



Pracodawcy RP

Rok założenia 1989



punkt widzenia Pracodawców RP

WYZWANIA W OBSZARZE FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE ZAGROŻEŃ DEMOGRAFICZNO- EPIDEMIOLOGICZNYCH

Warszawa | 2024

punkt widzenia Pracodawców RP

**WYZWANIA W OBSZARZE
FINANSOWANIA OPIEKI
ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE
ZAGROŻEŃ DEMOGRAFICZNO-
EPIDEMIOLOGICZNYCH**

AUTORZY

Zespół Doradców Prezesa Pracodawców RP
pod kierunkiem: prof. dr. hab. n. ekon. Jerzego Hausnera

Grupa robocza ds. zdrowia

Przewodniczący: prof. dr hab. n. med. Andrzej M. Fal

Eksperci:

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

dr n. ekon. Piotr Karniej (ekspert zewnętrzny)

prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja

prof. dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa (ekspert zewnętrzny)

dr n. med. Piotr Warczyński

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne	4
Wprowadzenie	5
Podstawowe kierunki wskazanych zmian w systemie opieki medycznej w Polsce	11
Kierunek: FINANSOWANIE I ORGANIZACJA	11
Kierunek: PROFILAKTYKA.....	12
Kierunek: KADRY	12
Propozycje szczegółowe – zawierają rozszerzenie lub doprecyzowanie szczególnie istotnych, z punktu widzenia pracodawców, kierunków działań	13
Ad. 1. Aktualizacja i merytoryczność wyceny świadczeń zdrowotnych	13
WNIOSKI I REKOMENDACJE	13
Ad. 3. Zmiana paradygmatu organizowania świadczeń medycznych	14
WNIOSKI I REKOMENDACJE	14
Ad. 4. Zmniejszenie docelowe finansowania hospitalizacji	15
WNIOSKI I REKOMENDACJE	16
Ad. 7. Zapewnienia dedykowanych środków na finansowanie profilaktyki zdrowotnej (w szczególności pierwotnej i wtórnej).....	17
WNIOSKI I REKOMENDACJE	18
Ad. 8. Zdefiniowanie i zagwarantowanie docelowej liczby pracowników medycznych.....	20
WNIOSKI I REKOMENDACJE – kadry część 1.....	22
Ad. 9. Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia medycznego	22
WNIOSKI I REKOMENDACJE – kadry część 2.....	23
Ad. 10. Włączenie lekarzy i pielęgniarek do służby medycyny pracy.....	23
WNIOSKI I REKOMENDACJE – kadry część 3.....	24
Kierunek dodatkowy: KONSULTANCI i WSPÓŁPRACA	25
Wyzwania w obszarze finansowania opieki zdrowotnej w kontekście zagrożeń demograficzno-epidemiologicznych	26

SŁOWO WSTĘPNE

Większość dyskusji o stanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce zdominowanych jest przez wskazywanie niskich nakładów finansowych na opiekę zdrowotną jako głównego, jeżeli nie jedyne go powodu zapaści tego systemu w naszym kraju. Patrząc zarówno w kontekście wielkości wydatków na jednego mieszkańca, jak i kwoty przeznaczanej na zdrowie w proporcji do PKB, rzeczywiście pozostajemy na jednych z najniższych miejsc zarówno w Unii Europejskiej, jak i w Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD; *Organization for Economic Co-operation and Development*).

Istotne, by wskazać, że zwiększenie finansowania, jakkolwiek duży i skądkolwiek płynący byłby to strumień pieniądza, nie rozwiąże systemowo problemów sektora zdrowia w Polsce. Istnieje szereg innych nieprawidłowości, które są mniej popularne w dyskusjach, bo wymagają dużo większej wiedzy o systemie i potrzebujących długo-płanowych, nierzadko skomplikowanych programów naprawczych.

Postaraliśmy się zdefiniować kilka z podstawowych zagadnień i zaproponować sposób ich naprawy, niekoniecznie z towarzyszącym istotnym wzrostem finansowania.

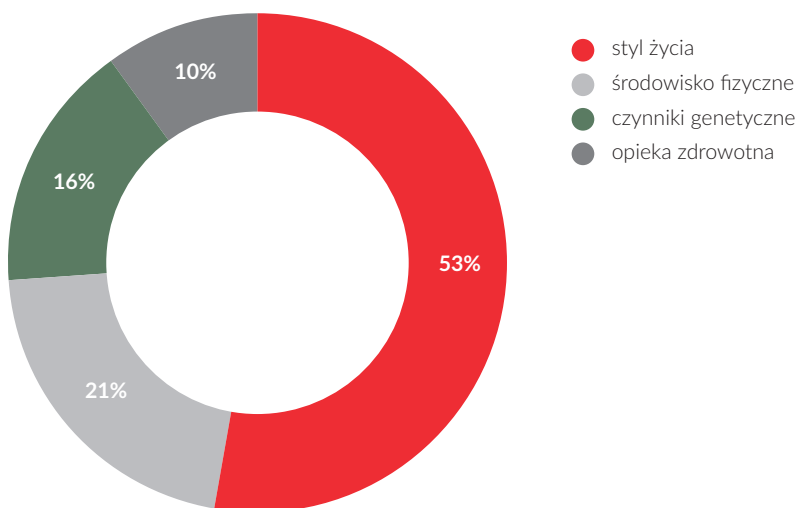
W imieniu grupy roboczej ds. zdrowia Pracodawców RP
Andrzej M. Fal



WPROWADZENIE

Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z najważniejszych mierników rozwoju społecznego i poziomu życia. Od dawna wiadomo, że liczba czynników odpowiadających za zdrowie społeczeństwa jest bardzo duża, praktycznie nieskończona. W podstawowych analizach uwzględnia się natomiast jedynie kilkanaście determinant zdrowia, z których cztery pozostają praktycznie stałe od kilku dekad i znane są jako pola zdrowia Lalonde'a.

RYCINA 1. Pola zdrowia Lalonde'a. Źródło: A. Kukielczak, Naukowe podstawy zdrowia publicznego, cyt. za: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosc/wszystkim-dzieciom-malym-i-duzym-zdrowia.html>

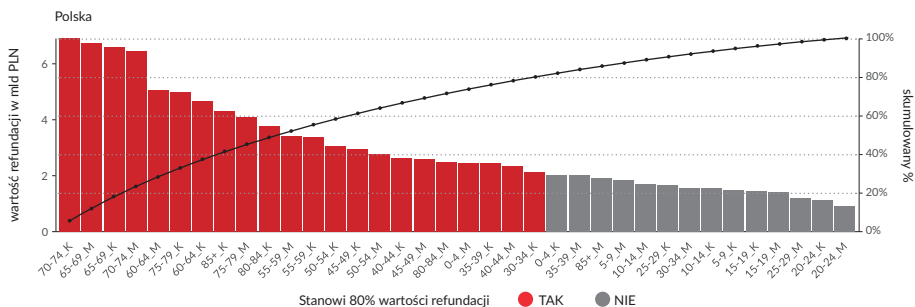


Choć całość medycyny naprawczej, czyli de facto ponad 90 proc. zasobów opieki zdrowotnej w państwach rozwiniętych odpowiada tylko za 10 proc. naszego zdrowia, to właśnie tutaj koncentrują się największe emocje oraz środki materialne. Owe 10 proc. jest obszarem określanym systemem opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę trendy demograficzne Europy i Polski, wraz ze wzrostem udziału w populacji osób powyżej 65 r.ż., wiadomo, że potrzeby w zakresie medycyny naprawczej oraz opieki długoterminowej będą rosły.

