

mgr inż. Agnieszka Krzemień¹

doktorantka na Wydziale Ekonomii i Stosunków Międzynarodowych
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

O potrzebie zmian instytucjonalnych w ochronie zdrowia

WPROWADZENIE

Zmiany w systemie ochrony zdrowia są jednym z najbardziej wrażliwych społecznie obszarów. Dyskusja na temat reform zdrowotnych w Polsce toczy się od lat budząc wiele emocji i kontrowersji. Zarówno wśród polityków, przedstawicieli zawodów medycznych, jak i przeciętnych obywateli.

Stan polskiego systemu ochrony zdrowia był i wciąż jest niezadowolający, nie tylko w opinii pacjentów, ale również ekspertów. Niską ocenę polskiej ochrony zdrowia potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez Health Consumer Powerhouse, dzięki którym został ustalony tzw. Europejski Konsumencki Indeks Ochrony Zdrowia (EHCI). W 2016 roku Polska zajęła 31. miejsce na 35 krajów z liczbą 564 punktów na 1000 możliwych [Health Consumer Powerhouse, 2016 s. 19]. Według rankingu Global Competitiveness Report 2016–2017 oceniającego konkurencyjność gospodarek 138 krajów świata, wskaźniki dotyczące zdrowia plasują Polskę na 38. miejscu na świecie [The Global Competitiveness Report, (http) s. 299]. Na liczne problemy i nieprawidłowości wskazują raporty Najwyższej Izby Kontroli [np. NIK, 2015]. Według badań CBOS obecnie aż trzy czwarte ankietowanych (74%) jest niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej. Najgorzej oceniana jest dostępność usług lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych. Badani postrzegają krytycznie również sprawność obsługi w zakładach opieki zdrowotnej, poziom dodatkowej odpłatności oraz lokalizację placówek opieki zdrowotnej [CBOS, 2016]. Oprócz tego niekorzystny obraz polskiego systemu ochrony zdrowia potęgują media.

Celem niniejszej pracy jest wskazanie potrzeby zmian instytucjonalnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Postawiono w niej tezę, że niezadowa-

¹ Adres korespondencyjny: Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków; e-mail: agnieszka_krzemien@poczta.fm.

lający stan polskiego systemu ochrony zdrowia jest zdeterminowany czynnikami instytucjonalnymi.

PROBLEMY I WYZWANIA STOJĄCE PRZED SYSTEMEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Polska stoi w obliczu wyzwań, które wymuszają konieczność zmian w systemie zdrowotnym. Do najważniejszych należy zmieniająca się sytuacja demograficzna. Polskie społeczeństwo się starzeje. Długość życia się wydłuża, a jednocześnie rodzi się mniej dzieci. Dodatkowym negatywnym zjawiskiem z punktu widzenia demografii są migracje Polaków za granicę, dotyczące w dużym stopniu ludzi młodych. Saldo migracji zagranicznych definitywnych (na pobyt stały) w 2016 roku było dodatnie i wyniosło 1,5 tys. [GUS, 2016]. Obecnie osoby w starszym wieku (65 lat i więcej) stanowią 16,4% ogólnej populacji (w 2000 roku udział ten wynosił 12,4%, a w 1990 roku tylko co dziesiąta osoba była w wieku co najmniej 65 lat) [GUS, 2016]. Wzrasta zapotrzebowanie seniorów na usługi lecznicze i opiekuńcze. A polski system ubezpieczenia zdrowotnego jest typowym ubezpieczeniem międzypokoleniowym. Młodzi i zdrowi swoją składką umożliwiają leczenie osób starszych i chorych. Dlatego jest bardzo wrażliwy na kłopoty demograficzne starzejącego się polskiego społeczeństwa [Miller, Nojszewska ([http](http://))].

Kolejnym wyzwaniem przed jakim musi stanąć system ochrony zdrowia w Polsce jest zapewnienie zastępowalności pokoleń kadr medycznych. Brakuje zarówno lekarzy, pielęgniarek, jak i pozostałego personelu medycznego [Wojtyniak, Goryński (red.), 2016, s. 28]. Pod względem liczby praktykujących lekarzy Polska zajmuje ostatnie miejsce w UE. W 2014 r. na 100 000 mieszkańców przypadało 231 lekarzy. Średnia unijna wynosi 357 lekarzy na 100 000 mieszkańców [Eurostat, Healthcare personnel statistics – physicians]. Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie pod względem liczby pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców. W Polsce ten wskaźnik wynosi 5,24 [Eurostat, Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals].

