

[Akceptuję](#)

W ramach naszej witryny stosujemy pliki cookies w celu świadczenia państwu usług na najwyższym poziomie, w tym w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb. Korzystanie z witryny bez zmiany ustawień dotyczących cookies oznacza, że będą one zamieszczone w Państwa urządzeniu końcowym. Możecie Państwo dokonać w każdym czasie zmiany ustawień dotyczących cookies. Więcej szczegółów w naszej [Polityce Prywatności](#)

[Portal](#) [Informacje](#) [Katalog firm](#) [Praca](#) [Szkolenia](#) [Wydarzenia](#) [Porównania międzylaboratoryjne](#)
[Kontakt](#)



[Laboratoria](#)
[.net](#)
[Innowacje](#)
[Nauka](#)
[Technologie](#)

[Logowanie](#) [Rejestracja](#) [pl](#)

Newsletter

zapisz się



[Strona główna](#) > [Start](#)

Trudne nadążanie za demografią

XX-wieczne modele opieki medycznej nie będą się sprawdzać. To jeszcze odległa perspektywa, ale trzeba już dzisiaj myśleć i przygotować się na zmiany - mówił Marcin Pakulski, zastępca prezesa ds. medycznych NFZ, podczas konferencji oceniającej system ochrony zdrowia w Polsce (Warszawa, 14 grudnia 2012 r.).



Wbrew temu, co obecnie niektórzy mówią, nie ma zapaści w przychodach Narodowego Funduszu Zdrowia, chociaż z drugiej strony nie ma też co liczyć w najbliższym czasie na gwałtowne wzrosty przychodów związanych ze ściągalnością składki na ubezpieczenie zdrowotne - zaznaczył Marcin Pakulski, podsumowując przychody i wydatki płatnika w ostatnich latach.

Jednocześnie wiceszef Centrali NFZ wskazuje na zjawiska, które powodują, że w obecnym kształcie systemu nie jest możliwe zagwarantowanie wszystkim opieki medycznej, ze względu na braki finansowe i kadrowe.

Starzejemy się

W przyszłości będziemy mieć do czynienia ze zmniejszeniem się liczby dostawców usług opieki zdrowotnej, a jednocześnie zwiększeniem liczby odbiorców. Zastępca prezesa NFZ jest zdania, że obecny model opieki zdrowotnej nie sprawdzi się.

Podstawowym wyzwaniem będzie demografia. Czeka nas tsunami demograficzne.

- Wzrost liczby osób w podeszłym wieku - 80 lat i więcej - niesie ze sobą kolejne niekorzystne zjawiska w postaci wielochorobowości, charakteryzującej się występowaniem więcej niż jednego schorzenia, polipragmazji i związanych z tym powikłań, a co za tym idzie - wyższymi wydatkami na leczenie. Już teraz w USA osoby obciążone więcej niż trzema schorzeniami wymagają konsultacji 18 specjalistów w ciągu roku. Kolejnym elementem jest wyższa zapadalność na choroby nowotworowe - podkreślał Marcin Pakulski.

Jest to zatem także problem ekonomiczny.

Grupa osób starszych to potencjalni odbiorcy pomocy społecznej.

Profesor Stanisława Golinowska z Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ zauważa niekorzystny trend wśród polskich emerytów.

O ile mają oni dostęp do systemu emerytalnego, to nieadekwatność wysokości świadczeń emerytalnych do kosztów ponoszonych np. na zakup leków wpędza ich w biedę.

Już w obecnej sytuacji można mówić o nabywaniu leków jako o tzw. wydatku katastrofalnym.

- W 2011 roku pacjenci pokrywali 61% wartości kupowanych leków, w 2012 roku będą pokrywać szacunkowo 65% - mówiła prof. Golinowska.

Podsumowując okres przemian w Polsce,

profesor zauważa, iż od wielu lat utrzymuje się niski poziom finansowania sektora zdrowotnego. Pod względem wydatków na ochronę zdrowia na tle państw OECD, Polska znajduje się na piątej pozycji od końca, na 35 porównywanych państw, z 1389 dolarami per capita.

Wraz z globalnym kryzysem ekonomicznym zauważalny jest brak wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia w ujęciu realnym.

Nie rośnie także udział wydatków prywatnych w całości wydatków na zdrowie. Jednocześnie zauważalne jest znaczące zmniejszenie tradycyjnych opłat nieformalnych: "dowodów wdzięczności, cegiełek oraz kopert".

Wpływ na to ma m.in. zastosowanie instrumentów antykorupcyjnych, a także postępująca prywatyzacja - nie tylko w zakresie gabinetów i przychodni, ale także szpitali.

