

Grażyna Magnuszewska-Otulak

*Instytut Polityki Społecznej
Uniwersytet Warszawski*

Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce

Streszczenie

Autorka przedstawia główne problemy polityki zdrowotnej w szerszym kontekście polityki społecznej. Przywołuje argumenty wskazujące, że rozwiązywanie problemów zdrowotnych może być mało skuteczne bez rozwiązywania innych problemów społecznych, ale też trudno jest rozwiązywać wiele problemów społecznych bez rozwiązywania problemów zdrowotnych. Po omówieniu pojęcia polityki zdrowotnej, jej celów i zasad oraz uwarunkowań autorka charakteryzuje główne problemy dotyczące wybranych instrumentów polityki zdrowotnej: ekonomicznych, prawnych, organizacyjnych i kadrowych. Artykuł kończy się rekomendacjami wskazującymi przede wszystkim na konieczność zapewnienia kompleksowych działań, zwiększenia roli podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza pierwszego kontaktu, poprawy opieki zdrowotnej dla grup szczególnie zagrożonych, przede wszystkim dzieci i młodzieży oraz ludzi starych.

Słowa kluczowe: zdrowie, polityka zdrowotna, instrumenty polityki zdrowotnej

Wprowadzenie

Śledząc dyskusję wokół problemów ochrony zdrowia, można odnieść wrażenie, że sprowadzają się głównie do zagadnień organizacyjnych i finansowych podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Nie negując ich

wagi, chcę jednak zwrócić uwagę na znaczenie zdrowia, jego pomnażania oraz ochrony dla całokształtu polityki społecznej, jakości życia obywateli i całego społeczeństwa. Warto więc może w tym miejscu przypomnieć o zasadach, które należy uznać za konstytucyjne dla systemu ochrony zdrowia:

„– zdrowie społeczeństwa stanowi najważniejszą część składową bogactwa narodowego (jest dobrem publicznym, nie towarem!);

– troska o osiągnięcie pozytywnych standardów zdrowia jest powinnością państwa, samorządów, organizacji pozarządowych, publicznych i prywatnych, a także każdego obywatela” (Nosko 2005).

Oczywiste staje się więc, że nie da się rozwiązać problemów ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej bez odniesienia do szerszych problemów i kwestii społecznych. Należy też uznać, że wielu problemów dotyczących zarówno warunków, jak i jakości życia obywateli czy funkcjonowania społeczeństwa nie da się rozwiązać bez realizacji konstytucyjnej zasady dostępu do opieki zdrowotnej.

Już twórca powojennego systemu zabezpieczenia społecznego w Wielkiej Brytanii lord William Henry Beveridge pisał w raporcie o ubezpieczeniach społecznych i pokrewnych świadczeniach, będącym propozycją ograniczania ubóstwa w Wielkiej Brytanii po wojnie (*Social Insurance...*, 1942, s. 6–7), że nie da się zapewnić postępu społecznego bez równoczesnego eliminowania takich problemów jak choroba, brak wykształcenia, brak pracy czy higieny. Walka z tymi problemami została uznana za warunek postępu społecznego, ale i powodzenia powojennych reform. Między innymi walce z chorobą jako barierą postępu służyć miało wprowadzenie dla wszystkich obywateli bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa. Beveridge twierdził bowiem, że wprowadzone przez Lloyda George’a ubezpieczenia zdrowotne powodują wykluczenie z systemu znacznej części obywateli, co wpływa na zły stan zdrowia ogółu populacji z wszelkimi tego konsekwencjami społecznymi i ekonomicznymi. Był też świadom, że zły stan zdrowia i brak dostępu do opieki zdrowotnej przekładają się na niższą aktywność zawodową, wcześniejsze, częstsze i dłuższe korzystanie ze świadczeń ubezpieczeniowych, a w pewnych przypadkach ze świadczeń pomocy społecznej.

Podobne opinie można znaleźć też w polskiej literaturze przedmiotu. Jak pisze Tadeusz Szumlicz, względna autonomiczność polityki zdrowotnej stanowi pewien problem, ale „można stwierdzić, że nie jest uzasadnione rozważanie polityki zdrowotnej w oderwaniu od prowadzonej polityki społecznej, choćby z tego powodu, że system ochrony zdrowia »obsługują« finanse publiczne, o które ubiegają się również inne sfery polityki społecznej. Problem wyboru społecznego dotyczy więc polityki społecznej jako takiej, a nie wyłącznie obszaru spraw zdrowotnych” (Szumlicz 2007, s. 20). Dlatego też na system ochrony zdrowia należy patrzeć jako na jeden z elementów szeroko rozumianej polityki społecznej.

Polityka społeczna a polityka zdrowotna

Zdrowie jest jedną z najbardziej cenionych wartości indywidualnych i społecznych. Zgodnie ze Światową Deklaracją Zdrowia, przyjętą także przez Polskę, zdrowie jest „jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej”¹. Dlatego też polityka społeczna, oparta na podstawowych wartościach, do zagadnień zdrowia i jego ochrony przywiązuje dużą wagę.

W wymiarze indywidualnym dobre zdrowie jest kluczowym czynnikiem warunkującym jakość życia, możliwość realizacji zadań i pełnienia ról, wpływa na funkcjonowanie jednostek i rodzin. Można zgodzić się z opinią, że „zdrowie, a raczej zły stan zdrowia, jest traktowane jako siła sprawcza ekskluzji. Ludzie dlatego podlegają wykluczeniu, że ich stan zdrowia jest zły, a więc nie mogą podjąć się odgrywania oczekiwanych od nich ról, nie mogą nawiązać odpowiednich więzi społecznych albo zrywają te istniejące. W efekcie są odrzucani bądź to formalnie — jak przy odmowie zatrudnienia — bądź nieformalnie — przez ostracyzm grupy większościowej” (Włodarczyk 1999). Dlatego też polityka społeczna, której coraz ważniejszym zadaniem jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, musi włączyć politykę zdrowotną do katalogu swoich polityk szczegółowych. Szczególna jest tu rola państwa.

Z jakich przesłanek wynika odpowiedzialność państwa za zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obywateli? Jak wspomniano wcześniej, prawo do ochrony zdrowia należy traktować jako jedno z praw obywatelskich. Pakty Praw Człowieka, w części III, art. 6–15 ustalają katalog tych praw, wymieniając prawo do ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego.

W 2004 roku Polska, przystępując do Unii Europejskiej, zobowiązała się do dostosowania polskiej polityki, w tym zdrowotnej, do postanowień UE (Karski 2005, s. 26 i nast.). Zobowiązania dotyczące zdrowia zapisano już w traktacie z Maastricht, który uwzględnił problematykę zdrowia publicznego w art. 129: „wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowiły nieodłączną część polityki Wspólnoty”. Zadania te doprecyzowano w traktacie amsterdamskim, w którym w art. 152 pojawił się zapis, że w każdej polityce Wspólnoty będzie uwzględniany aspekt zdrowotny. Zapisano obowiązek łączenia profilaktyki i leczenia, działań na rzecz zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom, eliminacji głównych zagrożeń zdrowia, generalnie wymóg zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludności.

Także w polskiej konstytucji² zapisano w art. 68 prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia. Ważny jest zapis w punkcie 2, który stanowi, że „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, oraz w punkcie 3, który stanowi, że „władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”.

¹ Narodowy Program Zdrowia, www.mz.gov.pl, dostęp 14 czerwca 2012.

² DzU 1997, Nr 78, poz. 83.

Przywołane zapisy potwierdzają, że zdrowie jest wartością społeczną i czynnikiem decydującym o jakości kapitału ludzkiego. Dobre zdrowie jest warunkiem uczestnictwa jednostek w różnych obszarach życia społecznego. Brak dostępu do opieki zdrowotnej wyklucza z uczestnictwa w innych sferach życia społecznego, ale i marginalizacja z innych niż zdrowie przyczyn, na przykład niepełnosprawności, niezaradności, nieumiejętności uzyskania informacji dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia, może wykluczyć z korzystania z opieki zdrowotnej.

Trzeba pamiętać, że na stan zdrowia jednostek i całego społeczeństwa wpływają czynniki, na które jednostka nie ma wpływu bądź ten wpływ jest ograniczony. Uznanie tego faktu było przesłanką poszerzenia przez Światową Organizację Zdrowia katalogu uwarunkowań zdrowia o czynniki niezależne od jednostki (Karski 2003, s. 39). Niewłaściwa polityka zatrudnienia, mieszkaniowa, zabezpieczenia społecznego, ale też polityka gospodarcza czy ochrony środowiska mogą powodować pogorszenie stanu zdrowia. Uznając, że wpływ na stan zdrowia takich czynników jak sytuacja na rynku pracy, warunki mieszkaniowe, prawa i swobody obywatelskie, zbiorowe spożycie itp. jest w dużej mierze niezależny od zachowań i postaw jednostek, trudno nałożyć na obywateli wyłączną odpowiedzialność za ich stan zdrowia.