Istotnym problemem polskiej opieki zdrowotnej są znaczące różnice w rozmieszczeniu terytorialnym kadr. Chociaż, pomimo istotnej emigracji, odnotowuje się niewielki, ale stabilny wzrost osób z wykształceniem lekarskim, wciąż obserwuje się duże nierówności w liczbie praktykujących lekarzy w poszczególnych województwach. Województwami o najwyższym wskaźniku liczby lekarzy przypadających na 10 000 ludności są województwa mazowieckie – 47,2 i łódzkie – 43,7. Najniższa liczba lekarzy rejestrowana jest w województwie lubuskim i opolskim, ze wskaźnikami odpowiednio 24,3 i 24,9 na 10 000 mieszkańców. Grupą szczególnie deficytową zarówno w stosunku do założonych współczynników, jak i w porównaniu ze średnią unijną, są specjaliści z zakresu geriatry. Tymczasem ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa zapotrzebowanie na geriatrów będzie istotnie wzrastać [Wojtyniak,

Goryński (red.), 2016, s. 408]. W Polsce obecnie tą dziedziną medycyny zajmuje się tylko 391 specjalistów [BAROMETR WHC, 2017, s. 15]. Duży problem kadrowy występuje również w przypadku neonatologów. Kadra doświadczonych lekarzy się starzeje, natomiast młodzi lekarze wykazują stosunkowo niewielkie zainteresowanie tą specjalnością medycyny. Brakuje w tym względzie mechanizmów motywujących [Rozmowa z Marią Katarzyną Borszewską-Kornacką, 2017, s. 35].

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2015 roku dotyczący edukowania kadr medycznych wskazuje, że obecny sposób ich kształcenia nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej liczby specjalistów, mimo że limity miejsc i przyjęć na studia medyczne, co roku wyznaczane przez Ministra Zdrowia, ulegają zwiększeniu [GUS, 2015]. Paradoksalnie zmniejsza się za to liczba miejsc rezydenckich. W 2016 roku wynosiła 6 tysięcy, natomiast w 2017 r. rząd zaplanował jej zmniejszenie o 3 tys. [Pilonis, 2017, s. 29].

W obliczu niedoborów kadry medycznej niezwykle istotna wydaje się dostępność usług medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego opartej na potrzebach mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej [GUS, 2015]. Świadczą o tym kolejki do specjalistów. Czeka się nawet w prywatnej służbie zdrowia. Rozbieżności występują też w ramach poszczególnych specjalności [Pilonis, 2017, s. 28]. Braki kadrowe są jedną z przyczyn występowania kolejek do specjalistów.

KONFLIKT INTERESÓW W OCHRONIE ZDROWIA

O ile panuje ogólna zgoda co do potrzeby wprowadzenia zmian, to ich kształt stał się przedmiotem starcia politycznego oraz interesu poszczególnych grup zainteresowanych. Każdy rodzaj interesariuszy w ochronie zdrowia dąży do realizacji własnych celów, a te bywają w konflikcie do celów wyznaczonych przez innych interesariuszy [Muszalski, 2008, s. 11; Nojszewska, (http)].

Na zmianę pojawiały się tendencje do centralizacji albo decentralizacji zarządzania, finansowania świadczeń z budżetu albo z ubezpieczeń zdrowotnych. Dotychczas wobec trudności uzyskania dostatecznego kompromisu system w Polsce ulegał zmianom o charakterze systemowym. Powodowało to zmiany w koncepcji ustalenia systemu organizacji, w szczególności stopnia nasilenia elementu ubezpieczeniowego i zaopatrzeniowego w systemie [Muszalski, 2008, s. 11].

Aby mówić o zmianach w systemie ochrony zdrowia czy jego reformowaniu, warto znać skomplikowaną sytuację, w jakiej się on znajduje. Zrozumienie przyczyn i skutków proponowanych zmian lub ich zaniechań zależy od posiadania zarówno świadomości ekonomicznej, jak i wiedzy o samym systemie [Miller, Nojszewska, (http), s. 5].

Dyskusja na temat ochrony zdrowia w Polsce często koncentruje się na walce o wzrost wydatków, pomijając rolę poszczególnych czynników oddziałujących na

zdrowie. Stan zdrowia aż w 50% określany jest przez styl życia. Wpływ zarówno środowiska, jak i czynników genetycznych wynosi po 20%. Jedyne 10% jest kształtowane przez system ochrony zdrowia [Nojszewska, 2011, s. 20]. Zatem jeśli chodzi o poprawę funkcjonowania służby zdrowia to można ograniczyć dyskusję do systemu ochrony zdrowia, ale jeśli celem jest poprawa zdrowia społeczeństwa, konieczne staje się zwrócenie uwagi na promocję zdrowego stylu życia i profilaktykę [Miller, Nojszewska, (http), s. 4].

