



# Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów

---

**Autorzy:**

Maria Libura, Jarosław Greser, Ewa Borek, Teresa Perendy, Anna Sitek, Kinga Wojtaszczyk



Warszawa, marzec 2018

# Spis Treści

Spis treści.....	2
Podziękowania.....	4
Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia.....	5
Partnerzy projektu.....	6
Streszczenie.....	7
Wstęp.....	9
<b>Doświadczenia międzynarodowe dotyczące organizacji i finansowania systemów ochrony zdrowia.....</b>	<b>11</b>
<b>System finansowania ochrony zdrowia w Polsce i jego organizacja - pomiędzy państwem opiekuńczym a niewidzialną ręką rynku.....</b>	<b>22</b>
<i>Finanse, czyli wstydlivy temat polskiej służby zdrowia.....</i>	<i>22</i>
<i>Pomiędzy wiarą w rynek a roszczeniami wobec państwa. Kontekst historyczny polskich reform systemu ochrony zdrowia po przemianach demokratycznych.....</i>	<i>25</i>
<i>Jak finansowany jest polski system ochrony zdrowia.....</i>	<i>29</i>
<b>Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych - zasady dostępu w świetle uregulowań prawnych.....</b>	<b>37</b>

<b>Jakiego systemu oczekują pacjenci? – Wyniki badań własnych</b> .....	<b>40</b>
<i>Wnioski z debat pacjentów i decydentów</i> .....	<b>41</b>
<i>Charakterystyka respondentów</i> .....	<b>42</b>
<i>System ochrony zdrowia jakiego chcą pacjenci</i> .....	<b>44</b>
<b>Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki</b> .....	<b>61</b>
<b>Wnioski i rekomendacje</b> .....	<b>65</b>
<b>Recenzja</b> .....	<b>67</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>71</b>
<b>Spis Tabel</b> .....	<b>73</b>
<b>Spis wykresów</b> .....	<b>73</b>

# Podziękowania

Szanowni Państwo!

**Chcielibyśmy serdecznie podziękować wszystkim osobom i organizacjom pozarządowym aktywnie uczestniczącym w projekcie dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia.** Dziękujemy za życzliwość, zaufanie, zaangażowanie i wszelką pomoc, jaką od Państwa uzyskaliśmy. Dziękujemy także za każdy głos w dyskusjach podczas naszych spotkań i szkoleń oraz za pomoc w przeprowadzaniu sondaży opinii. Dzięki aktywności partnerów i uczestników projektu rozwija się idea dialogu społecznego i partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony zdrowia, a administracja publiczna uzyskuje potrzebne informacje dotyczące oczekiwań pacjentów i zawodów medycznych od omawianych inicjatyw legislacyjnych.

**Projekt „Razem dla Zdrowia” realizowany jest przy udziale i dzięki zaangażowaniu partnerów projektu:** Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby Aptekarskiej.



Naczelna Izba  
Pielęgniarek i Położnych



Naczelna Izba  
Aptekarska

**Dziękujemy za eksperckie konsultacje kwestionariusza badawczego oraz pomoc w jego rozpowszechnianiu portalowi [www.znanylekarz.pl](http://www.znanylekarz.pl).**

**Szczególne podziękowania składamy również organizacjom pacjenckim, które angażują się w pozyskiwanie respondentów dla przeprowadzanych w ramach projektu sondaży i badań opinii.**

Serdecznie dziękujemy za wsparcie i współpracę!  
W imieniu zespołu Fundacji MY Pacjenci



# Informacje o projekcie Razem Dla Zdrowia

Głównym celem projektu Razem dla Zdrowia jest rozwijanie dialogu społecznego oraz idei społecznej odpowiedzialności instytucji systemu ochrony zdrowia poprzez wypracowanie w ramach powołanego partnerstwa trwałych, skutecznych, efektywnych i transparentnych mechanizmów konsultacji społecznych. Realizacja celu pozwoli na wzmocnienie dialogu i współpracy pomiędzy administracją publiczną a partnerami społecznymi (organizacjami pacjentskimi, świadczeniodawcami oraz zawodami medycznymi).

Mamy nadzieję, że wypracowane w ramach projektu stanowiska i rekomendacje będą podstawą do wdrożenia projakościowych rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia, ułatwiających dostęp do wysokiej jakości usług medycznych.

Zakres projektu:

- przeprowadzenie ogólnopolskiej kampanii zachęcającej pacjentów do udziału w konsultacjach społecznych;
- konsultacje wybranych 10 aktów i/lub zagadnień prawnych;
- konferencje merytoryczne (10) – przedstawienie zagadnień będących przedmiotem konsultacji społecznych;
- warsztaty dla pacjentów (8);
- opracowanie raportów i opublikowanie stanowisk i rekomendacji;
- stworzenie narzędzi wsparcia konsultacji przy udziale pacjentów:
  - portal – nowoczesna platforma konsultacji społecznych online;
  - newsletter;
  - infolinia.

Projekt Razem dla Zdrowia współfinansowany jest w ramach projektu nr POWR.05.02.00-00-0008/16-00 z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Działania 5.2 „Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych”.

# Partnerzy projektu

**Fundacja MY Pacjenci** powstała w 2012 roku w celu wspierania partycypacji pacjentów w podejmowaniu decyzji w ochronie zdrowia i zapewnianiu zaplecza eksperckiego organizacjom pacjenckim, żeby komunikowały skuteczniej swoje problemy i potrzeby. Fundacja prowadzi działalność naukową, badawczą, doradczą i szkoleniową dla pacjentów i ich organizacji.

**Naczelna Izba Lekarska** to organ lekarskiego samorządu zawodowego. Reprezentuje lekarzy i lekarzy dentyków na szczeblu państwowym, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia. Dbą o przestrzeganie lekarskiego etosu, a także – poprzez organizację szkoleń zawodowych dla lekarzy i lekarzy dentyków – aktywnie włącza się w proces edukacji polskiej kadry medycznej.

**Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych** to organ samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu, ustala zasady etyki zawodowej i standardy zawodowe, prowadzi orzecznictwo zawodowe, wydaje prawa wykonywania zawodu. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zawodu, a tym samym nad jakością świadczeń zdrowotnych, współtworzy programy edukacyjne, służące poprawie opieki zdrowotnej, mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego polskiemu społeczeństwu.

**Naczelna Izba Aptekarska** jest organem samorządu zawodowego farmaceutów, sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodu farmaceuty, opiniuje akty prawne z zakresu ochrony zdrowia.

# Streszczenie

Finansowanie ochrony zdrowia jest obecnie jednym z najważniejszych problemów nie tylko ekonomicznych, ale także społecznych i politycznych, z którymi muszą zmierzyć się poszczególne państwa. Nawet najsprawniejsze systemy stają dziś bowiem przed poważnymi wyzwaniami wynikającymi z jednej strony ze zmian demograficznych i epidemiologicznych, z drugiej zaś - z postępu technologicznego. W przypadku Polski na globalny kryzys nakładają się dodatkowe uwarunkowania - nasz system ochrony zdrowia należy do najniżej finansowanych w Unii Europejskiej.

Choć niezadowolenie społeczne z funkcjonowania ochrony zdrowia utrzymuje się na niezmiennie wysokim poziomie, to jednak problem wysokości nakładów na opiekę medyczną długo nie stanowił przedmiotu rzetelnej debaty publicznej. Debaty, w której publicznej dyskusji poddano by nie tylko ogólną tezę o konieczności wzrostu nakładów, ale także kwestię źródeł finansowania ewentualnego wzrostu wydatków na służbę zdrowia.

Popularny w naszym kraju argument, zgodnie z którym wystarczyłaby prosta reorganizacja systemu, by rozwiązały się dotkliwe dla pacjentów, utrwał w społeczeństwie przekonanie, iż problemy z dostępnością opieki medycznej, objawiające się rekordowymi w Europie kolejkami do lekarzy specjalistów i na zabiegi planowe, można rozwiązać bez wzrostu danin. Dopiero protest lekarzy rezydentów trwający od października 2017r. do początku lutego 2018r., którego jednym z głównych postulatów był wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia do 6,8% PKB, sprawił, że wymiar finansowy kryzysu polskiej służby zdrowia został uznany za problem podstawowy. Jednak wyzwanie, jakim jest zrównoważenie rosnących kosztów opieki medycznej oraz jej dostępności i jakości, zależy nie tylko od technicznej wiedzy ekspertów, ale też – a może przede wszystkim – od tego, czy ostateczny kształt zmian akceptują jego użytkownicy, czyli pacjenci, a w państwach demokratycznych – także szersza opinia publiczna.

Niniejszy raport stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak kwestie finansowania i organizacji ochrony zdrowia postrzegają pacjenci w Polsce. W tym sensie stanowi on krok ku uzupełnieniu istniejącej luki. Choć bowiem możemy się pochwalić licznymi opracowaniami w języku polskim poświęconymi systemom ochrony zdrowia, sposobom ich finansowania i organizacji z perspektywy prawnej i ekonomicznej, to znacznie mniej wiadomo na temat przekonań i oczekiwań, jakie żywią przeciętni użytkownicy

polskiej służby zdrowia. Czy uznają obecny poziom finansowania za zadowalający? W jakim stopniu gotowi są na poniesienie pewnych wyrzeczeń w imię poprawy sytuacji sektora publicznego? Czy zaakceptują wyższą składkę, a może wolą wykupić dodatkowe ubezpieczenie? Na ile skłonni są ponosić wydatki związane z współpłaceniem?

Odpowiedzi na te i wiele innych pytań dają wgląd w potoczne przekonania o systemie ochrony zdrowia, z którym zmierzyć się będą musieli reformatorzy. Zaprezentowane w niniejszym raporcie wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych potwierdzają, że polscy obywatele już w tej chwili ponoszą wysokie, dodatkowe koszty chcąc korzystać z opieki medycznej. Ukazują też efekt braku otwartej komunikacji pomiędzy instytucjami publicznymi a opinią publiczną w sprawie finansowania ochrony zdrowia, jakim jest rozdarcie opinii pomiędzy ślełą wiarą w rynek a naiwnymi roszczeniami wobec państwa. Rezultatem jest dość szczególny zestaw poglądów. Nasi respondenci są zwolennikami solidaryzmu, ale chcieliby mieć możliwość rezygnacji z opłacania składek. Wielu oczekuje znaczącej poprawy funkcjonowania obecnego systemu wyłącznie dzięki szukaniu oszczędności lub przesunięciu środków z innych pozycji w budżecie państwa na sektor zdrowia. Respondenci żywią przekonanie, że środkami na zdrowie znacznie lepiej zadysponują sami, decydując się na jeszcze wyższe niż dotychczas współpłacenie i eliminując pośredników w łańcuchu płatności niż zrobiłaby to za nich administracja publiczna czy ubezpieczyciele, których nie darzą zaufaniem. Rozczarowanie stanem obecnym powoduje erozję zaufania zarówno do systemu publicznego, jak i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

# Wstęp

Systemy ochrony zdrowia na całym świecie stają dziś przed poważnymi wyzwaniami wynikającymi z jednej strony ze zmian demograficznych i epidemiologicznych, z drugiej zaś - z postępu technologicznego. Starzenie się społeczeństw, rosnący udział kosztów leczenia niezakaźnych chorób przewlekłych w wydatkach na ochronę zdrowia, a także społeczne oczekiwanie, by nowe technologie medyczne stawały się szybko dostępne dla pacjentów – wszystkie te czynniki rodzą presję, która każe poszukiwać nowych rozwiązań, pozwalających na pogodzenie rosnącego popytu na świadczenia medyczne z ograniczonymi środkami, jakie są na nie przeznaczane.

Oprócz wymiaru ekonomicznego, finansowanie ochrony zdrowia ma więc bardzo wyraźny rys społeczny i polityczny. Decyzje określające źródła i zasady finansowania ochrony zdrowia determinują zarówno typ systemu opieki zdrowotnej, który się na ich podstawie ukształtuje, jak i poziom oraz strukturę wydatków w podziale na publiczne i prywatne, skalę redystrybucji, a także inne istotne cechy opieki zdrowotnej (Jończyk 2010).

W rezultacie sektor opieki medycznej należy do najczęściej reformowanych obszarów polityki społecznej w Europie; jak podaje Sowada [2013], np. w Niemczech, które przywoływane są często jako kraj z wyjątkowo stabilnym systemem ochrony zdrowia, tylko w latach 1980 – 2000 przyjęto ponad 200 ustaw i rozporządzeń odnoszących się wyłącznie do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej [ibid., s.11]. Polska nie jest w tym względzie wyjątkiem, co pokazuje burzliwa historia reform zdrowotnych w naszym kraju po roku 1999. Mimo licznych, choć nie zawsze spójnych, prób jego usprawnienia, system ochrony zdrowia spotyka się z głęboką dezaprobatą społeczną; sondaż CBOS z sierpnia 2016 roku wskazywał, że trzech na czterech Polaków było niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej.

System ochrony zdrowia w Polsce jest finansowany na poziomie niższym, niż przeciętny w krajach OECD (całkowite wydatki na zdrowie w roku 2014 wyniosły 6,4% PKB w stosunku do 8,9% PKB). Niska dostępność świadczeń specjalistycznych jest codziennością polskich pacjentów, czego dowodem jest to, że nasz kraj bije rekordy czasu oczekiwania na uznawane za podstawowe wskaźniki efektywności systemu zabiegi, takie jak operacja zaćmy. Wedle statystyk tej organizacji w 2015 roku na operację zaćmy w naszym kraju trzeba było średnio czekać ponad 464 dni, a na operację stawu biodrowego - 405 dni

(dla porównania, na Węgrzech było to odpowiednio 88 i 146 dni, a w Hiszpanii – 105 i 158 dni)<sup>1</sup>. Wysoki poziom udziału wydatków prywatnych w całości wydatków na ochronę zdrowia jest innym, niepokojącym zjawiskiem; co więcej, są to przede wszystkim wydatki bezpośrednio z kieszeni pacjenta. Brakuje systemu monitorowania skuteczności leczenia i bezpieczeństwa pacjentów, który byłby powiązany z instrumentami motywującymi do poprawy jakości leczenia. Nabrzmiewającym problemem są braki kadrowe, dotyczące zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek.

Lista problemów jest długa, a ich rozwiązanie wymaga szerokiego porozumienia społecznego. Jedną z najważniejszych lekcji, jaka płynie z doświadczeń polskich i zagranicznych jest to, że kluczową dla powodzenia transformacji w ochronie zdrowia rolę odgrywa wkalkulowanie w planowane zmiany uwarunkowań instytucjonalnych, społecznych i kulturowych. Wynika to ze zjawiska tzw. zależności od ścieżki, czyli trwałości przyjętych na etapie formowania się systemu rozwiązań i konieczności zharmonizowania stosowanych z przyjętymi w kraju normami i funkcjonującymi instytucjami (Pierson 2004). Badania nad cyklami polityki zdrowotnej dowodzą, że lekceważenie tego wymiaru może być przyczyną niepowodzenia nawet najbardziej racjonalnej reformy (Wilsford 1994). Uchwycenie równowagi pomiędzy rosnącymi kosztami opieki medycznej a jej dostępnością, jakością i efektywnością nie zależy jedynie od technicznej wiedzy ekspertów, ale też – a może przede wszystkim – od tego, czy ostateczny kształt zmian akceptują jego użytkownicy, czyli pacjenci, a w państwach demokratycznych – także szersza opinia publiczna.

Niniejszy raport stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, jak kwestie finansowania i organizacji ochrony zdrowia postrzegają pacjenci w Polsce. W tym sensie stanowi on krok ku uzupełnieniu istniejącej luki. Choć bowiem możemy się pochwalić licznymi opracowaniami w języku polskim poświęconymi systemom ochrony zdrowia, sposobom ich finansowania i organizacji z perspektywy prawnej i ekonomicznej, to znacznie mniej wiadomo na temat przekonań i oczekiwań, jakie żywią przeciętni użytkownicy polskiej służby zdrowia. Czy uznają obecny poziom finansowania za zadowalający? W jakim stopniu gotowi są na poniesienie pewnych wyrzeczeń w imię poprawy sytuacji sektora publicznego? Czy zaakceptują wyższą składkę, a może wolą wykupić dodatkowe ubezpieczenie? Na ile skłonni są ponosić wydatki związane z współpłaceniem? Odpowiedzi na te i wiele innych pytań dają wgląd w potoczne przekonania o systemie ochrony zdrowia, z którym zmierzyć się będą musieli reformatorzy.

---

<sup>1</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD Health Statistics 2017, <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167>. (dostęp: 5 sierpnia 2017).

Struktura niniejszego opracowania przedstawia się następująco. W pierwszym rozdziale zarysowane zostało tło, czyli założenia najważniejszych modeli ochrony zdrowia, ze szczególnym uwagą nakierowaną na kluczowe w kontekście Europejskim systemy Bismarcka i Beveridge'a, oraz ich ewolucję w ostatnich dekadach. Drugi rozdział przedstawia najważniejsze z punktu widzenia pacjentów cechy polskiego systemu ochrony zdrowia. Rozdział trzeci opisuje dostęp do świadczeń zdrowotnych w Polsce od strony prawnej. W rozdziale czwartym przedstawiono wyniki badania – konsultacji społecznych, wraz z ich omówieniem. Uzupełnieniem jest rozdział piąty, omawiający przeprowadzone wywiady pogłębione. Całość zamykają przedstawione w rozdziale szóstym rekomendacje.

# **Doświadczenia międzynarodowe dotyczące organizacji i finansowania systemów ochrony zdrowia**

Ochrona zdrowia zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia obejmuje całokształt działań, których celem jest promocja, przywracanie i utrzymanie zdrowia [WHO, 2000]. Jest to więc definicja szeroka, mieszcząca w sobie nie tylko opiekę medyczną i związane z nią udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale także profilaktykę i promocję zdrowia oraz działania z zakresu zdrowia publicznego takie np. jak eliminacja zagrożeń środowiskowych [por. Dercz i Izdebski 2001]. W języku potocznym ochrona zdrowa jest niemalże tożsama z opieką medyczną, i w takim sensie został ujęta w niniejszym opracowaniu.

Podstawowe cele systemu ochrony zdrowia obejmują dbałość o poziom i zakres opieki zdrowotnej, jakie państwo jako podmiot kreujący rynek świadczeń zdrowotnych zapewnia kierując się troską o zdrowie ludności [Frączkiewicz-Wronka 2009]. Wynika to z faktu, iż zdrowie oprócz tego że w sposób oczywisty jest wartością indywidualną dla cieszącej się nim osoby, stanowi także zasób społeczny, gwarantujący rozwój danej wspólnoty [por. ibid., s.78]. Rosnące rozpoznanie znaczenia społecznego wymiaru wartości zdrowia stanowiło jedną z przesłanek kształtowania się europejskich systemów zdrowotnych, których celem było zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń. W rezultacie w większości

krajów europejskich kryterium działania służby zdrowia jest zasada sprawiedliwości w dostępie i korzystaniu z usług, a także równości w stanie zdrowia, co oznacza, że osoby o takich samych potrzebach powinny być traktowane w równy sposób (Jończyk 2010). Dotyczy to dwóch głównych modeli dominujących na gruncie europejskim, czyli modelu narodowej służby zdrowia (NSZ), zwanej też modelem Beveridge'a, oraz modelu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ), zwanego modelem Bismarcka, a także historycznie ważnego modelu Siemiaszki, który funkcjonował w krajach tzw. dawnego bloku wschodniego w ramach gospodarki centralnie sterowanej. Nie jest to jednak regułą – finansowanie i organizacja opieki zdrowotnej wyrasta bowiem na gruncie krajowych tradycji politycznych i społeczno-gospodarczych, które przydają różnym wartościom różną rangę. Przykładem może tu być rezydualny system ochrony zdrowia, jaki ukształtował się w Stanach Zjednoczonych, w oparciu o dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, w którym swoboda wyboru i niechęć do pewnego przymusu, jaki wiąże się z powszechnym, ujednoliconym systemem zabezpieczenia potrzeb medycznych społeczeństwa, wygrała z zasadą solidarności i równości, a innowacyjność - z efektywnością.

## Modele finansowania ochrony zdrowia

Szeroko przyjęta typologia dzieli modele finansowania opieki zdrowotnej na cztery podstawowe kategorie:

- model budżetowy, w którym podstawą finansowania są podatki, określane modelem Beveridge'a;
- model ubezpieczeniowy, w którym podstawą finansowania jest obowiązkowe ubezpieczenie społeczne, zwany modelem Bismarcka;
- model centralnego planowania charakterystyczny dla gospodarek socjalistycznych dawnego bloku wschodniego, finansowany z budżetu państwa, czyli model Siemiaszki;
- model rynkowy, w którym finansowanie oparte jest na dobrowolnym ubezpieczeniu, zwany modelem rezydualnym [por. Jończyk 2010, Nojszewska 2011, Leowski 2004,].

Bismarck wprowadził system ubezpieczeń w odpowiedzi na problemy generowane przez proces industrializacji. Stał się on wzorcem dla rozwiązań w wielu innych krajach, m.in. Francji, Belgii, Austrii, Holandii i Japonii. System miał chronić obywateli przed skutkami

zdarzeń losowych, powodujących utratę dochodów z pracy. Opierał się na zasadzie solidaryzmu. Najważniejsze założenia tego systemu są wedle Jończyka (2010) następujące:

- finansowanie oparte na obowiązkowych dla pracodawców i pracobiorców składkach, uzupełnianych budżetowymi dotacjami państwa;
- zarządzanie przez niezależne od rządu instytucje, np. kasy chorych;
- kontraktowanie świadczeń.

System Siemaszki, czyli system centralnie planowanej ochrony zdrowia został wprowadzony w Związku Radzieckim w wyniku rewolucji październikowej 1917 roku. System ten opierał się na 5-letnich planach rozwoju opracowanych na poziomie centralnym przez aparat państwowy, który była także odpowiedzialny za wszystkie aspekty ochrony zdrowia, od finansowania, przez infrastrukturę, po kształcenie i zatrudnianie kadr medycznych (ibid.). Wśród najważniejszych założeń tego modelu należy wyróżnić:

- finansowanie przez budżet państwa;
- pełna kontrola systemu przez rząd;
- zapewnienie pełnej dostępności świadczeń zdrowotnych;
- zatrudnianie kadr przez państwo (ibid.).

System narodowej służby zdrowia, zwany modelem Beveridge'a, został wprowadzony w Wielkiej Brytanii w 1946 roku. Podstawą do jego przygotowania był raport „Ubezpieczenie społeczne i służby pokrewne” (Social Insurance and Allied Services), który wskazywał na najważniejsze założenia wprowadzanej reformy:

- finansowanie sektora opieki zdrowotnej przez budżet państwa z podatków ogólnych;
- pełna kontrola systemu przez rząd lub jego agendy terenowe;
- pełna dostępność świadczeń dla wszystkich obywateli;
- personel opłacany według pensji lub liczby podopiecznych;
- udział pacjentów w kosztach;
- udział sektora prywatnego (ibid.).

