

Kontrola i audyt

Polski system ochrony zdrowia

Zarządzanie w opiece długoterminowej

Artykuł jest poświęcony systemowi opieki długoterminowej (ODT) i modelowi kierowania nim. Zawiera tezę, że ma on charakter rynkowy (quasi-rynkowy), co powinno wpływać na sposób zarządzania. Kluczowym zadaniem kierujących systemem powinno być zapobieganie zawodności rynku, kształtowanie kontraktowych relacji pomiędzy jego interesariuszami, w tym publicznym płatnikiem – Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), a świadczeniodawcami oraz świadczeniodawcami i pacjentami/konsumentami. Autor wskazuje, że dopiero pełne rozpoznanie najważniejszych cech systemu opiekuńczego umożliwia sprawne zarządzanie. Pozwoliłoby ono na wytworzenie nowej koncepcji kontroli NIK, która objęłaby zagadnienie konkurencji na quasi-ryнку usług opiekuńczych, mechanizmy ich kontraktowania i bodźce w systemie wpływające na zachowania jego interesariuszy.

ANDRZEJ ZYBAŁA**Wprowadzenie**

Przedmiotem analizy jest opieka długoterminowa, którą świadczą zakłady opiekuńczo-lecznicze w sektorze zdrowia. Poruszam zagadnienie sposobu zarządzania/kierowania systemem tej opieki (ang. *public governance*). Punktem odniesienia są omawiane w literaturze przedmiotu modele zarządzania nim, w tym instrumenty zarządzania.

Poniżej wyjaśniam główne pojęcia, którymi posługuję się poniżej, jak: opieka długoterminowa, zarządzanie publiczne, quasi-rynek, a także omawiam lukę badawczą i ramy teoretyczne. Artykuł uzupełnia lukę badawczą, która istnieje w polskiej literaturze przedmiotu na temat opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia. Wynika ona z tego, że w literaturze o tej problematyce dominują inne zagadnienia. Można wśród nich wymienić trendy demograficzne i ich wpływ na popyt na usługi opieki długoterminowej, a także zagadnienie roli nieformalnej siły roboczej w tym sektorze, kwestie ochrony praw człowieka¹. Podejmowane były również zagadnienia dotyczące niedopasowania

podaży do popytu na usługi opiekuńcze, metody finansowania itp.²

Opieka długoterminowa i zarządzanie publiczne

Kluczowe jest oczywiście pojęcie opieki długoterminowej (ang. *long-term care*). Rozumiem je tak, jak najczęściej stosowane jest w literaturze przedmiotu, czyli jako szereg usług wsparcia dla osób, które przez długi czas są zależne od pomocy innych w codziennym życiu z uwagi na niepełnosprawność wynikającą z różnych przyczyn związanych ze zdrowiem. Może dotyczyć osób w każdym wieku, ale zwykle są to osoby starsze³. Według ekspertów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) opieka długoterminowa oznacza usługi potrzebne osobom ze zmniejszonym stopniem funkcjonalnych możliwości, fizycznych albo poznawczych. W rezultacie są oni zależni w dłuższym okresie od pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego (ADL), takich jak: kąpanie się, ubieranie, jedzenie, wchodzenie i wychodzenie z łóżka, siadanie, poruszanie się w otoczeniu i korzystaniu z toalety⁴.

¹ O. Beck et al.: *Long-Term Home Care in Poland – Framework, Problems, Prospects*, „Hygeia Public Health” nr 49/2, 2014; P. Błędowski: *Raport. Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*. Koalicja ‘Na pomoc niesamodzielnym’ – Związek Stowarzyszeń. Warszawa 2021; P. Błędowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska: *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” nr 7/2009; B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski: *Między rodziną a instytucją – wnioski z badania PolSenior2 dla polityki senioralnej w Polsce*, „Studia z Polityki Publicznej” nr 1/2024; Z. Szweida-Lewandowska: *Elderly Care Services: Development Prospects in Context of Population Ageing*, „Optimum. Studia Ekonomiczne” nr 2/2014.

² M. Augustyn: *Opieka długoterminowa w Polsce, Opis, diagnoza, rekomendacje – zielona księga*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010.

³ EU and SPC: *Adequate Social Protection for Long-Term Care Needs in an Ageing Society*, European Commission, Social Protection Committee, 2014, s. 9.

⁴ OECD, *Regulatory Policy and Governance: Supporting Economic Growth and Serving the Public Interest*, Online-Ausg. OECD 2011, s. 14.

Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) definiuje opiekę jako działania opiekunów i pracowników instytucji opieki, aby podtrzymać zdolność podopiecznych do realizacji ich „podstawowych praw i swobód oraz godności człowieka”, pomimo ich znaczącej i trwałej straty, aby to osiągać w pojedynkę⁵.

Istotnym pojęciem w tym artykule jest zarządzanie publiczne, pochodzące od angielskiego terminu *public governance*⁶. Tłumaczy je jako zarządzanie, choć wielu autorów tłumaczy je również jako kierowanie (zadaniami publicznymi) czy rządy⁷. Natomiast przedmiotowo dotyczy ono mechanizmów, które odpowiadają za kształtowanie relacji między interesariuszami danej polityki publicznej (mechanizmy koordynacji, współpracy) w tym za relacje między instytucjami władzy i społeczeństwem (rozliczalność/odpowiedzialność władzy) oraz podmiotami społeczeństwa obywatelskiego. Szersze pojęcie zarządzania publicznego w zakresie opieki długoterminowej przedstawiają autorzy z OECD. Włączają w nie zagadnienie: poziomu integracji sub-sektora zdrowia i sub-sektora społecznego w dostarczaniu usług opiekuńczych; poziomu decentralizacji w systemach opiekuńczych; udziału poszczególnych grup dostawców usług według form

własności oraz stopnia integracji systemu opieki z szeroko rozumianym systemem opieki zdrowotnej⁸.

Zarządzanie publiczne dotyczy również stosowania wybranych instrumentów zarządzania, (np. rynkowe, hierarchiczne, sieciowe) sposobów podejmowania decyzji publicznych w warunkach wielości działających podmiotów z wykorzystaniem mechanizmów rynkowych lub powiązań sieciowych albo relacji hierarchicznych⁹.

W literaturze przedmiotu ma miejsce szeroka debata nad modelami zarządzania publicznego. Wyodrębniane są na podstawie określonych kryteriów, np. typów instrumentów zarządzania czy sposobu podejmowania decyzji publicznych. Osobne dyskusje dotyczą modeli zarządzania w zakresie systemu opiekuńczego. Część autorów wyodrębnia trzy kluczowe modele – jako tzw. modele idealne czy wzorcowe – na podstawie stosowanych w nich narzędzi zarządzania i sposobu podejmowania decyzji: rynkowy, hierarchiczny i sieciowy¹⁰.

Według założeń modelu rynkowego, system opiekuńczy – jako model – ma działać na podstawie relacji kontraktowych między jego interesariuszami (aktorami). Ich interakcje przypominają zatem relacje rynkowe, czyli *de facto*

⁵ WHO, *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization 2015, s. 127.