Ochrona zdrowia w Polsce stała się areną walki politycznej o głosy wyborców, co uniemożliwiło tworzenie skutecznego, racjonalnego prawa oraz formułowanie skutecznej polityki zdrowotnej. System ochrony zdrowia funkcjonuje w ramach otoczenia, na które największy wpływ mają czynniki polityczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne, a te z kolei funkcjonują w oparciu o przepisy unijne. Aspekt społeczny sprowadzający się do sprawiedliwości rozumianej jako równość dostępu stoi w opozycji do efektywności – aspektu ekonomicznego. Realizacja jednego odbywa się kosztem ograniczania drugiego, zatem podejmowanie decyzji powinno opierać się na rzetelnych analizach z uwzględnieniem wszystkich (zwłaszcza negatywnych) konsekwencji. Ograniczenia finansowe nie pozwalają, aby każdy pacjent otrzymał natychmiast świadczenie zdrowotne i to o najwyższej jakości. Sytuacja Polski jest szczególnie trudna z uwagi na obciążenie roszczeniowymi postawami w stosunku do świadczeń medycznych. Społeczeństwo nie może przerzucać odpowiedzialności za całość życia społecznego na państwo. Ważną kwestią, niedostatecznie akcentowaną w Polsce, jest indywidualna odpowiedzialność za zdrowie. Istotna jest też rola rządu, polegająca m.in. na informowaniu, edukowaniu i propagowaniu zdrowego trybu życia [Nojszewska, (http); Nojszewska, 2011; *Zdrowie priorytetem...*, 2013, s. 52]. Kluczowe jest wyważenie, ile w ochronie zdrowia ma być państwa, a ile rynku, gdyż stanowi to podstawę dla regulacji prawnych i dla wszystkich instytucji zaangażowanych w tę dziedzinę [Golinowska, 2013, Nojszewska, 2011, s. 16].

HISTORIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Sprzeczne oceny funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia w okresie od zakończenia II wojny światowej do 1989 r. doprowadziły do rozpoczęcia wprowadzania zmian w systemie zdrowotnym [Woch, 2015, s. 248]. Zasadniczą przesłanką tych zmian stała się transformacja gospodarcza na początku lat 90. XX w. [Niżnik, 2005, s. 145]. Zaczęto opracowywać rozwiązania mające doprowadzić do odejścia od scentralizowanego (radzieckiego) systemu opartego na modelu Siemaszki, który funkcjonował w latach 1944–1989. Funkcjonowanie tego systemu gwarantowało powszechny dostęp do szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych, obciążając państwo odpowiedzialnością za zdrowie społeczeństwa [Suchecka, 2016 s. 41]. Uważano, że skuteczniejszym rozwiązaniem będzie decentralizacja scentralizowanej służby zdrowia oraz wyodrębnienie z budżetu państwa środków finansowych

przeznaczanych na pomoc medyczną [Woch, 2015, s. 248–249]. Rząd zrezygnował z wyłącznego prawa do planowania, zapewnienia i organizowania powszechnej i bezpłatnej opieki zdrowotnej, zachowując jednocześnie obowiązek kontroli i finansowania ochrony zdrowia [Niżnik, 2005, s. 147].

Do roku 1999 obowiązywał w Polsce budżetowy model finansowania publicznej ochrony zdrowia. Z założenia miał zapewniać obywatelom pełny dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych. Finansowanie polegało na przekazywaniu dotacji budżetowej na ogólną działalność danej jednostki. W rezultacie przez długi czas istniał system o scentralizowanej strukturze z finansowaniem budżetowym, który funkcjonował bez odpowiedniej kontroli w zakresie kosztów działalności oraz celowości podejmowanych inwestycji i zakupów sprzętu. Efektem takiej sytuacji było powszechne zadłużenie placówek [Drozdowska, Sikorski, Zemke-Górecka, 2011, s. 18].

