You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Polska polityka zdrowotna - stan i kierunki zmian

Author: Paweł Grzywna

Citation style: Grzywna Paweł. (2017). Polska polityka zdrowotna - stan i kierunki zmian. "Studia Humanistyczno-Społeczne" (2017, t. 18, s. 189-202).

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.

UNIWERSYTET ŚLĄSKI W KATOWICACH
Biblioteka Uniwersytetu Śląskiego
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

STUDIA HUMANISTYCZNO-SPOŁECZNE
Pod redakcją Elżbiety Trafiałek, Wojciecha Saletry, Radosława Kubickiego 18 2017

Paweł Grzywna
Uniwersytet Śląski
w Katowicach, Polska

POLSKA POLITYKA ZDROWOTNA – STAN I KIERUNKI ZMIAN

Wprowadzenie

Polityka zdrowotna stanowi jeden z istotniejszych współczesnych przejawów aktywności zarówno instytucji państwa, jak i samych jednostek. Choć podejmują te działania z powodu różnych przesłanek, to cel jest zawsze tożsamy – próba zagwarantowania jak najpełniejszego zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego. Publiczna aktywność państwa w sferze zdrowia i systemu jego ochrony podlega naukowym eksploracjom, przede wszystkim w zakresie polityki zdrowotnej, definiowanej jako „dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym”[1]. Przedmiot badawczy polityki zdrowotnej zawiera się niejako w zależności występującej między procesem politycznym a działaniem na rzecz zdrowia, które nosić winno znamiona racjonalności. Treścią polityki zdrowotnej jest zatem efekt procesu decyzyjnego w postaci decyzji, a także takie działania podmiotów publicznych, których skutki wiążą się ze zdrowiem populacji[2].

Polityka zdrowotna nakierowana powinna być więc na osiągnięcie celów społecznych, które związane są ze zdrowiem, a w szczególności zapewnieniem ogółowi populacji jednolitego standardu bezpieczeństwa zdrowotnego m.in. poprzez niwelowanie nierówności zdrowotnych, prewencję chorobową, zapobieganie przedwczesnym zgonom i niepełnosprawności, czy odpowiednią organizację procesu leczenia. Na ścisłą zależność polityki zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego wskazał Zbigniew Woźniak, podkreślając, że „polityka zdrowotna jest aktywną w formach ochroną zdrowia jednostek i populacji oraz tworzeniem podstaw bezpieczeństwa zdrowotnego we współpracy ze wszystkimi podmiotami operującymi w obszarach odpowiedzialnych pośrednio i bezpośrednio za zdrowotne warunki życia, pracy, nauki i wypoczynku oraz świadczenie usług zaspokajających potrzeby zdrowotne”[3].

---

[1] W.C. Włodarczyk, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Warszawa 2010, s. 44.

[2] C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, t. 1, pod red. A. Czupryny, S. Poździocha, A. Rysia, W.C. Włodarczyka, Kraków 2000, s. 146-147.

[3] Z. Woźniak, *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, z. 1, 2004, s. 180.

Cele polityki zdrowotnej realizowane są przede wszystkim w ramach systemu ochrony zdrowia, który należy analizować w dwóch zasadniczych perspektywach:

- funkcjonalnej, jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań zdrowotnych, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę zdrowia jednostek oraz zbiorowości[4];
- instytucjonalnej obejmującym ogół podmiotów i instytucji powołanych do organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

System ochrony zdrowia można również sprowadzić do zespołu dwóch zasadniczych sfer działań:

- ochrony zdrowia rozumianej jako działania na rzecz zdrowia, realizowane zarówno przez wyspecjalizowane służby zdrowia publicznego, służby medyczne, jak i inne sektory życia społeczno-gospodarczego, odpowiedzialne za stwarzanie społeczeństwu właściwych warunków zdrowotnych (m.in. ochrona przed zanieczyszczeniem środowiska naturalnego, żywność i żywienie, transport i komunikacja, odzież, wypoczynek, wykształcenie, zatrudnienie, warunki mieszkaniowe, praca, ubezpieczenie społeczne, swobody obywatelskie itp.);
- opieki zdrowotnej, pojmowanej jako medycyna lecznicza, w skład której wchodzą działania indywidualnej prewencji, leczenia, naprawy, rehabilitacji i wzmacniania zdrowia, aż po opiekę terminalną[5].