Ta przesłanka uzasadnia konieczność podejmowania przez państwo szerokich i wieloaspektowych działań z zakresu polityki społecznej, w tym ochrony i promocji zdrowia. Tylko bowiem kompleksowe działania pozwolą połączyć wysiłki państwa, innych podmiotów, ale i samych obywateli w celu utrzymania i poprawy zdrowia.

Można wskazać wiele argumentów przeciwko uznaniu świadczeń ochrony zdrowia za towar, którego cenę wyznacza arbitralnie płatnik. Wobec nieprzewidywalności wystąpienia potrzeby zdrowotnej, asymetrii informacji między lekarzem a pacjentem, konieczne jest korygowanie rynku. Zdrowie i choroba nie są wyłącznie problemem jednostki, ale także jej rodziny, zakładu pracy, środowiska społecznego, zdrowie jest też cenioną wartością. Tylko państwo może zapewnić równość warunków osiągnięcia zdrowia, niezależnie od statusu społecznego, wykształcenia, dochodów czy miejsca zamieszkania.

Związki polityki społecznej ze zdrowiem wynikają z samej jej definicji. Dyskusja nad sposobami definiowania polityki społecznej trwa (Szarfenberg 2006), ale wielu autorów definiuje ją jako działania państwa i innych podmiotów tworzące warunki zaspokajania potrzeb. Jeśli uznamy, że zadaniem polityki społecznej w kontekście zdrowia jest tworzenie warunków do zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli, to kluczowa wydaje się kategoria potrzeby zdrowotnej. Jest ona różnie definiowana, zależnie od tego, czy traktujemy zdrowie jako wartość czy też jako towar podlegający rynkowej zasadzie równoważenia popytu i podaży.

Potrzeby zdrowotne mogą mieć charakter obiektywny (potwierdzenie przez lekarza stanu chorobowego), ale też subiektywny. Tu warto przypomnieć, że Światowa Organizacja Zdrowia utożsamia zdrowie ze stanem „pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie braku choroby lub niedomagania” (Indulski, Leowski 1971, s. 39). W 1977 roku w rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia uzupełniono tę definicję o „samodzielność i sprawność życia prowadzonego bez chorób

i dolegliwości tak długo, jak to możliwe, a także z nimi, gdy niepełnosprawność nie da się wyeliminować dostępnymi środkami” (Włodarczyk 2003, s. 84). W każdej więc sytuacji braku tak rozumianego zdrowia mamy do czynienia z występowaniem potrzeby zdrowotnej.

Problemem każdego systemu ochrony zdrowia, każdej polityki zdrowotnej, jest jednak fakt, że jakkolwiek rozumiane potrzeby zdrowotne są nieograniczone ilościowo i jakościowo, natomiast ilość usług i świadczeń możliwych do zaoferowania przez system jest ograniczona wielkością zasobów przeznaczanych na zdrowie, niezależnie od rozwiązań organizacyjnych. Tadeusz Szumlicz (2007, s. 41) taki nieograniczony popyt na świadczenia i usługi zdrowotne, który nie ma pokrycia w posiadanych środkach, publicznych czy prywatnych, nazywa popytem sztucznym. Nie neguje to jednak odpowiedzialności podmiotów publicznych za jego zaspokajanie.

Reasumując, konieczne wydaje się traktowanie polityki zdrowotnej jako kluczowej subdyscypliny polityki społecznej. Oznacza to także zwiększenie (przywrócenie) odpowiedzialności państwa i jego kompetentnych organów za kreowanie i realizację polityki zdrowotnej.

Polityka ochrony zdrowia, polityka zdrowotna

Tradycyjnie politykę zdrowotną określa się jako „działalność, która ma na celu poprawę stanu zdrowia, zaspokajanie potrzeb zdrowotnych albo udzielanie świadczeń zdrowotnych” (Włodarczyk 1996, s. 27). W nowszym ujęciu „polityka zdrowotna kraju lub społeczności to przyjmowana przez nie strategia, służąca kontrolowaniu i optymalizowaniu wykorzystywania przez nie wiedzy medycznej i dostępnych zasobów stosowanych do rozwiązywania problemów zdrowotnych”(Włodarczyk, Paździoch 2001, s. 33).

Politykę zdrowotną można rozumieć zarówno jako deklaracyjny zestaw zasad, zgodnych z zakładanymi celami i dotyczących rozdziału środków na realizację celów zdrowotnych lub jako rzeczywisty rozkład wydatków na realizację zadań związanych z ochroną zdrowia. Można też ją analizować według tego, do których grup są kierowane główne działania systemu zdrowotnego i w jaki sposób lub w jakim zakresie poszczególne grupy korzystają z działań na rzecz zdrowia populacji.

Niezależnie jednak od tego, jak zdefiniujemy politykę zdrowotną i jej cele, aktualne pozostają słowa Magdaleny Sokołowskiej i Jacka Hołówki (Sokołowska, Hołówka 1978, s. 9), że programy polityki zdrowotnej, podobnie jak inne programy polityki społecznej „powinny być wyraźnie określone pod czterema względami: 1) powinny mieć jasno sformułowane cele; 2) cele te powinny być zgodne z innymi, społecznie akceptowanymi wartościami; 3) realizacja programów powinna brać pod uwagę postawy osób, których program dotyczy i 4) powinna przebiegać przy zastosowaniu metod, które w sposób optymalny mogą pogodzić ze sobą owe cele, wartości i postawy”. Ocena realizacji tych założeń może stać się podstawą oceny programów ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej.

Cele polityki zdrowotnej obejmują zatem wydłużanie życia i eliminowanie przedwczesnych zgonów, minimalizację odstępstw od fizjologicznych i funkcjonalnych norm przez

działania profilaktyczne i wczesne wykrywanie chorób, wzmacnianie odporności na choroby, minimalizowanie dyskomfortu i niesprawności, wzmacnianie potencjału zdrowotnego oraz wspieranie poczucia dobrobytu i samorealizacji.

Według WHO (*Zdrowie...*, 2003, s. 27) ważnym celem polityki zdrowotnej jest: zmniejszanie nierówności w zakresie ochrony zdrowia; zapewnianie dostępu do poprawy zdrowia; umacnianie zdrowia poprzez zapobieganie chorobom, wypadkom, zagrożeniom; zapewnienie takiej organizacji procesów leczenia, aby z fachowej pomocy i opieki zdrowotnej mogły korzystać osoby tego potrzebujące i aby organizacja tej opieki i pomocy zapewniała poszanowanie godności chorego. Wynika z tego, że zasadniczym celem polityki zdrowotnej powinno być zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, rozumianego jako „stan i zespół warunków prawnych, technicznych, organizacyjnych i finansowych umożliwiających faktyczny dostęp do opieki, usług i świadczeń w stanach chorobowych lub innych zagrożeniach życia i zdrowia” (Erenc, Michota 2000).

Polityka ochrony zdrowia powinna respektować pewne zasady ustrojowe, jak samorządność, samofinansowanie w systemie, solidaryzm społeczny zakładający powszechność i obowiązkowość, korzystanie według potrzeb, wolny wybór płatnika i producenta usług, gospodarność i celowość działania, działalność *non-profit* oraz równy dostęp do świadczeń. Jest to pewien ideał, wiele problemów wynika z faktu, że niektóre z tych wartości są trudne do pogodzenia, co rodzi dylematy aksjologiczne. Jak bowiem pogodzić zasadę solidaryzmu, sprawiedliwego dostępu do usług z efektywnością makro- i mikroekonomiczną? Nie należy też zapominać o wartościach instrumentalnych systemu ochrony zdrowia, takich jak osobista odpowiedzialność za zdrowie, suwerenność nabywcy usług czy autonomia personelu medycznego.

W planowaniu polityki zdrowotnej ważnym celem jest zapewnienie dostępności świadczeń polegającej na dostosowaniu (Włodarczyk 2003, s. 155 i nast.):

- wielkości oraz struktury zasobów do wielkości oraz struktury potrzeb populacji;
- sposobu organizacji procesu udostępniania usług medycznych do możliwości korzystania pacjentów z tych usług;
- kosztów usług medycznych do zdolności ponoszenia opłat przez pacjentów;
- rozmieszczenia przestrzennego do skali oraz struktury potrzeb;
- oczekiwań pacjentów wobec podmiotów świadczących usługi i stopnia spełnienia tych oczekiwań.

