

Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia

STRATEGIA ZMIAN W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

SZANSA PRZEWYCIĘŻENIA KRYZYSU

Warszawa, 15 marca 2004

Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia

[Cezary Włodarczyk](#) – Przewodniczący Zespołu

[Ryszard Hoffman](#) – Sekretarz Zespołu

Członkowie Zespołu

[Stanisława Golinowska](#)

[Jacek Hołówka](#)

[Elżbieta Kuzdro-Lubińska](#)

[Krzysztof Kuszewski](#)

[Grzegorz Luboiński](#)

[Jan Sobiech](#)

[Jerzy Szaflik](#)

[Katarzyna Tymowska](#)

[Mirosław Wysocki](#)

[Janusz Zaleski](#)

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	6
STRESZCZENIE	8
METODOLOGIA	14
I. Znaczenie diagnozy	14
II. Reforma jako proces.....	14
III. Zasady systemu	15
IV. Zadania Zespołu	16
V. Proces polityczny	16
VI. Postępowanie początkowe.....	17
VII. Dalsze kroki	18
SZKIC DIAGNOZY	19
I. Lista zjawisk i obszarów kryzysowych	19
II. Wizja ogólna kryzysu	28
III. Problemy szczegółowe	31
REKOMENDACJE.....	53
I Ogólne zasady	53
1. <i>Przyjazny i oszczędny system</i>	53
2. <i>Odpowiedzialność za zdrowie</i>	57
3. <i>Mechanizm odpowiedzialności państwa</i>	60
4. <i>Obszary szczególnej odpowiedzialności państwa</i>	63
5. <i>Źródła uprawnień</i>	66
6. <i>Umowy między samodzielnymi podmiotami jako podstawa budowy więzi systemowych</i>	69
7. <i>Różnicowanie zakresu świadczeń</i>	70
8. <i>Zasada wolnego wyboru</i>	73
9. <i>Równoprawność sektorów</i>	75
10. <i>Informacje wspierające świadomy wybór świadczeniodawcy przez pacjenta</i>	75
11. <i>Odczuwane korzyści</i>	76
II Podstawowa opieka zdrowotna	78
1. <i>Założenia ogólne</i>	78
2. <i>Organizacja podstawowej opieki zdrowotnej</i>	79
3. <i>Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej</i>	81
III Struktura podejmowania decyzji	82
1. <i>Funkcje regulacyjne</i>	82
2. <i>Funkcje zarządcze i organizacyjne</i>	85
3. <i>Zaplecze profesjonalne sektora</i>	88
IV Pozyskiwanie środków	90
V Mechanizm definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych	104
1. <i>Wstęp</i>	104
2. <i>Definicja zakresu świadczeń gwarantowanych (koszyka)</i>	104
3. <i>Punkt wyjścia - koszyk historyczny</i>	105
4. <i>Cel definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych</i>	109
5. <i>Struktura koszyka</i>	109
6. <i>Ocena technologii medycznych</i>	112
7. <i>Etapy zakresu świadczeń gwarantowanych</i>	113
8. <i>Zasady klinicznej oceny technologii medycznej</i>	115
9. <i>Struktura zakresu świadczeń gwarantowanych</i>	117

10. Podstawowe zasady ekonomicznej oceny technologii	118
11. Agencja	119
12. Podmioty wnioskujące	121
13. Zasady współpracy MZ i Agencji	122
VI Płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia	123
1. Ewolucja instytucji zarządzającej środkami publicznymi	125
2. Organy NFZ i ich kompetencje	128
3. System nadzoru i kontroli	130
4. Dostęp do informacji	131
5. Odbiurokratyzowanie relacji w systemie	132
VII Alokacja środków publicznych	132
1. Zasady alokacji	133
2. Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia (tworzenie i struktura) ...	134
3. Finansowanie świadczeń zdrowotnych	141
VIII Inne problemy	150
ZAKOŃCZENIE	153

W pracach Zespołu Ekspertów korzystano z konsultacji następujących osób:

Mieczysław Błaszczyk,

Michał Boni,

Dariusz Dudarewicz,

Krystyna Grzenia,

Michał Kamiński

Lucyna Kasprowicz,

Michał Kornatowski,

Adam Kozierkiewicz

Andrzej Musiałowicz,

Rafał Niżankowski,

Przemysław Poznański

Zbyszko Przybylski,

Halina Sarul.

Christoph Sovada,

Halina Wasilewska – Trenkner,

oraz z treści dokumentu przygotowanego przez ZG Kolegium Lekarzy Rodzinnych

WSTĘP

W tym dokumencie są przedstawione wyniki prac prowadzonych od 15 stycznia do 15 marca 2004 r. przez Zespół ds. Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia. Powołanie Zespołu przez Ministra Zdrowia i podjęcie prac były efektem wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który orzekł niekonstytucyjność ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, co spowodowało konieczność przygotowania założeń nowych podstaw prawnych funkcjonowania systemu zdrowotnego.

W przygotowanym dokumencie Zespół przedstawia diagnozę sytuacji i na jej podstawie proponuje zbiór rekomendacji, których realizacja ma pozwolić na odrzucenie zarzutu niekonstytucyjności, a jednocześnie powinna prowadzić do lepszego funkcjonowania systemu. Rekomendacje dotyczą kilku spraw. Po pierwsze, rysują ogólny postulowany kształt reformowanego systemu, ze szczególnym uwzględnieniem podstawowej opieki zdrowotnej. Po drugie, proponują ramy organizacyjne, w jakich ma działać płatnik, wraz z regułami alokacji środków finansowych. Po trzecie, szkicują strukturę instytucji przygotowującej podstawy decyzji pozwalających definiować zakres świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Po czwarte, zwracają uwagę na kilka spraw wykraczających poza kwestie dotyczące płatnika, których podjęcie powinno poprawić sprawność systemu.

Z formalnego punktu widzenia tylko niektóre rekomendacje będą stanowiły tworzywo służące pisaniu projektu ustawy o płatniku, której uchwalenie jest niezbędne w świetle orzeczenia TK (założenia zmian prawnych). W tej części przedstawione tezy zostały napisane – w miarę możliwości – szczegółowo. Inne rekomendacje są wytycznymi dla polityki zdrowotnej inicjowanej i realizowanej przez Ministra Zdrowia. Ta grupa też ma służyć tworzeniu warunków politycznych, w których przygotowywane będą kolejne fazy reformy, a także przygotowywane i uchwalane ustawy.

Zgodnie z ustaleniami przyjętymi na początku prac Zespołu założenia przezeń przygotowane powinny być przekazane grupie prawników celem przygotowania projektu ustawy. Wkład prawników w pisanie projektu jest bardzo ważny i on będzie

w istocie decydował o dalszych szansach nowej ustawy w jej drodze do osiągnięcia statusu obowiązywalności. Ich poparcie dla zaproponowanych rozwiązań, podobnie jak zainteresowanie ze strony osób formalnie sprawujących nadzór nad zmianami prawnymi jest warunkiem osiągnięcia powodzenia. Bez tego może dojść do najbardziej negatywnych skutków: kompromitacji inicjatywy Ministra Zdrowia w kształcie przez niego zaproponowanym i pozostawienie systemu zdrowotnego z nikłymi szansami na poprawę jego efektywności.

Biorąc powyższe pod uwagę przypomnieć należy, że przygotowany dokument otwiera – a nie zamyka – kolejną fazę reformy. Wszyscy zainteresowani jej powodzeniem powinni uważnie śledzić dalsze kroki czynione pod hasłem reformy opieki zdrowotnej, a zwłaszcza bezstronnie oceniać racjonalność przedstawianych propozycji.

STRESZCZENIE

Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego system zdrowotny (opieka zdrowotna) znalazły się w sytuacji wyjątkowo trudnej: system znalazł się nie tylko w ogniu krytyki wielu środowisk, ale również realna stała się groźba utraty – od 1 stycznia 2005 – prawnych podstaw funkcjonowania. W tych warunkach przygotowanie i wdrożenie koncepcji, dzięki którym możliwe będzie uchylenie zarzutu niekonstytucyjności organizacji systemu jest nie tylko warunkiem poprawy sprawności jego funkcjonowania, ale wręcz wymogiem jego legalnego istnienia.

Każda koncepcja reformatorska i każde wdrożenie zmiany – choćby najbardziej ambitne – jest zawsze jedynie fragmentem procesu funkcjonowania systemu zdrowotnego, który z kolei jest fragmentem szerszego układu politycznego i społecznego. Polski system zdrowotny ma już za sobą wiele inicjatyw mających na celu jego usprawnienie i w chwili obecnej niezbędne jest przygotowanie i wcielenie w życie kolejnej – po której przyjdą następne. Zaakceptowanie wielofazowości reformy jest warunkiem przygotowania racjonalnej wizji zmian, a jednocześnie bardzo wskazane byłoby pozyskiwanie sojuszników politycznych, którzy byliby skłonni kontynuować zmianę, niezależnie od zmiennych koniunktur politycznych. Biorąc pod uwagę wymogi orzeczenia TK oraz presję czasu w pierwszej fazie prac należy skoncentrować się na sprawach dotyczących płatnika, pamiętając jednak o cechach otoczenia, w którym działa.

W diagnozie, będącej punktem wyjścia propozycji, postawiono tezę o istnieniu wieloaspektowego kryzysu w ochronie zdrowia, wynikającego z braku równowagi między zapotrzebowaniem, a możliwościami finansowymi systemu, którego jednym wymiarem jest kryzys działania, drugim kryzys zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Specyficzną cechą obecnej sytuacji jest kumulowanie się wielu negatywnych zjawisk, z których znaczna część została wywołana błędami władzy, która próbując przeprowadzić reformę, i czyniąc to bez należytego przygotowania, prowadziła raczej do pogarszania jakości działania, aniżeli do jego poprawy.

Nakładanie się na siebie prakseologicznego i moralnego wymiaru kryzysu narzuca ramy, którym powinny być podporządkowane działania obecnej fazy reformy (można

jej określić jako dalekosiężne jej cele). Z jednej strony chodzi o nadanie systemowi cech organizacji przyjaznej wobec pacjentów – także wobec pracowników - a z drugiej o ochronę środków publicznych (unikanie postulatu zwiększania wydatków jako warunku poprawy). Mając świadomość niskiego poziomu finansowania sektora należy koncentrować się na efektywnym wykorzystywaniu środków – co nie powinno być traktowane jako zdawkowy slogan, ale jako postulat inspirujący poszukiwanie możliwie najlepszych rozwiązań.

Z technicznego punktu widzenia najważniejszą ideą proponowanego modelu ma być koncepcja współistnienia kilku zakresów świadczeń, różniących się pod względem zawartości, zasad dostępu i finansowania. Pierwszy zakres to świadczenia, których finansowanie ma być gwarantowane ze środków publicznych. Świadczenia te obejmują procedury o potwierdzonej skuteczności i spełniające w zadowalającym stopniu kryterium koszt-efekt (dostatecznie duża korzyść zdrowotna za akceptowaną wielkość nakładu. Dostęp, w zasadzie bezpłatny w momencie korzystania – ewentualne rzadko stosowane dopłaty służą sterowaniu strumieniem zapotrzebowania i są kalkulowane w wysokości nie tworzącej bariery przy podejmowaniu decyzji o korzystaniu – oparty jest na kryterium obywatelstwa. Wprowadzenie obywatelstwa jako źródła uprawnień ma zlikwidować barierę dostępu – dramatycznie odczuwaną przez pacjentów – związaną z licznymi wymogami formalnymi. Dostęp do świadczeń gwarantowanych na poziomie POZ jest łatwy, na wyższych szczeblach podlega różnorodnym reglamentacjom (skierowania, czas oczekiwania), które są niezbędne dla racjonalnego działania systemu. Zasada ta nie zmienia powszechnego obowiązku uczestniczenia w gromadzeniu środków służących w finansowaniu ochrony zdrowia (składka powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego). Zawsze, na każdym szczeblu, mają być podejmowane wysiłki dla zapewnienia odpowiedniego standardu jakościowego – co też jest związane z przyjaznym charakterem systemu. Zakres udzielanych indywidualnie świadczeń jest podporządkowany zaspokojeniu potrzeby zdrowotnej i nie jest bezpośrednio powiązany z wielkością dokonanych wcześniej wpłat.

Drugi zakres świadczeń to świadczenia rekomendowane. Są to świadczenia o potwierdzonej skuteczności, ich stosowanie przyczyniałoby się do poprawy sytuacji zdrowotnej, ale których relacja koszt-efekt nie jest dostatecznie zadowalająca, a więc

takie, na które system publiczny, w obecnej sytuacji finansowej, nie może sobie pozwolić. Dla zwiększenia możliwości ich stosowania, poprawy dostępności i jakości należy wspierać publiczno-prywatne partnerstwo, co prowadziłoby do wykorzystywania środków pochodzących z obydwu tych źródeł. Oznaczałoby to tworzenie różnorodnych zachęt ekonomicznych do wydatkowania prywatnych pieniędzy na ten cel. Zachęty te mogłyby być stosowane zarówno przy wspieraniu tworzenia infrastruktury służącej wytwarzaniu tych świadczeń (np. ulgi inwestycyjne), jak i w fazie bieżącego finansowania (dopłaty do pobieranych opłat, ulgi podatkowe dla pacjentów). To w tej sferze otwierałyby się największe możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń, które stanowiłyby formę finansowania stawianą wyżej, niż bezpośrednie dopłaty.

Trzeci zakres świadczeń to świadczenia uzupełniające, bezpieczne według uznanych standardów, ale odgrywające drugorzędną rolę w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Po ich dopuszczeniu do obrotu (o czym decydują przepisy z zakresu zdrowia publicznego) decyzje o ich produkcji oraz decyzje o korzystaniu, są traktowane jako decyzje prywatne, których finansowanie jest pozostawione indywidualnym decyzjom inwestorów i pacjentów.

Mimo istnienia trzech zróżnicowanych zakresów świadczeń system jest podporządkowany jednolitym zasadom. Władza publiczna jest zobowiązana do ustalania priorytetów zdrowotnych, co powinno mieć wpływ na politykę w zakresie kształcenia, rozwoju nowych specjalności i inwestycji. Inicjatywy przedstawiane przez różne środowiska – administrację samorządową, organizacje społeczne, grupy prywatne i jednostki, zgodne z przyjętymi priorytetami powinny korzystać ze wsparcia organów publicznych. Władza publiczna jest także odpowiedzialna za tworzenie i zapewnienie funkcjonowania systemu informacji, której efekty powinny być traktowane jako dobro publiczne, nie stające się przedmiotem transakcji komercyjnych. Również tworzenie i zapewnienie działania działań kontrolnych, zwłaszcza w zakresie jakości, jest stałym obowiązkiem publicznym.

Zasada solidarności i równego dostępu jest stosowana w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych (indywidualne ryzyko zdrowotne nie ma wpływu na wielkość pobieranych środków). Środki publiczne, przeznaczone na te świadczenia, są

tworzone z publicznej, przymusowej składki, płaconej w wysokości ustalonej przez parlament, proporcjonalnie do uzyskiwanych dochodów (za osoby nie uzyskiwanych dochodów składka jest opłacana ze środków budżetowych przez zobowiązane instytucje). Nie ma konkurencji między instytucjami pełniącymi rolę publicznego płatnika. O możliwości zaliczenia procedury do zakresu świadczeń gwarantowanych decyduje niezależna agencja profesjonalna. Jej decyzja obejmuje ocenę relacji koszt-efekt (podstawa włączenia), zasady tworzenia kolejek, jeśli taka potrzeba zachodzi (maksymalny czas oczekiwania, zasady skracania czasu oczekiwania), ewentualne dopłaty. Jednocześnie buduje się standardy postępowania medyczne, które dostarczają wzorców właściwego postępowania, czyniąc postulat poprawy jakości przedmiotem zorganizowanych inicjatyw.

Zasada solidarności i równego dostępu nie jest stosowana w odniesieniu do świadczeń rekomendowanych. Są one finansowane z dużym udziałem środków pochodzących z opłat (dopłat) oraz z dodatkowych, prywatnych ubezpieczeń (wówczas indywidualne ryzyko zdrowotne może mieć wpływ na wielkość pobieranych składek). Ramy prawne tych aktywności muszą być tworzone przez właściwe organy publiczne, także nadzór nad jakością musi być zapewniony. Przydatne byłoby powołanie do życia instytucji arbitrażowych tak, by unikać konieczności odwoływania się do sądu przez strony, uważające się za pokrzywdzone.

Podobne zasady muszą obowiązywać w odniesieniu do pozostałych świadczeń, choć działania kontrolne mogą być prowadzone mniej rygorystycznie (co nie dotyczy jakości medycznej).

Definiowanie zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych musi być procesem rozłożonym w czasie i poddanym sformalizowanej procedurze realizowaną przez specjalnie w tym celu utworzoną instytucję (agencję). Zadaniem tej profesjonalnej i niezależnej instytucji byłaby ocena relacji koszt-efekt procedur, które miałyby być włączone do zakresu gwarantowanego. Jeśli relacja byłaby uznana za niezadowalającą minister podejmowałby decyzję o wykreśleniu procedury. Idealem byłoby włączenie do zakresu gwarantowanego jedynie procedury spełniające zdefiniowane wymogi (oczywiście, wymogi te byłyby modyfikowane wraz z rozwojem wiedzy, a także wraz ze zmianami możliwości finansowych).

Pozytywne cechy działania systemu (system przyjazny) są bezpośrednio powiązane z jakością świadczeń. Świadczenia powinny być oparte na standardach postępowania medycznego, a ich przestrzeganie ma być elementem nadzoru (zarządzania) nad jakością. Koordynacją tworzenia standardów – przy własnym udziale – powinna być instytucja monitorująca jakość świadczeń. Jej rola powinna umożliwić budowę standardów w sposób eliminujący lobbingowe działania przedstawicieli poszczególnych specjalności (uzgadnianie interesu publicznego).

Budowa nowego płatnika musi być oparta na Narodowym Funduszu Zdrowia i w 2005 rok płatnik powinien wejść bez zmiany podstawowych struktur (osobowość prawna Funduszu, oddziały wojewódzkie). Natomiast istotnej zmianie ulegną: zasady powoływania władz (rada wybiera prezesa i sprawuje funkcje kontrolne), zawieranie umów poddane będzie zasadom podanym do wiadomości. Z czasem oddziały wojewódzkie zyskają większą samodzielność, zwiększy się rola samorządów terytorialnych w tworzeniu zasad polityki zdrowotnej i bieżącego zarządzania oraz rozszerzy ramy stosowania dialogu społecznego w przygotowaniu i podejmowaniu decyzji. To w tej dziedzinie koncepcja wielofazowości reform będzie odgrywała szczególną rolę.

Podstawą budowania wewnętrznych więzi powinny pozostać umowy zawierane między płatnikiem i świadczeniodawcami, a także między świadczeniodawcami. Jednak rygorystyczne i sformalizowane umowy, które dotychczas dominowały muszą być zastąpione przez umowy bardziej elastyczne i zostawiające świadczeniodawcom więcej swobody, choć w żadnym razie nie osłabiające dyscypliny finansowej. Pierwszym krokiem w tym kierunku powinna być rezygnacja z konkursu ofert wszędzie tam, gdzie tworzyły one pozór stosunków konkurencyjnych. Również stosowanie zasady globalnych budżetów oraz mechanizmów przeciwdziałających praktyce przerzucania kosztów, powinien ułatwiać bardziej swobodne traktowanie umów. Postulat unikania bodźców prowadzących do patologicznych reakcji powinien być stosowany wręcz automatycznie.

Jednak to nie techniczne zmiany są głównym punktem, na który nakierowane są proponowane zmiany. Tworzenie bodźców zachęcających uczestników systemu do

pozytywnych zachowań są podporządkowane dążeniu do budowy systemu przyjaznego i oszczędnego. Rzec w tym, by pacjenci nie czuli się jak intruzi w obcym, nie znanym sobie systemie, zwłaszcza wszędzie tam, gdzie wyraźną poprawę jakości można osiągnąć bez nadmiernych nakładów finansowych. Jednocześnie nastał czas, by pracownicy systemu dostrzegli wspólnotę dążeń razem z decydentami, którzy przez długi czas byli postrzegani jako element mało sprzyjający interesom ludzi związanych z systemem. Wprowadzane zmiany muszą zatem otwierać także perspektywy przed pracownikami (pewność zatrudnienia, sensowność pracy, szanse zwiększania dochodów).

Dalsze prace dotyczące koncepcji zmian muszą składać się z kilku nurtów. Po pierwsze, przedstawione założenia (rekomendacje) muszą być przetłumaczone na język projektu ustawy (oczywiście pod warunkiem ich politycznej aprobaty). Po drugie, konieczna jest polityczna deklaracja dotycząca wielofazowości reformy, przy ukazaniu jej strategicznych perspektyw. Po trzecie, konieczne jest pozyskanie politycznego poparcia dla idei wdrażania mechanizmów racjonalizujących strukturę świadczeń i wykorzystywania osiągniętych w ten sposób oszczędności dla dobra systemu – dla dobra pacjentów i pracowników. Po czwarte, podkreślenia wymaga związek organizacji systemu z całym kontekstem politycznym, przy czym szczególną uwagę warto poświęcić relacjom z sektorami społecznymi. Po piąte, niezbędna jest wyraźna zmiana stylu bieżącego zarządzania, który niezależnie od strategicznych przekształceń może przyczynić się do poprawy wizerunku systemu.

METODOLOGIA

I. Znaczenie diagnozy

Punktem wyjścia sposobu organizowania prac Zespołu jest teza, że podstawą jakichkolwiek zmian zasad działania systemu zdrowotnego musi być możliwie precyzyjna diagnoza, w której zidentyfikowane byłyby główne objawy kryzysu oraz – w miarę możliwości – wyjaśnienia przyczyn, które do nich doprowadziły. Zła diagnoza z reguły uniemożliwia sformułowanie sensownych rekomendacji, dobra diagnoza otwiera możliwości podjęcia racjonalnej terapii.

II. Reforma jako proces

Szukanie nowych (lepszyc) rozwiązań jest podporządkowane idei reformy jako procesu. Reforma nigdy nie jest jednorazowym aktem, ale zawsze składa się z całego łańcucha następujących po sobie przekształceń, nawet jeśli autorzy zmian nie zdają sobie z tego w pełni sprawy. Polska opieka zdrowotna ma już za sobą kilka etapów reformy, które jednak – prawdopodobnie wbrew dążeniom decydentów – przyniosły raczej pogorszenie, niż polepszenie sytuacji. Kolejne fazy zmian będą trwały wiele lat, składając się z kolejnych etapów przejściowych. I decydenci i opinia publiczna muszą być do tej sytuacji przygotowani.

To nie odległy w czasie „docelowy” model ma być przedmiotem dążeń, ale ujawnione w diagnozie szczegółowe dysfunkcje. Punkt wyjścia, bardziej niż punkt dojścia, jest czynnikiem organizującym koncepcje zmian. Tak więc przedmiotem prac zespołu ma być zaprojektowanie drogi prowadzącej do naprawy systemu, drogi składającej się z wielu etapów, które będą projektowane stopniowo, przyjmując rozwiązania odpowiadające zmieniającym się warunkom.

Proponowane rozwiązania mogą mieć charakter tymczasowy, gdyby okazały się nie dość skuteczne, z punktu widzenia realizowanych celów. Należy jednak podkreślać, że dążenie do stopniowej stabilizacji systemu, zwłaszcza na poziomie jego fundamentalnych zasad powinno być traktowane jako wartość. W deklaracji o dążeniach realizowanych w przygotowywanej obecnie fazie reform obietnica

stabilizacji powinna się znaleźć. Kolejne zmiany – nieuchronne – powinny być zatem podporządkowane wartościom, które powinny być wpisane w budowany system.

III. Zasady systemu

Równolegle z pracami zmierzającymi do rozwiązywania najbardziej dolegliwych, doraźnych problemach powinien postępować proces poszukiwania i uzgadniania fundamentalnych zasad systemu. To one właśnie powinny być powiązane z wartościami, o których była wyżej mowa. Jest to jednak proces skomplikowany, angażujący poszukiwania koncepcyjne, etyczne i polityczne, trudno więc przesądzać, kiedy dojdzie do wystarczającego stopnia porozumienia. Jego osiągnięcie nie może być traktowane jako warunek podjęcia i postępu prac reformatorskich, ale jest niezbędnym elementem reformy, bez którego doraźne zmiany stać się mogą serią chaotycznych przekształceń.

Fundamentalne zasady systemu powinny być definiowane w kategoriach wartości, a nie poprzez finansowe lub organizacyjne mechanizmy, które miałyby go w przyszłości charakteryzować. Należy więc nawiązać do pojęcia sprawiedliwości i solidarności, a także efektywności działania, dzięki której dostępne środki pozwolą na osiągnięcie jak największej korzyści zdrowotnej jak największej liczbie ludzi (obywateli). Cechy takie, jako przynależne systemowi, nie mogą być osiągnięte przez zadekretowanie, ale muszą być stale obecne jako drogowskaz pozwalający wybierać lepsze rozwiązania, przy wdrażaniu kolejnych faz przekształceń.

Jeżeli osiągnięcie zgody co do rozwiniętej charakterystyki fundamentalnych zasad reformowanego systemu nie jest obecnie możliwe, to konieczne jest przyjęcie podstawowych przesłanek, które mogą stanowić punkt odniesienia projektowanych zmian. W pracach Zespołu starano się ograniczyć do minimum liczbę dokonywanych wyborów etycznych (aksjologicznych) koncentrując się na faktach (ograniczeniach) czytelnych bez nadmiernie rozbudowanej interpretacji – w granicach, w jakich było to możliwe. W konsekwencji proponowane zmiany są projektowane dla biednego systemu zdrowotnego, działającego w biednym kraju, w warunkach nieustabilizowanej sytuacji politycznej. Przyjęcie tej charakterystyki pomaga dostrzec racjonalność propozycji.

IV. Zadania Zespołu

Zadaniem Zespołu jest opracowanie wstępnych propozycji rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia oraz założeń do projektów aktów normatywnych w tym zakresie. Te ogólne sformułowania zawarte w założeniach muszą być interpretowane zgodnie z orzeczeniem TK, a więc ze stwierdzeniem, że nie tylko wybrane, zaskarżone przepisy naruszają Konstytucję, ale model opieki zdrowotnej, na tych przepisach oparty, obraża Konstytucję. A zatem to, co musi być zmienione, to jego podstawowe konstrukcje.

Trybunał stwierdził, że instytucjonalne gwarancje ochrony zdrowia to przede wszystkim obowiązek stworzenia (i nadzorowania) systemu opieki zdrowotnej. Jeśli tak, to w polu uwagi zespołu musi znaleźć się nie tylko instytucja płatnika – co wynika wprost z orzeczenia niekonstytucyjności ustawy o ubezpieczeniu w NFZ – ale także szeroko postrzegany układ instytucji, wśród których płatnik działa i bez których funkcje opieki zdrowotnej nie mogłyby być realizowane. Jeśli mowa o systemie, to przedmiotem uwagi muszą być także relacje pomiędzy poszczególnymi elementami (podsystemami) systemu.

W tych warunkach przypomnienie metodologicznych założeń na temat reformy jako procesu ma charakter wytycznej organizującej pracę Zespołu. Ze względu na bardzo duży zakres problemów, które wchodzą w grę, a także drastycznie ograniczony czas, kiedy zmiany mają być przygotowane, jednoczesne podjęcie bardziej szczegółowych analiz dużej liczby problemów nie jest możliwe. W związku z tym jako priorytet uznać należy prace dotyczące organizacji i reguł działania płatnika, przy jednoczesnym stawianiu problemów wizji systemu, w którym płatnikowi przyjdzie w przyszłości operować. Tylko w wyjątkowych okolicznościach podejmowane będą kwestie inne, wynikające z braku zgodności proponowanych rozwiązań z regulacjami obowiązującymi w otoczeniu.

V. Proces polityczny

Teza o wieloetapowości procesu reformatorskiego powinna być potraktowana jako element politycznej deklaracji Ministra Zdrowia, a być może także Rządu. Jest to

bezpośrednia konsekwencja odczytania uzasadnienia wyroku Trybunału Konstytucyjnego, w którym postulat przebudowy podstaw systemu, ze względu na ich niekonstytucyjność jest podkreślany z pełną mocą. Jeśli tak, to proces zmiany tej sytuacji musi być prowadzony. Sytuacja polityczna jest taka, że prawdopodobieństwo jego zakończenia przez układ partyjny znajdujący się obecnie przy władzy nie jest wielkie. Jednak to ten układ musi go rozpocząć, podejmując próbę zagwarantowania mu warunków konsekwentnej kontynuacji także w przyszłości. Stąd bardzo duże znaczenia pozyskania ponadpartyjnego poparcia dla kierunków – podkreślimy: kierunków, kierunków nie koniecznie wszystkich szczegółowych rozwiązań – proponowanych zmian.

VI. Postępowanie początkowe

Biorąc pod uwagę ograniczony zakres problemów, które mają być podjęte w pierwszej fazie prac, a także uświadamiając sobie presję czasu przyjąć należy nie tylko specyficzny tryb pracy, ale również kilka specyficznych rekomendacji wkraczających w sprawy merytoryczne. Wśród nich są następujące:

- ograniczenie zakresu zmian, nie tylko w sensie zawężenia analizy do tych, które zapewniają spełnienie warunków wskazanych w orzeczeniu, ale również w sensie limitowania spraw, instytucji i środowisk, których pozycja i interesy mogą być naruszane proponowanymi zmianami;
- traktowanie zastanej struktury płatnika (NFZ) jako punktu wyjścia budowania nowego płatnika, a struktur innych uczestników systemu jako naturalnych kontrahentów zachodzących w systemie relacji;
- zmiany struktury płatnika i innych instytucji (zasad ich tworzenia i funkcjonowania) powinny iść w kierunku znacznego uproszczenia;
- to samo dotyczy przyszłych reguł postępowania (wiele działań potrzebnych w racjonalnych działaniach płatnika – informacja, ocena jakości – mogą być wykonywane przez instytucje zewnętrzne, także przez administrację publiczną);
- szczególną uwagę należałoby zwrócić uwagę na zawieranie umów, które powinno pozostać podstawową formę budowania więzi organizacyjnych, ale ich tryb ich zawierania, zwłaszcza w 2005 r. musi być na tyle uproszczony, aby płatnik mógł go zrealizować, nie powtarzając stanu niepewności z 2004 r.

VII. Dalsze kroki

Postulat koncentrowania prac zespołu na strukturze i regułach działania płatnika nie może prowadzić do utraty z pola widzenia szerokich kontekstów, kontekstów w których system zdrowotny realizuje swoje zadania. Po pierwsze, chodzi o liczne instytucje współpracujące z płatnikiem w ramach systemu zdrowotnego. Nowe spojrzenie na ich funkcje jest niezbędne dla ustalenia roli płatnika w reformowanym systemie, który musi odzyskiwać stopniowo swoją spójność. Po drugie, chodzi o instytucje szerszego zaplecza organizacyjnego i politycznego – relacje w ramach rządu i innych struktur władzy, współdziałanie z organizacjami profesjonalnymi i społecznymi. Układ tych relacji będzie decydujący – aczkolwiek zmieniany powoli – dla kształtu przyszłego systemu, choć ich przekształcenia będą zależne bardziej od procesu politycznego, aniżeli od koncepcji zmian w ochronie zdrowia..

SZKIC DIAGNOZY

Przygotowanie projektu zmian w systemie opieki zdrowotnej wymaga w pierwszej kolejności przedstawienia diagnozy. Zarówno ze względów metodologicznych, jak i głównie ze względu na troskę o skuteczność propozycji, właściwe jest utworzenie założeń do systemowych zmian i rekomendowanie konkretnych rozwiązań na podstawie diagnozy stanu wyjściowego. W diagnozie opisuje się główne przejawy kryzysu w systemie, ale również przyczyny, które – na podstawie posiadanej wiedzy o uwarunkowaniach procesów zachodzących w ochronie zdrowia, doprowadziły do obecnego kryzysu. Rozwiązania, które będą w przyszłości wdrażane powinny wyeliminować lub co najmniej silnie osłabiać objawy kryzysu, ale także eliminować zjawiska, które wywołają kolejne kryzysy. Zwłaszcza te, będące efektem wcześniejszych błędów reformatorskich oraz sprzyjać temu, aby w przyszłości nie występowały.

Wydaje się, że praca naszej grupy jest pierwszym od dawna przypadkiem, że jakaś faza reformy rozpoczyna się od propozycji diagnozy, a nie od serii apriorycznie przyjmowanych recept. Proponowana diagnoza składa się z trzech części:

- a) listy zjawisk i obszarów kryzysowych,
- b) ogólnej interpretacji wyjaśniającej tło i źródła kryzysu,
- c) wstępnego wskazania szczegółowych wątków.

I. Lista zjawisk i obszarów kryzysowych

Punktem wyjścia diagnozy jest teza o istnieniu wielowymiarowego kryzysu w opiece zdrowotnej (systemie ochrony zdrowia). Chodzi tu zarówno o ujawnienie tego, co jest przejawem kryzysu, jak i wskazanie obszarów, gdzie jakieś zjawiska kryzysowe występują. Konieczne jest wyraźne postawienie tezy, że obecny kryzys – będący skumulowanym efektem narastających przez lata negatywnych zjawisk - tym, między innymi, różni się od poprzednich, że w znacznym stopniu został wywołany nieudolnymi działaniami władz wprowadzającymi wcześniejsze fazy reformy opieki zdrowotnej, zarówno w 1999 r., jak i zmiany wprowadzane po 2001 r. Bardzo złe organizowanie i prowadzenie procesu musi być zatem potraktowane zarówno jako sprawca, jak i jako przejaw kryzysu. Podkreślenie tego faktu jest tym ważniejsze, że

ani wielu reformatorów, ani Sejm jako normodawca, nie mają tendencji do uczenia się na błędach, w związku z czym popełnienie (powtórzenie) starych błędów jest bardzo realne, co utrudnia wyjście poza krąg stosowanych od dawna koncepcji;

Z merytorycznego punktu widzenia kryzys obecny jest w następujących przejawach i obszarach:

a) w pogorszeniu stanu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Dotyczy to zarówno następstw obiektywnie istniejących uwarunkowań, których znaczna część jest efektem błędów wcześniejszych zmian (niejasność reguł dostępu i korzystania, niejasność zasad zawierania i wykonywania umów), jak i poczucia zagrożenia odczuwanego przez pacjentów i ich rodziny w sytuacji choroby. Przyczynia się do tego zarówno brak pewności, czy pracownicy zastosowali najbardziej właściwe metody postępowania, czy działali z należytą starannością przy rozpoznawaniu problemu zdrowotnego i doborze terapii, a także daleko posunięta niejasność co do treści zasad obowiązujących w systemie i ich zmienność. Zagrożenie bezpieczeństwa jest także potęgowane przez brak dostępnej informacji na ten temat,

b) w polityce zdrowotnej państwa, w której nie definiuje się strategicznych celów i priorytetów (łącznie ze sposobem przygotowywania i wdrażania reform, które prowadzone były w oderwaniu od celów zdrowotnych). Państwa nie należy zachęcać do powoływania nadmiernej liczby nowych instytucji, choć brak niektórych z nich jest z pewnością jedną z przyczyn kryzysu, ale do stworzenia odpowiedniego prawa, w ramach którego istnieje układ zachęt motywujących działania (zachowania) społecznie pożądane. Bodźce te powinny umożliwiać samokorektę – tam, gdzie jest to możliwe - w przypadkach działań negatywnych, bez konieczności wdrażania kolejnej, wielkiej reformy. Rząd, który wielokrotnie nieudolnie reformował służbę zdrowia, nigdy nie przedstawił bardziej całościowych celów (kierunków) licznych zmian, co jest istotą polityki.

c) w strategicznym i bieżącym zarządzaniu, co dotyczy zarówno treści, jak i stylu podejmowanych decyzji. Błędy i niska jakość zarządzania występują na wszystkich szczeblach, ale ich natura jest różna.

Na szczeblu centralnym problemy zarządzania polegają na:

- Nieumiejętnej i niedostatecznej koordynacji w systemie ochrony zdrowia, co ma szczególne znaczenie w związku z postępującymi procesami prywatyzacji i komercjalizacji segmentów systemu (niezbędne wcześniejsze opracowanie i wdrożenie standardów postępowania, wprowadzenie procedur kontroli jakości itp.)
- Niedostatecznej informacji oraz braku wiarygodnych prac eksperckich niezbędnych w procesie podejmowania decyzji. Nie ma dobrego systemu monitorowania zjawisk występujących w opiece zdrowotnej na poziomie faktów. Próby jego budowania były wielokrotnie torpedowane, także pod pretekstem walki z biurokratycznymi wymogami.
- Braku procedur planowania (prognozowania i projektowania) niezbędnych zasobów do „produkcji” świadczeń zdrowotnych: kadr, inwestycji i zakupów urządzeń medycznych. Planowanie kadr na szczeblu kraju wymaga synchronizacji wniosków stąd płynących z działaniami uczelni medycznych, których interesy w tej dziedzinie nie zawsze są zbieżne z interesem krajowym. W odniesieniu do sprzętu medycznego to partykularne dążenia różnych placówek, które chcą gromadzić zasoby ponad miarę zapotrzebowania, a także ponad możliwości bieżącego finansowania (eksploatacja, konserwacja) jest jednym z istotnych źródeł dysfunkcji systemu. Dysfunkcje pogłębiają się ze względu na drastyczne przeszkody w koordynowaniu wykorzystywania udostępnionego już sprzętu.

Na szczeblu samorządu terytorialnego problemem jest niedostateczne przygotowanie kadr do realizacji funkcji planistycznych w ramach wyodrębnionej jednostki administracyjnej (województwo, powiat, gmina), a także organu założycielskiego placówek ochrony zdrowia. Sytuację pogarsza brak określenia środków do realizacji tych i innych funkcji samorządu w systemie ochrony zdrowia, szczególnie dotyczących zdrowia publicznego.

Na szczeblu mikroekonomicznym – placówek ochrony zdrowia – niska jakość zarządzania polega nie tylko na niskiej efektywności ekonomicznej, ale przede wszystkim na złej organizacji usług, często w sprawach elementarnych, co prowadzi do szeroko odczuwanego poczucia lekceważenia pacjentów.

Przyczyny złego zarządzania wynikają w znacznym stopniu z przewagi celów politycznych – doraźnych i długofalowych - nad rzeczowymi, co przejawia się w prowadzeniu gry politycznej służącej pozornemu łagodzeniu konfliktów (porozumienia z protestującymi środowiskami), oraz w manipulacjach mających na celu wzmocnienie pozycji lub rozszerzenie zakresu władzy. Czynnikiem szczególnie negatywnie działającym na jakość zarządzania jest poza merytoryczny dobór kadr na wszystkich (bez mała) szczeblach zarządzania nominacje oparte na kryterium lojalności politycznej lub personalnej, pozbawione niejednokrotnie nie tylko kryteriów merytorycznych, ale także etycznych. Dziwi zaiste, że sprawy te, który były ostatnio źródłem wielu dysfunkcji, okazują się tak trudne do rozwiązania.

d) w sposobach zbierania i alokacji środków finansowych. Kryzys w tej sferze jest bardzo poważny i jest źródłem kryzysu w innych sferach. Polega zarówno na niskim poziomie finansowania publicznego, przy stale wysokiej dynamice kosztów opartych na cenach zewnętrznych wobec systemu (ceny leków, sprzętu medycznego, eksploatacji infrastruktury, pozapłacowych kosztów pracy) oraz przy wzroście tzw. potrzeb zdrowotnych (generowanych przez wzrost wykształcenia, reklamę, procesy demograficzne), jak i niskiej efektywności gospodarowania środkami. Skutki kryzysu finansowego przejawiają się w:

- Systematycznym zadłużaniu się placówek ochrony zdrowia. Wysoki i w ostatnich latach rosnący poziom zobowiązań wymagalnych oraz kosztów obsługi długów w publicznych samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej i w zakładach prowadzonych przez instytuty naukowo – badawcze. To zjawisko, w przypadku konieczności likwidacji zakładu w następstwie utraty płynności finansowej, tworzy duże zagrożenie dla finansów organów założycielskich tych zakładów. W przypadku nagłej likwidacji zakładów i niemożności przejęcia jego funkcji przez inne podmioty, może powstać obniżenie poczucia bezpieczeństwa obywateli (utrata dotychczasowy miejsc leczenia i miejsc pracy).
- Nieracjonalnej strukturze wydatków – z jednej strony dominacja celów bieżących (bieżącego „łatania” deficytów) i przerzucanie kosztów, a z drugiej zgoda na zadłużanie się, traktowana jako element swoiście rozumianej strategii.

- Nacisku na wzrost finansowania (dofinansowania) ze środków prywatnych (gospodarstw domowych i firm), zarówno poprzez system oficjalnych dopłat, jak również poprzez wykorzystywanie przepływów nieformalnych.
- Silnej presji na poziom płac personelu medycznego, co skutkuje konfliktami wśród kadry medycznej (lekarze różnych specjalności, lekarze – pielęgniarki), nieefektywną gospodarką zasobami kadrowymi (lekarze wykonują prace administracyjne oraz pielęgniarskie ograniczając zatrudnianie pielęgniarek) oraz zjawiskami korupcyjnymi (patrz diagnoza i zalecenia raportu Banku Światowego na temat korupcji).

Przyjmowane rozwiązanie w tej dziedzinie – idea szerokiego zakresu świadczeń dostępnych „bezpłatnie” – były następstwem wyborów na poziomie deklarowanych wartości społecznych dotyczących sposobów dzielenia odpowiedzialności za zdrowie. Warto jednak zauważyć, że znaczna ich część była raczej obiektem dziedziczenia stereotypów, a nie przedmiotem świadomie podejmowanych, które mieściłoby się w logice transformacji, kiedy odrzucona została koncepcja socjalistycznej służby zdrowia. W związku z tym konieczne jest powrót do problemu wyodrębnienia zakresu publicznej odpowiedzialności (to co jest przedmiotem konstytucyjnej odpowiedzialności) oraz wskazanie metod precyzowania jej zakresów. Jednocześnie – ponieważ publiczna odpowiedzialność będzie obejmowała tylko część działań dostępnych w systemie zdrowotnym – nieodzowne jest wskazanie innych podmiotów i obszarów odpowiedzialności, w tym także innych metod pozyskiwania pieniędzy (indywidualnej, grupowej, pracodawców, pomocowej).

