

STRATEGIA

ZDROWIE DLA POLSKI



WARSZAWA 2019

**AGENDA POLSKA (www.zpp.net.pl/projekty/agenda-polska/)
jest projektem realizowanym przez środowisko ZPP/WEI, którego celem
jest przygotowanie strategii rozwoju Polski oraz rozwiązań ustrojowych
i prawnych w najważniejszych dla Polski obszarach.**

Tekst © Fundacja Warsaw Enterprise Institute
Praca zbiorowa pod kierownictwem Marcina Nowackiego

Eksperti:

Jakub Bińkowski
Jakub Gierczyński
Marcin Nowacki
Agnieszka Szpara

Konsultacja:

Cezary Kaźmierczak
Tomasz Wróblewski

Redakcja: Marcin Nowacki
Zdjęcie na okładce © rasica, Chroma Stock
Projekt okładki: Justyna Saraczyn
Redakcja techniczna: Iwona Wardzyńska

Wydanie I
Warszawa 2019

ISBN: 978-83-948073-8-2

Wydawca: Związek Przedsiębiorców i Pracodawców
Fundacja Warsaw Enterprise Institute
ul. Nowy Świat 33
00-029 Warszawa
biuro@zpp.net.pl; www.zpp.net.pl
office@wei.org.pl; www.wei.org.pl

SPIS TREŚCI

1. STRESZCZENIE	4
2. REKOMENDACJE	5
3. WPROWADZENIE - SPRAWNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ JAKO KLUCZOWY ELEMENT PAŃSTWA USŁUGOWEGO - WYZWANIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE	6
3.1. Koncepcja państwa usługowego	7
3.2. Rola sprawnego systemu opieki zdrowotnej w kontekście starzejącego się społeczeństwa	9
4. OBECNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ – NAJWIĘKSZE PROBLEMY I WYZWANIA	12
5. OPTIMALNY KSZTAŁT SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ	15
6. PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ	17
6.1. Finansowanie służby zdrowia (pieniądze za pacjentem)	19
6.2. Dostęp do opieki zdrowotnej – szybszy, łatwiejszy, sprawiedliwy	24
6.3. Współpraca płatnika publicznego z ubezpieczycielami	27
6.4. Struktura uczestników rynku - świadczeniodawców i zasady ich funkcjonowania	29
7. PODSUMOWANIE	33
BIBLIOGRAFIA	34



1. STRESZCZENIE

Wobec wyzwań stojących przed polskim społeczeństwem, związanym przede wszystkim ze zmianami demograficznymi i zmieniającą się strukturą wieku obywateli, a także mając na uwadze problemy związane z problemami o charakterze cywilizacyjnym, skutkującymi zwiększoną liczbą zachorowań na określone rodzaje chorób, istotna modyfikacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce wydaje się być kwestią absolutnie kluczową. W tej chwili model ochrony zdrowia w naszym kraju jest często „łatany” kolejnymi zmianami, mającymi na celu przede wszystkim punktowe przesunięcia środków w ramach budżetu NFZ czy też opanowywanie bieżących kryzysów. Brak jest jednak reformy systemowej, odpowiadającej rzeczywistym zagrożeniom, które przynajmniej częściowo już zdążyły się ujawnić. Poza wspomnianymi procesami demograficznymi i cywilizacyjnymi, które będą skutkowały zwiększonym zapotrzebowaniem na świadczenia opieki zdrowotnej w przyszłości, trzeba wspomnieć choćby o wciąż niedostatecznie wysokim finansowaniu ochrony zdrowia czy też o nasilających się problemach kadrowych, zarówno wśród lekarzy poszczególnych specjalizacji, jak i np. pielęgniarek.

Obecny model funkcjonowania opieki zdrowotnej nie realizuje zasady „pieniądze za pacjentem”, najbardziej korzystnej dla wszystkich uczestników systemu. W tej chwili bowiem szpitale kontraktują z NFZ określoną liczbę procedur, w oparciu o ich nierzeczywiste wyceny. W rezultacie pacjent często pozostaje „petentem”, a nie najważniejszym ogniwem procesu, a środki dysponowane są w sposób całkowicie nieefektywny.

Na łamach niniejszego raportu zaprezentowano propozycję systemu alternatywnego, zakładającego konkurencję, zarówno na rynku ubezpieczycieli, możliwą dzięki złamaniu monopolu Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych, poprzez najpierw usamorzędowanie go i podział na kilka niezależnych placówek, a w dalszej kolejności uwalnianie konkurencji na rynku, jak i wśród świadczeniodawców, wprowadzoną dzięki zrównaniu pozycji podmiotów publicznych z placówkami prywatnymi. W ten sposób udało by się stworzyć model, w ramach którego to pacjent byłby w centrum zainteresowania wszystkich podmiotów uczestniczących w systemie – konkurować o niego musieliby zarówno ubezpieczyciele, jak i świadczeniodawcy, a z uwagi na całkowicie rynkowe warunki ich funkcjonowania, musieliby oni również uważnie optymalizować koszty, tak by móc oferować możliwie najlepszej jakości usługi w najniższej cenie.



2. REKOMENDACJE

- System opieki zdrowotnej powinien być przeformułowany zgodnie z założeniami koncepcji państwa usługowego, przy uwzględnionej partycypacji podmiotów prywatnych na zasadach równych z podmiotami publicznymi – aby to zapewnić, wszyscy publiczni świadczeniodawcy powinni funkcjonować jako spółki prawa handlowego, by przeciwdziałać pomocy publicznej zaburzającej równą konkurencję.
- Po stronie zarówno świadczeniodawców, jak i ubezpieczycieli, należy wdrożyć mechanizmy konkurencji, tak by jak najszerzej upodmiotowić pacjentów.
- W ramach nowego systemu, państwo nie jest organizatorem opieki zdrowotnej – jedynie ją finansuje.
- W zakresie finansowania systemu, zrealizowana powinna zostać zasada „pieniądze za pacjentem” – system powinien być finansowany bezpośrednio z budżetu, a na każdego obywatela powinna przypadać określona pula środków dedykowana określonemu koszykowi świadczeń, która trafiałaby do wybranej przez pacjenta firmy ubezpieczeniowej. Publiczne wydatki na opiekę zdrowotną per capita powinny stopniowo rosnąć do poziomu średniej dla OECD.
- Poza świadczeniami finansowanymi z pieniędzy publicznych, istotnym elementem systemu powinny być dodatkowe pakiety i usługi wykupowane prywatnie przez pacjentów, oferowane im przez ubezpieczycieli na wolnym rynku.
- W ramach proponowanego systemu, ubezpieczyciele konkurwaliby wobec pacjentów w ramach pakietu podstawowego, finansowanego bezpośrednio z budżetu (poprzez oferowanie w jego ramach dodatkowych usług) oraz w ramach pakietów dodatkowych, oferowanych na wolnym rynku.
- Zakres świadczeń gwarantowanych należy wypracować w ramach szerokiej debaty o zdrowiu.
- W celu zabezpieczenia ciągłości świadczeń - w przypadku upadłości pojedynczego podmiotu - ubezpieczyciele powinni utworzyć Fundusz Ubezpieczeń Wzajemnych. Uczestnictwo w Funduszu powinno być warunkiem koniecznym, by móc pozyskiwać pieniądze z budżetu.
- Aby rozpocząć proces wyżej opisanych zmian, potrzebne byłoby najpierw oderwanie kluczowego elementu systemu opieki zdrowotnej, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, od władz centralnych. Proponujemy zatem podział Funduszu na niezależne jednostki obejmujące zakresem swojego działania makroregiony (mniej więcej dwa województwa), samodzielnie wypracowujące modele finansowania świadczeń wykraczających poza świadczenia gwarantowane.



3. WPROWADZENIE - SPRAWNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ, JAKO KLUCZOWY ELEMENT PAŃSTWA USŁUGOWEGO - WYZWANIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE

Zdrowie obywateli jest fundamentem rozwoju gospodarczego. Inwestycja w zdrowie obywateli to inwestycja w rozwój kraju oraz gospodarki, prowadzona we współpracy pomiędzy wszystkimi resortami rządu. Poprawa finansowania i efektywności systemu ochrony zdrowia jest warunkiem koniecznym rozwoju demograficznego i gospodarczego kraju w najbliższych dekadach¹. Wydajność gospodarcza i dobrobyt zależą od zdrowego społeczeństwa.

Długość życia w dobrym zdrowiu obywateli jest ważnym czynnikiem wzrostu gospodarczego. Badania OECD szacują, że każdy rok wzrostu oczekiwanej długości życia populacji przekłada się na 4 proc. wzrost PKB Unii Europejskiej. Szacunkowa absencja w pracy na poziomie od 3 do 6 proc. czasu pracy oznacza roczny społeczny koszt na poziomie ok. 2,5 proc. PKB. Zdrowie obywateli jest zatem wartością samą w sobie, ale także podstawowym warunkiem dobrobytu gospodarczego. Inwestowanie w system opieki zdrowotnej nie tylko ratuje i przedłuża życie, ale jest również kluczową inwestycją w szeroko pojętą gospodarkę. Wziąwszy pod uwagę powyższe argumenty, sprawny i efektywny system opieki zdrowotnej jest kluczowy, zarówno z punktu widzenia jego podstawowej roli skupionej wokół realizowanych zadań leczniczych, jak i perspektyw rozwoju całej gospodarki. Im dłużej bowiem żyjemy w dobrym zdrowiu, tym dłużej jesteśmy produktywni, a tym samym – przysługujemy się tworzeniu PKB.

System opieki zdrowotnej ma fundamentalne znaczenie dla stanu zdrowia populacji. Wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) właściwie funkcjonujący system opieki zdrowotnej odpowiada w sposób zrównoważony na potrzeby i oczekiwania ludności poprzez:

- poprawę stanu zdrowia osób, rodzin i społeczności,
- obronę ludności przed tym, co zagraża jej zdrowiu,
- ochronę obywateli przed finansowymi konsekwencjami złego stanu zdrowia,
- zapewnienie sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej².

W optymalnym systemie opieki zdrowotnej zabezpieczone są zasoby kadrowe, infrastrukturalne i finansowe. Składają się na niego działania mające na celu zaspokojenie potrzeb społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz pewność, że opieka ta spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności³.

¹ Gierczyński J., Wróblewski T., Gilewski M. Priorytety zdrowotne w kontekście demograficznego i gospodarczego rozwoju Polski. Wnioski i rekomendacje na przykładzie niewydolności serca. Raport Warsaw Enterprise Institute. Warszawa, 2018. Dostępne: <http://wei.org.pl/wp-content/uploads/2018/06/Priorytety-zdrowotne-w-kontek%C5%9Bcie-demograficznego-i-gospodarczego-rozwoju-Polski.-Wnioski-i-rekomendacje-na-przyk%C5%82adzie-niewydolno%C5%9Bci-serca.pdf>.

² Key components of a well functioning health system, WHO. Dostępne: http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/en/.

³ <http://www.archiwum.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej/>.

Wg Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), skupiającej 36 wysoko rozwiniętych i demokratycznych państw, kluczowe aspekty właściwie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej w danym kraju to:

- optymalna organizacja,
- zabezpieczenie dostępu do opieki zdrowotnej,
- zdolność reagowania na potrzeby pacjenta,
- jakość opieki zdrowotnej,
- efektywność w dostarczaniu opieki zdrowotnej,
- stabilność finansowania opieki zdrowotnej,
- wprowadzanie skutecznych reform lub programów o szczególnym znaczeniu dla kraju,
- sposoby na rozwiązanie problemów związanych z polityką zdrowotną⁴.

W 2018 r. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju oceniła ekonomiczną sytuację Polski jako dobrą. Gospodarka dynamicznie się rozwija, rośnie poziom życia, dzięki czemu Polska dogania gospodarki innych krajów członkowskich⁵. Jednakże Polska powinna budować dalszy rozwój ekonomiczny inwestując w zdrowie obywateli. Aktualnie Polska plasuje się poniżej średniej OECD pod względem stanu zdrowia i jakości środowiska, a także dochodu i subiektywnego dobrostanu obywateli. Wydatki publiczne na zdrowie należą do najniższych w OECD. Wysoki poziom wydatków prywatnych Polaków dotyczy opłat za usługę (fee for service), dopłat do leków przepisywanych na receptę oraz masowych zakupów suplementów diety oraz preparatów OTC. Występują znaczne nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Istotne problemy można odnotować również w zakresie planowania strategicznego szkolenia kadr medycznych czy też warunków pracy w sektorze zdrowia. Wydatki publiczne Polski na opiekę długoterminową są ponadto najniższe wśród krajów OECD. Oznacza to, że dynamiczny rozwój gospodarczy nie idzie u nas w parze z adekwatnym wzrostem nakładów na opiekę zdrowotną, a co za tym idzie – z poprawą jej jakości.

3.1. KONCEPCJA PAŃSTWA USŁUGOWEGO

Państwo usługowe to organizm składający się z instytucji publicznych oferujących obywatelom możliwie szeroki zakres łatwo dostępnych usług. Nie ma ono zastąpić prywatnych podmiotów, ma raczej stworzyć krwiobieg gospodarki – zapewniając infrastrukturę niezbędną do rozwoju oraz aktywności zawodowej i społecznej⁶. Państwo usługowe to sprawny usługodawca, solidarny z obywatelami, a nie zbiór procedur i instytucji⁷. Państwo musi więc porzucić paradygmat regulacyjny i przekształcić cały sektor publiczny zgodnie z usługowym sposobem myślenia. W tym modelu, obywatel staje się klientem⁸.