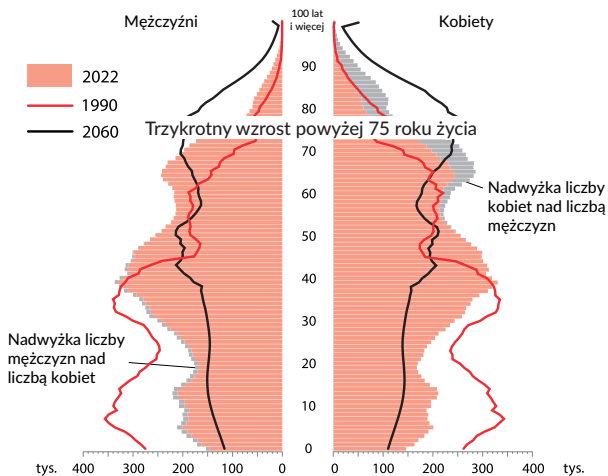
RYCINA 2. Rozkład wartości refundacji świadczeń i leków wg grup wiekowych i płci w 2022 roku.

Źródło: https://shiny.nfz.gov.pl/koszty_nfz



Ponadto należy uwzględnić, że dodatkowym czynnikiem presji jest fakt, iż Polska jest jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw. Będzie to wywoływało silną presję na budżet.

RYCINA 3. Piramidy wieku ludności w latach 1990, 2022 i prognoza na 2060 rok. Źródło: GUS, G. Szatyłs (red.), Sytuacja demograficzna Polski do 2022 r., Warszawa 2023, s. 32



W związku z powyższym konieczne jest podniesienie skuteczności systemu. Umownie można wskazać na trzy kluczowe elementy: technologia, organizacja-ewaluacja, kadry.

Szczególny potencjał tkwi w nowoczesnych technologiach (zarówno lekowych, jak i nielekowych), ale ich rozwój wymaga czasu i inwestycji. Co do zasady, w analizie krótkoterminowej istotnym czynnikiem kosztotwórczym są inwestycje. Jednakże są one i powinny być nadal realizowane w ciągu kolejnych lat. Inwestycje to jedna z podstawowych reakcji systemu na dynamicznie rosnące potrzeby zdrowotne i równolegle występujące braki kadrowe.

Kolejnym sposobem na poprawę skuteczności i efektywności opieki, generującym niższe nakłady i krótszy horyzont realizacji w stosunku do rozwoju technologii, jest optymalizacja organizacji oraz pełniejsze wykorzystanie mechanizmów monitorowania parametrów systemu (w tym jakości) jako elementu jego optymalizacji.

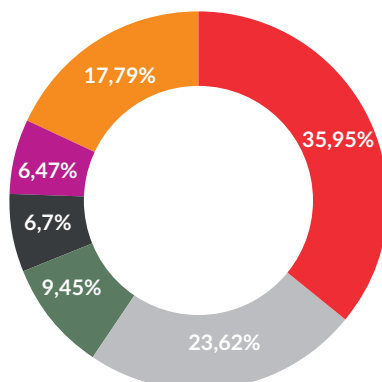
Kształcenie nowych kadr wyspecjalizowanych w zakresie zarządzania i administrowania systemem opieki zdrowotnej oraz ustawiczne kształcenie na każdym poziomie administrowania i zarządzania jest trzecim filarem pozytywnych zmian. W każdym z zakresów konieczne jest stałe monitorowanie efektu wdrażanych zmian w relacji do nakładów ponoszonych na te cele.

Dotychczasowe finansowanie systemu skupiającego się na medycynie naprawczej marginalizuje rolę profilaktyki. Ignoruje fakt, iż w ponad 50 proc. zdrowie społeczeństwa determinuje styl życia. Podejście takie działa zarówno na niekorzyść zdrowia, jak i na niekorzyść finansów publicznych. Skutkiem tego jest narastająca liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi (NCDs; non-communicable diseases), które w krajach Europy stanowią obecnie podstawową przyczynę przedwczesnych zgonów, przedwczesnych odejść z rynku pracy i długotrwałych hospitalizacji czy zwolnień lekarskich. Chorobom tym moglibyśmy zapobiegać poprzez skuteczną profilaktykę na każdym etapie i szybsze, skuteczniejsze i de facto tańsze leczenie. Poprawiłoby to zarówno wskaźniki jakościowe, jak i ekonomiczne ewaluacji systemu opieki zdrowotnej.

RYCINA 4.

Liczba i udział zgonów wg przyczyn w 2022 roku. Źródło: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gus-i-nfz/>

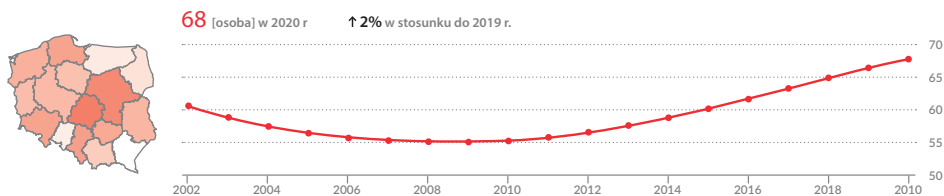
- I00-I99 Choroby układu krążenia
- C00.0-D48.9 Nowotwory
- R00.0-R99 Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej
- J00-J99.8 Choroby układu oddechowego
- U07 COVID-19
- Pozostałe



Ponadto, w kontekście zmian demograficznych i wciąż pogarszającego się wskaźnika obciążenia demograficznego NCDs zmniejszają odsetek osób aktywnych zawodowo (z powodu choroby/niepełnosprawności własnej lub osoby znajdującej się pod opieką).

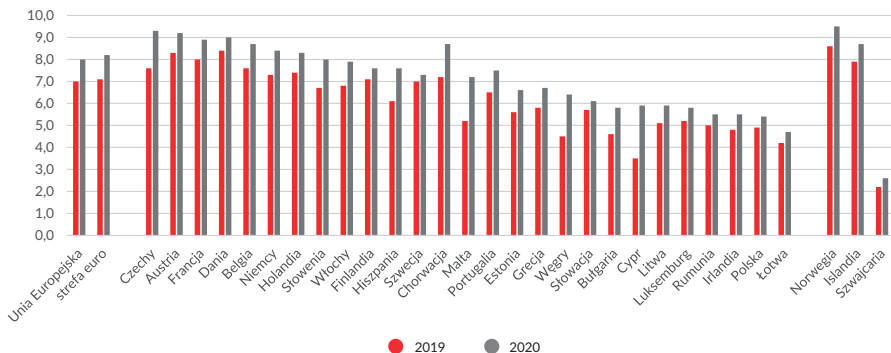
RYCINA 5. Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym.

Źródło: <https://bankdanych.io/362,wskaznik-obciazenia-demograficznego>



Inwestycje w zdrowie obywateli to zobowiązanie państwa, które w różny sposób jest realizowane. Najbardziej „hojne” kraje przeznaczają 8-10% PKB, do czego dochodzą wydatki prywatne obywateli. Ponieważ w Unii Europejskiej opieka zdrowotna w większości finansowana jest ze środków publicznych (co do zasady w mechanizmie Bismarcka lub Beveridge’a). Biorąc pod uwagę stan finansów publicznych większości państw członkowskich, wysoce prawdopodobne jest, że będą one poszukiwały sposobów raczej na redukcję lub przynajmniej utrzymanie kosztów ochrony zdrowia. W Polsce, ponieważ nakłady te są istotnie niższe niż w większości krajów, wzrost nakładów prawdopodobnie nastąpi. Zagwarantowany w „ustawie 7%” systematyczny przyrost środków finansowych na sektor opieki zdrowotnej jest ważnym wsparciem, ale nie będzie to remedium na wszystkie problemy systemu.

