



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
V kadencja
Prezes Rady Ministrów
DPS - 44060-27(4)/06

Druk nr 622

Warszawa, 31 maja 2006 r.

Pan
Marek Jurek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

**- Informacja dla Sejmu RP o sytuacji
w ochronie zdrowia.**

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia do reprezentowania Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

Z poważaniem

(-) Kazimierz Marcinkiewicz

RADA MINISTRÓW

**INFORMACJA DLA SEJMU RP
O SYTUACJI W OCHRONIE ZDROWIA**

Warszawa, 23 maja 2006 r.

Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia

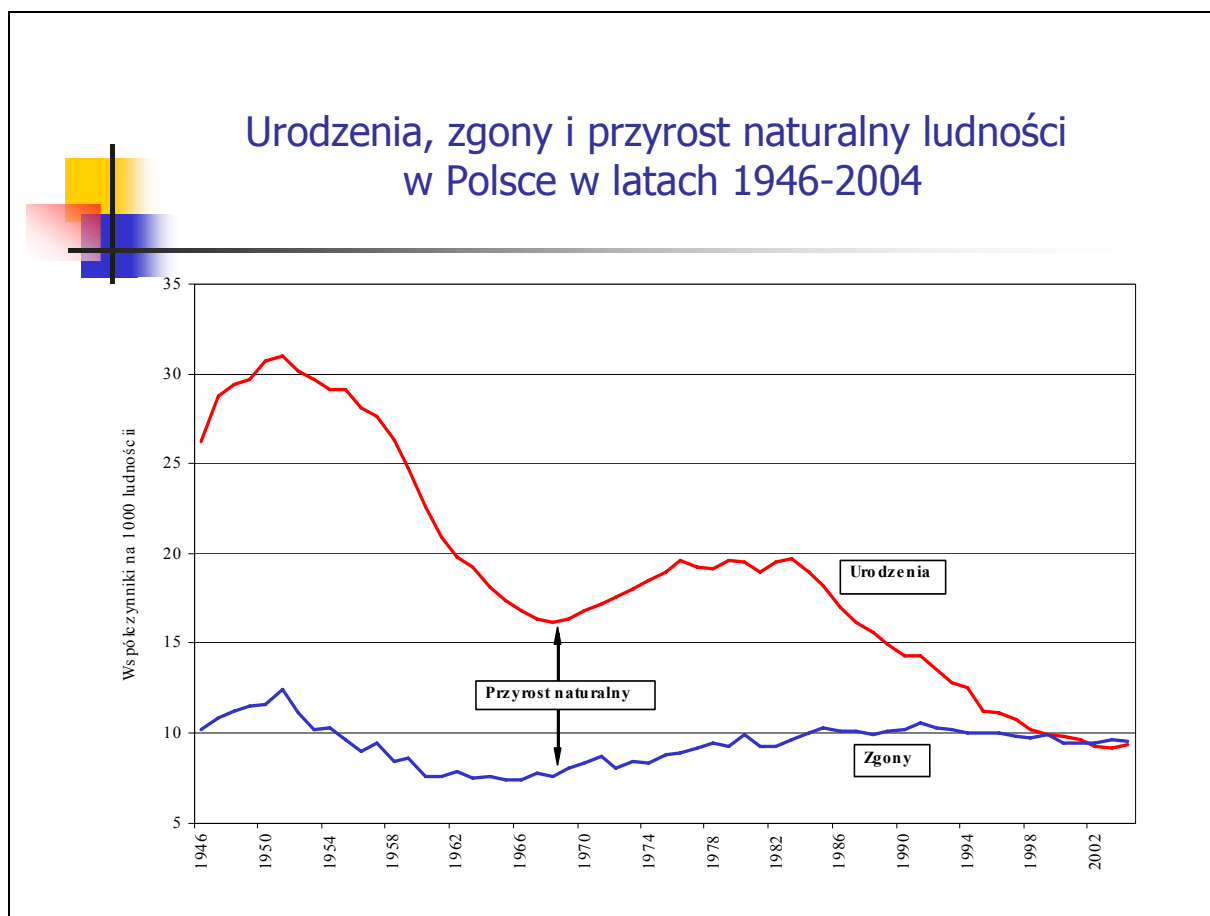
Spis treści

1.	Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej ludności Polski	3
2.	System opieki zdrowotnej w Polsce	12
3.	Finansowanie ochrony zdrowia	21
4.	Zasoby kadrowe w ochronie zdrowia	56
5.	Główne problemy w ochronie zdrowia	66
6.	Naprawa systemu ochrony zdrowia	112
7.	Projekcja wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w latach 2007 - 2009	125

1. Najważniejsze elementy sytuacji zdrowotnej ludności Polski

W końcu 2004 r. liczba ludności Polski wynosiła 38.174 tys. i była o ok. pół miliona mniejsza niż w 1997 r. Według prognozy GUS liczba mieszkańców Polski będzie powoli zmniejszać się w kolejnych latach, o ile nie zajdą zasadnicze zmiany skutkujące dodatnim przyrostem naturalnym.

Wykres 1



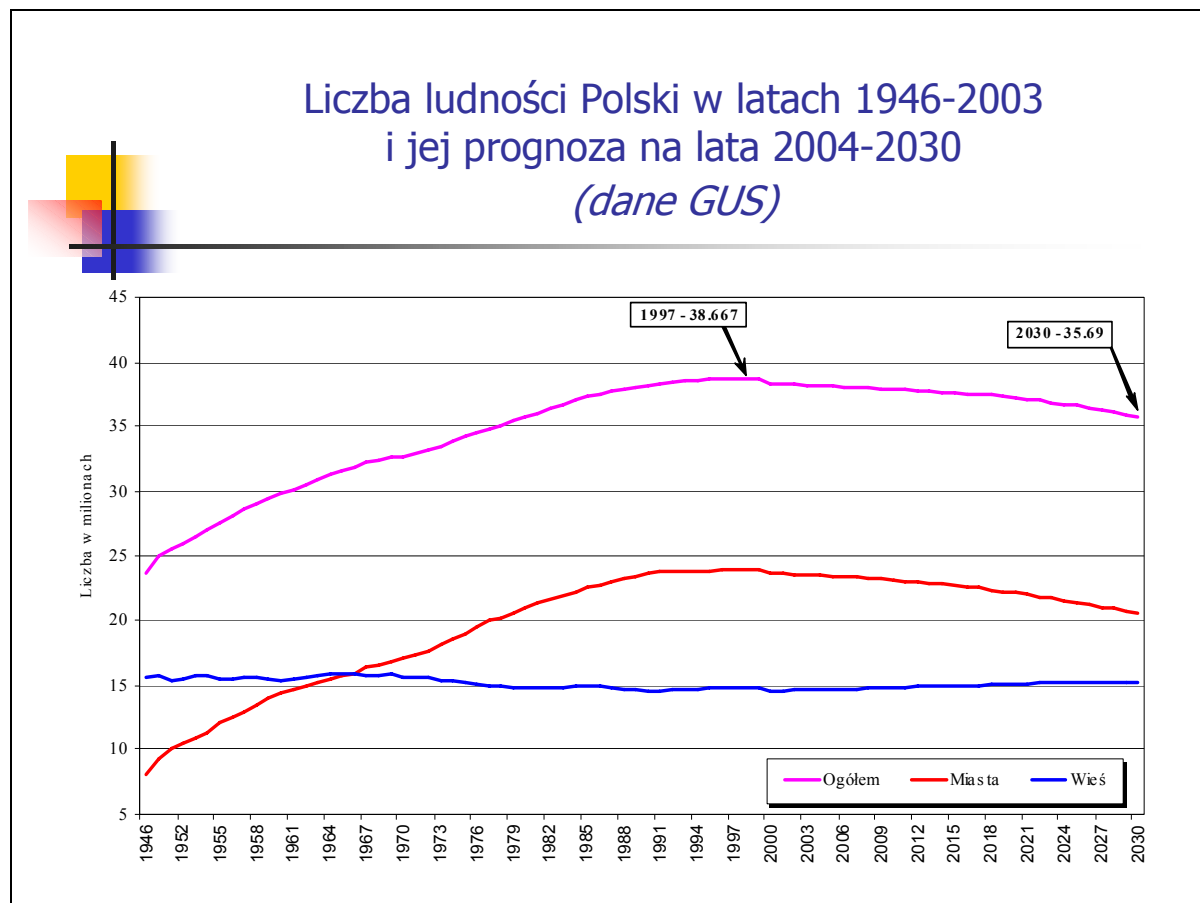
Źródło: dane GUS

Okres powojenny w rozwoju demograficznym Polski charakteryzował się kompensacją strat wojennych i znacznym przyrostem naturalnym ludności. Od kilku lat obserwujemy sytuację ujemnego przyrostu naturalnego, podczas gdy w przypadku ogółu krajów Unii Europejskiej przyrost naturalny jest dodatni.

Konsekwencją tychże procesów demograficznych jest starzenie się ludności, co musi znaleźć swoje odbicie w zmianach struktury potrzeb zdrowotnych i konieczności adekwatnej do zachodzących procesów restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia.

Prognoza GUS wskazuje, że po roku 2010 czeka nas dynamiczny wzrost udziału w populacji ludzi po 65 roku życia, udział ten będzie znacząco większy w miastach niż na wsi.

Wykres 2.



Źródło: dane GUS

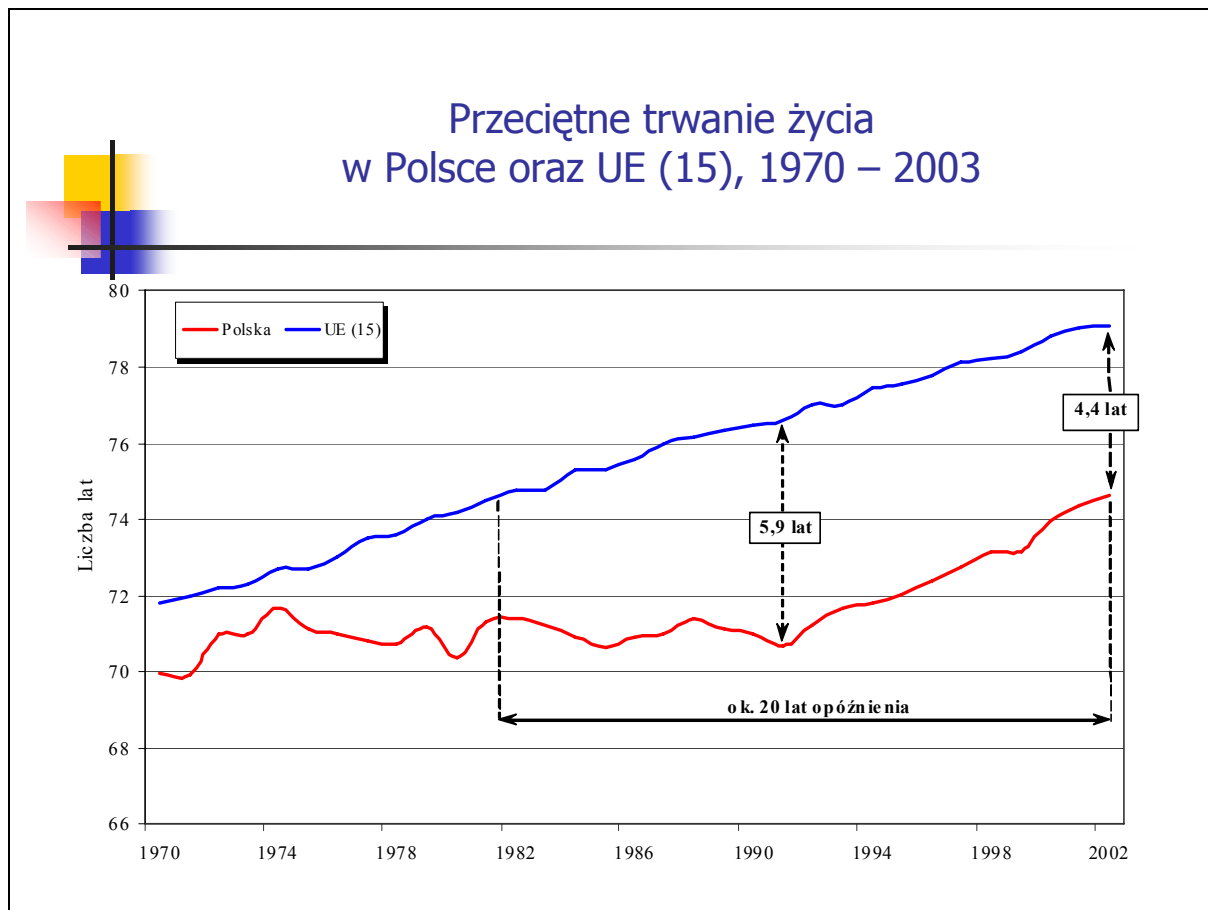
Proces starzenia się populacji widoczny jest w całej Unii Europejskiej, ale stosunkowo korzystna dotychczas sytuacja w Polsce (młodsza struktura wieku ludności) najprawdopodobniej skończy się w ciągu najbliższych 20 lat.

Przeciętne dalsze trwanie życia jest jednym z najważniejszych syntetycznych mierników stanu zdrowia populacji. Obecnie w Polsce średnia długość życia mężczyzn wynosi 70,7 lat a kobiet 79,2 lat.

Krótsza długość życia mężczyzn niż kobiet jest zjawiskiem obserwowanym we wszystkich krajach UE. Obecnie mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie o ponad 8 lat krócej niż kobiety. Jeżeli chodzi o sytuację związaną z różnicą długości trwania życia mieszkańców miast i wsi to są one niewielkie.

W latach 70. i 80. system zdrowotny w Polsce nie był zadowalający, podczas gdy 15 krajów UE systematycznie poprawiało swoją sytuację zdrowotną. Dopiero okres transformacji, który nastąpił po roku 1990, charakteryzował się pewnego rodzaju „nadrabianiem” zaległości w kwestii poprawy systemu zdrowotnego, a wskaźniki przeciętnego trwania życia Polaków zaczęły wzrastać.

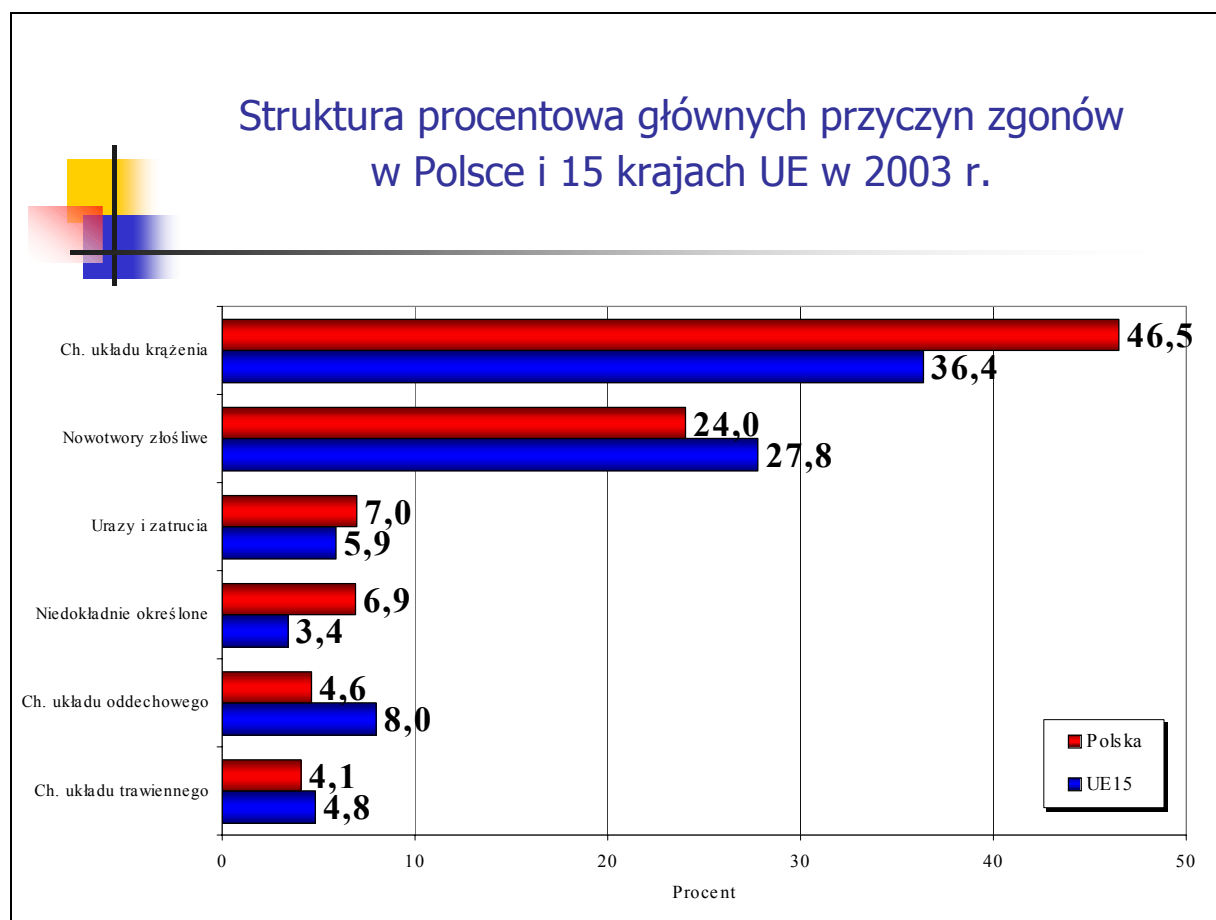
Wykres 3.



Źródło: dane PZH w Warszawie.

Stale jednak obserwujemy wolno zmniejszający się dystans do krajów dawnej 15 Unijnej, obecnie 4,4 lat, a w najgorszym okresie 1991 – 5,9 lat.

Wykres 4.



Źródło: dane PZH w Warszawie.

Struktura głównych przyczyn zgonów w Polsce i innych krajach UE (dawne 15) jest podobna, jednak w Polsce w większym stopniu dominują jako przyczyny zgonów choroby układu krążenia odpowiedzialne za 46% zgonów.

W Polsce widoczny jest względny wzrost zagrożenia chorobami nowotworowymi odpowiadającymi za około $\frac{1}{4}$ zgonów Polaków, co było jednym z powodów przyjęcia przez Sejm, jako ustawy, Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

Największą różnicę w poziomie umieralności w Polsce i krajach Unii Europejskiej obserwuje się w przypadku chorób układu krążenia oraz zewnętrznych przyczyn zgonów.

Zagrożenie życia z powodu chorób układu krążenia jest w Polsce o ok. 80% większe niż w UE (15), przy czym w stosunku do 1991 nastąpiła pewna poprawa.

Umieralność w Polsce jest o ok. 20% wyższa niż w UE (15), jeżeli chodzi o przyczyny zgonów spowodowane nowotworami.

Przeżycia pacjentów z chorobą nowotworową po jej zdiagnozowaniu są miernikiem jakości działania systemu z punktu widzenia dostępności do lekarzy, trafnej diagnostyki, możliwości leczniczych oraz techniki medycznej, a z drugiej strony jakości profilaktyki i prewencji (badania przesiewowe), której niedostatki mogą powodować późne zgłaszanie się do lekarza osób z chorobą nowotworową.

Z badania międzynarodowego Eurocare-3, które opublikowano w 2003 r. wynika, że Polska znajduje się niestety na ostatnim miejscu spośród 22 krajów uczestniczących w tym badaniu pod względem przeżywalności osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Odsetki osób z wykrytym nowotworem (ogółem wszystkie nowotwory) przeżywających 5 lat wynosiły u nas w latach 90. ponad 35% u kobiet i 22% mężczyzn, podczas gdy np. w Austrii sytuacja jest najlepsza i przeżywalność mężczyzn wynosi 55%, a kobiet 58%.

Jeżeli chodzi o przypadki związane z częstotliwością zgonów w wyniku chorób układu oddechowego, to sytuacja w Polsce wygląda dużo korzystniej, niż w państwach UE.

Długość trwania życia ludności zależy, przede wszystkim od umieralności z powodu głównych przyczyn zgonów, którymi są choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe i urazy i zatrucia, ważną rolę odgrywa również umieralność niemowląt.

W zakresie chorób układu krążenia, okres przed transformacją ustrojową był niekorzystny i to zarówno dla Polski jak i pozostałych państw. Umieralność z powodu tych chorób wzrastała w Polsce do 1991 r. i dopiero po tym roku występuje systematyczny spadek współczynnika zgonów. Zagrożenie życia mieszkańców Polski przedwczesnymi zgonami z powodu chorób układu krążenia jest o ponad 80% większe niż przeciętne dla mieszkańców całej UE.

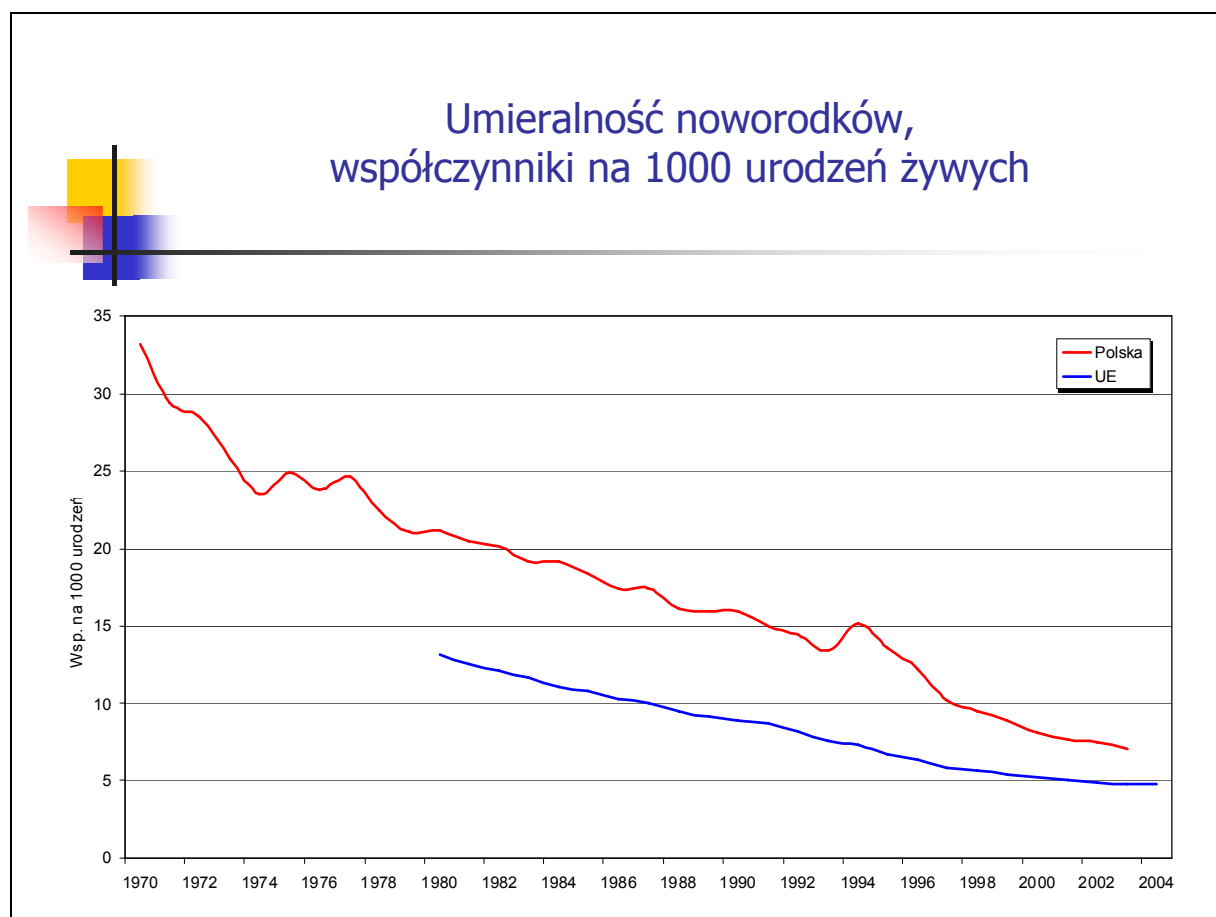
Obserwowane zmniejszenie zagrożenia życia chorobami układu krążenia w Polsce było wynikiem pozytywnych zmian w zakresie zachowań zdrowotnych ludności (zmiana diety, ograniczenie palenia). Pewien wkład miała tu także poprawa systemu leczenia, zarówno dzięki nowej generacji leków, jak i coraz szerszemu zastosowaniu nowoczesnych technologii medycznych ratujących życie. Nie należy także zapominać o realizowanych programach polityki zdrowotnej, w tym obecnie realizowanego programu Polkard.

Trzecią najważniejszą grupą przyczyn przedwczesnych zgonów Polaków są urazy i zatrucia rejestrowane w statystykach GUS, jako zewnętrzne przyczyny zgonów.

Wyraźne zwiększenie natężenia zgonów z tych przyczyn obserwowano w okresie przed i na początku transformacji ustrojowej. Jednak w okresie późniejszym obserwuje się trend spadkowy. Poprawa sytuacji w stosunku do średniego poziomu w krajach UE następuje jednak powoli i w 2004 r. zagrożenie życia mieszkańców Polski z powodu wypadków i innych przyczyn zewnętrznych było o 60% wyższe od przeciętnego w UE.

Umieralność niemowląt systematycznie obniża się w Polsce i w okresie 1990 – 2004 zmniejszyła się o ponad połowę z 15,9 zgonów na 1000 urodzeń żywych do 6,8 zgonów na 1000 urodzeń żywych. Wciąż jednak jest ona o 40% wyższa od przeciętnej dla wszystkich krajów UE i aż o 80 % wyższa niż w Czechach.

Wykres 5.



Źródło: dane PZH w Warszawie.

Należy podkreślić, że w przypadku naszego kraju znaczący postęp zawdzięczamy w dużej mierze konsekwentnej realizacji programu opieki perinatalnej.

Nierówności w zdrowiu a także w umieralności są w dużym stopniu związane ze statusem ekonomiczno społecznym. Jest to problem występujący w całej Unii Europejskiej. W Polsce osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym, podstawowym i zasadniczym zawodowym charakteryzują się znacznie wyższym poziomem umieralności niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym - różnica jest ponad dwukrotna. Zróżnicowanie to występuje zarówno w przypadku mężczyzn jak i kobiet. Programy przeciwdziałania tej sytuacji wymagają kompleksowych, wielosektorowych działań w oparciu o Narodowy Program Zdrowia.

Spośród chorób zakaźnych, wciąż ważnym problemem społecznym w Polsce jest gruźlica. Zapadalność na tę chorobę stale maleje, ale wciąż jest powyżej średniego poziomu w UE. W 2004 r. zachorowało w Polsce na gruźlicę prawie 8.700 osób, oznacza to, że zapadalność w naszym kraju jest blisko dwukrotnie wyższa od przeciętnej dla wszystkich krajów UE.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B to choroba, w której zwalczaniu osiągnęliśmy bardzo duży postęp dzięki dobrze realizowanej akcji szczepień ochronnych. Jako kraj o wysokiej zapadalności na tę chorobę osiągnęliśmy poziom przeciętny dla krajów UE – zmniejszenie o 20% (w 2004 r. Polska 4,1 zachorowań na 100 tys. ludności, UE – 3,5 na 100 tys. ludności).

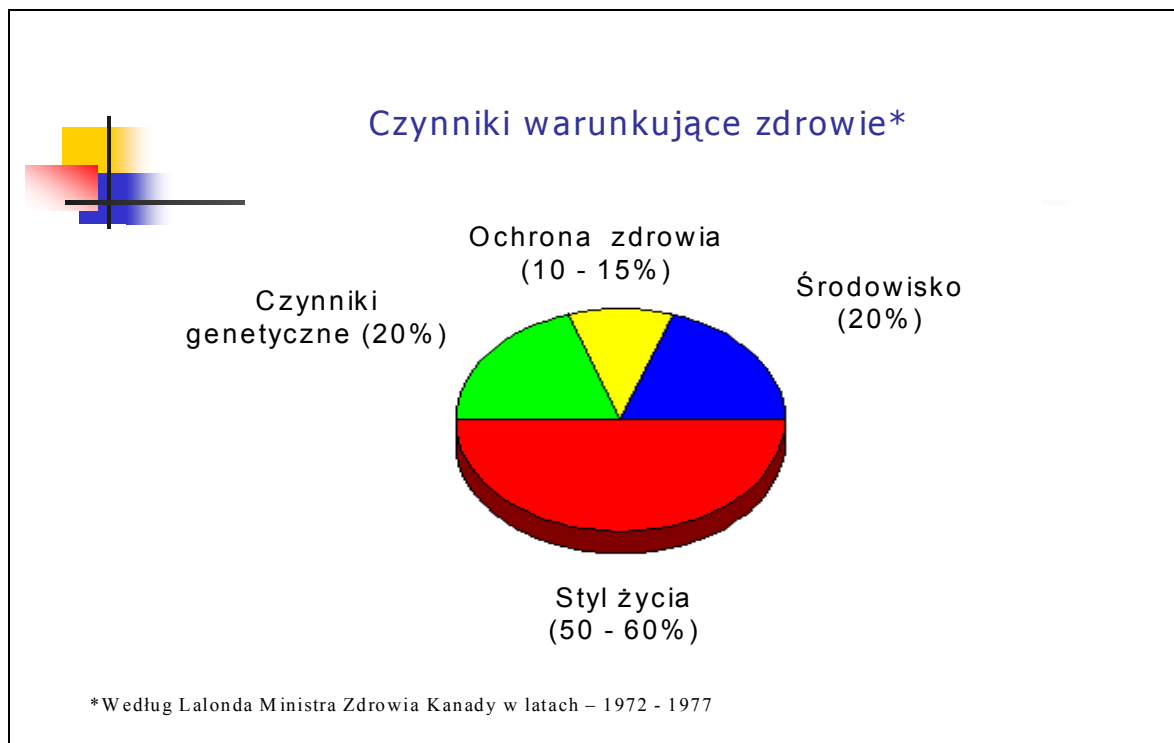
Jak to wynika z przedstawionych wcześniej danych różnice w stanie zdrowia ogółem między Polską a Unią Europejską powoli zmniejszają się. Postęp jest jednak zdecydowanie zbyt wolny i prognoza wieloletnia wskazuje, że jeżeli nie zajdą zasadnicze zmiany w istniejącej sytuacji w kraju, jeszcze w 2045 roku, mężczyzna mieszkający w Polsce będzie żył średnio o 3,6 lat krócej niż przeciętny mieszkaniec Unii Europejskiej, a kobieta o 2,6 lat krócej.

Według koncepcji „pól zdrowia” (wprowadzonej przez Ministra Zdrowia Kanady Marc Lalonde) w latach 70., wśród czynników, które wpływają na zdrowie człowieka wyróżnia się cztery grupy:

- 1) styl życia - jego udział jest największy (50 – 60%) i jednocześnie jego zmiana leży w zasięgu możliwości każdego człowieka;
- 2) środowisko fizyczne oraz społeczne życia i pracy (20%);
- 3) czynniki genetyczne (20%);

- 4) służba zdrowia, która może rozwiązać 10 - 15% problemów zdrowotnych społeczeństwa.

Wykres 6.



Obserwowana sytuacja w zakresie niedostatków zdrowia społeczeństwa polskiego wynika z różnych uwarunkowań i czynników tkwiących w znacznym stopniu poza bezpośrednim oddziaływaniem medycyny naprawczej, a mających swoje źródło w niekorzystnych zachowaniach zdrowotnych.

Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia pokazują, że w przypadku Polski największy odsetek ubytku zdrowia populacji wynika z palenia tytoniu (16%), nadciśnienia tętniczego (10,4%), nadmiernego spożycia alkoholu (9,2) i otyłości. Wysoki poziom cholesterolu, zbyt małe spożycie warzyw i owoców oraz mała aktywność fizyczna to inne znaczące przyczyny złego stanu zdrowotnego populacji naszego kraju.

Walka z tymi zagrożeniami wymaga przede wszystkim realizacji skutecznych programów prewencji i promocji zdrowia.

Szacuje się, że po rozpoczęciu w Polsce intensywnej kampanii antytytoniowej, palenie rzuciło ponad 3 miliony osób. Trudno jednak określić na ile było to trwałe zerwanie z nałogiem. Wyniki prowadzonych w Polsce działań w zakresie walki z nałogiem palenia zostały

docenione przez Światową Organizację Zdrowia, jednakże nie są to nadal wyniki zadowalające.

Według oficjalnych danych ze sprzedaży napojów alkoholowych jesteśmy krajem, w którym spożycie tych napojów nie jest duże. Jednak badania prowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie wskazują, że prezentowane wyniki są zaniżone, gdyż nie uwzględniają alkoholu sprowadzanego do kraju nielegalnie. Zasadniczy problem stanowi w przypadku naszego kraju niekorzystny styl i struktura spożywanego alkoholu.

Istotnym czynnikiem w profilaktyce znacznej części chorób jest właściwe odżywianie. Mimo wielu zmieniających się koncepcji odnośnie zdrowego żywienia, bezdyskusyjnie pozostaje spożywanie odpowiednich ilości warzyw i owoców, co zapewnia dostarczenie organizmowi nie tylko witamin i minerałów, ale też profilaktycznie działających antyutleniaczy.

Wysoki poziom cholesterolu jest jednym z głównych czynników ryzyka chorób sercowo – naczyniowych i dlatego zmniejszenie spożycia tłuszczów zwierzęcych na korzyść roślinnych obniża ryzyko zachorowania i zgonu z powodu chorób układu krążenia. Jak wynika z danych Światowej Organizacji do Spraw Wyżywienia i Rolnictwa, udział tłuszczów roślinnych w tłuszczach spożywanych ogółem w przeciętnej diecie mieszkańca Polski zwiększył się z 22% w roku 1990 do 36% w roku 2003.

Otyłość jest uważana za jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w 21 wieku. Jest ona poważnym czynnikiem ryzyka wielu chorób i sama w sobie jest stanem chorobowym. Polityka zdrowotna Unii Europejskiej kładzie nacisk na zwalczanie tego zjawiska, które zaczyna się rozpowszechniać w Europie w formie podobnie patologicznej jak to się obserwuje w Stanach Zjednoczonych. Jak wskazują wyniki ostatnich badań sytuacja w zakresie częstości otyłości wśród osób powyżej 15 roku życia jest w Polsce na poziomie średnim wśród prezentowanych krajów i dotyczy ok. 10% mężczyzn i 12% kobiet.

Wyniki sondaży prowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej wskazują, że aktywność fizyczna Polaków poprawia się, jednak w stopniu niedostatecznym, gdyż wciąż prawie 60% ludności jest mało aktywna fizycznie.

Badania przeprowadzone przez Akademię Wychowania Fizycznego w Warszawie wskazują na pogorszenie się sprawności fizycznej młodzieży przy równoczesnej poprawie wskaźników antropometrycznych (większa wysokość ciała).

Nie lepiej niż wśród młodzieży przedstawia się aktywność fizyczna osób dorosłych i zakładany w Narodowym Programie Zdrowia cel, by co najmniej 30% dorosłych uprawiało w czasie wolnym różne formy aktywności ruchowej nie został jeszcze osiągnięty.

2. System opieki zdrowotnej w Polsce.

System opieki zdrowotnej funkcjonujący w Polsce przed wprowadzeniem w 1999 r. reformy cechował się finansowaniem działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez budżet państwa, tj. Ministra Zdrowia, Wojewodów. Podmioty te określały także wielkość zasobów ochrony zdrowia.

Wprowadzona z dniem 1 stycznia 1999 roku reforma systemu ochrony zdrowia miała na celu przede wszystkim oddzielenie dwóch, dotychczas pełnionych przez państwo funkcji – funkcji organizatora systemu ochrony zdrowia od funkcji płatnika, a tym samym wprowadzenie do systemu mechanizmów rynkowych, czyli konkurencję świadczeniodawców o pacjenta, a co za tym idzie – o pieniądze.

System opieki zdrowotnej wykreował trzech ściśle ze sobą powiązanych partnerów:

- 1) organizatorów systemu, tworzących podstawy organizacyjno - prawne i kontrolne systemu – Parlament, Rząd i jednostki samorządu terytorialnego,
- 2) świadczeniodawcę – czyli podmioty, które w świetle obowiązujących przepisów prawa udzielają świadczeń zdrowotnych,
- 3) płatnika – obecnie przede wszystkim Narodowy Fundusz Zdrowia (wcześniej kasy chorych), a także budżet państwa, budżety samorządów terytorialnych.

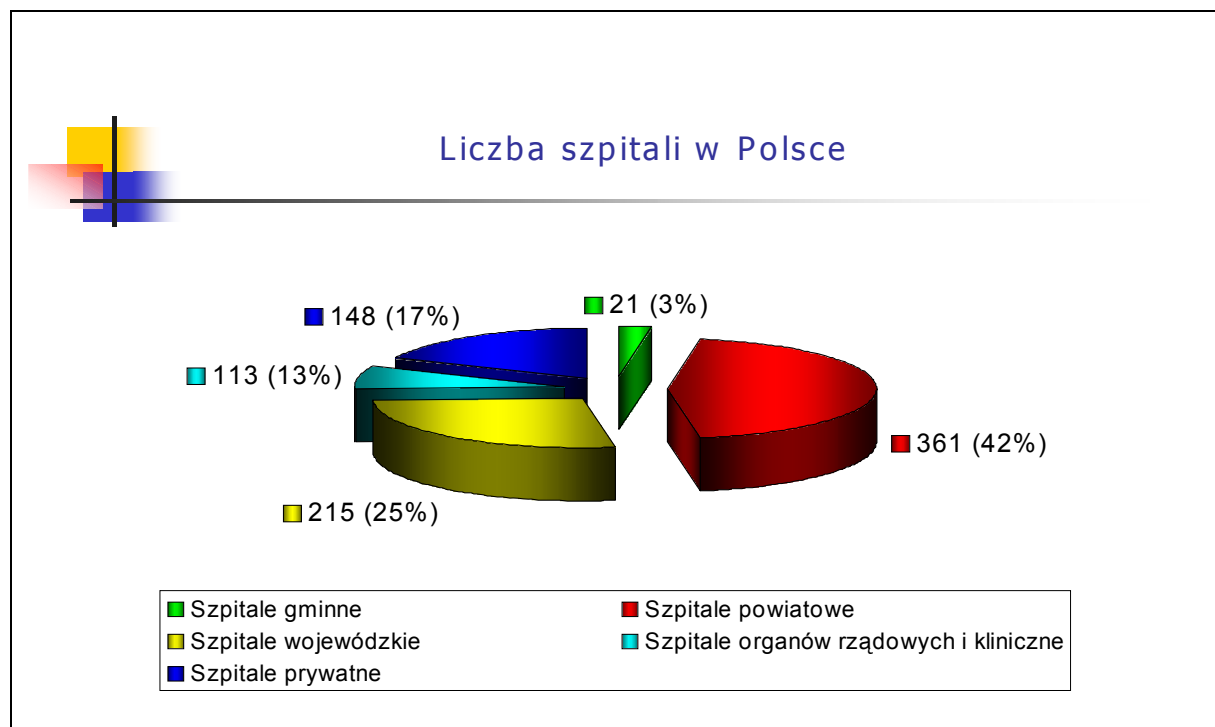
Z dniem 1 stycznia 1999 r. wprowadzono także powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Podstawowe cele związane z wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych określono następująco:

- 1) wyodrębnienie środków na ochronę zdrowia z ogólnej puli środków budżetowych, finansowanie świadczeń zdrowotnych z funduszy pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- 2) wprowadzenie systemu opartego na solidaryzmie społecznym, w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym niezależnie od ich zamożności, stanu zdrowia i wieku,

- 3) zrównanie w prawach i dostępie do środków finansowych podmiotów publicznych i niepublicznych,
- 4) zapewnienie prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy,
- 5) wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza rodzinnego jako ogniwa racjonalizującego korzystanie ze świadczeń zdrowotnych.

Wraz z wprowadzeniem reformy systemu ochrony zdrowia, nie tylko Minister Zdrowia, ale również jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty i samorzady województw) zostały zobowiązane do pełnienia zadań związanych z ochroną zdrowia. Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia wskazane zostały w tzw. „ustawach samorządowych” Organy samorządu terytorialnego wykonują określone ustawami zadania publiczne (w tym zadania z zakresu zdrowia), w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność. Jednocześnie w 1999 r. jednostki samorządu terytorialnego przejęły od organów administracji rządowej funkcje podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej i tym samym stały się organami tworzącymi dla większości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – 70 % szpitali należy do jednostek samorządu terytorialnego, z tego: 42% - to szpitale powiatowe, 25 % szpitale wojewódzkie i 3 % szpitale gminne.

Wykres 7.



Źródło: wg MZ-29 – stan na 31.12.2004 r.

Na rynku świadczeń zdrowotnych w Polsce funkcjonują publiczni i prywatni świadczeniodawcy. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych oraz osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki a także osoby, które uzyskały fachowe kwalifikacje i udzielają świadczeń w ramach prowadzonej przez siebie działalności – art. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Jeżeli podmioty te zawrą z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, stają się one świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Organizację i funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, formy prowadzenia, tworzenie, przekształcenie, likwidację tych podmiotów, zarządzanie nimi oraz zasady gospodarki finansowej reguluje wspomniana już wcześniej ustawa o zakładach opieki zdrowotnej oraz akty wykonawcze do tej ustawy.

Zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych są publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (art. 8 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub fizyczną, spółkę niemającą osobowości prawnej są niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej (art. 8 ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej).

Publiczny zakład może być prowadzony w formie samodzielnej jednostki, czyli tzw. samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 35b ust. 1 i 2 ustawy). Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być także prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego (art. 35c ustawy). Zakład w takiej formie może być prowadzony tylko i wyłącznie przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę lub jednostkę samorządu terytorialnego (art. 35c w zw. z art. 8 ust. 1 pkt 1-3 ww. ustawy). Publiczny zakład opieki zdrowotnej może być prowadzony także w formie jednostki badawczo-rozwojowej (art. 35d w zw. z art. 8a ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). W tej formie prowadzone są publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone w celu

prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Są to, podobnie jak szpitale kliniczne, placówki o szczególnym znaczeniu dla systemu ochrony zdrowia, albowiem obok udzielania świadczeń zdrowotnych prowadzą działalność dydaktyczną i naukową – badawczą. Współuczestnicząc w kształceniu lekarzy i kadry innych zawodów medycznych oraz dokształcaniu podyplomowym, podmioty te mają wpływ na poziom fachowości pracowników ochrony zdrowia. Jednocześnie szpitale kliniczne i instytuty, które zatrudniają specjalistów o bardzo wysokich kwalifikacjach, realizują świadczenia zdrowotne na najwyższym poziomie referencyjności, co jest odpowiedzią nie tylko na wzrastające potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz stanowią także wkład w rozwój nauk medycznych. Szpitale kliniczne są niezbędnym ogniwem łączącym naukę z praktyką medyczną, niezbędnym zarówno dla nauki i dydaktyki jak i ochrony zdrowia. Poziom szpitali klinicznych w znacznym stopniu determinuje poziom systemu ochrony zdrowia, co ma ważne znaczenie społeczne.

Prywatni świadczeniodawcy to funkcjonujące w systemie opieki zdrowotnej niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (nzo) oraz indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, oraz praktyki pielęgniarek i położnych. Zasady tworzenia indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych oraz grupowych praktyk reguluje ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści – w przypadku praktyk lekarskich wraz z aktami wykonawczymi oraz ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej – w przypadku praktyk pielęgniarstwa wraz z aktami wykonawczymi.

Wykres 8



Zaproponowany w wyniku przemian organizacyjno - prawnych system sprawowania opieki zdrowotnej opiera się na kluczowej roli podstawowej opieki zdrowotnej z centralną rolą lekarza pierwszego kontaktu. Instytucja ta powinna stanowić „przepustkę” do dalszych szczebli opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna realizowana jest w większości przypadków przez indywidualne i grupowe praktyki lekarskie wspierane w zakresie zadań pielęgnacyjnych przez indywidualne bądź grupowe praktyki pielęgniarek i położnych Obecnie w podstawowej opiece zdrowotnej funkcjonuje 340 praktyk lekarskich i 724 praktyk pielęgniarek i położnych. Często też wybieraną do organizowania i udzielania tego rodzaju świadczeń zdrowotnych formą organizacyjno prawną jest zakład opieki zdrowotnej, przy czym spośród 7.567 zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej tylko 1.550 to podmioty publiczne.

Wykres 9.



Źródło: wg RZOZ – stan na 31.12.2004 r.

Podobną sytuację obserwujemy przy zabezpieczaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii. Współpłacenie pacjentów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w tym zakresie spowodowało, że duża liczba niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz lekarzy prowadzących specjalistyczną praktykę lekarską zdecydowało się udzielać świadczeń w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, czyli zawrzeć kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w systemie publicznej opieki zdrowotnej możliwe jest dzięki równemu dostępowi do kontraktów publicznych i niepublicznych jednostek ochrony zdrowia.

W przypadku specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych opiekę zdrowotną w tym zakresie udziela w Polsce 12.589 zakładów opieki zdrowotnej, z tego 2.010 publicznych.

Wykres 10.



Źródło: wg RZOZ – stan na 31.12.2004 r.

Podkreślić należy, że podmioty te udzielają świadczeń w systemie publicznym, tj. w ramach kontraktu z publicznym płatnikiem.

Inna sytuacja ma miejsce w przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej. W większości świadczeń z tego zakresu udzielają publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

Jest to wyraźnie widoczne, gdy przyjrzymy się liczbie i strukturze szpitali ogólnych - 710 szpitali jest prowadzonych przez podmioty publiczne (jednostki samorządu terytorialnego są podmiotem tworzącym dla 597 szpitali, dla pozostałych podmiotami tworzącymi są uczelnie medyczne lub organy administracji rządowej - Minister Zdrowia, Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji), natomiast 148 przez niepubliczne, przy czym w szpitalach publicznych funkcjonuje 187.810 łóżek a w niepublicznych 7.652 łóżka.

