w latach 2006–2012. W tym samym okresie udział lekarzy poniżej 40. roku życia zmniejszył się z 43 do 36% ogółu uprawnionych do wykonywania zawodu”<sup>15</sup>. Tym samym, z roku na rok, zwiększać się będzie odsetek lekarzy powyżej 65. roku życia. Bez wprowadzenia zmian w zakresie kształcenia w zawodach medycznych, dostępność do leczenia będzie się coraz bardziej zmniejszała. Wskaźniki GUS nie dają optymistycznych perspektyw. Jak wynika z prognoz w 2050 r. liczba ludności w Polsce wyniesie niecałe 33 951 mln osób<sup>16</sup>. Do tego wzrośnie liczba osób powyżej 65. roku życia i będzie to 1/3 populacji<sup>17</sup>. Problem ten dotyczy całej Unii Europejskiej, stąd podejmowane działania powinny mieć charakter horyzontalny. Działania indywidualne poszczególnych państw nic tutaj nie zmienią.

W konsekwencji popyt na usługi medyczne będzie wzrastał, a liczba lekarzy znacząco nie wzrośnie. Niestety, mimo tej świadomości, działania podejmowane przez państwo w żadnym zakresie tego faktu nie odzwierciedlają. Sztandarowym przykładem jest rozkład miejsc na specjalizacji i ich liczba. Mimo dużego popytu minister właściwy do spraw zdrowia przyznaje niezmienną liczbę rezydentur. [Warto również rozważyć wprowadzenie zasad odpracowania przez lekarzy specjalizacji.](#) Dodatkowo należy stworzyć takie ramy, aby lekarze chcieli pozostać w Polsce i tu pracować.

<sup>14</sup> Zgodnie z danymi GUS na dzień 31 grudnia 2012 r. w Polsce prawo wykonywania zawodu lekarza posiadało 137 109 osób, lekarza dentyści – 38 848 osób, farmaceuty – 29 869 osób, diagnosty laboratoryjnego – 11 799 osób. Natomiast prawo wykonywania zawodu pielęgniarki posiadało 285 339 osób, a położnej – 35 154 osób.

<sup>15</sup> Za: S. Golinowska, E. Kocot, A. Sowa, *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego*.

*Dotychczasowe tendencje i prognozy, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2013; 11 (2): 125–147, str. 136.*

<sup>16</sup> *W porównaniu ze stanem na 2013 r. to o 12% mniej ludzi.*

<sup>17</sup> *Więcej na ten temat zob. GUS, Prognoza ludności na lata 2014–2050, opracowanie z 2014 r.*

Z przekazem zatem należy stwierdzić, że w zakresie ochrony zdrowia Polska charakteryzuje się „nieodpowiedzialnością”. „Po pierwsze, możemy obserwować nieodpowiedzialność społeczeństwa, które przerzuca odpowiedzialność za całość życia społecznego na państwo”<sup>18</sup>. Drugim wymiarem jest nieodpowiedzialność polityczna – upolitycznienie wszystkich decyzji dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia, brak jakiegokolwiek wizji kierunku działań, a przede wszystkim chaotyczność i działanie pod wpływem chwili – bo trzeba „ugasić pożar”.

Na to nakłada się czynnik trzeci – administracyjny. Decyzje podejmowane, szczególnie w zakresie kontraktowania, oparte są na wysokim stopniu uznawalności, a brak przejrzystości sprzyja działaniom „na granicy”. Często zatem uczestnicy

konkursów nie wiedzą, jakie są kryteria oceny ofert, mają wątpliwości co do sposobu przyznawania punktów, oderwania punktacji od wysokości kontraktu. Przy kontraktowaniu nie ma również znaczenia jaką jakość reprezentuje podmiot. Taka nieodpowiedzialność w dużym stopniu funkcjonuje przy kontroli wykonywanych świadczeń. Jak już wspomniano wcześniej, drobiazgowość kontrolerów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia została nagięta do granic absurdu.

Bez wprowadzenia zmian w tym zakresie istnieje obawa, że w dłuższej perspektywie system ten okaże się bardzo niewydolny, a pacjenci mimo opłacanych składek zdrowotnych i tak będą musieli płacić za prywatną wizytę. No chyba, że o to właśnie chodzi?

---

<sup>18</sup> Za: E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 2011 r., str. 19.

## Część 2.

# Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych

Jak już zostało wykazane w pierwszej części tego opracowania, polski system ochrony zdrowia dzieli się według źródeł finansowania. Obecnie nadal najważniejszą funkcję pełni publiczna opieka zdrowotna (zależna od wysokości kwot otrzymanych przede wszystkim z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego), związana z jednym płatnikiem – Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z przepisami system ten oparty jest na dwóch filarach:

1. zasadzie równego traktowania oraz solidaryzmu społecznego;
2. zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawcy spośród podmiotów, które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W ramach systemu publicznego mamy do czynienia z następującym podziałem:



Zgodnie z przepisami ustawy, zakres świadczeń zdrowotnych<sup>19</sup> podlegających finansowaniu ze środków publicznych dotyczy prawa do świadczeń, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie, i obejmuje świadczenia z zakresu:

1. podstawowej opieki zdrowotnej;
2. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
3. leczenia szpitalnego;
4. opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
5. rehabilitacji leczniczej;
6. świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
7. leczenia stomatologicznego;
8. lecznictwa uzdrowiskowego;
9. zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy<sup>20</sup>;
10. ratownictwa medycznego;
11. opieki paliatywnej i hospicyjnej;
12. świadczeń wysokospecjalistycznych;
13. programów zdrowotnych;
14. leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
15. programów lekowych;
16. leków stosowanych w chemioterapii;
17. leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzanych z zagranicy w trybie tzw. importu docelowego.

Doszczegółowienie poszczególnych zakresów świadczeń gwarantowanych następuje w drodze aktów wykonawczych do art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Odrębnie regulowane są kwestie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Lektura rozporządzeń wydanych na podstawie wyżej wskazanego art. 31d nie daje jednak rozwiązania ani w zakresie faktycznych świadczeń, które można uzyskać w zamian za odprowadzanie składki zdrowotnej, ani nie wskazuje wysokości kosztów ponoszonych przez strony za udzielenie określonego rodzaju świadczeń. Dodatkowo pacjent (świadczeniobiorca) nie może skorzystać z usługi dowolnie wybranego podmiotu leczniczego, ale tylko z takiego, który podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (świadczeniodawcą).

Wyłącznie w zakresie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, a także wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie istnieją przejrzyste przepisy określające jaki produkt i w jakiej cenie jest dostępny w ramach refundacji. W pozostałym zakresie opis świadczeń nie daje pacjentom możliwości zrozumienia co i w jakiej cenie im przysługuje.

Dodatkowo z uwagi na konieczność zawarcia umowy z płatnikiem, istnieje ograniczenie w zakresie dostępu do podmiotów wykonujących świadczenia zdrowotne. Ograniczone zasady finansowe nie pozwalają na dowolność wyboru placówki medycznej.