⁶ M. Howlett: *Designing Public Policies: Principles and Instruments*, Second edition, Routledge Textbooks in Policy Studies, Routledge, Taylor & Francis Group, 2019; J. Pierre, B. Guy Peters: *Governing Complex Societies*. Palgrave Macmillan UK 2005.

⁷ M. Howlett: *Designing Public Policies...*, op.cit.

⁸ A. Llana-Nozal et al.: *How Do Countries Compare in Their Design of Long-Term Care Provision?: A Typology of Long-Term Care Systems*, OECD Health Working Papers, 2025.

⁹ L. Marks: *Governance, Commissioning and Public Health*, Policy Press, Bristol, s. 21.

¹⁰ Tamże.

interesariusze konkurują między sobą czy przynajmniej dążą do realizacji własnych interesów. Dotyczy to m.in. świadczeniodawców usług (działających jak niezależne od państwa podmioty) oraz odbiorców usług (pacjenci rozumiani są jak klienci czy konsumenci usług publicznych). Założeniem jest tu również, że pacjenci dysponują wolnym wyborem wśród zróżnicowanej oferty usług.

W wypadku modelu hierarchicznego system opiekuńczy ma działać na podstawie dominującej roli monopolu państwa (jego scentralizowanych instytucji), który odpowiada za regulację dla całego systemu, a także dostarcza usług opiekuńczych. Natomiast model sieciowy charakteryzuje wszechstronne powiązania i współzależność między interesariuszami sektora.

System opiekuńczy i quasi-rynek

Poniżej posługuję się również pojęciem quasi-rynku (wielu autorów określa go zamiennie jako rynek niszowy/regulowany, rynek publiczny). Jest to element powyżej wskazanego rynkowego modelu zarządzania. Quasi-rynek oznacza specyficzny mechanizm wytwarzania usług publicznych. Cechuje go to, że działają na nim niezależni od państwa świadczeniodawcy usług (ang. *non-profit* albo *for profit*), a obywatele (pacjenci jako konsumenci) mają wśród nich wybór. Ponadto uzyskują je bezpłatnie albo za ceny nierynkowe,

z uwagi na to, że za usługi płaci czy dopłaca publiczny płatnik.

Quasi-rynek to swoista hybryda, czyli połączenie cech tradycyjnych rynków i rządowych interwencji w systemie zdrowia. Z jednej strony to scentralizowana biurokracja nadal pełni dużą rolę, ponieważ – jako publiczny płatnik – hurtowo kupuje usługi opiekuńcze dzięki pozyskaniu zasobów finansowych (np. ze składek ubezpieczeniowych czy podatków), a z drugiej strony, to usługi wytwarzają konkurujące między sobą autonomiczne podmioty, w tym prywatne. W stosunku do tradycyjnych rynków quasi-rynek charakteryzuje to, że usługi kupuje nie finalny klient, ale trzecia strona, jako dodatkowy podmiot, określany mianem publicznego płatnika (ang. *purchaser*), np. NFZ czy urząd pracy w systemie aktywizacji osób szukających zatrudnienia itp. W modelu quasi-rynku pozostawiona jest zatem rola państwa i jego budżetu, ponieważ obywatel nie płaci za usługi (albo nabywa je po niższych stawkach)¹¹.

Idea quasi-rynku wyłoniła się w państwach najwyżej rozwiniętych w latach 90., gdy zwolennicy tzw. nowego zarządzania publicznego (NZP) zaczęli rekomendować istotne zmiany w podejściu do sektora publicznego. Zachęcali do kontraktowania wybranych usług publicznych poza sektorem publicznym, w tym do wykorzystania mechanizmów konkurencji w wytwarzaniu usług publicznych¹². Miało to być

¹¹ J. Le Grand, W. Bartlett: *Quasi-Markets and Social Policy*. The Macmillian Press 1993, s. 10.

¹² J. Le Grand: *Quasi-Market versus State Provision of Public Services: Some Ethical Considerations*, „Public Reason 3”, nr 2/2011, s. 82; D. Sześciło: *Rynek-prywatyzacja-interes publiczny. Wyzwania urynkowania usług publicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2014.

pomysłem na zapewnienie obywatelom lepszych usług, bardziej dopasowanych do indywidualnych potrzeb. Działo się tak w systemie zdrowia, pomocy społecznej czy edukacji¹³.

Państwo zaczęło wówczas zmieniać swoją rolę. Zgodnie z rekomendacjami NZP, przestawało być dostawcą usług, a stawało się przede wszystkim regulatorem w systemie. Transformacja państwa co do roli, jaką ma pełnić, polegała na tym, aby – jak obrazowo przedstawili to David Osborne i Ted Gaebler – zaniechało „wiosłowania”, a stawało się „sternikiem”, czyli wyznaczało kierunki rozwoju, czy ustalało reguły gry w politykach publicznych, nadzorowało zadania (usługi) wykonane przez zewnętrznych (rynkowych) dostawców¹⁴. W Europie prekursorem zmian była Wielka Brytania, gdzie aktami prawnymi z 1990 r. rząd M. Thatcher wprowadził tzw. rynki wewnętrzne w systemie zdrowia¹⁵. Oznaczało to, że władze zdecydowały się na sfragmentaryzowanie struktury Narodowego Systemu Zdrowia (NHS), która była wcześniej jednolita organizacyjnie (hierarchiczna). Wyodrębniono publicznego płatnika oraz placówki zdrowia (np. szpitale), które zaczęły z czasem działać samodzielnie.

Płatnik mógł nabyć usługi dla pacjentów w tych placówkach, które oferowały

najlepszą jakość (z czasem umożliwiono także rywalizację cenową placówek). W większości państw Zachodu adaptowano różne elementy tego modelu zarządczego. Natomiast w krajach skandynawskich widoczny był opór wobec quasi-rynków. Obawiano się bowiem negatywnych konsekwencji, jakie może wywołać dopuszczenie do osiągania zysków w sektorze usług publicznych¹⁶. Z czasem opór został złagodzony.

Warto podkreślić, że rządy w Polsce od lat 90. także wprowadzały różne elementy quasi-rynków w niektórych sektorach usług. W systemie zdrowia stało się to w 1999 r. wraz z wydzieleniem publicznego płatnika, który zaczął zamawiać usługi medyczne również wśród podmiotów rynkowych. Utworzono kasy chorych, a później Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), działający właśnie jako płatnik. Wcześniej sektor usług ODT miał charakter systemu scentralizowanego (hierarchicznego) zarządzanego ze szczytów władzy publicznej, której były podporządkowane placówki opiekuńcze.

Warto tu dodać, że również niektóre samorządy lokalne – zazwyczaj większych miast – zaczęły zamawiać usługi opiekuńcze wśród prywatnych świadczeniodawców, a więc bazując na quasi-ryнку w generowaniu usług. Kwestią oceny

¹³ J. Costa-Font, S. L. Greer (red.), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*. Palgrave Macmillan, 2013.

¹⁴ D. Osborne, T. Gaebler: *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*. Addison-Wesley Pub 1992.