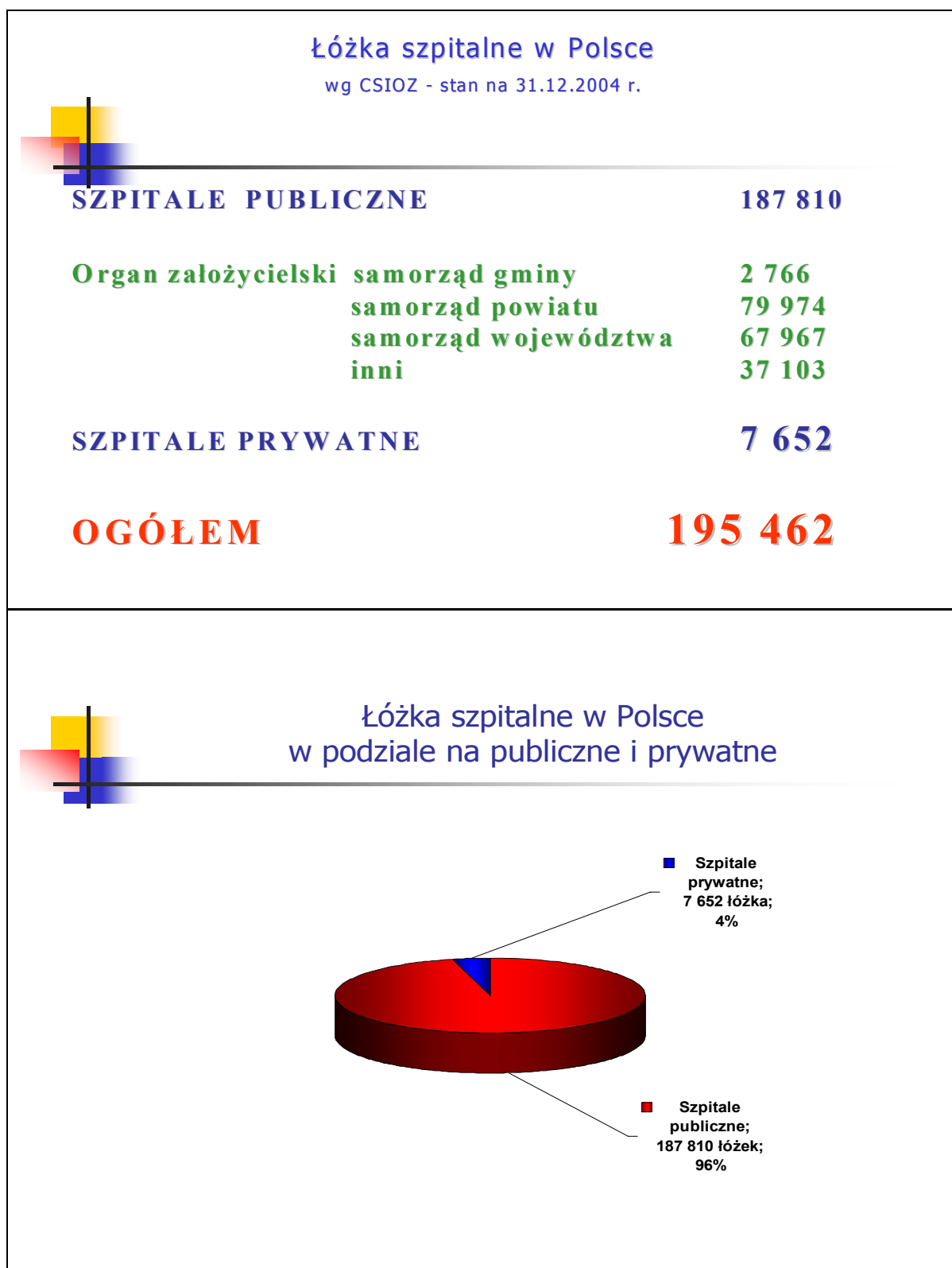
Niepubliczne szpitale ogólne na ogół nie mają więcej niż 150 łóżek (najczęściej kilka, kilkanaście łóżek) i do tej pory nie ma szpitala posiadającego więcej niż 500 łóżek.

Wykres 11.

Szpitale ogólne w Polsce wg CSIOZ - stan na 31.12.2004 r.	
SZPITALE PUBLICZNE	710
Organ założycielski	21
samorząd gminy	361
samorząd powiatu	215
samorząd województwa	113
inni	113
SZPITALE PRYWATNE	148
OGÓŁEM	858

Źródło: wg MZ-29 – stan na 31.12.2004 r.

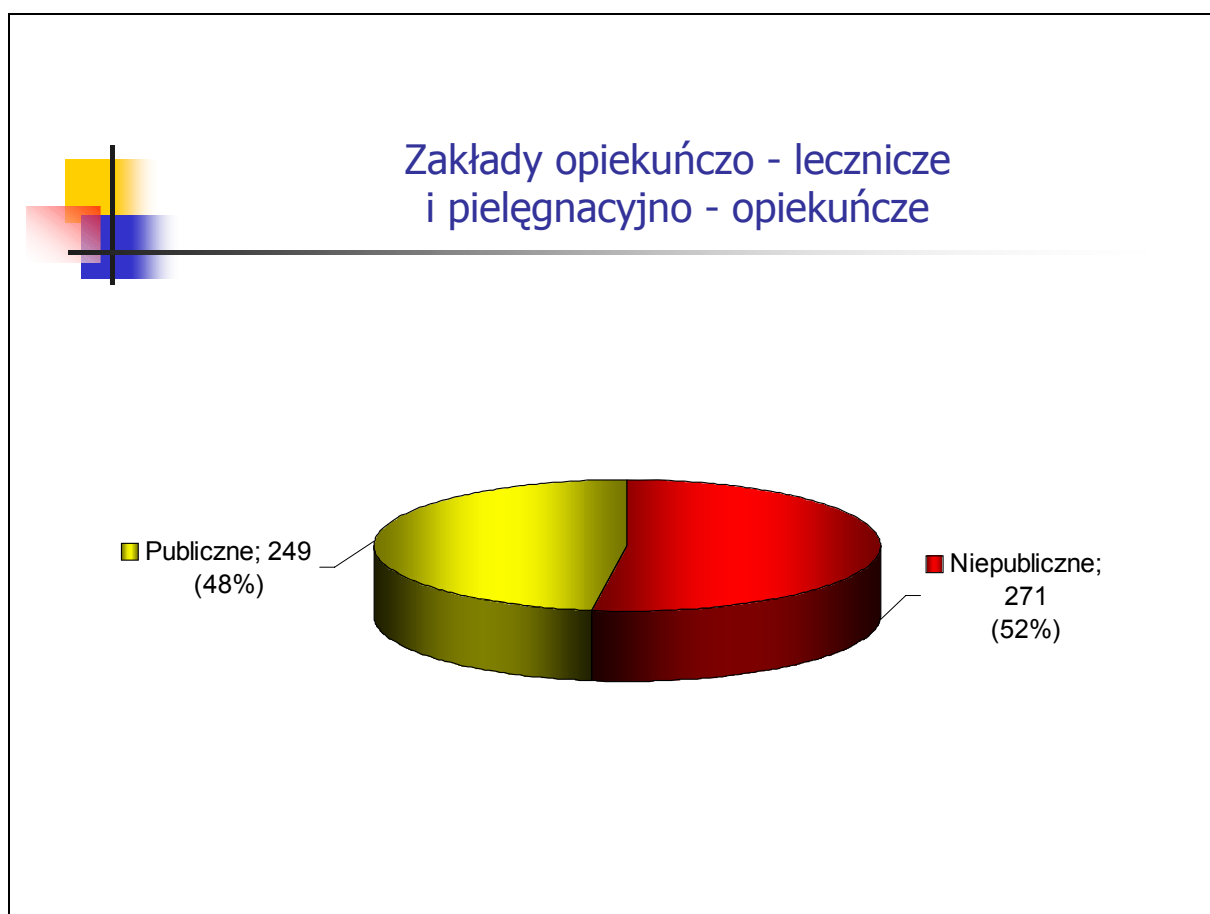
Wykres 12.



Źródło: wg MZ-29 – stan na 31.12.2004 r.

Nieco odmiennie przedstawia się sytuacja w przypadku stacjonarnej opieki długoterminowej. Zakłady opiekuńczo - lecznicze i pielęgnacyjno - opiekuńcze zostały w naszym kraju zarejestrowane w liczbie 520 podmiotów, z czego 271 to podmioty niepubliczne, w znacznej mierze prowadzone przez organizacje pożytku publicznego.

Wykres 13.



Źródło: wg RZOZ – stan na 31.12.2004 r.

Należy również zaznaczyć, że w ostatnich latach w Polsce obserwujemy zmiany struktury własnościowej zakładów opieki zdrowotnej polegające na przekształcaniu publicznych zakładów opieki zdrowotnej w niepubliczne, tworzone przez spółki komunalne. Aktualnie w ten sposób przekształcono 31 zakładów opieki zdrowotnej, z czego najwięcej - 12 w województwie dolnośląskim.

Problemem polskiej ochrony zdrowia jest ciągle jeszcze niewłaściwa struktura łóżek stacjonarnej opieki zdrowotnej. W ich ogólnej liczbie zbyt mało jest łóżek opieki długoterminowej wobec dużej liczby łóżek „ostrych” - krótkoterminowych. Widać

to wyraźnie, jeżeli przyjrzymy się wskaźnikowi liczby łóżek krótkoterminowych w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców, obserwując sytuację Polski na tle krajów należących do Unii Europejskiej przed 1 maja 2004 r. W Polsce wskaźnik ten wynosi 51 łóżek na 10 000 mieszkańców, podczas gdy w innych krajach Europy wynosi on od 24 w Szwecji, do 40 w Belgii, w Stanach Zjednoczonych wynosi on 28.

Wykres 14.



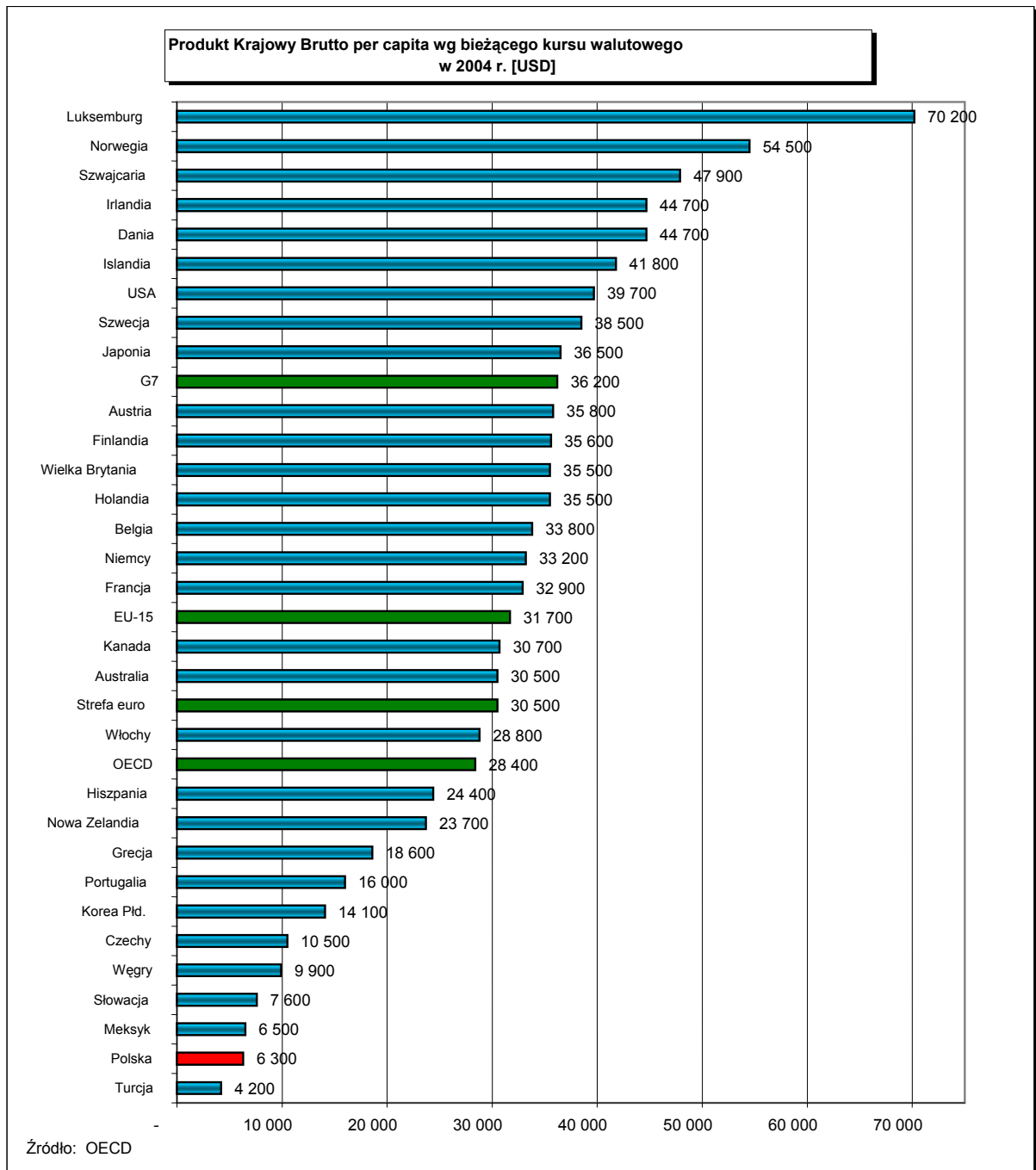
Źródło: wg OECD – stan na 31.12.2003 r.

3. Finansowanie ochrony zdrowia

Polska należy do krajów o niskim poziomie PKB – wg danych OECD w 2004 r wartość PKB na osobę w Polsce wynosiła 6,3 tys. USD, plasując Polskę na przedostatnim miejscu wśród 30 krajów OECD. Wartość PKB na osobę w 2004 r. w USD (wg bieżącego kursu walutowego) ilustruje poniższy wykres. Wartość PKB na jednego mieszkańca jest pięciokrotnie niższa w porównaniu do przeciętnego PKB w krajach starej Europy (31,7 tys. USD na osobę) oraz czterokrotnie niższy niż średnia w krajach OECD (28,4 tys. USD).

Poziom PKB w Polsce jest również znacznie niższy od poziomu PKB w przeliczeniu na osobę w Czechach (10,5 tys. USD, co oznacza 167 % poziomu Polski), a także w Słowacji (7,6 tys. USD - 121% poziomu Polski).

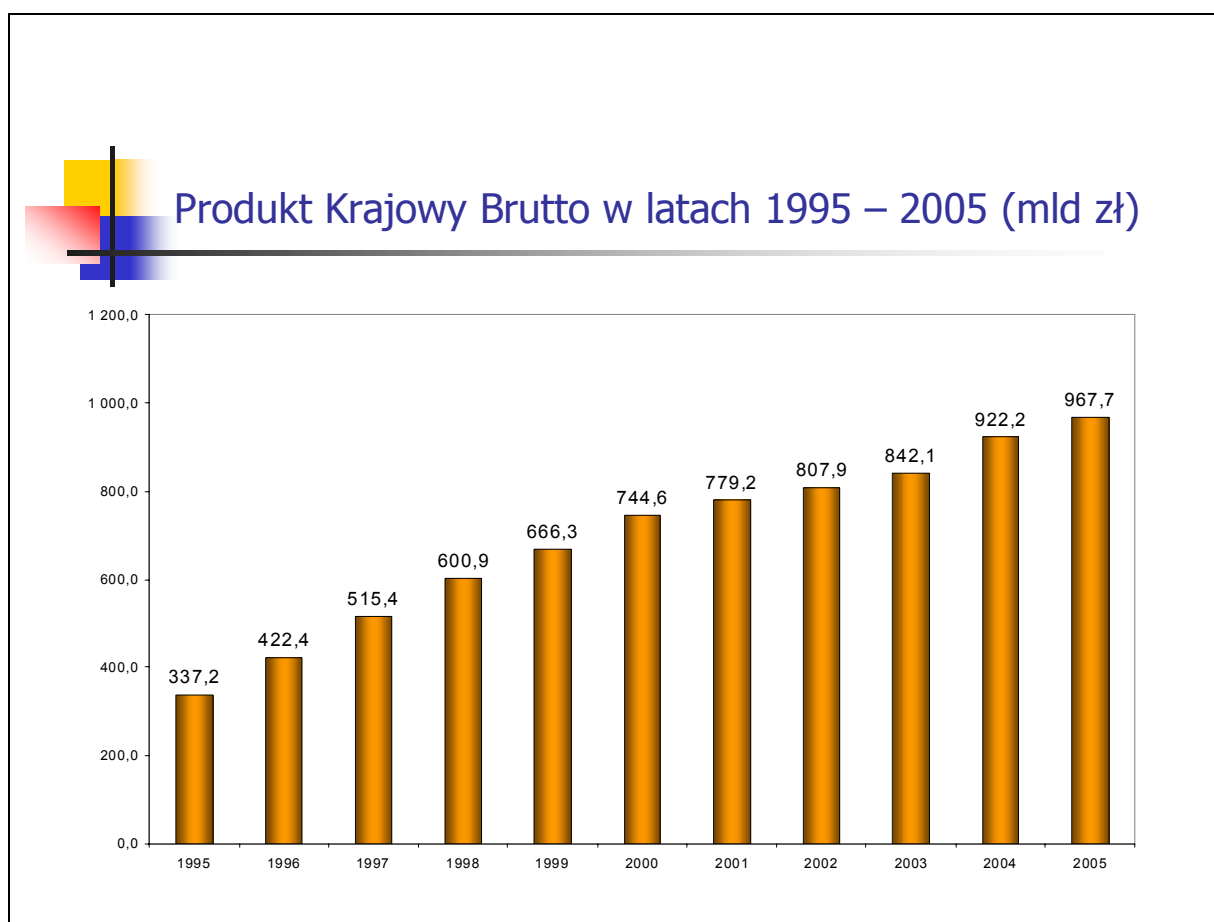
Wykres 15.



Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005.

Pomimo, że wartość PKB w Polsce w ciągu ostatnich dziesięciu lat uległa prawie potrojeniu, co ilustruje poniższy wykres (w latach 1995 – 2004 nastąpił wzrost Produktu Krajowego Brutto w cenach bieżących z poziomu 337,2 mld zł do poziomu 967,7 mld zł, a średnioroczne tempo przyrostu wartości nominalnej PKB wyniosło ok. 11,1%), to wciąż dzieli nas dystans do poziomu nie tylko krajów rozwiniętych, ale ostatnio również i do krajów Europy Centralnej.

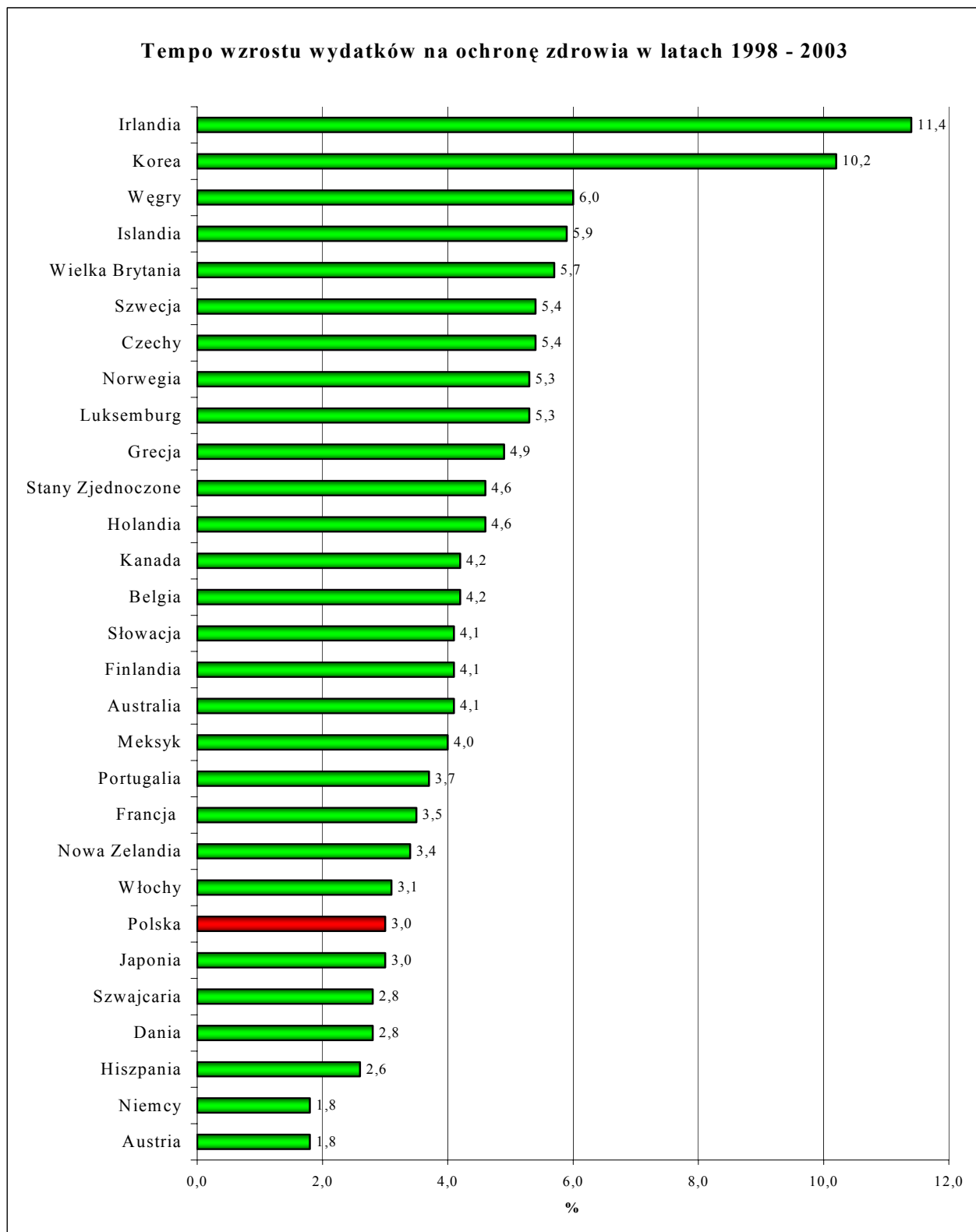
Wykres 16.



Źródło: GUS.

Z drugiej strony, tempo wzrostu PKB w Polsce było znacznie wyższe niż tempo wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną. Zgodnie z danymi OECD, w Polsce wydatki na ochronę zdrowia w latach 1998 – 2003 wzrastały w tempie 3% średniorocznie (siódme miejsce od końca na 30 krajów OECD). Na uwagę zasługuje fakt, że w tym okresie wydatki na opiekę zdrowotną na Węgrzech wzrastały w tempie 6% średniorocznie - dwukrotnie wyższym, w Czechach wzrastały średniorocznie o 5,4%, a w Słowacji wzrastały o 4,1%. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia poniższy wykres.

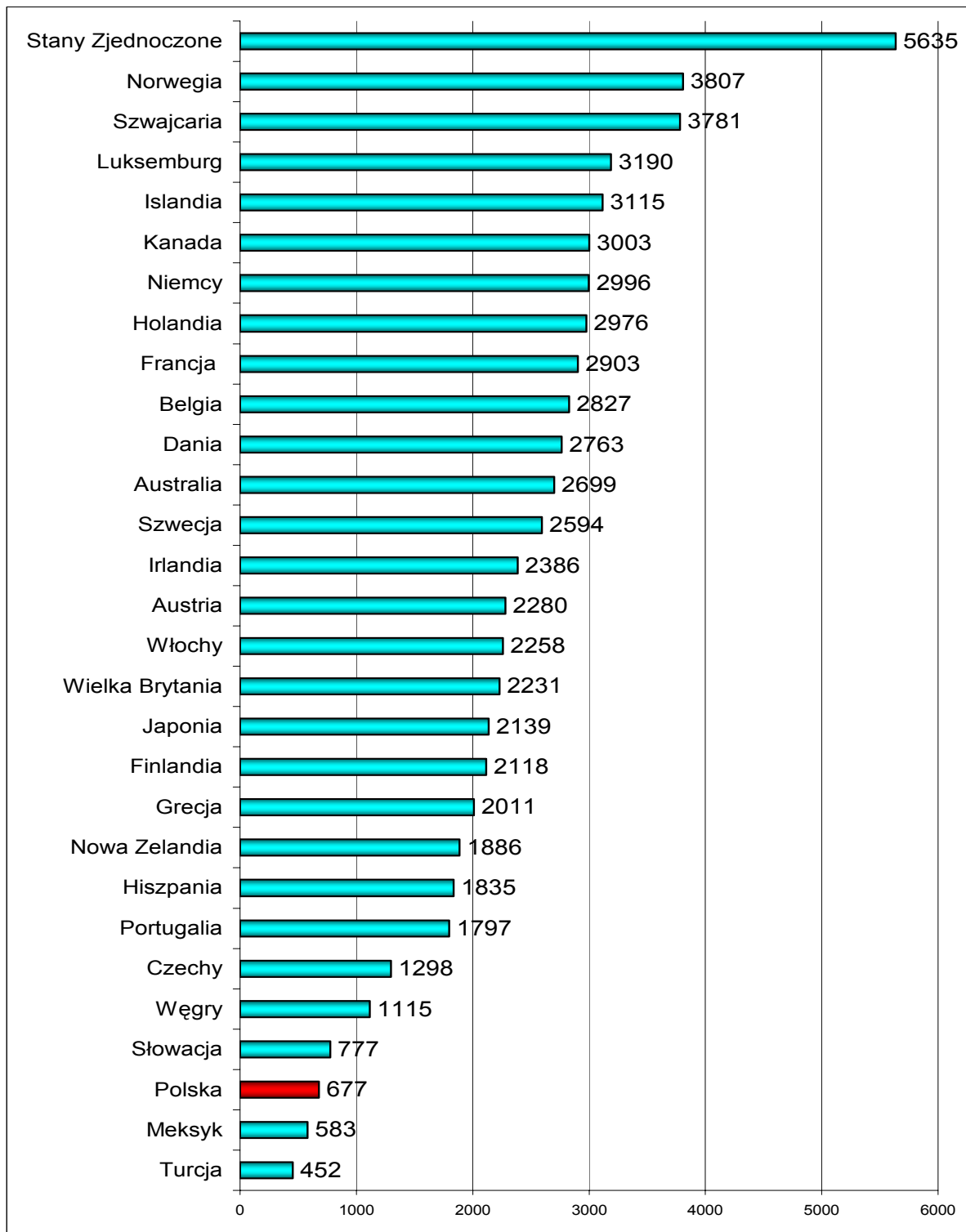
Wykres 17.



Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005.

Wykres 18.

Wydatki na ochronę zdrowia w USD wg parytetu siły nabywczej w 2004 r. rocznie na osobę.



Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005.

Na powyższym wykresie przedstawiono wysokość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w 2004 r. w ujęciu nominalnym (w USD wg parytetu siły nabywczej), oraz na poniższym wykresie w relacji do PKB.

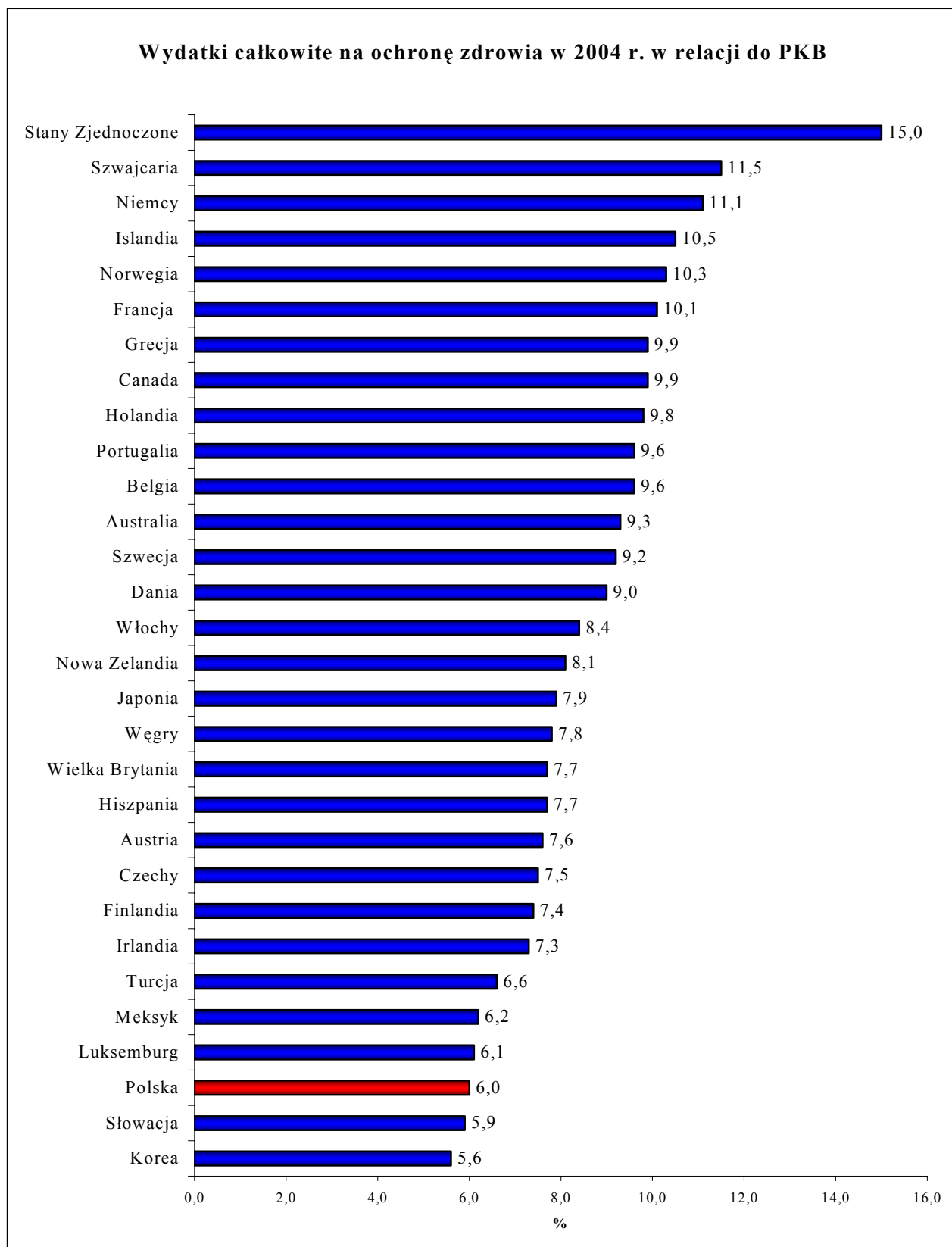
Z danych OECD wynika, że wydatki w Polsce na ochronę zdrowia w 2004 r. w wysokości 677 USD na osobę rocznie należą do najniższych - jedynie w Meksyku i Turcji wydatki w ujęciu nominalnym są niższe (odpowiednio: 583 i 452 USD na osobę). Natomiast kraje o podobnym rozwoju społeczno-gospodarczym, przeznaczają na opiekę zdrowotną znacznie wyższe środki: Słowacja o 100 USD więcej na osobę rocznie, Węgry o 428 USD więcej niż w Polsce, Czechy – 1.298 USD na osobę (prawie dwukrotnie więcej niż w Polsce). Wydatki na ochronę zdrowia w Wielkiej Brytanii wyniosły w 2004 r. 2.231 USD na osobę (3,3 krotnie więcej niż w Polsce), a w Niemczech 2.296 USD na osobę (ponad 4,4 krotnie więcej niż w Polsce).

Podobnie duży dystans dzieli Polskę od innych krajów, jeśli uwzględni się relację wydatków na ochronę zdrowia do PKB. W Polsce w 2004 r. wydatki całkowite stanowiły 6 % PKB. Wydatki całkowite na ochronę zdrowia w Czechach są pod tym względem wyższe o 1,5 punktu procentowego (wynoszą 7,5 % w relacji do PKB), na Węgrzech są o 1,8 punktu procentowego wyższe (wynoszą 7,8 % w relacji do PKB). W Wielkiej Brytanii wydatki na ochronę zdrowia w 2004 r. wynosiły 7,7 % PKB, a w Niemczech 11,1% PKB.

W porównaniu do innych krajów OECD przedstawionych na poniższym wykresie jest to wskaźnik najniższy (za wyjątkiem Słowacji i Korei).

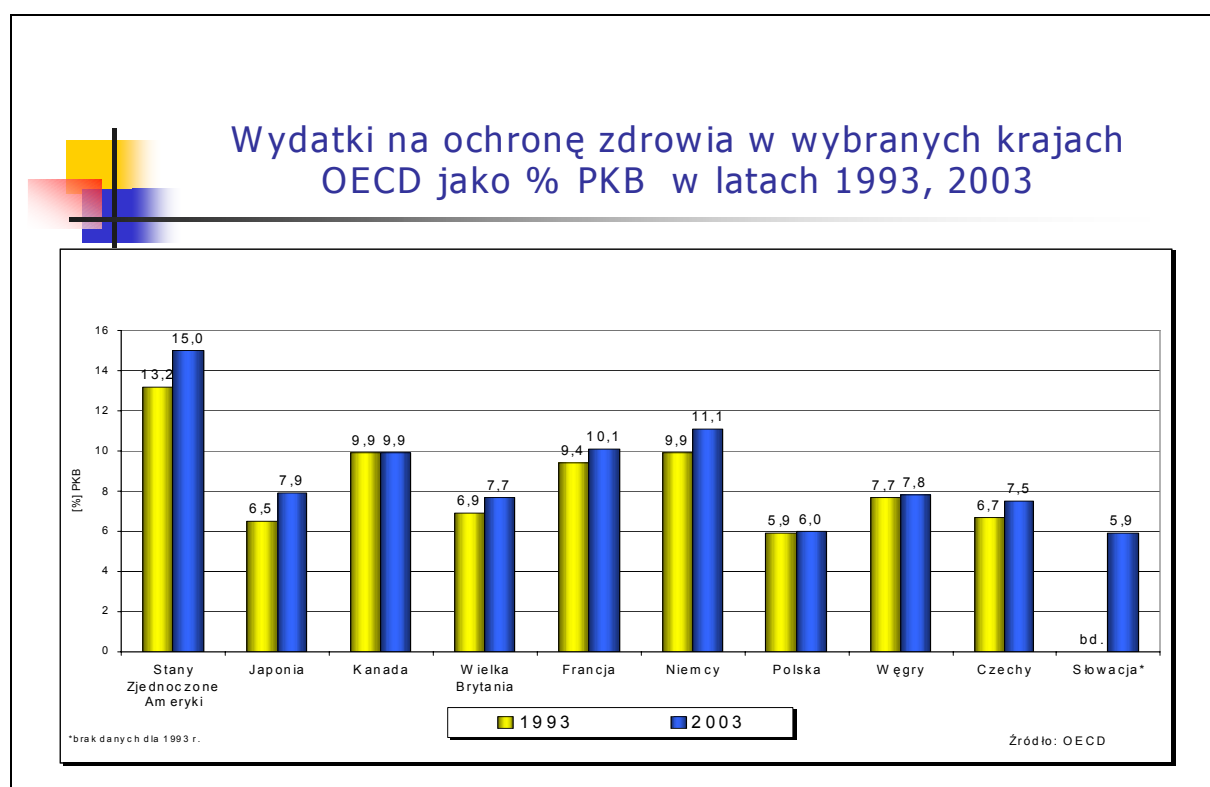
Zauważalna jest również stagnacja tego parametru w analizowanych latach (1993 i 2003) na tle innych krajów OECD (o znacznie wyższych wydatkach na opiekę zdrowotną, np. USA, Japonii, Wielkiej Brytanii, Francji, Niemiec i Czech), gdzie uległ on istotnemu wzrostowi.

Wykres 19.



Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005.

Wykres 20.

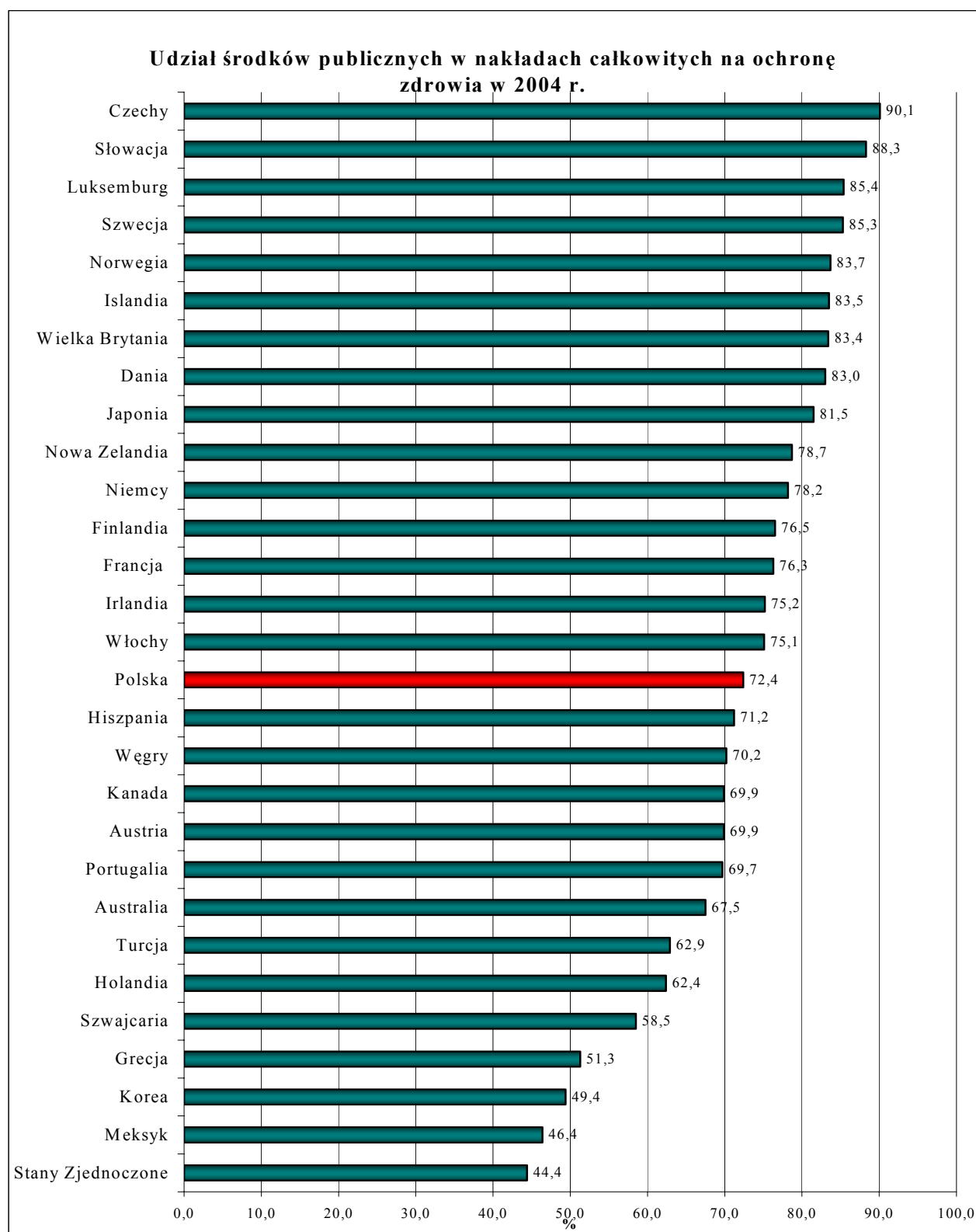


Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005.

Przy ogólnie niskim poziomie nakładów całkowitych na ochronę zdrowia w Polsce, wydatki ze środków publicznych stanowią mniej niż $\frac{3}{4}$ tych nakładów i uległy one zmniejszeniu w okresie transformacji ustrojowej. Jeżeli w 1990 r. środki publiczne stanowiły 92 % środków całkowitych na ochronę zdrowia, to obecnie ich udział zmniejszył się prawie o 20 punktów procentowych. W 2003 r. wydatki publiczne stanowiły 72,4% sumy wydatków na ochronę zdrowia w Polsce.

Na kolejnym wykresie przedstawiono udział wydatków publicznych w nakładach całkowitych na ochronę zdrowia w krajach OECD w 2004 r.

Wykres 21.

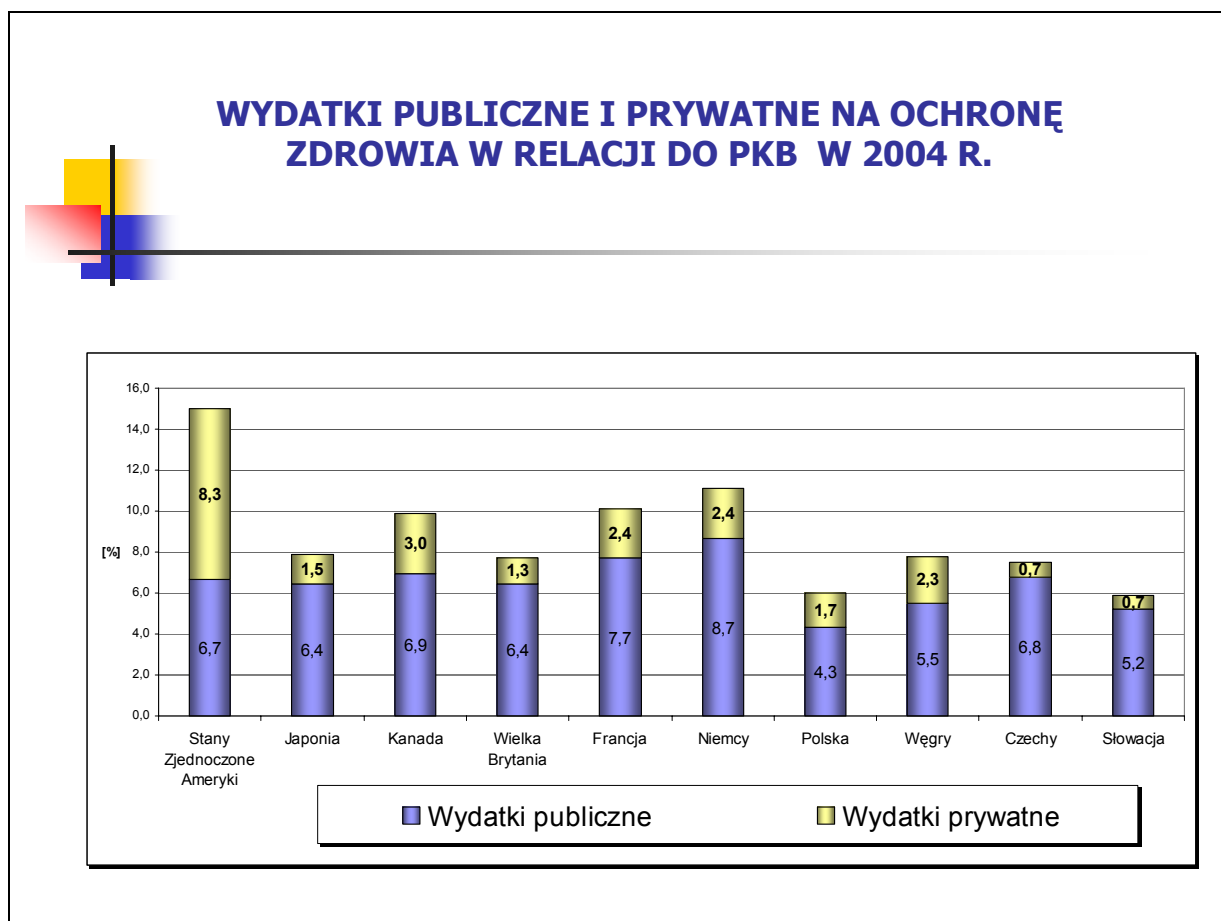


Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005.

Jak widać Polska sytuuje się wśród tej grupy krajów, które mają stosunkowo niski udział finansowania publicznego na ochronę zdrowia.

Na następnym wykresie zilustrowano proporcje między wydatkami publicznymi i wydatkami prywatnymi (w relacji do PKB) występujące w wybranych krajach OECD w 2004 r.

Wykres 22.



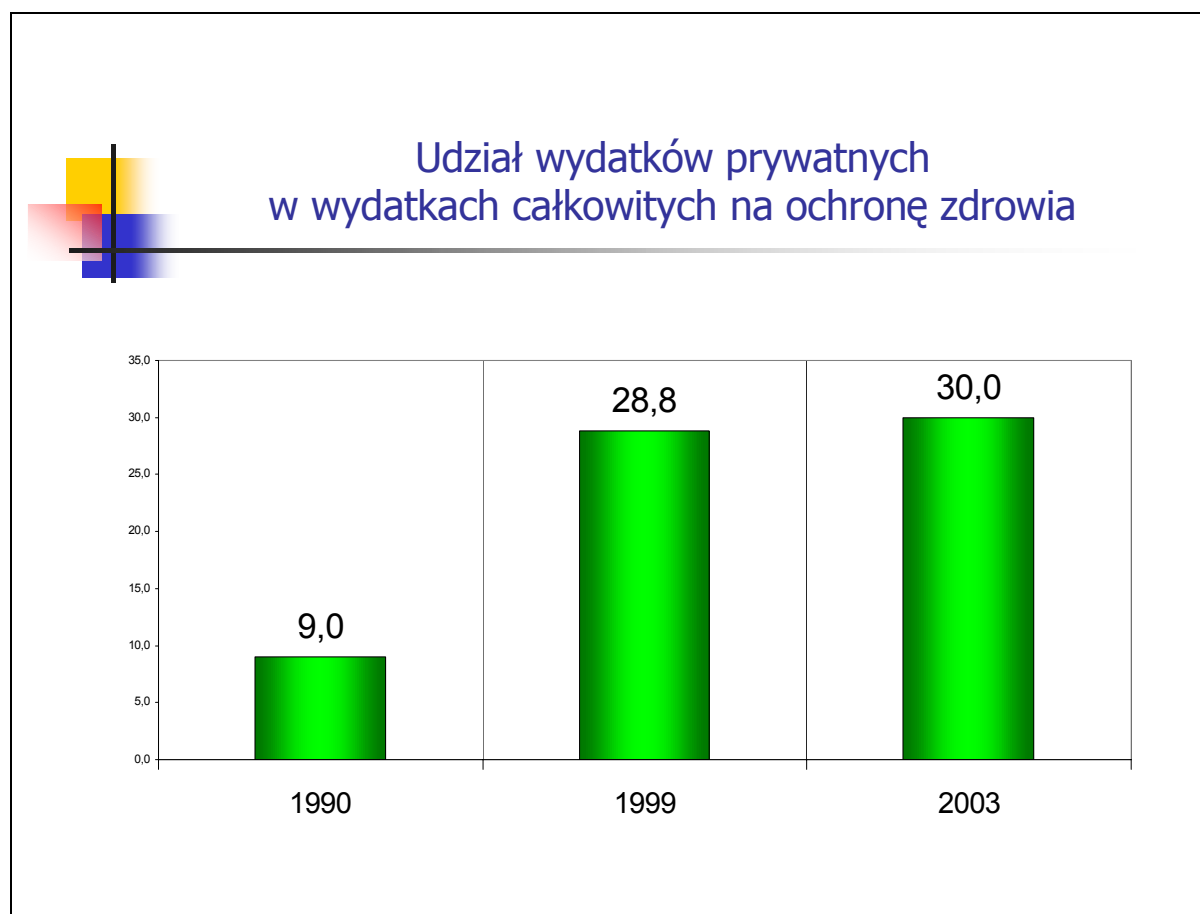
Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005.

