

POLSKIE ZDROWIE 2.0

Poszukiwanie dodatkowych źródeł
i mechanizmów finansowania
systemu ochrony zdrowia

Policy brief 1.5



Rekomendacje strategiczne
na lata 2023-2027

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:
**POSZUKIWANIE DODATKOWYCH ŹRÓDEŁ I MECHANIZMÓW
FINANSOWANIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA**
– Polskie Zdrowie 2.0

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Iga Rudawska
Christoph Sowada
Maria Węgrzyn
Waldemar Wierzba
Barbara Więckowska

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:
„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”

Policy Brief nr I.5
wersja preprint

Warszawa, kwiecień 2023 r.

POLICY BRIEF

Wprowadzenie

Zapewnienie wszystkim mieszkańcom kraju dostępu do wszystkich najważniejszych świadczeń ratujących zdrowie i chroniących przed przedwczesną śmiercią stanowi podstawowy obowiązek państwa. Także w Polsce wdrożenie Universal Health Coverage (UHC) jest najważniejszym imperatywem dla realizowanej polityki zdrowotnej. Podobnie jednak jak wiele innych państw także Polska, realizując ideę UHC, stoi przed ogromnymi wyzwaniami, generowanymi przez wzajemnie wzmacniające się transformacje: demograficzną, technologiczną, epidemiologiczną i kulturową. W wymiarze finansowym zachodzące w społeczeństwie i gospodarce zmiany mogą powodować zagrożenie dla zrównoważonego rozwoju systemu definiowanego jako „zaspokajanie dzisiejszych potrzeb bez uszczerbku dla możliwości zaspokajania własnych potrzeb przez przyszłe pokolenia” [1]. **Nic nie wskazuje na to, by polski system ochrony zdrowia był przygotowany na sprostanie wyzwaniom, jakie już dziś są przed nim stawiane i jakie pojawią się w najbliższych dziesięcioleciach.**

Polskie społeczeństwo starzeje się. Proces transformacji demograficznej przebiega w Polsce szybciej niż w bogatszych krajach Europy Zachodniej. W przeciwieństwie bowiem do nich w Polsce dwa główne czynniki determinujące ten proces, tj. obniżenie stopy płodności (z 2,066 w roku 1989 do 1,330 w roku 2021) oraz prowadzące do przedłużenia życia ludzkiego zmniejszenie się umieralności we wszystkich grupach wieku (w roku 1990 oczekiwana długość życia przy urodzeniu wynosiła dla mężczyzn 66,62 lat, a w 2021 – 71,75 lat; analogiczne wskaźniki dla kobiet to: 73,33 i 79,68 [2]) zadziałały prawie jednocześnie wraz ze zmianą systemu polityczno-gospodarczego i upadkiem tzw. realnego socjalizmu w roku 1989.

Dla zachowania stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia w przyszłości starzenie się społeczeństwa stanowi podwójne wyzwanie: po stronie wydatków na świadczenia zdrowotne i po stronie ich finansowania.

Z jednej strony procesy demograficzne wzmocniają transformację epidemiologiczną. W efekcie należy oczekiwać dalszej intensyfikacji problemu wielochorobowości i wzrostu zagrożenia ze strony chorób zakaźnych, szczególnie groźnych dla osób starszych, cechujących się obniżoną odpornością organizmu. Pojawianiu się nowych potrzeb zdrowotnych towarzyszy rozwój nowych technologii medycznych służących ich zaspokajaniu. Niestety nowe technologie tylko w nielicznych przypadkach pozwalają na ograniczenie kosztów opieki zdrowotnej, w zdecydowanej większości są natomiast bardzo, a czasami wręcz ekstremalnie drogie. Rozwój technologii informacyjnych i bardzo łatwy dostęp do informacji (szczególnie internetowej) sprawia natomiast, że pacjenci, świadomi istnienia nowych technologii, żądają ich bezwarunkowo, oczekując jednocześnie, że finansowanie leczenia nastąpi w całości ze środków publicznych [3,4].

Z drugiej strony transformacja demograficzna uderza w filary finansowania opieki zdrowotnej. Polska wydaje na ochronę zdrowia ok. 6,6% swojego PKB (rok 2021 [5]), przy czym 72,5% środków finansowych pochodzi ze strumieni publicznych, a 27,5% stanowią tzw. wydatki prywatne. Głównym płatnikiem publicznym jest Narodowy Fundusz Zdrowia (85% środków publicznych), instytucja ubezpieczeniowa oparta na modelu Bismarcka. Model Bismarcka nieźle sprawujący się w warunkach stabilnej demograficznie populacji, w starzejącym się społeczeństwie napotyka na bardzo poważny problem. Coraz liczniejsze absolutnie i/lub relatywnie grupy społeczne w wieku poprodukcyjnym, płacące relatywnie niskie składki (ze względu na niższe od dochodów z pracy dochody z emerytury), za to korzystające w coraz większym stopniu z świadczeń zdrowotnych, muszą być w coraz większym stopniu subwencjonowane przez coraz mniej liczne pokolenia osób pracujących [6,7].

Tymczasem już od wielu dekad system ochrony zdrowia w Polsce zmagają się z problemem ekstremalnego niedofinansowania, a w szczególności ze skutkami bardzo niskiego zaangażowania środków publicznych. Porównując podstawowe wskaźniki finansowania systemu krajów UE z polskimi, jednoznacznie musimy stwierdzić, że Polska na ochronę zdrowia wydaje dużo mniej, niż wynoszą średnie dla obu grup krajów (por. tab. 1).

Owszem, z porównań międzynarodowych nie należy wyciągać pochopnych wniosków. Gdyby wysokość udziału wydatków w PKB na zdrowie decydować miała o jakości systemu i dostępności świadczeń, opiekę zdrowotną w USA (udział wydatków na zdrowie w amerykańskim PKB przekracza regularnie 17%) trzeba by było uznać wręcz za idealną (na tle innych krajów), a w Luksemburgu za równie słabo rozwiniętą jak np. w Polsce, a tak przecież nie jest. Także porównując wskaźniki wydatków „na głowę”, można popełnić poważne błędy w ocenie systemów jako całości m.in. dlatego, że wskaźniki te nic nie mówią o równości dostępu do świadczeń czy kosztowej efektywności realizowanych procedur, a ponadto używany kurs według parytetu siły nabywczej nie uwzględnia specyfiki kształtowania się kosztów i cen w sektorze ochrony zdrowia.

Tabela 1: Wydatki na ochronę zdrowia w krajach UE w 2020 r.

Kraj	Bieżące wydatki na zdrowie (jako % PKB)	Wydatki publiczne (schematów obowiązkowych) na zdrowie (jako % PKB)	Bieżące wydatki na zdrowie w USD per capita (wg PPP, ceny bieżące)	Wydatki publiczne (schematów obowiązkowych) na zdrowie w USD per capita (wg PPP, ceny bieżące)
Austria	11,5	8,8	5 882,7	4 497,5
Belgia	11,1	8,8	5 407,0	4 282,3
Czechy	9,2	8,1	3 805,1	3 336,3
Dania	10,5	8,9	5 693,7	4 831,5
Estonia	7,8	6,0	2 729,2	2 105,7
Finlandia	9,6	7,6	4 604,6	3 640,1
Francja	12,2	10,3	5 468,4	4 632,1
Niemcy	12,8	10,9	6 939,0	5 904,5
Grecja	9,5	5,9	2 486,1	1 537,2
Węgry	7,3	5,2	2 402,2	1 715,6
Irlandia	7,1	5,6	5 372,8	4 235,2
Włochy	9,6	7,3	3 747,2	2 850,7
Łotwa	7,4	4,7	2 227,9	1 417,1
Litwa	7,5	5,3	2 881,8	2 021,2
Luksemburg	5,8	5,0	5 628,5	4 865,0
Niderlandy	11,1	9,5	6 180,0	5 247,4
Polska	6,5	4,7	2 286,1	1 652,1
Portugalia	10,5	6,8	3 348,2	2 160,3
Słowacja	7,2	5,8	2 125,7	1 706,3
Słowenia	9,5	6,9	3 474,1	2 541,9
Hiszpania	10,7	7,8	2 718,1	2 723,9
Szwecja	11,5	9,9	5 757,3	4 946,0

