

System ochrony zdrowia w Polsce

Diagnoza i kierunki reformy

Praca zespołowa pod kierunkiem dr Andrzeja Mądrali

2013

SPIS TREŚCI

1.	Źródła powstania, autorzy i cele opracowania.....	4
1.1	Wstęp	4
1.2	Autorzy	4
2.	Słownik	5
3.	System ochrony zdrowia, pierwotny cel i uczestnicy	8
3.1	Nadrzędne cele systemu ochrony zdrowia	9
3.2	Pożądanee cechy systemu ochrony zdrowia.....	9
3.2.1	Zasady.....	9
4.	Diagnoza w systemie ochrony zdrowia	12
4.1.	Kluczowe problemy wymagające rozwiązania z perspektywy:	12
4.1.1.	Obywatela i Pacjenta.....	12
4.1.2.	Świadczeniodawcy.....	13
4.1.3.	Personelu medycznego	13
4.1.4.	Polityka	14
4.1.5.	Płatnika publicznego.....	14
4.1.6.	Elementy dodatkowo identyfikowane przez autorów	15
5.	Kluczowe założenia dla nowego systemu.....	16
5.1.	Perspektywa Ogólna.....	16
5.2.	Perspektywa Zdrowia publicznego.....	16
5.3.	Perspektywa Pacjenta	17
5.3.1.	Koszyk świadczeń gwarantowanych.....	18
5.3.2.	Współpłacenie	18
6.	Kluczowe role w nowym systemie	19
6.1.	Pacjent jako podmiot	19
6.2.	Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.....	20
6.3.	Wojewoda	21
6.4.	Samorząd wojewódzki.....	21
6.5.	Samorząd lokalny (gminny i powiatowy)	22
6.6.	Płatnik dysponujący środkami publicznymi.....	22

System ochrony zdrowia w Polsce

6.6.1.	Funkcje płatnika publicznego	23
6.6.2.	Funkcje Rady Płatnika.....	23
6.7.	Państwowa Agencja Zdrowia (PAZ)	24
6.8.	Ratownictwo Medyczne	25
6.9.	Podstawowa Opieka Zdrowotna	26
6.10.	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	28
6.11.	Szpitala	29
6.12.	Szpitala Kliniczne	29
6.13.	Opieka długoterminowa.....	30
7.	Kluczowe instrumenty w nowym systemie.....	31
7.1.	Mapa Potrzeb Zdrowotnych	31
7.2.	Narodowy Plan Zdrowia	31
7.3.	Regionalna Mapa Potrzeb Zdrowotnych	31
7.4.	Regionalna Strategia Ochrony Zdrowia	32
7.5.	Plan Zakupów Świadczeń Zdrowotnych	32
7.6.	Promesy.....	32
8.	Schemat Systemu	33
8.1.	Prywatny i Publiczny system ochrony zdrowia w Polsce.....	33
8.2.	Prywatne ubezpieczenia zdrowotne	35
8.3.	Relacja pomiędzy głównymi instytucjami	38
9.	Wnioski.....	40

1. ŹRÓDŁA POWSTANIA, AUTORZY I CELE OPRACOWANIA

1.1 WSTĘP

Eksperti stworzyli dokument który należy traktować jako dokument kierunkowy, który wskazuje na potrzebę publicznej debaty i pogłębionej analizy zaproponowanych rozwiązań.

Celem opracowania jest stworzenie nowych ram systemu ochrony zdrowia koncentrującego się na zdrowiu oraz bezpieczeństwie zdrowotnym obywatela i populacji poprzez sformułowanie, w duchu pomocniczości, zadań państwa oraz kluczowych interesariuszy systemu przy zachowaniu zasad konkurencji świadczeniodawców.

1.2 AUTORZY

Zespół Akademii Zdrowia 2030 pod kierunkiem dr Andrzeja Mądrali w składzie (w kolejności alfabetycznej):

<i>Grzegorz Byszewski</i>	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
<i>Dorota M. Fal</i>	Polska Izba Ubezpieczeń, Ekspert Business Center Club
<i>Barbara Gad-Karpierz</i>	LUX MED
<i>Małgorzata Gałqzka-Sobotka</i>	Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
<i>Roman Kolek</i>	Wicemarszałek Województwa Opolskiego
<i>Daniel Kowalczyk</i>	FZPOZ Porozumienie Zielonogórskie
<i>Jarostaw Kozera</i>	niezależny ekspert
<i>Adam Koziarkiewicz</i>	niezależny ekspert
<i>Jacek Krajewski</i>	FZPOZ Porozumienie Zielonogórskie
<i>Andrzej Krupa</i>	niezależny ekspert
<i>Krzysztof Macha</i>	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
<i>Robert Mołdach</i>	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej
<i>Jarostaw Pinkas</i>	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
<i>Tomasz Szelaqowski</i>	Federacja Pacjentów Polskich
<i>Paweł Sztwiertnia</i>	ekspert Pracodawców RP, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA
<i>Marek Wójcik</i>	Związek Powiatów Polskich
<i>Grzegorz Ziemiak</i>	Instytut Zdrowia i Demokracji

2. SŁOWNIK

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych; obejmuje świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – udzielanie przez świadczeniodawców specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Koordynowana opieka zdrowotna – opieka zdrowotna procedury podmiotami systemu.

Koszty bezpośrednie – wszystkie koszty związane z użyciem zasobów potrzebnych do zapewnienia opieki medycznej lub wspomagającej proces jej świadczenia.

Koszty pośrednie – na potrzeby tego opracowania przez koszty pośrednie należy rozumieć wartość utraconej produkcji w wyniku choroby i będącej jej wynikiem czasowej lub trwałej niezdolności do pracy, a także utraty składek ubezpieczeń obowiązkowych ZUS, NFZ, podatku PIT i innych oraz inne niebezpośrednie nakłady związane ze świadczeniami opieki społecznej.

Koszty społeczne – strata dobrobytu społecznego, która wynika z utraconej produkcji oraz kosztów, które trudno jest wyrazić w jednostkach pieniężnych.

Mapa potrzeb zdrowotnych – liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasobów niezbędnych do ich wytworzenia, ujęte w podziale terytorialnym oraz czasowym, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;

Płatnik – podmiot dokonujący, w części lub w całości, zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w imieniu pacjenta lub refinansujący te świadczenia.

Płatnik publiczny – podmiot publiczny, dokonujący w imieniu pacjenta w części lub w całości zakupu świadczeń opieki zdrowotnej lub refinansujący te świadczenia ze środków publicznych w oparciu o Plan Zakupu Świadczeń Zdrowotnych.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w

System ochrony zdrowia w Polsce

ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);

Procedura medyczna (krótka: procedura) – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.

Proces (postępowanie) diagnostyczno-terapeutyczny – ciąg procedur medycznych zestawiony i stosowany zgodnie z wiedzą medyczną opartą na faktach.

Produkt kontraktowy – świadczenie lub zestaw świadczeń opieki zdrowotnej zakupiony lub refinansowany, w części lub w całości, przez płatnika publicznego.

Profilaktyka, czyli prewencja, jest to działanie zapobiegawcze, głównie medyczne, skierowane przeciwko chorobom. Obecnie funkcjonuje podział na:

- Prewencję pierwotną – I stopnia, która obejmuje starania zmierzające do zmniejszenia prawdopodobieństwa zachorowalności poprzez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, które mogą być zdolne wywołać chorobę.
- Prewencję wtórną – II stopnia, która stosowana jest, gdy wykryte zostaną wczesne symptomy choroby. Jej celem jest powstrzymanie choroby.
- Prewencję III st., która ma na celu zapobieganie skutkom choroby oraz przeciwdziałanie jej nawrotom. Ma zminimalizować ewentualne powikłania choroby.

Promocja zdrowia jest to działalność umożliwiająca obywatelom zwiększenie kontroli nad sprawami dotyczącymi zdrowia i prowadzącymi do poprawy zdrowia (WHO 1996). Na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie określono pięć celów strategicznych promocji zdrowia nazwanych Kartą Ottawską 1986r:

- budowanie polityki zdrowia publicznego,
- tworzenie środowisk wspierających,
- rozwój umiejętności indywidualnych,
- wzmacnianie działań społecznych,
- reorientacja systemu opieki zdrowotnej.

Planu Zakupów Świadczeń Zdrowotnych (krótka: Plan Zakupu Świadczeń, Plan Zakupu, PZ) – jest to oparta o Mapę Potrzeb Zdrowotnych, skorygowana o możliwości finansowe, liczba i rodzaj świadczeń

System ochrony zdrowia w Polsce

opieki zdrowotnej przeznaczona, w części lub w całości, do zakupu lub refinansowania przez Płatnika Publicznego.

Rada Płatnika – organ kontrolno-nadzorczy Płatnika Publicznego.

Świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące.

Świadczenia publiczne – świadczenia opieki zdrowotnej zakupione lub refinansowane, w części lub w całości, przez płatników publicznych.

Świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

Świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze.

Świadczeniodawca:

- podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

3. SYSTEM OCHRONY ZDROWIA, PIERWOTNY CEL I UCZESTNICZY

Zgodnie z syntetycznym podejściem Światowej Organizacji Zdrowia¹, system ochrony zdrowia łączy wszystkie aktywności, których pierwotnym celem jest **promowanie, odtwarzanie i utrzymanie** zdrowia. Obejmuje wszystkie organizacje, instytucje, ludzi a także zasoby materialne i niematerialne, które są ukierunkowane lub mają w swoich kompetencjach działania zdrowotne. Podmiotami uczestniczącymi w systemie ochrony zdrowia są:

- Obywatele,
- Pacjenci,
- Personel medyczny,
- Świadczeniodawcy,
- Podmioty edukacyjne,
- Pracodawcy,
- Płatnicy (publiczni i prywatni),
- Samorząd terytorialny,
- Władza centralna, w tym regulator rynku,
- Organizacje pozarządowe.

Obok Ministerstwa Zdrowia działania związane z ochroną zdrowia leżą w obszarze uwagi wielu resortów w tym m.in. Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Gospodarki i w takim (kompleksowym) ujęciu powinny być rozpatrywane (reformowane). Problemy związane ze zdrowiem społeczeństwa finansowane są m.in. ze składki zdrowotnej, składki rentowej, składki chorobowej, z budżetów samorządów, z budżetu państwa i ze środków prywatnych – czyli budżetów osobistych obywateli i przedsiębiorstw. Należy uznać, że wydatki na zdrowie stanowią inwestycję, ponieważ tylko zdrowy obywatel tworzy produkt krajowy. Natomiast obywatel chory nie dość, że nie uczestniczy w powiększaniu dochodu mieszkańców Polski, to generuje wydatki ze wszystkich wymienionych wyżej źródeł finansowania.

¹ *Health systems : improving performance*, The World health report 2000, WHO, 2000, ISBN 92 4 156198 X

3.1 NADRZĘDNE CELE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Według Światowej Organizacji Zdrowia nadrzędne cele systemu ochrony zdrowia, których realizacja stanowi podstawę jego funkcjonowania, ogniskują się na następujących elementach:

- stałej poprawie zdrowia populacji rozumianego jako status zdrowotny społeczeństwa określany zbiorem jednoznacznych, porównywalnych, obiektywnych i transparentnych mierników,
- zaspokajaniu potrzeb konsumenckich pacjentów w ramach korzystania z usług podmiotów systemu ochrony zdrowia ,
- zapewnianiu solidaryzmu w zakresie finansowania opieki zdrowotnej.