Odpowiednio zmodyfikowane modele narodowej służby zdrowia zostały wprowadzone w krajach takich jak Dania, Finlandia, Hiszpania Kanada, Norwegia, Portugalia, Szwecja

czy Włochy. Przypisuje on zasadniczą wartość solidarności społecznej, zdrowie zaś i jego ochronę ujmuje w kategoriach prawa obywatela, akcentując znaczenie równego i sprawiedliwego dostępu do świadczeń.

Golinowska i Tambor [2014] zaproponowały przedstawione w tabeli 1 zestawienie zalet i wad obu systemów finansowania wedle pięciu kryteriów kluczowych z punktu widzenia polityki zdrowotnej. Pierwszym jest wpływ mechanizmu finansowania na równowagę finansową systemu. Choć pod tym względem SUZ posiada większy potencjał równoważenia, to - jak zauważają autorki - w praktyce zależy on od jakości zarządzania systemem. Także systemy ubezpieczeniowe bywają niezrównoważone, co skutkuje koniecznością dofinansowania funduszy przez rządy, chcące wypełnić zobowiązania dotyczące uprawnień i potrzeb ubezpieczonych. Natomiast modele NSZ posiadają przewagę w postaci niższych kosztów administracyjnych. Także kolejne kryterium, jakim jest wpływ na rynek pracy, nie pozwala jednoznacznie wskazać, który system ma przewagę. W gospodarce poprzemysłowej motywacyjna rola SUZ do zatrudnienia uległa słabieniu, ze względu na elastyczne formy pracy i unikanie przez pracodawców pozapłacowych kosztów pracy. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w systemach NSZ jest powszechny dla obywateli, niemniej jednak przy niewystarczających nakładach pojawiają się kolejki i rozwija się rynek świadczeń dostępnych poza NSZ. Zapewnienie opieki wyłącznie ubezpieczonym w systemach SUZ w krajach europejskich połączone jest z obowiązkiem ubezpieczenia, dzięki czemu jedynie nieliczni znajdują się poza systemem. Niestety, są to zwykle osoby wykluczone społecznie, które nie podejmują aktywności polegającej na zgłoszeniu się do pomocy społecznej. Teoretycznie systemy SUZ są mniej podatne na bieżącą politykę, co m.in. stało się przyczyną ich popularności w krajach postkomunistycznych. Z drugiej strony kraje o niskich dochodach decydują się na przejście z SUZ z NSZ, by efektywniej gospodarować ograniczonymi środkami. [Golinowska i Tambor 2014]

Tabela 1: Porównanie cech modeli podatkowego i ubezpieczeniowego [Golinowska i Tambor 2014]

Wymiary oceny	Społeczne ubezpieczenia zdrowotne		Narodowa służba zdrowia	
	Zalety	Wady	Zalety	Wady
Finansowanie	Transparentność w zbieraniu przychodów Tendencja do równowagi między przychodami i wydatkami.	Opiera się na zatrudnieniu i w gospodarce o niskiej stopie zatrudnienia stwarza problemy z dopływem środków.	Dostęp do środków na podstawie powszechnego podatku - szeroka baza.	Brak związku między przychodami i wydatkami.
Koszty funkcjonowania systemu	Zależą od liczby ubezpieczycieli — duże w sytuacji licznych kas oraz regulacji i instytucji koordynujących - koszty transakcyjne		Zależą od skali administracji oraz efektywności zarządzania narodową służbą zdrowia - mogą być relatywnie niskie.	
Wpływ na rynek pracy	Sprzyja motywacji do zatrudnienia (głównie w epoce rynku pracy producenta).	Składka stanowi koszt pracy i jeśli jest zbyt wysoka, zmniejsza konkurencyjność gospodarki; może sprzyjać nieformalnemu zatrudnieniu	Wpływ neutralny,	Brak motywacji do zatrudnienia
Wpływ na dostęp do świadczeń zdrowotnych	Presja na zdefiniowanie ryzyka zdrowotnego i utworzenia koszyka świadczeń gwarantowa-nych	Tworzy marginesy braku dostępu do świadczeń (kryterium dostępu jest status ubezpieczonego) i wymaga stworzenia rozwiązań dodatkowych	Podmiotowa kompletność (kryterium dostępu jest statu rezydenta, obywatela).	W warunkach trudności z realizacją pełnego dostępu - tworzenie administracyjnych ograniczeń
Wpływ na autonomię systemu (mniejszą zależność od bieżącej polityki i grup interesów)	System bardziej autonomiczny, możliwość samorządu.	Możliwość ograniczonego wpływu polityki zdrowotnej na ubezpieczycieli.	Możliwość godzenia celów zdrowia publicznego i medycyny „naprawczej”.	Możliwość wpływu interesów politycznych w corocznych przetargach budżetowych, możliwość zgłaszania niskich preferencji dla zdrowia w decyzjach alokacyjnych

Inne przeprowadzone na gruncie europejskim badania porównujące efektywność modeli wywodzących się z tradycji Bismarcka i Beveridge'a doprowadziły badaczy do wniosku, że osiągają one zbliżone wyniki zdrowotne, z lekką przewagą Bismarcka [van der Zee i Kroneman 2007]. Różnią się natomiast tym, że modele wzorowane na narodowej służbie zdrowia są tańsze i skuteczniejsze w ograniczaniu kosztów, podczas gdy te o pruskiej proveniencji pochwalić się mogą wyższym poziomem satysfakcji pacjentów [ibid.]. Jak piszą przywołani tu autorzy, pytaniem, na które należy szukać odpowiedzi brzmi: czy wyższa satysfakcja jest warta dodatkowych kosztów?

Model rezydualny kieruje się całkowicie odmienną filozofią, rezygnując z kluczowego w pozostałych systemach wymiaru solidaryzmu, o przesłance równości nie wspominając. Usługi zdrowotne są w nim towarem, a na jednostce spoczywa odpowiedzialność za zaopatrzenie się w polisę ubezpieczeniową (lub wybór pracodawcy, który ją zapewni). Niemniej jednak w krajach o takim systemie zwykle funkcjonują programy dla najuboższych i innych, wybranych grup (osób starszych czy weteranów wojennych). Jako przykład kraju o takim systemie podawane są zwykle USA. Obraz sytuacji skomplikowała reforma prezydenta Obamy, zdążająca do objęcia jak najszerzej grupy mieszkańców jakąś formą ubezpieczenia, stanowiąca krok w stronę formowania się modelu zbliżonego do europejskich. Powodem zainicjowania zmian były bardzo wysokie koszty opieki medycznej przy stosunkowo niskiej efektywności. Zanim wprowadzono tzw. ObamaCare udział całkowitych wydatków zdrowotnych w USA kształtował się na poziomie 15% PKB (dla porównania w Niemczech było to ok. 10%). Braku mechanizmów powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia się na wypadek choroby nie udało się zastąpić racjonalnością jednostek, o czym świadczyć może fakt, że w 2007 roku długi medyczne były przyczyną ponad 60 proc. bankructw osobistych w tym kraju. Reformy, których celem było przede wszystkim ograniczenie kosztów i wzrost populacji osób ubezpieczonych, można odczytywać jako swoistą europeizację systemu rezydualnego [Zabdyr-Jamróż i Badora-Musiała 2013].

Taki obrót spraw niewątpliwie nie zdziwiłby Milтона Roemera (1989), twórcy jednej z pierwszych typologii systemów ochrony zdrowia. Jeszcze w połowie ubiegłego wieku przewidział on, że ze względu na podobne problemy do rozwiązania wszystkie systemy ochrony zdrowia wraz z rozwojem ekonomicznym będą ewoluować w kierunku podobnych rozwiązań strukturalnych. W rezultacie przeprowadzanych od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku reform stara terminologia już tylko bardzo zgrubnie charakteryzuje współczesne systemy ochrony zdrowia, które przybierają postać modeli hybrydowych, wykorzystując mieszane źródła finansowania ochrony zdrowia, różne metody ich

gromadzenia i zarządzania nimi [por. Nojszewska 2011].

Jednocześnie coraz większą uwagę badaczy przykuwa zjawisko odwrotne dlaczego podobne rozwiązania zastosowane w krajach o różnym poziomie rozwoju gospodarczego przynieść mogą całkiem odmienne rezultaty. Wzrosło też zainteresowania badaczy kontekstem politycznym i kulturowym, który wpływa na powodzenie reform zdrowotnych. W wyniku badań nad przeobrażeniami tego sektora w czterech wybranych krajach: Wielkiej Brytanii, Holandii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, Carolyn Hughs Tuohy (2018) zaproponowała następujące ujęcie modeli hybrydowych, które wyróżniły się z wprowadzonych zmian:

**Tabela 2: Przeobrażenie wybranych modeli systemu ochrony zdrowia. Opracowanie własne w oparciu o prezentację Carolyn Hughs Tuohoy w London School of Hygiene and Tropical Medicine.**

Przykład	Model przed reformą	Koszt maksymalny
Wielka Brytania	<b>Beveridge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hierarchiczny, oparty na stanowionych przez państwo regulacjach</li> <li>• silne wpływy środowisk medycznych</li> </ul>	<b>Rynek wewnętrzny:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozdział płatnika od świadczeniodawcy</li> <li>• hierarchiczna kontrola poprzez monitoring i ewaluację</li> </ul>
Holandia	<b>Bismarck:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kasy chorych</li> <li>• ubezpieczenia prywatne</li> <li>• kontrola poprzez towarzystwa pośredników ubezpieczeniowych</li> </ul>	<b>Zarządzana konkurencyjność:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• powszechne, obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne</li> <li>• kompleksowe regulacje obejmujące wszystkich ubezpieczycieli</li> </ul>
USA	<b>Rezydualny:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ubezpieczenie zdrowotne zapewniane przez pracodawcę jako świadczenie pracownicze jako podstawowe rozwiązanie</li> <li>• programy publiczne dla osób starszych i biednych</li> </ul>	<b>Dualny:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• powszechny obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego</li> <li>• ubezpieczenie zdrowotne zapewniane przez pracodawcę jako świadczenie pracownicze jako podstawowe rozwiązanie</li> <li>• zarządzana konkurencyjność na rynku ubezpieczeń indywidualnych</li> </ul>

Przykład	Model przed reformą	Koszt maksymalny
Kanada	<b>Pojedynczy płatnik (PP) + model mieszany (MM):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PP dla świadczeń szpitalnych i wizyt lekarskich</li> <li>• MM w przypadku wszystkich pozostałych świadczeń</li> </ul>	<b>Pojedynczy płatnik (PP) + model mieszany (MM):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wzrost zróżnicowania pomiędzy prowincjami</li> <li>• PP dla świadczeń szpitalnych i wizyt lekarskich – wprowadzono szereg zmian w systemie wynagrodzeń</li> <li>• MM w przypadku wszystkich pozostałych świadczeń – zmiany w uprawnieniach m.in. w zakresie refundacji leków.</li> </ul>

Prowadzone przez Tuohy badania nad cyklami polityk zdrowotnych wskazują na zależność pomiędzy dwoma kluczowymi wymiarami każdej reformy, jakimi są skala zmian i polityczne uwarunkowania otwierające okno możliwości ich wprowadzenia [Tuohy 2018]. Autorka na podstawie studiów przypadku pokazuje, jak wymiar polityczny i czynniki kulturowe potrafią zniweczyć najlepiej pomyślaną reformę.

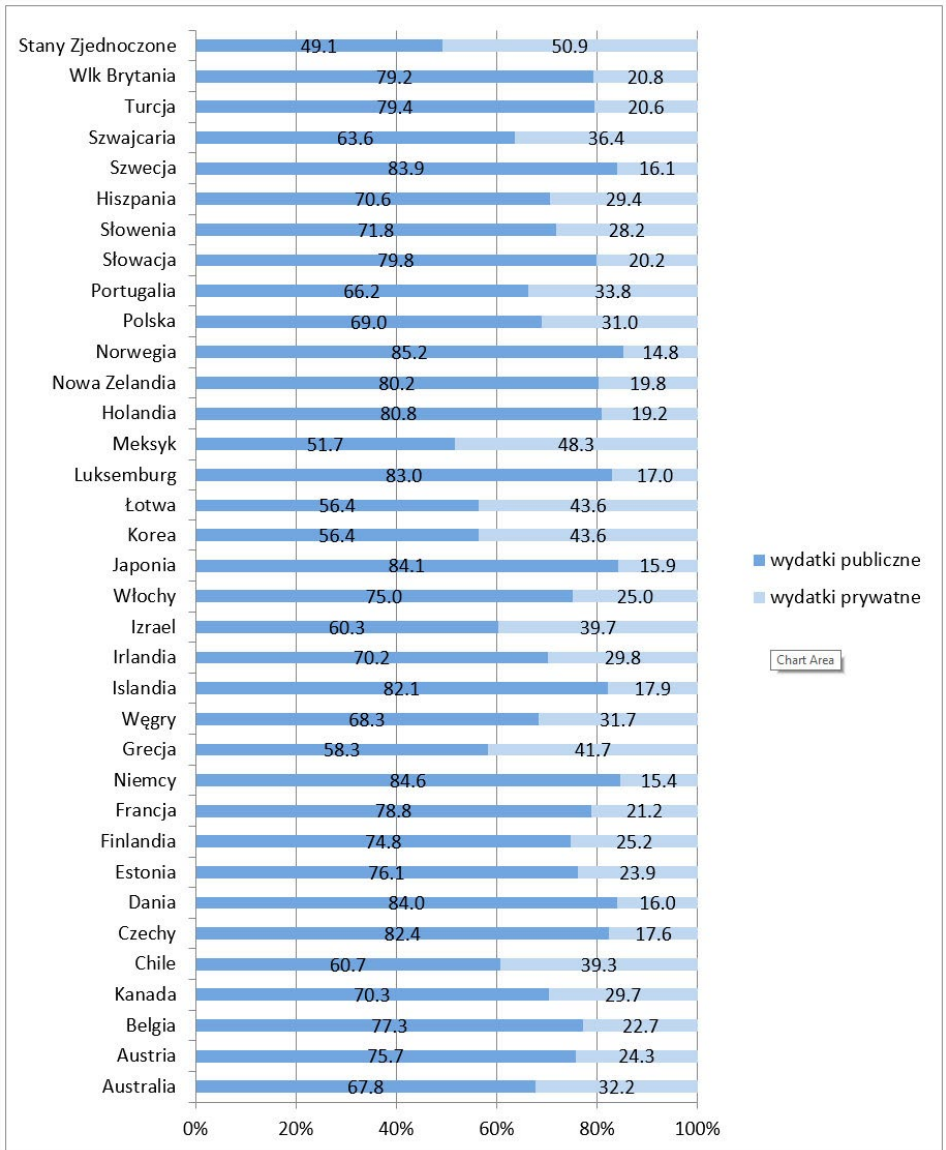
Z perspektywy polskich dyskusji niezwykle ważne jest dostrzeżenie zjawiska „zależności od ścieżki” (ang. path dependence), czy silnego uwarunkowania historycznego polityki zdrowotnej. Polityka ta, w nie mniejszym stopniu niż inne polityki publiczne, jest w dużej mierze zdeterminowana przez już istniejące struktury, przez co w „normalnych” czasach próby reform przybierają najczęściej formę stopniowych zmian. Wynika to z instytucjonalizacji rozwiązań w politykach publicznych, które prowadzą do powstania grup interesów, zainteresowanych trwaniem raz przyjętych rozwiązań. W tych warunkach zarówno jednostki, jak i organizacje, wykazują silną niechęć do ryzyka — preferują unikanie straty, np. w formie korzystnych regulacji, nad ewentualnymi zyskami płynącymi ze zmiany (Pierson 1994). Wszystkie zainteresowane strony przyzwyczajają się do zastanych rozwiązań, planując i dostosowując działania do istniejących warunków, jakkolwiek suboptymalne by nie były, co generuje dodatkowe koszty zmiany [Pierson 2002: 373]. Do tego dochodzą koszty transakcyjne, gdyż rozwiązania instytucjonalne w danym obszarze są silnie powiązane z wieloma innymi rozwiązaniami, tworząc sprzężenia zwrotne i skomplikowane sieci powiązań — status quo jest więc „tańsze” i mniej ryzykowne niż zmiana [North 1990]. Korzystanie z doświadczeń innych krajów opatrzone musi być zastrzeżeniem o konieczności uwzględnienia historii i uwarunkowań krajowego systemu ochrony zdrowia, w tym dominujących przekonań i oczekiwań społecznych.

# Prywatne źródła finansowania ochrony zdrowia

W większości krajów wysokorozwiniętych środki prywatne, takie jak opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych i dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, nie stanowią najważniejszego źródła finansowania opieki zdrowotnej [Golinowska i Tambor 2014].

Niemniej jednak dopłaty do publicznie finansowanej opieki zdrowotnej są w krajach europejskich powszechne [ibid.]. Praktycznie w każdym kraju UE - w tym w Polsce - pacjenci ponoszą koszty współpłacenia w przypadku leków. Większość krajów Europy Zachodniej wprowadziła także dopłaty do publicznie finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej, przede wszystkim jako mechanizm regulujący popyt i poprawiający efektywność [ibid.]. Dostępne badania empiryczne pokazują, że współpłacenie ma potencjał zmniejszania popytu na usługi zdrowotne i że przynajmniej część z tego popytu to tzw. konsumpcja nadmierna, wynikająca ze zjawiska pokusy nadużycia [Magda i Szczygielski 2011]. Niestety, z badań wynika również, że współpłacenie ogranicza także korzystanie z potrzebnych usług zdrowotnych, w tym w grupach zagrożonych wykluczeniem, a także zniechęca do profilaktyki, w szczególności wśród grup ryzyka: osób zagrożonych chorobami serca, jaskrą, i w populacji osób starszych [Jemai, Thomson i Mossialos 2004]. Dlatego w krajach UE przyjęto niskie stawki współpłacenia oraz wprowadzono liczne mechanizmy ochronne, takie jak ulgi i wyłączenia, które ograniczają negatywny wpływ współpłacenia [Magda i Szczygielski 2011].

Wykres 1: Wydatki publiczne i prywatne jako procent całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w 2016 r. [OECD 2017]



W krajach Europy Środkowo-Wschodniej, które borykają się z problemem niskiego finansowania opieki zdrowotnej i niską jakością świadczeń, perspektywa współpłacenia

często przedstawiana jest jako źródło dodatkowych środków dla systemu, czasem też łączy się z nią oczekiwanie wyeliminowania opłat nieformalnych [Golinowska i Tambor 2014]. Jednocześnie w społeczeństwach tych silny jest opór przeciwko tego typu dopłatom. Brak społecznej akceptacji i zgody politycznej na Węgrzech oraz na Słowacji doprowadził do wycofania się tych krajów z współpłacenia. Co ciekawe, późniejsze badania wskazały, iż sprzeciw wobec dopłacania w tych krajach nie wynikał z ogólnego braku skłonności konsumentów do płacenia za opiekę zdrowotną, ale z niechęci do dopłacania do opieki o niskiej jakości i ograniczonej dostępności [ibid.].

Wydatki podmiotów prywatnych na ochronę zdrowia mogą przybrać różne formy, które zaprezentowane zostały w tabeli poniżej.