¹⁵ K. Christensen, D. Pilling, (red.), *The Routledge Handbook to Social Care Work around the World*. Routledge, 2018, s. 5; J. Forder: *Contracts and Purchaser-Provider Relationships in Community Care*. „Journal of Health Economics” nr 16/1997.

¹⁶ J. Forder: *Regulating Entrepreneurial Behaviour in Social Care [w:] Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Open University Press 2002, s. 173.

pozostaje, na ile umiejętnie zamawiają usługi, aby zapewnić obywatelom adekwatną ich podaż oraz jakość. Nie zostało to dotąd zbadane.

Ramy teoretyczne

W poniższej analizie opieram się na kategoriach pojęciowych instytucjonalizmu¹⁷. Zakładam, że aktorzy omawianej tu polityki podejmują działania publiczne, które są silnie uwarunkowane istniejącymi w niej instytucjami. Za Douglasssem Northem można je uznać za reguły, konwencje i kody zachowań (formalne i nieformalne). To czynniki, które wpływają na zachowania aktorów zaangażowanych w wykonywanie zadań publicznych (interesariuszy) i ich interakcje. Z kolei zachowania wpływają na zmiany w systemach społeczno-ekonomicznych. Ich efektem może być „wzrost, stagnacja lub upadek”¹⁸. W wypadku poniższej analizy za instytucje uznaję między innymi wprowadzone do systemu opiekuńczego regulacje prawne i płynące z nich bodźce kształtujące zachowania aktorów polityki opieki długoterminowej. Są to również struktury zarządcze (ang. *governance arrangements*), w tym administracyjne oraz rozwiązania rynkowe itp.

Struktury zarządcze

w polityce opieki długoterminowej

Zaprezentowane modele w zarządzaniu miały – jak podkreśliłem – charakter tzw.

modeli idealnych, co oznacza, że są głównie pewną „mapą” myślową zagadnienia zarządzania. Natomiast w realnie funkcjonującym systemie opieki długoterminowej widzimy, że są w nim obecne mechanizmy specyficzne dla wszystkich trzech modeli zarządzania. Do rozstrzygnięcia pozostaje, które z nich odgrywają wiodącą rolę i w jakich zakresach.

Poniżej uzasadniam tezę wskazującą, że na poziomie dostarczania (podaży) usług opiekuńczych dominuje model rynkowy (dokładnie quasi-rynkowy). Ma to miejsce dlatego, że kręgi kierujące systemem w Polsce – jak i w wielu innych państwach Zachodu – posługują się zasadniczo instrumentami zarządczymi o charakterze rynkowym. Wdrożono w nim – za pomocą regulacji – szereg elementów modelu rynkowego. Nie jest już zatem – jak w przeszłości – scentralizowanym systemem z monopolistyczną pozycją państwa jako regulatora i dostawcy usług.

O tym, że system opiekuńczy (ODT) ma charakter quasi-ryнку przesądzają jego cechy strukturalne. Otóż w tym systemie wytworzona została i funkcjonuje instytucja płatnika publicznego (tzw. trzecia strona, poza świadczeniodawcą i klientem), który kupuje hurtowo usługi dla pacjentów/konsumentów. Wybiera świadczeniodawców w drodze konkursów. Ponadto zachodzi wielość podmiotów, które konkurują o uzyskanie publicznego finansowania i finalnie o pozyskanie pacjenta/

¹⁷ B.G. Peters: *Institutionalism and Public Policy*. W: B.G. Peters, P. Zittoun, red., *Contemporary Approaches on Public Policy*. Palgrave-McMillan, 2016. B. Pielński: *Instytucjonalizmy a polityka społeczna*. „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 22(3), 2013..

¹⁸ C. Douglass North: *Institutions*, „The Journal of Economic Perspectives” nr 1/1991.

konsumenta. Z kolei pacjent jako konsument ma prawo wybrać placówkę, w której chce uzyskiwać usługę opiekuńczą.

Innymi słowy, powyższe strukturalne cechy procesów w systemie opiekuńczym sprawiają, że ma on rynkową naturę. Jego istotą jest to, że ma miejsce hurtowy zakup usług, wielość świadczeniodawców, prawo wyboru placówki (form opieki).

Zarządzanie systemem rynkowym w usługach opiekuńczych

Kwestią fundamentalną jest określenie, jak należałoby zarządzać systemem opiekuńczym w sytuacji uznania, że ma on charakter quasi-ryнку. Przede wszystkim zaś, jak realizować w nim – za pomocą narzędzi rynkowych – fundamentalny cel systemu, którym jest zaspokajanie potrzeb pacjentów/konsumentów. Pierwsza odpowiedź może być taka: kierujący systemem powinni tak zarządzać, aby mechanizmy quasi-ryнку działały efektywnie (przynosiły odpowiednie wartości końcowe w zamian za zaangażowane zasoby) oraz zapewniały wyniki, które są sprawiedliwe – w rozumieniu – proporcjonalne dla wszystkich (ang. *equity*)¹⁹.

Poniżej nakreślam jednak inny pożądany sposób zarządzania systemem ODT. Otóż przedstawiam tezę wskazującą, że właściwe zarządzanie systemem ODT, który zawiera struktury rynkowe, wymaga działań, które maksymalnie zapobiegają temu, co określono w literaturze przedmiotu jako

zawodność quasi-rynków. Innymi słowy, jest to niesprawność rynku, która powoduje, że usługi publiczne wytwarzane na nim nie są dostarczane po optymalnych cenach i właściwej jakości (ang. *market failure*). Zagadnienie zawodności rynku przedstawione jest w bogatej literaturze przedmiotu²⁰.

Zawodność jest związana wyjściowo z kilkoma zjawiskami. To efekt występowania często niskiej konkurencji na rynkach usług publicznych (mała liczba świadczeniodawców rywalizujących o kontrakty), co finalnie zwiększa ryzyko, że świadczeniodawcy będą zaniżali jakość usługi/produktu. Ponadto źródłem zawodności bywa występujący często wysoki poziom asymetrii informacji. Otóż świadczeniodawca – jakby z założenia – wie znacznie więcej o swojej usłudze niż jego odbiorca, czyli pacjent/konsument. Nawet jeśli ten pierwszy przekazuje określone informacje, np. w ramach tzw. raportowania publicznego (ang. *public reporting*), które jest wymagane prawnie w szeregu państw, to można mówić o niedoskonałości informacji o jakości usługi. Pacjent/opiekun, gdy zaczyna korzystać z usługi nie wie, jak ona będzie finalnie wykonywana, np. nie zna zwykle aspektów medycznych, ale też psychologicznych, regulacyjnych. Nabiera orientacji dopiero po pewnym czasie. Jak piszą autorzy raportu OECD/EU zawodność ma miejsce właśnie wówczas gdy pacjent/konsument nie jest w „stanie

¹⁹ J. Le Grand: *Competition, Cooperation, Or Control? Tales From The British National Health Service*. „Health Affairs” nr 3/1999, s. 33.