System ochrony zdrowia w Polsce

Polski system ochrony zdrowia opiera się obecnie na „modelu ubezpieczeniowym", a obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęci są prawie wszyscy mieszkańcy. Ustawowe pojęcie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wiąże się z zasadą solidaryzmu społecznego, a przez to z zakazem oceny ryzyka zdrowotnego w kontekście określania wysokości składki. Wysokość opłacanej składki nie ma zatem wpływu na zapewnienie oraz finansowanie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, który określa ustawa[6]. Należy więc w tym kontekście skorygować nazwę polskiego systemu ochrony zdrowia i przyjąć np. określenie społeczne ubezpieczenie zdrowotne (*social health insurance*) z występującym funduszem parapodatkowym.

---

[4] S. Poździoch, *System opieki zdrowotnej w strukturze społecznej*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, pod red. S. Poździocha, A. Rysia. Kraków 1996, s. 101.

[5] M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*. Warszawa 2013, s. 33-34. Por. definicję systemu opieki zdrowotnej zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), jako: „obejmujący wszystkie działania, których głównym celem jest promowanie, przywracanie lub utrzymanie zdrowia", World Health Organization: *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performancne*, Geneva 2010, s. 5, http://www.who.int/whr/2000/en/ [12.04.2017].

[6] *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, „Dz. U.", 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

Mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej opiera się zarówno na środkach pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne znajdujących się w dyspozycji NFZ, jak i z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz pozabudżetowych funduszów celowych (np. Funduszu Pracy), a także ze środków organizacji społecznych. Głównym źródłem finansowania systemu opieki zdrowotnej pozostają jednak składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowiące w 2015 r. niemalże 60% ogółu wydatków przeznaczanych na zdrowie. Ponad 24% wydatków na ochronę zdrowia stanowiły środki wpływające do systemu opieki zdrowotnej w formie transferów finansowych dokonywanych przez takie podmioty, jak: gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa czy instytucje niekomercyjne. Ważną grupą przychodów – prawie 11% wydatków na ochronę zdrowia – były fundusze alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe[7].

Składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowią więc przeważający składnik przychodów ochrony zdrowia w Polsce, uznawany jednocześnie za najbardziej elastyczny element całego systemu, podatny na decyzje polityczne, w warunkach bowiem permanentnego niedoboru środków finansowych składka na ubezpieczenie zdrowotne wzrastała kilkukrotnie – w latach 1999–2000 wynosiła 7,5% a w okresie 2001–2002 7,75%. Od 2002 r. stopa składki wzrastała o 0,25% rocznie, osiągając wielkość 9% w 2007 r. (art. 79 ust. 1. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), jednakże kwota składki o której wolumen zmniejszeniu podlega podatek dochodowy nie może przewyższyć 7,75% podstawy wymiaru. Kwota odpowiadająca 1,25% podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi zatem w zasadzie znaczony podatek dodatkowy (składatek, będący jednocześnie i składką i podatkiem, a zarazem żadnym z nich z osobna[8]). Należy zaznaczyć również, że odliczenie w postaci 7,75% podstawy wymiaru stosuje się do wartości podatku należnego, nie zaś do dochodu podlegającego opodatkowaniu.

Publiczne wydatki na system ochrony zdrowia w Polsce (tj. łączne wydatki budżetu państwa, wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz fundusze ubezpieczeń społecznych) oscylowały w 2014 roku wokół wartości 74,8 mld zł, a ich udział procentowy w PKB wyniósł 4,58 (odpowiednio było to dla: 2010 roku – 4,69%; 2011 roku – 4,53%; 2012 roku – 4,44%; 2013 roku – 4,58%). Wyraźnie zarysowana jest jednak tendencja spadkowa w zakresie wydatków ogółem na ochronę zdrowia w procencie PKB, od 2010 roku wydatki te maleją, przyjmując wartość 6,33% dla 2014 roku.

---

[7] GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 r.*, Warszawa 2017, s. 161.

[8] Por. T. Szumlicz, *O systemie zabezpieczenia społecznego – podobnie i inaczej. Księga pamiątkowa na jubileusz 80-lecia prof. dr. hab. Antoniego Rajkiewicza*, [w:] *O roztropną politykę społeczną*, pod red. J. Auleytnera, Warszawa 2002, s. 125.