RYCINA 6. Wydatki sektora instytucji rządowych i samorządowych na zdrowie. Źródło: EUROSTAT



Z punktu widzenia potrzeb rynku pracy i wyzwań pracodawców konieczne jest uwzględnienie w ekonomice zdrowia zarówno kosztów bezpośrednich, jak i pośrednich. W większości analiz brane są jednak pod uwagę jedynie koszty bezpośrednie. Rzetelne podejście wymaga analizy z uwzględnieniem kosztów pośrednich, którymi w sposób szczególny są dotknięci pracodawcy. Są to między innymi prezentyzm, absenteizm, fluktuacje zatrudnienia generujące chociażby konieczność szkolenia nowych pracowników.

Oprócz wymienionych wcześniej trzech filarów pozytywnych zmian (jakość, sprawność medyczna i ekonomiczna oraz kadry) to poprawa dostępności do świadczeń jest kolejnym elementem – w wielu przypadkach dla pacjenta podstawowym – w ocenie efektywności działania systemu. Dostępność mierzona jest w trzech wymiarach:

- 1) geograficznym, polegającym na ocenie równomierności dostępu do świadczeń kluczowych dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych na całym ocenianym obszarze (np. całego kraju);
- 2) merytorycznym, oznaczającym dostęp do świadczeń we właściwym czasie i na właściwym poziomie jakości zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej;
- 3) ekonomicznym, oznaczającym brak bariery cenowej (finansowej) każdego z uprawnionych w dostępie do usługi na dowolnym poziomie, w tym wysoko specjalistycznym.

Dostępność analizowana według powyższych wskaźników jest czułym parametrem oceny sprawności systemu. Zmniejszona dostępność w którymkolwiek wymiarze skutkuje pogłębiającymi się różnicami w stanie zdrowia, poziomie rozwoju lokalnych rynków usług zdrowotnych oraz dysproporcją regionalną kosztów bezpośrednich i pośrednich. Jest to strategia, w której tracą pacjent i jego rodzina, traci pracodawca ponoszący koszty niezdolności do pracy, traci także państwo, stając z jednej strony pod presją na wzrost nakładów, a z drugiej – w obliczu obniżenia przychodów z PIT, CIT, składek ZUS.

W dyskusjach na temat wydolności systemu opieki zdrowotnej najczęściej używane są dwa schematy przypadków, którym odpowiadają przykłady:

- a) pacjent oczekuje na operację, a następnie na rehabilitację po operacji kolana, w tym czasie przebywa 6-8 miesięcy na zwolnieniu;
- b) pacjent co miesiąc dojeżdża do dużego miasta na odczulanie, ponosząc koszty biletu, zwolnienia w pracy itp.

RYCINA 7. Zestawienie kosztów pracodawców z powodu absencji i wynagrodzeń chorobowych oraz wypłat zasiłków chorobowych z ZUS w latach 2021-2022. Źródło: <https://www.prawo.pl/kadry/zwolnienia-lekarskie-ile-placa-pracodawcy-i-zus,520317.html>

Według danych MRiPS, w 2021 r. pracodawcy wypłacili wynagrodzenia z funduszy zakładów pracy za 95 830,4 tys. dni absencji, a w 2022 r. – za 98 175,1 tys. dni. Przeciętna dzienna wysokość wynagrodzenia chorobowego finansowanego z funduszy zakładów pracy wyniosła w 2021 r. – 101,74 zł, w 2022 r. – 111,08 zł. Oznacza to, że w samym tylko 2022 r. na wynagrodzenia chorobowe pracodawcy wydali prawie 11 mld zł.

Natomiast Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłacił zasiłki chorobowe, finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w 2021 r. za 154 083,8 tys. dni absencji, a w 2022 r. – za 140 968,2 tys. dni. Przeciętna zaś dzienna wysokość zasiłku chorobowego finansowanego z FUS sięgnęła w 2021 r. – 95,90 zł, a w 2022 r. – 103,44 zł.

Dyskusje o niedomaganiu opieki zdrowotnej w Polsce, wysokości nakładów, wycenie świadczeń, podziale kompetencji, miejscu profilaktyki wśród priorytetów zdrowotnych trwają nieprzerwanie od 1989 roku. W większości nie są to debaty konstruktywne, wskazuje się w nich bowiem najczęściej na te same błędy. Ponadto szczególnie w okresach okołowyborczych przypominają one poszukiwania kozła ofiarnego i obławę. Przypisać zatem można, iż zarządzanie opieką zdrowotną w Polsce odbierane było przez kolejne rządy jako niewygodna konieczność.

Zrównoważenie systemu ochrony zdrowia jest warunkiem poprawy stanu zdrowia Polaków. Co istotne, wzrost kapitału zdrowia przetoży się na potencjał rozwoju gospodarczego i ograniczy ryzyko regresu cywilizacyjnego. W najlepiej pojętym interesie Pracodawców RP jest zatem podjęcie działań w kilku kluczowych obszarach determinujących realne zwiększenie skuteczności promowania, odtworzenia i utrzymania zdrowia pracowników oraz ich najbliższych. Celem jest zmniejszenie negatywnych skutków starzenia się polskiego społeczeństwa i przeciwdziałanie zagrożeniom na rynku pracy.

Dokument niniejszy wskazuje podstawowe, naszym zdaniem, kierunki, które mają najistotniejszy wpływ na bieżący i przyszły stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Ponieważ, jak wskazano powyżej, szczególne zwiększenie finansowania uważamy za mało prawdopodobne na obecnym etapie, dokument skupia się przede wszystkim na kwestiach struktury systemu i bardzo szeroko rozumianym problemie kadr oraz profilaktyce opartej na modelach pokoleniowych.

PODSTAWOWE KIERUNKI WSKAZANYCH ZMIAN W SYSTEMIE OPIEKI MEDYCZNEJ W POLSCE

Kierunek: FINANSOWANIE I ORGANIZACJA

Finansowanie

1. **Aktualizacja i merytoryczność wyceny świadczeń zdrowotnych:** zapewnienie w zawieranych kontraktach na świadczenia medyczne obowiązkowej aktualizacji wycen w oparciu o wskaźnik inflacji i dodatkowe wydatki podmiotów leczniczych (związane z ustawowym zwiększaniem wynagrodzeń, nowymi obowiązkami wynikającymi z nowelizacji ustaw, czy dodatkową delegacją obowiązków).
2. **Realne zwiększenie publicznych nakładów** na świadczenia zdrowotne do poziomu co najmniej średniej OECD (9%), poprzez wprowadzenie mechanizmu uzupełniania systemu składek zdrowotnych np. środkami pochodzącymi z budżetu państwa. Zwiększenie powinno nastąpić w tzw. drugim kroku – po wprowadzeniu zmian z poniższych punktów dotyczących organizacji i jakości (ad. 3 i 4). Alternatywnie wcześniej należy wprowadzić dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne (DUZ) – komplementarne i suplementarne; z możliwą ulgą podatkową w stopniu opłacalnym dla systemu.

