

# Social Policy

1(1)/2012

## Ochrona zdrowia. Co dalej?

Grażyna Magnuszewska-Otulak



Fundacja  
Aleksandra Kwaśniewskiego  
**AMICUS EUROPAE**

**Social Policy 1(1)/2012**

# Ochrona zdrowia. Co dalej?

**Social Policy 1(1)/2012**  
**Ochrona zdrowia. Co dalej?**  
**ISSN 2084-7025**

---

Autor: Grażyna Magnuszewska-Otulak  
Redakcja: Bartosz Rydliński

---

Następująca analiza jest rozwinięciem dyskusji eksperckiej, która odbyła się 25 marca 2011 roku w siedzibie Fundacji „Amicus Europae”. Wprowadzenia do dyskusji dokonał Pan Marek Balicki na bazie własnego materiału analitycznego pod tytułem „Ochrona zdrowia - co dalej?”.

Dyskusja odbyła się na zasadzie Chatham House. Tezy i wnioski zawarte w niniejszej analizie są interpretacją autorki i nie mogą być w jakikolwiek sposób wiązane z osobami dyskutantów.

---

W dyskusji udział wzięli: Bartosz Arłukowicz, Rafał Bakalarczyk, Marek Balicki, Ireneusz Bil, Jakub Bożek, Bartosz Dominiak, Mirosław Grewiński, Marek Jaśkiewicz, Marek Kruk, Aleksander Kwaśniewski, Kazimierz Łukawiecki, Grażyna Magnuszewska-Otulak, Paweł Obermeyer, Janusz Opolski, Bartosz Rydliński, Elżbieta Streker-Dembińska, Zbigniew Swoboda, Michał Syska, Małgorzata Zarachowicz.

**WYDAWCA:**

**Fundacja Aleksandra Kwaśniewskiego „Amicus Europae”**

Al. Przyjaciół 8/5, 00-565 Warszawa

tel. +48 22 622 66 33, fax: +48 22 629 48 16

e-mail: fundacja@fae.pl, www.fae.pl

## Wprowadzenie

Tezy, że nie da się rozwiązać problemów ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej bez rozwiązywania szerszych problemów i kwestii społecznych uzasadniać nie trzeba. Już twórca powojennego systemu zabezpieczenia społecznego w Wielkiej Brytanii, lord William Henry Beveridge pisał w swoim raporcie o ubezpieczeniach społecznych i pokrewnych świadczeniach<sup>1</sup>, będącym propozycją ograniczenia ubóstwa w Wielkiej Brytanii po wojnie, że nie da się zapewnić postępu społecznego bez równoczesnego eliminowania takich problemów jak choroba, brak wykształcenia, brak pracy czy higieny. Walka z tymi problemami została uznana za warunek postępu społecznego ale i powodzenia powojennych reform. Między innymi walcząc z chorobą jako barierą postępu służyć miało wprowadzenie dla wszystkich obywateli bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych z budżetu. Beveridge twierdził bowiem, że wprowadzone przez Lloyd George'a ubezpieczenia zdrowotne powodują wykluczenie z systemu znacznej części obywateli, co wpływa na zły stan zdrowia ogółu populacji z wszelkimi dla tego konsekwencjami społecznymi. Był też świadom, że zły stan zdrowia i brak dostępu do opieki zdrowotnej przekładają się na niższą aktywność zawodową, wcześniejsze, częstsze i dłuższe korzystanie ze świadczeń ubezpieczeniowych a w pewnych przypadkach ze świadczeń pomocy społecznej.

Podobne opinie można znaleźć też w polskiej literaturze przedmiotu. Jak pisze T. Szumlicz, względna autonomiczność polityki zdrowotnej stanowi pewien problem ale „można stwierdzić, że nie jest uzasadnione rozważanie polityki zdrowotnej w oderwaniu od prowadzonej polityki społecznej, choćby z tego powodu, że system ochrony zdrowia <<obsługują>> finanse publiczne, o które ubiegają się również inne sfery polityki społecznej. Problem wyboru społecznego dotyczy więc polityki społecznej jako takiej, a nie wyłącznie obszaru spraw zdrowotnych”<sup>2</sup>. Dlatego też w tej analizie zostanie zaprezentowane takie szersze spojrzenie na temat zdrowia i jego ochrony.

<sup>1</sup> W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, New York 1942, s. 6-7.

<sup>2</sup> T. Szumlicz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*: Warszawa 2007, s. 20.

## I. Polityka społeczna a polityka zdrowotna

Zdrowie jest jedną z najbardziej cenionych wartości indywidualnych i społecznych. Zgodnie ze Światową Deklaracją Zdrowia, przyjętą także przez Polskę, zdrowie jest też „jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej”<sup>3</sup>. Dlatego też polityka społeczna, oparta na podstawowych wartościach, do zagadnień zdrowia i jego ochrony przywiązuje dużą wagę.

W wymiarze indywidualnym dobre zdrowie jest kluczowym czynnikiem warunkującym jakość życia, możliwość realizacji zadań i pełnienia ról, wpływa na funkcjonowanie jednostek i rodzin. Można zgodzić się z opinią, że „[...] zdrowie, a raczej zły stan zdrowia, jest traktowane jako siła sprawcza ekskluzji. Ludzie dlatego podlegają wykluczeniu, że ich stan zdrowia jest zły, a więc nie mogą podjąć się odgrywania oczekiwanych od nich ról, nie mogą nawiązać odpowiednich więzi społecznych albo zrywają te istniejące. W efekcie są odrzucani bądź to formalnie – jak przy odmowie zatrudnienia – bądź nieformalnie – przez ostracyzm grupy większościowej”<sup>4</sup>. Dlatego też polityka społeczna, której coraz ważniejszym zadaniem jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu z jakiegokolwiek powodu, musi włączyć politykę zdrowotną do katalogu swoich polityk szczegółowych.

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

W 2004 roku Polska, przystępując do Unii Europejskiej zobowiązała się do dostosowania polskiej polityki, w tym zdrowotnej, do postanowień UE<sup>5</sup>. Takie zobowiązania zapisano już w Traktacie z Maastricht, który uwzględnił problematykę zdrowia publicznego w Art. 129: „wymagania w zakresie ochrony zdrowia będą stanowiły nieodłączną część polityki Wspólnoty”. Zadania te doprecyzowano w Traktacie Amsterdamskim, w którym w Art. 152 pojawił się zapis, że w każdej polityce Wspólnoty

<sup>3</sup> Narodowy Program Zdrowia, [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf), odczyt z dn. 21.02.2012.

<sup>4</sup> C. Włodarczyk, *Zdrowie a wykluczenie społeczne. Z problemów europejskiej polityki zdrowotnej*. „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, 1/1999.

<sup>5</sup> Patrz: J. B. Karski, *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, Warszawa 2005, s. 26 i nast.

będzie uwzględniany aspekt zdrowotny. Zapisano obowiązek łączenia profilaktyki i leczenia, działań na rzecz zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom, eliminację głównych zagrożeń zdrowia, generalnie wymóg zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludności.

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

Jakie jeszcze można przywołać argumenty, by uzasadnić obowiązek państwa prowadzenia polityki zdrowotnej?

Po pierwsze fakt, że zdrowie jest wartością społeczną, kapitałem społecznym. Dobre zdrowie jest warunkiem uczestnictwa. Brak dostępu do opieki zdrowotnej wyklucza z uczestnictwa w innych sferach życia społecznego ale i brak uczestnictwa, np. z powodu niepełnosprawności, niezaradności, nieumiejętności uzyskania informacji dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia, może wykluczyć z korzystania z usług opieki zdrowotnej.

Po drugie fakt, że na stan zdrowia wpływają czynniki, które w dużej mierze wynikają z innych dziedzin polityki państwa. Niewłaściwa polityka zatrudnienia, mieszkaniowa, zabezpieczenia społecznego ale też polityka gospodarcza czy ochrony środowiska, mogą powodować pogorszenie stanu zdrowia. Uznając wpływ na stan zdrowia takich czynników jak sytuacja na rynku pracy, warunki mieszkaniowe, prawa i swobody obywatelskie, zbiorowe spożycie itp., trudno nałożyć na obywateli wyłączną odpowiedzialność za swój stan zdrowia.

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

Po trzecie, wobec nieprzewidywalności wystąpienia potrzeby zdrowotnej, asymetrii informacji między lekarzem a pacjentem, konieczne jest korygowanie rynku. Zdrowie i choroba nie są wyłącznie problemem jednostki ale także jej rodziny, zakładu pracy, środowiska społecznego, zdrowie jest też cenioną wartością. Tylko państwo może zapewnić równość dostępu, by warunki osiągnięcia zdrowia nie były zróżnicowane zależnie od statusu społecznego, wykształcenia, dochodów czy miejsca zamieszkania.

Związki polityki społecznej ze zdrowiem wynikają z samej jej definicji. Dyskusja nad sposobami definiowania polityki społecznej trwa<sup>6</sup> ale wielu autorów definiuje politykę społeczną jako działania państwa i innych podmiotów tworzące warunki zaspokajania potrzeb. Jeśli uznamy, że zadaniem polityki społecznej w kontekście zdrowia jest tworzenie warunków do zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli, to kluczowa wydaje się kategoria potrzeby zdrowotnej. Jest ona różnie definiowana, zależnie od tego, czy traktujemy zdrowie jako wartość czy też towar, podlegający rynkowej zasadzie równoważenia popytu i podaży.