⁴ OECD Reviews of Health Systems: A series of country reports, OECD. Dostępne: <http://www.oecd.org/els/health-systems/reviews-health-systems.htm>.

⁵ Economic Survey of Poland, OECD 2018. Dostępne: <http://www.oecd.org/eco/surveys/Poland-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf>.

⁶ Państwo usługowe to interesująca wizja dla Polski, ale politycy wolą przepychanki. Gazeta Prawna, 2017. Dostępne: <http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/1033503,panstwo-uslugowe-to-interesujaca-wizja-dla-polski.html>.

⁷ Kierunek państwo usługowe. Dostępne: <https://www.cxo.pl/news/Kierunek-panstwo-uslugowe,404283.html>.

⁸ Państwo usługowe kontra państwo regulacyjne. Dostępne: <https://www.coi.gov.pl/artykul/panstwo-uslugowe-kontra-panstwo-regulacyjne.html>.

WPROWADZENIE - SPRAWNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ, JAKO KLUCZOWY ELEMENT PAŃSTWA USŁUGOWEGO - WYZWANIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE

Środowisko Związku Przedsiębiorców i Pracodawców oraz Warsaw Enterprise Institute wierzy w model państwa, który można nazwać państwem minimum, jednak nie w wersji tak ekstremalnej, jak proponują libertarianie. Uznajemy, że istnieją pewne segmenty funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki, w których państwo musi interweniować i aktywnie uczestniczyć (monopole naturalne, mechanizmy rynkowe dążące do monopolizacji etc.), a także nie odmawiamy instytucjom publicznym prawa do organizowania niektórych działań życia społecznego. W kontekście systemu opieki zdrowotnej skupia się to wokół dwóch podstawowych tez.

Po pierwsze, rolą państwa w systemie powinno być jego sprawne zorganizowanie prawno-instytucjonalne, w taki sposób, by każdy obywatel miał dostęp do możliwie najtańszej i możliwie najwyższej jakości opieki. Po drugie zaś, placówki publiczne mają swoje uzasadnione miejsce w systemie, jednak obwarowane jest to dwoma warunkami: muszą konkurować z podmiotami prywatnymi na równych, rynkowych zasadach oraz muszą przeorientować swoje działanie w sposób pro-pacjencki, uznający obywatela jako klienta, a nie ustawiającego się w kolejce petenta. W ten sposób państwo usługowe, w ramach systemu opieki zdrowotnej, stwarza organizacyjne ramy tego rynku, tak by zabezpieczał on interesy zdrowotne społeczeństwa, a także uczestniczy w nim – na zasadach jednakowych z prywatnymi podmiotami – świadcząc za pośrednictwem swoich placówek usługi obywatelom. Kryterium oceny państwa usługowego staje się wobec powyższego efektywne wypełnianie wymienionych zadań w sposób racjonalny w sensie kosztowym. Wymusza to niejako rozsądne gospodarowanie zasobami publicznymi, a także redukcję administracji i instytucji do skoncentrowanego minimum, sprawnie obsługującego wszystkie obszary aktywności państwa w systemie.

Pacjentocentryczny system ochrony zdrowia powinien przede wszystkim skupić się na jakości, bezpieczeństwie oraz dostępności świadczeń dla pacjenta.

W celu zmiany kultury bezpieczeństwa leczenia w placówkach medycznych na otwartą i transparentną w zakresie zgłaszania zdarzeń medycznych, konieczne jest jednocześnie podjęcie licznych działań systemowych i zmian legislacyjnych, które jeśli zostaną kompleksowo wdrożone i uzyskają społeczne poparcie, mogą w efekcie szybko doprowadzić do istotnej poprawy bezpieczeństwa leczenia⁹. Powinien powstać centralny rejestr zdarzeń niepożądanych oraz monitoring wskaźników skuteczności i jakości leczenia oraz dążenia do ich poprawy we wszystkich placówkach medycznych. Pacjenci powinni mieć możliwość oceny jakości opieki w placówkach medycznych, a także dostęp do informacji, w którym szpitalu skutecznie leczy się daną chorobę, najlepiej pod postacią ogólnodostępnego rankingu szpitali, uwzględniającego informacje o skuteczności, bezpieczeństwie i jakości leczenia w każdym szpitalu. Ranking ten powinien uwzględniać opinie pacjentów dotyczące jakości leczenia w placówkach medycznych. Różnice opinii grup dotyczą wpływu, jaki

⁹ Ewa Borek, Adrian Janus, Anna Sitek, Marcin Kautsch, Mateusz Lichoń, Teresa Perendyk, Kinga Wojtaszczyk, Martyna Bukowski. Bezpieczny pacjent kierunki koniecznych zmian systemowych. Fundacja My Pacjenci. Lipiec 2017 https://razemdlazdrowia.pl/media/W1siZiSljIwMTcvMDcvMTQvODI1b2p6aGpqMV9SYXBvcnRfYmV6cGlIY3pueV9wYWNgZW50XzExXzA3XzlwMTcucGRmIl1d/Raport_bezpieczny_pacjent_11_07_2017.pdf?sha=8aba87df2d05a6ee.

powinny mieć wyniki oceny jakości opieki, wskazane przez pacjentów, na wysokość wynagrodzeń personelu medycznego oraz wysokość finansowania placówki ze środków publicznych. Jest to kluczowe z punktu widzenia omówionej na łamach niniejszego opracowania koncepcji funkcjonowania systemu, który można pokrótce opisać hasłem „pieniądze za pacjentem”, w ramach której tenże pacjent dysponuje bardzo pogłębioną – względem sytuacji obecnej – podmiotowością.

3.2. ROLA SPRAWNEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Demografia ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju gospodarczego państwa i dobrobytu obywateli. Przyrost naturalny i poszerzanie rynku pracy są jednymi z trzech warunków zbliżania się Polski do poziomu życia najbogatszych państw Europy. Ogromne rezerwy wzrostu demograficznego ukryte są w lepszym wykorzystaniu nakładów finansowych na opiekę zdrowotną. Większy przyrost naturalny to nie tylko więcej narodzin, ale też dłuższa średnia wieku Polaków, a przede wszystkim dłuższy okres ich aktywności zawodowej. Rosnące potrzeby zdrowotne starzejących się i żyjących dłużej społeczeństw generują coraz wyższe koszty systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej. Wzrost wydatków może być znacznie wolniejszy, jeśli ludzie będą starzeć się w zdrowiu¹⁰.

Wg prognoz GUS w 2050 r. liczba ludności rezydującej Polski wyniesie 34 mln 856 tys. W porównaniu ze stanem w roku bazowym 2014 oznacza to zmniejszenie liczby ludności o 3,15 miliona tj. o 8,3 proc. Osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły 31,5 proc. populacji, a ich liczba wzrośnie o 5,1 miliona w porównaniu z 2014 r. Przedstawione ubytki populacji w latach 2015-2050 wynikają z prognozowanych zmian w intensywności urodzeń i zgonów oraz migracji ludności. Wyniki prognozy wskazują na utrzymywanie się ujemnego przyrostu naturalnego (różnica między liczbą urodzeń i zgonów) do końca horyzontu prognozy. Po 2036 r. nadwyżka zgonów nad urodzeniami ustabilizuje się na poziomie 150-156 tys. rocznie¹¹.

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych w okresie 2014-2029 liczba mieszkańców Polski spadnie o 1,17 mln osób, czyli o ok. 3 proc. Ludność Polski w 2029 roku średnio będzie starsza niż w 2014 roku¹². Ogólnopolskie mapy potrzeb zdrowotnych przedstawiają analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów, stanu i prognoz potrzeb zdrowotnych dla całego kraju. Mapy regionalne uwzględniają liczbę i strukturę ludności w podziale na powiaty w danym województwie, liczbę urodzeń, gęstość zaludnienia, analizę zgonów i standaryzowany wskaźnik umieralności. Wg Map Potrzeb

¹⁰ Gierczyński J., Wróblewski T., Gilewski M. Priorytety zdrowotne w kontekście demograficznego i gospodarczego rozwoju Polski. Wnioski i rekomendacje na przykładzie niewydolności serca. Raport Warsaw Enterprise Institute. Warszawa, 2018. Dostępne: <http://wei.org.pl/wp-content/uploads/2018/06/Priorytety-zdrowotne-w-kontek%C5%9Bcie-demograficznego-i-gospodarczego-rozwoju-Polski.-Wnioski-i-rekomendacje-na-przyk%C5%82adzie-niewydolno%C5%9Bci-serca.pdf>.

¹¹ Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015 – 2050. GUS, 2016. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-rezydujacej-dla-polski-na-lata-2015-2050,8,1.html>.

¹² Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, 2015-2018, <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty/>.

Zdrowotnych w okresie 2014-2029 należy oczekiwać wzrostu liczby nowych przypadków chorób kardiologicznych, z racji faktu, że choroby kardiologiczne najczęściej występują u osób starszych. W 2015 roku było 377 tys. pacjentów chorujących na co najmniej jedną z dolegliwości kardiologicznych i liczba ta wzrosła aż do poziomu 426 tys. w roku 2025. Oznacza to prawie trzynastoprocentowy wzrost w ciągu 10 lat¹³. Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne, szacuje się, że w okresie 2016-2029 liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych wzrosła z poziomu 180,3 tys. do 213,1 tys. (+18 proc.)¹⁴.

Prognozy demograficzne implikują prognozowanie świadczeń zdrowotnych koniecznych do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych starzejącego się społeczeństwa Polski. W 2016 roku NFZ opracował dokument pt. „Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce”¹⁵. Analizując prognozowane dane można stwierdzić, że w przeciągu najbliższych kilkunastu lat zmiany demograficzne w Polsce zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, z których będzie korzystać starsza część populacji. Przedstawione dane jednoznacznie wskazują na zwiększenie udziału hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych, przy jednoczesnym zmniejszeniu udziału hospitalizacji pediatrycznych i położniczo-ginekologicznych. W ocenie autorów dalszej analizie powinny podlegać zasoby lecznictwa stacjonarnego, szczególnie w zakresie zapotrzebowania na personel medyczny poszczególnych zawodów i specjalności w kontekście zmian demograficznych (dotyczących także tego personelu). Należy rozważyć działania mające na celu zmianę struktury udzielanych świadczeń w szpitalu i zapewnienie niektórym osobom hospitalizowanym na oddziałach chorób wewnętrznych/geriatrycznych miejsc w placówkach zajmujących się opieką nad osobami starszymi, realizującymi w szczególności świadczenia opiekuńczo-lecznicze. Ponadto celowe wydaje się wzmocnienie bodźców do rozwoju świadczeń udzielanych w trybie jednodniowym lub w trybie ambulatoryjnym.

Otrzymane wyniki jednoznacznie wskazują na sukcesywny wzrost poziomu finansowania świadczeń w kolejnych latach. W 2020 r. kwota kosztów wzrosła o 2,6 mld. zł w stosunku do roku 2014, co będzie stanowiło wzrost o 4,9 proc. Na rok 2030 prognozuje się dalszy wzrost – w stosunku do roku bazowego (2014) o prawie 6,4 mld. zł, to jest o 12 proc.¹⁶ Powyższa analiza wyraźnie wskazuje na istotny wzrost kosztów świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 60 roku życia, co wynika wprost ze zmiany struktury demograficznej, która z kolei jest pochodną starzenia się populacji oraz prognozowanego wydłużenia czasu trwania życia. Należy podkreślić, że prognozowane skutki mają charakter minimalny i nieuchronny.

¹³ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla Polski, Ministerstwo Zdrowia, 2015.

¹⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski, Ministerstwo Zdrowia, 2015.

¹⁵ Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce. NFZ, Warszawa, czerwiec 2016, http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_financeowanych_przez_nfz_w_kontekście_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf.

¹⁶ Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce. NFZ, Warszawa, listopad 2015, <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prognoza-kosztow-swiadczen-opieki-zdrowotnej-finansowanych-przez-nfz-w-kontekście-zmian-demograficznych-w-polsce,6778.html>.