Organizacja i jakość

3. **Zmiana paradygmatu organizowania świadczeń medycznych** poprzez włączenie samorządu województwa (wzorem takich krajów jak Niemcy, Hiszpania, Francja). Zwiększenie regionalizacji zakresu świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenia wpływu samorządów lokalnych w tej kwestii.
4. **Zmniejszenie docelowe finansowania hospitalizacji** na łóżkach ostrych poniżej 37-38% budżetu NFZ.
5. **Alokowanie części świadczeń** obecnie realizowanych w ramach hospitalizacji pełnej do świadczeń jednodniowych. Jednocześnie przekształcenie nadmiaru łóżek ostrych (uwzględniając współczynniki obłożenia łóżek na położnictwie

i ginekologii) w tóżka długoterminowe i opiekuńcze. Uwzględnienie projekcji efektu demograficznego.

6. **Rozwój systemu oceny jakości i efektywności** alokacji zasobów jako warunku wzrostu wydajności systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Kierunek: PROFILAKTYKA

7. **Zapewnienie dedykowanych, długoterminowych i co najmniej niemalejących środków na finansowanie profilaktyki zdrowotnej** (w szczególności pierwotnej i pierwszorzędowej). Profilaktyka jest ekonomicznie i medycznie najskuteczniejszym sposobem poprawy zdrowotności społeczeństwa. Jest jednak inwestycją o czasie zwrotu ponad 10 lat. Element ten powinien być realizowany przez ministrów odpowiedzialnych za zdrowie, edukację i sport.

Kierunek: KADRY

8. **Zdefiniowanie docelowej liczby pracowników medycznych** we wszystkich zawodach medycznych. Wprowadzenie i monitorowanie polityki ustalania limitów rekrutacyjnych dla uczelni w oparciu o posiadane zasoby (głównie w zakresie dostępnej kadry dydaktycznej, infrastruktury) oraz oczekiwanej alokacji pracowników medycznych w różnych regionach kraju. Mechanizmy zachęt regionalnych (ad. 3).
9. **Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia medycznego** poprzez obligatoryjne pozytywne opinie Polskiej Komisji Akredytacyjnej dla wszystkich kierunków medycznych nauczanych we wszystkich typach szkół wyższych (zarówno podległych ministrowi właściwemu ds. zdrowia, jak i ministrowi właściwemu ds. nauki).
10. **Włączenie lekarzy i pielęgniarek służby medycyny pracy** w struktury uprawnionych do realizowania części świadczeń w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, tj. kierowania do konsultacji specjalistycznych, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej finansowanej ze środków publicznych, profilaktyki zdrowotnej realizowanej w ramach programów NFZ. Wykorzystanie ich potencjału w procesie opieki podstawowej nad pracownikiem i jego rodziną.

PROPOZYCJE SZCZEGÓŁOWE

- ZAWIERAJĄ ROZSZERZENIE LUB DOPRECYZOWANIE SZCZEGÓLNIIE ISTOTNYCH, Z PUNKTU WIDZENIA PRACODAWCÓW, KIERUNKÓW DZIAŁAŃ

Ad. 1. Aktualizacja i merytoryczność wyceny świadczeń zdrowotnych

Szpitala w Polsce funkcjonują w większości na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), w których poziomy finansowania ustalone są na początku trwania tych umów, natomiast o ewentualnych zmianach wysokości wycen decyduje wyłącznie płatnik. Od wielu lat kontrakty szpitali są przedłużane, nie organizuje się konkursów ofert, a więc wyceny obecnie obowiązujące oraz metodyka ich ustalania pochodzą nawet sprzed dekady. Taki stan rzeczy nie może być nadal akceptowany, bo jest jednym z podstawowych czynników nieoptymalności wielu procedur, szczególnie w lecznictwie zamkniętym.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

- a) Konieczne jest stworzenie nowych wycen świadczeń zdrowotnych uwzględniających wzrost kosztów stałych utrzymania infrastruktury, wartości odtwórcze (np. amortyzację) majątku jednostek świadczeniodawców. Algorytm wyceny powinien także uwzględniać realną cenę pracy zarówno zawodów medycznych, jak i niemedycznych zatrudnianych przez świadczeniodawców.
-
- Wyceny świadczeń na podstawie umowy z płatnikiem publicznym powinny być wyposażone – na wzór ustawy prawo zamówień publicznych – w automatyczny i niepodlegający kwestionowaniu (np. przez NFZ) wskaźnik wzrostu wartości, zbieżny co najmniej ze wskaźnikiem inflacji.
 - W przypadku jakiegokolwiek interwencji ustawodawcy w strukturę wynagrodzeń podmiotów leczniczych (np. ustawowe zobowiązanie do regulowania wynagrodzeń, stawki podatków, obciążeń pracodawców) wartość wyceny świadczeń powinna być waloryzowana adekwatnie. W przeciwnym razie de facto obniża to do zmniejszenia dostępności do świadczeń czy ograniczenia działalności leczniczej.
-
- b) Rekomendujemy zakończenie realizowania odrębnych polityk na tym samym obszarze przez samorząd i Ministerstwo Zdrowia (czy de facto NFZ).

Ad. 3. Zmiana paradygmatu organizowania świadczeń medycznych

W organizacji systemu opieki zdrowotnej najistotniejszą rolę powinny pełnić samorządy, a nie system centralny. Ponad 90 proc. szpitali jest własnością samorządów. W ramach tej samej organizacji dyrektorzy tych szpitali zarządzają większością AOS (ambulatoryjną opieką specjalistyczną) w regionie, a POZ (podstawowa opieka zdrowotna) jest zorganizowany po połowie publicznie lub prywatnie. System samorządowy jest najbliższy obywatelowi, najłatwiej rozliczany w razie niepowodzeń. Obywatele bardziej ufają władzom samorządowym niż wszystkim dotychczasowym rządowi centralnym. Samorządy są bliżej ludzi, lepiej znają lokalne potrzeby i oczekiwania, a w razie niepowodzeń są rozliczane.

Żaden centralny system nie uwzględnia w zadawalającym stopniu potrzeb lokalnych, nawet wojewódzkich, a co dopiero powiatowych czy gminnych. Rozwiązania takie nieuchronnie dążą do systemu nakazowo-rozdzielczego. Wszystkie centralne systemy podlegają naciskom politycznym. Tymczasem to obywatelska świadomość powinna decydować o ocenie systemu opieki zdrowotnej. Trzeba podkreślić, że to nie polityka, ale praktyka, czyli rzeczywista potrzeba zobrazowana i realizowana w zgodzie z mapami potrzeb zdrowotnych, przekłada się na zadowolenie i satysfakcję lokalnej społeczności.

Codziennieścią pacjenta nie są ośrodki wysokospecjalistyczne, ale te znajdujące się najbliżej miejsca zamieszkania. Są one najbliższe także „sercu”, bowiem pacjent zna swoich lekarzy, pielęgniarki, dyrektorów i innych profesjonalistów ochrony zdrowia, którzy biorą udział w codziennym życiu lokalnych społeczności. Ze złej realizacji zadań znacznie łatwiej obywatelom w kolejnych wyborach rozliczyć samorząd niż władze centralne, ale być może to jeszcze jeden powód do planowanych zmian.