Potrzeby zdrowotne mogą mieć charakter obiektywny (potwierdzenie przez lekarza stanu chorobowego) ale też subiektywny. Tu warto przypomnieć, że Światowa Organizacja Zdrowia utożsamia zdrowie ze stanem „pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”<sup>7</sup>. W 1977 roku w Rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia uzupełniono tę definicję o „samodzielność i sprawność życia prowadzonego bez chorób i dolegliwości tak długo, jak to możliwe a także z nimi, gdy niepełnosprawność nie da się wyeliminować dostępnymi środkami”<sup>8</sup>. W każdej więc sytuacji braku tak rozumianego zdrowia mamy do czynienia z występowaniem potrzeby zdrowotnej.

Problemem każdego systemu ochrony zdrowia, każdej polityki zdrowotnej jest jednak fakt, że jakkolwiek rozumiane potrzeby zdrowotne są nieograniczone ilościowo i jakościowo, natomiast ilość usług i świadczeń możliwych do zaoferowania przez system jest ograniczona wielkością zasobów przeznaczanych na zdrowie, niezależnie od rozwiązań organizacyjnych. Tadeusz Szumlicz<sup>9</sup> taki nieograniczony popyt na świadczenia i usługi zdrowotne, który nie ma pokrycia w posiadanych środkach, niezależnie od tego, czy publicznych czy prywatnych, nazywa popytem sztucznym.

6 R. Szarfenberg, *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*, Warszawa 2006.

7 J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*. Warszawa 1971, s. 39.

8 C. Włodarczyk, *Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce*, Łódź 1988, s. 84.

9 T. Szumlicz, *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą...*, op. cit., s. 41.



## II. Polityka ochrony zdrowia; polityka zdrowotna.

Tradycyjnie politykę zdrowotną określano jako „działalność, która ma na celu poprawę stanu zdrowia, zaspokajanie potrzeb zdrowotnych albo udzielanie świadczeń zdrowotnych”<sup>10</sup>. W nowszym ujęciu „[...] polityka zdrowotna kraju lub społeczności to przyjmowana przez nie strategia, służąca kontrolowaniu i optymalizowaniu wykorzystywania przez nie wiedzy medycznej i dostępnych zasobów stosowanych do rozwiązywania problemów zdrowotnych”<sup>11</sup>. Różni autorzy, wymieniając podmioty odpowiedzialne za politykę zdrowotną, za szczególnie ważny uznają państwo.

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

Niezależnie jednak od tego, jak zdefiniujemy politykę zdrowotną, aktualne pozostają słowa Magdaleny Sokołowskiej i Jacka Hołówki, że polityka zdrowotna, podobnie jak inne programy polityki społecznej „powinny być wyraźnie określone pod czterema względami: 1) powinny mieć jasno sformułowane cele; 2) cele te powinny być zgodne z innymi, społecznie akceptowanymi wartościami; 3) realizacja programów powinna brać pod uwagę postawy osób, których program dotyczy i 4) powinna przebiegać przy zastosowaniu metod, które w sposób optymalny mogą pogodzić ze sobą owe cele, wartości i postawy”<sup>12</sup>. Ocena realizacji tych założeń może stać się podstawą oceny programów ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej.

Cele opieki zdrowotnej obejmują m.in.<sup>13</sup> wydłużanie życia i eliminowanie przedwczesnych zgonów, minimalizację odstępstw od fizjologicznych i funkcjonalnych norm przez działania profilaktyczne i wczesne wykrywanie chorób, wzmacnianie odporności na choroby,

minimalizowanie dyskomfortu i niesprawności, wzmacnianie potencjału zdrowotnego oraz wspieranie poczucia dobrobytu i samorealizacji.

Według WHO<sup>14</sup> ważnym celem polityki zdrowotnej jest: zmniejszanie nierówności w zakresie ochrony zdrowia; zapewnianie dostępu do poprawy zdrowia; umacnianie zdrowia poprzez zapobieganie chorobom, wypadkom, zagrożeniom; zapewnienie takiej organizacji procesów leczenia, aby z fachowej pomocy i opieki zdrowotnej mogły korzystać osoby tego potrzebujące i aby organizacja tej opieki i pomocy zapewniała poszanowanie godności chorego.

Celem zakładanym polityki zdrowotnej jest więc: dążenie do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, zapewnienie powszechnego dostępu do podstawowych usług medycznych, promowanie zachowań prozdrowotnych i społecznego dobrostanu, osiągnięcie zadowolenia pacjentów, zapewnienie wysokiej jakości usług przy zachowaniu zasady efektywnego wykorzystania zasobów i stabilności finansowej i organizacyjnej systemu.

Wynika z tego, że zasadniczym celem polityki zdrowotnej powinno być zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, rozumianego jako „stan i zespół warunków prawnych, technicznych, organizacyjnych i finansowych umożliwiających faktyczny dostęp do opieki, usług i świadczeń w stanach chorobowych lub innych zagrożeniach życia i zdrowia”<sup>15</sup>.

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

Wydaje się jednak, że kluczową cechą dobrze zorganizowanego systemu zdrowotnego jest dostępność<sup>16</sup>, polegająca na dostosowaniu :

- wielkości oraz struktury zasobów do wielkości oraz struktury potrzeb populacji;

10 C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 27.

11 C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 33.

12 *Polityka społeczna a zdrowie*; red. M. Sokołowska, J. Hołówka, Warszawa 1978, s. 9.

13 Ibidem, s. 33.

14 *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*; za: J. Orczyk, *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Poznań 2003, s. 27.

15 M. Erenc, W. Michota, *Samorząd Terytorialny organizatorem ochrony zdrowia*, „Zeszyty Samorządowe 1/2000”, Katowice 2000.

16 C. Włodarczyk, *Prakseologiczny dylemat...*, op. cit., s. 155 i nast.

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

I na koniec uwaga dotycząca odmienności interesów różnych stron. Z punktu widzenia państwa ważne jest zapewnienie<sup>17</sup> efektywności makroekonomicznej, rozumianej jako przeznaczenie na usługi medyczne takiej wielkości środków w PKB, która umożliwi zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, nie naruszając przy tym równowagi ekonomicznej oraz efektywności mikroekonomicznej, rozumianej jako uzyskiwanie najlepszych efektów zdrowotnych i zadowolenia konsumentów usług przy możliwie niskich kosztach. Z punktu widzenia płatnika, w tym wypadku Narodowego Funduszu Zdrowia, ważne jest racjonalne ekonomicznie gospodarowanie środkami. Dla obywatela kluczowe będzie uzyskanie świadczenia możliwie szybko i najlepszej jakości. Te interesy są w wyraźnej sprzeczności, co wskazywałoby potrzebę podjęcia rzetelnej dyskusji publicznej dążącej do osiągnięcia minimalnego poziomu zgody co do zakresu świadczeń gwarantowanych przez państwo.

### III. Główne wyzwania.

Wyzwania można podzielić na dwie grupy: wynikające z uwarunkowań zewnętrznych (społeczno – gospodarczych) oraz wynikających z samego procesu reformowania systemu i jego funkcjonowania. Zacznę od omówienia uwarunkowań demograficznych i powiązanych z nimi problemów dotyczących aktywności ekonomicznej.

<sup>17</sup> C. Włodarczyk, S. Paździuch, *Systemy zdrowotne...*, op. cit., s. 31.

## 1. Wyzwania wynikające z otoczenia systemu ochrony zdrowia.

Wyzwania dla systemu ochrony zdrowia wynikają ze splotu dwóch czynników: a) przewidywanego wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne, przede wszystkim spowodowanego starzeniem populacji, ale też procesami migracyjnymi a nawet pewnym wzrostem liczby urodzeń w ostatnich latach oraz b) prawdopodobnego spadku nakładów na ochronę zdrowia wynikającego z niższych wpływów do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz c) ograniczonej możliwości finansowego wspierania ochrony zdrowia ze środków budżetu państwa i budżetów samorządu terytorialnego. Źródłem zagrożeń może być także stan zasobów, zarówno dotyczących stanu placówek jak i kadr medycznych. Wiele obiektów jest zdekapitalizowanych, w ostatnich latach przybywa niewiele nowych i nowoczesnie wyposażonych placówek. W ostatnich latach spada też liczba studentów i absolwentów szkół medycznych, co przy bardzo niekorzystnej relacji między liczbą lekarzy a liczbą pacjentów<sup>18</sup> może stanowić dodatkowe zagrożenie. Zagrożeniem może być też skrócenie okresu studiów czy rezygnacja z egzaminu potwierdzającego kompetencje. Obowiązkowe ubezpieczenie podmiotów leczniczych od następstw błędów lekarskich nie ochroni przed nimi pacjentów, może zaś zwiększyć koszty świadczeń.

Splot tych czynników będzie powodował narastanie problemów związanych z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych; może powodować niepokoje społeczne a przede wszystkim narastanie kryzysu zdrowotnego, którego symptomy zaczynamy już obserwować.

Proces starzenia populacji wynika z trzech zjawisk: wydłużania wieku przeżycia, utrzymywania się dzietności na poziomie reprodukcji zawężonej oraz wkraczania w wiek poprodukcyjny licznych roczników powojennego wyżu demograficznego.

