

Gospodarka i administracja publiczna w wybranych krajach

Sektor ochrony zdrowia (6 / 15)

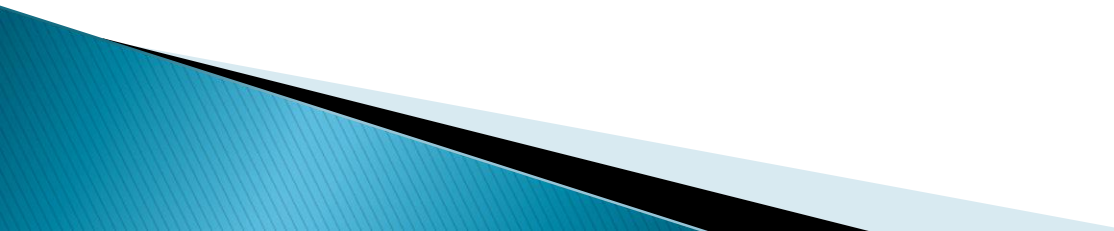
16.04.2013

Prof. UEK, dr hab. Jacek Klich
Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej
UEK
uuklich@cyf-kr.edu.pl

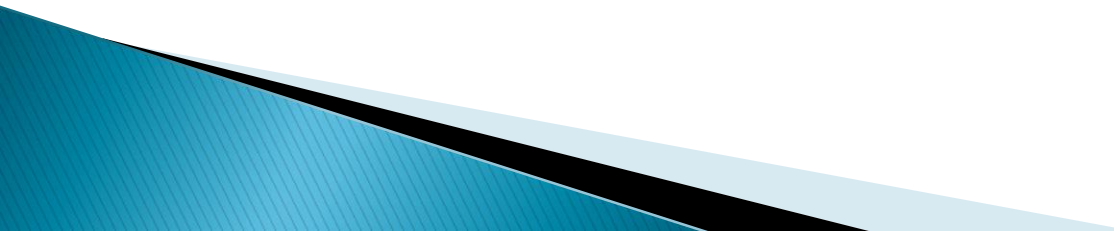
Kontakt

- ▶ uuklich@cyf-kr.edu.pl
- ▶ dyżur: wtorek, 13.00–14.30, Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, ul. Rakowicka 16, pokój 32

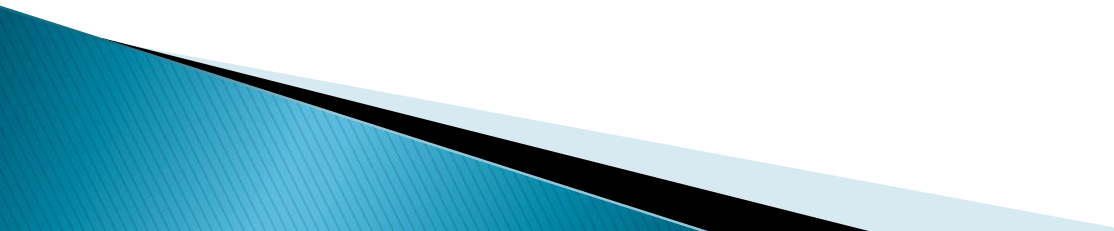
Plan

- ▶ Ustalenie listy tematów
 - ▶ Organizacja i zasady działania administracji publicznej w Polsce, dokończenie
 - ▶ Sektor publiczny i jego efektywność – ujęcie porównawcze
- 

Proponowane tematy (à la carte)

- ▶ Zadania, organizacja i zasady działania administracji publicznej
 - ▶ Sektor publiczny w gospodarce: ewolucja, zakres
 - ▶ Sektor ochrony zdrowia: wyzwania i strategie
 - ▶ Państwo jako aktor w czasach kryzysu i osłabienia gospodarczego (dylematy rządu USA wobec bieżącej sytuacji gospodarczej)
- 

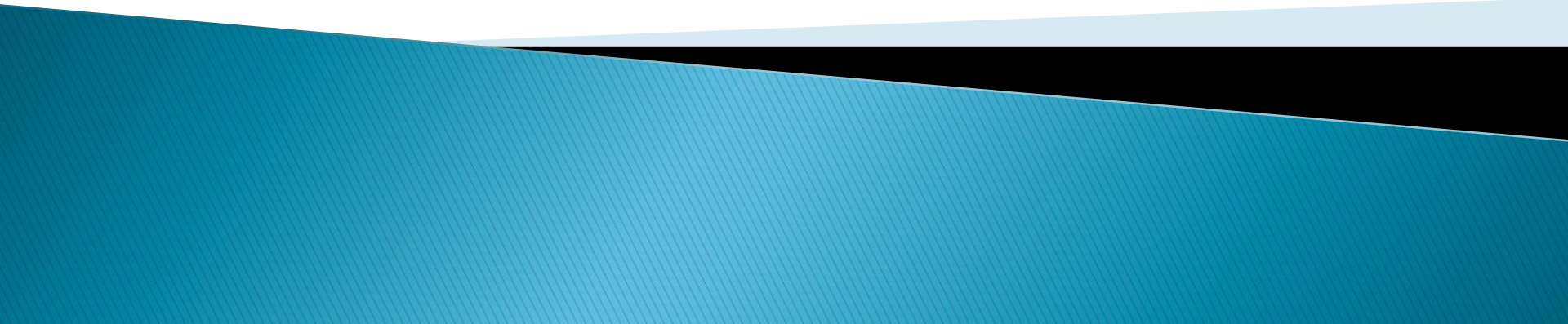
Proponowane tematy, cd.

- ▶ Państwo jako inwestor – chińskie inwestycje w różnych państwach i na różnych kontynentach
 - ▶ Współzależność gospodarki i sportu (z uwzględnieniem roli państwa w rozwoju sportu)
 - ▶ Administracja publiczna w Korei Północnej (szczególnie działy cywilne)
 - ▶ Czy możliwa jest całkowita prywatyzacja szkół i szpitali? (koszty takich przekształceń: finansowe i społeczne + interwencja),
- 

Plan

- ▶ Sektor ochrony zdrowia jako obszar aktywności państwa
 - ▶ Regulacje systemowe:
 - ▶ Rola państwa w systemie ochrony zdrowia
 - ▶ Reforma ochrony zdrowia w Polsce
 - ▶ Uczestnicy systemu ochrony zdrowia
 - ▶ Klasyczne funkcje właściciela w systemie ochrony zdrowia
 - ▶ Przekształcanie spzoz w spółki kapitałowe
 - ▶ Efektywność publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej
- 

Sektor ochrony zdrowia jako obszar aktywności państwa: efektywność publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej



Regulacje systemowe

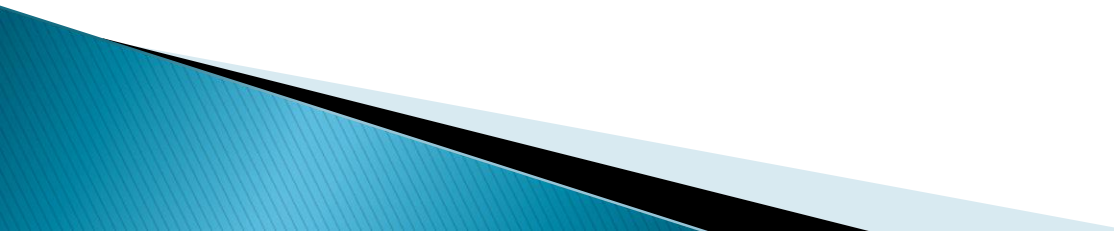
Zadania państwa w systemie ochrony zdrowia (Veillard et al. 2011)