Tabela 1. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2010–2014

Wyszczególnienie	Rok						Wyszczególnienie	Rok			
	2010		2011		2012			2013*		2014	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB		mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Produkt Krajowy Brutto	1 416 585	100	1 528 127	100	1 596 378	100	Produkt Krajowy Brutto	1 635 745	100	1 719 146	100
wydatki budżetu państwa	1 880	0,13	1 973	0,13	2 384	0,15	schematy sektora instytucji rządowych	5 747	0,35	5 956	0,34
wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	3 547	0,25	4 220	0,28	4 097	0,26	schematy sektora instytucji samorządowych	4 431	0,27	4 059	0,24
fundusze ubezpieczeń społecznych	61 074	4,31	63 031	4,12	64 290	4,03	schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	64 699	3,96	67 191	3,91
wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 001	1,55	23 397	1,53	24 517	1,54	bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	24 977	1,53	24 850	1,45

Ciąg dalszy tabeli 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
wydatki ogółem na ochronę zdrowia	99 485	7,02	104 997	6,87	107 802	6,75	wydatki bieżące na ochronę zdrowia	106 035	6,48	108 737	6,33
* Od 2015 r. narodowe rachunki zdrowia (dane za 2013 rok) przygotowywane są według nowej metodologii SHA2011, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych – w 2015 roku na podstawie *gentlemen's agreement*, natomiast od 2016 r. zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 roku[1].											

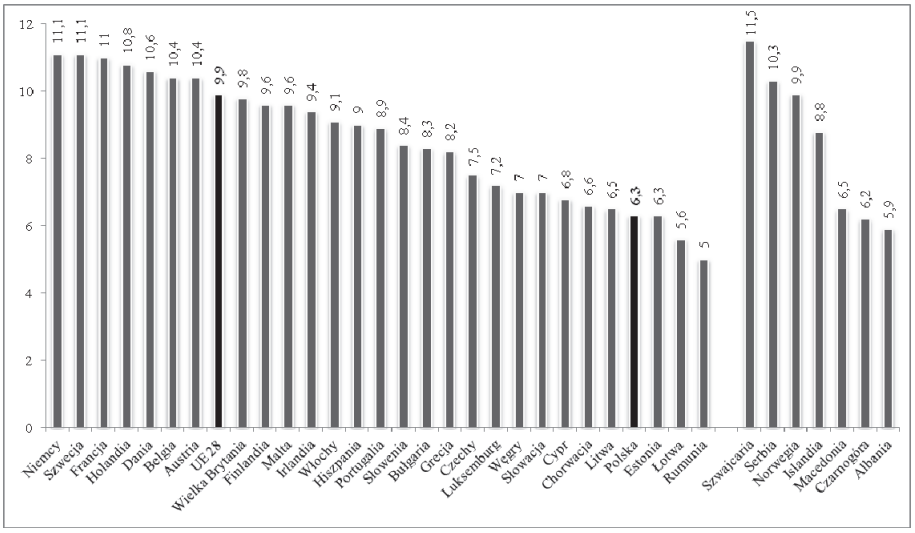
Źródło: GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok, *Warszawa 2012, s. 2; GUS,* Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, *Warszawa 2013, s. 2;* Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2014 roku w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2012 rok, *„M. P.", 2014, poz. 528;* Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26 czerwca 2015 roku w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 rok, *„M. P.", 2015, poz. 578;* Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2016 roku. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 rok, *„M. P.", 2016, poz. 635.*

[1] *Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 roku w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania*, „Dz. Urz. UE" L 62 z 6 marca 2015 roku.

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce są jednakże jednymi z najniższych wśród krajów Unii Europejskiej oraz Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). W 2015 roku państwa członkowskie UE przeznaczyły na ochronę zdrowia średnio 9,9% PKB[1]. Największy udział tej kategorii wydatków w PKB odnotowano w Niemczech i Szwecji (po 11,1%), następnie we Francji oraz Holandii (odpowiednio 11,0% i na 10,8%). Dla Polski wartość ta wynosiła 6,3%, sytuując kraj na końcowych pozycjach klasyfikacyjnych (wykres 1).

Należy również zaznaczyć, że w celu pełniejszej analizy wydatków na system ochrony zdrowia rozważyć powinno się wydatki na ochronę zdrowia w ujęciu *per capita*, bowiem w państwach o stosunkowo wysokim udziale wydatków na ochronę zdrowia w PKB relacja do wydatków na mieszkańca może być stosunkowo niska, np. Luksemburg oraz Węgry przeznaczają około 7% PKB na zdrowie, jednakże wydatki *per capita* były czterokrotnie wyższe w Luksemburgu (6 023 €) niż na Węgrzech (1 371 €). Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w Polsce wyniosły w 2015 roku niewiele więcej niż na Węgrzech, bowiem 1 259 € na osobę, co ponownie lokowało kraj na ostatnich pozycjach w rankingu (wykres 2).