**Tabela 3: Formy dopłat do świadczeń zdrowotnych [Golinowska i Tambor 2014]**

<b>Forma</b>	<b>Opis</b>	<b>Przykłady krajów stosujących daną formę dopłat do świadczeń finansowanych ze środków publicznych</b>
Współpłacenie (co-payment)	Ryczałtowa opłata, jej wysokość jest niezależna od kosztów świadczenia, np. pacjent płaci 10 zł za każdą wizytę.	Czechy, Irlandia, Lotwa, Portugalia, Szwecja, Francja
Współubezpieczenie (co-insurance)	Udział procentowy pacjenta w kosztach świadczenia, np. pacjent pokrywa 20% kosztów wizyty/hospitalizacji.	Austria, Belgia, Francja, Słowenia, Szwajcaria
Franszyza (deductibles)	Pacjent pokrywa pełne koszty świadczenia do określonego limitu, np. przy rocznej franszyzie w wysokości 200 zł pacjent pokrywa pełne koszty świadczeń aż do momentu uiszczenia w danym roku kwoty 200 zł.	Holandia, Szwajcaria
Indemnizacja (indemnity/ balance billing/exira billing)	Opłata za świadczenie, która jest różnicą pomiędzy ceną świadczenia a kwotą refundowaną ze środków publicznych, np. jeśli płatnik publiczny refunduje koszt wizyty do kwoty 70 zł, a cena wizyty wynosi 100 zł, pacjent płaci 30 zł.	Belgia, Francja

# **System finansowania ochrony zdrowia w Polsce i jego organizacja - pomiędzy państwem opiekuńczym a niewidzialną ręką rynku**

Niniejszy rozdział składa się z trzech części. W pierwszej omówiony zostanie problem ograniczonej publicznej debaty o nakładach na ochronę zdrowia i jej skutków dla opinii publicznej. W drugiej przedstawiony zostanie krótki rys historyczny reform ochrony zdrowia w Polsce po przemianach demokratycznych, który ułatwi interpretację wyników konsultacji społecznych zaprezentowanych w następnym rozdziale, w szczególności szczególnego profilu oczekiwań respondentów, pragnących otrzymać pełne pokrycie wszystkich potrzeb zdrowotnych, a jednocześnie głęboko nieufnych wobec instytucji ubezpieczenia zdrowotnego – zarówno systemu publicznego, jak i komercyjnego. W trzeciej części zaprezentowane zostaną najważniejsze dla kształtowania się oczekiwań społecznych dane dotyczące obecnego stanu systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

## **Finanse, czyli wstydlivy temat polskiej służby zdrowia**

Niezadowolone społecznie z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce utrzymuje się nieodmiennie na wysokim poziomie. Sondaż CBOS z sierpnia 2016 roku wskazywał, że trzech na czterech Polaków było niezadowolonych z funkcjonowania opieki zdrowotnej. Źródłem tak niskich ocen wydaje się w szczególności problem z dostępem do świadczeń medycznych. W debacie publicznej wskazuje się na dwie kategorie przyczyn takiego stanu rzeczy. Pierwszą jest organizacja systemu ochrony zdrowia i zarządzanie nim, drugą – poziom finansowania, a raczej – niedofinansowania systemu publicznego. Co ciekawe, o ile postulat konieczności zmian organizacyjnych jest w zasadzie uznawany za bezsporny (różnice pojawiają się dopiero na etapie formułowania recepty), o tyle

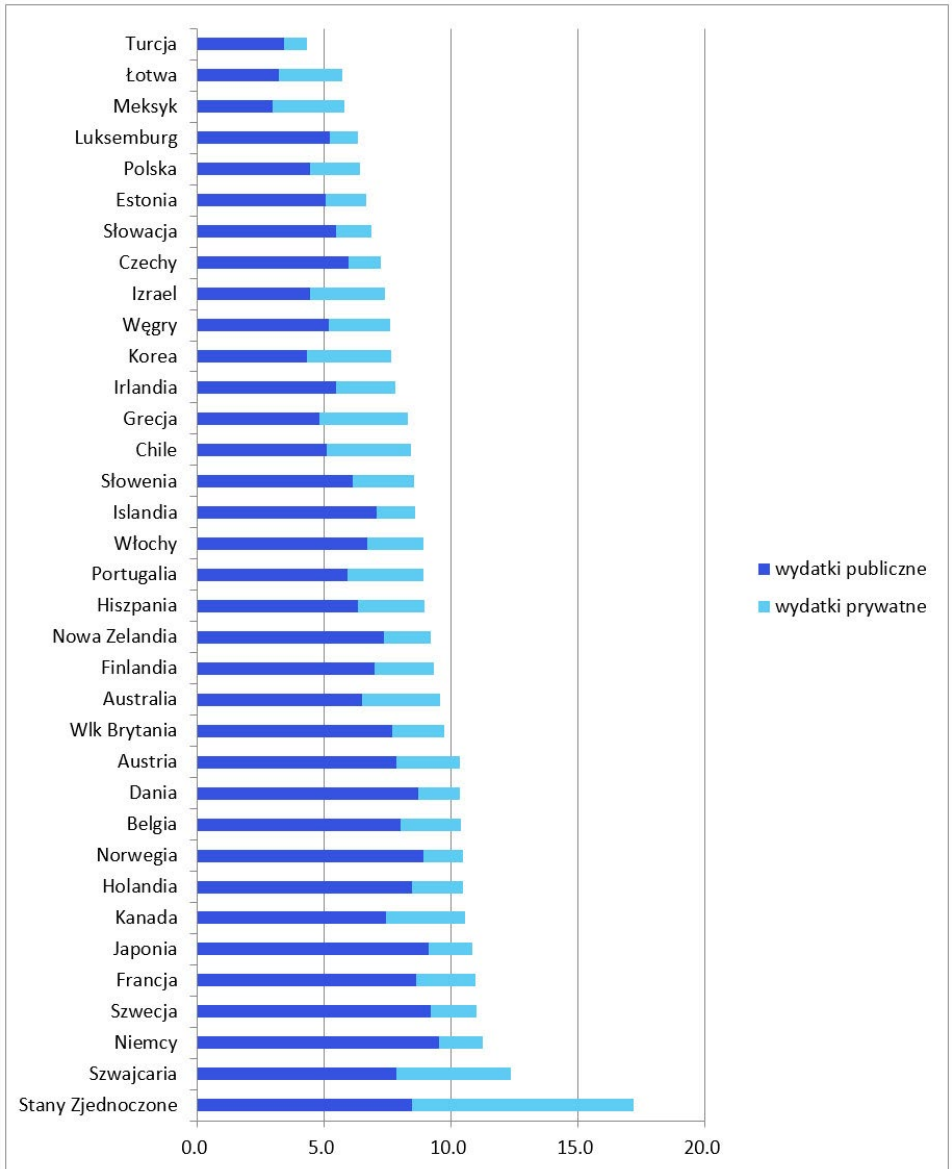
kwestia finansowa przedstawiana bywa często jako teza do dyskusji<sup>2</sup>, a w wypowiedziach ekspertów kierowanych do szerokiej opinii publicznej często pojawiała się argumentacja sugerująca, że potrzebne jest nie tyle dofinansowanie systemu, co jego reorganizacja. Dzieje się tak pomimo powszechnie dostępnych danych wskazujących na to, że Polska pod względem wydatków na zdrowie sytuowała się poniżej średniej nie tylko względem krajów UE, ale także OECD.

Tymczasem problemy w płaszczyźnie organizacyjnej nie wykluczają tych w sferze finansowej – można przecież nieefektywnie zarządzać zbyt szczupłymi środkami. W publikacjach naukowych problem ten analizowany był w zasadzie od samego początku reform, podobnie w kręgach zawodowo związanych z ochroną zdrowia, natomiast zabrakło jednoznacznego wskazania na jego doniosłość w komunikacji społecznej. Dopiero protest lekarzy rezydentów trwający od października 2017r. do początku lutego 2018r., którego jednym z głównych postulatów był wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia do 6,8% PKB, sprawił, że wymiar finansowy kryzysu polskiej służby zdrowia został uznany za problem podstawowy. Znalazło to wyraz w ustawie zapowiadającej podniesienie publicznych nakładów na służbę zdrowia do 6% PKB do roku 2025, a następnie w porozumieniu z rezydentami, które okres dochodzenia do tak wyznaczonego limitu skróciło o rok.

---

2 Por. np. <http://wyborcza.pl/7,75968,22540526,a-moze-sluzba-zdrowia-wcale-nie-potrzuje-wiecej-pieniedzy.html>

Wykres 2: Wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia jako % PKB, 2015r. [OECD Health Statistics 2017].



Niejednoznaczna ocena wpływu niskiego poziomu finansowania na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w debacie publicznej, w połączeniu z akcentowaniem problemów organizacyjnych sprawiła, że w naszym kraju poza kręgami branżowymi niewiele dyskusji poświęca się źródłom finansowania ochrony zdrowia i ewentualnym sposobom ich zwiększenia. Nie umniejszając w żaden sposób znaczenia wymiaru organizacyjnego i konieczności zmian w tym obszarze, warto zauważyć, że retoryka bagatelizująca znaczenie poziomu finansowania sprzyja inflacji oczekiwań wobec systemu publicznego. Jak zobaczymy w rozdziale poświęconym wynikom przeprowadzonych konsultacji społecznych, efektem takiego stanu rzeczy jest dość szczególny zestaw poglądów wielu użytkowników systemu. Oczekują oni znaczącej poprawy funkcjonowania obecnego systemu bez konieczności poniesienia dodatkowych kosztów (w opiece medycznej miałyby się dokonać np. poprzez szukanie oszczędności lub przesunięcie środków z innych pozycji w budżecie państwa). Taka postawa jest także częściowo wyrazem rozczarowania historią reform, które doprowadziły do stanu obecnego. W szczególności czas oczekiwania na wizyty u lekarzy specjalistów i zabiegi planowe, sprowadzający często konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia do prawa do zapisania się do kolejki, powoduje erozję zaufania do systemu publicznego. Jednocześnie panuje nieufność do rozwiązań opartych na ubezpieczeniach prywatnych. Taki stan rzeczy stanowi wynik „szarpanych transformacji” systemu ochrony zdrowia po roku 1999, które krótko przedstawione zostały poniżej.

## **Pomiędzy wiarą w rynek a roszczeniami wobec państwa. Kontekst historyczny polskich reform systemu ochrony zdrowia po przemianach demokratycznych**

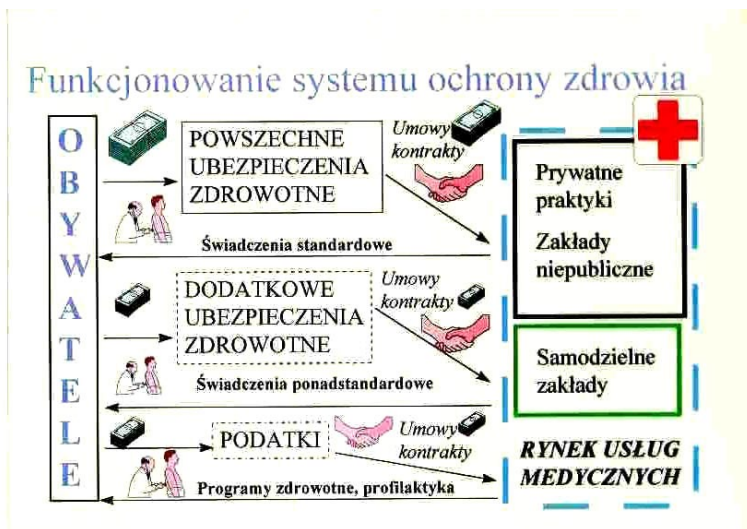
Obecny system i jego otoczenie cechuje wiele paradoksów, które trudno zrozumieć bez choćby bardzo ogólnego szkicu historycznego. Przede wszystkim historia polskiego systemu ochrony zdrowia obfituje w przykłady stanowiące ilustrację wspomnianego w poprzednim rozdziale fenomenu zależności od ścieżki. Możemy w nim spotkać przykłady ponadustrojowej trwałości raz przyjętych rozwiązań instytucjonalnych. Umożliwienie osobom prowadzącym gospodarstwa rolne korzystania od 1972 r. ze świadczeń

zakładów społecznych służby zdrowia na zasadach ustalonych dla pracowników odbyło się bez wyasygnowania odpowiednich pieniędzy na ten cel. Do dziś KRUS funkcjonuje na osobnych zasadach, wymagających dopłat ze skarbu państwa do ubezpieczenia zdrowotnego. Z drugiej zaś strony warstwa ideologiczna blokuje czasem wdrożenie korzystnych dla pacjentów rozwiązań. Wprowadzenie form kompleksowej i ciągłej opieki napotyka na barierę, jaką stanowią analogie do zespołów opieki zdrowotnej, którym przypięto „łatkę” socjalistycznego przeżytku.

System ochrony zdrowia, jaki znamy, powstał w wyniku próby przekształcenia rozwiązań z czasów gospodarki centralnie planowanej, czyli opartego na podatkach systemu wzorowanego na modelu Siemiaszki, w system powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Instytucje ochrony zdrowia zdecentralizowano i podporządkowano różnym szczeblom administracji samorządowej [Golinowska 2012]. Początkowy etap przemian w sektorze zdrowia, przypadł na okres, w którym opinia publiczna mobilizowana była do silnej wiary w mechanizmy rynkowe i ich zdolności do naturalnej naprawy wszystkich sfer gospodarki. Także sektor zdrowia miał odczuć dobroczynny wpływ mechanizmów rynkowych, w szczególności zaś wprowadzenia konkurencyjności i zamiany pacjenta w konsumenta usług zdrowotnych.

Golinowska [2013] wyróżnia trzy etapy reform ochrony zdrowia po przemianach demokratycznych w Polsce w roku 1989. Okres pierwszy wedle badaczki obejmuje lata 1989-1999, a zachodzące w nim przemiany polegały na przygotowaniu gruntu pod dalszą reformę poprzez dezintegrację różnych poziomów opieki, usamodzielnienie placówek ochrony zdrowia i prywatyzację podstawowej opieki zdrowotnej. Etap drugi stanowiła reforma właściwa, wprowadzona w roku 1999, która zakładała wprowadzenie konkurujących ze sobą kas chorych, rozdzielanie funkcji płatnika za świadczenia zdrowotne od ich organizatora i dostawcy, a także powstanie wewnętrznego rynku usług, na którym o kontrakt na określony zakres świadczeń ubiegać się mogły podmioty zróżnicowane pod względem statusu prawnego (publiczne, prywatne, spółdzielnie itp.). Zniesiono rejonizację, by każdy mógł wybrać swojego lekarza, przychodnię i szpital, w którym miałby się leczyć. Ideą, jaka przyświecała tym zmianom, był slogan „pieniądz podąża za pacjentem”.

Rysunek 2: Plakat objaśniający założenia reformy ochrony zdrowia z 1997 r.



Reforma napotkała na bariery jeszcze przed wdrożeniem. Poważnym ciosem w szansę jej powodzenia było obniżenie składki na ubezpieczenie zdrowotne z zakładanych 10% do 7,5% podstawy wymiaru składki. Podczas *vacatio legis* pomiędzy uchwaleniem ustawy w 1997 r. a jej wprowadzeniem w r. 1999 wprowadzono aż 165 poprawek, nie przygotowano natomiast wszystkich niezbędnych aktów wykonawczych. Wprowadzenie kas chorych doprowadziło do narastania zróżnicowania rozwiązań pomiędzy poszczególnymi regionami. Sztandarowe hasło reformy – czyli osiągnięcie jakości poprzez większą konkurencyjność - w praktyce okazało się trudne w realizacji. Dużą rolę odegrał w tym brak, a następnie wadliwe funkcjonowanie Rejestru Usług Medycznych. Ze względu na nieobecność sprawnego systemu sprawozdawczości kontraktowanie nowych umów z zakładami opieki zdrowotnej było utrudnione, a kasy stały się w praktyce monopolistami dyktującymi ceny usług. Kontrowersje wokół systemu *promes*, które wydawały kasy swoim członkom na leczenie się poza działaniem danej kasy pokazywały, że hasło wolnego wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta pozostawało w dużej mierze teorią [Golinowska 2012].

W rezultacie reorganizacja opieki zdrowotnej pod hasłem „likwidacji kas chorych” stała

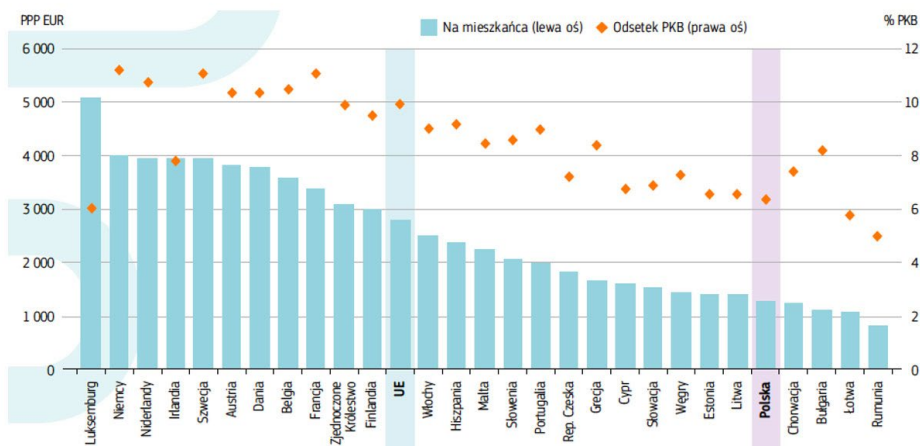
się tematem nośnym politycznie. Już w roku 2003 system przekształcono w bardziej scentralizowany: dotychczasowe kasy połączono w jedną instytucję - Narodowy Fundusz Zdrowia, zarządzany przez centralę poprzez wojewódzkie oddziały NFZ. Zmianie uległa także forma prawna płatnika; Kasy Chorych były instytucjami samorządowymi, podczas gdy NFZ stanowił państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną. Co istotne, centralizacja nie wpłynęła na zasady ubezpieczenia i kontraktowania [ibid.], niewiele de facto zmieniając w kluczowych dla efektywności systemu aspektach. Kolejne lata przyniosły wiele istotnych inicjatyw mających na celu zdefiniowanie koszyka świadczeń, rozwijanie kontraktowania świadczeń w oparciu o jednorodne grupy pacjentów (DGR), poprawę informacji w ochronie zdrowia i poprawę jakości świadczeń, których analizę zainteresowany czytelnik znajdzie w licznych publikacjach specjalistycznych [np. Włodarczyk 2005; Golinowska 2005; Golinowska 2012]. Nie miały one jednak charakteru radykalnej zmiany dotychczasowego kursu, a raczej stanowiły dopełnienie przyjętego kierunku zmian. Poważniejsze korekty nastąpiły dopiero w latach 2010-2011, w kontekście globalnego kryzysu finansowego, co zdeterminowało ich charakter [Golinowska 2013]. Polegały one na ograniczeniu finansowania publicznego - przede wszystkim refundacji leków oraz kształcenia kadr medycznych, oraz na przyspieszeniu prywatyzacji placówek ochrony zdrowia i wprowadzania komercyjnych rozwiązań zarządzania placówkami medycznymi przez samorządy terytorialne [ibid.].

W zasadniczo odmiennym kierunku zmierzały zmiany zapoczątkowane po wyborach w roku 2015. Ich celem był nie tylko zwiększenie roli państwa jako regulatora sektora ochrony zdrowia, ale także publicznych świadczeniodawców. Zaprezentowana 27 lipca po posiedzeniu Rady Ministrów „Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” zakładała powstanie Narodowej Służby Zdrowia, likwidację NFZ i przejście do budżetowego modelu finansowania ochrony zdrowia. Wedle intencji pomysłodawców, utworzenie sieci szpitali służyć miało optymalizacji liczby oddziałów specjalistycznych i struktury kosztów leczenia oraz uelastycznienie zarządzania szpitalem, dzięki finansowaniu w formie ryczałtu znaczącej części opieki realizowanej przez szpital w danym okresie. Natomiast w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej dotychczasowy model finansowania z dominującą rolą stawki kapitałowej miał zostać uzupełniony dodatkami motywacyjnymi za profilaktykę, promocję zdrowia, koordynację opieki w chorobach przewlekłych oraz wyniki leczenia niektórych chorób. Wprowadzane zmiany spotkały się z silnym oporem części środowisk medycznych, otworzyły też dyskusję nad poziomem finansowania służby zdrowia, w szczególności zaś – wynagrodzeń personelu medycznego. Na przełomie roku 2017 i 2018 doszło do wycofania się z zapowiedzi likwidacji NFZ, a obecnie zdaje się następować proces stopniowego „wyciszania” planów głębokich zmian.

# Jak finansowany jest polski system ochrony zdrowia

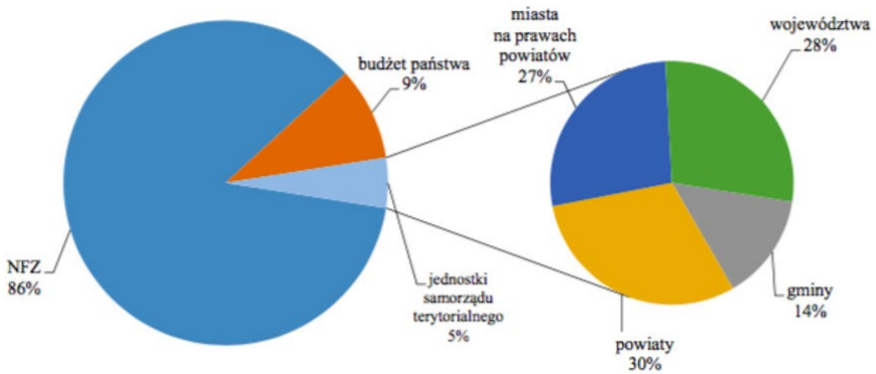
Nakłady na system ochrony zdrowia w Polsce, jak pokazują dane krajowe i międzynarodowe, są jednymi z najniższych w Europie. [OECD, 2017] – patrz wykres.

Wykres 3: Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów w 2015 r. [OECD 2017]



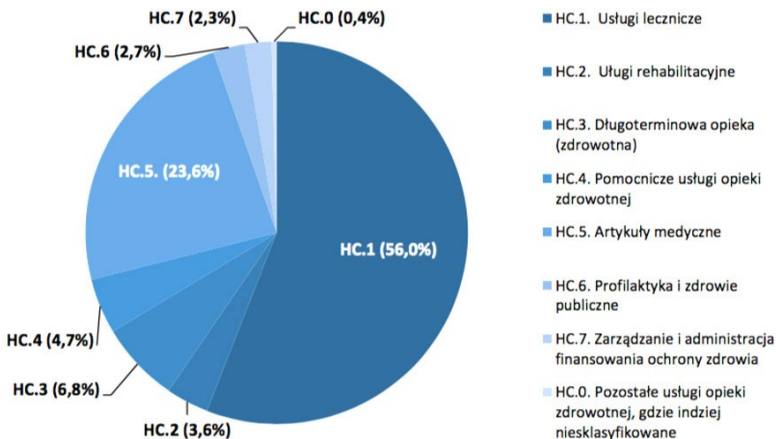
W Polsce obowiązuje system obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, który jest uzupełniany finansowaniem z budżetu państwa i samorządu terytorialnego. Według Narodowego rachunku zdrowia najważniejszym źródłem finansowania powszechnej publicznej opieki zdrowotnej jest obowiązkowa składka zdrowotna odprowadzana do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wynosząca 9% osiągniętych wynagrodzeń 9% dochodów osobistych (7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony) i innych dochodów podlegających oskładkowaniu (transferów emerytalnych, zasiłków dla bezrobotnych itp.). W przypadku niektórych grup społecznych składki finansowane są z podatków: budżet państwa lub fundusze celowe odprowadzają składki m.in. za: studentów, rolników i ich domowników (KRUS), urzędy pracy – za osoby bezrobotne, ośrodki pomocy społecznej – za osoby niepracujące, niezarejestrowane w urzędach pracy, spełniające kryterium dochodowe, budżet państwa poprzez Fundusz Kościelny – za duchownych [por. Magda i Szczygielski 2011].

Wykres 4: Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2015 [Żyra 2017]



Niektóre świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane są bezpośrednio z budżetu Ministerstwa Zdrowia; istotną rolę w systemie pełnią jednostki samorządu terytorialnego, do których zadań należy m.in. zakładanie, prowadzenie i likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zadania z zakresu profilaktyki, oraz wsparcia osób niepełnosprawnych [Suchecka 2011]. Stosunkowo niewiele wydaje się na opiekę długoterminową i pomocnicze usługi opieki zdrowotnej. W Polsce ciężar opieki długoterminowej w dużej mierze spoczywa na rodzinie chorego, które to zjawisko zyskało nawet miano kapitału opiekuńczego.