W sferze zarządzania bardzo silnie jest odczuwany brak w miarę obiektywnych i czytelnych zasad alokacji środków publicznych pomiędzy różne obszary opieki zdrowotnej, programy, regiony i do różnych świadczeniodawców. Alokacja publicznych środków zawsze jest w znacznym stopniu przedmiotem wyborów publicznych. Gdy dokonywane są przy braku poszanowania dla demokratycznych zasad, bardzo łatwo mogą być dokonywane pod presją grup lobbystycznych, chroniących wyłącznie swój, a nie społeczny interes. Obiektywizacji zasad nie sprzyjają wciąż zmieniające się zasady kontraktowania świadczeń oraz luki istniejące w systemach informacji ekonomicznych oraz informacji na temat skuteczności i jakości opieki zapewnianej w konkretnych instytucjach. Organy władzy państwowej

prawie w ogóle nie podjęły działań na rzecz udostępnienia społeczeństwu informacji ułatwiających podejmowanie wyborów odnośnie miejsca leczenia, w tym informacji o jakości różnych świadczeniodawców.

e) w braku procedur dialogu społecznego w systemie ochrony zdrowia oraz fatalnym stylu komunikowania się. Można twierdzić, że jest to problem paraliżujący racjonalne decyzje w całym kraju i w wielu jego sektorach. Pomimo wyraźnego postępu w budowie instytucji dialogu społecznego podejmowane dotychczas próby rozmów dokonywane były w ostrych fazach kryzysu, z brakiem przestrzeni negocjacyjnej a nie jako „normalna” procedura zapobiegająca konfliktom i kryzysom. Ponadto nastąpiło całkowite zaprzestanie rzeczowego dialogu ze społeczeństwem i pacjentami. Szczególnie niepokojące są składane społeczeństwu przez kolejne ekipy polityczne obietnice zapewnienia niczym nieograniczonego dostępu do wszystkich świadczeń zdrowotnych. Takie obietnice sprzyjają wzrostowi roszczeniowych postaw wśród wielu pacjentów, silnie antagonizujących ich relacje z pracownikami medycznymi i sprzyjają potęgowaniu wizji o wyłącznie negatywnych cechach opieki zdrowotnej w środkach masowego przekazu. Doceniając rosnącą rolę masmediów dla ochrony interesów ubezpieczonych i pacjentów, szczególnie wobec słabości innych sposobów dochodzenia uprawnień, należy z niepokojem obserwować przedstawianie wyłącznie katastroficznego obrazu opieki zdrowotnej, zmniejszającego zaufanie obywateli, i do polityków, i do środowiska medycznego. Tymczasem, mimo wielu przejawów kryzysu, w ostatnich latach silnie wzrosło korzystanie z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w setkach miejsc na terenie całego kraju pacjenci mają zapewnianą skuteczną opiekę zdrowotną, a dziesiątki tysięcy osób zatrudnionych w opiece zdrowotnej ma możliwości zarobkowania i rozwoju zawodowego.

Spółeczeństwo chciałoby i ma prawo wiedzieć co się dzieje w systemie, głównie z punktu widzenia uprawnień obywateli i zasad korzystania: ilu osobom odmawia się leczenia i z jakiego powodu, jakie są możliwości wprowadzenia list osób oczekujących na poszczególne zabiegi, itp. Budując procedury dialogu społecznego warto pamiętać o następujących warunkach wstępnych. Po pierwsze, że władza nie może postępować w sposób, który jest szeroko odczytywany jako dążenie do jednostronnego narzucenia warunków i/lub oszukania partnerów. Po drugie, silne

grupy w systemie nie powinny permanentnie demonstrować swojej wyższości i wykorzystywać swojej przewagi. Po trzecie, niezbędne jest wzmocnienie „głosu” obywatela i pacjenta, zwłaszcza w związku z oczywistym postulatem przestrzegania praw pacjenta.

f) w pogłębianiu nieprzejrzystości funkcjonowania systemu. System ochrony zdrowia jest z natury trudny do oglądu na skutek asymetrii profesjonalnej informacji między środowiskiem medycznym a „cywilnym” społeczeństwem. Jednak w polskim systemie nie dąży się do zmniejszenia poziomu asymetryczności. Tymczasem brak informacji w sytuacji zmiany, prowadzi do plotek i wzrostu poczucia zagrożenia. Nieprzejrzystości sprzyjają zachowania lekarzy; brak dialogu z pacjentem, trudności w trafnej ocenie jakości świadczeń medycznych (przez zastosowanie wskaźników, standardów, systemów oceny typu „medycyna oparta na dowodach”) i przede wszystkim nikle wykorzystanie opinii pacjentów. Z drugiej strony pacjenci „karmieni” reklamą, opiniami dziennikarskimi oraz ciągle obecnym stylem „poruszania się w systemie” przez znajomości i/lub za pieniądze zachowują się roszczeniowo.

W celu równoważenia informacji pacjenci powinni zdobywać świadomość, że nie istnieje nic takiego jak „darmowa usługa zdrowotna”, choć istnieją i są społecznie aprobowane różne formy uczestniczenia w ponoszeniu kosztów jej funkcjonowania (za każdą usługę ktoś płaci). Z kolei z perspektywy świadczeniodawcy nie ma żadnych racji, aby medycyna miała pozostać jedynym zawodem, w którym pracownik ma moralny obowiązek poświęcania się dla innych bez względu na to, jak go traktują i jak mu za to płacą. W zwiększaniu przejrzystości szczególnie ważne jest zdobycie poparcia lekarzy dla wprowadzenia proponowanych w przyszłości metod oceny ich pracy.

g) w braku umiejętności, a nawet odczuwanej potrzeby budowania koalicji politycznych sprzyjających zmianom. To kolejny rys sytuacji, która dotyczy raczej kraju, aniżeli sektora zdrowotnego. Kiedy głównym motorem zmian politycznych pozostają skandale i afery trudno liczyć, że koalicje wokół rozwiązywania problemów zdrowotnych staną się promotorem nowego ładu. Realia wskazują jednak, że bez pozyskania poparcia większości (choćby większości w parlamencie) wprowadzenie zmian, które wymagają zmian w ustawach, nie jest możliwe. Z drugiej strony, propozycje dostatecznie rozsądne, a nie nazbyt politycznie prowokacyjne, mogłyby

stać się podstawą porozumienia, przy czym większe nadzieje można wiązać z organizowaniem koalicji mających na celu załatwienie konkretnych spraw, aniżeli z budowaniem generalnych porozumień, zawierających wolę współpracy.

h) w kryzysie etycznym środowiska medycznego, co przejawia się w koncentracji różnych medycznych grup zawodowych i instytucjonalnych na prezentacji i obronie własnych interesów, przy zaniku perspektywy bardziej ogólnej. Medycyna i przedstawiciele zawodów medycznych chlubią się humanistyczną orientacją, altruizmem i antymerkantylnym nastawieniem. W wielu tekstach deontologicznych można znaleźć potwierdzenie takich postaw, ale obserwacja rzeczywistości ujawnia, że jest to w znacznym stopniu uzurpacja. Jak na dłoni widać, że duża część instytucji reprezentujących środowiska medyczne działa jak związek zawodowy, głuchy na argumenty moralne i prawne. Zmiana tej sytuacji to jest osobne i bardzo trudne zagadnienie, którego rozwiązanie wydaje się jednak jednym z kluczy przy poszukiwaniu lepszych rozwiązań. Być może w wyniku obecnych dyskusji, kiedy natężenie kryzysu nie może uciec niczyjej uwagi, uda się doprowadzić do tego, że pewne autorytety naukowe, instytucje badawcze i organizacje zawodowe potrafią stworzyć szeroką koalicję zabiegającą o stworzenie funkcjonalnego systemu.

Kryzys etyczny polega więc na znacznym (niektórzy powiedzieliby drastycznym) osłabieniu siły oddziaływania norm etycznych, które w dużym stopniu zostały zastąpione obroną zawodowej solidarności. W efekcie niektóre środowiska medyczne uciekają się do tworzenia porozumień, mających charakter nieformalnych zmów monopolistycznych wytwórców usług, w celu ochrony swoich interesów ekonomicznych i zawodowych. Przyczyną uciekania się do takich form jest głównie brak systemowych rozwiązań, w następstwie których różni świadczeniodawcy mogliby legitymizować ustalone dla potrzeb umów warunki, które muszą spełniać dostawcy usług oraz legitymizować zasady ustalania zakresu usług objętych umową i zasady finansowania tych usług. Brak takich systemowych rozwiązań sprzyja również zawiązywaniu się różnego typu porozumień podejmujących próby nieformalnego wpływu na decyzje dysponentów środków publicznych i wpływu na publiczne instytucje ustalające zasady wydatkowania publicznych środków w opiece zdrowotnej.

Poza tym w systemie opieki zdrowotnej panuje do dziś, dziedziczona po przeszłości, ale demagogicznie wspierana, mentalność pseudoegalitarna: pacjent ma prawo

oczekiwać i żądać darmowej opieki, a lekarz (świadczeniodawca) ma obowiązek moralny pomagać we wszystkich okolicznościach. Tego nie daje się dłużej utrzymać i wiele napięć poświadcza, że granica cierpliwości została przekroczona.

i) w ideologicznym przywiązywaniu się do niektórych haseł i życzeniowego traktowania wynikających z nich mechanizmów, bez zwracania uwagi na funkcje, które faktycznie realizują i mogą realizować. Jednym ze źródeł obecnego kryzysu jest erozja przywiązania do uczciwych zasad kontaktu między pacjentem a świadczeniodawcą (lekarzem), między władzą i systemem zdrowotnym, między płatnikiem i świadczeniodawcą oraz między instytucją i pracownikiem. Wszystkie te relacje zawierają różne odniesienia ideologiczne, które w naszych warunkach dotyczą dwóch sfer: idei bezpłatności świadczeń, powiązania z hasłem równości i sprawiedliwości oraz obecności wartości chrześcijańskich w działaniach medycznych. Jednak ideologia w Polsce często nosi raczej znamiona ornamentu, wzmacniając przejawy konformizmu, a niekiedy hipokryzji, nie wywołując bardziej pogłębionej refleksji. Powstaje w ten sposób znane z przeszłości rozdwojenie między uroczyście deklarowaną fasadą i rzeczywiście realizowanymi normami postępowania w codziennym życiu. Instytucje medyczne pozwalają na to, by lekarze postępowali, jak im dyktują osobiste przekonania, bez podejmowania prób oddziaływania na zawodowy etos, natomiast na zewnątrz ogłasza się górnolotne ideały skrupulatności zawodowej, które im mają rzekomo przyświecać.

j) w pogarszającej się wrażliwości (właściwej zdolności reagowania) niektórych części systemu ochrony zdrowia na potrzeby ludności. Zgodnie z międzynarodowymi standardami miarą wrażliwości jest odpowiednia reakcja systemu na uzasadnione oczekiwania pacjentów dotyczące niemedycznych aspektów działania systemu ochrony zdrowia. Na wrażliwość systemu – która pojęciowo jest bliska postulatowi przestrzegania praw pacjenta – składają się następujące elementy:

1. poszanowanie godności pacjenta,
2. zapewnienie udziału pacjenta w decyzjach dotyczących jego zdrowia i leczenia (autonomia pacjenta),
3. zachowanie poufności i prawa pacjenta do decydowania, kto będzie miał dostęp do informacji o jego zdrowiu',

4. szybkość reagowania systemu na nagłe i inne zachorowania,
5. jakość świadczeń pozamedycznych (np. wyżywienie, różne elementy szpitalnego i ambulatoryjnego otoczenia),
6. dostęp do rodzinnego i społecznego wsparcia (np. odwiedziny, praktyki religijne),
7. swobodny wybór świadczeniodawcy (w zakresie aprobowanym w systemie).

Pierwsze trzy elementy wiążą się z podmiotowym traktowaniem pacjenta a pozostałe cztery z traktowaniem pacjenta jako pełnoprawnego klienta systemu. Obserwowane w ostatnich latach pogorszenie się wrażliwości systemu np. w dużych szpitalach akademickich i miejskich oraz przychodniach przyszpitalnych i specjalistycznych jest objawem innych kryzysowych zjawisk wiążących się m.in z błędami w zarządzaniu i finansowaniu systemu oraz z niedoskonałymi (a ostatnio kompletnie rozregulowanymi) mechanizmami działania instytucji lekarza rodzinnego.

II. Wizja ogólna kryzysu

W jednej z hipotez kryzys systemu zdrowotnego jest wiązany ze stale występującym zjawiskiem braku równowagi w relacjach zachodzących między partnerami systemu, co ma przyczyny zarówno w stanie świadomości (postrzeganie problemów, oczekiwania traktowane jako uzasadnione), jak i wielkości dostępnych i wykorzystywanych zasobów. Wśród partnerów wymienia się pacjentów (różne ich grupy, definiowane według położenia społecznego, miejsca zamieszkania, rodzaju choroby), świadczeniodawców (także wyraźnie różnicowanych, np. różnicowanych wg grup zawodowych, szczebli i rodzajów specjalizacji, afiliacja instytucjonalnych i własnościowych), medyczne instytucje kształcące i badawcze, instytucje zawiadujące finansami publicznymi, instytucje płatników niepublicznych, wytwórcy i dostawcy leków i sprzętu medycznego, podatnicy – a także instytucje zewnętrzne związane z władzą, administracją i różnymi układami społecznymi (np. media). Bardzo wysokie oczekiwania dotyczące zakresu – a także we wzrastającym stopniu jakości - gwarantowanych publicznie świadczeń łączą interesy świadczeniodawców, pacjentów i dostawców, ale są całkowicie niezgodne z możliwościami zapewnienia bieżącego finansowania, a więc i z dążeniami dysponentów środków publicznych.

Pacjenci występując jako płatnicy (także płatnicy podatków i składek) również są temu przeciwni. Politycy są nieuchronnie w położeniu ambiwalentnym: starając się o głosy postulują zwiększenie zakresu świadczeń; sprawując władzę popierają racjonalizację wydatków. To skutkiem tego zróżnicowania interesów i wynikającego zeń braku równowagi jest stale powracające zjawisko zadłużania różnych instytucji, czemu sprzyja brak nawyku i przestrzegania twardego finansowania. Jest to jednak wymuszane „obiektywną” sytuacją (czego elementem jest moralnie słuszny postulat zaspokojenia potrzeb zdrowotnych).

Posługując się prostą przesłanką o racjonalnym zachowaniu partnerów (optymalizacja lub maksymalizacja własnej korzyści/użyteczności) można wyjaśniać i przewidywać ich zachowania długofalowe, a także te polegające na wykorzystywaniu mechanizmów tworzonych w trakcie reform. Mechanizmy te modyfikują zwykłe zachowania, ale wyłącznie w sposób zgodny z koniecznością obrony własnych korzyści. Jeśli nie może się to odbywać drogą legalną, partnerzy będą podejmowali aktywności patologiczne z punktu widzenia systemu, ale racjonalne (i prawdopodobnie traktowane jako moralnie usprawiedliwione) z perspektywy poszczególnych partnerów. To w wyniku tego rodzaju procesów dochodziło do powstawania skutków niezgodnych z intencjami poszczególnych grup reformatorów (np. wzrost liczby hospitalizacji po pierwszym wdrożeniu w 1999 r., drogie usługi ambulatoryjne udzielane w szpitalu w miejsce świadczeń POZ obecnie).

W opracowaniach zawierających diagnozę sytuacji sektora zdrowotnego po reformie 1999 r. zwracano uwagę na ograniczoną sterowność systemu. Przejawiało się to, z jednej strony, w ograniczonych możliwościach pełnienia ról koordynacyjnych, a z drugiej, w słabej pozycji samorządów terytorialnych. Wprawdzie cecha ta mogła być przypisana złym cechom procesu wdrożenia, ale chodziło raczej o trwającą sytuację dotyczącą możliwości zarządzania po reformie, a także obecnie. Centralizacja decyzji finansowych wynikająca z ustawy o NFZ okazała się w znacznym stopniu pozorna, bo nie doprowadziła do uporządkowania wzajemnych relacji ośrodków decyzyjnych w sposób, który umożliwiałby im podejmowanie spójnych decyzji (konflikt między NFZ i lekarzami rodzinnymi oraz sposób jego rozwiązywania dostarczają ilustracji). Brak sterowności jest dla systemu zdrowotnego zjawiskiem bardzo groźnym, bo jego efektywne funkcjonowanie nie może być pozostawione autonomicznym siłom

rynkowym. Koncepcja „wad rynku” dostatecznie wyjaśnia przyczyny występujących ograniczeń i konieczność wykorzystywania precyzyjnej regulacji, a koncepcja „wad rządu” jest wezwaniem do ostrożnego korzystania z usług biurokracji, a nie – jak kiedyś sądzono – hasłem wzywającym do deregulacji.

Specyficznym skutkiem wdrożonej wtedy reformy stało się zjawisko, które określano terminem „odpowiedzialności rozmytej”. Chodziło o ustalanie zakresów odpowiedzialności i wzajemnych relacji głównych podmiotów uczestniczących w systemie: państwa, płatnika, świadczeniodawców, samorządów terytorialnych, także pacjentów. Dotyczyło to zarówno treści przepisów prawnych, pamiętając że reforma wdrożona w 1999 r dotyczyła wielu sfer organizacji państwa, jak i różnych zabiegów interpretacyjnych, dokonywanych przez przedstawicieli władzy. Zjawisko to miało wyraźnie dwa różne aspekty. Po pierwsze, chodziło o wycofywanie się państwa z różnych zobowiązań w dziedzinie organizowania i finansowania opieki zdrowotnej, a niekiedy nawet aktywnego udziału w ochronie zdrowia (np. negowanie publicznego charakteru środków pozostających w dyspozycji kas chorych). Po drugie, odpowiedzialność rozmywała się (była rozmywana) na skutek niejasności w delimitowaniu kompetencji, co było niekiedy efektem technicznych błędów prawnych, a niekiedy – być może – powstawało jako skutek zabiegów zainteresowanych podmiotów dążących do uniknięcia zadań. Historia ustawy 203 była przykładem braku zdefiniowania – i braku umiejętności rozstrzygnięcia klinczu w warunkach przyjmowanych założeń – kompetencji poszczególnych partnerów. Wydaje się, że także obecnie wzajemne relacje między ministrem zdrowia i NFZ dostarczają ilustracji rozmytej odpowiedzialności – i negatywnych skutków tego rodzaju sytuacji. Minister dążąc – słusznie – do wygaszenia konfliktu podjął zobowiązania, za które odpowiada NFZ, co postawiło go w sytuacji przymusowej. Z drugiej strony warto dostrzec, że w czasie narastających sporów nikt nie przypomniał, że opieka w porze nocnej jest integralną częścią POZ organizowanej w systemie lekarzy rodzinnych (niektórzy będą twierdzić, że jest wręcz racją jej bytu), a błędy w przygotowaniu organizacji, która to umożliwia (jakaś forma praktyki grupowej) obciąża – przynajmniej częściowo – także lekarzy rodzinnych.

Dotychczasowy przebieg reform pozostawiał wrażenie, wywołane faktami, że zmiany dotyczą samego systemu, jego struktur i mechanizmów, bez większego

zainteresowania skutkami zmian, odczuwanymi przez pracowników i pacjentów. Skutki te polegały na ograniczaniu zakresu świadczeń dostępnych pacjentom, (zwłaszcza dostępnych bez dodatkowych wysiłków) oraz na ograniczaniu liczby placówek medycznych i zmniejszaniu zatrudnienia (istnieją oszacowania, że w latach 1999 - 2002 z publicznego systemu odeszło ponad 80 000 pracowników, a prawdopodobnie tylko około 40 000 podjęło pracę w innych formach organizacyjnych związanych z ochroną zdrowia). Ani koncepcje reformy, ani ich wdrażanie nie przynosiły korzyści pracownikom (przez pewien czas wydawało się, że beneficjentami mogą być lekarze POZ), nie otwierały też perspektyw uzyskania takich korzyści w przyszłości. Dla pacjentów były źródłem powtarzających się okresów niepewności i zagrożenia, czego kulminacja nastąpiła u progu 2004 r.

III. Problemy szczegółowe

Stan zdrowia

Sytuacja zdrowotna ludności powinna być jednym z głównych wyznaczników społeczno – ekonomicznej zmian wprowadzanych w systemie zdrowotnym zdrowotnego i jest nadrzędnym punktem odniesienia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Sytuację zdrowotną ludności naszego kraju analizować trzeba w kontekście zjawisk i zagrożeń, które mogą na nią wpływać. Do zagrożeń tych należą: kryzys finansów publicznych, zapaść systemu ochrony zdrowia, przyspieszenie procesu starzenia się populacji, oraz nasilające się wśród obywateli poczucie lęku i niepewności, które w znacznym stopniu wynikać może z wysokiego bezrobocia i malejącego stopnia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. Postępuje społeczne i ekonomiczne rozwarstwienie ludności a globalizacja niesie ze sobą możliwość nagłego pojawienia się w Polsce szczególnie niebezpiecznych, epidemicznych chorób zakaźnych. Istnieje także realna groźba ataków bioterrorystycznych.

Priorytety i działania w zakresie zdrowia publicznego a także medycyny naprawczej w naszym kraju rozpatrywać należy w kontekście sytuacji zdrowotnej ludności Polski, która w świetle danych z lat 2001-2002 ulegała na ogół dalszej poprawie w porównaniu z latami 1980-1992. Wyniki analizy wybranych wskaźników

demograficznych i sytuacji zdrowotnej wskazują, że nastąpił dalszy spadek współczynnika urodzeń oraz umieralności niemowląt, która w roku 2002 wynosiła w Polsce 7,5 na 1000 urodzeń żywych. Niepokój budzi fakt, że w niektórych województwach spadek umieralności niemowląt uległ w roku 2001 pewnemu zahamowaniu. Oczekiwana długość trwania życia w wieku 0 wynosi obecnie dla mężczyzn 70,2 lat a dla kobiet 78,4 lat. W porównaniu z rokiem 1991 wzrosła ona odpowiednio o 4,1 (M) i 3,1 (K) lat. W ciągu ostatnich trzech lat notuje się niewielki spadek liczby ludności.

Obserwowano też spadek ekspozycji ludności na niektóre czynniki ryzyka. Spadała, ale tylko u mężczyzn, częstość palenia papierosów oraz obniżało się spożycie mocnych alkoholi (tylko do roku 2001, bo potem zmniejszono akcyzę) i tłuszczów zwierzęcych przy równoczesnym wzroście spożycia tłuszczów roślinnych. Znajduje to odbicie w pewnym spadku umieralności z powodu chorób układu krążenia, które podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, są w Polsce główną przyczyną umieralności, powodując 49 % (M-43%, K-54%) wszystkich zgonów. Następuje stabilizacja umieralności z powodu nowotworów złośliwych, które są przyczyną 24 % (M-26%, K-22%) zgonów. W ostatnich latach odnotowano jednak zahamowanie obserwowanego uprzednio spadku umieralności z powodu raka piersi u kobiet oraz dalszy wzrost umieralności z powodu raka prostaty i jelita grubego. Przyczyny zewnętrzne (wypadki, urazy i zatrucia) stanowiące trzecią w hierarchii przyczyn zgonu powodowały ostatnio 7 % (M - 10%, K - 4%) wszystkich zgonów. Częstość zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych malała, choć umieralność z powodu wypadków drogowych była nadal wysoka w porównaniu z krajami Unii Europejskiej.

Obniżała się też zapadalność na choroby zakaźne, w tym na wirusowe zapalenia wątroby typu B, co było wynikiem m.in. dobrego wykonawstwa szczepień ochronnych. Poziom zachorowalności na gruźlicę, mimo stałej tendencji spadkowej jest nadal znacznie wyższy niż w krajach Unii Europejskiej. Obserwowano też stabilizację rejestrowanej zapadalności na AIDS.

Na tle ogólnie korzystnych zmian w sytuacji zdrowotnej ludności Polski uderza znaczny wzrost częstości hospitalizacji i porad ambulatoryjnych z powodu zaburzeń psychicznych, w tym z powodu alkoholizmu i innych uzależnień. Utrzymują się też, a

niekiedy rosną, istotne różnice pomiędzy wskaźnikami sytuacji zdrowotnej ludności poszczególnych województw. Odnotować też należy inne, wspomniane uprzednio sygnały ostrzegawcze czyli zahamowanie obniżania się umieralności niemowląt w niektórych województwach oraz zahamowanie spadku umieralności z powodu raka piersi.

Fakty te mogą wskazywać, że trwający kilkanaście lat, okres poprawy stanu zdrowia ludności Polski może się wkrótce skończyć, zwłaszcza w obliczu szybkiego starzenia się populacji i wynikających stąd prognoz narastania rozmiaru najważniejszych problemów zdrowotnych oraz niesprawnego systemu ochrony zdrowia.

Istotnie negatywny wpływ na stan zdrowia ludności mogą mieć także niedoceniane przez kolejne ekipy decydentów, ale mocno rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia tzw. podstawowe działania zdrowia publicznego (np. promocja zdrowia, programy prewencyjne, prowadzenie badań naukowych w dziedzinie zdrowia publicznego itd.), za których finansowanie i wdrażanie odpowiadać powinna wg WHO administracja państwowa. Doprowadziło to np. do znacznego ograniczenia lub zaniechania realizacji ukierunkowanego na zdrowie publiczne Narodowego Programu Zdrowia (1996-2005). U podłoża tej sytuacji leży prawdopodobnie brak świadomości, że prozdrowotne zmiany stylu życia ludności mogą korzystnie wpływać na sytuację zdrowotną w stopniu znacznie większym niż sprawnie funkcjonujący sektor terapeutyczny.

Wydatki

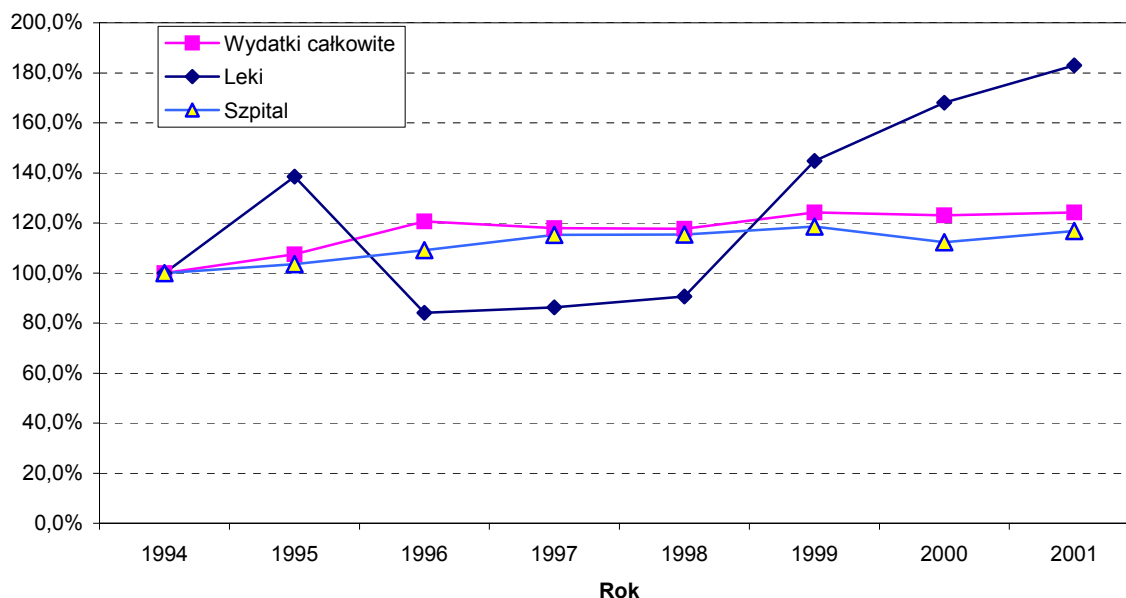
Ograniczenia informacyjne sprawiają, że jednoznaczne formułowanie sądów na temat wielkości nakładów rachunków ochronie zdrowia napotyka na istotne przeszkody. Jeśli odwołać się do metody stosowanej w systemie rachunków zdrowia (System of Health Accounts - SHA), w którym uwzględnia się powiązania środków w sektorze zdrowotnym pochodzących z trzech procesów (lub z trzech wymiarów), możliwe jest uzyskanie bardziej precyzyjnych odpowiedzi. Pierwszy wymiar – to źródła finansowania (tworzenie środków finansowych- ICHA-HF). Następny wymiar – to produkcja dóbr i usług zdrowotnych; środki na ochronę zdrowia są ewidencjonowane przez strumień przeznaczany na tworzenie dóbr i usług

zdrowotnych (ICHA-HP). Trzeci wymiar – to środki na realizowanie określonych funkcji w sektorze, których odbiorcą jest indywidualny konsument: pacjent, ubezpieczony, czy szerzej – obywatel oraz konsument zbiorowy; populacja, grupa społeczna, grupa demograficzna (ICHA-HC). Zgodnie z narodowym rachunkiem zdrowia – wydatki całkowite to wielkość 6,7 % PKB w 1999r. i w 2001 r. – 6,3 % PKB. Odpowiadało to sumie 558 \$PPP, przy średniej 1981\$PPP dla krajów OECD.

Środki publiczne

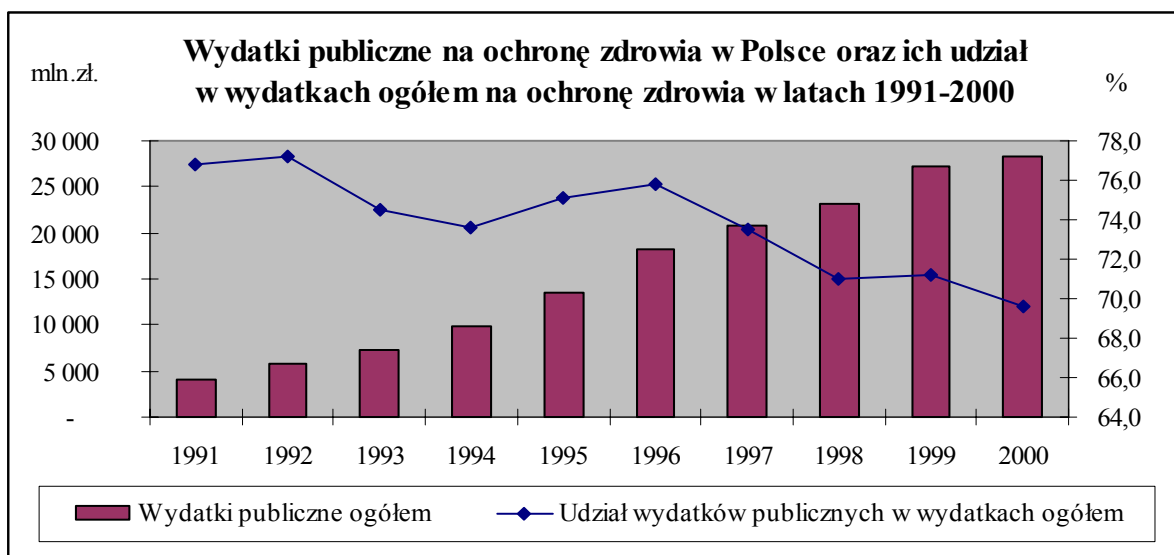
Środki publiczne to te, które powstają w wyniku przymusowej redystrybucji dochodów dokonywanej przez składki i podatki oraz inne obligatoryjne opłaty. Gromadzone oraz dystrybuowane mogą być na szczeblu rządowym w ramach budżetu państwa lub poza budżetem wykorzystując formę funduszu celowego (parabudżetu). Mogą być też gromadzone i dystrybuowane na szczeblach regionalnych czy lokalnych w ramach specjalnej konstrukcji finansowej (np. kas chorych, NFZ) lub w ramach budżetów samorządów terytorialnych.

Wzrost realnych publicznych wydatków na opiekę zdrowotną ogółem, na opiekę szpitalną i dopłat do leków. 1994r. = 100



Kwota części publicznej wydatków zdrowotnych w wyrażeniu realnym od połowy lat dziewięćdziesiątych nie wzrastała. Na wykresie zamieszczonym powyżej ukazane

zostały realne wartości wydatków publicznych na ochronę zdrowia i opiekę stacjonarną (linie zbliżone) oraz wydatki na leki, rosnące bardzo dynamicznie od 1998 r.. Poniżej natomiast ukazana jest tendencja spadku udziału wydatków publicznych w całości wydatków na ochronę zdrowia (wg narodowego rachunku zdrowia) w latach dziewięćdziesiątych. Słupki natomiast obrazują nominalne wielkości wydatków publicznych.



Środki prywatne

Na wydatki finansowane przez dochody indywidualne ludności składają się dwie pozycje:

- finansowanie usług zdrowotnych przez zakłady pracy; opłacanie świadczeń lekarza zakładowego i zakup abonamentu dla pracowników,
- indywidualne opłaty pacjentów i ich rodzin

Szacuje się, że środki prywatne stanowiły 37 % całości środków w systemie w 1999 r., w ostatnich latach nastąpił spadek do około 30 % na skutek mniejszego udziału dochodów indywidualnych ludności w finansowaniu opieki zdrowotnej.

W Polsce w latach dziewięćdziesiątych udział środków prywatnych w systemie zwiększył się około czterokrotnie. Tak dynamicznych zmian 'prywatyzacyjnych' nie przeżył żaden inny zachodnio i środkowoeuropejski system ochrony zdrowia. Ponadto dokonały się one – w zasadniczym zakresie – żywiołowo.

Zmiany w innych krajach nie były jednokierunkowe. W sytuacji wysokiego udziału środków prywatnych polegały na ogół na zmniejszaniu jego udziału, a w sytuacji niskiego udziału – odwrotnie – na zwiększaniu.

Struktura wydatków na ochronę zdrowia

W strukturze wydatków na ochronę zdrowia najwyższą pozycję stanowią zwykle wydatki na opiekę stacjonarną, sięgając 40%. W Polsce wynoszą ponad 45%. Wysoki udział wydatków na szpitale oznacza zwykle, że udział sektora publicznego w danym kraju jest znaczny. Szpitale są bowiem na ogół finansowane publicznie. Oznacza też, że relacja między opieką ambulatoryjną i stacjonarną nie jest najbardziej racjonalna. Można też domniemywać, że opieka podstawowa (POZ) ma w systemie słabe umocowanie.

Istotnym problemem struktury wydatków publicznych w ochronie zdrowia są wydatki na leki, który w Polsce przekracza 32%. Udział ten wzrasta bowiem dynamicznie, a kontrola tego wzrostu wszędzie nastręcza trudności. Wysoki udział wydatków na leki jest zwykle sygnałem trzech zjawisk: (1) ograniczonego dostępu do systemu i znacznej skali tzw. samoleczenia i/lub (2) wysokiej skali odpłatności ludności za ordynowane przez lekarzy leki (w Polsce ciągle rośnie, mimo wysokiego poziomu!), (3) nieefektywnego zarządzania systemem ochrony zdrowia, pomijającego procedury racjonalnego systemu gospodarki lekiem.

Wśród czynników przyczyniających się do wzrostu wydatków znajdują się zarówno nieefektywne zarządzanie systemem ochrony zdrowia w warunkach wprowadzania gospodarki rynkowej, brak systemów kontrolnych, i jak i ograniczanie dostępności do systemu publicznego przy ekspansji samoleczenia rozbudzonego masową i bardzo sugestywną reklamą leków.

Zasoby

Ocena zasobów materialnych w polskim systemie ochrony zdrowia nie może być jednoznaczna. Z jednej strony mamy bowiem relatywnie bogatą – w sensie ilościowym, bo co do stanu technicznego można mieć poważne zastrzeżenia - sieć szpitali (5.1 na 1000), chociaż są one nieracjonalnie rozlokowane, przy czym spadek liczby łóżek szpitalnych, jaki dokonał się w latach dziewięćdziesiątych, nie poprawił

ich rozmieszczenia. Z drugiej strony mamy do czynienia z zaniedbaniami dotyczącymi zasobów kadrowych oraz ze słabo rozebraną sytuacją w dziedzinie wyposażenia w urządzenia medyczne oraz stopień ich wykorzystania. Wyrazem tej sytuacji jest z jednej strony niski przeciętny wskaźnik praktykujących lekarzy w przeliczeniu na 1 tys. osób – 2.2 wobec przyjmowanej w UE wielkości – 3.3, a także niski wskaźnik praktykujących pielęgniarek - około 5.0, gdy wskaźnik postulowany jest dwukrotnie wyższy. Spadek liczby lekarzy, a szczególnie pielęgniarek nastąpił w latach dziewięćdziesiątych. Natomiast wzrosła w tym okresie liczba farmaceutów: z 0.4 w 1990 r. do 0.57 na 1 tys. osób w 2000 r.

Zaniedbania dotyczą także wyposażenia w urządzenia medyczne. Informacja na ten temat jest fragmentaryczna. Badania i szacunki mówią o przeciętnie bardzo słabym wyposażeniu w takie urządzenia, jak rezonans magnetyczny, tomograf NMR, tomograf RTG, mamograf, aparat do hemodializy, litotrypery, itd.. Jednocześnie sprawozdawczość statystyczna GUS całkowicie pomija zainteresowanie tymi urządzeniami. Do systemu wchodzi one żywiołowo, bez procedur uzasadniających zarówno ich efekt medyczny, jak i racjonalne ulokowanie. Są to urządzenia bardzo drogie i badania determinantów wydatków na opiekę zdrowotną mówią o ich pierwszorzędym znaczeniu we wzroście kosztów.

Wbrew zatem często powtarzanym opiniom zasoby ludzkie i rzeczowe są w Polsce mniejsze, niż w większości krajów UE. Dotyczy to liczby lekarzy, pielęgniarek, innych kategorii personelu, liczby łóżek szpitalnych spełniających standardy (przy stosowaniu bardziej rygorystycznych kryteriów porównania byłyby bardziej niekorzystne), wyposażenia w sprzęt. Nie jest więc prawdą, że istnieją proste nadwyżki zasobów, których wyeliminowanie z systemu mogłoby dać wyraźne oszczędności poprzez zmniejszenie bieżących zasobów przeznaczanych na ich utrzymanie.

Świadczeniodawcy

Przez ostatnie lata reformy, z jednej strony, a przekształcenia własnościowe (restrukturyzacja) z drugiej, doprowadziły do poważnych zmian w systemie. Niektóre zmiany w strukturze świadczeniodawców są przedstawione w tabeli.

	1998	1999	2000	2001
Publiczne	7367	5979	4717	3751
Niepubliczne	428	1074	2274	4260
praktyki lekarskie indywidualne	663	1970	3827	3945
indywidualne specjalistyczne		336	1116	2366
praktyki lekarskie grupowe	107	127	126	173

Oprócz świadczeniodawców przedstawionych w tabeli „działały jeszcze prywatne praktyki lekarskie i stomatologiczne, funkcjonujące wyłącznie w oparciu o środki niepubliczne”. Pod koniec 2001 r. było 31 tysięcy takich praktyk lekarskich i 9.7 tysiąca praktyk stomatologicznych. Odnotować należy brak dokładniejszych danych, a przecież problem dotyczy jednego z najbardziej newralgicznych procesów w systemie. Jako oczywisty rysuje się postulat o konieczności posiadania bliższych informacji na ten temat.

Przyrost liczby szpitali prywatnych jest przedstawiony w tabeli.

podporządkowanie	1998	1999	2000	2001
Liczba prywatnych szpitali	13	16	30	45/96
Liczba łóżek	508	446	1574	2476

Należy zauważyć różnice danych pochodzących z różnych źródeł. Podana w nawiasie liczba szpitali prywatnych pochodzi ze strony Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia.

Zmiany poziomu korzystania ze świadczeń zdrowotnych wg. sektorów.

Liczba świadczeń produkowanych prywatnie wyraźnie wzrastała. I tak świadczenia udzielone przez prywatnych świadczeniodawców za publiczne pieniądze wynosiła w 1990 r. - 2.4% w wolumenie świadczeń, a w 2001 - 45.4% (według oficjalnych danych). To zupełnie inna rzeczywistość.

Jednak tendencja wzrostowa nie była jednoznaczna i bezwyjątkowa. Liczba świadczeń udzielonych przez prywatnych świadczeniodawców za prywatne pieniądze, a więc przez prywatne praktyki lekarskie i stomatologiczne, funkcjonujące wyłącznie w oparciu o środki niepubliczne wyniosła w 1998 – 14 424 000, a w 2001 – 12 147 000 (znowu: według oficjalnych danych), przy istnieniu opinii ze świadczeniodawcy nie przekazują wszystkich danych o liczbie porad do GUS.

Wprowadzenie reformy w 1999 wyraźnie zwiększyło liczbę porad lekarskich udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Towarzyszyło temu zmniejszenie się liczby udzielonych świadczeń specjalistycznych. Po 2000 liczba świadczeń specjalistycznych zaczęła wzrastać, ale do końca 2001 r. nie osiągnęła poziomu sprzed reformy. W tej sytuacji procentowy udział porad POZ obniżył się do poziomu 65.7% w 2000 r. i 63.5 w 2001. Jednocześnie nadal konsekwentnie wzrastała liczba hospitalizacji. Jednak interpretacja tych danych musi być ostrożna. Istnieje opinia, że dane na temat liczby porad POZ nie są przez nikogo kontrolowane, gdyż lekarze POZ są rozliczani w systemie kapitałowym. W tej sytuacji dane te są jedynie deklaracjami lekarzy POZ trudnymi do zewnętrznej weryfikacji. W chwili wprowadzenia RUM na wybranych obszarach kraju okazało się, że liczba porad różniła się od deklarowanej o kilkanaście procent. W tej sytuacji podane tu różnice między rokiem 1998 i 2001 mogą mieścić się w granicach błędu.

Zmiana struktury opieki podstawowej prowadziła do zmiany proporcji między udziałami różnych producentów w ogólnym wolumenie świadczeń, co doprowadziło do tego, że ponad 70% świadczeń POZ jest udzielana w opiece niepublicznej, a także ponad połowa świadczeń specjalistycznych.

Badania opinii publicznej

W badaniach przeprowadzonych we wrześniu 2002 r. ustalono, że w ogólnych ocenach z działania opieki zdrowotnej 46% odpowiadających deklarowało niezadowolenie (27% zadowolonych). Badanie przeprowadzone w grudniu tego samego roku potwierdziły ustabilizowanie się poglądów na poziomie blisko połowy głosów negatywnych i mniej więcej jednej czwartej głosów negatywnych. Wyniki niektórych badań podpowiadały, jakie zmiany były przez społeczeństwo oczekiwane. W marcu 2002 r. aż 78% respondentów uznało za słuszną - 50% za zdecydowanie słuszną - decyzję o zniesieniu opłat za nieuzasadnione wezwanie pogotowia. Ale opinia publiczna była bardziej uważnie słuchana tylko w niektórych przypadkach. W badaniu przeprowadzonym w kwietniu 2002 r. 69% odpowiadających zadeklarowało poparcie dla przynajmniej częściowej refundacji środków antykoncepcyjnych, a 34% wypowiedziało się za ich pełną bezpłatnością. Nawiększe poparcie dla zniesienia bariery cenowej dotyczyło pigułek antykoncepcyjnych (67%). Podniesienie składki na ubezpieczenie zdrowotne o część nierekompensowaną przez odpis od podatku w listopadzie 2002 r. zostało negatywnie ocenione przez 53% respondentów, z tego 27% uważało, że jest to decyzja zdecydowanie niesłuszną. Tylko 33% poparło decyzję. Jak wiadomo, te opinie nie zostały uwzględnione.