W Polsce tylko w okresie transformacji średnie trwanie życia wydłużyło się w przypadku kobiet o 4,5 roku zaś mężczyzn o 4,8 roku, w świetle prognoz do 2035 rok trwanie życia osiągnie 77,1 roku dla mężczyzn i 82,9 roku dla kobiet. Tylko w okresie ostatnich 20 lat nastąpił wzrost udziału osób 60/65 i więcej lat o ponad 4 punkty procentowe.

<sup>18</sup> Rocznik Statystyczny 2010 nie podaje w części międzynarodowej danych dla Polski ukazujących tę relację. Z obliczeń autorki wynika, że na jednego lekarza w Polsce przypadało w 2008 roku 488 osób, dwukrotnie więcej niż w większości pozostałych krajów Unii Europejskiej.

**Tabela. 7 Przewidywane trwanie życia**

Rok	Mężczyźni			Kobiety		
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
2006	70,9	70,9	70,9	79,6	79,6	79,6
2010	71,4	71,8	71,7	79,8	80,1	80,1
2015	72,3	72,9	72,8	80,2	80,7	80,6
2020	73,4	74,0	73,9	80,8	81,3	81,2
2025	74,6	75,3	75,1	81,5	82,0	81,9
2030	75,8	76,6	76,3	82,2	82,7	82,5
2035	77,1	78,0	77,7	82,9	83,4	83,2

Źródło: Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_L\\_prognoza\\_ludnosci\\_PL\\_2008-2035.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf), odczyt z dn. 24.02.2012.

W efekcie wydłużania wieku przeżycia w 2008 roku niemal pół miliona osób w Polsce miało 85 i więcej lat, niemal 750 tysięcy było w wieku 80 – 84 lata. Łącznie daje to 1,25 miliona osób w wieku 80 i więcej lat. W roku 2035 liczba osób w wieku 80 i więcej lat może przekroczyć 2,5 miliona, z czego 67% będą stanowić kobiety.

Trzeba jednak mieć świadomość, że tylko część życia to życie w zdrowiu. Według szacunków Eurostatu<sup>19</sup> dla Polek urodzonych w 2005 roku 79,3% ogólnego trwania życia będzie życiem w zdrowiu, dla Polaków 86,2%. Dla kobiet, które w 2005 roku przekroczyły 65. rok życia będzie to zaledwie 54,7%, dla mężczyzn 58,3%. Wzrost udziału ludzi starych w populacji będzie więc wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia ale też dla systemu ubezpieczeń społecznych i pomocy społecznej.

<sup>19</sup> Patrz: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2008.

**Tabela. 2.1 Przeciętna długość życia w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) i przy jego braku w Polsce w 2005**

Grupa płci i wieku	W zdrowiu		Z ograniczoną sprawnością	
	liczba lat	% trwania życia	liczba lat	% trwania lat
Mężczyźni - 0	61,8	86,2	9,8	13,8
Mężczyźni - 65	8,3	58,3	6,0	41,7
Kobiety - 0	66,6	79,3	12,7	20,7
Kobiety - 65	10,1	54,7	8,4	45,3

Źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2008.

Jednocześnie występują duże braki w możliwościach zaspokojenia potrzeb ludzi starych. Według danych Zespołu ds. geriatry przy Ministrze Zdrowia z lipca 2007 roku, mieliśmy w Polsce 174 lekarzy wyspecjalizowanych w geriatry, z czego 120 aktywnych zawodowo, z czego 70 pracujących zgodnie z kwalifikacjami. W krajach lepiej rozwiniętych na 10 tysięcy osób w wieku 65 i więcej przypada trzech do pięciu lekarzy geriatrów. Oznacza to, że przy 6 milionach ludzi w tej kategorii wiekowej powinno praktykować w Polsce 1800 do 3000 lekarzy geriatrów.

Wydaje się, że ta sytuacja może być jednym z przejawów braku polityki zdrowotnej w sferze kształcenia lekarzy. W programach kształcenia na uczelniach medycznych nie ma obowiązkowego kursu geriatry; na połowie z nich są organizowane jedynie zajęcia fakultatywne ale często teoretyczne, ponieważ kandydaci na lekarzy nie mają gdzie odbywać zajęć praktycznych; nie ma dostatecznej liczby łóżek geriatrycznych, także w szpitalach klinicznych. W 2007 roku było w Polsce 525 łóżek geriatrycznych i 94 przychodnie. Przypominam: na 6 milionów osób w wieku 65 i więcej lat. W związku ze zmianą ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>20</sup> w najbliższych latach można spodziewać się pewnej poprawy sytuacji w tym zakresie, w tym wprowadzenia obowiązkowego kursu geriatry.

Zbyt mała liczba lekarzy geriatrów pogarsza jakość leczenia przez kilku działających niezależnie od siebie lekarzy: lekarza POZ, różnych specjalistów, nadużywanie leków, możliwe błędy terapeutyczne. Badania śląskie pokazują, że skuteczność leczenia (mierzona wiekiem przeżycia po leczeniu szpitalnym) jest wyższa w przypadku opieki geriatrycznej niż internistycznej<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2011 roku, Nr 113, poz. 658.

<sup>21</sup> E. Cichońska, *Nadchodzi starość*, „Gazeta Wyborcza”, poniedziałek 13 czerwca 2011.



Dodatkowo sytuację ludzi starych pogarsza likwidacja ważnej instytucji, jaka były zespoły opieki środowiskowej. Obecnie opieka jest rozproszona. Działalność pielęgniarki środowiskowej i lekarza podlega kompetencjom ministra zdrowia; pracownika socjalnego i opiekuna środowiskowego podlega ministrowi odpowiedzialnemu za politykę zabezpieczenia społecznego. Pogarsza to jakość opieki, co także pogarsza stan zdrowia ludzi starych i generuje dodatkowe koszty leczenia wynikające z zaniedbań tak podstawowych spraw, jak prawidłowe żywienie, zapewnienie dostatecznej ilości płynów, by nie dopuścić do wycieńczenia, odwodnienia, z wszelkimi tego konsekwencjami zdrowotnymi. Brak też w Polsce działań na rzecz przygotowania do starości, zbyt mało jest działań na rzecz utrzymania aktywności w fazie starości.

Z drugiej strony oczekiwać możemy spadku nakładów na opiekę zdrowotną wynikającego ze spadku w najbliższych latach udziału w populacji osób w wieku produkcyjnym, niskiego poziomu aktywności ekonomicznej ludności, możliwego w efekcie kryzysu ekonomicznego spadku wynagrodzeń a w związku z tym wpływów zarówno do NFZ jak i do budżetu centralnego i budżetów jednostek samorządu terytorialnego z podatków bezpośrednich i pośrednich. Ograniczy to możliwość zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia.

Mniej niepokojące mogą być konsekwencje pozytywnego w swej istocie zjawiska, jakim jest pewien wzrost liczby urodzeń w ostatnich latach.

Rok	Liczba urodzeń żywych		
	Ogółem	Miasta	Wieś
	w tysiącach		
2000	378,3	208,3	170,0
2001	368,2	205,7	162,5
2002	353,8	197,5	156,3
2003	351,1	199,6	151,5
2004	356,1	204,9	151,2
2005	364,4	211,2	153,2
2006	374,2	218,0	156,2
2007	387,9	225,6	162,2
2008	414,5	241,3	173,2
2009	417,6	246,4	171,2

Źródło: *Rocznik demograficzny 2009*, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_rocznik\\_demograficzny\\_2009.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rocznik_demograficzny_2009.pdf), odczyt z dn. 24.02.2012.

Wzrost ten jest jednak zbyt mały, by zrównoważyć przyrost udziału ludzi starych, zwłaszcza w kontekście starzenia się pokolenia urodzonego po II wojnie. Powoduje jednak potrzebę zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej zarówno dla kobiet jak i dzieci. W 2003 roku liczba urodzeń wyniosła 351,1 tysiąca, w kolejnych latach następował systematyczny wzrost do blisko 420 tysięcy w 2009 i 2010 roku. Według przewidywań demografów tendencja wzrostowa utrzymywać się jeszcze miała do 2015 roku, jednak już w 2010 i pierwszej połowie 2011 roku widać wyhamowanie tej tendencji.

Wyzwania wynikają z konieczności zapewnienia opieki prenatalnej, właściwych warunków odbywania porodu i opieki nad niemowlęciem oraz kobietą w okresie połogu. Opiekę zdrowotną trzeba będzie zapewnić wszystkim urodzonym w obecnym wyżu dzieciom. Trzeba też mieć świadomość, że obserwowany wzrost wieku kobiet rodzących dziecko oraz inne czynniki powodują, że 6 - 7% dzieci rodzi się z niską wagą urodzeniową i wymaga w związku z tym szczególnej opieki, w tym specjalistycznej. Postęp medycyny pozwala na ratowanie życia bardzo słabych noworodków; część z nich będzie wymagała szczególnej opieki medycznej przez całe życie.