<sup>19</sup>Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

<sup>20</sup>Zakres i wysokość odpłatności za wyroby medyczne określa akt wykonawczy wydany na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Ustawodawca stworzył natomiast całą procedurę otrzymywania umów na udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Podstawą procedury jest ogłoszenie konkursu, do którego mogą przystąpić wszystkie placówki z danego regionu, które wykonują określone świadczenia. Nie zawsze jednak zasady wyboru oznaczają wybór najkorzystniejszej, najlepszej oferty. Niestety zdarza się, że w opisanych warunkach określa się bardzo szczegółowe wytyczne, które mogą zaburzać konkurencję. Moim zdaniem warunki minimalne do kontraktowania zostały określone w aktach wydanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. **A zatem, jeżeli placówka posiada lepsze warunki niż te wynikające z rozporządzeń, to w konkursie automatycznie w tym zakresie powinna dostać wyższą punktację.** A ta placówka, która otrzyma największą liczbę punktów powinna otrzymać najwyższy kontrakt. Bywa jednak, że tak się nie dzieje. Szczególnie niezrozumiałe jest nierówne traktowanie w tym obszarze placówek z kapitałem prywatnym, które zasadniczo otrzymują mniejsze kontrakty. W zakresie nierówności i stosowania kryteriów, które mogą dyskryminować część podmiotów, niejednokrotnie wypowiadał się również Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który wydawał decyzje wskazujące na nadużywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>21</sup>.

Kolejny problem nękający polski system to ciągłe zmiany, również te dotyczące już podpisanych umów. Decydenci dokonują częstych korekt systemu bez szerokiej analizy i dialogu pomiędzy stronami uczestniczącymi w tym systemie. Pacjent

czuje się zagubiony w ilości obowiązujących go przepisów, a placówki ochrony zdrowia zarzucane są obowiązkami wynikającymi z raportowania do Narodowego Funduszu Zdrowia wykonanych świadczeń.

Zmiany w przepisach wymuszają aneksowanie poszczególnych postanowień umownych i warunków kontraktu. Zdarza się, że już po jego zawarciu Narodowy Fundusz Zdrowia w drodze zarządzenia zmienia wysokość wycen, co skutkuje zmianą w zakresie wysokości kontraktu. Nikogo już nie dziwi, że część zapisów podpisuje się z mocą wsteczną. Dodatkowo Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje swoją pozycję dominującą do tego, aby wymuszać na podmiotach leczniczych zawarcie proponowanego kontraktu. Tutaj nie ma żadnego pola do negocjacji.

Nawet jeżeli w trybie odwoławczym na drodze sądowej podmiot uzyska korzystne dla siebie rozstrzygnięcie, to nie ma to przełożenia na uzyskanie kontraktu. Skutkuje to zmniejszeniem i osłabieniem działań placówek medycznych w tym obszarze, ponieważ zdają sobie sprawę z faktu, iż nawet jeżeli mają rację, to nic nie uzyskają. Często takie działanie może wręcz wywołać negatywne skutki przy kolejnych postępowaniach konkursowych.

Kolejną kwestią wymagającą omówienia jest system rozliczania świadczeń i sposób ich taryfikacji. Zgodnie z obowiązującymi przepisami obecne rozliczanie następuje w oparciu o:

1. kapitałową stawkę roczną (tzw. per capita);
2. cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej;
3. ryczałt<sup>22</sup>.

Jednakże stawki te nie są odzwierciedleniem rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców. Nie mając pełnego pokrycia finansowego, bilans dodatni placówek ochrony zdrowia, szczególnie tych, które zajmują się najbardziej

<sup>21</sup>W przykładowym wyroku Sądu Apelacyjnego z Warszawy z dnia 23 maja 2012 r., sygn. akt VI Aca 1142/11 wskazano, że wprowadzanie dodatkowych kryteriów (tu chodziło o tzw. „ciągłość”), które nie mają charakteru merytorycznego (nie odnosi się bowiem do kwestii korzystności dla pacjenta, ponieważ nie bada czy umowa była należycie wykonywana) powodują

cych podział na „swoich” i „obcych” może nawet prowadzić do wykluczenia tych drugich z rynku, a tym samym jest działaniem antykonkurencyjnym.

<sup>22</sup>Zob. § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

niedoszacowanymi, kosztownymi procedurami, jest właściwie niemożliwy. Efektywne zarządzanie placówką przy zwiększającym się deficycie budżetowym w dalszej perspektywie jest niemożliwe.

Obecny system oparty na zasadzie wpływu kosztów leczenia na sytuację płatnika spowodował, że Fundusz oferuje niski poziom ochrony, a świadczeniodawcy zmuszani są do oferowania jak najniższych cen<sup>23</sup> i w żaden sposób nie są motywowani do podnoszenia standardu<sup>24</sup>.

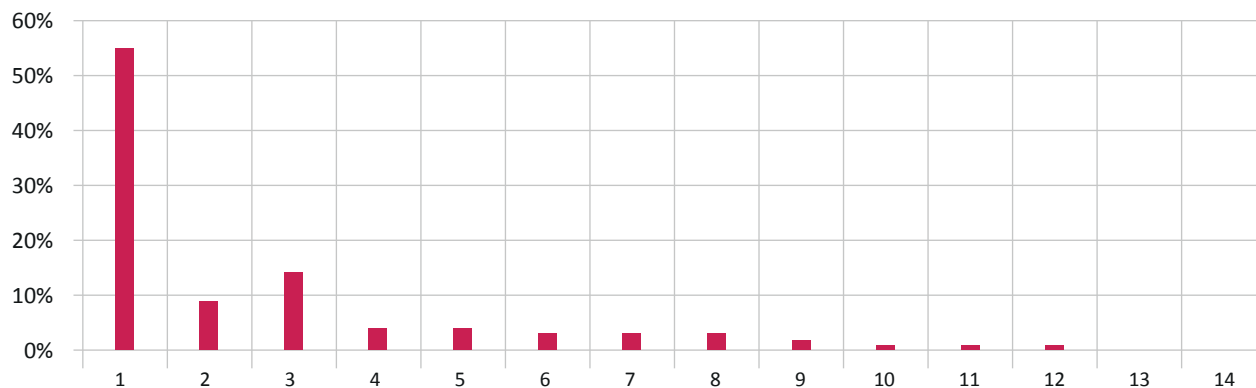
Jednocześnie podział środków w ramach budżetu NFZ jest bardzo nierówny. Wbrew idei, że to podstawowa opieka zdrowotna powinna być filarem systemu, NFZ większość składki

przeznacza na sfinansowanie opieki zdrowotnej – w 2013 r. było to 55% całego budżetu.

Natomiast na podstawową opiekę zdrowotną płatnik przeznaczył łącznie 14% z całego budżetu. Opieka paliatywna i hospicyjna to niecały 1% budżetu.

Taki podział środków wskazuje, że faktycznie nacisk w myśleniu o zdrowiu jest u nas położony na medycynę naprawczą<sup>25</sup>. I oczywiście nie można zarzucić, że jest to do końca błędne. Państwo może ustalić te zakresy, które uważa za najistotniejsze. Jednakże w pozostałym zakresie powinien istnieć jasny przekaz, że obywatele powinni zadbać sami o siebie już dziś, aby posiadać finansowe zabezpieczenie na przyszłość.

*Wydatki NFZ kształtują się na następującym poziomie (wydatki NFZ w 2013 roku):*



[1] – leczenie szpitalne;

[2] – ambulatoryjna opieka zdrowotna;

[3] – podstawowa opieka zdrowotna;

[4] – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

[5] – rehabilitacja lecznicza;

[6] – ratownictwo medyczne;

[7] – leczenie stomatologiczne;

[8] – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;

[9] – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;

[10] – zaopatrzenie w wyroby medyczne;

[11] – opieka paliatywna i hospicyjna;

[12] – leczenie uzdrowiskowe;

[13] – profilaktyczne programy zdrowotne;

[14] – pomoc doraźna i transport sanitarny.

*Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.*

<sup>23</sup> Jest to jeden z warunków konkursu – zob. art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym porównywanie ofert w toku konkursu odbywa się m.in. według kryterium ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>24</sup> Zob. B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego, Sprawne Państwo. Program Ernst & Young, Warszawa 2010, str. 21.*

<sup>25</sup> A przecież sam ustawodawca określając zakres świadczeń gwarantowanych na pierwszym miejscu wskazał „zachowanie zdrowia”.

