

# Polemika z tekstem: *Propozycja zmian w systemie opieki zdrowotnej w świetle badań opinii pielęgniarek*<sup>1</sup>

Michał Zabdyr-Jamróż<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-3203-7954>

Maria Libura<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-6242-0674>

<sup>1</sup> Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

<sup>2</sup> Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji: Dr Michał Zabdyr-Jamróż, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków, [michal.zabdyr-jamroz@uj.edu.pl](mailto:michal.zabdyr-jamroz@uj.edu.pl)

## ■ Abstract

### ***A reply to: Proposal for changes in the health care system in light of the nurses' opinion poll***

This text is a commentary and a response to the article entitled *Proposal for changes in the health care system in light of the nurses opinion poll* (in 2018–2020). The *Summary* section and the abstract of the article in question instead of presenting “nurses’ opinions [on] proposals for changes in the health care system in Poland”, only contain authors’ opinions on the topic, which have not been substantiated by any evidence. The purpose of this text is to (1) draw attention to this discrepancy between the opinions of the surveyed nurses and the conclusions presented by the authors; (2) indicate in what areas the authors’ conclusions differ from the state-of-the-art on the subject and from the actual conditions of the health system; (3) discuss and develop the most valuable and accurate observations or opinions of the authors themselves. The article in question is an interesting basis for the discussion on the prevalence of knowledge that is not substantiated in the state-of-the-art but still considered obvious and self-evident among professionals and experts in the Polish health sector.

**Key words:** evidence-based health-policy, for-profit, health reform proposal, nurses, privatization

**Słowa kluczowe:** komercjalizacja, pielęgniarki, polityki zdrowotne oparte na dowodach, propozycje reform zdrowotnych, prywatyzacja

*It ain't what you don't know that gets you in trouble. It's what you know for sure that just ain't so.*

Mark Twain

## ■ Wprowadzenie

Niniejszy tekst jest komentarzem-ripostą do artykułu Magdaleny Jaworzyńskiej i Elżbiety Pac-Kożuchowskiej *Propozycja zmian w systemie opieki zdrowotnej w świetle badań opinii pielęgniarek* zawartego w niniejszym zeszycie. Artykuł, do którego się odnosimy, przedstawia wyniki

będące bez wątpienia cennym wkładem w wiedzę na temat opinii pielęgniarek w latach 2018–2020 w kwestii funkcjonowania polskiego systemu zdrowotnego z perspektywy ich sytuacji zawodowej. Zawiera on też sporo trafnych obserwacji i ciekawych rozważań własnych autorów. Można zaznaczyć, że wyniki te nie są aktualne, biorąc pod uwagę istotne wydarzenia, reformy i mniejsze zmiany, jakie dokonały się od 2020 roku. Mimo tego opinie takie zasługują na odnotowanie w literaturze naukowej i – przy braniu poprawki na ten wymiar czasowy – mogą stanowić istotny wkład do eksperckiej dyskusji o naszym systemie zdrowotnym. Niestety, w części *Podsumowanie*

<sup>1</sup> Autorzy chcieliby podziękować dr hab. Katarzynie Dubas-Jakóbczyk za konsultację i wsparcie merytoryczne tego tekstu. Tekst powstał dzięki wsparciu finansowemu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie w ramach prac na rzecz jej Zespołu ds. Studiów Strategicznych.

oraz w abstrakcie – wbrew deklarowanemu *expressis verbis* celowi pracy – artykuł ten zamiast przedstawiać „opinie pielęgniarek [nt.] propozycji zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce”, prezentuje jedynie nieuargumentowane naukowo opinie autorek w temacie.

Celem niniejszego artykułu jest (1) zwrócenie uwagi na tę rozbieżność między samymi opiniami ankietowanych pielęgniarek a przedstawionymi przez autorki wnioskami; (2) wskazanie, w jakich obszarach wnioski autorów (najpoważniej) odbiegają od stanu literatury przedmiotu i od faktycznych uwarunkowań systemów zdrowotnych; (3) dyskusja oraz rozwinięcie najcenniejszych i trafnych obserwacji czy opinii samych autorek.

## ■ Wnioski autorek nie wynikają z opinii ankietowanych

Najistotniejszym punktem niniejszej krytyki jest zestawienie wyszczególnionych w abstrakcie wniosków autorek z właściwymi wynikami przeprowadzonego badania. W części *Wyniki badań i dyskusja* autorki odnotowują następujące opinie respondentek:

1. 72% pielęgniarek wskazywało, że „powinno się zwiększyć nakłady na opiekę zdrowotną w Polsce”, przy czym pozostałe nie były przeciwnie temu postulatu, a jedynie nie miały zdania (w tym miejscu należy odnotować, że po 2020 roku podniesienie wydatków na ochronę zdrowia stało się przedmiotem konsensu politycznego i pewnych reform, przy czym realizacja tych reform w praktyce jest kwestią do osobnego omówienia).
2. 48% badanych wskazywało na potrzebę „zwiększenia płacy pielęgniarek”, a 32% na potrzebę „zmian systemu płac w opiece zdrowotnej [...] polegających na adekwatnym wynagrodzeniu, co umożliwiłoby pracę i zatrudnienie w tylko jednej placówce” (w tym miejscu należy odnotować, że od 2020 roku doszło do istotnych podwyżek dla pielęgniarek).
3. 70% badanych zwracało uwagę na „niedobór kadry medycznej, w tym pielęgniarskiej”, co dla 66% badanych było „przyczyną długich terminów i kolejek oczekujących do specjalisty”. W tym kontekście autorki odnotowują istotny problem starzenia się populacji pielęgniarek w Polsce.
4. 56% badanych postulowało zwiększenie „dostępności donajnowocześniejszych technologii diagnostycznych”.
5. Problemem „podkreślanym przez 93% ankietowanych” jest „niedoszacowanie kontraktu z NFZ oraz przekroczone limity określone w kontrakcie z NFZ”.

