

Katarzyna ŁYP
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE – MECHANIZM FUNKCJONOWANIA

Streszczenie. Rosnące zainteresowanie efektywnością usług publicznych skłania do stałego poszukiwania sposobów takiego zarządzania organizacjami, które realizują usługi publiczne, aby te potrafiły zaspokoić oczekiwania społeczne, zarówno w aspekcie ich dostępności, jak i jakości. Istotą podejmowanych działań jest efektywne realizowanie czynności społecznie uznanych za ważne. Zdrowie i jego ochrona odgrywają ważną rolę dla każdego człowieka, dlatego też stanowią przedmiot szczególnego zainteresowania. Funkcjonowanie ochrony zdrowia jest procesem wyjątkowo złożonym, zaś na państwie spoczywają obowiązki związane z jego organizacją.

W artykule podjęto próbę zdiagnozowania czynników bezpośrednio wpływających na stan systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Przedstawiono wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, a następnie poszczególnym jego beneficjentom przypisano przysługujące im prawa i obowiązki. W kolejnym kroku przeanalizowano działania każdej ze stron, aby finalnie uwypuklić działania, które destabilizują system, czyniąc go nieefektywnym. Wykazano ponadto, że dla dwóch z trzech głównych uczestników systemu, pacjent stał się raczej sposobem zarabiania pieniędzy, aniżeli docelowym beneficjentem jego starań, w myśl zasad, dla których powstał.

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, system, uczestnicy systemu ochrony zdrowia

HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND – MECHANISM OF OPERATION

Summary. The growing interest in the efficiency of public services leads to constant search of ways such management organizations; public services to those able to meet the social expectations, both in terms of their availability and quality. The

essence of the measures taken is the effective implementation of activities considered socially important. Health and its protection play a special role for every human being, and therefore are of particular interest. The functioning of health care is particularly complex process, and the State have obligations associated with its organization. Thus, the article is an attempt to diagnose the factors directly affecting the state of the health care system in Poland. We present all participants in the health care system and its individual beneficiaries assigned their rights and responsibilities. In the next step we analyzed the action of each of the parties to finally highlight the actions that destabilize the system, making it ineffective.

Keywords: health care system, the system, participants in the health care system

1. Wstęp

W systemach społecznych, a tym zapewne jest system ochrony zdrowia, problemy i odpowiadające im rozwiązania wyłaniają się stopniowo¹. Wnioskować zatem należy, że to proces zarówno skomplikowany, jak i powolny. Jednakże w Polsce problemy te wydają się mieć nadal tendencję pogłębiania anizeli ich rozwiązywania. Rodzimy system ochrony zdrowia funkcjonuje pomiędzy chaosem organizacyjnym kolejnych rządów i niekompetencji osób, które są odpowiedzialne za zrównoważenie środków finansowych wpływających do tego systemu, a potrzebami finansowymi, gwarantującymi prawidłową realizację zadań ustawowo na ten rząd nałożonych². Cechuje się on brakiem umiejętności koordynacji, wydajnego wykorzystania zasobów i działań sprzyjających racjonalizacji jego funkcjonowania. Aktualna sytuacja lecznictwa, pomimo zaangażowania interesariuszy, ustaw i rozporządzeń, wydaje się nie zaspokajać potrzeb społeczeństwa. Sytuacja ta wymaga uporządkowania części, o ile nie większości działań oraz zmianę koncepcji organizacji systemu jako całości. Uporządkowanie wspomnianych wyżej działań wymaga wprowadzenia mechanizmów rynkowych do systemu ochrony zdrowia, którego uczestnikami są:

- świadczeniodawcy usług zdrowotnych, skoncentrowani na sprzedaży usług na najbardziej optymalnych dla siebie warunkach,
- płatnik, zainteresowany kupnem usług zdrowotnych,
- świadczeniobiorcy zainteresowani otrzymaniem usługi zgodnie z ich oczekiwaniami.