Należy też dostrzec, że wprowadzenie w 1999 roku nowego systemu ochrony zdrowia opartego na zasadzie ubezpieczeniowej<sup>22</sup> spowodowało wycofanie lekarzy i pielęgniarek z placówek oświatowych. Niektóre samorządy rozwiązują ten problem w ramach swoich uprawnień, jednak pozostaje nierozwiązany problem opieki zdrowotnej nad dziećmi ze środowisk słabych socjalnie i społecznie, niewydolnych opiekuńczo, co ogranicza istotnie możliwość działań profilaktycznych.

Narastanie potrzeb w zakresie ochrony zdrowia zderza się z możliwościami systemu ochrony zdrowia. Sytuacja ta będzie wymagać trudnych decyzji politycznych, co uznać za potrzeby zdrowotne, za których zaspokojenie powinno odpowiadać państwo.

Te wyzwania zderzą się ze wspomnianym spadkiem wpływów możliwych do przeznaczenia na ochronę zdrowia. Do roku 2015 ubędą prawie 853 tysiące osób w wieku produkcyjnym, z czego prawie 300 tys. będących obecnie w wieku niemobilnym. W kolejnych latach te ubytki będą narastać. Jednocześnie do 2020 roku przybędzie niemal 2 miliony ludności w wieku poprodukcyjnym.

<sup>22</sup> Ustawa z 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. 1997r. nr 28, poz. 153 z późn. zm.



**Tabela. 2 Ludność według wieku w wybranych latach** (stan w dniu 31.12)

Wyszczególnienie	Lata				Lata			
	1990	2000	2009	2010*	1990	2000	2009	2010*
	w tysiącach				w odsetkach			
ludność ogółem	38074	38254	38167	38204	100,0	100,0	100,0	100,0
W wieku:								
przedprodukcyjnym	11040	9333	7231	7126	29,0	24,4	19,0	18,6
produkcyjnym	22148	23261	24624	24640	58,2	60,8	64,5	64,5
Mobilnym (18-44 lata)	15256	15218	15321	15335	40,1	39,8	40,1	40,1
niemobilnym (45-59/64)	6892	8043	9303	9305	18,1	21,0	24,4	24,4
produkcyjnym	4885	5660	6312	6438	12,8	14,8	16,5	16,9

\*dane wstępne

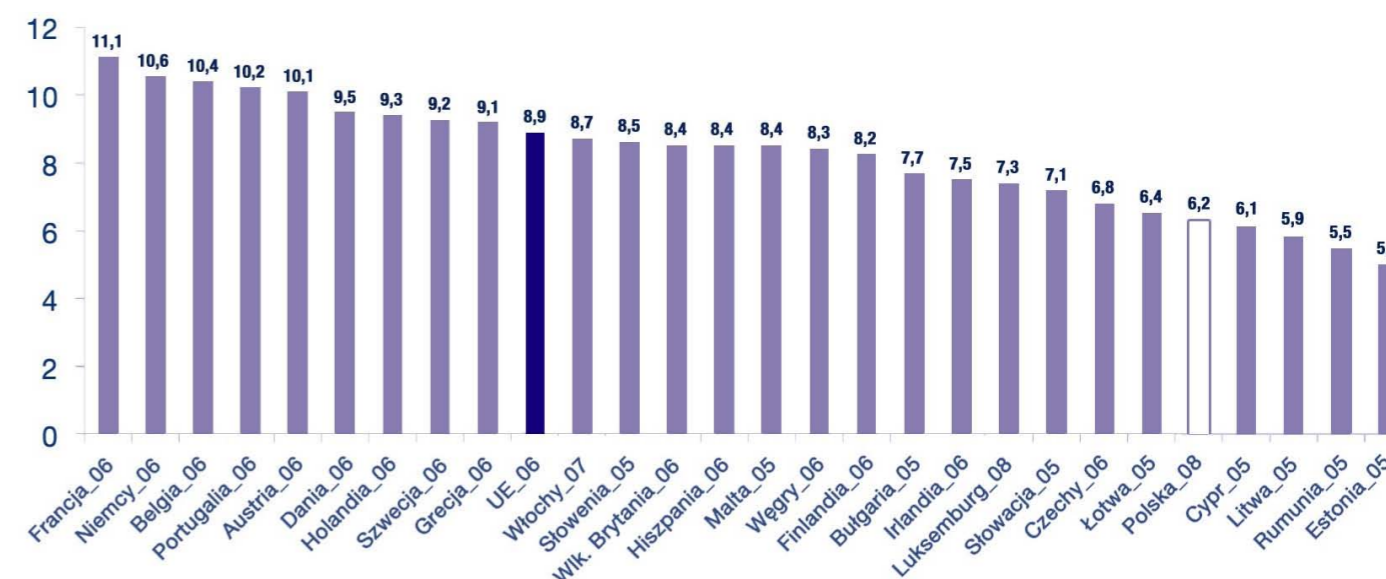
Źródło: Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000 - 2010, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_L\\_podst\\_inf\\_o\\_rozwoju\\_dem\\_pl.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl.pdf), odczyt z dn. 24.02.2012.

To zagrożenie jeszcze jest słabo odczuwalne ale da się już zdiagnozować. Udział ludności w wieku produkcyjnym w ostatnich latach wzrastał z 58,2% w 1990 roku do 64,5% w roku 2019 czyli o 6,3 punktu. Nie wzrósł jednak nawet o dziesiątą punktu udział ludności w wieku produkcyjnym mobilnym (18 – 44 lata). Zważywszy jednak na fakt, że z jednej strony maleje udział ludności w wieku przedprodukcyjnym (o 10 punktów w całym okresie transformacji) oraz to, że wchodzą w wiek emerytalny roczniki wyżu powojennego, trzeba dostrzec, że w najbliższych latach zacznie maleć udział osób w wieku produkcyjnym, co spowoduje wzrost obciążeń demograficznych.

Na te problemy nakłada się niska aktywność zawodowa ludności Polski. Według danych GUS współczynnik aktywności zawodowej wynosił w ostatnich latach dla ogółu populacji nieco ponad 55%, wyższy jest dla mężczyzn, niższy dla kobiet. Lepiej kształtują się te wartości dla ludności w wieku produkcyjnym: współczynnik aktywności zawodowej wynosi nieco ponad 70% dla tej populacji, w tym blisko 80% dla mężczyzn i niespełna 70% dla kobiet, jednak ponad 25% ludności w wieku 18 – 59/64 lata nie wykazuje aktywności ekonomicznej. Jeśli jeszcze odliczymy osoby aktywne zawodowo a niepracujące (bezrobotni), okaże się, że luka w opłacaniu podatków i składki zdrowotnej jest duża. Nie możemy

także zapominać, że składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca tylko część ludności zawodowo czynnej, za wiele grup składka jest opłacana z budżetu, w wysokości minimalnej. To także przyczyni się do zmniejszenia środków na świadczenia ochrony zdrowia, już obecnie jedne z najniższych w Europie<sup>23</sup>.

**Ryc. 12 Wydatki na zdrowie jako procent PKB - ostatni dostępny rok** (dane WHO FHA DB)



Źródło: Sytuacja zdrowotna..., op. cit.

## 2. Wyzwania wynikające z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Innym źródłem problemów jest sam proces reformowania systemu ochrony zdrowia po roku 1997. Należy wyjść od analizy przesłanek, ujawnianych i nieujawnianych, leżących u podstaw reformy systemu.

<sup>23</sup> S. Szafraniec-Buryło, I. Sakowska, *Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce*; w: *Sytuacja zdrowotna...*, op. cit, s. 204 i 205.

Jawną przesłanką była chęć stabilizacji napływu środków na ochronę zdrowia, uniezależnienie ich wysokości od decyzji politycznych zaś za nieujawnioną otwarcie należy uznać wycofanie się państwa ze znacznej części odpowiedzialności za politykę zdrowotną. Należy przy tym nadmienić, że właśnie decyzją polityczną zmniejszono wysokość składki zdrowotnej i uprawniono (generalnie słusznie) do opieki medycznej osoby, które składki opłacać nie mogły (bezrobotni, nieaktywni zawodowo, rolnicy indywidualni, co było zasadne przynajmniej w początkowym okresie dużego spadku dochodów ludności rolniczej, czego nadal bronią partie polityczne). Pozostaje jednak faktem, że składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca ze swoich dochodów mniej niż połowa Polaków, za niektórych minimalną składkę opłaca budżet państwa.

Warto też zwrócić uwagę, że proponując budowę systemu opartego na zasadzie ubezpieczeniowej, twórcy reform nie uwzględnili faktu, że system ubezpieczeń zdrowotnych został wprowadzony w Niemczech w końcu XIX wieku, przy niskich kosztach świadczeń zdrowotnych. Przy obecnych kosztach leczenia, zwłaszcza chorób rzadkich, niepoddających się standardowej terapii, wymagających zaangażowania najnowszej techniki medycznej, nie da się świadczeń ochrony zdrowia finansować wyłącznie ze składki ubezpieczeniowej. Przy tym należy przypomnieć, że system niemiecki w ramach ubezpieczenia zdrowotnego zapewniał za opłacaną składką dwa rodzaje świadczeń: zasiłek chorobowy oraz świadczenie rzeczowe w postaci usług medycznych, co pozwoliło na rzetelne kalkulowanie efektywności ekonomicznej wybranych terapii. W Polsce nie rozważa się dylematu czy leczyć drogo ale skuteczniej (krótszy okres wypłacania zasiłku), czy taniej ale dłużej. Świadczenia pieniężne z tytułu niezdolności do pracy i usługi zdrowotne finansowane są z odrębnych funduszy.

