

**Jacek Klich**

Uniwersytet Jagielloński

# PAŃSTWO I RYNEK W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE: KIERUNKI I PERSPEKTYWY

## Wprowadzenie

Ocena sprawności i efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia zarówno przez interesariuszy w Polsce, jak i przez międzynarodowe organizacje i instytucje była i wciąż pozostaje niska<sup>1</sup>, pomimo reform dokonywanych w tym sektorze w ciągu ostatnich dwudziestu lat. Miały one na celu wprowadzanie do sektora ochrony zdrowia niektórych rozwiązań rynkowych i zmierzały zarówno do obniżenia kosztów, jak i wzrostu jakości świadczonych usług.

W tym kontekście ciekawe jest pytanie, czy (a jeżeli tak, to w jakim zakresie) procesowi wprowadzania mechanizmów i rozwiązań rynkowych do polskiego systemu ochrony zdrowia towarzyszyło wycofywanie się państwa z funkcji pełnomocnika (*principal*)? Celem opracowania jest udzielenie odpowiedzi na to pytanie. Przyjętą metodą jest analiza literatury przedmiotu oraz prawnych regulacji definiujących reguły działania systemu ochrony zdrowia.

W części pierwszej opracowania przedstawione zostały zadania państwa w sektorze ochrony zdrowia oraz światowe trendy w odniesieniu do sprawowania przez państwo funkcji pełnomocnika w tym sektorze w ciągu ostatnich trzydziestu lat. W części drugiej prezentowane są kierunki reform przeprowadzanych w systemie ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku ze szczególnym uwzględnieniem zadań i funkcji państwa w tym systemie. Krótka prezentacja perspektyw na najbliższą przyszłość sektora ochrony zdrowia w Polsce zamyka całość.

---

<sup>1</sup> Dla przykładu w maju 2012 r. Polska notowana była na 27. miejscu wśród 34 europejskich systemów zdrowotnych ujętych w corocznym rankingu *Euro Health Consumer Index* (Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2012. Report). Dr Arne Björnberg, dyrektor ds. operacyjnych HCP i przewodniczący zespołu EHCI w wywiadzie dla mediów stwierdził wprost, że Polska zdecydowanie potrzebuje gruntownej reformy ochrony zdrowia.

W pracy wykazuje się, że w całym okresie transformacji systemowej obserwujemy procesy wycofywania się państwa z funkcji pełnomocnika i transferowanie tych funkcji do innych podmiotów, a częściowo również do samych pacjentów.

## 1. Państwo jako pełnomocnik w organizowaniu i kierowaniu systemami ochrony zdrowia

Na potrzeby tego opracowania przyjmuje się za M. Foucault, że państwo nie jest rozumiane wąsko w kategoriach stanowienia i wprowadzania prawa<sup>2</sup>, ale szerzej, w kategoriach budowania instytucji, kalkulowania i opracowywania taktyki, która umożliwi sprawowanie władzy<sup>3</sup> przy uznaniu, że ośrodki władzy nie znajdują się tylko w agendach rządowych<sup>4</sup>.

Rola rządu w systemie ochrony zdrowia – podobnie jak w przypadku dyskusji na temat roli państwa w gospodarce – jest przez jednych kwestionowana (im więcej rządu w ochronie zdrowia, tym więcej biurokracji, komplikacji, nieefektywności i usług o niskiej jakości)<sup>5</sup>, a przez innych uznawana za niezbędną, prowadzącą do poprawy efektywności i dostępu do świadczeń zdrowotnych<sup>6</sup> czy też realizującą ważne społecznie cele<sup>7</sup>.

W odniesieniu do funkcji państwa w systemie ochrony zdrowia można zdefiniować sześć zadań<sup>8</sup>:

- określanie wizji i strategii systemu ochrony zdrowia,
- wywieranie wpływu na inne sektory gospodarki w celu poprawy stanu zdrowia populacji,
- zarządzanie systemem ochrony zdrowia w sposób zgodny z dominującymi wartościami,

---

<sup>2</sup> M. Foucault, *Governmentality*, w: G. Burchell, C. Gordon, P. Miller, *The Foucault Effect*, University of Chicago Press, Chicago 1991, s. 95.

<sup>3</sup> *Ibid.*, s. 102.

<sup>4</sup> P. Miller, N. Rose, *Governing Economic Life*, „*Economy and Society*” 1990, No. 19 (1), s. 1-31.