Należy mieć jednak na uwadze, że faktyczne wydatki prywatne na ochronę zdrowia są znacznie wyższe niż wykazują dane OECD. Wynika to z faktu ujęcia całej składki na ubezpieczenie zdrowotne w wydatkach publicznych, włącznie z tą częścią, której nie odlicza się od podatku dochodowego (w wysokości 1,1 mld zł w 2003 r. oraz 3,0 mld zł w 2005 r., wg danych GUS ze stycznia 2006 r. przedstawionych w Narodowym Rachunku Zdrowia).

Ponadto, GUS w Narodowym Rachunku Zdrowia podkreśla, że nastąpił istotny wzrost udziału wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych na ochronę zdrowia w Polsce

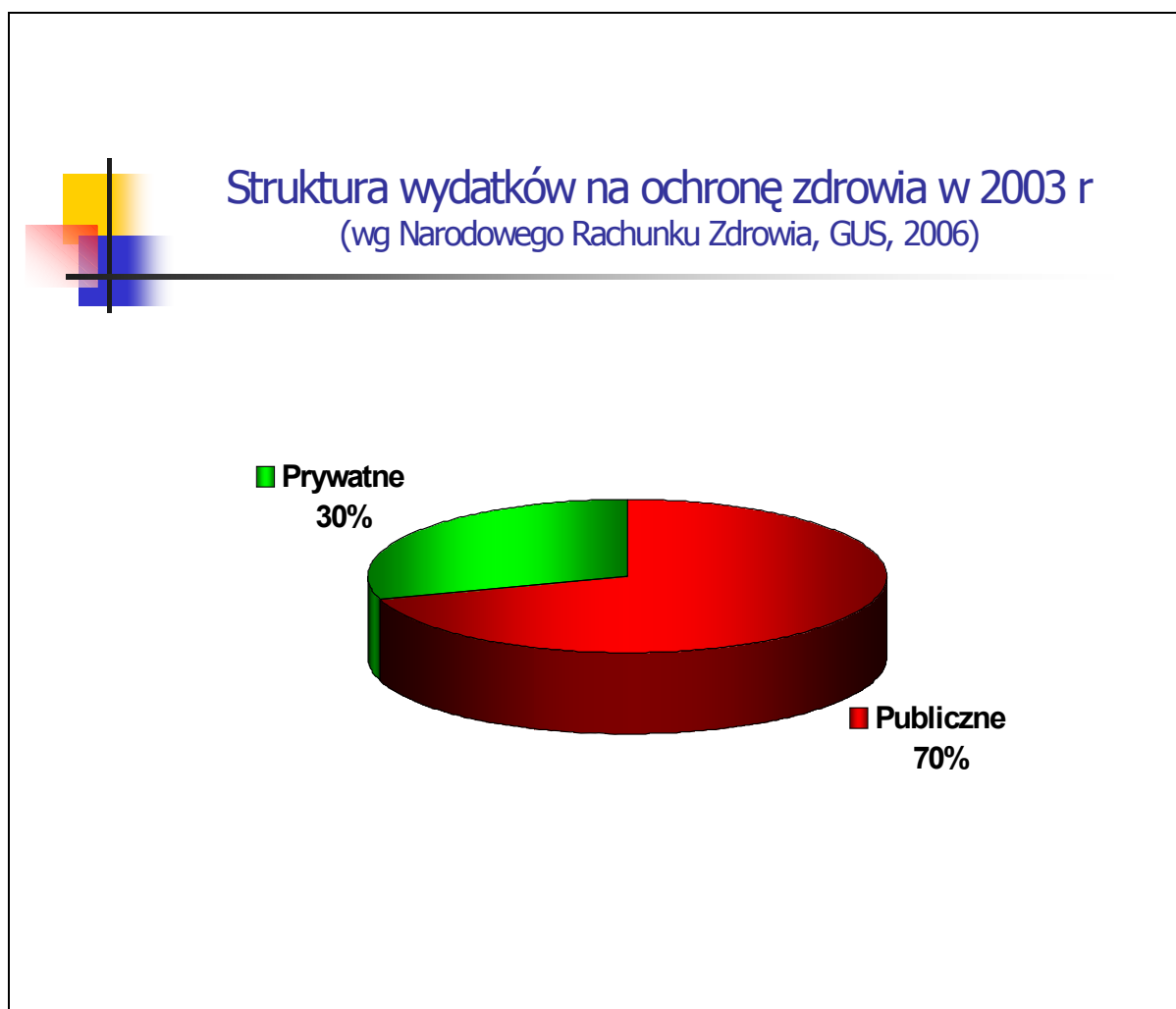
w okresie transformacji z ok. 9% w 1990 r., do 28,8% w 1999 r. oraz do co najmniej ok. 30% w 2003 r. w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia. W ramach wydatków prywatnych, obok wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia, uwzględnione są wydatki przedsiębiorstw, które obejmują wydatki na służbę medycyny pracy oraz finansowanie opieki zdrowotnej poprzez rynek quasi ubezpieczeniowy. Niestety, brak jest szczegółowych danych na temat wielkości rynku quasi - ubezpieczeniowego, bowiem firmy te nie podlegają nadzorowi ubezpieczeniowemu i obowiązkom statystycznym podmiotów prowadzących działalność ubezpieczeniową. W ostatnich latach szczególnie szybko rosną wydatki pracodawców na pakiety profilaktyczno-lecznicze dla pracowników (tzw. abonamenty). Wydatki te szacowane są na ok. 0,6 mld zł w 2003 r., natomiast wydatki gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną oszacowano na kwotę 17,8 mld zł (Raport „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, Ministerstwo Zdrowia, 2004). Łącznie, wg tych szacunków, wydatki prywatne na ochronę zdrowia w 2003 r. wyniosły 18,4 mld zł.

Wykres 23.



Źródło: Narodowy Rachunek Zdrowia, GUS, Warszawa, 2006.

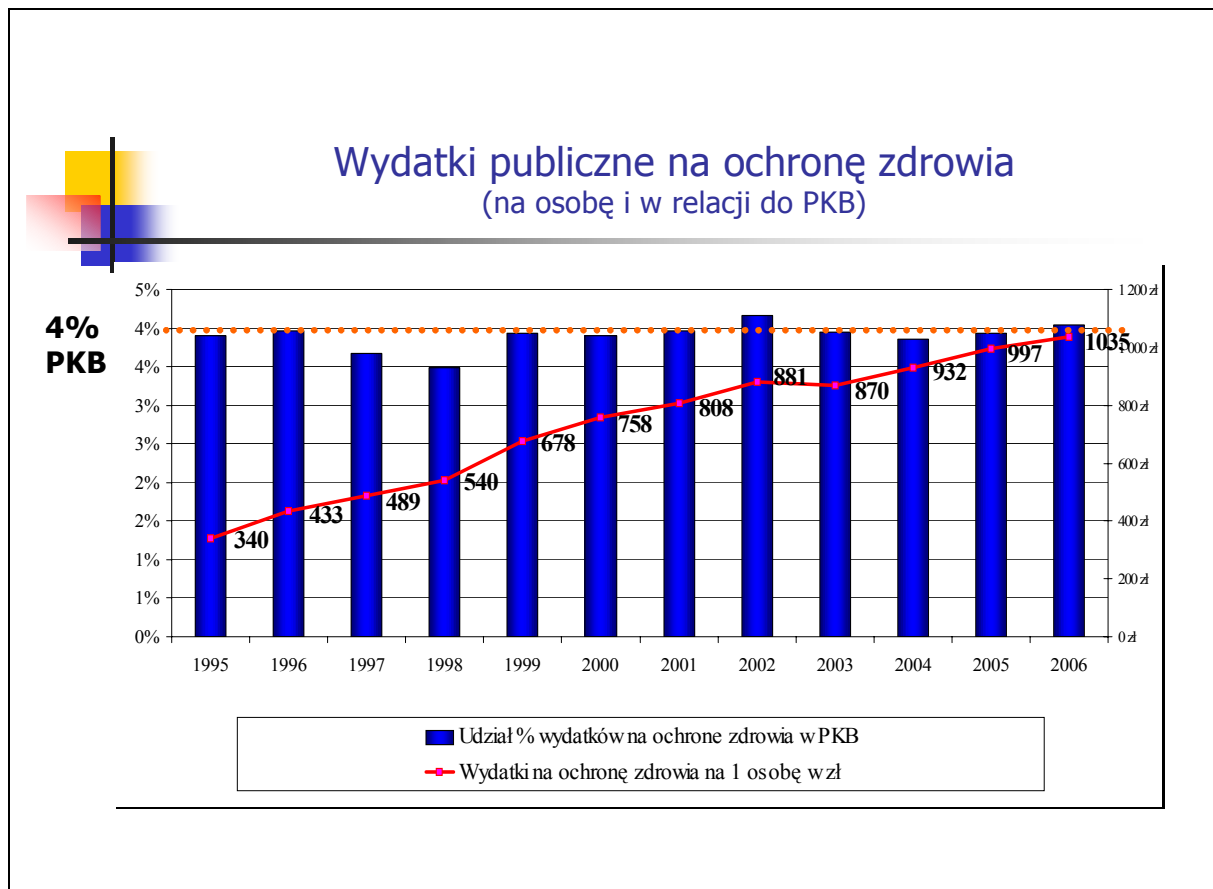
Wykres 24.



Źródło: Narodowy Rachunek Zdrowia, GUS, Warszawa, 2006.

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia utrzymują się od dłuższego czasu na poziomie 4% PKB. Na poniższym wykresie przedstawiono wydatki publiczne na ochronę zdrowia od 1995 r. w relacji do PKB oraz w przeliczeniu na 1 osobę (w ujęciu nominalnym, w cenach bieżących).

Wykres 25.

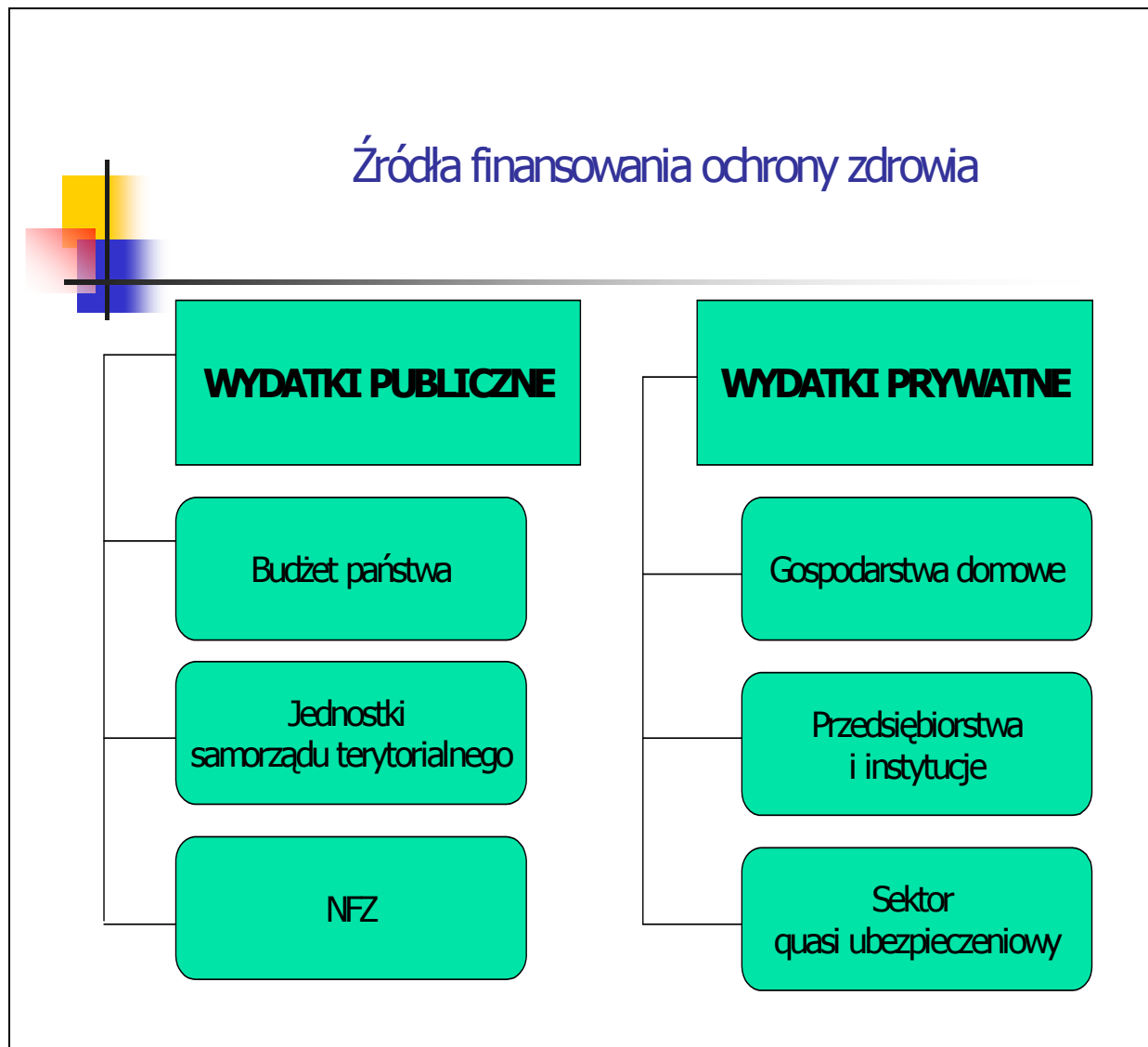


Źródło: dane MZ.

Z powyższej ilustracji wynika, że pomimo stałego wzrostu wydatków publicznych w przeliczeniu na 1 osobę z 340 zł w 1995 r. do poziomu 1.035 zł w 2006 r. (w cenach bieżących), to jednak poziom tych wydatków, mierzony relacją do PKB, utrzymuje się na poziomie zbliżonym do roku 1995.

Na wysokość wydatków publicznych na ochronę zdrowia, od wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. od 1999 r. składają się wydatki z budżetu państwa (wraz ze składkami na ubezpieczenie zdrowotne finansowanymi z budżetu państwa, zgodnie z obowiązującymi w tej materii przepisami), wydatki jednostek samorządu terytorialnego oraz wydatki pochodzące ze składek na ubezpieczenie zdrowotne niefinansowane z budżetu państwa.

Wykres 26



Poziom finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych (w cenach bieżących) w latach 1999 – 2006 przedstawia poniższa tabela oraz ilustruje kolejny wykres.

Tabela 1.**Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w latach 1999-2006 (mld zł)**

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Budżet państwa - wydatki ogółem na ochronę zdrowia (bez składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych z budżetu) ¹	5,7	3,6	3,3	3,1	3,1	3,2	3,2	2,9
<i>w tym: udział (%) w wydatkach publicznych</i>	20,4%	13,0%	10,8%	9,3%	9,5%	9,1%	8,5%	7,4%
Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia ²	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0	1,3	1,3	1,3
<i>w tym: udział (%) w wydatkach publicznych</i>	2,9%	3,6%	2,9%	3,0%	3,0%	3,7%	3,5%	3,3%
Nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej ze środków w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ³	21,4	23,0	26,4	28,7	29,2	30,5	33,0	34,8
<i>w tym: udział (%) w wydatkach publicznych</i>	76,7%	83,3%	86,3%	86,2%	89,0%	87,1%	88,0%	89,2%
Razem wydatki publiczne	27,9	27,6	30,6	33,3	32,8	35,0	37,5	39,0

Źródło: dane Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Zdrowia.

Analiza danych wskazuje na zmniejszanie się w ramach wydatków publicznych na ochronę zdrowia udziału finansowania z budżetu państwa oraz na stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zjawisko to ilustruje poniższy wykres.

Należy przy tym zaznaczyć, że w 2006 r. wydatki z budżetu państwa w wysokości 2,9 mld zł nie uwzględniają planowanych nakładów na ochronę zdrowia w ramach kontraktów

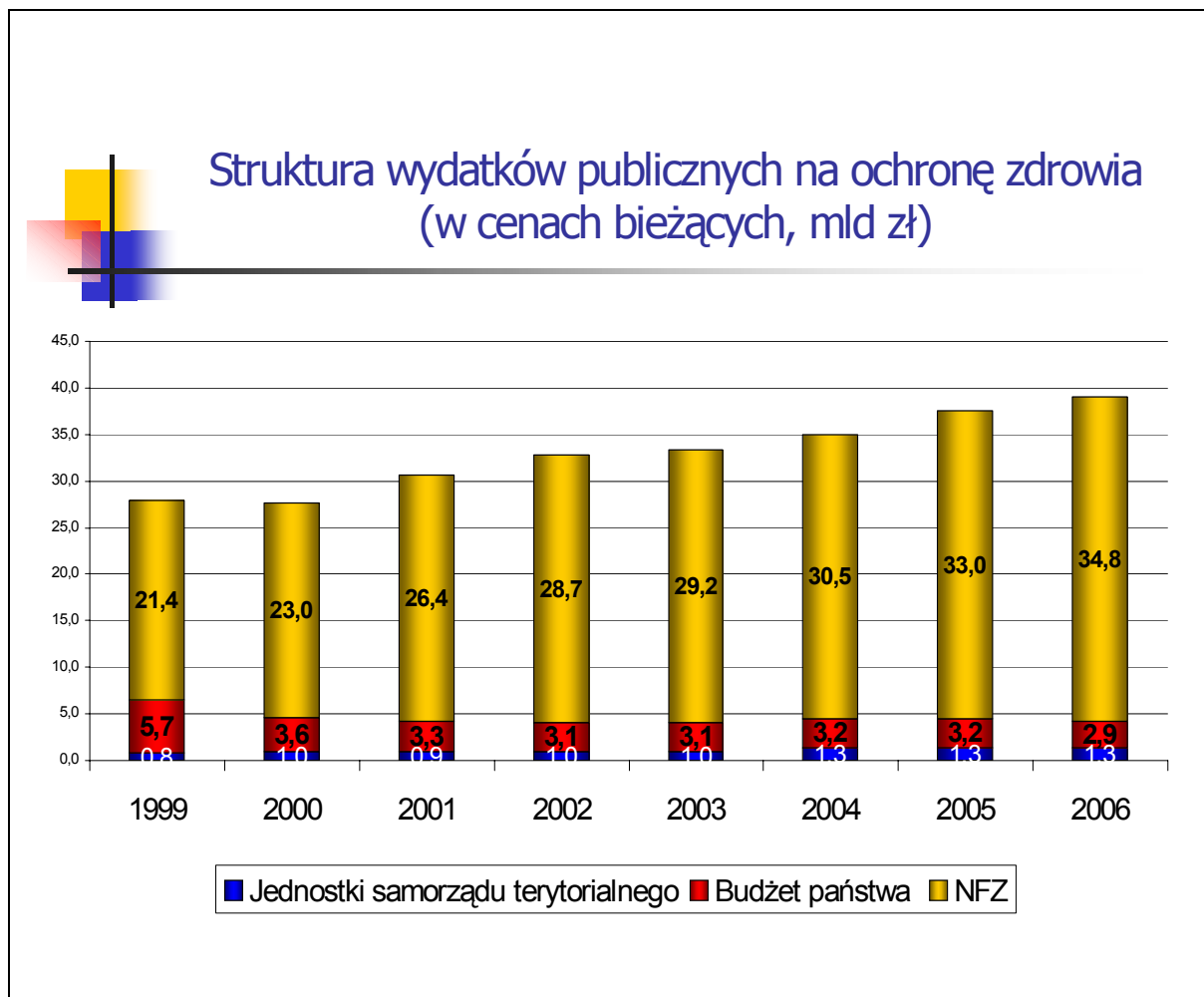
¹ Kwota 1999 r. uwzględnia 1 986,7 mln zł z tytułu jednorazowej dotacji dla kas chorych na rozpoczęcie działalności; w 2001 r., 2002 r., 2003 r., 2004 r. oraz w 2005 r. uwzględniono m.in. środki przeznaczone na kontrakty wojewódzkie w dziedzinie ochrony zdrowia; 2005 r. - wstępne wykonanie budżetu; 2006 r. - wg ustawy budżetowej.

² W 2005 r. - wydatki wg planu na 2005 r., a w 2006 r. założono poziom wydatków na poziomie 2005 r.

³ 2005 r. wg wstępnego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ za 2005 r.; 2006 r. wg planu finansowego NFZ na 2006 r. z dnia 22 marca 2006 r.

wojewódzkich (wg danych MRR, wstępnie na ochronę zdrowia przeznaczono środki w wysokości 0,2 mld zł).

Wykres 27.

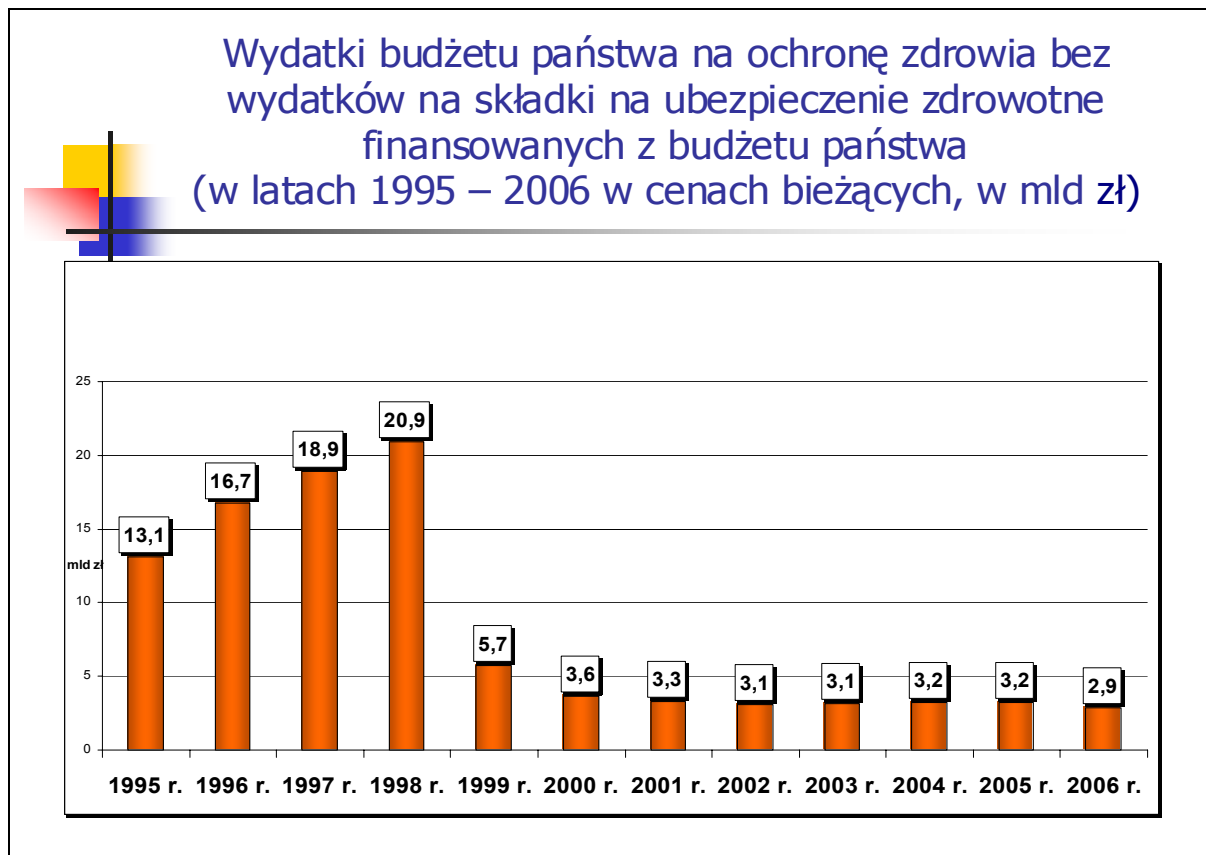


Źródło: dane MZ.

Wydatki z budżetu państwa

Na poniższym wykresie przedstawiono wielkość środków z budżetu państwa na ochronę zdrowia od 1995 r., tj. również w okresie przed wprowadzeniem reformy finansowania ochrony zdrowia.

Wykres 28.



Źródło: dane MZ.

W latach 1995 – 1998, tj. w okresie, gdy funkcjonował budżetowy system finansowania opieki zdrowotnej, wydatki na ochronę zdrowia z budżetu państwa (w cenach bieżących) systematycznie rosły (roczny wzrost wydatków z budżetu państwa wynosił średnio ok. 17 %).

Po wprowadzeniu systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w 1999 r. wydatki z budżetu państwa (bez składek na ubezpieczenie zdrowotne) wyniosły 5,7 mld zł (kwota ta zawiera ok. 2 mld zł na jednorazową dotację dla kas chorych na rozpoczęcie działalności). Należy zaznaczyć, że wydatki te nie zawierają składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłacanych z budżetu państwa i dotyczą wyłącznie działu ochrona zdrowia.

Z budżetu państwa, finansowane są wydatki związane z ochroną zdrowia (tj. kształcenie kadr medycznych, administracja realizująca zadania w ochronie zdrowia, utrzymanie rezerw obronnych w ochronie zdrowia) i są ujęte w części 46 – Zdrowie, w części 83 – Rezerwy celowe oraz w dziale 753 – Obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, w tym dotacja dla KRUS na składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowane z budżetu państwa za rolników i ich domowników. Plan wydatków budżetowych zaplanowanych w ustawie

budżetowej na 2006 r. na finansowanie zadań Ministra Zdrowia wynosi 3.973.596 tys. zł, w tym w rezerwach celowych (których propozycje podziału przedstawia Minister Zdrowia, głównie w porozumieniu z innymi dysponentami części budżetowych) 249.078 tys. zł. W ujęciu zadaniowym plan wydatków przedstawia się następująco.

Tabela 2.

Zadania finansowane przez Ministra Zdrowia ze środków budżetu państwa

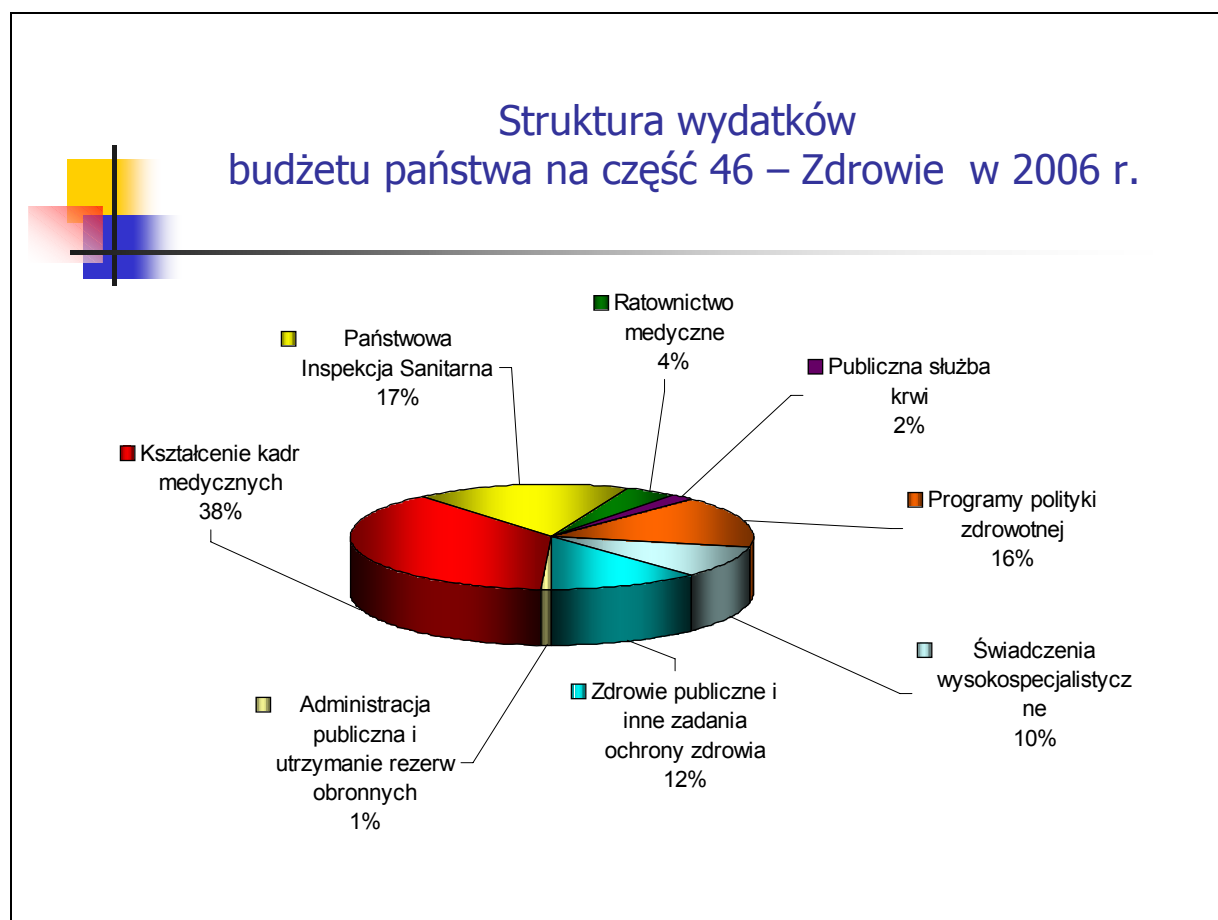
Nazwa zadania	Ogółem (w tys. zł)			Struktura wydatków
	w tym:	bieżące	majątkowe	
Administracja publiczna i utrzymanie rezerw obronnych	35 925	34 825	1 100	1%
Kształcenie kadr medycznych	1 510 889	1 476 139	34 750	38%
Państwowa Inspekcja Sanitarna	678 998	663 474	15 524	17%
Ratownictwo medyczne	165 590	33 730	131 860	4%
Publiczna służba krwi	83 300	80 500	2 800	2%
Programy polityki zdrowotnej	629 070	380 690	248 380	16%
Świadczenia wysokospecjalistyczne	383 485	383 485		10%
Zdrowie publiczne i inne zadania ochrony zdrowia	486 339	271 739	214 600	12%
RAZEM:	3 973 596	3 324 582	649 014	100%

Źródło: dane MZ.

Z ogólnej kwoty wydatków w wysokości 4,0 mld zł (łącznie z rezerwami celowymi), na wydatki bieżące zaplanowano środki w wysokości 3,3 mld zł (wydatki bieżące jednostek budżetowych, dotacje i subwencje, świadczenia na rzecz osób fizycznych), a na wydatki majątkowe 649 mln zł, tj. 16,33 % ogółu wydatków.

Graficzną ilustrację struktury wydatków w podziale na poszczególne zadania przedstawia poniższy wykres.

Wykres 29.



Źródło: dane MZ.

Jak wynika z powyższego wykresu, największy udział w wydatkach budżetu Ministra Zdrowia zajmuje kształcenie kadr medycznych. Środki zaplanowane na ten cel w wysokości 1,5 mld zł stanowią ponad 1/3 ogółu wydatków Ministra Zdrowia. Przeznaczone są one na rozwój kadr medycznych, zarówno w ramach kształcenia przeddyplomowego na uczelniach medycznych, jak i kształcenia podyplomowego – zarówno w ramach obowiązkowych staży, jak i kształcenia specjalizacyjnego, w tym w systemie rezydenckim.

Z kwoty 1,5 mld zł, ok. 80% środków (1,2 mld zł) jest przeznaczony w dziale szkolnictwo wyższe na dotacje dla 11 uczelni medycznych i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na działalność dydaktyczną na wszystkich kierunkach studiów dla 40 tys. studentów, w tym 11 tysięcy studentów na pierwszym roku studiów i 2000 słuchaczy studiów doktoranckich, oraz na finansowanie 2,3 tys. kursów specjalizacyjnych dla lekarzy i lekarzy dentyków, 1440 miejsc na studiach pomostowych stacjonarnych dla pielęgniarek i położnych, dofinansowanie kształcenia specjalizacyjnego diagnostów laboratoryjnych,

a także na pomoc materialną dla ponad 25 tys. studentów. 114,4 mln zł jest ujęte w rezerwach celowych na sfinansowanie 8,5 tys. staży dla lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, z tego 3,3 tys. osób rozpocznie staże w 2006 r., oraz 5,2 tys. staży to staże rozpoczęte przed 2006 r. Ponadto, 184 mln zł jest przeznaczonych w dziale ochrona zdrowia na sfinansowanie specjalizacji medycznych, w tym 175,2 mln zł na specjalizacje lekarzy i dentyków prowadzonych w systemie rezydenckim, co umożliwi sfinansowanie rezydentur rozpoczętych do 2005 r. oraz 2000 nowych etatów rezydenckich, a także dofinansowanie w kwocie 9 mln zł kształcenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych rozpoczętych w latach 2004 – 2005 oraz 1800 nowych miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych w 2006 r.

Duży udział w wydatkach Ministra Zdrowia zajmuje także finansowanie działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej – 679 mln zł (tj. 17%), której celem jest zapobieganie chorobom (profilaktyka), sprawowanie nadzoru sanitarnego i epidemiologicznego w kraju, a także ochrona ludności przed potencjalnym zagrożeniem bioterrorystycznym. Ponadto w rezerwie celowej zabezpieczone zostały środki w wysokości 35 mln zł z przeznaczeniem na zakup szczepionki pandemicznej przeciwko wirusowi ptasiej grypy.

W ustawie budżetowej na rok 2006 rok przewidziano na realizację programów polityki zdrowotnej środki w wysokości 629 mln zł, co stanowi 16% ogółu wydatków Ministra Zdrowia. Programy są ukierunkowane przede wszystkim na walkę z chorobami układu krążenia oraz chorobami nowotworowymi, stanowiącymi główne przyczyny umieralności w Polsce.

Duży udział w zaplanowanej kwocie wydatków mają także świadczenia wysokospecjalistyczne, głównie procedury transplantacyjne. Na zadanie to przeznaczono 10% ogółu wydatków, tj. 383,5 mln. zł.

W ustawie budżetowej na 2006 r. na ratownictwo medyczne zaplanowano środki w wysokości 165,6 mln. zł, tj. 4 % ogółu wydatków. W kwocie tej mieszczą się środki przeznaczone na: realizację programu wieloletniego pn. „Wymiana śmigłowców SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005 - 2010”, dotację podmiotową dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, dofinansowanie funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego w ramach tworzenia systemu państwowego ratownictwa medycznego.

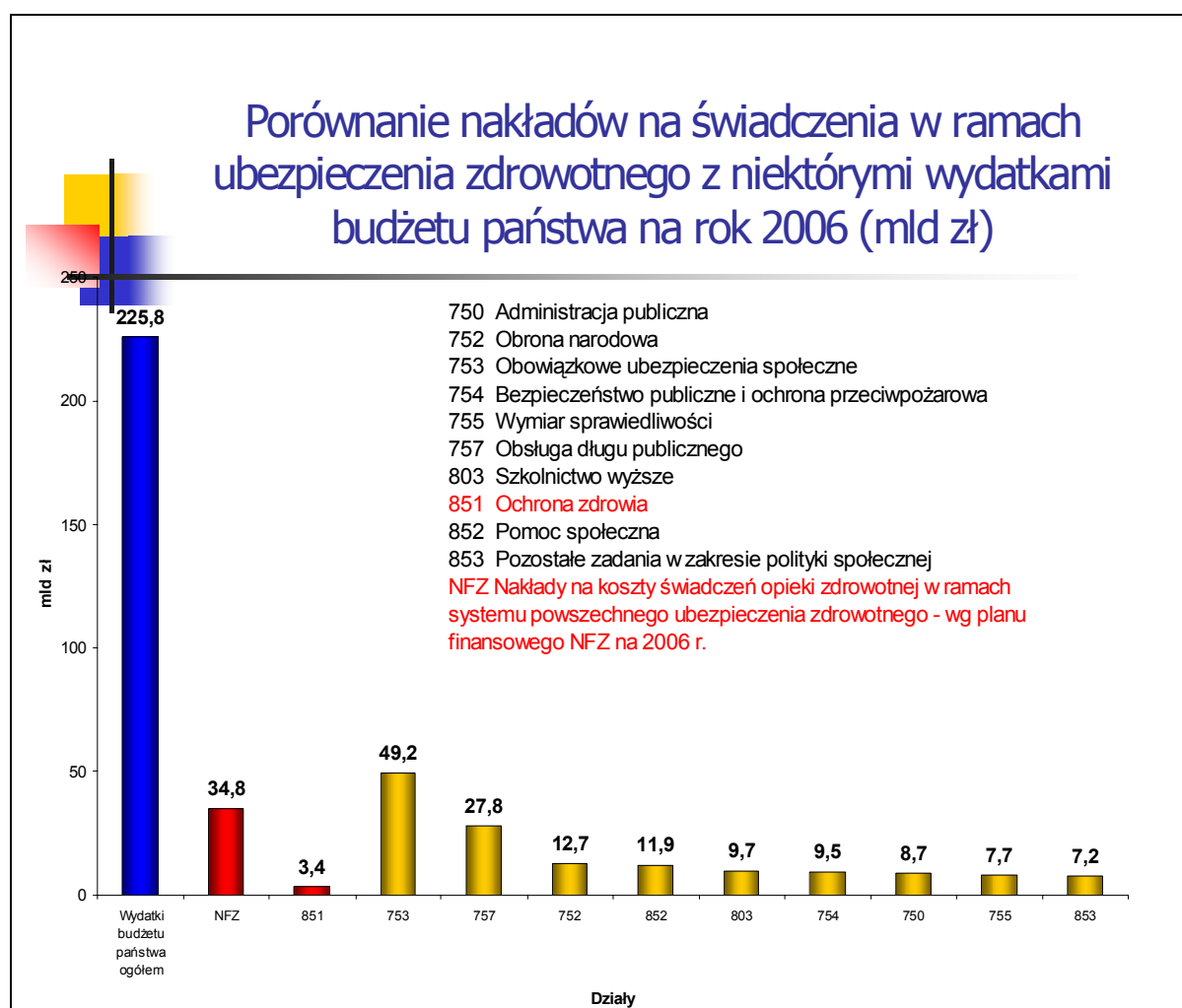
W ustawie budżetowej na rok 2006 na publiczną służbę krwi przewidziano środki w wysokości 83, 3 mln. zł, co stanowi 2% ogółu zaplanowanych środków. Pozostałe środki w wysokości 486,4 mln zł przeznaczone są na realizację zadań, głównie z zakresu zdrowia publicznego, w tym m.in. na inspekcję farmaceutyczną oraz procesy związane z rejestracją produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych, zapobieganie i zwalczanie patologii (narkomanii, alkoholizmu), medycynę pracy, a także składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Wydatki na administrację publiczną stanowią ok. 1% wszystkich wydatków Ministra Zdrowia w 2006 r.

Wydatki na omówione powyżej zadania finansowane z budżetu państwa planowane są w ramach limitów wydatków ustalonych dla cz. 46 – Zdrowie, na podstawie określanych corocznie potrzeb oraz analizy wykorzystania środków zaplanowanych w roku poprzednim z uwzględnieniem uzyskiwanych efektów, np. liczby wykonanych świadczeń wysokospecjalistycznych, stopnia realizacji zadań w ramach programów zdrowotnych, liczby lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne w trybie rezydentur, liczby pielęgniarek i położnych biorących udział w kształceniu podyplomowym itp.

Należy zaznaczyć, że przy planowaniu wydatków z budżetu państwa uwzględnia się również oceny z wykorzystania środków, dokonywane corocznie przez Najwyższą Izbę Kontroli oraz właściwe komisje Parlamentu (resort w ostatnich latach uzyskiwał pozytywną ocenę NIK z wykonania budżetu).

Wydatki na dział ochrona zdrowia stanowią 1,5% wydatków budżetu państwa w 2006 r. Na poniższym wykresie przedstawiono porównanie wydatków z budżetu państwa na ochronę zdrowia (3,4 mld zł łącznie z wartością składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowane z budżetu państwa - zaznaczono czerwonym kolorem) z wielkością wydatków na świadczenia zdrowotne finansowane z NFZ (34,8 mld zł - zaznaczono kolorem czerwonym) na tle wydatków ogółem z budżetu państwa (225,8 mld zł) oraz niektórych wydatków finansowanych z budżetu państwa, np. na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (49,2 mld zł), obsługę długu publicznego (27,8 mld zł), obronę narodową (12,7 mld zł), pomoc społeczną (11,9 mld zł), szkolnictwo wyższe (9,7 mld zł), bezpieczeństwo publiczne i ochronę przeciwpożarową (9,5 mld zł), administrację publiczną w kraju (8,7 mld zł), wymiar sprawiedliwości (7,7 mld zł), pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej (7,2 mld zł).

Wykres 30.

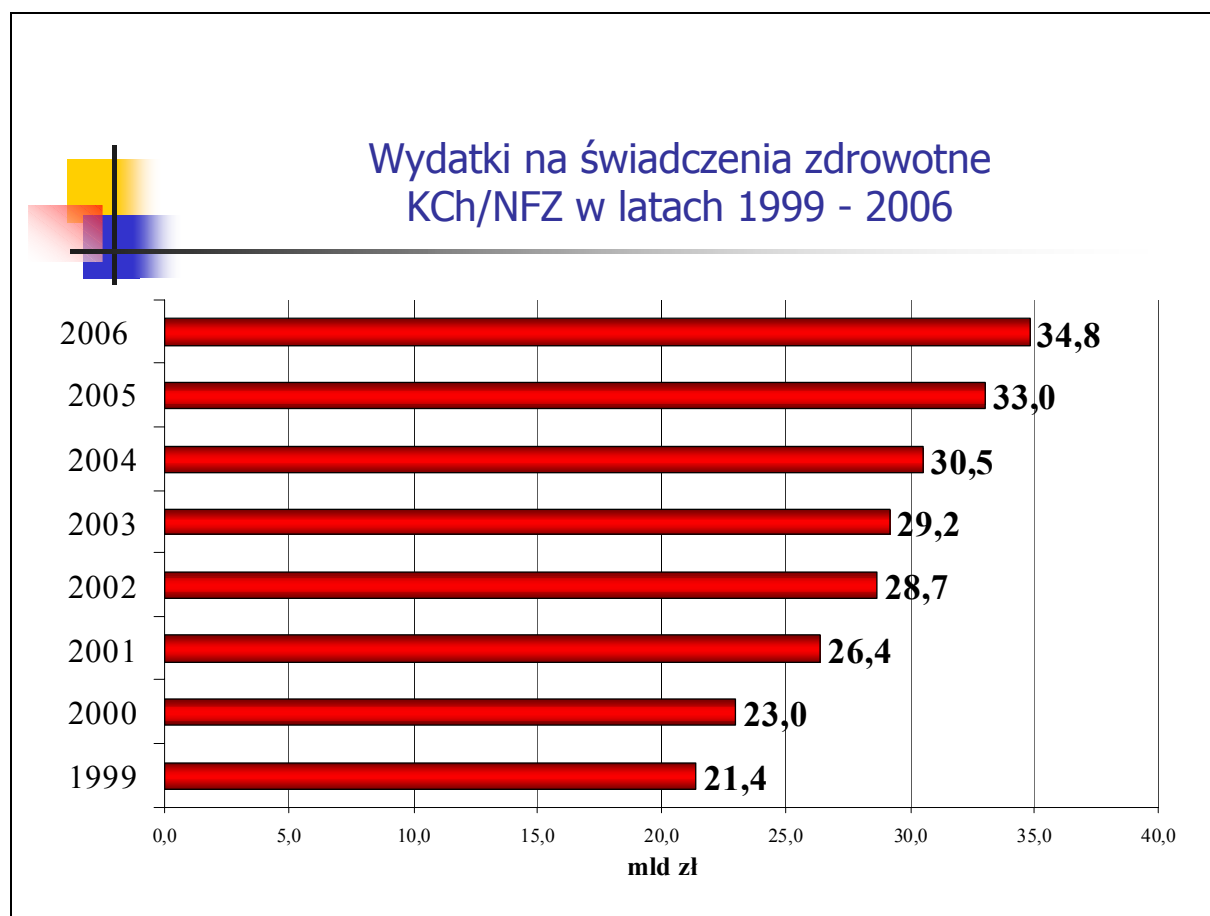


Źródło: ustawa budżetowa na rok 2006, plan finansowy NFZ na rok 2006.

Wydatki na ochronę zdrowia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej ze środków w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pochodzące głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (w cenach bieżących) wykazują tendencję wzrastającą - z 21,4 mld zł w 1999 r. do 34,8 mld zł w 2006 r., co jest związane przede wszystkim ze wzrostem wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne (z 7,5 % do obecnie 8,75 %) oraz wzrostem przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń w omawianym okresie.

Wykres 31.