Również samorządy terytorialne w małym stopniu wykonują swoje zadania w zakresie ochrony zdrowia. Na każdym szczeblu administracji są one zobowiązane do podejmowania działań w zakresie identyfikacji potrzeb zdrowotnych mieszkańców, planowania podaży świadczeń zdrowotnych czy promocji zdrowia. Jak wynika z opracowania Głównego Urzędu Statystycznego „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.” ogólna kwota wydatków samorządów na ochronę zdrowia wynosiła niecałe 2,5% budżetu. Większość z tych wydatków jest przeznaczona na zarządzanie podległych placówek ochrony zdrowia.

Rozróżniamy dwa podstawowe źródła finansowania:

- środki publiczne pochodzące z ubezpieczenia zdrowotnego (obowiązkowego i dobrowolnego) oraz z budżetu państwa,
- środki prywatne pochodzące bezpośrednio od pacjentów (płacone bezpośrednio przy korzystaniu z usługi medycznej) oraz od pracodawców (dodatkowe pakiety zdrowotne).

Brak jasnych kryteriów podziału pomiędzy tymi środkami powoduje, że często pacjent mający prawo do świadczenia na koszt państwa, rezygnuje z własnego prawa i wydaje własne środki na leczenie. Oznacza to wprost, iż „sytuacja jest obecnie taka, że obywatel przymusowo płaci tzw. składki ubezpieczeniowe na NFZ, który go w praktyce przed niczym nie ubezpiecza, a w przypadku choroby wymagającej interwencji specjalisty musi po raz drugi zapłacić za leczenie w gabinecie prywatnym”<sup>26</sup>.

Tak zdarza się często w sytuacji, gdy pacjent nie chce oczekiwać w kolejce, albo gdy nie ma możliwości skorzystania z konsultacji specjalistycznej w rozsądnym czasie. Jednakże determinacja organów władzy publicznej (odpowiedzialnych za ochronę zdrowia) do tworzenia równości w dostępie (a raczej w braku tej dostępności) skutkuje taką interpretacją przepisów, że faktycznie zabrania się pacjentowi leczenia (nawet za własne pieniądze), jeżeli tylko jest ubezpieczony. Albo pacjent korzysta z systemu tylko i wyłącznie w takim zakresie, jak to

określił płatnik publiczny, albo rezygnuje z niego i korzysta z pełnopłatnej opieki zdrowotnej.

Drugi z poważnych problemów ograniczających prawo do ochrony zdrowia polega na wyłączeniu przez państwo możliwości wykonywania przez placówki ochrony zdrowia, dla których podmiotem tworzącym są organy państwowe (ministerstwie, jednostki samorządu terytorialnego), płatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie w jakim placówki te posiadają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z brzmienia art. 44 i 45 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia wywodzą zakaz udzielania takich świadczeń. Przepisy te wskazują, że podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością, a osobom nieubezpieczonym wysokość opłat określa kierownik podmiotu.

Konstrukcja wskazanych powyżej przepisów prowadzi do nieuzasadnionej prawnie konkluzji, jakoby wynikał z nich zakaz wprowadzania innych form udzielania świadczeń zdrowotnych. Przepis art. 44 ustawy w gruncie rzeczy jest powieleniem przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wykładnia gramatyczna nie prowadzi do żadnych logicznych konkluzji. De facto jest to przepis informacyjny, niemający żadnego waloru normatywnego, jednakże organy państwowe wywodzą z niego bardzo niebezpieczną dla pacjenta normę – zabraniają odpłatnego leczenia osobom ubezpieczonym, chyba że świadomie pacjenci dokonają swobodnego wyłączenia ze swojego prawa i zgłaszając się do takiego podmiotu leczniczego zatają kwestię dotyczącą ubezpieczenia. Tak sytuacja ogranicza prawo pacjenta do najlepszego leczenia, nawet jeżeli stać go na dokonanie odpłatności.

<sup>26</sup>Za: A. Bielecki, S. Nieszporska, *Publiczna służba zdrowia: jak uzdrowić chory system. Chore zdrowie, Menedżer zdrowia, nr 5/2014, str. 33.*

Dane Głównego Urzędu Statystycznego opisujące strukturę wydatków na ochronę zdrowia wskazują, że kwota jaką wydaje obywatel z własnej kieszeni na opiekę zdrowotną w relacji do Produktu Krajowego Brutto utrzymuje się na poziomie 1,9% PKB przy zmniejszających się wydatkach publicznych – w 2012 r. wynosiły one 6,8% PKB<sup>27</sup>. Dodatkowo Polacy wydają najwięcej na leki spośród mieszkańców krajów Unii Europejskiej. Obowiązujący system refundacji leków został tak skonstruowany, aby wielkość środków publicznych utrzymywać mniej więcej na stałym poziomie. Wszelkie kwoty powyżej limitu musi dopłacić pacjent.

W Polsce nie ma rozwiniętej świadomości ani kultury ubezpieczeniowej, a większość z nas przywykła już do nieco socjalistycznego podejścia w ochronie zdrowia. Jednakże takie myślenie jest w większości przypadków jedynie obawą polityków przed dokonaniem zmian. Śmiem twierdzić, że po 25 latach od zmiany gospodarki, obywatele są świadomi odpowiedzialności za własny stan zdrowia. Do tego ważne jest, aby wyraźnie wskazać co się obywatelom ze środków publicznych należy, w jakim zakresie istnieje konieczność dopłacenia, a jakie usługi wymagają opłacenia z własnego budżetu.

Oczywiście zrozumiałe jest, że ograniczone zasoby, którymi dysponuje publiczny płatnik skutkują koniecznością dzielenia pieniędzy w sposób jak najbardziej równy, jednakże system tak nie działa. Przyjęte mechanizmy zostały wypaczone, a wprowadzane działania doraźne nie wpływają na ogólną ocenę systemu. Jak słusznie zauważa prof. Irena Lipowicz – Rzecznik

Praw Obywatelskich, odnosząc się do funkcjonowania NFZ: „Stworzono instytucję monopolistę, od której zdania zależy to, czy konkretny lekarz będzie miał kontrakt i w jakiej wysokości. Zasady podejmowania decyzji – mimo pewnych prób ich skodyfikowania – są bardzo nieprecyzyjne”<sup>28</sup>. Szerzej na temat krytycznej oceny funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia można przeczytać w opracowaniu Konfederacji Lewiatan pt. „Czarna lista barier dla rozwoju przedsiębiorczości 2014”.

Bez zmian w podejściu do systemu opieki zdrowotnej i jasnego sprecyzowania roli Narodowego Funduszu Zdrowia nie będziemy posuwać się do przodu. Nie można jednocześnie wyciągać rękę i karać za jej złapanie. Zakres zadań nałożony na płatnika wykracza poza wyłącznie zdrowotny charakter i powoduje, że na dzisiaj jest on bardziej obrońcą finansów niż jednym z kreatorów organizacji ochrony zdrowia w Polsce.

Tylko wspólne działanie płatnika, jednostek samorządu terytorialnego i organów władz centralnych wpłyną na pozytywne kształtowanie systemu. A zmiany są niezbędne, bo wydatki na ochronę zdrowia będą się zwiększały.

Co wpływa zatem na wzrost wydatków na ochronę zdrowia?

Wzrost zamożności i świadomości w społeczeństwie

Czynniki demograficzne

Rozwój technologii i wiedzy medycznej

<sup>27</sup>Za: GUS, *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok*.