Spośród wymienionych interesariuszy, w głównej mierze świadczeniodawcy usług medycznych decydują o sposobie wykorzystania dostępnych zasobów, w odniesieniu do

¹ Parra-Luna F.: A model for measuring the performance of social systems, [in:] Parra-Luna F. (ed.): The performance of social systems. Perspectives and problems. New York-Boston-Dordrecht-London-Moscow 2000.

² Golinowska S., Boni M.: Nowe dylematy polityki społecznej. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, nr 65, 2006.

poszczególnych pacjentów, jednostek chorobowych i na poziomie rodzaju świadczeń. Wszyscy wskazani wyżej, pomimo funkcjonowania w warunkach ograniczonej efektywności mechanizmu rynkowego, powinni zachowywać się ekonomicznie³. Jak dotąd nie wprowadzono jednego uniwersalnego i jedynie słusznego, w kategoriach metodologicznej racjonalności i ekonomicznej efektywności, modelu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Problem wydaje się coraz głębszy. Mowa bowiem o systemie, który w rzeczywistości systemem nie jest. Zakładając, że system to „[...] zbiór elementów, powiązanych ze sobą w taki sposób, że stanowią one całość zdolną do funkcjonowania w określony sposób”, przyjmuje się zatem, że każdy element będzie współprzyczyniał się do powodzenia całości. W polskim systemie ochrony zdrowia można odnieść jednak wrażenie, że każdy z jego elementów działa w oderwaniu od pozostałych ogniw. Zatem celem artykułu jest analiza mechanizmu funkcjonowania rodzimej ochrony zdrowia oraz przypisanie błędów poszczególnym podmiotom rynku zdrowia.

2. Główne podmioty na rynku zdrowia

System ochrony zdrowia tworzą:

- świadczeniobiorcy (pacjenci),
- płatnik, czyli instytucja ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowy Fundusz Zdrowia),
- Ministerstwo Zdrowia, którego nadrzędnym zadaniem jest prowadzenie zarówno właściwej polityki zdrowotnej kraju i kontrola oraz finansowanie systemu,
- świadczeniodawcy, którymi są:
 - zakłady opieki zdrowotnej (zoz), podzielone ze względu na organ założycielski na: publiczne (spzoz) oraz niepubliczne (nzoz),
 - praktyki lekarskie, dentystyczne, pielęgniarskie oraz położnicze i apteki.

2.1. Świadczeniobiorcy

Ubezpieczonymi, w rozumieniu Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanymi ze środków publicznych są osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Dobrowolność, o której mowa wydaje się absurdalna w obliczu braku obecności na rynku alternatywy dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), który od wielu lat ma poważne problemy. Powszechnie znany jest fakt, że ZUS od dawna nie działa w imieniu dobrze pojętego interesu publicznego.

³ Windak A., Chwała M., Kulis M.: Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998, s. 11.

Wśród świadczeniobiorców wyróżnić można:

- klientów indywidualnych – są nimi pacjenci objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, osoby korzystające z usług zdrowotnych oferowanych odpłatnie i osoby niemające takiego ubezpieczenia,
- klientów zbiorowych – są nimi NFZ, który w imieniu ubezpieczonych dokonuje zakupu świadczeń zdrowotnych, przedsiębiorstwa wykupujące dla swoich pracowników usługi z zakresu medycyny pracy czy pakiety dodatkowych świadczeń zdrowotnych, oferowanych jako element pozapłacowych form wynagradzania oraz firmy ubezpieczeniowe⁴.