I na koniec kilka uwag dotyczących odmienności interesów różnych stron, która utrudnia wypracowanie spójnej polityki zdrowotnej. Z punktu widzenia państwa ważne jest zapewnienie (Włodarczyk, Paździoch 2001, s. 31): (a) efektywności makroekonomicznej, rozumianej jako przeznaczenie na usługi medyczne takiej wielkości środków w PKB, która umożliwi zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, nie naruszając przy tym równowagi ekonomicznej, oraz (b) efektywności mikroekonomicznej, rozumianej jako uzyskiwanie najlepszych efektów zdrowotnych i zadowolenia konsumentów usług przy możliwie niskich kosztach. Z punktu widzenia płatnika, w tym wypadku Narodowego Funduszu Zdrowia, ważne jest racjonalne ekonomicznie gospodarowanie środkami. Dla obywatela kluczowe będzie uzyskanie świadczenia możliwie szybko i najlepszej jakości.

Te interesy są w wyraźnej sprzeczności, co wskazywałoby potrzebę podjęcia rzetelnej dyskusji publicznej dążącej do osiągnięcia minimalnego poziomu zgody co do zakresu świadczeń gwarantowanych przez państwo i finansowanych ze środków publicznych. Trzeba też mieć świadomość, że nie da się uniknąć trudnej dyskusji na temat nie tylko efektywności ekonomicznej, ale i skuteczności działań z punktu widzenia zakładanych celów polityki zdrowotnej.

Śledząc przebieg zdarzeń, możemy pokusić się o stwierdzenie, że brakuje w Polsce spójnej polityki zdrowotnej. Poza ogólnikowo określonymi celami, takimi jak poprawa stanu zdrowia ludności, ułatwienie dostępu do świadczeń, wzrost odpowiedzialności obywateli za zdrowie, trudno dostrzec kierunki polityki zdrowotnej w Polsce. UE (Karski 2005, s. 56) w swoich dokumentach wskazała, jakie powinny być priorytety polityk zdrowotnych państw członkowskich: walka z nowotworami, przeciwdziałanie HIV/AIDS, ograniczanie negatywnych skutków szkodliwego środowiska, wypadków i urazów. Z trudem można dostrzec, by Polska te priorytety realizowała.

Z punktu widzenia polityka społecznego najistotniejszą wadą zmian dokonanych w systemie ochrony zdrowia od początku transformacji ustrojowej jest wycofywanie się państwa z odpowiedzialności za stan zdrowia ludności. Dotyczy to zarówno określania celów, wskazywania priorytetów, ustalania sposobów ich realizacji, wpływu na system kształcenia lekarzy różnych specjalności w powiązaniu ze strukturą potrzeb zdrowotnych, zachorowalności i chorobowości, umieralności według przyczyn oraz innych parametrów zdrowotnych, co oznacza brak polityki zdrowotnej. Niedostateczna jest też wśród polityków świadomość związków między polityką zdrowotną a innymi dziedzinami polityki społecznej.

Uwarunkowania polityki zdrowotnej

Zacznę od kilku uwag na temat uwarunkowań politycznych współczesnej polityki zdrowotnej. Należy wyjść od analizy przesłanek, ujawnianych i nieujawnianych, leżących u podstaw reformy systemu. Jawną przesłanką była chęć ustabilizowania napływu środków na ochronę zdrowia, uniezależnienie ich wysokości od decyzji politycznych, za nieujawnioną zaś można otwarcie uznać wycofanie się państwa ze znacznej części odpowiedzialności za politykę zdrowotną. Można odnieść wrażenie, że głównym celem politycznym, oprócz ograniczenia odpowiedzialności państwa, była zmiana jako taka, nie próba, przy wykorzystaniu i dostosowaniu rozwiązań sprawdzonych w innych krajach, konstrukcji takiego systemu, który w istniejących uwarunkowaniach pozwoli na najbardziej skuteczne zaspokajanie potrzeb zdrowotnych.

Należy przy tym wspomnieć, że właśnie decyzją polityczną zmniejszono wysokość składki zdrowotnej i uprawniono (generalnie słusznie) do opieki medycznej osoby, które składki w całości czy nawet w części opłacać nie mogły, na przykład bezrobotni, nieaktywni zawodowo, rolnicy indywidualni (co było zasadne w początkowym okresie transformacji przy dużym spadku dochodów ludności rolniczej, a czego nadal bronią niektóre partie polityczne). Pozostaje jednak faktem, że składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca ze swoich dochodów mniej niż połowa Polaków.

Warto też zwrócić uwagę, że wzorując się na doświadczeniach niemieckich i proponując budowę systemu opartego na zasadzie ubezpieczeniowej, twórcy reform nie uwzględnili faktu, że system ubezpieczeń zdrowotnych został wprowadzony w Niemczech w końcu XIX wieku przy niskich kosztach świadczeń zdrowotnych. Przy obecnych kosztach leczenia, zwłaszcza chorób rzadkich, niepoddających się standardowej terapii, wymagających zaangażowania najnowszej techniki medycznej, nie da się świadczeń ochrony zdrowia finansować wyłącznie ze składki ubezpieczeniowej.

Trzeba przy tym przypomnieć, że system niemiecki w ramach ubezpieczenia zdrowotnego zapewnia za opłacaną składkę dwa rodzaje świadczeń: zasiłek chorobowy oraz świadczenie rzeczowe w postaci usług medycznych, co pozwala na rzetelne kalkulowanie efektywności ekonomicznej wybranych terapii. W Polsce nie rozważa się dylematu: leczyć drogo, ale skuteczniej (krótszy okres wypłacania zasiłku), czy taniej, ale dłużej. Świadczenia pieniężne z tytułu niezdolności do pracy i świadczenia zdrowotne finansowane są z odrębnych funduszy.

Warto też przypomnieć, że system ubezpieczeniowy uwzględniający świadczenia zdrowotne funkcjonował też w międzywojennej Polsce, jednak obejmował głównie ludność pracującą w miastach (Rutkowska 1998), co przy ówczesnej strukturze ludności oznaczało wyłączenie znacznej jej części z działania systemu ubezpieczeniowego, co też obniżało jego koszty.

Twórcy reformy sięgali do różnych doświadczeń. Teoretycznie z modelu brytyjskiego zapożyczono instytucję lekarza rodzinnego, zapominając jednak, że w Wielkiej Brytanii w tworzenie tego systemu (odpowiedzialność organizacyjna, finansowanie z budżetu) angażowało się bardzo mocno państwo, wspierając, głównie finansowo, tworzenie praktyk w regionach, gdzie lekarzy było zbyt mało. Celem było doprowadzenie do takiej sytuacji, by każdy obywatel Zjednoczonego Królestwa mógł wybrać swojego lekarza możliwie blisko miejsca zamieszkania. Lekarzem rodzinnym rzadko zostawał młody lekarz. Adepti zazwyczaj odbywali wieloletnią praktykę u boku lekarza rodzinnego z dużym doświadczeniem. Ponadto zakres kompetencji lekarza rodzinnego w Wielkiej Brytanii jest bardzo szeroki, co istotnie ogranicza koszty leczenia specjalistycznego, ambulatoryjnego i szpitalnego.

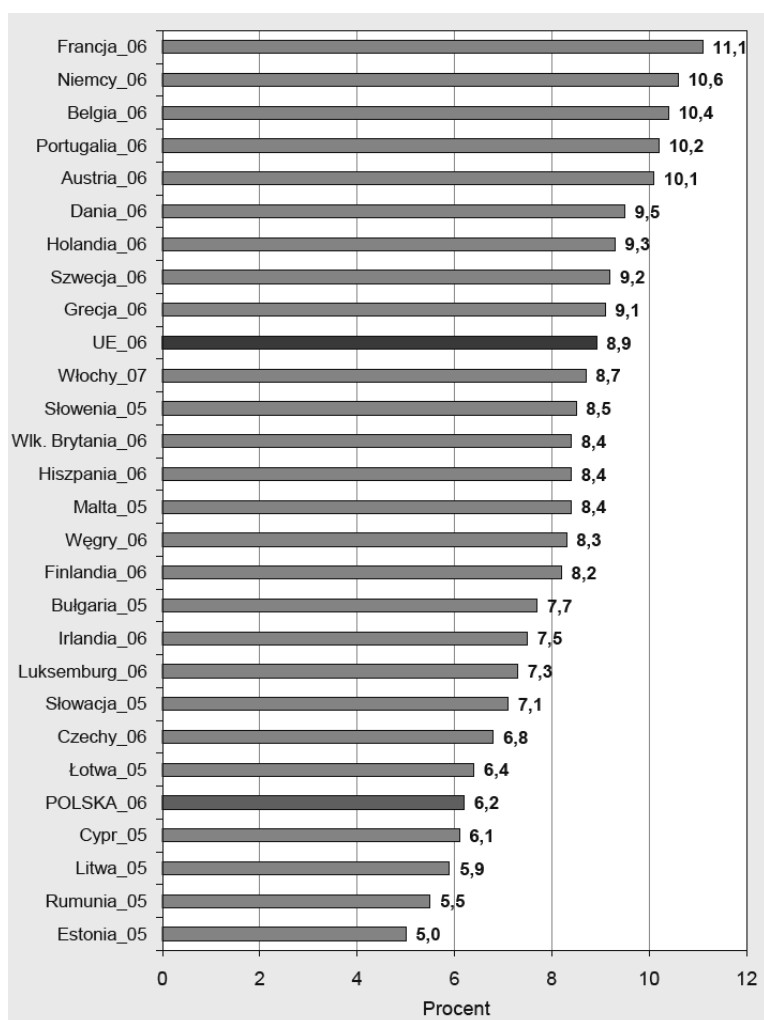
Nie sposób w tak krótkim tekście przedstawić wszystkie pozapolityczne uwarunkowania polityki zdrowotnej. Za szczególnie istotne uznaję uwarunkowania demograficzne, finansowe i epidemiologiczne. Ponieważ zagadnienia te znane są czytelnikowi „Problemy Polityki Społecznej”, ograniczę się do bardzo skrótowej ich prezentacji.