Warto też przypomnieć, że system ubezpieczeniowy funkcjonował w międzywojennej Polsce, jednak obejmował on głównie ludność pracującą w miastach<sup>24</sup>, co przy ówczesnej strukturze ludności oznaczało wyłączenie znacznej jej części z działania systemu ubezpieczeniowego, co też obniżało jego koszty.

Twórcy reformy sięgali do różnych doświadczeń. Teoretycznie z modelu brytyjskiego zapożyczono instytucję lekarza rodzinnego, zapominając jednak przy tym, że w Wielkiej Brytanii w tworzenie tego systemu (odpowiedzialność organizacyjna, finansowanie z budżetu) angażowało się bardzo mocno państwo wspierając, głównie finansowo, tworzenie praktyk w tych regionach, gdzie lekarzy było zbyt mało. Celem było doprowadzenie do takiej sytuacji, by każdy obywatel Zjednoczonego

<sup>24</sup> M. Rutkowska, *Wprowadzenie ubezpieczenia zdrowotnego jak element reformy systemu ochrony zdrowia*; w: *Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji*, red. L. Frąckiewicz, W. Koczur, Katowice 1998.

Królestwa mógł wybrać swojego lekarza możliwie blisko miejsca zamieszkania. Lekarzem rodzinnym rzadko zostawał młody lekarz, zazwyczaj odbywał wieloletnią praktykę u boku lekarza rodzinnego z dużym doświadczeniem.

Ustawą z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>25</sup> zapoczątkowano proces tworzenia kas chorych. Szybko pojawiły się problemy zróżnicowania dostępu do opieki zdrowotnej ludności w różnych województwach, ograniczania możliwości swobody wyboru placówki poza właściwą ze względu na miejsce zamieszkania kasą chorych, ujawniły się problemy niedofinansowania systemu i narastającego zadłużenia placówek, na co dziś szuka się remedium w zmianie formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych.

O przyczynach problemów pisało wielu autorów<sup>26</sup>, ograniczę się więc do wskazania najważniejszych. Były to, między innymi, opóźnienia w wydawaniu aktów wykonawczych, problem, który nie został rozwiązany do dziś. W początkowym okresie funkcjonowania kas chorych pojawiły się problemy wyłączenia niektórych grup z systemu, w tym dzieci nieubezpieczonych rodziców czy osób bezdomnych. Pojawił się też problem z rozliczeniem kosztów leczenia pacjentów migrujących. Nie zrealizowano też planów związanych z wprowadzeniem rejestru usług medycznych, co do dziś utrudnia racjonalizację systemu. Wciąż zbyt niskie są nakłady, zarówno publiczne jak i prywatne, choć udział tych ostatnich znacząco wzrósł<sup>27</sup>. Poważnym problemem jest wciąż rozmycie odpowiedzialności między różnych uczestników systemu. Za największe zagrożenie można uznać wycofanie się państwa z odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu, co w praktyce przekształciło się w brak polityki zdrowotnej na poziomie krajowym ale też nałożenie na samorząd terytorialny obowiązku zapewnienia dostępu do opieki zdrowotnej przy jednoczesnym finansowaniu świadczeń pierwotnie przez kasy chorych zaś obecnie przez oddziały NFZ, na które samorząd nie ma wpływu.

Nastąpiło więc rozdzielenie odpowiedzialności politycznej i rzeczywistej za funkcjonowanie systemu. Brak jest koordynacji między polityką zdrowotną a finansowaniem systemu. Już od początku funkcjonowania nowego systemu nastąpiły zaniedbania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, nie zwiększył się zakres odpowiedzialności obywateli za swoje zdrowie, co po części wynika z braku systemu motywacyjnego, np. uzależnienia wysokości składki od poddawania się

<sup>25</sup> Dz. U. 1997 r. nr 28, poz. 153 z późn. zm.

<sup>26</sup> Patrz: M. Węgrzyn, *Ubezpieczenia zdrowotne – kolejny etap przekształceń systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce.*; w: *Reformy społeczne i zagrożenia...*, op. cit.; C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003.

<sup>27</sup> W latach 1991 – 2000 wydatki z budżetu państwa na zdrowie spadły z 4,8% PKB do 0,63% przy ogólnym wzroście wydatków ogółem. Ten spadek wynikał przede wszystkim z przejścia finansowania świadczeń zdrowotnych najpierw przez kasy chorych a następnie przez NFZ. Spadły jednak też nakłady na podstawową opiekę zdrowotną. Patrz: C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne...*, op. cit. s. 225 i nast.

badaniom profilaktycznym. Można jednak mieć wątpliwości, czy koszt weryfikacji danych o ubezpieczonych nie będzie zbyt wysoki. Wydaje się, że znacznie skuteczniejsze może być zobligowanie lekarzy POZ do kierowania pacjentów na badania profilaktyczne (i przeznaczenie na to odpowiednich środków) oraz właściwie realizowane programy promocji zdrowia.

Przede wszystkim jednak dostrzegalny jest brak spójnej polityki zdrowotnej. Jak wspomniano wcześniej, powinna ona mieć jasno sformułowane cele, cele te powinny być zgodne z innymi, społecznie akceptowanymi wartościami, realizacja programów powinna brać pod uwagę postawy osób, których program dotyczy i powinna przebiegać przy zastosowaniu metod, które w sposób optymalny mogą pogodzić ze sobą owe cele, wartości i postawy. Poza ogólnikowymi celami, jakimi jest poprawa stanu zdrowia ludności, poprawa dostępu do świadczeń, wzrost odpowiedzialności za zdrowie, trudno jest dostrzec kierunki polityki zdrowotnej w Polsce. Brak jest odniesienia do wartości, brak instrumentów racjonalizacji działań, poprawy ich efektywności. UE w swoich dokumentach wskazała, jakie powinny być priorytety polityk zdrowotnych państw członkowskich: walka z nowotworami, przeciwdziałanie HIV/AIDS, ograniczanie negatywnych skutków szkodliwego środowiska, wypadków i urazów. Nie widać, by Polska te priorytety realizowała.

Powołanie ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>28</sup> Narodowego Funduszu Zdrowia nie rozwiązało większości istniejących problemów, przede wszystkim rozmycia odpowiedzialności, braku polityki zdrowotnej i niedofinansowania systemu. Do niektórych problemów nawiążę w dalszej części analizy.

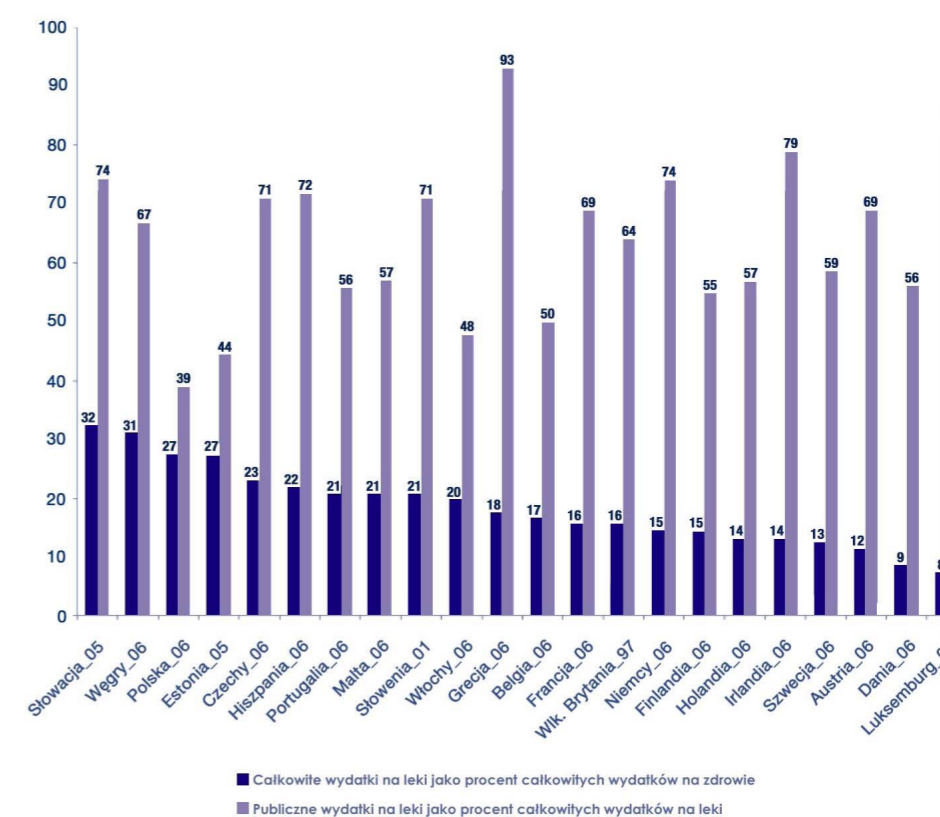
Niewłaściwe funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej generuje koszty. Chorzy, zamiast udać się do słabo dostępnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wzywają pogotowie, szturmują izby przyjęć w szpitalach, często z błahymi schorzeniami. Wynika to zarówno z ograniczonego dostępu do świadczeń podstawowej opieki medycznej jak i nieznanomości zasad funkcjonowania systemu przez obywateli. Z drugiej strony brak dostępu do specjalistów też generuje koszty – leczenie szpitalne jest znacznie droższe niż ambulatoryjne. W Polsce 60% wydatków na leczenie przeznaczają się na świadczenia szpitalne, dwukrotnie więcej niż w większości państw UE. Znow, sięgając do doświadczeń brytyjskich, przynajmniej na początku funkcjonowania Narodowego Systemu Ochrony Zdrowia, lekarz rodzinny zaspokajał większość potrzeb zdrowotnych, ograniczając przy tym, często nieuzasadnione, korzystanie z usług lekarzy specjalistów. Warunkiem jest jednak właściwe kształcenie lekarzy

<sup>28</sup> Dz. U. z 2004 r. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

rodzinnych i wyposażenie ich w odpowiednie zaplecze diagnostyczne, lecznicze, wsparcie ze strony specjalistów i wyższą stawkę kapitałową wypłacaną przez NFZ za zarejestrowanych pacjentów, zróżnicowaną zależnie od ich wieku, płci, stanu zdrowia itp.