WPROWADZENIE - SPRAWNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ, JAKO KLUCZOWY ELEMENT PAŃSTWA USŁUGOWEGO - WYZWANIA SPOŁECZNE I ZDROWOTNE

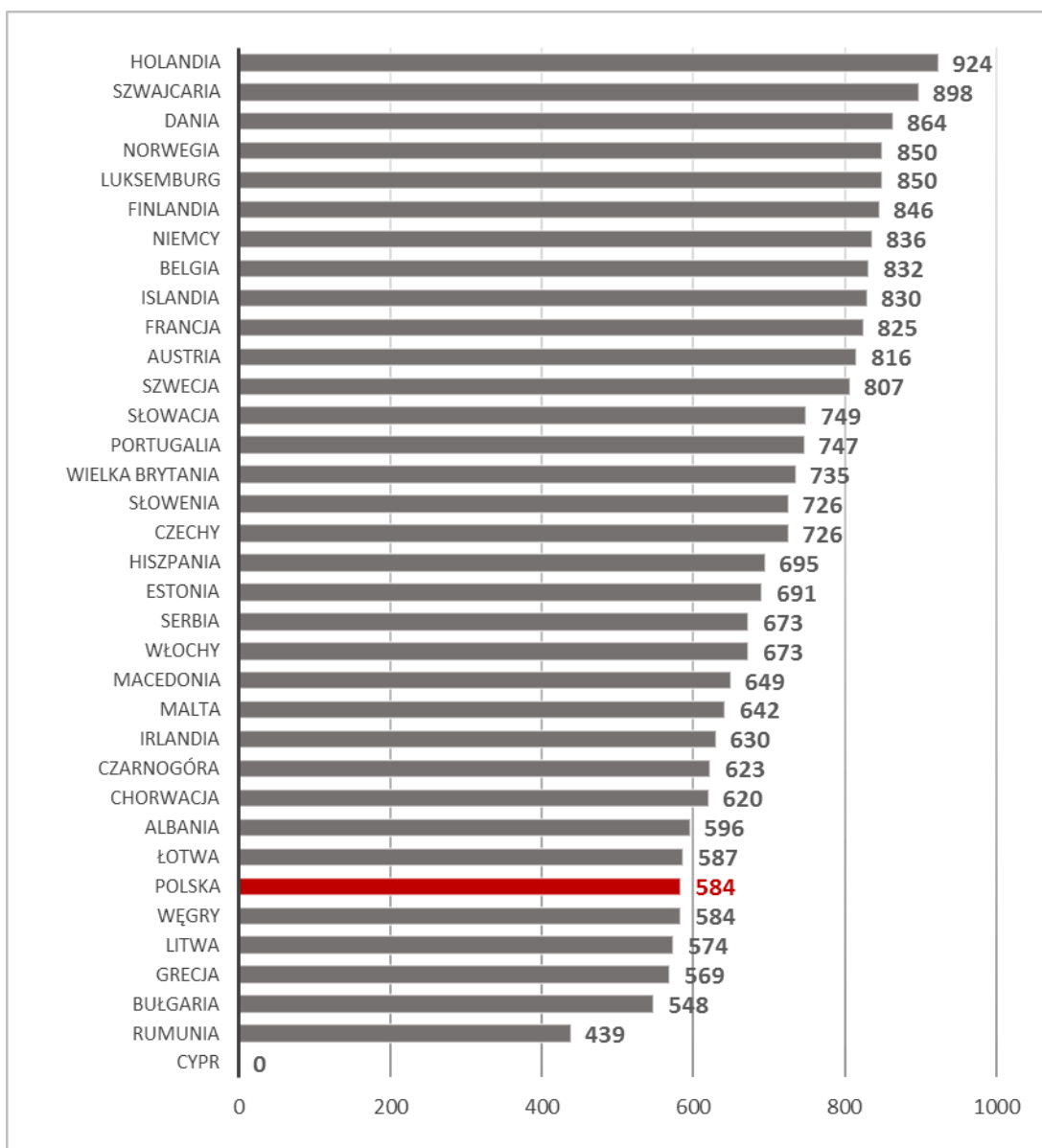
Omawiane prognozy stanowią jednocześnie wyzwania, z którymi będzie musiał poradzić sobie w ciągu najbliższych lat polski system opieki zdrowotnej. Jeśli mamy świadomość, że demografia ma bezpośrednie przełożenie na gospodarkę, to rola tegoż systemu staje się oczywista. Naturalnie, jest to konkluzja na poziomie hasłowym, natomiast sprowadza się ona do szeregu konkretnych spraw – jeżeli choćby liczba przypadków nowych nowotworów złośliwych ma wzrosnąć w ciągu kilkunastu lat o niemal 1/5, to oznacza, że automatycznie zwiększy się zapotrzebowanie na personel, leki i sprzęt. To, wraz ze zwiększonym poziomem zachorowań na inne choroby cywilizacyjne (np. kardiologiczne), w prosty sposób przekłada się na wzrost kosztów funkcjonowania systemu. Projekt nowego systemu opieki zdrowotnej musi odnosić się zatem do przynajmniej dwóch składników, tj. operacyjnego (jak zadbać o dostępność nowoczesnego sprzętu, jak zapobiec niedoborom kadrowym etc.) oraz finansowego (w jaki sposób finansować świadczenia tak, by zapewnić ich możliwie najwyższą jakość, przy jednoczesnej efektywności opartej na kalkulacji ekonomicznej).



4. OBECNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ – NAJWIĘKSZE PROBLEMY I WYZWANIA

Próbę monitorowania jakości opieki zdrowotnej od 2005 r. podjął Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index, EHCI), stworzony przez prywatną firmę Health Consumer Powerhouse (HCP). EHCI mierzy wydajność świadczenia usług zdrowotnych z perspektywy konsumenta (pacjenta) oraz tworzy ranking krajów w nim uczestniczących. Ranking EHCI może być narzędziem służącym do pomiaru jakości usług zdrowotnych poprzez analizę porównawczą wyników krajów uczestniczących w badaniu.

Wykres 1. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, wyniki za rok 2017, w punktach



Źródło: Euro Health Consumer Index 2017, dostępne: <https://healthpowerhouse.com/publications>

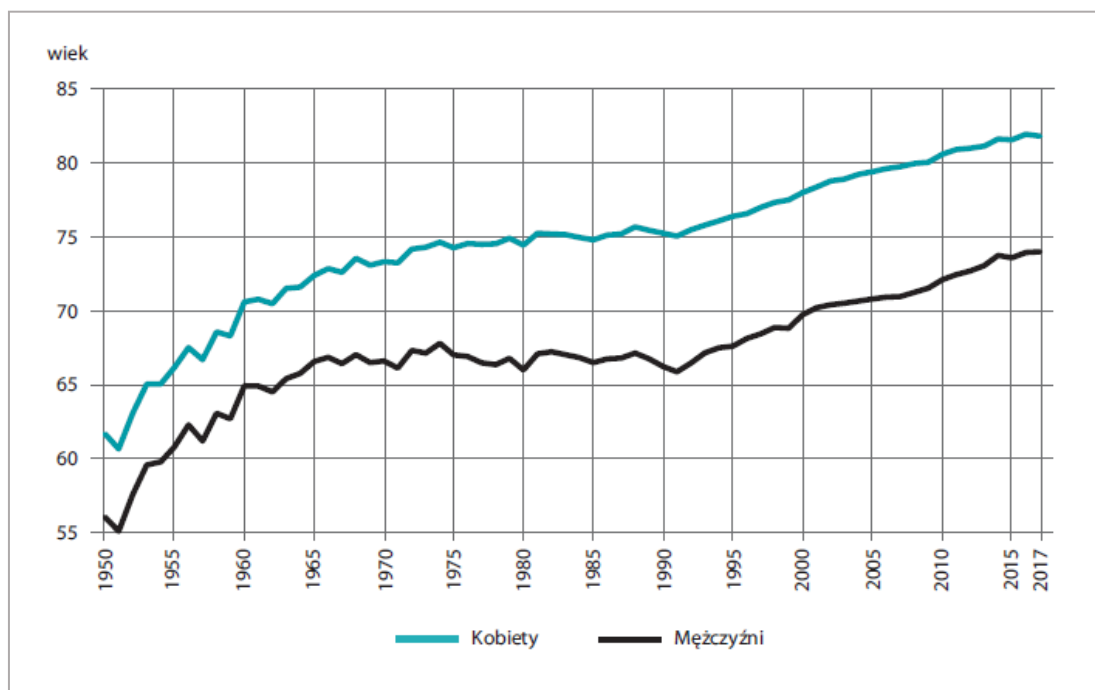
OBECNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ – NAJWIĘKSZE PROBLEMY I WYZWANIA

Wg najnowszego indeksu Euro Health Consumer Index (EHCI za 2017 r.) Polska znalazła się na 29 miejscu wśród 35 przeanalizowanych krajów¹⁷. System opieki zdrowotnej w Polsce został oceniony na 584 punkty, podczas gdy najwyżej oceniony w indeksie system opieki zdrowotnej w Holandii otrzymał 924 punkty. Warto zaznaczyć, że wśród krajów o zbliżonej wartości Produktu Krajowego Brutto (PKB) oraz podobnych uwarunkowaniach historycznych 726 pkt. otrzymał system opieki zdrowotnej w Czechach i Słowenii (16 i 17 miejsce w rankingu), a 749 punktów na Słowacji (13 miejsce w rankingu).

W polskim systemie opieki zdrowotnej pozytywnie zostały ocenione tylko: dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej, czas oczekiwania na doraźną pomoc medyczną oraz wczesna przeżywalność w ostrym zespole wieńcowym (w okresie 30 dni od incydentu).

Od 1991 r. czas trwania życia mężczyzn wydłużył się o prawie 8 lat, a kobiet o niemal 7 lat. Wydłużanie życia Polaków przez wiele lat wynikało głównie ze spadku umieralności niemowląt, a obecnie coraz większego znaczenia nabiera spadek natężenia zgonów wśród osób starszych w wyniku postępu w medycynie oraz zmiany stylu życia Polaków. Urodzony w 2017 r. chłopiec miał przed sobą 74 lata przeciętnego trwania życia, a dziewczynka 81,8 lat. Podobnie jak w innych krajach, krótsze trwanie życia mężczyzn wynika ze zjawiska wysokiej nadumieralności mężczyzn, które obserwowane jest we wszystkich grupach wieku, a różnica ta zwiększa się wraz z wiekiem.

Wykres 2. Przeciętna długość życia w latach 1950 - 2017



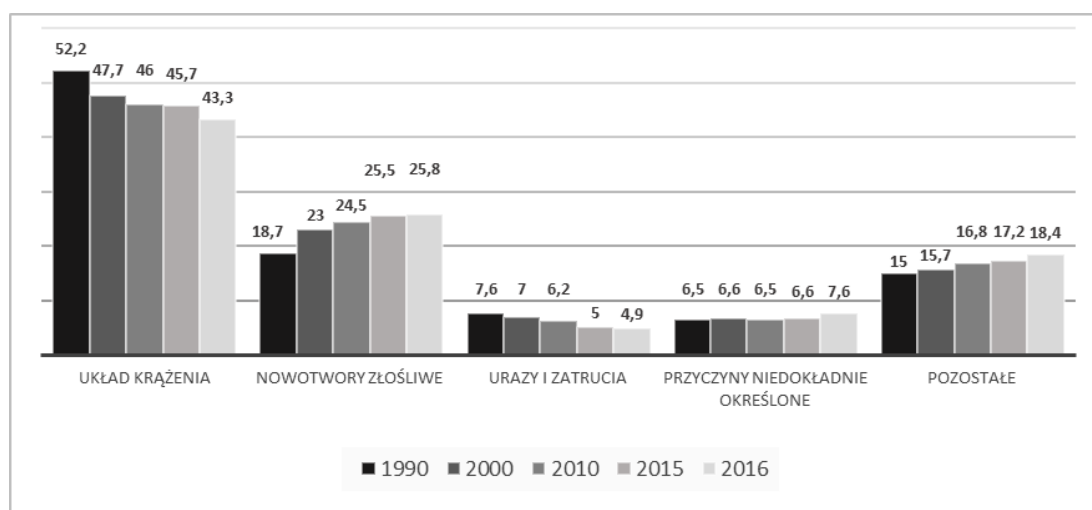
¹⁷ Euro Health Consumer Index 2017 Dostępne: <https://healthpowerhouse.com/publications/>.

OBECNY SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ – NAJWIĘKSZE PROBLEMY I WYZWANIA

Niestety, pomimo wzrostu oczekiwanej długości życia, Polacy żyją krócej w porównaniu z obywatelami Unii Europejskiej - w przypadku mężczyzn o 4,2 lat, a w przypadku kobiet o 1,7 roku. Obecna długość życia Polaków jest równa tej, jaka występowała dla ogółu krajów Unii w 1999 r., a więc 20 lat temu. Jednocześnie czas życia w zdrowiu Polaków jest krótszy od czasu życia w zdrowiu np. Skandynawów o ok. 10 lat. Według szacunków, mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 81 proc. długości życia (59,8 lat), a kobiety 77 proc. (62,7 lat)¹⁸.

Należy oczekiwać, że liczba i natężenie zgonów nadal będzie wzrastać z powodu systematycznego wzrostu liczby i odsetka osób w najstarszych grupach wieku. W ogólnej liczbie ok. 403 tys. osób zmarłych w 2017 r. prawie 52 proc. stanowili mężczyźni, a mediana wieku zmarłych wyniosła 77 lat (dla mężczyzn 71 lat, dla kobiet 82 lata). Zmiany w umieralności pozostają w ścisłym związku ze zmianami w strukturze podstawowych przyczyn zgonów, którymi są choroby układu krążenia i choroby nowotworowe – obie grupy powodują ok. 70 proc. wszystkich zgonów.

Wykres 3. Zgony według przyczyn w latach 1990 - 2016



Niekorzystnym zjawiskiem jest wzrastająca z roku na rok liczba zachorowań i zgonów w wyniku chorób nowotworowych. Na początku lat 90. XX w. nowotwory złośliwe były przyczyną niespełna 20 proc. wszystkich zgonów, a w 2016 r. – już 26 proc. Natomiast maleje udział zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia z 52 proc. w 1990 r. do ok. 43 proc. obecnie. Kolejnymi istotnymi przyczynami zgonów są choroby układu oddechowego (których udział wzrasta) oraz urazy i zatrucia, powodujące po 5–6 proc. wszystkich zgonów. Jednocześnie należy podkreślić stosunkowo wysoki – wynoszący 7–8 proc. – udział zgonów, w przypadku których przyczyny nie zostały dokładnie określone¹⁹.