Przedstawione rozkłady opinii wskazują, że społeczeństwo i pacjenci, ale także inni aktorzy sektora zdrowotnego mieli trudności z uznaniem wagi koniecznych ograniczeń finansowych, hołdując staremu przekonaniu, że na świadczenia zdrowotne pieniądze „muszą się znaleźć”. Narzędzia kontrolowania wolumenu świadczeń, takie jak limity finansowe lub rzeczowe, były powszechnie traktowane jako przejaw złej woli płatnika, a nie jako narzędzie racjonalizacji zarządzania. Ofiarą takiego podejścia stawały się kasy chorych, obwiniane o utrudnianie działania świadczeniodawców. To ten przejaw działania kas, nieuchronnie związany z rolą każdego racjonalnie działającego płatnika, przyczynił się do ich powszechnej krytyki i łatwości ich likwidacji, a wszystkie inne względy odegrały rolę co najwyżej drugorzędną. Bardzo podobne względy doprowadziły do błyskawicznej kompromitacji NFZ.

Badanie „Diagnoza społeczna 2003” zostało przeprowadzone w marcu 2003 roku (poprzednie - w marcu 2000 r.) na próbie prawie 6 tys. gospodarstw domowych i prawie 10 tys. osób powyżej 16 roku życia.

W porównaniu z rokiem 2000 wzrosło korzystanie z opieki zdrowotnej i dotyczy to zarówno usług lekarzy opieki ambulatoryjnej jak i hospitalizacji. Korzystanie przez gospodarstwa domowe z opieki finansowanej ze środków publicznych wzrosło silniej aniżeli korzystanie z opieki finansowanej z własnych dochodów. W okresie 3 miesięcy przed dniem badania 87% gospodarstw miało kontakt z zakładami publicznymi, a 27% z prywatnymi. Trzy lata wcześniej w mniejszym odsetku gospodarstw aniżeli w roku 2003 ktoś korzystał z usług finansowanych ze środków publicznych. W okresie ostatniego roku przed badaniem ktoś z członków prawie 1/3 gospodarstw był hospitalizowany. Bez mała 40% dorosłych respondentów korzystało w ostatnim roku z opieki, której koszty pokrywane były z własnych dochodów. Wydatki gospodarstw domowych na zakupy leków i usług na prywatnie opłacanych rynkach wzrosły silniej aniżeli wydatki na tzw. dowody wdzięczności i wydatki na kulturowo uwarunkowane prawdziwe dowody wdzięczności. W 92% gospodarstw poniesiono wydatki na leki, w 40% wydatki na oficjalny zakup usług medycznych, w 3% na tzw. dowody wdzięczności i w 4% na prawdziwe dowody wdzięczności.

Utrzymują się różnice w intensywności korzystania z opieki ambulatoryjnej: mieszkańcy miast, osoby z wyższym wykształceniem i osoby z dochodami z górnego kwartyła dochodów korzystają częściej z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych aniżeli mieszkańcy wsi, osoby z niższym wykształceniem i osoby z niższymi dochodami. Nie ma obecnie różnic w korzystaniu ze szpitali między mieszkańcami wsi i dużych miast (trzy lata temu ludność wiejska korzystała częściej niż inni).

Połowa spośród korzystających z opieki stomatologicznej opłacała ją ze środków własnych, a połowa otrzymywała opiekę finansowaną ze środków publicznych. Z wyjątkiem dużych miast, wzrosło korzystanie z opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych.

W prawie 5% gospodarstw korzystano z opieki finansowanej z pomocą technik abonamentowych, ze środków pracodawców, ale w grupie osób z wyższym wykształceniem, w średnim wieku, z dużych miast i z wysokimi zarobkami takich osób jest więcej.

Zmalała nieco liczba gospodarstw, w których z powodu braku pieniędzy miała miejsce rezygnacja z wykupienia leków ordynowanych na receptę lub zalecanych przez lekarza (w 1/3 gospodarstw miało to miejsce). Ale część osób zwróciła się ponownie do lekarza z prośbą o wypisanie tańszych leków, część skorzystała z rady aptekarzy i wykupiła leki tańsze, a prawie 6 % w tej grupie rezygnujących, w sytuacji braku środków na leki miało zapewnioną opiekę i bezpłatne leki w szpitalu. W grupie rezygnujących znacznie większy odsetek osób pochodził z rodzin wielodzietnych, mieszkających na wsi, utrzymujących się z niezarobkowych źródeł utrzymania i spośród rencistów aniżeli z grupy emerytów.

Udręki administracyjne i obawy o wniesienie dodatkowych opłat w systemie finansowanym ze środków publicznych, w mniejszym stopniu aniżeli trzy lata temu powodowały rezygnację z opieki zdrowotnej.

O wyborze przez pacjentów lekarza specjalisty decydowały najczęściej bliskość miejsca zamieszkania, dobra opinia o lekarzu, zapewnienie ciągłości opieki oraz sugestie lekarza wystawiającego skierowanie. Natomiast o wyborze szpitala decydowały w pierwszym rzędzie sugestie lekarza wystawiającego skierowanie, bliskość miejsca zamieszkania (ważny czynnik szczególnie dla mieszkańców wsi i małych miast) i decyzje pracowników pogotowia ratunkowego (ten ostatni czynnik miał znaczenie częściej w grupie osób młodych i starszych). Informacja posiadana przez pacjenta o szpitalu była na liście czynników determinujących wybór za czynnikami wymienionymi wyżej.

Opinia świadczeniodawców

Mimo wielości instytucji, które mogłyby wyrażać i przedstawiać opinie różnych grup świadczeniodawców – izby zawodów medycznych, związki zawodowe – skuteczność działania tych mechanizmów była bardzo ograniczona. Dramatycznie ograniczało to

możliwości prowadzenia dialogu i wypracowywanie bardziej akceptowanych rozwiązań (choć należy uznać, że – zwłaszcza w ostatnim czasie - władza w najmniejszym stopniu nie starała się prowadzić takich rozmów). Należy mieć nadzieję, że gotowość i zdolności negocjacyjne tych instytucji będą wzrastały, choć jest prawdopodobne, że zwiększać się będzie rola nieformalnych (początkowo) porozumień i stowarzyszeń, których skuteczność okazała się nadspodziewanie duża. Być może formuła „porozumienie zielonogórskiego” okaże się początkiem nowej formy zarządzania, co może być traktowane jako zawierające znamiona pozytywne (negocjacyjny tryb rozwiązywania konfliktów), jak i wyraźnie negatywne (wymuszone ustępstwa władzy, przy negowaniu treści zawartych w koncepcji POZ) .

Przyczyny zadłużania się publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Istnieje wiele zjawisk i procesów, które powodują powstawanie w publicznych samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej wysokich zobowiązań wobec wierzycieli, jednak podstawową przyczyną jest brak stabilnych i twardych reguł finansowania połączony ze zbyt niskim poziomem finansowania. Poziom tych zobowiązań oraz koszty ich obsługi są bardzo zróżnicowane i zmienne w czasie. Wśród nich są i takie, które zagrażają realizacji statutowych funkcji zakładów, jakości opieki zdrowotnej, a w przypadku konieczności likwidacji zakładu tracącego płynność finansową – tworzyć mogą ogromne problemy dla organów założycielskich i dla systemu finansów publicznych.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej posiada znacznie większą autonomię decyzji aniżeli jednostki budżetowe, które były dominującą formą gospodarki finansowej do 1999 roku. W niektórych jednak sprawach ta autonomia została świadomie ograniczona przez ustawodawcę. Dotyczy to np. zasad ustalania cen usług sprzedawanych na rynkach finansowanych ze środków prywatnych, gospodarowania majątkiem trwałym, inwestycji. Istniały bowiem obawy, że reagując na bodźce rynku podmioty te mogą być tak silnie zainteresowane realizacją innych funkcji, aniżeli zapewnianie świadczeń dla osób uprawnionych, że te ostatnie funkcje zostaną zaniedbane, przy jednoczesnym braku możliwości przejęcia ich przez inne podmioty.

W praktyce, w wielu zakładach autonomia decyzji została ograniczona silniej, głównie w wyniku sprawowania niewłaściwego nadzoru właścicielskiego („ręcznego” sterowanie decyzjami dyrektorów) oraz w wyniku politycznych decyzji o wzroście wynagrodzeń narzuconych drogą ustawy (ustawa „203”).

Poniżej podane są główne przyczyny powstawania długów.

1. Różnorodność i sprzeczność celów funkcjonowania

Przyczyną powstawania dużych zobowiązań jest to, że publiczne zakłady mają kilka celów funkcjonowania, które często są sprzeczne ze sobą, a nie mają reguł rozwiązywania tych sprzeczności. Zapewnianie świadczeń dla osób uprawnionych, z pomocą publicznych środków pozyskanych poprzez umowy - to tylko jeden z celów. Z tytułu wieloletnich uwarunkowań kulturowych publiczne zakłady postrzegane są jako miejsca realizowania wielu funkcji socjalnych (zapewnianie miejsc pracy, pełnienie funkcji nabywcy dla lokalnych dostawców produktów i usług, zapewniania opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych, opieki socjalnej dla samotnych, przewlekle chorych, szczególnie spośród osób starszych), nie mając zapewnionych środków na ich realizację. Publiczne zakłady pełnią też funkcje polityczne. Są one ważnym podmiotem ułatwiającym w wielu miejscach sprawowanie władzy (obsadzanie stanowisk kierowniczych, kreowanie etatów dla osób rekomendowanych przez polityków, wpływ na decyzje odnośnie zakupów sprzętu i aparatury medycznej, umacnianie pozycji lokalnej władzy, sprzyjanie powstawaniu grup lobbystycznych). Realizacja tych różnorodnych funkcji wymaga bardzo często podejmowania przez zarządzających zakładem innych decyzji, aniżeli wynikałoby to z realizacji funkcji efektywnego produkowania świadczeń dla ubezpieczonych.

2. Tworzenie warunków dla rozwoju kosztem wydatków bieżących

Bodźce ukryte w umowach z kasami chorych, a obecnie z NFZ, zachęcają wielu świadczeniodawców do wzrostu produktywności, do dostosowania struktury świadczeń do potrzeb zdrowotnych (zgodnie z interpretacją dokonywaną przez płatnika), do poprawy warunków zapewniania świadczeń (jeśli są rozliczane w umowie). Wiele zakładów w odpowiedzi na te bodźce dokonywało inwestycji w majątek trwały, często kosztem zaniedbywania wydatków bieżących. Wiele zakładów dla odsunięcia płatności prowadziło i prowadzi swoistą grę z wierzycielami i oczekuje

politycznych decyzji odnośnie wskazania źródeł pokrycia powstałych długów. Takie zachowanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej są w znacznym stopniu następstwem braku systemowych rozwiązań w zakresie finansowania inwestycji.

3. Słabości nadzoru właścicielskiego

Ważną przyczyną zadłużania się publicznych zakładów są słabości nadzoru właścicielskiego, w tym: biurokracja i nieprofesjonalizm, skłonność do realizowania pozaefektywnościowych funkcji stosunków własności, czyli brak troski o efektywne wykorzystanie publicznego majątku, braku politycznej i ekonomicznej odpowiedzialności za wyniki ekonomiczne tych zakładów, oczekiwanie na zewnętrzne, dodatkowe źródła pokrycia kosztów spłaty długów oraz wykorzystywanie publicznych zakładów dla realizacji politycznych funkcji organów założycielskich.

4. Brak pełnej odpowiedzialności zakładów za wyniki ekonomiczne

Nie bez znaczenia dla narastania długów jest sama formuła publicznych zakładów, która nie przewiduje ryzyka upadłości w następstwie złych wyników finansowych. Tworząc zapisy o tych zakładach, nie spodziewano się że nadzór właścicielski może być tak słaby i że będzie polityczne przyzwolenie na funkcjonowanie zadłużonych zakładów przez dłuższy okres czasu. Ani w ustawie o instytutach naukowo – badawczych, które prowadzą szpitale ani w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej nie stworzono administracyjnych barier, uniemożliwiających przewyższanie sumy zobowiązań ponad ustaloną wartość kapitału własnego. Jednocześnie drogą ustawy o wzroście wynagrodzeń nałożono obowiązek podniesienia kosztów pracy.

5. Złe zarządzanie w skali mikroekonomicznej

Ważną przyczyną długów w wielu zakładach jest nieprofesjonalne zarządzanie. Nawet, gdy w wielu zakładach następowała w jakimś momencie profesjonalizacja zarządzania, spłata zobowiązań nie była możliwa w krótkim czasie.

Jakość zarządzania jest silnie zdeterminowana jakością informacji ekonomicznych i informacji medycznych (są one coraz lepsze, ale wciąż niedoskonałe) oraz wiedzą i doświadczeniem z zakresu kontraktowania świadczeń medycznych. Rozwój systemów informacji wymaga czasu i odpowiednich nakładów finansowych. Gromadzenie doświadczeń z tytułu lepszego zarządzania również wymaga czasu, a dodatkowo – odpowiednich motywacji i stabilności stanowisk kierowniczych.

Istniejące w wielu miejscach konflikty między menedżerami a środowiskiem medycznym, nie sprzyjają pozytywnej selekcji menedżerów. Zbyt często zwiększanie nakładów na profesjonalizację zarządzania w skali mikroekonomicznej postrzegane jest jako zwiększanie wydatków na biurokrację.

6. Zróżnicowane możliwości przerzucania kosztów

Niektóre zakłady, szczególnie te, które mają kilka źródeł finansowania, zróżnicowane usługi i efekty skali z tytułu działalności, mają możliwość uzyskiwania nadwyżek i przerzucania ich na pokrycie kosztów tych usług, których wytwarzanie jest deficytowe. Są jednak takie zakłady, które nie mogły stosować takiej strategii. Przy niskich stawkach i limitowaniu liczby poszczególnych usług w umowach nie mogą one uzyskać efektów skali i nie mogą przerzucać kosztów z jednej działalności na inną.

7. Kumulacja skutków „starych” długów

Istnieją takie zakłady, w których zobowiązania powstały wiele lat temu, lecz z powodu braku odpowiednich działań sprzyjających spłacie tych długów, doprowadzono do ogromnego wzrostu kosztów obsługi długów.

8. Motywacje ukryte w umowach

Jedną z funkcji kontraktów, w których należność zależy od skali działalności jest motywowanie do wzrostu produktywności. Miało to sprzyjać lepszemu wykorzystaniu zasobów oraz poprawie dostępu do usług. Jednak w obawie o wzrost usług ponad możliwości ich sfinansowania przez płatnika, wprowadzono górne limity należności w umowach i limitowanie liczby usług. Jednocześnie nie było politycznego przyzwolenia na ograniczanie liczby zakładów, tak, aby pozostałe mogły uzyskiwać efekty skali. Rynek świadczeń medycznych dzielony był między dużą liczbę świadczeniodawców, również między tych, którzy mają wyższe niż przeciętne koszty jednostkowe, a przy presji na zwiększanie liczby usług, konieczne było silne zmniejszanie poziomu stawek. W rezultacie w wielu zakładach stawki nie pokrywały kosztów, a stawki były i są zbyt niskie, aby utrzymać płynność finansową. Dotyczy to i zakładów, gdzie nie było możliwości obniżki kosztów bez ryzyka destrukcji jakości, jak i zakładów, gdzie z powodu złego zarządzania nie zmniejszono poziomu kosztów. Wiele zakładów dla uzyskania dobrej opinii w lokalnych społecznościach, dla potwierdzania konieczności

istnienia w dotychczasowej strukturze oraz dla pozyskania lepszego kontraktu w latach następnych stosowało strategię silnego przekraczania liczby wykonanych usług ponad to, co było ustalone w umowach. Sprzyjała temu presja pacjentów na szybkie przyjęcia, medialna krytyka sytuacji, gdy ograniczano przyjęcia pacjentów oraz doświadczenia pierwszych lat kontraktowania usług przez kasy (wiele z nich płaciło za usługi ponadlimitowe).

Warunki, w jakich odbywa się kontraktowanie świadczeń

1. Wyodrębnienie w 1999 roku podmiotów, które dysponują publicznymi środkami na opiekę zdrowotną, a jednocześnie same nie organizują procesu wytwarzania świadczeń, jest najważniejszą zmianą, która została wdrożona w systemie opieki zdrowotnej. Kontraktowanie usług odbywało się jednak i odbywa nadal w warunkach, które sprzyjają powstawaniu konfliktów między stronami umów oraz sprzyjają powstawaniu ogromnej niepewności odnośnie skutków podpisanych umów dla stron umowy. Między świadczeniodawcami a płatnikiem występuje asymetria informacji, przy przewadze po stronie świadczeniodawców. Sprzyja to licznym zachowaniom oportunistycznym wytwórców usług, a ochrona płatnika przed negatywnymi skutkami tych zachowań nie zawsze jest skuteczna i dobrze zorganizowana, a jednocześnie często postrzegana jako działania o niskiej kulturze organizacyjnej.
2. Zasady kontraktowania (ustalanie warunków, które musi spełniać świadczeniodawca, kryteria oceny i wyboru ofert, ustalanie należności i zakresów zakupywanych usług, monitorowanie oraz tryb rozliczeń) są bardzo często zmieniane i nieczytelne. Zwiększa to niepewność obu stron umów, tworzy wiele konfliktów, sprzyja wykorzystywaniu nieformalnych wpływów dla uzyskania lepszych warunków umowy. Dotychczasowy tryb kontraktowania jest formą podziału rynku świadczeń między świadczeniodawców. Dla uzyskania korzystnego miejsca na tym rynku wykorzystywane są również nieformalne wpływy i powiązania. Im mniej czytelne i częściej zmieniane są te zasady kontraktowania, tym większe prawdopodobieństwo wykorzystywania takich wpływów. Można nawet przypuszczać, że jedną z przyczyn silnej krytyki rozwiązań polegających na scentralizowaniu decyzji odnośnie zasad

kontraktowania była utrata możliwości wywierania przez niektóre podmioty wpływu na decyzje płatnika. Choć jednocześnie należy zwrócić uwagę, że w przypadku zdecentralizowania decyzji odnośnie szczegółowych zasad kontraktowania, łatwiejsze jest uczenie się przez doświadczenie, uzyskanie i wykorzystanie informacji o świadczeniodawcach, uwzględnianie lokalnych uwarunkowań, zmniejszanie ryzyka przenoszenia konfliktów wokół umów na szczebel centralny oraz zmniejszanie prawdopodobieństwa zawiązywania przez świadczeniodawców silnych nieformalnych zmów monopolistycznych paraliżujących duży zakres systemu opieki zdrowotnej.

3. Warunki, w których odbywa się proces kontraktowania były i nadal są zdeterminowane następującymi procesami i zjawiskami:

- niejasnym i często zmienianym systemem przepisów prawnych,
- niedostateczną wiedzą na temat kontraktowania, niewielkim doświadczeniem obu stron umowy oraz niewielkim doświadczeniem organów założycielskich w sprawach pełnienia nadzoru nad zakładami, które mają autonomię w podpisywaniu umów,
- słabym systemem informacji ekonomicznych i medycznych niezbędnych dla wdrożenia szczegółowych kontraktów, szczególnie tych z bardzo zdezagregowanymi wskaźnikami usług (chodzi o brak odpowiednich systemów informacji dla stosowania kontraktów selekcyjnych, dla właściwego ustalenia wymagań, dla ustalenia bardzo szczegółowego przedmiotu umowy, należności, dla monitorowania i nadzoru nad właściwą realizacją umowy),
- niedostateczną informacją dla ubezpieczonych na temat kontraktowania i wynikających z nich zasad korzystania z opieki zdrowotnej oraz na temat wskaźników jakości z pomocą których pacjenci mogliby dokonywać świadomych wyborów miejsca leczenia (brak informacji na temat jakości w znacznym stopniu jest następstwem braku aktywności organów państwa i korporacji medycznych na rzecz rozwoju rynku usług zewnętrznego audytu),
- brakiem standardów postępowania medycznego w konkretnych jednostkach chorobowych i brakiem rozwiązań umożliwiających koordynację leczenia, a tym samym regulujących zachowania pacjenta również w zakresie wyborów miejsc leczenia,

- ogromnymi, rozbudzonymi przez polityków oczekiwaniami społecznymi odnośnie zasad i warunków zapewniania opieki zdrowotnej, sprzyjającymi wzrostowi postaw roszczeniowych, a niekiedy i wzrostowi agresji pacjentów wobec świadczeniodawców. Motywacje ukryte w kontraktach mające na celu zwiększenie efektywności i jakości są niekiedy sprzeczne z oczekiwaniami pacjentów, co objawia się np. w krytyce skracania czasu pobytu w szpitalu, krytyce niepodpisania umowy na świadczenia, dla których zapewniania zakład blisko położony nie spełnia wymagań, niezadowoleniu z oficjalnego ustalania kolejki oczekujących utrudniającego „załatwianie” nieformalnymi drogami dostępu do opieki zdrowotnej,
 - wzrostem znaczenia mediów występujących niekiedy jako jedyny skuteczny rzecznik interesów pacjenta, ale jednocześnie z negatywnymi skutkami dla poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli z tytułu dominacji informacji wskazujących jedynie na dysfunkcjonalność systemu, informacji oskarżających o złą wolę to świadczeniodawcę to płatnika, z bardzo rzadkim wskazywaniem na takie zachowania pacjentów , które są typowe dla stosowanego przez nich moralnego hazardu i z rzadką analizą prawnych uwarunkowań zachowań stron umowy,
 - silnymi zmianami organizacyjnymi oraz w zakresie stosunków własności wśród dostawców usług (podażowa strona opieki zdrowotnej w zakresie takich cech jak wielkość, organizacja, struktura zasobów i usług, własność jest niestabilna),
 - rosnącymi konfliktami między różnymi grupami interesów i zawodów medycznych z jednoczesną silną pozycją tych grup, które są związane z drogimi technologiami medycznymi lub które uzyskują pozycje monopolistyczną z tytułu naturalnego monopolu czy to np. z powodu koncentracji niektórych procedur w wybranych zakładach dla uzyskania efektów skali czy to z tytułu „posiadania” listy pacjentów, którzy dokonali wyboru danego lekarza i nie mają możliwości wybrania innego.
4. W podstawowej opiece zdrowotnej przyjęto zasadę finansowania z pomocą technik kapitałowych, ale z finansową odpowiedzialnością za stosunkowo niewielkie zakresy usług. W wyniku porozumień z lekarzami, którzy odmówili podpisania umów według zasad proponowanych przez Zarząd Funduszu

dokonano dodatkowego ograniczenia zakresów, a na takie usługi jak nocna pomoc lekarska czy też pomoc w sobotnie popołudnia czy niedziele wskazano jako na te, które nie muszą one być wykonywane przez praktyki i zakłady opieki podstawowej. Takie rozwiązania nie tylko podważają ideę koordynacji i zapewniania ciągłości leczenia przez lekarzy opieki podstawowej, ale jeszcze silniej niż dotąd będą sprzyjały przerzucaniu kosztów do innych form i miejsc opieki, w tym do droższych aniżeli opieka podstawowa. Brak rozwiązań systemowych z pomocą których następowałoby wspólnie ze świadczeniodawcami ustalanie zakresów owej medycznej i finansowej odpowiedzialności powoduje, że przyjmowane w warunkach silnego konfliktu rozwiązania nie zapewniają szans na realizację wielu celów, odnośnie których wcześniej był uzyskany konsensus w środowisku medycznym.

5. W wielu kontraktach istnieją motywacje do wzrostu intensywności pracy (do wzrostu produktywności w celu zmniejszania kosztów jednostkowych i w celu poprawiania dostępu do świadczeń, szczególnie do tych, które są deficytowe). Ale jednocześnie, wobec konieczności równoważenia przychodów i wydatków płatnika i wobec niewielkiej liczby narzędzi, z pomocą których może być sprawowany nadzór nad kosztami i popytem na usługi zdrowotne, i kasy chorych, i Zarząd Funduszu zastosowały limitowanie liczby usług w umowach (umowy otwarte stosowane są rzadko i dotyczą tylko niektórych świadczeń). Limitowanie ogranicza możliwości dokonywania wyborów przez pacjenta, ale jednocześnie sprzyja nadzorowi nad kosztami, utrudnia przerzucanie ryzyka wzrostu korzystania i kosztów na płatnika oraz zapewnia szansę na równoważenie budżetu płatnika, co jest pożądane z uwagi na stan finansów publicznych. Rezygnacja z limitowania usług w umowach, tak często postulowana przez różne środowiska i sprzyjająca zarządzaniu deficytem usług przy zachowaniu praw wyboru przez pacjenta, musi być powiązana z przeniesieniem finansowej odpowiedzialności za wzrost kosztów i korzystania z opieki na świadczeniodawców, a w niektórych sytuacjach również na pacjentów.
6. Stopniowo zmieniano regulacje odnośnie warunków, jakie musi spełnić świadczeniodawca, aby uzyskać środki publiczne. Wiele z tych zmian było wprowadzone w celu zapewniania właściwej jakości i w celu zwiększenia

efektywności np. poprzez sprzyjanie uzyskiwaniu efektów skali. Ale brak systemowych rozwiązań sprzyjających włączeniu obdarzonych zaufaniem przedstawicieli zawodów medycznych w proces ustalania tych warunków oraz w proces legitymizowania tych ustaleń przez środowisko medyczne i przez wytwórców usług, wyznaczanie krótkich terminów wyprzedzających obowiązek spełnienia tych warunków oraz nieadekwatność poziomu środków publicznych do wydatków świadczeniodawców, niezbędnych dla spełnienia tych warunków – to główne przyczyny złych opinii o działalności płatnika w tym zakresie. Brak publicznych wyjaśnień ze strony płatnika o uzasadnieniach dla wprowadzenia tych warunków nie sprzyja łagodzeniu konfliktów wokół tych warunków.

7. System kontraktów nie sprzyja ponoszeniu odpowiedzialności za generowanie kosztów, motywuje do przerzucania wielu kosztów do innych podmiotów, w tym do instytucji o wyższym poziomie referencyjnym i o wyższych kosztach, bez możliwości potwierdzenia medycznej zasadności dla decyzji o kierowaniu pacjenta do tych innych podmiotów. Sprzyja takim zachowaniom brak standardów postępowania medycznego i brak finansowej współodpowiedzialności pacjenta za korzystanie z wyższych poziomów referencyjnych czy za korzystanie z niektórych usług bez potwierdzenia ich medycznej zasadności.
8. Silna presja polityczna na utrzymywanie wielu zakładów z niezmienioną strukturą usług i zasobów oraz presja na zwiększenie dostępu do wielu usług sprzyja temu, aby ograniczone środki były dzielone między liczne podmioty, w tym i między takie, które nie zapewniają uzyskania efektów skali. W takiej sytuacji jednostkowe stawki dla zakupywanych usług są bardzo niskie, w wielu zakładach nie pokrywają ponoszonych kosztów, a liczne zakłady i praktyki zachęcają do maksymalizowania przychodów, m.in. poprzez maksymalizowanie liczby przyjęć.

Zakończenie szkicu diagnozy

Wbrew przyjętym na wstępie zasadom postępowania reformatorskiego nie udało się dokonać analizy zastanego stanu rzeczy w sposób na tyle drobiazgowy, by stanowiło to rzetelną podstawę konstruowania precyzyjnych narzędzi naprawy. Główną przyczyną były wspomniane kilkakrotnie w tekście rażące braki informacyjne. Ku

naszemu zaskoczeniu dotyczyły one nie tylko danych finansowych – luk w tej dziedzinie spodziewaliśmy się, będąc uczestnikami wielu analiz, w których były one potrzebne – ale także w wielu trywialnie prostych i absolutnie niezbędnych danych na temat infrastruktury i korzystania. By nie być gołosłownym: na stronach internetowych Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, którego nadrzędnym celem jest zbieranie i agregowanie informacji, stosowana jest kategoria „placówek opieki stacjonarnej” w której, powołując się na definicję OECD, łączy się szpitale, domy opieki, domy dziennego pobytu, żłobki i kilka innych, co czyni ten agregat całkowicie nieprzydatny w jakiegokolwiek analizie. Być może w słowniku OECD występuje taka kategoria, ale prócz niej występuje szpital, a także szpital ostry, i nie ma żadnych kłopotów ze znalezieniem podstawowych danych. Jak anegdota może wyglądać informacja, że ostatnie dostępne dane na temat szpitali, zawarte na tych stronach, pochodzą z grudnia 2001 r., co nie najlepiej świadczy o tempie zbierania danych. Być może dodatkową ilustracją na temat warunków, w jakich przychodzi stawiać diagnozy na temat systemu, mogą być komentarze pracowników jednego z departamentów MZ, którzy poproszenie o komentarz i uzupełnienia posiadanych przez nas danych (danych dostępnych z materiałów statystycznych) dostarczali uwag na temat kiepskiej jakości materiałów, którymi dysponowaliśmy, bez próby dostarczenia danych bardziej precyzyjnych.

Konkluzją diagnozy niech będzie zatem informacja o zdziwieniu członków Zespołu, którzy byli zaskoczenia, że w warunkach tak fundamentalnych braków informacyjnych decydentom udaje się niekiedy podjąć racjonalnie uzasadnioną decyzję. Jednak gdyby taki stan miał się utrzymywać w przyszłości – szanse na poprawę jakości działania systemu nie będą duże.

REKOMENDACJE

I Ogólne zasady

Każda propozycja zmian systemowych (reformy opieki zdrowotnej) powinna być podporządkowana zasadom (wartościom), którym chce się przypisywać szczególne znaczenie. W żadnym przypadku nie jest to tożsame z dążeniem do tworzenia abstrakcyjnego modelu docelowego, ale o wskazania punktów orientacyjnych drogi, którą powinno się przemierzać dążąc do budowy lepszego systemu.

1. Przyjazny i oszczędny system

Konieczne jest budowanie systemu racjonalnego, a więc takiego, który byłby w stanie odszukiwać optymalne w danych warunkach proporcje między wielkością nakładów, które można przeznaczać na ochronę zdrowia, a wielkością uzyskiwanego efektu zdrowotnego (uzyskanych lat życia w stanie zadowalającej sprawności). Nacisk na racjonalność oznacza, że system definiując swoje priorytety nie musi ulegać presji bycia systemem „nowoczesnym” (pod hasłem „nie jesteśmy gorsi, niż kraje UE” albo „możemy oferować medycynę na najwyższym poziomie”), ale musi dbać o produkowanie świadczeń gwarantujących dobrą relację kosztu i efektu – a jednocześnie unikać świadczeń, które takiej relacji nie gwarantują. Uznanie tej przesłanki musi prowadzić do eliminacji świadczeń (technologii), które tej relacji nie spełniają, nawet jeśli świadczeniodawcy i pacjenci od dawna do nich przywykli. Dążenie do budowy takiego systemu, co będzie długotrwałym i stale uzupełnianym procesem, musi opierać się na jasnych kryteriach używanych do oceny zasadności (racjonalności) stosowanych procedur. Budowanie racjonalnego systemu musi być działaniem stałym – i tak musi być przedstawiane – ale stan gospodarki będzie miał wpływ na możliwość włączania do zakresu świadczeń gwarantowanych większej liczby procedur.

Perspektywa pacjenta

Dla pacjentów system powinien być przyjazny przez ułatwienie, a nie formalne lub rzeczywiste utrudnianie dostępu, a także o możliwość reagowania na potrzeby zgłaszane przez pacjenta (także emocjonalne). Chodzi tu jednak o dostęp do świadczeń gwarantowanych, przede wszystkim usług, o korzystaniu z których

decyduje sam pacjent. Pozornie banalny nakaz przestrzegania zasad postępowania z należytą starannością powinien być stale przypominany (bez ostentacyjnego poczucia wyższości demonstrowanego przez pracowników medycznych, dla których byłby on jakoby bezwzględnie przestrzeganą codziennością). W praktyce będzie to oznaczało łatwe nawiązanie kontaktu z podstawową opieką zdrowotną: lekarzem rodzinnym, innym lekarzem pełniącym te funkcje lub pielęgniarką POZ. To ich świadczenia powinny być łatwo dostępne, pacjent traktowany byłby jako naturalny uczestnik kontaktów, a hasło poprawy w tej dziedzinie powinno być traktowane jako racja zmian, a nie puste i bezzasadne obietnice ułatwienia korzystania ze wszystkich świadczeń. Zwłaszcza bezproduktywny czas oczekiwania na wizytę powinien być radykalnie zredukowany, a istniejące możliwości planowania wizyt popularyzowane (ich stosowanie może być też czynnikiem oceny). Jednocześnie nie ma powodu, by ułatwiać korzystanie ze świadczeń tylko na podstawie życzenia pacjenta i bez brania pod uwagę możliwości systemu. Oczywiście, w miarę potrzeby system musi zapewniać możliwość korzystania, bez zbędnej zwłoki, ze świadczeń wyższych szczebli referencyjnych. Także tam poprawić można jakość i kulturę świadczeń, jeśli sprawom tym poświęci się dostatecznie dużo uwagi. Podkreślić przy tym należy, że łatwość dostępu do pewnej grupy świadczeń w żadnym przypadku nie powinna prowadzić do dewaluacji tych świadczeń (świadczeń POZ), które zawsze będą stanowiły kluczowy składnik tego, co jest dostarczane pacjentom i obywatelom. Jeśli w dostępie do niektórych świadczeń pozostawione będą różnorodne restrykcje, to powinno być jasne, że nie chodzi o biurokratyczne utrudnienia, ale o mechanizmu służące racjonalizacji działania systemu jako całości – co powinno przynosić poprawę sytuacji odczuwanej przez większość.

Perspektywa świadczeniodawców

Znaczna część postulatów reformatorskich zgłaszanych w wielu krajach dotyczyła kwestii autonomii świadczeniodawców. Z jednej strony chodzi o swobodę wykwalifikowanych pracowników – lekarzy, pielęgniarek – którzy przywiązani są do możliwości wykonywania „wolnego zawodu” (obowiązujące przepisy w znacznym stopniu to umożliwiają). Z drugiej strony, chodzi o dostateczną autonomię instytucji produkujących świadczenia zdrowotne. W odniesieniu do instytucji publicznej problemem samodzielności jest rodzaj i zakres decyzji, które mogą być podejmowane bez zewnętrznej kontroli, a także o treść odpowiedzialności

finansowej, ponoszonej w przypadkach popełnionych błędów. W odniesieniu do instytucji prywatnych chodzi o swobodę podejmowania działalności określonego rodzaju, na określonym terenie. Stosowana obecnie formuła (SPZOZ) budzi wiele wątpliwości – nie rozwiązuje problemu inwestycji i nie zapobiega przed skutkami zadłużania się – wobec czego podjęte zostały wysiłki, zmierzające do przyjęcia nowej formuły (spółka użyteczności publicznej), które przyjęły postać projektu ustawy. Rozstrzygnięcia w tej dziedzinie będą miały istotny wpływ na sposób kształtowania relacji w systemie zdrowotnym. W naszym zespole trudno jednak przesądzać o wynikach prac parlamentarnych. W obecnym stanie ustaleń można jednak przyjąć, że niezależnie od zaakceptowanej ostatecznie formuły, podstawą relacji między różnymi podmiotami operującymi w systemie, będą (względnie) niezależne podmioty, kształtujące swoje współdziałanie przy pomocy dobrowolnie (względnie) zawieranych umów, których realizacja będzie mogła być przedmiotem odrębnego postępowania.

Mierzalność efektów

Proces racjonalnych zmian, dając szansę uzyskiwania dającego się dostrzec rezultatu umożliwiałby jednocześnie lepsze funkcjonowanie organizacyjne – poprawiałyby się wskaźniki funkcjonowania – również dawałby szansę odczucia poprawy funkcjonowania przez jego pacjentów. Nacisk na uzyskanie wymiernych efektów w stosunkowo krótkim czasie – co nie oznacza planów szybkiego zbudowania perfekcyjnego systemu – ma kluczowe znaczenie dla właściwego przygotowania zmiany (konieczne są narzędzia umożliwiające pomiar uzyskiwanych efektów), jest również konieczne ze względów społecznych. Uzyskanie poparcia ze strony pacjentów – oraz znaczącej części pracowników – jest niezbędne do przeprowadzenia zmiany, a zwłaszcza jej wdrożenia (stałego wdrażania). Władza nie powinna pozwalać sobie na przeprowadzanie kolejnego eksperymentu reformatorskiego, wbrew – albo lekceważąc – emocje społeczeństwa, pacjentów i świadczeniodawców. Jednocześnie należy strzec się składania obietnic, których spełnienie może być bardzo trudne. Wskazanie jednoznacznie na pozytywne efekty wprowadzanych zmian jest trudne z uwagi na wielość czynników, które wpływają na system opieki zdrowotnej, ale to nie oznacza, że nie jest możliwe uzyskanie rezultatów dobrze ocenianych przez społeczeństwo. Równie ważne są jednak efekty, które w krótkim czasie nie są bezpośrednio przez pacjenta czy świadczeniodawców odczuwane, ale które mają duże znaczenie dla dobra

wspólnego, jakim jest stan finansów publicznych państwa. Uświadamianie wagi tego aspektu zmian jest ważnym zadaniem marketingu społecznego, jaki powinien towarzyszyć wdrażaniu reformy.

Wymogi konstytucyjne

Zgodnie z konstytucją – ale także zgodnie z szeroko uznaną „normą cywilizacyjną” – publiczny system zdrowotny musi być powszechnie dostępny i być organizowany w sposób, który sprzyja realizacji zasady sprawiedliwości w dostępie i korzystaniu (równe traktowanie równych i nierówne traktowanie nierównych). Jego finansowanie opiera się na przymusowo wpłacanych daninach, których wielkość jest proporcjonalna do stanu zamożności/dochodów płatnika i nie jest powiązana z indywidualnym ryzykiem zdrowotnym. W imię realizmu należy pogodzić się z tym, że konstytucyjna zasada równości w dostępie do świadczeń bez względu na sytuację materialną pacjenta obowiązuje jedynie tam, gdzie chodzi o świadczenia finansowane ze środków publicznych (świadczenia gwarantowane) i w stosunku do nich obowiązuje idea solidarności. Próba rozszerzenia na wszystkie świadczenia (świadczenia rekomendowane, inne świadczenia) musi prowadzić do załamania systemu (obecny kryzys jest tego dowodem). Należy politycznie uznać faktu istnienia zróżnicowanych zakresów świadczeń, dążyć do racjonalnego uzasadnienia kryteriów różnicujących ich dostępność, sprawiedliwego wyznaczania ich granic oraz pozyskiwać moralne poparcie dla wykorzystywania go jako reguły porządkującej organizowanie systemu.

Powszechna dostępność oznacza relatywnie łatwą i bez barier finansowych możliwość nawiązania kontaktu z systemem (ze wskazanym fachowym pracownikiem, działającym w ramach instytucjonalnego umocowania) bez zbędnej zwłoki, a zwłaszcza zwłoki zagrażającej stanowi zdrowia. Nawiązanie kontaktu oznacza możliwość podjęcia koniecznych działań diagnostycznych i leczniczych – lub innych uznanych za konieczne – w zakresie ustalonym przez krąg świadczeń gwarantowanych, w zgodzie z obowiązujących standardem postępowania. Treść standardu przesądza o zakresie łatwej dostępności (wyraźnie należy stwierdzić, że istnieją świadczenia, do których dostęp musi być limitowany/racjonowany).

2. Odpowiedzialność za zdrowie

Formułowanie ogólnych zasad budowania systemu musi opierać się na odróżnieniu odpowiedzialności jednostkowej oraz odpowiedzialności publicznej, co jest podstawą wskazania obowiązków i uprawnień podmiotów zaangażowanych w działanie systemu.

Odpowiedzialność jednostkowa

Uznaje się istnienie dwóch nieredukowalnych wobec siebie źródeł odpowiedzialności za zdrowie i dostęp do opieki zdrowotnej: osobista odpowiedzialność jednostki oraz odpowiedzialność publiczna.

Osobista odpowiedzialność jednostki za działanie wobec siebie, wobec najbliższych i wobec otoczenia podporządkowana jest regule przyczyniania się do poprawy stanu zdrowia (wzmacniania potencjału zdrowotnego) w wersji maksymalistycznej lub unikania zachowań, które mogłyby negatywnie wpływać na stan zdrowia (osłabiania potencjału zdrowotnego) w wersji minimalistycznej. Istnieją podstawy (chodzi raczej o treść norm moralnych, aniżeli o emocje odczuwane przez członków społeczeństwa), by oczekiwać działań sprzyjających zdrowiu (zwykle uznaje się to za postępowanie racjonalne, aczkolwiek trudno jest odmówić suwerennym jednostkom postępowania, które nie prowadzi do pozytywnych skutków zdrowotnych). Istnieje większa skłonność do tolerowania szkodliwych zachowań szkodzących własnemu zdrowiu, aniżeli podejmowanie działań mogących przynosić szkody innym ludziom. Szczególnie potępiane są działania szkodzące zdrowiu ludzi oddanych opiece, zwłaszcza jeśli są to osoby znajdujące się w wyraźnie słabszej pozycji. Na przesłance o skłonności do racjonalnego zachowania opierają się programy promocji zdrowia. Jednocześnie, na ogół w systemach publicznych nie wprowadza się sankcji (odmowa świadczeń, wyższe opłaty) w przypadku zachowań antyzdrowotnych.