Źródło: OECD Health Data (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>)

Nie zmienia to jednak faktu, że utrzymywanie tak niskiego finansowania nie jest możliwe, jeśli polski system ochrony zdrowia ma zapewnić mieszkańcom kraju dostęp do świadczeń (tak pod względem jakościowym, jak i ilościowym) porównywalny z tym w krajach zachodnioeuropejskich. A takiego Polacy, wskazując na członkostwo kraju w strukturach UE, się domagają. Tymczasem w porównaniach międzynarodowych polski system ochrony zdrowia nie wypada dobrze. W ostatnim dostępnym rankingu Euro Health Consumer Index 2018 Polska zajmuje 32. miejsce na 35, zostawiając za sobą tylko Węgry, Rumunię i Albanie [8]. Większość Polaków ocenia działanie systemu źle lub bardzo źle. Także ocena ekspercka wypada negatywnie [9,10]. **Potrzebny jest znaczący wzrost finansowania sektora z tym zastrzeżeniem jednak, że zwiększenie nakładów samo w sobie nie wystarczy do rozwiązania wszelkich jego problemów i zabezpieczenia zrównoważonego rozwoju.**

Nasze rekomendacje zatem są następujące (przy czym cztery pierwsze mają charakter makro, piąta – dotyka perspektywy mikro, tj. podmiotu leczniczego):

1.	Opodatkowanie niepożądanego ze zdrowotnego punktu widzenia konsumpcji (tzw. <i>sin taxes</i>)
2.	Rekonstrukcja składki zdrowotnej
3.	Wprowadzenie wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej
4.	Ustalenie przestrzeni na współpłacenie pacjentów wraz z przygotowaniem możliwości jego kompensaty poprzez ubezpieczenia, np. ubezpieczenia wzajemne
5.	Wykorzystanie mechanizmu obniżania kosztów gospodarki odpadami własnymi jako dodatkowego źródła środków finansowych dla podmiotu leczniczego

1. Opodatkowanie niepożądanego ze zdrowotnego punktu widzenia konsumpcji (tzw. *sin taxes*)

Podatki pełnią w gospodarce wiele funkcji, w tym przede wszystkim funkcję fiskalną. Mogą także pełnić rolę motywacyjną, stymulującą pożądane społecznie zachowanie. Gama produktów, których spożywanie uznawane jest za społecznie (w tym zdrowotnie) niepożądane, rozszerza się w miarę wzrostu wiedzy na temat ich szkodliwości dla ludzkiego zdrowia oraz motywacji rządzących do poszukiwania dodatkowych źródeł przychodów publicznych [11]. Obciążanie tego typu produktów podatkami, nazywanymi od lat 60. XX w. podatkami „od grzechu” – *sin taxes* [12] współcześnie wychodzi poza klasyczne używki (alkohol, wyroby tytoniowe) i obejmuje także tzw. niezdrową żywność, zawierającą nadmierne ilości tłuszczu, soli i cukru, oraz żywność nadmiernie przetworzoną [13]. Rządy na całym świecie z chęcią sięgają po ten instrument polityki podatkowej – mówi się nawet o nowej erze podatków „od grzechu”, a zakres ich stosowania ciągle się rozszerza [14]. Aktualnie *sin taxes* stosowane są w 80 krajach świata [15], a sam podatek cukrowy stosowany jest w 47 krajach [16]. Ten ostatni rekomendowany jest przez WHO rządowi jako instrument polityki fiskalnej w walce z chorobami niezakaźnymi, głównie cukrzycą typu 2 [17]. Polskie doświadczenia z tego typu podatkami prowadzą do akcyzy na wyroby tytoniowe i alkohol oraz od niedawna – do tzw. opłaty cukrowej [18], z której dochody (po odjęciu kosztów egzekucji z jej tytułu oraz kosztów administracyjnych) zasilają system ochrony zdrowia¹. Szacuje się, iż w okresie od roku 2011 do roku 2030 straty w PKB na całym świecie spowodowane tą chorobą, w tym zarówno koszty bezpośrednie, jak i pośrednie, mają wynieść łącznie 1,7 bln dolarów, z czego 800 mld dolarów w krajach o niskich i średnich dochodach [19].

¹ Wpływy do budżetu NFZ z tytułu opłaty cukrowej wyniosły blisko 2 mld zł (dokładnie 1 801 506 894,23 zł wg stanu na 14.04.2022) [20].

Celem fiskalnym wprowadzania do systemu podatkowego tego typu obciążeń jest pozyskanie dodatkowych źródeł przychodów. Badania ekonomistów dowodzą, że popyt na szkodliwe dla zdrowia produkty (często wywołujące uzależnienie) jest relatywnie wysoki i nieelastyczny, co czyni ten instrument fiskalny obiecującym dla polityków – eksperci oszacowali, że wzrost cen produktów szkodliwych dla zdrowia (za sprawą podniesienia stawki podatkowej) o 10% spowoduje spadek ich konsumpcji o 3-4% w krajach rozwiniętych i o 6-8% w krajach rozwijających się, co i tak daje zysk netto dla systemu podatkowego [21,22]. Część lub jego całość zasila zwyczajowo system ochrony zdrowia, z naciskiem na populacyjne programy profilaktyczne (tak jest m.in. w Wielkiej Brytanii, Australii, RPA, Tajlandii, Iranie, a nawet w Wietnamie [11]). Podatnikami są przy tym podmioty zajmujące się wytwarzaniem produktów uznanych za szkodliwe, ale ciężar podatku w przeważającej mierze przerzucany jest – poprzez wyższą marżę – na konsumentów. W tym kontekście, jak wskazują ekonomiści, koszty społecznych nadużyć żywieniowych przenoszone są na tych, którzy je wywołują [13]. Wielu z nich sugeruje, że opodatkowane konsumpcji tzw. śmieciowej żywności, prowadzącej do epidemii otyłości, jest jedynym rozwiązaniem umożliwiającym kontrolowanie rosnących kosztów opieki zdrowotnej, indukowanych chorobami niezakaźnymi [23], określanymi niekiedy chorobami „z dostatku” [24].

Raporty WHO mówią o 74-procentowym udziale chorób niezakaźnych w zgonach ogółem (w skali globalnej) i wskazują na trend wzrostowy [25]. Trend ten jest zauważalny również w Polsce. Jak szacują eksperci, ta niekorzystna tendencja utrzyma się głównie za sprawą powszechnego występowania czynników ryzyka niezakaźnych chorób przewlekłych, lokowanych w osobniczym stylu życia [26]. Są to głównie: niezrównoważona dieta i brak aktywności fizycznej, prowadzące do nadwagi lub otyłości i nadciśnienia tętniczego, oraz konsumpcja destrukcyjna (w tym spożywanie żywności wysoko przetworzonej, bogatej w tłuszcze i cukry), sprzyjająca rozwojowi chorób układu krążenia i nowotworom. W tym kontekście podatki „od grzechu” mogą pełnić funkcję wspierającą programy przeciwdziałania szkodliwym skutkom zdrowotnym nadmiernego spożywania produktów ww. typu przy założeniu, że pozyskane w ten sposób dochody budżetowe będą przekazane do systemu zdrowia (budżetu NFZ) na cele profilaktyki i promocji zdrowia. Mechanizm tego typu uruchomiono m.in. w Niemczech, Austrii czy Australii [27].

Dodatkowo, opodatkowanie zdrowotnie niepożądanego konsumpcji może pełnić funkcję perswazyjną, korygującą zachowania konsumentów, ukierunkowaną na zainteresowanie alternatywnymi produktami i ograniczanie konsumpcji wyrobów szkodliwych. Doniesienia naukowe wskazują, że im bardziej dotkliwy finansowo podatek (ujawniający się we wzroście cen produktów zagrażających zdrowiu), tym silniejsze jego oddziaływanie na zachowanie konsumenta [28]. Warto jednak wspomnieć o tym, że zależność ta nie występuje w wszystkich grupach społecznych z jednakową siłą i ujawnia się częściej w grupach o niższych dochodach. Zależność tę potwierdziły badania dotyczące zachowań konsumentów po wprowadzeniu akcyzy na wyroby tytoniowe [23].