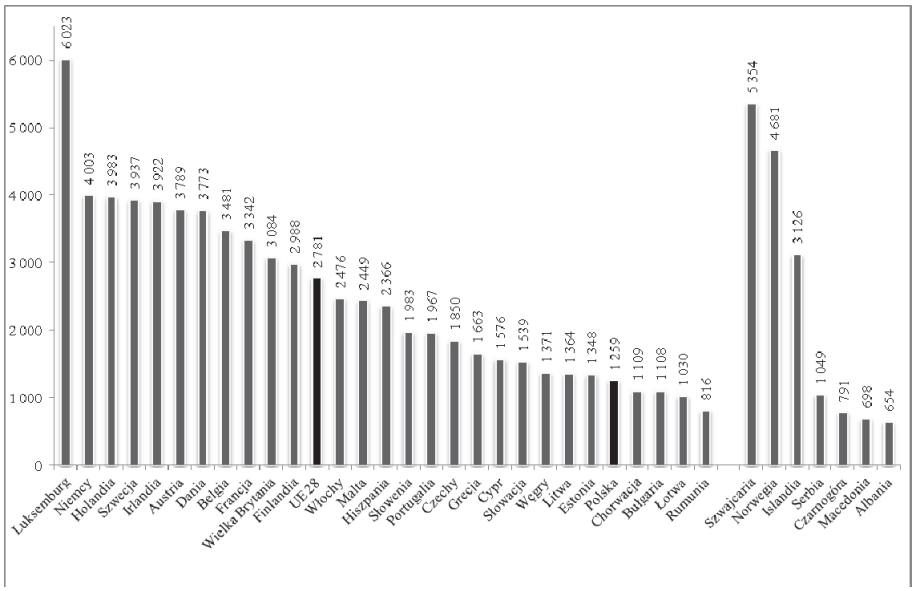
Wykres 1. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w krajach Unii Europejskiej oraz wybranych państwach w 2015 roku (w %)



Źródło: *OECD/EU,* Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU cycle, Paris 2016, s. 117, http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm [30.04.2017].

[1] OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU cycle*, Paris 2016, s. 117, http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm [30.05.2017].

Wykres 2. Wydatki na ochronę zdrowia per capita w krajach Unii Europejskiej oraz wybranych państwach w 2015 roku (w €)



Źródło: *OECD/EU,* Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU cycle, Paris 2016, s. 115, http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm [30.04.2017].

Zapowiedzi zmian – kampania wyborcza do Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w 2015 roku

Za pomocą systemu ochrony zdrowia władze publiczne wpływają zatem na stan zdrowia populacji oraz poziom bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Efektywna realizacja tychże zadań wymaga skutecznych przedsięwzięć podejmowanych na wielu poziomach polityki zdrowotnej, warunkiem prawidłowego funkcjonowania tegoż systemu jest zaś koordynacja działania wszystkich podmiotów w sferze kreacji oraz implementacji tej polityki. Aktualność powyższego stwierdzenia znajduje potwierdzenie także w okresie zapowiadanych i implementowanych już zmian, jakie w wyniku wygranych wyborów parlamentarnych w 2015 roku zapowiedziało Prawo i Sprawiedliwość (PiS). Przeobrażenia zaproponowane w programie Prawa i Sprawiedliwości z 2014 roku zatytułowanym „Zdrowie. Praca. Rodzina”[2] odnosiły się do całej infrastruktury społecznej, w efekcie czego konieczne stało się ponowne zdefiniowanie roli państwa m.in. we wdrażanej polityce zdrowotnej.

[2] *Zdrowie. Praca. Rodzina*. Program Prawa i Sprawiedliwości 2014, http://pis.org.pl/dokumenty [12.04.2017].

Kwestie zdrowia i jego ochrony umiejscowione zostały w rozdziale 3 programu pt. „Rodzina". Propozycje reform systemu objęły likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i zwrot w kierunku planowania wydatków z budżetu państwa, do którego powrócić miała również składka na ubezpieczenie zdrowotne. Przy nakładach podniesionych do poziomu 6% PKB Ministerstwo Zdrowia stanowić miało podmiot odpowiedzialny za przygotowanie planu finansowania świadczeń łącznie z planem podziału środków na poszczególne województwa, natomiast na poziomie województw za finansowanie świadczeń będą odpowiedzialni wojewodowie. PiS deklarowało również fundamentalne znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w systemie ochrony zdrowia, co zagwarantować miało wydzielenie z budżetu państwa środków na inwestycje i modernizację ZOZ-ów. Utworzony miał zostać także celowy Fundusz Budowy, Modernizacji i Utrzymania Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej.

Podstawowym instrumentem organizowania działalności leczniczej stać miała się sieć szpitali publicznych rozmieszczonych odpowiednio do potrzeb ludności.