Ostatecznie zmian dokonano ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która weszła w życie 1 stycznia 1999 r. [Woch, 2015, s. 249]. Celem pełnienia funkcji płatnika powołano 16 regionalnych kas chorych, działających na terenach województw oraz jedną odrębną kasę branżową dla służb mundurowych oraz ich rodzin. Zgodnie z ustawą kasa chorych miała być „instytucją samorządową, reprezentującą ubezpieczonych”. Kasy miały dysponować środkami pochodzącymi ze składek, zgromadzonymi na ich terytorium przez ZUS. Aby wyeliminować różnice w stanie zamożności poszczególnych kas wprowadzono mechanizm wyrównywania, który uwzględniał parametry demograficzne wpływające na wielkość zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne [Włodarczyk, 2003, s. 183]. Jednak nawet po uwzględnieniu wyrównania różnice w potencjale finansowym poszczególnych kas chorych były nadal istotne [Drozdowska, Sikorski, Zemke-Górecka, 2011, s. 20].

Reforma z 1999 r. w diametralny sposób zmieniła zasady finansowania świadczeń zdrowotnych – z zasilania budżetowego na system ubezpieczeniowy [Niżnik, 2005, s. 150]. Państwo uwalniało się w ten sposób od odpowiedzialności za zadłużenie generowane w sektorze ochrony zdrowia [Drozdowska, Sikorski, Zemke-Górecka, 2011, s. 19].

Jednak odbiór społeczny zmian nie był pozytywny [Włodarczyk, 2003, s. 215]. Z punktu widzenia pacjentów ich konsekwencją były trudności z uzyskaniem skierowania do lekarza, długie terminy na wykonanie podstawowych badań oraz brak jasno określonego zakresu usług medycznych objętych ubezpieczeniem [Drozdowska, Sikorski, Zemke-Górecka, 2011, s. 21].

POWSTANIE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

– OBECNE REGULACJE PRAWNE

Zaistniała sytuacja musiała doprowadzić do kolejnych zmian. Jednak zamiast analizy przyczyn dysfunkcji systemu, rząd podjął decyzję o wprowadzeniu zasad-

niczej zmiany w modelu finansowania ochrony zdrowia [Drozdowska, Sikorski, Zemke-Górecka, 2011, s. 20, 22].

W 2003 r. powrócono do scentralizowania finansowania świadczeń. Zlikwidowano kasy chorych, powołując w ich miejsce Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast placówki udzielające pomocy medycznej pozostały jako odrębnie funkcjonujące podmioty. Centralizację płatnika, czyli zastąpienie siedemnastu kas chorych przez jeden scentralizowany fundusz, argumentowano koniecznością zapewnienia równego i nieograniczonego terytorialnie dostępu do świadczeń zdrowotnych [Drozdowska, Sikorski, Zemke-Górecka, 2011, s. 23].

Ubezpieczeniowy charakter systemu ochrony zdrowia został utrzymany. Głównym źródłem przychodów NFZ nadal były środki ze składek na ubezpieczenie zdrowotne z tą różnicą, że traktowano je jako jednorodną pulę środków, która podlegała podziałowi na limity wydatków poszczególnych oddziałów [Drozdowska, Sikorski, Zemke-Górecka, 2011, s. 23].

Jednak ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z 2003 r. została uchylona przez Trybunał Konstytucyjny jako niezgodna z Konstytucją RP. W 2004 r. uchwalono ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w oparciu o którą obecnie funkcjonuje Narodowy Fundusz Zdrowia [Woch, 2015, s. 249]. System ochrony zdrowia z ubezpieczeniowego został zmieniony na mieszany, ubezpieczeniowo-budżetowy [Woch, 2015, s. 159].

Od momentu jego powstania zapowiadane były różne zmiany instytucjonalne mające na celu usprawnienie jego działania – między innymi likwidacja Centrali NFZ i zwiększenie samodzielności oddziałów. Nie doszło jednak do tego, natomiast Fundusz został całkowicie podporządkowany Ministerstwu Zdrowia [Woch, 2015 s. 166].

Umieszczenie Narodowego Funduszu Zdrowia w strukturach organów władzy publicznej do dzisiaj pozostaje kwestią nie rozstrzygniętą [Woch, 2015, s. 166]. Nieuzasadniony monopol Funduszu jest jedną z dysfunkcji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Będąc dominującym podmiotem zamawiającym usługi medyczne, poprzez swoje wymogi medyczne, organizacyjne i finansowe wywiera decydujący wpływ na rynek medyczny w kraju [Miller, Nojszewska, (http) s. 5, 11]. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nakłada na NFZ wielomilionowe kary za stosowanie praktyk ograniczających konkurencję oraz za naruszanie zakazu konkurencji. Warto zauważyć, że kary te Narodowy Fundusz Zdrowia płaci z pieniędzy przeznaczonych na leczenie pacjentów, co przyczynia się do utrudnionego dostępu do usług medycznych [Woch, 2015 s. 170].