Warto też uświadomić sobie, że poważnym źródłem generowania zbędnych kosztów ochrony zdrowia jest brak działań osłonowych, zapewniających, zwłaszcza ludziom niezamożnym, zakup leków. Badania nad powtarzającą się hospitalizacją ludności wsi prowadzili badacze SGGW-AR<sup>29</sup>. Cykl powtarza się nie tylko w przypadku ludności wiejskiej: leczenie szpitalne, poprawa stanu zdrowia, powrót do domu i zaniechanie leczenia z powodu niemożności realizacji recept, ponowna hospitalizacja. Pozostaje jednak pytanie, w jaki sposób wyselekcjonować osoby i grupy, które takie wsparcie powinny uzyskać i uzgodnić, według jakich zasad taka pomoc byłaby udzielana. Nie ulega jednak wątpliwości, że udział publicznych wydatków na leki w całkowitych wydatkach na leki należy w Polsce do najniższych wśród krajów Unii Europejskiej.

Ryc. 12.5 Wydatki na leki w krajach UE - ostatni dostępny rok (dane WHO FHA DB)



Źródło: Sytuacja zdrowotna..., op. cit.

<sup>29</sup> K. Gutkowska, I. Ozimek, M. Banasiak, *Poziom zaspokojenia potrzeb w zakresie ochrony zdrowia na wsi.*; w: *Problemy rehabilitacyjne i zagadnienia pomocy społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce*, red. I. D. Karwat, Lublin 2002.



Kolejną słabością polskich reform oraz wyrazem ich upolitycznienia jest brak kompleksowego monitoringu ich skutków i gotowości wprowadzania korekt. Już w pierwszym okresie okazało się, że wpływy do Kas Chorych są niskie, zarówno z powodu wysokiego bezrobocia jak i niskiej aktywności zawodowej, dużego zakresu szarej strefy w gospodarce. Należy też przypomnieć, że w wyniku decyzji politycznej zmniejszono zaproponowaną we wstępnym projekcie wysokość składki. Okazało się także, że wpływy do poszczególnych kas regionalnych, zatem i dostęp do świadczeń były istotnie zróżnicowane, co stało się jednym z argumentów za powołaniem scentralizowanej instytucji, jaką jest NFZ. Nie rozwiązało to jednak kluczowych problemów, choć należy wspomnieć, że pacjentom ułatwiono korzystanie z placówek spoza własnego województwa. Nowa ustawa nie rozwiązuje problemów, może generować nowe. Silne upolitycznienie samorządu terytorialnego i nałożenie nań obowiązku zapewnienia dostępu do świadczeń przy utrzymaniu finansowania z NFZ z pewnością utrudni racjonalizację szpitalnictwa. Mamy w Polsce wiele szpitali zdekapitalizowanych, słabo wyposażonych, o niedostatecznie kompetentnej kadrze, wąskoprofilowych, jednak obawa przed likwidacją szpitala jako miejsca zatrudnienia będzie hamowała przemiany.

Trudno także znaleźć jakieś elementy przełomowe w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej<sup>30</sup>. Jedyne czytelny cel tej ustawy to przeniesienie na samorząd terytorialny odpowiedzialności za niewydolność i niedofinansowanie systemu, wymuszenie likwidacji placówek lub zmiany ich formy organizacyjno-prawnej. Można wierzyć, że bogatsze samorządy poradzą sobie z wyzwaniem, jednak jeśli zmiany nie będą oparte na analizie sytuacji w całym kraju pod kątem dostępu przestrzennego do świadczeń, może dojść do pogorszenia sytuacji pacjentów. Nie rozwiązano problemu rozmycia odpowiedzialności różnych podmiotów, nie określono w nowy sposób odpowiedzialności ministra zdrowia, nie rozwiązano problemu polegającego na nałożeniu na jednostki samorządu terytorialnego odpowiedzialności za zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej, bez wyposażenia ich w instrumenty finansowe. Co więcej, z zapisów ustawy wynika, że w przypadku ujemnego wyniku finansowego podmiotu leczniczego, dla którego organem prowadzącym jest jednostka samorządu terytorialnego, musi ona ten ujemny wynik finansowy pokryć, niezależnie od tego, czy placówka utrzyma status SPZOZ, czy wejdzie w skład innego podmiotu leczniczego, czy zostanie zlikwidowana czy też zostanie przekształcona w spółkę.

Ustawa powieliła błędy wcześniejszych regulacji: brak dopełnienia ustawy rozporządzeniami, bez których wiele zapisów ustawy nie będzie

funkcjonować. Ustawa o działalności leczniczej nie zajęła się też problemem relacji nakładów na poszczególne rodzaje działalności medycznej. Brak jest instrumentów, które mogłyby zintensyfikować promocję zdrowia, wzmocnić profilaktykę, rehabilitację medyczną, co mogłoby w perspektywie zmniejszyć koszty leczenia, zwłaszcza szpitalnego. Zmiana tych relacji może w efekcie przynieść poprawę stanu zdrowia ludności, w konsekwencji umożliwi podnoszenie jakości świadczeń leczniczych. Jest to wyraźny skutek braku polityki zdrowotnej, podobnie jak brak debaty nad relacją między leczeniem podstawowym a specjalistycznym. Dobra podstawowa opieka medyczna, dobrze wyposażona i finansowana, może zmniejszyć presję na świadczenia specjalistyczne i zrealizowanie pewnego ideału, jakim jest leczenie człowieka, nie jego choroby.

Nie ma idealnego systemu ochrony zdrowia. Równocześnie funkcjonują systemy czysto komercyjne i budżetowe, większość przyjmuje formy mieszane, problem polega jednak na tym, na ile państwo jest odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu oraz za zapewnienie wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń.

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

<sup>30</sup> Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 6786.



## IV. Drogi rozwiązań – rekomendacje

Rekomendacje proponuję podzielić na dwie grupy, co jest konsekwencją uznania, że problemów ochrony zdrowia nie da się rozwiązywać bez szerszych działań na rzecz ograniczania problemów społecznych, w tym także problemów zdrowotnych. Te dwie grupy obejmują:

1. Działania dotyczące otoczenia społecznego i instytucjonalnego, w którym funkcjonuje system ochrony zdrowia.
2. Działania dotyczące samego systemu ochrony zdrowia.

### 1. Działania dotyczące otoczenia systemu.

Zacznę od sprawy absolutnie podstawowej, która była już przedmiotem rozważań w tej analizie. Jest to traktowanie polityki zdrowotnej jako kluczowego elementu polityki społecznej. Jest to także przywrócenie odpowiedzialności państwa i jego kompetentnych organów za prawidłowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Jest to także zwiększenie kompetencji kontrolnych MZ nad systemem.

Ważnym aspektem jest też powiązanie systemu ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej z polityką migracyjną. I chodzi nie tylko o zdolność reakcji na zagrożenia zdrowotne związane z przemieszczaniem się ludności, leczenie migrantów państw trzecich w stanach zagrożenia życia i zdrowia ale także tworzenie warunków zachęcających absolwentów uczelni medycznych do pozostawania w kraju czy powrotu z emigracji ale też uzupełnianie braków kadrowych, w niektórych przynajmniej

specjalnościach, przez ułatwienie osiedlania się i podejmowania praktyki lekarskiej i pielęgniarskiej przez cudzoziemców.

Najważniejszym postulatem wydaje się być zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia. Wiadomo, że pochodzą one ze środków publicznych (budżet państwa, budżety samorządów, środki NFZ) oraz prywatnych (wydatki ludności, dodatkowe ubezpieczenia). Oczywistym warunkiem jest rozwój gospodarczy i wzrost zatrudnienia oznaczające wzrost wpływów do budżetu, zarówno z podatków bezpośrednich jak pośrednich. Warunkiem jest także wzrost wpływów do NFZ, do budżetów samorządowych. Udział wydatków na ochronę zdrowia zarówno ze środków publicznych jak i prywatnych w PKB w Polsce należy, jak już wspomniano, do najniższych w Europie.