²⁰ C. Davies et al.: *Links between Governance, Incentives and Outcomes: A Review of the Literature*. The National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D, 2005; J. Le Grand, W. Bartlett: *Quasi-Markets and Social Policy*... op.cit., s. 25.

ocenić, monitorować i zareagować na niską jakość opieki”²¹.

W konsekwencji asymetrii informacji pacjenci/opiekunowie – jako mniej znający usługę – mogą podejmować decyzje suboptymalne. Zamiast lepszej, mogą wybrać gorszą usługę, co prowadzi do tego, że promują tym samym gorszych dostawców usług. Finalnie zakłóca to rozwój rynku, w sensie doskonalenia jakości dostępnych usług i rozwoju ich podaży.

Zjawisko asymetrii informacji następuje również między publicznym płatnikiem a świadczeniodawcami. Ten pierwszy zwykle ma problem z monitorowaniem wszystkich kluczowych aspektów opieki, którą dostarcza świadczeniobiorca (np. w zakresie jakości usługi, dopasowania personelu, wyposażenia placówki itp.). Świadczeniobiorca może rozmyślnie ograniczać dostęp do informacji albo nawet wprowadzać w błąd. W konsekwencji świadczeniodawcy mogą uzyskiwać niezasłużone korzyści, np. redukując nakłady na zapewnianie wysokiej jakości usług. Pokrewne jest też zjawisko określane jako negatywna selekcja (ang. *adverse selection*). Płatnik w trakcie procedowania umowy ze świadczeniodawcą może nie dowiedzieć się o wszystkich jego cechach, ponieważ bywa, że są zatajane, a tym samym dopuszczają do świadczenia usług na rynku podmioty, które nie spełniają pożądanych warunków. Ma to wówczas wpływ na zaburzenie mechanizmu selekcji rynkowej

– kontrakt na wykonywanie usług może trafić do podmiotu, który nie powinien go otrzymać. A to prowadzi do zanizonej jakości usług.

Zawodność quasi-rynków może wynikać również z innych źródeł. Jednym z nich jest zjawisko tzw. niebezpiecznych czy ryzykownych moralnie zachowań (ang. *moral hazard*). Oznacza to skłonność niektórych świadczeniodawców do podejmowania działań niezgodnych z warunkami umowy zawartej z publicznym płatnikiem. Mogą to być również zachowania ryzykowne dla pacjentów, np. redukowanie wydatków na zapobieganie np. niepożądanym zdarzeniom, jak zakażenia. Wszystko może dziać się w wyniku niezdolności płatnika do monitorowania procesu opieki czy nieumiejętności odpowiedniego bodźcowania i regulowania świadczeniodawców w procesach przetargowych²².

W literaturze przedmiotu jest mowa również o zjawisku tzw. spiżania śmietanki (ang. *creaming*). Oznacza to sytuację, gdy świadczeniodawcy sięgają po niezasłużone korzyści, np. w wyniku selekcjonowania pacjentów, czyli wybierają do opieki takich, którzy nie wymagają ponoszenia zbyt dużych kosztów. Publiczny płatnik może nie umieć przeciwdziałać temu zjawisku za pomocą odpowiednich regulacji czy monitoringu.

Innym potencjalnym zjawiskiem może być sięganie po niezasłużone korzyści w wyniku wykorzystywania niedoskonałości (luk) w regulacjach prawnych

²¹ OECD and EU, *A Good Life in Old Age?, Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies. 2013, s. 248.

²² J. Le Grand, W. Bartlett: *Quasi-Markets...*, op.cit., s. 25.

(tzw. *gaming*). Informacje o wynikach kontroli NIK (dalej także raporty NIK) ukazują metody, które stosują niektórzy świadczeniodawcy aby uzyskać niezasłużone korzyści, np. pozostawianie w rejestrach pacjentów, których faktycznie nie było w placówce albo zapisy o udzielaniu świadczeń medycznych osobom, które nie wymagały określonego leczenia²³.

Finalnie zawodność quasi-ryнку może sprawiać, że pacjenci/konsumenci mają wybór wśród placówek o niskiej jakości usług (niższe bezpieczeństwo, niższa satysfakcja) czy też mniej usług za dostępne środki publiczne i prywatne.

Polski quasi-rynek w usługach opiekuńczych

Istotne wydaje się pytanie, czy w Polsce ma miejsce zarządzanie quasi-rynkiem, które zapobiega jego zawodności. Przynajmniej część odpowiedzi przynoszą raporty NIK, które wskazują na niską jakość usług oraz ich niewielką podaż. Ma to źródło m.in. w problemach z radzeniem sobie z zawodnością quasi-rynków²⁴.

Znaczne trudności zarządcze wywołuje – wspomniany wyżej – problem asymetrii informacji. Oznacza ona dla pacjentów deficyt informacji o jakości usług. Problem polega na tym, że kierujący polskim systemem ODT nie wprowadzili

prawnego zobowiązania świadczeniodawców do upubliczniania informacji o jakości usług według standardów znanych z państw o najbardziej rozwiniętych systemach opiekuńczych, jak: Holandia, Anglia, Szwecja. W wielu państwach świadczeniodawcy muszą upubliczniać dane, które uznawane są za decydujące o jakości, np. o tzw. niezamierzonych zdarzeniach medycznych, wypadkach w trakcie opieki (upadki/złamania wśród pacjentów) czy o odsetku pacjentów, u których doszło do oparzeń skóry lub danych o zakażeniach drobnoustrojami, do których dochodzi w placówkach. Wprawdzie Państwowa Inspekcja Sanitarna monitoruje placówki opiekuńcze, ale nie prowadzi zbiorczych statystyk, które umożliwiają odczytanie danych o dynamice zakażeń w konkretnym podmiocie (w tym wielkości kar nakładanych na placówki w poszczególnych latach)²⁵. Dane nie są upubliczniane. W USA np. rząd federalny już w 1998 r. zaczął podawać informacje o jakości we wszystkich placówkach, które uzyskały środki z programów publicznych (Medicare, Medicaid)²⁶.

Brak obowiązku generowania powyższych danych sprawia, że świadczeniodawcy nie są odpowiednio silnie bodźcowani (motywowani) do podnoszenia jakości. Z kolei po stronie pacjentów/

²³ NIK, *Informacja o wynikach kontroli: Funkcjonowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych*, Warszawa 2010.

²⁴ NIK, *Informacja o wynikach kontroli: Funkcjonowanie zakładów...*, op. cit.; NIK, *Informacja o wynikach kontroli: Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ*, Warszawa 2020; G. Walendzik, M. Baradziej: *Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej – osoby z niepełnosprawnościami i psychicznie chore*, „Kontrola Państwowa” 3/2025.

²⁵ Państwowa Inspekcja Sanitarna nadzoruje warunki higieniczno-sanitarne, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne (art. 1 pkt 7 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. z 2021 r. poz. 195, ze zm.).

²⁶ OECD and EU, *A Good Life in Old Age?*..., op.cit., s. 258.

opiekunów powoduje, że nie mają danych jako podstaw do podejmowania racjonalnych decyzji o wyborze formy i miejsca opieki.