Ewelina Nojszewska upatruje źródeł takiego stanu rzeczy w regulacji prawnej, która w Polsce jest bardzo niskiej jakości. Najważniejszymi ustawami regulującymi polski system ochrony zdrowia są: ustawa o z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 107] oraz ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakła-

dach opieki zdrowotnej [tekst jedn. Dz.U. z 2011 r., nr 45, poz. 235 ze zm.]. Obie ustawy kształtują niespójny i nieszczelny system ochrony zdrowia, czego powodem jest – między innymi nakładanie się w tych ustawach części problematyki podlegającej regulacji. Według Nojszewskiej największym błędem ustawodawcy jest doprowadzenie do zjawiska tzw. odpowiedzialności rozmytej, ponieważ ani w ustawie, ani w innym akcie prawnym nie ustalono, które podmioty władzy publicznej ponoszą prawną odpowiedzialność za poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń [Nojszewska, ([http](#))]. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje lakonicznie zakres odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za organizację ochrony zdrowia, natomiast ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wskazuje przedstawiciela rządu RP w terenie, wojewodę, jako gwaranta spójności organizacji systemu [Misińska, Nawara, 2008, s. 336–337].

Podstawowym dokumentem, który w Polsce określa podejście państwa do kwestii zdrowia, jest Konstytucja RP. Nakłada ona na władze publiczne obowiązek ochrony zdrowia obywateli. Nie określa jednak szczegółowo jak obowiązek ten ma być realizowany. Konstytucja przenosi odpowiedzialność za określenie szczegółów realizacji tego zadania na ustawy, a nadzór nad ich realizacją na administrację publiczną. Cele strategiczne dotyczące polityki zdrowotnej Polski od wielu lat zapisywane są w kolejnych Narodowych Programach Zdrowia [*Zdrowie priorytetem...*, 2013, s. 67]. Obecnie obowiązuje Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020. Niestety, dokument ten żyje własnym życiem i nie przekłada się na organizację i funkcjonowanie ochrony zdrowia [Nojszewska, ([http](#))].

REFORMA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA 2017 – PROPONOWANE ZMIANY

26 lipca 2016 r. Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia w rządzie Beaty Szydło, przedstawił projekt zmian w systemie ochrony zdrowia.

Głównym założeniem reformy jest przejście z modelu ubezpieczeniowego na finansowanie świadczeń z budżetu państwa [Dąbrowska, 2017 s. 16]. Dotychczasowe powszechne ubezpieczenie zdrowotne zastąpi zasada powszechnego zabezpieczenia prawa do świadczeń, które obejmie wszystkich obywateli RP stale zamieszkających w Polsce oraz osoby mające prawo pobytu w Polsce [Reforma służby..., ([http](#))].

Proponowane zmiany rozpoczną się od reformy instytucjonalnej, polegającej na likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, która ma nastąpić 1 stycznia 2018 r. Po reformie część kompetencji centrali NFZ przejmie Ministerstwo Zdrowia i struktury resortu. Za funkcjonowanie obszaru świadczeń zdrowotnych odpowiedzialny będzie sekretarz lub podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Zlikwidowane zostaną również oddziały wojewódzkie NFZ, które po reformie zostaną przekształcone w wojewódzkie urzędy zdrowia, zależne od ministra zdrowia oraz

województwa. Do głównych zadań wojewódzkiego urzędu zdrowia (WUZ) należeć będzie finansowanie ochrony zdrowia na poziomie województwa, kontraktowanie niektórych zakresów świadczeń, nadzór nad działalnością szpitali, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej oraz tworzenie, realizacja i nadzór nad wykonaniem planu finansowego dla województw [*Reforma służby...*, (http)].

Narodowy Fundusz Zdrowia zostanie zastąpiony przez Państwowy Fundusz Celowy. Jego dysponentem na poziomie centralnym będzie minister zdrowia, a na poziomie regionalnym – agendy przy wojewodach. Środki pozyskiwane będą głównie z wpływów z podatku dochodowego od osób fizycznych oraz z dotacji z budżetu państwa [Dąbrowska, 2017].