Według danych OECD w Polsce występuje jeden z najwyższych w Europie wskaźników rozwarstwienia społecznego. Dotyczy ono zarówno jednostek jak i struktur administracyjnych. Zamieszkiwanie w ubogiej gminie, w ubogim powiecie ubogiej ludności musi prowadzić do gorszego dostępu do świadczeń i w konsekwencji do gorszego zdrowia. Wyrównywanie dysproporcji rozwojowych jest nie tylko jednym z warunków budowy społeczeństwa demokratycznego ale też wynika bezpośrednio z obowiązku realizacji polityki spójności Unii Europejskiej.

Należałoby podjąć skuteczne działania zmierzające do ograniczania szarej strefy, nielegalnego lub półlegalnego zatrudnienia, które nie wnoszą wkładu ani do NFZ ani w pełnym zakresie do budżetu ale mogą wykluczać z ochrony zdrowia.

Konieczne są też działania zwiększające aktywność zawodową zarówno przez ograniczanie bezrobocia (nota bene, nie da się go ograniczać dotychczasowymi metodami, zmniejszając środki na aktywne formy pomocy, bez kompleksowej pracy socjalnej, wsparcia psychologicznego, eliminowania czynników utrwalających bezczynność) jak też wydłużanie okresu aktywności. W drugiej połowie XX wieku byliśmy świadkami bezprecedensowego wydłużenia trwania życia a utrzymujemy ustawowy wiek emerytalny z początku lat 50. Ponadto nie do utrzymania jest zasada, zgodnie z którą kobiety żyjące w Polsce statystycznie o 9 lat dłużej niż mężczyźni, 5 lat wcześniej kończą swoją aktywność zawodową.

Rodzi się pytanie o możliwości realizacyjne aktywizacji ekonomicznej. Wydaje się, że utrzymywanie armii coraz lepiej wykształconych bezrobotnych młodych ludzi, absolwentów wyższych uczelni jest bardziej kosztowne i społecznie i ekonomicznie, niż zwiększenie zatrudnienia sponsorowanego w usługach, także powiązanych z ochroną zdrowia. Mowa o opiece nad dziećmi, osobami starymi, wsparcie administracyjne lekarzy, zwłaszcza specjalistów, by nie musieli połowy czasu przeznaczonego na

wizytę poświęcać na wypełnianie dokumentów kosztem choćby rozmowy z pacjentem.

Generalnie bardzo ważnym celem jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, gdyż wykluczenie może być przyczyną gorszego stanu zdrowia; nieumiejętność poruszania się po systemie, brak środków na dojazd do lekarza, wykupienie recepty, pogłębiają niekorzystną sytuację osób wykluczonych. Nie wolno też zapominać o takich sytuacjach, kiedy to brak dostępu do leczenia jest siłą sprawczą ekсклюzji.

Innym działaniem, które może przyczynić się do wzrostu wpływów jest rzeczywiste upowszechnienie składki zdrowotnej. Dziś zbyt duża część ludności jest wyłączona z tego obowiązku, jednocześnie zachowując uprawnienia do korzystania ze świadczeń.

Ważnym postulatem jest też koordynacja działań różnych służb społecznych. Chodzi między innymi o opiekę nad ludźmi starymi. Jest ich ponad 6 milionów, o zróżnicowanym stanie zdrowia, różnym statusie społeczno-ekonomicznym. Będzie ich w najbliższych latach przybywać. Wiele instytucji i organizacji działa na rzecz osób potrzebujących, w tym starych, problem w tym, że każda instytucja działa niezależnie od siebie, w rezultacie mało efektywnie. Brak jest integracji działań różnych instytucji. To w efekcie powoduje pogorszenie stanu zdrowia i zwiększenie częstotliwości hospitalizacji, generuje więc dodatkowe obciążenia dla systemu ochrony zdrowia. Jedną z przyczyn jest fakt, że działania te finansowane są z różnych „szufladek”. Przestał w praktyce funkcjonować system opieki środowiskowej, co skutkuje pogorszeniem opieki nad dziećmi, zwłaszcza ze środowisk zaniedbanych, pogorszeniem opieki nad ludźmi starymi w środowisku zamieszkania, niedostatkami profilaktyki i mniejszą skutecznością promocji zdrowia. Przywrócenie takiego spójnego, kompleksowego systemu, zwłaszcza na poziomie lokalnym wydaje się niezbędne. Nie bez powodu do programu operacyjnego „Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw” wpisano jako cel 5 priorytetu drugiego zwiększenie kształcenia lekarzy deficytowych specjalności, zaś jako cel 3 priorytetu pierwszego programu „Zatrudnienie i integracja społeczna” obowiązek państwa zapewnienia wzrostu kształcenia i zwiększenia liczby pracowników socjalnych. Obie te grupy istotne są z punktu widzenia zaspokajania potrzeb zdrowotnych różnych grup ludności.

Zatem: wzmocnienie podstawowej opieki medycznej, łatwiejszy dostęp do właściwie przygotowanego lekarza pierwszego kontaktu, w tym w placówkach oświatowych, rozwój opieki geriatrycznej, kompleksowej opieki środowiskowej jest niezbędne, by sprostać wyzwaniom wynikającym z nieuniknionych procesów demograficznych.

Zarówno w działalność podmiotów leczniczych jak i samorządu terytorialnego są wpisane zadania promocji zdrowia. Generalnie jest to słuszne, jednak konieczne jest zintensyfikowanie działań, zwiększenie środków na promocję i profilaktykę oraz włączenie w tę działalność różnych podmiotów działających lokalnie. Wiele samorządów realizuje bardzo ciekawe i zróżnicowane programy promocji zdrowia, chodzi o tworzenie zachęt, by takie działania stały się powszechnie.

## 2. Rekomendacje dotyczące systemu ochrony zdrowia.

Druga grupa rekomendacji dotyczy zmian w samym systemie ochrony zdrowia. Jest to po pierwsze konieczność wypracowania spójnej, kompleksowej i konsekwentnej polityki zdrowotnej. Jak wcześniej pisałam, podstawą jest wytyczenie celów, zgodnych z systemem wartości społeczeństwa, z prawidłowo dobranymi instrumentami realizacyjnymi. Konieczne jest wskazanie priorytetów. Wynikać one powinny zarówno z zaleceń unijnych (zwalczanie chorób nowotworowych, HIV/AIDS, urazów) jak też z analizy sytuacji epidemiologicznej (zagrożenie chorobami układu krążenia, nowotworowymi). Polityka zdrowotna powinna być w sposób szczególny adresowana do ludności bardziej zagrożonej, a więc ludzi starych, niepełnosprawnych, przewlekle chorych, dzieci, środowisk zaniedbanych socjalnie. Konieczne wydaje się także określenie pożądanych (optymalnych) relacji między nakładami na profilaktykę, promocję zdrowia, leczenie i rehabilitację. Istnieje także potrzeba określenia wzajemnych relacji między podstawową opieką zdrowotną a leczeniem specjalistycznym, między leczeniem ambulatoryjnym a szpitalnym. Bardzo istotne jest wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Każdy obywatel powinien mieć dostęp do lekarza pierwszego kontaktu blisko swojego miejsca zamieszkania a na wizytę nie oczekiwać dłużej, niż wynika to ze stanu jego zdrowia. Powinno się zwiększyć nakłady na podstawową opiekę zdrowotną i kształcenie (szkolenie) lekarzy rodzinnych. Innym problemem zgłaszanym przez środowisko medyczne jest przekonanie,

że dzisiejsza stawka kapitacyjna nie zachęca do podejmowania praktyki lekarza rodzinnego, a tam właśnie potrzebni są najbardziej doświadczeni lekarze. Im lepiej bowiem będzie funkcjonowała opieka podstawowa, tym niższe będą koszty leczenia specjalistycznego i szpitalnego.

Należałoby poważnie rozważyć powrót lekarzy do placówek oświatowych. Brak opieki zdrowotnej we wczesnej fazie życia skutkuje wyższą zachorowalnością, większymi problemami zdrowotnymi w dorosłym życiu a zatem także wzrostem przyszłych wydatków na leczenie. Opieka lekarska w szkole jest często jedyną szansą przeciwdziałania problemom zdrowotnym dzieci ze środowisk zaniedbanych. I nie musi to oznaczać zorganizowania w pełni wyposażonego gabinetu lekarskiego w każdej szkole. Mogą to też być działania o charakterze organizacyjnym, w wyniku których zapewnione zostałyby usługi zdrowotne świadczone przez najbliższą placówkę ochrony zdrowia. Mogłyby te usługi być finansowane ze środków samorządu, subwencji zdrowotnej pochodzącej z budżetu państwa ale i z Narodowego Funduszu Zdrowia w formie kontraktu z placówką.

Kolejny wniosek dotyczy uporządkowania zakresu odpowiedzialności różnych podmiotów: MZ, NFZ, jednostek samorządu terytorialnego, samorządów zawodowych, podmiotów leczniczych. Dziś polityczną odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia ponosi MZ, także marszałkowie województw, starostowie, zaś instrumenty realizacyjne pozostają głównie w NFZ, który nie ponosi niemal żadnej odpowiedzialności za realizowaną politykę. Chodzi o to, by odpowiedzialność polityczna wiązała się z posiadaniem środków do realizacji polityki zdrowotnej. Możliwe są dwie drogi: zwiększenie kompetencji kontrolnych MZ nad funkcjonowaniem NFZ oraz władz samorządowych nad jego oddziałami wojewódzkimi lub likwidacja NFZ i przekazanie całości podstawowej opieki medycznej w gestię samorządów przy jednoczesnym przekazaniu im, w formie subwencji, części środków, którymi dziś dysponuje NFZ oraz wzmocnienie kompetencji MZ w zakresie świadczeń specjalistycznych, w tym działalności szpitali specjalistycznych, klinicznych. Pozostaje otwarta kwestia ustalenia algorytmu ale powinien on uwzględniać przede wszystkim sytuację demograficzną i epidemiologiczną w poszczególnych województwach i powiatach.