Spasova i in. wskazują, że placówki opiekuńcze są zobowiązane do generowania dość ograniczonego zakresu informacji o opiece. Obejmuje ona trzy główne dziedziny: zatrudnienie w placówkach, procedury formalne oraz standardy pobytu/lokalowe²⁷. Generalizując, obecne regulacje dają pacjentom/opiekunom dostęp do informacji, które obejmują:

- rejestry podmiotów uzyskujących status podmiotu leczniczego, czyli tych, które mogą świadczyć usługi medyczne, w tym opiekuńcze (rejestry podmiotów uzyskujących akredytację);
- charakterystykę warunków bytowych oferowanych przez placówki (pomieszczenia, sprzęt itp.);
- stan personelu określonego w prawie (medyczno-pielęgniarskiego i pomocniczego);
- tryb przyjęć do placówek (w tym zasady odpłatności), listy oczekujących;
- określenie sposobu zawierania umów z NFZ na świadczenie usług opiekuńczych.

Trzeba też podkreślić, że powyższe informacje nie są łatwo osiągalne, ponieważ same placówki nie są zobowiązane zapewnić dostęp do informacji, które wskazywałyby, czego pacjenci mogą oczekiwać od opieki, jakie są ich prawa, w tym możliwości przekazywania opinii/skarg.

Standardy usług ODT

Warto wskazać na kolejne obszary, które zarządzane są w sposób, który rodzi obawy o skutki. Otóż kierujący systemem ODT nie wprowadzili kluczowego narzędzia redukcji ryzyka zawodności rynku, którym są standardy i ich upowszechnianie publiczne. Potencjalnie – gdyby je wdrożono – mogłyby one motywować świadczeniodawców do podnoszenia jakości usług. Mogą mieć tym większe znaczenie gdy są zaopatrzone w mechanizmy ich przestrzegania i monitoringu w praktyce funkcjonowania placówek opiekuńczych. W wielu państwach o najwyżej rozwiniętych systemach ODT powszechnie przyjmuje się, że pacjent/konsument powinien wiedzieć, jak wygląda ich zapewnianie i egzekwowanie i jak sobie poradzić, gdy nie są respektowane²⁸.

Natomiast wykorzystuje się instrument zarządzania systemem ODT, jakim są akredytacje, ale występuje to w niepełnej postaci. W Polsce przybiera charakter procesu uzyskiwania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Problem polega jednak na tym, że polskie regulacje nie wymagają, aby świadczeniodawca dowodził jakości swoich usług (wymagane jest spełnienie warunków sanitarnych i lokalowych, zatrudnienie odpowiedniego personelu). Pominięto mechanizm odnawiania akredytacji, co jest praktykowane w różnych państwach. Świadczeniodawcy składają okresowe sprawozdania

²⁷ S. Spasova et al.: *Challenges in Long-Term Care in Europe. Study of National Policies*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, European Social Policy Network 2018, s. 29.

²⁸ OECD and EU, *A Good Life in Old Age?...*, op.cit., s. 248.

z działalności (MZ-29A), ale nie muszą tam przekazywać informacji o jakości według powyższego rozumienia. Potencjalnie placówka może stracić akredytację. Obecne regulacje nie są jednak w tym zakresie jasne, jakiego rodzaju krzywda pacjenta w danej placówce sprawia, że nakładane są określone sankcje²⁹.

Kierujący systemem nie korzystają w sposób konsekwentny z instrumentu wpływania na rynek, jakim jest monitorowanie świadczeniodawców. Urzędy wojewódzkie odpowiedzialne za wydawanie akredytacji (rejestracji) nie mają potencjału kadrowego i nie robią tego w sposób systematyczny (niektóre urzędy w ogóle tego nie robią od lat). Również NFZ (centrala i oddziały wojewódzkie) realizuje je niezwykle rzadko. W USA np. praktykowane są systematyczne kontrole w placówkach. Obowiązuje zasada niezapowiedzianych kontroli przynajmniej co 9-15 miesięcy. W ich wyniku placówka może otrzymać certyfikat zgodności z regulacjami (ang. *certificate of compliance*) albo przeciwnie³⁰. Kontrole mogą mieć charakter m.in. wykonania badania ankietowego wśród pacjentów.

Głos i siła pacjenta

Kierujący systemem ODT nie korzystają z narzędzia, jakim jest upodmiotowienie pacjentów/konsumentów, aby sami mogli wpływać i w razie konieczności korygować

zachowania świadczeniodawców. Ich „głos” nie został wzmocniony odpowiednimi regulacjami, które zobowiązywałyby świadczeniodawców do ułatwiania wyrażania opinii, zwłaszcza w sytuacji niezadowolenia z jakości usługi (w miejscu opieki oraz w ramach informacji przekazywanych do instytucji publicznych).

Nie położono również nacisku na funkcjonowanie mechanizmów rzecznictwa (ang. *patient advocacy*). W sposób oddolny nie wyłoniły się organizacje rzecznicze, ale też nie były one odgórnie specyficznie animowane. Tym samym interesy pacjentów nie są zatem odpowiednio reprezentowane w dyskusjach nad systemem opiekuńczym. Pacjentom i ich opiekunom pozostaje „samorzecznictwo” (ang. *self-advocacy*), co jest trudne do praktykowania, ponieważ szczególnie ta kategoria pacjentów/opiekunów w sektorze zdrowia może odczuwać szereg barier w partycypacji publicznej.

Ponadto kierujący systemem nie wprowadzili trwałych reguł rozwiązywania konfliktów, które powstają w trakcie wykonywania opieki. Pacjent może skierować skargę do Biura Rzecznika Praw Pacjenta czy Rzecznika Praw Obywatelskich, ale ta instytucja głównie rejestruje skargi. Nie dysponuje bowiem adekwatnymi narzędziami interwencji³¹. Narodowy Fundusz Zdrowia również nie oferuje dogodnych zasad zbierania skarg. Warto zwrócić uwagę

²⁹ S. Spasova et al.: *Challenges in Long-Term Care in Europe...*, op.cit., s. 28.

³⁰ OECD and EU, *A Good Life in Old Age?...*, op.cit., s. 253.

³¹ Do Biura Rzecznika Praw Pacjenta napływają nieliczne skargi, np. w 2019 r. – 29 skarg, w 2020 r. – 33 skargi, w 2021 r. – 37 skarg. Uwagi zgłaszane są również na infolinii. Znacznie wzrasta ich liczba, np. w 2018 r. – 460 zgłoszeń, a w kolejnych latach – 657, 1099, 1286.

na praktyki stosowane w niektórych państwach. Otóż w USA powoływany jest odrębny rzecznik praw pacjentów opieki długoterminowej (ang. *long-term care ombudsman*). Wydaje się to uzasadnione specyfiką tego sektora w systemie zdrowia. Pacjenci są tam szczególnie narażeni na łamanie ich praw z uwagi na niski poziom zdolności do samoobrony. Jednocześnie opieka długoterminowa zaczyna obejmować coraz większą część społeczeństwa. Z kolei w Australii wprowadzono Kartę Praw w systemie opieki długoterminowej³². Jest tam mowa o zinstytucjonalizowanych metodach rozwiązywania konfliktów w placówkach³³.