Wykres 5: Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2015 r. [Żyra 2017]

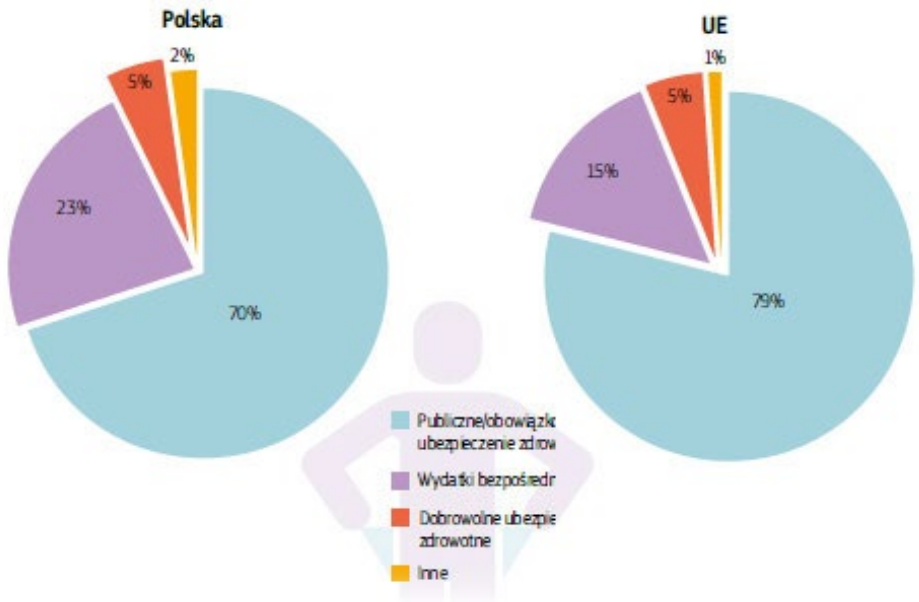


W polskim systemie ochrony zdrowia współistnieją różne rodzaje mechanizmów opłacania świadczeń, mające zastosowanie w zależności od poziomu opieki i rodzaju świadczonej usługi. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej podstawą finansowania jest tzw. stawka kapitacyjna (ryczałt za pacjenta) i częściowo opłata za usługę. Ambulatoryjna opieka medyczna finansowana jest w oparciu o system jednorodnych grup pacjentów i opłaty za usługi. W przypadku opieki szpitalnej stosuje się system jednorodnych grup pacjentów, choć wprowadzona w roku 2017 tzw. sieć szpitali wprowadziła finansowanie szpitali zakwalifikowanych do sieci w formie ryczałtu. Obecnie przeprowadzany jest pilotaż nowych rozwiązań w zakresie finansowania POZ, tzw. POZ+, który ma pomóc we wprowadzeniu bardziej projakościowych rozwiązań. Podstawą finansowania będzie jak dotąd stawka kapitacyjną, ale uzupełniona o budżet powierzony na opiekę koordynowaną, opłatę zadaniową na prowadzenie profilaktyki, a także dodatek za wyniki leczenia, które mają zmotywować lekarza do podjęcia roli przewodnika pacjenta po systemie.

Obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym objęte jest 91% populacji, co stanowi wynik niezadowalający na tle Unii Europejskiej, choć należy zaznaczyć, że uprawnienie do opieki zdrowotnej rozciąga się jednak automatycznie na szereg innych grup ludności (np. dzieci poniżej 18. roku życia, osoby chore na HIV i gruźlicę, osoby cierpiące na choroby psychiczne) [OECD 2017]. Fakt, że 9% populacji jest nieobjęte ubezpieczeniem zdrowotnym, częściowo wynika z zawierania doraźnych lub nietypowych umów o pracę [ibid.].

Polska charakteryzuje się wyższymi niż przeciętna dla krajów UE wydatkami prywatnymi na ochronę zdrowia. Jak pokazuje poniższy wykres, 5 % wydatków stanowią kwoty przeznaczane na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, i w tym względzie nasz kraj nie odbiega od średniej. Znacznie wyższe (23% w stosunku do 15%) są natomiast wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych.

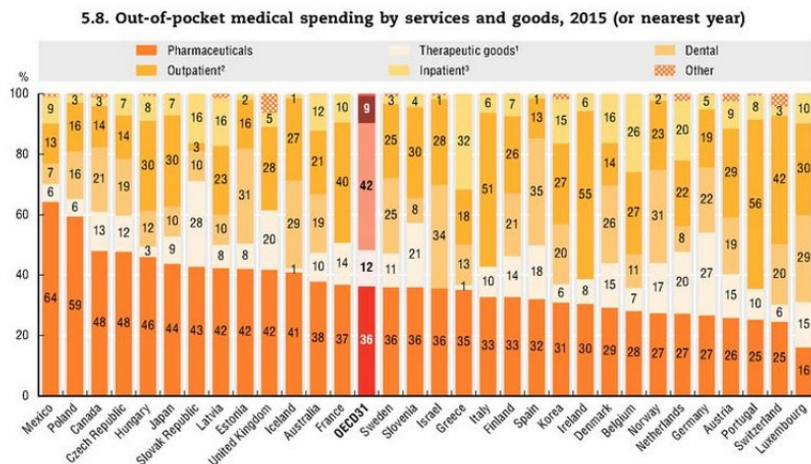
Wykres 6: Struktura wydatków na ochronę zdrowia PL vs. UE w 2015 r. [OECD 2017]



Źródła: Statystyki OECD dotyczące zdrowia; Baza danych Eurostatu (dane za 2015 r.)

Są to przede wszystkim wydatki na leki (64% wydatków bezpośrednich), usługi stomatologiczne i wizyty u lekarzy specjalistów (po 16%), co widać na poniższym wykresie. Obrazuje on także różnice w strukturze wydatków bezpośrednich ponoszonych polskich pacjentów na tle innych krajów OECD

Wykres 7: Struktura wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w krajach OECD w 2015 r. [OECD 2017]

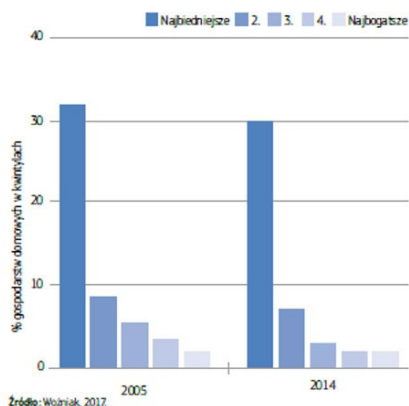


Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.

1. Including eye care products, hearing aids, wheelchairs, etc.
2. Includes home care and ancillary services (and dental if not shown separately).
3. Including day care.

Względnie wysoki udział wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych na usługi zdrowotne generuje szczególne obciążenia dla gospodarstw o niższych dochodach, stając się przyczyną rujnujących wydatków na zdrowie, jak widać na poniższym wykresie.

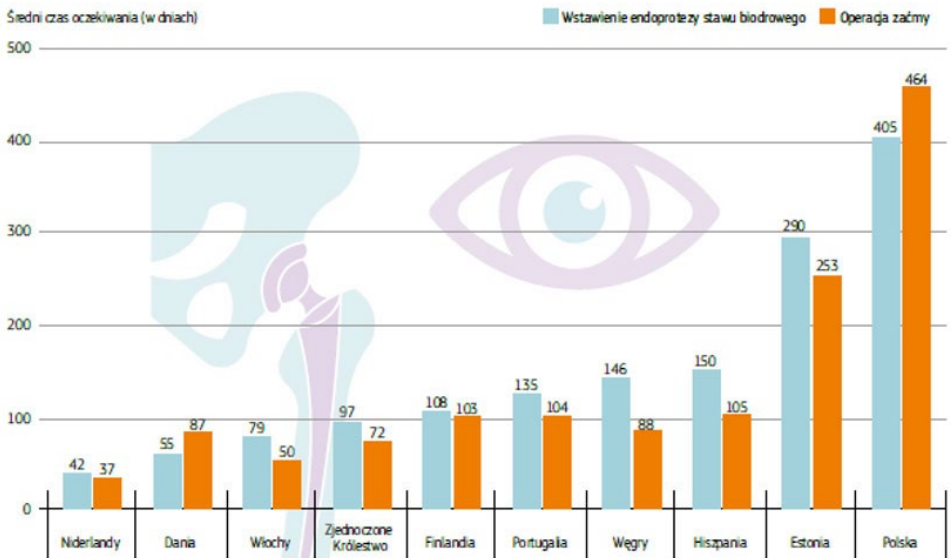
Wykres 8: Rujnujące wydatki na ochronę zdrowia polskich gospodarstw domowych [OECD 2017]



Problem nierówności w zdrowiu staje się coraz bardziej palącym zagadnieniem, wygenerowanym przez niewydolność systemu publicznego. W Polsce, jak wskazuje raport OECD [2017], znaczna liczba polskich gospodarstw domowych o niskich dochodach boryka się z rujnującymi kosztami opieki zdrowotnej. Poziom niezaspokojonych potrzeb medycznych w Polsce jest nie tylko wyższy, niż przeciętna w UE, ale także w większym stopniu dotyczy osób o niskich dochodach.

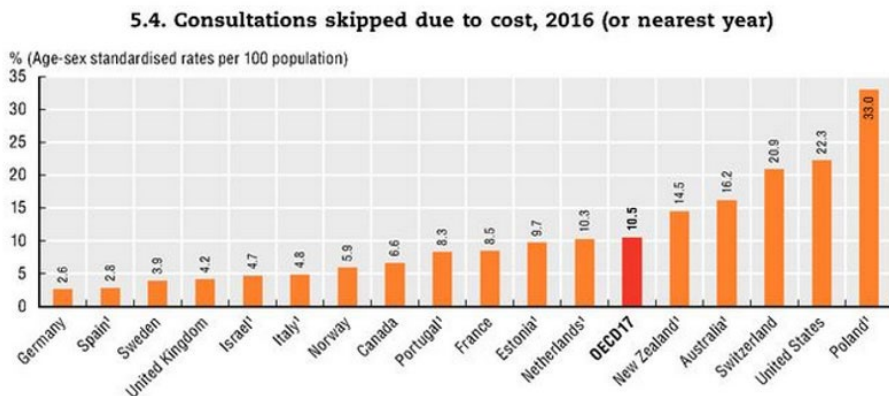
Polska ochrona zdrowia charakteryzuje się jednymi z najdłuższych czasów oczekiwania na wizyty u specjalistów i zabiegi planowe. W przypadku używanych w zestawieniach międzynarodowych wskaźników długości czasu oczekiwania na operację zaćmy i wszczęcia stawu biodrowego nasz kraj jest niechlubnym rekordzistą UE (Wykres 9).

Wykres 9: Czas oczekiwania na wybrane procedury medyczne w 2015 r. [OECD 2017]



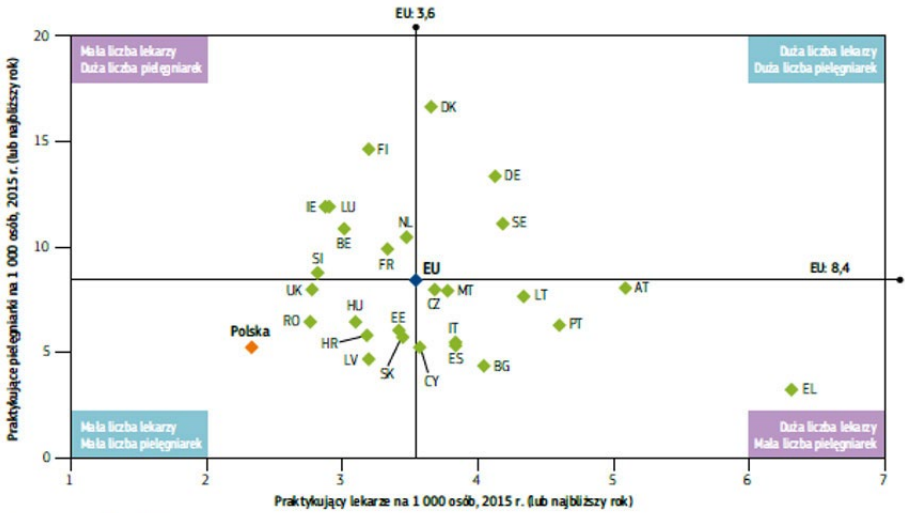
Źródło: Statystyki OECD dotyczące zdrowia 2017 (dane za 2015 r.)

Wykres 10: Rezygnacja z wizyty u lekarza ze względu na koszt w roku 2016 [OECD 2017]



W Polsce wyraźnie brakuje pracowników służby zdrowia, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Ich liczba, wynosząca odpowiednio 2,3 oraz 5,2 na 1000 osób jest najniższa w Europie, co obrazuje wykres 11. Wyzwaniem jest więc zatrzymanie kadr medycznych, których przedstawiciele z łatwością mogą otrzymać konkurencyjne oferty pracy poza granicami Polski. Wzrost wynagrodzeń w sektorze publicznym wymagać będzie zapewnienia odpowiednich źródeł finansowania kosztów płac, gdyż samo zapowiadane zwiększanie naborów na studia medyczne bez zachęt do pozostania w kraju nie przyniesie oczekiwanych rezultatów.

Wykres 11: Liczba lekarzy w PL na tle innych krajów UE [OECD 2017]



Uwaga: W przypadku Portugalii i Grecji dane odnoszą się do wszystkich lekarzy posiadających licencję na praktykowanie, czego skutkiem jest znaczne przeszacowanie liczby praktykujących lekarzy (np. o ok. 30% w przypadku Portugalii). W przypadku Austrii i Grecji liczba pielęgniarek jest niedoszacowana, gdyż obejmuje wyłącznie pielęgniarki pracujące w szpitalach.

Źródło: Baza danych Eurostatu.

Pomimo niedofinansowania struktura wydatków jest daleka od optymalnej, o czym świadczy liczba łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 100 000 osób, która utrzymuje się znacznie powyżej średniej UE. W Polsce w 2015 r. było 663 na 100 000 osób, podczas gdy średnia UE wynosiła 515 łóżek (ibid.).

# Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych – zasady dostępu w świetle uregulowań prawnych

Punktem wyjścia do regulacji kwestii związanych z systemem finansowania opieki zdrowotnej jest prawo do ochrony zdrowia zawarte w Konstytucji z 1997 roku. Normowanie tego zagadnienia na poziomie konstytucyjnym ma długą historię. Przepisy w tym zakresie zawierała już Konstytucja Marcowa [Trzciński i Wiącek, 2016]. Prawo to ma również swoje umocowanie w międzynarodowym systemie ochrony praw człowieka. Na przykład artykuł 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych mówi, że „Państwa Strony niniejszego Paktu uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”. Natomiast regulacje szczegółowe oparte są na Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

W obecnie obowiązującej Konstytucji prawo do ochrony zdrowia uregulowane jest w artykule 68. W trakcie jego interpretacji należy zwrócić uwagę na jego charakter normatywny. W doktrynie i orzecznictwie wskazuje się, że prawo do ochrony zdrowia ma charakter normy programowej [wyrok NSA z 23 maja 2017, I OSK 3467/15; wyrok SA w Poznaniu z 23 maja 2006, I ACa 1266/05; Lach 2011, inaczej: Trzciński, Wiącek, 2016]. To znaczy, że przepisy te są wzorcem określającym ogólne cele polityki państwa w zakresie zabezpieczenia społecznego a ich adresatami są organy prawodawcze. Zatem są swego rodzaju nakazem optymalizacyjnym działań państwa, a nie prawem na które może powoływać się jednostka żądając jego realizacji. Wynika to z art. 68 ust. 2, który mówi, że „warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Z tego wynika, że treścią prawa do ochrony zdrowia jest prawo do uzyskania pewnych, choć nieokreślonych konkretnie na poziomie konstytucyjnym, świadczeń ze strony

państwa, ale jednocześnie skierowany do władz publicznych nakaz podejmowania działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa [Trzcziński, Wiącek, 2016; postanowienie TK z 15 stycznia 2013 r., SK 21/12].

Przyjmując takie założenia można odtworzyć obowiązki państwa w zakresie ukształtowania dostępu do świadczeń. Po pierwsze dostęp musi być równy, to znaczy przysługujący niezależnie od sytuacji materialnej jednostki. Państwo zatem musi stworzyć precyzyjne kryteria, które uprawniają do dostępu do świadczeń. Nie może tego uprawnienia cedować na podmioty udzielające świadczeń, niemniej jednak dopuszczalna jest pewna uznaniowość [Trzcziński i Wiącek, 2016].

Po drugie warunki i kształt systemu udzielania świadczeń zależy wyłącznie od ustawodawcy [Gawrońska, 2014]. W Polsce przyjęto model opierający się na publicznej służbie zdrowia, która jest finansowana ze środków publicznych. Zatem możliwe jest istnienie rynku prywatnych usług medycznych, jak również zlecanie podmiotom prywatnym zadań w zakresie ochrony zdrowia, ale dopuszczalne jest to wyłącznie w pewnych granicach [por. wyrok TK z 18 grudnia 2002 r., K 43/01].

Po trzecie państwo musi zabezpieczyć odpowiednie środki finansowe na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Sposób pozyskania tych środków jest dowolny. Z perspektywy Konstytucji ocenie będzie podlegać jedynie efektywność funkcjonowania systemu.

Przekłada się to na taką jego organizację, która umożliwia faktyczne skorzystanie z danego świadczenia. Obejmuje to dostęp do jak największej ilości świadczeń, posiadania rezerw na wypadek nagłego wzrostu zapotrzebowania na określone świadczenia oraz zapewnienia odpowiedniej infrastruktury i zasobów kadrowych [Trzcziński, Wiącek 2016]. Zatem stworzenie systemu, który de facto ogranicza dostępność poprzez stworzenie nadmiernej uciążliwości proceduralnej będzie naruszeniem art. 68 Konstytucji. Daje temu wyraz orzecznictwo sądowe, które wprost wskazuje że „system refundacji leków powinien zapewniać nie tylko formalną dostępność do tego systemu, deklarowaną przez przepisy prawne ustawy o refundacji, ale dostępność rzeczywistą umożliwiającą, w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia ludzi, refundację leków dopuszczonych do obrotu, lecz niedostępnych na rynku, gdy żaden podmiot odpowiedzialny nie jest zainteresowany we wprowadzaniu tego leku na rynek i w złożeniu wniosku o objęcie go refundacją” [wyrok WSA w Warszawie z 23 marca 2016, VI SA/Wa 21/16].

Po czwarte usługi zdrowotne mogą być odpłatne. Zapewnienie dostępności czy możliwości

realizacji usług darmowych jest limitowane przez możliwości finansowe systemu [Banaś, 2017]. Można pobierać opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych, o ile przepis szczególnie nie formułuje wprost zakazu takiego zachowania. Zatem zasadą jest prawo (nie obowiązek) do pobierania opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych, a wyjątkiem - zakaz ich pobierania [Dyląg, 2013]. Takim zakazem jest na przykład niedopuszczalność pobierania opłat za świadczenia objęte umową o udzielanie świadczeń z NFZ. Jednakże ustawodawca musi jednoznacznie wskazać, które świadczenia są nieodpłatne, a które wymagają chociażby częściowej odpłatności. Podział ten lub zasady jego dokonywania musi być określony na poziomie ustawy [Trzeciński, Wiącek, 2016].

Po piąte prawo do ochrony zdrowia przysługuje wszystkim niezależnie od obywatelstwa czy statusu społecznego, na przykład posiadanego ubezpieczenia [Gawrońska, 2014]. Natomiast prawo do korzystania z systemu ochrony zdrowia może być limitowane przez obywatelstwo lub brak spełnienia innego kryterium. Ograniczenie to musi być jednak proporcjonalne i należy być szczególnie uważnym odmawiając finansowania ze środków publicznych. Orzecznictwo wskazuje, że wykładni przepisów ustawy o świadczeniach należy dokonywać przy uwzględnieniu art. 68 Konstytucji RP oraz zasady proporcjonalności [wyrok NSA z 9 marca 2016, II GSK 2185/14]. Co więcej stosowanie wykładni językowej bez uwzględnienia wykładni systemowej, wykładni celowościowej godzi w wartości demokratycznego państwa prawnego [wyrok NSA z 30 kwietnia 2009, I OSK 1407/08]. Dlatego mimo że uzyskanie zgody jest warunkiem uzyskania prawa do podjęcia leczenia poza granicami kraju, jednak kierując się względami celowości należy od tej reguły dopuścić wyjątki.

Podsumowując Konstytucja z 1997 roku formułuje prawo do ochrony zdrowia. Jednocześnie wprost wskazuje, że sposób jego realizacji zależy od ustawodawcy i pozostawia mu w tym zakresie wolną rękę. Stworzony system musi jednak zapewnić równość w dostępie oraz efektywność do świadczeń. Możliwa jednak jest odpłatność – całkowita lub częściowa – usług medycznych przy czym nie może ona dotyczyć świadczeń refundowanych ze środków publicznych.

# Jakiego systemu oczekują pacjenci? – Wyniki badań własnych

W ramach realizacji projektu dialogu społecznego pt. Razem dla Zdrowia Fundacja MY Pacjenci wraz z portalem [www.znanylekarz.pl](http://www.znanylekarz.pl) przeprowadziła wśród pacjentów, przedstawicieli zawodów medycznych i obywateli konsultacje społeczne w formie sondażu on-line. Dotyczył on ich opinii dotyczących sposobu organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia. Do przeprowadzenia badania wykorzystano kwestionariusz ankiety, zawierający 20 pytań jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz ankiety był obszerny; uwzględniał zagadnienia poruszane podczas sesji moderowanego dialogu, dotyczącego badanych tematów. Był także przedmiotem szerokich konsultacji z uwzględnieniem stron reprezentowanych podczas sesji dialogu – pacjentów, przedstawicieli zawodów medycznych, świadczeniodawców oraz administracji publicznej. Ankiety dystrybuowano za pośrednictwem portalu [znanylekarz.pl](http://znanylekarz.pl) oraz współpracujących z Fundacją organizacji pacjenckich w okresie 19.10.2017 – 03.12.2017.

W badaniu wzięło udział 1386 osób, które dobrowolnie wyraziły chęć wypełnienia ankiety on-line. Ze względu na charakter konsultacji społecznych badanie miało charakter niereprezentatywny, gdyż z zasady w konsultacjach bora udział wyłącznie osoby zainteresowane danym problemem społecznym. Jego wyniki dają jednak wyobrażenie tego, jak w opiniach respondentów zainteresowanych problematyką powinien być zorganizowany i finansowany system ochrony zdrowia.

Równolegle do badań opinii przeprowadzono 40 pogłębionych wywiadów indywidualnych z przedstawicielami pacjentów, dotyczących ich oczekiwań względem systemu ochrony zdrowia oraz sposobu jego finansowania. Realizatorem wywiadów pogłębionych była Naczelna Izba Lekarska.

## Wnioski z debat pacjentów i decydentów

W rekomendacjach zawarto także wyniki debat przeprowadzanych w ramach warsztatów dialogu społecznego, dotyczących finansowania, organizacji i współpłacenia, odbywających się w ramach projektu Razem dla Zdrowia. Udział w nich wzięli przedstawiciele organizacji pacjentów, pacjentów niezrzeszonych, izb zawodów medycznych, świadczeniodawców oraz eksperci. Debaty zostały zarejestrowane w formie nagrań audio-wideo, a zebrane podczas ich trwania materiały dostarczyły wiedzy dotyczącej potrzeb i oczekiwań pacjentów, która umożliwiła sformułowanie ankiety online oraz końcowych rekomendacji dla decydentów, dotyczących kierunków oczekiwanych zmian w finansowaniu i organizacji ochrony zdrowia.