Istotnym uwarunkowaniem jest starzenie populacji, co ma wpływ zarówno na sytuację epidemiologiczną, jak i ekonomiczną. Wzrost liczby zachorowań i udziału zgonów z powodu chorób nowotworowych, wysoki udział zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia, metabolicznymi wiąże się z wydłużaniem wieku przeżycia, jednej z przyczyn starzenia się populacji. Ludzie starzy częściej chorują na choroby przewlekłe, charakteryzują się tak zwaną wielochorobowością, która powinna być leczona w sposób specyficzny. Wzrost udziału ludzi starych w populacji będzie więc powodował większe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, ale i spadek napływu środków zarówno do

NFZ, jak i budżetu państwa czy budżetów samorządu terytorialnego. Będzie też powodował spadek już niskiego współczynnika aktywności zawodowej ludności.

Jeśli jeszcze odliczymy osoby aktywne zawodowo a niepracujące (bezrobotni), luka w opłaceniu podatków i składki zdrowotnej okaże się duża. Nie możemy także zapominać, że składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca tylko część ludności zawodowo czynnej, za wiele grup składka jest opłacana z budżetu, w wysokości minimalnej. To także przyczyni się do zmniejszenia środków na świadczenia ochrony zdrowia, już obecnie jednych z najniższych w Europie (Szafraniec-Buryło, Sakowska 2008, s. 204–205).

Ryc. 1. Wydatki na zdrowie jako procent PKB — ostatni dostępny rok (dane WHO HFA DB)



Źródło: Wojtyniak, Goryński, red., 2008.

Splot omówionych czynników będzie stanowił poważne wyzwanie dla polityki społecznej i polityki zdrowotnej w szczególności.

Instrumenty polityki zdrowotnej. Wybrane problemy³

Próba charakterystyki instrumentów polityki zdrowotnej nastręcza wiele problemów, które zarazem można uznać za istotne utrudnienie w kreowaniu i realizacji polityki zdrowotnej. Przy wielości podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i za finansowanie tych świadczeń trudno jest przypisać instrumenty do podmiotów.

Głównym podmiotem polityki zdrowotnej jest państwo reprezentowane przez ministra zdrowia. Nie dysponuje on jednak stosownymi instrumentami finansowymi, ponieważ te pozostają w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia. Spośród ogółu wydatków publicznych na zdrowie (*Zdrowie...*, 2012) w 2010 roku 83 procent pochodziło z NFZ, 6 procent z budżetów jednostek samorządu terytorialnego i zaledwie 11 procent z budżetu państwa (MZ). Jeśli jednak przyjrzymy się wydatkom budżetowym, okazuje się, że prawie jedna czwarta środków budżetowych na zdrowie jest przeznaczana na ratownictwo medyczne, ponad 20 procent na ubezpieczenie zdrowotne i świadczenia dla osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym, na programy polityki zdrowotnej przeznaczono zaledwie 10,6 procent. Oznacza to, że wpływ ministra zdrowia na politykę zdrowotną jest ograniczony. Ponosi on odpowiedzialność polityczną za politykę zdrowotną, nie posiadając instrumentów finansowych do jej realizacji. NFZ posiada instrumenty finansowe, nie ponosząc w praktyce odpowiedzialności politycznej za działalność Funduszu.

Podobny problem występuje w przypadku jednostek samorządu terytorialnego. Marszałek województwa, prezydent miasta, starosta powiatu są zobligowani do zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej⁴, nie dysponują jednak środkami na ten cel. Jedyńni strumień dedykowany to opłaty za koncesję na sprzedaż alkoholu (korkowe), nic więc dziwnego, że wydatki gmin w zakresie ochrony zdrowia przeznaczane są w 61,4 procent na przeciwdziałanie alkoholizmowi, tylko w 5,8 procent na leczenie ambulatoryjne. Inaczej przedstawia się sytuacja w województwach; tu 76 procent budżetu na zdrowie pochłaniają wydatki na utrzymanie szpitali (*Zdrowie...*, 2012).

Instrumenty ekonomiczne

Stanowią one podstawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jako instrumenty ekonomiczne przyjmują, w sposób zawężony, wszelkie środki przeznaczane na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, zarówno publiczne jak prywatne, z wyłączeniem nieformalnych opłat.

³ Wykorzystano nieco zmodyfikowaną typologię instrumentów z pracy Jolanty Supińskiej (2007).

⁴ Obligacje te są zapisane zarówno w ustawach regulujących działalność samorządu terytorialnego, jak i w ustawach zdrowotnych.

W Polsce udział wydatków na zdrowie jako procent PKB (*Narodowy Rachunek...*, 2012) należy do najniższych w Europie. Ogółem w 2010 roku na opiekę zdrowotną przeznaczono 7 procent PKB. Przy średniej unijnej na poziomie 9,8 procent jest to udział bardzo niski, znacząco niższy niż w przypadku wiodących krajów UE, np. we Francji ten udział jest o 5 punktów procentowych większy niż w Polsce (*Sytuacja zdrowotna...*, s. 9).

Z ogółu wydatków na zdrowie wydatki publiczne stanowiły 4,7 procent PKB, w tym z budżetu państwa 0,13 procent, ze środków jednostek samorządu terytorialnego 0,25 procent, z NFZ 4,31 procent PKB. Wydatki prywatne stanowiły 1,81 procent PKB, w tym ze środków gospodarstw domowych 1,54 procent.

Rozkład wydatków z różnych źródeł na przykładzie lat 2009 i 2010 pokazuje tabela 1.

Tabela 1. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2009 i 2010 r.^{a)}

Wyszczególnienie	2009		2010	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 344 383	100,00	1 416 392	100,00
Publiczne wydatki bieżące	64 763	4,82	66 505	4,70
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	2 049	0,15	1 885	0,13
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	2 973	0,22	3 547	0,25
Fundusze ubezpieczeń społecznych	59 741	4,44	61 074	4,31
Prywatne wydatki bieżące	25 622	1,91	25 629	1,81
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 018	1,64	21 817	1,54
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	3 605	0,27	3 812	0,27
Razem wydatki bieżące	90 385	6,72	92 134	6,50
Inwestycje	6 590	0,49	6 710	0,47
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	96 976	7,21	98 845	6,98

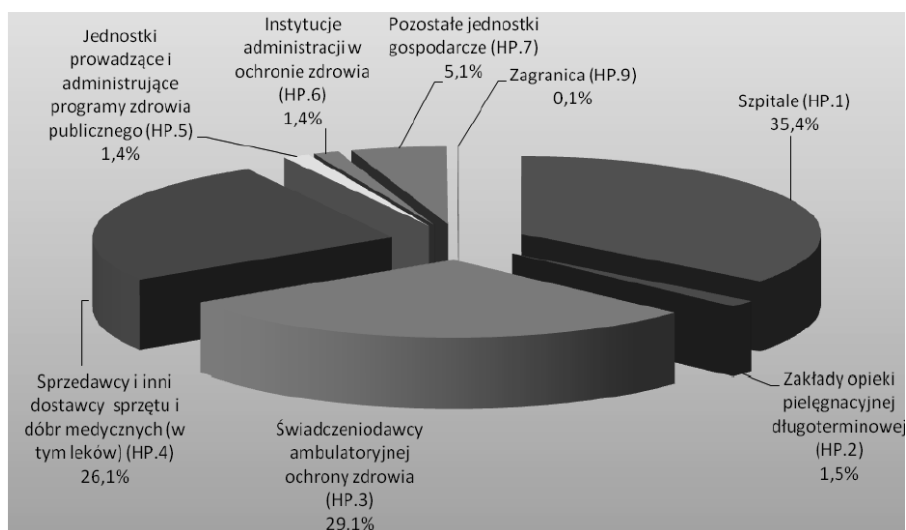
a) Łącznie z wydatkami sektora Zagranica

Źródło: *Narodowy Rachunek...*, 2013.