Kierujący systemem ODT nie korzystają również z kolejnych instrumentów wpływu na rynek. W tym wypadku chodzi o tak zwaną samoregulację wśród świadczeniodawców. Praktyki innych państw pokazują, że rządzący za pośrednictwem różnych programów mogą ich motywować, aby podejmowali działania oddolne na rzecz np. wprowadzania norm i reguł, które formalnie nie są wymagane przez powszechnie obowiązujące regulacje prawne. Chodzi tu o skłanianie ich do wypracowania kodeksów etycznych, które określają standardy postępowania w określonych dziedzinach, np. wobec pacjentów/konsumentów (zapewnianie im możliwości łatwego wyrażenia opinii czy określonych elementów partnerstwa w programowaniu opieki). Zbliżonym narzędziem działania

mogą tu być programy motywujące świadczeniodawców do podnoszenia jakości. W wielu państwach rządy dofinansowują programy, w ramach których świadczeniodawcy dobrowolnie poddają się kontroli jakości czy ustanawiają wewnętrzne standardy jakości w opiece. W USA prawie połowa wszystkich placówek brała udział w programie Advancing Excellence, w którym uczestniczyli świadczeniodawcy, grupy rzecznicze, różni interesariusze. Celem jest identyfikowanie tych aspektów usług, które wymagają poprawy. Rząd federalny powołał Organizację Poprawy Jakości (QIO), współpracującą ze świadczeniodawcami w zakresie podnoszenia jakości. Ma to miejsce na szerszej podstawie niż tylko regulacje prawne³⁴.

Zarządzanie działalnością płatnika w systemie ODT

Kierujący systemem ODT – chcąc zredukować ryzyko zawodności rynku – mają przed sobą również wyzwanie, aby odpowiednio uregulować sposób funkcjonowania płatnika w systemie zdrowia (NFZ). Dotyczy to zwłaszcza sposobu, w jaki kontraktuje on usługi ODT na rynku. Płatnik pełni znaczącą rolę na rynku, ponieważ kupuje lub kontraktuje usługi, przeprowadzając konkursy/przetargi z udziałem niezależnych świadczeniodawców.

Kwestią do rozstrzygnięcia jest, czy instytucja płatnika została tak ukształtowana regulacyjnie, aby umiał właściwie

³² ACQC: *Guidance and Resources for Providers to Support the Aged Care Quality Standards*. Aged Care Quality and Safety Commission 2022.

³³ Aged Care Act 1997; <<https://www.legislation.gov.au/C2004A05206/latest/versions>>.

³⁴ OECD and EU, *A Good Life in Old Age?*..., op.cit., s. 252.

kontraktować usługi, m.in. przekazując świadczeniodawcom odpowiednie bodźce (ang. *incentives*), które będą ich skłaniały do oferowania usług wysokiej jakości³⁵.

W literaturze przedmiotu jest mowa o idei kontraktowania na podstawie wyników, czyli rezultatów opieki (ang. *performance-based contracting*). Chodzi o to, czy płatnik zbudował odpowiedni kapitał swoich umiejętności, aby wybierać najlepsze usługi, jakie rynek może wytworzyć w danych okolicznościach. Bank Światowy określa *performance-based contracting* jako kontraktowanie usług z jasnymi celami i wskaźnikami; systematycznymi wysiłkami, aby zbierać dane na temat postępu w wybranych wskaźnikach; konsekwencjami dla świadczeniodawcy, zarówno co do nagród, jak i sankcji w związku z osiąganymi rezultatami³⁶.

W wypadku NFZ kontraktowanie ma miejsce na podstawie specjalnej dokumentacji. Kandydaci na świadczeniodawców otrzymują określoną liczbę punktów za spełnienie kryteriów obejmujących pięć obszarów: jakość usług, ich kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena. Kwestią do rozważenia może być, jaką rolę pełni wymiar jakości. Okazuje się, że w dokumentacji słowo „jakość” *de facto* dotyczy dostępności personelu. Otóż w tej kategorii świadczeniodawcy otrzymują punkty za obietnicę zatrudnienia określonej liczby pracowników w proporcji do liczby łóżek. Natomiast Fundusz nie przyznaje punktów

za gromadzenie i upublicznianie danych o jakości w rozumieniu, które spotykamy w innych państwach, czyli o tzw. niezamierzonych zdarzeniach, odleżynach, upadkach, zakażeniach etc. NFZ wprowadził bodziec w postaci przyznawania punktów za posiadanie zewnętrznej oceny systemu zarządzania w placówce, ale do uzyskania są tu tylko 2 pkt (najwięcej punktów za personel lekarski – 8 i pielęgniarski – 12, ale także za fizjoterapeutów czy psychologów – odpowiednio 2 pkt i 3 pkt). Analiza struktury przyznawanych punktów wskazuje, że świadczeniodawcy powinni koncentrować się na zatrudnieniu personelu.

Istotny wydaje się jeszcze jeden wymiar kontraktowania usług. Otóż warta analizy jest kwestia sposobu, w jaki NFZ płaci za opiekę (domową czy stacjonarną) i czy w ten sposób redukuje zawodność rynku, jak wspomniano wyżej, znaną pod nazwą – „spijania śmietanki” (ang. *cream-ing*). To sytuacja, gdy świadczeniodawca sięga po tzw. niezasłużone korzyści. Może to mieć miejsce np. gdy selekcjonuje pacjentów, czyli wybiera do opieki takich, którzy nie wymagają ponoszenia zbyt wysokich kosztów. Powyższą dysfunkcję quasi-ryнку można redukować, dopasowując koszty opieki do charakterystyki pacjentów. Wiadomo, że do zakładów opiekuńczo-leczniczych trafiają pacjenci o różnorodnej charakterystyce medycznej, co wpływa na wysokość kosztów opieki. Tymczasem NFZ wprowadził tylko dwie

³⁵ J. Forder: *Contracts and Purchaser-Provider Relationships in Community Care*. „Journal of Health Economics” nr 16/1997, s. 517-42.

³⁶ B. Loevinsohn: *Performance-Based Contracting for Health Services in Developing Countries: A Toolkit*, Health, Nutrition, and Population Series. World Bank 2012, s. 9.

grupy „kosztowe” – regularnych pacjentów i tych wymagających wspomagania oddychowego. W grupie „regularnych” NFZ mógłby potencjalnie wyróżnić szereg podgrup. A zatem, gdyby świadczeniodawcy mogli uzyskiwać wyższe kontrakty dla bardziej wymagających pacjentów, z większą łatwością mogliby ich przyjmować.

Instytucje regulowania

Doświadczenia państw zachodnich wskazują, że zarządzanie quasi-rynkami może być skuteczniejsze, gdy kierujący systemem ODT powołują wyspecjalizowane agencje regulacyjne (nazywane również agencjami wykonawczymi). Ich działanie opiera się na tzw. koncepcji regulacji trzeciej strony (ang. *third-party regulation*). Mają one – jako regulator – inny status niż parlament, ale mimo wszystko przepisy, które wytwarzają, są prawnie wiążące. Posiadają status placówki względnie niezależnej od władzy politycznej. Są też niezależne od grup przedsiębiorców funkcjonujących w danym sektorze usług. Zasadniczo ich rolą jest godzenie sprzecznych interesów grupowych w systemie opieki.