Świadczeniobiorców dzieli się również na:

- osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych, aktywnie przyczyniając się do zasilania systemu finansowania ochrony zdrowia,
- osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych, bierne wobec obowiązku zasilania systemu finansowania ochrony zdrowia,

Zasadne staje się przeanalizowanie obydwu grup świadczeniobiorców, ponieważ zarówno w pierwszej, jak i w drugiej, a szczególnie w drugiej grupie są osoby, w przypadku których zasadne byłoby podniesienie im wysokości składki lub wyraźne ograniczenie im dostępu do bezpłatnych usług zdrowotnych. O ile w pierwszej grupie (płatników składki zdrowotnej) wątpliwości budzą osoby świadomie zagrażające swojemu zdrowiu, np. narkomani, alkoholicy, osoby otyłe i inne, to w drugiej grupie wątpliwości budzą osoby, które świadomie żyją na koszt państwa, niewykazujące żadnej inicjatywy zmiany swojego położenia. Istotny wydaje się fakt, że leczenie zarówno jednych, jak i drugich wymaga często wysoko-specjalistycznych działań medycznych, których koszty są bardzo wysokie, a ich ciężar przyjmuje na siebie grupa społeczna, wykazująca największy poziom odpowiedzialności za swoje zdrowie. Słuszna zatem wydaje się potrzeba zmian na tym polu.

2.2. Świadczeniodawcy (podmioty lecznicze)

Ustawa o działalności leczniczej precyzuje (art. 4), że podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej⁵ (w tym lekarze),
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe, tworzone i nadzorowane przez ministra obrony narodowej,

⁴ Kautscha M.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej, nowe wyzwania. Warszawa 2015, s. 81.

⁵ Tekst jedn.: Dz.U. z 2013 r., poz. 672 z późn. zm.

- instytuty badawcze, o których mowa a art. 3 Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych⁶.
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statusowym jest wykonywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz jednostki budżetowe określane są jako podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (art. 2, ustawy 1, pkt 4, u.d.l).

2.3. Płatnik

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa NFZ jako państwową jednostkę organizacyjną mającą osobowość prawną (art. 96), zarządzającą środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz innych przychodów, określonych w art. 116 przywoływanej Ustawy⁷.

W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne NFZ działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń, na podstawie przepisów o koordynacji.

Do zakresu działania NFZ-u należy m.in.:

- określenie jakości, dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania omów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- przeprowadzenie konkursów ofert i zawieranie omów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji,
- finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcą,
- monitorowanie ordynacji lekarskich,
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

NFZ ma osobowość prawną, ale nie może prowadzić działalności leczniczej w rozumieniu przepisów Ustawy o działalności leczniczej. Przychodami NFZ-tu są m.in.:

- należne składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- odsetki od nieopłaconych w terminie składek,
- darowizny,
- środki przekazane na realizację zadań zleconych,

⁶ Dz.U. Nr 96, poz. 618 z późn. zm.

⁷ Dz.U. z dnia 27 września 2004 r. Nr 210, poz. 2135; ostatnia zmiana Dz.U. z 2008 r. Nr 70, poz. 416.

- dotacje,
- środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych,
- inne.

NFZ ma prawo do zaciągania kredytów i korzystania z pożyczek.

Wielkość składek na ubezpieczenie zdrowotne ustala się w drodze ustawowej, a nominalna i realna wysokość przychodów NFZ-tu jest funkcją wysokości składki oraz dochodów brutto obywateli objętych powszechnym ubezpieczeniem i wskaźnika ściągalności składki. W Polsce NFZ nadal pozostaje monopolistą, chociaż od lat podejmowany jest temat wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych oraz konkurencji wśród płatników.

W systemie ochrony zdrowia mogą funkcjonować trzy rodzaje płatników, zwanych również „trzecią stroną”. Wśród nich wyróżniamy: rząd, fundusze ubezpieczeń społecznych oraz prywatne firmy ubezpieczeniowe.

W systemie ubezpieczeń społecznych płatnikiem jest fundusz ubezpieczeń społecznych, który bezpośrednio nie podlega rządowi, dzięki temu wielkość wydatków na ochronę zdrowia nie jest wynikiem bieżących decyzji politycznych, podejmowanych pod presją deficytu finansowego czy też długu publicznego.

