



f. k. w. d. w. d. w. d.
SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 25.06.12. zał.
nr 3624 podpis

GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 28.06.12.
nr 3124 podpis Borusewicz

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012-06-25

MZ-ZP-Z-070-23442-2/MP/12

**Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu RP**

Stanisław Pawałko

W związku z oświadczeniem Pana Senatora Jarosława Obremskiego, złożonego podczas 13 posiedzenia Senatu w dniu 30 maja 2012 r., w sprawie „słabej kondycji służby zdrowia”, przesłanym przy piśmie nr BPS/043-13-489/12 z dnia 4 czerwca 2012 r., uprzejmie proszę o przyjęcie odpowiedzi na pytania zawarte w przedmiotowym oświadczeniu.

Punktem wyjścia do pytań zadanych przez Pana Senatora Jarosława Obremskiego jest europejski ranking pn.: *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia*, sporządzany przez firmę Heath Consumer Powerhouse.

Z analizy wartości wskaźników wykorzystanych w *Euro Health Consumer Index 2012* wynika, że polska ochrona zdrowia jest źle oceniana (tabela 4.1. str. 16), jednak oceny te w ostatnich latach wyraźnie poprawiają się, zgodnie z wykresami dotyczącymi lat 2006-2012 (str. 25) i nie różnią się od oceny Węgier. Zgodnie z najnowszymi dostępnymi danymi Polska wydaje mniej środków na ochronę Zdrowia, nie tylko w porównaniu z zamożnymi krajami Unii Europejskiej, ale także w porównaniu z pozostałymi krajami Grupy Wyszehradzkiej – Czechami, Słowacją i Węgrami. Z ekonomicznego punktu widzenia, mniejsze wydatki na zdrowie w Polsce wynikają z uwarunkowań makroekonomicznych powodujących, że kraje o niższym PKB *per capita* przeznaczają mniej środków na ochronę zdrowia. Z najnowszych danych wynika, że w 2011 roku poziom zamożności w Polsce wynosił 65% średniej unijnej. Niższy poziom zamożności odnotowano tylko w przypadku Litwy (62%), Łotwy (58%), Rumunii (48%) i Bułgarii (45%). W przypadku pozostałych krajów Grupy Wyszehradzkiej wskaźnik ten wynosił: Czechy (80%), Słowacja (73%), Węgry (66%)¹.

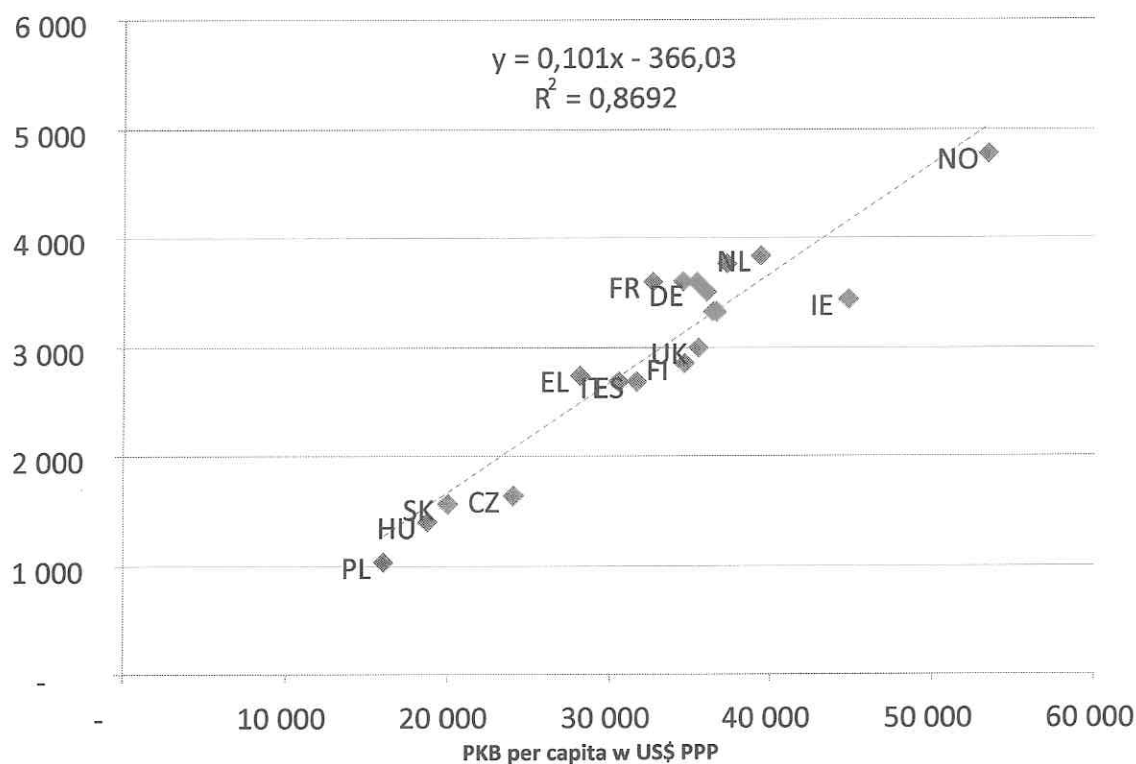
¹ Anna Cieślak Wróblewska *Wciąż wśród najuboższych* Rzeczpospolita z 21 czerwca 2012 r. s B4.