Jeśli chodzi o rozkład wydatków, najwięcej środków pochłania leczenie szpitalne, dopiero na drugiej pozycji są wydatki na ambulatoryjne świadczenia podstawowej i spe-

cialistycznej opieki zdrowotnej. Dużą część środków pochłaniają wydatki na leki i zakup sprzętu oraz artykułów medycznych. Niewielki udział w wydatkach mają zakłady opieki pielęgnacyjnej długoterminowej, co może potwierdzać sygnalizowany niedobór miejsc opieki całodobowej, z drugiej strony zwiększać wydatki szpitalne z powodu przedłużania hospitalizacji pacjentów wymagających opieki pielęgnacyjnej, a nie leczenia szpitalnego. Rozkład wydatków (za 2010 rok) obrazuje diagram.

Ryc. 2. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2010 r.



Źródło: *Narodowy Rachunek...*, 2010.

Głównym podmiotem finansującym świadczenia jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Plan finansowy NFZ na rok 2013⁵ zakłada wpływy ze składek na poziomie 64,2 miliarda zł. Z tego na podstawową opiekę zdrowotną przeznaczona jest ponad 7,6 miliarda, na specjalistyczną ambulatoryjną 5,1 miliarda, na leczenie szpitalne ponad 27 miliardów.

Ten rozkład wskazuje, że głównym kierunkiem strumienia środków jest leczenie szpitalne. Zdać się to wskazywać, że w polityce finansowej NFZ priorytetem nie jest podstawowa opieka zdrowotna, profilaktyka czy szerzej opieka ambulatoryjna, lecz leczenie szpitalne, najbardziej kosztowne.

⁵ www.nfz.gov.pl, dostęp 31 stycznia 2013.

Instrumenty prawne

O międzynarodowych uwarunkowaniach prawnych polityki zdrowotnej wspomniano już na początku opracowania. Tu ograniczę się do przypomnienia głównych regulacji oraz przedstawienia niektórych problemów dotyczących ochrony zdrowia wynikających z rozwiązań prawnych.

Ustawą z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁶ zapoczątkowano proces reformowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, którego podstawowym elementem stały się ubezpieczenia zdrowotne i kasy chorych. Szybko pojawiły się problemy zróżnicowania dostępu do opieki zdrowotnej ludności w różnych województwach, ograniczenie swobody wyboru placówki poza właściwą ze względu na miejsce zamieszkania kasą chorych, ujawniły się problemy niedofinansowania systemu i narastającego zadłużenia szpitali, na co dziś szuka się remedium w zmianie formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych.

O przyczynach problemów wynikających z regulacji prawnych pisało wielu autorów (np. Węgrzyn 1998; Włodarczyk 2003), ograniczę się więc do przypomnienia najważniejszych. Były to, między innymi, opóźnienia w wydawaniu aktów wykonawczych, problem nadal występujący. W początkowym okresie funkcjonowania kas chorych pojawiły się problemy wyłączenia niektórych grup z systemu, w tym dzieci nieubezpieczonych rodziców czy osób bezdomnych. Pojawił się też problem z rozliczeniem kosztów leczenia pacjentów migrujących. Nie zrealizowano też planów związanych z wprowadzeniem rejestru usług medycznych, co do dziś utrudnia racjonalizację systemu. Wciąż zbyt niskie są nakłady, zarówno publiczne, jak i prywatne, choć udział tych ostatnich znacząco wzrósł⁷. Poważnym problemem jest wciąż rozmycie odpowiedzialności. Za największe zagrożenie można jednak uznać wycofanie się państwa z odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu, co w praktyce przekształciło się w brak polityki zdrowotnej na poziomie krajowym. Problemem jest też nałożenie na samorząd terytorialny obowiązku zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej przy jednoczesnym finansowaniu świadczeń pierwotnie przez kasy chorych, obecnie zaś przez oddziały NFZ, na które samorząd nie ma wpływu. Nastąpiło więc rozdzielenie odpowiedzialności politycznej i pozapolitycznej za funkcjonowanie systemu.

Powołanie na mocy ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁸ Narodowego Funduszu Zdrowia nie rozwiązało większości istniejących problemów, przede wszystkim rozmycia odpowiedzialności, braku polityki zdrowotnej i niedofinansowania systemu.

⁶ DzU 1997, Nr 28, poz. 153 z późniejszymi zmianami.

⁷ W latach 1991–2000 wydatki z budżetu państwa na zdrowie spadły z 4,8 procent PKB do 0,63 procent przy ogólnym wzroście wydatków ogółem. Spadek wynikał przede wszystkim z przejęcia finansowania świadczeń zdrowotnych najpierw przez kasy chorych, a następnie przez NFZ. Spadły jednak też nakłady na podstawową opiekę zdrowotną, patrz Włodarczyk 2003, s. 225 i nast.

⁸ DzU 2004, Nr 210, poz. 2135 z późniejszymi zmianami.

Nowa ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej⁹ nie rozwiązuje problemów, może zaś generować nowe. Według ostatnich danych¹⁰ co trzecia placówka przekształcona w spółkę ma ujemny wynik finansowy. Można więc zaryzykować tezę, że zmiana formy prawnej szpitali nie wpływa pozytywnie na ich kondycję finansową, gdyż ta zależy od wielkości kontraktu z NFZ i wyceny procedur świadczonych przez placówkę.

Trudno zatem znaleźć jakieś elementy przełomowe w Ustawie o działalności leczniczej, poza tym, że stwarza warunki przyspieszenia komercjalizacji opieki zdrowotnej. Czytelnym celem tej ustawy jest zwłaszcza przeniesienie na samorząd terytorialny odpowiedzialności za niewydolność i niedofinansowanie systemu, wymuszenie likwidacji placówek, dla których jednostki samorządu terytorialnego są organem założycielskim, lub zmiany ich formy organizacyjno-prawnej. Można wierzyć, że bogatsze samorządy poradzą sobie z wyzwaniem, jednak jeśli zmiany nie będą oparte na analizie sytuacji w całym kraju pod kątem dostępu przestrzennego do świadczeń, może dojść do pogorszenia dostępu pacjentów do placówek. Prawidłowe rozmieszczenie placówek służby zdrowia (podmiotów wykonujących działalność leczniczą) powinno być istotnym przedmiotem zainteresowania polityki zdrowotnej.

Nie rozwiązano problemu rozmycia odpowiedzialności różnych podmiotów, nie określono w nowy sposób odpowiedzialności ministra zdrowia, nie rozwiązano problemu polegającego na nałożeniu na jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialności za zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej, bez wyposażenia ich w instrumenty finansowe. Co więcej, z zapisów ustawy wynika, że w przypadku ujemnego wyniku finansowego podmiotu leczniczego, dla którego organem prowadzącym jest jednostka samorządu terytorialnego, musi ona ten ujemny wynik finansowy pokryć, niezależnie od tego, czy placówka utrzyma status SPZOZ, czy wejdzie w skład innego podmiotu leczniczego, czy zostanie zlikwidowana lub przekształcona w spółkę.

Ustawa powiela błędy wcześniejszych regulacji: brak dopełnienia ustawy rozporządzeniami, bez których wiele zapisów ustawy nie będzie funkcjonować. Ustawa o działalności leczniczej nie reguluje też relacji nakładów na poszczególne rodzaje działalności medycznej. Brakuje instrumentów, które mogłyby zintensyfikować promocję zdrowia, wzmocnić profilaktykę, rehabilitację medyczną, co w perspektywie zmniejszyłoby koszty leczenia, zwłaszcza szpitalnego. Zwiększenie nakładów i wzrost znaczenia profilaktyki i promocji zdrowia może w efekcie przynieść poprawę stanu zdrowia ludności, a w konsekwencji umożliwić podnoszenie jakości świadczeń leczniczych. Obecne wysokie koszty leczenia specjalistycznego, zwłaszcza szpitalnego, można uznać za skutek braku polityki zdrowotnej, podobnie jak brak działań zmieniających relację między leczeniem podstawowym a specjalistycznym. Podstawowa opieka medyczna, dobrze wyposażona i finansowana, może zmniejszyć presję na świadczenia specjalistyczne, w tym szpitalne, i zrealizowanie pewnego ideału, jakim jest leczenie człowieka, nie jego choroby, zmniejszając przy tym konieczne do poniesienia koszty.

⁹ DzU 2011, Nr 112, poz. 6786.

¹⁰ Za: „Dziennik. Gazeta Prawna”, 14 listopada 2012.