W systemie opartym na podatkach płatnikiem jest rząd, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym oraz regionalnym. W takiej sytuacji rząd pełni funkcję ubezpieczyciela i nabywcy świadczeń. Jako jedyny płatnik ma pozycję monopsonu w procesie ustalania opłat dla świadczeniodawców, za usługi, za które płaci.

3. Ministerstwo Zdrowia

W systemie ochrony zdrowia Ministerstwo Zdrowia pełni role organizacyjne i kontrolne w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia oraz sprawuje nadzór między innymi nad Narodowym Funduszem Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia powinno kształtować politykę zdrowotną i wytyczać właściwe kierunki, m.in. przez Narodowy Program Zdrowia czy Narodowy Plan Zdrowotny. W ramach kompetencji Ministerstwo Zdrowia może wpływać na kształt całego systemu ochrony zdrowia, przez finansowanie świadczeń wysoko-specjalistycznych, ocenę dostępności do świadczeń zdrowotnych, promocję i profilaktykę zdrowia, po nadzór nad ubezpieczeniami zdrowotnymi.

4. Organizacje reprezentujące świadczeniodawców i producentów

Organizacje zawodowe pracowników ochrony zdrowia są reprezentowane m.in. przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (OZZL), a na specjalną uwagę zasługują Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, które to wyraziło sprzeciw wobec stawek za usługi proponowane przez NFZ⁸.

Natomiast stowarzyszenia producentów usług zdrowotnych reprezentują Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych, których jednym z głównych celów jest wzmacnianie pozycji przetargowej w kontraktach, w tym z organami administracji rządowej i samorządowej oraz NFZ-em.

5. Analiza zachowań świadczeniodawców (podmioty lecznicze) przyczyniających się do nieprawidłowego działania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Świadczeniodawca to różnego rodzaju jednostki medyczne, których celem statusowym jest wykonywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia. Jednostki te można by traktować jak sprawnie działające przedsiębiorstwa jedynie z innym nadrzędnym celem swojego działania. O ile przedsiębiorstwa przemysłowe za cel swojej działalności mają przynoszenie dochodu, o tyle celem głównym każdej jednostki medycznej powinno być dobro pacjenta, przy zachowaniu zasady działań ekonomicznie i metodologicznie racjonalnych, naceLOWANYCH na konkretnego pacjenta, a nie na jednostkę chorobową.

Rzeczywistość jednak odbiega od założeń. Służba zdrowia, jak sama nazwa wskazuje, jest pewnego rodzaju służbą wobec społeczeństwa. Taką postawę zawodową można zaobserwować jedynie wśród najstarszej, nadal najlepiej wykwalifikowanej kadry medycznej, której postawa niestety nie zdobywa naśladowców wśród następców.

Poniżej wymieniono uchybienia i świadomie popełniane błędy świadczeniodawców:

- uchybienie polegające na zgłoszeniu potencjału wykonawczego (personelu) do Portalu Świadczeniodawcy niezgodnego z stanem faktycznym,
- uchybienie polegające na nieprawidłowych harmonogramach pracy, skutkujących nieobecnością lekarzy w podmiocie leczniczym w godzinach swojej pracy,
- uchybienie polegające na prowadzeniu w nieprawidłowy sposób dokumentacji medycznej, która stanowi m.in. podstawowe źródło obrony dla lekarza w jakim-

⁸ Kautscha M.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej, Warszawa 2015, s. 86.