¹⁸ Bogdan Wojtyński i Paweł Goryński, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, 2016. Dostępne: <http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/>.

¹⁹ *Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r.* GUS, 2018, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2017-roku-urodzenia-i-dzietnosc,33,1.html>.



5. OPTYMALNY KSZTAŁT SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Założeniem debaty pt. *Wspólnie dla zdrowia* jest ustalenie priorytetów i wytyczenie celów działania poprzez ogólnospołeczny dialog, wspólnie z różnorodnymi środowiskami: pacjentów, lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych, pracodawców i ekspertów²⁰. Ogólnonarodowa debata powinna odpowiedzieć przede wszystkim na trzy najważniejsze pytania:

1. Jak podzielić, najlepiej zainwestować zwiększone wydatki publiczne na ochronę zdrowia?
2. Co zrobić, abyśmy jako społeczeństwo i poszczególni obywatele żyli w dobrym zdrowiu jak najdłużej?
3. W jaki sposób państwo powinno być odpowiedzialne za zdrowie obywateli i pomagać im w dbaniu o swoje zdrowie?

W dyskusji o tym, jak powinien wyglądać system ochrony zdrowia, punktem wyjścia będzie zarówno zaplanowany wzrost wydatków publicznych, jak też starzenie się społeczeństwa, wyzwania epidemiologiczne oraz rozwój technologii. Dlatego kluczową kwestią jest, jak ukształtować system ochrony zdrowia, aby efektywnie zagospodarować pieniądze, które będą na niego przeznaczone. Publiczna dyskusja obejmie generalną filozofię oraz poszczególne elementy systemu ochrony zdrowia, poczynając od rozwiązań prawnych, przez organizację opieki medycznej, zakresy odpowiedzialności administracji publicznej - państwowej i samorządów, ustalenie priorytetowych dziedzin medycyny, a także miejsce profilaktyki i zdrowia publicznego.

Należy przedstawić i poddać krytycznej ocenie zasady działania systemów ochrony zdrowia w innych krajach europejskich, aby wyciągnąć wnioski i poszukiwać najlepszych wzorców do naśladowania. Dyskusja obejmie także oczekiwania społeczne, formułowane na podstawie szerokich badań społecznych oraz analiz eksperckich. Celem debaty „Wspólnie dla Zdrowia” jest wypracowanie systemu, który zrównoważy potrzeby społeczne z możliwościami finansowymi i gospodarczymi państwa oraz zaangażowaniem kapitału społecznego. Chodzi o wskazanie, w jaki sposób rosnące, ale wciąż ograniczone nakłady na zdrowie wydawać najbardziej efektywnie - jak dodatkowe pieniądze mogą poprawić sytuację zdrowotną Polaków, wydłużyć ich życie w dobrym zdrowiu, obniżyć zachorowalność, zwłaszcza na choroby przewlekłe i cywilizacyjne, oraz podnieść skuteczność leczenia.

W wyniku debaty powinien powstać wieloletni plan rozwoju służby zdrowia, oparty na porozumieniu różnorodnych środowisk i sił społecznych, tak aby konsekwentnie dążyć do osiągnięcia wytyczonych celów, niezależnie od zmian politycznych i ekonomicznych. Ewolucyjna poprawa działania służby zdrowia jest zadaniem wykraczającym poza jedną kadencję władz publicznych. Długofalowy plan działania musi być oparty na szerokim porozumieniu, wypracowaniu przez zainteresowane środowiska wspólnych celów oraz uzgodnieniu priorytetów.

²⁰ *Wspólnie dla zdrowia - narodowa debata o zdrowiu. Ministerstwo Zdrowia, 2018, <https://www.gov.pl/zdrowie/wspolnie-dla-zdrowia>.*

OPTYMALNY KSZTAŁT SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Co do zasady natomiast, nowy system powinien wypełniać kilka podstawowych kryteriów. Przede wszystkim, powinien być oparty na zasadzie „pieniądze za pacjentem”. Zasada ta implikuje wprowadzenie mechanizmów konkurencyjności na poziomie ubezpieczycieli (docelowo - likwidacja monopolu NFZ w zakresie powszechnej opieki zdrowotnej). Już w tej chwili na rynku funkcjonują prężnie rozwijające się podmioty, jednak obecnie ich działalność opiera się jedynie na dobrowolnych, dodatkowych pakietach medycznych. Jednocześnie mechanizmy konkurencyjności powinny być implementowane również po stronie świadczeniodawców – podmioty prywatne nie powinny być rugowane z rynku, a raczej uczestniczyć w nim na zasadach równych z placówkami publicznymi. Takie dwupoziomowe poszerzenie udziału rynku w opiece zdrowotnej, stanowiłoby prosty bodziec stymulujący zwiększanie jakości świadczeń oraz ich dostępności dla pacjentów. Jednocześnie w perspektywie wyzwań stojących przed systemem opieki zdrowotnej, należy założyć zwiększającą się partycypację finansową państwa w leczeniu i zapobieganiu występowania chorób cywilizacyjnych.

W uzupełnieniu do powyższego, projektując strategię dla polskiego systemu opieki zdrowotnej nie sposób zapomnieć o dwóch elementach. Po pierwsze, w kształtowaniu systemu coraz większą rolę odgrywają pracodawcy. Ponoszą oni realne koszty (szacuje się, że nawet ok. 5 mld zł rocznie) absencji chorobowych pracowników, a w kontekście przytaczanych wcześniej danych wydaje się, że istnieje poważne ryzyko wzrostu tychże kosztów w ciągu najbliższych lat. Tym samym są oni bardzo zainteresowani tym, by system opieki zdrowotnej działał możliwie najsprawniej – oznacza to bowiem, że ich pracownicy będą zdrowsi, w lepszej formie psychofizycznej, co (poza oczywistym skutkiem w postaci rzadszej absencji) pozytywnie przełoży się na efektywność ich pracy. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera medycyna pracy, w ramach której – ze względu na jej specyfikę – bardzo istotne jest wdrażanie nowoczesnych rozwiązań.

Po drugie zaś, założenia strategii dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie mogą abstrahować od roli innowacji technologicznych, które zwłaszcza w kontekście niedoboru kadr medycznych, coraz bardziej dotkliwego dla wszystkich rodzajów placówek, mogą stać się istotnym kołem napędowym rozwoju opieki zdrowotnej w Polsce. Poza faktem, że nowocześniejszy sprzęt i procedury oznaczają z reguły po prostu lepszą jakość usług, zarówno telemedycyna, jak i cyfrowe metody administrowania usługami zdrowotnymi, włączające pacjentów do odpowiedzialności za własne zdrowie, umożliwiają sprawną wymianę informacji i danych bez konieczności osobistego, stacjonarnego stawiennictwa dedykowanego pracownika opieki zdrowotnej. W ten sposób, pojedyncza osoba jest w stanie obsłużyć dużo większą liczbę pacjentów, którzy z kolei przestają być ograniczeni w wyborze specjalistów do grona pracowników najbliższych geograficznie placówek.



6. PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Poniżej przedstawiono kluczowe założenia reformy systemu ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki opracowane przez medyczne towarzystwa naukowe²¹.

- Opieka zdrowotna powinna być wysokiej jakości i gwarantować optymalny stan zdrowia obywateli.
- System opieki zdrowotnej musi zapewniać odpowiednią opiekę zdrowotną wszystkim osobom mieszkającym w kraju, bez nieuzasadnionych barier finansowych w zakresie opieki.
- Poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej musi być celem wszystkich interwencji zdrowotnych, aby zapewnić optymalne wyniki dla wydatkowanych środków.
- Reformując system opieki zdrowotnej należy mieć na uwadze ograniczone zasoby oraz osobistą odpowiedzialność za zdrowie każdego obywatela.
- Dostęp i finansowanie opieki zdrowotnej muszą być uwarunkowane współpracą publiczno-prywatną oraz możliwością zakupu dodatkowych usług lub ubezpieczeń zdrowotnych przez osoby prywatne i pracodawców.
- Zarządzanie kosztami, spójne z osiąganiem wysokiej jakości opieki zdrowotnej przez wszystkich interesariuszy systemu, ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia efektywnego, dostępnego i zrównoważonego systemu opieki zdrowotnej.
- Proste i racjonalne systemy administracyjne pozwolą na osiągnięcie kosztowej efektywności opieki zdrowotnej.
- Należy finansować edukację medyczną, prewencję, profilaktykę, kompleksową infrastrukturę i wdrażanie technologii w dziedzinie zdrowia.
- Wysoka jakość opieki zdrowotnej będzie zabezpieczona również przez właściwy system kontroli, monitorowania oraz odpowiedzialności prawnej podmiotów udzielających świadczeń medycznych

Założenia efektywnej opieki zdrowotnej wypracowano również w Australii. Stwierdzono, że polityka zdrowotna i wszystkie reformy systemu ochrony zdrowia powinny skupić się na:

- potrzebach pacjentów oraz uproszczeniu ich „drogi/ścieżki w systemie”,
- kompleksowej ocenie wyników interwencji,
- inwestowaniu w zdrowie obywatela od jego urodzenia²².

Zgodnie z definicją WHO, polityka zdrowotna to decyzje, plany i działania, które są podejmowane w celu osiągnięcia konkretnych celów opieki zdrowotnej w społeczeństwie. Polityka zdrowotna określa wizję przyszłości, co z kolei przyczynia się do ustalenia celów

²¹ Reform Principles of the U.S. Health Care System, <https://www.aafp.org/advocacy/track/principles-for-reform.html>.

²² https://ahha.asn.au/sites/default/files/docs/policy-issue/ahha_position_statement_-_principles_for_an_optimal_healthcare_system.pdf.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

i punktów odniesienia w krótkim i średnim okresie czasu. Definiuje priorytety zdrowotne i oczekiwane role różnych interesariuszy w ich realizacji. Podstawą racjonalnej polityki zdrowotnej jest ustalanie i monitorowanie priorytetów zdrowotnych²³. Właściwie zdefiniowane priorytety zdrowotne powinny brać pod uwagę przede wszystkim realne potrzeby zdrowotne kraju i regionu, konsekwencje zdrowotne i obciążenie chorobami, koszty chorób, dostępność rozwiązań, kadry i technologii medycznych oraz zasoby finansowe. Dlatego też w realizacji priorytetów zdrowotnych powinny być wybierane rozwiązania o sprawdzonej skuteczności i opłacalności²⁴.

W Polsce działania polityki zdrowotnej są wyznaczone przez Konstytucję RP, która w Art. 68 stanowi:

- Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.
- Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.
- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
- Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
- Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży²⁵.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 jest narzędziem realizacji zapisów Konstytucji przez Ministra Zdrowia i skupia się na realizacji celu strategicznego: wydłużeniu życia Polaków w zdrowiu, poprawie jakości życia związanego ze zdrowiem oraz ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu. Cel strategiczny można osiągnąć dzięki realizacji celów operacyjnych. W NPZ są one ukierunkowane na zmniejszenie narażenia społeczeństwa na największe zagrożenia dla zdrowia²⁶.

W lutym 2018 r. Ministerstwo Zdrowia wydało rozporządzenie określające priorytety zdrowotne, które wynikają z aktualnej wiedzy i analiz w zakresie stanu zdrowia obywateli, uzyskiwanych efektów zdrowotnych oraz z potrzeby zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej²⁷. Są to:

1. Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,

²³ Priority Setting for Health Policy and Systems Research, Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009. Dostępne: http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/AllianceHPSR_Brief_Note3_ENG.pdf.

²⁴ Programmes and priority setting: Setting priorities, WHO, 2015, Dostępne: http://www.who.int/dg/reform/consultation/WHO_Reform_1_en.pdf.

²⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tekst uchwalony w dniu 2 kwietnia 1997 r. przez Zgromadzenie Narodowe. Dostępne: <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>.

²⁶ Narodowy Program Zdrowia 2016-2020, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1>

²⁷ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469>.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

- b) nowotworów złośliwych,
- c) przewlekłych chorób układu oddechowego,
- d) cukrzycy.
- 2. Rehabilitacja.
- 3. Przeciwdziałanie występowaniu otyłości.
- 4. Ograniczanie następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji.
- 5. Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych.
- 6. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii.
- 7. Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania.
- 8. Poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3.
- 9. Poprawa jakości leczenia bólu oraz monitorowanie skuteczności tego leczenia.
- 10. Zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi.

Ważnym dokumentem rządowym jest „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022”. Określa on priorytety działań Rządu Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie gospodarowania lekami w latach 2018-2022²⁸.

6.1. FINANSOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA (PIENIĄDZE ZA PACJENTEM)

W przypadku polskiego systemu opieki zdrowotnej poziom finansowania publicznego jest nieadekwatny do potrzeb zdrowotnych obywateli.