Źródło: dane MZ i NFZ.

Podział środków na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2006 został dokonany zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r. w sprawie *szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych*, przy czym:

- 1) podstawą podziału środków była liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;
- 2) wysokość środków określonych w pkt 1 została skorygowana przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu do świadczeniodawców z innego oddziału Funduszu oraz wskaźnika wynikającego

z liczby i rodzaju wykonanych świadczeń wysokospecjalistycznych w 2005 r., w podziale na województwa, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem.

Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach opracowana została w oddziałach wojewódzkich NFZ w oparciu o prowadzone analizy, m.in. z wykonania świadczeń w poszczególnych latach oraz wielkości zapotrzebowania.

Wykres 32.



Źródło: NFZ

Największy planowany udział w sumie środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych ma oddział mazowiecki NFZ. Zgodnie z danymi zawartymi na wykresie stanowi on ok. 15,1%. Udziały oddziałów śląskiego i wielkopolskiego kształtują się na poziomach odpowiednio 12,4% oraz 8,6%. Najniższy udział w finansowaniu świadczeń zdrowotnych mają natomiast oddziały: opolski (2,4%) i lubuski (2,3%). Należy podkreślić, że stosunkowo większe środki finansowe na koszty

świadczeń zdrowotnych w niektórych województwach np. mazowieckim i śląskim wynikają z funkcjonowania na terenie tych województw szpitali klinicznych oraz jednostek badawczo-rozwojowych, które świadczą usługi wysokospecjalistyczne.

Wykres 33.



Źródło: NFZ

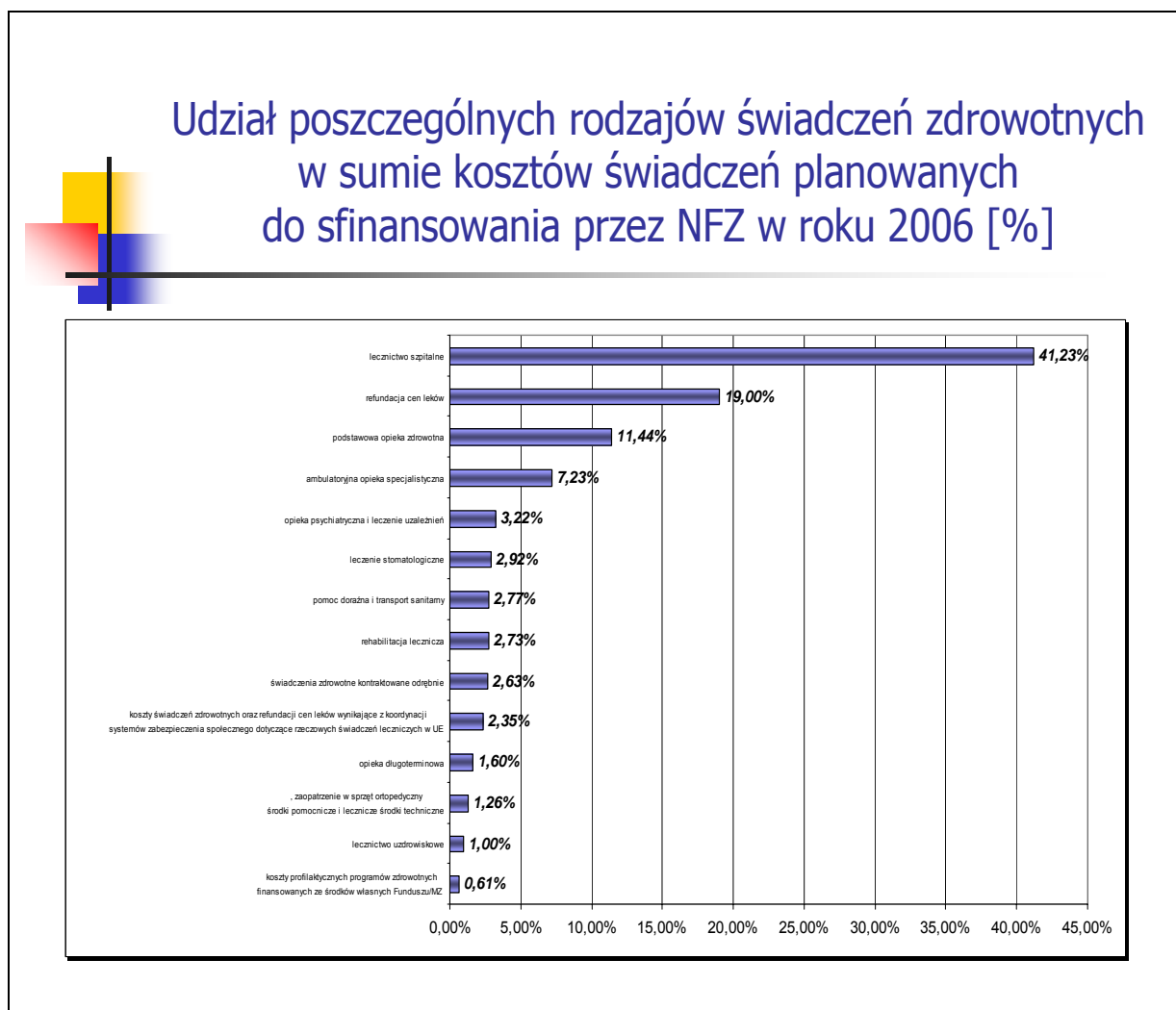
Analizując wysokość środków finansowych w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego należy zauważyć, że rozkład w poszczególnych województwach jest bardziej równomierny.

Najwyższy poziom środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych w przeliczeniu na jednego ubezpieczeniowego występuje w oddziale mazowieckim NFZ. Zgodnie z danymi zawartymi na wykresie wynosi on ok. 1 059 zł. W oddziałach śląskim i małopolskim kwota ta kształtuje się odpowiednio 948 zł oraz 931 zł. Najniższy poziom występuje w oddziałach: podkarpackim (813 zł) i lubuskim (812 zł).

Ponadto, Centrala NFZ dysponuje kwotą 820 mln zł przeznaczoną na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundację cen leków wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i dotyczących rzeczowych świadczeń leczniczych w UE (w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego przypada ok. 22 zł).

Strukturę planowanych na 2006 r. rodzajów świadczeń zdrowotnych przedstawia poniższy wykres.

Wykres 34.



Źródło: NFZ

Najwięcej środków na sfinansowanie w roku 2006 kosztów świadczeń zdrowotnych zaplanowano na: lecznictwo szpitalne (41,2%), refundację cen leków (19,0%) oraz podstawową opiekę zdrowotną (11,4%). Te trzy rodzaje świadczeń stanowią łącznie 71,7% łącznej sumy kosztów NFZ, tj. ponad 25 mld zł. Najniższy udział (w granicach 1%) mają lecznictwo uzdrowiskowe oraz koszty profilaktycznych programów zdrowotnych.

Narodowy Fundusz Zdrowia systematycznie rozbudowuje i doskonali swoją bazę informacyjną dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych.

W celu wyrównywania dostępności do świadczeń zdrowotnych na terenie kraju NFZ przyjął następujące kierunki działań:

- 1) wzrost środków finansowych na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w celu:
 - skrócenia kolejek oczekujących na tego typu świadczenia oraz w celu ograniczenia ilości potencjalnych hospitalizacji pacjentów w przypadkach, gdy decyzja w tym zakresie – z punktu widzenia stanu zdrowia pacjenta - nie jest niezbędna,
 - zapewnienia finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w ambulatoriach przyszpitalnych, dotychczas finansowanych w ramach leczenia szpitalnego;
- 2) zapewnienie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej kosztem leczenia stacjonarnego w tym zakresie;
- 3) wzrost środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacja lecznicza,
- 4) ze względu na „starzejące się” społeczeństwo zwiększenie finansowania opieki długoterminowej,
- 5) zapewnienie finansowania świadczeń realizowanych w ramach nowych programów profilaktycznych.

Należy podkreślić, że w 2005 roku uzyskano poprawę dostępności świadczeń w zakresie: zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (co w większości oddziałów skróciło znacznie czas oczekiwania na ten sprzęt i środki pomocnicze), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, rehabilitacji leczniczej i opieki długoterminowej. Utrzymano także dyscyplinę finansową w zakresie refundacji cen leków. W ten sposób uzyskano realizację planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 2005 roku na poziomie 99,72% i uzyskano dynamikę w stosunku do 2004 roku na poziomie 108,25%, co oznacza przeznaczenie na zakup świadczeń zdrowotnych kwoty ponad 2,5 mld zł większej niż w roku 2004.

W roku 2005 na podstawie analizy wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu refundacji leków w roku 2004, rozpoczęto systematyczne działania związane z kontrolą ordynacji lekarskiej tych lekarzy, których preskrypcja skutkuje największymi kwotami refundacji. Skutkiem wielu prowadzonych kontroli jest zmiana zachowań preskrypcyjnych lekarzy. Prowadzone kontrole odnoszą skutek - obserwuje się bowiem także poprawę w sposobie prowadzenia dokumentacji. Działania takie w przyszłości mogą spowodować racjonalizację wydatków płatnika z tytułu refundacji leków.

Przychody netto ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000 – 2006 kształtowały się następująco:

Tabela 3.

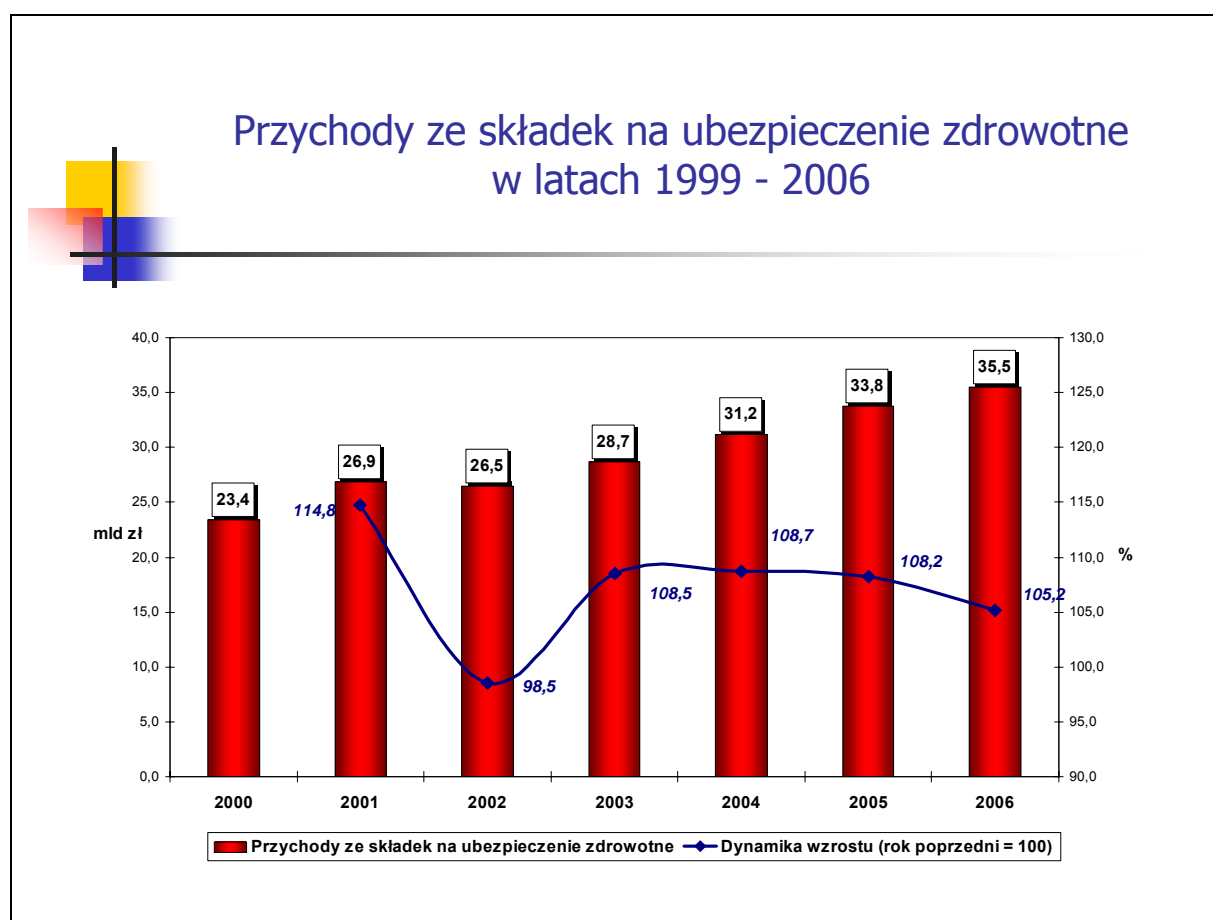
Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne

Rok	Wysokość składki (%)	Przychody netto ze składek (mld zł)
2000	7,50	23,4
2001	7,75	26,9
2002	7,75	26,5
2003	8,00	28,7
2004	8,25	31,2
2005	8,50	33,9
2006	8,75	35,5

Źródło: dane MZ (dane b. UNUZ oraz NFZ).

Przychody ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne wzrosły nominalnie z 23,4 mld zł w roku 2000 do 35,5 mld zł w roku 2006, co oznacza wzrost o 52 % w porównaniu do 2000 roku. Natomiast dynamika przychodów w porównaniu do roku poprzedniego została przedstawiona na poniższym wykresie – na tle wartości nominalnych przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000 – 2006.

Wykres 35.



Źródło: dane b. UNUZ oraz NFZ.

Należy zwrócić uwagę, że w 2002 r. nastąpił spadek przychodów kas chorych z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne o 403,5 mln zł w związku z wprowadzonymi w ustawach „okołobudżetowych” na 2002 r. zmianami w zasadach opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, w tym z tytułu zmniejszenia podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne za bezrobotnych bez prawa do zasiłku ze 100% do 40% wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej oraz nie objęcia obowiązkiem wnoszenia składki za osoby bezrobotne, jeśli składkę opłacają inni członkowie rodzin, przy utrzymaniu wysokości składki na poziomie 2001 r.

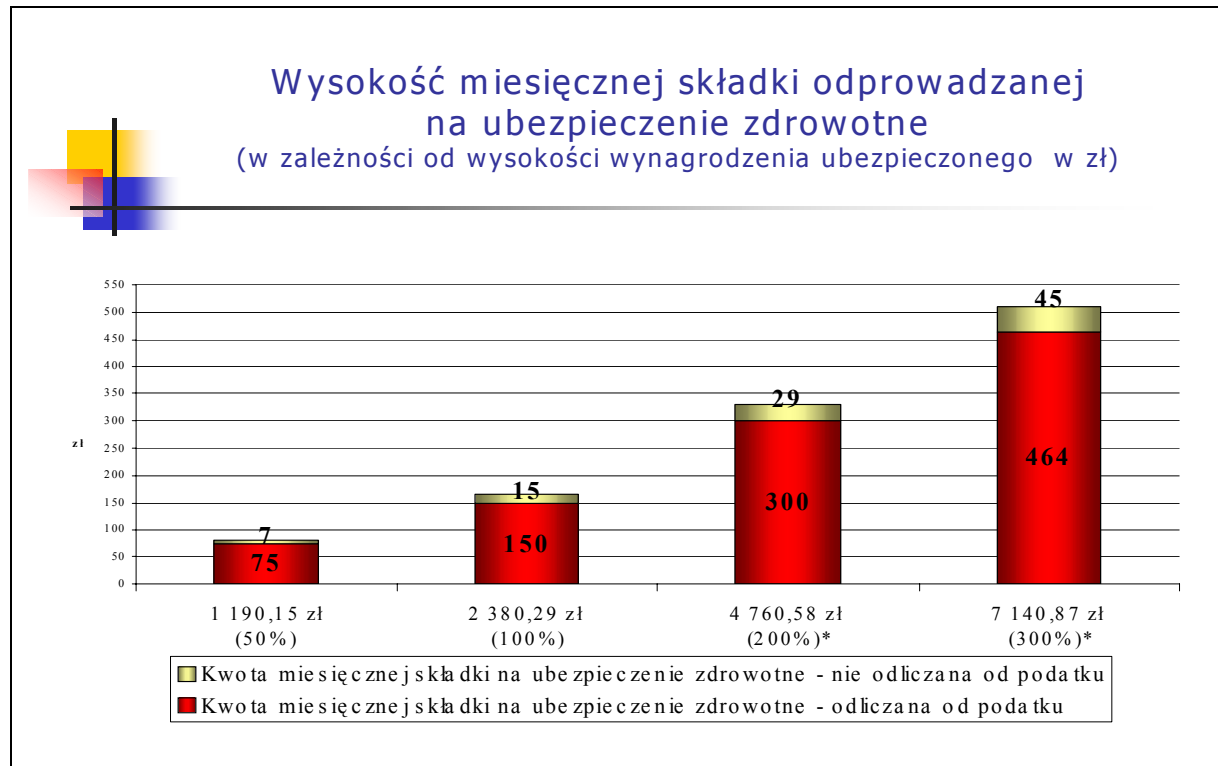
Tę niekorzystną sytuację zniwelowały w pewnej mierze dodatkowe przychody w wysokości 1,7 mld zł wynikające ze zmiany zasad ewidencjonowania wpływów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (z kasowego na memoriałowy – tzw. 13 składka) oraz dodatnich wyników finansowych kas chorych za 2001 rok. Środki te zostały przez kasy chorych przeznaczone na częściowe pokrycie ujemnych wyników finansowych z lat poprzednich oraz w większości na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych.

W kolejnych latach od 2003 r. przychody netto ze składek wzrastały w porównaniu do roku poprzedniego następująco: w 2003 r. o 8,5%, w 2004 r. o 8,7%, w 2005 r. o 8,2% oraz w 2006 r. o 5,2% (zgodnie z planem NFZ).

Należy zwrócić uwagę, że podstawowa stopa składki na ubezpieczenie zdrowotne w 2006 r. wynosi 8,75%, ale wartość składki podlegająca odliczeniu od podatku dochodowego wynosi 7,75% - począwszy od 2003 r. wzrost składki powyżej pułapu 7,75% nie podlega odliczeniu od podatku, jest natomiast finansowany z dochodów netto obywateli. Obciążenie dochodu składką niepodlegającą odliczeniu od podatku w zależności od wysokości wynagrodzenia waha się od 7 do 45 zł miesięcznie. Zjawisko to graficznie przedstawiono na poniższym wykresie.

Łączna wartość składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne niepodlegających odliczeniu od podatku dochodowego w ujęciu rocznym w skali kraju w 2005 r. wynosiła 3 mld zł (zgodnie z danymi GUS przedstawionymi w Narodowym Rachunku Zdrowia w styczniu 2006 r.).

Wykres 36.



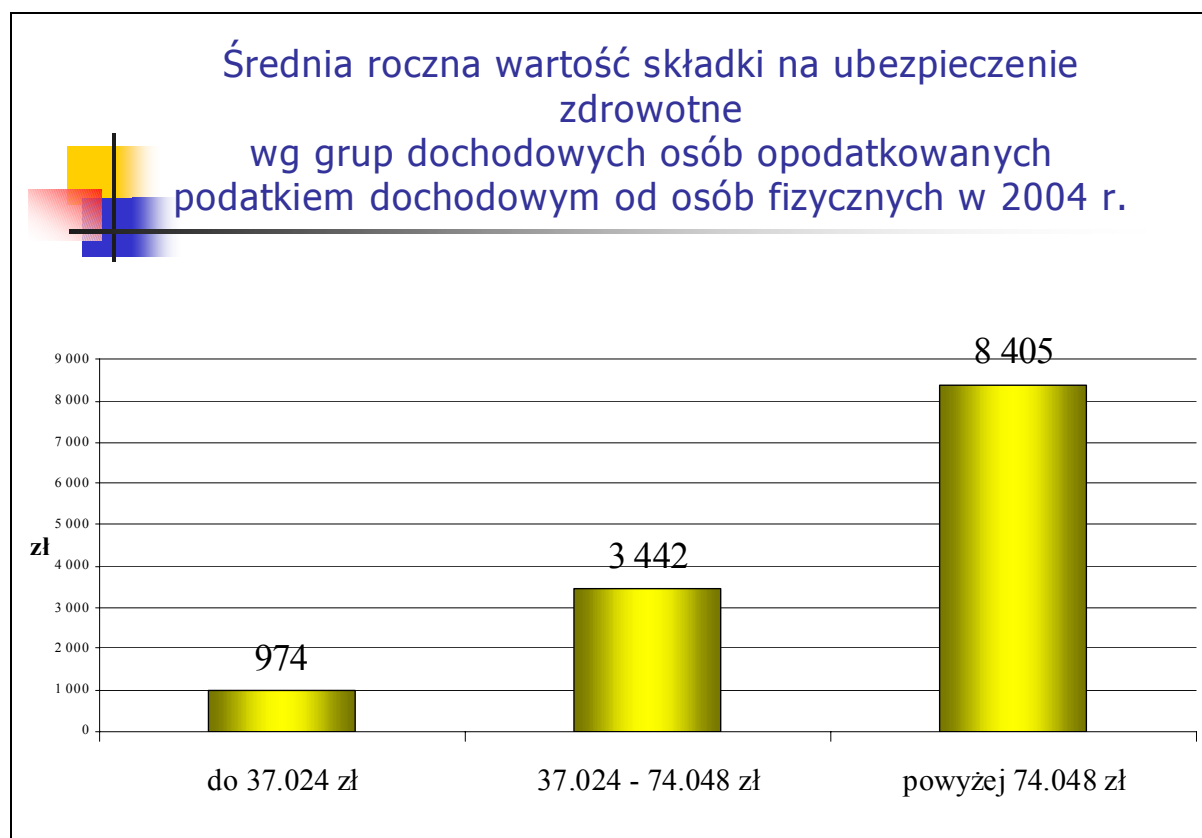
Źródło: dane Ministerstwa Finansów.

* - wielokrotność (dwu- i trzykrotność) wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2005 r.

Roczne składki ludności na ubezpieczenie zdrowotne w zależności od dochodów indywidualnych są zróżnicowane. Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące 2004 r. Przy składce w wysokości 8,5%:

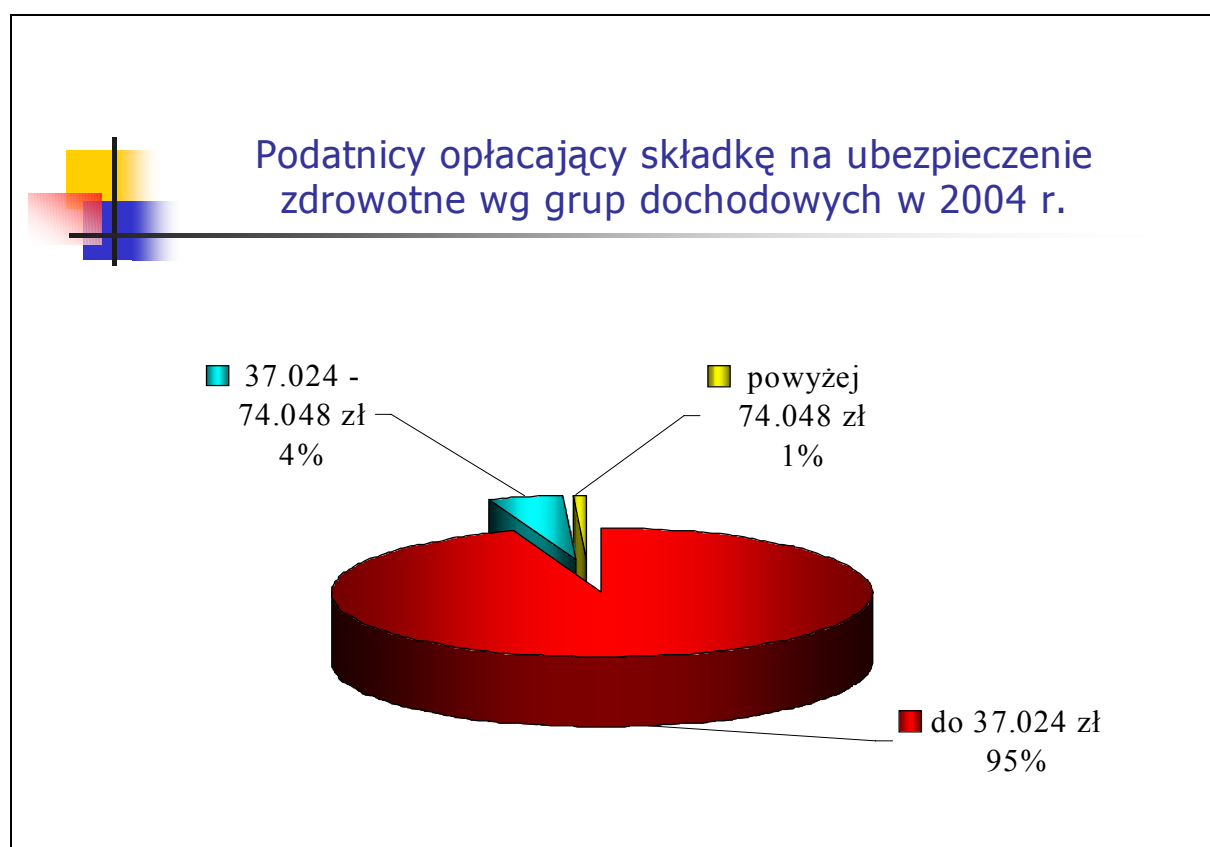
- osoby zarabiające do 37 tys. zł rocznie (znajdujące się w I przedziale dochodowym) opłacały składkę średniorocznie na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 974 zł,
- osoby zarabiające w granicach 37 – 74 tys. zł rocznie (znajdujące się w II przedziale dochodowym) opłacały składkę średniorocznie na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 3.442 zł,
- osoby zarabiające powyżej 74 tys. zł rocznie (znajdujące się w III przedziale dochodowym) opłacały składkę średniorocznie na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 8.405 zł.

Wykres 37.



Źródło: Informacja dotycząca rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych za 2004 rok – Ministerstwo Finansów, sierpień 2005 r.

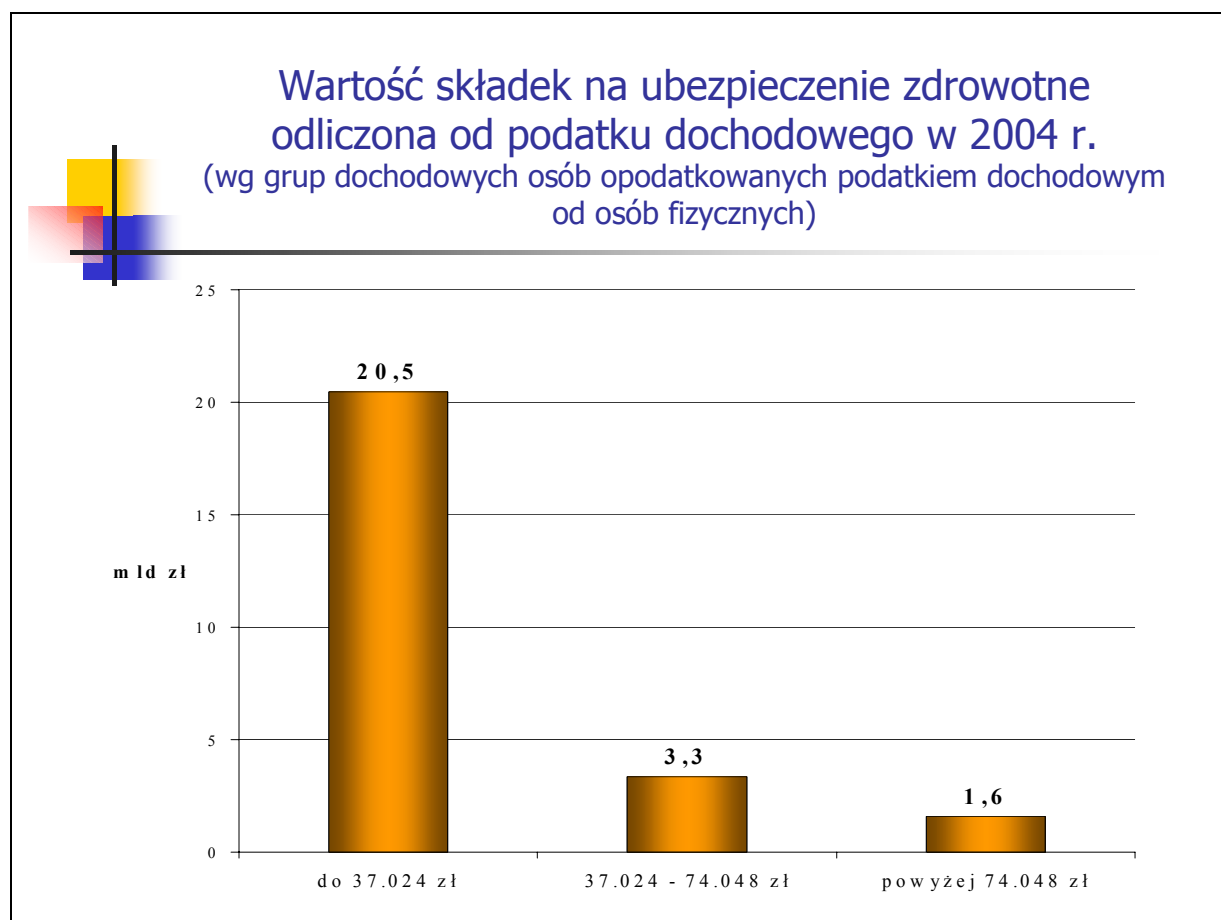
Wykres 38.



Źródło: Informacja dotycząca rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych za 2004 rok – Ministerstwo Finansów, sierpień 2005 r.

Z uwagi jednak na fakt, że aż ponad 95 % podatników podatku dochodowego od osób fizycznych wykazało w 2004 r. dochody znajdujące się w I grupie podatkowej (do 37 tys zł rocznie), to pomimo, że średnia wartość składek na ubezpieczenie zdrowotne w tej grupie dochodowej wyniosła 974 zł rocznie, łączna wartość przychodów ze składek odliczona od podatku dochodowego od osób fizycznych wyniosła 20,5 mld zł. Natomiast osoby płacące najwyższe składki (średnio w wysokości 8.405 zł rocznie), z uwagi na małą liczebność tej grupy (1% podatników podatku dochodowego od osób fizycznych), wpłaciły do NFZ środki w wysokości 1,6 mld zł. Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wg grup dochodowych osób opłacających składki, podlegające odliczeniu od podatku dochodowego w 2004 r. przedstawia poniższy wykres.

Wykres 39.



Źródło: Informacja dotycząca rozliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych za 2004 rok – Ministerstwo Finansów, sierpień 2005 r.

Za część osób składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana przez budżet państwa (np. za bezrobotnych bez prawa do zasiłku, za osoby pobierające świadczenia z pomocy społecznej, rolników, itp.), jednak wysokość tej składki kształtuje się na znacznie niższym poziomie w porównaniu do składek opłacanych przez osoby ubezpieczone. W poniższej tabeli przedstawiono informacje na temat liczby osób i wartości składek na ubezpieczenie zdrowotne opłacanych bezpośrednio z budżetu państwa.

Tabela 4.

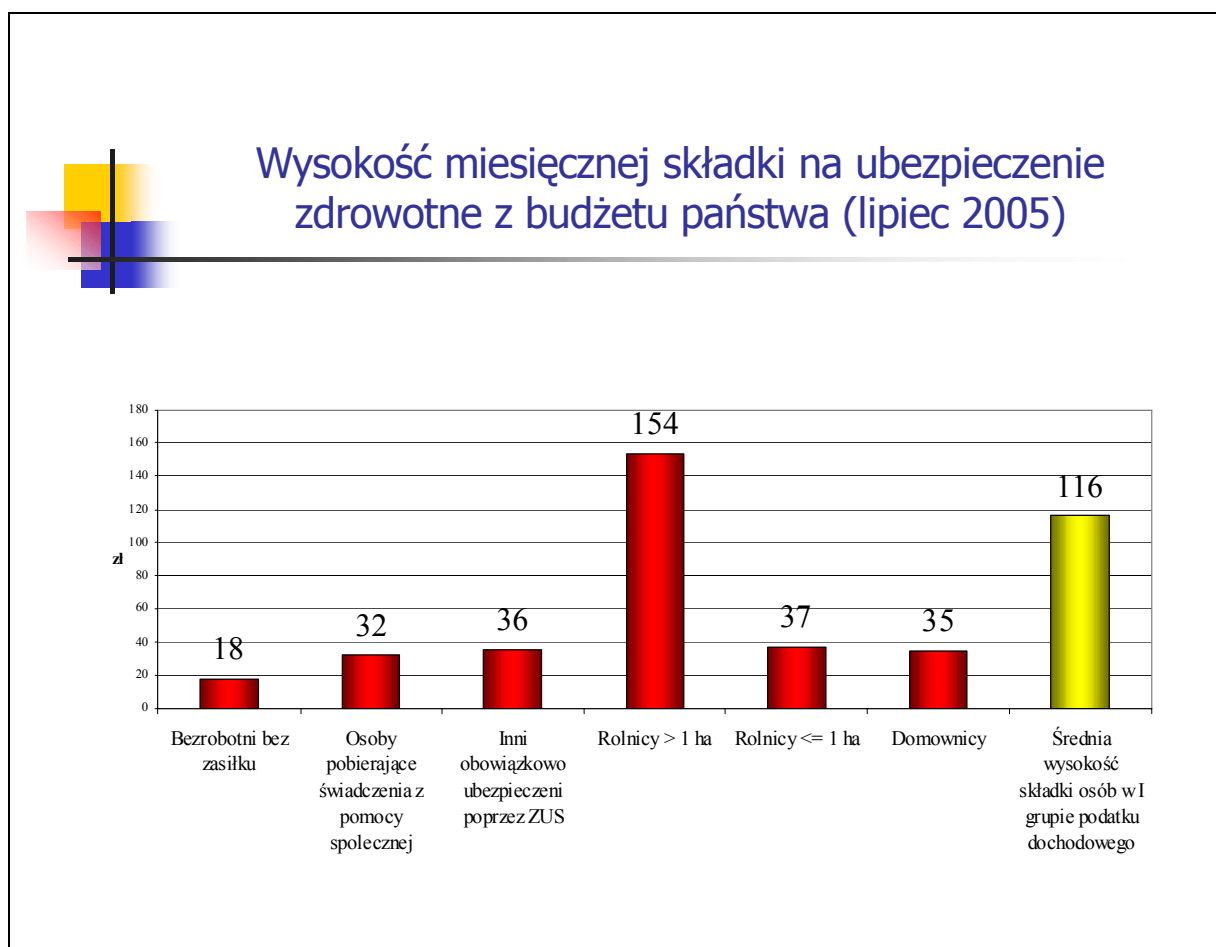
Liczba osób i wartość składek na ubezpieczenie zdrowotne z budżetu państwa
(na podstawie danych za lipiec 2005 r.)

Osoby, za które budżet państwa opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne	Liczba osób	Kwota należnej składki w zł	Wysokość składki na osobę w zł	% ubezpieczonych	Udział w kwocie należnej składki	Uwagi
Bezrobotni bez zasiłku	1.603.693	28.603.221	17,84	6,39%	1,04%	Zgodnie z <i>ustawą o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych</i> docelowo (tj. od 1 stycznia 2008 r.) podstawą naliczania składki będzie 80% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego (w roku 2005 wysokość podstawy wynosiła – 50%, w 2006 r. – 60%, w 2007 r. – 70%).
Osoby pobierające świadczenia wynikające z ustawy o pomocy społecznej oraz z ustawy o świadczeniach rodzinnych	141.127	4.472.094	31,69	0,56%	0,16%	Różne podstawy - kwota odpowiadająca wysokości przyznanego zasiłku stałego lub odpowiadająca maksymalnej kwocie zasiłku stałego, a także wysokości świadczenia pielęgnacyjnego.
Inni obowiązkowo ubezpieczeni poprzez ZUS	192.088	6.821.798	35,51	0,77%	0,25%	
Rolnicy (powyżej 1 ha)	843.847	129.797.317	153,82	3,36%	4,74%	Kwota odpowiadająca cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych.
Rolnicy (do 1 ha)	114.545	4.259.696	37,19	0,46%	0,16%	Kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego.
Domownicy	141.131	4.891.853	34,66	0,56%	0,18%	Kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego.

Źródło: dane ZUS i KRUS.

Powoduje to, że za dość liczne grupy osób, które mają takie samo prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazywane do NFZ środki finansowe są znacznie zaniżone. Dotyczy to przede wszystkim bezrobotnych bez prawa do zasiłku (ponad 1,6 mln uprawnionych). Również w pozostałych przypadkach, z wyjątkiem rolników indywidualnych na gospodarstwach powyżej 1 ha przeliczeniowego, średnia kwota składek przypadająca na ubezpieczonego jest znacznie zaniżona i wynosi średnio około 34,7 zł przy średniej wysokości składki za osoby z I grupy ubezpieczonych (tj. płacących składkę) wynoszącej około 116,1 zł w 2005 r. Proporcje te ilustruje poniższy wykres.

Wykres 40.



Źródło: dane MF.

Z powyższego wynika, że pomimo przyrostu środków na ubezpieczenie zdrowotne corocznie w tempie określonym przez wzrost wysokości składki (składka wzrasta corocznie o 0,25% do 2007 r.), to jednak przychody NFZ były z jednej strony ograniczane niewspółmiernie niskimi składkami wnoszonymi przez budżet państwa, a z drugiej strony znakomita

większość społeczeństwa (95 %) należy do najniższej grupy dochodowej, co sprawia, że łączne przychody ze składek nie są w stanie zapewnić finansowania opieki zdrowotnej na oczekiwanym przez społeczeństwo poziomie. Z drugiej strony, wraz ze wzrostem składki na ubezpieczenie zdrowotne wzrasta obciążenie ludności częścią składek niekompensowaną podatkiem dochodowym od ludności. Ministerstwo Zdrowia szacuje, że obciążenie to wzrośnie w 2006 r. do poziomu 4,1 mld zł, natomiast w 2007 r. do poziomu 5,3 mld zł.

4. Zasoby kadrowe w ochronie zdrowia

Ocena sytuacji w ochronie zdrowia obejmuje także analizę zasobów kadrowych, systemu przygotowania do zawodu, wskazanie najważniejszych trendów zmian zatrudnienia.

Kształcenie kadr medycznych (studia przeddyplomowe)

Kształcenie przeddyplomowe kadr medycznych odbywa się w 11 wyższych uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia oraz w kilkudziesięciu wyższych szkołach zawodowych (nadzorowanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego). Kształcenie na poziomie studiów wyższych jest prowadzone w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym*.

Ogólna liczba studiujących w trybie studiów stacjonarnych (dawniej studiów dziennych) finansowanych z budżetu państwa w uczelniach nadzorowanych przez Ministra Zdrowia systematycznie od kilku lat wzrasta.

Wzrost ten spowodowany jest głównie uruchamianiem w uczelniach medycznych, począwszy od 2001 roku, kształcenia na nowych kierunkach i specjalnościach, studiów I stopnia i studiów uzupełniających do tytułu magistra takich jak: pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, dietetyka, higiena i technika stomatologiczna, fizjoterapia, elektroradiologia, biotechnologia i inne.

Tabela 5.

**Liczba studentów w uczelniach wyższych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia
na wybranych kierunkach w latach 2003- 2006**

Kierunek/spec.	Czas trwania studiów	2003/2004	2004/2005	2005/2006
Pielęgniarstwo	3	3262	3636	4082
Położnictwo	3	573	1000	1202
Fizjoterapia	3	954	1051	1286
Analityka med.	3	587	810	918
Kosmetologia	3	67	108	199
Ratownictwo med.	3	825	929	1063
Pielęgniarstwo	2	295	510	762
Położnictwo	2	21	86	153
Fizjoterapia	2	31	113	282
Analityka med.	2	18	77	171
Ratownictwo med.	2	0	93	69

Źródło: dane MZ.

Studia 3-letnie (I stopnia, studia licencjackie)

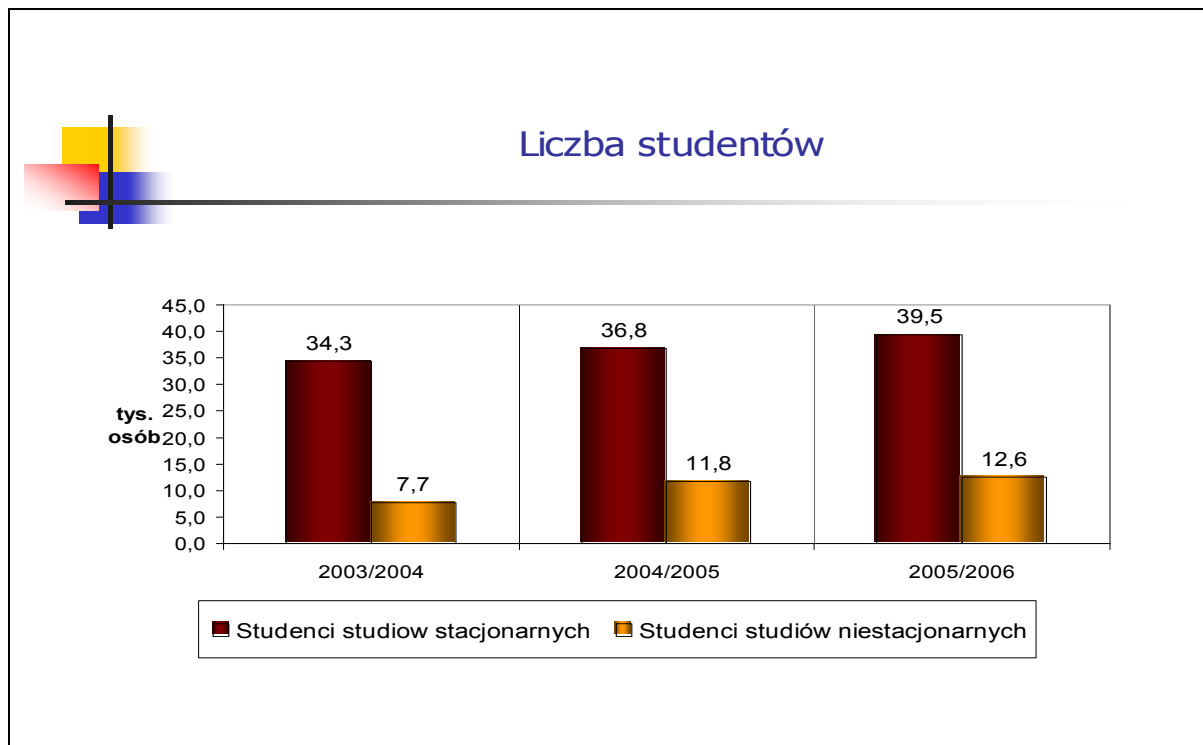
Studia 2-letnie (II stopnia, studia uzupełniające magisterskie)

Pewien wzrost liczby studentów „na tradycyjnych” kierunkach studiów prowadzonych w uczelniach medycznych takich jak: lekarski, lekarsko-dentystyczny, farmaceutyczny i analityki medycznej spowodowany jest przenoszeniem się studentów wyższych lat ze studiów tzw. wieczorowych (niestacjonarnych) na studia stacjonarne lub przez niewielkie korekty limitów przyjęć na te kierunki. Wzrost liczby studiujących na kierunku farmaceutycznym spowodowany jest głównie faktem wydłużenia studiów o jeden semestr przeznaczony na obowiązkową praktykę aptekarską.

Zgodnie ze Strategią Bolońską, w ostatnich kilku latach uczelnie medyczne przechodzą z kształcenia w trybie jednolitych studiów magisterskich na rzecz kształcenia dwustopniowego. Wyjątkiem są kierunki: lekarski, lekarsko-dentystyczny i farmaceutyczny, które prowadzone są jako jednolite studia magisterskie. Ogólna liczba studiujących w trybie studiów niestacjonarnych też uległa znacznemu wzrostowi. Wzrost ten spowodowany jest głównie znacznymi przyrostami na kierunkach: pielęgniarstwie, położnictwie, lekarskim,

fizjoterapeutycznym. Na poniższym wykresie przedstawiono ilustrację graficzną wzrostu liczby studentów od 2000 r., zarówno na studiach stacjonarnych jak i niestacjonarnych.

Wykres 41.



Źródło: dane MZ.