Propozycje Ministerstwa Zdrowia zakładają systematyczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia, które do 2025 r. mają osiągnąć 6% PKB. Zgodnie z projektem ustawy o Narodowej Służbie Zdrowia środki na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2024 nie mogą być niższe niż [Dąbrowska, 2017, s. 18]:

- 4,74% PKB z roku poprzedniego w 2018 r.,
- 4,92% PKB z roku poprzedniego w 2019 r.,
- 5,10% PKB z roku poprzedniego w 2020 r.,
- 5,28% PKB z roku poprzedniego w 2021 r.,
- 5,46% PKB z roku poprzedniego w 2022 r.,
- 5,64% PKB z roku poprzedniego w 2023 r.,
- 5,82% PKB z roku poprzedniego w 2024 r.

Druga część reformy będzie dotyczyła zdrowia publicznego, które ma być jednym z priorytetów działania w obszarze zdrowia [Dąbrowska, 2017, s. 17]. Od stycznia 2018 roku ma zacząć funkcjonować Urząd Zdrowia Publicznego, odpowiedzialny za realizację przepisów ustawy o zdrowiu publicznym oraz cały obszar promocji i profilaktyki zdrowia [Kalbarczyk, 2017a, s. 32]. Będzie skupiał wiele instytucji odpowiedzialnych obecnie za zdrowie publiczne. W skład urzędu wejdą: Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Centrum ds. AIDS, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a także działania finansowane z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Obok Urzędu będzie działał Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, który będzie wsparciem merytorycznym dla całego obszaru zdrowia publicznego [*Reforma służby...*, (http)].

Zmiany obejmą również leczenie szpitalne. Wprowadzony zostanie system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i utworzona tzw. sieć szpitali z nowym systemem kontraktowania szpitali, połączeniem działalności szpitala z ambulatoryjną opieką specjalistyczną w celu m.in. koordynacji leczenia poszpitalnego oraz budową stopniowej struktury działalności szpitali [Kalbarczyk, 2017a, s. 32]. Placówki będą podzielone na trzy poziomy referencyjności. Powstaną cztery poziomy specjalistyczne: pediatryczny, onkologiczny, pulmonologiczny i ogólnopolski [*Minister zdrowia...*, (http)].

Nowy system kontraktowania szpitali przewiduje odejście od finansowania pojedynczych hospitalizacji i procedur na rzecz wynagrodzenia dla szpitala w formie ryczałtu wyliczonego na rok [*Reforma służby...*, (http)]. Świadczenia finansowane ryczałtowo będzie określać ustawa. Dla szpitali funkcjonujących poza siecią, zasady finansowania się nie zmienią – będą zdobywać kontrakty na zasadzie konkursów jak dotychczas. Sieć zacznie funkcjonować od 1 października 2017 r. [*Minister zdrowia...*, (http)]. Zdaniem ministra Radziwiłła utworzenie sieci szpitali przyczyni się do zmniejszenia kolejek.

O rozwiązaniach zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia mówiło się od dawna i wydają się być one zasadne, jednak są na tyle ogólne, że trudno ocenić, czy przedstawione zmiany istotnie osiągną zamierzony rezultat i czy uda się zrealizować wszystkie założenia.

Rządzący, podobnie jak ich poprzednicy upatrują poprawy sytuacji w zmianie sposobu finansowania systemu zamiast w zmianie jego organizacji [Kalbarczyk, 2017b, s. 74].

Wątpliwości wzbudza długi czas, przez który ma następować wzrost nakładów na ochronę zdrowia, jak również likwidacja NFZ oraz przekształcenie wojewódzkich oddziałów NFZ w Wojewódzkie Urzędy Zdrowia. Zmiany te i utworzenie nowych struktur organizacyjnych wiążą się z milionowymi nakładami, których można byłoby uniknąć lub przynajmniej znacznie je ograniczyć, zmieniając jedynie funkcjonowanie obecnie istniejących instytucji. Trudno zatem ocenić plan reformy, ponieważ w dalszym ciągu zbyt mało wiadomo o szczegółach proponowanych rozwiązań oraz o tym, w jaki sposób Ministerstwo Zdrowia zamierza sobie poradzić z licznymi problemami, z którymi boryka się system ochrony zdrowia [*Reforma służby...*, (http)].

ZAKOŃCZENIE

Sytuacja Polaków nie przedstawia się w sposób szczególnie optymistyczny. Niezadowolenie odczuwają wszyscy uczestnicy systemu ochrony zdrowia. Pacjenci nie mają poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, a personel medyczny chciałby zarabiać więcej i pracować w lepszych warunkach. Aby można było spodziewać się poprawy, należy zmienić zasady funkcjonowania systemu – oprócz sposobu jego finansowania, również zasady organizacji i zarządzania dążąc do efektywności ekonomicznej i klinicznej [Miller, Nojszewska, (http), s. 12].