Wg najnowszych danych OECD w Polsce na system opieki zdrowotnej przeznaczono w 2017 r. 6,7 proc. Produktu Krajowego Brutto z funduszy publicznych i prywatnych²⁹. Średnia dla OECD wyniosła 8,9 proc. Kraje o podobnym poziomie dochodów przeznaczyły na zdrowie: 7,1 proc. PKB w przypadku Słowacji, 7,2 proc. na Węgrzech, 7,1 w Czechach oraz 8,4 w Grecji. Jeszcze bardziej wyraźnie widoczna jest dysproporcja w bezpośrednich wydatkach publicznych na głowę mieszkańca rocznie. W Polsce w 2017 r. była to kwota 1 352 USD PPP, natomiast średnia dla krajów OECD była ponad dwa razy wyższa i wyniosła 3 073 USD PPP. Kraje o podobnym PKB wydawały na zdrowie na głowę mieszkańca rocznie: Węgry - 2 101 USD PPP, Czechy - 2 544 USD PPP, Grecja - 2 223 USD PPP.

²⁸ Rada Ministrów przyjęła dokument „Polityka Lekowa Państwa 2018–2022” Ministerstwo Zdrowia, 2018, <https://www.gov.pl/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-dokument-polityka-lekowa-panstwa-20182022>.

²⁹ OECD Health Statistics 2018 - Frequently Requested Data. OECD, June 2018. Dostęp: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Z opublikowanego przez GUS najnowszego Narodowego Rachunku Zdrowia (NRZ) wynika, że wydatki bieżące na zdrowie i ochronę zdrowia ogółem wyniosły w 2016 r. ok. 121,1 mld zł (100 proc.), z czego wydatki prywatne ok. 36,5 mld zł (30 proc.) i wydatki publiczne ok. 84,6 mld zł (70 proc.)³⁰. Wydatki ogółem stanowiły 6,54 proc. Produktu Krajowego Brutto, z czego wydatki publiczne stanowiły 4,57 proc. PKB, natomiast wydatki prywatne wyniosły 1,97 proc. PKB.

Nieadekwatny poziom finansowania publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce powoduje poważne konsekwencje: niedobór kadr medycznych, kolejki oraz wydłużanie czasu oczekiwania na dostęp do świadczeń medycznych, ograniczenia w dostępie do innowacyjnych technologii medycznych oraz konieczność ponoszenia wydatków na świadczenia zdrowotne bezpośrednio z kieszeni pacjenta. Wszystko to prowadzi do nierówności w dostępie do zdrowia warunkowanych miejscem zamieszkania i zasobnością portfela obywateli³¹. Prywatne wydatki Polaków na zdrowie na poziomie ponad 36 mld zł rocznie pokazują jak dużo dopłacają do leków, porad i zabiegów lekarskich, stomatologii, rehabilitacji, itd.

Nowelizacja ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantuje, że publiczne środki na ochronę zdrowia będą stopniowo rosły, osiągając poziom 6 proc. PKB w 2024 r. (średnia OECD wynosiła w 2017 r. 6,5 proc. PKB). Zgodnie z ustawą, w latach 2018–2023 na finansowanie ochrony zdrowia będą przeznaczane środki finansowe w wysokości nie niższej niż: 4,78 proc. PKB w 2018 r. , 4,86 proc. PKB w 2019 r. , 5,03 proc. PKB w 2020 r. , 5,30 proc. PKB w 2021 r. , 5,55 proc. PKB w 2022 r. i 5,80 proc. PKB w 2023 r.

Szybszy wzrost nakładów na zdrowie powinien przyczynić się do lepszego dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych³². Dla poprawy wyników zdrowotnych społeczeństwa, jak też urzeczywistnienia perspektywy wymiernych korzyści dla gospodarki, niezbędne jest zapewnienie maksymalnej efektywności alokacji dodatkowych nakładów na opiekę zdrowotną. Przekierowując myślenie o systemie ochrony zdrowia w stronę modelu value-based healthcare, należy finansować te interwencje, które przynoszą najlepszy efekt zdrowotny. Jednym ze sposobów efektywnej alokacji zwiększających się nakładów publicznych na zdrowie może być inwestycja w skuteczne i bezpieczne leki, która może przynieść długoterminowe pozytywne skutki dla społeczeństwa oraz całej gospodarki³³.

³⁰ Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2016 r. Dostępne: <http://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2016-rok,283,5.html>.

³¹ Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów. Maria Libura, Jarosław Greser, Ewa Borek, Teresa Perendyk, Anna Sitek, Kinga Wojtaszczyk. Fundacja My Pacjenci, Warszawa, marzec 2018, https://mypacjenci.org/images/Razem_dla_Zdrowia/Raporty/Finansowanie-i-organizacja-systemu-ochrony-zdrowia-w-oczach-pacjentow.pdf.

³² Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o 6 proc. PKB na zdrowie. Ministerstwo Zdrowia, 2018, <https://www.gov.pl/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-projekt-ustawy-o-6-pkb-na-zdrowie>.

³³ Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych. Raport przygotowany przez IQVIA dla Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Warszawa, sierpień 2018, https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Finansowanie_Ochrony_Zdrowia_v.5.0_19.09.2018.pdf.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Zasada „pieniądze za pacjentem” to opcja, gdzie istnieje możliwość wyboru przez pacjenta instytucji ubezpieczeniowej, szpitala, lekarza w myśl zasady, że za każde medycznie uzasadnione świadczenie udzielone pacjentowi ubezpieczonemu należy się refundacja ze strony ubezpieczyciela. W Polsce obecnie funkcjonuje system ubezpieczeniowo-budżetowy oparty o zasadę solidaryzmu społecznego. Składka zdrowotna na poziomie 9 proc. (płacona przez podatnika w całości) pokrywa wydatki na ochronę zdrowia. Aktualny system nie odpowiada jednak zasadzie „pieniądze za pacjentem” – świadczenia są finansowane na podstawie kontraktów przewidujących określone limity wykonanych procedur. W zakresie systemu powszechnego nie ma żadnej konkurencji ubezpieczycieli (płatników) – funkcjonuje tylko NFZ, a prywatnym podmiotom pozostaje jedynie fragment rynku w postaci dodatkowych pakietów wykupowanych z reguły przez firmy swoim pracownikom. Wprowadzenie konkurencji na rynku ubezpieczeń umożliwiłoby pacjentom podejmowanie rzeczywistego wyboru, choćby co do placówek ochrony zdrowia.

W tej chwili funkcjonują w Polsce jedynie elementy omawianego systemu. Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), jest ogólnopolskim serwisem udostępniającym zarejestrowanym użytkownikom historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia, gromadzone od 2008 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia³⁴. Za pośrednictwem ZIP pacjent ma dostęp do informacji o finansowaniu udzielonych świadczeń. Aktualnie każdy ubezpieczony może teoretycznie wybierać miejsce leczenia, choć wybór ten jest istotnie zawężony z uwagi na niedostateczną podaż specjalistów, a także ograniczenia wynikające z kontraktów. Środki dla oddziałów wojewódzkich NFZ przyznawane są w oparciu o algorytm uwzględniający m.in. migrację ubezpieczonych. Wyzwaniem jest taka zmiana systemu ochrony zdrowia, aby opieka nad pacjentem była zintegrowana, co wiąże się m.in. z koniecznością opracowania i wdrożenia odpowiednich ścieżek postępowania, opartych na zaleceniach z aktualnych wytycznych towarzystw naukowych oraz systemu wymiany dokumentacji medycznej.

Kompleksowy i skoordynowany model opieki, gdzie pieniądze „idą za pacjentem” jest wprowadzany w Polsce stopniowo od 2016 r., a zatem od zaledwie dwóch lat. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził model opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC)³⁵ i model kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał)³⁶. W przygotowaniu do pilotaży znajdują się: model koordynowanej opieki nad pacjentami chorymi na stwardnienie rozsiane (KOSM)³⁷ i model koordynowanej opieki w niewydolności serca (KONS)³⁸. Do fazy pilotażu wprowadzany jest program „Trombektomia mechaniczna w leczeniu ostrej fazy udaru mózgu”³⁹ oraz Krajowa Sieć Onkologiczna⁴⁰.

³⁴ <https://zip.nfz.gov.pl/ap-portal/user/menu/open@info?view=001>.

³⁵ <http://nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>.

³⁶ <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-382017dsoz,6578.html>.

³⁷ <https://fundacjauij.pl/programy-fundacji/programy/opieka-skoordynowana-sm-projekt/>.

³⁸ <https://portalemedyczne.pl/index.php/ministerstwo-zapewnia-kons-jeszcze-w-tym-roku/>.

³⁹ <https://www.gov.pl/documents/292343/436711/94-mz-prez-trombektomia.pdf/7ecb9c2f-f0d4-d888-10f0-0f75eb1f3fb7>.

⁴⁰ <https://www.gov.pl/zdrowie/pilotaz-sieci-onkologicznej-w-konsultacjach-zewnetrznych>.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Docelowy model finansowania opieki zdrowotnej w Polsce powinien opierać się zatem na dwóch filarach. Pierwszym z nich jest podstawowy zakres opieki, który powinien być finansowany przez państwo bezpośrednio z budżetu i zapewniany przez konkurujących ze sobą na wolnym rynku ubezpieczycieli. Na podstawie raportu OECD Health at Glance⁴¹ możemy w pewnym przybliżeniu wyliczyć, ile wynoszą miesięczne publiczne wydatki na ochronę zdrowotną (z wyłączeniem zakupu leków). Roczne wydatki na ochronę zdrowia per capita wynoszą w Polsce 1 409 euro. 70 proc. tychże wydatków, a zatem ok. 986 euro, to wydatki publiczne. Odejmując od tej kwoty przeciętne roczne publiczne wydatki na leki, otrzymujemy ok. 895 euro, a więc 74 euro (mniej więcej 320 złotych) miesięcznie. Tyle pieniędzy rząd ma do dyspozycji na opiekę zdrowotną dla każdego ubezpieczonego. Mając w pamięci tę sumę, rząd powinien uzgodnić z ubezpieczycielami zakres podstawowego zakresu opieki (definiowany jako koszyk świadczeń gwarantowanych, należnych każdemu obywatelowi), który ci ostatni byłoby skłonni zaoferować w ramach tego budżetu. Jednocześnie mając świadomość opisanych wcześniej wyzwań, powinniśmy stopniowo dążyć do osiągnięcia poziomu średniej dla Unii Europejskiej w zakresie publicznych wydatków na opiekę zdrowotną (zgodnie z powyższą metodologią – jest to dzisiaj ok. 156 euro miesięcznie per capita; różnica jest zatem dwukrotna).

Ubezpieczyciele, do których trafiałyby środki publiczne, powinni być certyfikowani i spełniać konkretne wymogi, wśród których najważniejsze byłoby oferowanie określonego w toku wspomnianych konsultacji zakresu świadczeń w ramach opieki podstawowej, bez jakichkolwiek dopłat ze strony pacjenta, a także uczestnictwo w systemie wzajemnych ubezpieczeń, zabezpieczającym pacjentów przed rezultatami kłopotów finansowych któregośkolwiek z podmiotów (model analogiczny do Bankowego Funduszu Gwarancyjnego).

Innymi słowy, pacjent miałby gwarancję, że u każdego ubezpieczyciela funkcjonującego na rynku, będzie mógł bez dopłat skorzystać przynajmniej z podstawowej opieki zdrowotnej (nie można wszak wykluczyć, że ubezpieczyciele będą ze sobą konkurować, włączając do tej podstawowej, „bezpłatnej” oferty kolejne świadczenia).

Drugim filarem, jeśli chodzi o finansowanie opieki zdrowotnej, powinny być pakiety czy konkretne moduły wykupywane przez pacjentów bezpośrednio u ubezpieczycieli. W warunkach rynkowych powstałaby elastyczna i dopasowana do potrzeb społeczeństwa oferta, z różnorodnymi produktami kierowanymi do różnych grup wiekowych, płci czy przedstawicieli różnych zawodów. W ten sposób, finansowanie wszelkiego rodzaju dodatkowych świadczeń pozostawałoby w gestii ubezpieczonych.

Opisany wyżej model uznajemy za optymalny, jednak ma on charakter docelowy i przejście do niego powinno odbywać się etapami.

Wyobrażamy sobie, że w swoistym okresie przejściowym rozwiązaniem pożądanym byłoby usamorządowanie płatnika i ubezpieczyciela w postaci NFZ, poprzez utworzenie lokalnych

⁴¹ https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1547731951&id=id&accname=guest&checksum=DF18CA1EB40B116EA127658DEB4CAAA4.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

funduszy działających w makroregionach (jeden makroregion obejmowałby obszar ok. dwóch województw, tak by w skali kraju było ich na przykład osiem – dopiero w ten sposób uzyskałyby one skalę niezbędną do skutecznego działania). Fundusze te byłyby całkowicie niezależne od władzy centralnej. Środki finansowe (składki) byłyby przekierowywane do nich za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zaś one (Fundusze) musiałyby w ich ramach gwarantować swoim klientom przynajmniej świadczenia znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Kontrolowałyby one również i oceniały placówki medyczne znajdujące się na terenie danego makroregionu, tak by zapewnić odpowiednio wysoką jakość świadczeń medycznych. Mogłyby one również samodzielnie decydować o finansowaniu świadczeń wykraczających poza koszyk gwarantowany. Do wykorzystania pozostawałyby zatem dodatkowe pakiety, współpłacenie, współpraca z lokalnymi przedsiębiorcami i inne narzędzia. Środki prywatne w takim układzie nie pokrywałyby ponownie kosztów tych samych świadczeń, które są już finansowane z podstawowej „składki” (tak, jak ma to miejsce w aktualnym systemie), przez co zwiększyłaby się efektywność wydatkowania tych środków.