3.2 POŻĄDANE CECHY SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

System ochrony zdrowia powinien być zbudowany w oparciu o zestaw zasad, wynikających z kultury i systemu wartości panującego w Polsce oraz zapisów Konstytucji i wybranych regulacji prawnych o charakterze międzynarodowym.

3.2.1 ZASADY

Zasada pomocniczości – wywodząca się z katolickiej nauki społecznej zasada pomocniczości oznacza, że instytucje społeczne (w tym państwowe) nie mogą ingerować w sprawy, z którymi poszczególne jednostki są w stanie poradzić sobie same, a ingerują jedynie tam, gdzie pomoc jest niezbędna i w proporcji i skali, jaka jest niezbędna. Zasada pomocniczości ustanowiona jest w Konstytucji RP i w traktatach stanowiących Wspólnotę Europejską.

Zasada powszechności – system ochrony zdrowia, w szczególności ubezpieczeń zdrowotnych, powinien dążyć do włączenia wszystkich mieszkańców Polski. Włączenie do systemu oznacza obowiązek łożenia finansowego na jego utrzymanie. Powszechność wymaga nałożenia obowiązku finansowania (daniny publicznej), ponieważ w sytuacji dobrowolności, mniej zapobiegliwe osoby miałyby pokusę pozostawania poza systemem. Jak pokazują powszechne doświadczenia życiowe oraz doświadczenia międzynarodowe (np. USA), nawet młodzi i zdrowi obywatele czasem wymagają opieki zdrowotnej i brak ubezpieczenia (np. w razie wypadku) może spowodować poważne problemy finansowe i utrudnienia dostępu do koniecznej opieki.

System ochrony zdrowia w Polsce

Zasada solidaryzmu – system ochrony zdrowia powinien wykazywać się solidaryzmem, co oznacza ponoszenie jego kosztów w proporcji do dochodów oraz uzyskiwanie możliwości korzystania ze świadczeń w proporcji do potrzeb. Solidaryzm oznacza zatem redystrybucję i występuje pomiędzy grupami społecznymi pacjentów o różnej zamożności (kierunek od bogatych do biednych), oraz grupami społecznymi pacjentów o różnych potrzebach zdrowotnych (kierunek od zdrowych do chorych). Skala i granice solidaryzmu powinny zostać zawarte w odpowiednich regulacjach prawnych i odzwierciedlać poczucie sprawiedliwości oraz kształtować odpowiedzialne społecznie zachowania.

Zasada równości pacjentów – wynikająca z zapisów Konstytucji zasada równości wobec prawa, oraz równości obywateli w dostępie do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, oznacza, że obywatele nie mogą być dyskryminowani w żaden sposób. Pojęcie równości powinno być doprecyzowane w regulacjach prawnych, w szczególności w zestawieniu z pojęciem solidaryzmu i sprawiedliwości.

Zasada równości podmiotów – konstytucyjna zasada równości dotyczy nie tylko osób, ale także podmiotów (równość *wszystkich*). W odniesieniu do świadczeniodawców oznacza równe traktowanie podmiotów stanowiących własność różnych podmiotów.. Zasada ta zabrania stosowania różnych miar i obowiązków, oraz praw i przywilejów, wynikających z charakteru i własności świadczeniodawców. Usługi zdrowotne w systemie publicznym powinny być interpretowane jako usługi ogólnego przeznaczenia (*services of general economic interest*, SGEI) z wszystkimi prawnymi i ekonomicznymi konsekwencjami tego wyboru.

Zasada pluralizmu – użytkownicy systemu ochrony zdrowia, jak wszyscy konsumenci, cechują się różnymi preferencjami i upodobaniami, nawet jeśli obiektywnie ich potrzeby zdrowotne mogą być jednakowe. Zaspokojenie zróżnicowanych potrzeb możliwe jest jedynie poprzez zróżnicowaną ofertę, przy zachowaniu wcześniej omówionych zasad powszechności, solidaryzmu i równości.

Zasada innowacyjności i plastyczności rozwoju – każdy sektor gospodarki, każdy rodzaj działalności, każdy produkt i usługa podlega rozwojowi i zmianom. System ochrony zdrowia powinien wspomagać i stymulować rozwój nowych form świadczenia usług zdrowotnych, nowych produktów i rozwiązań organizacyjnych. W ten sposób sektor wytwórców usług i produktów medycznych powinien być wspierany w rozwoju innowacyjnych i konkurencyjnych w skali globalnej towarów i usług.

System ochrony zdrowia w Polsce

Polityka zdrowotna oparta na dowodach (*evidence based health policy*) – bieżąca polityka zdrowotna powinna być silnie osadzona na dowodach, faktach i mierzalnych parametrach, a nie emocjach czy osobistych preferencjach i ambicjach. Żadna poważna decyzja nie może abstrahować od mierzalnych parametrów i każda poważna zmiana powinna być poprzedzona przygotowaniem projekcji mierzalnych skutków.

Zasada przyzwoitej legislacji – określona przez Trybunał Konstytucyjny podkreśla, że ustawodawca ma obowiązek przestrzegać zasad przyzwoitej legislacji, stanowiących element zasady demokratycznego państwa prawnego. Zasady te obejmują między innymi wymóg określoności przepisów, które muszą być formułowane w sposób poprawny precyzyjny i jasny, zwłaszcza gdy chodzi o ochronę praw i wolności. Z tak ujętej zasady określoności wynika, że każdy przepis prawny winien być skonstruowany poprawnie pod względem językowym i logicznym. Wymóg jasności przepisów oznacza także nakaz tworzenia przepisów zrozumiałych dla ich odbiorców, adresatów norm prawnych. Oczekują oni od racjonalnego ustawodawcy stanowienia takich norm prawnych, które nie będą budzić wątpliwości co do treści nakładanych obowiązków i przyznawanych praw. Normy powinny być tak precyzyjne by ich treść była oczywista i możliwa do realizacji. Trybunał Konstytucyjny przytaczając powyższe stwierdzenia powołał się na uchwałę Rady Ministrów z 5 listopada 1991 roku w sprawie zasad techniki prawodawczej, która chociaż nie ma dla Parlamentu znaczenia wiążącego, to jednak zawiera wiele istotnych wskazówek dotyczących techniki legislacji. Uchwała ta w § 3 stanowi, że "ustawę należy redagować tak, aby dokładnie i w sposób zrozumiały dla adresatów (...) wyrażała intencje prawodawcy", zaś w § 7 zaznacza, że "dla oznaczania jednakowych pojęć należy używać jednakowych określeń".

Zasada rozdzielności funkcji regulacyjnej od właścicielskiej – zgodnie z nazwą, stosowana na każdym poziomie systemu ochrony zdrowia.

Zasada ograniczoności zasobów – jest wynikiem zależności między zapotrzebowaniem na dobra i usługi a ograniczonymi zdolnościami ich wytworzenia. Rzadkość i ograniczoność zasobów ludzkich, kapitałowych i naturalnych dostępnych w gospodarce zmusza do racjonalnego gospodarowania nimi w warunkach wyboru pomiędzy różnymi wariantami rozwiązań w oparciu o sprecyzowane kryteria wyboru. Zasada racjonalnego gospodarowania może być sformułowana w dwóch wymiarach: maksymalizacja efektów, przy założonym poziomie nakładów lub minimalizacja nakładów, przy założonym poziomie efektów.

System ochrony zdrowia w Polsce

Podstawy i konsekwencje aksjologiczne oraz logiczne zastosowania wymienionych zasad dla praktycznej konstrukcji systemu ochrony zdrowia powinny być szeroko uzgodnione z partnerami społecznymi.

4. DIAGNOZA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Diagnoza niniejsza jest wynikiem analizy opinii różnych interesariuszy systemu przeprowadzonych z ich punktów widzenia. Docelowo autorzy zdecydowali się przyjąć punkt widzenia pacjenta jako podstawowy w ocenie systemu. Ocenę z punktu widzenia pacjenta wzbogacili o ocenę wpływu systemu na interes państwa, m.in. poprzez możliwość generowania PKB przez zdrowych obywateli. Pacjent powinien znajdować się w centrum systemu, a kwestia zdrowia powinna być uwzględniona we wszystkich obszarach polityki państwa, zgodnie z koncepcją wielosektorowej odpowiedzialności za zdrowie.

4.1. KLUCZOWE PROBLEMY WYMAGAJĄCE ROZWIĄZANIA Z PERSPEKTYWY:

4.1.1. OBYWATELA I PACJENTA

- Niska świadomość zdrowotna, niewystarczająca edukacja zdrowotna w całym życiu obywatela:
 - niewystarczający poziom edukacji prozdrowotnej w systemie edukacji,
 - niedostateczne finansowanie profilaktyki pierwotnej,
- Niskie zaufanie do systemu spowodowana chaotycznym wizerunkiem opieki zdrowotnej.
- Niska satysfakcja obywateli z systemu opieki zdrowotnej, zagubienie pacjenta w systemie (informacyjne i emocjonalne) wynikające z pomniejszenia roli i ograniczenia działania lekarza POZ - kult lekarza specjalisty dla większości pacjentów.
- Brak informacji o zasadach współpracy w ramach łańcucha opieki zdrowotnej tj. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, szpitali, opieki długoterminowej:
 - niska wiedza o kosztach funkcjonowania opieki zdrowotnej,
 - niewystarczający dostęp do rzetelnych źródeł informacji o najnowszych technologiach medycznych i ich efektywności,
 - brak dostatecznej informacji umożliwiającej pacjentowi podjęcie świadomej decyzji diagnostyczno-terapeutycznej.
- Problem z dostępnością do większości specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej oraz innowacyjnych technologii (leki, zabiegi).
- Wykorzystywanie pacjenta jako jedyne nośnika informacji o swoim stanie zdrowia pomiędzy kolejnymi lekarzami, świadczeniodawcami.

System ochrony zdrowia w Polsce

- Słaba systemowa komunikacja z pacjentami i niewystarczające zaangażowanie organizacji pacjentów w systemowy dialog i projekty badawcze służące podnoszeniu jakości świadczeń.
- Brak sprawnego mechanizmu zgłaszania zdarzeń niepożądanych dotyczące: błędów medycznych i niepożądanego działania leków, bez uruchamiania procedur penalizacyjnych.
- Wysoki udział wydatków na ochronę zdrowia (out-of-pocket) w budżecie gospodarstw domowych, w szczególności wysokie wydatki na leki.

4.1.2. ŚWIADCZENIODAWCY

- Niepewność co do warunków realizacji świadczeń określonych przez regulatorów.
- Nieracjonalne wymagania inwestycyjne narzucane przez regulatora.
- Zasady finansowania działalności podmiotów prowadzące do braku stabilizacji.
- Brak zdefiniowania roli świadczeniodawców w systemie (poziomy referencji).
- Brak współpracy pomiędzy świadczeniodawcami, wyniszczająca wszystkich walka.
- Brak mechanizmów wspierających podnoszenie jakości.
- Uprzywilejowanie roli lecznictwa szpitalnego, a co za tym idzie udzielanie świadczeń w formach nieadekwatnych do potrzeb i możliwości.
- Upolitycznienie procesu zarządzania, wpływ organów na bieżące zarządzanie oraz powiązanie funkcji menedżerskich z politycznymi.
- Brak modeli motywacyjnych dla zarządzających podmiotem publicznym, brak motywacji do podnoszenia kwalifikacji wśród zarządzających publicznymi podmiotami.
- Niskie możliwości stosowania rynkowych narzędzi finansowych (trudny dostęp do kredytów obrotowych i inwestycyjnych).
- Zbyt mało środków finansowych w systemie w porównaniu do krajów o podobnym poziomie rozwoju gospodarczego.
- Nierówność w dostępie do środków spoza powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego w zależności od formy organizacyjnej.

