

Kubuś Puchatek, Prosiaczek i... finansowanie naszej służby zdrowia



Fig. A

WIZJA? NIE MA.

JEST TAKTYKA ODSUWANIA PROBLEMÓW

W CZASIE ORAZ BRAK STRATEGII

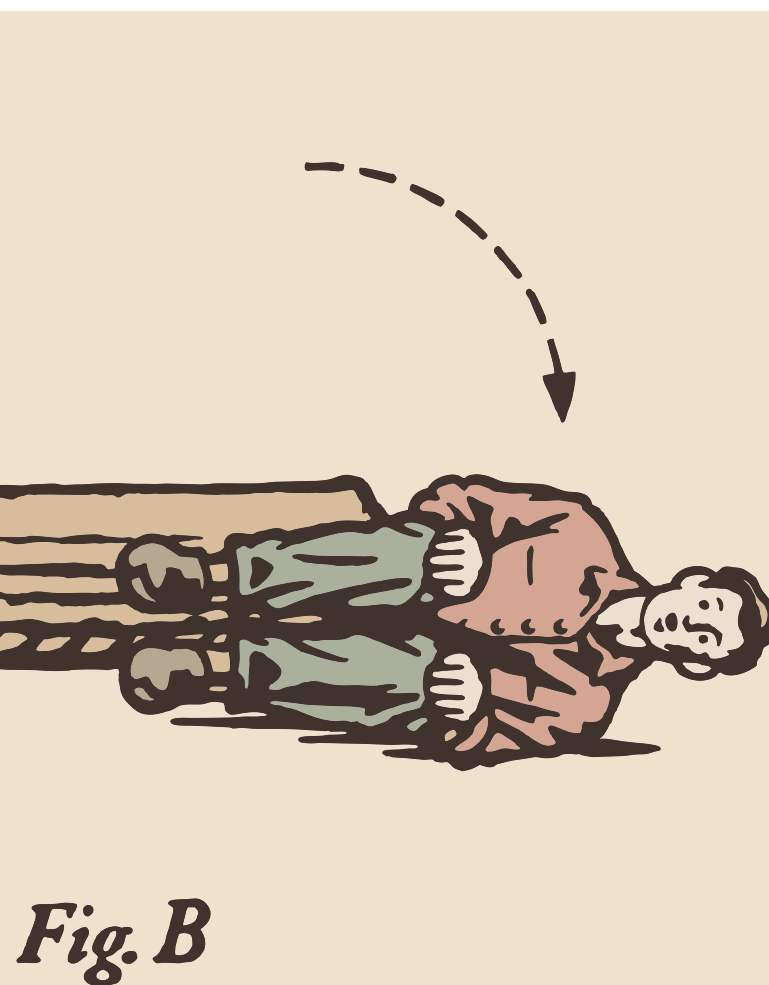
Ocena sprawności i efektywności polskiego systemu ochrony zdrowia – mimo reform podejmowanych w ciągu ostatnich ponad dwudziestu lat – zarówno przez interesariuszy w Polsce, jak i przez międzynarodowe organizacje i instytucje była i wciąż pozostaje niska.

Nie ulega wątpliwości, że sytuacja polskiej publicznej opieki zdrowotnej jest kiepska – wymaga ona szybkiej i zdecydowanej poprawy oraz przeorganizowania. W rankingach Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia Polska od lat zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród 37 badanych państw. Jednocześnie w innych krajach europejskich podlegających analizie

poziom opieki zdrowotnej się podnosi, pomimo – co ciekawe – obniżania nakładów na ochronę zdrowia. Dlaczego u nas tak się nie dzieje?

Problemy polskiej opieki zdrowotnej

Wyniki uzyskiwane przez Polskę we wspomnianych rankingach są złe. Niepokojące są stałość tej tendencji



SYTUACJA PUBLICZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

JEST KIEPSKA – WYMAGA ONA

SZYBKIEJ I ZDECYDOWANEJ POPRAWY

ORAZ PRZEORGANIZOWANIA

gofalowej polityki zdrowotnej. Funkcji kreatora nie spełniają bowiem ani Ministerstwo Zdrowia, ani samorządy wojewódzkie. Nie jest nim również główny płatnik w systemie – Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ile wydajemy z własnej kieszeni?