Wziąwszy pod uwagę fakt, że powiaty wydają się być strukturą niesterowną i pozbawioną realnych narzędzi sprawnego zarządzania, wychodzimy z założenia że „szpitalami powiatowymi” zarządzać powinny związki gmin. Gminy, poprzez współpracę ze sobą i wymianę informacji, mogłyby skutecznie projektować siatkę szpitali znajdującą się na terenie takiego związku. W aktualnym systemie, w istocie istnieje między nimi swoista „konkurencja” na utrzymywanie niewykorzystywanych szpitali, znajdujących się w fatalnej kondycji – i infrastrukturalnej, i finansowej. Nasz projekt zakłada, że związki gmin jako gospodarze siatki szpitali znajdujące się na terenie danego związku, mogłyby racjonalnie zarządzać placówkami.

Ostatecznie, w tego rodzaju „systemie przejściowym”, ściśle scentralizowane elementy systemu opieki zdrowotnej (tj. podmiot-ubezpieczyciel oraz placówki publiczne) zostałyby realnie usamorzadowione. W ten sposób, poprzez stopniowe „odrywanie” systemu opieki zdrowotnej od władz centralnych i przekazywanie odpowiedzialności za niego na niższe szczeble (zgodnie z podstawowym założeniem, że państwo ma być tylko finansującym, a nie organizatorem systemu), możliwe stałoby się stopniowe urynkowienie jego struktury i wprowadzenie rzeczywistej konkurencji wśród ubezpieczycieli i placówek medycznych, w której udział brałyby również prywatne podmioty.

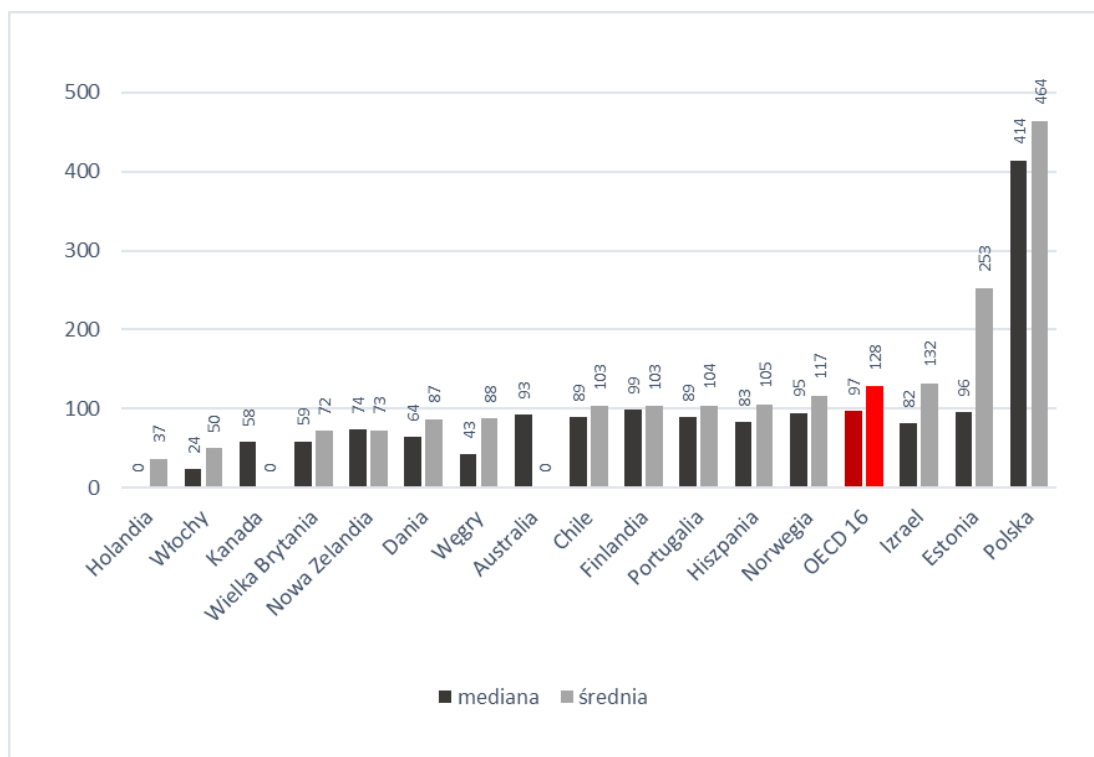
Aby uniknąć niebezpieczeństwa zatrzymania reformy na etapie samego podziału Narodowego Funduszu Zdrowia na osobne, niezależne podmioty obsługujące makroregiony, bez wpuszczania do systemu kapitału prywatnego, już na samym początku powinny być zarysowane ramy czasowe realizacji kolejnych elementów programu. Ubezpieczyciele powinni być przekształceni w spółki, w których udziały (akcje) obejmować mogliby ich dotychczasowi pracownicy, a także zewnętrzne podmioty. Po upływie tego czasu, rynek powinien zostać również uwolniony, tak by mogli w nim uczestniczyć również gracze niezwiązani z usamorzadowionymi wcześniej ubezpieczycielami publicznymi. W ten sposób osiągnięty zostanie docelowy kształt reformy, opisany we wcześniejszych akapitach.

6.2. DOSTĘP DO OPIEKI ZDROWOTNEJ – SZYBSZY, ŁATWIEJSZY, SPRAWIEDLIWY

Zabezpieczenie dostępu do opieki zdrowotnej dotyczy optymalnego zarządzania zasobami systemu opieki zdrowotnej w celu zachowania lub poprawy stanu zdrowia obywateli⁴². Dostępne usługi muszą być odpowiednie i skuteczne, jeżeli ludność ma "uzyskać dostęp do zadowalających wyników zdrowotnych". Stopień, w jakim ludność "uzyskuje dostęp", zależy od barier finansowych, organizacyjnych, społecznych lub kulturowych, które ograniczają korzystanie z usług.

Na tle krajów OECD Polska charakteryzuje się jednymi z najdłuższych czasów oczekiwania na wizyty u specjalistów i zabiegi planowe. W zakresie dwóch podstawowych wskaźników dostępu do świadczeń medycznych używanych w międzynarodowych porównaniach: operacji zaćmy oraz wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego Polska notuje najdłuższy czas oczekiwania spośród krajów OECD. Dla operacji zaćmy oraz wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego odpowiednio 464 i 410 dni. Przykładowo na Węgrzech chory na operację zaćmy czeka 88 dni, a na wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego 146 dni. Patrz wykresy.

Wykres 4. Czas oczekiwania na operację zaćmy w wybranych krajach, w dniach

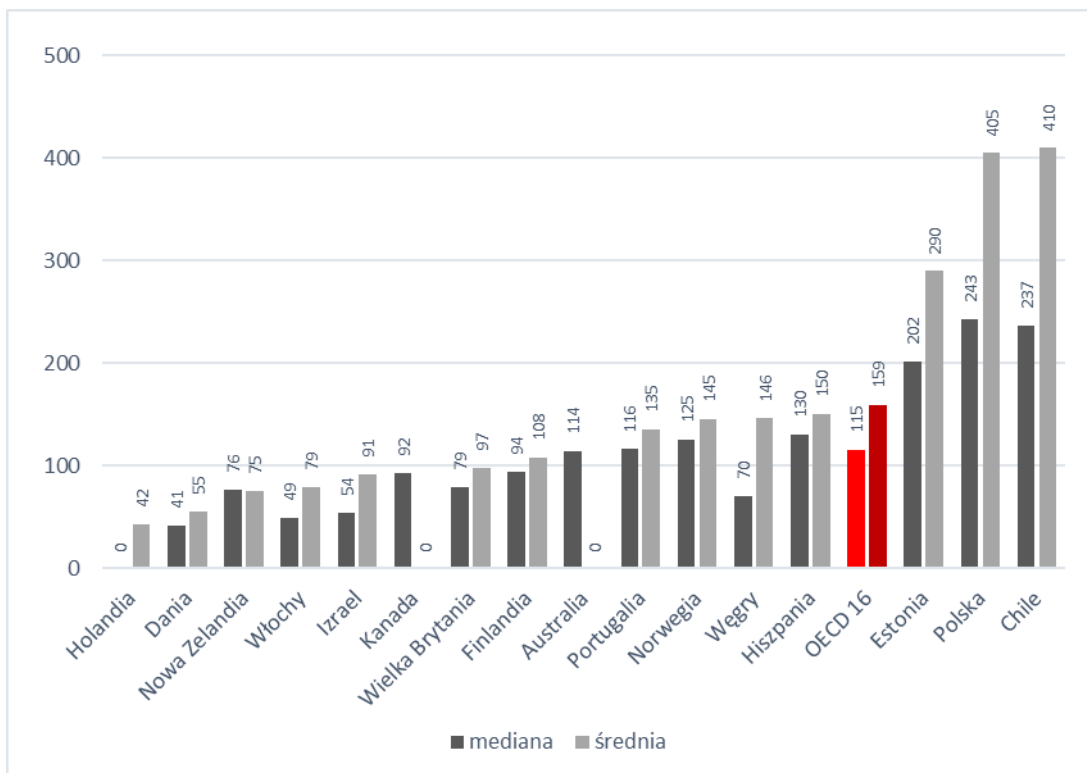


Źródło: OECD, Statystyki zdrowotne 2017

⁴² What does access to health care mean? Gulliford M et al. *J Health Serv Res Policy*. 2002 Jul;7(3):186-8. Dostępne: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751>.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Wykres 5. Czas oczekiwania na wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego w wybranych krajach, w dniach



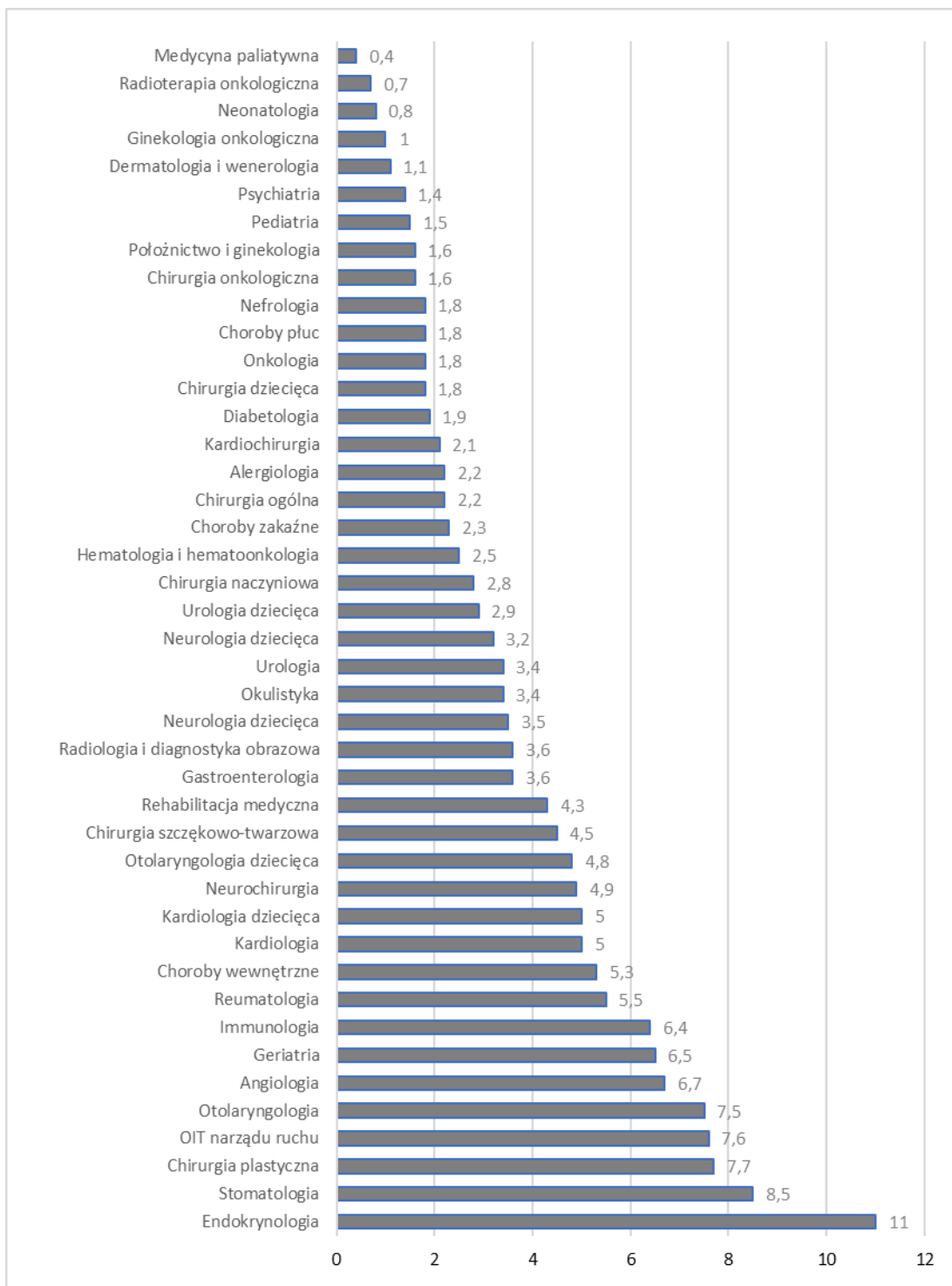
Źródło: OECD, Statystyki zdrowotne 2017

Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce pt. „Barometr WHC” przygotowanego przez Fundację Watch Health Care, Warsaw Enterprise Institute oraz pracowników MAHTA podaje, iż Polacy muszą poczekać w kolejce średnio ok. 3,4 miesiąca, a na pojedyncze świadczenie gwarantowane 3,7 miesiąca. To 2 tygodnie, czyli ok. pół miesiąca więcej niż w 2017 r.⁴³

⁴³ BAROMETR WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018. Stan na kwiecień/maj 2018 r. http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/barometrwhc_raport_062018.pdf.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Wykres 6. Średni czas oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w kwietniu oraz maju 2018 roku (w mies.).