W dyskusjach podnoszono następujące obszary niezaspokojonych potrzeb pacjentów:

- dostępność świadczeń w ramach systemu publicznego
- dostępność informacji na temat systemu ochrony zdrowia, w tym jakości usług w różnych ośrodkach
- ograniczone możliwości wyboru świadczeniodawcy i lekarza specjalisty
- niedostateczna koordynacja świadczeń pomiędzy różnymi poziomami opieki i brak komunikacji pomiędzy świadczeniodawcami
- wysokie koszty bezpośrednie ponoszone przez pacjentów w związku z leczeniem
- niedostateczne wykorzystanie narzędzi profilaktyki i edukacji zdrowotnej
- niedostateczna innowacyjność systemu obsługi pacjentów
- trudności z dostępem do innowacyjnych technologii medycznych.

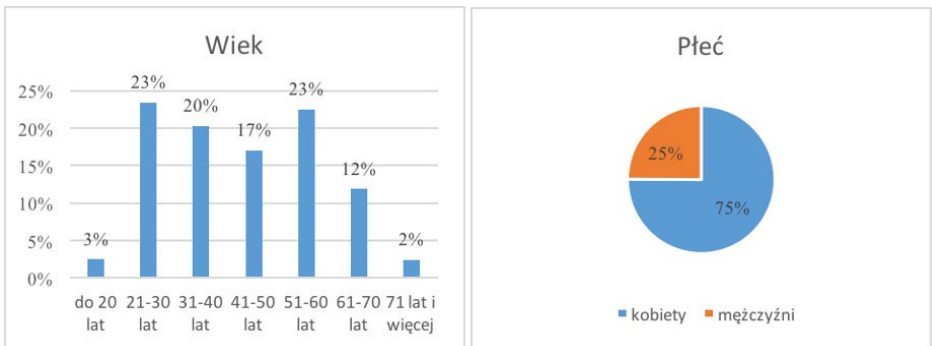
Jednocześnie w debatach ujawniło się duże zróżnicowanie przekonań co do zadań państwa, roli mechanizmów rynkowych, a także relacji pomiędzy prywatnym a publicznym sektorem ochrony zdrowia. Postrzegane są one często nie jako komplementarne, lecz konkurencyjne, i na swój sposób niewydolne – np. długie kolejki do lekarzy specjalistów „przekierowują” pacjentów do sektora prywatnego, jednak w razie potrzeby hospitalizacji pacjent znów „wraca” do sektora publicznego tam, gdzie sektor prywatny nie ma dla niego oferty, lub jest ona zwyczajnie zbyt kosztowna nawet dla średnio zamożnego pacjenta. Panuje natomiast wysoka zgodność co do potrzeby szerszego włączenia pacjentów i ich szerokiej reprezentacji w proces transformacji ochrony zdrowia. Środowiska pacjentów deklarują gotowość do poniesienia dodatkowych ciężarów związanych z finansowaniem

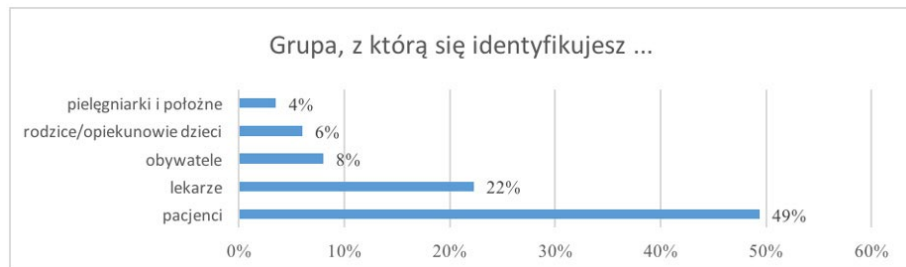
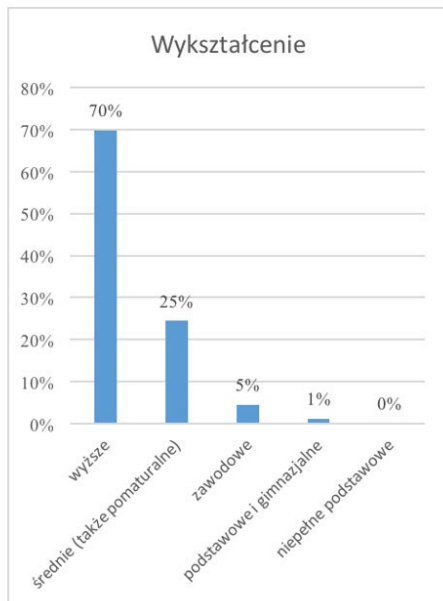
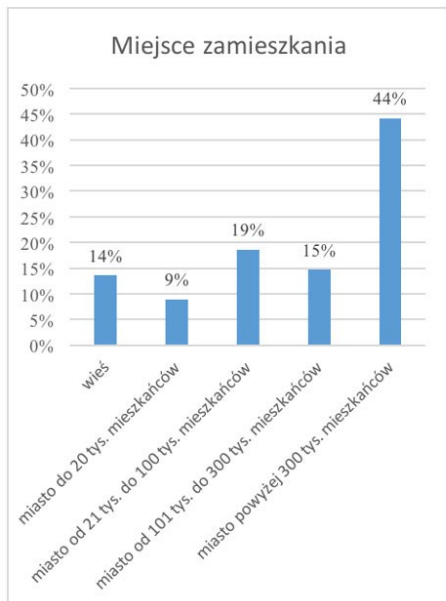
ochrony zdrowia pod warunkiem uzyskania w zamian konkretnych zobowiązań ze strony systemu publicznego, takich jak np. maksymalny czas oczekiwania na wizytę.

## Charakterystyka respondentów

Na pytania ankiety odpowiadali respondenci w wieku 16 – 82 lata. Wśród badanych dominowały osoby w wieku 30 lat. Średnia wieku respondentów wynosiła 44 lata. 75% biorących udział w badaniu osób stanowiły kobiety. Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem wyższym (70%) oraz osoby zamieszkujące przede wszystkim w dużych miastach (44%). Najliczniej reprezentowane grupy respondentów stanowiły osoby, które określają się jako pacjenci (49%) i lekarze (22%), obywatele (8%), rodzice i opiekunowie dzieci (6%) oraz pielęgniarki i położne (4%).

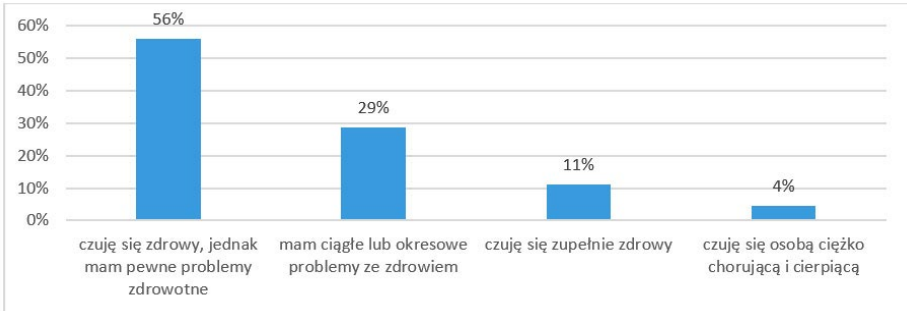
Wykres 12: Charakterystyka respondentów, N=1386 [Opracowanie własne]





Osoby określające swój stan zdrowia jako dobry, tj. osoby dokonujące pozytywnej oceny swojego stanu zdrowia, stanowiły 2/3 badanych (67% osób udzieliło pozytywnej odpowiedzi na pytanie dotyczące samooceny własnego stanu zdrowia; odpowiedzi: „czuję się zupełnie dobrze” lub „czuję się zdrowy, jednak mam pewne problemy zdrowotne”). Co trzeci z badanych wskazywał na występowanie problemów zdrowotnych – patrz wykres poniżej.

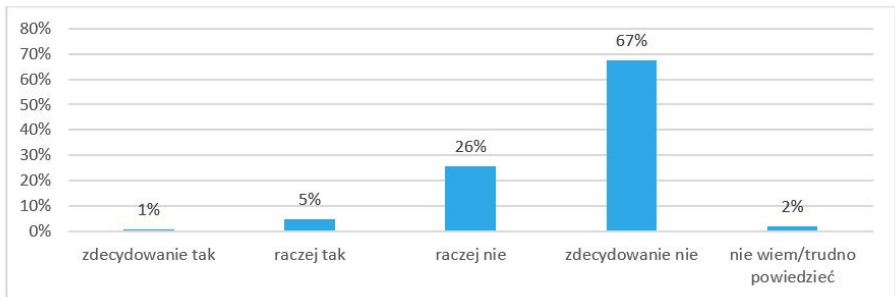
Wykres 13: Samoocena własnego stanu zdrowia, N=1386 [Opracowanie własne]



## System ochrony zdrowia jakiego chcą pacjenci

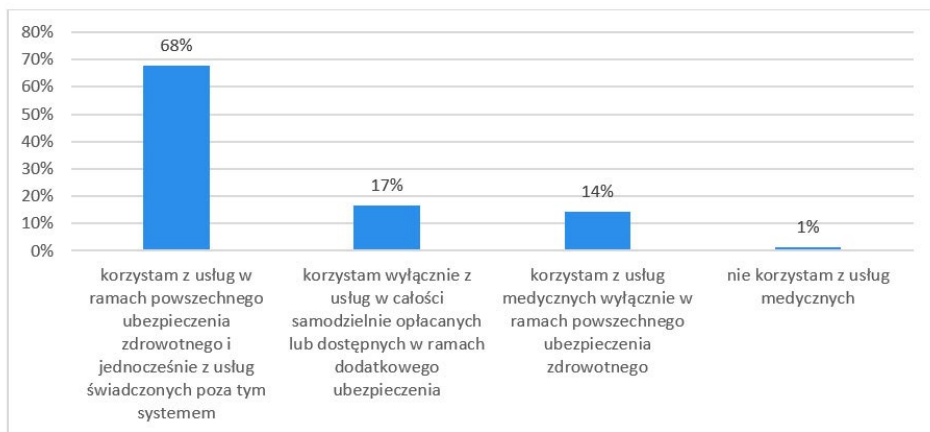
Biorący udział w badaniu przedstawiciele pacjentów, zawodów medycznych oraz obywateli dokonali również oceny obecnego stanu opieki zdrowotnej. Zdecydowana większość respondentów (93%) wyraziła swoje niezadowolnienie ze sposobu jego funkcjonowania (patrz wykres 14).

Wykres 14: Czy jesteś zadowolony(a) z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna?, N=1385 [Opracowanie własne]



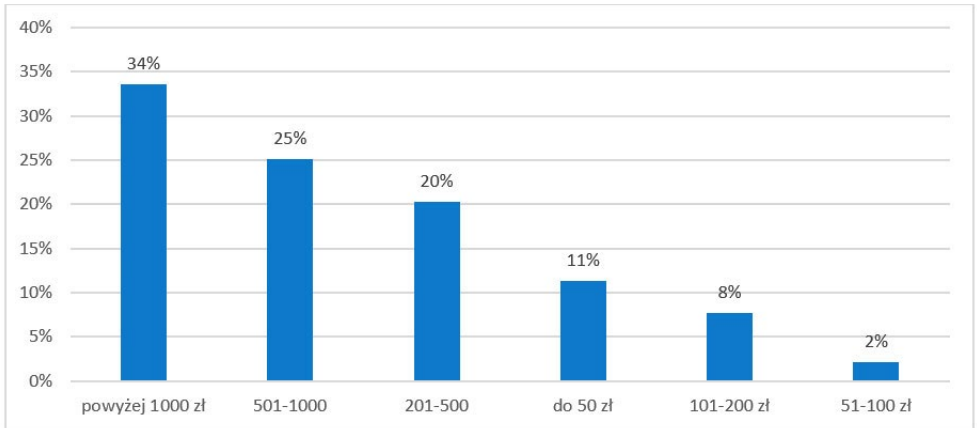
Ocena ta pokrywa się z wynikami innych badań, jak choćby cytowanym na wstępie badaniem CBOS z sierpnia 2016 roku. Uzyskany wynik wydaje się o interesujący ze względu na fakt, iż biorące udział w badaniu osoby częściej niż przeciętnie korzystają ze świadczeń udzielanych poza systemem powszechnego systemu opieki zdrowotnej (68% korzysta z usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i jednocześnie z usług świadczonych poza systemem, a 14% korzysta wyłącznie z usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) – wykres 15. 17% respondentów deklaruje, że nie korzysta ze świadczeń finansowanych przez NFZ, podczas gdy OECD podaje, że dotyczy to w Polsce do 7% wydatków.

Wykres 15: W przypadku wystąpienia problemu zdrowotnego lub konieczności uzyskania pomocy medycznej korzystam ..., N=1385 [Opracowanie własne]



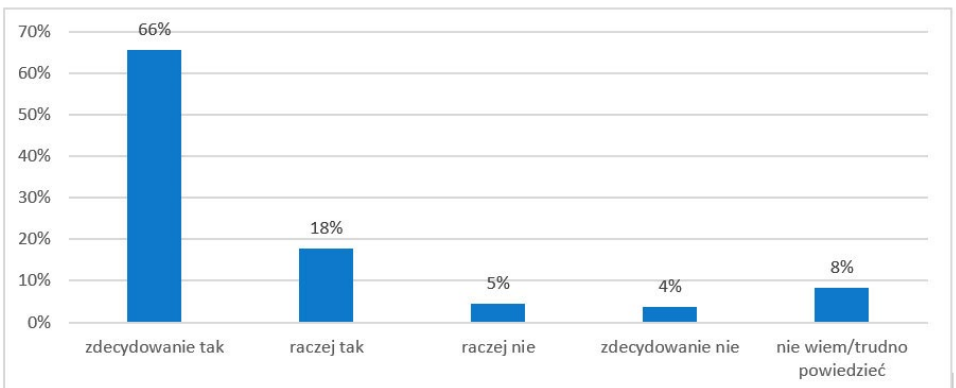
Polskę charakteryzuje wysoki poziom wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych [OECD 2017], a dodatkowo wśród badanych relatywnie wysoki odsetek deklaruje korzystanie wyłącznie z usług poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Przekłada się to na wyniki badań własnych, z których wynika, że co trzeci z badanych w okresie ostatnich 12 miesięcy na prywatne wizyty i badania wydał powyżej 1000,00 zł, a co czwarty między 501,00-1000,00 zł. Warto zaznaczyć, iż wydatki na prywatne świadczenia medyczne w badanej grupie kształtowały się średnio na poziomie 1551,61 zł, a najczęściej wskazywaną wartością był 1000,00 zł (patrz wykres 16).

Wykres 16: W okresie ostatnich 12 miesięcy wydałem(am) na prywatne świadczenia zdrowotne (wizyty i badania) około ..., N=1385 [Opracowanie własne]



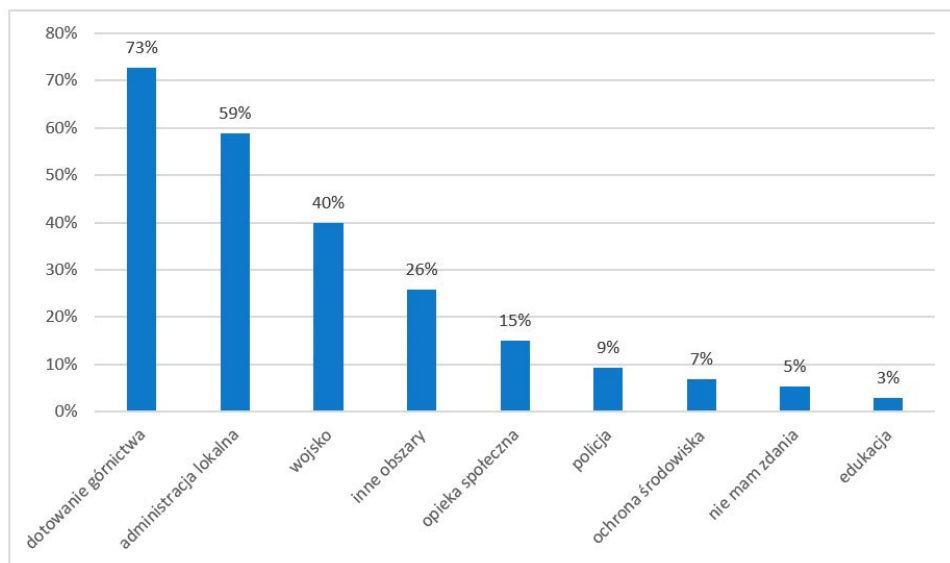
W debacie publicznej dotyczącej problemów ochrony zdrowia w Polsce w drugiej połowie 2017 r. pojawił się postulat zwiększenia wydatków publicznych na służbę zdrowia do poziomu 6,8% PKB. W ramach konsultacji społecznych respondenci poproszeni zostali o opinię na temat jego zasadności. Postulat ten został poparty przez 83% respondentów (patrz wykres poniżej).

Wykres 17: Czy uważasz, że należy zwiększyć publiczne wydatki na zdrowie do poziomu 6,8% PKB?, N=1386 [Opracowanie własne].



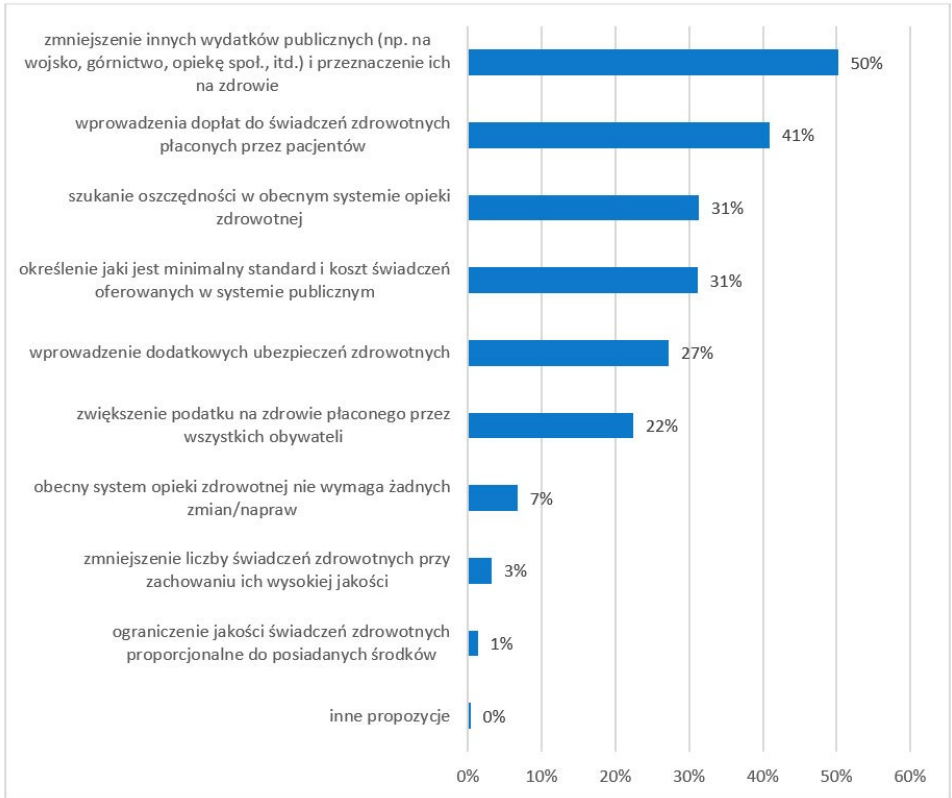
W ankiecie on-line zostało zawarte pytanie o mechanizmy, które zdaniem respondentów pozwoliłyby dofinansować system ochrony zdrowia. W opinii respondentów istnieje co najmniej kilka sposobów na zwiększenie wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Jednym z nich może być zmniejszenie wydatków publicznych przeznaczanych na inne sektory i przeznaczenie ich na zdrowie. Za takim działaniem opowiedziała się połowa badanych (wykres 19). Respondenci w ankiecie wskazali też obszary, z których w ich opinii powinny zostać przesunięte środki na ochronę zdrowia. W pierwszej kolejności należy do nich zaliczyć górnictwo (73% respondentów), administrację lokalną (59%) oraz wojsko (40%) – wykres 18.

**Wykres 18: W których obszarach należy Twoim zdaniem wydatki publiczne zmniejszyć, aby skierować oszczędności na poprawę opieki zdrowotnej?, maksymalnie trzy odpowiedzi N=1156 [Opracowanie własne]**



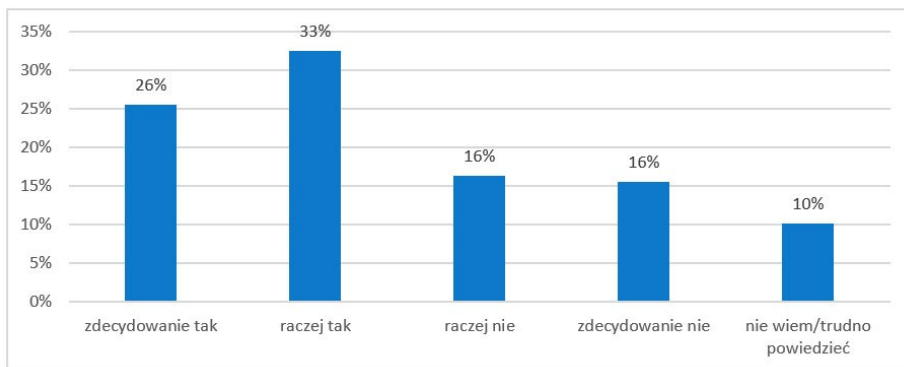
Innym, niecorządziej wskazywanym przez respondentów, rozwiązaniem jest wprowadzenie dopłat do świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez pacjentów (41%). Jest to jednak wysoki wynik, jeżeli uwzględnimy fakt, że samo pytanie nie wskazywało na korzyści, jakie z dodatkowych opłat miałyby płynąć dla dopłacających. Liczną grupę osób stanowią również zwolennicy szukania oszczędności w obecnym systemie opieki zdrowotnej (31%) oraz zwolennicy określenia minimalnych standardów i kosztów świadczeń oferowanych w systemie publicznym (31%) – wykres 17. Zwolennicy wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych stanowią zaledwie 27% a zwolennicy zwiększenia podatku na zdrowie zaledwie 22% respondentów.

Wykres 19: Sposoby rozwiązania problemów systemu opieki zdrowotnej w opinii respondentów, N=1386, maksymalnie trzy odpowiedzi [Opracowanie własne]



Nawiązując do jednego ze wspomnianych powyżej rozwiązań, tj. wprowadzenia dopłat do świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez pacjentów, należy podkreślić, iż w badanej próbie ponad 1380 osób obserwujemy stosunkowo dużą grupę osób deklarujących zgodę na ponoszenie drobnych opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne – stanowią oni 59% wszystkich respondentów (patrz wykres 19).

Wykres 20: Gdyby w Polsce wprowadzono drobne opłaty ryczałtowe za świadczenia zdrowotne, czyli stałe opłaty określonej wysokości za wizyty, badania lub pobyt w szpitalu, czy zgodził(a)byś się na ponoszenie takich opłat?, N=1386 [Opracowanie własne]



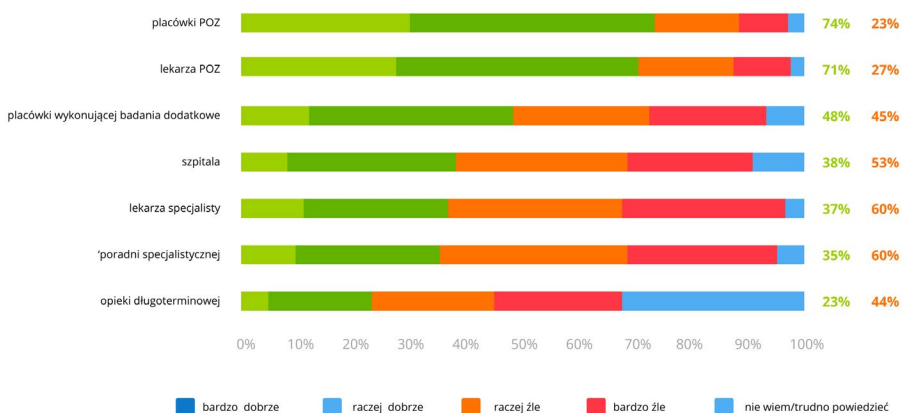
Na poziomie deklaratywnym respondenci gotowi są dopłacać niewielkie sumy, nieprzekraczające 50 PLN do wizyt u lekarza specjalisty czy 10 PLN do wizyt lekarza rodzinnego, jak również za dzień pobytu w szpitalu czy badania diagnostyczne. Średnią wysokość kwot, jaką są gotowi ponieść respondenci oraz najczęściej wskazywane w tym zakresie odpowiedzi prezentuje tabela 3

Tabela 4 W przypadku wprowadzenia opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne, ile był(a)byś skłonny/a płacić za ...?, N=804 [Opracowanie własne]

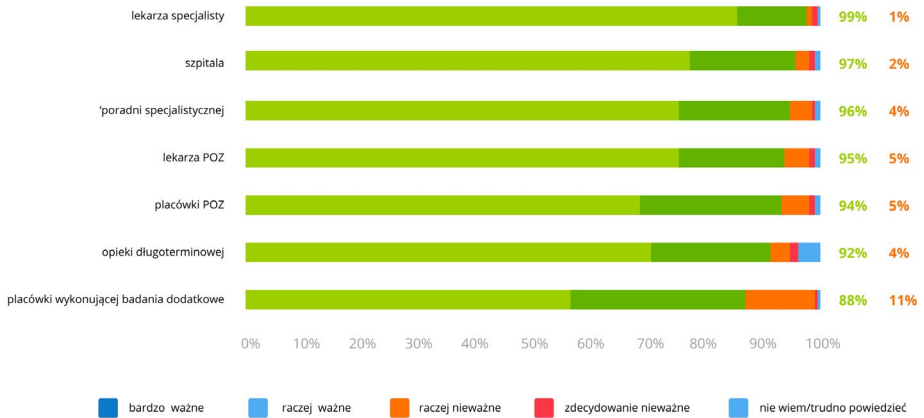
	wizytę u lekarza rodzinnego	wizytę u lekarza specjalisty	dzień pobytu w szpitalu	badania
<b>0 zł</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>
<b>1-50 zł</b>	<b>93%</b>	<b>84%</b>	<b>79%</b>	<b>80%</b>
<b>51-100 zł</b>	<b>2%</b>	<b>12%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>
<b>101-150 zł</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>
<b>151-200 zł</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
<b>&gt;200 zł</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
<b>średnia</b>	<b>18,46</b>	<b>42,33</b>	<b>40,09</b>	<b>41,94</b>
<b>dominanta</b>	<b>10,00</b>	<b>50,00</b>	<b>10,00</b>	<b>10,00</b>

Innym badanym obszarem były oczekiwania dotyczące wagi, jaką przypisywali oni możliwości wyboru lekarza i placówki leczniczej, a więc tego aspektu organizacji ochrony zdrowia, który potencjalnie silnie wpływa na kształt mechanizmów alokacji zasobów. Jak pokazują wyniki przeprowadzonych w ramach projektu badań obecnie możliwości dokonywania swobodnego wyboru lekarza czy placówki leczniczej są w opinii respondentów ograniczone. W badanej próbie stosunkowo dobrze oceniane były jedynie możliwości wyboru placówki POZ i lekarza POZ (odpowiednio pozytywnej odpowiedzi udzieliło 74 i 71% respondentów). Jednocześnie respondenci uznawali możliwość wyboru miejsca leczenia i osoby lekarza za ważną, przy czym niemal dla wszystkich respondentów najważniejsza byłaby możliwość wyboru lekarza specjalisty, szpitala czy poradni specjalistycznej – patrz wykres 21 i 22.

Wykres 21: Jak oceniasz obecne możliwości dokonania swobodnego wyboru ...?, N=1386 [Opracowanie własne]



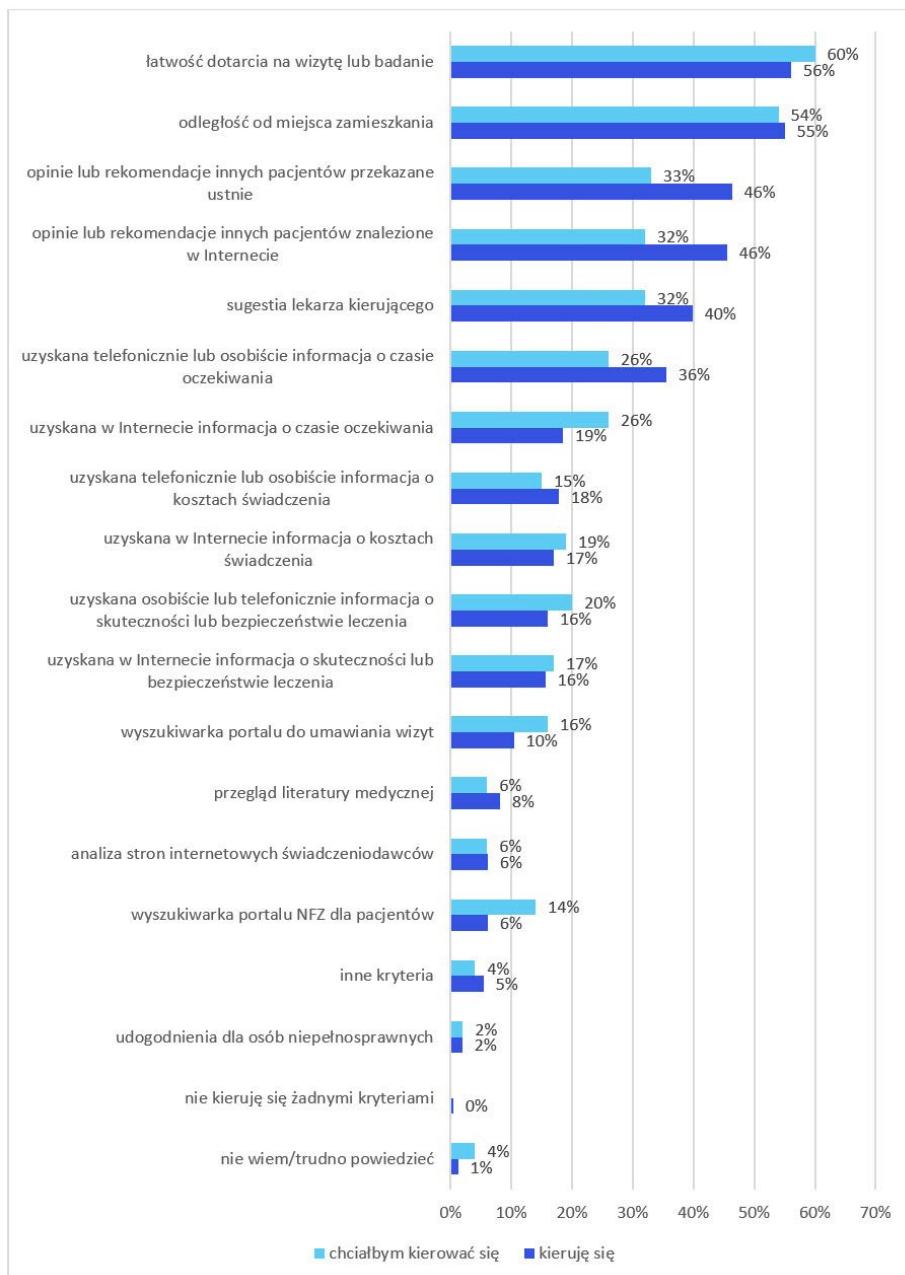
Wykres 22: Jak ważna jest dla Ciebie możliwość dokonywania swobodnego wyboru ... ?, N=1386  
[Opracowanie własne]



Dwie trzecie spośród biorących udział w badaniu wskazało również, że chciałoby mieć możliwość swobodnego wyboru dowolnej placówki publicznej lub prywatnej, w której miałyby się leczyć, a w przypadku gdyby koszty leczenia w niej były wyższe niż na NFZ, chciałoby móc pokryć tę różnicę z własnej kieszeni. 26% respondentów sprzeciwiło się takiemu rozwiązaniu.

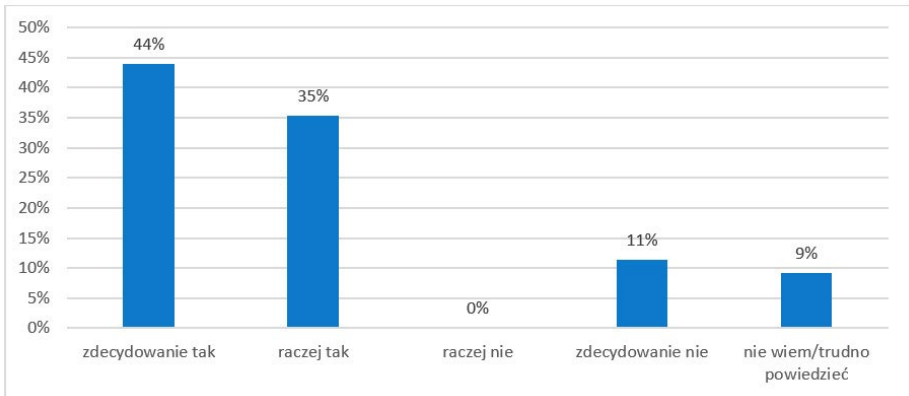
Możliwość swobodnego wyboru lekarza czy placówki nie jest jedyną przesłanką, jaką kierują się pacjenci w podejmowaniu decyzji dotyczących kwestii związanych ze zdrowiem. Respondenci kierują się najczęściej łatwością dotarcia na wizytę lub badanie (56%), odległością od miejsca zamieszkania (55%) oraz opiniami przekazywanymi przez pacjentów ustnie lub dostępnymi w Internecie. Pogłębiona analiza wyników pokazuje, że osoby biorące udział w badaniu przypisują duże znaczenie niedocenianym obecnie rozwiązaniom teleinformacyjnym, takim jak: informacja dostępna w Internecie o czasie oczekiwania na świadczenie, czy wyszukiwarka portalu do umawiania wizyt – patrz wykres 23.

Wykres 23: Jakimi kryteriami kierujesz się obecnie vs. chcia(a)byś się kierować, dokonując wyboru lekarza lub miejsca leczenia?, maksymalnie pięć odpowiedzi, N=1386 [Opracowanie własne]



Respondenci popierają określenie maksymalnego czasu oczekiwania na świadczenie, po upływie którego pacjentowi przysługiwałoby prawo do skorzystania z usługi poza sektorem publicznym. Uznają je za rozwiązanie, które może wpłynąć na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia skracając kolejki do lekarzy. W niektórych krajach określono maksymalny czas oczekiwania na wizytę, badanie lub leczenie, po przekroczeniu którego pacjent może się udać do dowolnie wybranego publicznego lub prywatnego świadczeniodawcy, a publiczny płatnik musi temu świadczeniodawcy zapłacić za leczenie pacjenta zgodnie z ustalonym, publicznie dostępnym cennikiem. Za wprowadzeniem podobnego rozwiązania w Polsce opowiedziało się 79% badanych – patrz wykres 24.

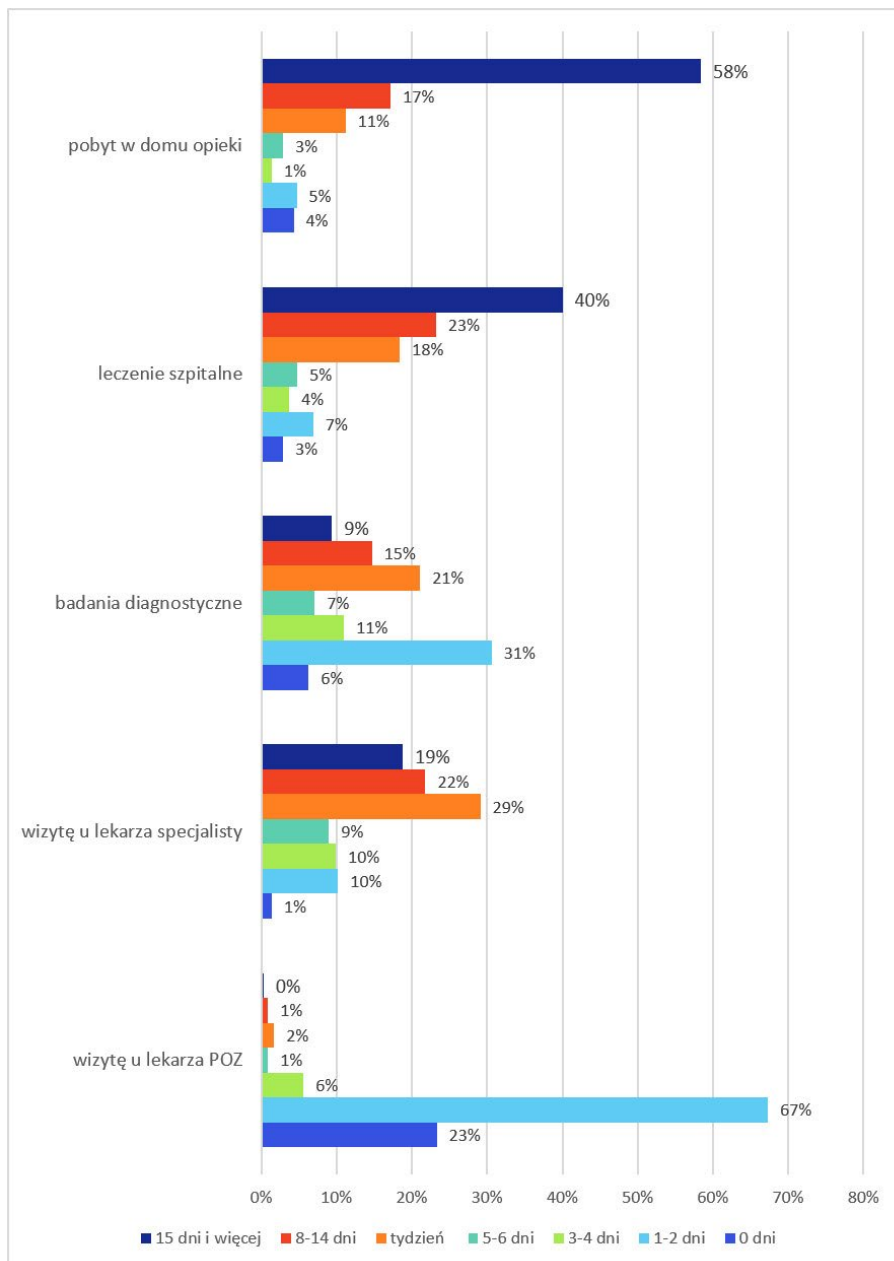
**Wykres 24: Czy uważasz, że wprowadzenie limitu czasu maksymalnego oczekiwania na wizytę pomogłoby w rozwiązaniu problemu kolejek do lekarzy w Polsce?, N=1386 [Opracowanie własne]**



Co ciekawe, jedynie 41% badanych uważa, iż abonamenty są skutecznym sposobem na ominięcie kolejek do lekarzy specjalistów i na badania laboratoryjne, co wydaje się wskazywać na rosnące przeciążenie tego sektora.

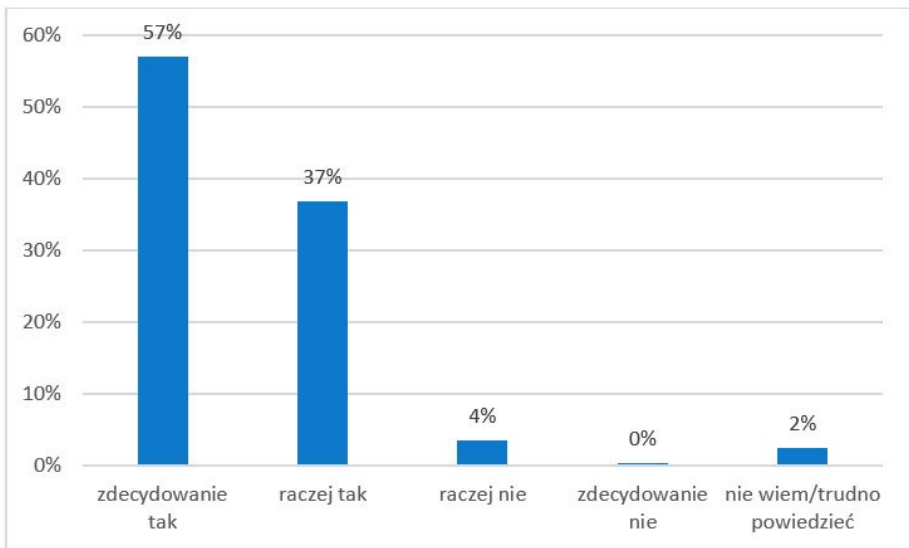
Większość respondentów wskazało, że czas oczekiwania na wizytę u lekarza POZ nie powinien przekroczyć dwóch dni (uważa tak 90% respondentów; średni czas oczekiwania wynosi 1,31 dnia), wizytę u lekarza specjalisty nie powinien przekroczyć tygodnia (70% respondentów; średni czas oczekiwania 12,54 dnia), badania diagnostyczne nie powinien przekroczyć 2 dni (31%; średni czas oczekiwania 7,54). Badani dopuszczają możliwość oczekiwania powyżej 14 dni na planowe leczenie szpitalne oraz pobyt w domu opieki (odpowiednio 40% i 58%; średni czas oczekiwania odpowiednio 22,53 i 33,13 dnia) – patrz wykres poniżej.

Wykres 25: Jak długo Twoim zdaniem pacjent powinien najdłużej czekać na ...?, N=1386  
 [Opracowanie własne]



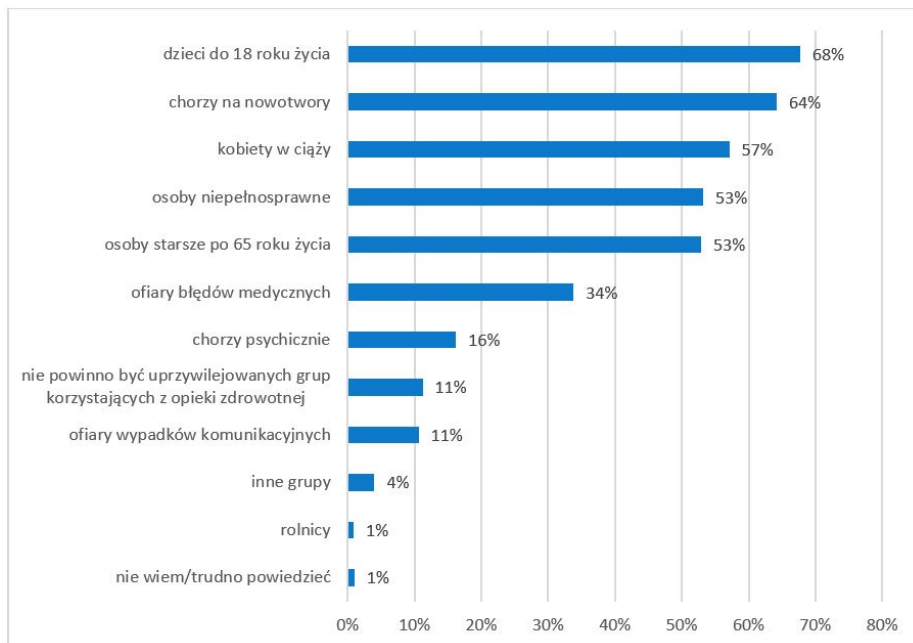
Co więcej, badani uważają, że powinien powstać ogólnodostępny ranking placówek ochrony zdrowia, zawierający informacje o skuteczności, jakości i bezpieczeństwie leczenia w każdej z placówek (zarówno publicznej jak i prywatnej). Ranking taki byłby pomocny pacjentom w wyborze miejsca leczenia – wykres 26.

Wykres 26: Czy uważasz, że w przypadku wdrożenia powyższego rozwiązania, ogólnodostępny ranking placówek ochrony zdrowia, zawierający informacje o skuteczności, jakości i bezpieczeństwie leczenia w każdej z placówek byłby pomocny pacjentom w wyborze miejsca leczenia?, N=1100 [Opracowanie własne]

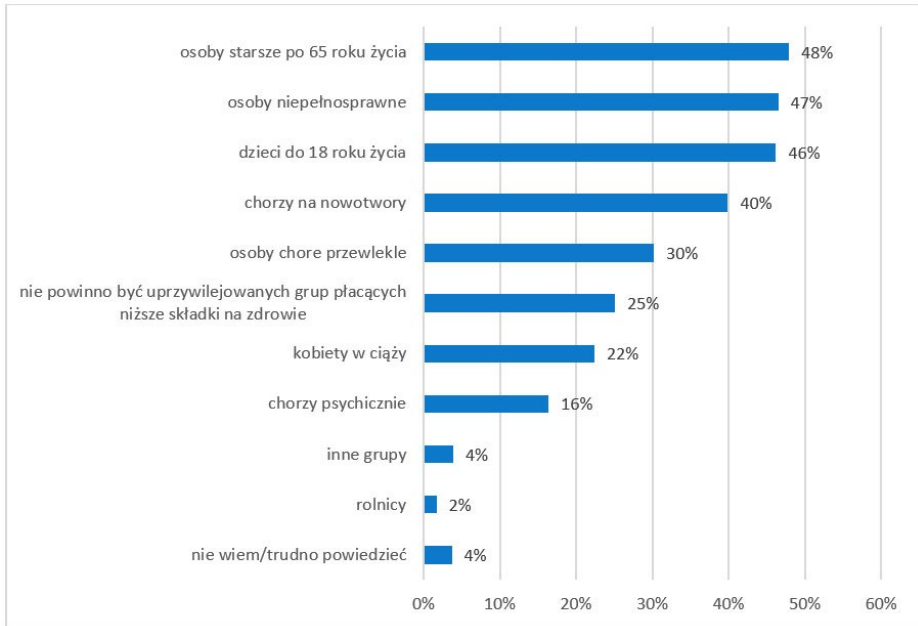


Wyniki realizowanych badań pokazują, że respondenci opowiadają się za modelem solidarnościowego finansowania ochrony zdrowia, o czym świadczy potrzeba objęcia szczególną i nieodpłatną opieką pewnych grup społecznych, tj. dzieci do 18 r.ż., chorzy na nowotwory, kobiety w ciąży (patrz wykres 27) lub wprowadzenia niższych składek na ubezpieczenie zdrowotne dla pewnych grup społecznych, tj. osób starszych, niepełnosprawnych, dzieci czy chorych na nowotwory (patrz wykres 27). Rolnicy nie zostali zaliczeni do uprzywilejowanych grup - 89% respondentów uważa, że powinni oni płacić takie same składki na zdrowie, jak pozostali obywatele.

Wykres 27: Jakie grupy pacjentów powinny zostać objęte szczególną i nieodpłatną opieką zdrowotną?, maksymalnie pięć odpowiedzi, N=1379 [Opracowanie własne]



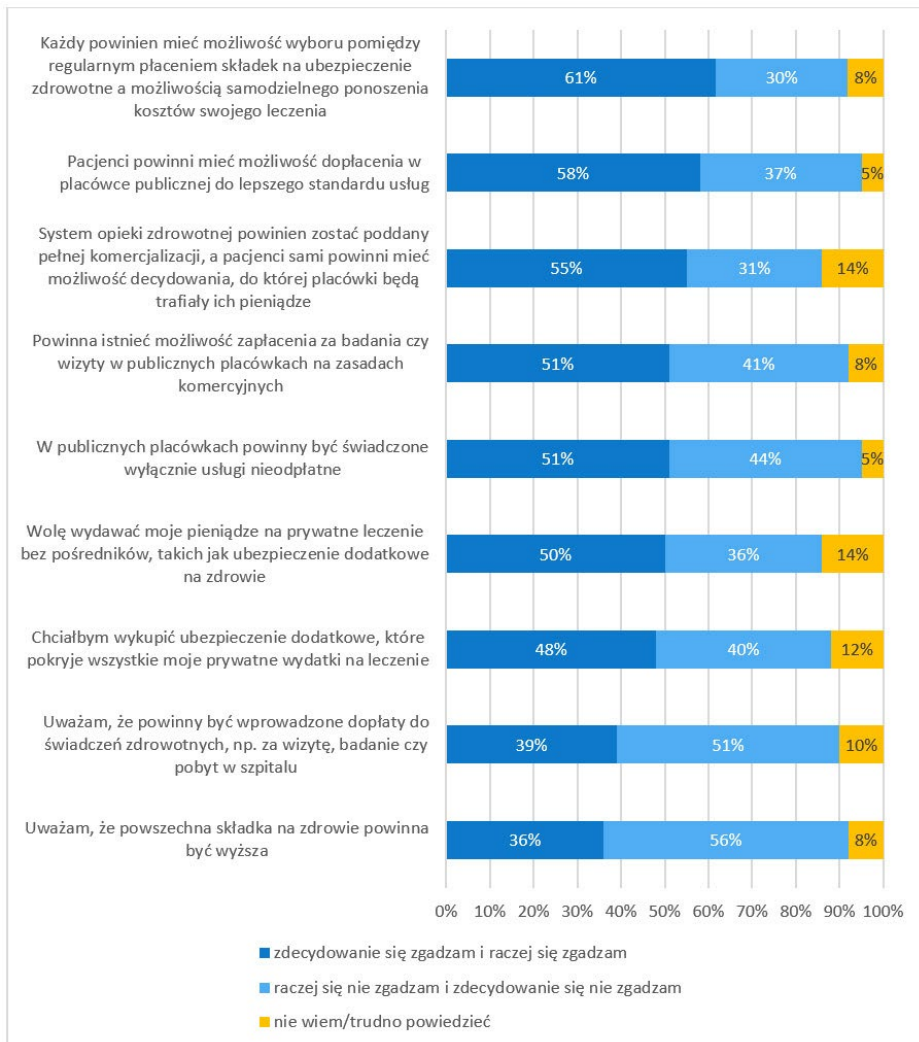
Wykres 28: Jakie grupy powinny płacić niższe składki na zdrowie lub być z płatena składek zwolnione?, maksymalnie pięć odpowiedzi, N=1386 [Opracowanie własne]



W oczach respondentów zwiększenie składki na ubezpieczenie zdrowotne nie cieszy się szczególną popularnością - 56% jest przeciwna takiemu rozwiązaniu. Oczekują oni raczej, że poprawa systemu publicznego nastąpi przez wzrost efektywności gospodarowania przeznaczanymi obecnie na ochronę zdrowia środkami. W przeważającej opinii badanych hasło „pieniądz idzie za pacjentem” nie straciło na aktualności. Pacjenci sami powinni mieć możliwość decydowania, do której placówki będą trafiały ich pieniądze – takiego zdania jest ponad połowa respondentów (55%).

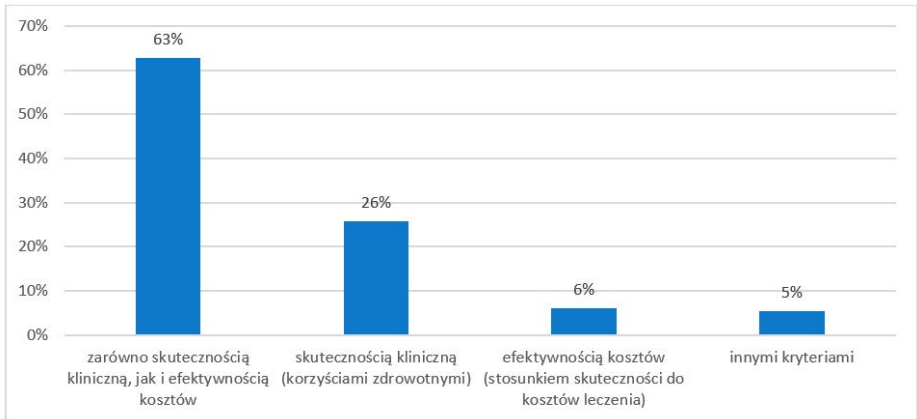
Niezależnie od solidarnościowych deklaracji, respondenci często opowiadają się za pozostawieniem obywatelom możliwości wyboru pomiędzy regularnym płaceniem składek na ubezpieczenie zdrowotne a samodzielnym ponoszeniem kosztów swojego leczenia (61%), jak również możliwość dopłacania w placówce publicznej do lepszego standardu usług (58%) czy możliwość zapłacenia za badania lub wizyty w publicznych placówkach na zasadach komercyjnych (51%) – wykres 29.

Wykres 29: Czy zgadzasz się ze stwierdzeniem, że ...? [Opracowanie własne] n=1386



Zapytani o kryteria, jakimi powinno kierować się Ministerstwo Zdrowia dokonując podziału środków na leczenie pacjentów, zdecydowana większość (63%) wskazuje na konieczność uwzględniania zarówno skuteczności klinicznej, jak i efektywności kosztowej. Jedynie 26% opowiada się za podejściem opartym wyłącznie na korzyściach zdrowotnych, a jeszcze mniej - optuje za rachunkiem opartym wyłącznie na efektywności kosztowej (patrz wykres poniżej).

Wykres 30: Jakimi kryteriami powinny kierować się Ministerstwo zdrowia w przypadku rozdziału budżetu na leczenie pacjentów?, N=1386 [Opracowanie własne]



# Indywidualne wywiady pogłębione – wyniki

Równoległe do konsultacji społecznych przeprowadzono serię pogłębionych wywiadów indywidualnych z przedstawicielami organizacji pacjentów, pacjentami, pielęgniarkami i lekarzami, dotyczących postrzegania problemu. W wywiadach telefonicznych wzięło udział 40 osób (w tym 3 pielęgniarki), z czego 5 osób udzieliło odpowiedzi on-line (były to osoby niedosłyszące).

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że jednym ze sposobów rozwiązania problemów w ochronie zdrowia jest zwiększenie jej finansowania. Zdaniem respondentów są różne sposoby zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia: zwiększenie PKB, składki, zmiana organizacji i zarządzania, dobre gospodarowanie obecnymi środkami, przerzucenie pieniędzy z innego resortu. Respondenci wskazują również, że istotne w finansowaniu są akcje charytatywne, takie jak Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. Zauważają też problem związany z brakiem kadr medycznych. Proponują zatrudnienie w placówkach sekretarek medycznych / asystentów, którzy odciążąliby lekarza od zbędnej pracy biurowej, która zajmuje znaczną część pracy lekarza. Poza tym proponują korzystne warunki finansowe dla lekarzy, co ma przyczynić się do pozostania w kraju i wykonywania zawodu w Polsce. Wskazują także możliwość zatrudnienia lekarzy z innych krajów, a także ich zdaniem powrót liceów medycznych ma poprawić stan zatrudnienia pielęgniarek. Uważają też, że pacjent mógłby wziąć na siebie obowiązki, takie jak: odwoływanie wizyt (co ma poprawić dostępność do lekarza), wykonywanie badań profilaktycznych oraz zamawianie wizyt u lekarza, tylko wtedy, gdy jest konieczne.

Respondenci są ogólnie zadowoleni z opieki zdrowotnej, jaką otrzymują - są zadowoleni ze swoich lekarzy, uważają też, że polscy lekarze mają wysokie kwalifikacje. Natomiast nie są zadowoleni z dostępności usług: kolejek i długiego czasu oczekiwania. Uważają, że powinien zostać ustawowo określony czas oczekiwania na określone świadczenia medyczne.

Znaczna część zadeklarowała, że byłaby w stanie dopłacić do leczenia z własnej kieszeni, jeżeli skróciłoby to czas oczekiwania. Poza tym ankietowani chcieliby wiedzieć do czego

byłyby dopłaty i w jakiej wysokości. Uważają też, że są w Polsce grupy, które powinny być objęte bezpłatną opieką zdrowotną. Ich zdaniem są to emeryci, osoby o niskich dochodach, rodzice dzieci chorych przewlekle, chorzy na nieuleczalne choroby, na nowotwory oraz osoby niepełnosprawne.

Wyniki wywiadów pogłębionych są zbieżne zarówno z wynikami badania ankietowego, jak i głosami podniesionymi w dyskusji podczas warsztatów i debat z udziałem środowisk pacjentów. W tej grupie częściej podnoszono problemy związane z kryzysem kadrowym w ochronie zdrowia i niezadowalającym poziomem wynagrodzeń białego personelu. Częściej też pojawiały się postulaty związane z koniecznością większej odpowiedzialności pacjentów, np. za nieuzasadnione niezgłoszenie się na planowa wizytę.

## Dyskusja

Zaprezentowane powyżej wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych ukazują skomplikowany i niejednoznaczny obraz przekonań pacjentów, którzy wzięli udział w badaniach, na temat systemu ochrony zdrowia w Polsce. Cechuje go rozdarcie opinii pomiędzy wiarą w wolny rynek a wysokimi oczekiwaniami wobec państwa jako gwaranta konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Rezultatem jest dość szczególny zestaw poglądów. Nasi respondenci są z jednej strony zwolennikami solidaryzmu, rozumieją, że szczególną opieką należy objąć niektóre grupy, m.in. dzieci (68%), kobiety w ciąży (57%), niepełnosprawnych (53%) czy pacjentów onkologicznych (64%). Z drugiej jednak chcieliby mieć możliwość rezygnacji z opłacania składek na system publiczny (61%). Ponad połowa opowiada się za komercjalizacją służby zdrowia (55%). Przeważająca większość deklaruje, że wysoko ceni swobodny wybór świadczeniodawców i lekarzy, w szczególności specjalistów. Jednocześnie w praktyce większość kieruje się w swoich wyborach tak pragmatycznymi przesłankami, jak łatwość dotarcia na wizytę (56%) czy odległość od miejsca zamieszkania (55%), a dopiero w dalszej kolejności zasłyszany lub znalezionymi w Internecie opiniami innych pacjentów (po 46%).

Wysokie poparcie dla idei zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia do 6,8% PKB wskazuje na rosnącą świadomość niedofinansowania tego sektora. Zarazem dość powszechne jest oczekiwanie poprawy funkcjonowania obecnego systemu bez zwiększenia danin ponoszonych przez obywateli, np. wyłącznie dzięki szukaniu oszczędności (31%) lub przesunięciu środków z innych pozycji w budżecie państwa na sektor zdrowia (50%).

Wobec ubezpieczeń prywatnych respondenci mają wysokie oczekiwania sądząc, że powinny one pokryć ich wszystkie wydatki na leczenie. Co ciekawe, mniej niż połowa badanych - 41% uważa, iż abonamenty są skutecznym sposobem na ominięcie kolejek do lekarzy specjalistów i na badania laboratoryjne, co wydaje się wskazywać na rosnące przeciążenie tego sektora. Połowa respondentów żywi przekonanie, że środkami na zdrowie znacznie lepiej zadysponują sami, eliminując pośredników w łańcuchu płatności takich jak administracja publiczna czy ubezpieczyciele prywatni. Wyniki badania potwierdzają, że pacjenci w Polsce ponoszą wysokie, dodatkowe wydatki prywatne na ochronę zdrowia, co może stanowić przyczynę wysokiego poparcia dla dopłat bezpośrednich do świadczeń publicznych (59%). Sprzeczne oczekiwania dotyczą placówek publicznych: połowa respondentów uznaje, że powinny one świadczyć usługi wyłącznie nieodpłatnie, tyleż samo jest zwolenników możliwości zakupu w nich usług na zasadach komercyjnych.

Rozczarowanie obecnym stanem systemu ochrony zdrowia w Polsce powoduje erozję zaufania zarówno do systemu publicznego, jak i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Niespójne przekonania dotyczące perspektyw reformy ochrony zdrowia wskazują na niską świadomość realiów i zasad funkcjonowania tego obszaru. Niedostatek otwartej komunikacji pomiędzy instytucjami publicznymi a opinią publiczną w sprawie finansowania ochrony zdrowia utrwala nierealne oczekiwania uzyskania wysokiej dostępności do szerokiego wachlarza świadczeń przy jednoczesnym braku wzrostu danin publicznych czy obciążeń związanych z ubezpieczeniami dodatkowymi.

Środowiska pacjentów oczekują włączenia ich szerokiej reprezentacji w proces transformacji ochrony zdrowia, jednocześnie deklarując gotowość do poniesienia dodatkowych ciężarów związanych z finansowaniem ochrony zdrowia pod warunkiem uzyskania w zamian konkretnych zobowiązań ze strony systemu publicznego, takich jak np. maksymalny czas oczekiwania na wizytę.

# Wnioski i rekomendacje

Wyniki przeprowadzonych konsultacji wskazują na kilka istotnych zjawisk. Pierwszym jest rosnącą gotowość polskich pacjentów na głębsze zmiany w ochronie zdrowia, obejmujące jej finansowanie i organizację świadczeń. Tradycyjnie wysokiemu niezadowoleniu z systemu zaczyna bowiem towarzyszyć świadomość jego niedofinansowania. Drugim jest trwałość stereotypów dotyczących służby zdrowia jako „worka bez dna”, czyli sektora, który marnotrawi pieniądze podatników, oraz rozdzieranie opinii pomiędzy ślepą wiarą w rynek a naiwnymi roszczeniami wobec państwa. Odpowiedzi respondentów w tym obszarze dają wyraz mocno ugruntowanym przekonaniom społecznym, które stanowić będą wyzwanie dla każdego reformatora. Wzrost nakładów na służbę zdrowia w oczach badanych powinien bowiem zostać sfinansowany bez wzrostu danin, kosztem innych sektorów. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie są postrzegane jako dobre rozwiązanie, o ile nie pokryją wszystkich wydatków prywatnych. Niską aprobatą cieszy się koncepcja zwiększenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Badani wolą zapłacić bezpośrednio wybranemu lekarzowi lub placówce, aniżeli korzystać z pośredników instytucji publicznych lub prywatnych ubezpieczycieli. W badanej grupie wprowadzenie dopłat do świadczeń cieszyło się większą popularnością niż wzrost danin. Z przeprowadzonych podczas konsultacji dyskusji wynika brak zaufania do instytucji ubezpieczeń w ogóle, który przekłada się na niskie zaufanie do dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Wartością w oczach ankietowanych jest szeroka swoboda wyboru świadczeniodawców. Jednocześnie należy zauważyć istotne zróżnicowanie opinii pacjentów i ich oczekiwań wobec systemu ochrony zdrowia.

Wyzwaniem jest więc nie tylko zapewnienie dobrej opieki w warunkach niedoboru kadr i środków finansowych, ale także wyjście naprzeciw oczekiwaniom pacjentów (niekiedy sprzecznym), które wynikają z uwarunkowań kulturowych i dotychczasowych doświadczeń w korzystaniu z systemu służby zdrowia.

- Efektem rozwiązań, które koncentrują się na płatniku i rozliczeniach, a nie – dostępności usług i efektach zdrowotnych, jest słabnące zaufanie pacjentów do rozwiązań instytucjonalnych.
- Niski poziom zaufania do rozwiązań instytucjonalnych jest poważnym zagrożeniem dla przeprowadzenia jakichkolwiek reform. Rozwiązaniem mogą być konkretne

zobowiązania systemu publicznego w zamian za wzrost obciążeń dla obywateli.

- Przykładem takiego zobowiązania systemu publicznego może być limit czasu oczekiwania na świadczenie. Po jego upływie pacjent miałby prawo do zakupu potrzebnej mu usługi na rynku i pokrycia kosztów świadczenia do wysokości limitu przez publicznego płatnika.
- Potrzeba wzrostu transparentności systemu i zapewnienia pacjentom wiarygodnych informacji na temat jakości i bezpieczeństwa świadczeń.
- Długofalowa poprawa efektywności systemu nie będzie możliwa bez wzmocnienia medycyny prewencyjnej i polityki zorientowanej na zdrowie publiczne.
- Należy wykorzystać potrzebę swobody wyboru, mocno akcentowaną przez polskich pacjentów, do zbudowania kompetencji zdrowotnych i zaangażowania pacjentów w proces własnego leczenia.
- Można tego dokonać budując system publiczny informacji dla pacjentów o zdrowiu, rozwiązywaniu prostych problemów zdrowotnych i poruszaniu się po systemie opieki zdrowotnej, w którym pacjentów wspierałyby zawody medyczne i certyfikowane przyjazne dla pacjentów zasoby wiedzy
- Należy wykorzystać narzędzia e-zdrowia do wsparcia transformacji całego systemu, a nie –do przeniesienia obecnych praktyk w przestrzeń wirtualną.
- Konieczne są rozwiązania systemowe, które zapewnią lepsze wykorzystanie ograniczonych zasobów poprzez skuteczniejszą współpracę zawodów medycznych.

## SYSTEM ZDROWIA, KTÓREGO POTRZEBUJĄ PACJENCI



Nowoczesny, efektywny kosztowo, pacjentocentryczny system opieki zdrowotnej, na który przeznaczone zostaną **możliwie szybko istotne dodatkowe środki publiczne**.



**Utrzymanie zdrowych w zdrowiu, a pacjentów z chorobami przewlekłymi w stanie stabilnym bez zastrzeżeń wymagających hospitalizacji.**



Otwarta debata publiczna i badania opinii pacjentów, zawodów medycznych i obywateli o systemie opieki zdrowotnej określające wizję oraz szczegółowe cele systemu.