<sup>28</sup>K. Gębska, B. Leśniewski, *Brak szacunku. Rozmowa z Ireną Lipowicz, Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Menedżer Zdrowia, nr 5/2014*.



Jak wynika z licznych analiz, istnieje ścisła zależność pomiędzy poziomem rozwoju gospodarczego, a wielkością wydatków na ochronę zdrowia, w tym wydatków dokonywanych przez samych pacjentów.

Pacjenci są coraz bardziej świadomi w zakresie wpływu stanu zdrowia na ich funkcjonowanie. Wyniki prowadzonych badań wskazują, że osoby zajmujące niską pozycję społeczno-ekonomiczną mają dwukrotnie większą szansę zachorowania na poważną chorobę, niż osoby o wyższym statusie materialnym<sup>29</sup>.

Przemiana, która dokonała się na przestrzeni ostatnich 25 lat wskazuje, że pacjenci chcą wiedzieć jaki jest stan ich zdrowia, interesują się leczeniem. To wymaga również zmiany w podejściu osób wykonujących zawody medyczne. Dzisiejsza medycyna opierać się musi na dialogu i współpracy pomiędzy pacjentem i lekarzem. Właściwe byłoby uwzględnienie w tym schemacie również farmaceuty i jego roli w relacjach z pacjentem, pomocy niesionej w ramach opieki farmaceutycznej.

Wraz ze wzrostem gospodarczym i wzrostem świadomości obywateli, pacjenci otrzymali dostęp do nowoczesnej aparatury, coraz lepszych metod leczenia. Wpływ na to ma globalizacja i rozwój technik teleinformatycznych umożliwiających szybki kontakt pomiędzy specjalistami. Oczywiście koszty tych metod są dużo wyższe, ale pacjenci coraz częściej domagają się możliwości z nich skorzystania.

Do tego dochodzi omawiany już czynnik demograficzny. Struktura polskiego społeczeństwa wyraźnie wskazuje, że jesteśmy społeczeństwem starzejącym się. Wraz z wiekiem wzrasta popyt na usługi medyczne. Bez dokonania jakichś zmian, za chwilę okaże się, że kolejki do specjalistów i możliwość otrzymania jakiegokolwiek świadczenia przekroczy „rozsądny termin” w stopniu zagrażającym dalszemu funkcjonowaniu obecnego systemu.

Te wszystkie czynniki wyraźnie wskazują, że [istnieje pilna potrzeba dokonania reform i to nie tylko na poziomie przepisów, ale przede wszystkim w podejściu do opieki zdrowotnej](#). Podejście to powinno bowiem mieć charakter systemowy, a minister właściwy do spraw zdrowia winien stać na straży, aby we wszystkich dziedzinach zdrowie było najważniejszym elementem.

Ważne jest również, aby wprowadzane zmiany miały charakter ewolucyjny, a decydenci winni w swych działaniach wsluchiwać się w głos środowiska. Zdrowie nie powinno być kartą przetargową w rozgrywkach politycznych, ponieważ dotyczy nas wszystkich. I w tej kwestii wszyscy powinni podjąć działania na rzecz pacjentów.

---

<sup>29</sup> K. Gębska, B. Leśniewski, *Brak szacunku. Rozmowa z Ireną Lipowicz, Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Menedżer Zdrowia*, nr 5/2014.

### Część 3.

# Trendy w dalszym rozwoju sektora ochrony zdrowia

Myślenie o polskim systemie ochrony zdrowia musi ulec zmianie zarówno w aspekcie wprowadzenia długoterminowych planów rozwoju (zamiast doraźnych działań mających gasić pożar w konkretnym segmencie systemu), jak i w zakresie szerszego rozumienia całego łańcucha powiązanych ze sobą elementów. I to nie chodzi wyłącznie o zmniejszenie barier biurokratycznych w relacji podmiot leczniczy–Narodowy Fundusz Zdrowia, ale zmianę podejścia do wszystkich jednostek działających w tym sektorze. Pacjent musi wziąć odpowiedzialność za swoje życie i zdrowie, pracownikom zawodów medycznych, w tym lekarzom, należy przywrócić właściwą dla nich rolę osób, które profesjonalnie leczą, stosują metody najlepsze dla danego pacjenta. Nie można również zapominać o roli aptek i działania na rzecz rozwoju polskiego przemysłu farmaceutycznego. Wsparcie z każdej strony działań zmierzających do zapewnienia zdrowia, zapobiegania jego utracie, jak również wzmocnienie działań wpływających na szybki powrót na rynek pracy powinny stanowić punkt wyjścia do rozmów o dalszych działaniach w obszarze ochrony zdrowia.

Jak już wskazano wcześniej, zdrowie to wartość konstytucyjna i jako taka powinna być uwzględniana w każdym aspekcie działalności państwa. Minister Zdrowia swoim autorytetem i wiedzą powinien z każdej strony zwracać uwagę na konieczność uwzględniania tej wartości w polityce rządu,

a w zakresie swoich kompetencji dążyć do zmian w sposób ewolucyjny, będąc wsłuchany w głosy wszystkich środowisk działających w obszarze ochrony zdrowia.

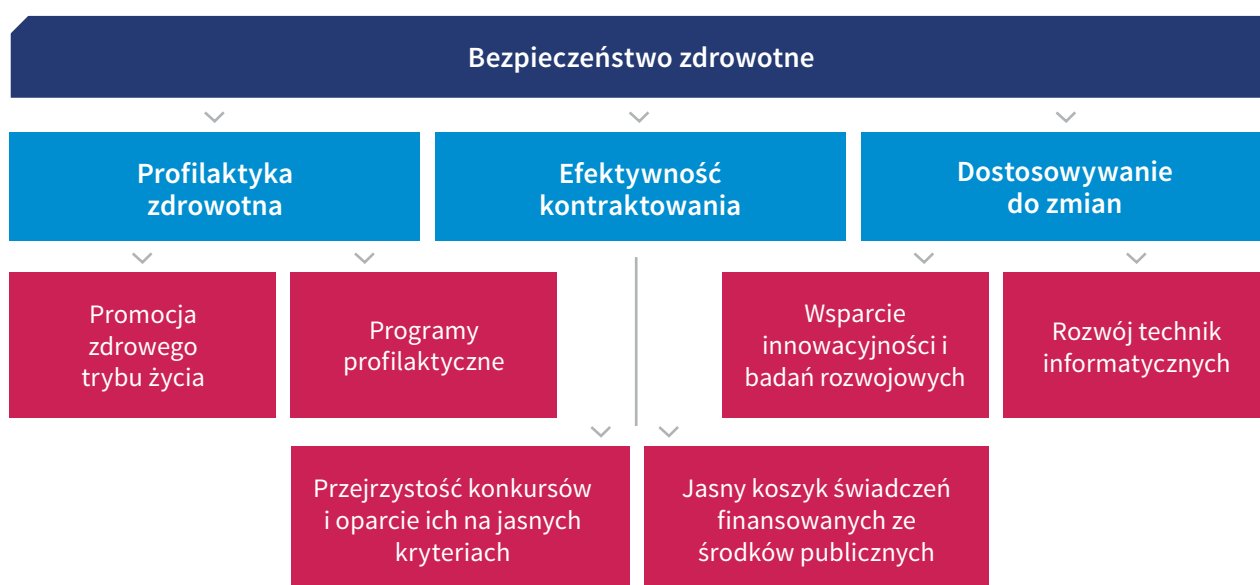
Nie można cały czas stać na stanowisku „walki” z przemysłem, „walki” z podmiotami leczniczymi, i to szczególnie tymi z kapitałem prywatnym. Powinniśmy odejść od polityki nieufności, a w niektórych dziedzinach – wręcz retoryki oskarżeń i manipulacji. Takie podejście nie buduje właściwych relacji. Wprowadzenie jasnych procedur kontaktów pomiędzy administracją, a partnerami społecznymi, otwartość i klarowność idei zmian wpłyną pozytywnie na postrzeganie całego systemu przez przeciętnego pacjenta.