Zdaniem prof. Golinowskiej, towarzyszy temu negatywne zjawisko nierzetelnych praktyk: zdarza się, że lekarze świadczący usługi prywatnie przesuwają pacjentów do sektora publicznego w trudnych sytuacjach i pod wpływem żądań pacjentów.

Trochę historii

Krzysztof Kuszewski, kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, przypomniał ewolucję systemu ochrony zdrowia w Polsce.

- Na początku 1919 roku dekret Naczelnika Państwa przewidywał utworzenie ubezpieczenia zdrowotnego.
- Ustawa z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby usankcjonowała prawnie system ubezpieczeń zdrowotnych.
- Na początku lat 30. XX wieku ograniczono samorządność kas chorych. Kasy zostały ostatecznie zlikwidowane w 1933 roku.
- Po II wojnie światowej społeczne ubezpieczenia zdrowotne zostały włączone do budżetu państwa.
- Od tej pory publiczna ochrona zdrowia działała w oparciu o mechanizm centralnego planowania. W latach 90. XX wieku placówki medyczne były przekształcane w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.
- Tej ewolucji towarzyszyło tworzenie NZOZ-ów - prywatyzacja podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.
- - W 1997 roku została podpisana ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dwuletnim *vacatio legis* na przygotowanie wdrożenia.
- Zamiast tego wprowadzono 166 poprawek, nie zmieniając zasad i nie uruchamiając systemu RUM. Jednocześnie zmniejszono składkę z 10 do 7,5% - przypomniał dr Krzysztof Kuszewski.
- Obecnie nakłady publiczne na ochronę zdrowia są trzy razy większe niż w momencie startu systemu ubezpieczeniowego w końcu lat 90.
- Zwiększyły się także wydatki z kieszeni obywateli i stanowią dodatkowe 30% wydatków Polaków na leczenie.
- Szpitale nadal się modernizują i jak wskazują aktualne analizy, skorzystały trwale z ustawy o pomocy publicznej.

- Jednak system się zbiurokratyzował, wymaga humanizacji i decentralizacji, aby zbliżyć się do

potencjalnych pacjentów. Polscy obywatele żyją coraz dłużej, co jest sukcesem, jednak powoduje to zwiększenie wydatków i wymaga wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia opiekuńczo-leczniczego - uważa dr Kuszewski.

Trudna sytuacja płatnika

- Sytuacja publicznego płatnika jest dramatycznie trudna - konkluduje prof. Golinowska. Ocenia, że dalsze niedofinansowanie sektora zdrowotnego w warunkach kryzysu i ochrony finansów publicznych przed wzrostem zadłużenia przyniesie liczne napięcia i niepożądane efekty w zakresie jakości opieki zdrowotnej.

- Sektor zdrowotny potrzebuje działań ochronnych i bardziej solidarnej filozofii jego funkcjonowania - dodaje profesor, wskazując na konsolidację zamiast rozpraszania odpowiedzialności, doprowadzenie do wiodącej roli podstawowej opieki zdrowotnej i wprowadzenia mechanizmów opieki koordynowanej oraz konieczność zdefiniowania kluczowych funkcji zdrowia publicznego, a także określenia źródeł finansowania.

Zdaniem prof. Stanisławy Golinowskiej, potrzebne jest uporządkowanie problemu odpłatności za usługi medyczne i leki z uwzględnieniem większej solidarności w kontekście zdolności do płacenia.

- Powinna także wzrosnąć nadzorcza funkcja płatnika publicznego w stosunku do świadczeniodawców - zarówno publicznych, jak i prywatnych - na podstawie jasno sprecyzowanego celu zdrowotnego oraz zasad efektywności w odniesieniu do zużywanych zasobów - ocenia prof. Golinowska.

Źródło: za zgodą <http://www.resmedica.pl/>

<http://laboratoria.net/home/16478.html>

Informacje dnia: [Ekrany dotykowe bez problematycznego indu Świat atomów i cząsteczek Żyjemy w czasach multitożsamości](#) [Dlaczego Polki rzadziej jedzą mięso niż Polacy? Co 3 osoba dorosła zagrożona chorobami z powodu braku ruchu](#) [Cynk może pomóc chronić uprawy przed zmianami klimatu](#) [Ekrany dotykowe bez problematycznego indu Świat atomów i cząsteczek Żyjemy w czasach multitożsamości](#) [Dlaczego Polki rzadziej jedzą mięso niż Polacy? Co 3 osoba dorosła zagrożona chorobami z powodu braku ruchu](#) [Cynk może pomóc chronić uprawy przed zmianami klimatu](#)

Partnerzy