<sup>5</sup> R. Hamowy, *The genesis and development of Medicare*, w: *American Health Care: Government, Market Processes and the Public Interest*, red. R.D. Feldman, Transaction Publishers, New Brunswick 2001.

<sup>6</sup> D.L. Barlett, J.B. Steele, *Critical Condition: How Health Care in America Became Big Business – and Bad Medicine*. Doubleday, New York 2004.

<sup>7</sup> M.E. DeBakey, *The role of government in health care: a societal issue*, „*The American Journal of Surgery*” 2006, No. 191, s. 145-157.

<sup>8</sup> J.H.M. Veillard, A.D. Brown, E. Barış, G. Permanand, N.S. Klazinga, *Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: Concepts, functions and assessment framework*, „*Health Policy*” 2011, No. 103, s. 191-199.

- gwarantowanie, że konstrukcja systemu jest sprzężona z celami w zakresie zdrowia,
- lepsze wykorzystywanie dostępnych instrumentów prawnych i regulacyjnych,
- zbieranie, kompilowanie, rozpowszechnianie i wykorzystywanie informacji.

Powyższe zadania budują podstawowy jedynie obszar działalności państwa w ochronie zdrowia. Można tę listę zadań poszerzyć i – za Kutzinem<sup>9</sup> – wprowadzić dodatkową funkcję państwa (nieco tylko zmodyfikowaną w stosunku do oryginalnie przez Kutzina definiowanej), funkcję ubezpieczyciela (*insurance function*). Zgodnie z nią państwo powinno zapewnić dostęp do potrzebnych świadczeń zdrowotnych bez powodowania finansowego ubożenia obywateli<sup>10</sup>.

Dla kompletności wyводу dodajmy, że współcześnie spotykamy różne modele ochrony zdrowia wyróżnione według kryterium udziału państwa w systemie. Mamy zatem model publicznej ochrony zdrowia (np. Kanada, Dania, Wielka Brytania, Szwecja), gdzie państwo jest odpowiedzialne za dostarczanie, administrowanie i finansowanie usług zdrowotnych, oraz model ubezpieczeniowy (np. Francja, Niemcy, Holandia, Polska), gdzie państwo jest odpowiedzialne w praktyce za organizowanie systemu świadczeń (a i to w pewnym tylko zakresie). W świecie dominują modele mieszane.

Bez względu jednak na rodzaj modelu, w wypełnianiu przez państwo zadań w obszarze ochrony zdrowia pojawiają się istotne problemy.

## 2. Wyzwania stojące przed państwami, a związane z funkcjonowaniem systemów ochrony zdrowia

Wszystkie bez wyjątku państwa świata stają obecnie wobec rosnącego problemu niedostatków w finansowaniu systemu ochrony zdrowia. Dzieje się tak z powodu rosnących kosztów opieki zdrowotnej wynikających m.in. z przemian demograficznych, zwiększania się liczby osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, rozwoju technologii medycznych, pojawiania się innowacyjnych leków, wzrostu liczby lekarzy (w tym zwłaszcza lekarzy specjalistów), wzrostu cen leków i materiałów medycznych, wzrostu kosztów administrowania systemami opieki zdrowotnej itd.<sup>11</sup>. Rosnące koszty opieki zdrowotnej we

<sup>9</sup> J. Kutzin, A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, „Health Policy” 2001, No. 56, s. 171-204.

<sup>10</sup> Tak zdefiniowana funkcja ubezpieczyciela nie wyklucza finansowej partycypacji pacjentów w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

<sup>11</sup> Health Care and Cost Containment in the European Union, red. E. Mossialos, J. Le Grand, Ashgate 1999.

wszystkich bez wyjątku państwach OECD<sup>12</sup> zmusiły je do wprowadzania reform zorientowanych na wzrost efektywności i redukcję kosztów<sup>13</sup>.

Wysiłki zmierzające do zwiększenia efektywności kosztowej świadczeniodawców podejmowane są w wielu krajach<sup>14</sup>, a stosowane środki i sposoby są zróżnicowane, począwszy od sposobu organizacji systemu świadczenia opieki zdrowotnej (model scentralizowanej czy zdecentralizowanej podaży świadczeń zdrowotnych<sup>15</sup>), a na wprowadzaniu nowych metod pomiaru kosztów i wyceny świadczeń zdrowotnych (Diagnosis Related Groups, Health Technology Assessment, Clinical Practice Guidelines)<sup>16</sup> kończąc.