- kolwiek toczącym się przeciwko niemu postępowaniu, związanym z udzielaniem przez niego świadczeń medycznych,
- uchybienie polegające na braku tablic informacyjnych dla pacjentów dotyczących:
 - organizacji i sposobu udzielania świadczeń oraz ich dostępności,
 - udzielania świadczeń zgodnie z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - błędów popełnianych świadomie przez świadczeniodawców w zależności od przyjętego przez daną jednostkę medyczną sposobu refundowania kosztów:
 - w przypadku przyjęcia metody retrospektywnej świadczeniodawca otrzymuje zapłatę za wszystkie wydatki poniesione w określonym przedziale czasowym, ale ich wysokość zostaje określona po wykonaniu usługi. Formuła zwrotu poniesionych kosztów zależy od tego, czy świadczeniodawca uzyskuje zwrot faktycznie poniesionych kosztów czy wynagrodzenie za usługę (FFS). W modelu tym dochód zależy od obciążenia pracą i rzeczywistych, poniesionych wydatków. Można zatem domniemać, że jeżeli dochód szpitala zależy od faktycznie poniesionych kosztów, to świadczeniodawca może mieć tendencję do przedłużania pobytu pacjenta w szpitalu lub do wykonywania niepotrzebnych procedur medycznych,
 - w przypadku przyjęcia metody prospektywnej refundacja kosztów polega na odpłatności ustalonej z góry i niezależnej od faktycznych czynności. Model ten nie generuje bodźców do podnoszenia jakości oferowanych usług, bo szpital uzyskuje dochód niezależnie od ich jakości. Nacisk w tym modelu jest na redukcję wszystkich niezbędnych procedur medycznych. Wielkość budżetu ustala się na podstawie danych historycznych. Przykładem w tym modelu jest system jednorodnych grup pacjentów (JGP), w którym opłaty opierają się na średnich kosztach przypadających na jednego pacjenta w każdej grupie diagnostycznej. Skutkiem stosowania JGP mogą być przesunięcia kosztów i manipulacja diagnozami, czyli przenoszenia pacjenta do grupy diagnostycznej obciążonej wyższymi opłatami,
 - błędów w sposobach opłacania świadczeniodawców:
 - pensja – dochód lekarza, którego wysokość nie ma żadnego związku z jakością czy ilością świadczonych przez niego usług. Sprawia to, że lekarze opłacani pensją w sektorze publicznym charakteryzują się słabą motywacją, małą produktywnością i niską jakością usług. Często podejmują dodatkową pracę w sektorze prywatnym, zaniehbując w wielu przypadkach swoje podstawowe zajęcia. Wydaje się ponadto,

że ograniczenia budżetowe szpitali wymuszają na lekarzach stosowanie leczenia tańszego o niższej jakości,

- opłata za przypadek – refundacja odbywa się na podstawie stałych wycen. Często dochodzi do grupowania pacjentów w jednorodne grupy (JPG) w celu wykorzystywania porównywalnych zasobów po porównywalnych kosztach. Charakteryzuje się najkrótszą możliwą hospitalizacją i selekcją pacjentów,
- opłata za usługę (FFS) – świadczeniodawca otrzymuje zapłatę za wykonaną usługę medyczną, co stanowi bodziec do nadużywania procedur stosowanych w stosunku do pacjenta,
- metoda kapitacji – opłata stała wynikająca z liczby zarejestrowanych pacjentów w ciągu roku. Charakteryzuje się oszczędnością świadczeń dedykowanych pacjentom. Metoda *per diem* stanowi silny bodziec do zwiększania liczby przyjęć i wydłużania czasu pobytu na oddziale,
- budżety – to podział na budżety globalne i sektorowe. Szpitale otrzymują stałą kwotę.

6. Analiza zachowań płatnika przyczyniających się do nieprawidłowego działania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Na mocy Ustawy z sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych funkcjonuje publiczny płatnik, który jest monopsonem z woli polityków i ustawodawcy. Dział V wspomnianej Ustawy reguluje zakres działalności płatnika, natomiast dział VI postępowanie w zakresie zawierania umów ze świadczeniodawcami. Płatnik, osobami swoich pracowników, którym zdarzają się błędy czy arogancja, realizuje swe zadania ustawowe. I nic więcej, ani mniej. Dlatego nie warto zgłaszać zastrzeżeń czy roszczeń do tego zakresu czynności realizowanych przez NFZ z mocy ustawy. Oczywiście pozostają błędy czynione przez ludzi, które należy eliminować⁹.