Instrumenty organizacyjne

W moich rozważaniach skoncentruję się na elementach infrastruktury ochrony zdrowia jako najbardziej istotnych w realizacji polityki zdrowotnej. Świadczenia ochrony zdrowia, jako rodzaje działalności leczniczej, obejmują¹¹ stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Źródłem zagrożeń dla realizacji polityki zdrowotnej może być stan zasobów, zarówno dotyczących stanu placówek, jak i kadr medycznych. Wiele obiektów jest zdekapitalizowanych, w ostatnich latach przybywa niewiele nowych i nowoczesnie wyposażonych placówek. Obawy budzi niewłaściwe ich rozmieszczenie.

Według GUS (*Zdrowie...*, 2012) w 2011 roku działały w Polsce 853 szpitale ogólne, z czego 63,3 procent stanowiły podmioty publiczne. Uwagę zwraca nierównomierne rozmieszczenie placówek: najwięcej szpitali usytuowanych jest na terenie województwa śląskiego (116) i mazowieckiego (106), najmniej w lubuskim (20) i świętokrzyskim (22).

Silne upolitycznienie samorządu terytorialnego i nałożenie nań obowiązku zapewnienia dostępu do świadczeń przy utrzymaniu finansowania z NFZ z pewnością utrudni racjonalizację funkcjonowania szpitalnictwa. W Polsce jest wiele szpitali zdekapitalizowanych, słabo wyposażonych, o niedostatecznie kompetentnej kadrze, wąskoprofilowych, jednak obawa przed likwidacją szpitala jako miejsca zatrudnienia będzie hamowała przemiany. Z tego powodu wątpliwości budzi propozycja, by to samorządy decydowały o sieci szpitalnej, zwłaszcza sieci placówek publicznych.

W 2011 roku ambulatoryjną opiekę zdrowotną świadczyło 19,1 tysiąca zakładów; od początku wieku zanotowano duże przyrosty, zwłaszcza placówek niepublicznych, które stanowią obecnie ponad 85 procent ogólnej liczby podmiotów w tym segmencie.

Wśród ogółu porad 54,0 procent stanowiły porady ambulatoryjne podstawowej opieki zdrowotnej, 34,6 procent porady lekarzy specjalistów i 11,4 procent porady stomatologiczne. Najwięcej było porad chirurgicznych, ginekologiczno-położniczych, okulistycznych, otolaryngologicznych. Zaledwie 5,1 procent stanowiły porady kardiologiczne, 4,5 procent psychiatryczne. Może to pośrednio wskazywać na brak specjalistów w dziedzinie kardiologii, co przy wysokiej zachorowalności na choroby układu krążenia (wciąż główna przyczyna zgonów w Polsce) zdaje się potwierdzać sygnalizowane w mediach problemy z uzyskaniem porady i długim czasem oczekiwania.

Nie wyodrębniono w statystyce GUS porad lekarzy geriatrów, oddziałów i łóżek geriatrycznych, co pokazuje, że od strony organizacyjnej nie jesteśmy przygotowani do sprostania wyzwaniom nasilającego się procesu starzenia ludności.

Należy podkreślić, że sytuację ludzi starych pogarsza likwidacja ważnej instytucji, jaką były zespoły opieki środowiskowej. Obecnie opieka jest rozproszona. Działalność pielęgniarki środowiskowej i lekarza podlega kompetencjom ministra zdrowia, pracownika socjalnego i opiekuna środowiskowego zaś — ministrowi odpowiedzialnemu za zabezpieczenie społeczne. Pogarsza to jakość opieki, a tym samym stan zdrowia ludzi starych

¹¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, DzU 2012, Nr 112, poz. 654.

i generuje dodatkowe koszty leczenia wynikające z zaniedbań tak podstawowych spraw, jak prawidłowe żywienie, zapewnienie dostatecznej ilości płynów. Brakuje też w Polsce działań na rzecz przygotowania do starości, zbyt mało wagi przywiązuje się do utrzymania aktywności fizycznej i społecznej w fazie starości, co powinno być obecnie jednym z priorytetowych działań z zakresu promocji zdrowia.

W statystyce trudno też znaleźć dane na temat opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. Medycyna szkolna przestała praktycznie istnieć, wprowadzenie w 1999 roku nowego systemu ochrony zdrowia opartego na zasadzie ubezpieczeniowej¹² spowodowało wycofanie lekarzy i pielęgniarek z placówek oświatowych. Niektóre samorządy rozwiązują ten problem w ramach swoich uprawnień, jednak pozostaje nierozwiązany problem opieki zdrowotnej nad dziećmi ze środowisk słabych socjalnie i społecznie, niewydolnych opiekuńczo, co ogranicza istotnie możliwość prowadzenia działań profilaktycznych.

Na potrzebę przywrócenia medycyny szkolnej wskazują dane. Z badań GUS (*Ochrona...*, 2011) wynika, że w IV kwartale 2010 roku z porady ambulatoryjnej skorzystało zaledwie 66 procent niemowląt i 50 procent dzieci do lat 6 oraz zaledwie 36 procent w wieku 7–16 lat. Jak w tej sytuacji mówić o profilaktyce? Konsekwencje w tym zakresie dadzą się odczuć już w najbliższych latach w formie gorszych parametrów zdrowotnych młodych dorosłych, a w dalszej konsekwencji także starszych dorosłych i ludzi starych. Niezdiagnozowane i nieleczone we wczesnych fazach życia choroby układu kostnego, coraz częściej występująca cukrzyca, nadwaga, wady narządu wzroku, słuchu będą generować wysokie koszty leczenia w przyszłości.

Niewłaściwe funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej także generuje koszty (patrz *Funkcjonowanie...*, 2012). Chorzy zamiast udać się do słabo dostępnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy skorzystać z nocnej i świątecznej pomocy medycznej wzywają pogotowie, szturmują izby przyjęć w szpitalach, coraz częściej szpitalne oddziały ratunkowe, często z błahymi schorzeniami. Wynika to zarówno z ograniczonego dostępu do świadczeń podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, jak i niezajomości przez obywateli zasad funkcjonowania systemu.

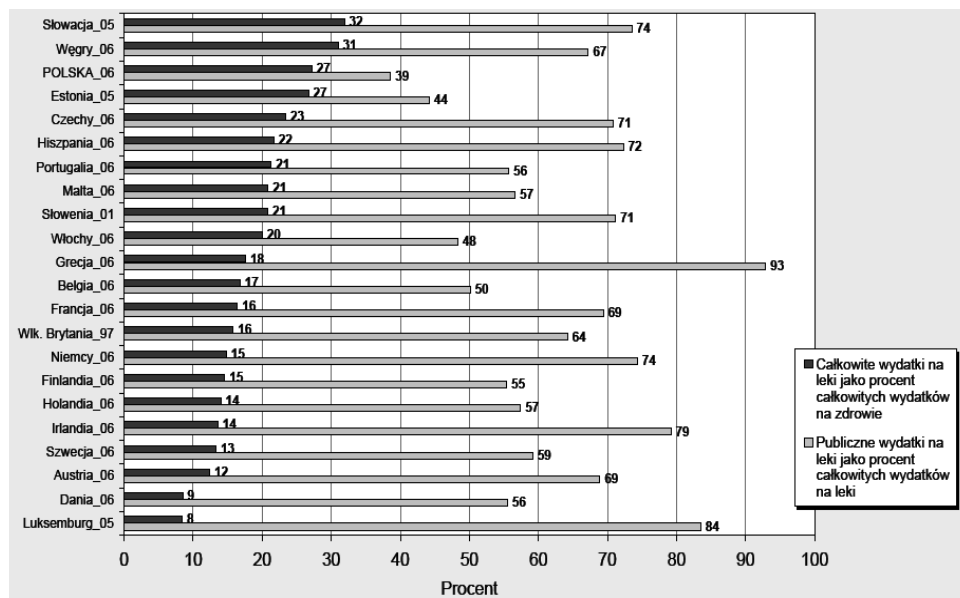
Słaby dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej też generuje koszty — leczenie szpitalne jest znacznie droższe niż ambulatoryjne. W Polsce 60 procent wydatków na leczenie przeznaczane jest na świadczenia szpitalne, dwukrotnie więcej niż w większości państw UE. Sięgając do doświadczeń brytyjskich, przynajmniej z początków funkcjonowania Narodowego Systemu Ochrony Zdrowia, lekarz rodzinny zaspokajał większość potrzeb zdrowotnych, ograniczając przy tym, często nieuzasadnione, korzystanie z usług lekarzy specjalistów. Warunkiem jest jednak właściwe kształcenie lekarzy rodzinnych i wyposażenie ich w odpowiednie zaplecze diagnostyczne, terapeutyczne, wsparcie ze strony specjalistów i wyższą stawkę kapitałową za zarejestrowanych pacjentów, zróżnicowaną zależnie od ich wieku, płci, stanu zdrowia itp. Poprawa warunków pracy i wynagrodzeń lekarzy praktykujących w podstawowej opiece zdrowotnej może też ułatwić procesy

¹² Ustawa z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, Nr 28, poz. 153.

restrukturyzacji szpitali przez zachęcanie lekarzy, także specjalistów, do podejmowania pracy w POZ.