Tymczasem w *Podsumowaniu* (oraz we *Wnioskach* w abstrakcie) wskazane są następujące rekomendacje dotyczące „dalszego doskonalenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce”:

1. „Zwiększenie liczby studentów medycyny” oraz odciążenie (personelu medycznego) od „niepotrzebnych obowiązków”.
2. „Wprowadzenie oficjalnych dopłat wnoszonych przez pacjentów (tzw. współpłacenia)” w ramach systemu publicznego w celu ograniczenia nadkonsumpcji i „użytkowania dodatkowych wpływów do systemu”.

3. „Prywatyzacja podmiotów leczniczych”, do czego pierwszym krokiem „powinno być przekształcenie SPZOZ w spółki handlowe i poddanie ich rygorom prawa handlowego (z możliwością ogłoszenia upadłości włącznie)”.
4. „Zdemonopolizowanie Narodowego Funduszu Zdrowia przez wprowadzenie konkurencji między dysponentami publicznych środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne”.

Pod koniec tekstu autorki wskazują jeszcze na „podstawową rekomendację”, którą jest „bezwzględna konieczność zwiększenia finansowania systemu opieki zdrowotnej”.

Zasadniczym problemem omawianego artykułu jest to, że między opiniami ankietowanych pielęgniarek a większością wniosków autorek nie ma ani relacji wynikania, ani argumentacyjnego łącznika. Będąc bardziej precyzyjnym: poza rekomendacją podniesienia finansowania (istotnie wprost wynikającą z opinii pielęgniarek) i pkt 1 (w najzyczliwszej interpretacji) żaden z enumerowanych w podsumowaniu wniosków – a w szczególności pkt 2, 3 i 4 – nie wynika ani nie jest oparty na opiniach samych pielęgniarek przedstawionych w części *Wyniki badań i dyskusja*. Ponadto „podstawowa rekomendacja” (zwiększenie finansowania systemu) nie została nawet odnotowana w abstrakcie.

Postawienie takich wniosków, które wychodzą ponad opinie ankietowanych, jest oczywiście dopuszczalne, a nawet rekomendowane, ale tylko pod warunkiem kompleksowej i solidnej argumentacji: przeprowadzenia „rozważań teoretycznych” i – przede wszystkim – uzasadnienia w literaturze przedmiotu. Niestety, takiej argumentacji (nawet deklarowanych w tekście „rozważań teoretycznych”) w artykule nie ma. Zasadniczo w większości przypadków z opinii pielęgniarek nie poprowadzono żadnego logicznego wywodu, który wiódłby do przedstawionych wniosków.

Warto w tym kontekście zauważyć, że autorki w podsumowaniu podkreślają, że zmiany systemowe powinny się opracowywać „w oparciu o badania opinii prowadzone wśród pracowników systemu opieki zdrowotnej, w tym pielęgniarek”. Dodają, że głos pielęgniarek „jest kluczowy i powinien być nadal uwzględniany w podejmowaniu decyzji i kształtowaniu przyszłości opieki zdrowotnej”. Jednak te deklaracje nie znajdują odzwierciedlenia w samej wymowie artykułu, który powinien zostać odebrany jako wkładanie w usta pielęgniarek opinii samych autorów. Takie wrażenie wzmacnia to, że żadna z właściwych opinii pielęgniarek nie została odnotowana w abstrakcie, łącznie z tym, że pominięto w nim „podstawowy wniosek” (o zwiększeniu finansowania), czyli ten najmocniej oparty na opiniach ankietowanych.

## ■ Brak oparcia na stanie literatury przedmiotu

Drugim istotnym zastrzeżeniem jest to, że najbardziej odległe od opinii pielęgniarek rekomendacje (pkt 2, 3 i 4: współpłacenie, prywatyzacja świadczeniodawców i konkurencja między płatnikami) nie zostały w żaden sposób umotywowane w stanie literatury przedmiotu: w badaniach

czy choćby rekomendacjach krajowych lub międzynarodowych organizacji eksperckich. Co więcej, w świetle aktualnego stanu literatury naukowej oraz w obliczu międzynarodowych trendów reformatorskich rekomendacje te są wysoce wątpliwe, jeśli nie wprost odradzane (na pewno w takim wariantcie, w jakim zostały opisane).

Jest to o tyle kłopotliwe, że takie źródła wspierające opinie autorek – przy odpowiednim staraniu – na pewno dałoby się znaleźć, co dawałoby przynajmniej podstawę do uchwycenia rozumowania autorek. Na pewno rekomendację nr 1 dałoby się uargumentować najnowszą literaturą przedmiotu. W przypadku pkt 2, 3 i 4 taką literaturę ekspercką dałoby się znaleźć przynajmniej w obfitej literaturze szarej na przestrzeni wcześniejszych dekad. Natomiast brak kompleksowego – opartego na naukowej literaturze przedmiotu – rozważenia bilansu zalet i wad tych propozycji stanowi istotną wadę tekstu.

Poniżej omówione są tylko najistotniejsze zastrzeżenia merytoryczne do przedstawionych wniosków.