Zmianom ulec miały również zasady refundacji leków przez budżet państwa – cena leku refundowanego w aptece, niezależnie od jego ceny rynkowej, nie powinna przekraczać 8,00–9,00 zł. Ustalenie górnego rocznego limitu wydatków ponoszonych przez pacjenta o niskich dochodach będzie stanowiło drugi filar zmian przepisów o refundacji leków, a wysokość limitu będzie ustalana w ustawie budżetowej.

Poprawę dostępności pacjentów do świadczeń oraz skrócenie kolejek do poradni specjalistycznych PiS proponuje poprzez zwiększenie liczby osób kształcących się (zwiększenie naboru do szkół i studiów medycznych) i zatrudnienie większej liczby specjalistów. Świadczenia szpitalne finansowane zostaną według reguł *pay for service*, za faktycznie wykonane świadczenie zdrowotne, bez limitów. Zapewnienie powszechnej dostępności do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oparte zostanie również na zasadzie, że przyjęcie winno nastąpić w dniu zgłoszenia. Obsługę pacjęta wspomóc ma natomiast wprowadzenie elektronicznej Karty Zdrowia dla każdego obywatela oraz uruchomienie Krajowego Rejestru Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

W programie partii znalazł się także zapis o powołaniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego, pokrywającego koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi, o utworzeniu systemu medycyny szkolnej obejmującego monitorowanie zdrowia dzieci, profilaktykę, promocję zdrowia i wczesną terapię, m.in. powrót gabinetów stomatologicznych i opieki pielęgniarsko-lekarskiej[3].

Podkreślić należy jednak, że treść oficjalnych programów i deklaracji partii politycznych często pozostaje jedynie w sferze teoretycznie stawianych celów, bez dalszych konsekwencji praktycznych i implementacji. Dokumenty te stanowią niemniej rodzaj informacji o ogólnych kierunkach politycznej zmiany, stanowiąc element procesu dokonywania politycznych wyborów i tworzenia polityk publicznych, na ostateczny kształt podejmowanej i realizowanej polityki zdrowotnej wpływ mają bowiem

[3] Opracowanie na podstawie *Monitor wyborczy*, http://www.glosujenazdrowie.pl/monitor-wyborczy/ [15.04.2017].

różne czynniki, m.in. sytuacja polityczno-społeczna czy ekonomiczna, pojawiające się problemy czy kompromisy polityczne zawierane doraźnie.

Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018. Narodowa Służba Zdrowia

W styczniu 2018 roku rozpocznie się zasadnicza część reformy ochrony zdrowia, opiekę zdrowotną zapewni bowiem Narodowa Służba Zdrowia, która będzie finansowana z budżetu państwa i obejmie zasięgiem wszystkich pacjentów. Fundamentalnym założeniem reformy będzie etapowy wzrost nakładów publicznych na zdrowie, a zmiany proponowane są w 6 głównych obszarach (tabela 2):

- system zarządzania i finansowania opieki zdrowotnej,
- organizacja leczenia szpitalnego,
- zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia,
- podstawowa opieka zdrowotna,
- zdrowie publiczne.
- wynagrodzenia w służbie zdrowia.

Tabela 2. Priorytety i cele strategiczne zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce w latach 2016–2018. Koncepcja Narodowej Służby Zdrowia

Priorytet I	**Budowa sprawnego systemu zarządzania powszechnie dostępnej służby zdrowia**
Cel 1	Likwidacja NFZ i powszechny dostęp do świadczeń
Cel 2	Reforma zarządzania służbą zdrowia na poziomie regionalnym
Cel 3	Przeniesienie środków na służbę zdrowia do budżetu
Priorytet II	**Sieć szpitali**
Cel 1	Nowy system kontraktowania szpitali
Cel 2	Połączenie działalności szpitala z opieką ambulatoryjną
Cel 3	Budowa trzech stopni działalności szpitali
Priorytet III	**Zwiększenie nakładów na służbę zdrowia**
Cel	Mapa zwiększania nakładów na służbę zdrowia do 6% PKB w 2025 roku
Priorytet IV	**Nowa Podstawowa Opieka Zdrowotna**
Cel 1	Budowa zespołu podstawowej opieki zdrowotnej
Cel 2	Koordynacja opieki poprzez POZ
Cel 3	Finansowanie nowej POZ i budżet powierzony
Priorytet V	**Urząd Zdrowia Publicznego**
Cel 1	Integracja systemu zdrowia publicznego
Cel 2	Zwiększenie efektywności działań prozdrowotnych i promocja zdrowia
Priorytet VI	**Regulacja wynagrodzeń w służbie zdrowia**
Cel	Płace minimalne dla służby zdrowia

Źródło: *Opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia,* Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018, Warszawa 2016, http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radziwill-przedstawil-zalozenia-reformy/ [2.05.2017].