4.1.3. PERSONELU MEDYCZNEGO

- Środowisko lekarskie jest zdeintegrowane.
- Ograniczenie wielu zawodów medycznych w ich kompetencjach i brak perspektyw dla tworzenia nowych profesji medycznych.
- Brak stabilizacji zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej (nagłe, zbyt szybkie zmiany w przepisach, np. zasady refundacji, kontraktowania, wymiany recept, mnogość przepisów).

System ochrony zdrowia w Polsce

- Zbiurokratyzowanie pracy personelu medycznego.
- Problem wykluczenia technologicznego oraz informatycznego.
- Nierówności płacowe w części grup zawodowych bądź w ramach jednej korporacji.
- Nierówność w dostępie do środków spoza systemu ubezpieczenia zdrowotnego w zależności od formy organizacyjnej.
- Niedobór kadry, wynikający ze zmian pokoleniowych, nieefektywnego systemu kształcenia przed i podyplomowego, zmiany stylu pracy, migracji, utrudnień w dostępie do niektórych specjalizacji ze strony grup interesów, niedostatecznie efektywnego systemu wspierania specjalizacji deficytowych (rezydentur).
- Niedostosowanie kształcenia podyplomowego do faktycznych potrzeb regionalnych.

4.1.4. POLITYKA

- Zdrowie nie jest priorytetem w polityce państwa.
- O działaniach decyduje wynik wyborczy w kolejnych wyborach.
- Brak gotowości wdrażania zmian, których efekty są odległe w czasie.
- Polityka zdrowotna podlega ciągłej walce politycznej.
- Szpital jest traktowany jako nienaruszalny element systemu opieki zdrowotnej, jako największy zakład pracy w regionie.
- Opieka zdrowotna jest utożsamiana głównie z lecznictwem szpitalnym.
- Niedocenienie roli aktywności społeczności lokalnych, niechęć do dzielenia się uprawnieniami i przejmowania odpowiedzialności za dbanie o własne zdrowie.

4.1.5. PŁATNIKA PUBLICZNEGO

- Negatywne postrzeganie działań płatnika; mimo posiadanych narzędzi i wiedzy, ze względu na powody polityczne, płatnik jest pozbawiany legitymacji na prowadzenie racjonalnego wydawania środków.
- Zbyt niskie nakłady na zarządzanie systemem.
- Zbyt sztywne zasady gospodarowania finansami, brak elastyczności działań.
- Brak dialogu i skutecznych mechanizmów wprowadzania racjonalnych zmian do procesu wyceny świadczeń.
- Prymat doraźnych konieczności nad długofalowymi działaniami strategicznymi, w tym prymat doraźnych efektów ekonomicznych nad efektami długofalowymi.
- Nadużywanie pozycji przez wyłącznego płatnika publicznego (pozycji monopsonisty, często błędnie nazywanego monopolistą).

System ochrony zdrowia w Polsce

- Silne naciski polityczne zwłaszcza na poziomie regionalnym.
- Możliwa nieadekwatność i nadużywanie opieki zwłaszcza w szpitalach tj.:
 - szpitale wysokospecjalistyczne i kliniczne leczące w znacznej części proste przypadki, a szpitale powiatowe wykonujące procedury ambulatoryjne,
 - ordynacja terapii pod kątem opłacalności,
 - struktura podaży niedostosowana do zmian demograficznych,
 - wykazywanie płatnikowi wyżej wycenionych procedur niż realnie koniecznych do wykonywania w celu osiągnięcia dodatkowych korzyści finansowych.

4.1.6. ELEMENTY DODATKOWO IDENTYFIKOWANE PRZEZ AUTORÓW

- Silosowe finansowanie ochrony zdrowia (NFZ, ZUS, KRUS, samorządy); rozdzielenie procesu na płatnika (NFZ) płacącego za świadczenia zdrowotne od płatnika (ZUS) za proces rekonwalescencji (renty, zwolnienia).
- Dezintegracja procesu opieki:
 - powielanie funkcji i działań,
 - brak odpowiedzialności za rezultat,
 - zbyt silny konflikt interesów pomiędzy poszczególnymi elementami systemu,
 - niewystarczająca skuteczność w leczeniu schorzeń,
 - brak regulacji dotyczących opieki koordynowanej.
- Podział środków finansowych nie uwzględnia efektywności kosztowej, skutków klinicznych, ani bezpieczeństwa pacjentów.
- Brak dostępu do danych epidemiologicznych i innych danych o działaniu systemu.
- Nieprecyzyjne zdefiniowanie katalogu świadczeń gwarantowanych (brak zdefiniowanych składowych świadczeń).
- Brak wystarczających środków na pokrycie dzisiejszego koszyka świadczeń gwarantowanych,
- problem starzejącego się społeczeństwa.
- Zróżnicowanie w dostępie do środków pomocowych do rozwoju infrastruktury.
- Nierespektowanie zasady pomocniczości państwa.
- Brak metodyki i pomiaru jakości oraz brak wynikających z tego ocen rankingowych.
- Brak zdefiniowania roli szpitali i pojęcia, co to jest szpital.
- Monopson NFZ.
- Niestosowanie zasad przyzwoitej legislacji.
- Niedostrzegana rola stylu życia w kosztach opieki zdrowotnej.
- Potrzeba wprowadzenia instrumentów motywujących pacjentów do działań prozdrowotnych.

5. KLUCZOWE ZAŁOŻENIA DLA NOWEGO SYSTEMU

Nowy, spójny, efektywny i przyjazny dla pacjentów system, powinien być zbudowany na zasadach opisanych w następujących perspektywach – ogólnej, zdrowia publicznego oraz pacjenta.

5.1. PERSPEKTywa OGÓLNA

- Poprawa efektywności gospodarowania środkami w ochronie zdrowia i opiece społecznej oraz **zsynchronizowanie działań w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej** poprzez utworzenie ministerstwa odpowiedzialnego łącznie za działy administracji publicznej – zabezpieczenie społeczne i zdrowie (Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej).
- System opieki zdrowotnej powinien być **oparty na założeniach pragmatycznych a nie ideologicznych**. Jedną z konsekwencji tego podejścia jest założenie, że uczestnicy rynku reprezentują własne interesy bez względu na podmiot, formę organizacyjną czy właściciela.
- System ochrony zdrowia jest **przyszłościową rozwijającą się dziedziną gospodarki**, a nie szeroko pojętą sferą budżetową i generatorem kosztów.
- Wydatki na zdrowie należy traktować jako **inwestycje w rozwój państwa i podnoszenie komfortu życia obywateli**.
- Zasada ograniczoności zasobów, jak w całej ekonomii, ma także zastosowanie w odniesieniu do ochrony zdrowia. W związku z tym należy umożliwić i **aktywizować pacjentów-konsumentom do dokonywania świadomych wyborów** usług i dóbr ochrony zdrowia, w oparciu o indywidualne preferencje.

5.2. PERSPEKTywa ZDROWIA PUBLICZNEGO

- Należy uznać, że zgodnie z teorią Lalonde'a² zdrowie jest wynikiem działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną oraz, że „promowanie zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną”.
- Obecnie zarówno WHO jak i naukowcy odwołują się do definicji tzw. Nowego Zdrowia Publicznego z naciskiem na zespół działań międzysektorowych. Wyrazem tego podejścia może

² Marc Lalonde, *A conceptual framework of the health field*, PanAmerican Health Organization Conference, Ottawa, September 10, 1973

System ochrony zdrowia w Polsce

być definicja autorów Tulchinsky, Varavikova³ z 2000 roku, która określa zdrowie publiczne „Całościowym podejściem do ochrony oraz promowania zdrowia jednostki i społeczeństwa, opartym na wyważonym działaniu służb sanitarnych, środowiskowych, promocji zdrowia, oraz ukierunkowanych na społeczeństwo działań zapobiegawczych, skoordynowanych z szeroką gamą świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych oraz związanych z długoterminową opieką medyczną”. Sformułowany w oparciu o te założenia narodowy program zdrowia publicznego wymaga zorganizowanych programów rządu centralnego oraz samorządów regionalnych i lokalnych. Celem tych programów powinno być kreowanie sprzyjających zdrowiu warunków społecznych, środowiskowych, zawodowych i rodzinnych. Program zdrowia publicznego winien promować zdrowie w wielu płaszczyznach. Działania te powinny obejmować:

- wszystkie szczeble rządu i ministerstw,
- grupy i środowiska akademickie, zawodowe, chroniące interesy konsumenta,
- prywatne i publiczne przedsiębiorstwa,
- organizacje i struktur ubezpieczeniowe, farmaceutyczne, medyczne oraz
- przedsiębiorstwa i instytucje, związane z rolnictwem, żywnością i żywieniem, a także
- z mediami, rozrywką, sportem oraz
- tworzeniem i przestrzeganiem prawa.

5.3. PERSPEKTYWA PACJENTA

- Konieczność zagwarantowania sprawnego systemu informatycznego potwierdzającego uprawnienia do świadczeń zapisanych w koszyku świadczeń gwarantowanych.
- Uznać, że prawo do świadczeń ratownictwa medycznego i podstawowej opieki zdrowotnej ma każdy obywatel Polski żyjący na terenie kraju.
- Udostępnić pacjentom powszechną informację o dostępie do świadczeń zdrowotnych i ich zakresach oraz jakości świadczeń i rankingu podmiotów leczniczych oraz oferty ubezpieczycieli.
- Stworzyć system motywujący pacjentów do dbałości o własne zdrowie (np. system pay-backu).
- Wprowadzić możliwość refundacji świadczeń zgodną z zasadami Dyrektywy o prawach pacjenta w opiece transgranicznej.

³ Theodore H. Tulchinsky, Elena A. Varavikova, *The New Public Health, An Introduction for the 21st Century*, 2000, Elsevier Inc.

System ochrony zdrowia w Polsce

- Umożliwić skorzystanie z opcji (planów) opieki koordynowanej dla pacjentów mających takie preferencje.
- Umożliwić czynne zaangażowanie pacjentów przy tworzeniu i wdrażaniu polityki zdrowotnej, programów i projektów w tym zakresie.
- Tworzyć i wdrażać politykę zdrowotną, programy i projekty, które promują wzmocnienie roli pacjenta w podejmowaniu decyzji w zakresie zarządzania własnym zdrowiem według własnych preferencji, podnosząc świadomość jego praw i odpowiedzialności.
- Wspierać rozwój i możliwości działania organizacji pacjentów reprezentujących głos pacjentów.

5.3.1. KOSZYK ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

Warunkiem brzegowym funkcjonowania systemu przy ograniczonych zasobach jest precyzyjne zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych pod względem minimalnego standardu jakości, z uwzględnieniem czasu oczekiwania. Koszyk powinien być dostosowany do polityki zdrowotnej państwa oraz realnych możliwości finansowych, jakie daje składka zdrowotna.

Należy podnieść poziom solidarności w łożeniu na system publiczny przez poszczególne grupy społeczne czy zawodowe, co pozwoli na zwiększenie finansowania koszyka świadczeń gwarantowanych.