## ■ Współpłacenie i jego skutki uboczne

Postulat wprowadzenia współpłacenia przez pacjentów motywowany jest tradycyjną rolą mechanizmu kontroli i ograniczania nadkonsumpcji świadczeń oraz uzupełnienia budżetu systemu. Jest już dość dobrze udokumentowane naukowo to, że współpłacenie stanowi jeden z dostępnych i skutecznych mechanizmów kontroli kosztów w systemach opieki zdrowotnej [1]. Współpłacenie może też skutecznie wspierać koordynację opieki pod warunkiem, że będzie ograniczone do świadczeń pobieranych bez skierowania i poza wyznaczoną ścieżką pacjenta [2]. Niestety, jest to też mechanizm o poważnych negatywnych skutkach ubocznych w kwestii osłabiania dostępu do opieki zdrowotnej dla osób w trudnej sytuacji ekonomicznej oraz z większym ryzykiem zdrowotnym. Szczególnie jeśli wprowadzony zostałby powszechnie i bez zastrzeżeń, tak jak jest to rekomendowane w omawianym artykule.

Przed wszystkim współpłacenie to mechanizm najbardziej dotkliwy dla osób najbardziej potrzebujących, i to nawet w krajach o dobrze rozbudowanym systemie wsparcia socjalnego [3, 4]. Dowody empiryczne pokazują, że w wyniku współpłacenia z leczenia relatywnie najczęściej rezygnują osoby w najgorszej sytuacji ekonomicznej i z największymi potrzebami zdrowotnymi [5]. Do systemów publicznych – opartych na zasadzie solidaryzmu – współpłacenie wprowadza lub wzmacnia elementy finansowania regresywnego, tj. takiego, które proporcjonalnie do dochodu najbardziej obciąża osoby najniższej sytuowane społeczno-ekonomicznie [6, 7].

Współpłacenie przez pacjentów z własnej kieszeni rzeczywiście skutecznie ogranicza wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej, jednak nie tylko to nadmiarowe, ale i to faktycznie potrzebne pacjentowi. Dotyczy to m.in. przyjmowania leków przez osoby przewlekle chore, które stanowią grupę szczególnie narażoną na ryzyko finansowe współpłacenia [8]. Jak wykazują badania, to właśnie bariery finansowe stanowią główną przyczynę niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych w Europie, kiedy to pacjent,

chcąc uniknąć nadwyrężenia budżetu domowego, ignoruje swoje problemy zdrowotne lub zwleka z pójściem na badanie lub leczenie [9].

Współpłacenie opiera się na (symulującej mechanizm rynkowy) regule zmniejszania popytu poprzez podnoszenie ceny i jasne jest, że to najbardziej i ci z już dużymi wydatkami na zdrowie będą najbardziej wrażliwi na ten bodziec. Z tego powodu współpłacenie może pogarszać całościowe efekty zdrowotne systemu przez zniechęcanie (szczególnie najbardziej potrzebujących) do badań i leczenia na wczesnym etapie choroby, prowadząc do tego, że konieczne będą w przyszłości znacznie trudniejsze i bardziej kosztowne świadczenia zdrowotne. Tym samym współpłacenie może, paradoksalnie, powiększać długofalowe (a niedostrzegalne np. w rocznych bilansach finansowych) koszty systemu zdrowotnego.

## ■ Prywatyzacja i komercjalizacja szpitali nie jest panaceum

Postulat prywatyzacji (pkt 3) uzasadniany jest – dość publicystyczną w tonie – obserwacją, że „wiele SPZOZ [...] obciąża [...] nadal to, że są publiczne, czyli »niczyje«, a więc nikt osobiście nie ponosi za nie finansowej odpowiedzialności”. Autorki dodają, niebezzasadnie, że „[p]odlegają one za to różnym pozamerytorycznym wpływom ze strony lokalnych władz i polityków”. Z tych obserwacji autorzy nie wnioskujeją jednak zasadności jakiegokolwiek rodzaju racjonalizacji zarządzania publicznego, ale rekomendują całkowitą komercjalizację i prywatyzację: „Jeśli zatem chcemy, aby SPZOZ były dobrze zarządzane i sprawne ekonomicznie, trzeba je zamienić w normalne przedsiębiorstwa i dać im prawdziwego [w domyśle: prywatnego] właściciela”.

Problematyczne jest już samo uznanie za „prawdziwego właściciela” jedynie podmiotu prywatnego i za jedyną funkcjonalną formę podmiotu leczniczego formy skomercjalizowanej (tj. „spółki handlowej”), poddanej „rygorom prawa handlowego (z możliwością ogłoszenia upadłości włącznie)”. Całkowicie ignoruje ono różnorodne formy organizacyjne podmiotów publicznych, społecznych czy prywatnych *non-profit*. Przekonanie to ewidentnie opiera się na popularnej jeszcze parę dekad temu i wciąż powtarzanej w debacie publicznej tezie, że prywatne i działające *for-profit* szpitale są z zasady lepsze niż publiczne. Tymczasem badania prowadzone w ostatnich latach – zwracające uwagę także na wcześniej pomijane wskaźniki istotne w ocenie skutków dla zdrowia populacji – pokazują, że ta teza nie jest oparta na faktach.

Przykładowo autorzy systematycznego przeglądu literatury z 2018 roku na temat funkcjonowania szpitali w UE konkludują, że „szpitale publiczne są co najmniej tak samo lub bardziej wydajne jak szpitale prywatne” [10]. Z kolei analizy skutków częściowej prywatyzacji służb ratownictwa medycznego w Szwecji wskazują, że „prywatne karetki pogotowia obniżają koszty i działają lepiej w przypadku wskaźników zakontraktowanych, takich jak czas reakcji, ale gorzej w przypadku wskaźników niezakontraktowanych, takich jak śmiertelność”. Badacze przedstawiają

mechanizmy prowadzące do takich skutków, wskazując, że „prywatne firmy obniżają wydatki kosztem jakości personelu pogotowia ratunkowego” [11].