Konstatując fakt wykorzystywania przez różne kraje rozmaitych podejść i narzędzi, można jednak wskazać na istnienie recepty stosowanej powszechnie, przez bez mała wszystkie kraje, czyli na poszerzanie zakresu działania mechanizmów rynkowych i wprowadzanie rozwiązań rynkowych w sektorze ochrony zdrowia, w tym głównie poprzez zwiększanie udziału sektora prywatnego (co budzi wśród niektórych badaczy silne emocje i wywołuje krytykę)<sup>17</sup>.

Rozwój sektora prywatnego w ochronie zdrowia obserwowany jest w większości państw UE<sup>18</sup> (w tym w Hiszpanii<sup>19</sup>, Bułgarii<sup>20</sup>, na Węgrzech<sup>21</sup>, w Chorwacji<sup>22</sup>) i w wielu innych, takich jak Indie i Chiny czy inne państwa azjatyckie<sup>23</sup>.

<sup>12</sup> J. Hartwig, What drives health care expenditure? – Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited, „Journal of Health Economics” 2008, No. 27, s. 603-623.

<sup>13</sup> B. McPake, L. Kumaranayake, C. Normand, Health Economics: An International Perspective, Routledge, London 2002.

<sup>14</sup> O nowych inicjatywach brytyjskiego rządu w tym zakresie piszą S. Asthana i A. Gibson, Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: A suitable model for the English NHS?, „Health Policy” 2011, No. 101, s. 133-139.

<sup>15</sup> Warto tu nadmienić, że analiza doświadczeń Norwegii, Włoch i Hiszpanii w tej kwestii bynajmniej nie potwierdziła intuicyjnej tezy o przewadze zdecentralizowanych systemów nad scentralizowanymi, patrz: I. Mosca, Is decentralisation the real solution? A three country study, „Health Policy” 2006, No. 77, s. 113-120.

<sup>16</sup> M. Perleth, E. Jakubowski, R. Busse, What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems, „Health Policy” 2001, No. 56, s. 235-250.

<sup>17</sup> Healthy markets? The new competition in health care, red. F.A. Peterson, Duke University Press, Durham NC 1998.

<sup>18</sup> C.R. Thompson, M. McKee, Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union, „Health Policy” 2004, No. 67, s. 281-291.

<sup>19</sup> M. Rodríguez, R.M. Scheffler, J.D. Agnew, An update on Spain's health care system: is it time for managed competition?, „Health Policy” 2000, No. 51, s. 109-131.

<sup>20</sup> M. Pavlova, W.Groot, G.van Merode, Public attitudes towards patient payments in Bulgarian public health care sector: results of a household survey, „Health Policy” 2002, No. 59, s. 1-24.

<sup>21</sup> P. Baji, M. Pavlova, L. Gulacsi, W.Groot, User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders, „Health Policy” 2011, No. 102, s. 255-262.

Dalszy rozwój sektora prywatnego rekomendowany jest<sup>24</sup> nawet w stosunku do efektywnych i wysoko ocenianych narodowych systemów opieki zdrowotnej, jakim na przykład jest duński system ochrony zdrowia<sup>25</sup>.

Jak podkreśla się w literaturze, w rezultacie takich działań lata 90. ubiegłego wieku były okresem, w którym obserwowano „...znaczną międzynarodową mobilizację wokół pomniejszania roli państwa w systemach ochrony zdrowia”<sup>26</sup>.

Interesujące, że rekomendacje dla poszerzania zakresu sektora prywatnego formułowane są nawet wtedy, kiedy podnosi się kwestie negatywnych konsekwencji wprowadzania mechanizmów rynkowych do systemów ochrony zdrowia, takich jak rosnące nierówności w dostępie do świadczeń, faktyczne limitowanie dostępu do świadczeń<sup>27</sup>, praca lekarzy na dwóch etatach<sup>28</sup>, ograniczanie szkoleń pracowników<sup>29</sup>, wprowadzanie opłat dokonywanych z kieszeni pacjentów itp.<sup>30</sup>.