Samorządowe systemy ochrony zdrowia funkcjonują w dużej części krajów, które bierzemy za wzór dobrego funkcjonowania opieki zdrowotnej. System taki wdrożyła prawie cała Skandynawia – Szwecja, Dania, Norwegia, a także południe Europy – Włochy, Hiszpania, Portugalia, w pewnym zakresie również Niemcy, gdzie landy zachowują ogromną samodzielność, a nawet budżetowa Wielka Brytania, która ma odmienne systemy w Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

- a) NFZ mógłby zostać „przekształcony” w urząd nadzoru nad publicznym systemem opieki zdrowotnej, a środki finansowe – podobnie jak dotychczas – mogłyby być zgodnie z algorytmem rozdzielane na samorządy województw. Samorządy wojewódzkie otrzymywałyby odpowiednie finansowanie w ramach odpowiedzialności za organizację i finansowanie systemu opieki zdrowotnej.

Oczywistym jest, że samorządy wojewódzkie – aby zapewnić należyte funkcjonowanie – przejęłyby w swoje struktury wojewódzkie oddziały NFZ.

- b) Lecznictwo na wyższych poziomach, czyli w instytutach oraz szpitalach klinicznych, byłoby finansowane dodatkowo ze środków budżetowych Ministerstwa Zdrowia, co w znaczący sposób podniosłoby współczynnik środków PKB przeznaczanych na zdrowie.
- c) Rola Ministerstwa Zdrowia powinna zostać uzupełniona o zgłaszanie do Parlamentu projektów nowelizacji lub nowych aktów prawnych dotyczących organizacji i finansowania największego zadania każdego systemu ochrony zdrowia publicznego w obszarach zdrowego stylu życia, profilaktyki i badań przesiewowych.

Ad. 4. Zmniejszenie docelowe finansowania hospitalizacji

Liczba łóżek szpitalnych w Polsce w ostatnich latach sukcesywnie malała. W 2017 roku GUS podawał, że w Polsce 957 szpitali dysponowało 187 tys. łóżek. W roku 2020 liczba szpitali zmalała do 898, a liczba łóżek do 167,8 tys. Za rok 2021 GUS podaje, że szpitalnych łóżek (zarówno ostrych, jak i przewlekłych) było ok. 210 tys. Zwracają uwagę skokowe zmiany w wartościach, niemające pełnego uzasadnienia. Centrum e-Zdrowia (d. Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia) szacuje, że łóżek zabiegowych jest w Polsce ok. 26 proc., zaś zachowawczych ok. 74 proc.

Kilka łóżek więcej lub mniej to dla szpitala żaden problem, ale w skali kraju, uwzględniając zasoby płatnika publicznego, staje się to jednym z kluczowych problemów w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego. Pomimo wielu prób zmiany, główny ciężar opieki zdrowotnej w Polsce nadal spoczywa na opiece szpitalnej. Istotnymi czynnikami odpowiadającymi za niepowodzenie prób zmniejszenia roli lecznictwa szpitalnego są między innymi:

- błąd z 1999 roku polegający na rozdrobnieniu podmiotów tworzących
- oraz dodatkowa rola szpitala jako często największego pracodawcy w społeczności lokalnej.

Dostępne szacunki są obarczone bardzo istotnym marginesem błędu, ponieważ na poziomie szpitali nie są prowadzone żadne formalne raportowania w tym zakresie. Z drugiej strony, w Polsce występuje znaczny niedobór świadczeń medycznych udzie-

lanych w trybie jednodniowym. W dużej mierze przyczyną tego stanu rzeczy jest deficyt miejsc, w których można udzielać tego rodzaju świadczeń. Ich katalog w NFZ jest krótki, zaś wycena zdecydowanie zaniżona, co sprawia, że świadczenia medyczne udzielane w trybie jednodniowym są zupełnie nieoptyczne dla świadczeniodawcy. Pragmatyzm zatem nakazuje hospitalizację pacjentów.

Dominacja leczenia stacjonarnego przyczynia się do złej alokacji zasobów i kapitału ludzkiego. Obniża efektywność ich wykorzystania. Konsekwencją złej alokacji i niskiej efektywności jest pogłębianie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, ograniczony dostęp do świadczeń, w tym diagnostyki (mimo zniesienia limitowania AOS), ale przede wszystkim marnotrawstwo deficytowego kapitału ludzkiego.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

- a) Docelowe finansowanie hospitalizacji na łóżkach „ostrych” musi być poniżej 37-38 proc. budżetu NFZ.

- b) Niezbędna jest restrukturyzacja „ostrych” łóżek szpitalnych. Można by jej dokonać przez dobrze skonstruowaną sieć szpitali w oparciu o uaktualniane mapy potrzeb zdrowotnych. Dotychczas jednak w ustawie zostały określone kryteria wejścia do sieci, które nie wynikają z map.

- c) Redukcji szpitalnych łóżek „ostrych” musi towarzyszyć alokacja obowiązków, procedur i personelu do innych struktur opieki zdrowotnej. Konieczne są zatem poniżej wymienione działania.
 - Wspieranie rozwoju opieki koordynowanej w POZ. Na tym poziomie systemu powinna koncentrować się opieka na całą populację ze szczególnym naciskiem na profilaktykę, wczesną diagnostykę i leczenie chorób przewlekłych. Ważnym elementem nowoczesnego POZ powinna być opieka domowa.
 - Wspieranie rozwoju opieki farmaceutycznej w ścisłej współpracy z POZ i AOS.
 - Utworzenie większej liczby łóżek długoterminowych i opiekuńczych, co wynika ze zmian demograficznych.
 - Poszerzenie katalogu procedur jednodniowych i ich adekwatna wycena. Dotychczasowy wzrost wydatków na ochronę zdrowia nie idzie w parze ani ze zwiększeniem dostępu, ani ze zmniejszeniem nierówności w korzystaniu

z usług zdrowotnych czy lepszym wykorzystaniem zasobów albo poprawą skuteczności opieki i doświadczeń pacjentów. Racjonalizowanie wykorzystania zasobów i optymalizowanie procesów wymagają stałej ewaluacji i monitorowania zarówno na poziomie pojedynczych placówek, regionów, jak i państwa. Na przykład wiedza na temat stopnia realizacji zadań, do których zobowiązuje się świadczeniodawca w relacji do innych uczestników rynku jest informacją wspierającą, mobilizującą do modyfikacji przyjętych rozwiązań.

-
- d) Regulator posiada potężny zasób danych, które powinny być dostarczane świadczeniodawcom w postaci analiz benchmarkowych.

Ad. 7. Zapewnienia dedykowanych środków na finansowanie profilaktyki zdrowotnej (w szczególności pierwotnej i wtórnej)

W Polsce nie ma kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej obejmującego planowanie działań, nadzór nad ich realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów. Dostęp do świadczeń profilaktycznych należy ocenić jako niewystarczający. Niektóre regiony są odcięte od profilaktycznych badań przesiewowych, a na obszarach, gdzie takie możliwości są, problemem jest zazwyczaj niski poziom zgłaszalności pacjentów na badania. W efekcie badaniami profilaktycznymi objęwana jest ograniczona liczba pacjentów, która nie przekracza nawet połowy uprawnionych do skorzystania z badań przesiewowych.

W społeczeństwach państw rozwiniętych coraz więcej jest chorób cywilizacyjnych, które występują w nich powszechnie. Przyczyną ich rozwoju oraz rozprzestrzeniania jest postęp współczesnej cywilizacji. Istotnym narzędziem poprawy sytuacji zdrowotnej i ograniczenia negatywnych skutków tych chorób dla społeczeństwa są działania profilaktyczne. W ich efekcie możliwe jest uniknięcie chorób, zahamowanie progresji lub ograniczenie ich skutków.