To tylko niektóre z publikacji naukowych z ostatnich lat [12, 13, 14], które – przy większej wnikliwości i bardziej całościowym oglądzie istotnych wskaźników – podają w wątpliwość dotychczasowe przekonania i stereotypy na temat różnic w efektywności i jakości między szpitalami publicznymi a prywatnymi (*for-profit*). Szczególnie istotnym problemem jest tutaj sytuacja, w której szpitale prywatne zapewniają sobie większą rentowność, lepszą jakość usług itp. poprzez pogłębianie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, czy to w wymiarze geograficznym, czy też w selekcjonowaniu pacjentów i wydłużaniu czasu oczekiwania na świadczenia dla najbiedniejszych [15, 16].

### ■ Czy SPZOZ są źródłem zadłużenia polskich szpitali?

Do tych wszystkich zastrzeżeń względem komercjalizacji i prywatyzacji dochodzi jeszcze kwestia kontekstu polskiego. Opiera się ona na twierdzeniu, że za kiepską kondycję finansową polskich szpitali odpowiada wyłącznie lub przede wszystkim ich ułomna formuła prawna SPZOZ (samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej), niemającego zdolności upadłościowej. Była ona istotnie motorem licznych reform, w szczególności uchwalenia Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654), która w oryginalnym brzmieniu wymagała przekształcenia SPZOZ z ujemnym bilansem finansowym w (domyślnie) spółki prawa handlowego. Wszystko to w kontekście regulacji obciążających odpowiedzialnością za długi szpitali podmioty tworzące, czyli przeważnie samorządy terytorialne.

Założeniem tych reform było przekonanie, że przekształcenie w bardziej komercyjną formę prawną (spółki prawa handlowego) i posiadanie zdolności upadłościowej zagwarantuje lepsze, bardziej gospodarne zarządzanie szpitalami. Tymczasem już w 2014 roku Najwyższa Izba Kontroli podawała w wątpliwość to założenie, zauważając, że jak poważnymi zagrożeniami wiąże się zmiana formy prawnej. Chodzi tu o „w szczególności możliwość upadłości spółki, a w konsekwencji ograniczenie dostępu do świadczeń, a także ryzyko preferowania tych usługobiorców, którzy korzystają z odpłatnych świadczeń medycznych. Do dalszych zagrożeń zaliczono również możliwość występowania zjawiska »selekcjonowania« pacjentów [ograniczania dostępu do świadczeń dla pacjentów, których koszty leczenia byłyby zbyt wysokie dla świadczeniodawcy lub ubezpieczyciela] i wydłużania się kolejek osób oczekujących na świadczenia z powodu ograniczenia udzielania świadczeń nierentownych” [17].

Warto też zauważyć, że groźba upadłości jest wątpliwym instrumentem dyscyplinowania podmiotów leczniczych, szczególnie szpitali, zarówno ze względu na trudną do szybkiego odtworzenia wysoce specjalistyczną infrastrukturę potrzebną do ich funkcjonowania, jak i zespoły

medyczne potrzebne do ich obsługi, które trzeba skompletować i przeszkolić.

Naukowa ewaluacja kondycji polskich szpitali kilka lat później tym dobitniej podważyła wcześniejsze założenia o wyższości spółki prawa handlowego: „szpitale funkcjonujące w dotychczasowej, klasycznej formie prawnej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) radzą sobie lepiej finansowo niż skomercjalizowane szpitale publiczne i instytuty badawcze” [18]. Nawet w wymiarze samej płynności finansowej (czyli w tym, w czym powinny być najlepsze) spółki prawa handlowego nie radzą sobie lepiej niż te rzekomo „ułamne” (bo „pozbawione zdolności upadłościowej”) podmioty lecznicze. Ewidentnie coś innego niż forma prawna stało i stoi u źródeł trudnej kondycji finansowej polskich szpitali publicznych.

W kontekście gromadzących się wyników tego naturalnego eksperymentu z komercjalizacją sytuację prawną w znaczący sposób przemodelował wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K 4/17). Zauważono w nim, że „[u]jemny wynik finansowy samorządowych zakładów opieki zdrowotnej wynikał ze zbyt niskiego poziomu finansowania świadczeń medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Trybunał uznał, że jednostki samorządu terytorialnego zostały w ten sposób zobowiązane do częściowego finansowania świadczeń zdrowotnych, mimo iż jest to zadanie ze sfery administracji rządowej” [19].

Cytowana wyżej glosa poświęcona temu wyrokowi wskazuje, że dotychczasowe przepisy były nie tylko niekonstytucyjne, ale też – paradoksalnie – znacząco nadwyrężały zasadę subsydiarności przez przeciążanie samorządów zobowiązaniami, do których realizacji nie miały zasobów. Innymi słowy, dla wygody i oszczędności administracji centralnej przerzucono znaczną część kosztów gwarantowanych świadczeń zdrowotnych na samorządy poprzez mechanizm pokrywania przez nie długów szpitali, zwykle narosłych w wyniku nieaneksowanych nadwykonań i realnych kosztów świadczeń wyższych niż te, które gotów był pokryć NFZ. Jednocześnie wspomniane glosy prawne podkreślają, że ten wyrok TK jest tylko pierwszym krokiem w stronę uzdrowienia sytuacji i wymaga dalszych regulacji i orzecznictwa, gdyż przez lata ukierunkowane one były w stronę regulacji niekonstytucyjnych. Istotny jest w tej sytuacji brak realnych gwarancji dla samorządów w ochronie ich samodzielności finansowej przed przeładowaniem odpowiedzialnością za zadania władz centralnych [19].