Wg ekspertów WEI wynika to przede wszystkim z niedoboru kadr medycznych, zbyt niskiej wyceny świadczeń oraz złej organizacji systemu ochrony zdrowia.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Dużym problemem jest brak systemów informatycznych. Jednym z głównych założeń Unii Europejskiej jest rozwój gospodarki opartej na nowoczesnych technologiach informatycznych. Dotyczy to również ochrony zdrowia, w której zastosowanie nowoczesnych rozwiązań zwiększa skuteczność opieki zdrowotnej. Program e-Zdrowie. Rozwój e-zdrowia w Polsce to m.in.:

- wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych do wspomagania działań związanych z ochroną zdrowia:
 - Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1),
 - Platforma Udostępniania On-line Przedsiębiorcom Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych (P2),
 - poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT (P3),
 - dziedzinowe systemy teleinformatyczne systemy informacji w ochronie zdrowia (P4),
- wdrożenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM),
- wdrożenie e-recepty,
- wdrożenie e-skierowania,
- rozwój telemedycyny⁴⁴.

6.3. WSPÓŁPRACA PŁATNIKA PUBLICZNEGO Z UBEZPIECZYCIELAMI

Według danych Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU) na koniec 2017 r. o 22 proc. zwiększyła się liczba Polaków posiadających polisy zdrowotne⁴⁵ (czyli prywatne ubezpieczenia zdrowotne, pakiety typu Medicover etc.). Z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzysta już 2,27 mln osób, a składka przypisana brutto na rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wzrosła o 18 proc. i osiągnęła wartość 684,5 mln zł. Rośnie zarówno liczba ubezpieczonych grupowo, jak i indywidualnie. Eksperci prognozują, że liczba ta będzie rosła, zwłaszcza w kontekście nieadekwatnych wydatków publicznych na świadczenia zdrowotne, kolejki oraz coraz niższą ocenę jakości świadczonych usług medycznych.

Wg raportu PIU „Jak ubezpieczenia zmieniają Polskę i Polaków” opublikowanego w listopadzie 2017 r., dostęp do skutecznej opieki medycznej może nawet o 70 proc. ograniczać nieobecność w pracy z powodu choroby. Wyniki raportu potwierdzają, że przedsiębiorcy dostrzegają wartość prywatnej opieki zdrowotnej i zdają sobie sprawę z kosztów związanych z nieobecnością pracowników, które określane nawet na 30 tys. zł na osobę rocznie. W aktualnej sytuacji gospodarczej niemal wszyscy pracodawcy cierpią na brak rąk do pracy i rywalizują o wartościowych pracowników. Tym samym, rośnie wartość ubezpieczeń zdrowotnych, zarówno jako istotnych z punktu widzenia pracowników benefitów pozapłacowych, jak i jako narzędzia pozwalającego utrzymywać kadrę w dobrym zdrowiu. Polisy zdrowotne również skutecznie motywują, by dbać o zdrowie lepiej i bardziej świadomie⁴⁶.

⁴⁴ <https://www.gov.pl/zdrowie/informatyzacja-w-ochronie-zdrowia>.

⁴⁵ Niemal 2,3 mln Polaków kupiło polisy zdrowotne, maj 2018. <https://piu.org.pl/niemal-23-mln-polakow-ma-polisy-zdrowotne/>.

⁴⁶ Jak ubezpieczenia zmieniają Polskę i Polaków. Raport o wpływie branży ubezpieczeniowej. Deloitte. Warszawa, 2017. Polska Izba Ubezpieczeń https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2017/12/171205_raport_wplywu_dlugi.pdf.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Bardzo mocną pozycję rynkową mają operatorzy medyczni (LuxMed, Enel-Med czy Medicover) oferujący pakiety konkretnych świadczeń, z których pacjenci mogą korzystać w ich placówkach medycznych. Abonamenty początkowo rozwijały się jako dodatkowe świadczenia pozapłacowe oferowane pracownikom przez pracodawców, jednak stają się coraz popularniejsze również wśród osób fizycznych.

Wszystko to pokazuje, że rośnie wola do współpłacenia za zdrowie Polaków i partycypacja prywatnych wydatków w wydatkach na zdrowie ogółem. Według najnowszego Narodowego Rachunku Zdrowia (NRZ) wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem wyniosły w 2016 r. ok. 121,1 mld zł (100 proc.), z czego wydatki publiczne ok. 84,6 mld zł (70 proc.)⁴⁷ i wydatki prywatne ok. 36,5 mld zł (30 proc.) i Są to jednak głównie prywatne wydatki ponoszone w najmniej efektywny sposób – głównie bezpośrednio z kieszeni obywatela (*out-of-pocket*; w NRZ to pozycja: bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – ok. 27,8 mld zł.) za świadczenia zdrowotne (*fee for service*). Wg badań CBOS leki dostępne bez recepty (OTC) i suplementy diety stosowało niemal dziewięciu na dziesięciu dorosłych Polaków (89 proc.)⁴⁸ wydając na ten cel ok. 13 mld zł rocznie⁴⁹.

Wg OECD Polacy dopłacali do ochrony zdrowia w 2016 r. ok. 23 proc. *out-of-pocket*, gdy średnia dla krajów OECD wyniosła 20 proc., a kraje o zbliżonym PKB np. Czechy - 15 proc., Słowacja - 17,8 proc.⁵⁰

Pokazuje to potencjał, jaki niesie za sobą urynkowienie systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Z powyższych danych wynika, że coraz więcej Polaków jest gotowych do bezpośredniego partycypowania w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Kierunek zwiększania udziału środków prywatnych w systemie jest interesującą możliwością, całkowicie kompatybilną z proponowanym w ramach opracowania systemem. Warto również zaznaczyć, że jednym z najbardziej efektywnych systemów opieki zdrowotnej na świecie jest system singapurski, gdzie całkowite wydatki na służbę zdrowia stanowią stosunkowo niewielki procent PKB, a jednocześnie osiągnięte rezultaty są więcej niż zadowalające (oczekiwana długość życia wyższa niż w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii, jedna z najniższych śmiertelności niemowląt na świecie)⁵¹. Charakteryzuje się on finansowym udziałem pacjenta w realizowaniu każdej przeprowadzanej procedury, przy czym przewidzianych jest np. pięć klas świadczenia usług medycznych w szpitalach – najwyższa nie jest w żaden sposób subsydiowana z budżetu państwa, a w przypadku klasy najniższej udział publicznego

⁴⁷ Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2016 r. <http://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2016-rok,283,5.html>.

⁴⁸ Komunikat z badań nr 158/2016 Warszawa, listopad 2016 Leiki dostępne bez recepty i suplementy diety. CBOS, 2016 https://cbos.pl/SPIKOM.POL/2016/K_158_16.PDF.

⁴⁹ Rynek produktów OTC w Polsce 2018. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2018-2023. PMR, 2018 <http://cee-pharma-sphinx.pmr-www.nazwa.pl/analysis/1552/sprzedaz-suplementow-diety-i-lekow-otc-przekroczy-w-2018-r-13-mld-zl>

⁵⁰ OECD Health Statistics 2018 - Frequently Requested Data, 2018 <http://www.oecd.org/health/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2018.pdf>.

⁵¹ <https://www.obserwatorfinansowy.pl/forma/rotator/singapur-ma-najlepsze-i-najtansze-leczenie/>.

finansowania wynosi nawet 80 proc. Być może kombinacja polegająca na – najpierw – usamorządowieniu Narodowego Funduszu Zdrowia i podziale go na kilka niezależnych od władz centralnych placówek, a następnie wpuszczeniu na rynek powszechnych ubezpieczycieli prywatnych podmiotów (zgodnie z zasadą „pieniądze za pacjentem”), a także zwiększeniu finansowej partycypacji pacjentów w realizacji świadczeń medycznych, stanowiłaby optymalną strategię rozwoju polskiego systemu opieki zdrowotnej w ciągu najbliższych lat.

6.4. STRUKTURA UCZESTNIKÓW RYNKU - ŚWIADCZENIODAWCÓW I ZASADY ICH FUNKCJONOWANIA

Zapewnienie obywatelom bezpiecznego i efektywnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia wymaga odpowiedniego ułożenia relacji między elementami skomplikowanego i rozbudowanego systemu, w którym uczestniczą różni interesariusze (ang. *stakeholders*)⁵². W myśl definicji Freemana „interesariuszem jest każda osoba lub grupa, która może wywierać wpływ na daną organizację lub na którą ta organizacja wywiera wpływ”⁵³. Wszyscy interesariusze systemu powinni inwestować środki i swoje działania w kompleksowe działania prowadzące do wzrostu długości życia obywateli w dobrym zdrowiu.

W przypadku systemu ochrony zdrowia w Polsce mamy do czynienia z bardzo dużą liczbą udziałowców, często mających sprzeczne interesy. Konkuruje o środki publiczne i prywatne. W ramach środków publicznych szpitale konkurują z AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna) i POZ (Podstawowa Opieka Zdrowotna). W 2018 r. NFZ zaplanował na lecnictwo szpitalne ok. 42 mld zł, na AOS - ok. 5 mld zł i na POZ ok. 10,5 mld zł⁵⁴.

Po stronie podażowej w Polsce funkcjonuje około 1 000 szpitali i innych placówek opieki stacjonarnej, 20 tysięcy przychodni i niemal 15 tysięcy aptek. Aby sprostać wyzwaniom starzejącego się społeczeństwa wciąż rozwijają się ośrodki opieki długoterminowej.

W ochronie zdrowia pracuje ponad pół miliona osób personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów i innych⁵⁵.

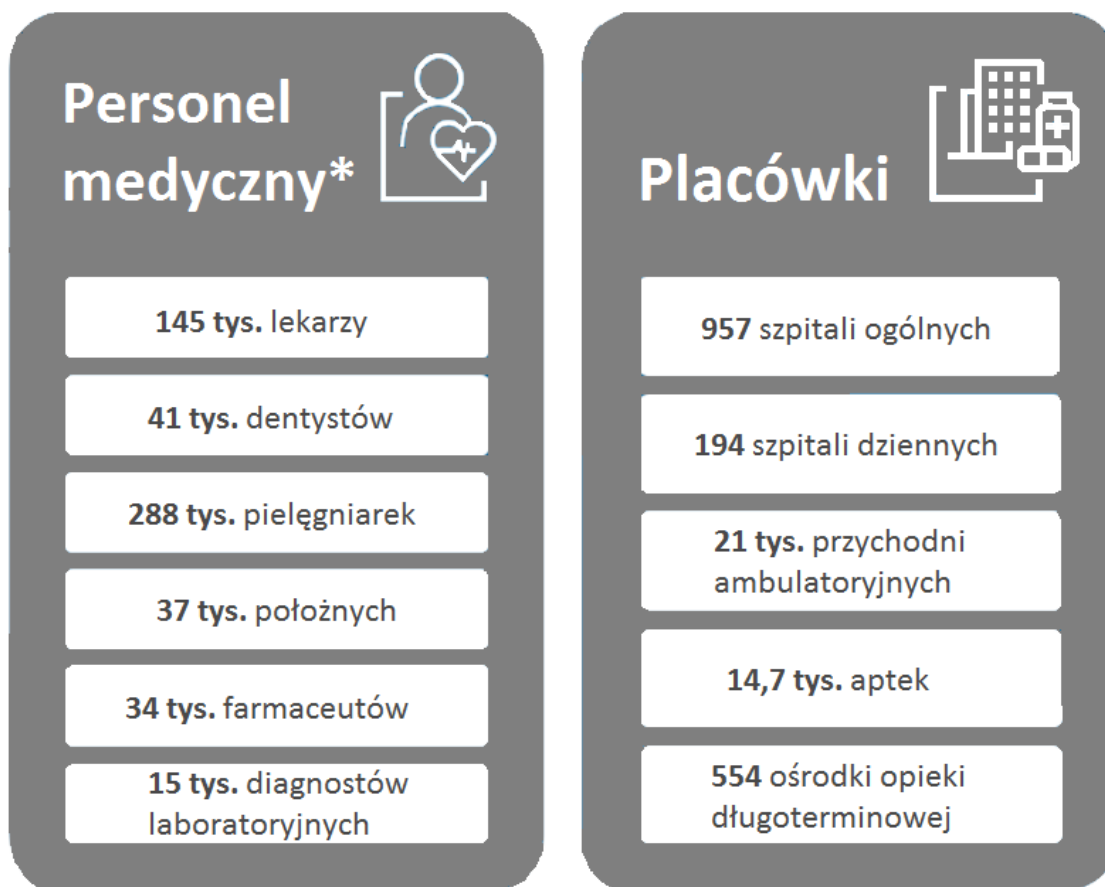
⁵² Optymalizacja systemu ochrony zdrowia w Polsce: mapa wyzwań. Raport THINKTANK, 2011. Dostępne: http://thinktankmagazine.pl/pobieranie/raport_zdrowie.pdf.