W ramach polityki zdrowotnej powinien być prowadzony stały monitoring zagrożeń zdrowotnych, stanu zasobów, w tym kadrowych. Minister powinien w sposób bardziej aktywny wpływać na wybór specjalności medycznych, choćby przez zapewnienie stypendiów dla studentów deficytowych specjalności czy ułatwienia w odbywaniu staży. Nie odniosę się tu w sposób szczegółowy do tak specjalistycznego

zagadnienia, jakim jest liczba specjalności i specjalizacji medycznych. Może ona rodzić wątpliwości, czy zamiast wzmacniać podstawową opiekę medyczną nie prowadzimy do takiej sytuacji, w której wysoko wyspecjalizowani lekarze będą leczyć poszczególne choroby, zamiast leczyć człowieka, któremu dolega wiele różnych chorób przy znacząco wyższych kosztach.

Jeśli chodzi o sprawy bardziej szczegółowe, to warto może wrócić do idei tworzenia sieci placówek zarówno ambulatoryjnych jak i szpitalnych. Celem powinno być zapewnienie łatwego dostępu do świadczeń przy jednoczesnym ograniczaniu kosztów. Brak podziału placówek szpitalnych na poziomy referencyjne także generuje koszty, które nie zawsze są niezbędne.

Konieczne jest wypracowanie czytelnej polityki lekowej. Nie do końca jasne są zasady wpisywania leków na listy refundacyjne, publikacja nowych list przebiega z opóźnieniem, choć wiele w tym zakresie już zrobiono.

Można też docenić pewien postęp w zakresie opracowania standardów leczenia i świadczeń medycznych, jednak wydaje się, że bez wzmocnienia finansowania, standardy pozostaną zapisami w rozporządzeniach, zwłaszcza, jeśli nie zostaną powiązane z zasadami wyceny świadczeń. Wycena świadczeń powinna być zgodna z ich rzeczywistymi kosztami. Zarówno polityka lekowa, jak standaryzacja usług i wycena kosztów procedur medycznych powinny być przedmiotem analiz specjalistów niezależnych od instytucji finansujących świadczenia.

Niektóre środowiska medyczne postulują zmianę zasad kontraktowania usług i przejście od kontraktowania przez NFZ hipotetycznej liczby określonych grup świadczeń do zasady fee for service. Jest to propozycja ryzykowna z punktu widzenia funkcjonowania systemu, gdyż może spowodować jego finansowe załamanie. Z drugiej jednak strony, dałoby to szansę powrotu do idei, że pacjent realizuje swoje prawo wyboru lekarza czy placówki i do tych lekarzy czy placówek idą środki za jego leczenie. Można założyć, że zmiana tej zasady ograniczyłaby zadłużenie szpitali a przez zwiększenie podaży usług, mogłaby doprowadzić do obniżenia kosztów, choćby przez lepsze wykorzystanie kwalifikacji personelu medycznego i sprzętu. Jednak doświadczenia niemieckie ostrzegają przed możliwością zawyżania kosztów usług, co przy niedoborze środków nie rozwiąże problemu dostępności. Niemniej, środowisko medyczne widzi konieczność urealnienia kosztów leczenia, gdyż w porównaniu z innymi krajami UE, za niektóre świadczenia polscy lekarze i placówki otrzymują kilkakrotnie niższe kwoty. Jako rozwiązanie proponuje się powołanie niezależnego grona ekspertów, którzy



proponowaliby wycenę poszczególnych świadczeń. Można jednak wyrazić obawę, że przy ograniczonych środkach i sprzeczności interesów różnych grup pracowników służby zdrowia, byłoby to zadanie niezwykle trudne.

I na koniec jeszcze kilka słów o informatyzacji systemu. Prace trwają, jednak ich zbyt wolne tempo wciąż generuje zbędne koszty. Wynikają one i z wielokrotnej rejestracji pacjentów do różnych specjalistów, i z braku kontroli nad wypisywanymi przez różnych lekarzy lekami i z marnotrawienia czasu lekarzy. Informatyzacja powinna stopniowo obejmować różne działania, od rejestracji do lekarza on-line, przez internetowe konsultacje ze specjalistami, weryfikację list oczekujących na porady i zabiegi, wyposażenie lekarza w możliwość pozyskania pełnej informacji o procesie leczenia pacjenta przez siebie i innych lekarzy (oszczędność czasu lekarzy, ograniczenie szkodliwego często nadużywania leków, lepsza kontrola i koordynacja procesu leczenia), po możliwe już dziś wykorzystanie elektroniki w procesach diagnostyki i leczenia.

## Bibliografia

Indulski J., Leowski J., *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971.

Karski J. B., *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, Warszawa 2005.

Narodowy Program Zdrowia, [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zal\\_urm\\_npz\\_90\\_15052007p.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf), odczyt z dn. 21.02.2012

*Polityka społeczna a zdrowie*, red. M. Sokołowska, J. Hołówa, Warszawa 1978.

*Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2008.

*Reformy społeczne i zagrożenia ich realizacji*, red. L. Frąckiewicz i W. Koczur, Katowice 1998

Szarfenberg R., *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*, Warszawa 2006.

Szumlicz T., *Podmiotowość w zarządzaniu zmianą systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2007.

Włodarczyk C. W., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996.

Włodarczyk C. W., Paździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001.

Włodarczyk C. W., *Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce*, Łódź 1988.

Włodarczyk C. W., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003.

Włodarczyk C. W., *Zdrowie a wykluczenie społeczne. Z problemów europejskiej polityki zdrowotnej*. (w) „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, 1/1999.

### Akty prawne:

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej. Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 6786.

Ustawa z 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. 1997 r. nr 28, poz. 153.



## Summary

The author begins with the thesis, that problems of a health care system cannot be solved without a consequent solving the problems of a broadly understood social policy.

After a short review of mutual relations between health care and social policy, she presents main challenges to health care system of both internal and external character.

The external problems are resulting from mainly two phenomena: an increase of the demand for health services due to the aging of population and the decrease of financial supply to health care system mainly due to a low level of economic activity of Polish population.

The external problems are in the organization of health services and an inadequate financing of health care system from public funds.

The author also points to a progressing withdrawal of state from the responsibility for a health care system and the lack of health policy. As Poland is having a serious problem of social marginalization of a part of society, the state should be strongly engaged in including health policy into other politics and be responsible for granting citizens an access to health services.

## Grażyna Magnuszewska-Otulak

Grażyna Magnuszewska-Otulak, doktor nauk humanistycznych, docent w Instytucie Polityki Społecznej, WDiNP Uniwersytetu Warszawskiego

Jest absolwentką studiów magisterskich na Wydziale Dziennikarstwa i Nauk Politycznych w zakresie nauk politycznych; ukończyła także studia zawodowe (czteroletnie) w Wyższym Studium Języków Obcych na Wydziale Filologii Obcych Uniwersytetu Warszawskiego w zakresie języka angielskiego i rosyjskiego ze specjalnością tłumaczeniową.

W roku 1991 uzyskała tytuł doktora nauk humanistycznych w zakresie nauk politycznych.

Główne obszary zainteresowań badawczych są zdrowie, jego promocja i ochrona; rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych; demografia społeczna.

Nadrzędną misją Fundacji **AMICUS EUROPÆ** jest popieranie integracji europejskiej, a także wspieranie procesów dialogu i pojednania, mających na celu rozwiązanie politycznych i regionalnych konfliktów w Europie.

### DO NAJWAŻNIEJSZYCH CELÓW FUNDACJI NALEŻĄ:

- Wspieranie wysiłków na rzecz budowy społeczeństwa obywatelskiego, państwa prawa i umocnienia wartości demokratycznych.
- Propagowanie dorobku politycznego i konstytucyjnego Rzeczypospolitej Polskiej.
- Propagowanie idei wspólnej Europy i upowszechnienie wiedzy o Unii Europejskiej.
- Rozwój Nowej Polityki Sąsiedztwa Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem Ukrainy i Białorusi.
- Wsparcie dla krajów aspirujących do członkostwa w organizacjach europejskich i euroatlantyckich.
- Promowanie współpracy ze Stanami Zjednoczonymi Ameryki, szczególnie w dziedzinie bezpieczeństwa międzynarodowego i rozwoju gospodarki światowej.
- Integracja mniejszości narodowych i religijnych w społeczności lokalne.
- Propagowanie wiedzy na temat wielonarodowej i kulturowej różnorodności oraz historii naszego kraju i regionu.
- Popularyzowanie idei olimpijskiej i sportu.



**Fundacja Aleksandra Kwaśniewskiego „Amicus Europae”**

Al. Przyjaciół 8/5, 00-565 Warszawa

tel. +48 22 622 66 33, fax: +48 22 629 48 16

e-mail: [fundacja@fae.pl](mailto:fundacja@fae.pl), [www.fae.pl](http://www.fae.pl)