Tabela 1. Łączne wydatki na ochronę zdrowia w 2009 r.

Lp.	Kraj	Łączne wydatki	Łączne wydatki per capita	Różnice w wydatkach per capita	Udział wydatków publicznych w łącznych wydatkach
1	2	3	4	5	6
		% PKB	USD w GDP PPP	%	%
1.	Polska	7.4	1 394	100	72,2
2.	Czechy	8.2	2 108	151	84
3.	Słowacja	9.1	2 084	149	65,7
4.	Węgry	7.4	1 511	108	69,7

Źródło: Baza danych OECD z 2011 r. - kraje Grupy Wyszehradzkiej nie przekazały OECD danych za rok 2010

Tabela 2 : Wydatki na ochronę zdrowia per capita w US\$ PPP



Mimo niższych wydatków na ochronę zdrowia należy jednak odnotować stały ich wzrost.

Tabela 3. Przychody NFZ (mld zł.) - wartości nominalne

Lata	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Przychody	22,5	25,0	27,9	29,2	29,2	31,7	34,3	37,6	44,0	52,8	57,0	57,7	60,4	64,5*
Wzrost (%)	100	111	124	130	139	141	152	167	196	250	253	256	268	287

* przewidywane przychody; Źródło: Ministerstwo Finansów

Należy także wskazać, iż niskie wydatki na świadczenia opieki szpitalnej nie zawsze oznaczają, że liczba wykonywanych świadczeń jest mała w porównaniu z innymi krajami, przy czym w przedstawionym poniżej przykładowym konkretnym przypadku liczba wykonanych procedur medycznych na 100 000 osób w Polsce jest także znacznie większa niż np. w: Wielkiej Brytanii (138), Szwajcarii (175), Kanadzie (187) czy Finlandii (201).

Tabela 3. Zabiegi rewaskularyzacji angioplastyki przeskrórnej na 100 000 mieszkańców w Krajach Grupy Wyszehradzkiej, 2008²

Lp.	Kraj	Liczba procedur medycznych	Różnice w liczbie wykonanych procedur (%)
1	2	3	4
1.	Polska	252	100
2.	Czechy	310	123
3.	Słowacja	Brak danych	-
4.	Węgry	205	81

Źródło: *Value for Money in Health Care: Analysing Variations in Medical Practices (Maj 2011)*, (DELSAHEA (2011) 10).

Uznając zawarte w raporcie informacje i dane za relatywnie wiarygodnie, należy także wskazać, iż treść i wyniki raportu mogą być ściśle związane z trwającymi zmianami organizacyjnymi w ochronie zdrowia.

Zgadając się z założeniem Pana Senatora, iż na sytuację w systemie ochrony zdrowia wpływa szereg różnych czynników o charakterze zewnętrznym jak i wewnętrznym oraz że ich wpływ na sytuację w ochronie zdrowia może być różny, należy wskazać zwłaszcza te

² *Coronary revascularisation procedures per 100 000 population, 2008*

elementy, które związane są ze zmianami organizacyjnymi i funkcjonowaniem podmiotów ochrony zdrowia wykonujących działalność leczniczą. Na wynik działania systemu wpływają również takie jego elementy jak: sposób finansowania opieki i polityka kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, polityka lekowa i refundacja leków, działania na rzecz promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i profilaktyki.

Niezaprzeczalnym jest fakt, iż konieczne jest poprawienie sposobu i poziomu finansowania świadczeń zdrowotnych, dostosowanie zmian w tym zakresie do prognoz demograficznych związanych ze starzeniem się społeczeństwa oraz oczekiwanymi zmianami społeczno – ekonomicznymi. W tym zakresie Minister Zdrowia podejmuje działania mające na celu poprawę organizacji opieki zdrowotnej, w tym dostosowanie infrastruktury ochrony zdrowia do zmieniających się potrzeb zdrowotnych i realiów ekonomicznych. Podstawowe cele tych działań to upowszechnienie i poprawa dostępności opieki zdrowotnej rozumiane jako lepszy dostęp do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach dla wszystkich; lepsza koordynacja opieki; kompleksowość opieki poprzez całościowe rozwiązywanie problemów w interdyscyplinarnej współpracy zespołów medycznych z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych; lepsza jakość opieki poprzez zastosowanie standardów fachowej wiedzy; właściwe finansowanie opieki poprzez podjęcie długofalowych działań poprawiających finansowanie opieki zdrowotnej, zwłaszcza poprawienie finansowania niezbędnych procedur i form opieki, adekwatne do potrzeb finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz lepsze finansowanie istniejącej i proponowanej do wdrożenia infrastruktury opieki zdrowotnej, w tym właściwe zarządzanie polityką lekową. Wśród priorytetów szczegółowych znajdują się zwłaszcza zadania związane z poprawieniem opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, pacjentami onkologicznymi oraz pacjentami geriatrycznymi.