Wprowadzone zostaną zatem zapowiedziane wcześniej zmiany systemowe, m.in. zasada powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zostanie zastąpiona zasadą powszechnego zabezpieczenia prawa do świadczeń dla wszystkich potrzebujących rezydentów, co stanowić ma przejaw realizacja zapisów artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Przyjęcie takiej reguły spowoduje, że utraci zasadność istnienie systemu weryfikowania uprawnień do korzystania ze świadczeń (eWUŚ).

Środki na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia zostaną zabezpieczone poprzez powołanie nowej formy sektora finansów publicznych Państwowego Funduszu Celowego „Zdrowie", który będzie stanowił część budżetu państwa i do którego będzie trafiała część wpływów z podatku dochodowego od osób fizycznych w kwocie odpowiadającej dzisiejszej składce na ubezpieczenie zdrowotne. Fundusz ma być również zasilany stopniowo, wzrastającą dotacją z budżetu państwa, a jego środkami będzie dysponował minister zdrowia.

Zapowiedziano systematyczne zwiększanie nakładów finansowych na służbę zdrowia – do osiągnięcia poziomu 6% PKB w 2025 roku. Założenia reformy zawierają co prawda mapę sukcesywnego zwiększania środków przeznaczanych na ochronę zdrowia, jednakże odłożenie zmian w nakładach o 10 lat pozwala na wysuniecie przypuszczenia, że nie zostaną one zrealizowane. Fakt ten wzmacnia stan, w którym już w 2015 roku średnia wydatków na zdrowie w Unii Europejskiej wynosi 9,9% PKB. Etapowe odłożenie decyzji na kolokwialne „wielkie nigdy" może więc spowodować, że w 2025 roku Polska nadal będzie plasowała się na końcowych miejscach rankingu OECD.

Nowy sposób finansowania będzie obejmował także szpitale, które zamiast dotychczasowego finansowania pojedynczych hospitalizacji i procedur medycznych otrzymają roczny ryczałt na leczenie pacjentów w określonych zakresach. Rozwiązanie to pozwoli uniknąć zjawiska selekcji ryzyka chorobowego, obecny bowiem sposób wyceny procedur medycznych stosowany przez NFZ powoduje, że jedne procedury wyceniane są wyżej, inne zaś niżej, a efektem tego jest podział pacjentów na dwie kategorie, bardziej pożądanych przez placówkę i tych, których leczenie jest ekonomicznie nieopłacalne dla danego podmiotu.

Same szpitale zostaną podzielone na trzy stopnie działalności, tworząc tzw. sieć placówek o trzech poziomach referencyjności (lokalny, regionalny, wojewódzki) oraz o trzech poziomach specjalistycznych: specjalistyczny – pediatria, specjalistyczny – onkologia i instytuty. Sieć będzie tworzona będzie na bazie istniejących podmiotów i ich znaczenia dla bezpieczeństwa zdrowotnego. Szpital pierwszego stopnia będzie odpowiadał szpitalowi kilkuoddziałowemu (powiatowemu), drugi poziom referencyjności to szpital składający się z 8 do 10 oddziałów, natomiast trzeci stopień będą tworzyły szpitale kliniczne i dawne specjalistyczne szpitale wojewódzkie. Reforma lecznictwa szpitalnego zakłada również skoordynowane i efektywne leczenia pacjentów po pobycie w szpitalu poprzez zagwarantowanie kontynuacji leczenia i rehabilitacji w przyszpitalnej przychodni specjalistycznej. W przedstawionej koncepcji budowy trzech stopni działalności szpitali zauważalnym brakiem jest poziom specjalistyczny –

geriatria, tym bardziej że efekt braku wzmacnia kontekst szybkiego procesu starzenia się polskiego społeczeństwa.

Po dokonaniu likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia zdecydowana część jego kompetencji zostanie przekazana ministrowi zdrowia. Zadania regionalne związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych będą realizowane przez nowo powołane Wojewódzkie Urzędy Zdrowia (WUP), podległe wertykalnie ministrowi zdrowia, a horyzontalnie – wojewodzie, zatem wbrew temu, co znalazło się w przedwyborczych deklaracjach PiS, to nie wojewodowie przejmą kompetencje oddziałów NFZ, a wojewódzkie urzędy zdrowia podległe ministerstwu. Zatrzymają one część kompetencji dawnego NFZ (np. wybieranie świadczeniodawców, nadzorowanie wykonywania zadań przez placówki medyczne, kontrolowanie wydawania recept i zwolnień lekarskich). Podziału środków finansowych pomiędzy regiony będzie dokonywał minister zdrowia na podstawie m.in. informacji o liczbie i strukturze wiekowej mieszkańców, zachorowalności oraz danzch pochodzączch z map potrzeb zdrowotnych.