Nadrzędnym celem dla nas wszystkich powinno być bowiem działanie w kierunku poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli na różnych płaszczyznach i poziomach. Opierając się na konstytucyjnej zasadzie pomocniczości, państwo nie powinno wkraczać tam, gdzie obywatele, samorządy mogą same sobie poradzić. Ważne jest zatem, aby przy kształtowaniu przyszłej polityki zdrowotnej oprzeć się na wspomnianej zasadzie pomocniczości oraz zasadach efektywności i solidaryzmu.

Za efektywność rozumiem skuteczność w realizacji celów zdrowotnych polegającą „na uzyskaniu jak najbardziej satysfakcjonującego efektu zdrowotnego bez nadmiernego wzrostu wydatków w systemie, i dotyczy zarówno kryteriów

medycznych, jak i ekonomicznych”<sup>30</sup>. Solidaryzm natomiast, to zarówno wzajemna partycypacja w kosztach systemu, jak i przeciwdziałanie nierównościom społecznym. To jednak wymaga posiadania przez organy władzy państwowej aktualnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i czynnikach na nią wpływających.

Poniższy wykres przedstawia propozycję patrzenia na „bezpieczeństwo zdrowotne” jako na wartość, na którą wpływa nie tylko funkcjonowanie opieki zdrowotnej, ale również sam obywatel i jego podejście do własnego zdrowia oraz analizowanie i dostosowywanie się do zmieniających się potrzeb społecznych.



## 1. > Profilaktyka zdrowotna

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków wymaga przede wszystkim zwiększenia roli profilaktyki zdrowotnej. I to zarówno w zakresie propagowania zdrowego trybu życia, jak i prowadzenia badań mających na celu wczesne wykrycie określonych schorzeń.

### **Profilaktyka zdrowotna powinna przyjąć wymiar stylu życia.**

Realizacja konstytucyjnego prawa człowieka do ochrony zdrowia oznacza bowiem z jednej strony nałożenie na państwo obowiązku podejmowania działań zmierzających do umożliwienia jednostce jak najpełniejszej realizacji tego prawa, z drugiej

<sup>30</sup>Za: M. Kolwitz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2010, 56, 3, 131–143, str. 132.

skiej, *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2010, 56, 3, 131–143, str. 132.

strony – nakłada na jednostkę obowiązek dbania o własny stan zdrowia. W orzeczeniu z dnia 19 listopada 1996 r., sygn. akt K 7/95, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że: „konstytucyjne prawo obywateli do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy nie może być rozumiane, jako całkowite zdjęcie z obywateli troski o ochronę zdrowia, zwolnienie ich z prezorności, zapobiegliwości i oszczędności oraz przeniesienie na państwo całego ryzyka niekorzystnych dla obywatela zdarzeń. Wysiłek państwa może się koncentrować – i nie będzie to sprzeczne z konstytucją – przede wszystkim na zapobieganiu, a jeżeli już się zdarzą, to na rekompensowaniu skutków takich zdarzeń, które są na tyle dotkliwe dla obywatela, że zawodna okazała się jego własna prezorność i zapobiegliwość.” Zatem nawet Trybunał Konstytucyjny zwraca uwagę na konieczność jak najszerzego zagwarantowania działań profilaktycznych, a te obecnie są marginalizowane. Jednostki samorządu terytorialnego skupiają się bardziej na funkcjonowaniu podległych im placówek ochrony zdrowia. Również budżet Narodowego Funduszu Zdrowia pokazuje, że profilaktyka zajmuje dalekie miejsce, jeżeli chodzi o priorytety.

I oczywiście zrozumiałe jest, że państwo może skupić się na medycynie naprawczej, ale nie można zapominać o działaniach mających na celu zapobiegać występowaniu określonych chorób, w szczególności tzw. chorób cywilizacyjnych.

Ważne jest, aby od najmłodszych lat kreować w obywatelach poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Obecnie mamy bowiem do czynienia z deficytem w tym zakresie. „Brak poczucia suwerenności i odpowiedzialności jednostki jest bardzo ważny, gdyż zgodnie z ogólnie przyjętą koncepcją czynników determinujących zdrowie człowieka to właśnie styl jego życia – czyli sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje, oraz indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru, w 50% wpły-

wa na jego zdrowie. Pozostałe czynniki to: biologia człowieka – czyli przede wszystkim czynniki genetyczne, które wpływają na zdrowie człowieka w 20%, środowisko – w rozumieniu środowiska społecznego, fizycznego, psychicznego i pracy, których wpływ szacuje się również na 20% oraz organizacja opieki zdrowotnej, czyli działania ochrony zdrowia, których wpływ ocenia się na 10%”<sup>31</sup>.

A zatem należy jak najpełniej wprowadzać na każdym szczeblach politykę działań prozdrowotnych i zaangażować w nie również lekarzy, farmaceutów i inne osoby wykonujące zawód medyczny.

Działania profilaktyczne obejmują pacjentów od najmłodszych lat. Funkcjonująca książeczka zdrowia jest bardzo dobrym przykładem na tworzenie wspólnej płaszczyzny działania lekarza i rodziców dziecka. Tworzenie jasnych i przejrzystych informacji o konieczności przeprowadzenia określonych badań dyscyplinują rodziców i od małego kształtują właściwe wzorce prozdrowotne.

Jednakże na pewnym etapie ten dokument przestaje wystarczać. Do tego musi dojść kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych oraz zachęcanie do aktywności fizycznej.

Ważne, aby również na etapie edukacji przedszkolnej i szkolnej te nawyki były utrwalane.

Pochwalić należy wszystkie oddolne inicjatywy dotyczące popularyzacji zajęć ruchowych. Zdrowy tryb życia powinien być częścią naszej codzienności. Jednakże pomimo istnienia oddolnych inicjatyw popularyzujących zdrowy styl życia należy zwrócić uwagę, że obecnie działania te jeszcze w niewielkim stopniu mają charakter globalny, obejmujący szerszą bądź całą populację. W tym zakresie konieczny jest czynny udział samorządów i władz centralnych.

Z drugiej strony bardzo ważne jest prowadzenie programów profilaktycznych, dotyczących diagnozowania na wczesnym etapie pod kątem obecności określonych schorzeń, szczególnie

---

<sup>31</sup>Za: E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce, Warszawa 2011 r., str. 19.*

w stosunku do osób znajdujących się w podwyższonej grupie ryzyka. W tym zakresie ważną rolę należy upatrywać w medycynie pracy, która prowadzona rzetelnie może również wpływać na wczesną wykrywalność niektórych chorób. Konieczne jest jednak, aby były wykonywane kompleksowe badania, a nie tylko wypełnienie formularza przez pracownika. [Przeciętny obywatel nie ma świadomości jakie powinien wykonać badania i jak często](#). Również edukacja w tym zakresie jest niezbędna.

Pracodawcy także powinni włączyć się w propagowanie właściwych postaw zdrowotnych, czy to poprzez tworzenie komfortowych miejsc pracy, czy też poprzez działania integracyjne wplatając w nie elementy działań prozdrowotnych. Z pełną aprobatą należy przyjąć takie inicjatywy jak szczepienia w miejscu pracy.

Ważnym ogniwem są również farmaceuci, których należy włączyć w działania profilaktyczne. Apteki to naturalne miejsce, gdzie pacjent może otrzymać fachową pomoc – opiekę farmaceutyczną.