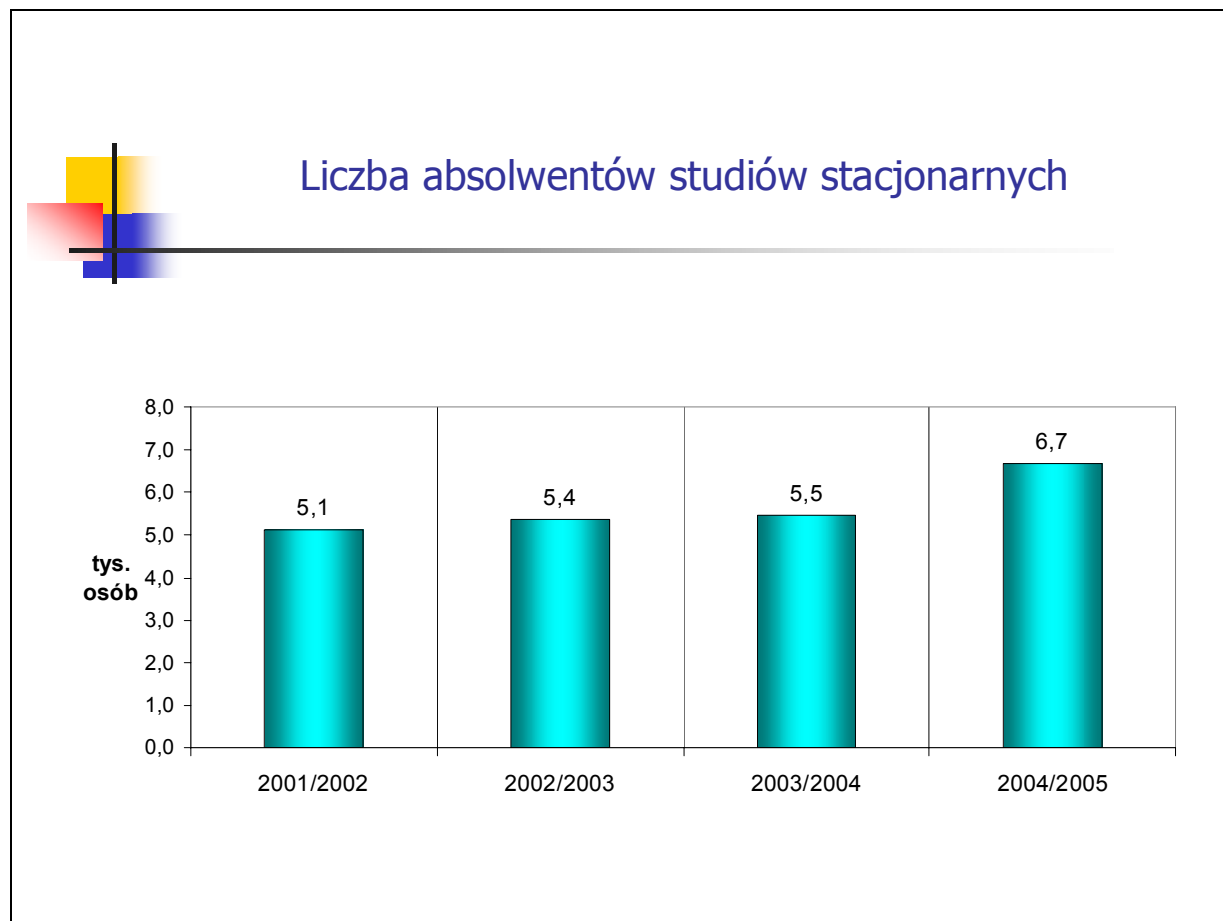
W ostatnich dwóch latach uczelnie uruchomiły, dla pielęgniarek i położnych, studia tzw. pomostowe, w trybie studiów niestacjonarnych, w celu uzupełnienia wykształcenia do tytułu licencjata. Studia te trwają od 1 roku do 2,5 lat. W roku akademickim 2005/2006 tą formą kształcenia objętych było ponad 2,5 tys. osób.

Od kilku lat Minister Zdrowia określa limity przyjęć na studia medyczne. Największe przyrosty w liczbie określającej limit przyjęć (corocznie o ponad 5% w stosunku do roku poprzedniego) dotyczą kierunku pielęgniarstwo w trybie studiów stacjonarnych I stopnia. Podkreślić także należy wzrost o 120 miejsc (5,4%), w stosunku do poprzedniego roku akademickiego, limitu przyjęć na studia lekarskie.

Wzrasta całkowita liczba absolwentów wszystkich trybów studiów, ze szczególnym uwzględnieniem studiów stacjonarnych. Wzrost spowodowany jest liczbą absolwentów

z kierunków: pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne i fizjoterapia uruchamianych od roku 2001.

Wykres 42.



Źródło: dane MZ.

Jakość kształcenia w uczelniach medycznych podlega okresowym kontrolom przeprowadzonym przez działające w obszarze szkolnictwa wyższego następujące komisje akredytacyjne:

- Państwowa Komisja Akredytacyjna (powołana przez Ministra Edukacji i Nauki),
- Komisja Akredytacyjna Akademickich Uczelni Medycznych (powołana przez Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych),
- w odniesieniu do studiów zawodowych na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo Krajowa Rada Akredytacyjna Szkolnictwa Medycznego (powołana przez Ministra Zdrowia).

W związku z planowanym w roku 2007 wprowadzeniem w życie nowego systemu ratownictwa medycznego, konieczne są zmiany w zakresie kształcenia w tym zawodzie. Obecne kształcenie w zawodzie ratownika medycznego odbywa się w 2-letnich szkołach policealnych. Program kształcenia obejmuje około 2.024 godzin. Aktualnie w szkołach tych kształcą się około 4.800 słuchaczy.

Kwalifikacje niezbędne do wykonywania zawodu ratownika medycznego można zdobyć także w szkołach wyższych na kierunku zdrowie publiczne w ramach specjalności ratownictwo medyczne. Wszystkie akademie medyczne uruchomiły taką ścieżkę kształcenia.

Trwają prace nad wprowadzeniem do rozporządzenia ME i N w sprawie nazw kierunków studiów kierunku „ratownictwo medyczne” prowadzonego jako studia I stopnia kończące się uzyskaniem tytułu licencjata. Projekt standardów kształcenia dla tego kierunku przewiduje zrealizowanie 3.800 godzin kształcenia, po realizacji których, absolwent będzie posiadał umiejętności samodzielnego wykonywania medycznych czynności ratunkowych.

Kształcenie podyplomowe

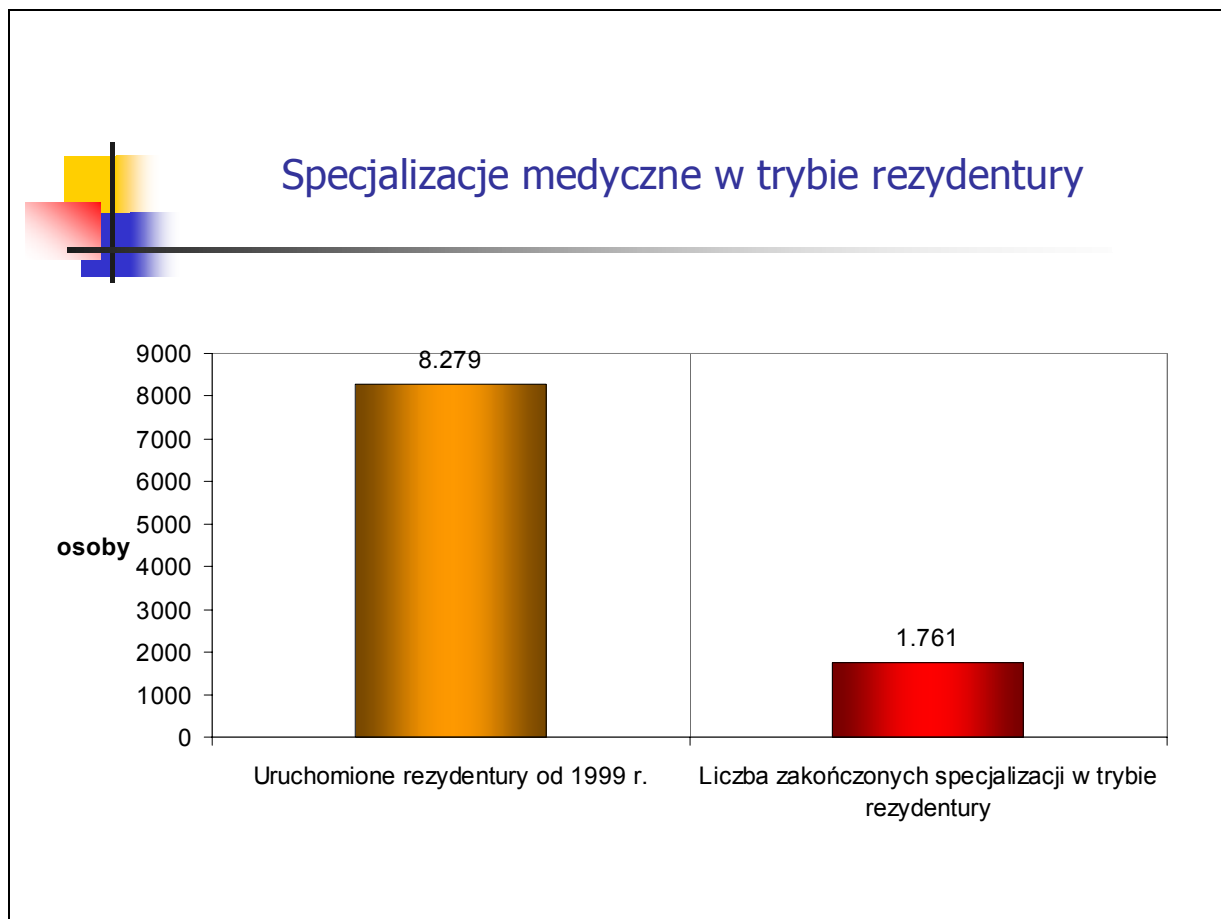
Minister Zdrowia finansuje także kształcenie podyplomowe kadr medycznych, w szczególności lekarzy i pielęgniarek. Służy temu m.in. finansowanie etatów rezydentckich dla lekarzy w celu uzyskiwania specjalizacji. Liczba tych miejsc określana jest w oparciu o wolne miejsca szkoleniowe w jednostkach szkolących oraz o zapotrzebowanie na świadczenia określonych usług specjalistycznych w poszczególnych regionach kraju - zgłaszanych przez konsultantów wojewódzkich i konsultantów krajowych.

Minister Zdrowia ma możliwość wpływania na liczbę kształconych specjalistów poprzez przyznawanie rezydentur w dziedzinach uznanych za priorytetowe (medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia, rehabilitacja medyczna, geriatryka i epidemiologia). Środki finansowe niezbędne do odbywania tej formy szkolenia, zapewnia Minister Zdrowia i przekazuje je jednostkom zatrudniającym rezydentów.

Minister Zdrowia poprzez przyznawanie rezydentur i ich podział na województwa, ma możliwość wpływania na liczbę i rodzaj specjalizacji uzyskiwanych przez młodych lekarzy.

Do chwili obecnej, od roku akademickiego 1999/2000 uruchomiono 8.279 etatów rezydenckich dla specjalizujących się lekarzy i z tej liczby ukończyło szkolenie w tym trybie 1.761 lekarzy.

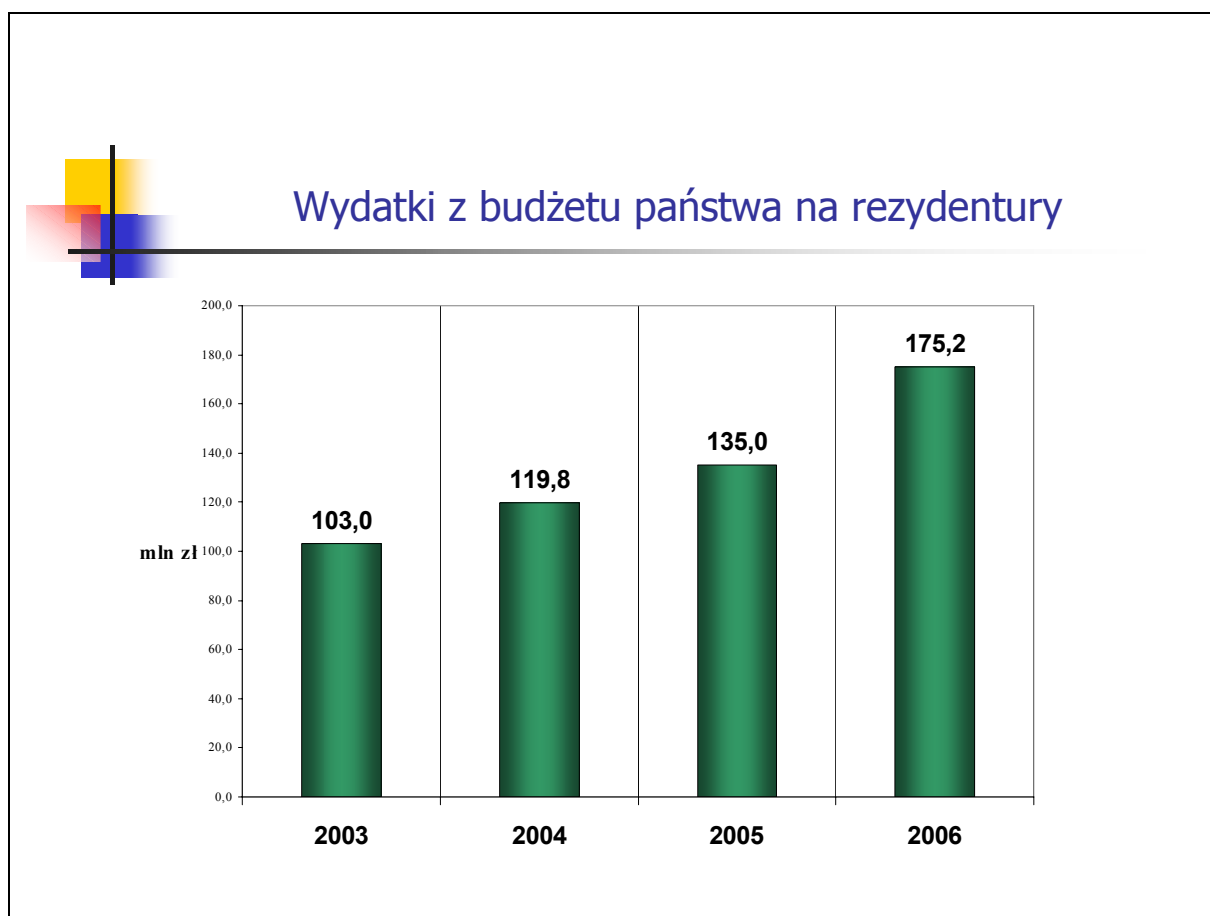
Wykres 43.



Źródło: dane MZ.

Systematycznie wzrastają nakłady ponoszone przez budżet państwa na szkolenia specjalizacyjne lekarzy (co roku wzrost o ok. 16 mln zł), co ilustruje poniższy wykres. W 2006 r. wydatki na specjalizację lekarzy wzrosną aż o 40,2 mln zł, co oznacza, że Minister Zdrowia nadał temu zadaniu najwyższy priorytet, w szczególności w zakresie medycyny rodzinnej. Docelowo, liczba lekarzy, którzy uzyskują specjalizację w tej dziedzinie w trybie rezydentury powinna wynieść 20 tys. osób.

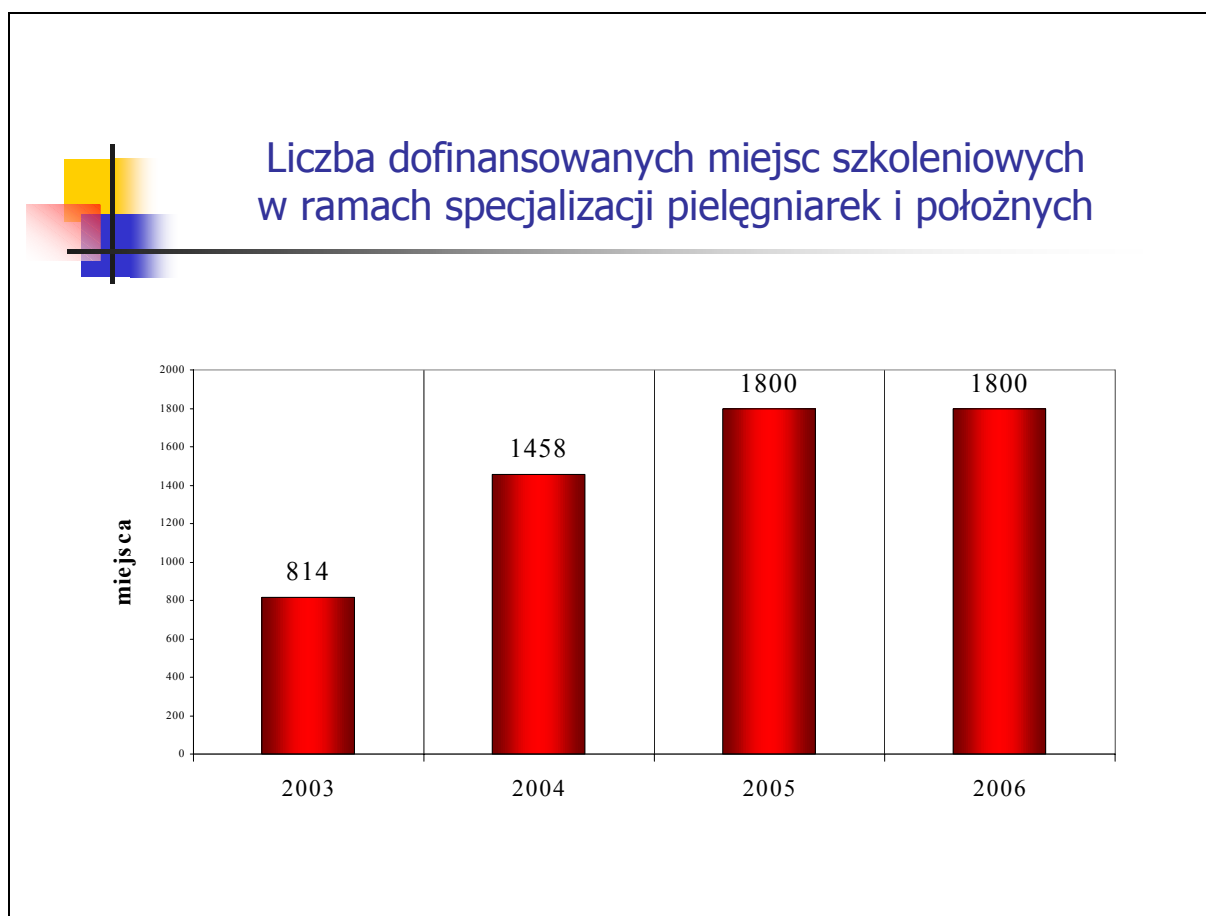
Wykres 44.



Źródło: dane MZ.

Podobnie, w przypadku szkolenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Minister Zdrowia określa, na rok następny, w terminie do 15 grudnia, limity miejsc szkoleniowych oraz kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego (po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych). Przy określaniu tych limitów brane są pod uwagę rzeczywiste potrzeby dla danej kategorii specjalistów. Minister Zdrowia w okresie od roku 2003 sfinansował następującą liczbę miejsc szkoleniowych.

Wykres 45.



Źródło: dane MZ.

Zatrudnienie kadr medycznych

Od końca lat 90-tych obserwowane są zmiany sposobu zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia. Poza umową o pracę pracownicy coraz częściej zatrudniani są na podstawie umów cywilno prawnych. Tendencja ta spowodowana jest postępującą prywatyzacją podmiotów sektora ochrony zdrowia oraz dążeniem do zmniejszenia środków przeznaczonych na wydatki osobowe w zakładach opieki zdrowotnej.

Dlatego też precyzyjne oszacowanie liczby pracowników ochrony zdrowia jest trudne, tym bardziej, że powszechne jest również świadczenie pracy na rzecz kilku pracodawców.

Z ogólnej liczby 126 tys. lekarzy posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu, około 80-85 tys. pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy. 35 tys. świadczy pracę dla więcej niż jednego pracodawcy, często w niepełnym wymiarze godzin.

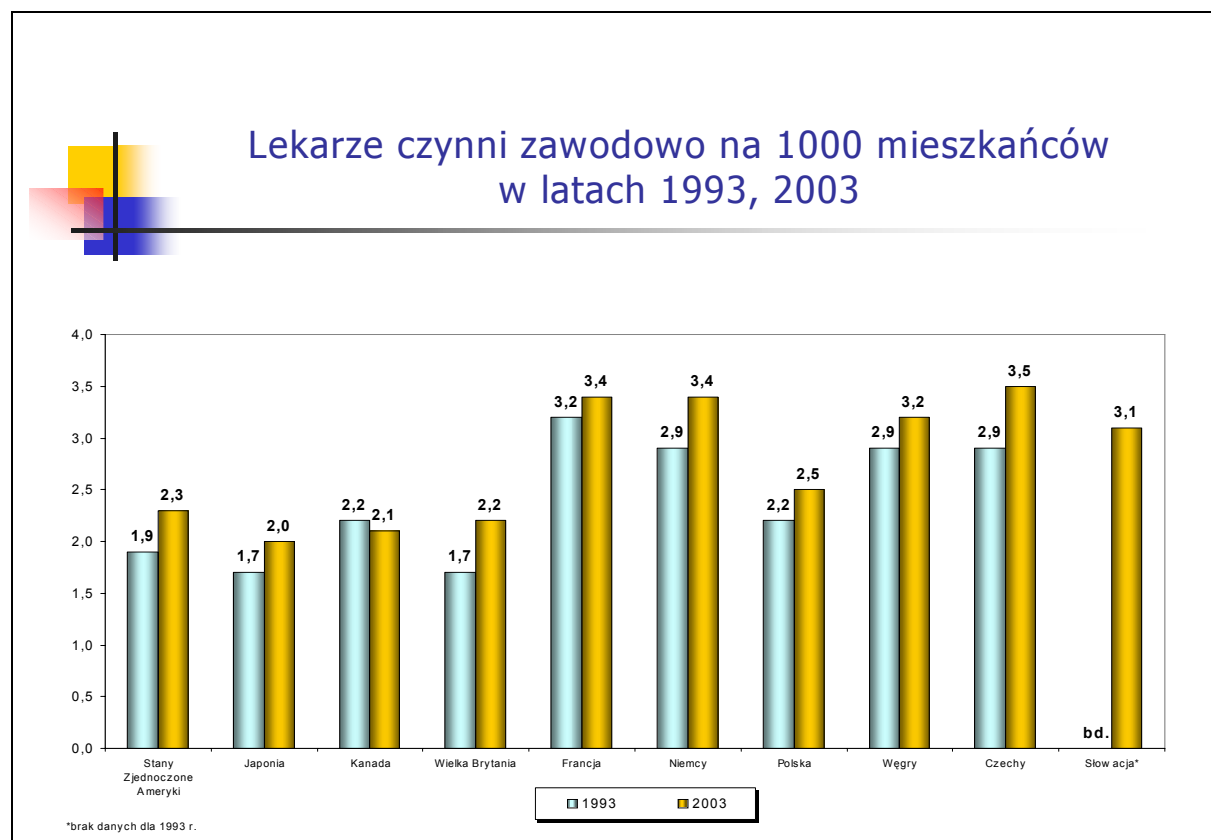
Spośród 271 tys. zarejestrowanych pielęgniarek, w zakładach opieki zdrowotnej zatrudnionych było ok. 180 tys. osób. Niewielki odsetek osób świadczyło usługi więcej niż dla jednego pracodawcy.

W przypadku położnych, na 32 tys. osób posiadających prawo wykonywania zawodu, w zakładach opieki zdrowotnej w zatrudnionych było 25 tys. osób, z tego w pełnym wymiarze czasu pracy 22 tys. osób. W więcej niż jednym miejscu pracowało około 1,5 tys. osób.

W Polsce w 2003 r. na 1.000 mieszkańców przypadało 2,5 lekarzy czynnych zawodowo. Dla przykładu wskaźnik ten wynosił: w Czechach 3,5 lekarza, na Węgrzech 3,2, natomiast w Niemczech i we Francji 3,4. Niższy od polskiego wskaźnik odnotowano między innymi w Wielkiej Brytanii, Kanadzie i USA.

Na poniższym wykresie przedstawiono ilustrację graficzną dotyczącą liczby lekarzy w latach 1993 i 2003.

Wykres 46.



Źródło: OECD Health Data 2005, OECD, Paris, 2005

Podobnie, liczba pielęgniarek i położnych w Polsce jest niższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej i wynosi 5,15 na 1000 mieszkańców. W Unii wskaźnik ten wynosi 7,95. Jak wynika z danych OECD⁴, największa liczba pielęgniarek pracuje w Irlandii, Islandii i Holandii (13 na 1.000 mieszkańców); najmniejsza zaś ich liczba w Grecji Korei, Meksyku gdzie wskaźnik ten wynosi mniej niż 4 pielęgniarki na 1.000 mieszkańców.

Na przestrzeni jednego roku (2004 do 2003) z systemu ochrony zdrowia ubyło netto ok. 3.800 pielęgniarek i położnych. Według prognozy niedobór pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia w 2010 roku wyniesie ok. 61.000⁵.


Sytuację pogarsza niekorzystna struktura demograficzna grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Ponad 60% z nich jest w wieku powyżej 40 lat, a 20 % przekroczyło 50 rok życia.

Jednocześnie starzeje się polskie społeczeństwo. Jest prawie pewne, że czekające nas zmiany w strukturze demograficznej spowodują wzrost zapotrzebowania na świadczenia typowo pielęgnacyjne oraz na opiekę długoterminową skierowaną przede wszystkim do ludzi starszych. Dlatego jednym z kluczowych zadań Ministra Zdrowia jest zapewnienie odpowiedniej liczby pielęgniarek w systemie - tak aby sprostać oczekiwaniom społecznym w przyszłości.

⁴ Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie – wskaźniki OECD. Wydanie 2005. Podsumowanie w języku polskim.

⁵ wg informacji Rządowego Centrum Studiów Strategicznych.

5. Główne problemy w ochronie zdrowia.



Główne problemy w ochronie zdrowia

- brak równowagi finansowej w systemie ochrony zdrowia,
- zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- zły stan techniczny infrastruktury,
- niedostateczne finansowanie ochrony zdrowia ze środków UE,
- niskie wynagrodzenia personelu medycznego,
- migracja personelu medycznego,
- opóźnienia we wprowadzaniu nowych technologii medycznych,
- ograniczony dostęp do leków,
- kolejki do lekarzy specjalistów,
- korupcja w ochronie zdrowia.

Brak równowagi finansowej w systemie ochrony zdrowia

Wieloletnie niedofinansowanie opieki zdrowotnej (zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia, zarówno w wartościach bezwzględnych jak i w relacji do PKB) oraz brak równowagi finansowej systemu ochrony zdrowia (brak zrównoważenia przychodów z kosztami) uniemożliwiają niezbędny rozwój ochrony zdrowia.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zgodnie z danymi GUS, od 1999 r., tj. od momentu wprowadzenia reformy ochrony zdrowia, w sumie nie uzyskiwały dodatnich wyników finansowych, lecz corocznie generowały straty (przychody ogółem uzyskane we wszystkich szpitalach były niższe od kosztów ich działalności). Brak możliwości zbilansowania kosztów i przychodów w latach 1999-2004 wyraźnie obrazują poniższe dane zawarte w tabeli oraz na wykresie.

Tabela 6.

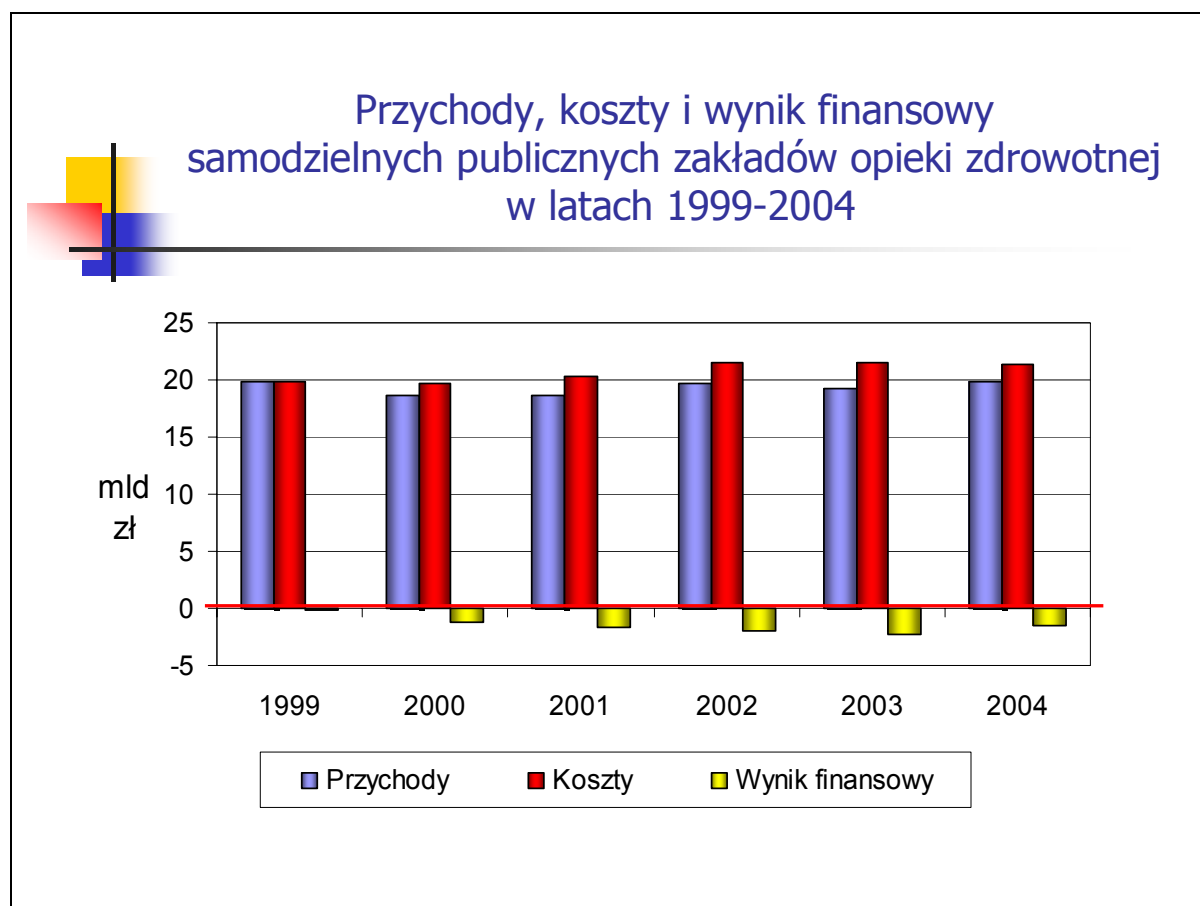
Przychody, koszty i wynik finansowy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1999-2004 (w mld zł)

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Przychody	19,8	18,6	18,6	19,6	19,2	19,9
Koszty	19,8	19,7	20,3	21,6	21,5	21,4
Wynik finansowy	-0,2	-1,1	-1,7	-2,0	-2,3	-1,5

Źródło:

- 1) wyniki finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2001 r., 2002 r., 2003 r. GUS, Warszawa, 2002, 2003, 2004;
- 2) sprawozdanie MZ-03 za 2004 r. CSIOZ, 2005 r.

Wykres 47.



Źródło:

- 1) wyniki finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2001 r., 2002 r., 2003 r. GUS, Warszawa, 2002, 2003, 2004;
- 2) sprawozdanie MZ-03 za 2004 r. CSIOZ, 2005 r.

Stosunek zakładów opieki zdrowotnej osiągających zysk do ponoszących stratę z całokształtu działalności przedstawia poniższy wykres.

Z ilustracji wyraźnie wynika, że dopiero w 2004 roku przełamana została tendencja wzrostu liczby zakładów osiągających stratę i po raz pierwszy w badanym okresie 4 lat, więcej zakładów wypracowało zysk (52,3% jednostek) niż poniosło stratę (47,3% jednostek).

Wykres 48.



Źródło:

- 1) *wyniki finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2001 r., 2002 r., 2003 r.* GUS, Warszawa, 2002, 2003, 2004;
- 2) *sprawozdanie MZ-03 za 2004 r.* CSIOZ, 2005 r.

Skutkiem długotrwałego niedofinansowania oraz braku efektywnej restrukturyzacji w ochronie zdrowia jest pogarszająca się sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej (przede wszystkim szpitali, które mają ograniczone możliwości pozyskiwania przychodów z innych źródeł niż publiczne). Zakłady nie mają możliwości pokrywania w pełni bieżących

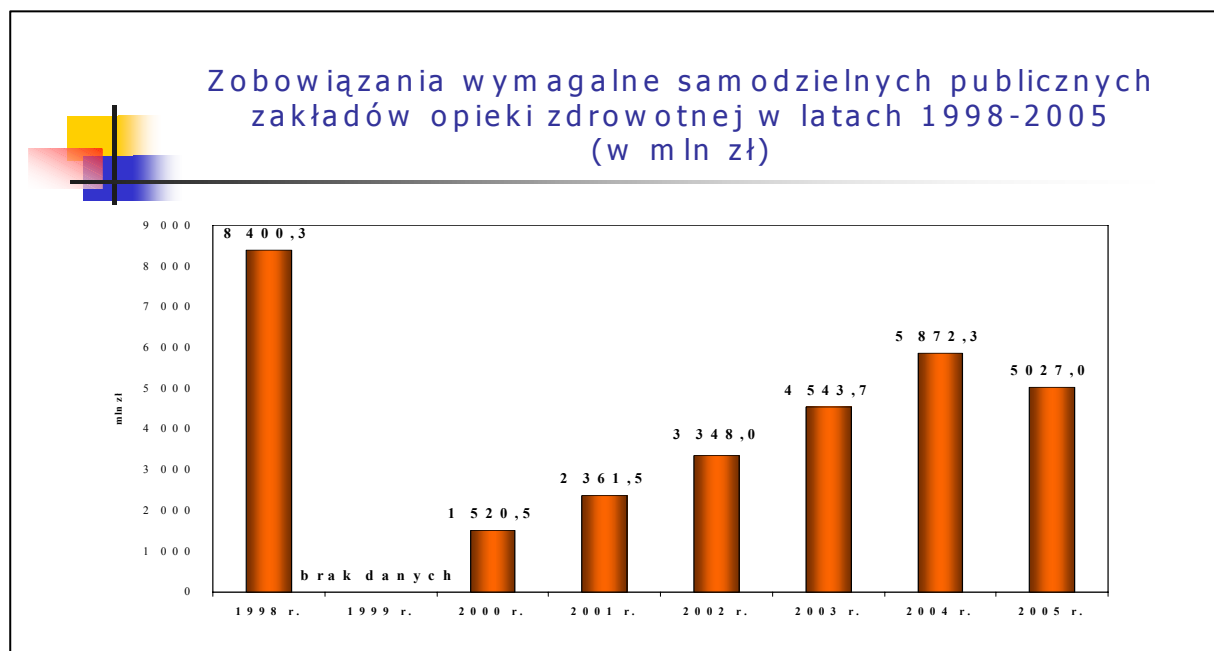
kosztów działalności, oraz redukowania zadłużenia z poprzednich lat, odtwarzania majątku niezbędnego do prowadzenia działalności, a także zapewnienia realnego wzrostu wynagrodzeń pracowników medycznych.

Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Kumulowanie się ujemnych wyników finansowych spowodowane przede wszystkim niewystarczającymi przychodami, negatywnie wpływa na strukturę źródeł finansowania majątku zakładów i wzrost wartości niezapłaconych w terminie zobowiązań. W okresie przed reformą ochrony zdrowia, kiedy zakłady nie miały samodzielności finansowej i były finansowane bezpośrednio z budżetu państwa, poziom niedofinansowania oraz brak prowadzenia właściwej gospodarki finansowej powodowały permanentny wzrost zobowiązań. Długi te zostały w większości przejęte z dniem 1 stycznia 1999 r. przez Skarb Państwa i w kwocie ponad 8,4 mld zł zostały splacone za pośrednictwem Banku Handlowego oraz w formie kompensaty podatkowej. Oddłużenie to nie przyniosło jednak trwałych rezultatów, od 1999 r. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zaczęły generować nowe zadłużenie. Ponadto należy zwrócić uwagę, że od 1999 r. z rezerwy celowej budżetu państwa finansowane są zobowiązania Skarbu Państwa powstałe przed usamodzielnieniem się jednostek budżetowych ochrony zdrowia. Na ten cel wydatkowano w latach 1999-2005 środki w wysokości 499,2 mln zł.

W latach 2000-2004 zobowiązania wymagalne zakładów przyrastały w tempie ok. 0,8 - 1,3 mld rocznie. W trakcie 2005 r. tempo przyrostu zadłużenia uległo spowolnieniu, natomiast na koniec 2005 r. zadłużenie zauważalnie spadło do wysokości 5,0 mld zł, w związku z wejściem w życie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej został przedstawiony na poniższym wykresie.

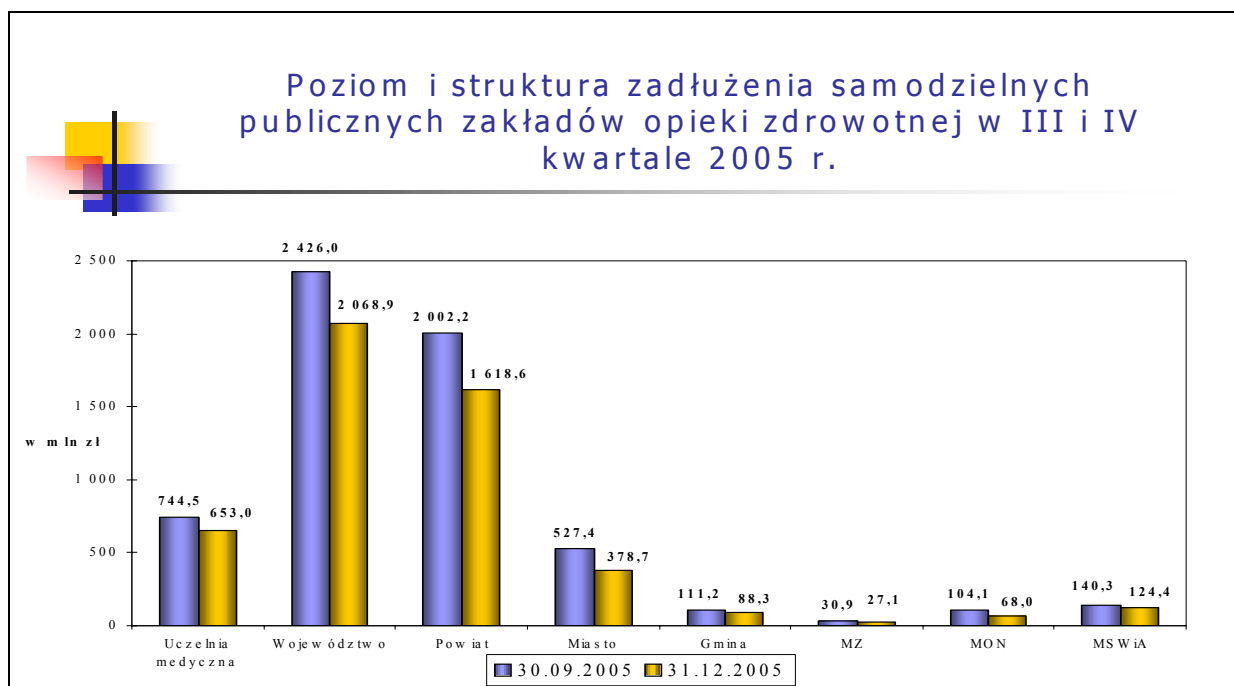
Wykres 49.



Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych i spoz nadzorowanych przez MZ.

Zauważalny spadek zadłużenia spoz nastąpił w IV kwartale 2005 roku i kształtował się w granicach od 35% do 11% w zależności od organu tworzącego. Poziom i strukturę zadłużenia spoz według organów tworzących ilustruje poniższy wykres.

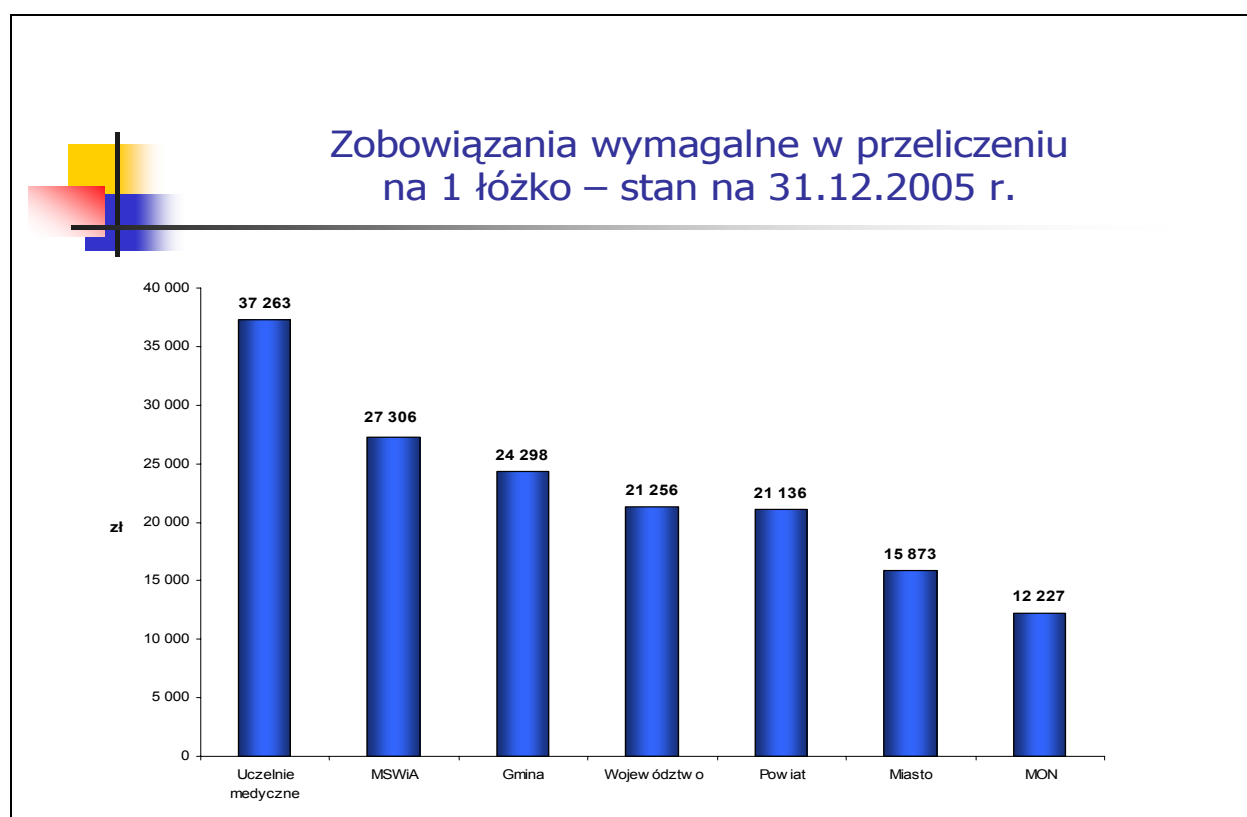
Wykres 50.



Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych i spoz nadzorowanych przez MZ.

Jak wynika z danych przedstawionych powyżej poziom zadłużenia spzoz w ujęciu nominalnym jest największy w szpitalach podległych marszałkom województw (2,1 mld zł), starostom (1,6 mld zł) oraz uczelniom medycznym (0,7 mld zł). Analizując jednak zadłużenie spzoz wg organów założycielskich w przeliczeniu na 1 łóżko, największe zadłużenie mają jednostki, dla których organem założycielskim są uczelnie medyczne. Zobowiązania wymagalne w przeliczeniu na 1 łóżko, w tych zakładach wyniosły 37 tys. zł, jednak należy zauważyć, że na tak wysoką wartość zobowiązań wpływa tylko kilka szpitali. Łączna wartość zadłużenia szpitali klinicznych jest w ponad 80% generowana przez 8 najbardziej zadłużonych jednostek, gdzie zobowiązania wymagalne przekraczają poziom 30 mln zł w każdej z tych jednostek. Natomiast najmniej zadłużonymi jednostkami na koniec 2005 r., biorąc pod uwagę powyższe kryterium są zakłady podległe Ministrowi Obrony Narodowej. Wartość zobowiązań wymagalnych na 1 łóżko w tych jednostkach wyniosła 12 tys. zł. Zobowiązania wymagalne w przeliczeniu na 1 łóżko w sp zoz przedstawia poniższy wykres.

Wykres 51.

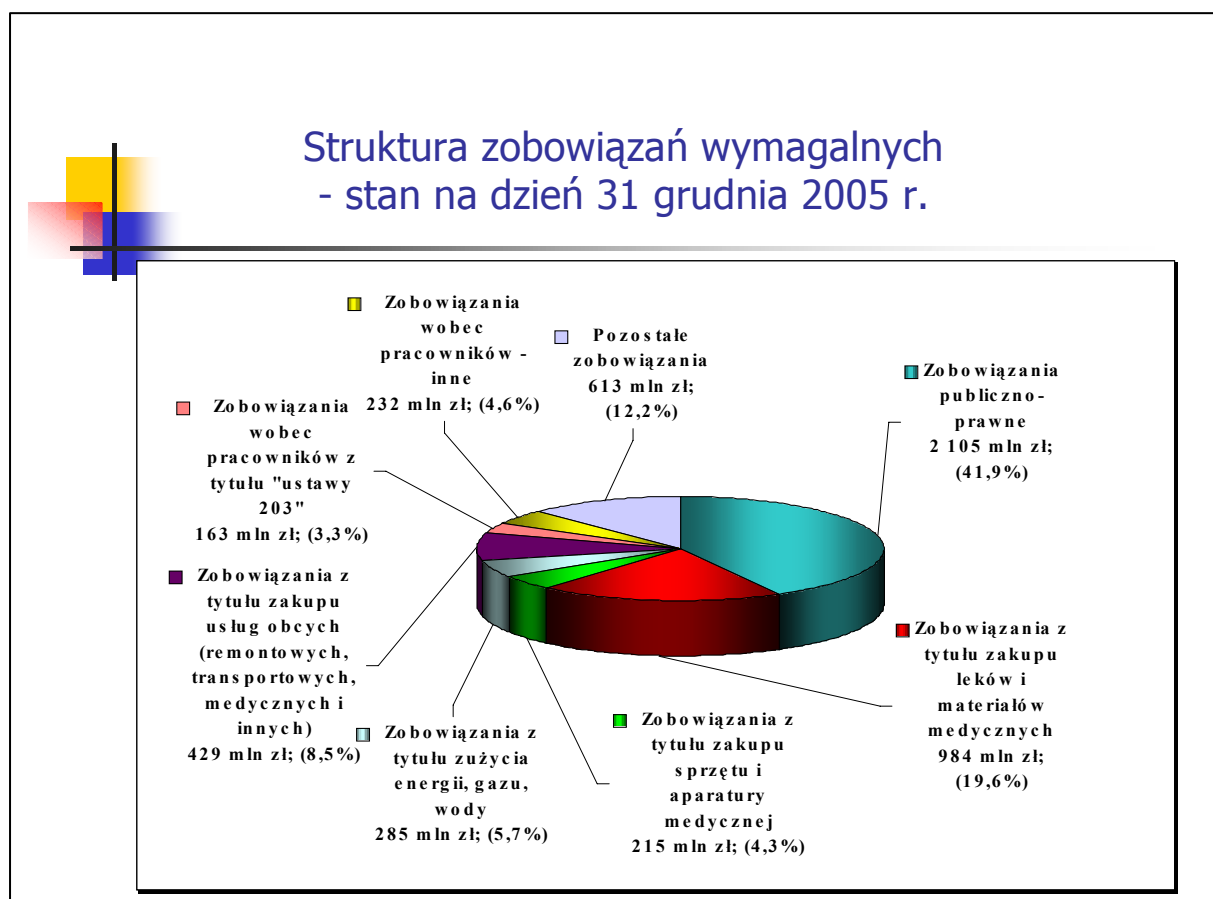


Źródło: Dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MON, MSWiA, uczelnie medycznych oraz dane o liczbie łóżek wg rejestru zoz.