Odpowiedzialność jednostki obejmuje troskę o dostęp i możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych, co dotyczy zarówno świadczeń zapobiegawczych, jak i leczniczych. Osobami objętymi tą troską jest sam zainteresowany, członkowie jego rodziny, a także inne osoby postrzegane jako objęte zakresem akceptowanej solidarności. O ile odpowiedzialność za siebie i najbliższych jest zwykle definiowana wprost (zarówno jako poczucie odpowiedzialności, jak i poprzez różne zabiegi

formalne, jak objęcie jednym tytułem do korzystania), o tyle świadomość odpowiedzialności pozostaje zwykle niejasna, jej zakres nie bywa precyzyjnie uświadamiany, a jej krąg bywa zwykle wyznaczany poprzez stosowany w danym kraju mechanizm finansowania świadczeń zdrowotnych i przepływu środków. Po względem przedmiotowym odpowiedzialność ta obejmuje udział w gromadzeniu pieniędzy (zasobów) niezbędnych do produkcji świadczeń oraz zachowania niezbędne do (racjonalnego) korzystania ze świadczeń. Gromadzenie zasobów może mieć postać wpłacania przymusowych danin, wykupieniu polisy prywatnego ubezpieczenia, wnoszenia opłat w sytuacjach, w których jest to przewidziane, dobrowolnych wpłat wnoszonych w celach charytatywnych na jednostkowy cel lub wskazany fundusz. Racjonalne zachowania znajdują wyraz w korzystaniu z informacji i takim komunikowaniu się z systemem, by odczuwana potrzeba zdrowotna (której istnienie zostaje profesjonalnie potwierdzone) była właściwie zaspokojona. Prawdopodobnie treść racjonalnego zachowania powinna być uzupełniona postulatem nieubiegania się w systemie publicznym o świadczenia wyłączone z zakresu świadczeń gwarantowanych (oczywistą sankcją za przekroczenie tego rodzaju postulatu jest odmowa udzielenia świadczenia).

Odpowiedzialność publiczna.

Pierwszym terenem publicznej odpowiedzialności (odpowiedzialności państwa) są działania mające eliminować istniejące i niedopuszczające do powstawania w otoczeniu ludzi czynników (sytuacji) zagrażających ich zdrowiu. Powszechnie dzisiaj dostępna wiedza na temat uwarunkowań stanu zdrowia pozwala na stosunkowo łatwą identyfikację takich sytuacji, które powstają w środowisku życia, pracy, nauki, obrotu handlowego, rekreacji, transportu, a mogące dotyczyć używania produktów żywnościowych, przemysłowych, urządzeń technicznych, leków i wielu innych wytworów i naturalnych obiektów. Zwykle to nie państwo jest podmiotem tworzącym te sytuacje, które powstają w naturalnych kontaktach i procesach społecznych, ale państwo ma możliwość kontrolowania stopnia ich niebezpieczeństwa, z punktu widzenia następstw zdrowotnych. Chodzi więc zatem o zorganizowany udział państwa w tworzeniu kryteriów bezpieczeństwa (standardów), a następnie kontrolowaniu ich przestrzegania, wraz z możliwością stosowania skutecznych sankcji w przypadkach, kiedy strony bezpośrednio zainteresowane naruszają obowiązujące normy.

Drugi teren odpowiedzialności publicznej to odpowiedzialność państwa za dostęp do świadczeń zdrowotnych i możliwość korzystania z nich. Powinność ponoszenia tej odpowiedzialności bywa wyprowadzana z normy moralnej, nakładającej na wspólnotę polityczną tego rodzaju zobowiązania (w wielu koncepcjach zasada taka jest przyjmowana), ale może być traktowana jako reguła względnie moralnie neutralna, jeśli potraktuje się ją jako normę cywilizacyjną (przy pewnym poziomie rozwoju cywilizacyjnego nie można akceptować braku dostępu do świadczeń, co jest nieuzasadnioną dyskryminacją).

Norma ta została przyjęta w wyroku TK. Zgodnie z art. 68 każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Konstytucja nakłada na organy władzy publicznej, przez które przede wszystkim należy rozumieć organy państwa oraz organy samorządu terytorialnego określone obowiązki. Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakieś abstrakcyjnie określony i niedefiniowalny stan zdrowia poszczególnych jednostek, ale cecha rzeczywistości społecznej - możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności. Korelatem przysługującego każdemu prawa podmiotowego do ochrony zdrowia jest zatem obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa. Z przepisów Konstytucji, można i należy, więc wywodzić ciężący na władzach publicznych obowiązek stworzenia instytucjonalnych gwarancji realizacji prawa do ochrony zdrowia oraz prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej. Instytucjonalne gwarancje ochrony zdrowia to przede wszystkim obowiązek stworzenia i nadzorowania systemu opieki zdrowotnej. Norma Konstytucji nie przesądza konstrukcji tego systemu jako całości, ani jego poszczególnych elementów, charakteru prawnego źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych, charakteru i struktury płatnika czy płatników tych świadczeń, czy też struktury własnościowej świadczeniodawców. Pewne ograniczenie swobody ustawodawcy w tym zakresie mogą jednak wynikać z innych konstytucyjnych zasad i wartości. Z konieczności rzeczywistego zapewnienia przez władze publiczne warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia, które nie może być traktowane jako uprawnienie iluzoryczne wynika jednak wymaganie, że system ten jako całość musi być efektywny. Tak więc

konstytucyjnym nakazem jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń, na podstawie kryterium obywatelstwa, do uznanego za niezbędny zakres świadczeń zapobiegawczych i leczniczych.

Jeśli wszystkie działania prowadzące do udostępnienia świadczeń leżą w sferze odpowiedzialności państwa, to – konsekwentnie – przedmiotem publicznej odpowiedzialności muszą być także działania pośrednie, instrumentalne wobec nadrzędnego celu dotyczącego produkcji właściwych świadczeń. Tak więc to wszystko, co dotyczy rozwoju zasobów, zarządzania, planowania, kontrolowania sposobu wydatkowania środków publicznych, stosowania odpowiednich motywacji, wspierania wiedzy i badań, wszystko to powinno być wykonywane jako realizacja konstytucyjnej normy. Dotyczy to także – oczywiście – wszystkich wymiarów zdrowia publicznego. Interesujące, że w wyroku TK zwrócono uwagę także na efektywność podejmowanych działań: stara zasada podkreślana przez prakseologów jako moralny postulat – sprawne działania – została podniesiona do reguły obowiązującej w publicznych aktywnościach w ochronie zdrowia.

3. Mechanizm odpowiedzialności państwa.

Stosowanie wskazanych tutaj mechanizmów realizowania odpowiedzialności państwa za zdrowie jest szeroko akceptowane.

Regulacja

Pierwszy mechanizm odpowiedzialności państwa polega na działalności regulacyjnej, która jest realizowana poprzez działalność prawotwórczą. Zgodnie z podziałem kompetencji, który obowiązuje w państwach demokratycznych możliwość nakładania obowiązków na podmioty może być dokonywana tylko poprzez normy ustawowe, a te mogą być tworzone - jako normy obowiązujące – tylko poprzez ustawę uchwalaną przez parlament.

Poglądy na temat zakresu zadań, które powinny być realizowane przez państwo w sektorze zdrowotnym są kształtowane przez przekonania dotyczące szerszego problemu; problemu roli państwa w polityce społecznej. Zwolennicy interwencji i aktywnej obecności państwa będą wskazywali znacznie szerszy zakres obowiązków,

niż zwolennicy koncepcji liberalnych. Jednak przynajmniej częściowo niezależnie od tych ogólnych poglądów, można wskazać pewną listę zadań technicznych, które należy w sektorze zdrowotnym zrealizować, także niezależnie od powiązań politycznych. Wśród tych działań znajdują się przynajmniej problemy następujące:

- kształcenie i trening - podstawowe, permanentne, podyplomowe - profesjonalistów medycznych;
- narzędzia formalnego uznania posiadanych kwalifikacji - licencjonowanie, certyfikacja, sprawdzanie wiadomości;
- kształtowanie struktury bodźców finansowych;
- uchwalanie przepisów, ich egzekwowanie, nadzór nad przestrzeganiem, tak by regulacja dotycząca zasad udzielania świadczeń i ich produkcji była jasna, a interesy konsumentów i świadczeniodawców chronione;
- przyjmowanie standardów dotyczących konstrukcji, wyposażenia technicznego, zasad zatrudnienia, organizacji i administrowania instytucjami zdrowotnymi;
- akredytacja instytucji zdrowotnych;
- uchwalanie, egzekwowanie i nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących zasad wytwarzania, testowania, dystrybucji leków, produktów biologicznych i aparatury medycznej;
- kształtowanie zasad działania ubezpieczenia zdrowotnego i reguł finansowania opieki zdrowotnej.

Finansowanie

Drugi mechanizm realizacji odpowiedzialności państwa polega na utrzymywaniu w ruchu mechanizmu gromadzenia i podziału pieniędzy publicznych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia. Niekiedy może polegać to jedynie na tworzeniu ram prawnych, wewnątrz których działają samodzielne instytucje ubezpieczeniowe, a państwo ogranicza swoją aktywność do nadzoru nad przestrzeganiem reguł, arbitrażu sprawowanego w przypadkach konfliktowych i ewentualnie do pokrywania powstałych deficytów. W bogatych krajach, gdzie kultura negocjacji jest dobrze rozwinięta, ten zakres aktywności może być wystarczający dla zagwarantowania uprawnionym możliwości sfinansowania świadczeń. Jeśli jednak wskazane warunki nie są spełnione – niekiedy jest to kwestia tradycji, dotycząca sposobu organizowania działalności aktywność sektorach społecznych – potrzebna jest

intensywna aktywność organizacyjna i wykonawcza, która prowadzi do powstania przekonania, że to państwo finansuje opiekę zdrowotną, która jest bezpłatna.

Jak poprzednio, różnorodne działania pośrednie, których wykonanie jest niezbędne dla realizowania procesu finansowania świadczeń, są także objęte regułą odpowiedzialności. Biorąc pod uwagę wielość form gromadzenia pieniędzy (gromadzenie przymusowych danin, dystrybucja polis prywatnego ubezpieczenia, gromadzenie opłat w sytuacjach, w których jest to przewidziane, dobrowolne wpłaty wnoszonych w celach charytatywnych na jednostkowy cel lub wskazany fundusz) zarówno działalność normodawcza, jak i kontrolna stanowi złożony i skomplikowany obszar działań.

Organizowanie

Trzeci mechanizm realizowania odpowiedzialności państwa polega na organizowaniu procesu wytwarzania i udzielania świadczeń. Obejmuje od podstawowe fazy procesu działań zorganizowanych: definiowanie celów, pozyskiwanie zasobów (materialnych i ludzkich), tworzenie struktur, motywowanie, kontrolę. Zakres tych działań i ich intensywność zależy od specyfiki sytuacji: jest możliwe, że większość decyzji jest podejmowanych samodzielnie przez obecnych lub przyszłych uczestników systemu. W krajach o silnych tradycjach inicjatywy prywatnych nie tylko decyzje o podjęciu studiów medycznych są podejmowane na własny rachunek (opłaty za studia są traktowane jako inwestycje), ale również duża część decyzji inwestycyjnych (uruchomienie nowych instytucji, ich profil i wyposażenie) są pozostawione indywidualnym rozstrzygnięciom. Jest możliwe, że same decyzje są pozostawione jednostkom (to mogą być także podmioty zbiorowe), ale władze publiczne dokonują ukierunkowania tych decyzji (np. lokalizacja nowego szpitala albo otwarcie specjalistycznego oddziału). Może to następować bezpośrednio, poprzez wyrażanie formalnej zgody, albo pośrednio, przez udzielanie finansowego wsparcia (np. preferencyjny kredyt). W efekcie w systemie jest zwykle obecna bardzo zróżnicowana struktura własności (zwykle publiczna jest szerzej reprezentowana w sektorze opieki stacjonarnej, a także w specjalnościach, w których szanse pozyskiwania dochodów innych niż publiczne są znikome). Zdarza się jednak także, a szczególnie zdarzało się w przeszłości, że państwo bierze na siebie rolę głównego

organizatora świadczeń, stając się właścicielem większości infrastruktury. Wtedy spoczywają na nim wszystkie obowiązki związane z efektywnym zarządzaniem.

4. Obszary szczególnej odpowiedzialności państwa

Przedstawione wyżej funkcje państwa (treść publicznej odpowiedzialności) są udziałem – w różnych proporcjach – wszystkich państw rozwiniętych. Jednak w polskich warunkach na dwa obszary odpowiedzialności należy zwrócić szczególną uwagę, bo – od ich właściwej aplikacji – zależy powodzenie planowanego przedsięwzięcia.

Priorytety

Ustalenie priorytetów zdrowotnych polega na uznaniu niektórych spośród problemów za bardziej ważne tak, aby można je wykorzystać jako kryterium wyboru alternatywnych metod interwencji, zwłaszcza jeśli chodzi o alokację środków. Wybór priorytetów jest wyborem pozytywnym (co ma pierwszeństwo), ale jest również wyborem negatywnym (czemu pierwszeństwa, a być może przyznania środków w ogóle odmówimy w podejmowanych decyzjach). Priorytety nie mają zatem bezpośredniego wpływu na zakres świadczeń gwarantowanych, ale tworzą faktyczne warunki realizacji tych świadczeń. Są więc koniecznym uzupełnieniem decyzji podejmowanych w związku z definiowaniem zakresu świadczeń gwarantowanych i finansowanych ze środków publicznych (koszyka).

Pierwszy krok w procesie identyfikowania priorytetów polega na sformułowaniu i przyjęciu dostatecznie jednoznacznych kryteriów selekcji. Umieszczenie jakiegoś zagadnienia na liście potencjalnych problemów zdrowotnych, wymaga spełnienia następujących warunków:

- problem należy do głównych przyczyn zgonów;
- problem znajduje się wśród głównych przyczyn złego stanu zdrowia;
- problem należy do czynników behavioralnych, wpływających istotnie na stan zdrowia;
- wobec rozważanego problemu możliwe jest wskazanie skutecznej interwencji prowadzącej do pozytywnego efektu zdrowotnego;
- problem należy do obszaru postrzeganego jako szczególnie zagrażający.

Zwykle zastosowanie tych kryteriów pozwala na przygotowanie bardzo rozbudowanej listy problemów. Dalsze kroki polegają na zastosowaniu następujących kryteriów

- waga problemu
- szanse uzyskania poprawy
- możliwość precyzyjnego formułowania celów.

Ich zastosowanie pozwala zwykle ustalić problemy, które powinny być odrzucone z budowanej dalej listy priorytetów. Prowadzi to do radykalnej eliminacji części zagadnień umieszczonych uprzednio na liście problemów potencjalnych.

Dopiero po dokonaniu tych czynności dochodzi do określenia problemów, spośród których można dokonać wyboru tych, którym zostanie przyznane miejsce priorytetowe.

Podkreślić należy, że próby przechodzenia od koncepcji do praktycznego budowania priorytetów często są bardzo trudne często bowiem nawet zaawansowane idee ich tworzenia pozostają bezskuteczne ze względu na trudności w znalezieniu politycznej zgody na ich stosowanie

Budowanie zakresu świadczeń gwarantowanych i finansowanych ze środków publicznych („koszyk świadczeń zdrowotnych”)

Istotna część przedstawianych tutaj zasad opiera się na przesłance, że możliwe będzie zmierzanie ku definiowaniu zakresu świadczeń publicznie gwarantowanych. Jednak obecnie nie jest możliwe przygotowanie pełnej negatywnej, a tym bardziej pełnej pozytywnej listy. Proponuje się zatem powołanie wyspecjalizowanej instytucji państwowej, niezależnej i kompetentnej, która będzie podejmowała stale decyzje o zakresie świadczeń gwarantowanych i finansowanych ze środków publicznych (o kształcie koszyka).

Standardy medyczne

W przeszłości popularne było traktowanie działań medycznych jako swoistej sztuki, której reguły powinny być stosowane indywidualnie przez lekarza wobec swojego pacjenta. Prawo podejmowania tych indywidualnych decyzji było traktowane jako

jeden z podstawowych przywilejów medycznych profesjonalistów, a jednocześnie jako warunek skutecznego prowadzenia postępowania medycznego, które nie powinno podlegać zewnętrznej interwencji i kontroli. Jednak w miarę rozszerzanie się zakresów funkcjonowania systemów, wzrastającej liczby świadczeń oraz uczestnictwa publicznego płatnika w proces finansowania świadczeń stawało się coraz bardziej oczywiste, że konieczność planowania działań i wydatków wymaga bezwzględnie wprowadzenia reguł, które umożliwiłyby przewidywanie przyszłości (odpowieź systemu na strukturę zachorowań). Jednocześnie coraz bardziej potrzebne stawało się posiadanie norm postępowania medycznego, które mogłyby być traktowane jako punkt odniesienia w ocenie i pomiarze właściwości faktycznie podejmowanych aktywności (domagali się tego i płatnicy i pacjenci). Rolę tę miały pełnić standardy postępowania medycznego (zestaw działań i procedur, które powinny być stosowane w zdefiniowanej sytuacji medycznej, na podstawie statystycznie potwierdzonej wiedzy medycznej). Również nasilające się oczekiwania dotyczące jakości i przestrzegania praw pacjentów stymulowały rozwój standardów. Podstawą budowy standardów jest wiedza profesjonalna, ale inicjatywa i koordynacja w tej dziedzinie powinna należeć do wyspecjalizowanej instytucji publicznej.

Budowanie partnerstwa publiczno-prywatnego

Była już mowa o tym, że tylko część świadczeń wchodzić będzie w zakres tych, których finansowanie jest gwarantowane ze środków publicznych. Jest bezsporne, że w obliczu drastycznych ograniczeń materialnych zakres ten nie będzie mógł być nadmiernie rozszerzany. W konsekwencji znaczna część świadczeń ważnych z punktu widzenia stanu zdrowia społeczeństwa będzie wchodzić w zakres świadczeń rekomendowanych. Ich finansowanie, przekraczające wydajność systemu publicznego, będzie musiało korzystać ze współpłacenia wnoszonego przez pacjentów (patrz niżej). Jednak w wielu przypadkach pacjenci nie będą emocjonalnie przekonani, że świadczenie warte jest ponoszonych przez nich wydatków (wchodzi tu w grę motywacje charakterystyczne dla zachowań rynkowych), konieczne więc będzie zachęcanie ich do tego rodzaju decyzji. Tworzenie ram prawnych, organizacyjnych, organizacyjnych następnie propagowanie bardziej racjonalnych zachowań, będzie stanowiło jedno z najpoważniejszych wyzwań stojących przed systemem zarządzania zreformowanym systemem..

5. Źródła uprawnień

Źródła uprawnień do świadczeń gwarantowanych.

Podstawowym źródłem uprawnień do świadczeń powinno być obywatelstwo dające możliwość korzystania ze świadczeń gwarantowanych publicznie bez opłat w chwili korzystania i bez zwłoki innej, niż wynikającej z przyjętych standardów. Uprawnienie to powinno być udziałem wszystkich obywateli RP, stale zamieszkujących na terytorium kraju i spełniającym inne niezbędne warunki, określone w ustawie.

W przypadku świadczeń rekomendowanych, ale nie znajdujących się w zakresie świadczeń gwarantowanych, uzyskanie świadczeń jest możliwe przy spełnieniu jednego z dwóch warunków, traktowanych jako elementy partnerstwa publiczno-prywatnego. Po pierwsze, na podstawie wniesienia opłaty na rzecz świadczeniodawcy, w wysokości ustalonej w oficjalnej tabeli opłat, w chwili starania się o uzyskanie świadczenia. Po drugie, na podstawie dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego, zawartego przed czasem ubiegania się o świadczenie (możliwe jest wprowadzenie ustawowego okresu wyczekiwania). Przyznanie organom publicznym uprawnień w tej dziedzinie wynika z dążenia do stymulowania produkcji i konsumpcji tych świadczeń. Udział finansowy pacjentów powinien zatem być ustalany na poziomie zachęcającym, a nie zniechęcającym do budowania partnerstwa publiczno-prywatnego. Jednocześnie, ze społecznego punktu widzenia współpłacenie poprzez ubezpieczenie jest bardziej korzystne (udział w przezorności), stąd zachęcać należy (promować poprzez finansowe i organizacyjne zachęty) do rozpowszechniania systemów dodatkowych ubezpieczeń.

W przypadku pozostałych świadczeń uzyskanie świadczeń jest możliwe przy spełnieniu jednego z dwóch warunków. Po pierwsze, na podstawie zapłacenia wg ceny ustalonej przez świadczeniodawców, w wysokości ustalonej w cenniku przygotowanym przez świadczeniodawcę, w chwili starania się o uzyskanie świadczenia. Po drugie, na podstawie dobrowolnego ubezpieczenia dodatkowego, zawartego przed czasem ubiegania się o świadczenie (możliwe jest wprowadzenie umownego okresu wyczekiwania).

Znaczenie zasady solidarności

Zasada solidarności ma zastosowanie jako podstawa organizowania systemu w jego części obejmującej świadczenia gwarantowane (finansowane ze środków publicznych). Jak już stwierdzono wyżej uprawnienia do świadczeń są powiązane z obywatelstwem, nie mają związku z wielkością indywidualnego ryzyka zdrowotnego, a ich treść ma być definiowana na podstawie kryterium potrzeby zdrowotnej (potrzeba odnosi się do zdolności odnoszenia korzyści ze stosowanej procedury), bez powiązania z wielkością udziału w gromadzeniu środków finansowych na funkcjonowanie systemu. Pozyskiwanie środków finansowych wynika z decyzji podjętych przez władzę ustawodawczą, opiera się na przymusowo wpłacanych daninach (składka powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego), których wielkość ma być w zasadzie proporcjonalna do stanu zamożności/dochodów płatnika, przy czym istnieje pewna grupa ludności, w imieniu których składka jest wpłacana przez zobowiązany organ (ta część środków pochodzi z budżetu). Akceptacja zasady solidarności oznacza zgodę na transfery środków od podmiotów wpłacających więcej, a korzystających mniej, do podmiotów wpłacających mniej, a korzystających więcej – w sytuacjach, w których dochodzi do tego rodzaju dysproporcji. Dotyczy to zarówno osób i rodzin (prosty transfer środków), jak i struktur terytorialnych i administracyjnych (poprzez mechanizm wyrównawczy, przy stosowaniu odpowiednich algorytmów).

Jako część ustaleń systemowych należy jawnie uznać zasadę, że w stosunku do świadczeń finansowanej ze środków prywatnych idea solidarności jest wyłączona, a wynikające stąd różnice dostępności i korzystania są akceptowane. Jeśli zatem różnice te wynikają z dopłat lub dodatkowych ubezpieczeń ich istnienie nie powinno być uznawane za naruszenie konstytucyjnego porządku. Prawdopodobnie nie będzie to budziło oporów w przypadkach, w których prywatne środki są jedynym źródłem finansowania. Jednak zagadnieniem znacznie trudniejszym będzie problem wyznaczenia zakresu częściowego stosowania zasady solidarności. Chodzi mianowicie o przypadki współwystępowania finansowania publicznego częściowego prywatnego – częściowego świadczeniach rekomendowanych – kiedy dochodzi do wykorzystywania częściowego publicznego finansowania do tworzenia zachęt do korzystania ze świadczeń, uznanych za korzystne, z punktu widzenia efektu

zdrowotnego, ale uzyskiwanego pod warunkiem uzupełnienia zasobów ze środków prywatnych.

Znaczenie zasady subsydiarności.

Zasada subsydiarności (pomocniczości) jest moralnym nakazem – uznanym w polskim systemie prawnym - poszanowania autonomii naturalnych układów społecznych. Układy te tworzą hierarchię, przy czym przyjmuje się, że mniejsze układy, takie jak rodziny, są bardziej naturalne niż układy wielkie, takie jak państwo. Układy wyższe nie powinny przejmować zobowiązań układów niższych, nie ze względów pragmatycznych, ale głównie z uwagi na moralną wartość wykonywania istotnych funkcji przez układy niższe. Ale gdy naturalna wspólnota nie jest w stanie podołać wszystkim zadaniom, moralna odpowiedzialność wymaga, aby układ wyższy okazał swoją pomoc. Nawet wtedy jednak nie jest to przejęcie odpowiedzialności, ale czasowa pomoc zmierzająca do przywrócenia samodzielności podmiotowi, któremu udzielało się wsparcia.

Tak interpretowana zasada stała się argumentem w krytyce nazbyt aktywnych działań państwa opiekuńczego, a w Polsce była uzasadnieniem budowania zdecentralizowanych, regionalnych kas chorych (swoboda dyspozycji, obejmująca decyzje organizacyjne i finansowe, a także podkreślanie znaczenia oddolnych poszukiwań najlepszych rozwiązań). Jednak brak ujednoliconych zasad i koordynacji wyzwolił krytykę, która została wykorzystana jako powód, lub przynajmniej pretekst, powołania jednolitego NFZ. Jeżeli zatem nie postuluje się ponownej fragmentaryzacji instytucji publicznego płatnika, to stosowanie zasady subsydiarności powinno ograniczać się do wyznaczenia sensownego zakresu samodzielności (autonomicznych decyzji) oddziałów wojewódzkich. Jako szczególnie ważne należałoby potraktować sprawę kontroli sprawowanej przez lokalne (przynajmniej wojewódzkie) społeczności i wspólnoty polityczne. Natomiast stosowanie tej zasady, jako postulatu decentralizacji, może być stosowane w stosunku do niepublicznych płatników, w czym ograniczeniem powinny być tylko wymogi racjonalności organizacyjnej, niezbędne przy budowie instytucji finansowych.

Zasada subsydiarności jest natomiast szeroko propagowana, a niekiedy stosowana, przy projektowaniu struktur świadczeniodawców, co jest szczególnie wyraźne w

postulatach dotyczących roli przyznawanej opiece podstawowej (interwencje specjalistów i ich ekspansja może być porównywana do uzurpacji podejmowanej przez struktury państwowe). Jednak w tym przypadku rola argumentacji moralnej tylko częściowo może być traktowana na równi z realizacją postulatu efektywności organizacyjnej („bliskość” świadczeniodawcy jest ważna, ale pod warunkiem, że nie narusza to wymogów pragmatycznych). Warto też zwrócić uwagę na nowe sytuacje powstające w związku z rozwojem technik informatycznych. Ich szerokie stosowanie może znacznie rozszerzyć możliwości stosowania zasady subsydiarności.

6. Umowy między samodzielnymi podmiotami jako podstawa budowy więzi systemowych

Jako jedno z pozytywnie potwierdzonych doświadczeń reform wprowadzanych w systemach zdrowotnych w ostatnich latach był mechanizm oparty na umowach (kontraktach) między publicznym płatnikiem a wytwórcami świadczeń zdrowotnych funkcjonujących w różnych układach instytucjonalnych i własnościowych (zarówno publicznymi, jak i prywatnymi). Podkreślić przy tym należy, że publiczne pozyskiwanie pieniędzy - wprowadzenie przymusu ubezpieczenia, przez co należy rozumieć także fakt opłacania podatku na cele zdrowotne - nie przesądza formy organizacyjnej, która jest stosowana w procesie dalszego transferu środków finansowych.

Zastąpienie podporządkowania administracyjnego, w przeszłości stanowiącego dominującą formę budowania więzi organizacyjnych, jest próbą bardziej równorzędnego traktowania podmiotów operujących w systemie zdrowotnym i jaśniejszego określania wzajemnych zobowiązań (niegdyś ukrywanych w administracyjnej relacji). Równoprawność formalna, obecna w mechanizmie zawierania umów, nie przesądza jednak rzeczywistej równorzędności. Potęga płatnika w warunkach monopsonu może skutecznie zniweczyć próby obrony nawet najbardziej uzasadnionego stanowiska świadczeniodawców. Z drugiej strony, monopolistyczna pozycja zorganizowanych świadczeniodawców (porozumienie stające się znową) może – w obawie przed wybuchem kryzysu społecznego - skutecznie narzucać rozwiązania niezgodne z logiką działania systemu. Większa

troska o eliminację dominacji ze stosunków kształtowanych przez umowy jest istotnym warunkiem uzyskania podniesienia poziomu sprawności.

Dotychczas umowy były zawierane po przeprowadzeniu konkursu ofert, co miało służyć wzmocnieniu stosunków konkurencyjnych między świadczeniodawcami, czego racją miało być dążenie do zawarcia umowy ze świadczeniodawcą proponującym najbardziej korzystne warunki (cena, ilość, jakość, warunki świadczenia). W wielu przypadkach była to konkurencja pozorna, albo z powodu znacznego podobieństwa ofert, co miało miejsce w propozycjach zgłaszanych przez świadczeniodawców POZ, albo z powodu monopolistycznej pozycji, jaką miał szpital (a jeszcze innych powodów oferty składane przez szpitale kliniczne również miały pozorny charakter, z punktu widzenia wymogów konkursu). W związku z tym, zakres umów zawieranych w reformowanym systemie po przeprowadzeniu konkursu ofert powinien być znacznie ograniczony.

W umowie mogą być zawarte kryteria ilościowe – co jest niezbędne dla planowania wydatków – a także jakościowe, których przestrzeganie może być traktowane jako niezbędny warunek uznania umowy za zrealizowaną. Jeśli w umowie są stosowane pułapy ilościowe (limity określające maksymalne liczby świadczeń) to dopuszczalne jest stosowanie mechanizmów finansowych zniechęcających do permanentnego stosowania tego rodzaju praktyk. Umowa otwiera też szersze możliwości stosowania mechanizmu rynkowego – w zakresie, który jest dopuszczalny w systemie - i dochodzenia racji w przypadku niespełnionych zobowiązań. Podkreślić przy tym należy, że dochodzenie swoich racji nie musi przybierać postaci przewodu sądowego i w wielu systemach stosuje się prostsze i tańsze metody obrony swoich interesów.

Wytwórcy świadczeń zachowują swoją niezależność, można ich traktować jako podmioty prywatne, ale przystępując do umów muszą spełnić ogólnie ustanowione warunki. Wiąże się to z pewnym ograniczeniem swobody wykonywania praktyki medycznej, które może być egzekwowane przez reprezentanta publicznego ubezpieczyciela.

7. Różnicowanie zakresu świadczeń

Wszyscy obywatele powinni mieć szanse równego dostępu do świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, ale prócz tych świadczeń system zdrowotny musi oferować inne świadczenia, różniące się zasadami dostępności i finansowania. Jest to zgodne z normą konstytucyjną, w której stwierdza się, że warunki, zakres udzielanych świadczeń określa ustawa. Jeśli zatem w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych nadrzędna jest zasada równości, to przyjąć należy, że w odniesieniu do innych świadczeń nadrzędność tej zasady przestaje obowiązywać.

Zakres uprawnień gwarantowanych.

Budowa zakresu świadczeń gwarantowanych ,zarówno będzie długotrwałym procesem, zarówno nie jednorazowym aktem, obejmującego zarówno postępowanie diagnostyczne (np. stosowane procedury) jak i leczenia (np. zabiegi, leki) musi obejmować dwa rodzaje działań. Po pierwsze, wyłączanie świadczeń (ich elementów), co do których powstają uzasadnione wątpliwości, czy spełniają kryteria racjonalności (dostatecznie duży efekt zdrowotny, w stosunku do nakładów, możliwości działań alternatywnych). Po drugie, w stosunku do procedur zasadnych, ale których koszt jest relatywnie duży, konieczne jest ustalanie zasad przejrzystego budowania kolejek i wprowadzenie maksymalnych terminów oczekiwania, których przekroczenie dawałoby pacjentowi prawo dochodzenia odszkodowania. Kwestia nadzoru nad przestrzeganiem tych zasad to odrębny problem.

Można przyjąć następujące przesłanki, które mogą być wykorzystane w postępowaniu zmierzającym do ustaleniu treści zakresu świadczeń gwarantowanych:

- świadczenia z zakresu zdrowia publicznego (ale z ograniczeniem odwołującym się do stanu finansowych możliwości publicznego systemu);
- świadczenia ratujące życie (ale również z ograniczeniem odwołującym się do szans uzyskania sukcesu oraz jego kosztu, co oznacza rezygnację z hasła „ratowania życia za wszelką cenę”);
- rutynowe świadczenia diagnostyczne i lecznicze, akceptowane przez autoryzowane gremia profesjonalne, przy rygorystycznym uwzględnieniu kryterium koszt-efekt i zasad budowy priorytetów zdrowotnych (możliwe jest różnicowanie zakresu świadczeń przyznawanych różnym grupom ludności);

- wybrane świadczenia wysokospecjalistyczne, realizowane w autoryzowanych ośrodkach, finansowane ze specjalnych programów i poddanych kontroli (także z punktu widzenia przestrzegania zasad kolejki);
- świadczenia rehabilitacyjne, zwłaszcza w przypadkach prawdopodobnego przywrócenia zdolności zarobkowych.

Świadczenia gwarantowane, które powinny być w zasadzie bezpłatne w chwili korzystania, a ewentualne dopłaty mogą być wprowadzane tylko jako narzędzie sterowania zapotrzebowaniem lub zapobiegania marnotrawieni środków, w żadnym razie nie tworząc finansowej bariery dostępu (bardzo ważną sprawą jest dostatecznie kompleksowe traktowanie bezpłatności tak, by bariery finansowe nie powstawały w innych, poza samym świadczeniem zdrowotnym, fazach postępowania). Jak widać, fiskalny aspekt dopłat stosowanych w tej grupie świadczeń ma znaczenie drugorzędne.

Świadczenia rekomendowane

Druga grupa świadczeń to świadczenia korzystne dla zdrowia (potwierdzona skuteczność, ale nie dość dobra relacja koszt-efekt), ale których objęcie gwarancjami – łatwy i szybki dostęp - jest niemożliwe ze względu na niedostatek pieniędzy. Używanie prywatnych pieniędzy mogłoby przyczynić się do /a/ rozszerzenia zakresu świadczeń dostępnych w systemie oraz /b/ skrócenia czasu oczekiwania na przeprowadzenia zabiegu. Realizacja tych dwóch celów powinna być traktowana jako podstawa budowania partnerstwa publiczno-prywatnego, o którym była wcześniej mowa. Metoda ta – choć bez stosowania pojęcia partnerstwa – jest już obecnie stosowana w systemie. Ponieważ jednak nie podlega regulacji jest łatwo ofiarą różnorodnych manipulacji, dając wyraźnie uprzywilejowaną pozycję pacjentom bardziej zamożnym i bardziej zaradnym, a dla niektórych świadczeniodawców stając się źródłem nieformalnych dochodów. Proceder ten staje się też naturalną zaporą wobec prób wprowadzania większej przejrzystości w system kolejek, co więcej, kompromituje samą ideę jawnej kolejki, dostarczając przykładów jej łatwego (choć kosztownego) omijania.

Wprowadzenie proponowanego mechanizmu doprowadziłoby do zróżnicowania sytuacji pacjentów, w zależności od ich sytuacji materialnej, ale – podkreślmy –

stałoby się to w stosunku do świadczeń znajdujących się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych. Jednocześnie partnerstwo publiczno-prywatne stałoby się mechanizmem ujawniającym wspólnotę interesów pacjentów i przedstawicieli systemu. Jego aktywność byłaby wskazaniem korzyści płynących ze wspólnego rozwiązywania problemów (pod warunkiem uznania zastosowanych kryteriów sprawiedliwości).

Inne świadczenia

Trzecia grupa świadczeń obejmowałaby procedury klinicznie skuteczne i z pewnością nieszkodliwe, spełniające kryteria bezpieczeństwa zdrowotnego, ale wobec których nie formułowano by specjalnych rekomendacji, z punktu widzenia społecznych korzyści. Zwłaszcza niezadowolająca relacja koszt-efekt mogłaby być podstawą odmowy bardziej zdecydowanego poparcia. Świadczenia te byłyby przedmiotem swobodnego obrotu, przy rygorystycznym stosowaniu niezbędnej kontroli, z punktu widzenia zdrowia publicznego.

8. Zasada wolnego wyboru

Zróżnicowanie zakresów świadczeń pociąga za sobą odmienne możliwości zasady wolnego wyboru, w zależności od tego, jakich świadczeń wybór ma dotyczyć.

Zakres stosowania zasady wolnego wyboru świadczeniodawcy (świadczenia gwarantowane).

Pacjenci mogliby korzystać z pełnej swobody wyboru lekarza rodzinnego (świadczeniodawcy na poziomie POZ). Preferowane byłoby utrwalanie relacji między pacjentem (rodziną pacjenta) a lekarzem rodzinnym, co powinno prowadzić do pewnego ograniczenia możliwości dokonywania zmiany w okresie krótszym, niż rok upływający od czasu dokonania ostatniego wyboru. Oczywiście, pacjenci mogliby dokonywać wyboru także spośród innych form organizowania opieki na szczeblu podstawowym. W miarę wprowadzania nowych rozwiązań organizacyjnej możliwość wyboru powinna obejmować także pakiety, w skład których wchodziłyby nie tylko świadczenia podstawowe, ale także świadczenia specjalistyczne.

W zakresie świadczeń gwarantowanych pacjenci mogliby korzystać z ograniczonego prawa wyboru świadczeniodawcy wyższych szczebli specjalistycznych – szpitala, lekarza specjalisty, ośrodka diagnostycznego - (chodzi o rozsądne ograniczenia geograficznych granic położenia świadczeniodawcy) – w zasadzie na podstawie skierowania lekarza prowadzącego (zdrowy rozsądek powinien pomóc wskazać wyjątki od tej zasady). Tylko wybór spośród rekomendowanego szczebla specjalistycznego nie pociągałby za sobą żadnych konsekwencji finansowych. Wybór świadczeniodawcy (szpitala) wyższego szczebla specjalistycznego byłby możliwy, ale pociągałby za sobą dodatkowe obciążenia finansowe.

W zakresie świadczeń gwarantowanych dla uzyskania świadczenia nie będzie potrzebna – poza okresem przejściowym - szczegółowa umowa między świadczeniodawcą a publicznym płatnikiem.

Zakres stosowania zasady wolnego wyboru świadczeniodawcy (świadczenia rekomendowane).

Pacjent powinien mieć możliwość wyboru świadczeniodawcy spośród wszystkich, którzy zawarli umowę z płatnikiem.

Zakres stosowania zasady wolnego wyboru świadczeniodawcy (pozostałe świadczenia).

Pacjent ma możliwość wyboru świadczeniodawcy spośród wszystkich, którzy spełniają warunki profesjonalne.

Brak zasady wyboru publicznego płatnika.

Ponieważ nie ma dowodów, aby konkurencja między publicznymi płatnikami odgrywała w sektorze zdrowotnym pozytywną rolę, nie ma merytorycznych podstaw by powoływać do życia większą liczbę płatników i wprowadzać zasadę wyboru płatnika. Zasadę tę należy natomiast stosować przy zawieraniu umów dotyczących dobrowolnego, dodatkowego ubezpieczenia.

9. Równoprawność sektorów

Zarówno zwolennicy sektora publicznego, jak i prywatnego, stawiają tezę o uprzywilejowaniu sytuacji konkurentów (partnerów). Tymczasem bardziej wyważony przegląd sytuacji pozwala dostrzec co następuje:

- Sektor publiczny podlega znacznie szerszym regulacjom (zewnętrznym i wewnętrznym) niż prywatny w zakresie prawa pracy, standardów organizacyjnych oraz reguł dostępu
- Sektor prywatny korzysta z zasobów kadrowych sektora publicznego ponosząc znacznie mniej środków na ich doksztalcanie i specjalizowanie się
- Sektor prywatny stosuje współpłacenie także w stosunku do świadczeń, na które uzyskuje środki publiczne. Jest to proceder, który w wielu dziedzinach występuje otwarcie.
- Sektor prywatny, mimo jego ekspansji, nie jest w stanie w takim samym stopniu jak sektor publiczny, sprawować opieki nad przypadkami trudniejszymi i wymagającymi wysoko specjalistycznych kompetencji oraz technologii medycznych. W konsekwencji przerzuca do sektora publicznego gorsze i trudniejsze ryzyka.

Dla realnego wyrównania warunków funkcjonowania obu sektorów w sytuacji, gdy sektor prywatny sięga po środki publiczne potrzebna są regulacje pozwalające na przeciwdziałanie sytuacjom „nieuczciwej konkurencji”.

10. Informacje wspierające świadomy wybór świadczeniodawcy przez pacjenta

Potraktowanie zmian (poprawy) jakości funkcjonowania systemu zdrowotnego i uczynienie go bardziej przyjaznym otwiera problem komunikowania się ze społeczeństwem, a szczególnie z pacjentami. Bardzo często przyczyną ich niezadowolonych, ale także rzeczywistego obniżania jakości poniżej poziomu, który potencjalnie jest możliwy do osiągnięcia przy zgromadzonych zasobach jest deficyt informacji. Stąd konieczne jest przypomnienie, że funkcje wspomagania podnoszenia jakości opieki zdrowotnej powinny pełnić systemy informacji upowszechnianych przez podmioty publiczne wskazane ustawą. Należy uruchomić bezpłatną infolinię, z

pomocą której ubezpieczony, jego rodzina, lekarz czy pielęgniarka będą mogli otrzymać dokładną informację ułatwiającą świadome podejmowanie wyborów odnośnie miejsca leczenia z uwzględnieniem wskaźników jakości opieki. Systemy takie pełniłyby dodatkową funkcję: przyspieszyłyby tworzenie i upowszechnianie informacji o wskaźnikach jakości; obowiązek gromadzenia i upowszechniania takich informacji powinien spoczywać na oddziałach terenowych NFZ, z ustaleniem drogą wewnętrznych regulaminów NFZ jednolitych dla wszystkich oddziałów zasad gromadzenia i upowszechniania takich informacji.

11. Odczuwane korzyści

Koncentracja działań na świadczeniach gwarantowanych i priorytetowych powinna pozwolić na osiągnięcie wielorakich korzyści. Po pierwsze, na skupienie zasobów na działaniach najważniejszych, z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego populacji (możliwie duża korzyść zdrowotna, za możliwie małe nakłady). Po drugie, powinna ułatwić szybszą, bardziej życzliwą i o właściwej jakości reakcję na potrzeby pacjenta (dzięki zniesieniu barier dostępności oraz osłabieniu nacisku na świadczenia uznawane za drugorzędne). Po trzecie, możliwość poczynienia oszczędności wynikających z działania oszczędnego systemu powinna pozwolić na systematyczny wzrost płac w ramach oficjalnego zatrudnienia (poprzez środki otrzymywane przez świadczeniodawców z umów oraz innych źródeł). Przedstawienie tych możliwości oraz przedstawienie realnych metod ich osiągania – co wymaga niebagatelnego wysiłku i konsekwencji politycznej – pozwoliłoby na uzyskanie poparcia ze strony środowisk zainteresowanych.

Istnieją dwa obszary zjawisk organizacyjnych, których poprawa funkcjonowania zależy głównie od wyzwolenia pozytywnych motywacji i podjęcia prostych zabiegów instytucjonalnych.