W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne NFZ działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Jest to twór wykreowany przez ustawodawcę zgodnie z polityczną wolą. Polityka zdrowotna Państwa powinna być prowadzona w sposób rzetelny i merytorycznie profesjonalny. Ministerstwo Zdrowia zdaje się jednak nie wywiązywać z powierzonego mu zadania, w wyniku tego NFZ realizuje swoje ustawowe czynności

⁹ Nojszewska E.: NFZ nie tylko płatnik publiczny, ale także kreator polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym. SGH, rada NFZ.

płatnika w sposób „mechaniczny” dokonując wyceny punktowej procedur, przypisując im wycenę pieniężną i podpisując kontrakty ze świadczeniodawcami.

Kontrola przeprowadzona w 2014 r. przez NIK (Najwyższa Izba Kontroli) wykazała wiele uchybień i błędów NFZ-u:

- kontraktowanie usług w lecznictwie szpitalnym i specjalistycznym jest mało przejrzyste, a procedury stosowane przez NFZ nie zawsze zapewniają wybór najlepszych świadczeniodawców,
- zgodnie z założeniami, w procedurze kontraktowania świadczeń zdrowotnych kluczowe znaczenie miały mieć dwa etapy: rankingowy i negocjacyjny – dzięki nim pacjent miał otrzymywać możliwie najlepsze świadczenie za możliwie najniższą cenę. Kontrola NIK wykazała jednak, że w przypadku lecznictwa szpitalnego oraz lecznictwa specjalistycznego tryb kontraktowania jest obciążony wieloma wadami,
- według informacji NIK w publicznym lecznictwie szpitalnym sens kontraktowania wypacza to, że przyznawana na ostatnim etapie procedury cena za punkt rozliczeniowy (miara służąca do rozliczenia oferowanego świadczenia) jest stała i tak naprawdę nienegocjowalna, bez względu na jakość oferty, przedstawionej na wcześniejszych etapach postępowania. W efekcie praktycznie wszystkie szpitale publiczne, które zgłosiły oferty, podpisują umowy, a etapy wcześniejsze, na przykład ranking placówek, uwzględniający jakość oferowanych świadczeń, nie mają większego znaczenia,
- z kolei w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ranking jakościowy (sam w sobie niedoskonały, bo oparty na jakości deklarowanej w ofercie, nie zawsze zgodnej z rzeczywistą jakością placówek) jest przekreślany i kwestionowany na etapie negocjacji, w którym jedynym liczącym się kryterium są ceny procedur, zaproponowane przez świadczeniodawców. Na ich podstawie komisje negocjacyjne ustalają zupełnie nowy ranking i według własnych, zmiennych reguł (często przekazanych przez przełożonego ustnie) arbitralnie przydzielają kontrakty, narzucając warunki i ostateczne ceny. Odmowa podpisania propozycji Funduszu przez świadczeniodawcę jest równoznaczna z rezygnacją z kontraktu. Zdaniem NIK trudno ten sposób postępowania określić mianem negocjacji,
- kumulacja postępowań podpisania w ograniczonym, krótkim czasie powoduje wiele nieprawidłowości, zarówno na etapie oceny ofert, jak i negocjacji, skutkujących niejednokrotnie zawarciem kontraktu z podmiotami, które nie gwarantują odpowiednich warunków realizacji świadczeń,
- biorąc pod uwagę wyniki analizy obecnej formuły kontraktowania, NIK rekomenduje ministrowi zdrowia rozważenie podjęcia daleko idących reform. Zdaniem NIK konieczna jest gruntowna, rzetelna i niezwłocznie przeprowadzona analiza

dostosowania potencjału szpitali do rzeczywistych potrzeb pacjentów. NIK rekomenduje także wypracowanie takiego sposobu kontraktowania świadczeń, w którym najważniejsze kryterium stanowią jakość i dostępność świadczeń rzeczywiście oczekiwanych przez pacjentów z danego terenu,