- ▶ określanie wizji i strategii systemu ochrony zdrowia,
 - ▶ wywieranie wpływu na inne sektory gospodarki w celu poprawy stanu zdrowia populacji,
 - ▶ zarządzanie systemem ochrony zdrowia w sposób zgodny z dominującymi wartościami,
 - ▶ gwarantowanie, że konstrukcja systemu jest sprzężona z celami w zakresie zdrowia,
 - ▶ lepsze wykorzystywanie dostępnych instrumentów prawnych i regulacyjnych,
 - ▶ zbieranie, kompilowanie, rozpowszechnianie i wykorzystywanie informacji.
- 

Funkcja ubezpieczyciela (*insurance function*) za: [Kutzin 2001]

- ▶ państwo powinno zabezpieczyć dostęp do potrzebnych świadczeń zdrowotnych bez powodowania finansowego ubożenia obywateli

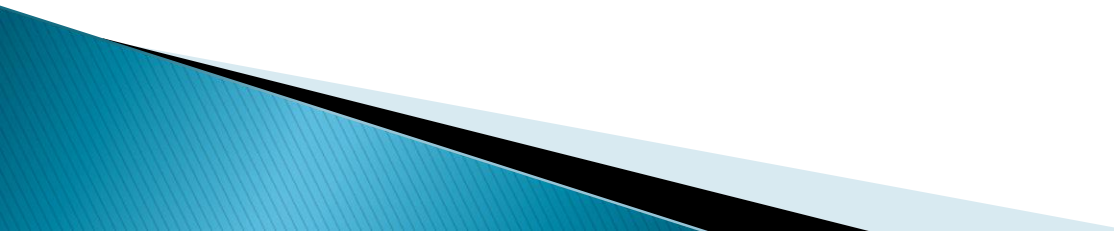
Trendy na świecie

- ▶ wzrastające wydatki na ochronę zdrowia [Mossialos & Le Grand 1999; Hartwig 2008]
 - ▶ reformy zorientowane na wzrost efektywności i obniżenie kosztów sektora ochrony zdrowia [McPake et al. 2002; Asthana & Gibson 2011]
 - ▶ wprowadzanie nowych metod pomiaru kosztów i wyceny świadczeń zdrowotnych (Diagnosis Related Groups, Health Technology Assessment, Clinical Practice Guidelines) [Perleth et al. 2001]
- 

Trendy na świecie, cd.

- ▶ **nade wszystko:** rozwój sektora prywatnego w narodowych systemach ochrony zdrowia [Thompson & McKee 2004; Baji et al. 2011; Voncina et al. 2007; Pavlova et al. 2002]
- ▶ **Lata 1990. ubiegłego wieku to okres, w którym zaobserwowano „... znaczną międzynarodową mobilizację wokół pomniejszania roli państwa w systemach ochrony zdrowia”**
[M.W.Uplekar, Private health care, Social Science & Medicine 51 (2000), s. 897]

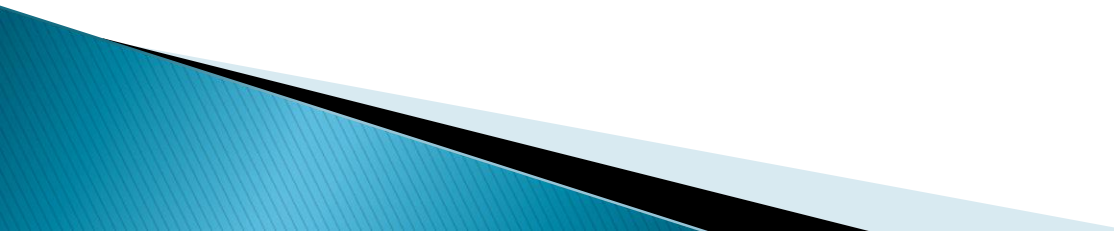
Przyczyny reform: świat

- ▶ niewystarczające zasilanie finansowe systemu ochrony zdrowia [McKee et al. 2012],
 - ▶ wysokie koszty świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania systemu,
 - ▶ strukturalny deficyt (państwowego) ubezpieczyciela,
 - ▶ brak przejrzystości w finansowaniu,
 - ▶ starzejące się społeczeństwo [Voncina et al. 2007].
- 

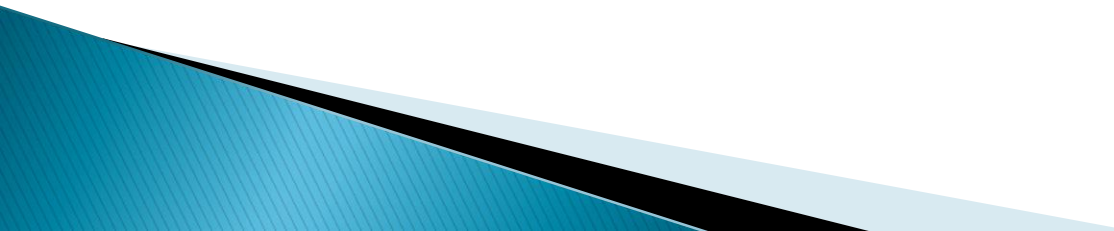
Trzy dominujące kierunki zmian w systemach ochrony zdrowia: świat

- ▶ poszerzanie zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- ▶ wprowadzanie na szeroką skalę rozwiązań racjonalizujących wydatki,
- ▶ wprowadzanie (lub poszerzanie zakresu) sektora prywatnego [Rowland et al. 2001].

Wnioski z reform: świat

- ▶ zmiana formy organizacyjno–prawnej szpitali jest instrumentem do osiągnięcia tylko pewnych celów takich jak poprawa efektywności i responsywności w odniesieniu do potrzeb pacjentów,
 - ▶ zmiana form organizacyjno–prawnych szpitali jest wielowymiarowa => wymaga łączenia zmian na poziomie organizacyjnym szpitala ze zmianami dokonywanymi się w otoczeniu szpitala (w tym przede wszystkim finansowania szpitali).
- 

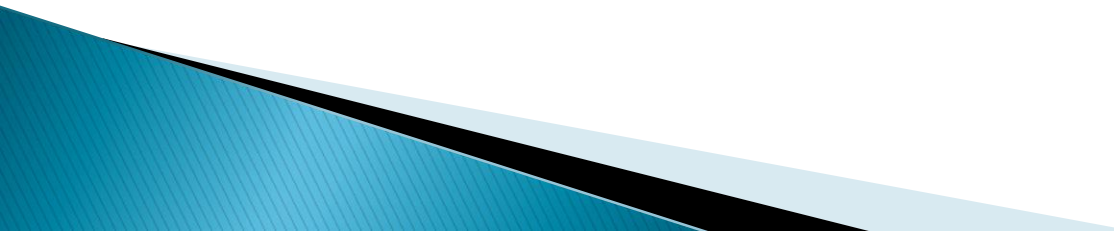
Sfera regulacji: reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce

1. wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego
 2. rozdzielenie świadczenia usług zdrowotnych od ich finansowania => utworzenie instytucji płatnika
 3. utworzenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
- 

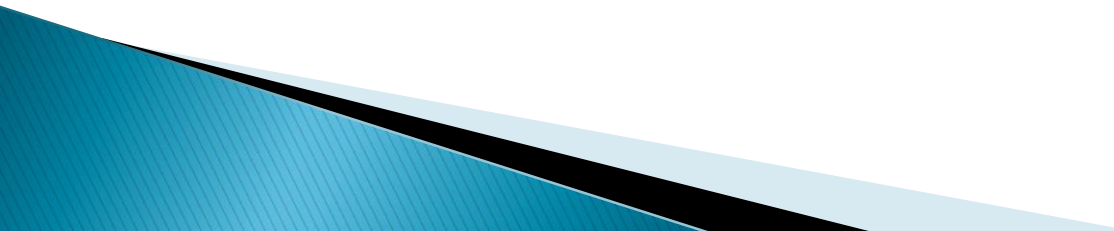
Sfera regulacji: reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce, cd.