Ważną konkluzją płynącą z doświadczeń krajów, które mają bogatsze niż Polska doświadczenie w stosowaniu podatków „od grzechu”, jest to, iż obciążenia tego typu są stosunkowo łatwo akceptowalne w społeczeństwie [29]. Kwestią do rozstrzygnięcia pozostaje precyzyjne zdefiniowanie przedmiotu opodatkowania i określenie optymalnego ciężaru podatkowego, tak by nie budził on oporu. Z dotychczasowych badań wynika, że skłonność do ich akceptacji rośnie, gdy są one określone na umiarkowanym poziomie, a przychody z ich tytułu przeznaczane są na konkretne cele, związane z ograniczaniem negatywnych skutków zdrowotnie szkodliwej konsumpcji [30]. Warto zatem rozważyć rozszerzenie podatków „od grzechu” na inne, poza napojami słodzonymi, kategorie produktów, których obecność w diecie nie sprzyja zdrowiu, i wzorem innych państw (Japonia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Dania, Indie) wprowadzić podatek „tłuszczowy”. Badania naukowe jednoznacznie wskazują bowiem, że obecna epidemia otyłości nasila się w wyniku rozwoju przemysłu *fast food* [31]. Punkty sprzedaży tzw. śmieciowego jedzenia zmieniają nawyki żywieniowe społeczeństwa, wypierając tradycyjne restauracje i prowadząc do szkodliwych skutków zdrowotnych, w tym cukrzycy typu 2, otyłości i chorób serca.

2. Rekonstrukcja składki zdrowotnej

Już obecnie wydatki na zdrowie stanowią w krajach europejskich największą lub jedną z największych pozycji w strukturze wydatków publicznych, niejednokrotnie również prywatnych. Sytuacja ta z pewnością nie ulegnie w najbliższych dekadach zmianie ze względu na zachodzące trendy demograficzne, epidemiologiczne, technologiczne i kulturowe, a zabezpieczenie fiskalnie wydajnego i stabilnego sposobu finansowania wydatków zdrowotnych pozostanie jednym z najważniejszych wyzwań współczesnych społeczeństw. Stosowane w różnych krajach rozwiązania różnią się przede wszystkim, choć nie tylko, dominującymi w nich strumieniami zasilającymi system. Wiele krajów europejskich zdecydowało się na finansowanie wydatków zdrowotnych z podatków centralnych (np. Wielka Brytania) lub lokalnych (np. kraje skandynawskie), uzupełniając środki pochodzące z tych strumieni środkami prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i bezpośrednimi wydatkami gospodarstw domowych. Inne (np. Niemcy, Austria, Holandia), oparły swoje systemy na modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych z wyodrębnioną z systemu finansów publicznych instytucją płatnika. Model ten, zwany modelem Bismarcka, wdrożono w Polsce w 1999 r. Początkowo instytucja płatnika była reprezentowana przez kasy chorych, a od roku 2003 przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Nie sposób jednoznacznie stwierdzić, które podejście do finansowania ochrony zdrowia – podatkowe czy ubezpieczeniowe w modelu Bismarcka – jest korzystniejsze [32], chociaż system ubezpieczeniowy wydaje się bardziej odporny na makroekonomiczne wstrząsy i kryzysy w obszarze finansów publicznych [33]. Oceniając system finansowania, nie możemy jednak ograniczyć się wyłącznie do oceny jego stabilności i wydajności. Nie mniej ważną jest bowiem kompatybilność z deklarowanymi zasadami normatywnymi, w szczególności z wyróżnianą

w pracach naukowych i eksperckich zasadą solidaryzmu społecznego [34]. Także w art. 65 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawowym akcie prawnym regulującym finansowanie świadczeń zdrowotnych w Polsce, zapisano: „Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach: równego traktowania oraz solidarności społecznej”. Nie doprecyzowano wprawdzie, na czym konkretnie wymieniona zasada polega. Z konstrukcji składki zdrowotnej wywnioskować jednak można, że polski ustawodawca wskazuje na dwa podstawowe wymiary solidaryzmu społecznego dyskutowane w literaturze naukowej: solidaryzm ryzyka i solidaryzm dochodowy [3]. Pierwszy wyraża się w implementacji składki niezależnie od indywidualnego ryzyka choroby², drugi w uzależnieniu wysokości indywidualnych zobowiązań składkowych od wysokości indywidualnych dochodów.

Nie negując istoty systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, stwierdzić trzeba, że niezbędnym jest pilne wprowadzenie zmian w zakresie określenia obowiązku ubezpieczenia oraz podstawy naliczania składki zdrowotnej. Za zaproponowanymi zmianami przemawiają co najmniej trzy zasadnicze argumenty:

- (1) konieczność utrzymania fiskalnie efektywnego sposobu finansowania ochrony zdrowia także w zmieniających się warunkach makroekonomicznych i społecznych,
- (2) wzmocnienie zasady solidaryzmu dochodowego,
- (3) potrzeba minimalizacji niekorzystnych skutków alokacyjnych składki dochodowej.

Każdy z tych argumentów wskazuje na potrzebę rozszerzenia podstawy naliczania składki zdrowotnej i likwidację przywilejów odnoszących się do obowiązku ubezpieczenia w NFZ i do opłaconych składek.

Wbrew sugestywnemu tytułowi ustawy wprowadzającej model Bismarcka w Polsce, tj. Ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz wbrew powszechnej opinii ubezpieczenie w kasach chorych, a obecnie w NFZ nie obejmuje wszystkich mieszkańców Polski, a niektóre grupy społeczne wyłączone są z korzyści i/lub obowiązków definiowanych przez zasadę solidaryzmu społecznego. Takie wyjątki w obowiązku ubezpieczenia nie znajdują uzasadnienia merytorycznego³. Wprawdzie liczba tych wyjątków w ciągu ostatnich dekad się zmniejszyła, nadal jednak jest znacząca. Nawet jeśli osoby nieubezpieczone w NFZ mają w niektórych przypadkach prawo do określonych podstawowych świadczeń zdrowotnych (za które płacić powinien budżet państwa), nie zmienia to faktu, że wykluczone są one z działania zasady solidaryzmu społecznego w ramach ubezpieczenia w NFZ. Szczególną uwagę należy w tym kontekście zwrócić na rentierów, tj. osoby, które uzyskują dochody wyłącznie z kapitału

² Osoby wykazujące wyższe ryzyko zdrowotne (np. ze względu na przebyte już choroby lub wiek) nie muszą z tego powodu płacić wyższych składek ubezpieczeniowych (jak ma to miejsce w systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych). Osoby o niższym ryzyku zdrowotnym nie uzyskują natomiast zniżki składkowej.

³ Nawet Szwajcaria i Holandia, kraje, które w części lub w całości zrezygnowały z solidaryzmu dochodowego, ograniczające się do realizacji zasady solidaryzmu ryzyka, wprowadziły obowiązek dla wszystkich mieszkańców kraju, odpowiednio w 1996 i 2006 r. [3,35,36].

i/lub majątku. Z reguły są to osoby majątne, które swoimi składkami mogłyby poważnie wesprzeć finansowanie świadczeń zdrowotnych dla uboższych współmieszkańców, jednak nie muszą tego robić [3]. Oskładkowanie rentierów stosowane jest przykładowo w Niemczech, przy czym na zasadach dobrowolnego ubezpieczenia w kasach chorych.

Argument solidaryzmu dochodowego jest również kluczowym argumentem przemawiającym za rozszerzeniem podstawy naliczania składki zdrowotnej o dochody z kapitału i majątku.

Przemawia za tym także elementarne poczucie sprawiedliwości, które w swej istocie wskazuje na indywidualną (lub odnoszącą się do gospodarstwa domowego) zdolność finansową jako podstawę kalkulacji indywidualnej składki zdrowotnej. Zdolność finansowa z pewnością nie zależy od źródła pochodzenia dochodów osoby ubezpieczonej, lecz zależy od wysokości dochodu dyspozycyjnego. Sprawiedliwa składka powinna obciążać w ten sam sposób wszystkie dochody osób ubezpieczonych, a nie jedynie dochody z pracy najemnej (i pochodne – renty, emerytury itp.) czy z pracy na własny rachunek, jak ma to miejsce w Polsce. Za rozszerzeniem podstawy naliczania składki zdrowotnej o dochody z kapitału, a tym samym wzmocnienia finansowego fundamentu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, przemawiają również obserwowane od dekad zmiany w technologiach produkcji już nie tylko towarów, ale również coraz częściej usług, a także zmiany demograficzne prowadzące do narastającego deficytu wykwalifikowanych kadr produkcyjnych oraz zmiany prowadzące do wyraźnego wzrostu udziału kapitału w funkcjonalnym podziale dochodu narodowego.

Pilnej reformy wymagają zasady opłacania składek przez rolników indywidualnych. Obecne rozwiązanie zwalnia praktycznie tę dużą grupę zawodową (oraz członków ich rodzin) z obowiązku płacenia składek przy zachowaniu pełnego prawa do świadczeń finansowanych przez NFZ. Składkę w wysokości jednego złotego za hektar posiadanej ziemi (i to w dodatku pobieraną od rolników dopiero od 6 tzw. hektara przeliczeniowego) trudno nawet uznać za symboliczną. Także inne grupy zawodowe, np. osoby duchowne, uzyskały w Polsce niczym nieuzasadnione przywileje w odniesieniu do obowiązku płacenia składki zdrowotnej, przywileje wymagające likwidacji. Jedyną przesłanką do zwolnienia z płacenia składki zdrowotnej przy zachowaniu prawa do świadczeń powinien stanowić brak zdolności płatniczej, tzn. brak wystarczającego dochodu dyspozycyjnego⁴.

Za rozszerzeniem obowiązku ubezpieczenia i podstawy naliczania składki zdrowotnej przemawia wreszcie argument alokacyjny. Każde obciążenie fiskalne – podatek czy obowiązkowa składka na ubezpieczenie społeczne – poza teoretycznym przypadkiem „idealnego podatku” Lindahla, wpływa na decyzje podatnika odnoszące się zaangażowania posiadanych zasobów, w szczególności zasobów pracy. Im wyższa jest krańcowa stopa

⁴ Wprowadzenie ubezpieczenia powszechnego i rozszerzenie podstawy naliczania składki zdrowotnej na wszystkie źródła dochodów pozwoliłoby uwolnić budżet państwa od obowiązku finansowania składek za osoby nieuzyskujące własnych dochodów (obowiązku, z którego polski rząd we wspomnianej już wyżej ustawie z dnia 16 listopada 2022 o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw zdrowotnych także stara się wycofać).

obciążeniami fiskalnymi⁵, tym silniejszych negatywnych reakcji ze strony podatnika należy się spodziewać i tym mniejsza jest motywacja do zaangażowania się w tworzenie dochodu narodowego [37]. Wprawdzie wyizolowana składka zdrowotna w wysokości kilku – kilkunastu punktów procentowych nie powinna generować jeszcze negatywnych skutków alokacyjnych, ale w kontekście analizy tychże efektów musi ona być postrzegana jako element większej całości, na którą składa się również podatek dochodowy i składki na inne ubezpieczenia społeczne. Ta również w Polsce jest już bardzo wysoka i zmusza wiele osób prowadzących własną działalność gospodarczą do jej zakończenia. Dalsze podwyższanie krańcowej stopy obciążeń fiskalnych poprzez wzrost składki zdrowotnej należy zatem traktować jako poważne zagrożenie dla rozwoju gospodarczego kraju. Zagrożenie to można zmniejszyć, substytuując dalszy wzrost stopy składki rozszerzeniem podstawy jej naliczania.

3. Wprowadzenie wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa jest związana ze świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi przeznaczonymi dla osób niesamodzielnych, niemogących wykonywać tzw. codziennych czynności⁶ [38]. Na świecie istnieją dwa modele organizacji tej opieki [39]: systemy wyodrębnione, tj. oddzielny system finansowania tych świadczeń w systemie zabezpieczenia społecznego (np. Japonia, Niemcy), oraz systemy niewyodrębnione – wówczas świadczenia finansowane są z różnych systemów, najczęściej w ramach systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy społecznej (np. Finlandia, Słowacja, Polska). Zaletą wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej jest wydzielona pula środków finansowych na pokrycie świadczeń związanych z potrzebami pielęgnacyjnymi oraz opiekuńczymi osób niesamodzielnych, a tym samym jasne rozgraniczenie pomiędzy zakresem finansowania systemu ochrony zdrowia (w szczególności brak finansowania opieki pielęgnarskiej) oraz systemu pomocy społecznej.

Średnie wydatki na opiekę długoterminową w krajach OECD wynoszą 1,7% PKB [40]. W ciągu kolejnych 50 lat, zgodnie z prognozami demograficznymi Eurostat, struktura populacji zmieni się radykalnie. Oczekuje się, że odsetek osób w wieku 65+ wzrośnie z 19,2% w roku 2016 do 31% w roku 2070, zaś odsetek najstarszych Europejczyków (w wieku 80+) w tym samym okresie wzrośnie z 5% do 13%. Przekłada się na to konieczność zwiększenia wydatków publicznych na opiekę długoterminową od 1,6% do 2,7% PKB [40]. Co więcej, możemy się spodziewać wzrostu odsetka osób, które będą wymagać opieki długoterminowej i równoczesnego zmniejszenia się liczby osób sprawujących opiekę nieformalną [41]. Generalnie zazwyczaj bodźcem do wyodrębnienia systemu opieki długoterminowej jest właśnie wzrost popytu (a tym samym

⁵ Krańcową stopę obciążeń fiskalnych zdefiniować można jako kwotę, o jaką zwiększa się wielkość obciążeń fiskalnych do zapłacenia na skutek zwiększenia się o jednostkę podstawy ich naliczania.

⁶ Zwyczajowo zalicza się do nich: zdolność utrzymywania higieny, umiejętność samodzielnego ubierania się i rozbierania, mobilność (w najbardziej podstawowym zakresie, tj. czy jest w stanie wstać z łóżka i przesiąść się na fotel) oraz kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych (oddawanie moczu i stolca).

presja wydatkowa) na formalne⁷ (realizowane przez instytucje) świadczenia opiekuńcze wynikający ze starzenia się populacji oraz zmian struktury rodzin (rodziny nuklearne, późne rodzicielstwo lub jego brak, rozwody), ograniczających możliwość sprawowania opieki przez osoby najbliższe [39]. Dobrym przykładem może być tutaj Japonia, gdzie w latach 80. i 90. XX w. z powodu braku możliwości opiekuńczych rodziny oraz braku odpowiednich instytucji wiele łóżek szpitalnych przez długi czas było zajmowanych przez niepełnosprawne starsze osoby. Zjawisko to nazwano „społeczną hospitalizacją” [42]. Sytuacja uległa zmianie dopiero w roku 2000, po wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Systemy wyodrębnione mogą być finansowane zarówno z podatków (systemy zaopatrzeniowe), jak i ze składek (systemy ubezpieczeniowe). Niezależnie od systemu świadczenia mogą przyjąć charakter zasiłku pieniężnego (np. Austria, Niemcy, Szwecja, Włochy), którego wysokość jest zazwyczaj uzależniona od stopnia niesamodzielności (np. w Austrii od 154,2 do 1655,8 EUR) lub/i świadczenia rzeczowego [43]. Uważa się, że świadczenia pieniężne dają większą elastyczność w zabezpieczeniu potrzeb, tj. beneficjent sam decyduje, na jaki zakres opieki chce przeznaczyć otrzymane środki. Jednakże należy zwrócić uwagę, że nie zawsze wysokość świadczenia pieniężnego jest adekwatna w kontekście cen świadczeń opiekuńczych, a czasem wręcz może stymulować wzrost cen, jak miało to miejsce w Czechach, gdzie średnia opłata za korzystanie z usług opieki środowiskowej wzrosła prawie dwukrotnie w ciągu roku od wprowadzenia zmian (2006 vs. 2007) [44].

Temat wyodrębnionego systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego nie jest w Polsce tematem nowym. Już w 2006 r. minister Zbigniew Religa powołał zespół do spraw opracowania założeń projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym [45]. Była to reakcja na prognozowany gwałtowny wzrost liczby osób niesamodzielnych w Polsce, spowodowany przede wszystkim wzrostem liczby osób w podeszłym wieku (starzenie się roczników wyżu powojennego). Kolejne prace (2010-2015) zostały zrealizowane przez Komisję Senacką pod kierunkiem Mieczysława Augustyna (powstał projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielny), który ostatecznie został złożony jako inicjatywa ustawodawcza w roku 2018. Niestety żadne z dotychczasowych działań nie spowodowały zmiany systemowej. Obecnie, zamiast antycypować ryzyko niewydolności systemu zabezpieczenia społecznego w obszarze świadczeń opieki długoterminowej, nadal jesteśmy na etapie działań reaktywnych, podejmowanych na skutek strajków opiekunów osób niesamodzielnych lub doniesień medialnych na temat jakości opieki instytucjonalnej. Jak stwierdza prof. Piotr Błędowski we wstępie do raportu *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro* [46]: „Rok, jaki upłynął od przedstawienia pierwotnej wersji, nie przyniósł przełomu w dyskusji nad koncepcją opieki długoterminowej w Polsce. Z ogólnie znanych przyczyn przyniósł natomiast pogorszenie

⁷ Realizowane przez instytucje zarówno w formie stacjonarnej (np. domy opieki), otwartej, jak i domowej (w domu podopiecznego). Obecnie istnieje duża presja na tzw. dezinstytucjonalizację opieki długoterminowej, tj. zastępowanie tradycyjnej opieki zamkniętej usługami opieki domowej oraz (równocześnie) tworzeniem „domowych” domów opieki [47]. Fiński system opieki długoterminowej jest od wielu lat postrzegany jako jeden z najbardziej zdeinstytucjonalizowanych w Europie.

sytuacji samych pacjentów / podopiecznych. Tym bardziej konieczna i pilna staje się debata nad organizacją i finansowaniem opieki długoterminowej”.

Wprowadzenie wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej w Polsce z pewnością wpłynęłoby zasadniczo na finanse systemu ochrony zdrowia w postaci „uwolnienia” środków pieniężnych będących już w systemie. Nie chodzi tu tylko i wyłącznie o wydatki związane z tymi świadczeniami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi, które znajdują się poza koszykiem świadczeń zdrowotnych (które zostaną sfinansowane w ramach „nowego” systemu). Wyodrębnienie systemu opieki długoterminowej może doprowadzić do zmniejszenia wydatków na tzw. hospitalizacje z powodów społecznych. Dodatkowo, zwiększenie poziomu opieki nad osobami niesamodzielnymi mogłoby wpłynąć na zmniejszenie wydatków na tzw. hospitalizacje możliwe do uniknięcia. Te „uwolnione” środki można wykorzystać na pokrycie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych przejawiających się przede wszystkim długim okresem oczekiwania na świadczenia w systemie ochrony zdrowia.

4. Ustalenie przestrzeni na współpłacenie pacjentów wraz z przygotowaniem możliwości jego kompensaty poprzez ubezpieczenia, np. ubezpieczenia wzajemne

Dążąc do ustalenia elementów poprawy strumieni finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia, można rozważyć zmianę udziału państwa w pokrywaniu kosztów świadczeń zdrowotnych. Udział ten powinien być na tyle wysoki, by pokrywać maksymalny istotny poziom kosztów świadczeń przy jednoczesnym pozostawieniu „udziału własnego” pacjentom na akceptowalnym poziomie (tzw. współpłacenie). Obecnie w Polsce mamy do czynienia z procesem współpłacenia w zakresie np. dopłat do leków, opłat za leczenie stomatologiczne czy uzupełniające finansowanie środków medycznych (protezy, soczewek okularowych czy wózków inwalidzkich). Strumień ten w praktyce jest dodatkowym wydatkiem pacjentów. Wielkość środków dodatkowo wydatkowanych przez ubezpieczonych w Polsce szacuje się na ok. 23% [48]. Warto zauważyć także, że nie istnieje w Polsce kompleksowa rekompensata tych wydatków (poza drobnymi wyjątkami, np. poprzez ulgi w podatku PIT dla osób niepełnosprawnych). Mamy zatem w praktyce do czynienia ze strumieniem finansowym, który można zagospodarować i w który można wpleść inne ważne działania (rozszerzyć współpłacenie), podobnie jak to się dzieje w innych krajach europejskich. Warto podkreślić, że regulacje dotyczące źródeł finansowania opieki zdrowotnej, w tym różnych form współpłacenia, są najważniejszym regulatorem alokacji środków finansowych na opiekę zdrowotną.

Jedną z najczęściej spotykanych w praktyce różnych krajów form współpłacenia jest stały procentowy udział ubezpieczenia pacjenta w kosztach otrzymanych świadczeń, tzw. współubezpieczenie. Udział ten może odnosić się do wybranych rodzajów świadczeń, np. 15-procentowy udział w kosztach hospitalizacji na oddziale okulistycznym w Słowenii [49]. Może też dotyczyć wszystkich świadczeń medycznych, uzyskanych w określonym przedziale czasu (np.

5% kosztów wszystkich świadczeń uzyskanych w ciągu roku). Jeszcze inną formą współpłacenia jest kwotowy udział pacjenta w kosztach świadczeń medycznych. Polega on na stałych opłatach pacjenta wnoszonych za każdą uzyskaną jednostkę świadczenia. Takie opłaty mogą np. obciążać każdą wizytę u lekarza lub też każdą wystawioną receptę. Kraje, w których zastosowano ten mechanizm, to m.in. Belgia, Austria, Chorwacja, Finlandia, Norwegia, Słowacja czy Włochy, przy czym odpłatność dotyczy różnych zakresów o różnym udziale własnym. Uiszczane przez pacjentów opłaty nie są związane z oskładkowaniem wynagrodzenia, ale dotyczą faktycznego korzystania z określonych świadczeń zdrowotnych, przysługujących w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego [50]. W tej formie współpłacenia odpłatność dotyczy najczęściej wizyt u lekarzy specjalistów, kosztów wyżywienia w szpitalu, usług stomatologicznych, badań diagnostycznych czy sprzętu rehabilitacyjnego. Oprócz dodatkowego źródła finansowania systemu uwydatnia się wówczas funkcja regulacyjna państwa [51].

Kolejną formą dopłat jest franczyza. W rozwiązaniu tym osoba ubezpieczona ponosi wszystkie koszty świadczeń sama za pomocą płatności bezpośrednich aż do osiągnięcia określonej kwoty (kwoty franczyzowej). Koszty świadczeń przekraczające sumę franczyzową opłacane są przez ubezpieczyciela [52]. Przykładem zastosowania tego rozwiązania jest finansowanie opieki zdrowotnej w Holandii, Szwajcarii, Szwecji czy w Stanach Zjednoczonych.

Szczególnie interesujące rozwiązanie wprowadzono jednak we Francji. Francuski system ochrony zdrowia finansowany jest przede wszystkim z ubezpieczenia społecznego, będącego elementem struktury państwa, oraz przez ubezpieczycieli zdrowotnych na zasadzie komplementarności. System powszechny funkcjonuje na obszarze całego państwa i obejmuje 80% ludności. Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne we Francji jest pobierane od każdego pracującego mieszkańca Republiki, czy to obywatela, czy jedynie rezydenta. Francuski system jest oparty na ustalonym udziale własnym pacjenta w finansowaniu świadczeń. Pacjent opłaca pełne koszty, a następnie może ubiegać się o zwrot ich części w lokalnej kasie chorych. Płatności ubezpieczyciela pokrywają tylko częściowo wydatki medyczne, ponadto wprowadzone są górne limity cen świadczeń refundowanych przez płatnika. W celu otrzymania maksymalnego zwrotu dopłat za wszystkie świadczenia zdrowotne należy/można dodatkowo ubezpieczyć się u prywatnego ubezpieczyciela. Od stycznia 2016 r. jest to obowiązkowe dla wszystkich zatrudnionych w oparciu o umowę na pracę. Ubezpieczyciela można wybrać samodzielnie lub skorzystać z oferty zaproponowanej przez pracodawcę.

Jeżeli pracodawca lub przedsiębiorstwo, z różnych powodów, nie zapewnia zbiorowego ubezpieczenia uzupełniającego, możliwe jest wykupienie ubezpieczenia uzupełniającego w funduszu wzajemnym, instytucji zabezpieczenia społecznego lub zakładzie ubezpieczeń w celu uzyskania całkowitego lub częściowego pokrycia kosztów opieki zdrowotnej. We Francji ok. 90% populacji jest objęte prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym, które uzupełnia ubezpieczenie publiczne. Ponad połowa ubezpieczonych uzyskuje ubezpieczenie za pośrednictwem swojego pracodawcy poprzez umowy grupowe [53].

Podstawowa przewaga systemu francuskiego nad polskim polega na tym, że w tym pierwszym usługi podstawowe (jak wyrwanie zęba czy nastawienie złamanej nogi) refundowane są przez

państwową kasę w 70%. Świadczenia dotyczące leczenia chorób przewlekłych (jak choroby układu krwionośnego czy nowotwory) są natomiast pokrywane w 100%. W ten sposób mniej pieniędzy przeznaczanych jest na usługi, na które większość obywateli i tak stać. Działa także system zachęt do ograniczania nieuzasadnionych wizyt u lekarza, tak by zmniejszyć koszty utrzymania opieki podstawowej. Zachęty te obejmują przede wszystkim wyższe kwoty refundacji wizyt czy leków.

System ten nie jest jednak bez wad. Konstruując rozwiązania dla Polski, należy wziąć pod uwagę problemy, które obserwuje się we Francji, i przemyśleć sposób ich rozwiązania. Podstawowym problemem jest brak możliwości wykupienia dodatkowego ubezpieczenia przez najuboższych mieszkańców Francji. W 2000 r. rząd francuski wprowadził bezpłatny plan uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego, który pokrywa większość płatności „z kieszeni”, z którymi ma problem najuboższe 10% mieszkańców [54]. Wykorzystanie tej możliwości jest jednak w praktyce zaskakująco niewielkie [55].

Kolejnym istotnym problemem jest fakt, iż we Francji prywatne ubezpieczenie zdrowotne (PHI) ma wyjątkowo wysoki poziom pokrycia i stanowi aż 13,7% wydatków na zdrowie. Jako system uzupełniający i dobrowolny był on historycznie zdominowany przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych typu non-profit. Jednak w ciągu ostatnich 20 lat udział w rynku firm ubezpieczeniowych nastawionych na zysk wzrósł o 47%. Rozwinęła się finansjalizacja dziedziny, wzrosła też konkurencja oparta na nowych strategiach zarządzania ryzykiem [56]. Takie działania z pewnością podnoszą koszty systemu dodatkowych ubezpieczeń. Jednocześnie PHI przesuwają się w kierunku kolektywizacji: wraz ze wzrostem konkurencji uzupełniające ubezpieczenie zdrowotne staje się stopniowo standaryzowane i oparte na potrzebach przedsiębiorstwa, a nie pacjenta [56].

Pomimo wskazanych powyżej ograniczeń warto rozważyć wdrożenie rozwiązań wykorzystujących dobrowolne ubezpieczenie, służące pokryciu dodatkowych wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną. Z badań wynika, że w krajach stosujących powszechne ubezpieczenie zdrowotne, pomimo polityki ograniczania kosztów, nie doświadczają kryzysu zaufania do systemu ani utraty poparcia wśród społeczeństwa [57].

Badania przeprowadzone w Polsce, dotyczące skłonności do podjęcia współpłacenia za usługi zdrowotne, dają pozytywny obraz sytuacji [48]. Zdaniem 41% badanych brak równowagi pomiędzy środkami przeznaczanymi na zdrowie a oczekiwaną dobrą jakością opieki zdrowotnej można rozwiązać poprzez wprowadzenie dopłat do świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez pacjentów. Trzeba także podkreślić, że niemal 60% respondentów deklaruje zgodę na ponoszenie drobnych opłat ryczałtowych za świadczenia zdrowotne. I choć badania te, zdaniem autorów, nie mogą być wyznacznikiem decyzji, to jednak przedstawiają określony obraz sytuacji. Inne badania, choć przeprowadzone na stosunkowo niewielkiej grupie (ponad 500 osób), również dają pozytywne odpowiedzi [58] głównie w grupie osób młodych i dysponujących wyższym dochodem oraz z wyższym poziomem wykształcenia. Dodać jednak trzeba, że autorzy tego badania również przestrzegają przed formułowaniem na tej podstawie wniosków dotyczących dużej grupy.

Należy podkreślić, że podstawową funkcją współpłacenia jest poprawa stanu zdrowia jednostek i całego społeczeństwa. Celem dopłat nie jest redukcja kosztów czy uzyskanie dodatkowych wpływów, ale lepsza alokacja zasobów i zaprzestanie ich marnotrawienia. Wobec powyższego rekomenduje się ustalenie zakresu świadczeń, w ramach których wprowadzenie współpłacenia przyniosłoby korzyści (np. ograniczenie zbędnej liczby wizyt), oraz ustalenie poziomu tych dopłat. Równocześnie warto przygotować rozwiązania służące „obniżeniu dolegliwości” związanych z koniecznością współpłacenia poprzez ustanowienie, jak np. we Francji, systemu ubezpieczeń wzajemnych, pokrywającego koszty tego współpłacenia.

5. Wykorzystanie mechanizmu obniżania kosztów gospodarki odpadami własnymi jako dodatkowego źródła środków finansowych dla podmiotu leczniczego

Unieszkodliwianie odpadów medycznych ze względu na specyfikę składu oraz niejednorodność materiału może stanowić poważne zagrożenie dla środowiska. W Polsce powszechną metodą utylizacji odpadów niebezpiecznych jest ich spalanie [59]. Strategia gospodarowania odpadami w większości państw europejskich jest ukierunkowana na poddawanie ich w jak największym stopniu recyklingowi, a nie spalaniu [60,61].

W wyniku właściwie prowadzonej gospodarki odpadami poprzez utworzenie obiektów umożliwiających zmianę formy odpadów, ich odkażanie oraz frakcjonowanie możliwe jest uzyskanie surowców wtórnych jako wyniku zaplanowanego procesu. Surowce wtórne otrzymane w wyniku procesu recyklingu mogą być źródłem energii lub budulcem wykorzystanym w innych gałęziach gospodarki [62].

W Polsce obowiązek właściwej gospodarki odpadami w podmiocie leczniczym wynika z dwóch aktów prawnych, tj. Ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach [63] i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi [64]. Wynika z nich, że obecnie możliwa jest jedynie utylizacja poprzez spalanie, co naraża podmioty lecznicze na niepotrzebne wysokie koszty co najmniej w kilku obszarach działalności. Niegospodarnie wydawane na ten cel znaczne środki mogłyby być wykorzystywane jako źródło finansowania bieżącej działalności lub niezbędnych inwestycji podmiotów leczniczych. Odpady przed ich utylizacją są magazynowane wstępnie na terenie szpitala w podziale na różne kategorie. Działalność ta wymaga zarówno dużego nakładu czasu pracy personelu, infrastruktury fizycznej, jak i ewidencji (sortownie, magazyny wewnętrzne i zewnętrzne, windy). Odpady stałe są transportowane korytarzami, pracownicy wywożą odpady medyczne stałe zapakowane w foliowe worki, na wózkach do tego przeznaczonych, ciągami komunikacyjnymi szpitala. W większości przypadków tymi samymi ciągami komunikacyjnymi i windami przemieszczają się pacjenci i pracownicy, a przewożone odpady mogą być potencjalnie niebezpieczne.

Zmiana zasad postępowania z odpadami stałymi oraz płynnymi (w tym medycznymi) w podmiocie leczniczym zakłada wyraźny wpływ na sektor ochrony środowiska (m.in. poprzez bezpieczne utylizowanie, bez konieczności przewozu odpadów; pozyskanie surowców wtórnych z odpadów i ścieków; pozyskanie energii w wyniku spalania biogazu; redukcję śladu węglowego szpitala; przetwarzanie i dezynfekcję niebezpiecznych odpadów medycznych na miejscu zgodnie z odpowiednimi regulacjami).

Recykling odpadów medycznych polegałby na wykorzystaniu nowej przeznaczonej do tego infrastruktury organizacyjno-lokalowej. Składowymi tej struktury stałyby się systemy rozdrabniaczy odpadów usytuowane bezpośrednio przy jednostkach organizacyjnych (klinikach), które rozdrabniałyby odpady stałe oraz płynne do jednakowej frakcji możliwej do przemieszczenia istniejącym systemem kanalizacyjnym. Postać płynna byłaby poddana odkażaniu, a głównym elementem byłby zbiornik mający cechy biofermentacji beztlenowej. W wyniku procesów fermentacyjnych uzyskiwany byłby biogaz wykorzystany następnie do ogrzewania wody (w szczególności do systemów ogrzewania pomieszczeń). Wdrożenie systemu jest możliwe w etapach, co pozwala na precyzyjne monitorowanie postępów oraz kosztów prac. Podobne systemy są wdrażane w różnych podmiotach leczniczych w Europie [65-67].

Zastosowanie technologii przetwarzania odpadów w dużym podmiocie leczniczym powinno przynieść szereg wymiernych korzyści:

- Umożliwienie wdrożenia bezpieczniejszej, prostszej i bardziej higienicznej praktyki pracy, z prostszymi procedurami związanymi z przetwarzaniem i transportem odpadów w szpitalu.
- Zmniejszenie ryzyka występowania zakażeń krzyżowych.
- Optymalizacja wydajności pracy personelu.
- Oszczędności na ściekach.
- Oczyszczanie i możliwość ponownego użycia wody w szpitalu.
- Oszczędności na odpadach.
- Przetwarzanie i dezynfekcja wszystkich niebezpiecznych odpadów medycznych na miejscu zgodnie z odpowiednimi regulacjami.
- Zapobieganie odprowadzaniu SARS-CoV-2 (COVID-19), środków o działaniu przeciwdrobnoustrojowym, farmaceutyków i wszystkich innych specyficznych dla opieki zdrowotnej zanieczyszczeń, mikrozanieczyszczeń i patogenów w ściekach szpitalnych do infrastruktury publicznej.
- Redukcja śladu węglowego szpitala.
- Zabezpieczenie szpitala przed dodatkowymi kosztami i wymaganiami, które mogą pojawić się w przyszłości.

Uwolnione w ten sposób środki finansowe mogłyby być przeznaczone na inne cele w ramach gospodarowania finansami podmiotu leczniczego.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej rekomendacje mają charakter ewolucyjny, wpisujący się w funkcjonujący w Polsce ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia. Choć wiele krytycznych uwag pod adresem konstrukcji i funkcjonowania ubezpieczenia w NFZ jest uzasadnionych, to nie rekomenduje się powrotu do budżetowego finansowania ochrony zdrowia i to nie tylko ze względów organizacyjnych (kolejna kosztochłonna zmiana instytucjonalna bez uzasadnionego merytorycznie celu), ale również z powodu troski o stabilność finansowania ochrony zdrowia w Polsce⁸. Przedstawione postulaty mają charakter inkrementalny. Ich motywem przewodnim jest dążenie do zwiększenia zrównowżenia i odporności systemu ochrony zdrowia poprzez pozyskanie dodatkowych źródeł przychodów na finansowanie rosnących ciągle potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa.



Rekomendacje strategiczne w ramach projektu Polskie Zdrowie 2.0 zostały zrealizowane przy wsparciu finansowym Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA oraz ze środków Polskiej Akademii Nauk.

⁸ Jak łatwo w obliczu kryzysu finansów publicznych rządowi przychodzi ograniczenie budżetowych wydatków na zdrowie, pokazują zmiany w finansowaniu polskiej ochrony zdrowia, do których doszło w ostatnim czasie przy wprowadzaniu ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw zdrowotnych.

Bibliografia

1. Brundtland Commission (World Commission on Environment and Development). *Our Common Future*. Oxford: Oxford University Press, 1987. [Online] 14.04.2023. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5987our-common-future.pdf>
2. GUS. *Rocznik Demograficzny 2022*. Warszawa: GUS, 2022. [Online] 14.04.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2022,3,16.html>
3. Sowada Christoph. *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczenia zdrowotnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2013.
4. Sowada Christoph i Kowalska-Bobko Iwona. Sustainability of the Polish health care system. [w:] Baltagi Badi H. i Moscone Francesco [red.]. *Sustainability of health care systems in Europe*. Bingley: Emerald Publishing Limited, 2021, s. 117-137.
5. GUS. *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2019-2021*, Warszawa: GUS, 2022. [Online] 14.04.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2019-2021,27,2.html>
6. Sowada Christoph. Starzenie się człowieka i starzenie się populacji. Podział odpowiedzialności za skutki finansowe w systemie opieki zdrowotnej. *Zdr Publ Zarzadz*. 2011, t. 9, nr 1, s. 86-100.
7. Oberender Peter i in. *Bayreuther Versichertenmodell*. Bayreuth: P.C.O. Verlag, 2006.
8. Björnberg Arne i Yung Phang Ann. *Euro Health Consumer Index 2018*. [Online] 14.04.2023. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
9. Sowada Christoph i in. Poland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2019, t. 21, nr 1, s. 1-235. [Online] 14.04.2023. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/poland-health-system-review-2019>
10. Golinowska Stanisława i in. Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy. *Zeszyty mBank – CASE*, 2018, nr 156, s. 7-50. [Online] 14.04.2023. https://www.case-research.eu/files/?id_plik=5724
11. Javadinasab Hamideh i in. Comparing selected countries using sin tax policy in sustainable health financing: implications for developing countries. *Int J Health Plann Manage*. 2020, t. 35, nr 1, s. 68-78.
12. US Department of Health, Education, and Welfare. *Smoking and health : report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare*. Washington DC: US Government Printing Office, 1964. [Online] 14.04.2023. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/GPO-SMOKINGANDHEALTH/pdf/GPO-SMOKINGANDHEALTH.pdf>
13. Liu Franklin. Sin taxes: have governments gone too far in their efforts to monetize morality. *Boston Coll Law Rev*. 2018, t. 59, nr 2, s. 763-789.
14. Perkins Rachele H. Salience and sin: designing taxes in the new in era. *Brigham Young Univ Law Rev*. 2014, nr 1, s. 143-184.
15. Cashin Cheryl, Sparkes Susan i Bloom Danielle. *Earmarking for health: from theory to practice*. Geneva: WHO, 2017. [Online] 14.04.2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255004>
16. Mazurek-Chwiejczak Małgorzata. Polish 'sugar fee' in the light of global experience with sugar sweetened beverages taxation. *Ekonom Prawo. Econom Law*. 2021, t. 20, nr 2, s. 287-303.
17. WHO. *Taxes on sugary drinks: why do it*. WHO, 2017. [Online] 13.12.2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260253/WHO-NMH-PND-16.5Rev.1-eng.pdf;sequence=1>.
18. Ustawa z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów. *Dz.U.* 2020, poz. 1492.
19. Bloom David E. i in. *The global economic burden of noncommunicable diseases*. Geneva: World Economic Forum, 2011. [Online] 14.04.2023. https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf

20. Wykowski Jacek. Opłata cukrowa: wiemy, ile pieniędzy i na co przekazał NFZ. *Puls Med.* [Online] 13.12.2022. <https://pulsmedycyny.pl/oplata-cukrowa-wiemy-ile-pieniedzy-i-na-co-przekazal-nfz-1148134>
21. Baltagi Badi H. i Goel Rajeev K. State tax changes and quasi-experimental price elasticities of U.S. cigarette demand: an update. *J Econ Finance.* 2004, t. 28, nr 3, s. 422-429.
22. Dye Christopher, Reeder John C. i Terry Robert F. Research for universal health coverage. *Sci Transl Med.* 2013, t. 5, nr 199, 199ed13.
23. Haile Andrew J. Sin taxes. When the state becomes the sinner. *Elon University Law Legal Studies Research Paper* No. 2009-05 [Online] 14.04.2023. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1425621.
24. Omran Abdel R. The epidemiological transition revisited thirty years later. *World Health Statist Quart.* 1998, t. 53, nr 2-3-4, s. 99-119.
25. WHO. *Noncommunicable diseases.* [Online] 13.12.2022. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1
26. Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania.* Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakład Higieny, 2020.
27. Schang Laura K., Czabanowska Katarzyna M. i Lin Vivian. Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland. *Health Promot Int.* 2012, t. 27, nr 2, s. 295-305.
28. Mann Roberta F. Controlling the environmental costs of obesity. *Environment Law.* 2017, t. 47, nr 3, s. 695-739.
29. Brzeziński Bogumił. Opodatkowanie niepożądanego spożycia. Wprowadzenie do tematyki. *Kwart Prawa Podatk.* 2021, nr 1, s. 9-24.
30. Duckett Stephen i Swerissen Hal. *A sugary drinks tax: recovering the community costs of obesity.* Carlton: Grattan Institute, 2016. [Online] 14.04.2023. <https://grattan.edu.au/report/a-sugary-drinks-tax-recovering-the-community-costs/>
31. Duffey Kiyah J. i in. Food price and diet and health outcomes: 20 years of the CARDIA study. *Arch Intern Med.* 2010, t. 170, nr 5, s. 420-426.
32. Włodarczyk Włodzimierz C. [red.]. *Systemy zdrowotne : zrozumieć system.* Warszawa: PZWL, 2021.
33. Maresso Anna i in. [red.]. *Economic crises, health systems and health in Europe. Country experience.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Politics, 2015. [Online] 14.04.2023. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174010>
34. Zweifel Peter. The theory of social health insurance. *Foundat Trends Microeconom.* 2007, t. 3, nr 3, s. 183-273.
35. Jeurissen Patrick i Maarse Hans. *The market reform in Dutch health care.* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Politics, 2021. [Online] 14.04.2023. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-market-reform-in-dutch-health-care-results-lessons-and-prospects>
36. Kocher Gerhard i Oggier Willi. *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006 : eine aktuelle Übersicht.* Bern: Huber, 2004.
37. Sowada Christoph [red.]. *Ekonomika świadczeniodawców w sektorze ochrony zdrowia.* Warszawa: PZWL, 2021.
38. Błędowski Piotr. *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych.* Warszawa: SGH, 2002.
39. Więckowska Barbara. *Ubezpieczenie pielęgnacyjne.* Warszawa: SGH, 2008.
40. Spasova Slavina i in. *Challenges in long-term care in Europe – a study of national policies.* Brussels: European Commission, 2018. [Online] 14.04.2023. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes>
41. Nagode Mateja i Lebar Lea. Trends and challenges in long-term care in Europe. *Rev Soc Pol.* 2019, t. 26, nr 2, s. 255-262.
42. Sudo Kyoko i in. Japan's healthcare policy for the elderly through the concepts of self-help (Ji-jo), mutual aid (Go-jo), social solidarity care (Kyo-jo), and governmental care (Ko-jo). *BioSci Trends.* 2018, t. 12, nr 1, s. 7-11.

43. Ilinca Stefania i in. *European protection systems in the areas of childcare and long-term care: Good practices and lessons learned*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2015. [Online] 14.04.2023. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/1535>
44. Łuczak Paweł. *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, 2015.
45. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. *Dz.Urz. MZ* 2007, nr 3, poz. 7.
46. Błądowski Piotr [red.]. *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro : wydanie zaktualizowane i rozszerzone*. Warszawa: Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, 2020. [Online] 14.04.2023. https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT_OPIEKA_DLUGOTERMINOWA_2020.pdf
47. Anttonen Anneli i Karsio Olli. Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *J Social Serv Res*. 2016, t. 42, nr 2, s. 151-166.
48. Kolasa Katarzyna, Leśniowska Joanna i Borek Ewa. *Współpłacenie pacjentów za świadczenia medyczne*. Warszawa: Fundacja MY Pacjenci, 2018. [Online] 14.04.2023. https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2018/08/Wspolplacenie_pacjentow_za_swadczenia_medyczne_ostateczna.pdf
49. Juszczak Grzegorz. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Słowenii. *Służba Zdr.* 2003, nr 77-80, s. 25.
50. Lenio Paweł. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Niemczech. *Praw Budżet Państw Samorząd.* 2018, t. 6, nr 1, s. 53-73.
51. Kolwicz Marcin. Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej. *Ann Acad Med Stetin*. 2010, t. 56, nr 3, s. 131-143.
52. Mucha Joanna. Jeszcze jeden pomysł na zreformowanie sektora opieki zdrowotnej – dopłaty do usług medycznych. *Rocz Nauk Społ.* 2007, t. 35, nr 3, s. 93-117.
53. Franc Carine, Perronnin Marc i Pierre Aurelie. Private supplementary health insurance: retirees' demand. *Geneva Pap Risk Insur Issues Pract.* 2008, t. 33, s. 610-626.
54. Grignon Michel, Perronnin Marc i Lavis John N. Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France. *Health Econ.* 2008, t. 17, nr 2, s. 203-219.
55. Guthmuller Sophie, Jusot Florence i Wittwer Jerome. Improving takeup of health insurance program: a social experiment in France. *J Human Resour.* 2014, t. 49, nr 1, s. 167-194.
56. Benoit Cyril i Coron Gaël. Private health insurance in France: between Europeanization and collectivization. *Milbank Q.* 2019, t. 97, nr 4, s. 1108-1150.
57. Wendt Claus. Social health insurance in Europe: basic concepts and new principles. *J Health Polit Policy Law.* 2019, t. 44, nr 4, s. 665-677.
58. Wyszowska Zofia. Ocena stopnia gotowości pacjentów do współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy.* 2020, nr 64 s. 181-193.
59. Pikoń Krzysztof i Dowłaszewicz A. Ekologiczne aspekty termicznego przekształcania odpadów medycznych. *Arch Gosp Odpad Ochr Środ.* 2008, t. 7, s. 29-42.
60. Merkiś-Guranowska Agnieszka. Logistyka recyklingu odpadów, jako jeden z elementów Systemu Logistycznego Polski. *Prace Nauk Politech Warsz Transport.* 2010, z. 75, s. 89-96.
61. Rolewicz-Kalińska Anna. Odpady medyczne w liczbach. *Recykling.* 2009, nr 4, s. 16-17.
62. łączny Jacek M. i Smuda Krystian. Możliwości pozyskania surowców wtórnych zawartych w odpadach komunalnych z obiektów służby zdrowia. *Ochr Powietrza Probl Odpad.* 2006, t. 40, nr 3, s. 97-105.
63. Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach. *Dz.U.* 2013, poz. 21.
64. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi. *Dz.U.* 2017, poz. 1975.
65. Batelaan MV. *Evaluation report Pharmafilter : full scale demonstration in the Reinier de Graaf Gasthuis (Hospital) Delft*. Amersfoort: STOWA, 2013. [Online] 14.04.2023. <https://edepot.wur.nl/258343>
66. Paulus Gabriela K. i in. The impact of on-site hospital wastewater treatment on the downstream communal wastewater system in terms of antibiotics and antibiotic resistance genes. *Int J Hyg Environ Health.* 2019, t. 222, nr 4, s. 635-644.

67. van der Hoek Peter Jan, de Fooij Heleen i Struiker Andre. Wastewater as a resource: strategies to recover resources from Amsterdam's wastewater. *Resources Conservation Recycling*. 2016, t. 113, s. 53-64.