Po wdrożeniu celów reformy minister, przejmując część działań funduszu, weźmie na siebie także całą odpowiedzialność za funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, a tym samym próby ucieczki od odpowiedzialności będą utrudnione.

Jednym z elementów reformy stanie się powołanie Urzędu Zdrowia Publicznego, mającego integrować cały rozproszony obecnie system zarządzania zdrowiem publicznym w Polsce. W jego skład mają wejść takie instytucje, jak: Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Urząd Zdrowia Publicznego odpowiadałby także za realizację Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020.

Zmiany nastąpić mają także w sferze podstawowej opieki zdrowotnej. Powołane zostaną zespoły POZ, w ramach których będą współpracować ze sobą lekarz, pielęgniarka, położna, pielęgniarka szkolna i dietetyk. Wprowadzenie tego ostatniego należy uznać za szczególnie istotne w kontekście walki z otyłością. Jednakże aby POZ-y realnie koordynowały profilaktykę, edukację zdrowotną oraz leczenie pacjenta, we wskazanym zespole należałoby uwzględnić chociażby fizjoterapeutę czy psychologa, aby na poziomie POZ zapewnić kompleksowość działań w sferze zdrowia pacjentów. Zespoły POZ mają także koordynować i niejako nawigować pacjentem w systemie opieki zdrowotnej, m.in. poprzez zbieranie informacji o historii leczenia pacjentów, którzy uzyskali pomoc w szpitalach czy w gabinetach opieki specjalistycznej. W założeniach więc lekarz rodzinny otrzyma środki na wynagradzanie lekarzy specjalistów, ale tym samym stanie się odpowiedzialny za zapewnienie realnego do nich dostępu. Obecnie skierowanie od lekarza rodzinnego do lekarza specjalisty nie gwarantuje bowiem pacjentowi, że w sensie dostępności czasowej i efektywności leczenia jego potrzeba zdrowotna zostanie zrealizowana. W efekcie wielu pacjentów decyduje się na leczenie u specjalistów za prywatne pieniądze, co powoduje nierówność w dostępie do świadczeń.

Zapowiadane zmiany przygotowano do stopniowej implementacji, tak aby z jednej strony zagwarantować pacjentom bezpieczeństwo zdrowotne, z drugiej zaś podmiotom systemu ochrony zdrowia – stabilne funkcjonowanie. Pierwsza faza reformy, obejmu-

jąca priorytet II oraz priorytet IV (finansowania szpitali i podstawowej opieki zdrowotnej), zostanie wdrożona w lipcu 2017 roku. Od 1 stycznia 2018 roku likwidacji ulgnie NFZ, a służba zdrowia będzie finansowana z budżetu państwa. Powstanie również Urząd Zdrowia Publicznego (UZP), który integrować będzie działania, które dotychczas pozostawały w gestii podmiotów odpowiedzialnych za promocję i profilaktykę zdrowotną.

Zakończenie

Program reformy pn. „Narodowa Służba Zdrowia" przedstawiony został na takim poziomie ogólności, który przybliża go do dokumentów charakterystycznych dla kampanii wyborczej. Najistotniejsze i wydające się pozytywnymi są zmiany w sferze sieci szpitali czy też zaproponowany oddzielny mechanizm finansowania kosztów stałych i bezpośrednich szpitali, a także wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia. Proponowane rozwiązania przypominają nieco rozwiązania charakterystyczne dla systemu brytyjskiego – *National Health Service*. Prawo i Sprawiedliwość próbuje dotrzymać obietnic złożonych w programie wyborczym, m.in. likwidując NFZ, co może okazać się tak wysoce złożonym procesem logistycznym, że zaabsorbuje siły niezbędne do innych działań. Dodatkowym potencjalnie negatywnym skutkiem reformy może być upodobnienie likwidacji NFZ do sytuacji zastąpienia Kas Chorych instytucją NFZ zaledwie po czterech latach od ich wprowadzenia, co najbardziej chyba uwidoczniło brak konsekwencji decydentów w kwestii docelowego modelu finansowania ochrony zdrowia.