Świadomość wyzwań, jakie stoją przed systemem ochrony zdrowia w Polsce, należy traktować nie tylko w kategorii zagrożeń, ale przede wszystkim jako impuls do poważnej refleksji i konsekwentnego wprowadzenia zmian, które pozwolą sprostać tym wyzwaniom.

Nie ma jednego uniwersalnego systemu ochrony zdrowia, który wszędzie by się sprawdził. Jednak alternatywa: albo rynek, albo państwo nie daje optymal-

nego rozwiązania. Zdrowie i opieka zdrowotna to dobra zarówno prywatne, jak i publiczne oraz zbiorowo pożądaną. W takim przypadku konieczne jest zagwarantowanie wielostronnej odpowiedzialności. Realizacja wielu celów systemu ochrony zdrowia nie jest możliwa ani w „czystych” rozwiązaniach publicznych, ani w „czystych” rozwiązaniach rynkowych. Państwo powinno koegzystować z mechanizmem rynkowym i pełnić funkcję koordynatora [Golinowska, 2013, s. 780, 791].

Polityka zdrowotna powinna być włączona do innych polityk. Zdrowie we wszystkich politykach – w szczególności edukacyjnej, społecznej, gospodarczej czy pracy, a nie wyłącznie w polityce resortu zdrowia, jest podstawowym warunkiem, aby doszło do rzeczywistej poprawy stanu zdrowia Polaków [Golinowska, 2013, s. 791; *Zdrowie priorytetem...*, 2013, s. 98].

Kwestia reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce pozostaje otwarta.

BIBLIOGRAFIA

- BAROMETR WHC, 2017, *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce* nr 16/1/04/2017 Stan na luty/marzec 2017 r., http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometrwhc_xvi.2017.fin_-1.pdf (dostęp: 25.05.2017 r.).
- CBOS, 2016, *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej – komunikat z badań nr 113/2016*, Warszawa.
- Dąbrowska Z., 2017, *Koniec systemu ubezpieczeń zdrowotnych*, „Służba Zdrowia”, nr 9–16 z 16 lutego, s. 16–18.
- Drozdowska U., Sikorski S., Zemke-Górecka A., 2011, *Determinanty prawne i socjologiczne funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – relacja z konferencji [w:] Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red T. Mróz, Wyd. Temida 2, Białystok.
- Eurostat, *Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals (dostęp: 22.05.2017 r.).
- Eurostat, *Healthcare personnel statistics – physicians*, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians (dostęp: 22.05.2017 r.).
- Golinowska S., 2013, *Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia i reformy systemu ochrony zdrowia*, „Ekonomista” nr 6, s. 771–794.
- GUS, 2015, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2015-roku,1,6.html> (dostęp: 30.05.2017 r.).
- GUS, 2016, *Ludność i ruch naturalny w 2016 r.*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-i-ruch-naturalny-w-2016-r-,30,1.html> (dostęp: 29.05.2017 r.).
- Health Consumer Powerhouse, 2016, *Euro Health Consumer Index 2016 Report*, https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf (dostęp: 23.05.2017 r.).