<b>LEPSZY DOSTĘP DO INFORMACJI</b>	<b>LEPSZY DOSTĘP DO LEPIEJ ZORGANIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ WYŻSZEJ JAKOŚCI</b>	<b>LEPSZY DOSTĘP DO INNOWACJI</b>
<p><b>publiczny system informacji o jakości, skuteczności i bezpieczeństwa</b> leczenia w <b>poszczególnych placówkach</b>, uwzględniający opinie pacjentów</p>	<p>wprowadzenie <b>limitu czasu oczekiwania</b> na świadczenia jako zobowiązania systemu publicznego</p>	<p>zapewnienia e-dostępu do leczenia opartego o technologie zgodnie z aktualną wiedzą medyczną</p>
<p>publiczny system informacji wspierający pacjentów w <b>samodzielnym rozwiązywaniu prostych problemów zdrowotnych</b> i w poruszaniu się po systemie – <b>portal, infolinia 24/7</b></p>	<p><b>skrócenie kolejek</b> do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</p>	<p><b>więcej środków na innowacje</b> o potwierdzonej i sprawdzonej skuteczności – pozalekowe i lekowe, z obszaru profilaktyki e-zdrowia w tym telemedycyny</p>
<p>naprawa szkód oraz publiczny rejestr <b>niepożądanych zdarzeń medycznych</b> jako elementy kultury bezpieczeństwa leczenia</p>	<p>wprowadzenie rocznego <b>limitu wydatków prywatnych na leki refundowane</b></p>	<p><b>zmiana profilu AOTMIT</b> z reaktywnego i działającego na wniosek na <b>proaktywny i działający z urzędu</b> – priorytetowa ocena HTA dla technologii z obszaru profilaktyki oraz e-zdrowia</p>
<p><b>zarządzanie w oparciu o dane</b> poprzez wdrożenie i wykorzystanie <b>zintegrowanych rejestrów medycznych i publicznych baz wiedzy (NFZ, ZUS, GUS)</b> służących poprawie jakości leczenia</p>	<p>opieka oparta na <b>współpracy zespołów zawodów medycznych</b> (pielęgniarka, położna, dietetyk, fizjoterapeuta, farmaceuta, opiekun medyczny, psycholog, edukator zdrowotny, lekarz)</p>	<p>wprowadzenie <b>świadczeń w oparciu o wyniki leczenia</b> typu „pay for performance”</p>
<p>rozwiązania e-zdrowia, które dają możliwość sprawdzenia <b>czasu oczekiwania i zapisania się</b> na świadczenia <b>przez Internet</b></p>	<p>szerszy zakres <b>diagnostyki na poziomie POZ</b> w celu odciążenia opieki specjalistycznej</p>	<p><b>priorytetowe i sprawne wdrażanie innowacji</b> z obszaru e-zdrowia</p>
<p>wprowadzenie <b>zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej</b> na wszystkich etapach nauczania</p>	<p>wprowadzenie <b>opieki w środowisku życia</b> pacjenta (deinstytucjonalizacja)</p>	<p>zdecydowane działania na rzecz poprawy warunków środowiska wpływającego na zdrowie, w tym przede wszystkim <b>jakości powietrza</b></p>
<p>wprowadzenie <b>zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej</b> na wszystkich etapach nauczania</p>	<p><b>opieka koordynowana</b> dla pacjentów przewlekle chorych i „poszpitalnych”</p>	<p>wdrażanie zmian systemowych po sprawdzeniu ich poprzez pilotaż</p>
<p>zmiana modelu opieki z <b>interwencyjnej na prewencyjną</b>, ambulatoryjną, jednodniową i domową, nowy model szpitala</p>	<p><b>opieka farmaceutyczna</b> finansowana ze środków publicznych</p>	<p>3 dni zwolnienia na zadanie pracownika, koszty leczenia ofiar wypadków spowodowanych pod wpływem alkoholu o polisy sprawcy</p>
<p>wprowadzenie <b>wskaźnika zbędnych hospitalizacji</b></p>	<p><b>nowy podział zadań i obowiązków między lekarzami, pielęgniarkami i pozostałymi zawodami medycznymi</b>, który odciąży lekarzy i pielęgniarki, pozwoli na <b>wykorzystanie potencjału dotychczas niewykorzystanych grup zawodów medycznych</b>, tj. farmaceutów, psychologów czy dietetyków oraz dokona <b>transferu części wiedzy i odpowiedzialności za własny stan zdrowia na pacjentów</b>, budując partnerstwo i patient empowerment</p>	<p>zdecydowane działania na rzecz poprawy warunków środowiska wpływającego na zdrowie, w tym przede wszystkim <b>jakości powietrza</b></p>
<p><b>wsparcie lekarzy i pielęgniarek</b> przez administracyjny personel niemedyczny i opiekunów medycznych</p>	<p><b>wsparcie lekarzy i pielęgniarek</b> przez administracyjny personel niemedyczny i opiekunów medycznych</p>	<p>zdecydowane działania na rzecz poprawy warunków środowiska wpływającego na zdrowie, w tym przede wszystkim <b>jakości powietrza</b></p>

### E-ZDROWIE JAKO METODA WDRAŻANIA TRANSFORMACJI SYSTEMOWEJ I PRIORYTET

wykorzystanie e-zdrowia i cyfrowej transformacji w obszarze zdrowia w celu zbudowania nowych modeli dostarczania opieki oraz organizacji systemu zdrowia, w tym poprawy komunikacji i współpracy między zawodami medycznymi i pacjentami i wprowadzanie rozwiązań ułatwiających pracę i poruszanie się po systemie oraz umożliwiających zmniejszenie biurokracji.

istotnie **więcej środków na zdrowie publiczne i profilaktykę** – chorób dietozależnych, onkologiczną, zdrowia psychicznego

**integracja opieki medycznej z innymi sektorami publicznymi** - zdrowie we wszystkich politykach

**integracja finansowania świadczeń o wielu źródłach zasilania**, np. rehabilitacyjnych oraz zadań z zakresu polityki społecznej

3 dni zwolnienia na zadanie pracownika.

synchronizacja opieki zdrowotnej z regulacjami w obszarze **prawa pracy** oraz innymi regulacjami istotnymi dla podtrzymania aktywności zawodowej

**dodatkowe opodatkowanie niezdrowej żywności**

skierowanie środków pochodzących z **podatku akcyzowego od alkoholu oraz wyrobów tytoniowych** na edukację i profilaktykę

koszty leczenia ofiar wypadków spowodowanych pod wpływem alkoholu o polisy sprawcy

zdecydowane działania na rzecz poprawy warunków środowiska wpływającego na zdrowie, w tym przede wszystkim **jakości powietrza**

**zachęty ekonomiczne** w celu **motywowania obywateli** do zdrowego stylu życia

zdecydowane działania na rzecz poprawy warunków środowiska wpływającego na zdrowie, w tym przede wszystkim **jakości powietrza**

wdrażanie zmian systemowych po sprawdzeniu ich poprzez pilotaż

# Recenzja

## Prof. Romuald Krajewski

Kolejny raport opracowany w ramach projektu „Razem dla Zdrowia” dotyczy podstawowego dla funkcjonowania ochrony zdrowia zagadnienia finansowania systemu i sposobów przepływu środków przeznaczanych na usługi zdrowotne od pacjentów do placówek medycznych wykonujących te usługi.

Raport rozpoczyna się krótką i trafną diagnozą problemu, którym jest wieloletnie niedofinansowanie publicznego systemu ochrony zdrowia połączone z przekonywaniem społeczeństwa, że na zdrowie nie trzeba wydawać, że jedne z najniższych wydatków na ten cel w Europie wystarczą do zapewnienia wysokiej jakości ochrony zdrowia jeżeli tylko uda się „uszczelnić” system wyeliminować „patologie” oraz zmusić pracowników do pracy o wysokiej jakości. Potrzeba było dopiero spektakularnego protestu, aby to niefortunne i nieefektywne podejście zaczęło się zmieniać. Zapowiadane zmiany są bardzo dobrym powodem do podjęcia szerokiej dyskusji o podstawowych zasadach funkcjonowania systemu. Ponieważ współczesna ochrona zdrowia musi opierać się na osiągnięciach technologii i farmakoterapii, a dodatkowo ma także zapewnić potrzebującym coraz większej opieki obywatelom możliwość nieutrudnianego i satysfakcjonującego kontaktu z wysoko wykwalifikowanymi pracownikami, kwestie finansowania zarówno leków jak i wyrobów medycznych oraz pracy zawodów medycznych stają się zdecydowanie najważniejsze. Bez odpowiedniego do oczekiwań wobec ochrony zdrowia finansowania jej poprawa nigdy nie będzie zadowalająca.

O tych problemach napisano we wstępie do raportu, wskazując również wybrane wskaźniki liczbowe świadczące o ograniczonej dostępności świadczeń. Wskazano też, że ciągłe zmiany są w ochronie zdrowia wszystkich krajów codzienną rzeczywistością, ale oderwanie ich od utrwalonych sposobów działania i przyzwyczajzeń jest częstą przyczyną niepowodzenia reform. Celem raportu jest próba przedstawienia opinii pacjentów o najważniejszych kierunkach reform.

Część dotycząca typologii systemów ochrony zdrowia stanowi bardzo ogólne podsumowanie i zawarte w niej konstatacje są z natury bardzo dyskusyjne. Gdyby istniał „najlepszy” system ochrony zdrowia, byłby już zaimplementowany przynajmniej w dużej

części krajów. Słusznie zwrócono uwagę na niezmierną komplikację systemów i zależność przyjmowanych rozwiązań organizacyjnych od wpływów bardzo licznych interesariuszy. Sprzyja to trzymaniu się „utartych ścieżek” ale też warto bardziej zwrócić uwagę, że przynajmniej w Polsce doświadczenia z reform nie są pozytywne i twierdzenie, że opór przed zmianami jest z definicji niewłaściwy nie znajduje oparcia w efektach działań reformatorskich, o czym słusznie piszą w następnym rozdziale autorzy raportu.

W rozdziale tym wskazano, że w dyskusji nad funkcjonowaniem ochrony zdrowia w Polsce słyszane są przede wszystkim głosy organizatorów i reformatorów, którzy zgodnie z oczekiwaniami upatrują możliwości poprawy systemu w zmianach organizacyjnych, koordynacji i nadzorze pomijając uderzające niedofinansowanie systemu, niezależnie od tego, czy oceniamy je tylko w zakresie wydatków publicznych, czy wszystkich wydatków.

W części dotyczącej finansowania przedstawiono podstawowe informacje o płaceniu za usługi medyczne w Polsce.

Część ta dotyczy trudnych i dyskusyjnych zagadnień, jak na przykład „optymalna struktura wydatków”. Przykładem jest wskaźnik liczby łóżek szpitalnych, który jest w Polsce podobny do wskaźników w krajach byłego obozu komunistycznego i nie jest zbyt przydatny bez pogłębionej analizy funkcjonowania systemu i sposobów dostępu do usług. Drobne zmiany organizacyjne, jak na przykład utrudniony dostęp do świadczeń, które można wykonać ambulatoryjnie, powodują nieuzasadnione dla ekonomisty i reformatora korzystanie z hospitalizacji, ale dla pacjenta jest to ze wszech miar uzasadnione.

Najważniejszy w raporcie jest rozdział przedstawiający wyniki własnych badań przeprowadzonych przez Fundację MY Pacjenci. Podstawą była próba uznaniowa, ale ze względu na jej liczebność (1386 osób) można przypuszczać, że dość dobrze odzwierciedla ona poglądy aktywnych pacjentów, to znaczy mających wyższe od przeciętnego rozeznanie w sprawach ochrony zdrowia.

Prezentacja wyników pozostawia dość liczne niejasności. Na przykład, zaczynając od opisu grupy osób, które wzięły udział w badaniu, trudno się zorientować, czy wszystkie te osoby korzystały w ciągu ostatnich 12 miesięcy ze świadczeń zdrowotnych. Tak sugeruje wykres 14, w którym dane oparte są na 1385 ankietach. W pytaniu, którego wyniki przedstawia wykres 12 użyto terminu „opieka zdrowotna”, którego relacja do części używanej „ochrony zdrowia” nie jest jasna. Odpowiedzi są jednak podobne do ocen ochrony zdrowia w innych badaniach.

Zwraca tu uwagę licząca 17% grupa niekorzystających ze świadczeń finansowanych przez NFZ, podczas gdy OECD podaje, że dotyczy to w Polsce do 7% wydatków (str. 33). Możliwe, że tacy pacjenci są w grupie respondentów liczniej reprezentowani.

Zwraca uwagę odpowiedź na pytanie o dopłaty przedstawiona na wykresie 19. Jeżeli pytanie w ankiecie było sformułowane tak samo jak w tytule wykresu, czyli nie wskazywało na konkretne korzyści dla dopłacających, poziom akceptacji można uznać za dość duży.

Wyniki dotyczące oczekiwań co do możliwości wyboru osób i placówek świadczących usługi medyczne wydają się niezaskakujące, natomiast zwraca uwagę duża liczba osób (2/3) gotowych dopłacić ewentualne różnice w kosztach usługi aby móc skorzystać z leczenia w wybranej przez siebie placówce. Podobnie zwraca uwagę duże poparcie dla propozycji wprowadzenia maksymalnego dopuszczalnego oczekiwania na wizytę.

W raporcie stwierdzono, że wyniki wskazują na duże poparcie modelu solidarnościowego, ale zadane respondentom pytania dotyczyły tylko wybranego aspektu takiego modelu, czyli objęcia ubezpieczeniem także osób niemogących płacić lub zwolnienia niektórych grup z opłat na rzecz funduszu opłacającego usługi. Taki rodzaj wsparcia jest popularnym hasłem, a ocenę opinii badanych na ten temat dodatkowo utrudnia ich chęć do samodzielnego ponoszenia kosztów swojego leczenia, znaczne poparcie dla komercjalizacji systemu oraz dla propozycji wyłącznie całkowicie bezpłatnego leczenia w placówkach publicznych. Te wyniki wskazują na potrzebę kolejnego badania, w którym pytania dotyczyłyby większej liczby aspektów finansowania usług i zachęcały do rozważenia konsekwencji poszczególnych wyborów.

Pytanie o kryteria, jakimi powinno kierować się Ministerstwo Zdrowia dokonując podziału środków na leczenie pacjentów nie daje użytecznej informacji, ponieważ MZ takiego podziału nie dokonuje i bez wskazania, na czym „podział” miałby polegać pytanie należy chyba rozumieć jako pytanie o kryteria finansowania świadczeń. Ponieważ ocena efektywności kosztów zawiera element skuteczności, podział na efektywność kosztów i efektywność kliniczną jest mylący. W przyszłych badaniach należałoby inaczej formułować pytania o ten aspekt gospodarowania środkami na usługi medyczne.

Dodatkowym badaniem przeprowadzonym w ramach projektu były wywiady telefoniczne. W tej części zwraca uwagę powtarzanie przez respondentów opinii zasłyszanych w mediach, np. istotnej roli organizacji charytatywnych, których rzeczywisty wpływ na finanse ochrony zdrowia jest znikomy. Wyniki w tej części nie mogą być ocenione ilościowo, ale

wydają się zbieżne z wynikami sondażu internetowego.

Część wniosków wydaje się przemyśleniami autorów luźno związanymi z wynikami badań czy przedstawionej w raporcie analizy stanu obecnego. Na przykład wniosek o zagrożeniu dla reformy wynikającym z niskiego poziomu zaufania do rozwiązań instytucjonalnych opiera się zapewne na założeniu, że celem reformy musi być wzmocnienie instytucji. Reforma może jednak polegać także na deinstytucjonalizacji. Podobnie wniosek o medycynie prewencyjnej i polityce zorientowanej na zdrowie publiczne jest przykładem stale powtarzanego hasła, którego odbioru i rozumienia przez pacjentów w badaniach nie sprawdzano. Umieszczenie takiej rekomendacji wymagałoby przynajmniej krótkiego uzasadnienia w tekście raportu, opartego na analizie publikacji na ten temat.

Podsumowując można stwierdzić, że raport zawiera bardzo interesujące i oryginalne wnioski z obszernego badania opinii pacjentów oraz z dyskusji prowadzonych w ramach projektu Razem dla Zdrowia. Wskazane powyżej wątpliwości co do interpretacji części wniosków mają na celu przede wszystkim podkreślenie trudności w przeprowadzeniu tego rodzaju badań i dyskusji, co wynika z ogromnej złożoności systemów ochrony zdrowia. Niezależnie od problemów metodologicznych tak sformułowane zalecenia dobrze odzwierciedlają oczekiwania pacjentów. Zwraca przy tym uwagę różnorodność i niejednokrotnie sprzeczność opinii.

Znalezienie prostego i jednolitego dla wszystkich rozwiązania nie jest możliwe i należałoby przede wszystkim zastanowić się, jak można umożliwić pacjentom realizowanie zróżnicowanych oczekiwań jednocześnie dbając o jakość, bezpieczeństwo i satysfakcję użytkownika systemu ochrony zdrowia. Może to być przedmiotem dalszych prac w ramach projektu i w innych działaniach.

# Bibliografia

1. Banaś, Sylwia. 2017. Analiza ustawy z 22.07.2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, w: Przegląd Prawa Publicznego 6/2017.
2. Dercz, Maciej i Hubert Izdebski. 2001. Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa, Poznań: luris.
3. Dyląg, Anna. 2013. Odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych, w: Państwo i Prawo 1/2013.
4. Frączkiewicz-Wronka, Aldona, 2009. Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia, Warszawa: Wolters Kluwer.
5. Gawrońska, Malwina. 2014. Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w: Przegląd Prawa Publicznego, 2/2014.
6. Gierczyński, Jakub, 2011. Finansowanie systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej, w: Ubezpieczenia zdrowotne a koszty świadczeń. Przegląd rozwiązań, Witold Paweł Kalbarczyk, Krzysztofa Łanda, Magdalena Władysiuk (red.), Kraków/Warszawa 2011
7. Golinowska, Stanisława. (red.) 2012. Zarys systemu ochrony zdrowia. Drukarnia Open Eyes, Warszawa
8. Golinowska, Stanisława. 2013. Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia i reformy systemu ochrony zdrowia, w: Ekonomista, 6/2013
9. Golinowska S., Włodarczyk W.C., Kocot E., Kowalska I., Sowa A., Grabowski J., Kanavos P., Koziarkiewicz A., Ponikło W., Sowada Ch., Cylwik A. 2005. Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Część I Analiza [The project of health care reform in Poland. Part I: Analysis], CASE – Doradcy, Warszawa 2005
10. Jemai, N., Thomson, S. and E. Mossialos (2004) An Overview of Cost Sharing for Health Services in the European Union. Euro Observer, 6(3): 1–4.
11. Lach, Daniel Eryk. 2011. Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa: Wolters Kluwer.
12. Magda, Iga, Szczypiński, Krzysztof. 2011. Ocena możliwości poprawy działania

polskiego systemu ochrony zdrowia: współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne, recenzowany raport badawczy w ramach programu Ernst & Young „Sprawne Państwo”

13. OECD/EU. 2017. Health at a Glance: Europe 2017. State of Health in the EU Cycle. Paryż: OECD Publishing.
14. OECD. 2017. State of Health in the EU. Polska – profil systemu ochrony zdrowia 2017, dostępne na: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8111758pe.pdf?expires=1512850611&id=id&accname=guest&checksum=2A2074DA940ED2BB8A6B4AC885104A20>.
15. Szurgacz, Herbert. 1989. Ochrona zdrowia a opieka społeczna (w:) J. Jończyk (red.), Opieka zdrowotna. Materiały V Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
16. Trzcziński, Janusz i Marcin Wiącek. 2016. Komentarz do art.68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w: Garlicki, Leszek i inni (red.). 2016. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Warszawa: Wyd. Sejmowe, Tom II.
17. WHO. 2000. The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance, Geneva: WHO.
18. Wilsford David. 1994. PATH DEPENDENCY, or Why HISTORY MAKES It DIFFICULT BUT NOT IMPOSSIBLE to REFORM HEALTH CARE SYSTEMS in a BIG WAY, w: Journal of Public Policy, 14 (3), s. 251–283.
19. Włodarczyk W.C. [2005], Polityka zdrowotna na świecie i w Polsce [Health policy in Poland and in the World], [w:] Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego dla lekarzy rodzinnych, [red.] Z.J. Król, J. R. Łuczak. Zdrowie i Zarządzanie: Kraków.
20. Zabdyr-Jamroz Michał, Badora-Musiał Kasia (2013). Reformy zdrowotne w USA z 2010 r. po orzeczeniu Sądu Najwyższego [z 2012]. Europeizacja Ameryki czy utrzymanie jej odrębności? [U.S. Healthcare Reform of 2010 after the [2012] Supreme Court ruling. The Europeanization of America or maintaining its distinctiveness?], Namysł nad problemami polityki zdrowotnej: globalnej, europejskiej, krajowej [ed.] Serafin T. Difin, Warszawa, s. 243-257.
21. Żyra, Małgorzata i Ewa Malesa (red.). 2017. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015. Warszawa: GUS.

# Spis Tabel

Tabela 1: Porównanie cech modeli podatkowego i ubezpieczeniowego [Golinowska i Tambor 2014].....	<b>15</b>
Tabela 2: Przeobrażenie wybranych modeli systemu ochrony zdrowia. Opracowanie własne w oparciu o prezentację Carolyn Hughes Tuohoy w London School of Hygiene and Tropical Medicine.....	<b>17</b>
Tabela 3: Formy dopłat do świadczeń zdrowotnych [Golinowska i Tambor 2014].....	<b>21</b>
Tabela 4 W przypadku wprowadzenia opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne, ile był(a)byś skłonny/a płacić za ...?, N=804 [Opracowanie własne].....	<b>50</b>

# Spis wykresów

Wykres 1: Wydatki publiczne i prywatne jako procent całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w 2016 r. [OECD 2017].....	<b>20</b>
Wykres 2: Wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia jako % PKB, 2015r. [OECD Health Statistics 2017].....	<b>24</b>
Rysunek 2: Plakat objaśniający założenia reformy ochrony zdrowia z 1997 r.....	<b>27</b>
Wykres 3: Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych krajów w 2015 r. [OECD 2017].....	<b>29</b>
Wykres 4: Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2015 [Żyra 2017]..	<b>30</b>
Wykres 5: Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg funkcji w 2015 r. [Żyra 2017].....	<b>30</b>
Wykres 6: Struktura wydatków na ochronę zdrowia PL vs. UE w 2015 r. [OECD 2017]..	<b>32</b>

Wykres 7: Struktura wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w krajach OECD w 2015 r. [OECD 2017].....	<b>33</b>
Wykres 8: Rujnąjące wydatki na ochronę zdrowia polskich gospodarstw domowych [OECD 2017].....	<b>33</b>
Wykres 9: Czas oczekiwania na wybrane procedury medyczne w 2015 r. [OECD 2017]	<b>34</b>
Wykres 10: Rezygnacja z wizyty u lekarza ze względu na koszt w roku 2016 [OECD 2017].....	<b>35</b>
Wykres 11: Liczba lekarzy w PL na tle innych krajów UE [OECD 2017].....	<b>36</b>
Wykres 12: Charakterystyka respondentów, N=1386 [Opracowanie własne].....	<b>42</b>
Wykres 13: Samoocena własnego stanu zdrowia, N=1386 [Opracowanie własne].....	<b>44</b>
Wykres 14: Czy jesteś zadowolony(a) z tego, jak obecnie funkcjonuje opieka zdrowotna?, N=1385 [Opracowanie własne].....	<b>44</b>
Wykres 15: W przypadku wystąpienia problemu zdrowotnego lub konieczności uzyskania pomocy medycznej korzystam ..., N=1385 [Opracowanie własne].	<b>45</b>
Wykres 16: W okresie ostatnich 12 miesięcy wydałem(am) na prywatne świadczenia zdrowotne (wizyty i badania) około ..., N=1385 [Opracowanie własne].....	<b>46</b>
Wykres 17: Czy uważasz, że należy zwiększyć publiczne wydatki na zdrowie do poziomu 6,8% PKB?, N=1386 [Opracowanie własne].....	<b>46</b>
Wykres 18: W których obszarach należy Twoim zdaniem wydatki publiczne zmniejszyć, aby skierować oszczędności na poprawę opieki zdrowotnej?, maksymalnie trzy odpowiedzi N=1156 [Opracowanie własne].....	<b>47</b>

Wykres 19: Sposoby rozwiązania problemów systemu opieki zdrowotnej w opinii respondentów, N=1386, maksymalnie trzy odpowiedzi [Opracowanie własne] .....**48**

Wykres 20: Gdyby w Polsce wprowadzono drobne opłaty ryczałtowe za świadczenia zdrowotne, czyli stałe opłaty określonej wysokości za wizyty, badania lub pobyt w szpitalu, czy zgodził(a)byś się na ponoszenie takich opłat?, N=1386 [Opracowanie własne].....**49**



# RAZEM DLA ZDROWIA

[www.razemdlazdrowia.pl](http://www.razemdlazdrowia.pl)



**BIURO PROJEKTU:**

Fundacja MY Pacjenci  
ul. Łabędzia 6  
04-806 Warszawa

[kontakt@razemdlazdrowia.pl](mailto:kontakt@razemdlazdrowia.pl)  
[www.razemdlazdrowia.pl](http://www.razemdlazdrowia.pl)

**INFOLINIA:**

+48 690 677 446