4. wprowadzenie wśród świadczeniodawców mechanizmów konkurencji o środki publiczne
5. stworzenie możliwości do poszerzania zakresu sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia
6. odchodzenie od modelu finansowania zasobów (wynagrodzenia dla pracowników, utrzymanie łóżek etc.) w kierunku finansowania zadań (wielkości określone w kontraktach z NFZ).

Polska...

- ▶ przyczyny podejmowania reform w polskim systemie ochrony zdrowia zbieżne są z przyczynami reform systemów ochrony zdrowia w innych państwach,
 - ▶ kierunki reform systemu ochrony zdrowia w Polsce pozostają w głównym nurcie przemian dokonujących się w innych państwach,
- 

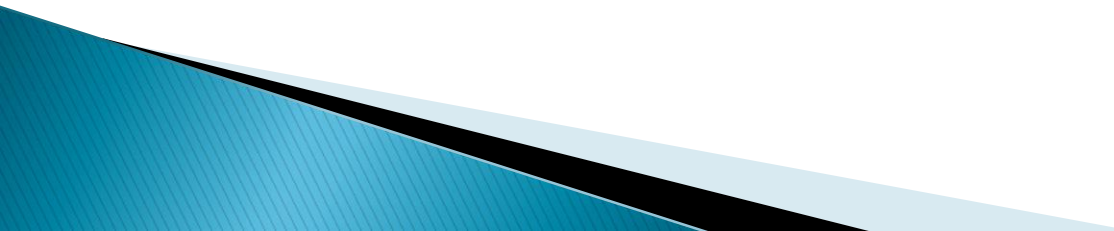
Uczestnicy systemu ochrony zdrowia...

- ▶ podmioty włączone bezpośrednio w działalność systemu ochrony zdrowia, wśród których należy wymienić:
 - ▶ świadczeniobiorców (i organizacje ich reprezentujące),
 - ▶ świadczeniodawców (i organizacje ich reprezentujące),
- 

Uczestnicy systemu ochrony zdrowia, cd.

- ▶ instytucję ubezpieczenia zdrowotnego pełniącą funkcję płatnika – NFZ,
- ▶ organy kontroli i nadzoru, w tym:
 - Państwową Inspekcję Sanitarną (Sanepid),
 - Inspekcję Farmaceutyczną,
- ▶ wojewodów i działające przy nich wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultantów wojewódzkich w poszczególnych specjalnościach medycznych,

Uczestnicy systemu ochrony zdrowia, cd.

- ▶ Ministerstwo Zdrowia, które wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych,
 - ▶ producentów oraz dostawców leków, sprzętu medycznego i urządzeń medycznych (i organizacje ich reprezentujące),
 - ▶ organizacje reprezentujące interesy pacjentów.
- 

Sfera regulacji: idea SPZOZ

- ▶ wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, gospodarujący samodzielnie przekazanymi mu w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym),

Sfera regulacji: idea SPZOK, cd.

- ▶ SPZOK pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań (zobligowany jest do pokrycia ujemnego wyniku finansowego we własnym zakresie)
- ▶ Enumeratywnie wyliczone źródła pozyskiwania środków finansowych przez SPZOK (rozdział 3, oddział 2 ustawy o działalności leczniczej z 15 IV 2011 r.)

Klasyczne funkcje właściciela

- ▶ funkcje właściciela określane są przez *ius utendi, fruendi et abutendi re sua, quatenus iuris ratio patitur* (prawo używania i pobierania pożytków z rzeczy oraz dysponowania rzeczą, na ile zezwala racja prawna)

Sfera regulacji i klasyczne funkcje właściciela

- ▶ brak jednoznacznych rozstrzygnięć w odniesieniu do majątku SPZOZ już na etapie przenoszenia własności (zoz => spzoz)
- ▶ dwa obszary ograniczeń w dysponowaniu majątkiem przez organy założycielskie:
 - bariery wyjścia z systemu (np. zamykanie oddziałów)
 - ograniczenia w decydowaniu o użyciu bądź nie posiadanych zasobów (zasoby muszą być utrzymywane nawet wówczas, kiedy właściciel nie ma możliwości pozyskania środków na ich opłacenie z przychodów spzoz)

Sfera regulacji i klasyczne funkcje właściciela, cd.

- ▶ ograniczenia JST dotyczące transferu środków publicznych do SPZOK stanowiących własność JST (tylko wyposażenie, sprzęt, inwestycje)
- ▶ środki przewidziane na zakup świadczeń zdrowotnych mogą być transferowane do SPZOK tylko przez płatnika

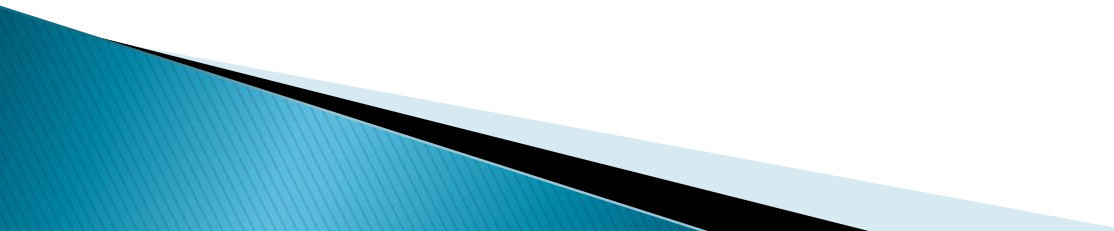
Sfera regulacji i klasyczne funkcje właściciela, cd.

- ▶ Ograniczenia w sprawowaniu funkcji kontrolnych przez JST (enumeratywne wyliczenie, co może być przedmiotem analiz podmiotu sprawującego nadzór w zakresie gospodarki finansowej SPZOZ)
- ▶ Zmiany z 2004 r. wzmocniły funkcje kontrolne ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewody nad SPZOZ

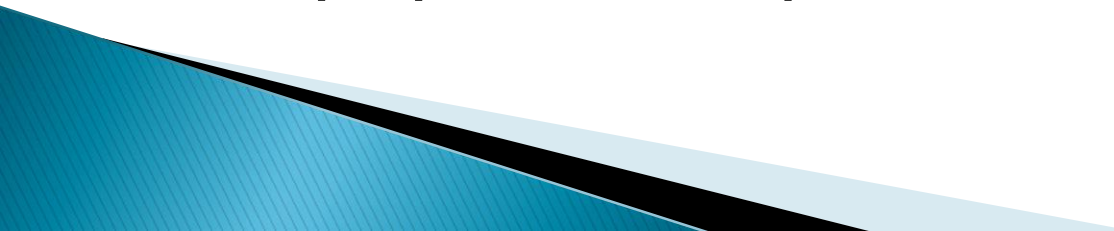
Przedmiotem analiz podmiotu sprawującego nadzór w zakresie gospodarki finansowej spzoz mogą być:

- ▶ kwartalne sprawozdania o przychodach, kosztach i wyniku finansowym jednostki organizacyjnej,
 - ▶ roczny plan rzeczowo-finansowy jednostki organizacyjnej,
 - ▶ roczne sprawozdanie rzeczowo-finansowe jednostki organizacyjnej
- 

Sfera funkcjonowania: reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce

- ▶ Funkcje systemu ochrony zdrowia [Chernichovsky, 1995]:
 - organizowania i zarządzania,
 - świadczenia usług zdrowotnych,
 - finansowania usług zdrowotnych
- 