⁵³ Freeman RE. Strategic Management. A Stakeholder Approach. Pitman Publishing, Boston, 1984. <http://www.cambridge.org/us/academic/subjects/management/business-ethics/strategic-management-stakeholder-approach>.

⁵⁴ Plan finansowy NFZ na 2018 r. stanowiący załącznik do zarządzenia nr 91/2018/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2018 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 rok. <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>.

⁵⁵ Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych. Raport przygotowany przez IQVIA dla Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Warszawa, sierpień 2018. Dostępne: https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Finansowanie_Ochrony_Zdrowia_v.5.0_19.09.2018.pdf.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ



Źródło. Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych. Raport przygotowany przez IQVIA dla Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA

Tabela 1. Ambulatoryjna opieka zdrowotna, apteki i punkty apteczne (stan w dniu 31.12....)

	2010	2014	2015
Ambulatoryjna opieka zdrowotna	16 608	20 052	20 412
przychodnie	6 927	5 894	5 550
praktyki lekarzy i lekarzy dentystów	7,4	8,1	8,3
porady udzielone (w ciągu roku) na jednego mieszkańca	11 297	12 438	12 740
Apteki ogólnodostępne	11 297	12 438	12 740
Punkty apteczne	1 161	1 309	1 299

Źródło. Polska w liczbach. GUS, 2017

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

Tabela 2. Szpitale (stan w dniu 31.12....)

	2010	2014	2015
Szpitale ogólne			
zakłady	836	979	956
łóżka	190 387	188 116	186 994
Leczeni (bez międzyoddziałowego ruchu chorych, w ciągu roku), w tys.	7 759	7 897	7 795

Źródło. Polska w liczbach. GUS, 2017

Jednym z najpoważniejszych wyzwań stojących przed systemem są istniejące już dzisiaj niedobory kadrowe, potęgowane jeszcze przez wysoką średnią wieku personelu oraz wyzwania związane ze starzeniem się społeczeństwa. Wg danych OECD za 2016 r. Polska ma jeden z najniższych wskaźników liczby lekarzy na 1 tys. mieszkańców – 2,4, gdzie średnia OECD wynosi 3,4⁵⁶. W Czechach wskaźnik ten wynosił 3,7, na Węgrzech – 3,2, a w Niemczech – 4,2 lekarza/1 tys. mieszkańców. Podobna sytuacja dotyczy pielęgniarek. W Polsce na 1 tys. mieszkańców przypadało 5,2 pielęgniarki, gdy średnia OECD wynosiła 9 pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców. W Czechach wskaźnik ten wynosił 8,1, na Węgrzech – 6,4 i w Niemczech – 12,9 pielęgniarki/1 tys. mieszkańców. Średnia wieku lekarza ze specjalizacją w Polsce według danych Naczelnej Liczby Lekarskiej wynosiła w 2015 r. ok. 55 lat⁵⁷. Według prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w latach 2010-2020 szacuje się, iż ok. 81 tys. pielęgniarek prawdopodobnie przejdzie na emeryturę, a tylko ok. 20 tys. pielęgniarek podejmie pracę w zawodzie, co wskazuje na brak w systemie w roku 2020 ok. 61 tys. pielęgniarek⁵⁸.

Z punktu widzenia optymalnego rozwoju systemu, kluczowe jest zapewnienie współudziału w systemie – na równych warunkach – placówek prywatnych, obok publicznych. Wobec zaproponowanego modelu, najbardziej zasadne wydaje się wprowadzenie regulacji, która stanowiłaby, że szpitale i przychodnie muszą funkcjonować jako spółki kapitałowe – tak, by zapewniona była rzeczywista równorzędność podmiotów publicznych i prywatnych. Jednocześnie dla zapewnienia odpowiedniej jakości infrastruktury, a także konkurencyjnych warunków zatrudnienia personelu, korzystna jest zasada „pieniądze za pacjentem” – jeśli uda się ją bowiem zrealizować, refundacja świadczeń w szpitalach nie będzie ograniczona limitami wynikającymi z kontraktów. Ubezpieczyciele po prostu pokrywaliby koszty procedur

⁵⁶ OECD Health Statistics 2018 - Frequently Requested Data. OECD, June 2018. Dostępne: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

⁵⁷ Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści 2015. NIL 2015, https://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0005/99743/Demografia-lekarze-specjalisci-2015-v-0423.pdf.

⁵⁸ Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce, do roku 2020. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, 2010, <http://arch.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/1782-ocena-zasobow>.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA REFORMY SŁUŻBY ZDROWIA - JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

przeprowadzanych w konkretnej placówce wybranej przez pacjenta – szpitalom zwyczajnie opłacałoby się dbać o jakość świadczonych usług i uważnie optymalizować koszty. W perspektywie zabezpieczenia odpowiednich rezerw kadrowych, zasadne wydaje się być również stworzenie szybkiej ścieżki uznania kwalifikacji zawodowych w przypadku zawodów szczególnie narażonych na niedobory (np. pielęgniarki) dla pracowników przybywających do Polski z państw trzecich (przede wszystkim Ukrainy). Zmodyfikować należy też katalog uprawnień i obowiązków poszczególnych zawodów – najprostsze czynności przy pacjentach, w ramach opieki szpitalnej, powinny być wykonywane przez opiekunów medycznych, podczas gdy zakres obowiązków pielęgniarek powinien być poszerzony (powinny one de facto przejąć część uprawnień lekarzy, niewymagających szczegółowej medycznej wiedzy).



7. PODSUMOWANIE

Dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej jest niezbędnym elementem nowoczesnego państwa dobrobytu. Jednak wbrew przyjętemu w Polsce modelowi, wiemy, że w ramach zapewnienia obywatelom tegoż dostępu, państwo nie musi być bezpośrednim organizatorem systemu – może jedynie finansować podstawowe świadczenia, podczas gdy mechanizmy konkurencyjne wymogą zarówno na prywatnych ubezpieczycielach, jak i na świadczeniodawcach, podnoszenie poziomu usług i gwarantowanie uczciwych warunków cenowych.

Model, w którym jeden, państwowy ubezpieczyciel, kontraktuje ze szpitalami określoną liczbę świadczeń, na podstawie całkowicie nierealnych wycen, po pierwsze zakłada brak rzeczywistej konkurencji po stronie ubezpieczycieli (prywatne podmioty funkcjonują na rynku w sposób komplementarny, a wzrost ich popularności wynika z niezadowolenia pacjentów ze stanu państwowej opieki – niezależnie od tego, i tak muszą oni uiszczać składkę na NFZ, więc de facto w dużej mierze ponoszą podwójny ciężar ekonomiczny za teoretycznie ten sam zakres świadczeń), a po drugie nie stymuluje w żaden sposób szpitali i przychodni do podnoszenia jakości usług i racjonalizowania kosztów.

Proponujemy więc daleko posuniętą zmianę. Skończmy z monopolem NFZ. Najpierw doprowadźmy do usamorządowienia Funduszu, poprzez stworzenie kilku (7 – 8) placówek, niezależnych od władzy centralnej, samodzielnych, do których pieniądze dystrybuowane byłyby przez ZUS. Przekażmy zarządzanie „szpitalami powiatowymi” związkom gmin. W dalszej kolejności – stopniowo urynkwajmy system. Niech ubezpieczyciele konkurują między sobą o to, do którego z nich zapisze się obywatel, wykorzystując do tego określoną pulę środków publicznych. Niech rozwijają również ofertę pakietów dodatkowych. Ostatecznie, niech pieniądze rzeczywiście podążają za pacjentem i trafiają do szpitali nie na podstawie zawieranych uprzednio kontraktów na określoną liczbę procedur, a w związku z rzeczywistym wykonaniem procedury, za które zapłaci ubezpieczyciel.

Tak skonstruowany system zapewni – w naszym przekonaniu – dużo bardziej efektywną, tańszą i bardziej dostępną opiekę zdrowotną. W połączeniu z rozwiązaniami telemedycznymi, a także modyfikacją zakresu uprawnień niektórych grup zawodowych, będzie stanowił rzeczywistą odpowiedź na wyzwania nadchodzące w najbliższych dekadach.



BIBLIOGRAFIA

1. Gierczyński J., Wróblewski T., Gilewski M. Priorytety zdrowotne w kontekście demograficznego i gospodarczego rozwoju Polski. Wnioski i rekomendacje na przykładzie niewydolności serca. Raport Warsaw Enterprise Institute. Warszawa, 2018. Dostępne: <http://wei.org.pl/wp-content/uploads/2018/06/Priorytety-zdrowotne-w-kontek%C5%9Bcie-demograficznego-i-gospodarczego-rozwoju-Polski.-Wnioski-i-rekomendacje-na-przyk%C5%82adzie-niewydolno%C5%9Bci-serca.pdf>
2. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, WHO, 2015. Dostępne: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
3. Key components of a well functioning health system. WHO. Dostępne: http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/en/.
4. OECD Reviews of Health Systems: A series of country reports, OECD. Dostępne: <http://www.oecd.org/els/health-systems/reviews-health-systems.htm>.
5. Economic Survey of Poland. OECD 2018. Dostępne: <http://www.oecd.org/eco/surveys/Poland-2018-OECD-economic-survey-overview.pdf>.
6. Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015 – 2050. GUS, 2016. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-rezydujacej-dla-polski-na-lata-2015-2050,8,1.html>.
7. Euro Health Consumer Index 2017 Dostępne: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
8. OECD Health Statistics 2018 - Frequently Requested Data. OECD, June 2018. Dostępne: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
9. Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2016 r. Dostępne: <http://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2016-rok,283,5.html>.
10. Barbara Więckowska. Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego. EY, Warszawa, 2010. Dostępne: [https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Healthcare_Konkurencja.pdf/\\$FILE/Healthcare_Konkurencja.pdf](https://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Healthcare_Konkurencja.pdf/$FILE/Healthcare_Konkurencja.pdf).
11. Jak ubezpieczenia zmieniają Polskę i Polaków. Raport o wpływie branży ubezpieczeniowej. Deloitte. Warszawa, 2017. Polska Izba Ubezpieczeń. Dostępne: https://piu.org.pl/wp-content/uploads/2017/12/171205_raport_wplywu_dlugi.pdf.
12. Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 września 2018 r. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2016 r. Dostępne: <http://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2016-rok,283,5.html>.
13. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r., GUS, 2018. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r,2,6.html>.
14. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r. GUS, 2017. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2016-r,1,7.html>.

BIBLIOGRAFIA

15. Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), 2017. Dostępne: <https://www.mii.gov.pl/media/48672/SOR.pdf>.
16. Polityka Lekowa Państwa 2018–2022, Ministerstwo Zdrowia, 2018. Dostępne: <https://www.gov.pl/zdrowie/rada-ministrow-przyjela-dokument-polityka-lekowa-panstwa-20182022>.
17. Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Ministerstwo Zdrowia, 2015-2018. Dostępne: <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty/>.
18. Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych. Raport przygotowany przez IQVIA dla Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Warszawa, sierpień 2018. Dostępne: https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Finansowanie_Ochrony_Zdrowia_v.5.0_19.09.2018.pdf.
19. BAROMETR WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018. Stan na kwiecień/maj 2018 r. WHC. WEI. MAHTA, 2018. Dostępne: http://www.korektorzdrowia.pl/wpcontent/uploads/barometrwhc_raport_062018.pdf.
20. Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów. Maria Libura, Jarosław Greser, Ewa Borek, Teresa Perendyk, Anna Sitek, Kinga Wojtaszczyk. Fundacja My Pacjenci, Warszawa, marzec 2018. Dostępne: https://mypacjenci.org/images/Razem_dla_Zdrowia/Raporty/Finansowanie-i-organizacja-systemu-ochrony-zdrowia-w-oczach-pacjentow.pdf.
21. Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce. NFZ, Warszawa, czerwiec 2016. Dostępne: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_financeowanych_przez_nfz_w_kontekscie_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf.
22. Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce. NFZ, Warszawa, listopad 2015. Dostępne: <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/prognoza-kosztow-swiadczen-opieki-zdrowotnej-financeowanych-przez-nfz-w-kontekscie-zmian-demograficznych-w-polsce,6778.html>.
23. Bogdan Wojtyniak i Paweł Goryński, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP-PZH, 2016. Dostępne: <http://www.pzh.gov.pl/stan-zdrowia-ludnosci/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce/>.
24. Narodowy Program Zdrowia 2016-2020, Ministerstwo Zdrowia, 2016. Dostępne: <https://www.gov.pl/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1>.
25. Sytuacja demograficzna Polski do 2017 r. GUS, 2018. Dostępne: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2017-roku-urodzenia-i-dzietnosc,33,1.html>.
26. Plan finansowy NFZ na 2018 r. stanowiący załącznik do zarządzenia nr 91/2018/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2018 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 rok. Dostępne: <http://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>.

ZAPOZNAJ SIĘ Z PROJEKTEM:
[ZPP.NET.PL/PROJEKTY/AGENDA-POLSKA/](https://zpp.net.pl/projekty/agenda-polska/)