Polska należy do grupy krajów Unii Europejskiej, w których wydatki na zdrowie wyrażone jako procent PKB oraz wydatki *per capita* należą do najniższych. W naszym kraju na zdrowie przeznaczają się łącznie, tj. ze środków publicznych i prywatnych, ok. 6% PKB, podczas gdy średnia dla krajów UE wynosi niemal 10%. Równocześnie trzeba zaznaczyć, iż wartość PKB jest w Polsce znacznie niższa niż w krajach tzw. starej Unii. Różnica w wydatkach na zdrowie pomiędzy Polską a Holandią i Francją, które wydają najwięcej, tj. równowartość ponad 11% PKB, wynosi odpowiednio aż 5 oraz 4,7 punktu procentowego. Jeśli za punkt odniesienia przyjmijemy państwa skupione w Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), do której Polska również należy, okaże się, że na zdrowie wydajemy o ok. 30% mniej niż przeciętny członek. Dysproporcja ta jest jeszcze bardziej widoczna, jeśli weźmiemy pod uwagę wydatki *per capita*. W Polsce wyniosły one nieco ponad 1250 euro (około 1500 dolarów amerykańskich), co nie jest nawet połową średniej wartości w Unii, która kształtuje się na poziomie ok. 3500 dolarów.

Z danych Banku Światowego wynika, że wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce, liczone w stosunku do wielkości PKB, w okresie od 1999 do 2015 r. w zasadzie pozostawały na stałym poziomie – od 4,22% do 4,95% PKB. W tym samym czasie dopłaty własne, czyli wydatki prywatne pacjentów na ochronę zdrowia (*out-of-pocket health expenditure*), wahały się od 1,47% do 1,64% PKB i stanowiły ok. 1/3 (dokładnie od 32% do 34% PKB) wydatków publicznych (*public health expenditure*). Można zatem przyjąć, że łączne nakłady na ochronę zdrowia w Polsce od lat były zdywersyfikowane pomiędzy płatników publicznych (instytucje państwowe) i prywatnych (obywatele) w proporcji 2/3 do 1/3. Oznacza to, że w 33% pokrywaliśmy wydatki na ochronę naszego zdrowia z prywatnych pieniędzy.

oraz permanentna bierność państwa polskiego w kwestii poprawy stanu systemu ochrony zdrowia. Przyczyn niepowodzeń szuka się m.in. w kryzysie gospodarczym czy też w błędnej polityce społecznej lat minionych. Argumenty te jednak nie mają silnego uzasadnienia. Widoczna jest taktyka odsuwania problemów w czasie oraz brak strategii. Oczywiście jest, że bez stworzenia spójnego planu działania, opartego na rzetelnej identyfikacji problemów i zaangażowaniu wielosektorowym, sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia nie ulegnie poprawie.

Do największych problemów polskiej opieki zdrowotnej można zaliczyć m.in.: barierę w dostępie do szeregu usług na poziomie leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, brak jednolitych i wymagalnych standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, brak monitorowania efektów podejmowanych interwencji medycznych, wadliwy system wyceny usług i procedur, zakażenia wewnątrzszpitalne oraz nieskuteczną profilaktykę przy przeznaczaniu pieniędzy przede wszystkim na medycynę naprawczą, a nie na profilaktykę. Wciąż problemem są niewystarczające nakłady finansowe, a także obserwowane negatywne zmiany w sferze zabezpieczenia kadrowego (niedobór lekarzy i pielęgniarek). Nie bez znaczenia jest także brak instytucji odpowiedzialnej za kształtowanie dłu-

Fig. B



WYNIKI UZYSKIWANE PRZEZ POLSKĘ

W RANKINGACH EUROPEJSKIEGO

KONSUMENCKIEGO INDEKSU ZDROWIA SĄ ZŁE.

NIEPOKOJĄCA JEST STAŁOŚĆ TEJ TENDENCJI

ORAZ PERMANENTNA BIerność PAŃSTWA

Europejskie modele finansowania systemu ochrony zdrowia

Systemy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej różnią się między sobą głównie sposobem finansowania. Generalnie można wyróżnić dwa modele finansowania krajowego systemu zdrowotnego:

- ubezpieczeniowy, oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli,
- podatkowy, zwany narodową służbą zdrowia, oparty na podatkach ogólnych.

Ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej funkcjonują m.in. we Francji, Holandii, Luksemburgu i Niemczech, natomiast systemy oparte na podatkach ogólnych działają w Danii, Finlandii, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji, Portugalii i Wielkiej Brytanii. Poza dwoma powyższymi modelami można wyróżnić jeszcze model mieszany, zawierający w sobie elementy ubezpieczeniowego i podatkowego, który jest najmniej

popularny (obowiązuje w Belgii i Grecji). W praktyce w większości krajów UE występuje również współpłacność pacjenta za usługi medyczne, jednakże nie jest to źródło o dominującym ekonomicznym znaczeniu ani dla systemu (niewiele pieniędzy wpływa w ten sposób do systemu), ani dla pacjentów (opłaty wnoszone przez pacjentów nie są wysokie i nie nadwyrężają ich budżetów domowych). Współpłacenie ma jednak pewien walor o kapitalnym znaczeniu – dyscyplinuje pacjentów, aby korzystali z systemu ochrony zdrowia racjonalnie i tylko wtedy, kiedy bezwzględnie wynika to z ich potrzeb zdrowotnych. W ten sposób m.in. w znacznym stopniu likwiduje się nieuzasadnione kolejki do lekarzy. Dodatkowym efektem ubocznym jest też odciążenie płatnika publicznego od ponoszenia nieuzasadnionych wydatków.

Model finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Model finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce ulega właśnie na naszych oczach przekształceniu z obowiązującego nieprzerwanie od 18 lat systemu ubezpieczeniowego w system tzw. narodowej służby zdrowia, finansowanej z budżetu państwa, a więc w model podatkowy, który obowiązywał przed 1999 r. Ponadto, według zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia, już od stycznia 2018 r. ma nastąpić prawdziwa rewo-

lucja w organizacji i sposobie finansowania służby zdrowia, m.in. poprzez całkowitą likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia. W konsekwencji całą odpowiedzialność za zarządzanie służbą zdrowia weźmie na siebie Ministerstwo, co w intencji pomysłodawców ma zakończyć spory kompetencyjne pomiędzy resortem a NFZ. W miejsce wojewódzkich oddziałów NFZ mają powstać wojewódzkie urzędy zdrowia, które będą niemal całkowicie podporządkowane ministrowi zdrowia. Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia zapowiada zwiększenie nakładów na służbę zdrowia, docelowo do 6% PKB w 2025 r.

Naszym zdaniem zwiększenie nakładów na publiczną służbę zdrowia może okazać się trudniejsze w wykonaniu aniżeli w obietnicach. Dotychczas pieniądze na ochronę zdrowia zbierane od obywateli w postaci składki zdrowotnej były w jakimś sensie „oznaczone” i kierowane do wyłącznej dyspozycji NFZ, który z nich płacił świadczeniodawcom za wykonane procedury medyczne. Faktycznie to obywatele płacili za swoje zdrowie, jednak jednocześnie odnosili z tego powodu pewną korzyść w postaci odpisu od podatku PIT kwoty przekazanej na składkę zdrowotną.

Nic dzisiaj nie wiemy o tym, jaką korzyść podatkową odniesie przeciętny Kowalski z likwidacji NFZ i wprowadzenia finansowania służby zdrowia z budżetu państwa. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można założyć, że po likwidacji konieczności potwierdzenia prawa pacjenta do świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych w postaci posiadania ubezpieczenia zdrowotnego (po likwidacji eWUŚ) znacząco zwiększy się liczba pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia przy jednoczesnym spadku wpływów finansowych, wynikającym ze zmiany sposobu jej finansowania. Jaką siłą przebicia będzie miał minister zdrowia w walce ze swoimi kolegami z rządu o wyciągnięcie z budżetu państwa kwoty adekwatnej do potrzeb sektora i obywateli?

Czy zapowiedziany i już realizowany powrót do przeszłości w postaci reaktywacji systemu finansowania, z którego raz już zrezygnowano dwie dekady temu, przyniesie jakkolwiek poprawę sytuacji w polskiej publicznej opiece zdrowotnej? Może jednak lepiej byłoby pomyśleć o jakimś nowocześniejszym – a przede wszystkim już sprawdzonym w innych krajach – modelu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce?