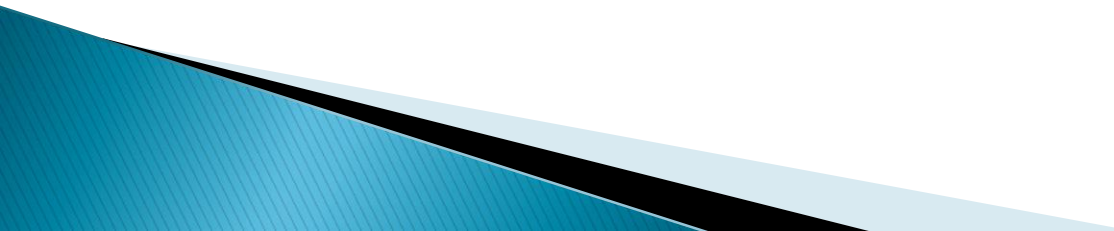
Sfera funkcjonowania: dysfunkcje w zakresie organizowania i zarządzania

- ▶ Minister właściwy do spraw zdrowia i JST są ograniczani w decydowaniu o kierunkach i zakresie zasileń finansowych do SPZOZ => nie dysponują skutecznymi narzędziami do efektywnego wypełniania roli organizatora i podmiotu kierującego opieką zdrowotną.
 - ▶ Rozproszona własność (komunalna, Skarb Państwa) => trudności harmonizowania działań
 - ▶ Słaby system motywowania kierowników SPZOZ
- 

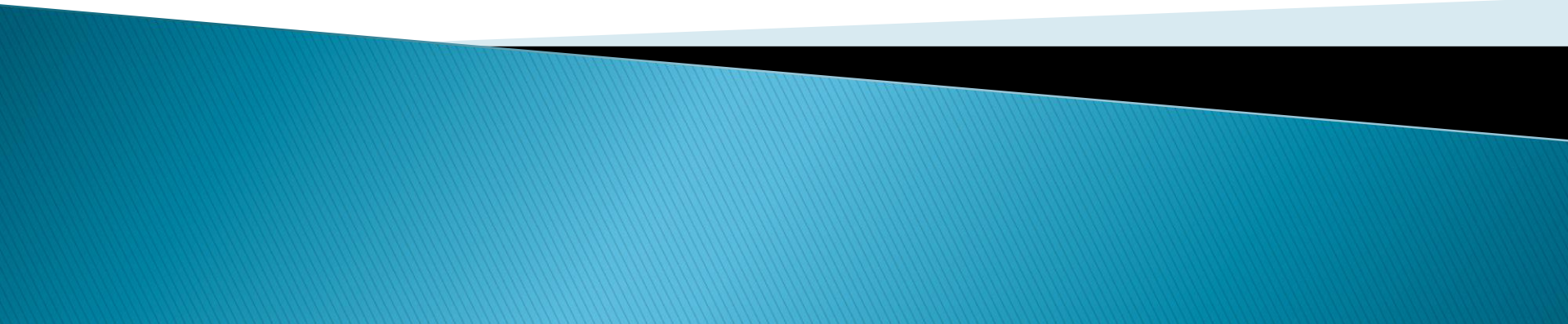
Sfera funkcjonowania: dysfunkcje w zakresie udzielania świadczeń

- ▶ kolejki oczekujących z jednej i niewykorzystane zasoby z drugiej strony

Sfera funkcjonowania: dysfunkcje w zakresie finansowania

- ▶ Środki na inwestycje?
 - ▶ Świadczenia ponadlimitowe (ponadkontraktowe)
 - ▶ Zadłużenie SPZOK-ów
 - ▶ Opłaty od pacjentów
- 

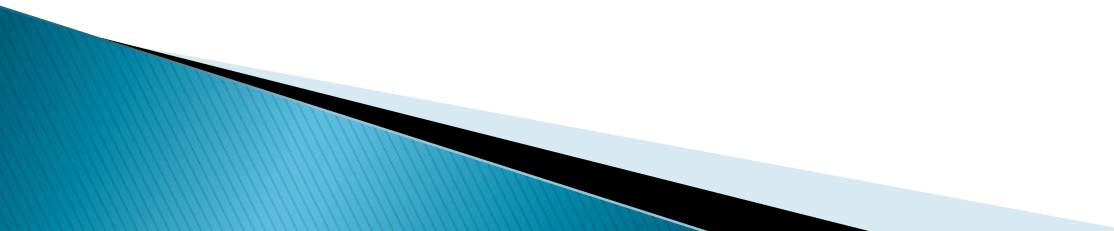
Przekształcenia



Zakłady publiczne i niepubliczne

(stan na 18.03.2013)

<http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ>

- ▶ Liczba zakładów publicznych: 2247
 - ▶ Liczba zakładów
niepublicznych: 16964
 - ▶ Łącznie: 19 211
- 

Struktura zakładów opieki zdrowotnej

(za: „MZ: Informacja o przekształceniach własnościowych w ochronie zdrowia, przeprowadzonych decyzjach jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010 (wrzesień), Warszawa 2010)

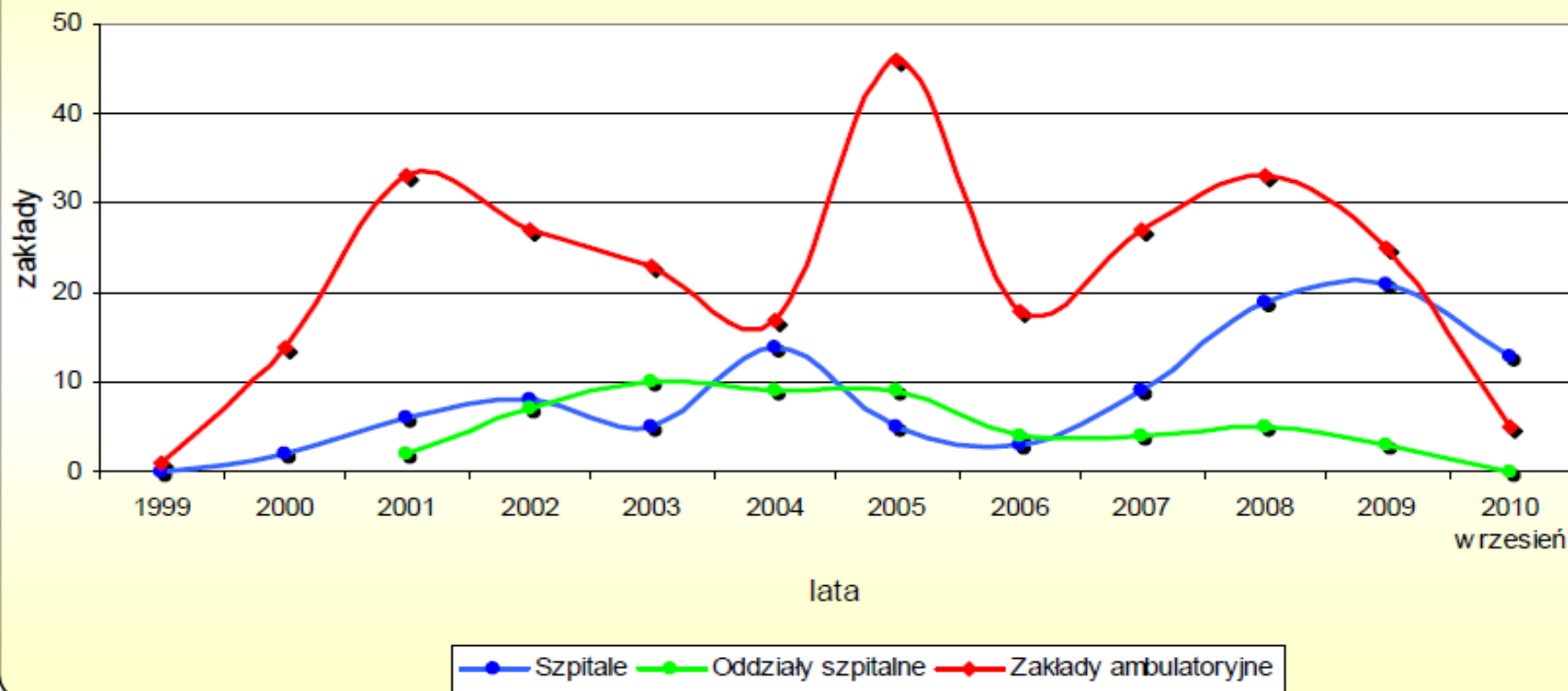
Struktura zakładów opieki zdrowotnej

ZOZ	zakłady stacjonarne	zakłady leczenia ambulatoryjnego	Ogółem
POLSKA , w tym:	751	17 003	17 754
niepubliczny zoż, w tym:	145*	15 278	15 423
sp zoż przekształcony decyzją j.s.t. w n zoż	105	269	374
publiczny zoż	606	1 725	2 331