- Najwyższa Izba Kontroli wniosła także do ministra zdrowia, aby, w porozumieniu z prezesem NFZ-u, podjął działania zmierzające do zagwarantowania pełnej transparentności etapu negocjacji, rzetelnego i skrupulatnego wyceniania kontraktowanych świadczeń, wyegzekwowania rzetelnego sprawdzania przez NFZ złożonych ofert i gruntownego uporządkowania harmonogramów¹⁰.

7. Analiza zachowań świadczeniobiorców przyczyniających się do nieprawidłowego działania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Konieczność reformowania sektora publicznego jest konsekwencją wielu przyczyn, m.in. takich, jak: permanentny niedobór zasobów niezbędnych do zaspakajania stale rosnących potrzeb „klientów” sektora publicznego, dotyczących standardów i jakości świadczonych usług¹¹. Klientami tymi są świadczeniobiorcy, których nieskończoność potrzeb¹² współprzyczynia się do słabego stanu systemu ochrony zdrowia. Według przeprowadzonych badań ankietowych ustalono następujące działania pacjentów, które bezpośrednio przyczyniają się do słabej kondycji ochrony zdrowia:

- potwierdzanie świeżo uzyskanej diagnozy, kolejną, u następnego specjalisty w ramach wizyt refundowanych z NFZ-u – 86% ankietowanych pacjentów przyznało się do stosowania takich praktyk,
- zapisywaniem się w kilku miejscach do lekarzy specjalistów (69%), co skutkuje dwojako:
 - zaniechaniem poinformowania danej jednostki leczniczej, że uzyskało się świadczenie w innej jednostce medycznej, a jednostka tym samym nie może udostępnić zwolnionego miejsca kolejnemu pacjentowi z kolejki oczekujących,
 - nadużyciem w postaci wspomnianego wcześniej potwierdzania diagnozy diagnozą,

¹⁰ Okoniewska M.: Negatywna opinia NIK o kontraktowaniu usług przez NFZ. ABC a Wolters Kluwer business SA, www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/nik-negatywna-opinia-o-kontraktowaniu-uslug-przez-nfz.

¹¹ Guo K.L.: Entrepreneurship Management In Health Services: an Integrative Model. “Journal of Health and Human Services Administration”, Spring, Vol. 28, No. 3/4, 2006.

¹² Frączkiewicz-Wronka A., Holecki T., Austen-Tynda A.: Władza i podejmowanie decyzji w sektorze publicznym, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki. Akademia Ekonomiczna, Katowice 2009, s. 144-150.

- nieuzasadnionym omijaniem kolejek do świadczeń medycznych przez osoby związane zawodowo ze służbą zdrowia (100%),
- wręczaniem personelowi medycznemu korzyści majątkowych w celu uzyskania szybszej i o lepszych parametrach jakościowych usługi medycznej (83%),
- przyjętą postawą życiową (np. nadużywanie narkotyków, alkoholu, dopalaczy, czy też świadomym niepłaceniem obowiązkowych składek zdrowotnych i korzystaniem ze świadczeń medycznych na koszt państwa – czytaj wszystkich płacących owe składki obywateli – mimo zdolności do podjęcia pracy), których leczenie często jest bardzo kosztowne ze względu na stan, do którego się doprowadzają – przeprowadzono badania dokumentacji medycznej.