W celu osiągnięcia konkurencyjności, wyższej jakości świadczeń, skrócenia czasu oczekiwania kluczowe jest stworzenie warunków do wprowadzenia dodatkowych płatników prywatnych i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

5.3.2. WSPÓŁPŁACENIE

Zgodnie z zasadą pomocniczości państwa i proporcjonalności działań, wynikające z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP prawo do finansowania z środków publicznych leczenia ma za zadanie wspierać, a nie ograniczać prawo do ochrony zdrowia. Państwo nie może uzależniać pomocy od tego, czy obywatel akceptuje dostępny w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego standard opieki zdrowotnej, czy ma wolę i możliwości go podnieść. Zasada „akceptuj to co oferuje ci państwo albo zrezygnuj z jego pomocy” jest sprzeczna z art. 30 Konstytucji RP, który gwarantuje, że godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest

System ochrony zdrowia w Polsce

obowiązkiem władz publicznych. Niezrozumiała jest w tym świetle utrwalona praktyka Narodowego Funduszu Zdrowia zabraniająca dopłaty za wyższy standard leczenia. Państwo nie ma możliwości finansowania wszystkich terapii i tego nie czyni. Ma jednak obowiązek finansowania pewnego standardu opieki. Nieustanny rozwój technologii medycznych i ograniczenia budżetowe tworzą przestrzeń medycyny ponadstandardowej. Przyrodzona i nienaruszalna godność człowieka daje mu prawo do korzystania z jej potencjału w miarę indywidualnych możliwości finansowych. Obowiązkiem świadczeniodawcy jest wyjaśnić pacjentowi zakres terapii finansowanych przez państwo oraz pokazać i wyjaśnić opcje ponadstandardowe. Takie działanie nie narusza praw innych obywateli i powinno być uznane przez państwo za naturalne prawo człowieka. Współpłacenie ma obejmować wyłącznie wyższy standard procesu diagnostyczno-terapeutycznego lub komfortu opieki zawarty w regulacji płatników. Nie może dotyczyć omięcia kolejki. Istotą zagadnienia jest zagwarantowanie pacjentowi zakupu ponadstandardowej procedury.

6. KLUCZOWE ROLE W NOWYM SYSTEMIE

6.1. PACJENT JAKO PODMIOT

Zgodnie z definicją WHO pacjent to osoba korzystającą ze świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od tego czy jest zdrowa czy chora⁴.

- Pacjent jest celem i sensem systemu ochrony zdrowia. Jako podmiot znajdujący się w jego centrum koncentruje działalność pozostałych interesariuszy na zaspokajaniu potrzeb pacjenta.
- Zwiększa się świadomość zdrowotna wśród pacjentów w Polsce. Wzrasta również ilość projektów działań informacyjno-edukacyjnych kierowanych do pacjentów,
- Pacjent wykaże gotowość do przyjęcia w swoim postępowaniu postaw pro-zdrowotnych, gdy dostrzeże własne korzyści i wynikające z nich przyjemności. Kształtować je możemy drogą motywacji do działania, ale nie ustawami, rozporządzeniami, czy innymi aktami regulującymi.
- Pacjent jest obecnie reprezentowany dodatkowo przez Rzecznika Praw Pacjenta oraz liczne organizacje pacjentów (parasolowe oraz te, które pracują na rzecz pacjentów w poszczególnych obszarach chorobowych) działające na wielu poziomach: od lokalnego, przez krajowy, europejski, aż do globalnego.

⁴ cyt. za I. Rudawska, Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej. Wybrane aspekty, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2005, s. 50

System ochrony zdrowia w Polsce

- Pacjent w realiach gospodarki rynkowej staje się konsumentem usług i świadczeń zdrowotnych, pomimo, iż ciągle egzystuje jeszcze opinia, że to „tylko pacjent” (z ang. osoba cierpliwie znosząca niedogodności choroby).

6.2. MINISTER ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

Zadaniami MZIOS są:

- Inicjowanie rozwiązań legislacyjnych w duchu zasady pomocniczości państwa.
- Inicjowanie i realizacja narodowych programów ochrony zdrowia i opieki społecznej.
- Zapewnienie synergii między polityką zdrowotną i polityką społeczną w celu maksymalizacji korzyści i zmniejszenia kosztów pośrednich chorób, a w szczególności:
 - a. inicjowanie i nadzorowanie badań stanu zdrowia populacji i problemów ochrony zdrowia,
 - b. rozpoznawanie najważniejszych problemów zdrowotnych i społecznych w kontekście krótko i długookresowym,
 - c. prowadzenie zintegrowanej polityki zdrowotnej i społecznej,
 - d. prowadzenie polityki informacyjnej o najważniejszych problemach zdrowotnych i społecznych w kraju,
 - e. wprowadzanie nowych technologii medycznych do zakresu świadczeń finansowanych ze środków publicznych po uzyskaniu oceny z Państwowej Agencji Zdrowia,
 - f. kontraktowanie wybranych nowatorskich technologii medycznych, monitorowanie ich skutków i efektów – programy pilotażowe.
- Polityka związana z edukacją kadr medycznych i pracowników socjalnych:
 - a. prowadzenie analiz zapotrzebowania na poszczególne zawody medyczne w kraju.
- Planowanie, finansowanie i ocena jakości szkoleń przed i podyplomowych.
- Polityka związana z bezpieczeństwem zdrowotnym obywateli (system ratownictwa w warunkach pozaszpitalnych i szpitalnych):
 - a. określanie potrzeb i zakresu świadczeń ratunkowych na daną populację,
 - b. określanie liczby podmiotów leczniczych mających realizować te zadania w poszczególnych zakresach i regionach,
 - c. określanie warunków realizacji świadczeń dla tych podmiotów leczniczych,
 - d. monitorowanie działania systemu, finansowanie, projektowanie zmian oraz modyfikacji na podstawie regionalnych map potrzeb w obszarze ratownictwa,
 - e. przekazanie kompetencji wykonywania świadczeń na zasadach konkurencji specjalistycznych podmiotów (czytelne reguły i czas ogłaszania konkursów, jednolite

System ochrony zdrowia w Polsce

kryteria wyboru ofert, zdecydowany zakaz stosowania niedozwolonej pomocy publicznej).

- Polityka związana z nadzorem nad funkcjonowaniem szpitali klinicznych przy założeniu rozdzielania funkcji regulacyjnych od właścicielskich.
- Polityka związana z refundacją leków.
- Działania zmierzające do dalszej poprawy jakości konsultacji aktów prawnych z partnerami społecznymi
- Wspieranie innowacyjnych technologii medycznych – środki uwolnione z tytułu niższego wykonania budżetu na refundację oraz pochodzące z instrumentów dzielenia ryzyka powinny zostać przeznaczone na refundację nowych technologii.
- Kompleksowe podejście w metodologii oceny technologii medycznych, w szczególności uwzględnienie kosztów pośrednich, w tym oszczędności generowane przez ocenianą technologię medyczną w budżetach innych płatników niż MZ i NFZ
- Potraktowanie w sposób odrębny leczenia chorób rzadkich.
- Harmonizacja priorytetów polityki lekowej z ogólną polityką zdrowotną Państwa.

6.3. WOJEWODA

Zadaniami wojewody są:

- Inicjowanie tworzenia Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych.
- Rejestracja i kontrola podmiotów leczniczych.
- Uczestniczenie wraz z płatnikiem i marszałkiem województwa w procesie tworzenia i akceptowania Planów Zakupów Świadczeń Zdrowotnych (PZ) w perspektywie krótko i długoterminowej.
- Tworzenie planów ratownictwa przedszpitalnego i szpitalnego.
- Prowadzenie postępowania konkursowego dla podmiotów realizujących świadczenia ratownictwa medycznego i kontrolowanie ich działalności.
- Tworzenie i funkcjonowanie centrów powiadamiania ratunkowego.

6.4. SAMORZĄD WOJEWÓDZKI

Zadaniami samorządu wojewódzkiego są:

- Tworzenie Regionalnych Strategii Ochrony Zdrowia zatwierdzanych uchwałą Sejmiku w porozumieniu z samorządami powiatowymi i gminnymi oraz reprezentatywnymi przedstawicielami świadczeniodawców na podstawie Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Elementem

System ochrony zdrowia w Polsce

regionalnych strategii powinna być sieć szpitali/łóżek/usług szpitalnych regionu z uwzględnieniem zasobów wszystkich uczestników systemu (publiczne, skomercjalizowane, prywatne i inne).

- Koordynacja organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych, dla których samorząd województwa jest podmiotem tworzącym lub właścicielem, z docelowym wygaszaniem funkcji właścicielskich.
- Współtworzenie z płatnikiem w porozumieniu z Wojewodą i innymi interesariuszami Planów Zakupów Świadczeń Zdrowotnych w perspektywie krótko i długoterminowej.

6.5. SAMORZĄD LOKALNY (GMINNY I POWIATOWY)

Zadaniami samorządu lokalnego są:

- Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb i stanu zdrowia mieszkańców.
- Inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
- Opracowywanie lokalnych polityk zdrowotnych i stwarzanie warunków jej wdrażania przez władze publiczne we współpracy przez partnerów społecznych i gospodarczych.
- Współpraca z samorządem wojewódzkim i wojewodą w tworzeniu dokumentów strategicznych dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na poziomie regionalnym.
- Prowadzenie podmiotów leczniczych o zasięgu lokalnym.

6.6. PŁATNIK DYSPONUJĄCY ŚRODKAMI PUBLICZNYMI

Docelowo obowiązkowa składka zdrowotna powinna być zarządzana przez konkurujących płatników publicznych i prywatnych. Konkurencja powinna być regulowana ustawowo w celu zapewnienia zasad solidaryzmu społecznego i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

W celu stabilizacji systemu finansowego należy pozostawić na tym etapie rozwoju gospodarczego i społecznego Polski jednego publicznego płatnika świadczeń zdrowotnych. Zadania Płatnika w zakresie kontraktowania, rozliczania oraz kontroli wydatkowania środków publicznych są realizowane poprzez oddziały wojewódzkie pod kierownictwem Prezesa Płatnika Publicznego.

6.6.1. FUNKCJE PŁATNIKA PUBLICZNEGO

- Przygotowanie Planów Zakupów Świadczeń w oparciu o Regionalną Mapę Potrzeb Zdrowotnych oraz regionalne priorytety zdrowotne określone w strategiach.
- Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń kontraktowanych.
- Rozliczanie kosztów poniesionych (patrz: *Uwaga*).
- Gromadzenie i analiza danych rozliczeniowych.
- Udostępnianie danych rozliczeniowych dla użytkowników w postaci zagregowanej (analizy) i indywidualnej (osobisty dostęp pacjentów i ich lekarzy).
- Udział w ocenie jakości świadczeń i tworzenie rankingów placówek.
- Dostarczanie informacji o jakości świadczeń pacjentom i innym interesariuszom systemu.

Płatnik Publiczny podlega Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.

Uwaga: ze względu na wchodzące w październiku 2014 regulacje wynikające z Dyrektywy o prawach pacjenta w opiece transgranicznej, rozliczanie to dotyczyć będzie świadczeń wykonanych w kraju i za granicą.

6.6.2. FUNKCJE RADY PŁATNIKA

Rada Płatnika złożona jest z przedstawicieli wojewody, samorządu terytorialnego oraz wskazanych przedstawicieli reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców i innych przedstawicieli reprezentatywnych organizacji. Do kompetencji Rady Płatnika należy:

- Kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności, w tym m.in. wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji.
- Zatwierdzanie i kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu, planu pracy Funduszu na dany rok, Planu Zakupów Świadczeń, rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- Zatwierdzanie projektu planu finansowego Funduszu na dany rok, projektu zmiany planu finansowego Funduszu, systemu wynagradzania pracowników Funduszu, sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu, okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu.
- Podejmowanie uchwał w sprawie przeznaczenia zatwierdzonego zysku netto NFZ za rok ubiegły - na zasadach ściśle określonych w ustawie.