Źródło: Dane na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl

* przy założeniu, że posiadają co najmniej 1 oddział i co najmniej 50 łóżek szpitalnych

Dynamika "przekształceń" własnościowych w latach 1999-2010 (wrzesień)



Źródło: Dane Urzędów Wojewódzkich, Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego, zakładów opieki zdrowotnej

Struktura spółek, które powołały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej

Lp.	Spółka	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej		
		Szpitalne	Zakłady leczenia ambulatoryjnego	Oddziały szpitalne
1	spółka z o.o.	94	195	44
2	spółka akcyjna	9	3	0
3	spółka partnerska	0	21	3
4	spółka jawna	0	14	0
5	spółka cywilna	1	67	6

Źródło: Dane Urzędów Wojewódzkich, Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego, zakładów opieki zdrowotnej

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej „przekształcone” w latach 1999-2010 (wrzesień) według podmiotu tworzącego

Lp.	Jednostki samorządu terytorialnego	Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej	
		w latach 1999-2010 (wrzesień)	
		liczba spółek	struktura (%)
1	Województwa	37	8,7
2	Powiaty	134	31,4
3	Gminy	78	18,3
4	Miasta	178	41,7
	Razem	427	100,0

Źródło: Dane Urzędów Wojewódzkich, Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego, zakładów opieki zdrowotnej

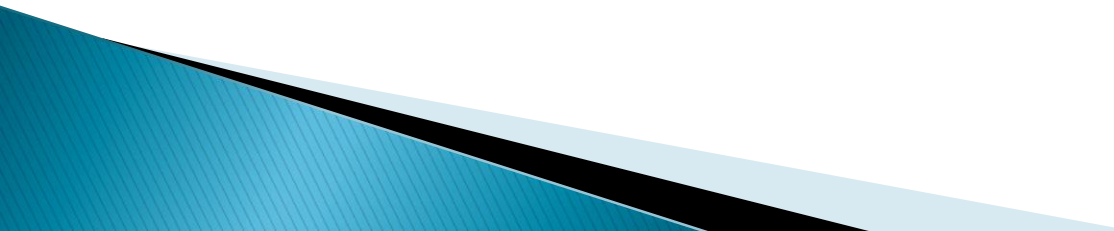
Spółki prawa handlowego powstałe od 1999 r. według wartości kapitału zakładowego

Lp.	Spółki powołane od 1999 r.	Spółki o wartości kapitału zakładowego w %					
		100%		poniżej 100%		0%	
		Szpital	Zakłady leczenia ambulatoryjnego	Szpital	Zakłady leczenia ambulatoryjnego	Szpital	Zakłady leczenia ambulatoryjnego
1	Spółki akcyjne	5	0	0	1	1	2
2	Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością	53	10	13	3	18	157
	Razem	58	10	13	4	19	159

Źródło: Dane Urzędów Wojewódzkich, Wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego, zakładów opieki zdrowotnej

Czy to koniec
przekształceń?

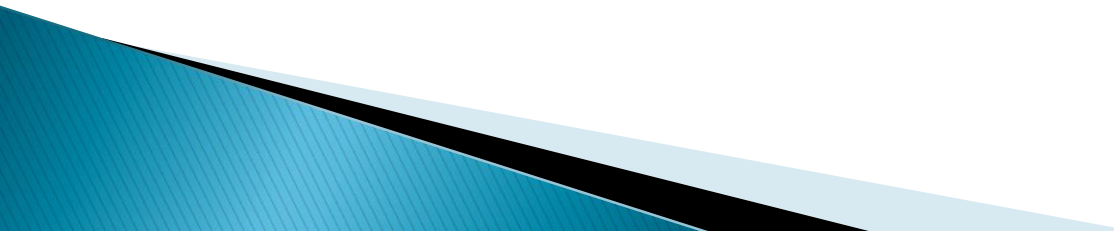
Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r (Dz.U. 2011, nr 112, poz.654)

- ▶ Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:
 - ▶ 1) spółki kapitałowej (z o.o. lub akcyjnej)
 - ▶ 2) jednostki budżetowej
- 

Jeżeli spzoz notuje ujemny wynik finansowy...

- ▶ „ podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości” (art. 59, ust.2)

Opcje przekształceń

- ▶ przekształcenie spzoz w spółkę kapitałową (art. 70–82 ustawy),
 - ▶ połączenie spzoz z innym spzoz (art. 66 i 67),
 - ▶ likwidacja spzoz
- 