Innymi słowy, tworzą swoistą platformę współpracy między ustawodawcą ustanawiającym regulacje odgórne, a odbiorcami regulacji. Pobudzają także podmioty w danym sektorze usług, aby angażowały się w tworzenie norm dotyczących

określonych wymiarów opieki (np. kodeksy etyczne).

W Polsce nie powołano odrębnej agencji regulacyjnej w obszarze opieki długoterminowej. Działają one natomiast np. w Anglii, Australii³⁷ czy Szwecji³⁸, USA, Irlandii. Ich zadaniem jest praca nad wyspecjalizowanymi regulacjami dla sektora usług zdrowia i opieki, m.in. tworzą standardy jakości, wykonują inspekcje ich przestrzegania i innych regulacji. Audytują i ewaluują różne aspekty funkcjonowania placówek. Monitorują placówki w trakcie wykonywania usług. Regulator powołuje zespoły audytu, które wykonują okresowe badania w każdej placówce. Raporty są dostępne na ich stronach internetowych, podobnie jak moduły służące wnoszeniu skarg. W Australii w 2021 r. wprowadzono np. system raportowania o poważnych incydentach w opiece (ang. *serious incident response scheme*)³⁹. Mają prawną możliwość niezapowiedzianej wizyty (przynajmniej raz w roku).

Regulator ma prawo do badania dokumentacji wewnętrznej dotyczącej jakości (ang. *self-assessment*), może też recenzować plany dotyczące podnoszenia jakości opieki.

W Australii działa Komisja Jakości Opieki i Bezpieczeństwa Osób Starszych⁴⁰. Tworzy ona regulacje⁴¹, które dotyczą zapewnienia pacjentowi

³⁷ Aged Care Quality and Safety Commission; <<https://www.agedcarequality.gov.au/>>.

³⁸ National Board of Health and Welfare.

³⁹ <<https://www.agedcarequality.gov.au/sirs/reports>>

⁴⁰ Ang. The Aged Care Quality and Safety Commission.

⁴¹ Aged Care Quality and Safety Commission zajmuje się następującymi kwestiami: przyjmowaniem wniosków świadczeniodawców o przyznanie subsydiów w ramach ustawy (Aged Care Act); regulowaniem świadczeniodawców w procesach akredytacji; przeprowadzaniem przeglądów jakości opieki w placówkach

– traktowanemu jako konsument usług publicznych – i zapewnienia mu: godności i wyboru; stałej oceny opieki i planowania z nim pieczy; osobistej ochrony; wsparcia w czynnościach dnia codziennego; właściwego otoczenia opieki; informacji zwrotnej (ang. *feedback*) i mechanizmów składania skarg; odpowiednich zasobów ludzkich, zarządzania organizacyjnego.

W Anglii także powołano regulatora, czyli Komisję Jakości Opieki (Care Quality Commission – CQC)⁴². Jej istotną rolą jest generowanie informacji o placówkach opiekuńczych⁴³. Zbiera dane, które mają wskazać, czy ludzie otrzymują opiekę, która jest bezpieczna, troskliwa, responsywna wobec potrzeb pacjentów i dobrze zorganizowana⁴⁴. Ponadto regulator wymaga, aby każda z placówek podlegała audytom i ewaluacjom⁴⁵. W ich wyniku są oceniane (ang. *grading*) w 4 stopniowej skali – znakomite, dobre, wymagające poprawy oraz nieadekwatne⁴⁶. Świadczeniodawcy muszą powiadamiać o określonych zmianach, zdarzeniach, incydentach, które mają wpływ na usługi i pacjentów⁴⁷. Warto dodać, że pacjenci

objęci są systemem rzecznictwa dla osób w opiece. Zapewnia go lokalny samorząd⁴⁸.

Rola samorządów w architekturze zarządzania

Walkę z zawodnością rynku osłabia kolejny czynnik. Chodzi tu o samorządy lokalne. Otóż nie zostały one włączone w procesy zabiegania o jakość usług opiekuńczych w obszarze ich jurysdykcji. Zgodnie z ustawodawstwem samorządy powiatowe są zobowiązane do zapewniania stacjonarnych usług opiekuńczych, ale zapisy ustawowe nie niosą ze sobą istotnych zobowiązań. Przejawem jest choćby to, że w części powiatów nie ma w ogóle placówek opiekuńczych (funkcjonujących w systemie zdrowia i finansowanych przez NFZ).

Regulacje ustawowe zobowiązują władze powiatowe do kontroli ich własnych placówek zlokalizowanych zwykle w szpitalach (kontrole nie obejmują placówek opiekuńczych założonych przez inne podmioty). Regulacje nie są zbyt rozbudowane nawet w odniesieniu do placówek, dla których pełnią funkcję organu założycielskiego. Ustawa o działalności leczniczej zawiera regulację w art. 121. Jest tam mowa

i monitorowaniem jakości; wymierzaniem sankcji; procedowaniem skarg; inicjowaniem zaangażowania konsumentów/pacjentów; dostarczaniem programów edukacyjnych (zob. RCACQS: Final Report – Executive summary. Royal Commission into Aged Care Quality and Safety 2021, s. 64).

⁴² Care Quality Commission.

⁴³ NAO: *The Adult Social Care Market in England*. Department of Health & Social Care. Report by the Comptroller and Auditor General. The National Audit Office 2021.

⁴⁴ <<https://www.cqc.org.uk/about-us/how-we-do-our-job/five-key-questions-we-ask>>

⁴⁵ Malley et al.: *Regulating the Quality and Safety of Long-term Care in England* [w:] *Regulating Long-term Care Quality*, V. Mor, T. Leone, A. Maresso (red.), Cambridge University Press 2014.

⁴⁶ Wyniki badań pokazujące proporcje między placówkami o poszczególnych kategoriach/ocenach: 6 Outstanding; 372 Good; 220 Requires improvement; 75 Inadequate; <<https://www.cqc.org.uk>>.

⁴⁷ <<https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/notifications>>

⁴⁸ <<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/someone-to-speak-up-for-you-advocate/>>

o nadzorze „(...) pod względem celowości, gospodarności i rzetelności”. Władze powiatowe mogą żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Dotychczasowe badania jasno wskazują, że powiaty nie mają potencjału kadrowego ani analitycznego, który pozwalałby im na prowadzenie jakiegokolwiek polityki w zakresie długoterminowej opieki stacjonarnej oraz długoterminowych pielęgniarstkich usług świadczonych w domu, a finansowanych przez NFZ⁴⁹.