Plan finansowy NFZ na 2023 rok przewiduje finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych realizowanych ze środków własnych na kwotę 413.623 tys. zł (0,25% wydatków) i w kwocie 8.649 tys. zł (0,00525% wydatków) z przeznaczeniem na programy polityki zdrowotnej realizowane na zlecenie. Zauważyć trzeba, że nie wszystkie programy polityki zdrowotnej polegają wyłącznie na prewencji pierwszej i drugorzędowej. W większości zawierają one także komponent interwencji medycznej (terapeutycznej i farmakologicznej). Tym samym wydatki publiczne NFZ na profilaktykę zdrowotną są na nieakceptowalnie niskim poziomie, bowiem jako takie nie mają szansy wpłynąć na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

RYCINA 8. Piramida skutecznej profilaktyki zdrowotnej. Oprac. własne



Skuteczna profilaktyka zdrowotna musi być realizowana od wczesnego dzieciństwa, aby zwiększyć skuteczność zapobiegania rozwojowi chorób oraz prawdopodobieństwo utrzymania pełnego zdrowia (profilaktyka pierwotna, czyli edukacja zdrowotna). W Polsce natomiast znacząco pogarsza się kondycja fizyczna dzieci i młodzieży, gdzie 88 proc. z nich nie potrafi wykonać przewrotu w przód, 74 proc. nie potrafi koźlować, a 50 proc. skakać przez skakankę. Niska aktywność fizyczna jest między innymi źródłem narastającej fali nadwagi i otyłości, która dotyka ponad 35 proc. dzieci, a u prawie 17 proc. z nich rozwinęła się choroba otyłościowa. Ponadto u 19 proc. badanych stwierdzono nadciśnienie, a u prawie 50 proc. młodzieży powyżej 14 r.ż. zdiagnozowano ryzyko depresji. Powyższe przytoczone dane epidemiologiczne wskazują, że tracimy kontrolę nad stanem zdrowia najmłodszego pokolenia obywateli.

Profilaktyka prowadzona w oparciu o działania podejmowane przez lekarzy POZ i wykonywanie badań przesiewowych to bardzo ważna kontynuacja profilaktyki pierwotnej (profilaktyka pierwszo- i drugorzędowa). Ma to na celu szybkie wykrycie istniejącej już choroby, aby zwiększyć skuteczność leczenia oraz uzyskać pozytywny wpływ na pacjenta, który dokona prozdrowotnej zmiany w swoim stylu życia.

WNIOSKI I REKOMENDACJE:

- a) Rozproszone budżety centralne i samorządowe przeznaczone na profilaktykę powinny być zintegrowane i alokowane w oparciu o algorytm podziału środków na poziom województwa i powiatu. Minimalna kwota przeznaczona na ten cel powinna być określona (np. w stosunku do budżetu płatnika publicznego) i indeksowana inflacyjnie.
-
- b) Dodatkowo należy zmienić ustawę o zdrowiu publicznym, poprawić koordynację i finansowania zdrowia publicznego, w szczególności profilaktyki i promocji zdrowia, np. poprzez dedykowany Fundusz Zdrowia Publicznego (FZP) tworzonego z części akcyzy i innych opłat nakładanych na produkty i substancje negatywnie oddziałujące na stan zdrowia.
-
- c) W ten sposób należy zapewnić 3-5 proc. wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne w ogóle wszystkich wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia w Polsce. Środki z FZP powinny być dystrybuowane do JST w oparciu o algorytm podziału środków, uwzględniający strukturę demograficzną populacji i czynniki ryzyka.
-
- d) Rekomenduje się istotne zwiększenie roli profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w obszarach niezakaźnych chorób cywilizacyjnych, uzależnienia od nikotyny, zdrowego stylu życia. W tym celu bardzo ważne jest zapewnienie finansowania zatrudnienia osób dedykowanych prowadzeniu profilaktyki zdrowotnej (profilaktyk jako zawód medyczny został przyjęty ustawą o niektórych zawodach medycznych, Dz.U.2023.1972), szczególnie w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, samorządach lokalnych wszystkich szczebli, inspekcji sanitarnej.
-
- e) Konieczne jest opracowanie kompleksowego programu profilaktyki, przyjęcie strategii zorientowanej na profilaktykę u dzieci i młodzieży, której fundamentem powinna być nowoczesna medycyna szkolna, z włączeniem kilku resortów, jak: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji i Nauki, Ministerstwo Sportu.
-
- e) W tym celu w każdej szkole powinna być zatrudniona pielęgniarka szkolna lub higienistka szkolna, a w programie nauczania powinna zostać wprowa-

dzona co najmniej jedna godzina w tygodniu dotycząca edukacji zdrowia („Godzina dla zdrowia”). System bilansu szkolnego powinien być zintegrowany z systemem POZ. Kluczowe dane populacyjne powinny być udostępnione samorządowi lokalnemu, w celu projektowania działań w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia adekwatnych do potrzeb danej szkoły i gminy.

Ad. 8. Zdefiniowanie i zagwarantowanie docelowej liczby pracowników medycznych

Pod względem liczby lekarzy Polska znajduje się poniżej średniej europejskiej, ale w dużej grupie państw o podobnym wskaźniku, co oznacza, że statystycznie braki kadrowe w tym zakresie nie powinny istnieć. Niestety nakłada się na to także niska liczba pielęgniarek i pracowników innych zawodów medycznych. Zarówno pacjenci, jak i osoby zarządzające sektorem opieki zdrowotnej zwracają uwagę, że problemem polskiego systemu ochrony zdrowotnej jest łączny niedobór lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, dietetyków i innych profesjonalistów medycznych pracujących w sektorze publicznym. Ponadto z powodu braku pracowników wspomagających (np. osób prowadzących sekretariaty medyczne czy asystujących specjalistom wykonującym zawody medyczne) czas pracy lekarzy, pielęgniarek i innych osób z wykształceniem medycznym jest często poświęcany na inne niż zawodowe czynności jak administracja bieżąca czy sprawozdawczość. Przeciążenie pracowników wykonujących zawody medyczne przekłada się bezpośrednio na rosnące w tej grupie zjawisko wypalenia zawodowego i zmniejszenie satysfakcji z pracy zawodowej.

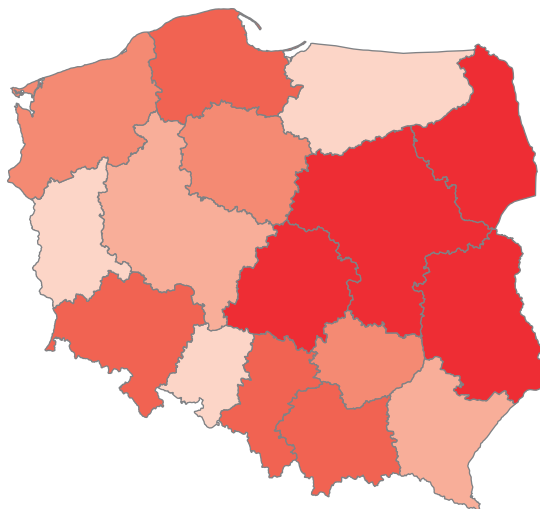
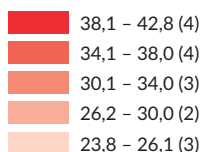
Istotnym problemem jest też geograficzne rozmieszczenie kadr medycznych, co przekłada się na względny nadmiar lekarzy, pielęgniarek i innych profesjonalistów w aglomeracjach miejskich oraz ich znaczny niedobór w małych miastach i wsiach. Ponieważ większość statystyk prowadzonych jest w oparciu o rejestry izb (np. lekarskich), dane przedstawiają najczęściej liczbę osób z aktualnym prawem wykonywania zawodu, ale część z nich to osoby będące na emeryturze czy pracujący w sektorze prywatnym, którzy jedynie udzielają świadczeń jako konsultanci w niepełnym wymiarze czasu lub jako lekarze dyżurni. Zmniejsza to rzeczywistą liczbę lekarzy („lekarzogodzin”) dostępną dla pacjenta.