Uwzględniając bardziej pragmatyczne podejście, wydaje się, że ponoszenie tak znacznych kosztów reorganizacji, przy zmianie, która nosi wiele cech fasadowości (i wymiany szyldów) jest działaniem co najmniej rozrzutnym, które nie poprawi jakości świadczeń i nie skróci kolejek pacjentów.

Polski system ochrony zdrowia podlega więc ciągłym przekształceniom, a cechą charakterystyczną tychże zmian jest dominująca tymczasowość, gra interesów politycznych, uleganie wpływom grup nacisku czy powracające tzw. dziedziczenie celów. Istotnym problemem polskiej polityki zdrowotnej jest także brak ciągłości reform. Powyższe zjawiska utrudniają ujęcie reformy strukturalnej oraz finansowania ochrony zdrowia w kategoriach procesu stadialnego, co niewątpliwie przyczyniłoby się do efektywniejszego osiągania zamierzonych celów, zwłaszcza wypracowania racjonalnego modelu polityki zdrowotnej zapewniającej jednolity standard bezpieczeństwa zdrowotnego dla pacjentów.

Streszczenie

W artykule scharakteryzowano pojęcie polityki zdrowotnej, systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Szczególna uwaga poświęcona została przedstawieniu obecnego stanu systemu ochrony zdrowia w Polsce, zwłaszcza w kontekście finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i nakładów przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Kolejnym podjętym wątkiem rozważań stały się zapowiedzi reformy systemu ochrony zdrowia podjęte przez Prawo i Sprawiedliwość podczas kampanii wyborczej w 2015 roku. Opracowanie zamyka próba wskazania kierunków zmian w systemie ochrony zdrowia proponowanych przez ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła.

Summary

POLISH HEALTH POLICY – THE CONDITION AND DIRECTIONS OF CHANGE

The article describes the concept of health policy, health care system and health care. Particular attention has been paid to presenting the current state of the health care system in Poland, especially in the context of financing health care services and health care expenditures. Another presented argument was the announcement of a reform of the health system taken by the Law and Justice (Prawo i Sprawiedliwość – PiS) during the election campaign in 2015. The study closes with an attempt to indicate the directions of changes in the health system proposed by the health minister Konstanty Radziwiłł.

Keywords: health policy, health system, reform
Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, system ochrony zdrowia, reforma

Bibliografia

Opracowania zwarte i czasopiśmiennicze

Dercz Maciej, Izdebski Hubert, Rek Tomasz, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2013.

Poździoch Stefan, *System opieki zdrowotnej w strukturze społecznej*, [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. Stefan Poździoch, Andrzej Ryś, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALISU, 1996, s. 101-121.

Szumlicz Tadeusz, *O systemie zabezpieczenia społecznego – podobnie i inaczej*, [w:] *O roztropną politykę społeczną. Księga pamiątkowa na jubileusz 80-lecia prof. dr. hab. Antoniego Rajkiewicza*, red. Julian Auleytner, Warszawa: Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk", 2002, s. 119-127.

Włodarczyk Cezary: *Polityka zdrowotna*, [w:] *Zdrowie publiczne*, t. 1, red. Antoni Czupryna, Stefan Poździoch, Andrzej Ryś, W. Cezary Włodarczyk, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALISU, 2000, s. 145-165.

Włodarczyk W. Cezary, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer bussines, 2010.

Woźniak Zbigniew, *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny", z. 1, 2004, s. 161-187.

Akty prawne

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, „Dz. U.", 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm.

Rozporządzenie Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 roku w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania, Dz. Urz. UE L 62 z 6 marca 2015 roku.

Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2014 roku w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2012 rok, „M. P." 2014 poz. 528.

Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26 czerwca 2015 roku w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 rok, „M. P." 2015 poz. 578.

Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2016 roku. w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 rok, „M. P." 2016 poz. 635.

Dokumenty źródłowe

Ministerstwo Zdrowia, *Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018*, Warszawa 2016, http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radziwill-przedstawil-zalozenia-reformy/ [2.05.2017].

Monitor wyborczy, http://www.glosujenazdrowie.pl/monitor-wyborczy/ [15.04.2017].

Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok, Warszawa: GUS, 2012.

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

OECD/EU, *Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU cycle*, Paris 2016, http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm [30.04.2017].

WHO, *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performancne*, Geneva 2010, http://www.who.int/whr/2000/en/ [12.04.2017].

Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku, Warszawa: GUS,2017.

Zdrowie. Praca. Rodzina. Program Prawa i Sprawiedliwości 2014, http://pis.org.pl/dokumenty [12.04.2017].

Data przesłania artykułu do Redakcji: 2017.06.15.
Data wstępnej akceptacji artykułu przez Redakcję: 2017.06.29.