Z powodzeniem zatem apteki mogą być miejscem edukacji prozdrowotnej, miejscem gdzie wykonuje się określone programy zdrowotne, czy drobne badania profilaktyczne (np. mierzenie ciśnienia).

Podnoszenie świadomości obywateli o korzyściach płynących na przyszłość z właściwych postaw zdrowotnych wpłynie nie tylko na zdrowsze społeczeństwo, ale i na całą gospodarkę.

## 2. > Efektywność kontraktowania

Kontraktowanie należy do tych obszarów systemu, które budzą największe kontrowersje zarówno po stronie podmiotów leczniczych, lekarzy, jak i pacjentów.

Brak jasnych kryteriów, uznawalność przy wyborze ofert, a następnie zupełne oderwanie wysokości kontraktu od ilości zdobytych punktów powoduje, że przystępując do konkursu podmioty nie wiedzą czego mogą się spodziewać. I to nawet w sytuacji, gdy mają bardzo dobry sprzęt (aparaturę medyczną) i wysokiej kwalifikacji kadrę medyczną. Nawet to nie daje gwarancji uzyskania kontraktu.

Tym samym istnieje pilna potrzeba zmian odnoszących się do określenia zasad kontraktowania i zwiększenie ich efektywności. Pod pojęciem efektywności kontraktowania mieszczą się dwa zagadnienia:

1. określenie realnego koszyka świadczeń zdrowotnych opartego na zasadzie solidaryzmu społecznego;
2. wprowadzenie jasnych i przejrzystych procedur zawierania umów pomiędzy płatnikiem, a podmiotem leczniczym i oparte na tej umowie przejrzyste zasady kontroli i oceny jakości podmiotów leczniczych.

W zakresie świadczeń nadal pokutuje mentalność ukształtowana w okresie socjalizmu, czyli postawa roszczeniowa. Płacąc składkę zdrowotną istnieje wśród pacjentów przeświadczenie, że się im wszystko należy. Niestety ograniczenia finansowe nie pozwalają na to, aby pacjent otrzymał świadczenie natychmiast i to najwyższej jakości. Sytuacja, w której system publiczny obejmuje 100% wszystkich świadczeń jest niemożliwa.

Te problemy zauważają nie tylko pacjenci i podmioty lecznicze. Również Komisja Europejska zaleciła Rzeczypospolitej Polskiej skorygowanie krajowego programu reform i wprowadzenie działań mających na celu zwiększenie dostępności do świadczeń, wprowadzenie racjonalizacji wydatków i szukanie oszczędności kosztowych, usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej<sup>32</sup>. Ma to tym większe znaczenie, że z powodu starzejącego się społeczeństwa spodziewane jest znaczne zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną.

---

<sup>32</sup>Zob. pkt 9 zaleceń Rady w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014 r., Bruksela COM (2014) 422 final.

Natomiast limitowanie świadczeń bądź określenie koszyka gwarantowanego przez państwo, o ile oparte na ustalonych obiektywnych i racjonalnych zasadach, jest nie tylko w pełni zgodne z normą konstytucyjną. Jest też dużo uczciwsze wobec obywateli niż uprawianie polityki fikcji, że obywatelowi wszystko się należy, skoro i tak państwo nie jest w stanie zagwarantować odpowiedniego poziomu tych świadczeń<sup>33</sup>.

Koniecznym staje się zatem takie doprecyzowanie koszyka, aby każdy pacjent wiedział na co może liczyć ze środków publicznych. W pozostałym zakresie niezbędne jest **wprowadzenie stopniowego współpłacenia za świadczenia, przy pozostawieniu prawa do całkowicie bezpłatnej opieki zdrowotnej dla niektórych grup społecznych** – co jest w zgodzie z zasadą solidaryzmu społecznego.

Z uwagi na ograniczoną pulę pieniędzy publicznych **koniecznym jest stworzenie przyjaznych ram prawnych do rozwoju dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych**.

Należy wyjaśnić i uświadomić obywatelom, że państwo nie może za wszystko zapłacić i to właśnie na społeczeństwie ciąży obowiązek dbania o swoje zdrowie.

Pomimo braku kultury ubezpieczeniowej, Polacy coraz częściej zauważają konieczność dopłacania do określonych świadczeń – i to jest wysoki odsetek wydatków tzw. „out-of-pocket”. Pacjentów należy uświadomić o kosztach leczenia, aby wyrobić w nich świadomość wysokości nakładów ponoszonych przez podmioty lecznicze i płatnika.

Za przykład może tu służyć dentystryka, gdzie warunki kontraktowania są tak wąskie, że ludzie przyzwyczaili się chodzić do lekarza dentysty płacąc mu za wizytę z własnej kieszeni. Przykład ten pokazuje również drugą stronę problemu. Nie można bowiem podejmować takich działań, które w efekcie uniemożliwią, bądź znacznie utrudnią skorzystanie z opieki zdrowotnej w ramach środków publicznych. Brak świadomości

o konieczności dbania o higienę jamy ustnej spowodował, że 90% dzieci i młodzieży ma zęby uszkodzone próchnicą.

Ważne jest zatem umożliwienie pacjentom dopłacanie do świadczeń zdrowotnych bez konieczności rezygnowania z części składkowej. Nie wszystkich stać na prywatną opiekę zdrowotną, ale większość byłaby w stanie dopłacić określoną kwotę, aby otrzymać adekwatniejsze do swojego stanu zdrowia świadczenie. Nie można pacjentowi odbierać składki tylko dlatego, że ma możliwość otrzymania lepszej usługi, bardziej dopasowanej do jego potrzeb zdrowotnych.

Efektywność kontraktowania to również jasne i przejrzyste procedury zawierania umów pomiędzy płatnikiem, a podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych. Przystępując do konkursu **podmioty lecznicze powinny znać kryteria oceny ofert**, wiedzieć jakie są oczekiwania w zakresie minimalnych warunków do zawarcia umowy. Wszelkie warunki podwyższające ten standard powinny być odnotowywane jako dodatkowy punkt. Zwiększy to konkurencyjność na rynku, a przestanie mieć znaczenie kto jest założycielem danej placówki. Zgodnie z sondażem przeprowadzonym na zlecenie Pulsu Biznesu, 43% ankietowanych stwierdziło, że NFZ powinien preferować przy udzielaniu kontraktów jednostki świadczące najlepsze usługi, bez względu na strukturę właścicielską<sup>34</sup>.

Na koniec należy zwrócić uwagę na problem kontroli. Wyłączenie NFZ spod obowiązku stosowania przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej godzi w fundamentalne prawa przedsiębiorców. Co do zasady organ może tylko tyle, ile mu prawo pozwala. W przypadku kontroli NFZ te „zasady” określa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Również procedura odwoławcza jest fikcją, a strona może tylko i wyłącznie na drodze sądowej dochodzić swoich praw. To jednak trwa długo i nie każdego na to stać.

Powyższe oznacza, że w najbliższym czasie konieczne będą

<sup>33</sup>Kwestia limitowania świadczeń była poruszana m.in. przez M. Saffana – zob. M. Saffan, *Odpowiedzialność cywilna lekarza (instytucji medycznej). Tendencje i kierunki zmian*, *Jurysta* z 1999 r., nr 7/8, str. 79.

<sup>34</sup>W tym samym badaniu 24% ankietowanych wskazało, NFZ nikogo nie powinien preferować, a 20% – że tylko jednostki publiczne. Zob. „Kowalski leczy fobie polityków”, *Puls Biznesu* z 11 kwietnia 2014 r.

zmiany w celu zbudowania efektywnego systemu. To nie tylko warunki stawiane przez Unię Europejską, ale również powoli przez samych pacjentów, którzy chcą mieć dobrej jakości opiekę zdrowotną opartą na jasnych zasadach.