W świetle wspomnianych doświadczeń, a także wskazanych zmian sytuacji prawnej nawoływania do komercjalizacji i prywatyzacji SPZOZ jako panaceum na ich problemy menedżersko-finansowe okazują się wysoce problematyczne. Znacznie istotniejszym wyzwaniem – także w świetle najnowszej międzynarodowej literatury przedmiotu – jest właściwa wycena świadczeń. Taka wycena, która nie wynika głównie z siły przetargowej podmiotów systemu, tylko która (po pierwsze) uwzględnia realne koszty (coś, w czym obecnie pomagać ma Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji) oraz (po drugie) uwzględnia istotne

wskaźniki zdrowotne w dobrze zaprojektowanych bodźcach finansowych.

Autorzy wspomnianego wyżej przeglądu literatury nt. szpitali w UE zauważają, że szpitale prywatne (*for-profit*) są znacznie bardziej podatne na zjawisko „spijania śmietanki” (*cream skimming*): „dowody sugerują [...], że sektor szpitali prywatnych (*for-profit*) wydaje się silniej reagować na zachęty (finansowe) niż inne typy świadczeniodawców. W takich przypadkach decydenci powinni albo bardzo ostrożnie opracowywać odpowiednie struktury bodźców, albo wahać się w dopuszczaniu do rozwoju sektora szpitali prywatnych” [10].

Uwaga o odpowiedniej strukturze bodźców finansowych jest szczególnie ważna w kontekście obserwacji samych pielęgniarek nt. niedoszacowania kontraktów z NFZ (pkt E). Wątek właściwej wyceny świadczeń – jako mechanizm zapobiegania fenomenowi spijania śmietanki zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym – zasługuje na odrębne omówienie. W tym miejscu można tylko podkreślić, że właściwym remedium na trudną sytuację szpitali w Polsce okazuje się nie komercjalizacja i prywatyzacja, ale taka wycena świadczeń, która nagradza faktyczne przywracanie ludzi do zdrowia.

Wypada tu uprzedzić ewentualne postulaty urynkowania takiej wyceny spostrzeżeniem, że rynkowa wycena nadmiernie opiera się na sile przetargowej poszczególnych podmiotów. Wystarczy, żeby jeden z podmiotów miał zbyt silną pozycję przetargową – zarówno monopolistyczny płatnik, taki jak NFZ, lub dominująca na rynku firma medyczna, jak i transnarodowa korporacja farmaceutyczna – i już będzie on w stanie narzucać innym nieadekwatne ceny: czy to za niskie (jako płatnik), czy za wysokie (jako producent). Oznacza to, że mechanizmy wyceny powinny opierać się na innych zasadach.

Najlepsze praktyki w tym kontekście wskazują, że właściwa wycena powinna opierać się na dowodach naukowych: faktycznych kosztach świadczeń czy leków oraz ich długofalowych efektach zdrowotnych dla pacjentów i całej populacji – czyli tym, co jest rzeczywistą wartością społeczną. Propozycje takie wskazywane są np. w paradygmacie „wyceny opartej na wartości” (*value-based pricing*) w ramach najnowszych europejskich wariantów koncepcji *value-based health-care* [20].

## ■ Demonopolizacja płatnika bez kompensacji ryzyka?

Ostatni wyszczególniony jednocześnie w *Podsumowaniu* (pkt 4) i abstrakcie postulat to demonopolizacja NFZ i wprowadzenie konkurencji między ubezpieczeniami zdrowotnymi. Autorki wyjaśniają: „Mogą to być publiczne (powstałe z NFZ) i prywatne firmy ubezpieczenia zdrowotnego. Każda z nich powinna spełnić określone warunki finansowe, jeżeli chce wejść na rynek (gwarancje na wypadek upadłości). Firmy powinny konkurować o ubezpieczonych lepszymi warunkami finansowania świadczeń zdrowotnych (np. mniejsze dopłaty do leczenia, mniejsze dopłaty do leków, lepszy standard świadczeń itp.)”.

Takie proponowane rozwiązanie wydaje się opierać na trendach międzynarodowych, w szczególności na

przykładzie niemieckim [21], gdzie od 1996 roku umożliwiono szeroką konkurencję między kasami chorych w ramach ustawowego systemu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Tutaj jednak kluczowym problemem z propozycją autorek jest całkowity brak wzmianki o istotnych rozwiązaniach, jakie po tym czasie przyjęły kraje mające konkurencję między ubezpieczycielami, m.in. Niemcy w 2009 roku. Z czasem okazało się bowiem, że konkurencja między ubezpieczeniami zdrowotnymi nie przynosi oczekiwanych rezultatów przede wszystkim przez fragmentację puli zasobów przeznaczonych do redystrybucji, w ten sposób szkodząc realizacji zasady solidaryzmu i sprzyjając niepożądaną konkurencji sprowadzającej się do selekcji przez ubezpieczycieli pacjentów o najmniejszym ryzyku zdrowotnym.

Rozwiązaniem upowszechnionym w drodze konwergencji jest więc rozdzielenie funkcji płatnika na funkcję redystrybucyjną i alokacyjną. W ten sposób (w systemach wyrosłych z modelu Bismarcka) utrzymuje się decentralizację i konkurencję w wymiarze alokacji, ale funkcja redystrybucji jest przenoszona na poziom centralny i monopolizowana. W odniesieniu do Niemiec opisywane jest to tak: „Kasy chorych są odpowiedzialne za pobieranie składek, które przekazują do centralnej puli realokacji zwanej *Gesundheitsfonds* [federalnego „Funduszu Zdrowia”], która agreguje i realokuje przychody zgodnie z mechanizmem kompensacji ryzyka” [21]. Analogiczny mechanizm kompensacji ryzyka zdrowotnego ubezpieczonych – choć finansowany w nieco inny sposób (osobne podatki dochodowe odprowadzane do Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych) – wprowadziło też Królestwo Niderlandów [22].