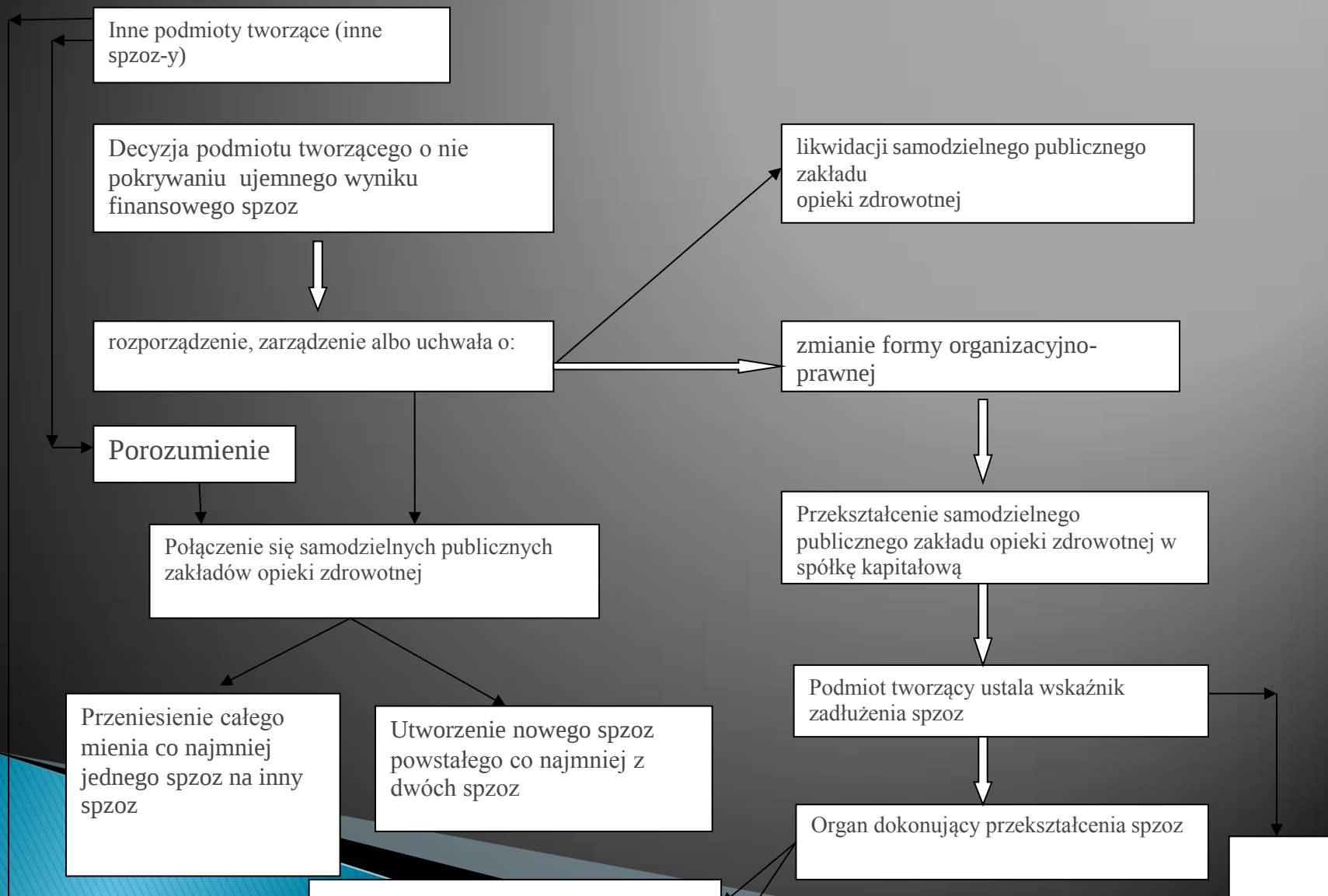
Przejmowanie zobowiązań spzoz

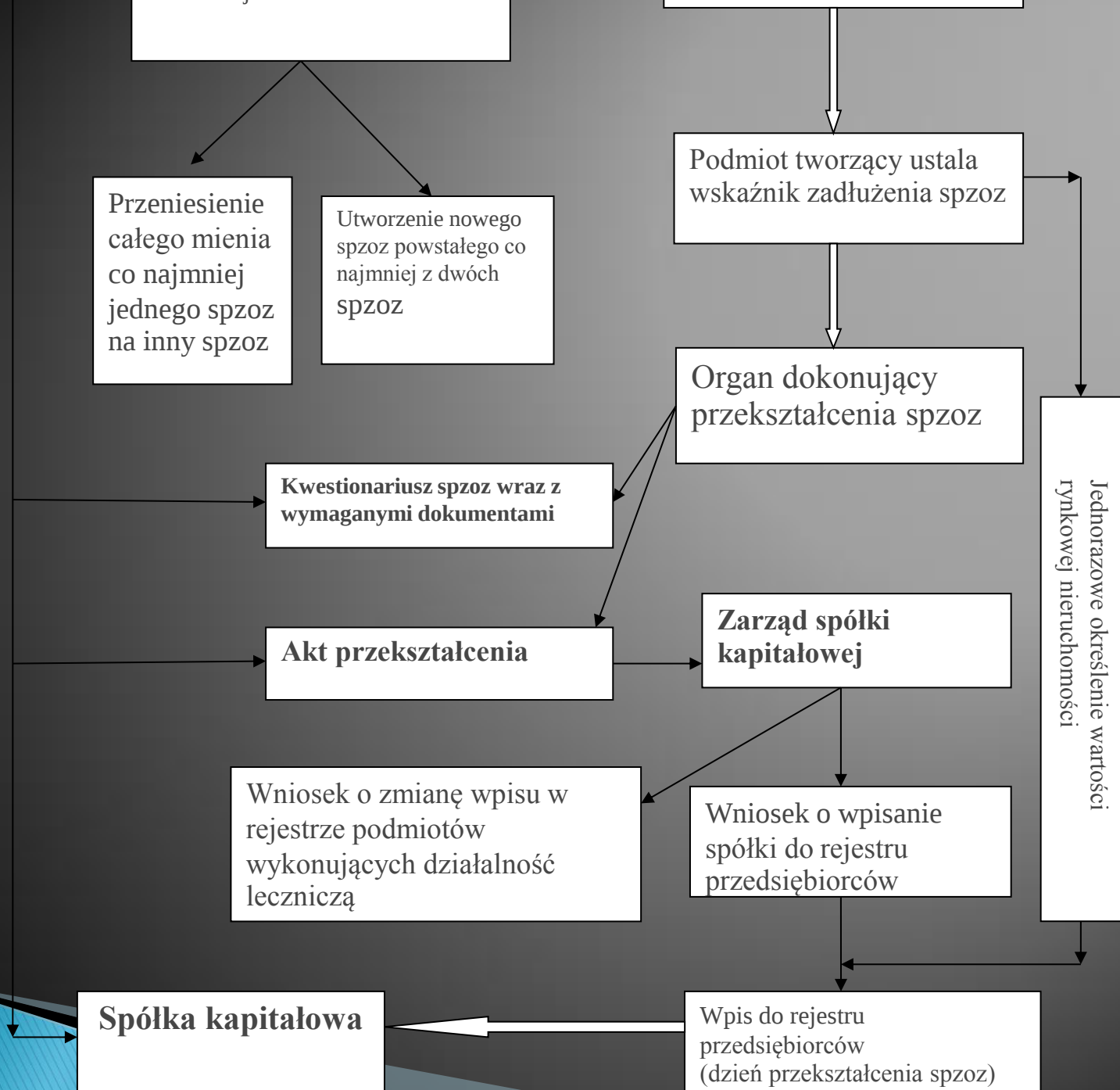
- ▶ Kluczową kwestią jest przejmowanie zobowiązań zadłużonego spzoz. Tu ważną rolę pełni tzw. **wskaźnik poziomu zadłużenia**.
- ▶ Wskaźnik zadłużenia spzoz (zdefiniowany w art. 71 ustawy) to relacja sumy jego zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe spzoz do sumy przychodów spzoz.

Ustalanie wartości wskaźnika poziomu zadłużenia

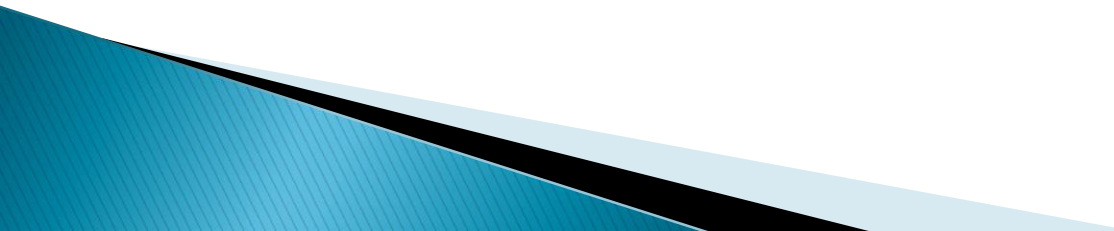
- ▶ **ustalenie wskaźnika poziomu zadłużenia (wpz) spzoz:**
 - $> 0.5 \Rightarrow$ podmiot tworzący przejmuje zobowiązania spzoz w takiej wysokości, żeby wpz wyniósł nie więcej niż 0.5
 - $\leq 0.5 \Rightarrow$ podmiot tworzący **może** (przyp. JK) przejąć zobowiązania spzoz (art. 72)

Proces przekształcania spzoz





Antycypowane problemy przekształcania spzoz w spółki kapitałowe

- ▶ Problem modelu przekształceń,
 - ▶ Problemy infrastrukturalno–narzędziowe,
 - ▶ Problemy zasileniowe,
 - ▶ Problemy organizacyjne.
- 