### 3. > Dostosowywanie do zmian demograficznych

Nie od dziś wiadomo, że korzystanie z usług zdrowotnych jest ściśle powiązane z wiekiem. Tym samym zapotrzebowanie na różnego rodzaju porady lekarskie czy pobyty w specjalistycznych placówkach uzależnione jest od sytuacji demograficznej danego państwa. Zmiany pokoleniowe zachodzące w Polsce wymuszają zupełnie inny podział środków na opiekę zdrowotną.

Z prognoz przedstawianych przez GUS wynika, że przybywać będzie osób starszych, a więc takich które wymagają większej opieki, częściej zapadają na choroby, w tym na choroby cywilizacyjne. Do tego dochodzi wydłużenie średniej długości życia.

Oznacza to, że w najbliższych latach zmieni się struktura zapotrzebowania na usługi medyczne i wzrośnie rola opiekunów społecznych, lekarzy geriatrów. Wymaga to przemodelowania systemu tak, aby odzwierciedlał on rzeczywiste potrzeby pacjentów.

Pamiętać należy, że naszym zadaniem jest umożliwienie osobom starszym jak najdłuższe pozostawanie pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, również z prawem do wyboru sposobu życia. To oznacza zmianę naszego podejścia i konieczność zapewnienia opieki medycznej w stopniu, którego dana osoba wymaga, z poszanowaniem jej prawa do samostanowienia. To oznacza również rozwój nowoczesnych form ochrony zdrowia dostosowanych do potrzeb osób starszych.

Zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, szczególnie te kosztowne i realizujące w coraz większym stopniu potrzeby osób starszych, będzie z roku na rok wzrastać. Za tym musi iść edukacja kadry medycznej i to edukacja gerontologiczna. Od poziomu uczelni, gdzie należy zacząć kłaść nacisk na naukę niesienia pomocy tej właśnie grupie społecznej, po wspieranie podwyższania kwalifikacji zawodowych oraz dostosowywania umiejętności do zmieniających się trendów demograficznych u osób wykonujących zawód medyczny.

W samej opiece nacisk zostanie położony na opiekę koordynowaną (ze względu na istnienie u osób starszych wielu chorób jednocześnie) i kompleksową (w określonym wieku dla właściwego efektu zdrowotnego konieczna jest współpraca lekarza leczącego z osobami związanymi z opieką pielęgnacyjną, opiekuńczą, czy też z rehabilitantami).

Również podmioty lecznicze już dziś powinny zadbać o dostosowanie swojej oferty i infrastruktury do nadchodzących zmian. Spowoduje to konieczność tworzenia oddziałów geriatrycznych, wprowadzenie sieci placówek mogących prowadzić efektywną opiekę koordynowaną i kompleksową. Placówki opieki zdrowotnej będą dostosowywały swoją ofertę do zapotrzebowania rynku. Uwzględniając potrzeby tej grupy konieczne będą nakłady na dostosowanie techniczne placówek.

Zmiany demograficzne wynikają z wielu czynników i w najbliższej perspektywie raczej się nie odwrócą. Im szybciej zrozumiemy konieczność dostosowania naszych podmiotów leczniczych, tym lepiej wykorzystamy ich potencjał. Szczególny popyt upatruję w sektorze uzdrowiskowym i rehabilitacyjnym. Należy bowiem pamiętać, że osoby powyżej 65. roku życia są inne dziś, niż te, które spotkamy za 30 lat. To następne pokolenie będzie bardziej świadome swoich praw i potrzeb, a to oznacza, że będzie poszukiwać jak najlepszych dla siebie ofert. Obok zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych potrzebne będzie rozbudowanie całej sieci usług dodatkowych, a te inwestycje należy rozpocząć już dziś.

## 4. > Rozwój i wsparcie innowacyjności

Pisząc o tym co czeka nas w najbliższej przyszłości, należy wspomnieć o konieczności wspierania przez państwo rozwoju w nowych dziedzinach, w tym teleinformatycznych.

Państwo powinno również stwarzać przyjazne warunki do rozwoju innowacyjności i tworzyć warunki dla nowych przewag konkurencyjnych. Nie od dziś wiadomo, że silne państwo to państwo oparte na rozwoju. Wymaga to współdziałania wielu ministrów – od opieki nad rozwojem dzieci i pomaganiem tym, którzy są szczególnie uzdolnieni, po wsparcie w rozwijaniu nowych i istniejących podmiotów w obszarze badań naukowych. Ważna jest również budowa stabilności ekonomicznej i otoczenia prawnego.

Szczególne znaczenie dla poprawy jakości zdrowotnej Polaków ma wzmocnienie innowacyjności. A innowacyjność w ochronie zdrowia to przede wszystkim dostęp do nowoczesnych leków czy aparatury medycznej. Krajowy przemysł farmaceutyczny to gwarant ciągłości dostaw i dostępności leków dla pacjentów i to przy zachowaniu umiarkowanych cen, co zostało w sposób bardzo wyraźny wskazane w dokumencie „Strategia rozwoju krajowego przemysłu farmaceutycznego do roku 2030”. Przygotowany przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową prezentuje pożądaną i możliwą do realizacji drogę rozwoju przemysłu farmaceutycznego. Jednocześnie dokument wskazuje na czynniki ryzyka i istniejące bariery (pamiętać bowiem należy, że rynek produkcji i obrotu lekami należy do jednych z najbardziej regulowanych).

Dzięki badaniom naukowym mamy coraz lepszą wiedzę na temat chorób, które do niedawna były uważane za choroby nieuleczalne. Lepsze rozumienie choroby to lepsze rozumienie czynników ją wywołujących, a to pozwala na rozwój profilaktyki. W następnych latach trendy w rozwoju branży farmaceu-

tycznej to biotechnologia. Rozwojowi branży pomoże posiadanie nowoczesnego zaplecza badawczo-rozwojowego oraz wysoko wykwalifikowani pracownicy naukowcy.

Obok tego dalszy rozwój będzie również należał do telemedycyny. Korzystanie przez młodych ludzi z nowoczesnej technologii jest tak oczywiste, że wymusi to zmiany w sposobach leczenia. Już dziś wskazuje się, że telemedycyna mogłaby przynieść korzyści dla całego systemu, w szczególności w postaci obniżenia kosztów jego funkcjonowania. Ta nowoczesna forma świadczenia usług medycznych łączy w sobie elementy medycyny, telekomunikacji i informatyki. Dzięki nowym technologiom można szybciej przelać dane pomiędzy placówkami (np. badania). Ułatwia ona także przepływ informacji pomiędzy specjalistami (np. w postaci wideo-konsultacji czy wideokonferencji) w celu przyspieszenia diagnostyki<sup>35</sup>, a co za tym idzie szybszego leczenia.

Rozwijając się będą też tzw. telekonsultacje medyczne. Zwiększająca się dostępność urządzeń umożliwiających prowadzenie telekonferencji da szansę na otrzymanie porady lekarza wyłącznie przy pomocy Internetu. Zaoszczędzi to czas, koszty i wysiłek związany z dojazdem chorego do lekarza albo koniecznością przeprowadzenia przez lekarza wizyty domowej.

Wspomnieć należy również o rozwijającej się branży nowoczesnych technologii medycznych w postaci monitorowania zdrowia indywidualnej osoby, badanie określonych wskaźników. Techniki te w niedalekiej przyszłości mocno wesprą rozwój tzw. spersonalizowanej medycyny.