RYCINA 9.

Liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg województw w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców – stan na 31.12.2022 r. Źródło: GUS

Polska = 35,1

Na 10 000 mieszkańców



Kryteria dostępności do świadczenia finansowanego ze środków publicznych są generowane przez zestawienie trzech poniższych kryteriów dostępności:

- dostępność czasowa (dostępność warunkowana wielkością kolejki),
- dostępność geograficzna (dostęp w małej miejscowości do specjalisty jest bardzo różny od dostępu w dużym mieście),
- dostępność finansowa (dotyczy zarówno finansowania publicznego, jak i prywatnego oraz nie jest bezpośrednio zależna od zasobów kadrowych).

Nie została dotychczas opracowana żadna strategia rozwoju zawodów medycznych (istniejąca jedynie w warstwie deklaratywnej strategia rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa nie ma żadnego zastosowania), co powoduje, że nie jest znana niezbędna liczebność kadr medycznych dla najbliższej przyszłości (5-10 lat).

Niezbędna jest ocena potrzeb kadrowych ochrony zdrowia w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej z uwzględnieniem mapy potrzeb zdrowotnych, niezbędnych zmian organizacyjnych i kompetencyjnych personelu medycznego oraz niemedyckiego. Wypracowanie ze wszystkimi środowiskami przejrzystych planów

strategicznych, których realizacja będzie mogła doprowadzić do zrównoważonego rozwoju:

- uczelni prowadzących kształcenie,
- pracowników medycznych (również w kontekście ich osobistego rozwoju zawodowego i uzyskiwanych specjalizacji),
- a w konsekwencji podmiotów leczniczych, co przełoży się na odpowiednią i adekwatną do potrzeb alokację zasobów.

WNIOSKI I REKOMENDACJE – kadry część 1:

- a) Trzeba umożliwić bardziej efektywne wykorzystanie czasu pracy kadr medycznych – zwłaszcza tych o najwyższych kwalifikacjach – poprzez wprowadzenie np. asystentów medycznych.
- b) Od podstaw należy zweryfikować zasadność i zracjonalizować sprawozdawczość medyczną.
- c) Należy kontynuować informatyzację systemu ochrony zdrowia, stworzenie silnej infrastruktury informatycznej i telekomunikacyjnej. W zakresie wdrożeń należy egzekwować pełną kompatybilność stosowanych aplikacji.
- d) W trybie pilnym trzeba ułatwić procedury nostryfikacji dyplomów medycznych osób spoza Polski.
- e) Należy zapewnić wsparcie psychologiczne i organizacyjne dla lekarzy, pomagające eliminować przyczyny i skutki wypalenia zawodowego.

Ad. 9. Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia medycznego

W roku akademickim 2023/24 rekordowa liczba 11 tys. studentów rozpoczęła kształcenie w ramach 53 programów na 40 uczelniach¹, z których część nie uzyskała w ogóle

¹ <https://rgnisw.nauka.gov.pl/2023/11/27/stanowisko-nr-9-2023-rady-glownej-nauki-i-szkolnictwa-wy-szego-z-dnia-26-listopada-2023-r-w-sprawie-obnizania-wymagan-dotyczacych-jakosci-ksztalcenia-na-kierunkach-lekarskich/>

lub uzyskała negatywne oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Ponieważ spotyka się to z krytyką zarówno środowisk medycznych (Porozumienie Rezydentów, Izba Lekarska), jak i środowiska związanego z kształceniem na kierunkach medycznych, kluczowe, aby przywrócić ekspercką rolę Polskiej Komisji Akredytacyjnej w zakresie dopuszczania do prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim. W przypadku kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, od wielu lat funkcjonuje przy Ministrze Zdrowia Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASPiP), która – niezależnie od własności i podległości uczelni – dba o spełnienie standardów kształcenia na tych kierunkach. Brak tak bezwzględnego rygoru dla kierunków lekarskich może stanowić systemowe zagrożenie, prowadząc do pogorszenia jakości kadry medycznej, co – przy nieuniknionej choćby częściowej emigracji kadr medycznych – może dodatkowo skutkować drenażem kadr z najwyższymi kwalifikacjami.

WNIOSKI I REKOMENDACJE – kadry część 2:

- a) Należy utworzyć organ analogiczny do KRASPiP dla dodatkowego mechanizmu akredytacyjnego obejmującego kierunki lekarskie lub nadać opinii PKA charakter decyzyjny w zakresie braku zgody na uruchomienie kierunku.

- b) Zasadnym jest zredefiniowanie rozporządzenia w sprawie standardów kształcenia na kierunkach medycznych w taki sposób, aby określić niezbędne zasoby infrastrukturalne, bez posiadania których (w bliskiej odległości od siedziby) uczelnia nie może prowadzić kształcenia (np. zakład patomorfologii, preparaty anatomiczne, oddziały szpitalne, poradnie ambulatoryjne).

- c) W stosunku do uczelni, które rozpoczęły kształcenie na kierunku lekarskim bez zgody PKA lub z negatywną zgodą należy wdrożyć procedury naprawcze poprzez ustanowienie zarządu komisarycznego nad tymi kierunkami i wyznaczenie terminu (w perspektywie 2-3 lat) uzyskania pozytywnej opinii PKA.

Ad. 10. Włączenie lekarzy i pielęgniarek do służby medycyny pracy

System ochrony zdrowia pracujących w Polsce, oparty o świadczenia realizowane przez służbę medycyny pracy, obejmuje opieką ponad 15 mln pracowników, u których rocznie wykonuje się ponad 5 mln obowiązkowych badań profilaktycznych do celów określonych w Kodeksie pracy. Misją służby medycyny pracy w Polsce jest

ochrona zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobu jej wykonywania oraz sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej. Służba medycyny pracy zatem ma na celu zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które bezpośrednio lub pośrednio mają związek z warunkami albo charakterem pracy.

Badania profilaktyczne, orzecznictwo do celów Kodeksu pracy i pozostałe zadania przynależne służbie medycyny pracy powinny być ukierunkowane zarówno na zawodowe czynniki ryzyka, jak i pozazawodowe aspekty zdrowia, które mogą wpływać na możliwość wykonywania pracy. Ponieważ na obligatoryjne badania lekarskie zgłaszają się osoby, często niekorzystające na co dzień z opieki zdrowotnej, lekarz medycyny pracy ma unikalną możliwość wykrycia zaburzeń w stanie zdrowia pracownika na ich wczesnym etapie. Dzięki temu można z jednej strony zapobiegać rozwojowi powikłań obciążających zdrowie samego pracownika, a z drugiej – powodujących dodatkowe obciążenie finansowe dla całego systemu ochrony zdrowia. W ramach działań służby medycyny pracy należy zatem zaproponować wdrożenie dodatkowych działań profilaktycznych i badań diagnostycznych celem identyfikacji chorób cywilizacyjnych lub tylko pośrednio związanych z pracą.