8. Wnioski

Intencją artykułu była potrzeba zdefiniowania ról i zadań głównych interesariuszy rynku zdrowia, która to z kolei pozwoliła określić ich zobowiązania, odpowiedzialność i stopień ich realizacji. Bez jednoznacznego zdefiniowania zobowiązań poszczególnych interesariuszy trudno byłoby wyłonić błędy przez nich popełniane. Końcowe wnioski pozwoliły na sformułowanie kierunku reform, opartych na następujących celach i założeniach:

- uznać, że zakres i liczba oferowanych dla pacjenta świadczeń powinny być uzależnione wyłącznie od aktualnego stanu zdrowia pacjenta czy zaawansowania choroby, a nie od sposobu rozliczania się danej jednostki medycznej z płatnikiem,
- jasno określić obowiązki w stosunku do pacjenta przez jednostki lecznictwa ambulatoryjnego, lecznictwa w trybie jednodniowym, szpitalnictwa i lecznictwa domowego,
- zdecentralizować płatnika publicznego przez stworzenie konkurujących ze sobą płatników oraz doprowadzić, że jedynym priorytetem w finansowaniu świadczeń zdrowotnych będzie wybór pacjenta,
- objąć dodatkowe usługi, tj. wyżywienie, usługi hotelarskie, transport dodatkowym ubezpieczeniem,
- uznać, że wydatki na zdrowie należy traktować jako inwestycję, która pozytywnie wpływa na PKB, uwzględniając zależność pomiędzy stanem zdrowia a aktywnością zawodową,
- uniemożliwić, przez zastosowanie ogólnokrajowego systemu informatycznego obejmującego pełny rejestr zachowań społeczno-zdrowotnych pacjentów, nadużywanie nieuzasadnionego korzystania z usług medycznych,

- wzmóc działania kontrolno-dyscyplinujące wobec NFZ-tu, regulując tym samym prawidłowość procedur i zawierania kontraktów ze świadczeniodawcami,
- ustalić jedynie słuszny sposób opłacania świadczeniodawców, uzależniony wyłącznie od skuteczności zastosowanego leczenia wobec pacjenta.

Bibliografia

1. Frączkiewicz-Wronka A., Holecki T., Austen-Tynda A: Władza i podejmowanie decyzji w sektorze publicznym, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.) Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki. Akademia Ekonomiczna, Katowice 2009.
2. Golinowska S., Boni M.: Nowe dylematy polityki społecznej. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, nr 65, 2006.
3. Guo K.L.: Entrepreneurship Management In Health Services: an Integrative Model. “Journal of Health and Human Services Administration”, Spring, Vol. 28, No. 3/4, 2006.
4. Kautscha M.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warszawa 2015.
5. Kautscha M.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej, nowe wyzwania. Warszawa 2015.
6. Mazur M.: Pojęcie systemu i rygory jego stosowania. Pojęcie cybernetyki. Warszawa 1987.
7. Nojszewska E.: NFZ nie tylko płatnik publiczny, ale także kreator polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym. SGH, rada NFZ.
8. Okoniewska M.: Negatywna opinia NIK o kontraktowaniu usług przez NFZ. ABC a Wolters Kluwer business SA, www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/nik-negatywna-opinia-o-kontraktowaniu-uslug-przez-nfz.
9. Parra-Luna F.: A model for measuring the performance of social systems, [in:] Parra-Luna F. (ed.): The performance of social systems. Perspectives and problems. New York-Boston-Dordrecht-London-Moscow 2000.
10. Windak A., Chwała M., Kulis M.: Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.
11. Dz.U. Nr 96, poz. 618 z późn. zm.
12. Dz.U. z dnia 27 września 2004 r., Nr 210, poz. 2135; ostatnia zmiana Dz.U. z 2008 r. Nr 70, poz. 416.
13. Tekst jedn.: Dz.U. z 2013 r., poz. 672 z późn. zm.

Abstract

The intention of the article was the need to define the roles and responsibilities of key stakeholders in the health market, which in turn allow you to specify their commitments and responsibilities. Indeed, without a clear definition of the obligations of each stakeholder it would be difficult to emerge errors committed by them. The final conclusions allowed to formulate the direction of reforms.