Zdecentralizowany system niderlandzki napotyka też problemy z reformą modelu opartego głównie na płatności za usługę, mimo dowodów na wyższą skuteczność podejścia opartego na odpowiedzialności za populację w niektórych obszarach opieki [23]. Systemy oparte na konkurencji płatników charakteryzują się większymi kosztami administracyjnymi od tych opartych na pojedynczym płatniku [24, 25, 26], co przy niskim poziomie finansowania ochrony zdrowia w Polsce należy brać pod uwagę.

W kontekście polskim wskazane wyzwania pełnej konkurencji ubezpieczycieli oraz konwergencja wzorców i dobrych praktyk międzynarodowych sugerują, że co najmniej w jednym wymiarze – redystrybucji zasobów – demonopolizacja NFZ będzie prowadziła do problemów, których już doświadczyły kraje Europy Zachodniej: czyli błędów cudzych, na których powinniśmy się uczyć, a nie je powtarzać. Wszelkie rekomendacje reformatorskie powinny bardzo wyraźnie zwracać uwagę na te doświadczenia, w przeciwnym razie mogą (przez przemilczenie) wprowadzać w błąd tych czytelników – szczególnie decydentów – którzy są mniej zorientowani w najnowszych praktykach międzynarodowych i w stanie literatury przedmiotu.

## ■ Dylemat motywacji ideowej

Biorąc pod uwagę rzeczywisty stan aktualny literatury przedmiotu, przedstawione w abstrakcie i *Podsumowaniu* wnioski uznać należy za zasadniczo motywowane wiedzą

nieaktualną albo/i jakąś doktryną polityczno-ekonomiczną. Autorki nie podają źródeł naukowych uzasadniających ich wnioskowane rekomendacje, co przynajmniej pozwalałoby na polemikę z tymi źródłami. Autorki nie są też transparentne w tym, z jakich pozycji polityczno-gospodarczych wychodzą, co przynajmniej byłoby uczciwie poznawczo i pozwalałoby czytelnikom wziąć poprawkę na to, jakie cele, systemy wartości i przekonania normatywne im przyświecają.

Niestety, autorki swoje wnioski prezentują jako wprost wynikające z opinii pielęgniarek – oczywiście czy samodowodliwe (oparte na – jak sami piszą – „rozważaniach teoretycznych”) – nie dostrzegając swojej stronniczości czy uprzedzeń w ocenie wyników i w osądzie na temat koniecznych zmian systemowych. Można to podsumować cytatem z samych autorów: „Przez wiele lat przekazywane są informacje dotyczące konieczności poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Często wydawane opinie oparte są tylko na podstawie własnych obserwacji, bez potwierdzenia w analizach i badaniach naukowych”.

Takie przedstawienie sprawy – obiektywizowanie politycznie motywowanych i/lub nieopartych na dowodach opinii – jest szczególnie problematyczne, bo będzie potencjalnie pozwalało na instrumentalizowanie opinii pielęgniarek w debacie politycznej. Będzie umożliwiało prezentowanie konkretnych – nieopartych ani na dowodach, ani na opiniach pielęgniarek – polityk publicznych jako rekomendowanych przez tę grupę zawodową. Nawet gdyby ta grupa respondentów rzeczywiście zajmowała takie stanowisko, jakie autorzy jej przypisują w podsumowaniu i wnioskach, to autorki powinny poddać te poglądy krytycznej analizie i dyskusji nt. ich zasadności i uwarunkowań. Kluczowe jest jednak to, że przedstawione w abstrakcie i podsumowaniu „propozycje zmian w systemie opieki zdrowotnej” ani nie są faktycznymi opiniami pielęgniarek, ani z tych opinii nie wynikają.

Należy podkreślić, że w debacie naukowej i – szerzej – eksperckiej o tym, jakie rozwiązania i reformy są wskazane dla systemów zdrowotnych, motywowanie się własnymi opiniami, systemami wartości i doktrynami politycznymi jest nie tylko nieuniknione, ale też w zasadzie jest czymś normalnym. Wszystko dlatego, że nie dyskutujemy tu o kwestiach neutralnych moralnie czy politycznie, a raczej wikłamy się w dyskusje o naszych wartościach i tym, jak je realizować w drodze demokratycznej polityki i polityk publicznych. Tym samym, problemem takiej naukowej debaty nie jest to, żeby eliminować normatywną motywację (lub tzw. kontekst odkrycia), ale to, żeby (po pierwsze) swoje stanowisko dobrze uargumentować dowodami (tzw. kontekst uzasadnienia), a także żeby (po drugie) ze swoimi normatywnymi motywacjami być transparentnym, otwartym względem odbiorców.

W tym ostatnim przypadku jest to niestety nie tylko kwestia uczciwości względem czytelników, ale też często bardziej samoświadomości i zrozumienia, czego się nie wie albo czego się jest pewnym, ale nie wie się, że jest się w błędzie czy opiera się na wiedzy nieaktualnej. Dotyczy to nawet sytuacji, gdy inklinacje polityczne nieszczęśliwie mają znaczenie, a problemem jest pewien utarty

schemat rozumowania czy nauczania. Pasuje tu stary bonmot przypisywany Markowi Twainowi: „To nie to, czego nie wiesz, wpędza cię w tarapaty. Raczej to, co uważasz za pewne, a wcale takie nie jest”.

## ■ Trafne obserwacje i wnioski autorów

Na koniec zasadne jest odniesienie się do istotnie ciekawych i trafnych obserwacji czy komentarzy autorów, które to obserwacje nie wynikają z zaprezentowanych wyników badania (a przynajmniej nie są jako takie odnotowane w artykule).