Warto też uświadomić sobie, że poważnym źródłem generowania zbędnych kosztów ochrony zdrowia jest brak działań osłonowych, zapewniających, zwłaszcza ludziom niezamożnym, zakup leków. Badania nad powtarzającą się hospitalizacją ludności wsi prowadzili badacze SGGW-AR (Gutkowska, Ozimek, Banasiak 2002). Cykl powtarza się nie tylko w przypadku ludności wiejskiej: leczenie szpitalne, poprawa stanu zdrowia, powrót do domu i zaniechanie leczenia z powodu niemożności realizacji recept, ponowna hospitalizacja. Pozostaje jednak pytanie, w jaki sposób wyselekcjonować osoby i grupy, które takie wsparcie powinny uzyskać, i uzgodnić, według jakich zasad taka pomoc byłaby udzielana. Nie ulega jednak wątpliwości, że udział publicznych wydatków w całkowitych wydatkach na leki należy w Polsce do najniższych wśród krajów Unii Europejskiej.

Ryc. 3. Wydatki na leki w krajach UE — ostatni dostępny rok (dane WHO HFA DB)



Źródło: Wojtyniak, Goryński 2008.

Innym problemem dotyczącym wykorzystania instrumentów zarówno organizacyjnych, jak i powiązanych z nimi instrumentów finansowych jest sam proces przekształceń własnościowych w systemie ochrony zdrowia. Obserwujemy wzrost liczby podmiotów niepublicznych, które ubiegają się o środki z NFZ, jednak udzielają świadczeń najbardziej korzystnych z punktu widzenia przedsiębiorstwa nastawionego na osiągnięcie zysku (a taki jest cel podmiotu leczniczego będącego przedsiębiorstwem) mniej na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludności.

Przykładów można znaleźć wiele, choćby wynikających z badań prowadzonych w województwie małopolskim (Dubas 2010). Przy równej liczbie szpitali publicznych i niepublicznych w województwie, wśród 40 placówek publicznych było 17 szpitali wieloprofilowych i 14 specjalistycznych. Świadczenia były w nich udzielane w 50 specjalnościach medycznych, podczas gdy w szpitalach niepublicznych, najczęściej niewielkich i jednoprofilowych, oferowano leczenie w zaledwie 15 specjalnościach (tylko 1 szpital dysponował więcej niż 100 łózkami, 4 placówki specjalizowały się w wysoko wycenianych dializach, 8 w udzielaniu mniej kosztownych świadczeń rehabilitacyjnych). Uzasadnia to obawy o pogorszenie dostępu do świadczeń w miarę postępu procesu komercjalizacji.

Instrumenty informacyjne

Za instrumenty informacyjne uznaje działania różnych podmiotów, które służą zwiększaniu kompetencji zdrowotnych ludności, poprawie umiejętności poruszania się po systemie ochrony zdrowia i zwiększania skuteczności polityki zdrowotnej. Będą więc nimi wszelkie działania związane z profilaktyką i promocją zdrowia, informacja dla ludności, jak korzystać z usług opieki zdrowotnej i na jakich zasadach one działają. Są to też takie działania, które wiążą się z informatyzacją systemu i w założeniu mają służyć zarówno pacjentom, jak i podmiotom leczniczym.

Od początku stycznia 2013 roku uruchomiony został system elektronicznej weryfikacji uprawnień do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co z pewnością ułatwi pracę personelu placówek, pacjentom zaś oszczędzi konieczności pozyskiwania dokumentów potwierdzających uprawnienia. W kolejnym roku system ma być rozszerzony o inne funkcje, choć wiele obaw może budzić problem ochrony danych wrażliwych. Niemniej, dostrzegając postęp w dziedzinie dostępu do informacji i w informatyzacji systemu, trzeba stwierdzić, że do pełnego wykorzystania możliwości informatyki jeszcze daleko.

Omawiając instrumenty informacyjne, nie sposób pominąć te instytucje i działania, które odpowiadają za promocję zdrowia. Coraz więcej jest w mediach informacji o zdrowym stylu życia (może ich skuteczność być niwelowana reklamami cudownych środków, które bez większego wysiłku zapewnią nam zdrowie), coraz więcej szkół, instytucji kultury włącza się w realizację programów promocji zdrowia. Z obowiązku opracowania i realizacji programów promocji zdrowia coraz lepiej wywiązują się jednostki samorządu terytorialnego.

Instrumenty kadrowe

Według rejestrów izb zawodowych prawo wykonywania zawodu ma w Polsce (Zdro-
wie..., 2011) 136,2 tys. lekarzy, 38,3 tys. dentyków, 282,4 tys. pielęgniarek i 34,6 tys. położnych. Większość tej kadry zatrudniona jest w publicznych podmiotach (odpowiednio 64 procent lekarzy, 76 procent pielęgniarek, 74 procent położnych); odmienna jest sytuacja

cja w dziedzinie stomatologii — tu praktykujących w zakładach publicznych jest zaledwie 13 procent lekarzy dentystów.

Charakterystyczny, a zarazem niepokojący, jest proces starzenia się kadr medycznych. Wzrasta udział lekarzy, którzy ukończyli 55. rok życia, spada w przedziale wieku 35–44 lata, a więc w najlepszej z punktu widzenia kompetencji fazie ich życia zawodowego. Na to nakłada się brak wśród studentów uczelni medycznych chętnych do wyboru niektórych specjalności, przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na niektóre świadczenia opieki zdrowotnej.

W 2009 roku w rozporządzeniu ministra zdrowia¹³ wyszczególniono 21 specjalności priorytetowych, jednak w projekcie współfinansowanym ze środków UE „Kształcenie w ramach procesu specjalności lekarzy deficytowych” uwzględniono już tylko 10 specjalności, z pominięciem geriatry. Główny akcent położono na specjalności onkologiczne, co jest uzasadnione faktem, że wzrasta zachorowalność, zwiększa się udział zgonów z powodu chorób nowotworowych.

W ostatnich latach spada też liczba studentów i absolwentów szkół medycznych, co przy pogarszającej się relacji między liczbą lekarzy a liczbą pacjentów¹⁴ może stanowić dodatkowe zagrożenie. Dostrzegane są już poważne niedobory lekarzy niektórych specjalności. Z punktu widzenia starzejącej się populacji za niezwykle kosztowny można uznać niedostatek lekarzy geriatrów, szpitali i oddziałów geriatrycznych, przy czym należy przypomnieć, że na liście priorytetowych specjalności medycznych wciąż brakuje geriatry.

Występują więc duże braki w możliwościach zaspokojenia potrzeb ludzi starych. Według danych Zespołu ds. Geriatry przy Ministrze Zdrowia z lipca 2007 roku (Grodzicki 2013), było w Polsce 174 lekarzy wyspecjalizowanych w geriatry, z czego 120 aktywnych zawodowo, w tym 70 pracujących zgodnie z kwalifikacjami. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej lekarzy geriatrów jest 275, z czego połowa pracuje zgodnie ze specjalnością, co wynika ze zbyt małej liczby oddziałów i szpitali geriatrycznych.

W Polsce na 100 tys. mieszkańców przypada 0,3 lekarza geriatry, podczas gdy przykładowo w Szwecji 7,8, a w Austrii 7,4. Między 1990 a 2006 rokiem liczba lekarzy geriatrów przypadających na 10 tys. ludności w wieku 65 i więcej lat liczba ta spadła z 1,3 do 0,7 (w Holandii przykładowo współczynnik ten wynosi 4,6). W krajach lepiej rozwiniętych na 10 tysięcy osób w wieku 65 i więcej przypada trzech do pięciu lekarzy geriatrów (Grodzicki 2013). Oznacza to, że przy 6 milionach ludzi w tej kategorii wiekowej powinno praktykować w Polsce 1800 do 3000 lekarzy geriatrów. Autor opracowania stwierdza, że w toku przekształceń szpitali liczba łóżek geriatrycznych powinna wzrosnąć do co najmniej 7,6 tysiąca. Problem jednak w tym, by wartość finansowania świadczeń dla ludzi starych z NFZ stanowiła silny impuls do takich przekształceń i gotowość do zmiany miejsca działalności.

¹³ DzU 2009, Nr 84.

¹⁴ Rocznik Statystyczny 2010 nie podaje w części międzynarodowej danych dla Polski ukazujących tę relację. Z obliczeń autorki wynika, że na jednego lekarza w Polsce przypadało w 2008 roku 488 osób, dwukrotnie więcej niż w większości krajów Unii Europejskiej.