Nasza propozycja

Nasza propozycja obejmuje trzy najważniejsze obszary związane z organizacją systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce:

1) koszyk świadczeń gwarantowanych – stworzenie rzetelnego i odzwierciedlającego możliwości finansowe publicznego płatnika koszyka świadczeń gwarantowanych;



Fot. Gettyimages

2) system finansowania:

- powszechny system ubezpieczeń zdrowotnych – finansujący świadczenia znajdujące się w opracowanym koszyku świadczeń gwarantowanych oraz zapewniający pacjentom prawo do wyboru podmiotu świadczącego usługi zdrowotne i dostępność gwarantowanych usług w określonym miejscu i czasie,
- prywatny system ubezpieczeń zdrowotnych – wprowadzenie tzw. komplementarnego (będącego uzupełnieniem powszechnego), dobrowolnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, z którego finansowane są świadczenia spoza koszyka świadczeń gwarantowanych;

3) efektywne wykorzystanie środków finansowych będących w systemie ochrony zdrowia – warunek niezbędny dla powodzenia jakichkolwiek reform.

Pierwsze dwa modele omówimy pokrótce poniżej, a trzeci w kolejnym numerze „Menedżera Zdrowia”.

Koszyk świadczeń gwarantowanych

Rozbieżność między wielkością środków publicznych a zawartością koszyka świadczeń gwarantowanych jest jedną z podstawowych przyczyn niedofinansowania ochrony zdrowia i w konsekwencji tworzących się kolejek pacjentów. Niski poziom wydatków rządowych sam w sobie nie byłby może tak dużym problemem, gdyby faktycznie odpowiadał rozmiarowi koszyka świadczeń gwarantowanych.

Proponowane przez nas działania obejmują:

- stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych zawierającego tylko te procedury, które są najważniejsze dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego



**NIC DZISIAJ NIE WIEMY
O TYM, JAKĄ KORZYŚĆ PODATKOWĄ
ODNIESIE PRZECIĘTNY KOWALSKI
Z LIKWIDACJI NFZ**

społeczeństwa oraz które są możliwe do sfinansowania przez publicznego płatnika,

- opłacanie przez pacjentów lub pokrywanie z prywatnych ubezpieczeń wszystkich procedur i technologii terapeutycznych oraz produktów medycznych, które nie znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

System finansowania

Podstawowym założeniem jest zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych do poziomu 6% PKB.

Naszym zdaniem ochrona zdrowia Polaków powinna być finansowana z następujących źródeł:

- powszechnego (obowiązkowego) systemu ubezpieczeń zdrowotnych,
- prywatnego (dobrowolnego) systemu ubezpieczeń zdrowotnych,
- budżetu państwa,
- budżetu samorządów terytorialnych,
- budżetu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – głównie w zakresie rehabilitacji – najlepiej poprzez włączenie do budżetu ubezpieczenia powszechnego funduszu chorobowego, którym aktualnie dysponuje ZUS,
- współpłacenia przez pacjentów za wybrane świadczenia zdrowotne (w przypadku braku ubezpieczenia prywatnego).

Powszechny (obowiązkowy) system ubezpieczeń zdrowotnych powinien gwarantować finansowanie następujących obszarów w zakresie określonym przez koszyk świadczeń gwarantowanych:

0101010100101110101010010101010101001011

1) w ramach rocznego ryczałtu przyznanego podmiotom leczniczym:

- podstawowej opieki zdrowotnej,
- szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- ratownictwa medycznego,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- opieki paliatywnej i hospicyjnej;

2) w ramach opłaty za procedury medyczne zrealizowane przez podmioty lecznicze:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- leczenia szpitalnego,
- leczenia stomatologicznego,
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- leczenia uzdrowiskowego.

Poza zakresem określonym przez koszyk świadczeń gwarantowanych obszary wymienione w punkcie 2) powinny być finansowane w ramach komplementarnego systemu prywatnych (dobrowolnych) ubezpieczeń zdrowotnych.

Z funduszu chorobowego, którym aktualnie dysponuje ZUS, powinna być finansowana rehabilitacja lecznicza, w tym rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, neurologiczna i po leczeniu onkologicznym.

Z budżetu państwa powinna być opłacana składka m.in. za dzieci pozostające na utrzymaniu rodziców lub opiekunów, osoby pobierające świadczenie emerytalne, osoby otrzymujące zasiłek wychowawczy, kobiety na urlopie macierzyńskim, osoby otrzymujące świadczenie rodzicielskie lub inną pomoc pieniężną związaną z macierzyństwem, bezrobotnych poszukujących pracy oraz osoby ubogie lub niesamodzielne korzystające z pomocy społecznej. Ponadto budżet powinien finansować profilaktyczne programy zdrowotne oraz promocję zdrowia i zdrowego trybu życia. Samorządy terytorialne powinny z kolei odpowiadać za finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych w dziedzinach, w których zachorowalność w danym regionie jest największa, a także promocji zdrowia i zdrowego trybu życia wśród mieszkańców danego regionu.