System ochrony zdrowia w Polsce

- Dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu w trybie określonym przepisami o zamówieniach publicznych.
- Wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców; a także opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców. Rada Funduszu wyraża te opinie w terminie nie dłuższym niż 14 dni. Niewyrażenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.

6.7. PAŃSTWOWA AGENCJA ZDROWIA (PAZ)

Państwowa Agencja Zdrowia jest organizacją wykonawczą podległą Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej

Do zadań Państwowej Agencji Zdrowia należałoby:

- określanie parametrów/wskaźników jakości, do zastosowania w procesie kontraktowania i oceny działalności placówek ochrony zdrowia, w ujęciu:
 - struktury,
 - procesu,
 - wyniku.
- wydawanie licencji podmiotom certyfikującym jakość według określonych standardów,
- uznawanie i implementowanie do polskiego prawa międzynarodowych standardów ochrony zdrowia i formułowanie własnych,
- utrzymywanie i udostępnianie słowników i systemów kodowania świadczeń, leków i materiałów medycznych – zadanie to powinno być realizowane wraz z korporacjami zawodowymi (lekarskimi, pielęgniarskimi, diagnostycznymi i in.),
- definiowanie świadczeń kontraktowanych finansowanych ze środków publicznych w oparciu o istniejące wytyczne diagnostyczno – terapeutyczne,
- ustalanie warunków wykonywania świadczeń (warunki lokalowe, sprzętowe i personelu),
- ocena nowych technologii medycznych i lekowych oraz wydawanie rekomendacji na podstawie oceny HTA, z uwzględnieniem kosztów pośrednich,
- badanie kosztów wytworzenia świadczeń zdrowotnych i ustalanie na tej podstawie ogólnokrajowej skali wycen świadczeń kontraktowanych finansowanych ze środków publicznych,
- ustalanie zasad prowadzenia ratingu podmiotów leczniczych; Rating obejmowałby takie aspekty jak: jakość dla pacjenta, jakość dla płatnika ze względu na spełnianie warunków

System ochrony zdrowia w Polsce

wykonywanych świadczeń (prócz tzw. brzegowych) oraz wiarygodność dla instytucji finansowych (konieczność przy udzielaniu kredytów itp.).

- wydawanie licencji dla firm zajmujących się ratingiem podmiotów leczniczych.

Tym samym PAZ przejęłaby dotychczasowe zadania AOTM i CMJ.

6.8. RATOWNICTWO MEDYCZNE

W celu zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom, polegającego na:

- pewności dostępu w przypadku nagłych zachorowań do świadczeń zdrowotnych dla każdego mieszkańca Polski,
- zdolności reagowania na zdarzenia nadzwyczajne (np. wypadki i katastrofy komunikacyjne z udziałem dużej liczby osób),
- przygotowania na wypadek stanów wyjątkowych (np. stan wyjątkowy spowodowany klęskami żywiołowymi, stan wojny),
- stworzenia miejsca praktycznego kształcenia kadry medycznej (np. obowiązkowe staże, szkolenia, itp.),

należy utworzyć sieć podmiotów leczniczych udzielających pomocy w nagłych zachorowaniach oraz medycyny ratunkowej obejmujących pomoc w warunkach pozaszpitalnych i w warunkach szpitalnych.

W warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zadania te realizowałyby: podstawowe zespoły ratownictwa medycznego, specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

W warunkach szpitalnych zadania te powinny przejąć dziś funkcjonujące Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR).

- Należy stworzyć sieć ośrodków medycyny ratunkowej pozaszpitalnej i szpitalnej w oparciu o Wojewódzkie Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Całość systemu powinna być powierzona wojewodom pod względem kontraktowania i nadzorowania działalności. Kontraktowanie wojewoda może zlecić Płatnikowi.
- Należy unikać marnowania środków na niekonieczne Szpitalne Oddziały Ratunkowe (SOR) oraz na lądowiska helikopterów. Należy wyróżnić 2 typy SOR-ów w zależności od posiadanego potencjału m.in. posiadania lądowiska. Należy zweryfikować obowiązujące przepisy dotyczące wymogów formalnych, w tym personelu medycznego do realizacji świadczeń w SOR-ach. Tworzenie sieci SOR-ów oraz lądowisk wymaga koordynacji centralnej z powodu bezpieczeństwa krajowego.

System ochrony zdrowia w Polsce

Placówki te działałyby wg wypracowanego jednego modelu operacyjnego, obejmującego:

- zakres realizowanych zadań stałych (skoncentrowanych na udzielaniu pierwszej pomocy, ratowaniu życia i najczęściej stosowanych procedurach medycznych) i nadzwyczajnych, (reagowaniu na zdarzenia nadzwyczajne),
- strukturę organizacyjną skalowaną do lokalnych potrzeb,
- stosowane procedury rutynowe i nadzwyczajne,
- ustandaryzowane wyposażenie,
- zgromadzone rezerwy medyczne i logistyczne zgodnie z lokalnymi potrzebami.

Placówki te miałyby obowiązek przyjmowania wszystkich pacjentów i w każdej sytuacji (praktyczna strona realizacji wysokiego poziomu bezpieczeństwa) i decydowania o dalszym przebiegu leczenia (samodzielnym lub przekazaniu do innej, np. specjalistycznej placówki), z możliwością dochodzenia zwrotu kosztów pierwszej pomocy w uzasadnionych przypadkach.

Procedury diagnostyczne konieczne do realizacji świadczeń w SOR mogły być realizowane w ramach posiadanej własnej bazy diagnostycznej (ale spełniającej standardy dla laboratoriów diagnostyki laboratoryjnej oraz dla diagnostyki radiologicznej), bądź kupować te procedury w szpitalach na zasadzie "w lokalizacji".

Źródła finansowania:

- stałe – na podstawie budżetów rocznych i średniookresowych opłat wnoszonych bezpośrednio z budżetu ministerstwa za utrzymywanie „gotowości ratowniczej” obliczonych na podstawie potrzeb populacyjnych skorygowane o migrację w sezonach urlopowych i uśrednionych kosztów świadczeń,
- inne – stałe lub czasowe za dodatkowe zadania zlecone, np.: programy szkolenia, programy testowe, itp.

6.9. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

POZ jest głównym i fundamentalnym ogniwem systemu opieki zdrowotnej. Stanowi miejsce podstawowego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej. Ze względu na jej powszechność i znaczenie świadczeniami poz powinien być objęty każdy obywatel Polski.

Raport WHO z 2008 r. podkreśla kluczową rolę podstawowej opieki zdrowotnej oczekując, że będzie ona:

System ochrony zdrowia w Polsce

- zdolna odpowiedzieć na szeroki zakres problemów zdrowotnych z jakimi zgłaszają się do niej pacjenci,
- zapewniać ciągłość opieki pacjentom, ich rodzinom i społecznościom lokalnym,
- działać w społeczności lokalnej, ze społecznością lokalną i dla społeczności lokalnej,
- ukierunkowywać wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia, stosownie do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów,
- stwarzać warunki dla zachowania zdrowia poprzez promocję zdrowego stylu życia oraz prewencję schorzeń o udowodnionej skuteczności,

Lekarz POZ (najlepiej lekarz ze specjalizacją w zakresie medycyny rodzinnej) powinien działać w zespole profesjonalistów medycznych o szeroko zdefiniowanych kompetencjach. W grupie tej powinny znaleźć się przede wszystkim pielęgniarki praktyki i środowiskowo - rodzinne i położne środowiskowo – rodzinne o przygotowaniu zawodowym predysponującym zarówno do pracy zespołowej, jak i samodzielnego podejmowania szerokiego zakresu działań, tak w gabinecie, jak i miejscu zamieszkania pacjenta. Praca zespołów podstawowej opieki zdrowotnej powinna być wspierana także przez innych fachowych pracowników o określonych i specyficznych kompetencjach. Zespoły te powinny być wyposażone w skuteczne narzędzia do realizacji polityki zdrowotnej, w tym stosowne regulacje prawne i instrumenty finansowe. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien także koordynować pracę wszystkich zaangażowanych profesjonalistów medycznych oraz pracowników pomocy społecznej, dla zapewnienia pełnej kompleksowości opieki.

Za podstawowe warunki poprawy sposobu działania POZ, umożliwiające podniesienie jakości świadczeń poz i powrót do modelowych założeń medycyny rodzinnej oraz zwiększenie dostępności do świadczeń obecnie udzielanych w innych obszarach ochrony zdrowia, należy uznać:

- stopniowe podniesienie (ustawowe) poziomu finansowania POZ przez płatnika do 20% jego budżetu bez zmniejszania finansowania w kwotach bezwzględnych innych działów opieki zdrowotnej,
- wprowadzenie minimalnych standardów świadczeń w POZ (w tym realizowanych w miejscu zamieszkania pacjenta),
- zwiększenie liczby lekarzy rodzinnych przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby podopiecznych przypadających na jednego lekarza/ pielęgniarkę do 1 500 - 2 000 osób z sukcesywnym wzrostem stawki przypadającej na lekarza/pielęgniarkę tak aby finansowanie świadczeń POZ ulegało stałemu wzrostowi względem świadczeń innego typu w planie finansowym płatnika.
- Podstawą finansowania POZ jest stawka kapitacyjna.

PROPONOWANY MODEL FINANSOWANIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- Mieszany system finansowania zawierający następujące elementy:
 - stawka kapitacyjna (z wagami) powinna stanowić nie więcej niż 50% (zapłata za dodatkowe usługi powinna być na tyle duża, aby motywowała do wykonania tych usług) nakładów na POZ (po podniesieniu do proponowanego poziomu),
 - opłata za świadczenia jednostkowe (usługi) fakultatywnie z AOS (małe świadczenia diagnostyczne i lecznicze, zabiegowe) wykonywane w POZ, w tym profilaktyka,
 - budżet na zadanie zlecone (lokalne, centralne),
 - „budżet koordynujący” na konsultacje opłacane przez POZ,
 - „budżet diagnostyczny” umożliwiający zwiększenie liczby badań wykonanych na zlecenie lekarza POZ (obecnie: gastroscopia, kolonoskopia) (w całości do wydania).
- Wprowadzenie motywacji finansowej w POZ za osiągnięcie celów profilaktyki opartej o EBM.
- Zachowanie wag korygujących.
- Określenie listy chorób przewlekłych płatnych zwiększonym współczynnikiem wraz z systemem monitorowania, kontroli tej grupy oraz pomiaru efektów leczniczych.
- Szczególną formą świadczenia usług POZ są plany opieki koordynowanej, stanowiące jedną z opcji świadczenia usług, postawioną do wyboru dla pacjentów.

6.10. AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Zakres procedur realizowanych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) powinien ulec poszerzeniu odciążając sektor lecznictwa zamkniętego, a jednocześnie powodując efektywniejsze wykorzystanie środków na opiekę zdrowotną. Podmioty realizujące świadczenia w AOS funkcjonowałyby w systemie kontraktowania świadczeń przez Płatnika Publicznego z uwzględnieniem Mapy Potrzeb Zdrowotnych oraz Planem Zakupów w oparciu o skalę ratingową podmiotów leczniczych prowadzoną przez PAZ.