### 3. Kierunki reform systemu ochrony zdrowia w Polsce

Ograniczoność łamów wymusza dokonanie bardzo skrótowego przedstawienia kierunków reform systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1990 roku<sup>31</sup>. Wśród działań reformatorskich można wskazać na następujące kierunki:

---

<sup>22</sup> L. Voncina, A. Dzakula, M. Mastilica, Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities, „Health Policy” 2007, No. 80, s. 144-157.

<sup>23</sup> Wprowadzenie na szeroką skalę prywatnego sektora do zdrowia dokonało się również w Wietnamie: K. Lönnroth, L.M. Thuong, P.D. Linh, V. Diwan, Risks and benefits of private health care: exploring physicians' views on private health care in Ho Chi Minh City, Vietnam, „Health Policy” 1998, No. 45, s. 81-97.

<sup>24</sup> R. Janssen, Evaluation of the organization and financing of the Danish health care system, „Health Policy” 2002, No. 59, s. 145-159.

<sup>25</sup> T. Christiansen, Summary of the SWOT panel's evaluation of the organisation and financing of the Danish health care system, „Health Policy” 2002, No. 59, s. 173-180.

<sup>26</sup> M.W. Uplekar, Private health care, „Social Science & Medicine” 2000, No. 51, s. 897.

<sup>27</sup> Dotyczyło to tak bogatych państw jak Niemcy: H. Brockmann, Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals, „Social Science & Medicine” 2002, No. 55, s. 593-608 czy Francja: P.-J. Lancry, S. Sandier, Rationing health care in France, „Health Policy” 1999, No. 50, s. 23-38.

<sup>28</sup> A. García-Prado, P. González, Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector, „Health Policy” 2007, No. 84, s. 142-152.

<sup>29</sup> S. Horton, The double burden on safety net providers: Placing health disparities in the context of the privatization of health care in the US, „Social Science & Medicine” 2006, No. 63, s. 2702-2714.

<sup>30</sup> D. Hall, Healthcare: rejection of privatisation and patient fees in Central Europe. PSIRU, London 2009, <http://www.psiru.org>, dostęp: 17.05.2011.

<sup>31</sup> Więcej na temat reform w ochronie zdrowia znaleźć można w: C. Włodarczyk, Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003;

- podobnie jak w większości krajów świata, reformy i zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce dokonywane były pod hasłami ograniczenia dynamiki wzrostu wydatków na ochronę zdrowia ze środków publicznych i poprawy jakości opieki zdrowotnej mierzonej m.in. poprawą dostępności do świadczeń zdrowotnych;
- do realizacji tych zamierzeń (podobnie jak w innych krajach) wykorzystano sektor prywatny, którego udział w ochronie zdrowia systematycznie się zwiększał (i nadal się zwiększa);
- reformy zdjęły z organów administracji państwowej odpowiedzialność za organizowanie, administrowanie i finansowanie świadczeń zdrowotnych;
- władze publiczne mają zdefiniowane zadania w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (z zadań państwa przedstawianych w punkcie 1 powyżej w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>32</sup> znajdujemy tylko tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz finansowanie – ale tylko w trybie i na zasadach określonych ustawą – świadczeń opieki zdrowotnej);
- powołana instytucja płatnika (najpierw regionalne kasy chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia – państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną) ma za zadanie przede wszystkim zarządzanie środkami finansowymi przeznaczonymi na finansowanie świadczeń zdrowotnych, określanie jakości i dostępności oraz analizę kosztów świadczeń. W znacznym zakresie otwarta pozostaje kwestia odpowiedzialności za organizowanie systemu ochrony zdrowia;
- wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego przeniosło (w praktyce) odpowiedzialność za dostęp do opieki zdrowotnej na obywateli (kryterium dostępu do świadczeń jest członkostwo w systemie ubezpieczeń i opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne). Historia osób pozostających poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i pozbawionych dostępu do świadczeń (osoby bezdomne, bez numerów PESEL itp.) pokazuje, że państwo zrezygnowało z pełnienia funkcji ubezpieczyciela;
- utworzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej miało na celu uczynienie ich bardziej odpowiedzialnymi za gospodarkę finansową. W warunkach ograniczeń finansowych po stronie płatnika (plan finansowy

---

W.C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.