Powszechne ubezpieczenia zdrowotne

Zadaniem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest zapewnienie pacjentom prawa do wyboru podmiotu świadczącego usługi zdrowotne oraz dostępu do świadczeń gwarantowanych (określonych w koszyku świadczeń gwarantowanych) w określonym miejscu i czasie. Aby to osiągnąć, niezbędne będzie:

- stworzenie – wzorem innych państw – kilku niezależnych funduszy zdrowia oferujących powszechne ubezpieczenie zdrowotne i rywalizujących ze sobą o pacjentów oraz o najlepszych świadczeniodawców. Fundusze te dysponowałyby środkami publicznymi proporcjonalnie do liczby zapisanych pacjentów, jednak z zastosowaniem dodatkowych przeliczników uwzględniających wskaźniki demograficzne. Przykładów takiego rozwiązania mamy pod dostatkiem,

BUDŻET POWINIEN FINANSOWAĆ

PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE

ORAZ PROMOCJĘ ZDROWIA

I ZDROWEGO TRYBU ŻYCIA

np. w Czechach funkcjonuje aktualnie siedem niezależnych kas chorych, w tym Powszechny Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz branżowe kasy chorych (Wojskowy Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych, Przemysłowy Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych, Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Pracowników Bankowości, Ubezpieczeń i Budownictwa, Pracowniczy Zakład Ubezpieczeń „Škoda”, Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz Regionalna Kasa Chorych), a w małym Izraelu są cztery publiczne fundusze ubezpieczeniowe;

- stworzenie możliwości pobierania przez podmioty lecznicze opłat za świadczenia wykraczające poza koszyk świadczeń gwarantowanych od pacjentów nieposiadających prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (lub jeśli prywatne ubezpieczenie nie pokrywa danego świadczenia), a także za świadczenia wykraczające poza umowy z ubezpieczycielem publicznym (ubezpieczycielami publicznymi),
- włączenie do budżetu ubezpieczenia powszechnego tzw. funduszu chorobowego, którym aktualnie dysponuje ZUS (ok. 20 mld zł). W większości państw europejskich oba te fundusze są łączone i wtedy dysponowanie nimi jest bardziej racjonalne. Gdy za koszty opieki zdrowotnej i za wydatki związane z niezdolnością do pracy odpowiada jedna instytucja, czynnikiem dominującym w procesie leczenia jest jego efektywność. Płatnikowi zależy, by pacjenci szybciej wracali do pracy, co zwiększa stosowanie rehabilitacji i tworzy elementy koordynowanej opieki zdrowotnej. Często jest bowiem tak, że w Polsce pacjent z jednej strony, ze względu na ograniczone finansowanie ochrony zdrowia, czeka w kolejce na zabieg nawet kilka lat (np. na endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub stawu kolanowego), a z drugiej w tym samym okresie pobiera zasiłek chorobowy.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Jedną z metod walki z deficytem finansowym w ochronie zdrowia może być wprowadzenie tzw. komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych. Oznacza to w praktyce ograniczenie koszyka świadczeń gwarantowanych do najbardziej podstawowych usług, a otwarcie pozostałej części rynku dla ubezpieczycieli prywatnych. W ten sposób możemy samodzielnie zdecydować, z jak

IM BARDZIEJ PUCHATEK**ZAGŁĄDA DO ŚRODKA DĘBU,****TYM BARDZIEJ PROSIACZKA TAM NIE MA.****PODOBNIESTO JEST Z FINANSOWANIEM****NASZEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

szerokiego zakresu usług medycznych chcemy korzystać w ramach płaconych składek. Przełoży się to nie tylko na efektywniejsze wykorzystanie środków, lecz także na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia – zmniejszy się bowiem dysproporcja między wielkością koszyka świadczeń gwarantowanych a wpłacanymi składkami.