W przypadku kontraktowania świadczeń z rodzaju AOS przez podmioty lecznicze posiadające w swych strukturach poradnie będące jednoimienne w stosunku do oddziałów jak również poradnie będące profilowo zbieżne z specjalnością oddziałów (np. poradnia proktologiczna z oddziałem chirurgicznym) podmioty powinny kontraktować w oparciu o dziś istniejące świadczenia pohospitalizacyjne ale także nowe przedhospitalizacyjne. Takie zestawienie poradni specjalistycznych powiązanych z oddziałami powinno być opracowane przez PAZ na podstawie istniejących kodów resortowych.

System ochrony zdrowia w Polsce

Szczególną formą świadczenia usług AOS są plany opieki koordynowanej, stanowiące jedną z opcji świadczenia usług, postawioną do wyboru dla pacjentów. W planach opieki koordynowanej usługi AOS kontraktowane są zbiorczo z usługami POZ.

6.11. SZPITALA

Szpitala mogą realizować świadczenia zdrowotne tylko te, które nie mogą być wykonane w warunkach ambulatoryjnych ze względu na bezpieczeństwo pacjenta.

Szpitala funkcjonowałyby w systemie kontraktowania świadczeń przez Płatnika Publicznego z uwzględnieniem Mapy Potrzeb Zdrowotnych skorelowanej z możliwościami finansowymi płatnika oraz oparciu o skalę ratingową podmiotów leczniczych.

Szpitala mogłyby realizować świadczenia zdrowotne w różnych formach organizacyjnych tj. w tzw. pełnej hospitalizacji, hospitalizacji planowej i hospitalizacji w trybie jednego dnia. Rozszerzeniu na wszystkie specjalności uległyby tzw. poziomy referencyjne. Referencyjność oddziałów obejmowałaby nie tylko wyposażenie, liczbę personelu, dostępność do świadczeń, ale również rodzaje grup JGP bądź pojedynczych świadczeń, które mogłyby być realizowane w odpowiednim poziomie referencyjnym. W tych przypadkach istotnym elementem byłoby doświadczenie zespołu wykonujące te świadczenia. Ich realizacja podlegałaby monitorowaniu pod względem jakości (tj. ich powikłań, powtarzalności itp.). Na jej podstawie płatnik mógłby weryfikować kontrakty w tym zakresie.

Kontraktowanie świadczeń powinno być oparte na kontraktowaniu tylko określonych specjalności medycznych, a nie oddziałów. Umożliwiłoby to po stronie szpitali tworzenie oddziałów wieloprofilowych zabiegowych i wieloprofilowych zachowawczych z możliwością kontraktowania przez płatnika.

6.12. SZPITALA KLINICZNE

Szpitala kliniczne powinny koncentrować się na prowadzeniu procesu dydaktyki przed i podyplomowej, na prowadzeniu badań naukowych oraz świadczeniu usług zdrowotnych adekwatnych do potrzeb procesu dydaktyki, rozwoju nauki, a z uwagi na koncentrację najwyższych kompetencji i umiejętności personelu, realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych.

Szpitala kliniczne jako fundament bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli powinny:

System ochrony zdrowia w Polsce

- pełnić rolę merytorycznego recenzenta oceny działalności medycznej podmiotów leczniczych w aspekcie jakości klinicznej udzielanych świadczeń, zgodności z aktualną wiedzą medyczną,
- być wyłączone z zasad gry rynkowej obowiązującej innych świadczeniodawców,
- stanowić integralną część uczelni i podlegać nadzorowi MZIOS, którego celem byłoby niedopuszczenie do zakłóceń w ich funkcjonowaniu,

Cele i zadania

Celem funkcjonowania szpitali klinicznych byłoby:

- zachowanie priorytetu związanego z działalnością naukową i dydaktyczną,
- koncentracja najwyższych kompetencji zawodowych – zdolności do wykonywania wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych,
- koncentracja innowacyjnej technologii medycznej i wypełnienie najbardziej wymagających standardów technicznych dla obiektów oraz realizacji świadczeń w formach adekwatnych do poziomu rozwoju technologii medycznych,

Powyższym celom sprzyjać będzie wartościowanie stanowisk w strukturze szpitala w oparciu o międzynarodowe kryteria naukowe i wewnętrzne trzy komponenty: praca naukowa, dydaktyczna i organizacyjna.

Finansowanie

Szpital kliniczny powinien być finansowany w formule budżetu centralnego uzależnionego od parametrów uwzględniających poziom naukowy kadry i jej aktywności naukowej, liczby słuchaczy, oraz liczby i poziomu realizowanych świadczeń.

6.13. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Opieka długoterminowa powinna być przeznaczona dla osób z ustalonym rozpoznaniem klinicznym, wymagających przewlekłej terapii. Świadczenia długoterminowe powinny być skoncentrowane na opiece realizowanej w warunkach domowych i opiece ambulatoryjnej. Kwalifikacja do tych świadczeń powinna być oparta o szczegółowe wskazania medyczne bazujące na określonych skalach. Realizacja i monitorowanie tych świadczeń powinno być skoordynowane z działaniami lekarza POZ.

7. KLUCZOWE INSTRUMENTY W NOWYM SYSTEMIE

7.1. MAPA POTRZEB ZDROWOTNYCH

Autorzy założyli, że na poziomie krajowym powstanie dokument pod nazwą Mapa Potrzeb Zdrowotnych (MPZ). Będzie to ogólnopolski dokument opisujący potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Na jego podstawie będą formułowane strategiczne cele zdrowotne w kolejnych wydaniach Narodowego Planu Zdrowia. Mapa ta będzie przedstawiać informacje historyczne oraz prognozy w perspektywie krótko i średnioterminowej. **Tworzyć je będą instytucje badawcze i naukowe**, realizujące to zadanie na zlecenie i pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Będą one oparte m.in. o analizy:

- trendów epidemiologicznych obserwowanych przez poszczególne ośrodki badawcze,
- schematów korzystania ze świadczeń opartych na danych NFZ,
- badań stanu zdrowia ludności, realizowanych przez GUS,
- prognozy demograficzne i migracji,-.

7.2. NARODOWY PLAN ZDROWIA

Narodowy Plan Zdrowia (NPZ) jest wyrazem polityki zdrowotnej Rządu i opisuje priorytety krajowe w ochronie zdrowia i opiece społecznej. NPZ powstaje w wyniku analizy i nadania priorytetów wynikających z Mapy Potrzeb Zdrowotnych. NPZ sporządzany jest przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

7.3. REGIONALNA MAPA POTRZEB ZDROWOTNYCH

W oparciu o Mapę Potrzeb Zdrowotnych, z uwzględnieniem lokalnych potrzeb, będzie tworzona Regionalna Mapa Potrzeb Zdrowotnych (RMPZ). Będzie ona przygotowywana na poziomie wojewódzkim w korelacji z NPZ. Będzie ona tworzona (aktualizowana) corocznie przez reprezentatywną grupę ekspertów powołanych przez Wojewodę. RMPZ ma charakter dokumentu

System ochrony zdrowia w Polsce

analitycznego, uwzględniającego na poziomie regionalnym takie czynniki jak demografia, stan zdrowia populacji (występowanie chorób), możliwe interwencje zdrowotne, listy oczekujących i inne.

7.4. REGIONALNA STRATEGIA OCHRONY ZDROWIA

Regionalną Strategię Ochrony Zdrowia formułuje Samorząd Województwa na podstawie Regionalnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych oraz obowiązującego Narodowego Planu Zdrowia. Plan zawiera regionalne priorytety w ochronie zdrowia. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej dokonuje na poziomie centralnym, analizy lokalnych priorytetów i ich zgodności z priorytetami centralnym zawartymi NPZ i uwzględnia je w kolejnych edycjach NPZ.

7.5. PLAN ZAKUPÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Na poziomie regionalnym powstaje Plan Zakupów Świadczeń Zdrowotnych (PZSZ), będący podstawą do przeprowadzenia kontraktowania świadczeń. Zostanie przygotowany w oparciu o Regionalną Mapę Potrzeb Zdrowotnych z uwzględnieniem priorytetów regionalnych sformułowanych w Regionalnej Strategii Ochrony Zdrowia. Plan Zakupu Świadczeń Zdrowotnych sporządza Płatnik i podlega on zatwierdzeniu przez Radę Płatnika, składającą się z przedstawicieli wojewody, samorządu terytorialnego oraz wskazanych przedstawicieli reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców i innych przedstawicieli reprezentatywnych organizacji.

7.6. PROMESY

Obecny sposób kontraktowania, w którym najpierw należy dokonać inwestycji, a dopiero potem można stanąć do konkursu o udzielanie świadczeń zdrowotnych, wiąże się ze znacznym ryzykiem inwestycyjnym. Dodatkowo, nawet w wypadku wygrania konkursu, okres kontraktowania jest zbyt krótki, aby poczynione inwestycje stały się rentowne. Inwestycje zarówno sektora publicznego jak i prywatnego w Polsce nie będą miały wystarczającej skali dopóki nie pojawią się stosowne mechanizmy gwarancyjne.

Rozwiązaniem tego problemu jest mechanizm promesy inwestycyjnej wystawianej przez NFZ. Promesę powinien otrzymywać zwycięski podmiot w ramach konkursu na realizację świadczeń na zasadach zbliżonych do obecnie realizowanych konkursów. Proces konkursowy charakteryzowałyby jednak pewne różnice opisane poniżej:

System ochrony zdrowia w Polsce

- Na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych regionu Narodowy Fundusz Zdrowia we współpracy z Wojewodą identyfikuje z wyprzedzeniem co najmniej 3 lat potrzeby zdrowotne, które nie mogą być w wystarczającym stopniu lub w odpowiedniej jakości zrealizowane w ramach istniejącej infrastruktury.
- Konkurs na promesę inwestycyjną odbywa się z wyprzedzeniem co najmniej 3 lat od przyjętej daty początkującej okres udzielania świadczeń zdrowotnych, tak aby dać czas zwycięskiemu podmiotowi na uruchomienie finansowania, realizację inwestycji i oddanie jej do użytku.
- W konkursie mogą brać zarówno istniejące podmioty lecznicze jak i inni inwestorzy.
- Kryteria oceny ofert uwzględniają zagadnienia typowe w projektach inwestycyjnych, są związane ze zdolnością do realizacji świadczeń oraz dają gwarancję wyboru jednego zwycięzcy.
- Zwycięski inwestor, przed zawarciem gwarantowanej promesą umowy o realizację świadczeń zdrowotnych, stawia zrealizowaną inwestycję do kontroli NFZ w celu zweryfikowania, czy wszystkie warunki wydania promesy zostały wypełnione. Warunki te powinny dotyczyć nie tylko infrastruktury materialnej, ale także przyszłego personelu obiektu.
- Umowa na realizację świadczeń zdrowotnych na warunkach wydanej promesy jest zawierana przed innymi podmiotami i w ramach stosownych rezerw założonych w budżecie NFZ.
- Umowa na realizację świadczeń zdrowotnych jest zawierana na okres 7 do 15 lat.

Powyższy model rozwoju infrastruktury zdrowotnej zakłada istnienie jednego rejestru podmiotów leczniczych. Odrzuca zamrożenie obecnej struktury świadczeniodawców jako metodę stabilizacji rynku.