W części *Wyniki badań i dyskusja* autorki zauważają, co następuje: „Istnieje także znacząca bariera ograniczająca innowacyjność związaną z niejasnymi zasadami finansowania i zarządzania finansowego instytucji medycznych. Podział kompetencji finansowych między płatnika (NFZ), który finansuje jedynie bieżące koszty, a podmiot tworzący (właściciel), który jest odpowiedzialny za finansowanie inwestycji i remontów, bez łączącego je mechanizmu, prowadzi do sytuacji, w której inwestowanie w nowoczesny sprzęt medyczny może być ryzykowne i sprzyja zadłużaniu się placówek. Decyzje inwestycyjne nie są bowiem wynikiem spójnej strategii inwestycyjnej ani rządu (opartej na planach przestrzennych lokalizacji i rozwoju placówek), ani podmiotu tworzącego, ani płatnika. Zamiast tego są rezultatem indywidualnych potrzeb i ambicji poszczególnych placówek opieki zdrowotnej, które zależą od poziomu zamożności podmiotu tworzącego i jego zdolności do podejmowania decyzji, a także od czynników takich jak darowizny, udział w projektach inwestycyjnych współfinansowanych przez fundusze europejskie lub różnego rodzaju sponsorów”.

Jest to obserwacja istotna i szczególnie cenna, a zaskakująco rzadko obecna w debacie eksperckiej i publicznej. Do tych uwag dodać warto, że tego rodzaju rozdział odpowiedzialności i finansowania znacząco utrudnia realne i skoordynowane zaspokajanie potrzeb zdrowotnych populacji na podstawie map potrzeb zdrowotnych.

Spostrzeżenia te zasługują na pogłębienie, także przez uwagę, że właściwa przyczyna tego stanu rzeczy jest strukturalna i do pewnego stopnia intencjonalna. Wynika ona z zamierzonego ograniczenia nałożonego na publiczny sektor zdrowotny na samym początku tworzenia podstaw naszego systemu pod koniec lat 90. Ten rozdział strumieni finansowania wynika z ustawowego rozdziału funkcji płatnika od świadczeniodawcy. Zawarty jest w art. 97. ust. 6. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 146.): „Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą”. Celem tego zapisu było wymuszenie kontraktowania przy dysponowaniu publicznymi środkami ze składek zdrowotnych, czyli ustanowienie i zagwarantowanie istnienia rynku wewnętrznego przynajmniej na poziomie świadczeniodawcy (przy ewentualnym założeniu, że konkurencję na poziomie płatnika będzie można wprowadzić później).

I ten rozdział płatnika od świadczeniodawcy sprawia wrażenie dysfunkcyjnego, szczególnie w konfrontacji

z prywatnymi, abonamentowymi ubezpieczeniami medycznymi, które działają na zasadzie modelu zintegrowanego – zasadniczego łączenia funkcji płatnika i świadczeniodawcy w jedną hierarchiczną strukturę, skoordynowaną planistycznie (ułatwiająca koordynację leczenia pacjentów) oraz inwestycyjnie (którą ewentualnie można uzupełniać kontraktami zewnętrznymi).

Jednak rozwiązaniem tego problemu – dwutorowej odpowiedzialności w systemie publicznym – nie jest ani prywatyzacja świadczeniodawców, ani tym bardziej demonopolizacja NFZ. W rzeczywistości te propozycje – oparte na prywatyzacji, demonopolizacji i konkurencji – mogą tylko pogorszyć problem koordynacji pacjentów i inwestycji w polskim systemie. Prywatyzacja i akcent na konkurencję może tym bardziej sprzyjać np. inwestycyjnemu marnotrawstwu, gdy np. dwa szpitale w tym samym rejonie postanowią w tym samym czasie zbudować nowe oddziały (w tej samej specjalności) czy kupić sprzęt, żeby konkurować o szczególnie lukratywne kontrakty, po czym okaże się, że płatnika na podstawie map potrzeb stać będzie na zakontraktowanie świadczeń tylko w jednym z nich. Natomiast znacznie bardziej celowa może się okazać dyskusja nad m.in. art. 97. ust. 6. w/w. ustawy albo (bez formalnego znoszenia wspomnianego rozdziału) rozważenie różnych nowoczesnych opcji tzw. integracji wirtualnej.

## Podsumowanie

Omawiany artykuł zawiera interesujące wyniki badania ankietowego wśród pielęgniarek. Niestety w podsumowaniu i abstrakcie jako wnioski wskazuje się rekomendacje

zupełnie niewynikające z opinii ankietowanych (cytując abstrakt: „wprowadzenie oficjalnych dopłat wnoszonych przez pacjentów, prywatyzacja podmiotów leczniczych, zdemonopolizowanie NFZ”). Żadna z tych rekomendacji nie jest też dostatecznie umotywowana, a wszystkie one są wysoce wątpliwe z perspektywy obecnego stanu wiedzy.

W przypadku postulatu współpłacenia przez pacjentów na pewno nieroztropne jest nieuwzględnienie ryzyka osłabienia dostępu do świadczeń dla osób o niższej pozycji społeczno-ekonomicznej i – w konsekwencji – pogłębiania nierówności zdrowotnych. Rekomendacje dotyczące prywatyzacji świadczeniodawców i demonopolizacji płatnika są kwestionowalne, a nawet wprost odradzane w świetle obecnego stanu literatury naukowej oraz konwergencji europejskich systemów zdrowotnych.