Z uwagi na fakt, iż w zadłużonych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których organem tworzącym jest Minister Zdrowia, nie występują łóżka szpitalne, na wykresie nie występują przedmiotowe dane tych jednostek.

Struktura zadłużenia w 2005 r. wg rodzajów przedstawia się następująco.

Wykres 52.



Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych i szpоз nadzorowanych przez MZ.

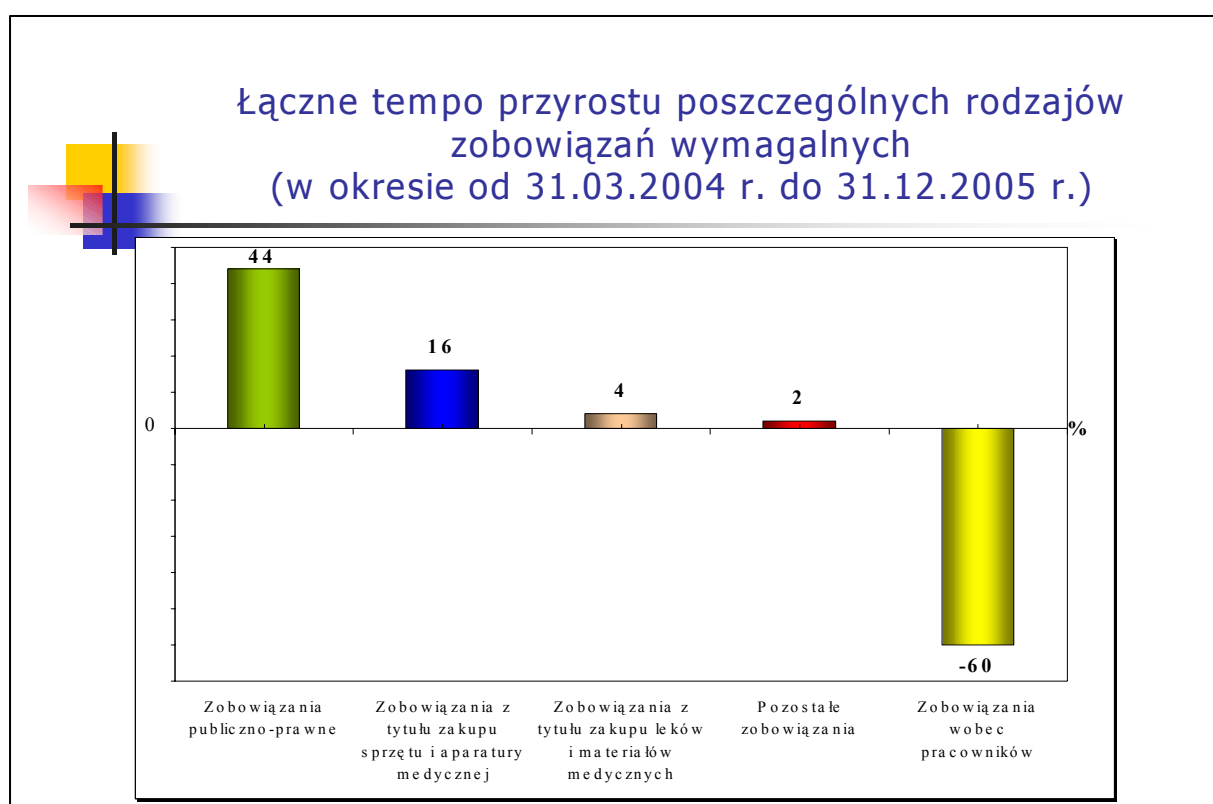
Z ilustracji wynika, że z ogólnej kwoty zadłużenia szpоз w wysokości 5 027 mln zł (wg stanu na dzień 31 grudnia 2005 r.) największe zobowiązania wymagalne dotyczą:

- zobowiązań publicznoprawnych – 41,9% (2,1 mld zł),
- zobowiązań wobec dostawców leków i materiałów medycznych – 19,6% (984 mln zł),
- zobowiązań z tytułu zakupu usług obcych - 8,5% (429 mln zł),
- zobowiązań wobec pracowników - 7,9% (395 mln zł, w tym 163 mln zł z tytułu „ustawy 203”).

Pozostałe zobowiązania z tytułu prowadzenia działalności stanowią 12% kwoty zobowiązań wymagalnych.

Należy pokreślić, że struktura zobowiązań wymagalnych w ciągu ostatnich dwóch lat uległa zmianom. Największy wzrost, znacznie powyżej średniej w tym okresie, miał miejsce w przypadku zobowiązań publiczno-prawnych, które wzrosły aż o ok. 44%, czyli średnio ok. 6% kwartalnie. Natomiast zobowiązania wymagalne wobec pracowników w trakcie 21 miesięcy (od 31.03.2004 r.) spadły o ok. 60%, w związku z sukcesywną wypłatą zobowiązań z tytułu realizacji „ustawy 203”.

Wykres 53.



Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, uczelni medycznych i szpitali nadzorowanych przez MZ.

Z uwagi na narastające trudności finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w dniu 15 kwietnia 2005 r. Sejm RP uchwalił ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która określa instrumenty restrukturyzacji zadłużenia i udzielania pomocy publicznym zakładom opieki zdrowotnej.

Ustawa przewiduje restrukturyzację powstałych w okresie od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r.:

- zobowiązań publicznoprawnych - polegającą na ich umorzeniu wraz z odsetkami przy spełnieniu warunków wynikających z programu restrukturyzacyjnego (szacunkowa kwota umorzeń zobowiązań z uwzględnieniem odsetek wyniesie ok. 1 mld zł),
- zobowiązań cywilnoprawnych - polegającą na zawarciu przez zakład ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami, określającej sposób uregulowania zobowiązań,
- indywidualnych roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203” - polegającą na zawarciu przez zakład ugód z pracownikami.

W celu uzyskania środków finansowych na restrukturyzację finansową, zakład może między innymi zaciągnąć pożyczkę z budżetu państwa, emitować obligacje, zaciągać kredyty bankowe.

Pożyczka udzielana jest na wniosek zakładu opieki zdrowotnej, złożony do Banku Gospodarstwa Krajowego, który w dniu złożenia wniosku o pożyczkę spełnia następujące warunki:

- 1) uzyskał postanowienie o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego,
- 2) posiada projekt programu restrukturyzacyjnego pozytywnie zaopiniowany przez Ministra Skarbu Państwa (w odniesieniu do zakładów utworzonych przez ministra, centralny organ administracji rządowej lub wojewodę),
- 3) ustanowił zabezpieczenia na rzecz Skarbu Państwa na wypadek roszczeń wynikających z niewypełnienia warunków umowy o pożyczkę (w postaci zabezpieczenia rzeczowego na majątku własnym, weksła in blanco lub zabezpieczenia udzielonego przez inny podmiot),
- 4) złoży pisemne oświadczenie o wysokości średniorocznego zatrudnienia w zakładzie w latach 2001 i 2002.

Planowana kwota na pożyczki wynosi 2,2 mld zł, a środki z niej uzyskane można przeznaczyć na spłatę:

- w pierwszej kolejności - należności głównej wobec pracowników z tytułu „ustawy 203” za lata 2001-2004,
- zobowiązań publicznoprawnych, które nie podlegają umorzeniu, tj. składek na ubezpieczenie emerytalne, zdrowotne oraz społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego,

- należności głównych z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych objętych ugodą restrukturyzacyjną.

Środki z pożyczki wypłacane są w trzech ratach:

- 1) pierwsza rata w wysokości 50% kwoty pożyczki - nie później niż w okresie miesiąca od dnia podpisania umowy o pożyczkę,
- 2) druga rata w wysokości 25% kwoty pożyczki - nie później niż w okresie 3 miesięcy od dnia podpisania umowy o pożyczkę, pod warunkiem że zakład przeznaczył pierwszą ratę pożyczki na zaspokojenie należności głównych z tytułu roszczeń pracowników wynikających z „ustawy 203” albo udokumentował, że zaspokoił roszczenia pracowników wynikające z tej ustawy,
- 3) trzecia rata w wysokości 25% kwoty pożyczki, jest wypłacana po uzyskaniu prawomocnej decyzji o warunkach restrukturyzacji.

Pożyczka jest oprocentowana w wysokości 3% w stosunku rocznym i jest spłacana nie później niż w ciągu 10 lat od dnia podpisania umowy o pożyczkę. Spłata odsetek od pożyczki następuje w okresach miesięcznych lub kwartalnych. Niespłacenie dwóch kolejnych rat należności głównej lub dwóch kolejnych rat odsetkowych lub wykorzystanie pożyczki w sposób niezgodny z przeznaczeniem, może skutkować postawieniem umowy o pożyczkę w stan natychmiastowej wykonalności.

Istnieje możliwość umorzenia pozostałej do spłaty kwoty pożyczki, jeśli zakład uzyskał decyzję o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego oraz w okresie do 5 lat od wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji spłacił 50% kwoty pożyczki.

Wszystkie czynności związane z udzieleniem pożyczki podejmowane są w imieniu Skarbu Państwa przez Bank Gospodarstwa Krajowego. Wysokość opłaty prowizyjnej dla BGK (0,5% kwoty udzielonej pożyczki z budżetu państwa) oraz wysokość wynagrodzenia dla BGK za podejmowanie czynności związanych z nadzorowaniem wykonywania przez zakłady umów o pożyczkę (0,3 % w stosunku rocznym, pozostałej do spłaty kwoty pożyczki z budżetu państwa) jest określona w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 15 czerwca 2005 r. w sprawie wysokości opłaty prowizyjnej za podejmowanie czynności związanych z udzielaniem publicznym zakładom opieki zdrowotnej pożyczek z budżetu państwa oraz wysokości wynagrodzenia za nadzorowanie wykonania umów o pożyczkę.

Przebieg procesu restrukturyzacji (wg danych na dzień 7 kwietnia 2006 r.) przedstawia się następująco:

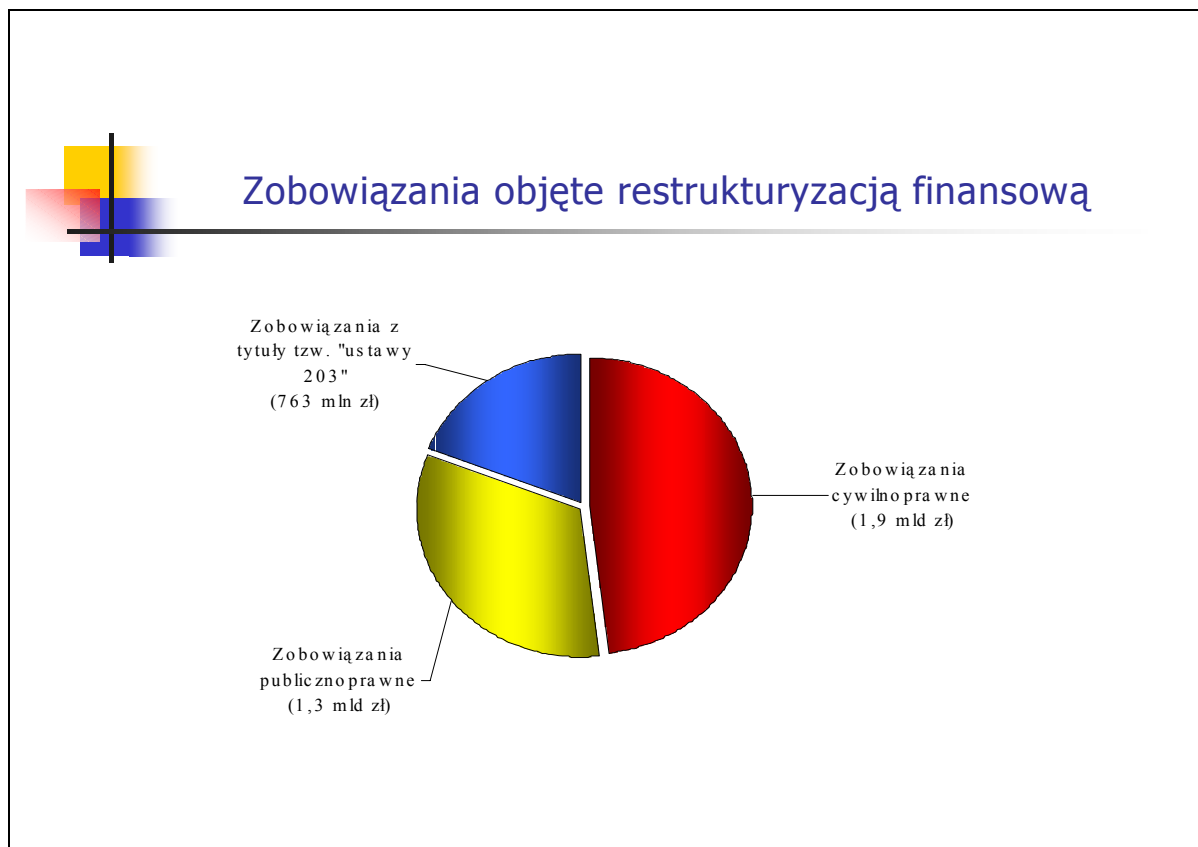
- do organów restrukturyzacyjnych (zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy) wpłynęły 572 wnioski o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego (liczba złożonych wniosków jest ostateczna, bowiem 22 sierpnia 2005 r. upłynął ustawowy termin na ich składanie),
- wydano 565 postanowień o wszczęciu postępowania,
- wydano 7 decyzji o odmowie wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego (z uwagi m.in. na złożenie wniosku przez zakłady będące w stanie likwidacji, czy też nie uzyskanie pozytywnej opinii organu tworzącego dla projektu programu restrukturyzacji),
- 108 zakładów, które mogły skorzystać z ustawy nie złożyło wniosków o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego,
- wydano 511 decyzji o warunkach restrukturyzacji,
- zawieszono 34 postępowania restrukturyzacyjne, w tym: 27 na mocy ustawy w związku ze złożeniem wniosku do sądu o uchylenie ugody restrukturyzacyjnej, 5 na wniosek zakładu, 2 zawieszono z urzędu,
- wydano 20 decyzji o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego,
- wydano 14 decyzji o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego,
- 303 zakłady, które nie były zadłużone otrzymały z budżetu państwa dotację w łącznej wysokości 200.070 tys. zł.

Wysokość zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej objętych procesem restrukturyzacji finansowej wynosiła ogółem 4.035 mln zł, z czego:

- 446 zakładów opieki zdrowotnej zawarło ugody cywilnoprawne obejmujące zobowiązania na sumę 1,9 mld zł,
- 326 zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne na kwotę 1,3 mld zł podlegające umorzeniu lub spłacie, w tym z pożyczki Skarbu Państwa,
- 432 zakłady posiadały zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników na podstawie art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz

o zmianie niektórych ustaw, na kwotę 763 mln zł, podlegające spłacie z pożyczki Skarbu Państwa.

Wykres 54.



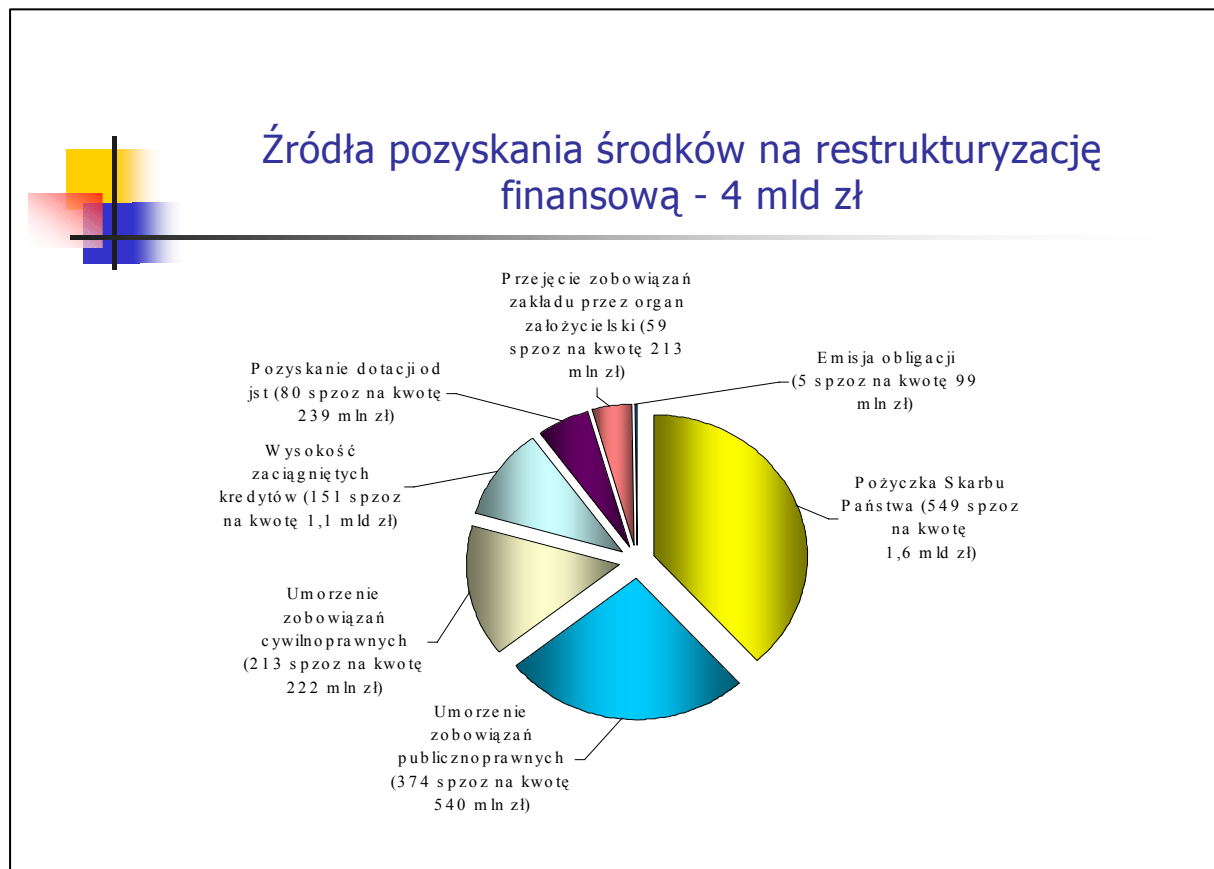
Źródło: dane Urzędów Wojewódzkich, Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego i Ministerstwa Zdrowia.

Zakłady biorące udział w procesie restrukturyzacji, korzystają z następujących źródeł finansowania (z uwagi na ciągły przebieg procesu restrukturyzacji i bieżące zbieranie informacji, przedstawione dane nie obejmują wszystkich jednostek):

- 549 zakładów korzysta z pożyczki Skarbu Państwa na kwotę 1,6 mld zł,
- 151 zakładów korzysta z kredytów bankowych na kwotę 1,1 mld zł,
- wobec 374 zakładów umorzone będą zobowiązania publicznoprawne na kwotę 540 mln zł,
- 213 zakładów zawarło ugodę restrukturyzacyjną polegającą min. na umorzeniu zobowiązań cywilnoprawnych na kwotę 222 mln zł,
- wobec 59 zakładów opieki zdrowotnej zobowiązania cywilnoprawne przejmują organy założycielskie na kwotę 213 mln zł,
- 5 zakładów ubiega się o organizację emisji obligacji na kwotę 99 mln zł,

- 80 zakładów otrzymało dotację od jednostek samorządu terytorialnego na sumę 239 mln zł.

Wykres 55.



Źródło: dane z Urzędów Wojewódzki, Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego i Ministerstwa Zdrowia.

Restrukturyzacja finansowa zakładów obejmuje znane na dzień 31 grudnia 2004 r. zobowiązania publicznoprawne, zobowiązania cywilnoprawne i indywidualne roszczenia pracowników wynikające z tzw. „ustawy 203” – powstałe w okresie od dnia 1 stycznia 1999 r. do dnia 31 grudnia 2004 r. Nie podlegały spłacie ze środków z pożyczki składki na ubezpieczenia społeczne, w części finansowanej przez pracodawcę, od wypłacanych obecnie należności pracowniczych z tytułu tzw. „ustawy 203”, jako że powstały i są znane dopiero w chwili złożenia deklaracji rozliczeniowych (czyli w 2005 r.). Zakłady opieki zdrowotnej ubiegały się o umorzenie zobowiązań publicznych, rozłożenie na raty spłaty zobowiązań z tytułu składek na ubezpieczenie emerytalne, składek na ubezpieczenie społeczne w części finansowanej przez ubezpieczonego, składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z odsetkami za zwłokę oraz zawierały ugody restrukturyzacyjne z wierzycielami wierzytelności cywilnoprawnych.

W przypadku roszczeń pracowniczych, zakłady zawierały umowy z pracownikami zakładu opieki zdrowotnej. Z danych pozyskanych z Urzędów Wojewódzkich i Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego wynika, że najwyższy poziom zobowiązań stanowiły zobowiązania cywilnoprawne - blisko 2 mld zł.

Tabela 7.

**Informacja o zobowiązaniach zakładów objętych procesem restrukturyzacji finansowej
w podziale na organy restrukturyzacyjne**

Lp	Organ restrukturyzacyjny	Zobowiązania objęte procesem restrukturyzacji		
		Zobowiązania cywilnoprawne	Zobowiązania publicznoprawne	Zobowiązania z tytułu tzw. ustawy 203
1	Minister Zdrowia	346 672 714,31	171 827 136,37	34 752 030,62
2	Wojewoda Dolnośląski	392 410 883,90	214 296 941,96	36 327 107,30
3	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	47 771 712,56	72 821 855,89	38 719 117,20
4	Wojewoda Lubelski	73 691 199,97	68 332 341,84	119 520 072,62
5	Wojewoda Lubuski	120 758 700,66	187 720 654,05	13 467 961,17
6	Wojewoda Łódzki	197 901 635,00	314 097 848,49	92 118 076,60
7	Wojewoda Małopolski	43 041 770,73	2 464 892,24	58 364 404,23
8	Wojewoda Mazowiecki	164 475 527,94	brak danych	134 503 777,76
9	Wojewoda Opolski	11 127 958,81	4 276 846,66	7 722 055,21
10	Wojewoda Podlaski	63 678 371,73	6 118 629,99	23 651 394,09
11	Wojewoda Podkarpacki	52 577 351,28	9 104 331,19	24 225 548,71
12	Wojewoda Pomorski	112 078 019,77	99 868 036,53	28 432 070,93
13	Wojewoda Śląski	122 303 044,57	49 021 624,81	109 983 623,54
14	Wojewoda Świętokrzyski	73 901 374,30	55 011 465,12	8 276 600,75
15	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	58 781 712,26	24 885 115,38	11 267 990,09
16	Wojewoda Wielkopolski	29 347 784,86	3 549 111,09	10 781 853,63
17	Wojewoda Zachodniopomorski	56 752 938,03	21 933 074,18	11 118 183,02
18	Razem*	1 967 272 700,68	1 305 329 905,79	763 231 867,47

Źródło: dane z Urzędów Wojewódzki, Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego i Ministerstwa Zdrowia.

* Dane niepełne, mogą ulec zmianie.

W celu rozwiązania problemu zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz pełniejszego wykorzystania zaplanowanej kwoty 2,2 mld zł na pożyczkę z budżetu państwa, Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt nowelizacji ustawy o pomocy publicznej

i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Projekt ten został w dniu 11 kwietnia 2006 r. skierowany do Sejmu RP.

Główne cele projektu nowelizacji ustawy to:

- umożliwienie udzielania pożyczek z budżetu państwa jednostkom badawczo-rozwojowym, będącymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej,
- zwiększenie kwoty pożyczki udzielanej spozoz o kwotę nie wyższą niż należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne (wraz z odsetkami) w części finansowanej przez zakład w związku z zaspokojeniem - po wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego - należności z tytułu roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203“,
- zwiększenie umorzenia należności głównej z tytułu pożyczki z 50% do 70%, dla zakładów, które zakończą restrukturyzację i spłacą w okresie 5 lat od wydania decyzji o warunkach restrukturyzacji 30% należności głównej z tytułu pożyczki.

Ponadto, należy zwrócić uwagę, że z analizy dotychczasowej realizacji programów restrukturyzacyjnych w ramach ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej wynika, że w ramach obecnie realizowanych programów naprawczych część szpitali o strategicznym znaczeniu dla systemu ochrony zdrowia, które powinny zostać włączone do publicznej sieci szpitali, nie osiągnie równowagi finansowej, bowiem posiadają one bardzo wysokie zadłużenie. Z uwagi na zadania, które realizują w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, badań naukowo – badawczych mających na celu postęp medycyny oraz kształcenia kadr, ich funkcjonowanie w systemie ochrony zdrowia jest konieczne. Szacuje się, że problem ten dotyczy obecnie około 50 szpitali o znaczeniu ogólnokrajowym i regionalnym, o łącznym zadłużeniu w wysokości 1,8 mld zł, przyjmując jako kryterium wartość zadłużenia przewyższającą 30% rocznych przychodów jednostki.

Niezbędne będzie zatem podjęcie dodatkowych działań restrukturyzacyjnych wobec tej grupy szpitali, przed włączeniem ich do sieci. Restrukturyzacja zadłużenia tych zakładów możliwa byłaby poprzez podjęcie różnorodnych działań np.:

- udzielenie preferencyjnej pożyczki z udziałem środków budżetu państwa na spłatę zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej,

- sekurytyzację zadłużenia,
- ewentualne przejęcie części zadłużenia przez Skarb Państwa.

Działania te mogłyby być podejmowane łącznie jednak pod warunkiem prowadzenia dalszego procesu restrukturyzacji w samych jednostkach. Pozwoliłyby to na zmniejszenie i rozłożenie długu w czasie, jak również zmniejszenie kosztów obsługi zadłużenia. Rozłożenie spłaty zadłużenia na dłuższy okres dałoby możliwość stopniowej poprawy efektywności gospodarowania w zakładach oraz polepszyłyby sytuację finansową w związku z planowanym zwiększaniem nakładów na ochronę zdrowia w latach następnych.

Propozycje w zakresie szczegółowych rozwiązań zostaną opracowane na podstawie wniosków wynikających z analizy i oceny przebiegu procesu restrukturyzacji prowadzonego w ramach ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Jednocześnie, dla zapewnienia efektywności działań restrukturyzacyjnych oraz przeciwdziałania dalszemu zadłużaniu zakładów opieki zdrowotnej i prowadzenia właściwej gospodarki finansowej, niezbędne jest wzmocnienie uprawnień organów założycielskich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zwiększenie uprawnień właścicielskich w zakresie gospodarki finansowej, polegać będzie m.in. na:

- konieczności uzyskiwania zgody organu założycielskiego na zaciąganie zobowiązań powyżej określonego pułapu,
- obowiązku przedstawiania rocznych sprawozdań z działalności zakładu w celu uzyskania absolutorium przez zarządzającego zakładem.

Zły stan techniczny infrastruktury

Z problemem niedofinansowania ściśle wiąże się problem obecnego stanu bazy szpitalnej - koniecznych remontów, modernizacji, utworzenia majątku i zakupu nowego sprzętu i aparatury medycznej. Średni wiek budynków szpitalnych użytkowanych przez zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego

wynosi 42 lata⁶ - 9,3% budynków została wybudowana przed I wojną światową, 9,4% w okresie międzywojennym, 24,2% w latach 1940-1969, 35,8% w latach 1970-1989 i 18,5% po roku 1990. Spośród tych budynków 11,5% jest pod opieką konserwatora zabytków, w przypadku 8,5% budynków nie jest możliwe przeprowadzenie modernizacji, celem dostosowania budynków do aktualnych przepisów prawa (wymogi MZ).

Z informacji przekazanych przez zakłady opieki zdrowotnej wynika, iż w latach 2000-2005 na remonty i modernizacje budynków wydano 1,86 mld zł, a w latach 2006-2010 tylko na konieczne remonty i modernizacje (oprócz nowych inwestycji) należy przeznaczyć co najmniej 5,5 mld zł.

Tabela 8.

**Szpitala jednostek samorządu terytorialnego
(średni wiek budynków - 42 lata)**

Budynki ZOZ	Liczba obiektów	%
XVIII w.	3	0,1%
1 poł. XIX w	28	0,7%
2 poł. XIX w	102	2,4%
1900 - 1909	183	4,3%
1910 - 1919	101	2,4%
1920 - 1929	137	3,2%
1930 - 1939	250	5,8%
1940 - 1949	77	1,8%
1950 - 1959	257	6,0%
1960 - 1969	704	16,4%
1970 - 1979	672	15,7%
1980 - 1989	860	20,1%
1990 - 1999	584	13,6%
2000 - 2006	207	4,8%
brak danych	119	2,8%
OGÓLEM	4284	100%

Źródło: wg. ankiety MZ z kwietnia 2006.

Średni wiek budynków użytkowanych przez szpitale kliniczne i instytuty wynosi 48 lat – 21,7% budynków zostało wybudowanych przed I wojną światową, 14,9% w okresie międzywojennym, 21,2% w latach 1940 - 1969, 28,8% w latach 1970 - 1989 i 12,2% po roku

⁶ Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło ankietę na temat sytuacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Na ankietę odpowiedziało 73,2% publicznych szpitali.

1990. Spośród tych budynków 12,5% jest pod opieką konserwatora zabytków, a w przypadku 6,3% budynków nie jest możliwe przeprowadzenie modernizacji, celem dostosowania budynków do aktualnych przepisów prawa (wymogi MZ).

Z informacji przekazanych przez zakłady opieki zdrowotnej wynika, iż w latach 2000 - 2005 na remonty i modernizacje budynków wydano około 1,0 mld zł, a w latach 2006 - 2010 tylko na konieczne remonty i modernizacje (oprócz nowych inwestycji) należy przeznaczyć co najmniej 1,0 mld zł.

Tabela 9.

Szpitala kliniczne, instytuty (średni wiek budynków - 48 lat)

Budynki ZOZ	Liczba obiektów	%
XVII w.	3	0,5%
XVIII w.	1	0,2%
1 poł. XIX w	4	0,7%
2 poł. XIX w	56	9,5%
1900 - 1909	43	7,3%
1910 - 1919	22	3,7%
1920 - 1929	35	5,9%
1930 - 1939	52	8,8%
1940 - 1949	13	2,2%
1950 - 1959	40	6,8%
1960 - 1969	72	12,2%
1970 - 1979	78	13,2%
1980 - 1989	92	15,6%
1990 - 1999	50	8,5%
2000 - 2006	22	3,7%
brak danych	8	1,4%
OGÓLEM	591	100%

Źródło: wg. ankiety MZ z kwietnia 2006.

Podsumowując, w latach 2006-2010 na konieczne remonty i modernizacje wszystkich zakładów opieki zdrowotnej należy przeznaczyć 6,5 mld zł.

Infrastruktura techniczna systemu ochrony zdrowia oprócz budynków, obejmuje także urządzenia techniczne oraz medyczne. Ze względu na niezwykle szybki postęp techniczny i technologiczny we wszystkich dziedzinach cywilizacyjnych mamy do czynienia z równie szybkim tworzeniem nowych metod terapeutyczno – diagnostycznych, nowych technologii medycznych. Powoduje to konieczność stałego zapewniania środków inwestycyjnych na zakup nowej aparatury medycznej.

W medycynie szczególnie wyraźnie obserwuje się zjawisko powodujące „moralne” starzenie się sprzętu i aparatury medycznej o wiele szybsze niż rzeczywiste starzenie technologiczne. Dobra jakość (dobry stan techniczny) i poprawne funkcjonowanie infrastruktury technicznej jest warunkiem niezbędnym dla efektywnego działania systemu ochrony zdrowia.

Tymczasem, z analiz ilości i stanu aparatury medycznej funkcjonującej w publicznych zakładach opieki wynika, że występuje nierównomierne nasycenie aparaturą medyczną w skali kraju oraz znaczna część aparatury jest przestarzała.

Najgorsza sytuacja dotyczy sprzętu do rentgenodiagnostyki: stacjonarne aparaty RTG w Polsce mają przeciętnie 16 lat, przenośne 13 lat. Podobny problem obserwuje się w przypadku urządzeń do sterylizacji – ich średni wiek wynosi 12 lat. Najmłodsze są urządzenia do rezonansu magnetycznego (średni wiek - 5 lat), co wynika w dużej mierze ze stosunkowo niedawnego upowszechnienia tej technologii diagnostycznej.

Oznacza to konieczność pilnego zwiększenia nakładów inwestycyjnych w ochronie zdrowia skierowanych na wymianę aparatury i sprzętu medycznego. Z analizy danych ankietowych Ministerstwa Zdrowia (z kwietnia 2006 r.) wynika, że organy założycielskie dla szpitali szacują potrzeby w zakresie modernizacji aparatury medycznej w najbliższych pięciu latach na ok. 217,5 mln zł, natomiast w zakresie zakupu nowej aparatury na 3,2 mld zł.

Tabela 10.

**Aparatura medyczna w Polsce w oparciu o Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej
(stan na dzień - 30.11.2004 r.)**

Nazwa aparatury	Liczba urządzeń	Średni wiek aparatury (w latach)
Akceleratory liniowe	120	7
Analizatory, chemia kliniczna, automatyczne wieloparametrowe diagnostyczne kombajny biochemiczne	6543	10
Aparaty RTG (poza przewoźnymi)	4606	16
Aparaty RTG (przewoźne)	1294	13
Brachyterapia, systemy typu 'remote afterloading' (urządzenia do brachyterapii)	56	9
Echokardiografy (ultrasonografy kardiologiczne)	1571	10
Gammakamery	106	11
Litotryptery	113	8
Mammografy	508	8
Maszyny do hemodializy (stanowiska do hemodializy)	2839	7
Rezonans magnetyczny	78	5
Sterylizatory parowe (gazowe)	9771	12
Tomografy komputerowe	264	7
Zestawy do angiografii	153	8

Źródło: wg. ankiety MZ z kwietnia 2006.

Tabela 11.

**Koszty planowanych modernizacji aparatury medycznej w latach 2006-2010
(dotyczy wybranej aparatury medycznej)**

Podmiot tworzący	Koszty planowanych modernizacji aparatury medycznej
Jednostki samorządu terytorialnego	143 690 832 zł
Uczelnie medyczne, ministrowie	73 851 500 zł
Razem	217 542 332 zł

Źródło: wg. ankiety MZ z kwietnia 2006.

Tabela 12.**Koszty zakupu aparatury medycznej w latach 2006-2010**

(dotyczy wybranej aparatury medycznej)

Podmiot tworzący	Koszty zakupu aparatury medycznej
Jednostki samorządu terytorialnego	1 855 675 174 zł
Uczelnie medyczne, ministrowie	1 360 537 460 zł
Razem	3 216 212 634 zł

Źródło: wg. ankiety MZ z kwietnia 2006.

Minister Zdrowia, mając na uwadze trudności w spełnieniu przez zakłady opieki zdrowotnej aktualnych wymagań wynikających z rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, podjął działania zmierzające do nowelizacji przepisów w kierunku ich urealnienia.

Niedostateczne finansowanie ochrony zdrowia ze środków Unii Europejskiej.

Istotne znaczenie dla rozwoju systemu ochrony zdrowia ma wsparcie finansowe ze środków UE w ramach następujących programów:

- programy przedakcesyjne Phare oraz „Środki Przejściowe”,
- fundusze strukturalne na lata 2004 -2006 (Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego (ZPORR) oraz Sektorowy Program Operacyjny Rozwój Zasobów Ludzkich SPO RZL),
- mechanizm finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (MF EOG) oraz Norweski Mechanizm Finansowy (NMF);
- programy operacyjne realizowane w ramach Narodowej Strategii Spójności na lata 2007-2013 (Program Operacyjny „Infrastruktura i Środowisko” oraz Program Operacyjny „Kapitał Ludzki”).

Fundusze w ramach pomocy przedakcesyjnej w dziedzinie rozwoju zasobów ludzkich oraz rozwoju infrastruktury zostały wykorzystane na realizację działań priorytetowych. Dostępność jednostek opieki zdrowotnej do funduszy strukturalnych po akcesji jest jednak ograniczona oraz niewystarczająca.

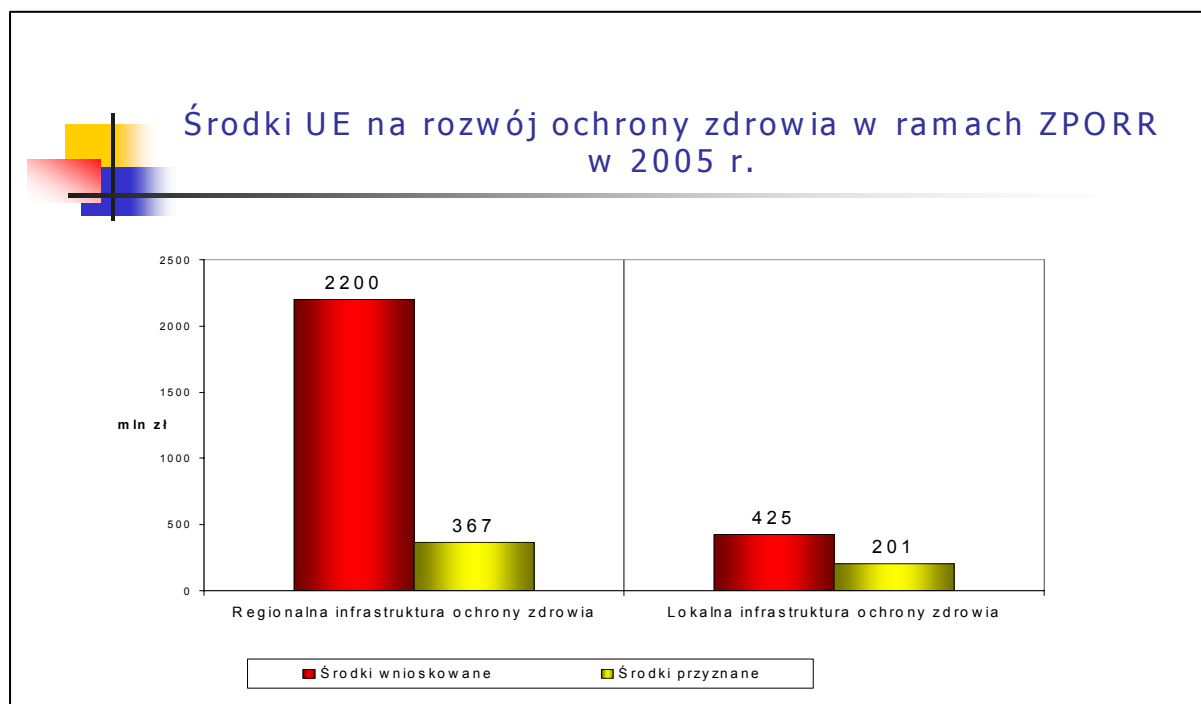
Powodem takiej sytuacji jest ograniczona alokacja środków na zadania związane z ochroną zdrowia, trudności w znalezieniu tzw. wkładu własnego na współfinansowanie w zakładach opieki zdrowotnej oraz bariery proceduralne.

Korzystanie ze Zintegrowanego Programu Rozwoju Regionalnego (ZPORR) odbywa się na dwóch poziomach: regionalnym, oraz lokalnym w zakresie rozbudowy i modernizacji infrastruktury opieki zdrowotnej oraz wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej. Zapotrzebowanie na środki finansowe ZPORR w wysokości 2,2 mld zł przekracza wielokrotnie poziom środków przeznaczonych na rozwój regionalnej infrastruktury ochrony zdrowia. W latach 2004-2006 dostępne środki na ten cel wyniosły około 367 mln zł (95 mln euro). Dofinansowaniem objęto wnioski na łączną wartość 356,3 mln zł, co oznacza, że prawie cała kwota alokacji została już wykorzystana. Natomiast wartość dotychczas dokonanych płatności wynosi 125,7 mln zł.

Na poziomie lokalnym na realizację zadań przeznaczono około 201,2 mln zł (52 mln euro). Wartość wszystkich złożonych wniosków o dofinansowanie wyniosła dwukrotnie więcej, tj. 424,5 mln zł. Dofinansowaniem objęto zadania na łączną kwotę 128,4 mln zł, a wartość zrealizowanych płatności wynosi 37,6 mln zł.

Dynamika realizowanych płatności w stosunku do poziomu dofinansowania dla zadań regionalnych (35,3 %) i lokalnych (29,3 %) świadczy o wysokiej zdolności realnej absorpcji środków unijnych w sektorze ochrony zdrowia.

Wykres 56.



Źródło: dane MZ.

W ramach Sektorowego Programu Operacyjnego Rozwój Zasobów Ludzkich na lata 2004 - 2006 realizowany jest tylko jeden projekt na łączną kwotę około 2,0 mln zł, (w tym 0,5 mln zł z budżetu Ministra Zdrowia) z przeznaczeniem na szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia.

Również w ramach Mechanizmów Finansowych Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego dostępne są zbyt niskie środki w stosunku do zgłoszonych wniosków na zadania realizowane ochronie zdrowia. Aktualnie na opiekę zdrowotną przewidziano środki w wysokości 17,5 mln euro, natomiast zgłoszono 371 wniosków o łącznej wartości 357,8 mln euro, co oznacza, że przyznane środki umożliwiają sfinansowanie tylko 5% potrzeb.

W związku z tą sytuacją konieczne jest wzmocnienie udziału ochrony zdrowia w dodatkowych źródłach finansowania ze środków Unii Europejskiej w latach 2007-2013.

Ministerstwo Zdrowia uznaje za celowe objęcie współfinansowaniem w programie operacyjnym „Infrastruktura i Środowisko” zadań dotyczących rozwoju ratownictwa medycznego, wzmocnienia nadzoru, kontroli i skuteczności reagowania na biologiczne zagrożenia zdrowia oraz inwestycji w infrastrukturę o znaczeniu ponadregionalnym.

W ramach rozwoju ratownictwa medycznego realizowane będą następujące rodzaje projektów:

- przebudowa, modernizacja obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, w taki sposób, aby dostosować je do wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa,
- modernizacja oraz zakup nowych wyrobów medycznych, adaptacja i wyposażenie jednostek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w zakresie urazów, kardiologii inwazyjnej i udarów,
- zakup i wyposażenie środków transportu sanitarnego.

W ramach wzmocnienia nadzoru, kontroli i skuteczności reagowania na biologiczne zagrożenie realizowane powinny być projekty:

- modernizacja i doposażenie laboratoriów w niezbędny sprzęt klasy bezpieczeństwa BSL3,
- doposażenie szpitali zakaźnych.

W ramach działalności inwestycyjnej realizowane powinny być projekty:

- wymiana i modernizacja istniejących obiektów ochrony zdrowia w celu ich dostosowania do aktualnego poziomu wymagań technologicznych,
- zakup nowych urządzeń medycznych.

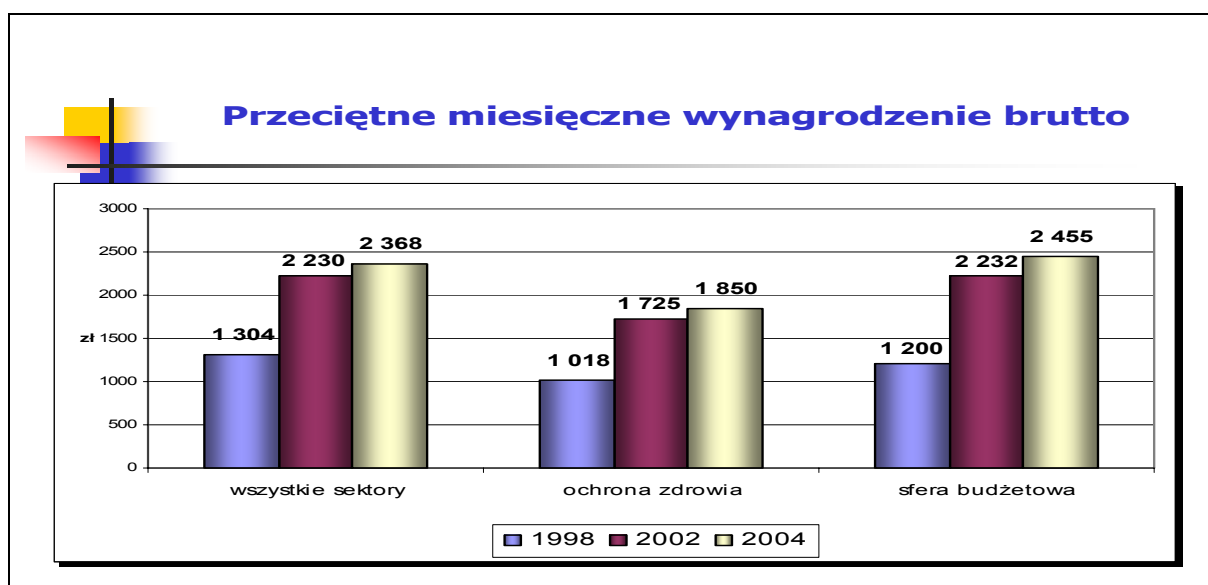
Złożone w Ministerstwie Zdrowia wnioski wskazują, że nakłady, w szacunkowej wysokości ok. 880 mln euro w latach 2007 – 2013 umożliwiłyby modernizację infrastruktury ochrony zdrowia, zakup i modernizację aparatury medycznej w jednostkach wiodących pod względem świadczenia usług wysokospecjalistycznych, prowadzących, oprócz leczniczej, działalność badawczą i dydaktyczną.