8. SCHEMAT SYSTEMU

8.1. PRYWATNY I PUBLICZNY SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia, niezależnie od otoczenia (politycznego, instytucjonalnego), w które system jest wpisany. System ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia w Polsce

populacji oraz prowadzi działania we współpracy z innymi sektorami, aby modyfikować społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia.⁵

W polskim systemie ochrony zdrowia finansowanie opieki zdrowotnej oparte jest na modelu ubezpieczeniowym. W ramach ubezpieczeń zdrowotnych wyróżniamy ubezpieczenie społeczne nazywane powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, realizowane ze środków publicznych oraz ubezpieczenie prywatne, które jest w Polsce całkowicie dobrowolne.

W funkcjonującym obecnie systemie ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce podstawą finansowania są środki publiczne, jednakże opieka zdrowotna finansowana w ramach środków prywatnych odgrywa znaczącą rolę. I nie jest to nienaturalne, taka sytuacja ma miejsce w większości krajów europejskich.

System publiczny, określane jako powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest finansowany w przeważającej części z publicznej składki na ubezpieczenie zdrowotne. Wydzielenie z przychodów budżetowych skarbu państwa składki zdrowotnej stanowi jedno z podstawowych osiągnięć reformy opieki zdrowotnej w okresie po transformacji.

Źródło finansowania systemu prywatnego stanowią w przeważającej większości wydatki prywatne świadczeniobiorców pochodzące bezpośrednio z ich kieszeni. Pozostałymi źródłami finansowania są: środki pracodawców- tzw. abonamenty medyczne i ubezpieczenia zdrowotne.

Systemy opieki zdrowotnej dzielimy na publiczny i prywatny w zależności od źródła pochodzenia środków finansowych - czyli czy są to finanse publiczne czy prywatne.

Finanse publiczne trafiają w przeważającej większości do płatnika publicznego czyli Narodowego Funduszu Zdrowia, który kontraktuje a następnie płaci świadczeniodawcom za udzielone świadczenia. Forma własności świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w z żadnym razie nie jest zdefiniowana- może być to zarówno świadczeniodawca publiczny jaki i prywatny. Należy pamiętać, że w Polsce mamy około 20 tysięcy świadczeniodawców opieki zdrowotnej, z czego 830 stacjonarnych, czyli szpitali, a pozostałe to podmioty lecznicze ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W tej liczbie mamy 517 szpitali publicznych oraz ponad 2700 publicznych zakładów ambulatoryjnych, natomiast reszta, czyli blisko 16 700 świadczeniodawców, tj. około 85% jednostek jest niepubliczna. Uwaga ta jest bardzo istotna ponieważ często wciąż w wielu wypowiedziach i analizach publiczna opieka zdrowotna jest utożsamiana mylnie ze statusem własnościowym świadczeniodawcy.

⁵ Powyższa definicja systemu zdrowotnego jest zgodna z koncepcją przyjętą w Światowym Raporcie Zdrowia z 2000 r. na temat poprawy działania krajowych systemów zdrowotnych. (za:) M. Piotrowicz, D. Cianciara, M. J. Wysocki, Systemy Zdrowotne dla zdrowia I dobrobytu – Karta z Talina, "Przegląd Epidemiologiczny" 2009; 63, s. 321.

System ochrony zdrowia w Polsce

Niepubliczny, w tym komercyjny lub prywatny zakład opieki zdrowotnej, tak samo jak publiczny udziela „bezpłatnych” dla świadczeniobiorcy, finansowanych z tytułu ubezpieczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczeń medycznych w zależności od posiadania kontraktu z NFZ.

Tak więc publiczna i prywatna opieka zdrowotna nie ma nic wspólnego z własnością placówki medycznej, ale jest zależna od rodzaju środków i płatnika kontraktującego (i opłacającego) dane świadczenie opieki zdrowotnej.

Podmioty prywatne mogą funkcjonować w każdym obszarze systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zasadą pomocniczości zajmując podstawowe miejsce w dziedzinach nie wymagających bezpośredniej ingerencji struktur państwa (POZ, AOS, lecznictwo jednodniowe, mniejsze jednostki szpitalne, operatorzy ratownictwa medycznego).

Należy dążyć do sytuacji, w której publiczna będzie sfera regulacyjna i część sfery finansowania ochrony zdrowia, natomiast sfera wykonawcza powinna być realizowana przez komercyjne podmioty gospodarcze (publiczne i niepubliczne). Angażowanie władz publicznych w bezpośrednie funkcje wykonawcze ma uzasadnienie tylko z zachowaniem zasady pomocniczości oraz proporcjonalności. Wszystkie podmioty realizujące usługi ogólnego interesu gospodarczego (SGEI) podlegają tym samym zasadom, tak w zakresie obowiązków jak wynagrodzenia. Interwencja publiczna w postaci działalności podmiotów publicznych i pomocy publicznej nie powinna naruszać konkurencji, tak na rynku krajowym, jak również Wspólnotowym.

W perspektywie krótkoterminowej kluczowe jest stworzenie warunków do wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych finansowanych z prywatnej składki i zarządzanej przez prywatnych płatników (ubezpieczycieli) w sposób, który tworzyłby podstawy do objęcia takimi ubezpieczeniami istotnej części populacji (minimum 20-30%).

8.2. PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

Konieczność wprowadzenia prywatnych – dodatkowych - ubezpieczeń zdrowotnych jest podnoszona przez polityków i ekspertów. Choć w zgodnej opinii ubezpieczenia zdrowotne są w Polsce potrzebne, a ich funkcjonowanie powinno być uregulowane ustawowo, to wieloletnia dyskusja i liczba niedoszłych projektów dowodzi, że zagadnienie to jest niezwykle złożone. Jednym z powodów jest kształt polskiego systemu ochrony zdrowia – zcentralizowany system z bogatym, praktycznie w pełni nieodpłatnym koszykiem świadczeń stwarza bardzo ograniczone możliwości wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń w tradycyjnych formułach znanych z innych krajów.

System ochrony zdrowia w Polsce

W poszukiwaniu najbardziej adekwatnych dla Polski rozwiązań, istotne jest zdefiniowanie podstawowych celów dla DUZ oraz warunków ich realizacji. Za kluczowe uznaje się, iż:

- podstawową funkcją, którą powinny spełnić prywatne ubezpieczenia zdrowotne jest **dostarczenie do systemu opieki zdrowotnej efektywnego i znaczącego strumienia pieniędzy**. Przedstawione w niniejszym dokumencie propozycje zmian w systemie opieki zdrowotnej mogą generować dodatkowe koszty, konieczne więc są środki na ich pokrycie. Jest to szczególnie ważne w kontekście niskich - w porównaniu z innymi krajami OECD/Europy - nakładów na ochronę zdrowia w Polsce, które skutkują coraz większymi ograniczeniami w dostępie do świadczeń. Niemniej ważne są zachodzące procesy demograficzne, które z biegiem lat będą miały wpływ na wzrost kosztów opieki zdrowotnej, co rodzi konieczność szukania nowych mechanizmów ich finansowania,
- strumień ten powinien **finansować realne potrzeby zdrowotne społeczeństwa** i powinien być kompatybilny z środkami publicznymi. Elementem, na który warto zwrócić uwagę jest efektywność wykorzystywania wszystkich środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną,
- **poprawa dostępności i jakości świadczeń z punktu widzenia pacjenta oraz całego systemu ochrony zdrowia poprzez wzrost konkurencyjności**. Mniejsze bariery dostępu do opieki zdrowotnej pozwolą na zmniejszenie ryzyka pogorszenia się zdrowia w stopniu utrudniającym pracę, co ma szczególne znaczenie wobec przesuwania granicy wieku emerytalnego,
- **poprawa pozycji świadczeniodawców** (publicznych i prywatnych) poprzez dywersyfikację źródeł przychodów (strumień pieniędzy z DUZ powinien wpływać do świadczeniodawców obsługujących także płatnika publicznego). Dzięki temu pozytywne skutki DUZ obejmą największą część społeczeństwa. Świadczeniodawcy publiczni uniezależnią się od monopsonu jednego płatnika, co pozwoli im się w większym wymiarze skupić na rozwoju i podnoszeniu jakości opieki.
- istotnym efektem masowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest **wprowadzenie konkurencji (regulowanej)** w opiece zdrowotnej jako udokumentowanego narzędzia poprawy jakości i efektywności, które podnosi podmiotowość klienta/pacjenta. Konkurencja ta może być realizowana na 2 poziomach:
 - płatnika- pierwszym etapem powinno być wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych suplementarnych i komplementarnych ze składką prywatną zarządzaną przez prywatnych płatników czyli ubezpieczycieli,
 - świadczeniodawcy- powstanie silnych płatników prywatnych (niezależnie czy zarządzających środkami wyłącznie prywatnymi, czy także publicznymi) spowoduje

System ochrony zdrowia w Polsce

powstanie realnej konkurencji wśród świadczeniodawców, którzy będą podnosili jakość swoich usług konkurując o kontrakty i pacjentów.

- **warunek powszechności ubezpieczeń zdrowotnych** (ubezpieczenie prywatne powinno objąć minimum 20-30% populacji). Ubezpieczenia dodatkowe mogą uzupełniać luki związane z profilaktyką, zwiększać dostępność do procedur deficytowych, a także tworzyć dostępność do procedur niefinansowanych przez ubezpieczenie publiczne. Powinny być masowe czyli powszechne, aby mieć realny wpływ na podniesienie kondycji zdrowotnej społeczeństwa. Im bardziej zintegrowane będą świadczenia finansowane przez strumień pieniędzy z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych ze świadczeniami pokrywanymi przez środki publiczne tym lepsze pozytywne przełożenie na kondycję zdrowotną społeczeństwa uda się osiągnąć. Konieczne jest utrzymanie transparentności i rozdziału strumieni finansowych (publicznego i prywatnego) ale świadczenia powinny móc być wykonywane przez tego samego świadczeniodawcę dbającego o proces terapeutyczny pacjenta,
- w przypadku ubezpieczeń ogromne znaczenie ma efekt skali – powszechność ubezpieczenia obejmującego zasięgiem znaczną część społeczeństwa ma znaczący wpływ na wysokość składek i dostępność ubezpieczeń. System powszechny jest znacznie bardziej efektywny, ponieważ ryzyka rozkładają się na większą populację, co obniża ceny i pozwala więcej środków przeznaczać na świadczenia.

jasno określony zakres DUZ pozwoli na większą konkurencyjność rynku ubezpieczeń – konsumenci będą mogli łatwo porównywać produkty i podejmować świadome decyzje. Takie rozwiązanie ułatwia również budowanie synergii między systemem publicznym i prywatnym, ponieważ zakres można określić tak, aby odciążał on płatnika publicznego .

Aby spełnić powyższe warunki i zrealizować tak określone cele, konieczne jest wypracowanie rozwiązań, które wykraczają daleko poza tradycyjne modele prywatnych ubezpieczeń (suplementarne, komplementarne, substytucyjne). Konieczna jest szeroka dyskusja, ale jednocześnie otwartość na innowacyjne rozwiązania, które zaadresują krajowe problemy, czerpiąc jednocześnie z bogatego doświadczenia międzynarodowego.

W powyższym kontekście należy przede wszystkim rozważyć mechanizmy zachęcające do zakupu – zachęty fiskalne skierowane do pracodawców i osób fizycznych, itp. Warto w tym obszarze sięgnąć do bogatych doświadczeń międzynarodowych, np. Australii, gdzie brak prywatnego ubezpieczenia skutkuje wyższą składką publiczną.