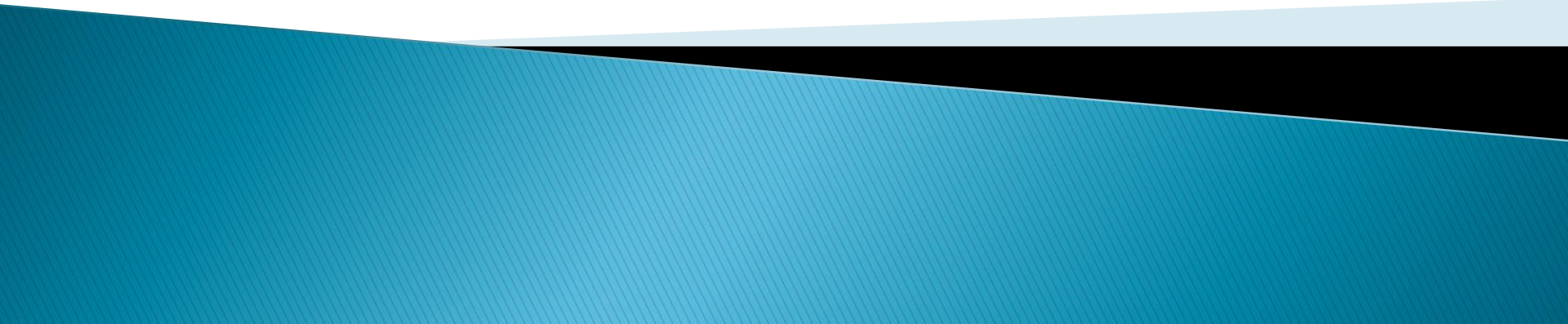
Wyzwania stojące przed nowo utworzoną spółką

- ▶ Przygotowanie rzetelnego programu restrukturyzacji:
 - Analiza strategiczna,
 - Plan strategiczny (ze wskazaniem na kierunki restrukturyzacji).
- ▶ Wdrożenie programu restrukturyzacji.
- ▶ Równoległe prowadzenie działań zmierzających do:
 - zbudowania/stworzenia organizacji otwartej na zmiany,
 - zbudowania/stworzenia organizacji uczącej się.

Perspektywy dla przekształconych spółek...

- ▶ 30 spośród 54 przekształconych w ramach tzw. planu B spółek zakończyło rok 2011 ze stratą na łączną sumę 36 mln złotych, przy czym 14 spółek utraciło w tymże 2011 r. płynność finansową [Lisowska, 2012].

Efektywność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej



Historia oddłużania spzoz

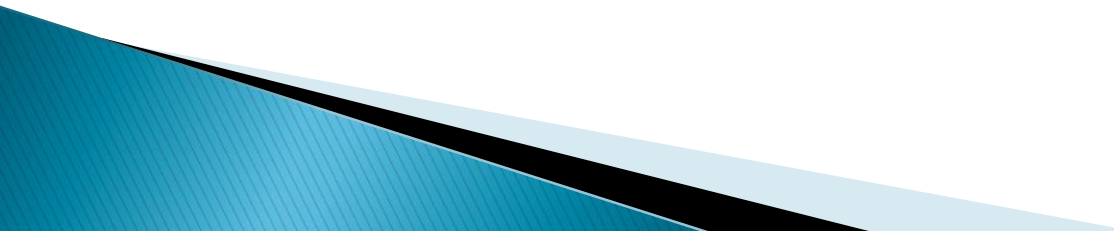
- ▶ W 1994 roku przyznano dotacje budżetową na spłatę długów zakładów opieki zdrowotnej w wysokości 1 mld PLN,
- ▶ w 1995: podobnie na 1 mld
- ▶ w 1997: umorzono 1.7 mld
- ▶ w 1998: umorzono 8 mld zł

[Ministerstwo Zdrowia, 2004, s. 208]

Aktualny poziom zadłużenia*

- ▶ Wartość zobowiązań wymagalnych spzoz na koniec IV kwartału 2012 wynosiła:
 - 2 522,7 mln zł.
- ▶ a poziom zobowiązań ogółem w tym czasie:
 - 10 542,0 mln zł.

* Ministerstwo Zdrowia





Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych
publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach
2003 – 2011 (ujecie historyczne)

Wyszczególnienie	Wartość zobowiązań ogółem (w mln zł)	Dynamika zobowiązań ogółem w % (kwartał poprzedni = 100)
III 2003	7 501,6	-
IV 2003	7 327,7	97,7
I 2004	7 791,6	106,3
II 2004	8 624,5	110,7
III 2004	8 749,0	101,4
IV 2004	9 450,1	108,0
I 2005	9 348,4	98,9
II 2005	9 646,2	103,2
III 2005	9 908,2	102,7
IV 2005	10 273,6	103,7
I 2006	10 164,6	98,9
II 2006	10 093,4	99,3
III 2006	10 195,7	101,0
IV 2006	10 384,2	101,8
I 2007	10 233,6	98,5
II 2007	10 139,6	99,1
III 2007	9 808,8	96,7
IV 2007	9 563,3	97,5
I 2008	9 527,0	99,6
II 2008	9 627,9	101,1
III 2008	9 653,3	100,3
IV 2008	9 979,7	103,4
I 2009	9 828,7	98,5
II 2009	9 646,3	98,1
III 2009	9 550,3	99,0
IV 2009	9 627,6	100,8
I 2010	9 849,3	102,3
II 2010	9 931,8	100,8
III 2010	9 774,8	98,4
IV 2010	9 961,1	101,9
I 2011	9 917,7	99,6
II 2011	10 057,2	101,4

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i spzoz nadzorowanych przez MZ

Dynamika zobowiązań wymagalnych
samodzielnych publicznych zakładów
opieki zdrowotnej w latach 2003 – 2011
(ujecie historyczne)



Wyszczególnienie kwartałów	Wartość zobowiązań wymagalnych (w mln zł)	Dynamika zobowiązań wymagalnych w % (kwartał poprzedni = 100)
III 2003	4 589,4	-
IV 2003	4 543,7	99,0
I 2004	4 896,8	107,8
II 2004	5 555,1	113,4
III 2004	5 684,5	102,3
IV 2004	5 872,3	103,3
I 2005	5 917,2	100,8
II 2005	6 239,6	105,4
III 2005	6 086,7	97,5
IV 2005	4 933,6	81,1
I 2006	4 571,6	92,7
II 2006	4 344,7	95,0
III 2006	4 115,0	94,7
IV 2006	3 723,8	90,5
I 2007	3 728,6	100,1
II 2007	3 621,0	97,1
III 2007	3 370,7	93,1
IV 2007	2 666,2	79,1
I 2008	2 683,5	100,6
II 2008	2 636,8	98,3
III 2008	2 559,7	97,1
IV 2008	2 357,9	92,1
I 2009	2 414,2	102,4
II 2009	2 311,3	95,7
III 2009	2 373,6	102,7
IV 2009	2 241,8	94,4
I 2010	2 415,6	107,8
II 2010	2 511,5	104,0
III 2010	2 392,9	95,3
IV 2010	2 139,9	89,4
I 2011	2 345,5	109,6
II 2011	2 369,8	101,0

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i szpiz nadzorowanych przez MZ

Efektywność niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej...

- ▶ Brak wiarygodnych i pełnych danych dotyczących wyników niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej...

Struktura zadłużenia według rodzajów jednostek

- ▶ Relatywnie niewielka grupa (około 80–90 zakładów) odpowiada za ponad 60% całości zobowiązań wszystkich spzoz
- ▶ Wśród najbardziej zadłużonych znajdujemy przede wszystkim szpitale (zazwyczaj duże, specjalistyczne).