Natomiast proponowane w toku prac grup roboczych nad Narodową Strategią Spójności na lata 2007 – 2013 ograniczenie środków dla ochrony zdrowia do poziomu 150 mln euro z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz do 0,89 mln euro z Europejskiego Funduszu Społecznego wskazywałoby na utrzymywanie tendencji ograniczania dostępu do środków z UE dla ochrony zdrowia.

Niskie wynagrodzenia personelu medycznego

Wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia od wielu lat kształtują się na poziomie niższym niż średnie wynagrodzenia w kraju, co ilustruje poniższy wykres.

Wykres 57.

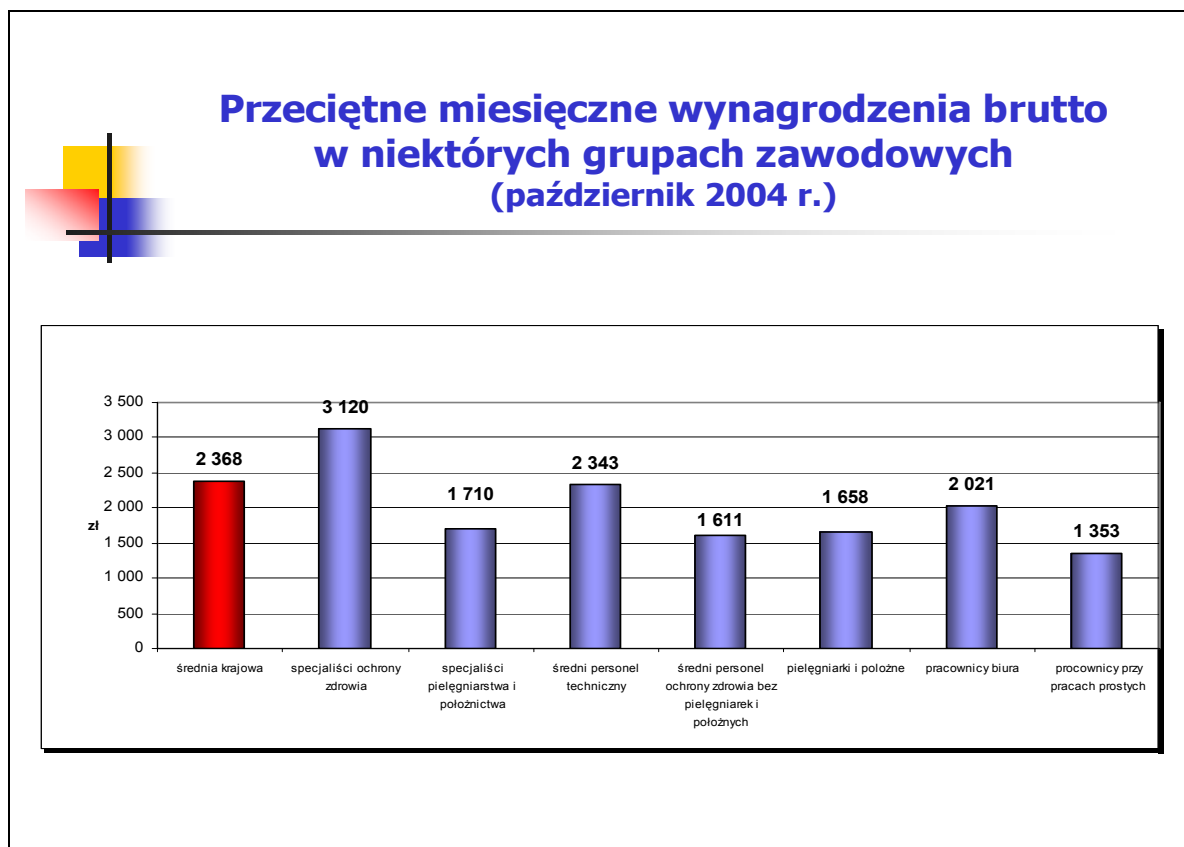


Źródło: GUS (Z-12).

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto pracowników ochrony zdrowia w 2004 r. wynosiło 1.850 zł (wg danych GUS), podczas gdy we wszystkich sektorach gospodarki narodowej wynosiło ono 2.368 zł, a w sferze budżetowej 2.455 zł. Oznacza to, że pracownicy ochrony zdrowia uzyskują zarobki na poziomie o ¼ niższym niż w sferze budżetowej i całej gospodarce narodowej.

Należy przy tym zwrócić uwagę, że wynagrodzenie brutto pracowników ochrony zdrowia zawiera oprócz wynagrodzenia zasadniczego, również zapłatę za dyżury i godziny nadliczbowe, co oznacza, iż relatywnie wynagrodzenie zasadnicze jest istotnie mniejsze w stosunku do innych sektorów. Ponadto, należy podkreślić, że występuje duże zróżnicowanie wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodów medycznych.

Wykres 58.



Źródło: GUS (Z-12).

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto specjalistów w ochronie zdrowia, według sprawozdania GUS Z-12 za październik 2004 r., wynosiło 3.120 zł. Stanowiło to ok. 132% przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce (2.368 zł). Lekarze są jedyną grupą zawodową wśród pracowników ochrony zdrowia, których wynagrodzenie kształtuje się

powyżej średniej krajowej. Jednak wobec faktu, że do wynagrodzeń lekarzy wliczane są wynagrodzenia za dyżury, to czas pracy lekarzy jest znacznie wydłużony (dodatkowo średnio pięć dyżurów 17 - godz. i jeden dyżur 24 - godz.), a realna stawka godzinowa jest relatywnie niższa niż w innych grupach zawodowych, np. nauczycieli z wyższym wykształceniem. Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres 59.



Źródło: GUS (Z-12).

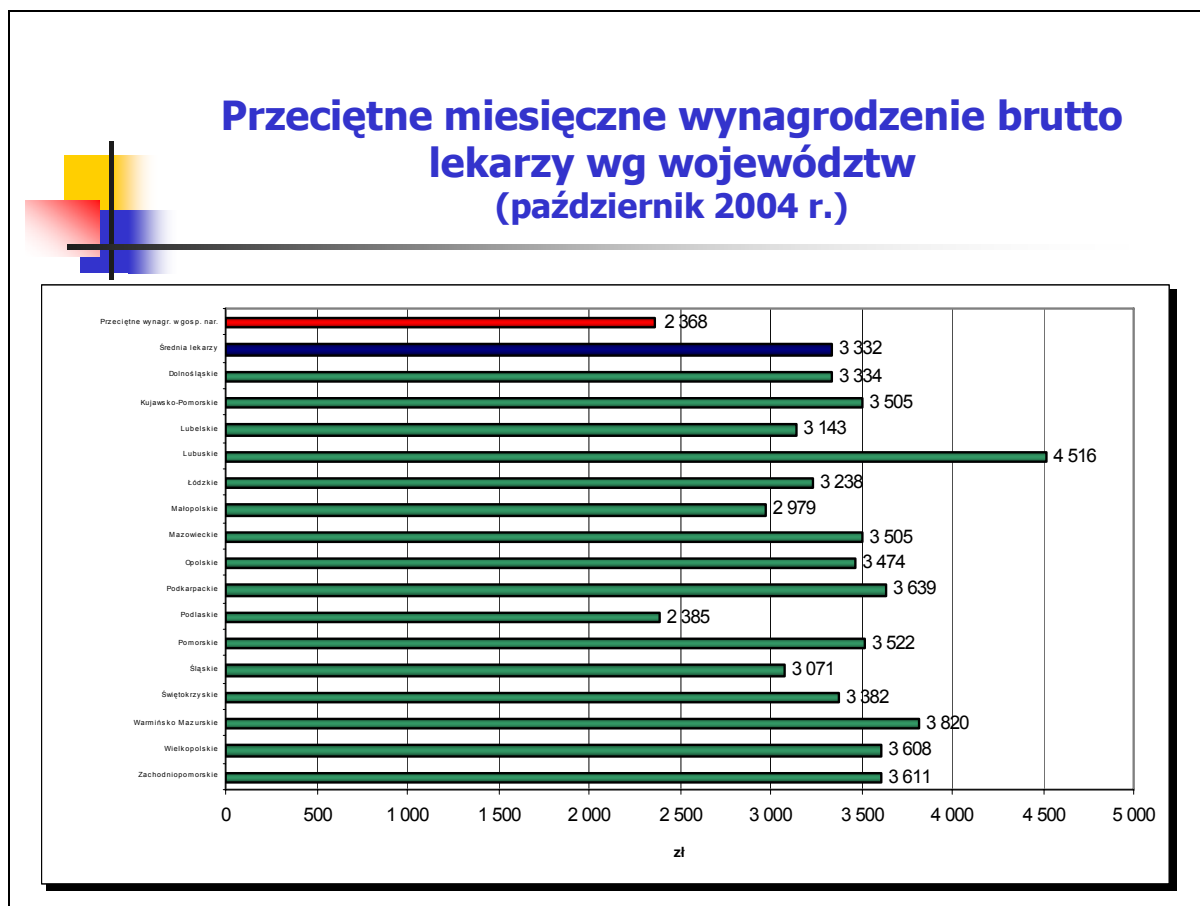
Równocześnie należy podkreślić, że lekarze jako grupa zawodowa są zobowiązani ustawowo do stałego doskonalenia swoich umiejętności zawodowych. Koszty tego kształcenia są w większości finansowane z dochodów własnych.

W celu zapewnienia odpowiedniego poziomu zarobków, lekarze pracują często na kilku etatach (w niepełnym wymiarze czasu pracy).

Wynagrodzenia lekarzy w skali kraju są zróżnicowane w zależności od województwa. Według danych GUS, najwyższe średnie wynagrodzenia otrzymują lekarze w województwie

lubuskim (4.516 zł), a najniższe wynagrodzenia występują w województwie podlaskim (2.385 zł). Zróżnicowanie regionalne poziomu wynagrodzeń lekarzy obrazuje poniższy wykres.

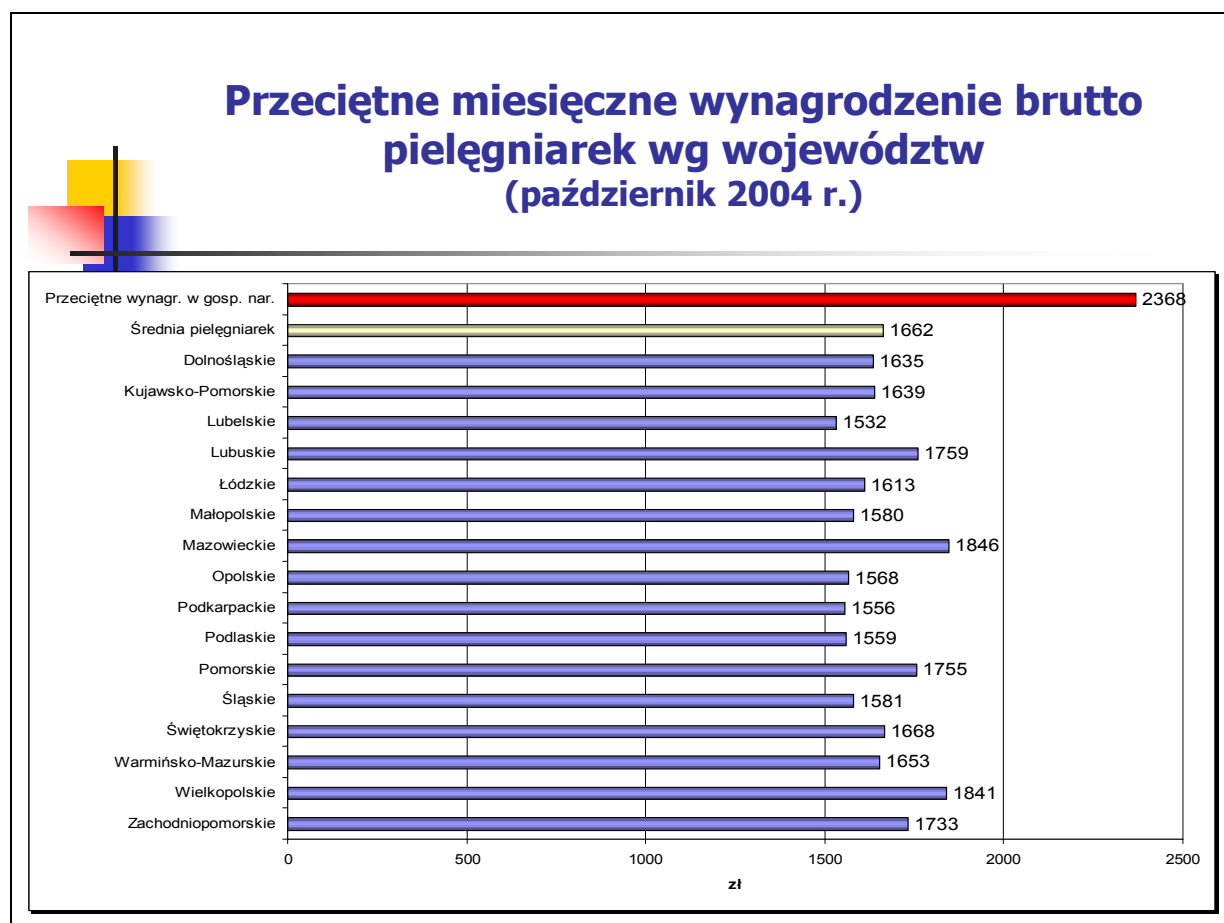
Wykres 60.



Źródło: GUS (Z-12).

W odniesieniu do grupy zawodowej pielęgniarek, średnie wynagrodzenie wg danych GUS w październiku 2004 r. wynosiło 1662 zł, i było niższe o ok. 30 % od przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej. W poszczególnych województwach wynagrodzenie pielęgniarek nie jest tak bardzo zróżnicowane jak w przypadku lekarzy (rozpiętość w granicach 300 zł), co obrazuje poniższy wykres.

Wykres 61.



Źródło: GUS (Z-12).

Wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stanowią prawie 51,7% wartości przychodów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z tytułu realizacji umów z NFZ. Ponadto pracownicy medyczni (głównie lekarze) świadczą usługi medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych (tzw. kontrakty). Koszty spoz-ów z tego tytułu wynoszą około 8,6% przychodów z tytułu umów z NFZ.

Pracownicy ochrony zdrowia wyrażają niezadowolenie z powodu poziomu płac i organizują akcje protestacyjne, żądając podwyżki wynagrodzeń.

Wykaz postulatów pracowników ochrony zdrowia

1. Przyjęcie przez Radę Ministrów projektu ustawy gwarantującej publiczne nakłady na ochronę zdrowia na poziomie 6% PKB.
2. Zwiększenie wysokości wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia: niezwłocznie o 30% w 2006 r. i o 100% w 2007r.
3. Zwiększenie wysokości wynagrodzeń lekarzy:
 - a) 5.000 miesięcznie brutto lub 33 zł za godzinę dla lekarza bez specjalizacji,
 - b) 7.500 miesięcznie brutto dla lekarza ze specjalizacją.
4. Zwiększenie wysokości wynagrodzeń pielęgniarek, do co najmniej 1,5 krotności średniego wynagrodzenia w sektorze państwowym.
5. Ustalenie płacy minimalnej pracowników ochrony zdrowia.
6. Określenie kosztów pracy w kosztach świadczeń zdrowotnych.
7. Ustalenie jednolitej ceny za świadczenia medyczne w całym kraju.
8. Zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na kształcenie przed i podyplomowe personelu medycznego oraz stworzenie prawnej możliwości odliczenia od dochodów kosztów kształcenia podyplomowego i obowiązkowych składek z tytułu przynależności do samorządu zawodowego.
9. Zwiększenie środków finansowych na pielęgniarską opiekę długoterminową.
10. Rozpoczęcie prac nad Kartą Pracownika Ochrony Zdrowia.
11. Dopuszczenie możliwości współpłacenia przez ubezpieczonych pacjentów.

Ministerstwo Zdrowia dokonało analizy finansowej kosztów realizacji najczęściej wysuwanych postulatów:

- koszt podwyższenia wynagrodzeń o 30% tylko pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki medycznej wyniósłby około 3,7 mld zł rocznie. Dodatkowo zwiększenie wysokości wynagrodzeń o 100 % w 2007 roku stanowiłoby koszt około 12, 4 mld zł,
- podwyższenie pensji lekarzom bez specjalizacji do 5.000 zł oraz lekarzom ze specjalizacją do 7.500 zł spowoduje wzrost wydatków na ochronę zdrowia w wysokości około 3 – 4 mld. zł rocznie, co stanowi równowartość aktualnego poziomu wydatków z budżetu państwa na wszystkie zadania w ochronie zdrowia,
- ustawowe zagwarantowanie publicznych nakładów na ochronę zdrowia na poziomie 6 % PKB wymaga zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia o ponad 20 mld. zł.

Należy podkreślić, że Rząd podjął działania mające na celu zwiększenie w 2007 r. środków finansowych na ochronę zdrowia o ponad 5 mld zł, tj. o 13% w stosunku do środków finansowych przeznaczanych obecnie.

Będą one pochodzić z trzech źródeł:

- finansowania systemu ratownictwa medycznego z budżetu państwa przy jednoczesnym pozostawieniu w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia środków obecnie przeznaczanych na ten cel,
- wzrostu składki ubezpieczenia zdrowotnego o 0,25% do poziomu 9%,
- przewidywanego wzrostu przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne związanego ze wzrostem gospodarczym i wzrostem dochodów ludności,
- urealnienia wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych z budżetu państwa za niektóre grupy osób, poprzez zmianę podstawy naliczania składki (urealnienie zostanie przeprowadzone etapowo w ciągu 2 lat, począwszy od 2008 r.).

Dalsze środki planuje się również uzyskać poprzez racjonalizację wydatków publicznych, a także poprzez pozyskanie środków z dodatkowych źródeł, np. finansowania przez ubezpieczycieli, w ramach ubezpieczenia OC, kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym.

Odpowiadając na wystosowywane przez pracowników ochrony zdrowia postulaty podwyższenia wysokości wynagrodzeń, zgodnie z poleceniem Prezesa Rady Ministrów, prace nad powyższym zagadnieniem prowadzone były w ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, działającego pod kierownictwem Ministra Zdrowia. W skład ww. Zespołu weszli przedstawiciele strony rządowej, pracodawców działających w ochronie zdrowia oraz związków zawodowych zrzeszających pracowników ochrony zdrowia. W pracach Zespołu uczestniczył również przedstawiciel Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia.

Opracowane rozwiązania ustawowe umożliwią przekazanie zakładom opieki zdrowotnej dodatkowych środków finansowych z przeznaczeniem na podwyższenie o 30 % wynagrodzeń, przy jednoczesnym określeniu ustawowych gwarancji, że środki te nie będą przez kierowników zakładów wykorzystane na inne cele.

Wysokość indywidualnych podwyżek wynagrodzeń zostanie określona przez kierowników zakładów, przy czym będzie ona zróżnicowana w zależności od aktualnego wynagrodzenia pracowników.

Podstawową regulacją dotyczącą zwiększenia wysokości wynagrodzeń będzie ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przygotowywany projekt ww. ustawy zakłada wzrost wynagrodzenia osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w zakładach opieki zdrowotnej działających w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki badawczo rozwojowej, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Projekt przewiduje, iż samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej otrzymają określoną pulę środków finansowych, odpowiadającą 30-procentowemu wzrostowi środków stanowiących równowartość sumy rocznych wynagrodzeń wypłaconych pracownikom tych zakładów, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne i na Fundusz Pracy w 2005 r.

Dyrektorzy szpoz-ów będą zobowiązani w całości przeznaczyć środki na wzrost wynagrodzeń pracowników kierowanego przez siebie zakładu. Projekt ustawy zawiera również regulacje, które nakazują zwrot do Narodowego Funduszu Zdrowia środków finansowych, które nie zostały przeznaczone na podniesienie wynagrodzeń pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek badawczo-rozwojowych w 2007 r. oraz na utrzymanie wynagrodzeń na podwyższonym poziomie w kolejnych latach. Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązany będzie również do kontrolowania sposobu wykorzystywania przez zakłady opieki zdrowotnej i jednostki badawczo-rozwojowe ww. środków.

W celu rozwiązania problemów płacowych oraz określenia zasad zatrudniania pracowników ochrony zdrowia, Prezes Rady Ministrów powołał w maju 2006 r. Międzyresortowy Zespół, który określi propozycje stosownych rozwiązań w tym zakresie.

Migracja personelu medycznego

Migracja personelu medycznego po przystąpieniu Polski do UE jest sprawą wymagającą szczególnej uwagi. W chwili obecnej nie jest znana dokładna liczba osób, które podjęły pracę za granicą po przystąpieniu Polski do UE. Za podstawę do oszacowania skali migracji za

granicę przyjęto liczbę zaświadczeń wydanych w celu uznania kwalifikacji zawodowych w innych państwach członkowskich UE. Ilość wydanych zaświadczeń stanowi jedynie informację na temat zainteresowania podjęciem pracy za granicą.

Od 1 maja 2004 roku do 31 grudnia 2005 r. wydano ogółem ok. 4,2 tys. zaświadczeń dla lekarzy, co stanowi 3,6 % lekarzy aktywnych zawodowo w Polsce oraz 2,4 tys. dla lekarzy dentyków (4,6%). Należy jednak zwrócić uwagę, że w kilku specjalnościach liczba wydanych zaświadczeń jest znacznie większa. Zainteresowanie wyjazdem do krajów proponujących znacznie lepsze możliwości zarobkowe oraz szanse rozwoju zawodowego jest szczególnie duże wśród lekarzy ze specjalnością:

- anestezjologia i intensywne leczenie,
- chirurgia plastyczna,
- i chirurgia klatki piersiowej.

Tabela 13.

Liczba wydanych zaświadczeń dla lekarzy i lekarzy dentyków pozwalających na ubieganie się o zatrudnienie w krajach UE

Zawód medyczny	Stan z dnia 30.06.2005 r.			Stan z dnia 31.12.2005 r.		
	Personel aktywny zawodowo/ogółem/	Liczba wydanych zaświadczeń /ogółem/	% liczby ogółem (3:2)	Personel aktywny zawodowo/ogółem	Liczba wydanych zaświadczeń /ogółem/	% liczby ogółem (6:5)
1	2	3	4	5	6	7
Lekarz	116 847	3 579	3%	115 296	4 223	3,6%
Lekarz dentyśta	30 283	1 967	3,6%	29 891	2 435	4.6%

Źródło: dane NRL.

Informacje na temat specjalności, w których obserwowane jest szczególne zainteresowanie wyjazdem za granicę prezentuje poniższa tabela.

Tabela 14.

Specjalności o największej liczbie wydanych zaświadczeń stwierdzających kwalifikacje zawodowe (posiadanie przez lekarza specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach UE w odniesieniu do RP)

Specjalizacja	Liczba specjalistów aktywnych zawodowo	Liczba wydanych zaświadczeń	% wydanych zaświadczeń do całkowitej liczby specjalistów
Razem lekarze specjaliści	78.223	2.435	3,11
w tym:			
Anestezjologia i intensywne terapia	3.795	526	13,86
Chirurgia klatki piersiowej	213	24	11,27
Chirurgia plastyczna	142	17	11,97
Lekarze dentyści ze specjalizacją	3.411	30	0,88

Źródło: dane NRL.

Pielęgniarkom i położnym, wg danych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w okresie od 1 maja 2004 roku do końca 2005 roku wydano 4,5 tys. zaświadczeń pozwalających na ubieganie się o zatrudnienie w krajach UE. Przedmiotowe zaświadczenia pobrało 1,4% ogółu zarejestrowanych pielęgniarek i położnych. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia poniższe zestawienie.

Tabela 15.

Liczba wydanych zaświadczeń dla pielęgniarek i położnych pozwalających na ubieganie się o zatrudnienie w krajach UE

Stan z dnia 30.06.2005 r.			Stan z dnia 31.12.2005 r.		
Ogólna liczba zarejestrowanych	Liczba wydanych zaświadczeń	% liczby zaświadczeń do liczby zarejestrowanych	Ogólna liczba zarejestrowanych	Liczba wydanych zaświadczeń	% wydanych zaświadczeń do liczby zarejestrowanych
300 710	3 025	1%	302 355	4 515	1,4%

Źródło: dane NIPiP.

Przedstawione powyżej dane nie świadczą jednak o tym, że wszyscy przedstawiciele wymienionych zawodów medycznych wyjechali za granicę, gdyż na przykład w przypadku lekarzy i lekarzy dentyków ubytek czynnych zawodowo w Polsce przedstawiciele tych zawodów stanowi 1,3% i spowodowany był różnymi sytuacjami życiowymi. Aktualnie problem migracji personelu medycznego nie stanowi istotnego zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Ponadto, należy zwrócić uwagę, że nie ma możliwości administracyjnego zablokowania wyjazdu pracowników ochrony zdrowia do innych krajów UE. Po wejściu Polski do Unii Europejskiej każdy obywatel państwa polskiego zyskał prawo do osiedlania się na stałe w celu podjęcia pracy w dowolnie wybranym kraju członkowskim. Swobodny przepływ pracowników stanowi jedną z podstawowych zasad funkcjonowania tzw. rynku wewnętrznego istniejącego w Unii Europejskiej. Decyzja o wyborze kraju, w którym obywatel Rzeczypospolitej Polskiej zamierza wykonywać zawód zależy tylko i wyłącznie od jego woli.

Działania na rzecz zatrzymania w kraju pracowników ochrony zdrowia nie mogą zatem przybierać formy jakiegokolwiek przymusu. Dlatego też instrumenty zachęcające do pracy w kraju, poza charakterem ekonomicznym powinny dawać możliwość satysfakcjonującego rozwoju, również zawodowego.

Na obecnym etapie trudno prognozować dalszy przebieg zjawiska migracji. Jednakże mając na uwadze fakt, iż nadmierny odpływ wykwalifikowanych kadr medycznych może w przyszłości spowodować zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia, zjawisko migracji wymaga wnikliwej obserwacji oraz wdrożenia działań zapobiegających ewentualnym zagrożeniom.

Przeciwdziałanie migracji personelu medycznego wymaga także stosowania odpowiedniej polityki płacowej w sektorze publicznej ochrony zdrowia.

Opóźnienia we wprowadzaniu nowych technologii medycznych.

Stosowanie nowych technologii medycznych - lekowych i nielekowych, jest wyznacznikiem nowoczesnej medycyny. Możliwość ich wprowadzania zależy od oczywistych wyznaczników np. takich jak możliwości finansowe systemu – publicznego płatnika, możliwości

finansowych świadczeniodawców i ich struktury własnościowej czy istnienia systemu licencjonowania usług zdrowotnych. Podstawowym powodem opóźnień wprowadzania nowych technologii w naszym kraju jest przede wszystkim problem niedostatecznego finansowania sektora zdrowotnego, jednakże istotną przeszkodą we wprowadzaniu nowych technologii medycznych był brak Agencji Oceny Technologii Medycznych. Działalność Agencji pozwoli na wprowadzanie technologii medycznych, których zastosowanie prowadzi do osiągnięcia korzystnego efektu diagnostycznego lub leczniczego, a koszt osiągnięcia tego efektu jest akceptowalny w porównaniu z odstępniem od interwencji lub niższy w porównaniu z zastosowaniem opcjonalnych technologii.

Jednocześnie analizy i raporty Agencji pozwolą na niewprowadzanie i eliminowanie technologii nieefektywnych, których skuteczność jest równa lub porównywalna ze skutecznością placebo, a ryzyko wystąpienia działań niepożądanych wysokie. Dzięki takim działaniom będzie można przeznaczyć środki finansowe na nowe technologie nie tylko poprzez ich podwyższenie, ale także poprzez zaprzestanie finansowania technologii nieskutecznych lub wręcz szkodliwych.

Ograniczony dostęp do leków

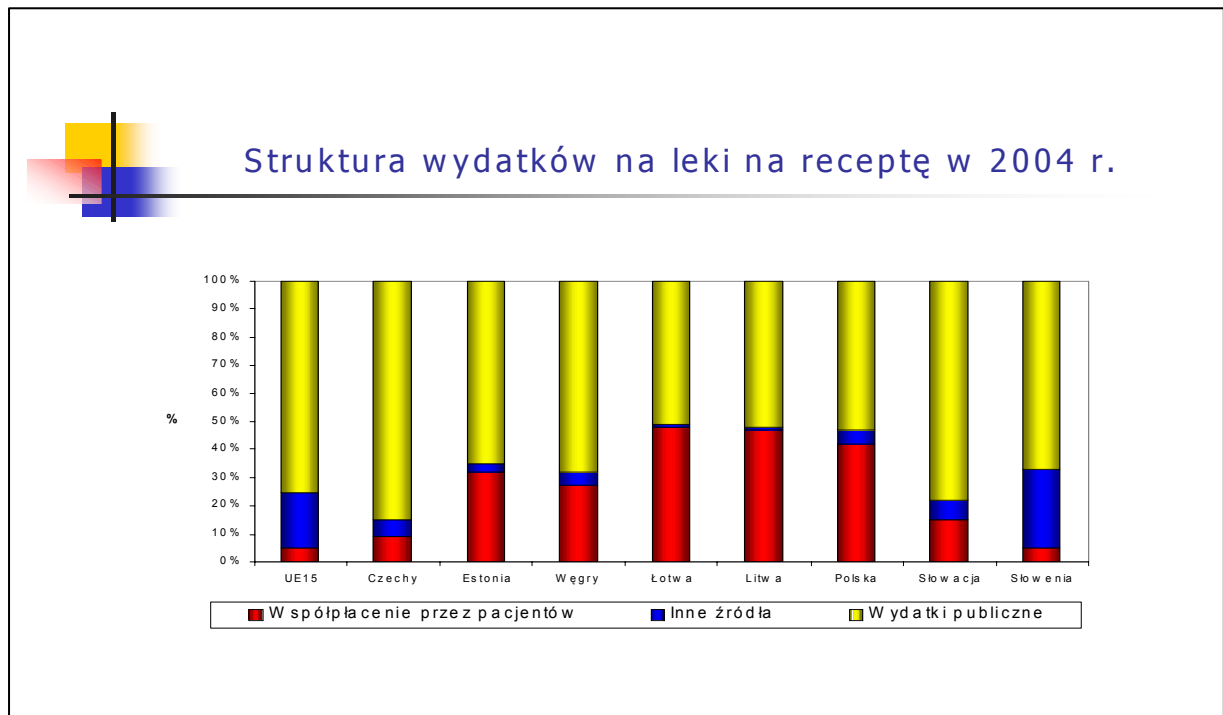
W obecnym systemie refundacji istnieje problem ograniczonego dostępu do leków. Problem ten należy rozpatrywać w dwóch aspektach:

- stosunkowo zbyt wysokich cen leków w porównaniu do zasobów finansowych ochrony zdrowia i ludności (przy czym ceny te są relatywnie niskie w porównaniu do cen leków w Europie, szczególnie w zakresie leków generycznych),
- zbyt małego dostępu pacjentów do nowych leków (leków innowacyjnych).

W Polsce, przy stosunkowo wysokich cenach leków w porównaniu ze środkami finansowymi systemu ochrony zdrowia, występuje wysoki udział odpłatności pacjentów za leki. Współpłacenie pacjentów w odniesieniu do wszystkich leków na receptę wynosi ok. 40%.

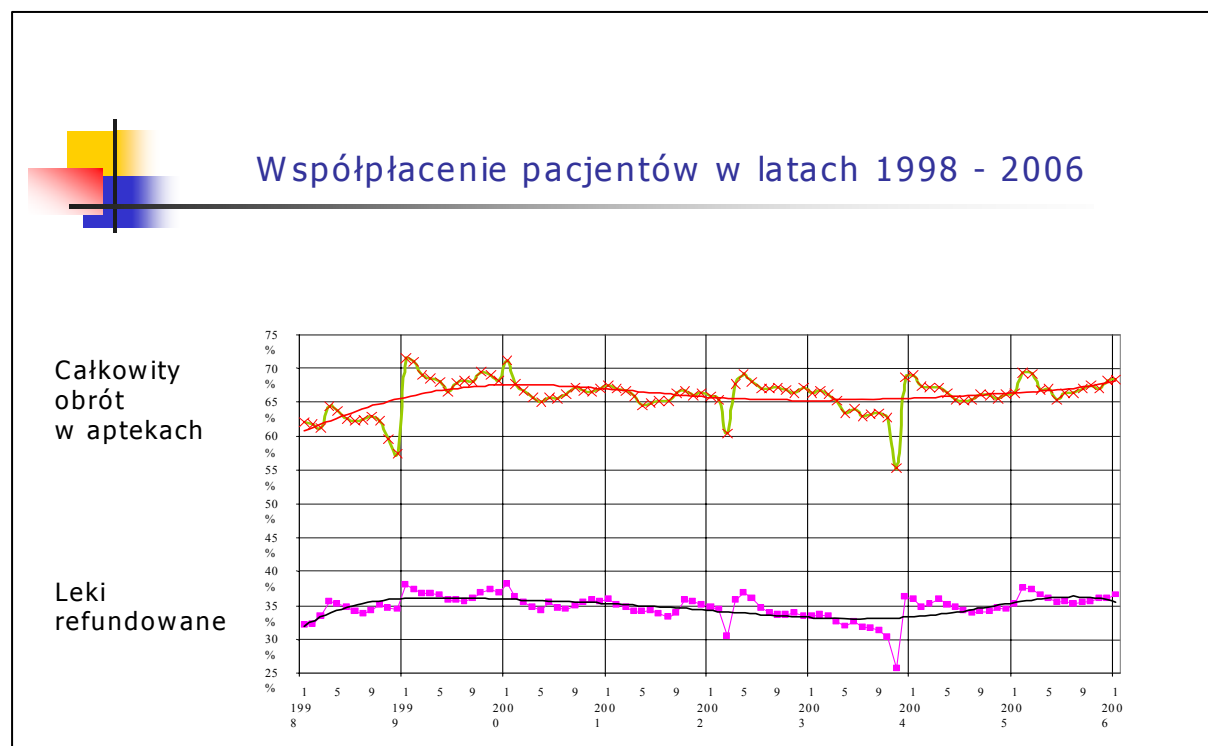
Jednocześnie, występuje wysoki udział wydatków na leki w stosunku do wydatków publicznych na ochronę zdrowia i wynosi 25 %. Poziom ten jest znacznie wyższy, niż w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, co obrazuje poniższy wykres:

Wykres 62.



Źródło: Raport Alcimed.

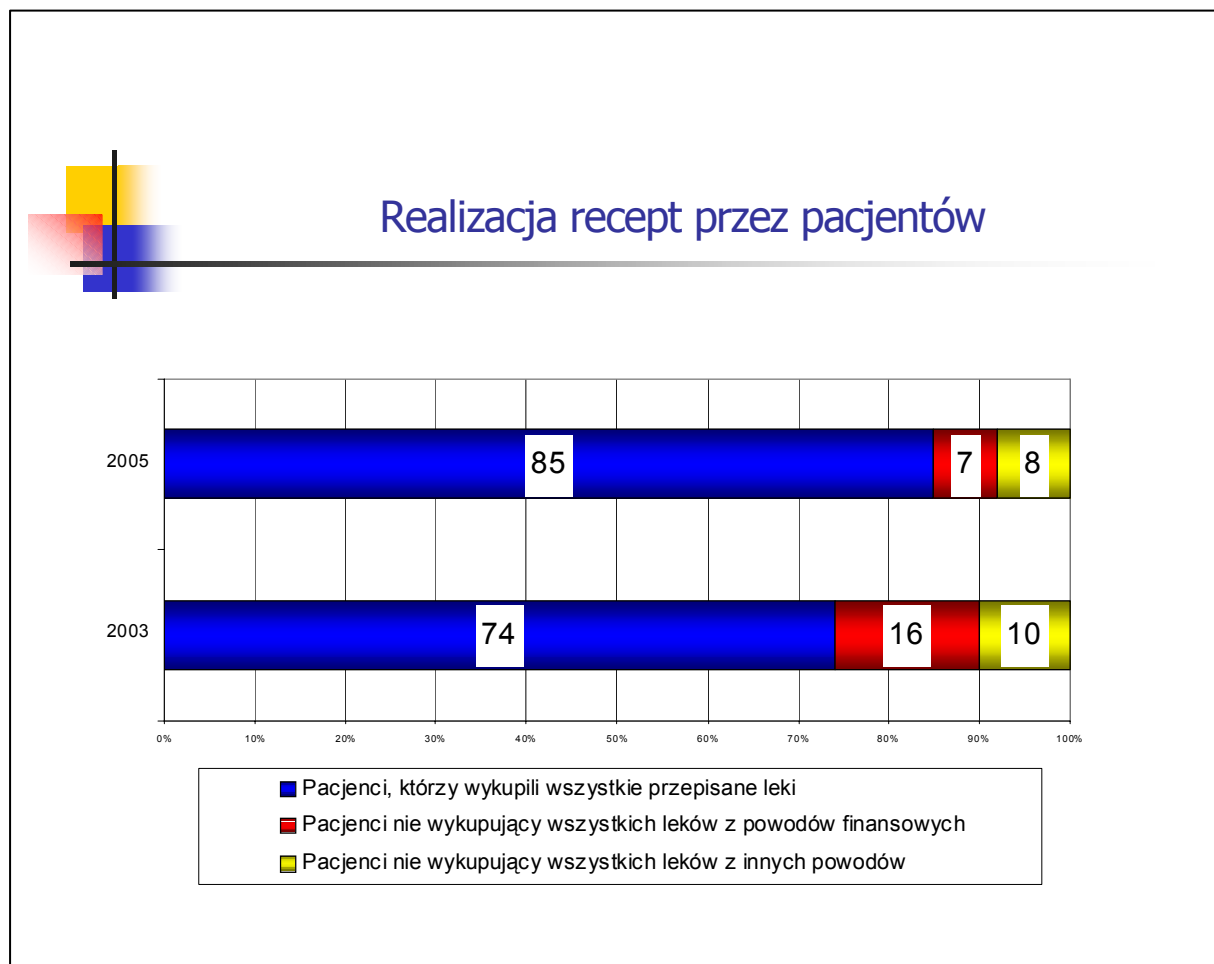
Wykres 63.



Źródło: Pharma Export.

W konsekwencji, część recept nie jest przez pacjentów realizowana, chociaż należy podkreślić, iż następuje systematyczny wzrost wskaźnika zrealizowanych recept. Liczba pacjentów niewykupujących wszystkich przepisanych na recepcie leków spadła z 16 % w 2003 roku do 7 % w 2005 roku:

Wykres 64.



Źródło: badania PBS dla PZPPF.

W latach 1998 – 2004 na wykazy leków refundowanych nie zostały wprowadzone żadne nowe cząsteczki. Sytuacja ta uległa zmianie w 2005 roku, w którym na wykazy wprowadzono 11 nowych cząsteczek. Obecnie, wnioski o wpis nowej cząsteczki na wykazy są rozpatrywane negatywnie, głównie ze względów na ograniczenia finansowe środków publicznych (Narodowego Funduszu Zdrowia). Do chwili obecnej wpłynęło ok. 700 wniosków z nowymi cząsteczkami czynnymi (ok. 100 nowych substancji czynnych). W konsekwencji, wiele leków innowacyjnych jest dostępnych dla pacjentów jedynie za pełną odpłatnością.

W celu rozwiązania tego problemu, przewiduje się:

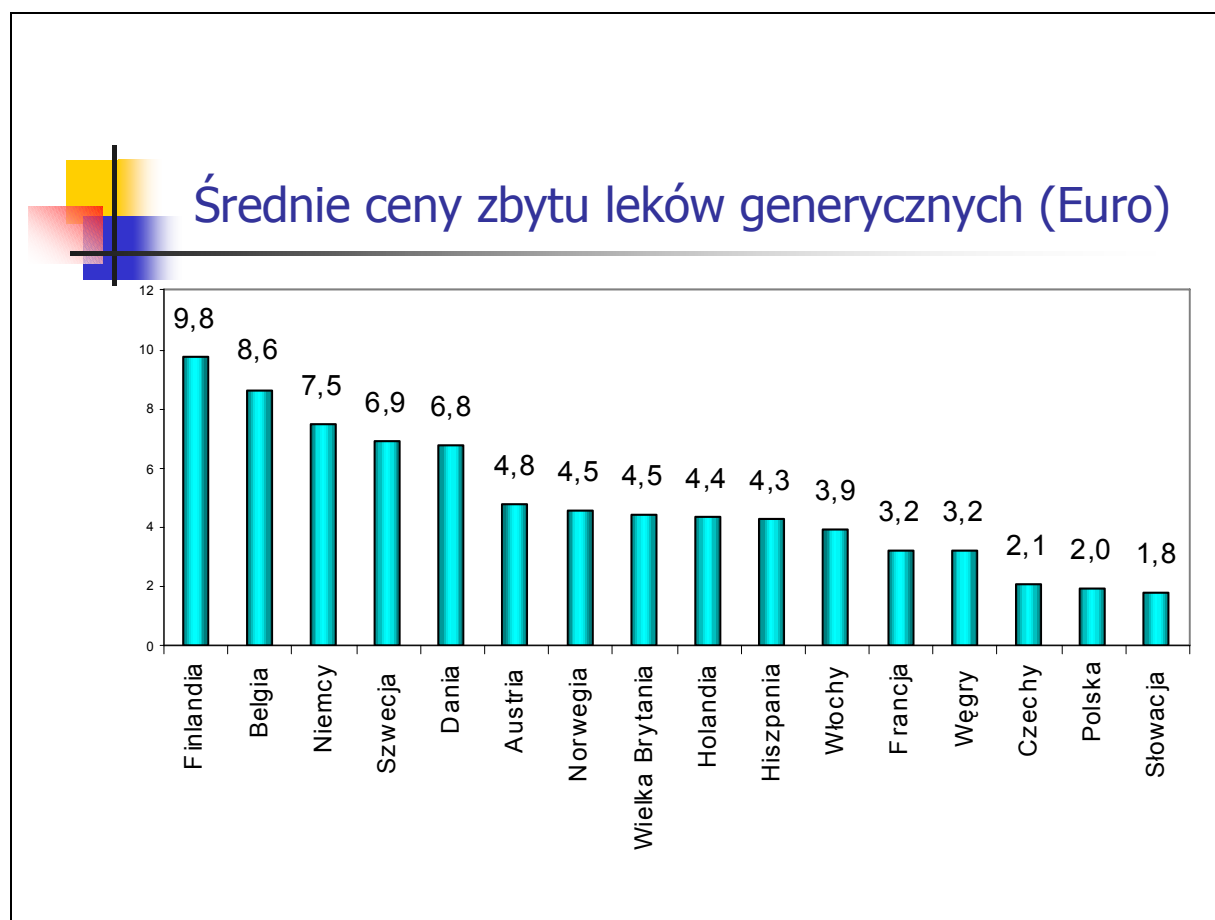
- wprowadzenie nowej kategorii leków – lek specjalistycznego stosowania,
- wzmocnienie polityki progenerycznej (zwiększenie udziału tzw. leków generycznych, tj., tańszych odpowiedników leków oryginalnych),
- działania zmierzające do obniżania cen leków.

Aktualnie prowadzone są prace mające na celu nowelizację ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, których przedmiotem jest m.in. wprowadzenie nowej kategorii leków – lek specjalistycznego stosowania. Kategorią tą objęte będą przed wszystkim nowe leki o udowodnionej skuteczności.

W wykazie leków specjalistycznego stosowania umieszczone będą leki ze ściśle określonymi zasadami stosowania, warunkującymi refundację, a także z określonymi wymaganiami odnośnie kwalifikacji osoby ordynującej dany lek (lub jednostki ochrony zdrowia, w której dany lek będzie stosowany). Dzięki temu, zwiększy się dostęp pacjentów do leków innowacyjnych, często bardzo drogich, a jednocześnie, dzięki ściśle sprecyzowanym warunkom ordynacji takich leków i jej kontrolą, nie nastąpi drastyczny wzrost wydatków publicznych, związanych z ich refundacją.

Wzrost ilości refundowanych leków generycznych (tj. tańszych odpowiedników leków oryginalnych) to kolejny instrument, który pozwoli na zwiększenie dostępności do leków. Nastąpi to poprzez regularne (co 90 dni) włączanie tańszych odpowiedników do wykazów leków refundowanych.

Wykres 65.

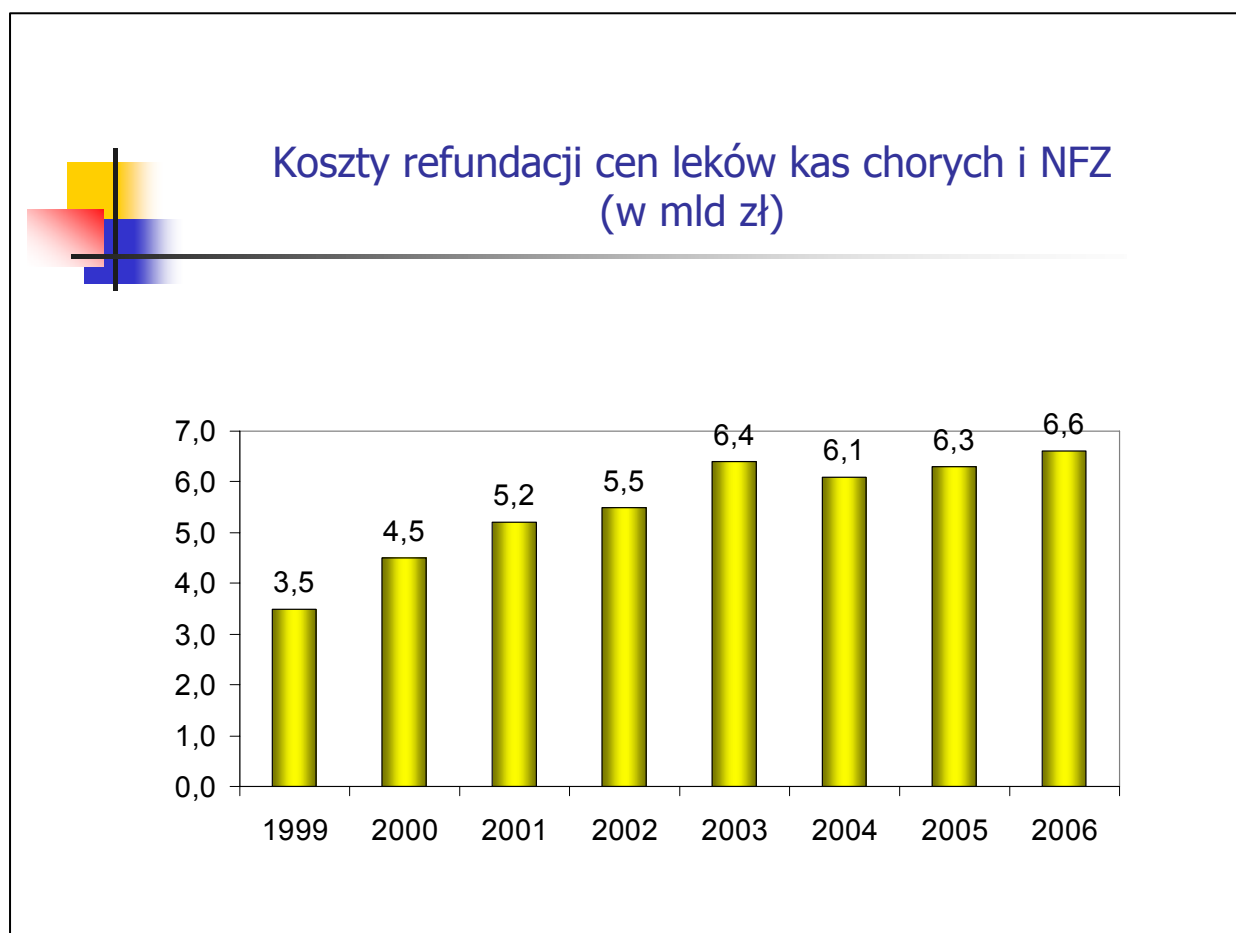


Źródło: dane MZ.