Pierwszy obszar dotyczy działania podstawowej opieki zdrowotnej, a zwłaszcza jakości działania lekarzy rodzinnych. Reakcja, z którą spotyka się pacjent na tym szczeblu opieki przesądza często o sposobie odczuwania działania całego systemu. Szybkość tej reakcji i przekonanie, że opieka jest dostępna dla pacjenta, że w żadnych okolicznościach pacjent nie jest traktowany jako intruz, że pacjent otrzyma

niezbędne i pewne informacje (nawet, jeśli informacje nie są zgodne z pierwotnym oczekiwaniem pacjenta), to niezbędne warunki tworzenia sytuacji, w której system okazuje swoją życzliwość. Zwłaszcza eliminacja zbędnego oczekiwania na wizytę (poprzez prosty system wyznaczania czasu wizyt) jest bezwzględnie rekomendowanym zabiegiem. Jako niedopuszczalne należy potraktować żądanie niektórych środowisk, aby z zakresu medycyny rodzinnej (zakresu działań lekarzy rodzinnych) wyeliminować pomoc w porze nocnej i w czasie sobót, niedziel i świąt. Otwartym problemem pozostaje natomiast problem doboru właściwych narzędzi organizacyjnych (rotacyjne dyżury, wspólna dyspozytornia, koordynacja wyjazdów – sposoby ich rozliczania), które pozwolą rozstrzygnąć ten problem. Podkreślić przy tym należy, że chodzi w tym nie tylko o zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, ale także o przybliżanie się do wzorca systemu oszczędnego.

Drugi obszar obejmuje „ludzkie” aspekty funkcjonowania opieki specjalistycznej, także szpitali. O ile fakt istnienie kolejek należy istnieć za nieuchronny, to ich organizacja i nadanie im postaci, która nie musi być traktowana jako permanentne upokorzenie pacjentów leży w granicach ludzkich możliwości. Przede wszystkim konieczne jest przezwyciężenie utrwalonego – a często uzasadnionego – stereotypu, że kolejka nie jest narzędziem wyrządzania przykrości pacjentów, ani narzędziem unikania pracy przez personel, ale sensownie stosowaną metodą kontroli strumienia korzystania z deficytowych świadczeń. Wyznaczany czas oczekiwania na planowane świadczenie nie powinien przekraczać niezbędnego minimum, czas wyznaczony musi być bezwzględnie przestrzegany, a przypadki przekroczenia czasów normatywnych muszą prowadzić do łatwego uzyskiwania rekompensaty. Jako całkowicie niedopuszczalne należy traktować przypadki omijania kolejności ustalonej w jawnych, publicznych kolejkach (możliwe jest legalne omijanie kolejki dzięki zmianie kwalifikacji świadczenia z zakresu gwarantowanego do zakresu rekomendowanego). Warto też przypomnieć banalne, ale jakże trudne do osiągnięcia formy kulturalnego traktowania pacjentów przez wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych.

II Podstawowa opieka zdrowotna

Chociaż w tym dokumencie unika się podejmowania nadmiernie szczegółowych kwestii organizacyjnych, to w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej należy uczynić wyjątek. Jeśli bowiem jednym z nadrzędnych celów zmian jest nadanie systemowi takich cech, by był postrzegany przez pacjenta jako przyjazny, to jednym z najważniejszych realizatorów tego procesu musi być POZ, a mówiąc bardziej dokładnie – pracownicy tej formy opieki. Pozornie metody, jakie powinny być wykorzystane są proste: elementarna sprawność organizacyjna, zasadnicze skrócenie czasu oczekiwania na kontakt, dostęp do informacji i życzliwe traktowanie w kontaktach międzyludzkich. Jednak praktyka może okazać się trudniejsza, zwłaszcza biorąc pod uwagę napięcia, które ostatnio narosły także w relacjach z lekarzami rodzinnymi i innymi grupami pracowników POZ. Tak więc poza rekomendacjami, które są niżej przedstawione, nadrzędnym postulatem jest odbudowanie i budowanie stosunków zaufania między władzą (szeroko rozumianą), a pracownikami POZ, zwłaszcza lekarzami rodzinnymi.

1. Założenia ogólne

1. Przyjmuje się, że w systemie zostały ustawowo określone zadania i struktura, dzięki czemu zakres kompetencji i odpowiedzialności POZ oraz zasady współdziałania z innymi szczeblami opieki nie są przedmiotem konfliktu.
2. Ustawowo określone są cztery obszary (szczeble) opieki zdrowotnej:
 - pierwszorzędowa (podstawowa)
 - drugorzędowa (specjalistyczna)
 - trzeciorzędowa (wysokospecjalistyczna)
 - ratownictwo medyczne,
3. Stworzone są mechanizmy motywujące do kompleksowej realizacji świadczeń w sposób najbardziej efektywny, na możliwie najniższym szczeblu systemu.
4. Źródła finansowania i przepływy środków są ustalone.
5. Wobec wprowadzenia obywatelskiego tytułu do świadczeń problem ustalenia uprawnień przed udzieleniem świadczenia staje się bezprzedmiotowy.
6. Identyfikacja ubezpieczonego oraz jego zobowiązań finansowych (opłacanie składki), potwierdzona wydaniem stosownego dokumentu jest obowiązkiem płatnika.

7. Należy możliwie szeroko stosować narzędzia zachęcające do integrowania funkcjonalnego ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z opieką stacjonarną poprzez łączne kontraktowanie tych świadczeń lub przez inne rozwiązania.
8. Konieczne jest stworzenie warunków dla rozwoju skutecznej i efektywnej POZ, jako fundamentu racjonalnego, dostępnego i przyjaznego systemu ochrony zdrowia.

2. Organizacja podstawowej opieki zdrowotnej

1. W całym kraju powinien obowiązywać jednolity model POZ, którego miejsce w systemie, organizacja i finansowanie powinny zostać określone w drodze ustawowej.
2. Rdzeń POZ powinna stanowić ogólna opieka lekarska sprawowana optymalnie przez specjalistę medycyny rodzinnej, niezależnie od wieku, płci i rodzaju problemu zdrowotnego pacjenta. POZ powinna obejmować ponadto świadczenia z zakresu środowiskowej opieki pielęgniarstwa i położniczej.
3. Podstawową opiekę zdrowotną powinny zapewniać zespoły koordynowane przez lekarzy rodzinnych/POZ.
4. Możliwe i zalecane jest organizowanie pracy POZ w postaci Koordynowanej Opieki Zdrowotnej (KOZ). Koordynowana opieka zdrowotna - to sieć współpracujących ze sobą dostawców, zapewniających duży zakres usług, koordynujących opiekę nad swoimi pacjentami, zapewniających ciągłość leczenia i wewnętrzny nadzór nad jakością tego leczenia. Sieć zarządzana przez wspólnie wyłoniony zarząd, z jednostkami, które mogą być zarówno wewnętrznymi jednostkami dużych zakładów jak i jednostkami mającymi osobowość prawną, ale współpracującymi ze sobą.
5. Realizatorami zadań z zakresu POZ powinny być osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki indywidualnej i/lub grupowej oraz niepublicznego i publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
6. Rozmieszczenie placówek POZ powinno być określone przez wojewódzki plan zabezpieczenia opieki podstawowej, opracowany z udziałem reprezentacji świadczeniodawców POZ. Plan powinien wskazywać trzy rodzaje obszarów administracyjnych:

- na których nie można tworzyć nowych placówek POZ (istnieje wystarczające zabezpieczenie świadczeń w tym zakresie)
 - na których można tworzyć nowe placówki POZ
 - na których trzeba tworzyć nowe placówki POZ
7. Świadczenia opieki drugo- i trzeciorzędowej powinny być udzielane na podstawie skierowania, wystawionego przez lekarza sprawującego opiekę podstawową. Odstępstwa od tej zasady powinny obejmować:
- wypadki i urazy
 - nagłe stany zagrożenia życia
 - świadczenia psychiatryczne
 - świadczenia ginekologiczno-położnicze
 - świadczenia dla pacjentów z HIV i chorobami przenoszonymi drogą płciową
 - dobór okularów
8. Należy odstąpić od akcyjności programów profilaktycznych na rzecz systemowego włączenia ich w zakres świadczeń POZ, przy racjonalnym zapewnieniu ich właściwego poziomu finansowania.
9. Placówki (gabinety, poradnie) POZ powinny funkcjonować przynajmniej od poniedziałku do piątku w godz. od 8:00 do 18:00 z wyłączeniem dni świątecznych i wolnych od pracy. Poza godzinami otwarcia placówek POZ opieka jest dostępna w ramach stacjonarnego systemu opieki nocnej i świątecznej, do zorganizowania którego są zobowiązani świadczeniodawcy POZ z danego terenu. Jego forma organizacyjna jest uzależniona od lokalnej specyfiki, a zasady finansowania ustalone w umowie z płatnikiem
10. Musi istnieć możliwość bezzwłocznego nawiązania kontaktu telefonicznego z pracownikiem POZ o każdej porze. W porze dziennej powinien być to kontakt z przedstawicielem własnego lekarza rodzinnego lub z nim osobiście. Po umówieniu godziny wizyty w gabinecie czas oczekiwania na przyjęcie nie powinien przekraczać 15 minut.
11. Należy doprowadzić do racjonalizacji sprawozdawczości w systemie, ograniczając ją do danych niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia. Należy ustalić standard analizy danych i zasady udostępniania jej wyników.

3. Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej

1. Należy zagwarantować minimalny poziom finansowania POZ, wyrażony procentowym udziałem w budżecie płatnika.
2. Należy utrzymać kapitałowy system finansowania POZ, łącząc go z systemem opłat za usługi (np. z zakresu małej chirurgii, ginekologii i położnictwa) oraz systemem premii za osiągnięcie określonych celów (np. odsetek wyszczepionej populacji).
3. Należy odstąpić od formuły konkursu ofert na świadczenia z zakresu POZ. Płatnik powinien zawierać umowę na czas nieokreślony z każdym lekarzem rodzinnym/POZ, praktykującym w poradni o określonym standardzie lokalu i wyposażenia, a także współpracującym z zespołem o określonych kwalifikacjach. Lekarz rodzinny/POZ wykonujący zawód w ramach zakładu opieki zdrowotnej powinien dokonać cesji swoich uprawnień do zawarcia kontraktu z płatnikiem na rzecz tego zakładu. Podstawowa opieka zdrowotna w całym kraju powinna być zapewniana na podstawie jednolitej wzorcowej umowy.
4. Należy powrócić do zasady, że lista pacjentów lekarza POZ jest podstawą do kontraktowania wszystkich rodzajów świadczeń z zakresu POZ. W przypadku odrębnego kontraktowania poszczególnych świadczeń POZ podmioty je realizujące muszą zawrzeć pisemne porozumienie, określające sposób oraz zakres współpracy w celu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom.
5. Liczba podopiecznych przypadających na jednego lekarza udzielającego świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej w obecnych warunkach nie powinna przekraczać 2500.
6. Powinna obowiązywać jednolita stawka kapitałowa na zapewnienie opieki podstawowej, zróżnicowana co do wysokości w zależności od:
 - kwalifikacji świadczeniodawców
 - wieku pacjentów
 - miejsca zamieszkania pacjentów (DPS, DMD)
7. W ramach stawki kapitałowej należy wyodrębnić składowe na następujące świadczenia POZ:
 - dzienną ogólną opiekę lekarską

- środowiskową opiekę pielęgniarską
- środowiskową opiekę położniczą
- opiekę nocną i świąteczną

Powyższe świadczenia mogą być kontraktowane łącznie lub odrębnie.

8. Zasady zawierania umów z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej powinny zawierać bodźce stymulujące do tworzenia praktyk lekarzy rodzinnych, zapewniających kompleksowe świadczenia POZ, w tym opiekę lekarza rodzinnego oraz środowiskową opiekę pielęgniarską i położniczą, a także włączanie do opieki świadczeń wyższych szczebli.
9. Należy rozważyć ustawowe wprowadzenie zasady negocjacji umów na świadczenia POZ pomiędzy płatnikiem, a demokratycznie wyłonioną reprezentacją wszystkich świadczeniodawców POZ – przynajmniej na szczeblu województw.

III Struktura podejmowania decyzji

Decyzje, o których ma być tutaj mowa dotyczą dwóch nachodzących na siebie obszarów. Po pierwsze, są to decyzje strategiczne, związane z kształtowaniem i realizacją dalekosiężnej polityki zdrowotnej. Częścią tego obszaru są decyzje regulacyjne, które tworzą ramy podejmowania innych decyzji. Po drugie, chodzi o decyzje związane z różnymi aspektami zarządzania, w przybliżeniu określanym jako zarządzanie bieżące. W zastanej sytuacji decyzje te są przypisane wielu różnorodnym podmiotom i ta cecha procesu decyzyjnego – jako naturalnie przynależna ustrojowi demokratycznemu – pozostanie konstytutywną charakterystyką reformowanego systemu. Podkreślić przy tym należy, że omawiane tu kompetencje i zakresy odpowiedzialności dotyczą zarówno podmiotów lokowanych wewnątrz systemu zdrowotnego, jak i poza nim, w szerszym układzie władzy. Wzajemne relacje między tymi podmiotami mają znaczący wpływ na kształtowanie pozycji systemu wobec innych systemów społecznych, jak i na sytuację samego systemu.

1. Funkcje regulacyjne

Po roku 1999 w strukturze decyzyjnej polskiego systemu zdrowotnego trzy grupy podmiotów pełniły podstawowe funkcje regulacyjne: parlament, będący władzą ustawodawczą, rząd, realizujący zadania władzy wykonawczej oraz samorządy zawodów medycznych. Przewiduje się, że ich podstawowe uprawnienia w dziedzinie regulowania systemu zdrowotnego zostaną utrzymane

Władza ustawodawcza

Wszystkie mechanizmy służące produkowaniu świadczeń i ich finansowaniu są - w ich podstawowych ustaleniach - ukształtowane przez normy prawne szczebla ustawowego, a zatem ramy prawne, w których funkcjonować może sektor zdrowotny i jego instytucje są tworzone przez Sejm. W warunkach źle prowadzonych zmian ramy te muszą być częstokroć tworzone od nowa, i przed taką koniecznością właśnie stajemy. Warto przy tym dostrzec, że zakres problemów, które muszą być rozstrzygane przez parlament w związku z zajmowaniem się sprawami zdrowia jest bardzo szeroki; powinien on obejmować wszystkie procesy, które mogą wpływać na sytuację zdrowotną. W większości przypadków Sejm nie może scedować swoich kompetencji decyzyjnych na żaden inny organ, jest więc w sposób nieuchronny głównym podmiotem tworzącym krajową politykę zdrowotną. Zgodnie z przedstawianymi propozycjami Sejm będzie podejmować decyzje dotyczące ustalania priorytetów (priorytety zdrowotne, a także podstawowe cechy postulowanej polityki zdrowotnej), a także wybranych programów zapobiegawczych.

Administracja rządowa

Wśród regulacyjnych funkcji MZ wskazać trzeba przede wszystkim te uprawnienia, które dotyczą wcielania w życie kolejnej fazy reformy, co - przynajmniej częściowo - polega na wydaniu odpowiednich rozporządzeń. Znalazło się wśród nich prawo ustalania zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (na podstawie ustaleń Polskiej Agencji Technologii Medycznych), zatwierdzania standardów placówek medycznych, zatwierdzania cen (na podstawie ustaleń Agencji ds. Taryf).

Niezależnie od działań doraźnych MZ pozostaje odpowiedzialne za przygotowywanie inicjatyw legislacyjnych związanych ze strategią polityki zdrowotnej (priorytety, programy). Należy zwłaszcza zwrócić uwagę na tworzenie długookresowych planów w zakresie zdrowia publicznego oraz planów w zakresie zaspokajania potrzeb

zdrowotnych z określonymi priorytetami. Ze względu na szczególne znaczenie godnego traktowania pacjenta oraz dobrej organizacji placówek zdrowotnych dla postrzegania jakości funkcjonowania całości systemu ochrony zdrowia, niezbędnie jest zainicjowanie prac nad przygotowaniem rekomendacji umożliwiających wdrożenie efektywnych zasad organizacji placówek. W wielu sytuacjach inicjatywy te będą musiały znaleźć ulokowanie w istniejących placówkach badawczych, co będzie wymagało także zmian formalnych (na temat finansowania: patrz ostatni paragraf tego fragmentu).

Do regulacyjnych działań MZ związanych z obecną fazą reformy można zaliczyć funkcje następujące:

- przygotowanie sieci szpitali, z ich podziałem na szczeble referencyjne;
- inicjowanie zmian w strukturach organizacyjnych i strukturze własności instytucji należących do sektora zdrowotnego;
- opracowanie długofalowego planu rozwoju infrastruktury;
- opracowanie długofalowego planu rozwoju kadr (także udział w definiowaniu standardów kwalifikacyjnych);
- opracowanie długofalowego planu rozwoju nowych technologii;
- opracowanie długofalowego planu polityki lekowej;
- udział w decyzjach personalnych (prezes NFZ, dyrektor agencji ds. taryf, - rozbudowa zaplecza informacyjnego systemu, w tym samego MZ;
- opracowanie zasad oraz form sprawowania nadzoru i kontroli oraz sprawowanie ogólnego nadzoru nad funkcjonowaniem poszczególnych instytucji systemu;
- wzmocnienie współpracy (wsparcia) środowisk naukowych, niezbędnego przy przygotowywaniu strategicznych decyzji;

Przygotowywanie nowych, strategicznych idei, które mogłyby być wykorzystane w inicjatywach MZ jest formalnym zobowiązaniem poszczególnych departamentów. I tak Departament Zdrowia Publicznego powinien "określać główne problemy i potrzeby zdrowotne społeczeństwa", Departament Nauki powinien kształtować kierunki badań naukowych, a wśród obowiązków Departamentu Organizacji Opieki Zdrowotnej znalazło się "przygotowanie nowych rozwiązań systemowych".

Samorządy zawodów medycznych

Odtworzenie samorządów było przyjęte z nadzieją. Otrzymały one okazję wpływania na regulacje poprzez uprawnienia do opiniowania wszystkich aktów prawnych i innych decyzji mających wpływ na ochronę zdrowia, jej kształt organizacyjny i metody finansowania. Samorządy mogły też negocjować ogólne warunki pracy i płac. Jednak izby skorzystały w sposób bardzo ograniczony z tych uprawnień. Ich rola polegała bardziej na wyrażaniu sprzeciwu wobec różnych przedstawianych przez środowiska reformatorskie propozycji, aniżeli na przedstawianiu własnych koncepcji i propozycji. Pozyskanie ich bardziej konstruktywnej współpracy jest jednym z najważniejszych zadań, które powinny być podjęte w kolejnej fazie reformy.

2. Funkcje zarządcze i organizacyjne

Udział w działaniach zarządczych i organizacyjnych biorą udział sejm i administracja rządowa, których rola wykracza poza funkcje regulacyjne, a także samorządy zawodów medycznych. Poza tym w działania te zaangażowana została intensywnie administracja samorządowa. Wspomnieć też należy o coraz liczniejszych podmiotach prywatnych, które organizują instytucje produkujące świadczenia, lub pełniące różnorodne funkcje pomocnicze.

Sejm

Sejmowi powierzono podejmowanie pewnych ważnych decyzji ze sfery bieżącego zarządzania. Są to co najmniej trzy rodzaje decyzji dotyczące wielkości środków finansowych przeznaczanych na różne aspekty działalności ochrony zdrowia. Po pierwsze, ustalenia zawarte w ustawie budżetowej, która zawiera liczne ustalenia dotyczące wydatków zdrowotnych. Wiele podstawowych kategorii wydatków - wielkość środków przeznaczanych na procedury specjalistyczne i programy zdrowotne, wielkość środków inwestycyjnych i ich przeznaczenie - jest ustalanych w tym akcie prawnym. Po drugie, ustalanie zasad podatkowych, a zwłaszcza zwolnień i odpisów, z których część może dotyczyć wydatków związanych ze zdrowiem, ma zasadniczy wpływ na wielkość środków płynących z prywatnych źródeł na cele zdrowotne. Po trzecie, wysokość składki ubezpieczenia zdrowotnego, co określa podstawowy strumień publicznego zasilania finansowego płynącego do sektora zdrowotnego.

Wspomnieć też trzeba o funkcjach kontrolnych: przyjęcie sprawozdania z wykonania budżetu oraz sprawozdania z realizacji planu finansowego NFZ.

Administracja rządowa

W bieżącym zarządzaniu do zadań MZ należy współdziałanie z instytucjami rządowymi uczestniczącymi w podejmowaniu decyzji w sprawach sektora zdrowotnego. Należy wspomnieć o przygotowywaniu materiałów przedstawianych na posiedzeniach Rady Ministrów, konsultowaniu dokumentów przygotowywanych przez inne resorty, zajmowaniu się sprawami współpracy międzynarodowej (co w najbliższym czasie może ulec intensyfikacji), ale przede wszystkim o współpracy z Ministerstwem Finansów oraz ministerstwem zajmującym się pracą i sprawami socjalnymi. Wiele inicjatyw musi być podejmowanych wspólnie, ze względu na wymogi formalne, ale również współdziałania wymaga przeciwdziałanie zagrożeniom, które ujawniają się w instytucjach nadzorowanych przez te resorty.

Wobec propozycji nowego określenia celów systemu – przyjazny system – należy zaakcentować, że systematyczne informowanie społeczeństwa o tendencjach w zakresie stanu zdrowia populacji, warunkach funkcjonowaniu systemu oraz planach jego ewentualnych modyfikacji – szerzej chodzi o właściwą i aktywną politykę informacyjną – są jednym z podstawowych obowiązków ministerstwa.

Na szczeblu ministerialnym pełniona jest – w malejącym zakresie – funkcja właścicielska wobec niektórych zakładów opieki zdrowotnej. Na szczególną uwagę zasługuje bezpośrednie zainteresowanie administracji rządowej placówkami naukowymi i kształcącymi - akademiami medycznymi i instytutami medycznymi. W stosunku do tych instytucji ministerstwa wykonują funkcje organizacyjne i zarządcze.

Na szczeblu ministerstwa zdrowia pozostaną skupione podstawowe zadania w dziedzinie zdrowia publicznego. Przewidywać można, że wiele działań z tego zakresu będzie realizowane z większą, niż dotychczas, intensywnością. Należy także rozważyć wzmocnienie roli inicjatora różnych działań w tej sferze, zwłaszcza w ramach stymulowania publiczno-prywatnego partnerstwa.

Podkreślić należy rolę MZ w rozwiązywaniu konfliktów. System ochrony zdrowia nie posiada zinstytucjonalizowanych procedur rozwiązywania sporów zbiorowych, a rozwiązania ogólne, charakterystyczne dla stosunków przemysłowych nie dają się łatwo przenieść do tej dziedziny ze względu na jej specyfikę i znaczny zakres zobowiązań o charakterze moralnym. W związku z tym, kiedy w okresie ostatniej dekady pojawiły się w sektorze ochrony zdrowia otwarte konflikty i strajki budząc niepokój oraz zagrażające bezpieczeństwu pacjentów MZ było w znacznym stopniu bezradne przy próbach ich rozwiązywania (w niektórych przypadkach konflikt pozostał nierozwiązany). W nowej fazie przekształceń, kiedy należy zwrócić szczególną uwagę także na „miękkie” aspekty jego działania, zainteresowania MZ tymi zagadnieniami muszą być zdecydowanie zintensyfikowane. Pamiętać jednak należy o konieczności poszanowania autonomii wielu współdziałających w systemie partnerów, co jest wymogiem wynikającym, z przesłanek ustrojowych.

Na szczeblu wojewódzkim wojewodzie, jako reprezentantowi rządu, powierzono nadzór nad wykonywaniem zadań i koordynację aktywności różnych podmiotów działających w sektorze zdrowotnym (rejestracja zakładów opieki zdrowotnej i nadzór nad ich działalnością, prowadzenie instytucji gromadzących informacje). Jest również gwarantem bezpieczeństwa państwa, co interpretuje się jako udział w odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne. Wykorzystując konsultantów wojewódzkich obowiązany jest wykonywać funkcje nadzorcze nad działaniem zakładów opieki zdrowotnej. W ramach działania administracji rządowej realizowane być powinny funkcje kontrolne z zakresu realizacji standardów wyposażenia materialnego (proces rejestracji i nadzór stąd wynikający), liczby i kwalifikacji zasobów kadrowych w placówkach zdrowotnych (publicznych i prywatnych) w oparciu o kryteria wypracowane w standardach postępowania medycznego. Postulować należy wzmocnienie w przyszłości roli wojewody w inicjowaniu i organizowaniu dialogu społecznego, prowadzącego do osłabiania i rozwiązywania konfliktów w sektorze zdrowotnym.

Administracja samorządowa

Zadania administracji samorządowej objęły trzy zasadnicze obszary: ogólna strategia i planowanie, zdrowie publiczne i promocja zdrowia oraz prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodnie z ogólnymi zasadami decentralizowania uprawnień decyzyjnych każdy ze szczebli władzy lokalnej stał się odpowiedzialny za tworzenie strategii rozwojowej dla mieszkańców swojego terytorium, ale długotrwały brak przepisów wykonawczych osłabił możliwości pełnienia tych ról. Powierzenie im udziału w tworzeniu sformalizowanych planów zdrowotnych nie pobudziło aktywności w tej dziedzinie. Angażowanie samorządów w tworzenie i realizowanie lokalnej polityki zdrowotnej wciąż stanowi wyzwanie na przyszłość. Warto też postulować włączenie w planowanie infrastruktury szpitalnej, zwłaszcza że prywatyzowana POZ będzie ich uwagę absorbować w mniejszym stopniu.

W odniesieniu do promocji zdrowia samorządy powinny utrzymać swoje uprawnienia, przy wyjaśnieniu i doprecyzowaniu procedur finansowych, dających gwarancje (możliwości) pozyskiwania środków na realizację tych celów.

Ważnym elementem uprawnień samorządów było pełnienie funkcji właścicielskich zakładów opieki zdrowotnej. Procedowana obecnie ustawa umożliwiającą przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki pożytku publicznego zmieni sposób angażowania się samorządów jako właścicieli. Jednak otwierana przez tę ustawę perspektywa upadłości zakładów (spółek) może doprowadzić do powstania i zaostrzenia nieznanych wcześniej konfliktów. Powinno się podjąć kroki mające na celu przygotowanie samorządów do sprostania tego rodzaju sytuacjom, co dotyczy zwłaszcza możliwości prowadzenia polityki inwestycyjnej (z funkcji właścielskiej płyną zobowiązania w tej dziedzinie, które z uwagi na brak środków nie mogą być realizowane).

Stworzyć finansowe podstawy rozwoju infrastruktury i jej modernizacji.

3. Zaplecze profesjonalne sektora

W ochronie zdrowia bardzo wiele decyzji wymaga precyzyjnego przygotowania, do czego niezbędne jest fachowe zaplecze. MZ – Minister zdrowia (wraz z zastępcami) kieruje resortem na podstawie powołania politycznego – nie jest w stanie gromadzić ludzi kompetentnych w licznych dyscyplinach wiedzy, które w procesach takich są niezbędne. Stąd konieczność współdziałania z profesjonalistami, którzy formalnie pozostają poza strukturami MZ, ale swoimi kwalifikacjami mogą wspierać proces

decyzyjny. W wielu sytuacjach ich pozostawanie poza strukturami MZ jest bardzo korzystne, pozwala bowiem na zachowanie większej niezależności, a także na obronę zaplanowanych harmonogramów pracy i nie uleganie doraźnym zmianom poglądów na temat tego, co jest w danej chwili najważniejsze. Można powiedzieć, że instytucja takie, pracując głównie dla MZ – co wynika z podziału kompetencji – są zasobem wzbogacającym stan posiadania całego sektora. Warunkiem jego wykorzystywania jest traktowanie informacji, która jest efektem ich pracy jako dobra publicznego.

W projektowanym systemie powinny działać następujące grupy instytucji:

- Polska Agencja Technologii Medycznych (przygotowująca podstawy dla decyzji podejmowanych przez Ministra na temat zaliczania (eliminowania) procedur do zakresu świadczeń publicznie gwarantowanych);
- Agencja ds. Taryf (wyodrębniona instytucja zajmująca się ustalaniem cen poszczególnych procedur);
- Centrum Systemów Informacyjnych (istniejąca instytucja, której zadania powinny być nastawione na weryfikację danych na temat działania systemu – w powiązaniu z przygotowywanym systemem RUM, który ma być tworzony w ramach umowy offsetowej);
- Instytut Zdrowia Publicznego (faktyczne zadania w tej dziedzinie są – przynajmniej częściowo – realizowane przez PZH. Tymczasem istnieje struktura pod nazwą Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, który zadań takich nie podejmuje. Polska pozostaje jednym z nielicznych krajów, w których MZ nie może odwołać się do kompetentnej instytucjonalnej opinii w tych sprawach).

Niezależnie od kręgu instytucji bezpośrednio współpracujących z MZ wydatnie wzmocnić należy współpracę z licznymi placówkami naukowymi, akademiami medycznymi i instytutami. Warto rozszerzyć krąg współpracy o placówki zlokalizowane poza instytucjami medycznymi. Przedstawiciele wielu niemedycznych dyscyplin naukowych mogliby wносить istotny wkład w rozwiązywanie problemów, przed którymi stoi system zdrowotny. W niektórych sytuacjach współpraca jest wymogiem całkowicie naturalnym, czego przykładem może być współdziałanie z GUS. W wielu innych sytuacjach sprawdzoną, ale stanowczo zbyt mało wykorzystywaną metodą są tu projekty badawcze – granty. MZ może szerzej korzystać z grantów zamawianych, aby

koncentrować się na sprawach najważniejszych dla rozwiązywania najtrudniejszych problemów.

IV Pozyskiwanie środków

1. Konieczność podniesienia rangi problematyki gromadzenia publicznych zasobów pieniężnych przeznaczanych na opiekę zdrowotną

Rozmiary możliwych do pozyskania publicznych zasobów pieniężnych przeznaczanych następnie na opiekę zdrowotną wyznacza bieżąca i perspektywiczna zdolność podatkowa (zdolność płatnicza) gospodarstw domowych i przedsiębiorców. Na ogół uważa się, iż przynajmniej w krótkim okresie ta zdolność – w jakimś zakresie - zależy od tego przy pomocy jakich instrumentów sięga się do tej zdolności – występuje zróżnicowana wydajność fiskalna instrumentów gromadzenia dochodów publicznych. Ze względów fiskalnych nie jest więc obojętne czy publiczne zasoby pieniężne przeznaczane na opiekę zdrowotną gromadzone są przy „użyciu ogółu podatków” zgodnie z klasyczną zasadą jedności formalnej i materialnej budżetu czy też przy zastosowaniu podatku celowego, quasi składki czy składki ubezpieczeniowej w ścisłym znaczeniu.

Rozszerzenie źródeł finansowania opieki zdrowotnej - przy akceptacji wielości tych źródeł – a także przy równoczesnym wzbogaceniu instrumentów pozyskiwania środków finansowych na opiekę zdrowotną należy rekomendować jako właściwy kierunek dalszych działań władz publicznych w Polsce. Dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej jest obecnie fundusz będący w dyspozycji NFZ. Uzupełniającą rolę odgrywają fundusze zabezpieczenia społecznego (Fundusz Pracy itp.), budżet państwa, budżety samorządowe. Rosnące jest znaczenie dochodów gospodarstw domowych i środków własnych przedsiębiorców w finansowaniu opieki zdrowotnej. Niedoceniana jest rola środków finansowych pozyskiwanych w ramach działalności charytatywnej i filantropijnej.

Nie należy przewidywać zasadniczej zmiany w strukturze źródeł finansowania opieki zdrowotnej w krótkim czasie a jedynie wzmocnić regulacyjne i fiskalne znaczenie tak instrumentów gromadzenia dochodów jak i dokonywania wydatków na opiekę zdrowotną.

Istnieją ścisłe związki pomiędzy mechanizmami i instrumentami gromadzenia dochodów publicznych a mechanizmami i instrumentami dokonywania wydatków publicznych. Związki te powinny być wykorzystane nie tylko po, to aby zapewnić automatyczne powiększanie zasobów przeznaczanych na opiekę zdrowotną stosownie do wzrostu gospodarczego ale i po to aby wymuszać efektywność wydatków i produktywność zasobów.

Teza podstawowa: Dotychczasowe mechanizmy gromadzenia i rozdzielania (wydatkowania) środków publicznych na opiekę zdrowotną nie pozwalają na osiągnięcie równowagi ekonomicznej (finansowej) w systemie opieki zdrowotnej. A nawet uniemożliwiają one podejmowanie działań prowadzących chociażby kierunkowo ku tej równowadze. Równowadze ekonomicznej (finansowej) systemu opieki zdrowotnej sprzyjać będzie ustawowe wprowadzenie zdefiniowanego zakresu świadczeń gwarantowanych (koszyka) oraz rozszerzenie źródeł finansowania opieki zdrowotnej i wzbogacenie instrumentów pozyskiwania środków finansowych na opiekę zdrowotną a przede wszystkim wykorzystywanie instrumentów finansowych w celu podniesienia efektywności wydatków i produktywności zasobów.

2. Obywatelski tytuł do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych a powszechność (przymus) ubezpieczenia zdrowotnego

Podstawowym źródłem finansowania opieki zdrowotnej pozostanie centralny, celowy fundusz parabudżetowy (NFZ) gromadzony przy zastosowaniu składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (podatku celowego). Nie ma sprzeczności pomiędzy obywatelskim prawem do opieki zdrowotnej a powszechnością i przymusem ubezpieczenia zdrowotnego. Łączenie obywatelskiego prawa z powszechnością ubezpieczenia zdrowotnego ma nie tylko znaczenie porządkujące ale sprzyja efektywności tak gromadzenia dochodów jak i dokonywania wydatków.

Wszyscy obywatele stosownie do swojej zdolności podatkowej (płatniczej) przyczyniać się powinni do gromadzenia środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Fundamentalnym założeniem przyjmowanym – w pozyskiwaniu

środków publicznych rozpatrywanym od strony finansowej – jest przewaga zasady zdolności podatkowej (płatniczej) nad zasadą ekwiwalencji. Państwo nie może działać, i w tym przypadku nie działa w imieniu jednej tylko grupy społecznej (płacących składkę) ale w imieniu potrzebujących (otrzymujących świadczenia). Każdy, kto z działalności państwa w zakresie opieki zdrowotnej czerpie korzyści (nie tylko bezpośrednio korzysta z usług opieki zdrowotnej ale i ma zapewnione bezpieczeństwo zdrowotne) musi za udział w tych korzyściach płacić, w obecnej sytuacji w formie składki na powszechne (przymusowe) ubezpieczenie zdrowotne. Wnosząc przymusową składkę (odpowiednio skonstruowaną) na powszechne ubezpieczenie zdrowotne stosownie do zdolności podatkowej (płatniczej) obywatel przyczynia się do ponoszenia kosztów opieki zdrowotnej. Składka na przymusowe ubezpieczenie zdrowotne godzi zasadę ekwiwalencji z zasadą zdolności płatniczej - a więc cele ekonomiczne z celami społecznymi - pozwalając na zachowanie obywatelskiego tytułu uprawnień do opieki zdrowotnej.

3. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jako instrument gromadzenia środków publicznych na opiekę zdrowotną

Składka (podatek celowy) na ubezpieczenie zdrowotne ma znaczenie fiskalne, redystrybucyjne i alokacyjne. W projektowanym systemie na pierwszy plan wysuwa się rola fiskalna składki (podatku celowego) przy znaczącej roli redystrybucyjnej, jakkolwiek efekty redystrybucji są w tym systemie trudne do oceny. Funkcja alokacyjna składki nie odgrywa w tym systemie większej roli. Związki „pomiędzy składką a świadczeniem” ulegają w obecnym systemie takiemu rozluźnieniu, iż w mechanizmie finansowania opieki zdrowotnej nie ma zasadniczo możliwości wiązania dochodów z wydatkami a tym samym oddziaływania na wymuszanie efektywności wydatków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia i podnoszenie produktywności zasobów. Przywrócenie czy chociażby wzmocnienie tych związków w najbliższym czasie nie wydaje się możliwe. Niezbędne jest więc znalezienie innych – aniżeli finansowe – mechanizmów efektywności wydatków i wydajności zasobów. Z konieczności muszą to być mechanizmy administracyjne.

Wydajność fiskalna składki (parapodatku) zależy od zdolności podatkowej (płatniczej) gospodarstw domowych (bezpośrednio) i przedsiębiorców (pośrednio) oraz od

konstrukcji składki na ubezpieczenie zdrowotne. Zdolność podatkowa jest funkcją wzrostu gospodarczego i zasad podziału produktu społecznego (PKB). Zdolność podatkowa jest jedna, a więc wydajność fiskalna składki (podatku celowego) na ubezpieczenie zdrowotne zależy od ciężaru podatkowego ogółem, a nawet i od struktury opodatkowania a także od stanu gospodarki (w tym finansów publicznych i prywatnych). Stan gospodarki w Polsce powoduje, iż zdolność podatkowa, w tym zdolność do zapłaty składki jest na relatywnie niskim poziomie.

4. Składka na ubezpieczenie zdrowotne a reguły definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych

Zakres i standard (jakość) usług opieki zdrowotnej dostępnych w ramach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych zależy od rozmiarów możliwych do zgromadzenia na ten cel publicznych zasobów pieniężnych (co wynika z prostych reguł bilansowych) a także od efektywności wydatków i wydajności zasobów. Występuje więc konieczność znalezienia w miarę automatycznych powiązań pomiędzy koszykiem (regułami reglamentacji) a mechanizmami i instrumentami gromadzenia publicznych zasobów pieniężnych przeznaczanych na opiekę zdrowotną.

Proponuje się wprowadzenie ustawowej regulacji zgodnie z którą decyzję o stopie składki (podatku celowego) na przymusowe (czy inaczej mówiąc powszechne) ubezpieczenie zdrowotne podejmuje Parlament w drodze ustawy określającej jednocześnie reguły definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych (reguły reglamentacji). Zmiana tych reguł (reguł reglamentacji) nie powinna być ustawowo możliwa bez zmiany stopy składki, co może okazać się trudne chociażby ze względu na dynamikę zakresu koszyka, wywoływanego także postępem w technologiach medycznych. Podobnie zmiany w zakresie podmiotowym ubezpieczenia zdrowotnego – gdyby dążono do zmiany obywatelskiego źródła uprawnień – powinny ustawowo wymagać stosownych zmian czy to w stopie składki czy też w zasadach budowy koszyka (regułach reglamentacji). W tych propozycjach uznaje się, że rozwiązaniem problemu ustalenia koszyka będzie powołanie urzędu publicznego (agencji) określającego bieżąco (w przewidzianych przedziałach czasu) świadczenia

gwarantowane i określającego realizację „reguł reglamentacji”, to niezbędne jest ustawowe ustalenie kompetencji tego Urzędu (agencji).

5. Zakres podmiotowy ubezpieczenia zdrowotnego i jego związek z podatkiem dochodowym od osób fizycznych

W rozwiązaniu wprowadzonym ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz w rozwiązaniach wprowadzanych ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nastąpiło połączenie „powszechnego” ubezpieczenia - a ściśle biorąc składki w tym ubezpieczeniu - z podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Tego rodzaju podejście nawiązuje do tradycji ubezpieczenia zdrowotnego jako ubezpieczenia społecznego (a więc związanego z zatrudnieniem i odnoszonego do ludzi pracy najemnej) oraz zakłada powszechność w osobistym podatku dochodowym. W Polsce podatek dochodowy od osób fizycznych nie jest podatkiem powszechnym (ani w znaczeniu podmiotowym ani w znaczeniu przedmiotowym), tak więc ubezpieczenie zdrowotne – przynajmniej z finansowego punktu widzenia – nie jest powszechne. Wyodrębnić można cztery – istotnie się różniące – grupy ubezpieczonych:

- standardowych podatników (opodatkowanych podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych),
- opodatkowanych na tzw. zasadach uproszczonych, np. w formie ryczału,
- rolników (nie będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych)
- osoby nie osiągające dochodów i (lub) nie posiadające zdolności do zapłaty składki.

Celowe jest nadanie osobistemu podatkowi dochodowemu charakteru podatku powszechnego. Postulat taki jest uzasadniony także z punktu widzenia realizacji równości w konstytucyjnym prawie do opieki zdrowotnej. Uzasadnione jest pozostawienie związku pomiędzy podstawą opodatkowania w podatku dochodowym od osób fizycznych a podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Upowszechnienie podatku dochodowego nie tylko uprościłoby problem poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne ze względu na wspólną podstawę ale także zwiększyłoby strumień pozyskiwanych środków. Tendencja do umniejszania

znaczenia podatku dochodowego w strukturze opodatkowania może jednak wpłynąć na rozmiary tego strumienia. Nasilenie tej tendencji może doprowadzić w Polsce do rozdzielenia podstawy wymiaru składki od podstawy opodatkowania w podatku dochodowym od osób fizycznych.

Należałoby znaleźć rozwiązanie dla rolników, osób opodatkowanych na zasadach uproszczonych oraz tych którzy nie mają zdolności do zapłaty (nie osiągają dochodu) składki na ubezpieczenie zdrowotne. Celowe wydaje się przyjęcie w przypadku rolników tej samej podstawy wymiaru składki jaka jest proponowana dla ubezpieczenia społecznego rolników w projekcie ustawy o ubezpieczeniach społecznych rolników (wchodzącej w skład planu Premiera J. Hausnera). Podobne rozwiązanie – a więc przyjęcie odpowiedniego rozwiązania z tego samego planu – proponuje się dla korzystających z uproszczonego opodatkowania dochodu (w praktyce są to „drobni” przedsiębiorcy). Poważniejszym problemem jest udzielenie odpowiedzi na pytania: kto ma opłacać składkę za tych którzy nie osiągają dochodu (nie mają zdolności podatkowej czy zdolności płatniczej do składki)? Możliwe tu rozwiązania to opłacanie składki wprost z budżetu państwa (lub parabudżetów np. Funduszu Pracy) albo całkowita rezygnacja ze składki, co istotnie rozszerzyłoby redystrybucyjne znaczenie składki. Podkreślenia wymaga, iż maksymalnie szeroki zakres podmiotowy składki na ubezpieczenie zdrowotne ma nie tyle - a w każdym razie nie tylko - znaczenie fiskalne, ale i pewne znaczenie psychologiczne (usługi opieki zdrowotnej nie są za darmo) oraz istotne znaczenie porządkujące cały system ochrony zdrowia, gdyż w najjaśniejszy sposób stwarza warunki do upodmiotowienia pacjenta także i w świadomości społecznej. W świadomości społecznej uwidoczni się, iż publiczne zasoby przeznaczone na opiekę zdrowotną to „pieniądze podatnika”.

Podkreślić także należy, że wprowadzenie obywatelskiego tytułu do świadczeń będzie wymagało zmiany źródła finansowania systemu ochrony zdrowia z podatku związanego z dochodami zwanego składką na udział w całkowitych przychodach podatkowych (ze wszystkich podatków). W przeciwnym razie systemowi grozi pogłębienie nierównowagi finansowej.