Nie można jednakże zapomnieć, że za rozwojem nowoczesnej technologii informacyjnej musi pójść poprawa kompetencji kadry medycznej w zakresie jej wykorzystania. Od technologii bowiem nie uciekniemy. Wkracza ona w każdą dziedzinę naszego życia i również w zakresie systemu ochrony zdrowia różne podmioty, jak i organy odpowiedzialne za politykę zdro-

---

<sup>35</sup>Ma to szczególne znaczenie przy tzw. chorobach rzadkich. Umożliwienie współpracy specjalistów z różnych ośrodków naukowych polepszy opiekę nad pacjentem. Z drugiej strony pacjent nie będzie musiał jeździć do tych ośrodków na dodatkowe badania.



wotną, powinny uwzględniać konieczność dostosowywania systemu i procedur, a przede wszystkim sposobu pracy, do zmian technologicznych.

## 5. > Zakres proponowanych zmian

Co zatem należy uznać za najpilniejsze? Patrząc na czynniki gospodarcze i demograficzne niezależnie od działań rządu wpływ na kształtowanie się przyszłej polityki zdrowotnej w Polsce będzie miało starzejące się społeczeństwo. To wyzwanie nie tylko w zakresie finansowania, ale również w zakresie dostępności i jakości świadczonych usług medycznych.

Kolejne pokolenia wkraczające w wiek emerytalny będą wymagały innego podejścia, będą przyzwyczajone do określonych wygód i dostępu do usług informatycznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie w stanie zapewnić, przy dzisiejszej wysokości składki, pełnej opieki. Stąd koniecznym stanie się rozwój współpłacenia oraz dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Zanim to jednak nastąpi, konieczne jest wprowadzenie jasnych i przejrzystych zasad przeprowadzania konkursów ofert i kontraktowania z jedynym płatnikiem publicznym. Również sposób kontroli powinien być oparty na czytelnych zasadach, w tym wynikających z przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, i z poszanowaniem obu stron umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dodatkowo konieczne jest aktywne włączenie aptek w obszar ochrony zdrowia oraz wsparcie polskiego przemysłu farmaceutycznego.

## > Podsumowanie

Niniejsza analiza jedynie zasygnalizowała obszary, które wymagają w mojej ocenie interwencji i podjęcia działań dłu-gofalowych. Obecnie z uwagi na relatywnie niskie nakłady na ochronę zdrowia konieczna jest, nie tyle zmiana w wysokości składki zdrowotnej, ale sprecyzowanie i ustalenie jasnych granic pomiędzy tym, co otrzymujemy za składkę, a tym – co powinniśmy opłacić sami. Przepis art. 68 ust. 2 Konstytucji RP nie przesądza bowiem o konieczności przyjęcia modelu ochrony zdrowia finansowanego całkowicie ze środków publicznych. „Wyrażna jest jedynie wola ustrojodawcy niedopuszczenia do wykreowania całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia (tzw. samofinansowanie)”<sup>36</sup>. Analiza omawianego przepisu „nie zamyka też drogi do wprowadzenia dodatkowych (dobrowolnych) ubezpieczeń zdrowotnych, z których pokrywane byłyby świadczenia ponadstandardowe”<sup>37</sup> czy wprowadzenia modelu współpłacenia (dopłacania) do takich świadczeń.

Powyższe formy i tak zostaną wymuszone przez sytuację gospodarczą wynikającą ze zmian demograficznych. Nie ma bowiem systemu, w którym nakłady na ochronę zdrowia byłyby wystarczające, zatem należy już dziś uświadamiać obywateli, że muszą odkładać na przyszłe leczenie.

Oceniając dotychczasowe działania należy mieć nadzieję, że będą one coraz bardziej oparte na analizie sytuacji w kraju, a podstawą zmian będzie dialog pomiędzy wszystkimi stronami branży.

---

<sup>36</sup>J. Oniszczyk, *Wolności i prawa socjalne oraz orzecznictwo konstytucyjne*, Warszawa 2005, s. 286.

<sup>37</sup>P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku. Wydanie drugie - rozszerzone*, Warszawa 2008, s. 164.

## > Informacja o autorach

### Krzysztof Gajda - prezes zarządu

pracownik Instytutu Zdrowia Publicznego UJ. Informatyk, specjalizuje się w zakresie medycznych systemów informacyjnych. Uczestnik międzynarodowych projektów badawczych, m.in. „Mapping Health Services Access: National and Cross-border Issues”, „Health Benefits and Service Costs in Europe”, „Automated Diagnosis System for the treatment of Colon Cancer by discovering mutations on tumour suppressor genes”, „Versatile Endoscopic Capsule for Gastrointestinal Tumor Recognition and Therapy”.

### Dariusz Gilewski - członek zarządu

absolwent Instytutu Zdrowia Publicznego UJ. Specjalista w zakresie zarządzania szpitalem, administracji zdrowiem publicznym oraz medycznych systemów informacyjnych. Autor m.in. publikacji „Jednorodne grupy pacjentów. Podstawy systemu”. Uczestnik międzynarodowych projektów badawczych, m.in. „Harvard & Jagiellonian Consortium for Health”, „Mapping Health Services Access: National and Cross-border Issues”, „Health Benefits and Service Costs in Europe”.

### Beata Laskowska - analityk

absolwentka Instytutu Zdrowia Publicznego UJ. Specjalistka w zakresie zdrowia publicznego i biostatystyki.

### Monika Natkaniec - analityk

absolwentka Instytutu Zdrowia Publicznego UJ. Specjalistka w zakresie zdrowia publicznego i biostatystyki.

### Maciej Stamirski - analityk

absolwent Politechniki Śląskiej i Śląskiej Międzynarodowej Szkoły Handlowej. Doradca ekonomiczny małych i średnich przedsiębiorstw, samorządów i szpitali. Członek zespołów opracowujących medyczne analizy sektorowe dla Komisji Europejskiej (Health Basket work package 6) i Ban-

ku Światowego (Long Term Care in Poland). Współautor publikacji „Koło ratunkowe dla szpitali. Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji” - rozdział nt. restrukturyzacji finansowej zadłużenia.

### Zespół serwisu internetowego Dane-i-Analazy.pl

udostępnia i opracowuje dane liczbowe w formie interaktywnych raportów zawierających tematyczne mapy społeczno-gospodarcze Polski. Realizuje projekty badawcze, m.in. „Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia”, „Przewlekłe choroby zapalne. Wpływ na jakość życia i skutki ekonomiczne chorowania - analiza korzystania z usług zdrowotnych w Polsce w związku z przewlekłymi chorobami zapalnymi na tle autoimmunologicznym”, „Model planistyczny wybranych elementów terapii onkologicznej”.

### dr Dobrawa Biadun - ekspert Konfederacji Lewiatan

Doktor nauk prawnych, radca prawny, legislator, specjalista w zakresie prawa medycznego i procedury administracyjnej. W latach 2003-2010 pracowała w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. W latach 2010-2013 pracowała w Departamencie Prawnym Ministerstwa Zdrowia na stanowisku głównego specjalisty do spraw legislacji. Współpracowała z Głównym Inspektoratem Sanitarnym w zakresie zgodności powiadomień o żywności z prawem. Odpowiada za zagadnienia związane z ochroną zdrowia i prawem medycznym. Od 2006 r. współpracuje z Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o. jako ekspert „Serwisu Prawo i Zdrowie”. Od 2012 r. jest członkiem Wojewódzkiej Komisji Do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Łodzi. Autorka prac z zakresu ochrony zdrowia, w tym publikacji „Apteki. Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach” i „Obrót produktami leczniczymi w świetle orzecznictwa”.