Omawiany tekst zawiera wartościowe poznawczo wyniki ankiety wśród pielęgniarek na temat ich oceny sytuacji w polskim systemie zdrowotnym (nawet jeśli opinie ankietowanych nie są już w pełni aktualne). Jednak przedstawione przez autorki wnioski nie wynikają z tych opinii i byłoby niestosowne, gdyby czytelnicy odnieśli wrażenie, że stanowią one rekomendacje samych pielęgniarek. Natomiast rzeczony tekst stanowi dobry przyczynek do dyskusji nad powszechnością uznawanej za oczywistą, ale nieaktualnej i nieopartej na dowodach wiedzy w środowiskach profesjonalnych i eksperckich w sektorze zdrowotnym w Polsce. Wskazuje też, że w obszarze wiedzy na temat systemów zdrowotnych konieczna jest lepsza, bardziej intensywna i ciągła dyseminacja najbardziej aktualnej wiedzy naukowej zarówno wśród profesjonalistów sektora, jak i opinii publicznej.

## Piśmiennictwo

1. Stadhouders N., Kruse F., Tanke M. et al., *Effective Healthcare Cost-containment Policies: A Systematic Review*, „Health Policy” 2019; 123 (1): 71–79.
2. Olm M., Donnachie E., Tauscher M. et al., *Impact of the Abolition of Copayments on the GP-centred Coordination of Care in Bavaria, Germany: Analysis of Routinely Collected Claims Data*, „BMJ Open” 2020; 10 (9): e035575.
3. Thomson S., Cylus J., Evotovits T., *Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe*, WHO 2019, <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-europe-2019> (dostęp: 02.04.2024).
4. Rückert I.M., Böcken J., Mielck A., *Are German Patients Burdened by The Practice Charge for Physician Visits (‘Praxisgebuehr’)? A Cross Sectional Analysis of Socio-economic and Health Related Factors*, „BMC Health Services Research” 2008; 8: 232.
5. Kiil A., Houlberg K., *How Does Copayment for Health Care Services Affect Demand, Health and Redistribution? A Systematic Review of the Empirical Evidence from 1990 to 2011*, „European Journal of Health Economics” 2014; 15 (8): 813–28.
6. Wagstaff A., van Doorslaer E., van der Burg H. et al., *Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons*, „Journal of Health Economics” 1999; 18 (3): 263–90.
7. van Doorslaer E., Wagstaff A., van der Burg H. et al., *The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries*, „Journal of Health Economics” 1999; 18 (3): 291–313.
8. Remler D.K., Greene J., *Cost-sharing: A Blunt Instrument*, „Annual Review of Public Health” 2009; 30 (2009): 293–311.
9. Israel S., *How Social Policies Can Improve Financial Accessibility of Healthcare: A Multi-Level Analysis of Unmet Medical Need in European Countries*, „International Journal for Equity in Health” 2016; 15: 41.
10. Kruse F.M., Stadhouders N.W., Adang E.M., et al., *Do Private Hospitals Outperform Public Hospitals Regarding Efficiency, Accessibility, and Quality of Care in the European Union? A literature review*, „The International Journal of Health Planning and Management” 2018; 33 (2): e434–e453.
11. Knutsson D., Björn T., *The Quality and Efficiency of Public and Private Firms: Evidence from Ambulance Services*, „The Quarterly Journal of Economics” 2022; 137 (4): 2213–2262.
12. Quercioli C., Messina G., Basu S. et al., *The Effect of Healthcare Delivery Privatisation on Avoidable Mortality: Longitudinal Cross-regional Results from Italy, 1993–2003*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2013; 67 (2): 132–138.

13. Goodair B., Reeves A., *Outsourcing Health-care Services to the Private Sector and Treatable Mortality Rates in England, 2013–20: An Observational Study of NHS Privatisation*, „The Lancet. Public Health” 2022; 7 (7): e638–e646.
14. Granlund D., Zykova Y.V., *Can Private Provision of Primary Care Contribute to the Spread of Antibiotic Resistance? A Study of Antibiotic Prescription in Sweden*, „Pharmacocon Open” 2021; 5 (2): 187–195.
15. Beckert W., Kelly E., *Divided by Choice? For-profit Providers, Patient Choice and Mechanisms of Patient Sorting in the English National Health Service*, „Health Econ” 2021; 30 (4): 820–839.
16. Werbeck A., Wübker A., Ziebarth N.R., *Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access: Evidence from a Randomized Field Experiment*, „Journal of Economic Behavior & Organization” 2021; 188: 1325–1350.
17. NIK, *Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe*, Warszawa 2015.
18. Dubas-Jakóbczyk K., Kocot E., Kozieł A., *Financial Performance of Public Hospitals: A Cross-sectional Study among Polish Providers*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020; 17 (7): 2188.
19. Gromek Z., *Glosa do Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., sygn. akt K 4/17*, „Przegląd Sejmowy” 2021; 2 (163).
20. UE, *Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) Defining Value in “Value-Based Healthcare”*, „Publications Office of the European Union” 2019.
21. Blümel M., Spranger A., Achstetter K. et al., *Germany: Health System Review*, „Health Systems in Transition” 2020; 22 (6): i–273.
22. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M. et al., *The Netherlands: Health System Review*, „Health Systems in Transition” 2016; 18(2): 1–239.
23. Remers T.E.P., Wackers E.M.E. van Dulmen S.A. et al., *Towards Population-based Payment Models in a Multiple-payer System: The Case of the Netherlands*, „Health Policy” 2022; 126 (11): 1151–1156.
24. Shrank W.H., Rogstad T.L., Parekh N., *Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings*, „JAMA” 2019; 322 (15): 1501–1509.
25. Scheinker D., Richman B.D., Milstein A. et al., *Reducing Administrative Costs in US Health Care: Assessing Single Payer and its Alternatives*, „Health Services Research” 2021; 56 (4): 615–625.
26. Himmelstein D.U., Jun M., Busse R. et al., *A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: US Costs Exceed all Others by Far*, „Health Affairs” 2014; 33 (9): 1586–1594.