W Polsce funkcjonuje znaczna grupa ludności nie płacąca podatków dochodowych i jednocześnie taka, za którą brak opłacania składki nie rekompensuje budżet lub

instytucje zabezpieczenia społecznego. Grupa ta na ogół utrzymuje się z zarobków w szarej strefie. Zakres szarej strefy zatrudnienia jest trudny do jednoznacznego oszacowania, ale według różnych szacunków może wynosić od 1/3 do 1/5 ludności aktywnej zawodowo.

6. Mechanizm poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne

Składki na ubezpieczenie zdrowotne gromadzone są przez ZUS i przez KRUS, a przychody ze składek nie podlegają repartycji pomiędzy oddziały NFZ. Przekreśla to możliwość wiązania dochodów i wydatków tak przecież charakterystyczną dla parabudżetów (jakim jest NFZ), a nawet – przy obecnie stosowanych technikach poboru i rejestracji składki – co najmniej utrudnia to identyfikację opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne głównie ze względu na to, iż nie zostały – jak dotychczas – wdrożone odpowiednie systemy informatyczne.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne w obecnym systemie bywa niekiedy traktowana jako podatek celowy będący daniną publiczną w ścisłym znaczeniu. Konsekwentne przyjęcie tego rozwiązania oznacza, iż pobór składki na ubezpieczenie zdrowotne (podatku celowego) odbywać się powinien na zasadach właściwych poborowi podatków tj. z wykorzystaniem aparatu podatkowego (skarbowego) i na podstawie ustawy o ordynacji podatkowej. Tego rodzaju podejście nie powinno być rozpatrywane gdyż w krótkim czasie doprowadzi do objęcia na powrót opieki zdrowotnej finansowaniem budżetowym. Objęcie na powrót opieki zdrowotnej finansowaniem budżetowym przekreśla tzw. gwarancję środków na tę opiekę zdrowotną i spowoduje włączenie „opieki zdrowotnej” do corocznego „przetargu politycznego” w okresie uchwalania ustawy budżetowej. Właściwe jest więc gromadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne przez ZUS i KRUS i pozostawienie parabudżetu jako źródła finansowania tej opieki.

7. Redystrybucyjne znaczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne a ubezpieczenia dodatkowe

Poważnym problemem wymagającym pilnego rozstrzygnięcia (najlepiej już w roku bieżącym po to aby odpowiednie rozwiązania prawne mogły wejść w życie od 1 stycznia 2005 roku) jest określenie zakresu redystrybucyjnej roli składki na

ubezpieczenie zdrowotne. Ze względu na zasady solidaryzmu samo występowanie składki w roli redystrybucyjnej jest bezdyskusyjne w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych. Problemu zakresu redystrybucji nie można rozstrzygać bez powiązania z koszykiem (regułami reglamentacji). Najogólniej mówiąc im szerszy zakres uprawnień do świadczeń gwarantowanych tym większa musi być redystrybucyjna rola składki. Stosunkowo łatwiejsze jest ograniczenie zakresu redystrybucji „od góry” aniżeli ograniczenie zakresu redystrybucji „od dołu”. W tym miejscu najbardziej widoczny jest związek pomiędzy opieką (pomocą) społeczną a opieką zdrowotną od strony mechanizmów finansowania.

Racjonalizacja zakresu redystrybucyjnej roli składki na ubezpieczenie zdrowotne, powinna być wiązana z rozwojem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych stwarzając niejako „miejsce” w zdolności podatkowej (płatniczej) składce na dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe. Najprostszym rozwiązaniem jest tu wyznaczenie (tak jak w ubezpieczeniu emerytalnym) pułapu dochodów osiągniętych w danym roku od których nalicza się składkę na powszechne (przymusowe) ubezpieczenie zdrowotne na poziomie 30-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce. Tego rodzaju ubezpieczenie byłoby ubezpieczeniem dodatkowym, a nie ubezpieczeniem alternatywnym, gdyż nie uchylałoby samego przymusu ubezpieczenia. Ponadto związek ubezpieczenia zdrowotnego z osobistym podatkiem dochodowym gwarantowałby w zasadzie to, iż dochody publiczne ogółem nie uległyby zmniejszeniu. Pojawiłaby się jednak presja na wzrost efektywności wydatków na opiekę zdrowotną ze względu na wyraźniejszy związek „składki i świadczenia” w ubezpieczeniach dodatkowych aniżeli w ubezpieczeniu powszechnym. Należałoby rozstrzygnąć czy wzmocnić stosunkowo silne – przynajmniej w prowadzonych dyskusjach – dążenie do rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych stwarzając prawo odliczania składki na to dobrowolne, dodatkowe ubezpieczenie od osobistego podatku dochodowego czy też od podstawy opodatkowania w tym podatku. Pamiętać należy, że w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych próby ograniczania zakresu redystrybucyjnej roli składki tak natrafiają na trudne w praktyce do przezwyciężenia przeszkody. Pozostaje natomiast szeroka możliwość innego stawiania problemu w odniesieniu do świadczeń rekomendowanych. Jeżeli ich wyodrębnienie i odmienne finansowanie

przez ubezpieczenia dodatkowe zostanie zaakceptowane, zasada ekwiwalentności może być stosowana znacznie szerzej.

8. Alokacyjne znaczenie składki na ubezpieczenia zdrowotne

Składka na ubezpieczenie zdrowotne ma znaczenie alokacyjne w „ubezpieczeniach zdecentralizowanych”, a w obecnym systemie mogłaby odgrywać rolę tylko przy autonomii oddziałów NFZ, co będzie wprowadzone częściach kolejnych fazach reformy. Trzeba wskazać na to, iż współcześnie dopuszcza się nawet i w gospodarce publicznej (w określonych prawem granicach) tzw. konkurencyjność regionów, przy równoczesnym założeniu prowadzenia państwowej polityki regionalnej na zasadach ogólności. Nadanie w Polsce składce alokacyjnego znaczenia byłoby łatwiejsze gdyby ograniczono liczbę województw i usunięto dwuwładzę na poziomie regionalnym (wojewódzkim), co kierunkowo jest postulowane. Pozbawienie składki na ubezpieczenie zdrowotne alokacyjnego znaczenia powoduje, iż szczególną alokacyjną rolę uzyskują mechanizmy rozdziału (wydatkowania) publicznych zasobów na opiekę zdrowotną. Rzeczywistym kryterium rozdziału środków publicznych w tych warunkach staje się wyposażenie w obiekty i urządzenia infrastruktury opieki zdrowotnej. Kryterium to jest tak silne, iż utrwała historycznie ukształtowane zróżnicowanie terytorialne w równym dostępie do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

9. Znaczenie. współpłacenia w gromadzeniu publicznych zasobów pieniężnych na opiekę zdrowotną

Gromadzenie publicznych zasobów przeznaczanych następnie na opiekę zdrowotną może się odbywać także z wykorzystaniem opłat bezpośrednich od korzystających z opieki zdrowotnej mających charakter opłat za usługi lub też opłat publicznych. Rozróżnienie w tym przypadku opłat za usługi od opłat o charakterze publicznym – na ogół niedostrzegane – jest tu ważne z kilku powodów. W zależności od tego czy mamy do czynienia z opłatami za usługi czy z opłatami publicznymi, kto inny uzyskuje prawo ustalenia obowiązku wnoszenia opłat i prawo do ich określania. Inny jest też w obu przypadkach sposób kształtowania wysokości opłat. W istniejącym w Polsce systemie prawnym instytucje usługowe (tzw. świadczeniodawcy) w zasadzie mogą jedynie uzyskać ustawowe prawo do pobierania opłat za usługi, których

wysokość musiałaby jednak pozostawać w związku z kosztami świadczenia usług. Opłaty kształtowane z uwzględnieniem kryteriów socjalnych (dochód, poziom najniższego wynagrodzenia w gospodarce, stan rodziny) mają charakter opłat publicznych i ich pobór poza sektorem publicznym – a bez zmian systemu prawnego - nie jest w zasadzie możliwy. Szersze zastosowanie opłat bezpośrednich za usługi opieki zdrowotnej wymaga jednak, przede wszystkim uprzedniego określenia funkcji tych opłat i rozpoznania siły dochodowej poszczególnych typów gospodarstw domowych, które miałyby być obciążane tymi opłatami i które miałyby być użytkownikami usług dostępnych na zasadach częściowej odpłatności w systemie powszechnego (przymusowego) ubezpieczenia zdrowotnego.

Opłatom bezpośrednim za usługi opieki zdrowotnej przypisuje się funkcję fiskalną i funkcje regulacyjne. Podstawową rolę w gromadzeniu środków publicznych na opiekę zdrowotną odgrywa i odgrywać powinna składka ubezpieczeniowa, a więc znaczenie funkcji fiskalnej opłat bezpośrednich musi być ograniczone i nie może być przeceniane. Pogląd zgodnie z którym wprowadzenie opłat o jakich mowa ograniczy w Polsce czarny (i szary o rozmaitych odcieniach szarości) rynek na usługi opieki zdrowotnej wydaje mi się poglądem dosyć naiwnym a to ze względu na biurokratyzowaną formę poboru opłat. Przejęcie dzięki opłatom bezpośrednim za usługi opieki zdrowotnej części obiegu pieniężnego dokonującego się na czarnym rynku jest możliwe tylko w bardzo ograniczonym zakresie.

Większe a nawet podstawowe znaczenie należy przypisać funkcjom regulacyjnym opłat bezpośrednich i to pomimo istotnych trudności w ich konstrukcji i poborze. Z góry trzeba założyć ograniczone znaczenie fiskalne opłat po to aby się do tych opłat po ich ewentualnym wprowadzeniu, nie rozczarować. Spośród funkcji regulacyjnych opłat bezpośrednich za usługi zdrowotne wyróżnia się najczęściej:

- stymulowanie postaw prozdrowotnych i odpowiedzialności za własne zdrowie;
- prohibicję czy przeciwdziałanie nieuzasadnionemu korzystaniu z opieki zdrowotnej;
- racjonalizację samego procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej;
- funkcję porządkowo-ewidencyjną, w tym urealnianie statystyki medycznej.

Każdorazowo trzeba przy tym określić kto podejmuje decyzję o poborze opłaty i o jej wysokości a także na czyje rachunki wpływają przychody z opłat oraz czy i ewentualnie kto miałby być zainteresowany finansowo maksymalizacją przychodów z opłat.

Najmniej wątpliwości na pierwszy rzut oka wywołują opłaty mające stymulować postawy prozdrowotne. Próby konstruowania tych opłat ukazują jednak poważną skalę trudności. Opłaty w tym przypadku – przynajmniej z finansowego punktu widzenia - muszą bowiem przybrać formę sankcji finansowej dla tych którzy nie wykazują właściwych postaw prozdrowotnych („ktoś” musi określić co to znaczy). Zastosowanie sankcji finansowych budzi wątpliwości nawet wyłącznie z techniczno-financego punktu widzenia (a nie chociażby z punktu widzenia granic wolności i praw człowieka). Z techniczno-financego punktu widzenia widoczne są tu liczne problemy, w tym także prawno-financego problemy poboru i wymiaru sankcji finansowych.

Powstaje też pytanie na czyje rachunki miałyby trafiać przychody z tego rodzaju opłat i z góry trzeba przewidzieć rozwiązania przeciwdziałające temu aby te opłaty zamiast stymulować postawy prozdrowotne nie stymulowały jednak rozwoju czarnego rynku? W każdym razie nie wydaje się uzasadnione zachęcanie instytucji usługowych (tzw. świadczeniodawców) do maksymalizowania przychodów z tych opłat, a więc trzeba znaleźć rozwiązania takie aby przychody te trafiając na rachunek centralny wypełniały jednak funkcje regulacyjne.

Naturalnym mechanizmem stymulowania postaw prozdrowotnych wydaje się system bodźców a nie system kar, w tym sankcji finansowych.

Właściwe jest tu zarekomendowanie propozycji, zgodnie z którą bardziej obiecujące (jakkolwiek także w praktyce bardzo trudne) byłoby poszukiwanie takiej ewentualnej konstrukcji ulg w składce na ubezpieczenie zdrowotne, które stymulowałoby postawy prozdrowotne i działalność profilaktyczną.

Z czysto formalnego punktu widzenia mniej wątpliwości nasuwają opłaty o charakterze prohibycyjnym a przychody z tych opłat mogłyby w niektórych przypadkach nawet trafiać na rachunki instytucji usługowych (tzw.

świadczeniodawców). Należałoby tylko precyzyjnie ustalić co to znaczy „medycznie nieuzasadnione” korzystanie z usług a także ustalić zakres odpowiedzialności pacjenta i lekarza. Medycznie nieuzasadniona konsumpcja świadczeń zdrowotnych może być bowiem wynikiem zarówno zachowań pacjenta (moralny hazard) jak i lekarza (kreacja dodatkowego popytu na własne usługi). Kto w tym przypadku ponosiłby opłatę i kto ustalałby jej wymiar oraz na czyje rachunki trafiałyby przychody z tego rodzaju opłat. Niewiele jest przypadków, gdzie identyfikacja niewłaściwych zachowań zdrowotnych jest relatywnie prosta. Są to np. wypadki spowodowane uprawianiem sportów ekstremalnych, chorób uzębienia i jamy ustnej wynikających z zaniedbań profilaktyki stomatologicznej. W tych przypadkach zasadne jest obciążenie pacjenta nawet pełnymi kosztami leczenia.

Najtrudniejsze do konstruowania są opłaty mające na celu racjonalizację procesu świadczenia usług. Nie wydaje się uzasadnione wprowadzanie obecnie w Polsce takich opłat w podstawowej opiece zdrowotnej a i w opiece specjalistycznej opłaty takie mogłyby mieć relatywnie niewielkie znaczenie. Za uzasadnione i w wysokim stopniu realistyczne uznać można wprowadzenie takich opłat za usługi szpitali, przy czym w pierwszym okresie opłaty te powinny być jak najprostsze w konstrukcji, a więc zbliżone do opłat ryczałtowych za dzień pobytu w szpitalu. Opłaty ryczałtowe stosunkowo dobrze służyłyby poza tym realizacji funkcji porządkowych, w tym także urealnieniu statystyki medycznej. Wprowadzenie takich opłat zasługuje na rozważenie, jakkolwiek obecnie w Polsce nawet wprowadzenie tych opłat może okazać się trudne, gdyż aby opłaty te miały wypełniać funkcje porządkowe to powinny być równocześnie wdrożone w całym systemie. Poza tym, przychody z tych opłat powinny wpływać na centralny rachunek.

Zastosowanie opłat ryczałtowych, jako formy tzw. współpłacenia prowadzi do rozpatrzenia celowości zastosowania tzw. udziału własnego w kosztach usług opieki zdrowotnej. Forma ta cechuje się wprawdzie prostotą, ale nie może być w szerszym zakresie wykorzystywana w celach regulacyjnych. Należy uznać, iż jeśli udział własny pacjenta miałby oznaczać realny brak dostępu do prawnie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej ze względu na ewentualną barierę dochodową to idea powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych poniosłaby porażkę. Gwarancja

powszechnego dostępu do usług opieki zdrowotnej koniecznych z medycznego punktu widzenia powinna być traktowana jako cel nadrzędny.

Przypomnijmy, że przedstawione wyżej rozważania dotyczą współpłacenia za świadczenia zaliczone do zakresu świadczeń gwarantowanych. Inaczej sprawa wygląda przy opłatach związanych za świadczenia rekomendowane. W tym przypadku funkcja fiskalna jest naturalnym elementem systemu opłat, zgodnie z regułami partnerstwa publiczno-prywatnego. Jednak, zgodnie z nimi, pierwszeństwo przed opłatami wnoszonymi w chwili korzystania, pierwszeństwo powinno być przyznawane dobrowolnym ubezpieczeniom.

10. Znaczenie ubezpieczeń dodatkowych dla gromadzenia zasobów przeznaczanych na opiekę zdrowotną

Pozostawiony naturalnym trendom rozwój prywatnych i dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych będzie postępował w Polsce prawdopodobnie bardzo powoli co nie oznacza, iż nie powinien być także i od strony finansowej stymulowany. Bariery rozwoju są poważne i nie zostaną w krótkim czasie usunięte. Rola ubezpieczeń dodatkowych wyrażać się może w tworzeniu dzięki tym ubezpieczeniom mechanizmów proefektywnościowych podnoszących wydajność zasobów. Rozwój ubezpieczeń dodatkowych ograniczy możliwość gromadzenia publicznych zasobów pieniężnych przeznaczanych na opiekę zdrowotną i może oznaczać konieczność zmniejszania zakresu świadczeń gwarantowanych w systemie publicznej opieki zdrowotnej, jeżeli nie uda się wprowadzić mechanizmów proefektywnościowych w tej opiece. Przeszkodą w rozwoju ubezpieczeń dodatkowych jest obecnie nie tyle brak pułapu dochodów od którego zaprzestaje się naliczania składki na przymusowe ubezpieczenie zdrowotne, co występowanie „hazardu moralnego”.

Wydaje się uzasadnione rekomendowanie działań popierających rozwiązania stymulujące rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych - ale jedynie jako ubezpieczeń prywatnych - a więc prowadzonych przez prywatnych ubezpieczycieli (komercyjne przedsiębiorstwa czy towarzystwa ubezpieczeniowe). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – ze względu na charakter ryzyka i trudności tworzenia

wspólnoty tego ryzyka – napotykać będą tak istotne bariery rozwoju, iż złagodzi to negatywne fiskalne znaczenie tych ubezpieczeń dla pozyskiwania publicznych zasobów pieniężnych na opiekę zdrowotną. Szczególnie - i to pierwszej kolejności - należałoby w systemie prawnym wspierać rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze szpitalnym.

W przedstawianej tutaj propozycjach siłą stymulującą rozwój prywatnych ubezpieczeń ma być wyodrębnienie zakresu świadczeń rekomendowanych. Wskazywanie tej metody ich finansowania jako najbardziej racjonalnej powinno być traktowane jako istotna część polityki zdrowotnej państwa.

Podjęcia stosownej decyzji wymaga to czy powinny być stwarzane od 1 stycznia 2005 r. systemowe możliwości do tak zwanego „doubezpieczenia” w ramach systemu publicznego a więc czy na przykład NFZ miałby możliwość rozprowadzania polis gwarantujących wyższy stopień ochrony ubezpieczeniowej. Zdecydowanie należy sprzeciwić się stworzeniu takiej możliwości, a jasno opowiedzieć się za koniecznością rozdzielenia ubezpieczeń prywatnych od przymusowego (powszechnego) ubezpieczenia zdrowotnego.

11. Potrzeba wspierania działalności filantropijnej (dobroczynności) na rzecz opieki zdrowotnej

Istotne wydaje się docenienie działalności filantropijnej (dobroczynności) na rzecz opieki zdrowotnej, także i z punktu widzenia pozyskiwania środków na opiekę zdrowotną. Rozwój filantropii (dobroczynności) nie tylko przyczyni się do stworzenia autentycznej postawy współczucia i solidarności z chorymi, ale i może rozszerzyć zakres źródeł finansowania opieki zdrowotnej a to przez wykorzystanie w szerszym zakresie środków ze źródeł prywatnych.

Działalność filantropijna (dobroczynność) stwarza bodziec do odbiurokratyzowania opieki zdrowotnej i na większą indywidualizację usług a także przyczynić się może do wzrostu efektywności wydatków na opiekę zdrowotną. Uzasadnione jest wzmocnienie w systemie podatkowym zachęt do wpłat na cele filantropii (dobroczynności) w zakresie opieki zdrowotnej przez zwiększenie odpowiedniej ulgi

w osobistym podatku dochodowym, a w przyszłości także i przez odpowiednią przebudowę podatku od spadków i darowizn. Ze względów fiskalnych może to być uznane za kłopotliwe, ale ze względów pozafiskalnych związanych z przekształcaniem systemu zdrowotnego jest to bardzo cenny kierunek dalszych działań.

V Mechanizm definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych

1. Wstęp

Pierwsze zakresy świadczeń gwarantowanych wprowadzono w systemach publicznych krajów bogatych po to, by poprzez eliminację usług nieuzasadnionych - ułatwić dostęp do najbardziej efektywnych. Nigdzie na świecie nie zapewnia się każdemu obywatelowi pełnego możliwego spektrum usług medycznych, bo żadnego, nawet najbogatszego systemu opieki zdrowotnej po prostu na to nie stać.

Proces definiowania zakresu (koszyka) świadczeń gwarantowanych w każdym państwie rozpoczynano od przyjęcia założenia, że większość obecnie wykonywanych usług jest skuteczna i powinna być nadal refundowana ze środków publicznych. Taką drogę też należy obrać przy tworzeniu koszyka w Polsce, stosując oceny technologii medycznych zgodnie z zasadami medycyny opartej na dowodach (EBM) oraz ocenie technologii medycznych (HTA). Dzięki EBM i HTA możemy korzystać z danych pochodzących z dobrej jakości badań klinicznych, których liczba lawinowo rośnie.

2. Definicja zakresu świadczeń gwarantowanych (koszyka)

W definicji tutaj przyjętej proces definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych (koszyk) jest określony jako zbiór zasad, w wyniku których powstaje lista świadczeń medycznych o udowodnionej efektywności klinicznej i ekonomicznej (akceptowana relacja koszt-efekt). Jednocześnie powstałaby lista procedur nieefektywnych (ich relacja koszt-efekt jest niższa, niż przyjęte kryterium) . Rozwiązanie takie pozwala potraktować weryfikację procedur medycznych jako proces ciągły zależny od postępu w medycynie i zmieniających się relacji kosztowych. Jednocześnie, przyjęta koncepcja koszyka pozwala spełnić oczekiwania Trybunału Konstytucyjnego w zakresie prawa pacjenta do informacji o należnych mu świadczeniach medycznych.

Dodatkową wartością jest uniknięcie publicznych i medialnych dyskusji o tym, która konkretna procedura ma być finansowana. Ministerstwo podejmuje decyzje w momencie przekazania mu obiektywnych informacji o efektywności klinicznej i kosztowej danej procedury. Zakres świadczeń gwarantowanych (koszyk świadczeń) jest rozumiany jako:

zbiór zasad/reguł zgodnych z EBM i HTA pozwalających na ocenę technologii medycznych (zabiegowych, lekowych, diagnostycznych itp.) pod kątem efektywności klinicznej i kosztowej.

W związku z:

- wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, który uznał jako niekonstytucyjne nieokreślenie w ustawie świadczeń zdrowotnych, jakie w zamian za opłaconą składkę winien mieć zapewnione ubezpieczony
- faktem, iż z wielu względów konstruowanie w przepisach rangi ustawowej *sensu stricto* katalogu świadczeń specyfikującego bądź to formie koszyka pozytywnego bądź negatywnego jest niecelowe i nieracjonalne
- przyjętymi w Rzeczypospolitej Polskiej zasadami legislacji,
- szybkim postępem medycyny,

koniecznym jest w ustawie określenie metodologii tworzenia koszyka, czyli ustalenia zasad dopuszczania do stosowania w praktyce określonych metod i procedur leczniczych. Proponuje się więc tworzenie koszyków zgodnie z trendami międzynarodowymi w oparciu o HTA i EBM.

3. Punkt wyjścia - koszyk historyczny

Punktem wyjścia do tworzenia koszyka świadczeń w oparciu o zapisaną w ustawie metodologię muszą być obecnie istniejące szczegółowe materiały informacyjne NFZ na rok 2004 oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia. W poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych zgodnych z obecnym podziałem opartym o plan finansowy NFZ zawarte są następujące opisane poniżej rozwiązania.

Obecnie mniej lub bardziej sprecyzowany koszyk świadczeń dotyczy zasad refundacji leków, środków ortopedycznych, materiałów pomocniczych, środków

technicznych, świadczeń w stomatologii, leczenia uzdrowiskowego, leczenia długoterminowego i poz. Dziedziny te stanowią łącznie ok. 42 % kosztów świadczeń finansowanych w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ. Pozostałe dziedziny wymagają dookreślenia koszyka poprzez zakres świadczeń i dostępność.

1. **POZ** – „koszyk” aktualnie określony w szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ na rok 2004 oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Proponuje się uzupełnienie rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz szczegółowych materiałów informacyjnych NFZ o ściśle określony zakres świadczeń lekarza poz i pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej.
2. **Ambulatoryjne leczenie specjalistyczne**- szczegółowo skatalogowane w materiałach NFZ, co do rodzajów i zakresów porad oraz ujętej w tym diagnostyki, a także diagnostyki współfinansowanej. Niezbędna ocena zakresów porad oraz diagnostyki np. mammografii jako badania finansowanego w ramach porady. Możliwość zbudowania koszyka poprzez określenie czasu dostępu, pod warunkiem pozytywnej efektywności klinicznej.
3. **Leczenie szpitalne**- obecnie szczegółowo skatalogowane świadczenia wymagają bezwzględnie wielu poprawek i uzupełnień, a przede wszystkim oceny HTA, EBM zwłaszcza w dziedzinach, gdzie katalog obejmuje alternatywne metody leczenia np. zachowawcze i zabiegowe, albo wymagające oceny zastosowanej technologii np. taśma TVT, ESWL. Podobnie konieczność weryfikacji tymi samymi metodami stosowanych terapii farmakologicznych np. chemioterapii onkologicznej. Ewentualna budowa koszyka powinna oprzeć się na określeniu dostępu do świadczeń oraz zastosowanej technologii (lek, środek techniczny, aparatura)

Oceny wymagają bezwzględnie:

- I. Wszystkie procedury związane z lekami i drogimi środkami technicznymi,
- II. Radioterapia – w szczególności paliatywna,
- III. Procedury zabiegów endowaskularnych,
- IV. Procedury zabiegów endoskopowych,

Katalog świadczeń wymagających w pierwszej kolejności ocenie – *załącznik*.

4. **Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**- także obecnie szczegółowo skatalogowana w materiałach NFZ, wymaga również oceny zwłaszcza pod kątem farmakoterapii ambulatoryjnej. Przy tworzeniu koszyka można rozważyć dostępność do świadczeń z zakresu leczenia uzależnień tj. choroby alkoholowej, narkomanii, hazard itp., przy zachowaniu zasad oceny efektywności klinicznej i kosztowej.
5. **Rehabilitacja lecznicza**- szczegółowo skatalogowana przez NFZ zarówno w zakresie leczenia ambulatoryjnego jak i stacjonarnego. Tworząc koszyk świadczeń należy szczegółowo określić dostępność do świadczeń zwłaszcza w rozbiciu na schorzenia ostre i przewlekłe.
6. **Opieka długoterminowa**- obecnie istniejący katalog świadczeń w tej dziedzinie obejmuje zakres opieki długoterminowej oraz udział ubezpieczonego we współfinansowaniu. Należy rozważyć czy wzorem krajów bogatszych opieka długoterminowa nie powinna znaleźć się w całości w ubezpieczeniach dodatkowych bądź ewentualnie określić barierę czasową na przykład do sześciu tygodni w ramach ubezpieczenia podstawowego, powyżej tego okresu wymagane ubezpieczenie dodatkowe. Należy precyzyjnie oddzielić świadczenia czysto medyczne (podanie leku, wizyty lekarskiej) od usług hotelowych czy pielęgnacyjnych.
7. **Leczenie stomatologiczne**- obecnie ściśle określone świadczenia finansowane z ubezpieczenia oraz współfinansowanie i finansowanie w całości przez ubezpieczonych. Należy rozważyć ewentualne objęcie dzieci i młodzieży np. do 19 roku życia pełną bezpłatną opieką stomatologiczną, natomiast po tym wieku wszystkie świadczenia pełnopłatne lub w ramach ubezpieczeń dodatkowych, pod warunkiem udowodnionej efektywności klinicznej i kosztowej.

8. **Lecznictwo uzdrowiskowe**- obecnie również istnieje „koszyk” określający zasady współfinansowania przez ubezpieczonych (koszty hotelowe). Konieczne rozważenie odstąpienia od finansowania leczenia sanatoryjnego jako formy współfinansowanych wczasów zdrowotnych z pozostawieniem finansowanego przez ubezpieczenie podstawowe leczenia w zakresie szpitala uzdrowiskowego dotyczącego poważniejszych stanów np. wczesna rehabilitacja pozawałowa, poudarowa, po ciężkich zabiegach operacyjnych, urazach oraz np. po mastektomii.
9. **Profilaktyka**- zadanie niezbędne do realizowania z punktu widzenia polityki zdrowotnej, finansowane ze środków podstawowego ubezpieczenia, bądź jako programy polityki zdrowotnej z budżetu państwa. Rekomendowany obligatoryjny udział ubezpieczonych w zatwierdzonych przez ministra zdrowia programach profilaktycznych w tym także szczepień profilaktycznych.
10. **Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**- skatalogowane przez NFZ dotyczą przede wszystkim dializoterapii, terapii izotopowych oraz dość licznych badań diagnostycznych. Konieczna ocena obecnych katalogów w zakresie jak w lecznictwie szpitalnym, a przy tworzeniu koszyka także określenie dostępności i rodzaju zastosowanej technologii.
11. **Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne**- obecnie określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia opisujące szczegółowo, co, na jakich zasadach i z jakim udziałem finansowym ubezpieczenia podstawowego jest refundowane. Wymaga doszczegółowienia pod względem dostępności, zwłaszcza w pozycjach związanych z drogimi środkami technicznymi jak np. aparaty słuchowe - brak czytelnych kryteriów upośledzenia słuchu kwalifikujących do refundacji aparatu słuchowego a także okresu refundowania środków pomocniczych np. pieluchomajtki - miesiąc, rok, dożywotnio?
12. **Refundacja leków**- „koszyk” określony stosownymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia dotyczącymi listy leków refundowanych, zasad odpłatności, chorób

kwalifikujących do refundacji itp. Zasady refundacji, jak rzadko która dziedzina, wymagają pilnego doszczegółowienia, zaostrożenia kryteriów kwalifikacji do leków refundowanych, tworzenia receptariuszy, tj. działań, które są realizowane we wszystkich krajach z systemem ubezpieczeniowym. Przy tworzeniu koszyka w tym zakresie należy czytelnie określić dostęp do niezwykle drogich, najczęściej paliatywnych terapii z zastosowaniem leków zarejestrowanych w kraju, jednakże nie znajdujących się w wykazie leków refundowanych.

4. Cel definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych

Celem koszyka jest ocena procedur medycznych pod kątem efektywności klinicznej i kosztowej. W pierwszej kolejności ocenie powinny zostać poddane technologie medyczne znajdujące się w ujednoliconym katalogu świadczeń zdrowotnych przedłożonym do konkursu ofert na 2004 r. Proces ten powinien być ustawiczny, co

Celem ustanowienia koszyka byłaby na początku eliminacja procedur, które przynoszą więcej szkód niż korzyści albo są po prostu nieskuteczne. Procedury przynoszące więcej korzyści powinny dostać „zielone światło” w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Powinny być one uporządkowane (lista rankingowa) z punktu widzenia wartości relacji koszt-efekt. Procedury o nieznanym efekcie powinny trafiać do rejestru medycznego, w którym płatnik miałby możliwość ich monitorowania pod kątem efektywności klinicznej i ekonomicznej. Wymagałoby to równolegle z wprowadzeniem koszyka uporządkowania sprawozdawczości i systemu informacyjnego w NFZ.

5. Struktura koszyka

1. Część praktyczna koszyka

- Cel dokumentacji towarzyszącej zgłoszeniu
- Podstawowe kryteria dla dokumentacji
- Przygotowanie dokumentacji do dostarczenia do agencji
- Zasady klinicznej oceny technologii medycznej

- Podstawowe zasady ekonomicznej oceny technologii medycznej
- Rejestracja Oceny
- Zarządzenie dotyczące procedur finansowanych w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego

2. Część teoretyczna koszyka

I. Wprowadzenie

- Uzasadnienie ekonomiczne dla oceny technologii
- Definicja technologii medycznej
- Cele dobrego wykonywania oceny
- Podstawowe pytania dotyczące klinicznej oceny technologii medycznej
- Struktura raportu
- Przykład prezentacji oceny wyników

II. Podstawowe aspekty klinicznej oceny technologii medycznej

- Charakterystyka technologii medycznej
- Struktura oceny technologii
- Rozmiar oceny technologii
- Ocena kliniczna procedur diagnostycznych
- Rozmiary socjo-ekonomiczne oceny technologii
- Ekonomiczny charakter technologii medycznej
- Chorobowość i zapadalność

2.1 Analiza danych klinicznych

- Dane potrzebne do klinicznych ocen ekonomicznych
- Rodzaje klinicznych analiz efektywności
- Zbieranie i wybór danych
- Niedobór/brak danych
- Niepewności w danych medycznych
- Standardy jakości dla danych klinicznych

2.2 Synteza informacji klinicznej

- Cele syntezy informacji
- Formy meta-analiz
- Źródła błędów w meta-analizach
- Analiza scenariusza klinicznego

III. Podstawy oceny ekonomicznej

- Wyniki kliniczne i analizy ekonomiczne
- Różne perspektywy oceny technologii
- Niepewności w danych ekonomicznych
- Wskazówki dla analiz ekonomicznych
- Pojęcie analizy inkrementalnej i wpływu na budżet (budget impact)
- Pojęcie kosztów alternatywnych lub utraconych możliwości
- Ilościowa struktura analizy ekonomicznej

IV. Formy analizy ekonomicznej

- Analiza koszt-korzyść, golden standard
- Analiza koszt-efektywność
- Analiza koszt-korzyść versus analiza koszt-efektywność
- Badania kosztów i porównanie kosztów

V. Analiza korzyści zdrowotnych

- Analiza jakości życia
- Wskazania badań jakości życia
- Profile i wskaźniki zdrowia

VI. Standardy metodologiczne oceny technologii

- Projekt klinicznych badań ekonomicznych
- Procedura standardowa dla klinicznej analizy scenariusza ekonomicznego
- Standardy jakości dla meta-analizy danych klinicznych
- Standardy jakości dla analizy ekonomicznej

W działaniach, które są tutaj proponowane powinno przyjąć się jako priorytetowe te kryteria, które są decydujące dla osiągnięcia celów procesu. Nie jest bowiem tak, że wszystkie aspekty analizy – które mogą być bardzo interesujące poznawczo – są równie niezbędne z punktu widzenia funkcji, jakie proces definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych ma realizować.

6. Ocena technologii medycznych

Definicja technologii medycznej

Technologia medyczna nie jest samym tylko lekiem, urządzeniem, metodą czy procedurą. Nazwa technologii medycznej obejmuje opis populacji, interwencji oraz wyniku, czyli efektu zdrowotnego będącego celem diagnostyki lub terapii. Interwencją jest zastosowanie leku, urządzenia, procedury medycznej lub metody operacyjnej, itp.

Prezentacja technologii medycznych wymaga określenia:

- populacji pacjentów, u których stosuje się daną technologię (zazwyczaj jest identyczna z populacją na której przeprowadzono badanie kliniczne),
- rodzaju stosowanej interwencji, dawek, postaci leku, drogi podania, dawkowania, czasu stosowania,
- efektu zdrowotnego czyli celu leczenia lub diagnostyki

Ocena technologii medycznych dostarcza więc odpowiedzi na następujące pytania:

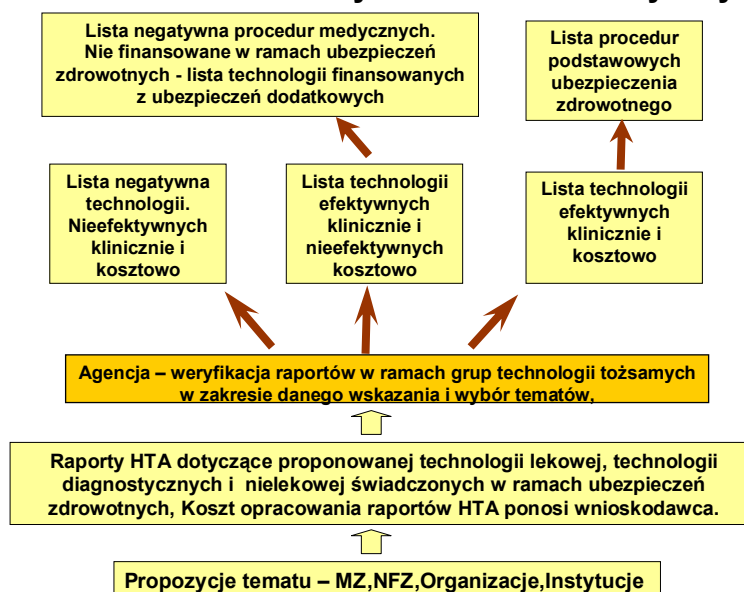
- Czy technologia medyczna, na której opiera się usługa, jest efektywna?
- Czy zagwarantowane jest bezpieczeństwo usługi, czyli czy jej użyteczność/korzyść jest większa niż ryzyko (Ocena ryzyka np. komplikacje, niepowodzenie)?
- Czy technologia jest stosowana? Czy jest zapotrzebowanie na usługę? Ocena potrzeb.
- Czy usługa poprawia jakość i/lub efektywność w porównaniu z alternatywami?
- Jakie problemy stwarza usługa dla pacjenta?

- Jakie konsekwencje pociąga za sobą usługa (np. badania poszpitalne i dalsze leczenie – przerwy, czas trwania, wydatki)?

Poważną trudność w procesie określenia zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych w oparciu o standardy skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności kosztowej - stanowi brak wiarygodnych informacji. Istnieją tysiące procedur medycznych z ogromną liczbą wskazań do stosowania, a każdego roku pojawiają się tysiące nowych. Nie tylko nowe technologie wprowadzane do systemu opieki zdrowotnej muszą jednak być dokładnie ocenione pod kątem udowodnionej efektywności, zanim zostaną zakwalifikowane do finansowania, ale również stare technologie muszą być sukcesywnie weryfikowane. Biedny system – jak aktualnie system w Polsce – musi taką weryfikację przeprowadzić możliwie szybko.

7. Etapy zakresu świadczeń gwarantowanych

Schemat tworzenia koszyka świadczeń medycznych



1. Wniosek (złożony przez np. MZ, NFZ, stowarzyszenia pacjentów, itd.) o ocenę procedury razem z oceną efektywności klinicznej i kosztowej
2. Wybór tematu/technologii medycznej do oceny przez agencję w oparciu o kryteria zgodne z EBM i HTA:

- aspekty społeczne i etyczne stosowania danej technologii,
- aspekty ekonomiczne,
- wątpliwości środowiska medycznego,
- opracowywane raporty HTA,
- opinie specjalistów medycznych,
- wnioski i rekomendacje.

Kryteria wyboru tematu

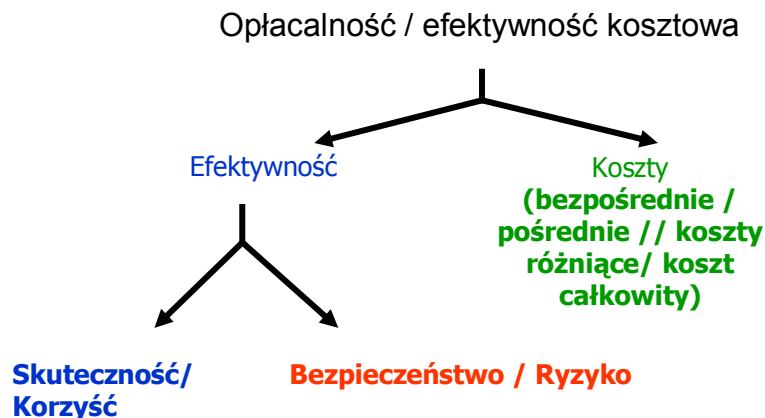
Jak ważne?	kosztowne, istotne społecznie, brak badań RCT, uznana metoda leczenia	kosztowne, istotne społecznie, budzące wątpliwości medyczne
	brak RCT, oczywistość technologii medycznej, mała waga społeczna, o niskich kosztach	liczne wątpliwości medyczne, duża liczba metod leczniczych, dużo badań RTC
	Jak pilne?	

3. Ocena dowodów naukowych

Proces oceny dowodów naukowych obejmuje weryfikację zgodnie z EBM i HTA (szczegółowe metody opublikowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia) dostarczonych materiałów informacyjnych (raportów oceny technologii medycznych) z uwzględnieniem następujących kryteriów:

- Wiarygodność danych, określona zgodnie z regułami krytycznej oceny dowodów naukowych
- Kompletność uwzględnionych opcji terapeutycznych
- Systematyczność przeglądu literatury naukowej.

Opłacalność, skuteczność i efektywność



8. Zasady klinicznej oceny technologii medycznej

Kliniczna część oceny technologii medycznej we wniosku o finansowanie przez ubezpieczenie zdrowotne zawiera następujące kroki:

Krok I: Wskazanie technologii

Użyte terminy powinny odpowiadać nomenklaturze zawartej w literaturze medycznej, powinny zostać dołączone do informacji uzupełniających wyjaśniających wskazania.

Jeżeli usługa jest w trakcie oceny lub jest „kontrowersyjna” może zaistnieć potrzeba wtórnego przeanalizowania zgodnie z drogą odnoszącą się do wniosku. Szczególnie ważne jest doprecyzowanie usługi, gdy różne wnioski odnoszą się do różnych wyników medycznych lub różnych kosztów.

Krok II: Stan wiedzy medycznej.

Ta część powinna pokazać, od kiedy metoda lub technologia jest znana, jak jest rozwijana oraz bieżący opis stosowania. Powinna zawierać też listę istotnych publikacji.

Ponadto powinna zawierać opis wskazań i ich rozszerzeń z odniesieniem do publikacji.

Postęp w częstości użycia i wyniki usługi wskazanej w kroku I powinny być opisane w oparciu o statystyki międzynarodowe, obejmujące, o ile to możliwe, co najmniej kilka lat obserwacji. Prośba o finansowanie usługi oceniona jest na podstawie wcześniejszych kilku lat doświadczenia międzynarodowego. Takie statystyki pozwalają też na ocenę kierunków ewolucji usługi na poziomie międzynarodowym.

Krok III: Stan praktyki klinicznej

Stosowanie metody lub technologii w kraju jest ważnym aspektem oceny, zgłaszający muszą zaprezentować istotną dokumentację, wykazującą nie tylko częstość występowania i dystrybucję geograficzną i instytucjonalną, ale też raport o wynikach. Ważne jest, aby porównać kluczowe dane z Polski z doświadczeniem zagranicznym.