W ocenie Ministra Zdrowia, główne problemy systemu ochrony zdrowia dotyczą takich kwestii jak: nieefektywna forma prawna funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, niewystarczające kwalifikacje kadr zarządzających publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej, a także ograniczona odpowiedzialność podmiotów tworzących za zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Sukcesywnie prowadzone są więc działania zmierzające do poprawy funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza szpitali. Początkowe działania Ministra Zdrowia miały na celu pomoc w oddłużeniu zakładów opieki zdrowotnej i - w wybranych przypadkach - przekształcenie ich w bardziej elastyczne formy funkcjonowania, tj.: formy prawne przewidziane przez kodeks spółek handlowych, a także wsparcie w realizacji planów inwestycyjnych w tych jednostkach.

Na te cele zabezpieczane były systematycznie środki finansowe w budżecie państwa. Wsparcie finansowe zakładów opieki zdrowotnej realizowano, między innymi, poprzez: ustawę z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (łącznie 2,4 mld złotych), Program Wieloletni „Wzmocnienie Bezpieczeństwa Zdrowotnego Obywateli” (150 mln złotych), w latach 2009 – 2011 tzw. „Plan B” (na ten cel były zaplanowane środki finansowe w wysokości 1.381 mln złotych - z tego wykorzystano 754,95 mln złotych).

Ponieważ wszystkie przywołane propozycje wsparcia finansowego zakładów opieki zdrowotnej jak i jednostek samorządu terytorialnego nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, zdecydowano się na zmiany prawne w zakresie zasad organizacji i funkcjonowania jednostek opieki zdrowotnej. Zmiany te wprowadzono ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.). Przedmiotowa ustawa wprowadziła zmiany zasad organizacji systemu ochrony zdrowia jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Celem regulacji było uporządkowanie i ujednoczenie form prawnych, w jakich udzielane są świadczenia zdrowotne oraz kompleksowe unormowanie zasad prowadzenia działalności leczniczej. Wprowadzona nową ustawą forma spółki, bez likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, sprzyjać powinna efektywniejszemu zarządzaniu, otwierając jednocześnie nowe możliwości uzyskiwania przychodów oraz racjonalizuje gospodarowanie środkami finansowymi. Powołanie spółki daje wiele korzyści, w szczególności przejrzysty nadzór właścicielski, efektywny sposób zarządzania, lepszą dyscyplinę finansową, przejrzystą gospodarkę finansową zarówno w zakresie zarządzania wewnątrz jednostki, jak i jej funkcjonowania w otoczeniu. Ponieważ samo przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową nie zapewnia polepszenia sytuacji finansowej, w wielu przypadkach konieczna jest konsekwentna restrukturyzacja podmiotu. Ustawa zakłada więc fakultatywność przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej a decyzje w tej sprawie podejmują organy tworzące podmioty wykonujące działalność leczniczą. Zbyt krótki czas obowiązywania ustawy o działalności leczniczej uniemożliwia jednak dokonanie pełnej oceny skuteczności jej funkcjonowania na tym etapie.

Dodatkowo, Ministerstwo Zdrowia stale podejmuje prace mające na celu zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na zdrowie m.in. dzięki wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Projektowane przepisy mają na celu uregulowanie funkcjonowania

prywatnych ubezpieczycieli oraz stworzenie warunków ich rozwoju. Pozostałymi celami projektu ustawy jest:

- zwiększenie poziomu finansowania świadczeń,
- wprowadzenie mechanizmów ekonomicznych motywujących świadczeniodawców do podnoszenia poziomu i jakości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Wszystkie opisane powyżej działania i inicjatywy realizowane są przez właściwe komórki resortu oraz instytucje podległe i nadzorowane przez Ministra Zdrowia, jak również rady i zespoły opiniodawczo – doradcze przy Ministrze Zdrowia oraz krajowych konsultantów i ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycyny. W toku dalszych prac mających na celu poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, a także w przypadku konieczności zasięgnięcia dodatkowych opinii i informacji, Minister Zdrowia nie wyklucza dodatkowych inicjatyw mających na celu uzupełnienie przedstawionej diagnozy i poszukiwanie dodatkowych rozwiązań.

2. p... en...

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Aleksander Soplński