W Polsce dynamicznie rozwija się rynek prywatnej opieki zdrowotnej, czego przyczyną są m.in. niskie publiczne nakłady na ochronę zdrowia powodujące słabą dostępność usług zdrowotnych oraz brak systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W 2015 r. rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce wzrósł o ok. 6% i osiągnął wartość ok. 39,5 mld zł. Przewiduje się, że w latach 2016–2021 co roku takie wydatki będą rosły o 7%, czyli o niemal 3 mld zł, co oszacowała firma analityczna PMR. Brak regulacji prawnej nie odstrasza Polaków od nabywania dodatkowych polis medycznych. Zwiększa się liczba osób, które wykupują prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W 2014 r. dodatkowe polisy posiadało w Polsce 1,2 mln osób, a w 2015 r. już 1,43 mln osób. W 2015 r. Polacy wydali na prywatne ubezpieczenia zdrowotne 483 mln zł, tj. o 21% więcej niż rok wcześniej. Najbardziej zauważalny jest wzrost liczby ubezpieczonych posiadających polisy indywidualne. Kupują je głównie te osoby, którym pracodawcy nie gwarantują abonamentów medycznych. Na takie polisy zdecydowało się w 2014 r. indywidualnie 173 tys. osób, a w 2015 r. – 272 tys. osób. Pozostałe 1,16 mln polis wykupiły w 2015 r. firmy dla swoich pracowników (źródło: Polska Izba Ubezpieczeń). Według prognoz firmy PMR dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne pozostaną najszybciej rozwijającym się segmentem prywatnego leczenia w latach 2016–2021. W dwucyfrowym tempie rozwijać się będą również abonamenty medyczne kupowane pracownikom przez firmy, wzrosną też wydatki na prywatne wizyty w gabinetach lekarskich.

Powyższe dane stanowią niepodważalny dowód na konieczność pilnego stworzenia dobrowolnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. W związku z tym proponujemy następujące działania:

- 1) należy stworzyć prawne podstawy funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych;
- 2) dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne powinny mieć charakter komplementarny, czyli być

„ponad” ubezpieczeniem powszechnym i pokrywać koszty:

- świadczeń zdrowotnych wyłączonych co do rodzaju z ubezpieczenia powszechnego (spoza koszyka świadczeń gwarantowanych),
- technologii terapeutycznych co do rodzaju wyłączonych z ubezpieczenia powszechnego (droższe technologie, alternatywne do tańszych oferowanych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych),
- świadczeń objętych współpłaceniem (m.in. lepszych wyrobów medycznych – lepszych soczewek wszczepianych w ramach zabiegu usunięcia zaćmy, lepszych endoprotez itd.);

3) rynek powinien oferować również ubezpieczenia zdrowotne o charakterze suplementarnym (funkcjonujące obok ubezpieczeń powszechnych), pokrywające koszty wyboru lekarza operatora, pokoju o wyższym standardzie, dodatkowej opieki pielęgniarskiej, dodatkowych badań diagnostycznych itd.

Prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi mogłyby się zajmować zarówno podmioty publiczne, oferujące jednocześnie obowiązkowe (powszechne) ubezpieczenia zdrowotne, jak i ubezpieczyciele prywatni.

Wierzchołek góry lodowej

To, co przedstawiliśmy powyżej, to tylko wierzchołek góry lodowej proponowanego systemu ochrony zdrowia Polaków.

Sytuacja w służbie zdrowia jest bowiem dzisiaj podobna do tej, jaką opisał A.A. Milne w książce pt. „Przygody Kubusia Puchatka”. Jest w niej taka scena, w której Kubuś Puchatek szuka Prosiaczka w pniu wielkiego dębu. Im bardziej Puchatek zagłąda do środka, tym bardziej Prosiaczka tam nie ma. Podobnie jest z finansowaniem naszej służby zdrowia – im więcej dorysujemy do niej pieniędzy, tym bardziej ich brakuje. Ostatnie lata dobitnie potwierdziły tę regułę.

Zmiana systemu finansowania ochrony zdrowia z ubezpieczeniowego na podatkowy niczego – poza chwilowymi efektami propagandowym – nie zmieni, a niewykluczone, że wygeneruje nowe problemy. Dlatego bardzo ważne jest efektywne wykorzystanie dostępnych dzisiaj środków finansowych znajdujących się w systemie ochrony zdrowia. Potrzebne są również szybkie i kompleksowe działania mające na celu zasadniczą zmianę polityki państwa w odniesieniu do kluczowego sektora gospodarczo-społecznego, jakim jest ochrona zdrowia obywateli.

Ale o tym napiszemy w kolejnych numerach „Menedżera Zdrowia”.

Krzysztof Czerkas, Piotr Magdziarz

Krzysztof Czerkas jest członkiem Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali oraz ekspertem Formedis Medical Management and Consulting.

Piotr Magdziarz jest partnerem zarządzającym Formedis Medical Management and Consulting.