Krok IV: Prezentacja doświadczeń

Ten krok zarysowuje główne punkty medycznego uzasadnienia wniosków o finansowanie usług. Wskazanie dla usługi jest określone zgodnie z obecnym polskim i międzynarodowym stanem wiedzy. Efektywność usługi jest udokumentowana przez wyniki medyczne (obiektywne) i indywidualne (subiektywne) i ich konsekwencje (kontrole, leki, długoterminowe terapie). Musi być dostarczony dowód zapotrzebowania na usługę. Bezpieczeństwo oznacza ocenę poziomu ryzyka niepożądanego stanu klinicznego. Ogólne potrzeby zdrowotne są oszacowane na podstawie danych epidemiologicznych i demograficznych. Powinny one być porównane z danymi dotyczącymi częstotliwości usługi w innych państwach (np. w formie standardowej na milion mieszkańców). Te informacje obrazują ilość usług, które będą potrzebne w najbliższych latach, np. w celu oszacowania skali przyszłych potrzeb.

9. Struktura zakresu świadczeń gwarantowanych

Poziom I – ocena efektywności klinicznej

Kategoria I -	Udowodniona efektywność w RCT
Kategoria II -	Udowodniona efektywność niewymagane RCT
Kategoria III -	Skuteczne i ryzykowne (mało bezpieczne)
Kategoria IV -	Udowodniona szkodliwość w RCT
Kategoria V -	Udowodniona szkodliwość niewymagane RCT
Kategoria VI -	O nieudowodnionej efektywności

EBM to sposób podejmowania decyzji w oparciu o najlepsze osiągalne dane. Jasno trzeba stwierdzić, że wyniki badań naukowych niekoniecznie są dowodem naukowym (*evidence a proof*), jednak wyniki wiarygodnych badań naukowych stanowią najlepszy dostępny rodzaj informacji.(POWAP - Praktyka Medyczna Oparta na Wiarygodnych i Aktualnych Publikacjach czy MODNa - Medycyna Oparta na Dowodach Naukowych, Ewaluacja Badań Medycznych). Bezpośrednie praktykowanie EBM to rozwiązywanie problemów i wątpliwości, jakie pojawiają się w codziennej praktyce przy wykorzystaniu aktualnych i wiarygodnych doniesień naukowych.

Pośrednie praktykowanie EBM polega na korzystaniu z opracowań, wykonanych przez innych. Na świecie istnieją różnego rodzaju agencje, instytuty, organizacje międzynarodowe zajmujące się tworzeniem informacji wtórnej, przedstawiającej wnioski wyciągnięte na podstawie syntezy wyników wiarygodnych doniesień naukowych. W krajach zachodnich powszechnie korzysta się z przeglądów systematycznych (systematic reviews), raportów HTA , standardów i wytycznych (evidence-based practice guidelines).

Poziom II – ocena efektywności kosztowej EBM i HTA

Raporty HTA kierowane są do płatników, polityków ochrony zdrowia, menedżerów oraz innych decydentów. Znaczna większość krajów wysoko rozwiniętych posiada narodowe agencje HTA zajmujące się oceną skuteczności technologii medycznych

zgodnie z zasadami EBM oraz analizą skutków ekonomicznych ich wprowadzenia na rynek usług medycznych. W krajach wysoko rozwiniętych głównym celem opracowywania raportów HTA jest ograniczenie nieuzasadnionych wydatków oraz eliminacja nieefektywnych lub szkodliwych procedur medycznych. Zdarza się, że osiągane jest to poprzez promocję starszych, rzadziej stosowanych, ale skutecznych i bezpiecznych procedur. Od wytycznych postępowania odróżnia raporty HTA przede wszystkim osoba odbiorcy oraz nacisk położony na analizę ekonomiczną.

Poziomy efektywności kosztowej

Większa korzyść zdrowotna za mniejsze pieniądze

Większa korzyść zdrowotna za większe pieniądze

Mniejsza korzyść zdrowotna za mniejsze pieniądze

Mniejsza korzyść zdrowotna za większe pieniądze

10. Podstawowe zasady ekonomicznej oceny technologii

Ocena kosztu technologii medycznej np. ocena ekonomiczna powinna doprowadzić do zgody przedstawicieli NFZ na refundację. Jest to ważna i oddzielna część tworzenia koszyka. Będzie wymagała ścisłej współpracy pomiędzy wykonawcami usługi (lekarzami, terapeutami). Zostanie opracowana w oparciu o wielkości oczekiwanych wydatków. Ocena kosztów powinna być jednorodna i porównywalna.

1. Etapy analizy kosztów

- ustalenie celu analizy
- identyfikacja możliwych sposobów postępowania
- określenie perspektywy analizy
- identyfikacja kategorii kosztowych
- zbieranie danych kosztowych
- analiza danych kosztowych

2. Rodzaje analiz ekonomicznych

- Analiza minimalizacji kosztów
- Analiza opłacalności koszt – efektywność
- Analiza zysku koszt – korzyść
- Analiza użyteczności koszt - użyteczność

3. QALY – Quality Adjusted Life Year Lata życia ze skorygowaną jakością

W jednym pomiarze ocenia się wpływ określonego postępowania na zachorowalność lub śmiertelność, oraz stan funkcjonalny. Jakość życia jest ustalana przez chorych, czasami przez personel medyczny

11. Agencja

W Europie istnieją już agencje HTA i nie ma potrzeby wymyślania całkowicie nowych rozwiązań. Stąd propozycja powołania instytucji o nazwie Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych (PAOTM). Działalność byłaby finansowana z budżetu. Jej dyrektor byłby powoływany przez premiera, na wniosek ministra zdrowia na pięcioletnią kadencję. Odwołanie przed upływem kadencji byłoby możliwe tylko w wyjątkowych sytuacjach.

Podstawowym zadaniem Agencji będzie opracowywanie zakresu (koszyka) świadczeń gwarantowanych. W praktyce koszyk świadczeń jest narzędziem kształtowanie polityki zdrowotnej. Podkreślić należy, że w przypadku takich instytucji. oprócz niezależności najistotniejszym jest obiektywizm. Jeśli te wymogi są spełnione istnieją podstawy do przygotowania rzetelnych podstaw dla decyzji podejmowanej przez Ministra Zdrowia, który rozstrzyga o wpisaniu procedury na listę pozytywną lub negatywną.

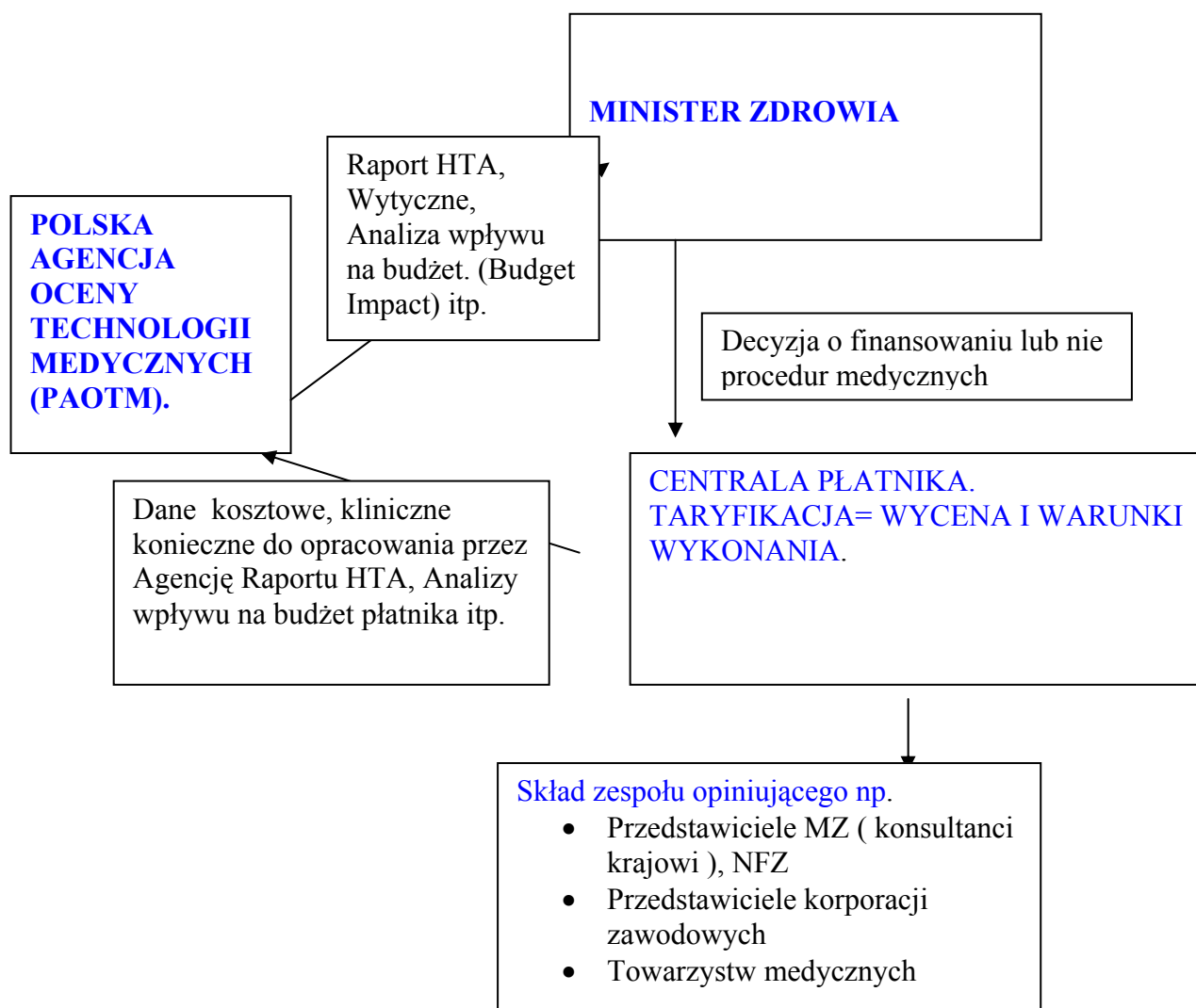
1. Celem agencji jest ocena procedur medycznych dla ustalenia, które z nich charakteryzują się najlepszą efektywnością kliniczną i ekonomiczną (a które najgorszą).
2. Określenie czy interwencyjne procedury medyczne użyte w celu zdiagnozowania i leczenia są wystarczająco bezpieczne i efektywne klinicznie i kosztowo.

3. Zadaniem Agencji jest:

- a) koordynacja przygotowywania standardów postępowania medycznego, w tym wymogi jakie musi spełnić instytucja uzyskująca prawo wykonywania danej procedury;
- b) przygotowanie podstaw do tworzenia listy pozytywnych technologii medycznych
 - prowadzona lista technologii medycznych o udowodnionej efektywności i określonej sile interwencji w porównaniu z najważniejszymi opcjonalnymi sposobami postępowania, które prowadzą do osiągnięcia tego samego pierwszorzędowego punktu końcowego (efektu zdrowotnego w leczeniu danej jednostki chorobowej),
 - wpis na listę dokonywany jest na podstawie analiz efektywności przedłożonych przez wnioskodawcę (np.: specjalistę krajowego, itp.)
 - punkty końcowe brane pod uwagę w analizach do weryfikacji określa Rada Ekspertów .
- c) przygotowanie podstaw do tworzenia listy negatywnej technologii medycznych:
 - lista technologii diagnostycznych i niefarmakologicznych technologii terapeutycznych o nieudowodnionej efektywności lub udowodnionej szkodliwości,
 - lista tworzona jest w oparciu o analizy efektywności opiniowane przez agencje.
- d) Lista opłacalnych technologii medycznych:
 - lista technologii medycznych o udowodnionej efektywności i określonej opłacalności,
 - lista tworzona w oparciu o wiarygodne analizy

4. Ważnym elementem byłoby zaangażowanie w proces tworzenia analiz ośrodków uniwersyteckich. W ten sposób Ministerstwo Zdrowia nie musiałoby rozbudowywać własnej infrastruktury analitycznej, a jedynie zlecać pewne zadania już istniejącym zespołom ekspertów.

Wobec potrzeby realizacji powyższych zadań proponuje się następujący schemat postępowania:



Rekomendacje PAOTM bazują na wynikach klinicznych i ekonomicznych dowodach. Agencja dostarcza wiarygodne i obowiązujące w danych warunkach systemowych opinie dotyczące efektywności procedur i jej przyszłości w zakresie finansowania przez płatnika. (Raport HTA może wykazać szkodliwość danej procedury i wyeliminować jej finansowanie w systemie). Z wyników mogą korzystać wszyscy zainteresowani, niezależnie od tego, kto był inicjatorem analizy.

12. Podmioty wnioskujące

1. Instytucje podejmujące decyzje o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych:
 - a. Ministerstwo Zdrowia,
 - b. Narodowy Fundusz Zdrowia,

2. Korporacje zawodowe,
3. Stowarzyszenia pacjentów,
4. Świadczeniodawcy
5. Producenci, dystrybutorzy,
6. Inni.

13. Zasady współpracy MZ i Agencji

- Raporty PAOTM są podstawą decyzji podejmowanych przez MZ. Jeśli decyzja jest niezgodna z rekomendacjami PAOTM wymaga to specjalnego uzasadnienia,
- Ministerstwo Zdrowia może podejmować decyzje na podstawie innych przesłanek (jednak z podaniem tych przesłanek, zgodnie z regułami przejrzystości), ale nie z pominięciem wniosków z analiz opłacalności,
- Ministerstwo Zdrowia może podjąć decyzję o warunkowym wpisaniu technologii lub świadczenia na jedną z list na czas określony, po którym wpis jest weryfikowany (najczęściej warunkiem jest tworzenie rejestru leczonych z identyfikacją wyników leczenia),
- Na podstawie przeglądu systematycznego, analiz efektywności lub opłacalności **PAOTM** wpisuje technologie medyczne do odpowiednich kategorii, przekazując równocześnie odpowiednią informację o wpisie i wynikach analiz do MZ (to nie jest lista świadczeń)

Podkreślić zatem należy, że pozytywny rezultat analizy nie jest jednoznaczny z podjęciem decyzji o umieszczeniu procedury na liście pozytywnej, nie jest zatem równoznaczny z gwarancjami jej finansowania. Natomiast brak analizy skutkuje odłożeniem decyzji w zakresie finansowania danej procedury.

VI Płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia

Mimo bliskiej perspektywy zmiany – aż do likwidacji włącznie – NFZ kontynuuje wykonywanie swoich obowiązków. Niezależnie od daty wejścia w życie nowej ustawy realizuje zadania w sprawach związanych z przygotowaniem projektu planu finansowego na rok 2005 oraz z pracami niezbędnymi dla przygotowania realizacji tego planu finansowego. Można przez to rozumieć przeprowadzenie wszystkich niezbędnych działań koniecznych dla zapewnienia świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych w roku 2005.

Proponuje się pozostawienie dotychczasowej nazwy, ale w związku z projektowaną zmianą zadań i kompetencji, właściwe jest wskazanie, że jest to instytucja finansowa zarządzająca publicznymi środkami przeznaczanymi na opiekę zdrowotną, działająca jako państwowa osoba prawna. Możliwe jest również działanie NFZ jako państwowego funduszu celowego. W proponowanym systemie instytucja ta ma niewielkie uprawnienia regulacyjne, a prawie wszystkie zasady alokacji środków będących w dyspozycji tej instytucji są określone ustawą i aktami wykonawczymi do niej.

Zasada rozdziału funkcji regulacyjnych od funkcji bezpośredniego zarządzania środkami finansowymi jest rozwiązaniem stosowanym w wielu krajach. Połączenie w instytucji publicznej funkcji bezpośredniego zarządu i alokacji środków finansowych z funkcjami stanowienia reguł i odpowiedzialnością za działania strategiczne, tworzy ryzyko dominacji działań pierwszego typu i marginalizacji pozostałych, bądź nawet podporządkowania działań drugiego typu bieżącym funkcjom zarządczym. W projektowanym systemie Minister Zdrowia posiada funkcje stanowienia prawa w zakresie wynikającym z ustaw (rozporządzenia) i funkcje kreowania polityki zdrowotnej państwa, natomiast podmiotem zarządzającym publicznymi środkami na opiekę zdrowotną i finansującym koszty tej opieki jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

W obszarze realizacji strategicznych programów zdrowotnych przyjętych przez Parlament instytucja ta odpowiada przed Parlamentem. W przypadku przyjęcia takich programów przez Rząd i wskazania, że środki na te programy są z mocy

ustawy środkami publicznymi będącymi w dyspozycji NFZ, instytucja ta finansuje te programy i w tym zakresie nadzorowana jest przez Rząd, przy czym takie ustalenia muszą być *explicite* w prawie zapisane. W zakresie zgodności działań z prawem oraz celowości i gospodarności w wydatkowaniu środków publicznych NFZ podlega nadzorowi ze strony Ministra Finansów. Podkreślmy, że obiektywizacja i transparentność w zakresie zasad alokacji środków będzie miała kluczowe znaczenie dla możliwości sprawowania kontroli nad działalnością NFZ.

Ustalanie zasad alokacji poprzez regulacje ustawowe i akty wykonawcze do ustaw nie jest bez wad, kreuje bowiem możliwość wpływania na kształt tych regulacji przez grupy o najsilniejszej pozycji lobbystycznej. Z drugiej jednak strony czyni system finansowania bardziej przejrzystym i stabilnym, aniżeli wtedy, gdy instytucja finansująca koszty opieki zdrowotnej dla uprawnionych sama ustala zasady podziału środków. Należy przy tym zwrócić uwagę, że proces prywatyzacji świadczeniodawców może sprzyjać powstawaniu różnego rodzaju zmów monopolistycznych w celu pozyskania dodatkowych środków lub ograniczania zakresów odpowiedzialności w ramach już przekazanych środków. Możliwe są również innego typu konflikty wokół podziału środków, a dotychczasowe doświadczenia dostarczają wielu przykładów. Dlatego, i dla większej czytelności podziału środków, i dla zmniejszania obszarów konfliktów negatywnie wpływających zarówno na strony umowy jak i na poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, alokacja środków między regiony i między różne grupy świadczeniodawców powinna być zaprojektowana w taki sposób, aby zostawiać niewielkie obszary decyzji subiektywnych, bez respektowania wcześniej ustalonych i czytelnych zasad.

Własnością Narodowego Funduszu pozostają różne prawa materialne i niematerialne związane z realizacją zadań podmiotu podpisującego umowy ze świadczeniodawcami, finansującego należności wynikające z tych umów oraz refinansującego koszty leków refundowanych, ordynowanych na recepty.

1. Ewolucja instytucji zarządzającej środkami publicznymi

Zgodnie z przyjętą w tym dokumencie koncepcją reforma jest – i to w sposób konieczny – procesem wieloetapowym. Tak więc wdrażanie przedstawianych propozycji rozpocznie się fazą I, kiedy NFZ funkcjonuje w obecnej formie. Czas trwania tej fazy będzie uzależniony od tempa uchwalenia nowej ustawy i od czasu wejścia w życie jej przepisów. Musi to nastąpić nie później, niż 1 stycznia 2005 r.

Następny okres przemian to faza II, kiedy NFZ funkcjonuje w zdekoncentrowanej postaci (m.in. przez ustawowe przekazanie wielu kompetencji na poziom dyrektora oddziału), z nowymi kompetencjami różnych organów i jednostek organizacyjnych oraz z nowymi zasadami alokacji publicznych środków i innym niż obecnie nadzorem nad wydatkowaniem tych środków. Szczegółowy harmonogram wdrażania zmian będzie uzależniony od treści przepisów zawartych w ustawie. Faza II jest szczegółowo opisana w dalszej części tego opracowania.

Termin przejścia do fazy III, w której jednostki regionalne (oddziały NFZ) uzyskają większą autonomię (wraz z osobowością prawną) wraz z finansową odpowiedzialnością za gospodarowanie publicznymi środkami i wraz z nadzorem właściwym dla realizacji zadań państwa w zakresie opieki zdrowotnej, uzależniony będzie od utworzenia i doprowadzenia do sprawnego funkcjonowania instytucji regulacyjnych. Szczególnie istotny będzie budowa mechanizmu definiowania zakresu świadczeń gwarantowanych, przebieg procesu standaryzacji postępowania medycznego, zbudowanie mechanizmów ustalania jednolitych taryf niezbędnych dla ustalania należności w umowach oraz rozwój systemów informacji niezbędnych dla przenoszenia odpowiedzialności finansowej do regionalnych podmiotów prawnych.

Przejście do FAZY III uzależnione jest od funkcjonowania:

- instytucji przygotowującej listy procedur włączanych – lub nie – do zakresu świadczeń gwarantowanych (budowa koszyka), postępów standaryzacji i taryfikacji usług,
- wdrożenia mechanizmów nadzoru i kontroli finansowej.

Zadania pierwszego rodzaju z wymienionych wyżej aktywności powinny w szczególności obejmować:

- przygotowywać listy procedur, które służą definiowaniu zakresu świadczeń gwarantowanych,
- określenie katalogu procedur medycznych wraz ze standardami (medycznymi) ich wykonywania,
- zdefiniowania minimalnych warunków dla świadczeniodawcy, który chce świadczyć daną procedurę (wymagania odnośnie lokali i pomieszczeń, wyposażenia medycznego, kwalifikacji personelu, doświadczeń w wykonywaniu danej procedury)
- ustalenia zasad nadawania prawa do wykonywania danej procedury, kontroli spełniania standardów, cofania uprawnień, procedur odwoławczych

W podejmowanych działaniach należy uwzględnić stan początkowy przygotowania świadczeniodawców do świadczenia usług medycznych. Podnoszenie standardów musi być stopniowe i musi uwzględniać możliwości finansowe płatnika (wyższe standardy to wyższa cena usługi)

Propozycje podniesienia standardów muszą być zaopiniowane przez płatnika. W razie konfliktu arbitrem musi być Minister Zdrowia. Nie uwzględnienie przez Ministra Zdrowia opinii płatnika o braku środków finansowych na podniesienie odpłatności za procedury po podniesieniu standardów nie pozbawia płatnika prawa do wystąpienia do sądu z pozwem przeciwko Skarbowi Państwa. Przygotowania wymaga sposób legitymizowania tego procesu przez świadczeniodawców i przedstawicieli zawodów medycznych.

Minister Finansów i służby jemu podległe sprawuje nadzór nad zarządzaniem publicznymi środkami przeznaczanymi na opiekę zdrowotną, stosując kryteria podobne jak w nadzorze nad gospodarką finansową sektora publicznego, czyli oceniając legalność, celowość i gospodarność. Natomiast społeczna kontrola powinna być sprawowana głównie poprzez ujawnianie wszelkich informacji dotyczących wymagań, standardów, taryf, treści wszystkich podpisanych umów i ich realizacji, przy czym ujawnienie musi być zapewnione w taki sposób, aby dostęp do tych informacji był łatwy dla każdego zainteresowanego.

Bardzo ważne jest również, aby pewne istniejące już urzędy publiczne, jak np. urząd antymonopolowy, utworzyły sekcje zajmujące się ochroną zdrowia, aby analizować sytuację i przeciwdziałać patologiom, np. zmomom monopolistycznym.

Z uwagi na konieczność włączenia regionalnych środowisk w proces opiniowania, a w przyszłości – nadzorowania gospodarki finansowej związanej z zarządzaniem na szczeblu regionalnym publicznymi środkami przeznaczanymi na opiekę zdrowotną, nadawanie osobowości prawnej oddziałom NFZ i podejmowanie decyzji o liczbie tych jednostek powinno być przedmiotem nie tylko decyzji Parlamentu, ale i wynikiem oddolnych działań na rzecz tworzenia nowych publicznych osób prawnych, obejmujących swym zakresem inne regiony aniżeli wynika to z obecnego administracyjnego podziału kraju. Proces uwzględniania opinii regionów nie powinien jednak prowadzić do tworzenia autonomicznych jednostek odpowiedzialnych za zapewnienie świadczeń o liczbie świadczeniobiorców mniejszej niż 2.5 miliona.

Faza III polegałaby również na przekształceniu centrali NFZ w instytucję finansującą te zakresy, które zostały określone w tej części opracowania, która dotyczy zasad alokacji i wykonującej techniczne czynności związane z przekazywaniem środków publicznych centralnie gromadzonych do regionalnych podmiotów mających osobowość prawną. Oddziały NFZ zyskałyby osobowość prawną, wraz z finansową odpowiedzialnością za gospodarowanie środkami.

Faza IV - w dalszej przyszłości – to dopuszczenie możliwości zarządzania publicznymi środkami przeznaczanymi na opiekę zdrowotną przez podmioty prywatne ale dopiero wtedy, gdy dopracowane zostaną sposoby sprawowania państwowego nadzoru nad wydatkowaniem tych środków, w tym sposoby ochrony interesu publicznego wobec ryzyka niesprawności prywatnego podmiotu lub wykorzystywania przez niego publicznych środków na cele inne aniżeli zapewnianie świadczeń dla osób uprawnionych.

2. Organy NFZ i ich kompetencje

Organem centralnym jest Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Prezes jest powoływany przez Radę Nadzorczą Funduszu na wniosek Ministra Zdrowia i odwoływany przez Radę Nadzorczą, na wniosek ale również i bez wniosku Ministra Zdrowia. W ustawie powinny być zawarte podstawowe wymagania wykształcenia i doświadczenia zawodowego, które powinien posiadać kandydat na Prezesa.

Na wniosek Prezesa Rada Nadzorcza powołuje i odwołuje Wiceprezesów w liczbie od jednego do trzech.

Rada Nadzorcza składa się z maksimum 8 osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów. Przewodniczący Rady jest powoływany przez Prezesa Rady Ministrów. Podstawą wysuwania kandydatur powinny być uzgodnione wnioski Ministra Zdrowia i Ministra Finansów, ale warto rozważyć umożliwienie także innym podmiotom – zwłaszcza organom samorządów terytorialnych – prawa wysuwania kandydatów. Rada jest powoływana na kadencję 5-letnią, a odwołanie członka Rady ma miejsce tylko w takich przypadkach, jak np.: złożenie rezygnacji, zaprzestanie uczestniczenia w pracach Rady przez okres dłuższy niż 3 miesiące, wejście w sytuację konfliktu interesów. Należy podkreślić, że za konflikt interesu powinno się uważać posiadanie kontraktu lub wykonywanie kontraktu (poprzez umowę o pracę lub inne formy świadczenia usług) zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ustawa określa minimalne wymagania w zakresie doświadczenia zawodowego, które powinien posiadać przez członek Rady. Można wprowadzić również zasadę, że Rada Nadzorcza podlega w połowie kadencji rotacji w połowie swojego składu, tak, aby zachować ciągłość jej funkcjonowania między kadencjami. Rada Nadzorcza jest odwoływana w całości, jeśli wystąpiła nierównowaga finansowa Funduszu, przekraczająca granice wyznaczone w ustawie (zapis o tym powodzie odwołania może dotyczyć sytuacji zaistniałej w danym roku, albo w 2 kolejnych).

Drugim organem wymienionym w ustawie wraz z jego kompetencjami i odpowiedzialnością powinien być Dyrektor oddziału, powoływany i odwoływany przez Radę Nadzorczą na wniosek Prezesa Funduszu. Powołanie powinno mieć

miejsce po uzyskaniu opinii ze strony właściwych terytorialnie sejmików samorządów województw. Odwołanie Dyrektora oddziału powinno być bez procedury opiniowania, ale z obowiązkiem podania na piśmie do opiniujących powołanie uzasadnienia odwołania. Na wniosek Dyrektora oddziału powinni być powoływani przez Prezesa Funduszu wicedyrektorzy, również po zasięgnięciu opinii tych samych instytucji publicznych, które opiniowały powołanie Dyrektora oddziału.

Na poziomie oddziału funkcjonuje Rada oddziału – ciało opiniodawczo-doradcze dla Dyrektora oddziału. Rada oddziału jest powoływana przez Prezesa Funduszu spośród osób zamieszkałych na terenie działania oddziału, o profesjonalnych kwalifikacjach podobnych do kwalifikacji niezbędnych dla zasiadania w Radzie Nadzorczej Funduszu, spośród kandydatur przedstawionych min. przez wojewodę, zarząd województwa, konwent starostów, gminy, reprezentację świadczeniobiorców.

Proponowane rozwiązania powinny sprzyjać profesjonalizacji zarządzania i odpolitycznieniu decyzji personalnych w obszarze zarządzania publicznymi środkami przeznaczanymi na opiekę zdrowotną.

Dyrektor oddziału posiada ustawowo określone kompetencje związane ze sprawdzaniem wymagań, które powinny spełniać podmioty zainteresowane zapewnianiem świadczeń dla osób uprawnionych i pozyskaniem publicznych środków oraz kompetencje związane z podpisywaniem i monitorowaniem umów na te świadczenia, które będą przyporządkowane w ustawie do środków oddziału.

Prezes Funduszu sprawdza spełnienie warunków niezbędnych dla zapewniania świadczeń ustalonych w ustawie jako właściwe dla finansowania ze środków będących w dyspozycji centrali, podpisuje umowy i nadzoruje ich realizację.

Prezes Funduszu nadzoruje i kontroluje funkcjonowanie oddziałów Funduszu, w tym zawieranie umów przez Dyrektorów oddziałów.

Nadzór nad wydatkowaniem publicznych środków będących w dyspozycji NFZ sprawuje Minister Finansów, według kryteriów analogicznych, jakie są określone w ustawie o finansach publicznych.

Nadzór społeczny sprawowany jest ponadto dzięki temu, że wszystkie informacje związane z alokacją środków i wymaganiami wobec świadczeniodawców są jawne i łatwo dostępne.

W zakresie gospodarki finansowej NFZ powinny obowiązywać przepisy, które funkcjonują w obszarze gospodarowania publicznymi środkami.

3. System nadzoru i kontroli

Konieczne są trzy systemy kontroli:

- merytoryczna wewnętrzna – sprawują ją niezależni od kierownictwa instytucji audytorzy wewnętrzni, którzy mają obowiązek oceny systemu zarządzania sprawowanego przez kierownictwo danej jednostki,
- merytoryczna zewnętrzna – kontrola wykonywana przez niezależnych specjalistów z wykształceniem medycznym oceniających jakość świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez świadczeniodawców, a dodatkowo na szczeblu centrali – eksperci od finansów i zarządzania sprawdzają jak oddziały podpisują umowy i wydają pieniądze,
- na szczeblu Ministra Zdrowia – kontrola zewnętrzna sprowadza się do kontroli realizacji przez Fundusz strategicznych celów nadanych przez Rząd i wskaźników dokonań,
- przez Ministra Finansów – kontrola zewnętrzna w zakresie legalności, gospodarności i celowości działań w zarządzaniu środkami publicznymi,
- zewnętrzna pozasystemowa – to Parlament, NIK oraz społeczeństwo i media.

Wskaźniki uzyskiwanych efektów (wskaźniki dokonań), są sposobami monitorowania poziomu jakości realizacji zadań przez administrację i agencje publiczne. Polega to w pewnym uproszczeniu na:

- zbudowaniu systemu wskaźników dokonań, które konkretyzują w mierzalny sposób to co rozumiemy jako pożądane w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, czyli przyjazność, oszczędność i racjonalność,
- stworzeniu systemu wiarygodnego pomiaru takich wskaźników dokonań,
- ocenianiu działania instytucji i jej kierownictwa na podstawie osiągania lub nie osiągania pożądanych wartości wskaźników i pozytywnych /negatywnych tendencji ich zmian.

System wskaźników dokonań to anglosaskie podejście do obiektywizacji i profesjonalizacji administracji publicznej, które należy zastosować do NFZ.

Dodatkowo należy podkreślić, że w wymienionych systemach kontroli chodzi nie tylko o kontrolowanie płatnika i sprawdzanie czy płatnik przekazuje środki świadczeniodawcom, ale również o kontrolowanie trzech podstawowych zagadnień:

- czy świadczeniodawca spełnia wymagania uprawniające go do wykonywania świadczeń,
- czy zostało wykonane świadczenie, za które płacimy,
- czy wykonane świadczenie było zasadne medycznie, czyli tzw. weryfikacja medyczna,

4. Dostęp do informacji

Podstawową zasadą powinna być jawność i przejrzystość działań płatnika z pełnym dostępem do informacji o kontraktach i wykorzystaniu publicznych środków u wszystkich świadczeniodawców korzystających ze środków publicznych, niezależnie od formy własności i formy wykonywania zawodów medycznych. Wszystkie informacje dotyczące wymagań, warunków, które musi spełniać świadczeniodawca oraz wszystkie informacje związane z alokacją publicznych środków są jawne i łatwo dostępne dla każdego zainteresowanego, w tym również na stronach internetowych instytucji.

Innym ważnym problemem do rozstrzygnięcia w tym obszarze jest ustosunkowanie się do zapisu Art. 145. ustawy o NFZ (analogiczny artykuł był w starej ustawie o puz): Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz ich kosztach.

5. Odbiurokratyzowanie relacji w systemie

Polegać to powinno przede wszystkim na zmniejszeniu do minimum niezbędnych wymagań dokumentowania realizowanych świadczeń, tak aby mogły być uznane za wystarczające do rozliczenia się między świadczeniodawcą i płatnikiem. Z drugiej strony dokumentowanie takie powinno być integralnym systemem zbierania informacji i monitoring systemu wsparte jednolitym na terenie całego kraju systemem. Należy przeciwdziałać częstym zmianom reguł (katalogu produktów, zasad rozliczeń, itp.), premiowaniu nieuczciwych (podających fałszywe dane o personelu, sprzęcie, fikcyjnych świadczeniach i miejscach udzielania świadczeń, arbitralnemu traktowaniu świadczeniodawców. Przyczyną biurokracji jest też odczuwany dotąd brak dostatecznej liczby osób kompetentnych, które mają czas, aby wyjaśnić wątpliwości tak techniczne jak i merytoryczne.

Konieczne jest radykalne zmniejszenie administracyjnych utrudnień nakładanych na pacjentów i ich rodziny w związku z korzystaniem ze świadczeń. Radykalnym krokiem, który ma sprzyjać temu celowi powinno być uznanie, przyjęte w tych propozycjach, że tytułem do świadczeń jest obywatelstwo. Oznacza to, że uzyskanie świadczenia powinno być łatwe. Jednak przy przyjęciu takiego rozwiązania tym ważniejsza jest precyzyjna odpowiedź na pytanie „kto płaci”. Bowiem udzielenie świadczenia nie zwalnia z systemu z wyegzekwowania należnych danin wnoszonych przez obywateli (lub w ich imieniu przez organ do tego zobowiązany). Kontrola pozyskiwania pieniędzy będzie jednym z najważniejszych – i najtrudniejszych – zadań płatnika.

VII Alokacja środków publicznych

Przez alokację rozumie się podział środków publicznych między centralę i oddziały, między różne sektory (obszary) opieki zdrowotnej oraz różnych świadczeniodawców.

Przedstawione poniżej zasady alokacji dotyczą przede wszystkim najbliższych lat, gdy oddziały będą jednostkami organizacyjnymi NFZ, ale wiele z tych zasad może być stosowanych również w późniejszych fazach rozwoju NFZ.

1. Zasady alokacji

Alokacja środków powinna być dokonywana w taki sposób, aby możliwe było realizowanie następujących celów:

1. dążenie do zapewniania obywatelom, zgodnie z art. 68 Konstytucji, równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, z respektowaniem prawa pacjenta do wyboru lekarza i miejsca leczenia, z zapewnieniem dostępu do informacji ułatwiającej dokonywanie wyborów, ale i z respektowaniem zasad zapewniających efektywne wykorzystanie publicznych środków;
2. uwzględnienie priorytetów określonych w polityce zdrowotnej państwa;
3. efektywne wykorzystanie publicznych środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną, wraz z zapewnieniem możliwości wdrażania nowych technologii medycznych, poprawiających skuteczność leczenia, zmniejszających koszty opieki zdrowotnej oraz poprawiających jakość życia w chorobie;
4. opłacanie wyłącznie tych procedur i technologii medycznych, których skuteczność została potwierdzona wiarygodnymi wynikami badań naukowych a jednocześnie ich stosowanie pozwala realizować zasadę efektywnego gospodarowania środkami publicznymi i zachować równowagę przychodów i wydatków NFZ;
5. zapewnianie alokacji według zasad czytelnych, jawnych, ustalonych w przepisach, a nie drogą decyzji administracyjnych, według zasad w miarę prostych i stabilnych w czasie, nie generujących zbytecznych kosztów administracyjnych;
6. ryzyka związane ze wzrostem kosztów opieki zdrowotnej wywołanym czy to wzrostem liczby świadczeń zapewnianych w danej jednostce chorobowej czy stosowaniem niektórych technologii medycznych są rozkładane zarówno na płatnika jak i na świadczeniodawcę, a w niektórych przypadkach również na pacjenta;
7. odpowiedzialność za zarządzanie postępowaniem w danej jednostce chorobowej czy postępowaniem w stosunku do danej jednorodnej grupy pacjentów oraz odpowiedzialność za zarządzanie środkami finansowymi przeznaczanymi na dany zakres świadczeń musi być w taki sposób wdrażana, aby nie było motywacji do przerzucania niektórych kosztów na innych świadczeniodawców, bez finansowej odpowiedzialności za skutki tego przerzucania oraz aby była motywacja do stosowania substytucyjnych technologii medycznych i substytucji miejsc sprawowania opieki (motywacja do wyboru równie skutecznych, ale

tańszych technologii czy miejsc) oraz motywacja do stosowania technologii właściwych z uwagi na skuteczność leczenia;

8. nadzór nad podziałem i wykorzystaniem publicznych środków sprawowany jest z uwzględnieniem takich kryteriów, jakie stosuje się w gospodarce finansami publicznymi (legalność, celowość, gospodarność).

2. Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia (tworzenie i struktura)

Przedstawione poniżej informacje dotyczą zasad tworzenia planu finansowego i jego struktury w najbliższych latach. Przedmiotem tej części opracowania nie są zasady i struktura planu w późniejszych fazach rozwoju NFZ.

1. Publiczne środki na realizację zadań państwa w zakresie opieki zdrowotnej gromadzone są centralnie, a tryb poboru publicznych danin (składek) jest zbliżony do obecnego, z wykorzystaniem istniejących systemów informatycznych ZUS i KRUS.
2. Zasady tworzenia planu finansowego, w tym zasady wydzielania środków na poszczególne sektory opieki zdrowotnej, programy zdrowotne i zasady podziału między oddziały ustalane są w ustawie lub aktach wykonawczych do niej.
3. Narodowy Fundusz Zdrowia jako instytucja zarządzająca publicznymi środkami na opiekę zdrowotną nie ma uprawnień w zakresie tworzenia regulacji dotyczących zasad alokacji, ustalania, innych niż wewnętrzne, kryteriów nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych i nie ma uprawnień w zakresie ustalania warunków, które muszą spełnić świadczeniodawcy, jeśli są zainteresowani uzyskaniem środków publicznych. Funkcje agencji regulacyjnych pełnią podmioty publiczne, powołane drogą ustawy. Ustalenia regulacyjne uzyskują moc obowiązującą drogą wskazanych w ustawie rozporządzeń, odpowiednio Rady Ministrów, Ministra Zdrowia i Ministra Finansów.
4. Wszystkie świadczenia zdrowotne gwarantowane przez państwo finansowane są przez NFZ. Środki będące dotąd w dyspozycji Ministra Zdrowia na sfinansowanie świadczeń w ramach różnych programów zdrowotnych są uwzględnione przy szacowaniu wzrostu poziomu składki (wzrostu rekompensowanego pomniejszeniem podatku od dochodów osobistych oraz wzrostu poziomu składki opłacanej przez budżet za niektóre osoby); dotyczy to

również tych wydatków na ratownictwo medyczne, które według ustawy o ratownictwie medycznym miały być finansowane z budżetu.

5. Środki publiczne będące w dyspozycji innych podmiotów publicznych niż NFZ, w tym środki celowych funduszy, administracji państwowej czy samorządowej są środkami wspomagającymi, a ich wielkość nie jest powiązana z przychodami czy wydatkami NFZ.
6. NFZ jest dysponentem tych środków publicznych na pokrycie kosztów diagnostyki czy leczenia za granicą, którymi dotąd dysponował Minister Zdrowia. Poziom tych środków będzie uwzględniony przy szacowaniu wzrostu składki rekompensowanej obniżeniem podatku od dochodów osobistych i wzrostu składki opłacanej za niektóre osoby ze środków budżetowych. Zasadność takiego leczenia potwierdzana byłaby z udziałem Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych, a postępowanie potwierdzające przeprowadzane przez centralę Funduszu według zasad ustalonych w ustawie.
7. Środki będące w dyspozycji centralnych organów administracji i ustalone drogą ustawy budżetowej z przeznaczeniem na inwestycje w opiece zdrowotnej, z chwilą wejścia ustawy w życie są wyłącznie środkami na dokończenie inwestycji już rozpoczętych i finansowanych dotąd w ramach inwestycji centralnych, związanych z wdrażaniem bardzo kosztownych, nowych technologii medycznych lub budową nowych zakładów czy rozbudową istniejących, realizujących zadania państwa w zakresie opieki zdrowotnej, ale jedynie tam, gdzie nie ma możliwości realizacji tych zadań przez zakłady prywatne. Źródłem pokrycia wydatków inwestycyjnych podmiotów zapewniających świadczenia dla osób uprawnionych, niezależnie od formy ich własności, są w projektowanym systemie m.in. środki zgromadzone poprzez narzut na koszty, pokrywany w ramach należności ustalonej w umowach świadczeniodawcy z NFZ. Środki na pokrycie kosztów tego narzutu są kalkulowane z uwzględnieniem średniorocznych wydatków budżetowych na inwestycje centralne ponoszone w ostatnich 5 latach. Rachunek ten jest wykorzystywany dla oszacowania wzrostu poziomu składki w części rekompensowanej pomniejszeniem podatków dochodowych od osób fizycznych i wzrostu poziomu składki opłacanej dotąd ze środków budżetowych za niektóre grupy ludności.
8. Zasadnicze elementy przychodowej i kosztowej strony planu finansowego opracowuje Minister Finansów w terminie do 1 lipca roku poprzedzającego rok,

dla którego opracowywany jest plan. Minister Finansów określa również koszty poboru składek, rezerwę na część składek nieściągalnych, kwoty przeznaczone na wyrównywanie różnic finansowych między oddziałami, wysokość odpisu na fundusz zapasowy, łączne koszty realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej, bez podziału na poszczególne rodzaje świadczeń, a w przyszłości również łączną kwotę na refundację leków. Szczegółowego podziału na poszczególne rodzaje świadczeń i programy zdrowotne dokonuje NFZ, na podstawie zasad określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Zarząd NFZ przygotowuje projekt planu do końca sierpnia roku poprzedzającego, z uwzględnieniem m.in. informacji otrzymanych od Ministra Finansów oraz programów zdrowotnych opracowanych przez Ministra Zdrowia i uchwalonych przez Parlament. Plan finansowy uchwalany jest do końca września roku poprzedzającego przez Radę Nadzorczą NFZ. Minister Finansów wspólnie z Ministrem Zdrowia zatwierdza plan finansowy do końca października roku poprzedzającego rok, dla którego przygotowywany jest plan. Dla przygotowania, uchwalenia i zatwierdzenia planu finansowego na rok 2005 należy ustalić procedurę i terminy zależne od tego, kiedy nowe przepisy wchodziłyby w życie. Procedura tworzenia planu finansowego powinna być regulowana rozporządzeniem Rady Ministrów, na wspólny wniosek Ministra Finansów i Ministra Zdrowia, tak, aby konieczność zmiany zasad tworzenia tego planu wynikająca np. z przechodzenia do różnych faz rozwoju NFZ nie wymagała zmiany ustawy.