- Kalbarczyk W.P., 2017a, *Sama wizja to za mało*, „Służba Zdrowia”, nr 17–25 z 16 marca, s. 28–33.
- Kalbarczyk W.P., 2017b, *To nie jest system dla (starych) ludzi*, „Służba Zdrowia”, nr 26–33 z 13 kwietnia, s. 70–74.
- Miller J., Nojszewska E., Raport Otwarcia – System Ochrony Zdrowia w Polsce, <https://www.rpo.gov.pl/pliki/1192692009.pdf> (dostęp: 20.05.2017).
- Minister zdrowia zapewnia, że znikną kolejki, <http://www.medexpress.pl/minister-zdrowia-zapewnia-ze-znikna-kolejki/67119> (dostęp: 6.06.2017 r.).
- Misińska B., Nawara P., 2008, *Publiczna i prywatna własność w systemie ochrony zdrowia w kontekście form organizacyjno-prawnych prowadzenia działalności medycznej* [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Muszalski W., 2008, *Organizacyjne fazy reformy ochrony zdrowia w Polsce* [w:] *Ochrona zdrowia i gospodarka Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, red. K. Ryć, Z. Skrzypczak, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- NIK, 2015, *Informacja o wynikach kontroli Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku*, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,12293,vp,14678.pdf> (dostęp: 25.05.2017 r.).
- Niżnik J., 2005, *Zmiany w systemie organizacji i finansowania ochrony zdrowia* [w:] *Gospodarka Polski po 15 latach transformacji*, red. Z. Dach, A. Pollok, Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Kraków.
- Nojszewska E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Nojszewska E., *NFZ nie tylko płatnik publiczny, ale także kreator polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym*, http://wartowiedziec.org/attachments/article/8697/Ekspertyza_E.Nojszewska_SGH.pdf (dostęp: 25.05.2017 r.).
- Pilonis H., 2017, *A lekarzy coraz mniej...*, „Służba Zdrowia” nr 26–33 z 13 kwietnia 2017 r., s. 28–29.
- Reforma służby zdrowia 2017*, <http://www.wotuwstanomino.pl/wp-content/uploads/2016/11/REFORMA-S%C5%81U%C5%BBY-ZDROWIA-2017.pdf> (dostęp: 25.05.2017 r.).
- Rozmowa z Marią Katarzyną Borszewską-Kornacką, kierownikiem Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM, 2017, *Prawie nikt nie chce być neonatologiem*, „Służba Zdrowia”, nr 26–33 z 13 kwietnia, s. 32–35.
- Suchecka J., 2016, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, 2. wydanie rozszerzone i uaktualnione, Wolters Kluwer, Warszawa.
- The Global Competitiveness Report, 2016-2017*, http://www3.weforum.org/docs/GCR-2016-2017/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2016-2017_FINAL.pdf (dostęp: 1.06.2017 r.).
- Ustawa o z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 107).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz.U. z 2011 r., nr 45, poz. 235 ze zm.).
- Włodarczyk C., 2003, *Reformy zdrowotne uniwersalny kłopot*, Wyd. UJ, Kraków.

- Woch M., 2015, *Ochrona zdrowia w Polsce z punktu widzenia filozoficznoprawnego*, Wydawnictwo Marek Woch, Warszawa.
- Wojtyniak B., Goryński P. (red.), 2016, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, <http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/> (dostęp: 24.05.2017 r.).
- Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, 2013, raport, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa.

Streszczenie

Stan polskiego systemu zdrowotnego nie jest zadowalający. W opracowaniu zwraca się uwagę na potrzebę wprowadzenia zmian instytucjonalnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce w kontekście różnych problemów i wyzwań. Do najważniejszych z nich należą: zmieniająca się sytuacja demograficzna (starzenie się społeczeństwa, migracje Polaków za granicę), niedobory kadr medycznych, różnice w ich terytorialnym rozmieszczeniu oraz problem dostępności usług medycznych i występowanie kolejek do specjalistów.

Podjęta została również kwestia panującego w ochronie zdrowia konfliktu interesów oraz trudności w uzyskaniu porozumienia dotyczącego charakteru wprowadzanych zmian przez różne grupy interesariuszy.

Dokonano przeglądu sposobów finansowania systemu zdrowotnego w Polsce w ujęciu historycznym – począwszy od zakończenia II wojny światowej do powstania w 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zwrócono też uwagę na problem braku spójności ustaw regulujących polski system ochrony zdrowia i występowanie zjawiska odpowiedzialności rozmytej.

Następnie przeanalizowano planowane zmiany w ramach reformy proponowanej przez ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła. Ich głównym założeniem jest zmiana modelu finansowania systemu ochrony zdrowia oraz likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, reforma ochrony zdrowia, finansowanie ochrony zdrowia.

On the need for institutional changes in health care

Summary

The state of the Polish health care system is not satisfactory. In the elaboration the author discusses the need for introduction of institutional changes in the health care system in Poland in the context of various problems and challenges. The most important of them are the following: the changing demographic situation (ageing population, migration of the Poles abroad), the shortage of medical personnel, the differences in their territorial placement and problem of availability of medical services and the occurrence of queues to specialists.

Also the issue of the dominating conflict of interest in health care was taken and the difficulties in reaching an agreement concerning the nature of introduced changes by various groups of stakeholders.

A review was made of the ways of financing the health system in Poland from the perspective of history – beginning from the end of the World War II to the creating of the National Health Fund in 2003.

Also attention was paid to the problem of the lack of coherence of the laws regulating the Polish system of health care and the occurrence of the phenomenon of softened responsibility.

Next the author analysed the planned changes within the framework of the reform proposed by the minister of health Mr. Konstanty Radziwiłł. Their main assumption is the change of the model of financing of the health care system and liquidation of the National Health Fund.

Keywords: health care, health care reform, health care financing.

JEL: H51, I18.