WNIOSKI I REKOMENDACJE – kadry część 3:

- a) Wprowadzić zapisy ustawowe i mechanizmy finansowe, które pozwolą na optymalne wykorzystanie badań profilaktycznych pracowników przeprowadzanych do celów Kodeksu pracy poprzez szczegółowe wystandaryzowane badanie lekarskie oraz poszerzenie zakresu badania.

Propozycja zmian:

- ustalenie finansowania ze środków publicznych badań przesiewowych, tak by nie obciążać całością kosztów pracodawców;
- stworzenie systemu zachęt finansowych dla pracodawców zainteresowanych inwestowaniem w zdrowie pracowników.

- b) Udzielić uprawnień lekarzom medycyny pracy do prowadzenia ukierunkowanych działań, takich jak skierowanie pacjenta do poradni specjalistycznej lub na dodatkowe badania diagnostyczne.

- zwiększyć jakość opieki profilaktycznej nad pracownikami, np. przez wdrożenie systemu dobrej praktyki. Obecnie cena usługi badania okresowego jest często jedynym kryterium wyboru usługodawcy przez pracodawców.

- c) Zintegrować system opieki profilaktycznej nad pracownikami z platformą P1 i P2.
- Projekty informatyzacji ochrony zdrowia w naszym kraju, we wdrażanej w ramach projektu P2 „Platformy udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych” nie uwzględniają danych pozyskiwanych przez służbę medycyny pracy.
 - Wdrożyć zapisane w Kodeksie pracy włączenie w badania profilaktyczne elementów programów prozdrowotnych finansowanych przez NFZ; systemy SMP i NFZ są niezależne od siebie i obecnie nie ma możliwości łatwego skierowania pacjenta do systemu NFZ przez lekarza medycyny pracy.

Kierunek dodatkowy: KONSULTANCI I WSPÓŁPRACA

Włączenie środowisk eksperckich reprezentujących grupy zawodowe w ochronie zdrowia (lekarze, pielęgniarki i położne, fizjoterapeuci, dietetycy, ratownicy medyczni, menedżerowie opieki zdrowotnej, przedstawiciele zawodów niemedyceńskich zatrudnianych w podmiotach leczniczych) oraz organizacje (towarzystwa naukowe, organizacje pacjentów i inne organizacje pozarządowe) w proces uzgodnieniowy przed legislacją. Wprowadzenie mechanizmu konsultacyjnego pomiędzy inicjatywą rządową a parlamentarną oraz przed kluczowymi aktami prawnymi w randze rozporządzenia ministra.

Nie oznacza to, że dotychczas nie było głosu ekspertów, ale niestety ten głos nie był słuchany, a działania Ministerstwa Zdrowia w większości rządów podporządkowane były polityce bieżącej i ogólnie pojętemu spokojowi społecznemu niż budowaniu spójnej polityki zdrowia publicznego.



WYZWANIA W OBSZARZE FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE ZAGROŹEŃ DEMOGRAFICZNO- EPIDEMIOLOGICZNYCH

Podstawowe kierunki wskazanych zmian w systemie opieki
medycznej w Polsce:

FINANSOWANIE

1. **Aktualizacja i merytoryczność wyceny świadczeń zdrowotnych:** zapewnienie w zawieranych kontraktach na świadczenia medyczne obowiązkowej aktualizacji wycen w oparciu o wskaźnik inflacji i dodatkowe wydatki podmiotów leczniczych (związane z ustawowym zwiększaniem wynagrodzeń, nowymi obowiązkami wynikającymi z nowelizacji ustaw, czy dodatkową delegacją obowiązków).
2. **Realne zwiększenie publicznych nakładów** na świadczenia zdrowotne do poziomu co najmniej średniej OECD (9%), poprzez wprowadzenie mechanizmu uzupełniania systemu składek zdrowotnych np. środkami pochodzącymi z budżetu państwa. Zwiększenie powinno nastąpić w tzw. drugim kroku – po wprowadzeniu zmian z poniższych punktów dotyczących organizacji i jakości (ad. 3 i 4). Alternatywnie wcześniej należy wprowadzić DUZ – komplementarne i suplementarne; z możliwą ulgą podatkową w stopniu opłacalnym dla systemu.

ORGANIZACJA I JAKOŚĆ

3. **Zmiana paradygmatu organizowania świadczeń medycznych** poprzez włączenie samorządu województwa (wzorem takich krajów jak Niemcy, Hiszpania, Francja). Zwiększenie regionalizacji zakresu świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenia wpływu samorządów lokalnych w tej kwestii.

4. **Zmniejszenie docelowe finansowania hospitalizacji** na łóżkach ostrych poniżej 37-38% budżetu NFZ.
5. **Alokowanie części świadczeń** obecnie realizowanych w ramach hospitalizacji pełnej do świadczeń jednodniowych. Jednocześnie przekształcenie nadmiaru łóżek ostrych (uwzględniając współczynniki obłożenia łóżek na położnictwie i ginekologii) w łóżka długoterminowe i opiekuńcze. Uwzględnienie projekcji efektu demograficznego.
6. **Rozwój systemu oceny jakości i efektywności** alokacji zasobów jako warunku wzrostu wydajności systemu ochrony zdrowia w Polsce.
7. **Zapewnienie dedykowanych, długoterminowych i co najmniej niemających środków na finansowanie profilaktyki zdrowotnej** (w szczególności pierwotnej i pierwszorzędowej). Profilaktyka jest ekonomicznie i medycznie najskuteczniejszym sposobem poprawy zdrowotności społeczeństwa. Jest jednak inwestycją o czasie zwrotu ponad 10 lat. Element ten powinien być realizowany przez ministrów odpowiedzialnych za zdrowie, edukację i sport.

KADRY

8. **Zdefiniowanie docelowej liczby pracowników medycznych** we wszystkich zawodach medycznych. Wprowadzenie i monitorowanie polityki ustalania limitów rekrutacyjnych dla uczelni w oparciu o posiadane zasoby (głównie w zakresie dostępnej kadry dydaktycznej, infrastruktury) oraz oczekiwanej alokacji pracowników medycznych w różnych regionach kraju. Mechanizmy zachęt regionalnych (ad. 3).
9. **Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia medycznego** poprzez obowiązkowe pozytywne opinie Polskiej Komisji Akredytacyjnej dla wszystkich kierunków medycznych nauczanych we wszystkich typach szkół wyższych (zarówno podległych ministrowi właściwemu ds. zdrowia, jak i ministrowi właściwemu ds. nauki).
10. **Włączenie lekarzy i pielęgniarek służby medycyny pracy** w struktury uprawnionych do realizowania części świadczeń w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, tj. kierowania do konsultacji specjalistycznych, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej finansowanej ze środków publicznych, profilaktyki zdrowotnej realizowanej w ramach programów NFZ. Wykorzystanie ich potencjału w procesie opieki podstawowej nad pracownikiem i jego rodziną.

Polecamy także nasz poprzedni raport





Pracodawcy RP
Rok założenia 1989



ISBN: 978-83-956155-3-5