Ubezpieczenia zdrowotne ze względu na swoją specyfikę odróżniającą je od tradycyjnych ubezpieczeń (znacznie mniej losowy charakter „szkód”, duży wpływ ubezpieczonego na przebieg ubezpieczenia poprzez odpowiednie zachowania zdrowotne, profilaktykę itp.) powinny być objęte innymi zasadami wypłacalności i tworzenia rezerw, aby jak największa część składki przeznaczana była na świadczenia

System ochrony zdrowia w Polsce

medyczne i zasilają cały system. Przy powszechności systemu wskazane jest opracowanie swoistego podejścia do nadzoru.



Zagadnienia dotyczące wprowadzenia DUZ powinny być przedmiotem osobnego, szczegółowego dokumentu.

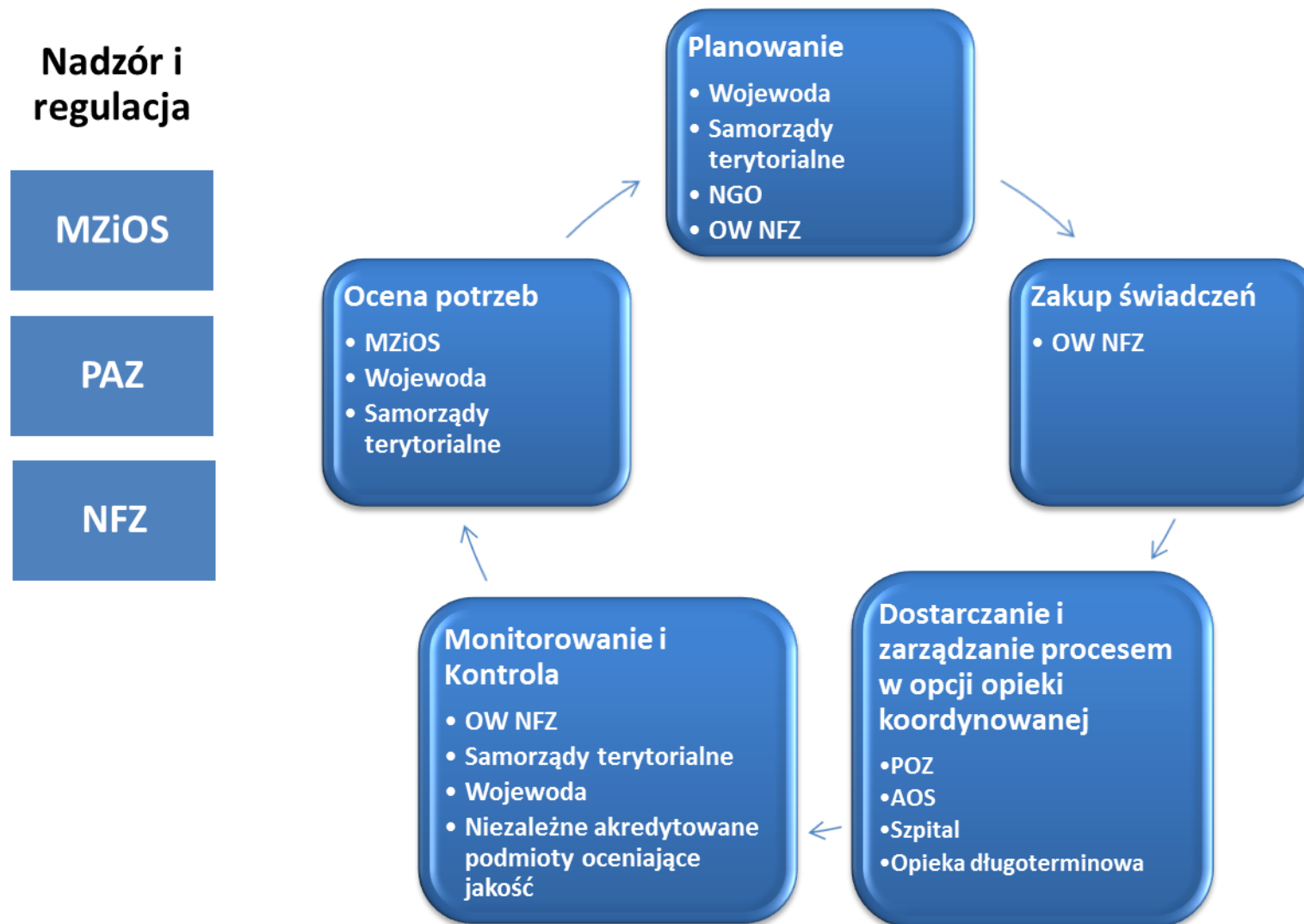
8.3. RELACJA POMIĘDZY GŁÓWNYMI INSTYTUCJAMI

Rola prawodawcza i kontrolna wobec Rządu spełniana jest przez Parlament. Premier nadzoruje działania Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, którego dwie agencje; PAZ i NFZ odpowiadają odpowiednio za: funkcje regulacyjne i nadzorcze nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych oraz funkcje nabywcy dóbr i usług ochrony zdrowia. Proces nabywania dóbr i usług jest transparentny poprzez zaangażowanie na poszczególnych jego etapach innych poza NFZ (wraz z jego oddziałami) podmiotów.

Te podmioty to:

- a. Wojewoda, który pełni rolę nadzorczą i monitorującą, poddając analizie dane o działalności systemu i tworząc Mapę Potrzeb Zdrowotnych,
- b. Marszałek wraz z reprezentacją organizacji pozarządowych reprezentujących pacjentów i świadczeniodawców, uczestniczy w tworzeniu Planów Zakupów Świadczeń.

Z punktu widzenia poziomu zarządzania kluczowe instytucje systemu ochrony zdrowia pełnią następujące funkcje.



9. WNIOSKI

Intencją autorów niniejszego opracowania było nakreślenie ram dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, uwzględniając cele strategiczne oraz cele szczegółowe wynikające z analizy stanu obecnego oraz wyzwań przed jakimi stoi polskie społeczeństwo i gospodarka. Zaproponowana koncepcja organizacji systemu ochrony zdrowia, oparta na pragmatycznych założeniach, wskazuje na potrzebę jednoznacznego zdefiniowania ról i zadań głównych interesariuszy rynku zdrowia, które to z kolei pozwalają określić zobowiązania i odpowiedzialność, bez których niemożliwe jest zarządzanie poprzez efekty. Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce musi być oparta na następujących założeniach i celach:

- Istnieje racjonalna potrzeba podniesienia znaczenia politycznego zdrowia. Sprzyjać temu powinno podniesienie rangi Ministra Zdrowia do rangi Wice Premiera
- Wydatki na zdrowie należy traktować jako inwestycję, która pozytywnie wpływa na PKB, uwzględniając zależność pomiędzy stanem zdrowia a aktywnością zawodową.
- W celu zmniejszenia nierówności w zdrowiu, biorąc pod uwagę obecne wskaźniki zdrowotne konieczne jest stworzenie sprawnego systemu zdrowia publicznego.
- Strategia systemu ochrony zdrowia powinna być spójna ze europejską Strategią Health for Growth.
- Konieczne jest wzmocnienie odpowiedzialności za zdrowie wszystkich uczestników sektora, w tym regulatorów, organizatorów, świadczeniodawców i pacjentów w zakresie ról i zadań przypisanych tym podmiotom.
- Niezbędne jest horyzontalne, międzyresortowe postrzeganie zadań ochrony zdrowia. Efektywność alokacji zasobów na potrzeby „produkcji zdrowia” wymaga uwzględniania kosztów pośrednich, w tym utraty produktywności z powodu deficytu zdrowia. W tym celu rekomenduje się rozszerzenie kompetencji Ministra Zdrowia o zadania z zakresu polityki społecznej i powołanie Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej (MZiOS).
- Kluczową rolę w regulowaniu systemu pełni Minister Zdrowia i Polityki Społecznej.
- Konieczna jest integracja merytorycznych funkcji regulatora, realizowanych dotychczas przez kilka odrębnych i niezależnych instytucji, w tym AOTM, CMJ, CSIOZ. W tym celu rekomenduje się powołanie instytucji publicznej, posiadającej osobowość prawną tj.. Państwowej Agencji Zdrowia, która odpowiedzialna będzie za monitorowanie jakości, tworzenie standardów, ocenę i wycenę technologii medycznych i zarządzanie informacją w ochronie zdrowia.

- Funkcje organizatora ochrony zdrowia na poziomie regionalnym pełni Samorząd Województwa. Funkcję nadzorczą w regionie sprawuje Wojewoda. Podmioty te są odpowiedzialne za tworzenie dokumentów strategicznych i operacyjnych oraz współtworzenie z płatnikiem oraz zatwierdzanie Planów Zakupu Świadczeń Zdrowotnych.
- Zasada nieograniczonych potrzeb i ograniczonych zasobów zmusza do precyzyjnego zdefiniowania koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.
- System powszechnego (publicznego) ubezpieczenia zdrowotnego powinien finansować jedynie procedury medyczne, wyłączając świadczenia towarzyszące np. usługi hotelowe, wyżywienie, transport.
- Wyzwania związane ze starzejącym się społeczeństwem oraz konieczność uwzględniania preferencji pacjentów zmuszają do rozszerzenia źródeł finansowania opieki zdrowotnej o środki prywatne. Współpłacenie ma obejmować usługi towarzyszące oraz wyższy standard procesu dydaktycznego-terapeutycznego lub komfortu opieki, niż ten możliwy do sfinansowania ze środków publicznych. Nie może dotyczyć omięcia kolejki w ramach finansowanych z środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej..
- W krótkookresowej perspektywie zmiana kompetencji płatnika publicznego poprzez doprecyzowanie zadań oddziałów wojewódzkich, w kierunku realizowania przez nich zadań związanych tylko z kontraktowaniem, rozliczaniem świadczeń oraz kontrolą realizacji świadczeń w podmiotach leczniczych.
- W docelowym modelu decentralizacja płatnika publicznego poprzez stworzenie konkurujących ze sobą płatników o szerszym zakresie oddziaływania niż region. Odejście od regionalizacji stworzy szansę na uznanie, że jedynym priorytetem w finansowaniu świadczeń zdrowotnych będzie wybór pacjenta bez związku ze strukturą właścicielską podmiotów leczniczych.
- W docelowym modelu demonopolizacja publicznego płatnika poprzez wprowadzenie płatników prywatnych konkurujących o obowiązkową publiczną składkę czemu może towarzyszyć podział płatnika publicznego. Ustalenie zasad konkurencji regulowanej w zakresie działań płatników.
- Utrzymanie obecnego, jednolitego dla całego kraju systemu standardów (np.: uprawnienia i umiejętności personelu, wymagania formalne, fachowe i sanitarne, konieczne wyposażenie, itp.) na możliwym do akceptacji poziomie wymagań dla podmiotów leczniczych w celu udzielania im zgody - dopuszczenia do wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych.
- Zwiększenie roli lecznictwa otwartego. Wymaga to zdefiniowania nowych ról i zadań POZ i AOS w relacji do lecznictwa szpitalnego.

- Uznanie, że POZ jest kluczowym ogniwem systemu ochrony zdrowia ze względu na zakres i liczbę oferowanych świadczeń zdrowotnych dla pacjenta.
- Ambulatoryjna opieka zdrowotna oraz szpitalnictwo powinny działać w formie umożliwiającej leczenie maksymalnej liczby pacjentów w trybie ambulatoryjnym, jednodniowym oraz domowym.

Uznanie, że szpitale kliniczne są najważniejszym ogniwem kształcenia prowadzącymi działalność naukową i dydaktyczną dla kadr medycznych mającym wpływ na działalność naukową i dydaktyczną i realizację świadczeń wyskospecjalistycznych.