Konkluzje

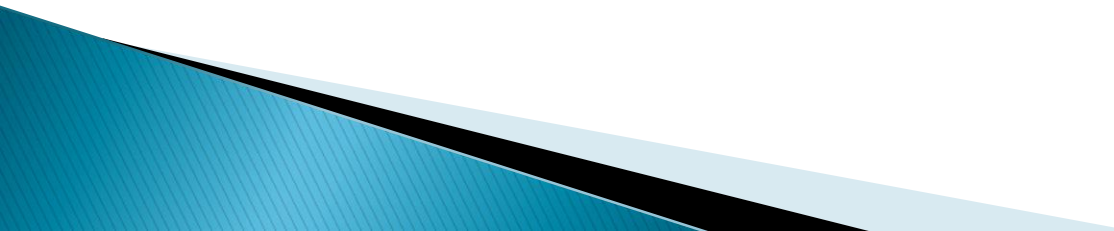
Istniejące rozwiązania:

- ▶ wykazują istotne dysfunkcje, szczególnie w obszarze uprawnień własnościowych,
- ▶ JST (właściciel) są pozbawione możliwości swobodnego transferowania środków publicznych do samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej będących ich własnością,

Istniejące rozwiązania:

- ▶ zakładają szeroki zakres odpowiedzialności właściciela majątku SPZOZ, ale nie koresponduje to dobrze z możliwościami właściciela w zakresie dysponowania własnością;
- ▶ sprawiają, że w systemie ochrony zdrowia nie ma wbudowanych narzędzi skutecznego motywowania kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do przeprowadzania głębszej restrukturyzacji zakładów;

Istniejące rozwiązania:

- ▶ petryfikują ograniczenia po stronie zasileń finansowych, co hamuje rozwój samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
 - ▶ utrzymują ograniczenia dla tworzenia prywatnych ubezpieczalni i tworzenia dodatkowych strumieni zasileń finansowych dla SPZOZ
- 

Wnioski

- ▶ obserwujemy trwały proces ograniczenia funkcji państwa w systemie ochrony zdrowia,
- ▶ poszerza się zakres sektora prywatnego w ochronie zdrowia (niepubliczne zakłady wykazują większą efektywność niż publiczne)
- ▶ państwo zrezygnowało z funkcji ubezpieczyciela,
- ▶ znaczna część ryzyka została transferowana na świadczeniodawców i pacjentów,
- ▶ obserwujemy zwiększanie się finansowego udziału pacjentów w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych (bez wprowadzenia rozwiązań choć w części kompensujących pacjentom te ciężary)

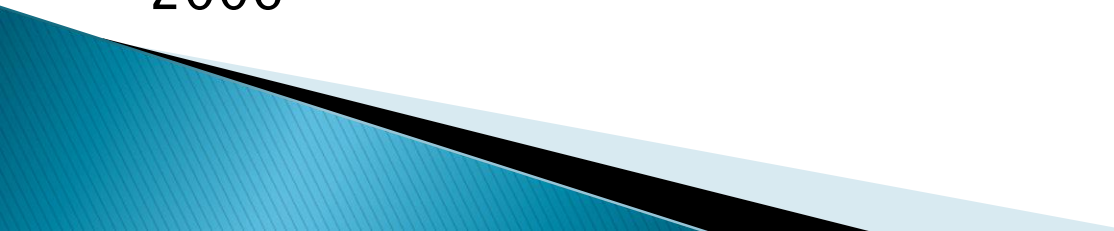
Bibliografia

- ▶ R.Busse, E. van Ginneken, M.Wörz, *Access to health care services within and between countries of the European Union*, [w:] M. Wismar, W. Palm, J. Figueras, K. Ernst, E. van Ginneken (Eds), *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, Observatory Studies Series 22, World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2011
- ▶ A. Harding, A.S. Preker, *A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals* [w:] A.S. Preker, A. Harding (eds), *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*. Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series. EBRD/The World Bank. Washington DC, 2003
- ▶ M.Jakab, A.S.Preker, A.Harding, *The Missing Link? Hospital Reform in Transition Economies* [w:] A.S. Preker, A. Harding (eds), *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*. Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series. EBRD/The World Bank. Washington DC, 2003
- ▶ M. McKee, S. Basu, D. Stuckler, *Health systems, health and wealth: The argument for investment applies now more than ever*, "Social Science & Medicine" 2012, vol.74, issue 5, s.684–687

Bibliografia (2)

- ▶ B.Lisowska, *Zamiast pomocy dla szpitali – długi i prywatyzacja*, „Dziennik Gazeta Prawna” 31 sierpnia 2012
- ▶ M. Over, N. Watanabe, *Evaluating the Impact of Organizational Reform on Hospitals* [w:] A.S. Preker, A. Harding (eds), *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*. Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series. EBRD/The World Bank. Washington DC, 2003,
- ▶ A.S.Preker, A.Harding (eds), *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*. Human Development Network. Health, Nutrition, and Population Series, The World Bank 2003
- ▶ D.Rowland, A.M.Pollock, N. Vickers, *The British Labour Government's Reform of the National Health Service*, “Journal of Public Health Policy” 2001, vol. 22, no. 4, s. 403–414
- ▶ The World Bank, *Hospitals*, pozyskano 12 września 2012 z:
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:20190821~menuPK:438812~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793~isCURL:Y,00.html#def>
- ▶ L.Voncina, A. Dzakula, M.Mastilica, *Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities*, “Health Policy”, 2007, vol. 80, issue 1, s.144–157

Bibliografia (3)

- ▶ F. Grzegorczyk, Przedsiębiorstwo publiczne kontrolowane przez państwo, LexisNexis, Warszawa 2012
 - ▶ The State of the Public Service, OECD 2008
 - ▶ L. Freysson, General government expenditure: Analysis by detailed economic function, Statistics in Focus 33/2012, Eurostat
 - ▶ The EU's Public Sector Spending Problem, A.T. Kearney 2013
 - ▶ Wikipedia
 - ▶ A. Afonso, I. Schukchnecht, V.Tanzi, Public sector efficiency. An international comparison, „Public Choice”, 2005, Vol. 123, s. 321–347
 - ▶ A. Afonso, I. Schukchnecht, V.Tanzi, Public Sector Efficiency. Evidence for New EU Member States and Emerging Markets, European Central Bank. Working Paper Series No. 581, January 2006
- 

Część opcjonalna



Obciążenia finansowe dla ubezpieczonych

- ▶ Dane WHO; jak w latach 1995–2010 wyglądały wskaźniki wydatków prywatnych na zdrowie (WPZ) do całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ) (WPZ/CWZ), wydatków z kieszeni pacjenta (KP) do wydatków prywatnych na zdrowie (WPZ) (KP/WPZ) oraz wydatków z kieszeni pacjenta (KP) do całkowitych wydatków na zdrowie (CWZ) (KP/CWZ) dla 27 państw, które teraz tworzą Unię Europejską oraz – dla porównania – dla USA.

Wnioski

- ▶ w większości państw (w 15 z 28) między 1995 a 2010 r. => rosnący udział WPZ/CWZ. W siedmiu (z dziesięciu analizowanych) nowych państwach UE wartość tego wskaźnika w badanym okresie rosła, przy czym w niektórych przypadkach (Bułgaria, Estonia, Węgry, Słowacja) był to wzrost wysoki, kilkudziesięcioprocentowy (a w przypadku Słowacji nawet trzykrotny) (2010: Bułgaria: 46%, Czechy: 16%, Estonia: 21%, Litwa: 27%, Łotwa: 39%, Polska: 27%, Rumunia: 22%, Słowacja: 34%, **USA=47%**)

Wnioski (2)

- ▶ tylko w pięciu państwach (Francja, Irlandia, Holandia, Słowenia i USA) KP/WPZ jest mniejszy niż 50% (dla Polski=81%; **USA=25%**)
- ▶ najwyższy udział KP/CWZ w 2010 r. notowano na Cyprze (49%), a najniższy w Holandii (5%) (Polska=22%; **USA=12%**)

Wnioski (3)

- ▶ nawet w zasobnych państwach UE, gdzie poziom jakości życia jest wysoki (tzw. 15 „starych” państw UE, czyli sprzed rozszerzenia z roku 2004) przeciętny dla „15” wskaźnik pacjentów „bardzo zadowolonych” i „raczej zadowolonych” z krajowego systemu opieki zdrowotnej łącznie wynosił niewiele ponad 60%. [Busse et al. 2011].