<sup>32</sup> Dz.U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

- NFZ) i limitów wysokości kontraktów odpowiedzialność za równoważony budżet zmusza świadczeniodawców do ograniczania dostępu do świadczeń;
- wprowadzono opłaty od pacjentów za pobyt w zakładzie opiekuńczo-lecznym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej<sup>33</sup>;
  - udział wydatków prywatnych w całkowitych wydatkach na zdrowie jest w Polsce wysoki i wynosi blisko 1/3 całkowitych wydatków na zdrowie<sup>34</sup>;
  - trudności z dostępem do świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz niska jakość świadczeń oferowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej spowodowały transfer (a w zasadzie „wypychanie”) pacjentów do sektora prywatnego<sup>35</sup>. Niektóre rodzaje świadczeń zdrowotnych (na przykład stomatologia) oferowane są prawie wyłącznie przez prywatne praktyki lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i w znakomitej większości finansowane są z opłat wnoszonych przez pacjentów (co jest m.in. powodem częstej rezygnacji pacjentów z tych świadczeń)<sup>36</sup>.

#### 4. Reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce – perspektywy

Przyjęta Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej<sup>37</sup> nie zmienia kierunków nakreślonych we wcześniejszych etapach reformy systemu ochrony zdrowia, a niektóre z tendencji, na przykład poszerzanie zakresu mechanizmów rynkowych w sektorze ochrony zdrowia, wzmocniła poprzez

---

<sup>33</sup> Ibid., art. 18.

<sup>34</sup> Według szacunków Polskiej Izby Ubezpieczeń w 1999 r. wynosił on 35%, w roku 2006 33% i w roku 2011 również 33%. Za: Polska Izba Ubezpieczeń, Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków – kluczowe tezy i rekomendacje, <http://piu.org.pl>, dostęp: 18.05.2012.

<sup>35</sup> Z badania Diagnoza Społeczna 2011 wynika, że systematycznie od 2000 r. zwiększa się udział gospodarstw domowych korzystających z opieki zdrowotnej i pokrywających koszty świadczeń z własnej kieszeni (z 38% badanych gospodarstw domowych w 2000 r. do prawie 50% w 2011 r.). Najwięcej w 2011 r. kosztowało leczenie i badania ambulatoryjne: 500 PLN, a w dalszej kolejności był zakup leków (375 PLN). Tak zwane dowody wdzięczności, dzięki którym próbowano pozyskać lepszą lub szybszą usługę zdrowotną, to było średnio 311 PLN. Przeciętna opłata w szpitalu publicznym nie przekracza 300 PLN, za: Polacy oszczędzają głównie na dentystach, „Puls Medycyny” 2011, nr 17 (238), <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/drukuj/15173,polacy,oszcz%C3%84%20dzaj%C3%84%20,%C3%A2%20%C2%A8g%-C3%85%20%C3%83%C2%B3wnie>, dostęp: 23.05.2012.

<sup>36</sup> GUS, Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r., Warszawa 2011, s. 61.

<sup>37</sup> Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654.

wprowadzenie zapisu o konieczności przekształcania niektórych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe.

Dyskutowane w maju 2012 roku poprawki do Ustawy o działalności leczniczej, mające na celu umożliwienie świadczenia przez zakłady opieki zdrowotnej (głównie szpitale) usług odpłatnych na sprzęcie, który jest wykorzystywany do świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez NFZ, mogą być przykładem działań rządu zmierzających do poszerzenia stosowania mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia.

## Podsumowanie

Ewolucja polskiego systemu ochrony zdrowia doprowadziła do ograniczenia funkcji państwa w tym systemie, rezygnacji z funkcji ubezpieczyciela, przeniesienia znacznej części ryzyka na świadczeniodawców i pacjentów oraz zwiększenia finansowego udziału pacjentów w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych bez wprowadzenia rozwiązań – choć w części kompensujących pacjentom te ciężary<sup>38</sup>.

## GOVERNMENT AND MARKET IN THE POLISH HEALTH CARE: DIRECTIONS AND PERSPECTIVES

### Summary

The paper deals with the role of the state in the Polish health care sector. The goal of the paper is to show, that the state intervention in health care sector has been considerably reduced over the last twenty years by shifting certain risks to health care providers and patients and by forcing patients to obtain health services from private health care providers and by introducing copayments. This additional weight was neither compensated by tax concessions nor by any financial incentives. There is a ground to maintain that individual patients' obligations will be further strengthened and extended.

---

<sup>38</sup> Pomijane jest tu odliczenie składek na ubezpieczenia zdrowotne od podatku jako nieuwzględniające prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną.