

Uniwersytet Szczeciński
Instytut Ekonomii i Finansów

Koncepcja funkcjonowania płatnika trzeciej strony w systemie ochrony zdrowia

Autoreferat rozprawy doktorskiej

Autor: mgr Piotr Bromber

Promotor: prof. dr hab. Iga Rudawska

Recenzenci:

dr hab. Barbara Więckowska, prof. SGH

dr hab. Maria Bożena Węgrzyn, prof. UEW

Szczecin, 2024 r.

Spis treści

Uzasadnienie wyboru tematu i luka badawcza	3
Cele i hipotezy badawcze	6
Układ i treść dysertacji	8
Metodyka badawcza	9
Wybrane wyniki badań	5
Wnioski końcowe i rekomendacje	21

Uzasadnienie wyboru tematu i luka badawcza

Praktycznie od początku działania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) toczy się dyskusja o jego roli i zadaniach, a tym samym o zmianach w jego funkcjonowaniu. W przeszłości była już między innymi propozycja likwidacji NFZ i przejścia z systemu ubezpieczeniowego do systemu budżetowego finansowania ochrony zdrowia, proponowano też podział NFZ na kilka funduszy regionalnych i otwarcie rynku ubezpieczeń zdrowotnych dla ubezpieczycieli niepublicznych. Przy czym proponowane przez decydentów zmiany miały najczęściej szerszy kontekst, a ich zakres można sprowadzić do czterech zasadniczych pytań: *ile państwa w ochronie zdrowia? Ile rynku? Ile centralizacji? Ile decentralizacji?*¹ Ostatecznie, warto dodać jeszcze jedno pytanie: *dlaczego, to takie skomplikowane?* Jak pisze Ch. Sowada, „*przyczyn wyraźnego braku sukcesu tzw. reform zdrowotnych można doszukiwać się w wyjątkowo skomplikowanej materii ich przedmiotu*”. Autor, przywołując literaturę przedmiotu, posługuje się wymownymi sformułowaniami, pisze o „*spirali interwencji*”, i „*powodzi ustaw zdrowotnych*”.²

Każdy minister zdrowia, chciał coś zmienić, np.: zoptymalizować, skoordynować, spersonalizować, scentralizować, by ostatecznie pacjent czuł się bezpieczniej i zapewne każdy był przeświadczony o wyjątkowości swoich pomysłów oraz przekonany, że tym razem się uda. Aczkolwiek zbyt często zdarzało się, że kolejne pomysły miały tylko charakter doraźny, nie zawsze były zrozumiałe i niekoniecznie do siebie przystające. Nieprzystające, bo ochrona zdrowia to nie tylko pacjent i jego potrzeby, ale także mnogość zróżnicowanych interesariuszy i ich oczekiwań, niekiedy wymagań, żądań lub przesadnych ambicji poszczególnych osób.³ Jak pisze A. Frączkiewicz - Wronka, chcąc być skutecznym w sektorze publicznym, należy brać pod uwagę różnorodne grupy, ich interesy i oczekiwania, a punktem wyjścia do tego działania jest teoria interesariuszy.⁴

¹ P. Bromber, Publiczny a prywatny. Próby demonopolizacji płatnika trzeciej strony w Polsce, w: Środkowoeuropejskie Studia Polityczne Nr 4/2013, s. 160.

² Ch. Sowada, Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach społecznych, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2013, s. 11.

³ W dysertacji zaprezentowano autorski katalog interesariuszy w systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz wskazano przykładowe ich oczekiwania. Do usystematyzowania wiedzy w tym zakresie wykorzystano treści publikowane na łamach prasy ogólnej, portali i czasopism branżowych.

⁴ Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną, praca pod redakcją A. Frączkiewicz - Wronka, Wydawnictwo Naukowe, 2012, s. 9 - 10.

Dążąc do zdefiniowania luki badawczej autor dysertacji odnotował, iż nie ma w powyżej sygnalizowanym obszarze wielu publikacji naukowych, a dotychczasowy dyskurs raczej został zdominowany przez rozważania o liczbie płatników i konkurencji pomiędzy nimi. W dysertacji wskazano na kilka przykładów doniesień w podziale na następujące zakresy: konkurencja pomiędzy płatnikami trzeciej strony, rola płatnika trzeciej strony, organizacja płatnika, percepcja płatnika trzeciej strony. Szczególną uwagę zwraca monografia B. Więckowskiej, *„Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia”*. Autorka, obszernie analizuje model instytucji płatnika w systemie ochrony zdrowia, gdzie już na wstępie, zwraca uwagę na potrzebę poprawy realizacji funkcji instytucji płatnika. Jak pisze, powołanie instytucji płatnika trzeciej strony, to efekt wprowadzenia rozwiązań kolektywnych. Za celniejsze uważa posługiwanie się terminem *„instytucja płatnika”*, gdyż jest to termin oddający zinstytucjonalizowany charakter pośredniczenia w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Co ważne, zwraca uwagę, iż pojawienie się płatnika, zmienia zasadniczo relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem.⁵ Z kolei D. Sześciło, w monografii *„Zmierzch decentralizacji? Instytucjonalny krajobraz opieki zdrowotnej w Europie po nowym zarządzaniu publicznym”*, dokonał szczegółowej analizy modeli instytucji płatnika w systemach opieki zdrowotnej państw europejskich. Jaka pisze, pojawienie się publicznego płatnika oznacza instytucjonalne rozdzielenie planowania od gromadzenia i alokacji zasobów finansowych. Podkreśla, iż rola płatnika w praktyce nie ogranicza się tylko do przekazywania środków finansowych świadczeniodawcom i wspomina o roli w zarządzaniu usługami, monitorowaniu potrzeb, o udziale w procesie wyceny i ustalaniu ilości świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a także o kontraktowaniu i korzystaniu z szerokiego dostępu do informacji oraz wpływie na kształt polityki zdrowotnej. W jego ocenie, *„zamiast o płatniku należałoby więc mówić raczej o menedżerze systemu usług zdrowotnych*. Autor, stawia też ważne, *„Czy państwo (władza centralna) odzyskuje kontrolę nad obsługą obywatela w sferze opieki zdrowotnej, ponownie marginalizując władzę lokalną, regionalną, sektor prywatny i rynek?”*.⁶

⁵ B. Więckowska, *Mapy potrzeb zdrowotnych jako instrument płatnika w racjonalizowaniu systemu ochrony zdrowia*, Wydawnictwo PWN, 2018, s. 10, 24 - 25.

⁶ D. Sześciło, *Zmierzch decentralizacji? Instytucjonalny krajobraz opieki zdrowotnej w Europie po nowym zarządzaniu publicznym*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2017, s. 16 i 85 – 97.

Należy podkreślić, iż autor dysertacji podejmował już wcześniej próbę analizy funkcjonowania płatnika trzeciej strony, jednak tylko w kontekście wybranych zagadnień. Pisał o efektywności i konkurencyjności płatnika, a konkretnie analizował determinanty efektywności NFZ i szukał odpowiedzi na pytanie, „czy konieczna jest konkurencja pomiędzy płatnikami?”. Nie udzielił wtedy jednoznacznej odpowiedzi a jedynie podzielił się wątpliwościami w tym zakresie. Już wówczas, wyraźnie wskazał na konieczność podjęcia działań mających na celu ustalenie dysfunkcji i przygotowanie zmian zarówno jak to ujął na „*poziomie instytucji, jak i w otoczeniu*”.⁷ Następnie, szerzej zajął się problemem demonopolizacji płatnika i prawem pacjenta do wyboru płatnika.⁸ Dokonał także szczegółowej analizy roli, zadań i instrumentów działania NFZ.⁹ Pokazał znaczenie relacji między interesariuszami w systemie ochronie zdrowia. Jako przykład, wymienił działania Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.¹⁰ Zwracając uwagę na potrzebę szerszej dyskusji o roli państwa w ochronie zdrowia, przytoczył argumenty za interwencją państwa.¹¹ Jednocześnie próbował spojrzeć na system ochrony zdrowia z perspektywy jakości, efektywności, dostępności i bezpieczeństwa zdrowotnego.¹² W ramach dysertacji, uwzględniając wymienione przesłanki i bazując na wynikach procesu badawczego, autor podjął próbę ujęcia tematu płatnika trzeciej strony w formule „*koncepcji funkcjonowania*”. Istotą tego autorskiego podejścia jest szersze spojrzenie na działanie Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z analizą jego otoczenia. Płatnik trzeciej strony jest tylko jednym z podmiotów systemu ochrony zdrowia, a jego możliwości działania są uzależnione od przepisów prawa, sytuacji gospodarczej i politycznej.

⁷ P. Bromber, Rozważania o efektywności i konkurencyjności i płatnika trzeciej strony na przykładzie Narodowego Funduszu Zdrowia, w: *Studia i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego* Nr 1 - 2/2012.

⁸ *Publiczny a prywatny ...* op. cit.

⁹ P. Bromber P., Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia, w: *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia* Nr 65/2014.

¹⁰ P. Bromber, Relacja pacjent – płatnik – lekarz, w: *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 2018, Nr 2.

¹¹ P. Bromber, Interesariusze w systemie ochrony zdrowia. Rola państwa, w: *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 2017, Nr 5.

¹² P. Bromber, J. Hady, H. Lachowska, M. Leśniowska - Gontarz, D. Szaban, B. Ślusarczyk, J. Zdanowska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wydawnictwo Cedewu, 2015.

Problem badawczy sformułowano, w formie pytania, „*Jaka powinna być koncepcja funkcjonowania płatnika trzeciej strony w systemie ochrony zdrowia w Polsce?*”.

Cele i hipotezy badawcze

Cel główny pracy to krytyczna ocena funkcjonowania NFZ i wypracowanie autorskiej koncepcji działania płatnika trzeciej strony. Wyznaczono dziesięć celów szczegółowych (Tabela 1).

Tabela 1 Realizacja celów szczegółowych pracy

Lp.	Cel	Odniesienie do struktury pracy	Metoda badawcza
1.	Konceptualizacja podstawowych kategorii pojęciowych systemu ochrony zdrowia i teorii interesariuszy	Rozdział 1	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)
2.	Omówienie celów i zasad systemu ochrony zdrowia	Rozdział 1	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)
3.	Analiza modeli ochrony zdrowia i roli państwa	Rozdział 1	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)
4.	Objaśnienie istoty funkcjonowania płatnika trzeciej strony w systemie ochrony zdrowia	Rozdział 1	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)
5.	Charakterystyka systemu ochrony zdrowia w Polsce	Rozdział 2	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)
6.	Podkreślenie wagi kapitału ludzkiego i dialogu z interesariuszami jako istotnych zasobów ochrony zdrowia	Rozdział 2 Rozdział 5	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)
7.	Analiza funkcjonowania NFZ jako płatnika trzeciej strony w Polsce	Rozdział 2	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)
8.	Prezentacja oceny funkcjonowania NFZ przez wybranych interesariuszy, w tym poziomu zaufania, wskazanych wad i zalet	Rozdział 4	• Sondaż ankietowy (<i>Computer - Assisted Web Interview</i>)
9.	Ekspozycja percepcji przez wybranych interesariuszy odpowiedzialności państwa, w tym kto ich zdaniem w największym stopniu decyduje w ochronie zdrowia i jakie są przesłanki podejmowanych decyzji	Rozdział 4	• Sondaż ankietowy (<i>Computer - Assisted Web Interview</i>)
10.	Eksploracja dotychczasowych propozycji zmian odnoszących się zarówno do płatnika trzeciej strony, jak i szerzej do roli państwa w ochronie zdrowia	Rozdział 5	• Analiza danych zastanych (<i>Desk research</i>)

Źródło: opracowanie własne

Jako główną hipotezę badawczą przyjęto przypuszczenie, iż funkcjonowanie płatnika trzeciej strony należy rozpatrywać nie tylko poprzez realizację przypisanych zadań, ale również w perspektywie pozostałych elementów systemu ochrony zdrowia, a także oczekiwań interesariuszy. Postawiono cztery hipotezy cząstkowe (Rysunek 1).

Rysunek 1 Hipotezy badawcze cząstkowe

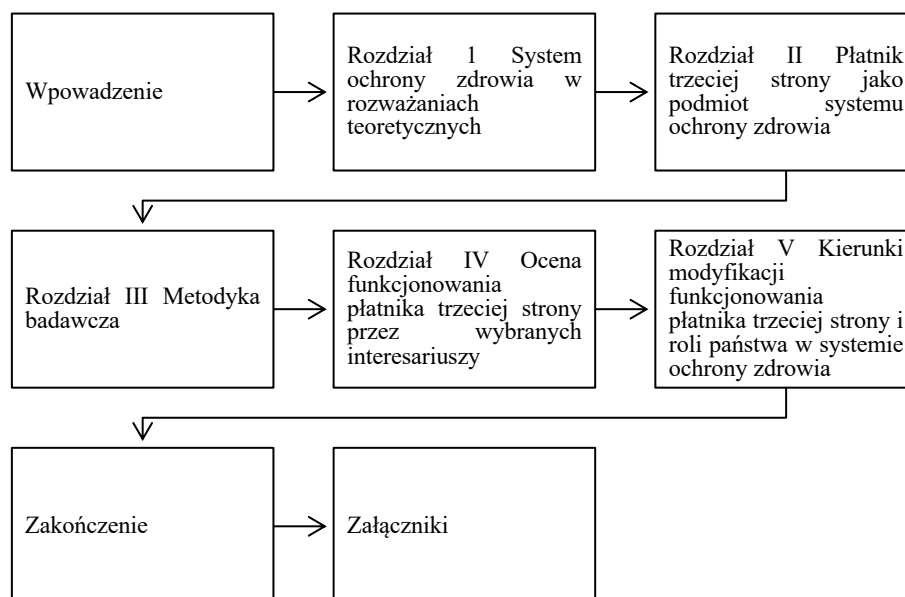
Hipotezy cząstkowe	H1. Ocena funkcjonowania płatnika trzeciej strony jest zależna od ogólnej oceny systemu ochrony zdrowia
	H2. Na ocenę funkcjonowania płatnika trzeciej strony oddziałują osobnicze doświadczenia pacjentów, ze świadczeniodawcami
	H3. Istnieją różnice i podobieństwa w ocenie płatnika trzeciej strony przez wybranych interesariuszy
	H4. Zasoby relacyjne determinują działanie w ochronie zdrowia

Źródło: opracowanie własne

Układ i treść dysertacji

Dysertację tworzy pięć rozdziałów, wprowadzenie, zakończenie i załączniki. Poniżej pokazano w ujęciu graficznym strukturę pracy (Rysunek 2).

Rysunek 2 Struktura dysertacji



Źródło: opracowanie własne

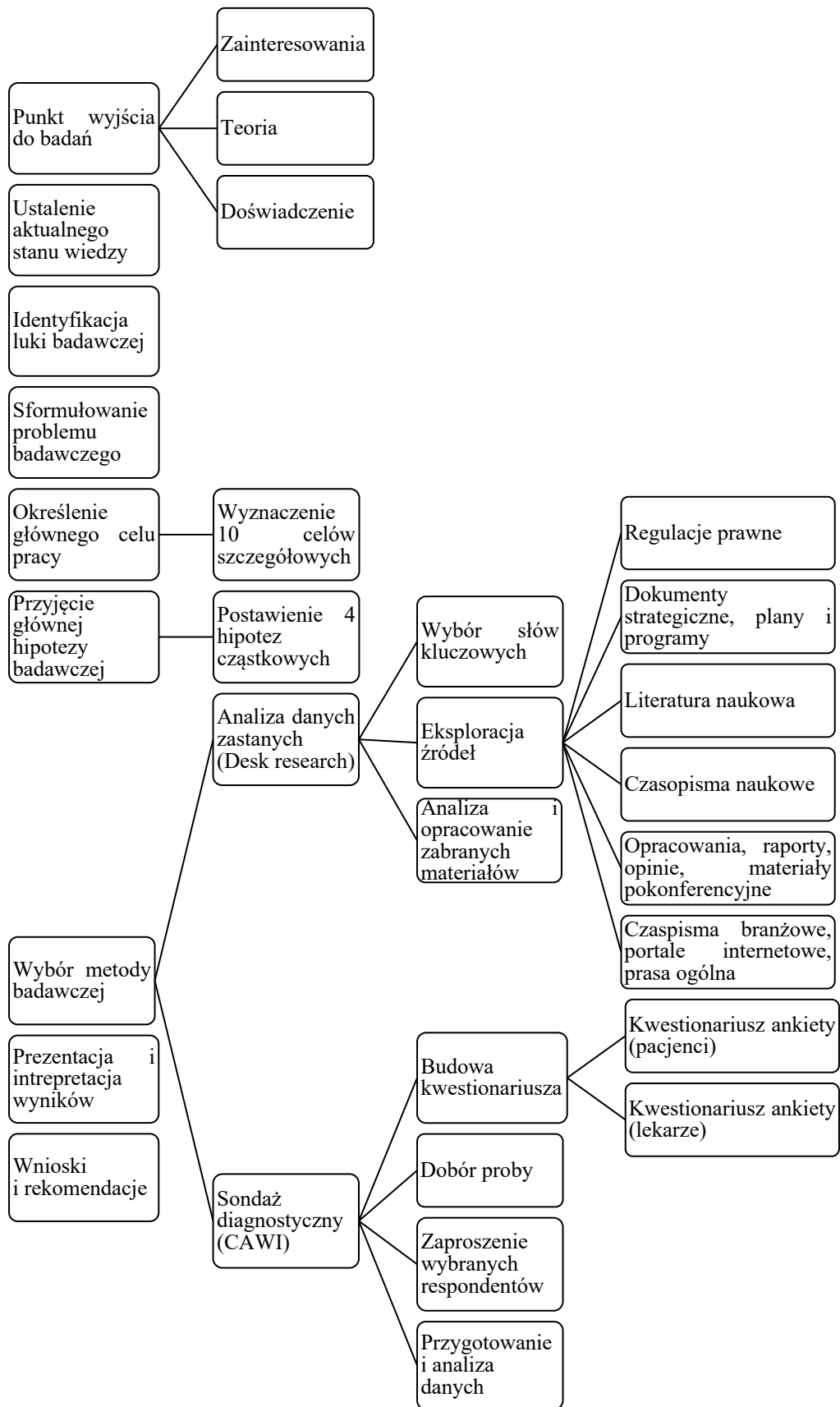
W pierwszym rozdziale dokonano konceptualizacji podstawowych kategorii pojęciowych systemu ochrony zdrowia i teorii interesariuszy. Następnie omówiono cele i zasady systemu ochrony zdrowia. W tym rozdziale, autor dysertacji analizuje modele ochrony zdrowia i wraca do pytania o rolę państwa, by w konsekwencji przybliżyć istotę funkcjonowania płatnika trzeciej strony w systemie ochrony zdrowia. W rozdziale drugim ze szczegółami omówiono strukturę systemu ochrony zdrowia w Polsce. Jednak, w szczególności skoncentrowano się na charakterystyce NFZ. W trzecim rozdziale wyjaśniono przyjęte założenia metodologiczne. W detalach zrelacjonowano etapy procesu badawczego. Czwarty rozdział rozpoczyna się od prezentacji próby badawczej. Dalej przedstawiono jak pacjenci i lekarze oceniają NFZ i jakie mają wobec niego oczekiwania. Usystematyzowano wskazane przez interesariuszy wady i zalety NFZ. Zwrócono uwagę na podobieństwa i różnice w odpowiedziach poszczególnych grup respondentów. Ostatni piąty rozdział, to głównie przegląd dotychczasowych propozycji zmian w funkcjonowaniu płatnika trzeciej strony i roli państwa. Omówione rozwiązania poddano krytycznej analizie. Na tej podstawie, uwzględniając wyniki procesu badawczego, przedstawiono rekomendacje. Kończąc wskazano na bariery mogące stanowić zagrożenie dla realizacji zaproponowanych zmian.

Metodyka badawcza

Mając na względzie pełne zrozumienie i wyjaśnienie problemu badawczego, ale przede wszystkim miarodajność wyników badań i planowane zaprogramowanie „przyszłych wydarzeń”, w dysertacji zastosowano różne metody badawcze. W ten sposób została zapewniona triangulacja metod badawczych. Wykorzystanie różnych źródeł pochodzenia materiału badawczego: danych zastanych i danych wywołanych, umożliwiło zastosowanie triangulacji źródeł danych. Generalnie, autor dysertacji w trakcie procesu badawczego kierował się założeniem pełnego poznania i zrozumienia stanu faktycznego, a w konsekwencji ustalenia relacji pomiędzy teorią i praktyką. Jak piszą Ch. Frankfort – Nachmias i D. Nachmias, bazowo nie ma różnicy pomiędzy teorią i praktyką - jak piszą „*teoria odnosi się do praktyki*”, pomaga wyjaśniać, prognozować, a co za tym idzie podejmować właściwe decyzje praktyczne.¹³ Poniżej pokazano, w ujęciu graficznym, etapy procesu badawczego (Rysunek 3).

¹³ Ch. Frankfort – Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2001, s. 52.

Rysunek 3 Etapy procesu badawczego



Źródło: opracowanie własne

Przystępując do analizy źródeł w pierwszej kolejności wyselekcjonowano słowa kluczowe. Kolejnym krokiem był przegląd obowiązujących regulacji prawnych. Praca uwzględnia porządek prawny według stanu obowiązującego na dzień 31 grudnia 2023 r. Równolegle badaniu poddano dokumenty o charakterze strategicznym, plany i programy w ochronie zdrowia. Dalej, wykorzystując poczynione już ustalenia, dokonano przeglądu literatury, w następstwie którego wyselekcjonowano, a później przestudiowano istotne dla tematu dysertacji, pozycje literatury naukowej. W doborze dorobku, dodatkowo kierowano się podziałem na publikacje źródłowe i przeglądowe. Dokonano też rozróżnienia według dziedzin nauki i dyscyplin naukowych. Dużym uzupełnieniem i wsparciem tego etapu procesu badawczego była eksploracja treści dostępnych czasopism naukowych. Dokonano ich podziału według dyscypliny naukowej. Istotną część bibliografii stanowią zebrane dokumenty źródłowe: opracowania, raporty, opinie, materiały pokonferencyjne. Ich zakres tematyczny dotyczy przeważnie rozstrzygnięć prawnych i propozycji zmian. W trakcie procesu badawczego, na bieżąco, korzystano ze stron internetowych instytucji administracji publicznej. Równocześnie wzięto pod uwagę treści publikowane na łamach prasy ogólnej, portali i czasopism branżowych. Końcowe efekty opisu i naukowej interpretacji wymienionych źródeł znalazły odzwierciedlenie w poszczególnych rozdziałach dysertacji.

Na potrzeby badań wykorzystano dwa kwestionariusze ankiety. W ich strukturze wyodrębniono trzy części: wprowadzenie, listę pytań, metryczkę. W liście pytań, wykorzystano pytania otwarte i zamknięte. W części pytań, zastosowano 5 - stopniową skalę dwustronną i 11 stopniową skalę jednostronną. Tematycznie pytania były związane z funkcjonowaniem NFZ i systemu ochrony zdrowia. Do badania zaproszono przedstawicieli dwóch kluczowych grup interesariuszy systemu ochrony zdrowia: lekarzy i pacjentów. Jest to konsekwencja wcześniejszych rozważań autora dysertacji, dotyczących relacji między pacjentem, lekarzem a płatnikiem trzeciej strony. Wielkość próby, obliczono przy założeniu następujących parametrów (Rysunek 4):

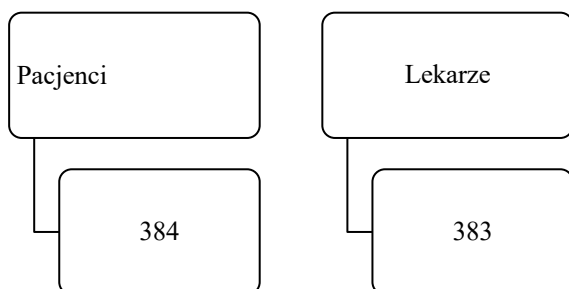
- a) wielkość populacji pacjentów w 2018 r., przyjęto 79,9% (osoby powyżej 20 roku życia) z 38411148 ludności ogółem, czyli 30690507 ludności,¹⁴
- b) wielkość populacji lekarzy w 2018 r., to lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu lekarza czyli 149 134 lekarzy,¹⁵

¹⁴ Rocznik Demograficzny, Główny Urząd Statystyczny, 2019, s. 59 - 60 i 62.

¹⁵ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r., Główny Urząd Statystyczny, 2019, s. 38.

- c) poziom ufności 95%,
- d) błąd maksymalny 5%,
- e) wielkość frakcji 0,5.

Rysunek 4 Szacowana wielkość próby badawczej wg wytycznych metodologicznych



Źródło: Kalkulator doboru próby, w: <https://www.naukowiec.org/dobor.html>

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem platformy ankietowej. Kolportaż kwestionariuszy ankiet przeprowadzono etapowo. W przypadku pacjentów link do ankiety został przesłany do współpracującego z organizacjami pacjentów Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz bezpośrednio do wybranych organizacji pacjentów (fundacji i stowarzyszeń). Liczba pytań: 29. Wymiar czasowy: 16.10.2019 - 19.03.2020.¹⁶ Z kolei w przypadku lekarzy, link do ankiety został przesłany do Federacji Porozumienie Zielonogórskie i samorządu zawodowego lekarzy. Liczba pytań: 21. Wymiar czasowy: 8.11.2019 - 22.02.2020.¹⁷ Należy podkreślić ogólnopolski rozkład regionalny wypełnionych kompletnie ankiet. Do wypełnienia ankiety przystąpiło 701 pacjentów z których 360 zakończyło proces jej wypełnienia, co stanowi 51,36%. W wyniku oceny kompletności wypełnionych kwestionariuszy, do ostatecznej analizy zakwalifikowano 339 ankiet, wypełnionych przez pacjentów, czyli 94,17%. Szczegółowa charakterystyka populacji pacjentów została zaprezentowana poniżej (Tabela 2).

¹⁶ Uwzględniając datę rozpoczęcia wypełniania kwestionariusza ankiety.

¹⁷ Uwzględniając datę rozpoczęcia wypełniania kwestionariusza ankiety.

Tabela 2 Charakterystyka próby pacjentów

Treść odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi
Proszę zaznaczyć swoją płeć		
Kobieta	80,53%	273
Mężczyzna	19,47%	66
Ile ma Pan(i) lat?		
do 25 lat	0,88%	3
26 - 40 lat	22,12%	75
41 - 60 lat	35,10%	119
61-74 lata	38,94%	132
75 lat i więcej	2,95%	10
Jakie ma Pan(i) wykształcenie?		
Brak wykształcenia	0,29%	1
Podstawowe lub gimnazjalne	0,29%	1
Zasadnicze zawodowe	2,65%	9
Średnie	31,86%	108
Wyższe	64,90%	220
Miejsce zamieszkania		
Wieś	13,27%	45
Miasto do 10 tys. Mieszkańców	3,83%	13
Miasto 10 - 100 tys. Mieszkańców	25,96%	88
Miasto 100 - 500 tys. Mieszkańców	25,66%	87
Miasto powyżej 500 tys. Mieszkańców	31,27%	106
W jakim województwie Pan(i) mieszka?		
Dolnośląskie	4,46%	15
Kujawsko-pomorskie	6,55%	22
Lubelskie	6,55%	22
Lubuskie	5,06%	17
Łódzkie	3,27%	11
Małopolskie	9,23%	31
Mazowieckie	21,73%	73
Opolskie	2,08%	7
Podkarpackie	1,79%	6
Podlaskie	1,79%	6
Pomorskie	11,31%	38
Śląskie	11,01%	37
Świętokrzyskie	1,79%	6
Warmińsko-mazurskie	2,98%	10
Wielkopolskie	9,52%	32
Zachodniopomorskie	0,89%	3

Źródło: opracowanie własne

Z kolei, wśród lekarzy, 771 osób przystąpiło do wypełnienia ankiet, z tego 318 zakończyło proces jej wypełnienia, co stanowi 41,12%. W wyniku oceny kompletności wypełnionych kwestionariuszy, do ostatecznej analizy zakwalifikowano 306 ankiet, wypełnionych przez lekarzy, czyli 96,53%. Szczegółowa charakterystyka populacji lekarzy została zaprezentowana później (Tabela 3).

Tabela 3 Charakterystyka próby lekarzy

Treść odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi
Proszę zaznaczyć swoją płeć		
Kobieta	56,54%	173
Mężczyzna	43,46%	133
Ile ma Pan(i) lat?		
do 25 lat	0,00%	0
26 - 40 lat	9,48%	29
41 - 60 lat	60,78%	186
61-74 lata	29,08%	89
75 lat i więcej	0,65%	2
Miejsce zamieszkania		
Wieś	26,47%	81
Miasto do 10 tys. mieszkańców	16,01%	49
Miasto 10 - 100 tys. mieszkańców	29,41%	90
Miasto 100 - 500 tys. mieszkańców	18,30%	56
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	9,80%	30
W jakim województwie Pan(i) mieszka?		
Dolnośląskie	8,50%	26
Kujawsko-pomorskie	0,33%	1
Lubelskie	2,29%	7
Lubuskie	22,22%	68
Łódzkie	7,19%	22
Małopolskie	4,58%	14
Mazowieckie	18,95%	58
Opolskie	3,27%	10
Podkarpackie	13,73%	42
Podlaskie	6,54%	20
Pomorskie	0,98%	3
Śląskie	5,56%	17
Świętokrzyskie	1,31%	4
Warmińsko-mazurskie	0,33%	1
Wielkopolskie	3,27%	10
Zachodniopomorskie	0,98%	3

Źródło: opracowanie własne

Badanie autora dysertacji, jak każde inne badanie, nie objęło wszystkich możliwych zakresów. Zaprezentowane w dysertacji wyniki w dużym stopniu uzyskano na podstawie stworzonego przez badacza kwestionariusza ankiety. Nie bez znaczenia jest wybrany sposób dystrybucji kwestionariusza ankiety. Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem platformy ankietowej, co może być uznane za pewne ograniczenie. To oznacza, że reprezentatywność interesariuszy może nie być pełna. Nie można też wykluczyć błędu selekcji, ponieważ respondenci biorący udział w badaniu mogli posiadać większą wiedzę o ochronie zdrowia i doświadczenie w kontaktach z NFZ. W ocenie autora dysertacji dalszych poszerzonych badań wymaga potwierdzenie znaczenia relacji pomiędzy decydentami a interesariuszami. Docelowo należy uzupełnić zakres podmiotowy respondentów o innych interesariuszy i rozważyć poszerzenie zakresu badania o zagadnienie identyfikacji interesariuszy z systemem ochrony zdrowia.

Wybrane wyniki badań

Na wstępie, należy podkreślić, iż duża część respondentów deklaruje wysoki poziom wiedzy o systemie ochrony zdrowia (Tabela 4).

Tabela 4 Deklarowany poziom wiedzy respondentów o systemie ochrony zdrowia w Polsce

Treść odpowiedzi	Pacjenci		Lekarze	
	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi
Jak ocenia Pan/i swoją wiedzę na temat systemu ochrony zdrowia w Polsce?				
Bardzo dobrze	10,62%	36	16,34%	50
Dobrze	46,90%	159	51,92%	165
Ani dobrze, ani źle	34,51%	117	25,49%	78
Źle	5,31%	18	2,94%	9
Bardzo źle	1,77%	6	0,65%	2
Nie wiem	0,88%	3	0,65%	2

Źródło: opracowanie własne

Zarówno pacjenci, jak i lekarze deklarowali wysoki poziom wiedzy o Narodowym Funduszu Zdrowia (Tabela 5).

Tabela 5 Deklarowany poziom wiedzy respondentów o NFZ

Treść odpowiedzi	Pacjenci		Lekarze	
	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi
Jak ocenia Pan/i swoją wiedzę na temat funkcjonowania NFZ?				
Bardzo dobrze	6,82%	23	9,80%	30
Dobrze	42,73%	144	49,35%	151
Ani dobrze, ani źle	39,76%	134	34,97%	107
Źle	7,72%	26	3,92%	12
Bardzo źle	2,37%	8	0,00%	0
Nie wiem	0,59%	2	1,96%	6

Źródło: opracowanie własne

Zdaniem większości badanych, to państwo powinno być odpowiedzialne za ochronę zdrowia (Tabela 6).

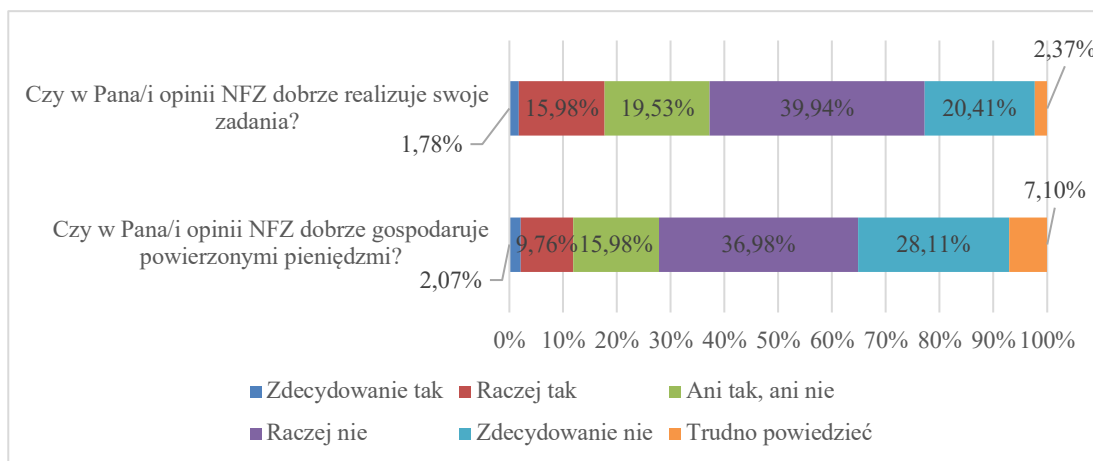
Tabela 6 Odpowiedzialność państwa za ochronę zdrowia

Treść odpowiedzi	Pacjenci		Lekarze	
	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi
Czy Pana/i zdaniem, to państwo powinno być odpowiedzialne za ochronę zdrowia?				
Zdecydowanie tak	63,31%	214	40,52%	124
Raczej tak	23,67%	80	34,64%	106
Ani tak, ani nie	3,55%	12	11,11%	34
Raczej nie	3,25%	11	7,84%	24
Zdecydowanie nie	3,85%	13	3,92%	12
Trudno powiedzieć	2,37%	8	1,96%	6

Źródło: opracowanie własne

Na pytanie *Czy w Pana/i opinii NFZ dobrze realizuje swoje zadania?*, tylko 17,76% badanych pacjentów odpowiedziało pozytywnie, a 60,35% respondentów odpowiedziało negatywnie. Z kolei na pytanie *Czy w Pana/i opinii NFZ dobrze gospodaruje powierzonymi pieniędzmi?*, tylko 11,83% badanych odpowiedziało pozytywnie, a 65,09% odpowiedziało negatywnie (Wykres 1).

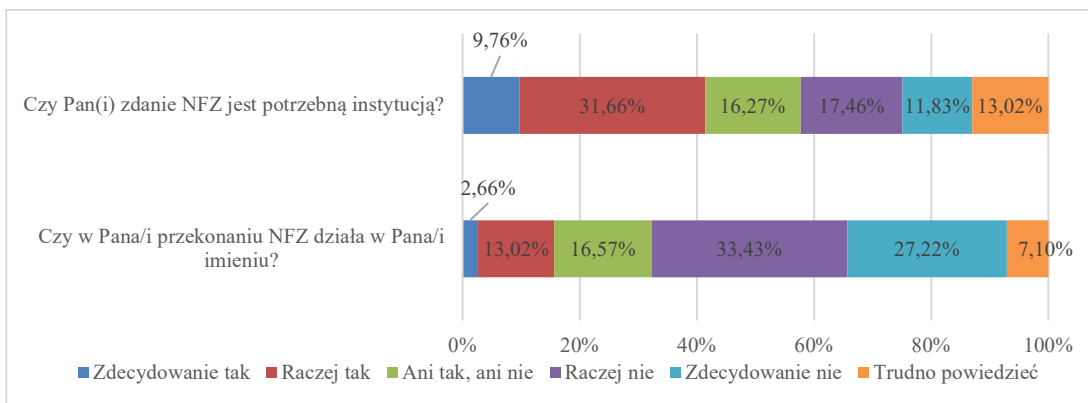
Wykres 1 Ocena realizacji zadań przez NFZ



Źródło: opracowanie własne

Na pytanie *Czy Pan(i) zdanie NFZ jest potrzebną instytucją?*, 41,42% badanych pacjentów odpowiedziało pozytywnie, a 29,29% respondentów odpowiedziało negatywnie. Z kolei na pytanie *Czy w Pana/i przekonaniu NFZ działa w Pana/i imieniu?*, 15,68% badanych pacjentów odpowiedziało pozytywnie, a 60,65% respondentów odpowiedziało negatywnie (Wykres 2).

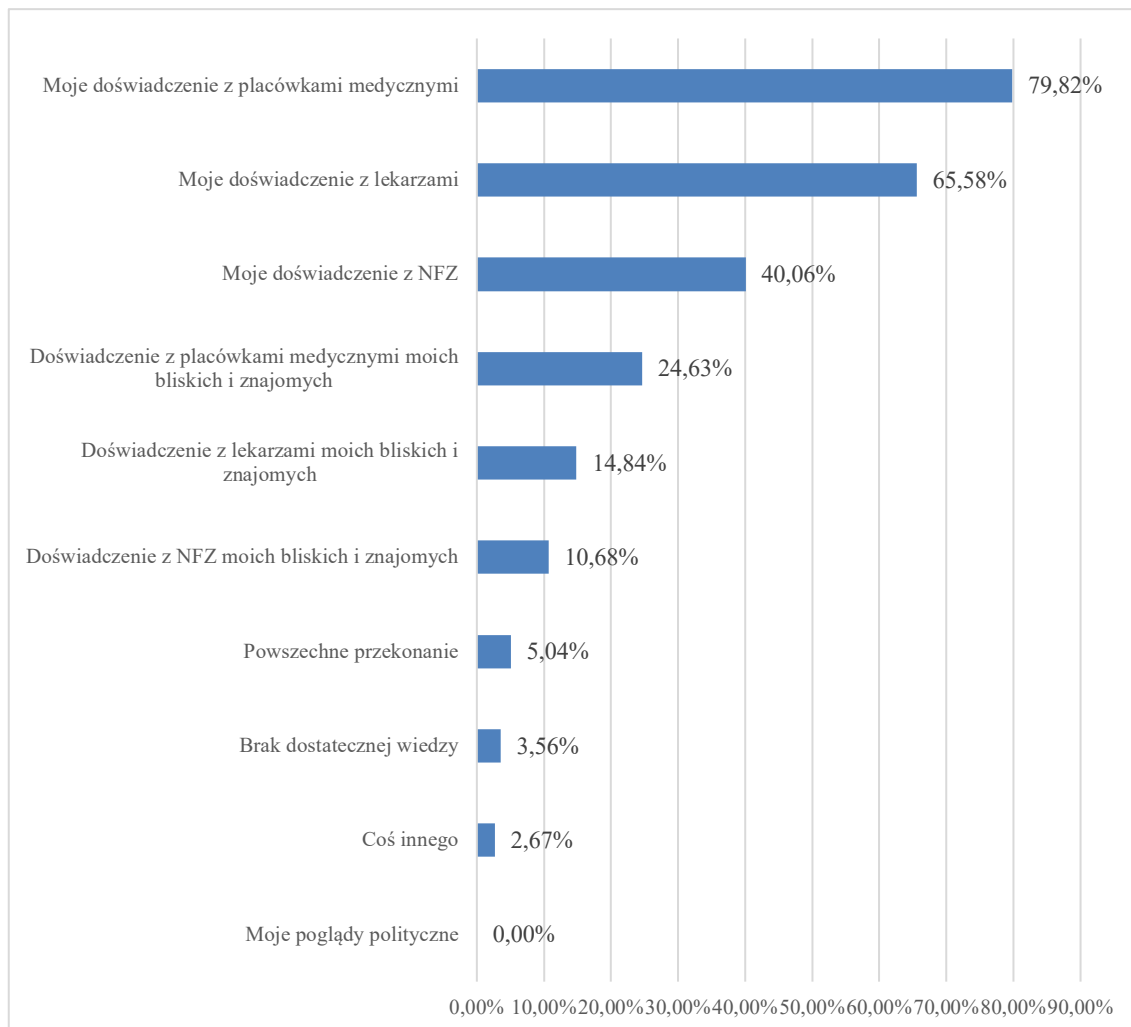
Wykres 2 NFZ jako potrzebna instytucja działająca w imieniu pacjentów



Źródło: opracowanie własne

Na pytanie *Co w największym stopniu decyduje o Pana/i ocenie NFZ?*, na odpowiedź „moje doświadczenie z placówkami medycznymi” wskazało 79,82% badanych pacjentów, na „moje doświadczenie z lekarzami” 65,58%, „moje doświadczenie z NFZ” 40,06%, a na „doświadczenie z placówkami medycznymi moich bliskich i znajomych” 24,63% (Wykres 3).

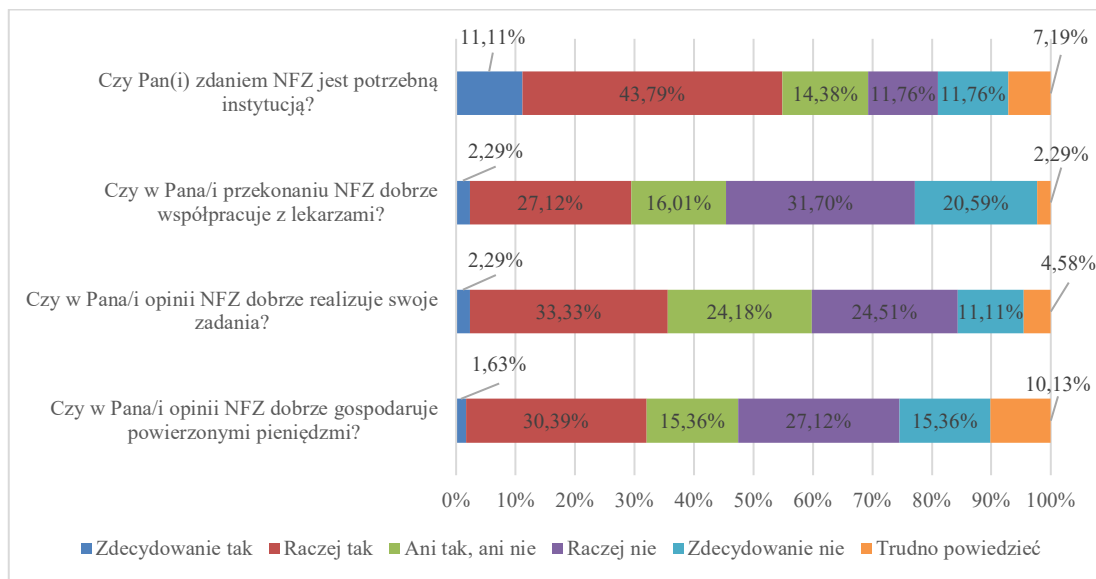
Wykres 3 Czynniki decydujące o ocenie przez pacjentów NFZ



Źródło: opracowanie własne

Na pytanie *Czy Pan(i) zdaniem NFZ jest potrzebną instytucją?*, 54,9% badanych lekarzy odpowiedziało pozytywnie, a 23,52% respondentów odpowiedziało negatywnie. Z kolei na pytanie *Czy w Pana/i przekonaniu NFZ dobrze współpracuje z lekarzami?*, 29,41% badanych lekarzy odpowiedziało pozytywnie, a 52,29% respondentów odpowiedziało negatywnie. Na pytanie *Czy w Pana/i opinii NFZ dobrze realizuje swoje zadania?*, 35,62% badanych lekarzy odpowiedziało pozytywnie, tyle samo respondentów odpowiedziało negatywnie. Z kolei, na pytanie *Czy w Pana/i opinii NFZ dobrze gospodaruje powierzonymi pieniędzmi?*, 32,02% badanych lekarzy odpowiedziało pozytywnie, a 42,48% respondentów odpowiedziało negatywnie (Wykres 4).

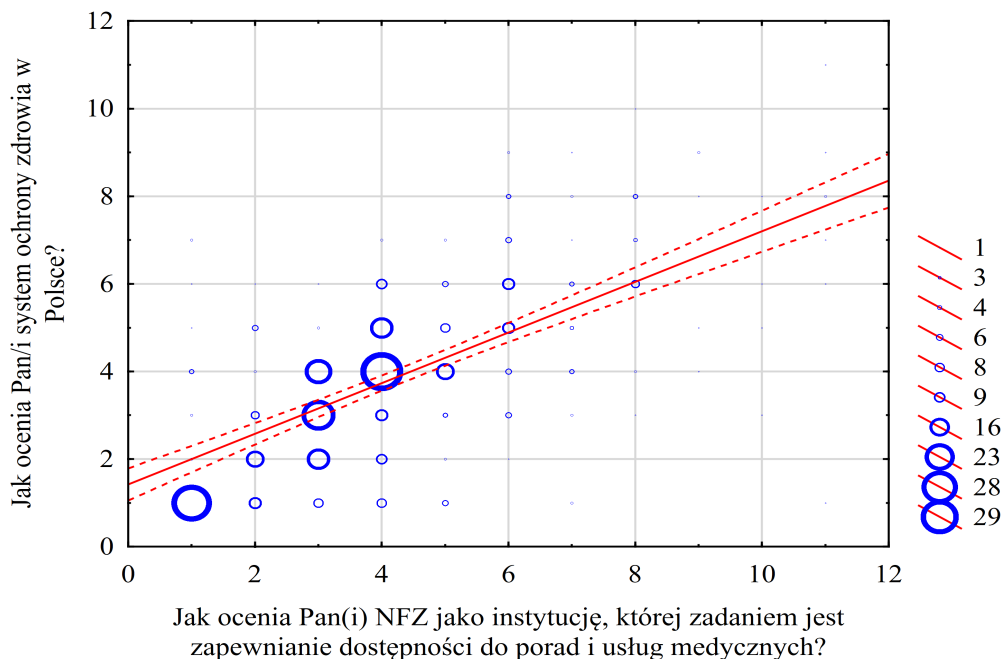
Wykres 4 Ocena przez lekarzy współpracy i realizacji zadań przez NFZ



Źródło: opracowanie własne

W wyniku przeprowadzonej analizy, uzyskano umiarkowaną dodatnią korelację pomiędzy oceną systemu ochrony zdrowia przez pacjentów a ich oceną NFZ ($r = 0,62$; $p < 0,05$) (Wykres 5).

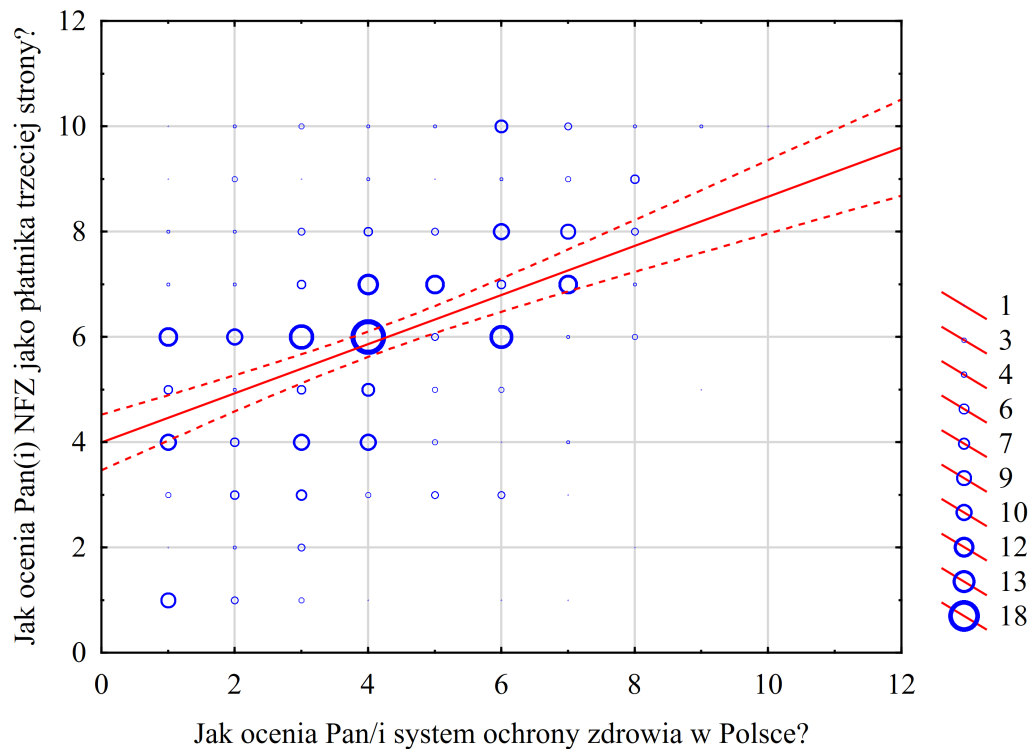
Wykres 5 Wykres korelacji pomiędzy oceną systemu ochrony zdrowia a oceną NFZ przez pacjentów



Źródło: opracowanie własne

W wyniku przeprowadzonej analizy, uzyskano umiarkowaną dodatnią korelację pomiędzy deklarowaną oceną NFZ a oceną systemu ochrony zdrowia przez lekarzy ($r = 0,42$; $p < 0.05$) (Wykres 6).

Wykres 6 Wykres korelacji pomiędzy oceną NFZ a oceną systemu ochrony zdrowia przez lekarzy



Źródło: opracowanie własne

Konkludując, w toku procesu badawczego pozytywnie zweryfikowano przypuszczenie, iż funkcjonowanie płatnika trzeciej strony należy rozpatrywać nie tylko poprzez realizację przypisanych zadań, ale również w perspektywie pozostałych elementów systemu ochrony zdrowia, a także oczekiwań interesariuszy. Potwierdzone zostały także trzy hipotezy szczegółowe. Jedna hipoteza szczegółowo została potwierdzona częściowo. Poniżej zaprezentowano w jaki sposób zweryfikowano hipotezę główną i cztery hipotezy szczegółowe (Tabela 7).

Tabela 7 Podsumowanie weryfikacji hipotez badawczych

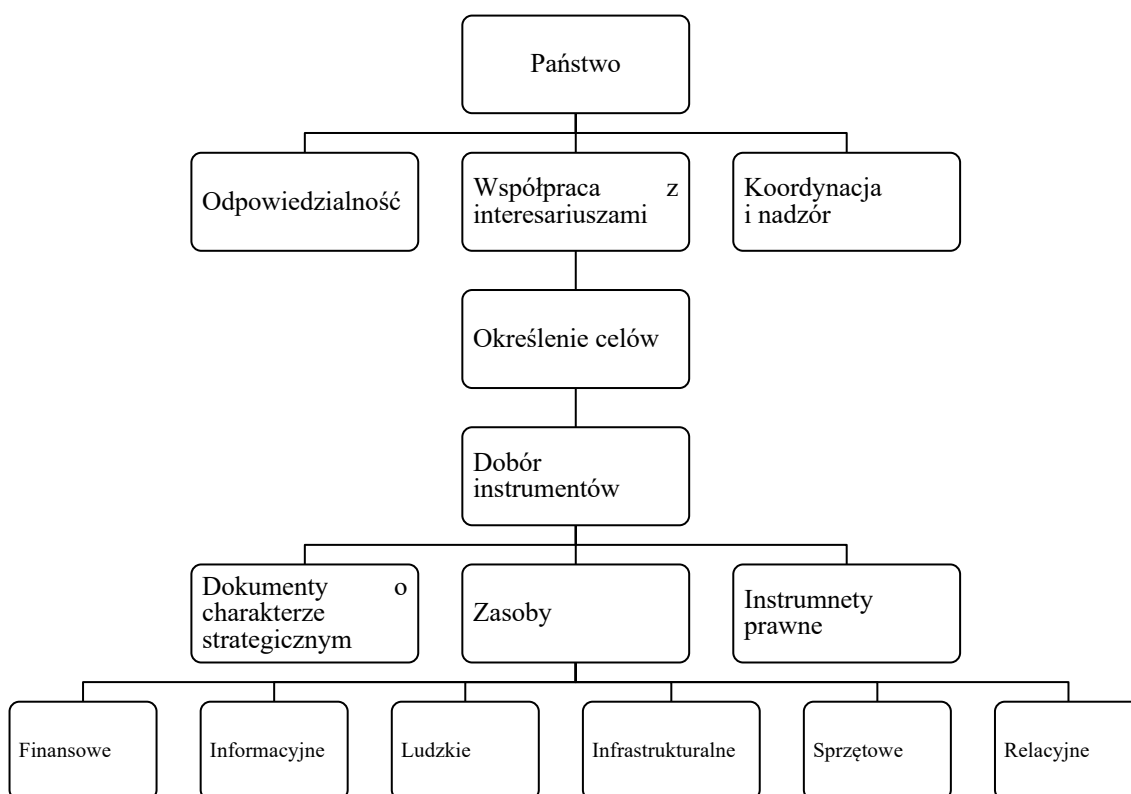
Lp.	Hipotezy (HG – główna, HCz – cząstkowa)	Sposób weryfikacji	Wynik weryfikacji
1.	HG. Funkcjonowanie płatnika trzeciej strony należy rozpatrywać nie tylko poprzez realizację przypisanych zadań, ale również w perspektywie pozostałych elementów systemu ochrony zdrowia, a także oczekiwań interesariuszy	<ul style="list-style-type: none"> • Badania wtórne • Badania pierwotne 	<ul style="list-style-type: none"> • Potwierdzona
2.	HCz1. Ocena funkcjonowania płatnika trzeciej strony jest zależna od ogólnej oceny systemu ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> • Badania pierwotne 	<ul style="list-style-type: none"> • Potwierdzona
3	HCz2. Na ocenę funkcjonowania płatnika trzeciej strony oddziałują osobnicze doświadczenia pacjentów, ze świadczeniodawcami	<ul style="list-style-type: none"> • Badania pierwotne 	<ul style="list-style-type: none"> • Potwierdzona
4.	HCz3. Istnieją różnice i podobieństwa w ocenie płatnika trzeciej strony przez wybranych interesariuszy	<ul style="list-style-type: none"> • Badania pierwotne 	<ul style="list-style-type: none"> • Potwierdzona
5.	HCz4. Zasoby relacyjne determinują działanie w ochronie zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> • Badania wtórne • Badania pierwotne 	<ul style="list-style-type: none"> • Potwierdzona częściowo, wymaga podjęcia dodatkowych poszerzonych badań

Źródło: opracowanie własne

Wnioski końcowe i rekomendacje

Tytułową koncepcję funkcjonowania płatnika trzeciej strony rozważano w pracy poprzez pryzmat utrzymania wiodącej pozycji publicznego płatnika, nie znajdując w literaturze z zakresu ekonomiki zdrowia argumentów za przewagą modelu opartego na konkurencji. Wkładem pracy jest przedstawienie, na bazie przeprowadzonych badań empirycznych, propozycji modyfikacji (w 3 kategoriach: kontynuacji, zmiany i nowych rozwiązań) w zakresie istniejącego w Polsce modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Teoretyczną bazą rozważań była teoria interesariuszy. W ocenie autora, to państwo ponosi odpowiedzialność za ochronę zdrowia. Wsłuchując się w oczekiwania interesariuszy musi mieć prawo do artikulacji własnego zdania i swobodę w doborze instrumentów działania. Poniżej przedstawiono autorskie rekomendacje w zakresie roli państwa w ochronie zdrowia (Rysunek 5).

Rysunek 5 Rekomendacje w zakresie roli państwa w ochronie zdrowia



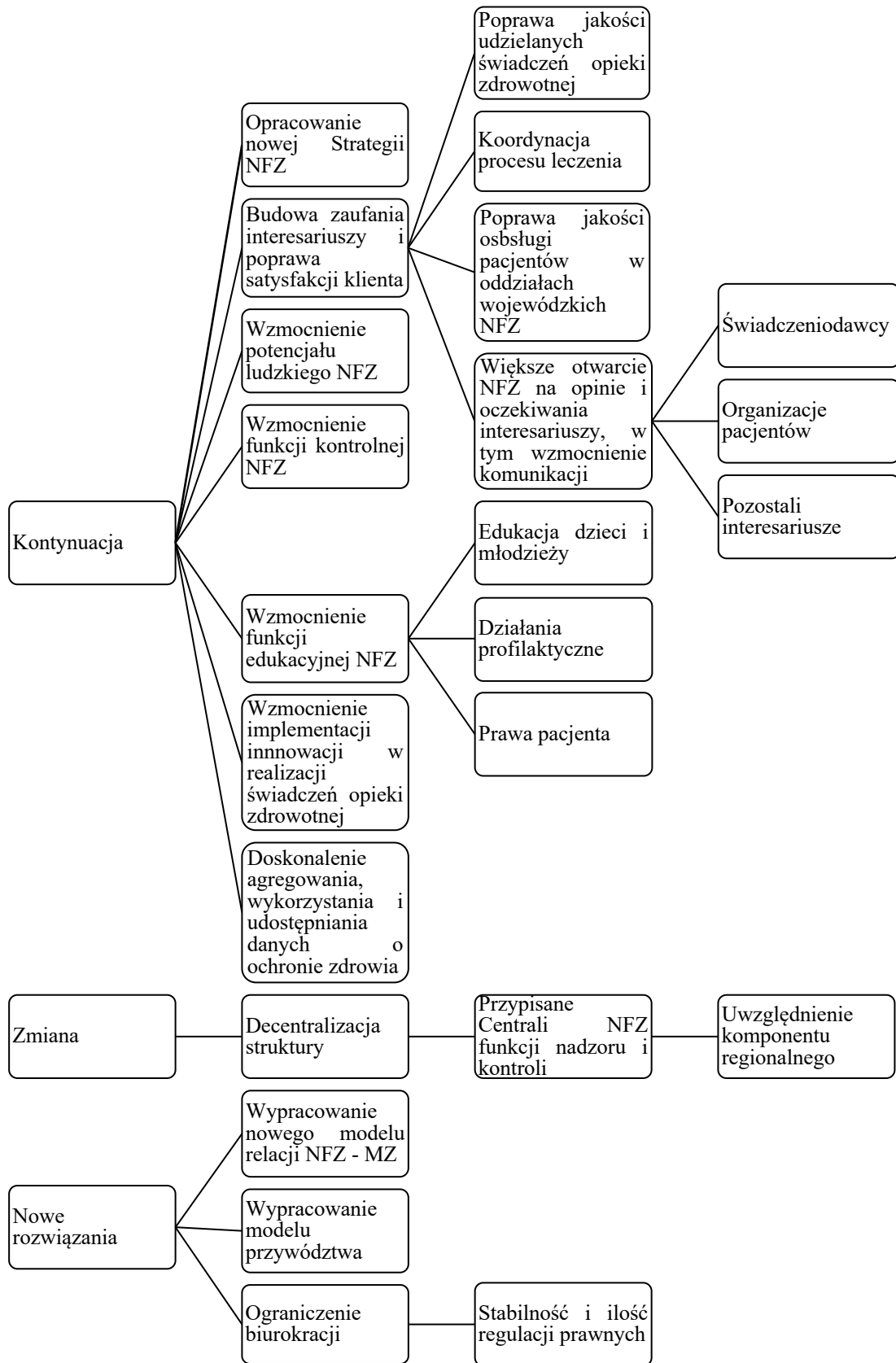
Źródło: opracowanie własne

Narodowy Fundusz Zdrowia, to podmiot, który powinien być zorientowany na pacjentów, działać na ich rzecz, a przede wszystkim być zobowiązany do płacenia w ich imieniu należności za wykonane świadczenia opieki zdrowotnej o uzgodnionym standardzie, realizowane na uzgodnionych zasadach dostępności.¹⁸ Miarą jego potencjału powinny być przypisane zadania, możliwości finansowe, agregowane zasoby informacji, jego potencjał ludzki. Istotna jest także ocena zarówno samego NFZ przez interesariuszy, będąca sumą osobniczych doświadczeń, doświadczeń bliskich i znajomych, poziomu wiedzy, zaufania, jak i ocena systemu ochrony zdrowia jako całości. To wspomniane zaufanie i relacje są kluczowe. Poniżej przedstawiono autorskie rekomendacje w zakresie funkcjonowania płatnika trzeciej strony, w układzie:

- działania warte kontynuacji
- propozycje zmian
- propozycje nowych rozwiązań (Rysunek 6).

¹⁸ Świadczenia gwarantowane, czyli finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych.

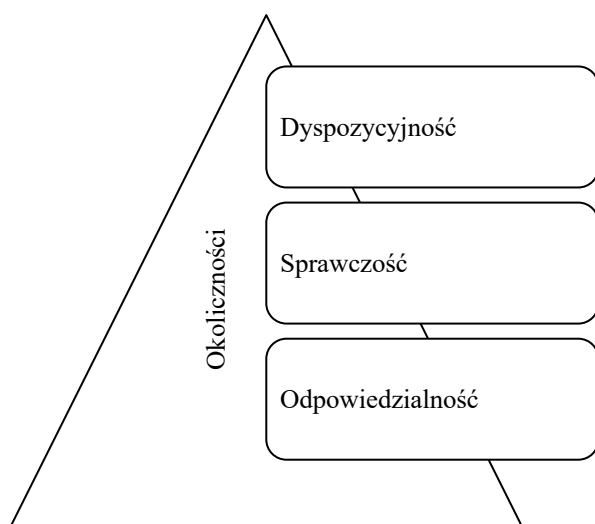
Rysunek 6 Rekomendacje w zakresie funkcjonowania płatnika trzeciej strony



Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do wskazanych rekomendacji, aktualny wydaje się pogląd, iż zmiany w ochronie zdrowia, dotyczące nie tylko funkcjonowania płatnika trzeciej strony, powinny następować ewolucyjnie, a nie rewolucyjnie. Autor dysertacji podziela przekonanie, iż każdorazowo potrzebny jest czas na adaptacje, na nauczenie się nowych zasad.¹⁹ Czas, na poznanie i wzajemne zrozumienie, z jednej strony intencji decydentów, a z drugiej oczekiwań interesariuszy. Nie wszystko w ochronie zdrowia da się sfinansować, spersonalizować, skoordynować, zoptymalizować, „podstawić do wzoru”, ale wszystko powinno się przedyskutować i uzgodnić z interesariuszami w drodze dialogu społecznego. Tłumacząc różne zawiłości najczęściej staramy się racjonalizować przekaz i upraszczać. W ochronie zdrowia nie jest to już takie oczywiste, gdyż nie ma prostych rozwiązań. Stąd tak ważna jest rola państwa. Jak uczy teoria satysfakcji można kształtować nie tylko doświadczenia, ale i oczekiwania interesariuszy. Autor dysertacji, zdecydowanie rekomenduje to rozwiązanie. Umiejętne kształtowanie oczekiwań interesariuszy to nic innego jak przemyślane ich umiejscawianie na osi czasu i uwzględnianie przy definiowaniu celów systemu. Problemem jest to, że zasobem, którego brakuje jest czas. Zatem wykorzystując go jak najlepiej należy być w pierwszej kolejności dyspozycyjnym i sprawczym, uwzględniać okoliczności i nie zapominać o odpowiedzialności. Kompetencje te ilustruje rysunek 7.

Rysunek 7 Elementy procesu kształtowania oczekiwań interesariuszy



Źródło: opracowanie własne

¹⁹ X. Kruszewska, Ewolucja czy rewolucja. Jak reformować system zabezpieczenia zdrowotnego odwołując się do postulatów Kornai'a?, w: Rozprawy Ubezpieczeniowe, Zeszyt 10, 2011, s. 140

Każdorazowo, miarą sprawczości decydentów, jest uchwalanie ustawy i jej ostateczna treść. Doświadczenie pokazuje, że same ambicje, przekonanie, że pomysł jest dobry, że przemawiają za nim solidne argumenty, to mało. To wystarcza, ale tylko na etapie rozważań eksperckich. W działaniu liczą się już możliwości prawne i relacyjne. To relacje, tworzą przestrzeń do zarządzania oczekiwaniami i do bycia sprawczym. Przy czym, w ocenie autora dysertacji nie można też w nieskończoność dyskutować, analizować i uwzględniać kolejnych poprawek. Nie ma „idealnych” projektów regulacji prawnych, a jeżeli już, to najczęściej kończą swój bieg w „szufladzie”. Stąd przy różnych okazjach, u byłych decydentów pojawia się nostalgia, „*miałem, chciałem, ale nie posłuchali*”. Warto pamiętać, że istotną różnicę czyni odpowiedzialność. Inną wagę mają propozycje czy nawet krytyka, a jeszcze inaczej jest jak się ponosi, za to co się robi odpowiedzialność. Wydaje się, to oczywiste, ale warto podkreślić, że ostatecznie, to decydenci ponoszą odpowiedzialność, nie interesariusze. Trzeba też pamiętać, że opinia publiczna i interesariusze, najczęściej zapominają o okolicznościach procesu decyzyjnego. Ujmując, to bardziej dosadnie okoliczności „wypadają z pamięci” procesu decyzyjnego. Stąd podkreślenie znaczenia odpowiedzialności.

Konkludując, bez wątplenia w ochronie zdrowia szczególne znaczenie mają kapitał ludzki i zasoby finansowe. Jednak decydenci, myśląc o kolejnych zmianach w ochronie zdrowia, w tym dotyczących funkcjonowania płatnika trzeciej strony, powinni uwzględniać znaczenie relacji, a tym samym potrzebę partycypacji interesariuszy w procesie decyzyjnym. Z kolei, interesariusze nie powinni kwestionować prawa decydentów do inicjowania zmian. Warto jeszcze pamiętać o zachowaniu ciągłości działań. Efekty, często przychodzą po latach. Niekiedy, już w innej sytuacji politycznej. Przeszłość należy zatem traktować nie tylko jako przestrożę, ale jako kapitał - w przeciwnym razie kolejnym ministrom zdrowia, pozostanie „budować ciągle od nowa”.