9. Gdyby została podjęta decyzja, że Narodowy Fundusz Zdrowia jako instytucja dysponująca ogromną sumą środków publicznych nie jest państwową osobą prawną lecz państwowym funduszem celowym, plan finansowy uchwalany byłby przez Parlament.
10. W planie finansowym NFZ, poza pozycjami, które są obecnie w tym planie i powinny być utrzymane, wydzielą się środki na realizację tych programów zdrowotnych, które są niezbędne dla realizacji zadań państwa w zakresie ustalonym ustawą o chorobach zakaźnych i zakażeniach oraz ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. Dyspozycja tymi środkami pozostaje na szczeblu centrali NFZ, a suma ponoszonych dotąd wydatków na ten cel przez budżet państwa jest uwzględniana przy szacowaniu wzrostu poziomu składki rekompensowanej zmniejszeniem podatku od dochodów osobistych i wzrostu poziomu składki opłacanej dotąd ze środków budżetowych za niektóre osoby. Uzasadnieniem

propozycji ustalenia jednego dysponenta publicznych środków na różne świadczenia zdrowotne gwarantowane obywatelom jest potrzeba zmniejszania kosztów administracyjnych związanych z podpisywaniem umów, właściwa koordynacja działań organów państwa określonych w różnych ustawach, a dotyczących zapewniania obywatelom świadczeń zdrowotnych, m.in. poprzez eliminowanie finansowania z dwóch różnych źródeł kosztów tego samego rodzaju świadczeń, zapewnianie profesjonalnego nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną przez Ministra Finansów i organy jemu podporządkowane, pozostawienie w kompetencjach Ministra Zdrowia głównie zadań z zakresu regulacji i przygotowywania programów zdrowotnych.

11. W planie finansowym wydziela się środki na pokrycie kosztów programów zdrowotnych dla realizacji których konieczne jest zapewnienie dla mieszkańców zamieszkałych nie tylko na terenie województwa gdzie mieści się zakład, złożonych, wysokospecjalistycznych i kosztownych świadczeń zdrowotnych, wytwarzanych przez profesjonalne, rzadko rozmieszczone zakłady, łączące funkcje lecznicze z edukacyjnymi i badawczymi. Realizatorem tych programów mogą być wyłącznie świadczeniodawcy spełniający wymagania ustalone przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych, wymagania typowe dla procedur najwyższego poziomu referencyjnego. Zakłady spełniające te wymagania podpisują umowę z centralą NFZ, a ustalana w umowie z NFZ należność ma charakter globalnego budżetu. Przy stosowaniu technik globalnego budżetu należność dla szpitala ma charakter należności łącznej za wszystkie rodzaje świadczeń, a jej wysokość jest ustalana z uwzględnieniem analizy działalności i jednostkowych kosztów. Z uwagi na to, że wymienione zakłady są finansowane ze środków centrali NFZ ale uzyskują również inne środki publiczne, jednym z warunków, które musiałyby spełniać dla pozyskania środków publicznych z NFZ jest szczegółowa informacja przekazywana NFZ przed podpisaniem umowy o wysokości tych innych środków publicznych oraz o ich przeznaczeniu i wykorzystaniu. Informacje takie pozwolą ograniczać nadmierne przerzucanie niektórych kosztów z jednych zakresów finansowanych ze źródeł publicznych na inne oraz mogą być pomocne w kalkulowaniu globalnych budżetów dla takich zakładów na pokrycie kosztów zapewniania opieki zdrowotnej. Zasada ujawniania wszystkich środków publicznych uzyskanych z różnych źródeł i pozyskiwanych

przez zakład zabiegający o publiczne środki na opiekę zdrowotną z NFZ stosowana jest wobec wszystkich zakładów opieki zdrowotnej.

12. Częścią tych programów zdrowotnych, o których mowa w p.4 jest również profilaktyka w obszarach związanych ze specjalnościami reprezentowanymi przez wspomniane ośrodki wysokospecjalistyczne. Środki na jej sfinansowanie ustalane są z uwzględnieniem programów zdrowotnych przygotowywanych przez Ministra Zdrowia i z wykorzystaniem wyników analizy kosztów i korzyści, wskazujących na ekonomiczną zasadność i skuteczność w realizowaniu takich programów. Środki na działania profilaktyczne będące częścią szeroko rozumianych wysokospecjalistycznych programów zdrowotnych oraz środki na inne działania profilaktyczne przekazywane są do oddziałów NFZ w wysokości proporcjonalnej do liczby mieszkańców. Świadczeniodawcy nabywają prawo do realizowania tych programów poprzez wygranie konkursu ofert organizowanego przez oddziały Funduszu według zasad ustalonych rozporządzeniem do ustawy. Każdy, kto spełnia wymagania ustalone przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych może brać udział w tym konkursie ofert, a stawki wykorzystywane do ustalenia należności w tego typu umowach mają ustalone przez publiczną Agencję ds. Taryf maksymalne wysokości.
13. W celu wdrożenia obowiązkowego, ustawą ustalonego odpisu na rezerwę ogólną, będącą w dyspozycji centrali NFZ, udzielana jest ze środków budżetowych pożyczka w wysokości wynikającej z odpisu planowanego w skali roku. Co miesiąc, w miarę pozyskiwania przychodów NFZ zwraca $\frac{1}{12}$ wartości pożyczki. Takie rozwiązanie pozwoli uniezależnić wysokość realnego odpisu od wahań ściągłości składki i zwiększy elastyczność działania Funduszu. Wadą takiego rozwiązania jest ryzyko opóźniania terminu spłacania pożyczki przez NFZ. Środki z rezerwy ogólnej są w dyspozycji centrali NFZ i wykorzystywane według zasad ustalonych regulaminem wewnętrznym NFZ. Rezerwą dysponuje Prezes NFZ i uruchamia ją również na wniosek oddziałów, po pozytywnym zaopiniowaniu przez Radę Nadzorczą. Takie rozwiązanie zwiększa elastyczność funkcjonowania NFZ, pozwala przesuwac środki do różnych sektorów opieki zdrowotnej czy niektórych regionów, ale po ustaleniu zasadności ich wydatkowania, eliminuje ryzyko nieformalnego wpływu silniejszych lokalnych grup interesów na decyzje dyrektorów oddziałów odnośnie wydatkowania publicznych środków.

14. Sumę środków przeznaczonych na pokrycie świadczeń, innych aniżeli pozycje wskazane powyżej, dzieli się między oddziały proporcjonalnie do liczby mieszkańców, z uwzględnieniem odpowiednich wag wskazujących na wyższe koszty zapewniania opieki dla osób powyżej 60 roku życia i dla dzieci do 6 roku życia. Ustalenie tych wag wymaga analizy aktualnych danych o kosztach leczenia wskazanych grup wiekowych na tle kosztów dla grup w wieku od 7 do 59 roku życia. Taka zasada alokacji środków między oddziały, stosowana przez kolejne lata, ale z mocy ustawy weryfikowana po 5 latach (chodzi o uwzględnienie nowych technologii i ich wpływu na rozkład kosztów leczenia różnych co do wielu populacji), powinna zmniejszać różnice w wysokości środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną w poszczególnych regionach. Dla ochrony przed ryzykiem zbyt silnych zmian w wysokości środków, którymi w kolejnych latach dysponują oddziały, część środków funduszu rezerwowego przeznaczana jest na zwiększenie środków dla tych oddziałów, w których z tytułu zastosowania powyższej zasady podziału, wielkość środków jest mniejsza aniżeli w roku poprzednim o więcej niż 10%.
15. Wydzielenie z planów finansowych oddziałów środków na opiekę związaną ze stosowaniem procedur trzeciego poziomu referencyjnego, ale dla instytucji łączących funkcje lecznicze z edukacyjnymi i badawczymi oraz jednocześnie spełniających wymagania ustalone przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych jest uzasadnione z przyczyn następujących:
- a) nie będzie barier w międzywojewódzkim ruchu chorych
 - b) wyeliminowane zostaną problemy i koszty związane z rozliczeniami między oddziałami (w zakresie innych świadczeń międzywojewódzki ruch nie jest tak duży, silne są bowiem ciążenia do instytucji zapewniających opiekę blisko miejsca zamieszkania)
 - c) możliwe będzie wprowadzenie budżetu globalnego w zakładach wysokospecjalistycznych
 - d) budżety oddziałów NFZ chronione zostaną przed wydatkami na bardzo kosztowną opiekę, a tym samym łatwiejsze będzie zarządzanie środkami na inne formy opieki, mniejsze będą ryzyka ponoszenia bardzo wysokich wydatków w mniejszych województwach w związku ze stosowaniem bardzo kosztownych procedur medycznych dla niewielkiej grupy pacjentów, zmniejszone będą konflikty wokół alokacji środków w tych regionach, gdzie

swoje siedziby mają wysokospecjalistyczne ośrodki przyjmujące pacjentów z wielu województw

e) czytelniejsze będą zasady podziału środków NFZ między różne wysokospecjalistyczne i kosztowne dziedziny (obszary) opieki zdrowotnej.

16. Zasady finansowania opieki zdrowotnej dla osób wykonujących szczególnie zawody (tzw. służby mundurowe, ale bez członków rodzin) są finansowane odrębnie jako część medycyny pracy, ze środków budżetowych ministerstwa administracji, obrony narodowej i sprawiedliwości.

17. Środki nie wykorzystane przez centralę czy oddział w danym roku pozostają odpowiednio do ich dyspozycji w roku następnym, poza kwotami w oddziałach, które należałoby przesunąć do innych oddziałów w trakcie trwania roku budżetowego i zaraz po jego zakończeniu, w związku z udokumentowanym ruchem pacjentów, mocą uchwały Rady Nadzorczej.

18. W przypadku, gdy niektóre formy opieki zdrowotnej należące do obszarów typowych dla programów zdrowotnych wymienionych w p. 4 są zapewniane przez inne zakłady aniżeli spełniające jednocześnie wszystkie wymagania podane w p. 4, środki na pokrycie kosztów tych działań są częścią planów finansowych oddziałów, a w samych zakładach są uwzględniane przy tworzeniu ich globalnych budżetów lub należności w tej części umowy, w której stosuje się zasadę otwartych, na wpół otwartych lub zamkniętych kontraktów, z odpowiednio ustalaną stawką za takie świadczenia (stałą lub degresywną w przypadku wykonania większej liczby tego rodzaju świadczeń aniżeli wynikała z umowy).

19. Nadzór nad wydatkowaniem publicznych środków jest sprawowany w ramach nadzoru wewnętrznego, związanego z realizacją zadań przypisanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz w formie kontroli zewnętrznej sprawowanej przez NIK.

Powołuje się Agencję ds. Taryf w Opiece Zdrowotnej. Dyrektora tej agencji powołuje Prezes Rady Ministrów na 6 lat. Zasady ustalania taryf rozumianych jako ceny maksymalne ustala Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów. Ustawa określa sposoby legitymizowania tych zasad przez przedstawicieli świadczeniodawców zapewniających świadczenia finansowane ze środków publicznych dla osób uprawnionych. Oznacza to, że przedmiotem uzgodnień nie jest wysokość stawek, lecz szczegółowe zasady ich ustalania. W przypadku braku porozumienia przedstawicieli świadczeniodawców i wskazanych Ministrów, decyzje o

zasadach podejmuje Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów. Na podstawie ustalonych zasad Agencja ds. Taryf kalkuluje stawki, a jej ustalenia nabierają mocy prawnej drogą rozporządzenia Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów. Uzasadnieniem dla ustalania taryf taką drogą a nie poprzez administracyjne decyzje NFZ jest obawa o ryzyko destabilizacji systemu w następstwie zaskarżania decyzji NFZ jako decyzji administracyjnych do NSA.

3. Finansowanie świadczeń zdrowotnych

1. Każda instytucja spełniająca wymagania dla prowadzenia działalności w zakresie wytwarzania usług medycznych, w tym wymagania ustalone przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych ma prawo przyjmowania pacjentów uprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych i prawo pozyskania środków publicznych na opłacenie kosztów świadczeń zdrowotnych zapewnianych tym osobom. Instytucja akceptuje również tryb sprawdzania tych wymagań, akceptuje zasady korzystania z opieki przez osoby uprawnione, a w przypadku wprowadzenia współpłacenia – ustaloną przez podmiot publiczny według zasad określonych w ustawie wysokość tego współpłacenia, akceptuje maksymalne poziomy jednostkowych stawek ustalanych przez Agencję ds. Taryf oraz inne stawki przez nią ustalane, a wykorzystywane dla oszacowania globalnych budżetów przeznaczanych na opłacenie ustalonych zakresów opieki zdrowotnej. Instytucja pozyskująca środki publiczne zapewnia świadczenia zgodnie z zaleceniami i standardami ustalonymi przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych oraz podpisuje umowę z NFZ po zakończeniu przeglądu ofert.
2. Tryb legitymizowania przez świadczeniodawców ustaleń agencji regulacyjnych odnośnie zasad ustalania taryf wykorzystywanych dla oszacowania należności w umowach oraz ustaleń odnośnie warunków, które ma spełniać świadczeniodawca a także tryb legitymizowania przez korporacje zawodów medycznych i przez inne podmioty zrzeszające osoby wykonujące zawody medyczne ustaleń dotyczących standardów postępowania medycznego ustala ustawa.
3. Te podmioty, które spełniają wymagania właściwe dla pozyskania środków publicznych, a dotąd nie zapewniają świadczeń dla osób uprawnionych, lub zapewniają je w innych regionach mogą nabywać takie uprawnienia wtedy, gdy:

- a) dotąd istniejące instytucje nie spełniają ustalonych wymagań i z tego tytułu zaprzestane jest przekazywanie do nich środków publicznych, a NFZ podpisze z nowym podmiotem umowę,
 - b) dotąd istniejące instytucje odmawiają przyjmowania pacjentów mających uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
 - c) podejmą współpracę z zarządem koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) otrzymującej środki publiczne na stosunkowo duże zakresy świadczeń, przy czym zarząd koordynowanej opieki zdrowotnej może ustalić dodatkowe warunki, które muszą spełniać podmioty zainteresowane współpracą, poza warunkami, które muszą spełniać wszystkie podmioty korzystające ze środków publicznych,
 - d) poddadzą się w ustawowo określonych terminach procedurze sprawdzenia wymagań, które musi spełniać świadczeniodawca zainteresowany uzyskaniem środków publicznych,
 - e) zostaną wybrane spośród tych, które zgłosiły swoją ofertę do przeglądu ofert organizowanego przez NFZ według zasad ustalonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia wspólnie z Ministrem Finansów.
4. Nabywanie uprawnień do przyjmowania uprawnionych pacjentów przez nowe podmioty, wraz z działaniami Urzędu Ochrony Konsumenta i Konkurencji, powinno eliminować negatywne skutki monopolizowania dostępu do środków publicznych przez świadczeniodawców, którzy nie są akceptowani przez pacjentów, przeciwdziałać powstawaniu monopolu świadczeniodawców w tych zakresach, gdzie nie ma takich uzasadnień wynikających z potrzeby uzyskiwania efektów skali.
5. Instytucja zarządzająca publicznymi środkami na opiekę zdrowotną, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma uprawnień w zakresie tworzenia regulacji dotyczących zasad alokacji, ustalania innych niż wewnętrzne kryteria nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych i nie ma uprawnień w zakresie ustalania warunków, które muszą spełnić świadczeniodawcy, jeśli są zainteresowani uzyskaniem środków publicznych. Funkcje agencji regulacyjnych pełnią podmioty publiczne, powołane drogą ustawy (Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych i Agencja ds. Taryf w Opiece Zdrowotnej). Ustalenia regulacyjne uzyskują moc obowiązującą drogą wskazanych w ustawie rozporządzeń, odpowiednio Rady Ministrów, Ministra Zdrowia i Ministra

Finansów. W celu przyśpieszenia prac związanych z tworzeniem systemów informacji, wynikających z realizacji zadań Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych, wskazane jest powołanie tej agencji jak najszybciej, nowelizując ustawę o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i wykorzystując środki z tegorocznej rezerwy budżetowej.

6. W ustawie ustalone są te zakresy opieki zdrowotnej, które finansowane są przez szczebel centralny i te, które są finansowane przez regionalne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia; umowy ze świadczeniodawcami podpisują odpowiednio szczebel centralny i oddziały. Każdy podmiot, który jest zainteresowany pozyskaniem środków publicznych z NFZ, a jednocześnie korzysta z innych środków publicznych jest zobowiązany przedstawić szczegółową informację o wysokości tych środków, ich przeznaczeniu i wykorzystaniu. Informacja taka jest uwzględniana przy negocjonowaniu ze świadczeniodawcą wysokości należności w umowach z NFZ.
7. Z uwagi na konieczność tworzenia warunków dla sprawnego zarządzania w warunkach niedoskonałych systemów informacji ekonomicznych i medycznych, z uwagi na konieczność zmniejszania kosztów obsługi systemu (kosztów transakcji) i potrzebę nadzorowania tempa wzrostu kosztów, podstawową techniką finansowania są globalne budżety. W globalnych budżetach należność określona w umowie ma charakter należności łącznej na wszystkie zadania realizowane przez dany podmiot, a wysokość globalnego budżetu ustalana jest z uwzględnieniem rodzajów świadczeń, procedur czy zakresów usług powiązanych z daną jednostką chorobową (z jednorodną grupą pacjentów) i z uwzględnieniem kosztów jednostkowych szacowanych dla różnych mierników usług.
8. Dla oszacowania pierwszych globalnych budżetów zostaną wykorzystane dotychczas zgromadzone informacje o zakresie i strukturze zapewnianych przez danego świadczeniodawcę świadczeń zdrowotnych oraz dane o wartości realizowanych umów w okresie ostatnich czterech lat. Gdy przez Agencję ds. Taryf zostaną ustalone stawki dla różnych rodzajów świadczeń czy ich zakresów, wielkości te będą wykorzystywane dla szacowania globalnych budżetów.
9. Stawki przyjmowane do szacowania globalnych budżetów szpitali, globalnych budżetów w opiece ambulatoryjnej szacowanych z wykorzystaniem technik kapitałowych oraz stawki wykorzystywane dla szacowania stawek kapitałowych w podstawowej opiece zdrowotnej oraz należności w umowach jednostkowych

(umowach o zapewnienie ustalonej liczby świadczeń, z różnymi miernikami tych świadczeń) są ustalane na takim poziomie, aby istniała możliwość wygospodarowania nadwyżki co najmniej na inwestycje odtworzeniowe. Do stawek kalkulacyjnych wlicza się procentowe narzuty, które powinny być dodatkowym źródłem finansowania inwestycji we wszystkich podmiotach pozyskujących środki publiczne przeznaczone na opiekę zdrowotną.

10. W podstawowej opiece zdrowotnej globalny budżet powstaje poprzez pomnożenie stawki kapitałowej przez liczbę osób objętych opieką w danym zakładzie, z regulacją ustalaną przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych odnośnie minimalnej i maksymalnej liczby osób objętych opieką. W przypadku stosowania rozwiązań typowych dla koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) – zarządzający budżetem zarząd sieci współpracujących ze sobą świadczeniodawców dysponuje budżetem globalnym tworzonym również z przez jednego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dla indywidualnych praktyk lekarskich wartość należności pozyskiwanej poprzez umowy z NFZ jest związana ze stawką kapitałową i liczbą pacjentów objętych opieką. pomocą stawki kapitałowej, tyle że wyższej, na znacznie szersze zakresy usług. Koordynowana opieka zdrowotna - to sieć współpracujących ze sobą dostawców, zapewniających duży zakres usług, koordynujących opiekę nad swoimi pacjentami, zapewniających ciągłość leczenia i wewnętrzny nadzór nad jakością tego leczenia. Sieć zarządzana przez wspólnie wyłoniony zarząd, z jednostkami, które mogą być zarówno wewnętrznymi jednostkami dużych zakładów jak i jednostkami mającymi osobowość prawną, ale współpracującymi ze sobą. W systemie KOZ lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mogą nadal mieć dochody powiązane z liczbą osób, nad którymi obejmują opiekę i z właściwym dla takiej opieki poziomem stawki kapitałowej. Stawka kapitałowa jest różnicowana z uwagi na czynniki zwiększające prawdopodobieństwo wyższych kosztów sprawowania opieki nad pacjentami o określonych cechach demograficznych, a jej maksymalną wysokość ustala Agencja ds. Taryf.
11. Istnieją różne rodzaje budżetów, z pomocą których ustalane są należności w umowach o zapewnianie podstawowej opieki zdrowotnej przez zakłady opieki zdrowotnej (praktyki indywidualne mają należność ustalaną jako iloczyn jednostkowej stawki kapitałowej i liczby pacjentów objętych opieką przez danego lekarza). Pierwszy rodzaj – to globalne budżety wyłącznie na podstawową opiekę

zdrowotną, wraz z przypisaną jej diagnostyką i świadczeniami pielęgniarek środowiskowych. Stawka kapitacyjna wykorzystywana do kalkulowania takiego globalnego budżetu w zakładach opieki zdrowotnej powinna być powiększana w stosunku do stawki w praktykach indywidualnych, z uwagi na wyższe koszty zarządzania opieką sprawowaną dla dużych liczebnie grup pacjentów. Zakres świadczeń, za zorganizowanie których odpowiada świadczeniodawca dysponujący budżetem globalnym ustala Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych, z uwzględnieniem wymogów zapewnienia ciągłości opieki i poczucia bezpieczeństwa pacjentów w sytuacji choroby. Drugi rodzaj – to globalne budżety z odpowiednio wyższą stawką kapitacyjną z uwagi na duże zakresy usług, łącznie z opieką stacjonarną zapewnianą w instytucjach innych aniżeli zapewniane w zakładach finansowanych przez centralę NFZ oraz wyższą z uwagi na dodatkowe, wyższe w tej formie koszty zarządzania, będące w dyspozycji zarządu koordynowanej opieki zdrowotnej. Środki uzyskane drogą umowy przez zarząd KOZ przeznaczane są na sfinansowanie podstawowej opieki zdrowotnej, z użyciem stawek kapitacyjnych dla ustalania należności wewnętrznych dla lekarzy POZ (choć mogą być w KOZ i inne formy wynagradzania lekarzy opieki podstawowej), na sfinansowanie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki wraz z przypisaną do tych poziomów diagnostyką oraz na sfinansowanie stacjonarnej opieki zdrowotnej w zakresie właściwym dla tego, którego finansowanie jest zapewniane w ramach planów finansowych oddziałów Funduszu. Szczegółowy zakres świadczeń finansowanych w ramach koordynowanej opieki zdrowotnej, minimalną liczbę pacjentów objętych opieką oraz wymagania, które muszą być spełnione przez sieć współpracujących ze sobą dostawców ustala Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych. Nie proponuje się globalnych budżetów kalkulowanych z wykorzystaniem stawek kapitacyjnych na pokrycie kosztów wyłącznie opieki ambulatoryjnej (podstawowej i specjalistycznej) w obawie o ukryte w takim rozwiązaniu motywacje do przerzucania wielu kosztów na szpitale. Ograniczenie zjawiska przerzucania kosztów do szpitali przez lekarzy opieki podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej wykonujących zawód w praktykach indywidualnych czy grupowych oraz w zakładach, ale poza rozwiązaniami typowymi dla KOZ, może być uzyskane dzięki zaleceniom i standardom postępowania ustalonym przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych. Podobnie może być ograniczane

przerzucanie kosztów z opieki podstawowej do specjalistycznej ambulatoryjnej w tych przypadkach, gdy lekarze opieki podstawowej nie należą do sieci KOZ. Globalne budżety kalkulowane z wykorzystaniem stawek kapitaacyjnych na sprawowanie jednocześnie i podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej ambulatoryjnej, czyli bez opieki stacjonarnej, mogłyby być wprowadzane w przyszłości, gdy poprzez regulacje Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych ustalone byłyby takie standardy postępowania, dzięki którym nie powstawałoby ryzyko przerzucania kosztów opieki na szpitale. W ograniczaniu ryzyka takiego przerzucania kosztów pomocne może też być wnoszenie przez hospitalizowanych pacjentów ryczałtowej opłaty za każdy dzień pobytu w szpitalu, powiązanej z kosztami wyżywienia.

12. W ustalaniu należności w umowach ze szpitalami wykorzystywana jest technika globalnych budżetów, z możliwością wydzielenia z tych budżetów świadczeń zapewnianych dla niektórych jednorodnych grup pacjentów czy procedur o wysokich kosztach i finansowania ich z pomocą jednostkowych kontraktów otwartych, w pół otwartych i zamkniętych, z odpowiednią stawką dla tego rodzaju umów, w tym - z wykorzystaniem stawki degresywnej w przypadkach, gdzie istnieje ryzyko celowego generowania przez świadczeniodawcę popytu dla zwiększenia swoich przychodów. Dla kalkulowania wysokości globalnych budżetów wykorzystuje się dane o kosztach jednostkowych, w tym dane o kosztach procedur medycznych i o kosztach leczenia jednorodnych grup pacjentów. Narodowy Fundusz Zdrowia podpisuje umowy ze szpitalami przyjmującymi pacjentów wymagających leczenia z zakresu wysokospecjalistycznego określonego w p. 4 jak i przyjmującymi pacjentów spoza KOZ. W imieniu zakładów opieki zdrowotnej i innych podmiotów działających w ramach KOZ, umowy z NFZ podpisuje zarząd KOZ. W przypadku uzyskania nadwyżki w ramach KOZ, o jej podziale decydują wewnętrzne regulacje ustalone przez sieć współpracujących ze sobą świadczeniodawców. Szpital, który nie zrealizuje zadań ustalanych w umowie w ramach globalnej sumy należności, ma prawo do 40% środków planowanych na tę działalność dla pokrycia części kosztów stałych i utrzymywania stanu gotowości do przyjęcia pacjenta z zakresu, który nie został zrealizowany. W przypadku wykonania świadczeń w liczbie większej aniżeli wynikałoby to z ustaleń w momencie ustalania treści umowy, szpital ma prawo do uzyskania dodatkowych środków wyłącznie wtedy, gdy

zostały ustalone w umowie rodzaje takich świadczeń, z tym, że dla niektórych rodzajów świadczeń (procedur) stawka powinna być degresywna. Przy szacowaniu globalnego budżetu dla następnego roku, uwzględniana jest realizacja umowy w roku poprzednim, tak, aby nie było motywacji do czerpania korzyści ekonomicznych z tytułu niezrealizowania takiej ilości i struktury świadczeń, jaka była ustalana przy szacowaniu budżetu oraz aby zapewnić elastyczność w określaniu budżetów dla tych zakładów, które są częściej aniżeli inne wybierane przez pacjentów.

13. Środki publiczne na opiekę zdrowotną zapewnianą w klinikach, które działają poza macierzystym szpitalem klinicznym (kliniki zewnętrzne) są częścią budżetów globalnych szpitali klinicznych wtedy, gdy spełnione są następujące warunki:

- a) klinika zewnętrzna spełnia wymagania ustalone przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych dla szpitali wysokospecjalistycznych finansowanych przez centralę NFZ
- b) między macierzystym szpitalem klinicznym a dyrekcją szpitala, gdzie funkcjonuje zewnętrzna klinika podpisana jest umowa wskazująca ten szpitala jako podwykonawcę części umowy podpisanej przez szpital kliniczny z NFZ.

Podobne zasady stosowane są wtedy, gdy poza macierzystą jednostką funkcjonuje oddział szpitala będącego częścią instytutów naukowo – badawczych.

W przypadku, gdy nie są spełnione podane wyżej warunki, środki na funkcjonowanie kliniki zewnętrznej są określone w umowach oddziałów NFZ ze szpitalem, w którym funkcjonuje klinika zewnętrzna. Mogą one być włączone do globalnych budżetów albo mogą być ustalone jako należności w kontraktach jednostkowych na zapewnianie określonego rodzaju świadczeń.

14. W celu sfinansowania specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach planów finansowych oddziałów NFZ, dla pacjentów, którym nie będzie zapewniana opieka w ramach koordynowanej opieki zdrowotnej, ustala się globalną sumę środków na ten rodzaj opieki, liczbę procedur i przypisaną im odpowiednio liczbę punktów oraz wartość jednego punktu w pierwszym kwartale roku, dla którego ustalany jest plan finansowy. Wielkości te są ustalane z wykorzystaniem regulacji Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych, dysponującej danymi gromadzonymi m. in. dotychczas przez NFZ, a w przypadku przypisania zadań z

zakresu ustalania taryf instytucji podległej Ministrowi Finansów – odpowiednio ta instytucja. Kontrakty na sprawowanie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej przez podmioty poza KOZ są kontraktami otwartymi, podpisanymi ze wszystkimi podmiotami, które spełniają ustalone wymagania i są zainteresowane zapewnianiem świadczeń dla osób uprawnionych. W przypadku, gdy rzeczywiście zrealizowana w danym kwartale liczba punktów będzie większa od planowanej, źródłem pokrycia kosztów są środki z budżetu ustalanego dla następnego kwartału, uzyskane w następstwie obniżenia wartości jednego punktu. Dzięki temu rozwiązaniu, umowy z poszczególnymi świadczeniodawcami będą otwarte, ale suma należności dla wszystkich świadczeniodawców będzie z góry ustalona, sprzyjając w ten sposób równoważeniu przychodów i wydatków NFZ i silnemu zainteresowaniu świadczeniodawców ustalaniem standardów postępowania, wymagań wobec świadczeniodawców regulujących wielkość podaży i zainteresowaniu nadzorowaniem ogólnej liczby świadczeń w danym sektorze opieki zdrowotnej.

15. W przyszłości, po wdrożeniu systemów informacji dotyczących ordynacji leków według jednorodnych grup pacjentów i ustaleniu zaleceń, receptariuszy dla opieki ambulatoryjnej oraz standardów postępowania farmakologicznego, powinien powstać w ramach NFZ globalny budżet na leki ordynowane na receptę oraz mniejsze globalne budżety, za zarządzanie którymi finansową odpowiedzialność wezmą systemy koordynowanej opieki zdrowotnej. W nadzorowaniu wydatków na leki należy dodatkowo rozważyć możliwość wdrożenia takich rozwiązań jak uzasadnianie merytorycznej zasadności przekroczenia budżetu na leki ordynowane w skali roku przez lekarza opiekującego się pacjentem z określoną jednostką chorobową. Powinno to też dotyczyć obciążania finansową odpowiedzialnością lekarza w sytuacji, gdy nie było medycznej zasadności ordynowania leków o wartości wyższej w skali roku, aniżeli zalecana w ramach standardów postępowania farmakologicznego ustalanych przez Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych.
16. Nadzór nad realizacją umów finansowanych z pomocą globalnych budżetów sprawowany jest przez NFZ przez cały okres trwania umowy, z wykorzystaniem systemu monitorowania i przekazywania co miesiąc 1/12 kwoty ustalonej w umowach na dany rok.

17. Nadzór na medycznych aspektach realizowanych umów sprawowany jest przez NFZ, z uwzględnieniem ustaleń Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych i przepisów odnośnie wymagań, które musi spełniać osoba sprawująca taki nadzór.
18. Wiele funkcji nadzoru nad gospodarowaniem publicznymi środkami oraz nad medycznymi aspektami opieki zdrowotnej jest realizowanych przez samych świadczeniodawców, w ramach nadzoru wewnętrznego, z wykorzystaniem standardów postępowania medycznego. Standardy takie powinny być powszechnie stosowane a ich ustalenie wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych pozyskaniem publicznych środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Oznacza to nałożenie na świadczeniodawców i na zarządy koordynowanej opieki zdrowotnej obowiązku zorganizowania wewnętrznego audytu w zakresie medycznych aspektów działalności. W przypadku indywidualnych praktyk osób wykonujących zawód medyczny, audyt sprawowany jest z udziałem stowarzyszeń i kolegów zawodów medycznych.
19. Poprawa jakości opieki zdrowotnej dokonywana jest również z pomocą zewnętrznych audytów sprawowanych przez te instytucje akredytujące, które spełniają wymagania ustalane dla instytucji akredytujących. Wymagania takie ustala Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych. W ustawie określone jest *vacatio legis* dla wejścia w życie przepisu, zgodnie z którym środki publiczne mogą otrzymać jedynie takie podmioty, które posiadają akredytację nadawaną przez instytucje spełniające wspomniane wyżej wymagania.
20. Funkcje wspomagania podnoszenia jakości opieki zdrowotnej powinny pełnić systemy informacji upowszechnianych przez podmioty publiczne wskazane ustawą. Należy uruchomić bezpłatną infolinię, z pomocą której ubezpieczony, jego rodzina, lekarz czy pielęgniarka będą mogli otrzymać dokładną informację ułatwiającą świadome podejmowanie wyborów odnośnie miejsca leczenia z uwzględnieniem wskaźników jakości opieki. Systemy takie pełniłyby dodatkową funkcję: przyspieszyłyby tworzenie i upowszechnianie informacji o wskaźnikach jakości; obowiązek gromadzenia i upowszechniania takich informacji powinien spoczywać na oddziałach terenowych NFZ, z ustaleniem drogą wewnętrznych regulaminów NFZ jednolitych dla wszystkich oddziałów zasad gromadzenia i upowszechniania takich informacji.
21. Nadzór społeczny nad realizacją umów powinien być sprawowany przede wszystkim poprzez jawność wszelkich informacji dotyczących warunków i wymagań

ustalonych dla świadczeniodawców, jawność treści umów oraz jawność informacji dotyczących realizacji umów.

VIII Inne problemy

W zespole były zgłaszane różne problemy, których podjęcie mogłoby się przyczynić do poprawy sprawności działania systemu.

Zmiany w administracji publicznej

Przypominając wpisanie ochrony zdrowia w szerszy system sprawowania władzy należy rozważyć możliwość przyłączenia spraw socjalnych do zdrowia na szczeblu rządowym i utworzenie jednego resortu Ministerstwa i Zdrowia i Spraw Socjalnych. Połączenie to oznaczałoby wydzielenie z obecnego Ministerstwa Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej zagadnień zabezpieczenia społecznego, które obok zagadnień ochrony zdrowia stanowiłyby przedmiot kompetencji połączonego resortu. Operacja taka mieści się logice podziału kompetencji wynikającej z ustawy o działach i jest możliwa.

Na rzecz takiego rozwiązania przemawia nie tylko powszechnie akceptowana koncepcja, w myśl której zdecydowana większość czynników warunkujących zdrowie znajduje się poza sferą oddziaływania systemu medycznego (duża ich część lokowana jest w sferze socjalnej). Jest także oczywiste, że resortowe podziały stosowane od wielu lat w systemie polskich rządów nie sprzyjają rozwiązaniom kompleksowym. Cierpią na tym przede wszystkim problemy graniczne, wchodzące w zakres kompetencji dwóch ministerstw. Tak jest w przypadku ochrony zdrowia i spraw socjalnych. W konsekwencji brakuje całościowego oglądu i jednego „gospodarza” dla rozwiązywania wielu narastających problemów: niepełnosprawności, chorób chronicznych, niedołężnej starości, pozaszpitalnego leczenia osób psychicznie chorych, itp. Przykładem wspólnego problemu obu resortów jest orzecznictwo lekarskie w sprawie oceny niezdolności do pracy, którego w sposób całościowy nie obejmuje żaden. Praktyka orzekania nie opiera się na opracowanych standardach oceny sprawności. Lekarze podejmujący decyzje orzecznicze ani nie są kształceni, ani motywowani do decyzji jednocześnie medycznie uzasadnionych i racjonalnych. Wystawiają rachunki do nie swojej kasy, które co do skali są w sumie wyższe niż nakłady na publiczną część systemu

ochrony zdrowia Nadzór jest przy tym ograniczony (sprawowany przez instytucje ubezpieczeniowe ze względu na kryterium poprawności procedury, a przy braku standardów orzeczniczych stosowanie kryterium medycznego jest ograniczone). W konsekwencji tworzy to poważny obszar korupcjogenny.

Całościowe spojrzenie na problem niepełnosprawności mogłoby doprowadzić do restrukturyzacji wydatków: więcej na leczenie i rehabilitację, mniej na świadczenia rentowe.

Ponadto całościowe podejście powinno być obecne w systemie racjonowania, gdzie uwzględniane są zarówno kryteria medyczne /ekonomiczne, jak i socjalne, które powinny opierać się w istotnej mierze na zobiektywizowanej koncepcji tzw. adresowania świadczeń, a nie na wyobrażeniach i stereotypach bądź populistycznych hasłach politycznych (np. w rodzaju 'leki za złotówkę')

Dodatkowe źródła finansowania

Wielokrotnie w tekście tego dokumentu była mowa o dodatkowych ubezpieczeniach stosowanych dla finansowania świadczeń rekomendowanych, przy akcentowaniu pozytywnej roli, jaką mogą odgrywać. Stanowisko takie jest podzielane przez wiele środowisk, także bez przyjmowania postulatu wyodrębnienia takiej grupy świadczeń. Inną propozycją idącą w tym samym kierunku, która także może być stosowana bez kompleksowych rozwiązań systemowych, są propozycje wprowadzenia ubezpieczeń wzajemnych. Przy zdefiniowaniu zakresu świadczeń objętych tym ubezpieczeniem – przy ustaleniu ich relacji z ubezpieczeniami obowiązkowymi – pełnić one mogą pozytywną rolę.

Z innych przesłanek wychodzą propozycje łącznego zarządzania środkami przeznaczanymi na zasiłki chorobowe oraz na świadczenia rentowe i otwarciu kanałów przepływu tych środków do funduszu ubezpieczeń zdrowotnych. Rzecz w tym, że te trzy grupy środków pozostają między sobą – w pewnym zakresie – w stosunku takim, jak naczynia połączone: oszczędności w jednym z nich mogą stać się dochodem w innym (mniejsze renty inwalidzkie to – potencjalnie – większe przychody, które mogą być przeznaczane na opiekę zdrowotną). W kolejnej fazie zmian systemowych, przy porządkowaniu wspólnego pola zainteresowań sektora zdrowotnego i socjalnego, problem powinien być starannie rozpatrzony.

Informacje służące zarządzaniu

W zarządzaniu ochroną zdrowia, niezbędny jest dostęp do możliwie pełnych i wiarygodnych danych o realizowanych usługach medycznych (zawsze należy rozważyć możliwość ograniczenia informacji dotyczących niektórych segmentów systemu, jeśli w odniesieniu do nich wystarczająca jest informacja oparta na próbach). System RUM to jedno z rozwiązań, które może umożliwić rejestrowanie istotnych informacji o faktycznie wykonywanych usługach medycznych. Wiarygodność informacji zbieranych w systemie uzyskana zostanie za pomocą mechanizmu uwierzytelniania wykonania usługi przez usługobiorcę i uprawnionego pracownika medycznego.

Głównym celem projektu systemu Rejestru Usług Medycznych, jest budowa i wdrożenie systemu informatycznego, który według jednolitych i powszechnie obowiązujących zasad zbierania, przekazywania i przetwarzania danych umożliwi jednoznaczne i wiarygodne rozliczenia usług medycznych i leków pomiędzy instytucjami finansującymi opiekę medyczną a świadczeniodawcami i aptekami, a także udostępni uprawnionym podmiotom informacje o rynku usług medycznych, co w znaczący sposób przyczyni się do optymalizacji decyzji alokacyjnych, ze skutkiem osiągnięcia najlepszej dostępności i jakości usług medycznych przy danym poziomie finansowania.

Celem pośrednim projektu systemu Rejestru Usług Medycznych jest dostarczanie informacji wielu podmiotom aktywnym w systemie. Są wśród nich podmioty odpowiedzialne za przygotowanie planów zdrowotnych, odpowiadających zapotrzebowaniom oraz dystrybucji środków finansowych na ich realizację, co będzie możliwe dzięki dokładnej znajomości rynku usług medycznych oraz konsumpcji leków. Są wśród nich także przedstawiciele różnych organizacji reprezentujących samorządy terytorialne, świadczeniobiorców i organizacje świadczeniodawców.

ZAKOŃCZENIE

Pozytywne skutki reform opieki zdrowotnej zostaną dostrzeżone i uznane jeśli poprawi się sytuacja pacjentów, pracownicy systemu będą dostrzegać szanse dla siebie, podmioty odpowiedzialne za fundusze publiczne przestaną traktować system zdrowotny jako stałe zagrożenie. Zamiarem członków Zespołu było zaprezentowane pozytywnych cech reformowanego systemu w taki sposób, by możliwy był dobór bodźców ułatwiających (zachęcających) osiąganie tak zakreślonych grup celów. Mówiąc inaczej, logika zmiany powinna prowadzić do stosowania bodźców wyzwalających pożądane zachowania uczestników systemu, a jednocześnie zniechęcające wobec zachowań uznanych za negatywne, dzięki dostrzeganej „opłacalności” poszczególnych zachowań. Jednocześnie jednak w sferze tak społecznie delikatnej, jak sektor zdrowotny, pozostaje bardzo szeroka sfera zjawisk, które nie poddają się tak prostemu oddziaływaniu. W wielu sytuacjach efekt będzie uzależniony od szans wyzwolenia pozytywnych motywacji, co będzie możliwe jedynie poprzez odwoływanie się do racji moralnych, albo poprzez „dobry przykład” płynący od władzy i decydentów. Ta ostatnia kwestia jest szczególnie istotna. Ponieważ wiele odczuwanych obecnie problemów jest skutkiem błędów popełnionych przez władze – chodzi także o błędy w polityce personalnej – przykład dany przez władze, polegający na uznaniu tych błędów, może mieć znaczenie kluczowe. Należy przyjąć optymistycznie, że zachęty tego rodzaju będą dostarczane częściej, niż to miało miejsce w ostatnim czasie. Miejmy nadzieję, że będzie to miało miejsce niezależnie od zmian, które będą zachodziły w polityce w nadchodzącym czasie.