Zmniejszenie współpłacenia pacjentów za leki może nastąpić poprzez twarde negocjacje cenowe z producentami leków i obniżanie cen leków (między innymi poprzez rewizję cen urzędowych). Aktualnie prowadzone są prace nad nowelizacją wykazów leków refundowanych, w ramach których dokonano przeglądu wszystkich cen urzędowych leków refundowanych, skutkiem czego nastąpi obniżenie cen dla wielu leków umieszczonych na ww. wykazach. Umieszczenie nowego leku na ww. wykazach poprzedzone będzie wnikliwą analizą ceny leku oraz opartymi na niej negocjami cenowymi.

Powyzsze działania będą skutkowały zwiększeniem konkurencji na rynku, i w konsekwencji niższymi cenami leków, a co za tym idzie, niższym poziomem współpłacenia przez pacjentów, jak również racjonalizacją wydatków ze środków publicznych na leki refundowane.

Wykres 66.



Źródło: dane MZ i NFZ.

Kolejki do lekarzy specjalistów

Jednym z dotkliwie odczuwalnych przez pacjentów problemów, postrzeganych jako brak dobrej organizacji systemu ochrony zdrowia są długie kolejki do lekarzy specjalistów.

Mimo, że dotyczą one tylko niektórych specjalności medycznych stają się dużym problemem społecznym i organizacyjnym w znacznym stopniu przyczyniającym się do negatywnej opinii społecznej o systemie. Kolejki nie tylko do lekarzy specjalistów, ale także do leczenia stacjonarnego są charakterystycznym elementem każdego systemu ochrony zdrowia na świecie, bez względu na wysokość jego finansowania. Świadczy to jednoznacznie, że problemu tego nie rozwiąże się wyłącznie poprzez zwiększenie finansowania systemu (zmniejszenie lub wyeliminowanie limitów finansowych), ale konieczne są jednocześnie działania organizacyjne i legislacyjne.

Zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Świadczeniodawca ustala kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorców. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielania świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który (jeżeli to wynika z kryteriów medycznych) koryguje odpowiednio termin udzielania świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Należy podkreślić, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są świadczeniobiorcy niezwłocznie.

Mając na uwadze konieczność zwiększenia przejrzystości procedur związanych z prowadzeniem list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 26 września 2005 roku w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia, świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej: stan zdrowia świadczeniobiorcy, rokowania co do dalszego przebiegu choroby i chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenie wystąpieniem, utrwaleniem lub pogłębieniem niepełnosprawności.

Jednocześnie, zgodnie z przepisami ww. ustawy, świadczeniobiorcy mają możliwość wyboru świadczeniodawcy, u którego czas oczekiwania na określone świadczenie opieki zdrowotnej jest najkrótszy.

Należy podkreślić, iż dane nt. czasu oczekiwania pacjentów na poszczególne świadczenia gromadzone są od 2004 roku. W 2005 i w 2006 roku dokonano pierwszych zbiorczych analiz oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej za rok 2004 i 2005 (Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia).

Z analiz tych wynika, że w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej najwięcej osób oczekuje na świadczenia poradni: okulistycznych (ponad 157 tysięcy osób), kardiologicznych (ponad 71 tysięcy osób), chirurgii urazowo- ortopedycznej (63 tysiące osób), ginekologiczno- położniczych (około 72 tysięcy osób), endokrynologicznych (ponad 50 tys. osób), co zostało zilustrowane na poniższym wykresie.

Wykres 67.



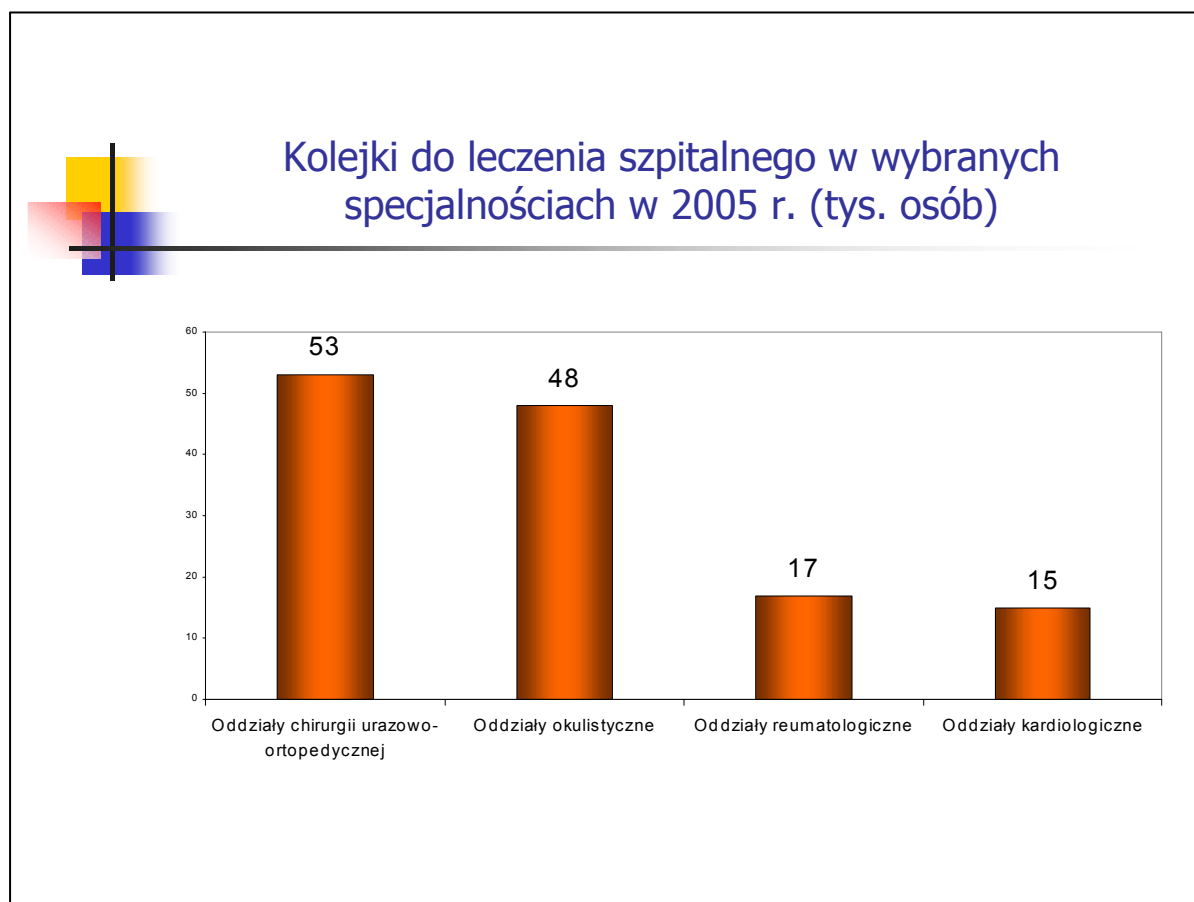
Źródło: dane MZ i NFZ.

Najdłuższy średni okres oczekiwania w 2005r. występował przy realizacji świadczeń w poradniach: hematologicznych (82 dni), endokrynologicznych (71 dni), osteoporozy (71 dni), alergologicznych dla dzieci (70 dni). W pozostałych poradniach średni czas

oczekiwania nie przekraczał dwóch miesięcy. Ponadto duży problem stanowi oczekiwanie na świadczenia protetyczne w poradniach stomatologicznych oraz poradniach i pracowniach protetyki stomatologicznej. Średni okres oczekiwania na te świadczenia wynosi ponad pół roku.

W szpitalnej opiece specjalistycznej najwięcej osób oczekiwało na świadczenia realizowane przez oddziały: chirurgii urazowo- ortopedycznej (około 53 tysięcy osób), okulistyczne (około 48 tysięcy osób), reumatologiczne (około 17 tysięcy osób) kardiologiczne (15 tysięcy osób), co ilustruje poniższy wykres.

Wykres 68.



Źródło: dane MZ i NFZ.

Najdłuższy średni czas oczekiwania wystąpił na świadczenia realizowane przez oddziały: chirurgii ręki (576 dni), urologii dziecięcej (150 dni), reumatologii (95 dni), gastrologii (90 dni), okulistyczne (85), kardiouchirurgii dziecięcej (81 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej (79 dni).

Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia jest rozwiązaniem stosowanym również w innych krajach. Z informacji dotyczących czasu oczekiwania na niektóre świadczenia medyczne na świecie wynika, że obecna sytuacja w Polsce nie zawsze negatywnie odbiega od sytuacji istniejącej w innych krajach. Z danych OECD wynika, że różnego rodzaju trudności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej występują nie tylko w krajach biednych i średniozamożnych, lecz także w krajach najbogatszych, takich jak: Australia, Kanada, Dania, Hiszpania, Holandia, Norwegia, Szwecja czy Wielka Brytania. Czas oczekiwania na niektóre świadczenia planowe jest długi. Zapewnienie bardzo szybkiego dostępu do wszystkich typów świadczeń byłoby niezmiernie kosztowne. Na to nie stać nawet najbogatszych krajów świata.

Ponadto, należy mieć na uwadze, że obecnie gromadzone dane nt. czasu oczekiwania nie mogą stanowić podstawy do określenia rzeczywistej długości oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, ponieważ aktualny system rejestrowanych listy oczekujących dopuszcza możliwość zapisania się pacjenta do kilku specjalistów. Jeżeli pacjent uzyska takie świadczenie u jednego z tych świadczeniodawców, na których listach oczekujących był umieszczony, bądź zrezygnuje z usługi, czy zabiegu, to wówczas informacja na ten temat na ogół nie trafia do pozostałych świadczeniodawców. Na skutek tego na listach oczekujących znajduje się wielu pacjentów, którzy faktycznie nie czekają już na świadczenie opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym Minister Zdrowia w ramach aktualnie prowadzonych prac nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obecnie w uzgodnieniach międzyresortowych), zaproponował zmianę w art. 23 ust. 1 cytowanej ustawy, zgodnie z którą świadczeniodawca przekazuje co miesiąc, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, właściwemu ze względu na miejsce udzielenia świadczenia oprócz informacji dotyczących liczby oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, również numer PESEL świadczeniobiorcy oczekującego na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, a w przypadku gdy świadczeniobiorcy nie nadano tego numeru, rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

Rozwiązanie to umożliwi monitorowanie przez Fundusz obecności poszczególnych świadczeniobiorców na kilku listach oczekujących na to samo świadczenie jednocześnie oraz monitorowanie rodzajów świadczeń wykazywanych na listach oczekujących. Prawidłowa

i kompleksowa identyfikacja osób na listach oczekujących ma służyć poprawie informacji o okresach oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz umożliwić zapewnienie lepszego planowania nakładów finansowych na określone typy świadczeń.

Korupcja w ochronie zdrowia.

Kolejnym problemem, koniecznym do szybkiego rozwiązania jest korupcja w ochronie zdrowia. Niezbędne jest podjęcie wszelkich działań, aby zapobiegać, a w konsekwencji wyeliminować to zjawisko. Najbardziej powszechnymi obszarami korupcyjnymi w ochronie zdrowia są:

- nieformalne opłaty,
- patologie w kontaktach pomiędzy personelem medycznym i aptecznym a przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego,
- nieprawidłowości we wprowadzaniu leków na listy leków refundowanych, przypadki jawnego konfliktu interesu wśród osób pełniących wysokie funkcje publiczne,
- kryzys moralny wśród osób wykonujących zawody medyczne i brak działań na rzecz propagowania postaw etycznych oraz upowszechniania i egzekwowania kodeksów etycznych pracowników służby zdrowia,
- brak odpowiedniej wiedzy pacjentów na temat ich praw.

Trzeba też podkreślić, że problemu korupcji nie da się wyeliminować jednym rozwiązaniem np. podwyższeniem płac pracownikom służby zdrowia. Potrzebne są rozwiązania zarówno organizacyjne, legislacyjne ale także, a może przede wszystkim edukacyjne i uświadamiające społeczeństwu, iż korupcję należy zwalczać.

Ministerstwo Zdrowia współrealizuje wykonanie rządowej Strategii Antykorupcyjnej. Wśród podejmowanych działań w tym zakresie znajdują się:

- 1) działalność Biura Praw Pacjenta (poprzez działania o charakterze interwencyjno-informacyjnym),
- 2) aktywne uczestnictwo Ministerstwa Zdrowia na forum międzynarodowym poprzez podejmowanie działań na rzecz stworzenia instytucji działającej w celu zapobiegania korupcji i oszustwom w systemie ochrony zdrowia - Europejskiego Biura ds. Oszustw i Korupcji w Ochronie Zdrowia – w marcu 2006 r. Minister Zdrowia podpisał deklarację


członkostwa w Sieci, a przedstawiciele Ministerstwa aktywnie uczestniczą w pracach grup roboczych,

- 3) monitorowanie realizacji na studiach medycznych programów nauczania zawierających treści kształtujące postawy i zachowania antykorupcyjne - obecnie przygotowywane są stosowne ankiety, których celem jest pozyskanie informacji nt. poziomu tego kształcenia,
- 4) realizacja projektu dotyczącego opracowania i wdrożenia systemu zarządzania listami oczekujących na świadczenia zdrowotne w ramach realizacji Programu Transition Facility 2004 – celem projektu jest przeprowadzenie, w aspekcie działań antykorupcyjnych, analizy aktualnych polskich rozwiązań organizacyjno-prawnych w obszarze ochrony zdrowia, związanych z listami oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz przedstawienie propozycji konkretnych rozwiązań wraz ze zmianami organizacyjnymi i prawnymi usprawniającymi w tym zakresie aktualny system ochrony zdrowia.

Ponadto trwają prace nad:

- projektem ustawy o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych zawierającym m.in. implementację dyrektywy przejrzystości w zakresie rozdzielenia organu odpowiedzialnego za rejestrację leków od organu odpowiedzialnego za refundację leków oraz wprowadzenie ograniczenia w prowadzeniu działalności gospodarczej, a także w posiadaniu akcji i udziałów w spółkach handlowych przez członków organów Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz obowiązek składania przez Prezesa i Wiceprezesów Urzędu oświadczeń o ich stanie majątkowym – obecnie prowadzone są uzgodnienia z Ministrem Finansów m.in. na temat zmiany statusu prawnego Urzędu i finalizowane są prace legislacyjne w zakresie opracowania projektu ustawy;
- projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, wprowadzającym Rejestr Korzyści dla członków Zespołu ds. Gospodarki Lekami oraz konieczność składania oświadczeń zawierających dane zawarte w Rejestrze Korzyści przez osoby, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i innych opracowań dla Zespołu – projekt jest na etapie uzgodnień zewnętrznych.

6. Naprawa systemu ochrony zdrowia.



NAPRAWA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

- uruchomienie systemu ratownictwa medycznego,
- utworzenie sieci szpitali,
- koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych,
- usprawnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia,
- wprowadzenie nowych form ubezpieczeń zdrowotnych:
 - dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych,
 - obowiązkowych ubezpieczeń pielęgnacyjnych,
- włączenie funduszu chorobowego administrowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do systemu ubezpieczeń zdrowotnych,
- wprowadzenie finansowania kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC,
- opracowanie projektu ustawy o ustroju ochrony zdrowia.

Uruchomienie systemu ratownictwa medycznego

Istotnym elementem strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce jest konieczność dalszego doskonalenia systemu ratownictwa medycznego. Należy podkreślić, iż od początku zmian w tej dziedzinie, tj. od roku 1999, udało się dokonać znacznego postępu poprzez:

- podniesienie standardu karet pogotowia ratunkowego (wyposażenie w medyczny sprzęt ratowniczy);
- wybudowanie ponad 200 szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- zorganizowanie około 140 Centrów Powiadamiania Ratunkowego – zintegrowanych stanowisk dyspozytorskich służb ratunkowych, Straży Pożarnej i Policji, przyjmujących wezwania o zdarzeniach nagłych i dysponujących właściwe jednostki ratownicze na miejsce zdarzenia;

- uruchomienie uniwersalnego numeru alarmowego „112”.

Postęp w ratownictwie medycznym dokonał się dzięki wspólnym wysiłkom Ministerstwa Zdrowia, wojewodów, samorządów terytorialnych i zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych osobom w stanie zagrożenia zdrowia i życia.

Od 1999 roku na zbudowanie systemu ratownictwa medycznego przeznaczono z budżetu państwa ponad 300 mln zł w ramach Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne i nadal finansowane są wydatki pozapłacowe w centrach powiadamiania ratunkowego, które zostały utworzone w ramach tego programu.

Jednak system ratownictwa medycznego wymaga zreorganizowania. Minister Zdrowia przygotował projekt ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, który zakłada:

- 1) zintegrowanie systemu ratowniczego poprzez duże, nowoczesnie wyposażone centra powiadamiania ratunkowego - tworzone przez wojewodę (a nie przez starostę), w liczbie jedno centrum na co najmniej 250 tys. mieszkańców;
- 2) utworzenie centrów koordynacji ratownictwa medycznego (po jednym w każdym województwie). Ich zadaniem będzie zapewnienie kierowania medycznymi działaniami ratowniczymi w razie konieczności użycia sił i środków spoza obszaru działania danego centrum powiadamiania ratunkowego oraz gromadzenie danych odnośnie zasobów, jakimi dysponują jednostki ochrony zdrowia na danym obszarze;
- 3) zespoły ratownictwa medycznego - złożone z trzech osób, w tym co najmniej z dwóch ratowników medycznych. Lekarze wejdą w skład zespołów lub dostępni będą na wezwanie dyspozytora centrum powiadamiania ratunkowego;
- 4) rozszerzenie systemu ratownictwa medycznego na jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej (kliniki i oddziały) wyspecjalizowane w leczeniu urazów, udarów oraz w kardiologii interwencyjnej. Jednostki te oraz szpitalne oddziały ratunkowe będą zobowiązane do uzyskiwania akredytacji podległego Ministrowi Zdrowia centrum monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych;
- 5) wykorzystanie w systemie ratownictwa medycznego organizacji społecznych;
- 6) kształcenie ratowników na potrzeby straży pożarnej i policji.

Finansowanie ratownictwa medycznego będzie następowało z dwóch źródeł:

- 1) z budżetu państwa;
- 2) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z projektem ustawy o państwowym ratownictwie medycznym z budżetu państwa z części, której dysponentami są wojewodowie będą finansowane zespoły ratownictwa medycznego, a z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Natomiast ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia będą finansowane świadczenia udzielane przez szpitalne oddziały ratownicze i komórki organizacyjne zakładu opieki zdrowotnej wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w zakresie urazów, kardiologii inwazyjnej i udarów.

Wojewoda będzie powierzał dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawieranie umów z zespołami ratownictwa medycznego, oraz ich rozliczanie i kontrolę.

Podział ogólnej kwoty środków na finansowanie ratownictwa medycznego na poszczególnych wojewodów będzie dokonywany w oparciu o algorytm ustalony rozporządzeniem przez Ministra Zdrowia. Przewiduje się, że większość przepisów nowej ustawy zacznie obowiązywać już od 1 stycznia 2007 r. Natomiast jeszcze w 2006 r. wojewodowie otrzymają środki zabezpieczone w rezerwie celowej na ratownictwo medyczne, z przeznaczeniem na poprawę koordynacji działań ratowniczych i powiadamiania w systemie Ratownictwa Medycznego.

Równocześnie, realizowany jest wieloletni program „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005 – 2010”, dzięki któremu zakupione zostaną 23 nowoczesne śmigłowce ratunkowe, umożliwiające szybkie i sprawne ratowanie życia, w tym również w nocy i w trudnych warunkach pogodowych.

Utworzenie sieci szpitali

Utworzenie sieci szpitali pozwoli na:

- poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych systemu ochrony zdrowia,
- zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości,
- racjonalizację rozmieszczenia szpitali w Polsce i ich potencjału diagnostyczno – terapeutycznego w stosunku do potrzeb zdrowotnych wynikających z danych demograficznych i epidemiologicznych.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad zasadami tworzenia sieci. Wyniki prac zostaną przedstawione w grudniu 2006 roku. Do sieci, na równych prawach, wejdą szpitale publiczne i niepubliczne.

Ostateczne decyzje dotyczące utworzenia sieci będą podejmowane przez samorzady wojewódzkie.

Do tworzenia sieci wykorzystane będą także elementy metodologii strukturalnej, opierającej się na określonych wymaganiach, dotyczących przede wszystkim takich parametrów jak:

- wielkość szpitala,
- rodzaj i ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- wymagania lokalowe,
- wymagane wyposażenie uzależnione od przypisanego poziomu opieki szpitalnej – referencyjności,
- liczba personelu medycznego o właściwych kwalifikacjach,
- uwarunkowania geograficzne – równomierne rozmieszczenie w zależności od gęstości zaludnienia i lokalnych uwarunkowań strukturalnych (drogi, duże zakłady przemysłowe, porty),
- realizowane zadania związane z ratownictwem medycznym.

Ważnym elementem funkcjonowania w sieci będzie możliwość realizacji zadań związanych z ratownictwem medycznym. Do zakładów opieki zdrowotnej, które mogą realizować ww. zadania zalicza się zakłady, w których uruchomiono szpitalne oddziały ratunkowe oraz zakłady realizujące zadania z zakresu ratownictwa medycznego. Zadania te obejmują szerokie

spektrum świadczeń udzielanych w stanach zagrożenia życia lub zdrowia; należy do nich w szczególności udzielanie świadczeń:

- w przypadku urazów wielonarządowych,
- w ostrych zespołach wieńcowych (funkcjonująca pracownia – oddział kardiologii interwencyjnej),
- z zakresu chirurgii ogólnej,
- w zakresie neurochirurgii,
- w zakresie kardiochirurgii,
- w zakresie traumatologii narządu ruchu,
- w zakresie intensywnej opieki medycznej i intensywnej opieki kardiologicznej,
- w zakresie neurologii, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia ostrych incydentów mózgowych (tzw. oddziały leczenia udarów).

Kolejnymi kryteriami określającymi funkcjonowanie w sieci będą:

- 1) stabilna sytuacja ekonomiczna szpitali zapewniająca ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych;

Zadłużenie nie będzie stanowiło kryterium wykluczającego włączenie szpitali do sieci, jednak szpitale będą zobowiązane do opracowania i wdrożenia w wyznaczonych terminach skutecznych programów naprawczych, których realizacja będzie warunkowała pozostanie w sieci; opracowywana jest koncepcja działań wiążących konstruowanie sieci z ogólnokrajowym programem restrukturyzacji długów szpitalnych;

- 2) wykonywanie minimalnej liczby wybranych świadczeń w celu zapewnienia odpowiedniej jakości ich udzielania i kompetencji personelu medycznego;
- 3) realizacja zadań związanych z bezpieczeństwem i obronnością państwa.

Przynależność do sieci będzie wiązała się z gwarancją finansowania świadczeń ze środków publicznych, co nie oznacza, że pozostałe zakłady nie będą mogły ubiegać się o środki z NFZ.

Niespełnienie przez szpital ustawowych wymogów będzie równoznaczne z wyłączeniem szpitala z sieci, dlatego też konieczna jest ciągła weryfikacja szpitali pod względem spełniania wymogów przynależności do sieci.

Konieczne jest wprowadzenie mechanizmów ułatwiających szpitalom zmianę profilu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Prowadzone prace legislacyjne w zakresie nowelizacji *ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* zawierają propozycję zapisów umożliwiających łączenie zakładów opieki zdrowotnej bez ich likwidacji (projekt znajduje się w Sejmowej Komisji Zdrowia).

Koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych

Określenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych stanowi jeden z głównych priorytetów działania Rządu, ujętych w expose Prezesa Rady Ministrów Kazimierz Marcinkiewicza. Propozycje wykazu świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przez państwo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zostaną przedłożone w połowie 2007 r.

Zadania związane z opracowaniem koszyka zostały powierzone Agencji Oceny Technologii Medycznych. Głównym zadaniem jest dostarczanie wiarygodnych i kompletnych dowodów naukowych wszystkim podejmującym decyzje w zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej. Zadanie to jest realizowane poprzez ocenę technologii medycznych, w szczególności procedur medycznych.

Pojęcie technologii medycznej obejmuje procedury medyczne, zastosowania leków, interwencje chirurgiczne, testy diagnostyczne, badania przesiewowe oraz zadania promocji zdrowia. Dzięki decyzjom opartym na wiarygodnych dowodach naukowych będzie możliwe uzyskanie lepszych efektów leczniczych w ramach tego samego budżetu, szybsze wprowadzanie nowoczesnych, skutecznych i opłacalnych technologii medycznych.

W pierwszym etapie prac nad przygotowaniem koszyka, Agencja uzgadnia stanowiska wszystkich środowisk zawodów medycznych oraz ekspertów zajmujących się problematyką oceny świadczeń zdrowotnych, opracowuje spójną metodologię postępowania przy

opisywaniu świadczeń oraz przygotowuje narzędzia do tego opisu dla profesjonalistów medycznych.

Rozpoczęły się również prace zespołu ekonomicznego, którego zadaniem jest przygotowanie metodologii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej opisanych przez zespoły specjalistów krajowych. Do współpracy zaproszono również ekspertów ekonomiki zdrowia z Banku Światowego. Agencja Oceny Technologii Medycznych wraz z Zespołem Ekspertów bardzo ściśle i aktywnie współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Szkolenia dla pracowników merytorycznych Agencji odbywać się będą z udziałem ekspertów europejskich w ramach projektu finansowanego ze środków unijnych - obecnie uzgadniane są szczegóły umowy współpracy bliźniaczej z francuskim Ministerstwem Zdrowia.

Intensywnie rozwijane są kontakty międzynarodowe. Agencja uczestniczy w projekcie Europejskiej Sieci Agencji Oceny Technologii Medycznych. W celu zapewnienia wysokiej jakości merytorycznej ocen technologii medycznych, każda analiza opracowana na zlecenie lub przez Agencję będzie recenzowana przez dwóch ekspertów zagranicznych.

Institucje, których głównym zadaniem jest ocena technologii medycznych na potrzeby administracji państwowej i płatnika publicznego funkcjonują obecnie w ponad 20 krajach świata. Do międzynarodowego Stowarzyszenia Agencji Oceny Technologii Medycznych należą obecnie 43 agencje z 21 krajów – w najbliższym czasie Polska złoży formalny wniosek o członkostwo tej organizacji.

Usprawnienie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

W ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego realizowana jest większość usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. System funkcjonuje od 1999 r. i wymaga stałego usprawniania, przede wszystkim pod kątem ułatwiania dostępu ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, ale także pod kątem eliminacji nieprawidłowości w działaniu systemu i przepływie środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Poprawa finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wymaga lepszej alokacji środków finansowych. Aktualnie do głównych zadań w tym zakresie należy przede wszystkim:

- 1) udoskonalenie algorytmu podziału środków na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, tak aby dostosować je do rzeczywistej realizacji świadczeń w poszczególnych regionach kraju;
- 2) umożliwienie lepszego wykorzystania środków finansowych będących w dyspozycji NFZ (m.in. poprzez stworzenie podstaw prawnych do przeznaczania na koszty świadczeń opieki zdrowotnej części lub całości środków pochodzących np. z nadwyżek finansowych);
- 3) wyrównywanie obecnie istniejących dysproporcji w wysokości opłacanych składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne - należy dodać, że składki płacone przez budżet państwa za niektóre grupy osób kształtują się na bardzo niskim poziomie, co powoduje, że za dość liczne grupy osób, które mają takie samo prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazywane do Funduszu środki finansowe są znacznie zaniżone;
- 4) stworzenie możliwości bardziej elastycznego dostosowywania planu finansowego Funduszu do rzeczywistych potrzeb, co pozwoli na szybsze zarządzanie finansami Funduszu, a tym samym zabezpieczenie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższe rozwiązania zostały ujęte w przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projekt ten jest obecnie w trakcie uzgodnień międzyresortowych.

Ponadto, kwestią niezwykle ważną w funkcjonowaniu ubezpieczeń zdrowotnych jest prawidłowe wycenianie wartości procedur medycznych, tak aby kontrakty zawierane z zakładami opieki zdrowotnej nie były zaniżane i umożliwiały sfinansowanie kosztów ponoszonych na realizację świadczeń zdrowotnych dla osób ubezpieczonych.

W celu poprawy działania systemu Minister Zdrowia wzmocnił nadzór nad funkcjonowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia i wykonywaniem przez Fundusz zadań spójnych z polityką zdrowotną kształtowaną przez Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia będzie dążył do decentralizacji uprawnień do Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

Doskonalenie systemu opieki zdrowotnej jest procesem długotrwałym, a zmiany powinny być zawsze dobrze przygotowane i służyć rzeczywistej poprawie dostępności ludności do świadczeń zdrowotnych.

Utworzenie systemu informacji w ochronie zdrowia

Funkcjonujący obecnie system informacyjny w ochronie zdrowia nie gwarantuje kompletności i możliwości porównywania danych dotyczących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i stopnia ich zaspokajania. Poziom informacji jest niedostateczny w stosunku do potrzeb instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Dlatego też planowane jest uporządkowanie systemu informacji w ochronie zdrowia.

Uporządkowanie systemu informacji w ochronie zdrowia stworzy możliwość korzystania z pełnego zbioru obiektywnych i porównywalnych danych. Ułatwi m.in. ocenę zakresu dostępności do świadczeń, będzie wsparciem dla racjonalnego planowania kierunkowych działań w ochronie zdrowia.

W tym celu powołany został Zespół do spraw opracowania projektu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Projekt ustawy i rozporządzeń wykonawczych będzie opracowany do końca 2006 r. Koordynacja prac w tym zakresie zapewni potrzeby innych resortów i instytucji, w tym NFZ, w oparciu o szczegółowe, obowiązujące przepisy i programy reformy infrastruktury informacyjnej państwa i strategii informatyzacji sektora publicznego.

Wprowadzenie nowych form ubezpieczeń zdrowotnych – dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz obowiązkowych ubezpieczeń pielęgnacyjnych

Równoległe z pracami nad „koszykiem świadczeń”, muszą powstać projekty regulacji prawnych dotyczących dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wprowadzenie takich form finansowania świadczeń zdrowotnych stworzy zainteresowanym osobom możliwość zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości lub podwyższonym standardzie, nie ujętych w „koszyku”, a jednocześnie pozwoli na dopływ dodatkowych środków do systemu.

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne przenosząc w dużym stopniu przepływy finansowe z szarej strefy do systemu finansowego ochrony zdrowia, wpłyną na poprawę dotychczasowych warunków działania systemu opieki zdrowotnej oraz zwiększą poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Ubezpieczyciele, mając możliwość wyboru świadczeniodawców, pośrednio spowodują działania na rzecz stałej poprawy jakości

świadczeń oraz wypracowanie i wprowadzenie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną jednolitych standardów postępowania.

Zakłada się rozwiązania systemowe stwarzające ewolucyjnie warunki do wprowadzenia działających w szerokim zakresie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (z opublikowanych danych wiadomo, że taką dodatkową formą ubezpieczeniem objętych jest w różnych krajach Unii Europejskiej od 10 do 30 procent obywateli).

Zakłada się, że dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne będą obejmowały m.in.:

- świadczenia nie objęte koszykiem świadczeń gwarantowanych
- ponadstandardowe warunki udzielania świadczeń,
- ponadstandardowe warunki hospitalizacji,
- zwiększenie dostępu do procedur medycznych wykonywanych na podstawie umowy zawartej przez ubezpieczyciela.

System wprowadzony zostanie od 2008 roku. Szacuje się, że dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne mogą zwiększyć wpływy do systemu ochrony zdrowia docelowo o ok. 2,2 mld zł.

Wprowadzenie dodatkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego od 2008 roku wynika z konieczności podjęcia działań w zakresie zapewnienia opieki pielęgnacyjnej dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości, szczególnie w świetle niekorzystnych wskaźników demograficznych oraz postępującego procesu „starzenia się” polskiego społeczeństwa.

Minister Zdrowia w drodze zarządzenia z dnia 28 marca 2006 roku powołał Zespół do spraw opracowania założeń obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. W pracach zespołu uczestniczą osoby reprezentujące naukę, samorządy medyczne, instytucje zajmujące się problematyką opieki długoterminowej oraz administrację rządową.

Zadaniem Zespołu jest w szczególności:

- 1) przegląd aktów prawnych regulujących sprawy związane z opieką nad ludźmi niezdolnymi do samodzielnej egzystencji i ocena dotychczasowych rozwiązań;
- 2) opracowanie epidemiologiczne aktualnej i prognozowanej liczby osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji;
- 3) opracowanie definicji, stopnia i zasad orzecznictwa o niezdolności do samodzielnej egzystencji;

- 4) opracowanie katalogu świadczeń wynikających z potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji;
- 5) opracowanie zasad organizacji i finansowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych;
- 6) opracowanie zasad ochrony danych i statystyki w ubezpieczeniach pielęgnacyjnych;
- 7) opracowanie zasad zapewnienia jakości usług pielęgnacyjnych i innych regulacji mających na celu ochronę podmiotów ubezpieczeń pielęgnacyjnych;
- 8) opracowanie projektów działań prewencyjnych i rehabilitacyjnych oraz przedsięwzięć badawczych mających na celu zapobieganie niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie chorób i urazów;
- 9) opracowanie aktuarialne dotyczące proponowanej wysokości składki;
- 10) opracowanie zasad funkcjonowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych.

Celem ubezpieczenia pielęgnacyjnego, opartego na zasadzie solidaryzmu społecznego, jest zapewnienie ludziom niezdolnym do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości możliwości godnego życia.

Zakłada się powszechność obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Wysokość przewidywanej składki zostanie przedstawiona po zakończeniu prac Zespołu. Zakłada się, że składka docelowo wyniesie 1,2% podstawy wymiaru, przy czym w pierwszym roku obowiązywania tj. w 2008 r. wyniesie ona 0,5% i będzie w 50% podlegała kompensacie z podatkiem dochodowym.

Włączenie funduszu chorobowego administrowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych do systemu ubezpieczeń zdrowotnych

W aktualnym stanie prawnym, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy (zasiłki chorobowe) finansowane są przez pracodawców i ZUS (w ramach administrowanego przez ZUS funduszu chorobowego).

Sytuacja, w której diagnozowanie, leczenie i rehabilitację finansuje jedna instytucja (NFZ), a świadczenia pieniężne z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą wypłaca inna instytucja, jest nieracjonalna, ponieważ od prawidłowości procesu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji w wielu przypadkach zależy długość okresu zasiłkowego.

Nieprawidłowe postawienie rozpoznania i nieodpowiednie leczenie może powodować niepełnosprawność i niezdolność do pracy osoby ubezpieczonej i związane z tym ogromne koszty społeczne i ekonomiczne.

Należy zatem rozważyć możliwość połączenia ubezpieczenia zdrowotnego – obecnie 8,75% a od roku 2007 - 9% (wynagrodzenia), z funduszem chorobowym – 2,45% (wynagrodzenia) w jeden wspólny fundusz.

W ramach połączonej składki powinny być finansowane wszystkie świadczenia wynikające z ryzyka choroby, a więc: prewencja, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja, zasiłki chorobowe, zasiłki macierzyńskie, zasiłki opiekuńcze i zasiłki wyrównawcze. W wielu przypadkach od prawidłowości postępowania diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnego zależy długość okresu czasowej niezdolności do pracy, a tym samym wysokość świadczeń pieniężnych wypłacanych z tego tytułu. Finansowanie tych świadczeń przez jedną instytucję w ramach jednego ubezpieczenia przyczyni się to do zwiększenia gospodarności i odpowiedzialności za jakość usług medycznych.

Proponowane rozwiązania występują w Niemczech, gdzie świadczenie chorobowe realizowane przez Kasy Chorych finansują świadczenia rzeczowe (lecnicze) i świadczenia pieniężne (zasiłki chorobowe).

Szczegółowe propozycje rozwiązań zostaną przedstawione w trybie późniejszym po zatwierdzeniu koncepcji połączenia ryzyka choroby w jeden system ubezpieczenia zdrowotnego.

W związku z powyższym w projekcji wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w latach 2007-2009 nie przewiduje się dodatkowych środków z tego tytułu.

Wprowadzenie finansowania kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym w ramach obowiązkowych ubezpieczeń OC

Polska należy do czołówki krajów Unii Europejskiej, w których corocznie w wypadkach komunikacyjnych ginie lub zostaje rannych najwięcej obywateli. W roku 2005 w ok. 48 tys. wypadków drogowych zginęły 5.440 osób, a ponad 61 tys. osób zostało rannych. Wszystkim tym osobom udzielono pomocy medycznej w różnym zakresie, nie tylko poprzez

bezpośrednią pomoc po wypadku, ale także w formie długich hospitalizacji, skomplikowanych i wielodyscyplinarnych zabiegów operacyjnych oraz wieloletniej rehabilitacji. Istniejący w NFZ punktowy katalog świadczeń medycznych pozwala na dokładną wycenę kosztów świadczeń udzielonych każdemu z poszkodowanych.

W większości przypadków świadczenia te spowodowane są przez określonych sprawców. Dlatego należy rozważyć możliwość finansowania świadczeń zdrowotnych z polisy OC sprawcy wypadków samochodowych, gdyż z punktu widzenia solidaryzmu społecznego nie jest zasadne pokrywanie kosztów leczenia po wypadkach komunikacyjnych przez osoby, które nie spowodowały wypadku lub nawet nieposiadających własnych środków transportu drogowego.

Wprowadzenie tego rozwiązania będzie wymagało opracowania stosownych zmian legislacyjnych (ustawowych). Szacuje się, że z tytułu zwrotu kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom komunikacyjnym, system ochrony zdrowia zostanie zasilony od 2007 r. środkami w wysokości ok. 325 mln zł rocznie.

Opracowanie projektu ustawy o ustroju ochrony zdrowia

Zgodnie z przyjętymi na początku kadencji Rządu i wyrażonymi w expose Premiera Kazimierza Marcinkiewicza założeniami, w ciągu najbliższych miesięcy opracowany zostanie projekt systemowej ustawy o ustroju ochrony zdrowia, który w połowie 2007 r. powinien zostać przyjęty przez Radę Ministrów. Ustawa pełnić będzie rolę „konstytucji” ochrony zdrowia, regulując najważniejsze zagadnienia w sposób uporządkowany, jednolity i kompleksowy.

Ustawa określi zakres uprawnień i kompetencji, a także odpowiedzialności poszczególnych organów władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia, co pozwoli na usprawnienie zarządzania i organizowania systemu opieki zdrowotnej w skali kraju, jak też w wymiarze lokalnym. Jednym z kluczowych zagadnień ustawy ustrojowej będzie określenie zasad dostępności usług medycznych, warunków ich udzielania oraz finansowania.

Ustawa zawierać będzie tzw. „koszyk świadczeń”, czyli wykaz świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych przez państwo w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Przedmiotem ustawy będzie również stworzenie struktury organizacyjnej opieki zdrowotnej, w szczególności określenie form organizacyjno – prawnych, w jakich mogą funkcjonować podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych.

Dla zapewnienia spójnego i sprawnie działającego systemu ochrony zdrowia, ustalone zostaną wzajemne relacje pomiędzy wszystkimi podmiotami funkcjonującymi w tym systemie, ich zadania i zakres odpowiedzialności. Ustawa określi również sferę praw pacjenta, w celu zapewnienia gwarancji ich poszanowania i ochrony.

7. Projekcja wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w latach 2007 - 2009

W latach 2007-2009 przewidywany jest stopniowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Do szacunku przyjęto następujące założenia:

1. Zakłada się, że nakłady publiczne na ochronę zdrowia (z budżetu państwa oraz w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) wzrosną w roku 2007-2009 głównie z tytułu:
 - objęcia finansowaniem z budżetu państwa od 2007 r. kosztów leczenia przedszpitalnego w ramach realizacji ustawy o ratownictwie medycznym (1,2 mld zł),
 - urealnienia wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych z budżetu państwa za niektóre grupy osób, poprzez zmianę podstawy naliczania składki (urealnienie zostanie przeprowadzone etapowo w ciągu 2 lat, począwszy od 2008 r.),
 - podniesienia w 2007 r. wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne o 0,25% do poziomu 9% (w latach 2008-2009 składka wynosić będzie 9%),
 - przewidywanego wzrostu przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne związanego ze wzrostem gospodarczym i wzrostem dochodów ludności,
 - wprowadzenia od 2008 r. obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego; wstępnie szacuje się, że składka w pierwszym roku wyniesie 0,5% podstawy wymiaru, a w następnym roku wzrośnie do poziomu docelowego 1,2% (ok. 1,7 mld zł w 2008 r. i 4 mld zł w 2009 r.) – szczegółowe rozwiązania oraz termin wejścia w życie będzie uzależniony od wyników prac nad ubezpieczeniem pielęgnacyjnym oraz koszykiem świadczeń gwarantowanych.

2. Wprowadzony zostanie od 2007 r. zwrot kosztów za leczenie powypadkowe osób, ofiar wypadków komunikacyjnych. Roczny przyrost środków finansowych na ochronę zdrowia z tego tytułu szacuje się na ok. 325 mln zł.
3. Ubezpieczenia dobrowolne wprowadzone zostaną od 2008 r., tj. po wprowadzeniu koszyka świadczeń gwarantowanych. Wpływy do systemu ochrony zdrowia z tego tytułu szacuje się docelowo na ok. 2,2 mld zł, natomiast w pierwszym roku funkcjonowania mogą być niższe. Do szacunku przyjęto na 2008 r. kwotę 1,2 mld zł.
4. Wartość PKB obliczono biorąc za podstawę plan na 2006 r. oraz planowany wzrost w 2007 r. – w wysokości 4,6%, a w latach 2008 i 2009 5% (wg. Programu Konwergencji).

Przy powyższych założeniach, łączne nakłady na ochronę zdrowia wyniosą w:

2007 r. – 45,9 mld zł (4,5% PKB),

2008 r. – 50,1 mld zł (4,7% PKB),

2009 r. – 54,9 mld zł (4,9% PKB).

Oznacza to, że do osiągnięcia poziomu 6% PKB wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2009 r. pozostaje luka finansowa w wysokości ok. 15,1 mld zł, a wraz z dodatkowymi nakładami prywatnymi w wysokości 2,5 mld zł w 2009 r. (na które składa się ubezpieczenie dobrowolne i zwrot kosztów leczenia powypadkowego), luka ta wynosi ok. 12,6 mld zł.

Szczegółowe wyliczenie wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w latach 2007 - 2009 zawiera poniższa tabela.

Tabela 16.

Projekcja wzrostu nakładów na ochronę zdrowia w latach 2007 - 2009

(w mln zł w cenach 2006 r.)

Lp.	Wyszczególnienie	2007	2008	2009
1	Budżet państwa - wydatki ogółem na ochronę zdrowia (bez składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych z budżetu państwa) w warunkach roku 2006.	4 120,5	4 120,5	4 120,5
2	Wydatki jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia	1 822,6	1 822,6	1 822,6
3	Przychody NFZ netto (składka 2007-2009 - 9%)	39 600	41 000,0	42 360,0
4	Obowiązkowe ubezpieczenia pielęgnacyjne (składka 0,5% w 2008 r. i 1,2% w 2009 r.)*	0,0	1 667,0	4 084,0
5	Razem wydatki publiczne (1+2+3+4)	45 543,1	48 610,1	52 387,1
6	Ubezpieczenia dobrowolne	0,0	1 200,0	2 200,0
7	Zwrot kosztów leczenia powypadkowego	325,0	325,0	325,0
8	Wydatki prywatne na ochronę zdrowia (6+7)	325,0	1 525,0	2 525,0
9	Nakłady razem na ochronę zdrowia (5+8)	45 868,1	50 135,1	54 912,1
10	PKB w cenach 2006 r.	1 020 791,4	1 071 831,0	1 125 422,5
11	Dynamika zmiany PKB (%)	104,6%	105,0%	105,0%
12	Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB (%)	4,5%	4,7%	4,9%
13	- w tym udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB (%)	4,5%	4,5%	4,7%
14	Różnica do 6% PKB w 2009 r.		12 613,3	

* szczegółowe rozwiązania oraz termin wejścia w życie będzie uzależniony od wyników prac nad ubezpieczeniem pielęgnacyjnym oraz nad koszykiem świadczeń gwarantowanych.

Źródło: szacunek Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Finansów