Z niedostatkami liczby lekarzy geriatrów wiąże się niedostateczna liczba łóżek geriatrycznych, która od 1990 roku zmalała o ponad dwie trzecie (Grodzicki 2013). Najwięcej łóżek geriatrycznych usytuowanych jest na terenie województwa śląskiego (218, tam też znajduje się najwięcej szpitali) oraz małopolskiego (52).

Wydaje się, że opisana sytuacja może być jednym z przejawów braku polityki zdrowotnej w sferze kształcenia lekarzy. W programach kształcenia w uczelniach medycznych wciąż nie ma obowiązkowego kursu geriatry; w połowie z nich są organizowane jedynie zajęcia fakultatywne, ale często teoretyczne, ponieważ kandydaci na lekarzy nie mają gdzie odbywać zajęć praktycznych; nie ma dostatecznej liczby łóżek geriatrycznych, także w szpitalach klinicznych. W związku ze zmianą ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁵ w najbliższych latach można spodziewać się pewnej poprawy sytuacji w tym zakresie, w tym wprowadzenia obowiązkowego kursu geriatry.

Zbyt mała liczba lekarzy geriatrów pogarsza jakość leczenia prowadzonego przez kilku działających niezależnie od siebie lekarzy: lekarza POZ, różnych specjalistów, pojawia się problem nadużywania leków, możliwe są błędy terapeutyczne. Badania śląskie pokazują, że skuteczność leczenia (mierzona czasem przeżycia po leczeniu szpitalnym) jest wyższa w przypadku opieki geriatrycznej niż internistycznej (Cichocka 2011).

Wnioski końcowe

Pierwsza konstatacja dotyczy braku spójnej, konsekwentnej polityki zdrowotnej zgodnej ze wskazaniami europejskimi i sytuacją epidemiologiczną w Polsce. Ten niedostatek wynika po części z przyjętych rozwiązań systemowych (rozdzielenie odpowiedzialności ministra zdrowia i polityki finansowej NFZ), po części z niekonsekwencji kolejnych ekip rządzących, po części też z nieumiejętności podjęcia poważnej debaty o priorytetach polityki zdrowotnej i sposobach ich realizacji. Polityka zdrowotna powinna dotyczyć zarówno wyrównywania dostępu do służby zdrowia, jak i rozkładu nakładów na różne rodzaje świadczeń. Polityka zdrowotna powinna być w sposób szczególnie adresowana do ludności bardziej zagrożonej, a więc ludzi starych, niepełnosprawnych, przewlekle chorych, dzieci czy środowisk zaniedbanych socjalnie.

Druga konstatacja też jest dość oczywista. Przy dramatycznie niskich nakładach, zarówno publicznych, jak prywatnych na świadczenia zdrowotne i jednoczesnej świadomości ograniczeń ekonomicznych dla podniesienia składki zdrowotnej czy zwiększenia udziału finansowania budżetowego czy gospodarstw domowych należałoby rozważyć pozyskanie dodatkowych środków z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych¹⁶

¹⁵ DzU 2011, Nr 113, poz. 658.

¹⁶ Autorka zdaje sobie sprawę z problemów związanych z wprowadzeniem ubezpieczeń dodatkowych, skutkujących zwiększeniem nierówności w zdrowiu ale też wynikających z nieprawidłowości pojawiających się na styku publicznego z prywatnym. Stąd tak ważna jest prawidłowo przygotowana, wolna od nacisków politycznych i lobbystycznych legislacja. Ciekawą dyskusję na temat ubezpieczeń prywatnych można znaleźć w nr 1/2010 „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, recenzowanym przez autorkę.

Ważnym postulatem jest też koordynacja działań różnych służb społecznych. Chodzi między innymi o opiekę nad ludźmi starymi. Jest ich ponad 6 milionów, o zróżnicowanym stanie zdrowia, różnym statusie społeczno-ekonomicznym. Będzie ich w najbliższych latach przybywać. Wiele instytucji i organizacji działa na rzecz osób potrzebujących, w tym starych, problem w tym, że każda instytucja działa niezależnie od siebie, w rezultacie mało efektywnie. Niedostateczna jest integracja działań różnych instytucji.

Ważne wydaje się wzmocnienie roli ministra zdrowia w profilowaniu kształcenia lekarzy, wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), wzmocnienie leczenia ambulatoryjnego wobec szpitalnego, wzrost znaczenia profilaktyki i rehabilitacji.

Bibliografia

- Cichocka E. (2011). *Nadchodzi starość*, „Gazeta Wyborcza”, 13 czerwca.
- Dubas K. (2010). *Szpitala niepubliczne w województwie małopolskim — profil działalności oraz znaczenie w systemie lecznictwa*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia”, VIII(1).
- Erenc M., Michota W. (2000). *Samorząd terytorialny organizatorem ochrony zdrowia*, „Zeszyty Samorządowe”, 1.
- Funkcjonowanie...* (2012). *Funkcjonowanie systemu ratownictwa*, raport NIK, nr ewid. 149/2012/P1 1094/KZD, www.nik.gov.pl.
- Grodzicki T. (2013). *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, www.mz.gov.stat.pl [dostęp: 31 stycznia 2013].
- Gutkowska K., Ozimek I., Banasiak M. (2002). *Poziom zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na wsi*, w: I. D. Karwat (red.), *Problemy rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce*. Lublin.
- Indulski, J., Leowski J. (1971). *Podstawy medycyny społecznej*. Warszawa.
- Karski J. B. (2003). *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa.
- Karski J. B. (2005). *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*. Warszawa: CeDeWu.
- Karski J. B. (2006). *Postępy promocji zdrowia: przegląd międzynarodowy*. Warszawa: CeDeWu.
- Narodowy Program...* (2012). *Narodowy Program Zdrowia*, www.mz.gov.pl [dostęp: 14 czerwca 2012].
- Narodowy Rachunek...* (2012). *Narodowy Rachunek Zdrowia 2010*, www.mz.gov.stat.pl [dostęp: 14 grudnia 2012].
- Narodowy Rachunek...*, (2013). *Narodowy Rachunek Zdrowia 2012*, www.mz.gov.stat.pl [dostęp: 31 stycznia 2013].
- Nosko J. (2005). *Zmiany w regułach życia społecznego a problem systemu zdrowia publicznego w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia”, III(2).

- Ochrona... (2011). *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.* Warszawa: GUS.
- Orczyk J. (2003). *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele.* Poznań.
- Rocznik statystyczny 2010 (2010). Warszawa: GUS.
- Rutkowska M. (1998). *Wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego jak element reformy systemu ochrony zdrowia*; w: L. Frąckiewicz, W. Koczur (red.), *Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji.* Katowice: Wydawnictwo Uczelniane AE.
- Social Insurance and Allied Services* (1942). Report by sir William Beveridge. New York.
- Sokołowska M., Hołówka J. (1978). *Przedmowa*, w: M. Sokołowska, J. Hołówka (red.), *Polityka społeczna a zdrowie.* Warszawa: KiW.
- Supińska J. (2007). *Style i instrumenty polityki społecznej*, w: G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna.* Warszawa: WN PWN.
- Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania. Najważniejsze fakty*, www.mz.gov.pl [dostęp: 30 czerwca 2013].
- Szafraniec-Buryło S., Sakowska J. (2008). *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce*, w: W. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna w Polsce* Warszawa: NIZP-PZH.
- Szarfenberg R. (2006). *Krytyka i afirmacja polityki społecznej.* Warszawa: Aspra-JR.
- Szumlicz T. (2007). *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia.* Warszawa.
- Węgrzyn M. (1998). *Ubezpieczenia zdrowotne — kolejny etap przekształceń systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce*, w: L. Frąckiewicz, W. Koczur (red.), *Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji.* Katowice: Wydawnictwo Uczelniane AE.
- Włodarczyk C., Paździoch St. (2001). *Systemy zdrowotne: zarys problematyki.* Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Włodarczyk C. (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym.* Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Włodarczyk C. (1988). *Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce: praca habilitacyjna.* Łódź.
- Włodarczyk C. (2003). *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot.* Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Włodarczyk C. (1999). *Zdrowie a wykluczenie społeczne. Z problemów europejskiej polityki zdrowotnej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, 1.
- Wojtyniak B., Goryński P. red. (2008). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski.* Warszawa: NIZP-PZH.
- Zdrowie...* (2012). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku.* Warszawa: GUS.

Summary

The author presents crucial problems of health policy in a broad context of social policy. She argues that solving health problems may prove insufficient without solving other social problems, though it may also be difficult to solve broader social problems

without solving the problem of poor health. After discussing the concept of health policy, its aims, principles and determinants, the author characterises basic problems of chosen health policy instruments: economic, legal, organizational and human resources. The text ends with recommendations demanding comprehensive services, increasing the role of basic medical services and a family doctor as well as an improvement of health care for the most endangered groups, such as children and youth and old people.

Key words: health, health policy, instruments of health policy