Specyfika quasi-ryнку w Polsce

Potencjalnie ktoś może wysunąć argument, że w Polsce pacjenci/konsumenci nie są zbyt zainteresowani kompleksową informacją o jakości usług. Nie pozostawiono im bowiem wyboru, co wynika z braku miejsc w placówkach stacjonarnych finansowanych przez NFZ. Czas oczekiwania to często wiele miesięcy. Należy jednak podkreślić, że niezaspokojony popyt nie wydaje się uzasadnieniem do rezygnacji z wytwarzania odpowiednio bogatego zestawu informacji.

Przeciwnie, są podstawy to tego, aby uznać, że właśnie w tych warunkach istotne są zobiektywizowane informacje. Otóż pacjent/opiekun ma przecież zawsze wybór, a dotyczy on modelu opieki, na który może zdecydować się, gdy posiada adekwatną informację. Wiedza o niskiej jakości usług w stacjonarnych placówkach finansowanych przez NFZ,

ryzyku z tym związanym, może pomóc zdecydować się na placówkę prywatną czy na domową opiekę pielęgniarstwą finansowaną także przez NFZ (również trudno dostępna, podobnie jak stacjonarna). Może zdecydować się na wersję hybrydową opieki, a więc wykorzystanie elementów opieki oferowanej przez ośrodki pomocy społecznej wraz ze wsparciem rodziny. Wiadomo ponadto, że wiele osób decyduje się na zatrudnienie osób trzecich (z rynku).

Podsumowując powyższą część, można stwierdzić, że zasadniczo klientowi/pacjentowi trudno dokonać wyboru placówki na bazie informacji o niej, zwłaszcza o jakości jaką zapewniają. Pacjenci/konsumenci mogą pozyskać część wiadomości w sposób nieformalny, ale jest to zwykle informacja niepełna, a także nierzadko nieprawdziwa. Dyrektor jednej z placówek opiekuńczych wskazał w rozmowie z autorem, że pacjent/konsument zawsze może przyjść, aby zobaczyć, jak tam jest. Nie wydaje się to jednak wystarczające, aby zapewniać pełne dane o obiekcie⁵⁰.

Podsumowanie

W artykule scharakteryzowałem istniejącą strukturę zarządcze, na bazie których funkcjonuje systemem opiekuńczy (na poziomie wytwarzania usług opiekuńczych). Przedstawiłem argumenty, że ma on charakter quasi-rynkowy. Oznacza to, że kierujący systemem stoją wobec istotnych wyzwań związanych

⁴⁹ Kautsch, M.: *Nadzór właścicielski powiatów nad podmiotami leczniczymi*, „Zarządzanie Publiczne” nr 4/2017.

⁵⁰ Podczas panelu eksperckiego zorganizowanego przez NIK 23.2.2024.

z zarządzaniem nim, a zwłaszcza dotyczących przeciwdziałania zawodności quasi-ryнку. Jego źródłem może być zjawisko asymetrii informacji, niska konkurencja, niedopasowane metody kontraktowania usług, niski potencjał analityczny płatnika publicznego itp.

Powyżej zaprezentowane analizy modelu zarządczego w systemie ODT pozwalają również na sformułowanie rekomendacji dla kontrolerów NIK. Do tej pory kontrole dotyczyły w dużym stopniu tego, jak placówki opiekuńcze przestrzegają prawa. Tymczasem mogłyby objąć również kolejne wymiary.

Przed wszystkim przedmiotem analizy może być wymiar systemowy, czyli na ile NFZ kontraktuje usługi zgodne z logiką systemu zapisanego w ustawodawstwie (quasi-rynkowego). Zastrzeżenie budzi system punktowy za określone aspekty opieki, a także brak realnych działań na rzecz zwiększenia podaży usług w województwach i powiatach, a to mogłoby służyć optymalizacji cen za opiekę i uzyskiwania wyższej jakości. Na większości rynków powiatowych działa jeden świadczeniodawca. Można uznać to za istotną przyczynę sytuacji z lat 2017–2021. Otóż Fundusz zwiększył wówczas wydatki na opiekę stacjonarną o 60%, podczas gdy liczba pacjentów wzrosła w tym samym okresie jedynie o 5,5%⁵¹. Sceptycyzm budzi forma opieki, którą świadczą opłacane przez NFZ podmioty w domu pacjentów (opieka domowa) i jej dopasowanie do potrzeb pacjentów.

Ponadto kontrole mogłyby obejmować zarządzanie kontraktowaniem w takim aspekcie, który wyjaśniłby, dlaczego w powyższym okresie w niektórych województwach liczba pacjentów rosła, a w innych spadała nawet o niemal 20%. Kontrole powinny także dotyczyć obszernego zagadnienia bodźców, które wytwarza NFZ wobec świadczeniodawców, w tym ryzyka ich niepożądanych zachowań w systemie z uwagi na wadliwe bodźce (np.: brak regularnych kontroli, wymagań odnośnie do upubliczniania określonych danych z przebiegu opieki, bodźców projakościowych).

Warto tu dodać, że kontrolą powinny być objęte również samorządy lokalne, które zaczęły zamawiać usługi opiekuńcze wśród prywatnych świadczeniodawców. Robią to, pomimo że centralna władza publiczna nie tworzyła rekomendacji w tym kierunku (choć również nie zabraniała). Nie zapewniła pełnej infrastruktury regulacyjnej, która ułatwiałaby kontraktowanie usług ODT zgodnie z logiką quasi-rynków. Kontrole nie obejmowały do tej pory zagadnienia, czy samorządy, które zdecydowały się na kontraktowanie usług na prywatnych rynkach, potrafią tak kształtować lokalne quasi-rynki, aby zapewniać odpowiednią podaż i jakość usług.

prof. dr hab. ANDRZEJ ZYBAŁA
kierownik Katedry Polityki Publicznej
Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
ORCID: 0000-0002-1030-8792

⁵¹ Bank Światowy: *Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce*. Waszyngton 2024, p. 118.

Słowa kluczowe: polityka publiczna, opieka długoterminowa, regulacje, jakość usług opiekuńczych

Bibliografia:

1. Augustyn M.: *Opieka długoterminowa w Polsce, Opis, diagnoza, rekomendacje – zielona księga*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2010.
2. Bank Światowy: *Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce*, Waszyngton 2024.
3. Beck O. et al.: *Long-Term Home Care in Poland – Framework, Problems, Prospects*, „Hygeia Public Health” 2/2014.
4. Błędowski P.: *Raport. Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*. Koalicja ‘Na pomoc niesamodzielnym’ – Związek Stowarzyszeń. Warszawa 2021.
5. Błędowski P., Wilmonska-Pietruszyńska A: *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 7/2009.
6. Christensen K., Pilling D., eds.: *The Routledge Handbook to Social Care Work around the World*. Routledge, 2018.
7. Costa-Font J., Greer L. S.: eds.: *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, Palgrave Macmillan, 2013.
8. Davies C. et al.: *Links between Governance, Incentives and Outcomes: A Review of the Literature*, The National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D, 2005.
9. EU and SPC, *Adequate Social Protection for Long-Term Care Needs in an Ageing Society*, European Commission, Social Protection Committee, 2014.
10. Forder J.: *Contracts and Purchaser-Provider Relationships in Community Care*. „Journal of Health Economics” nr 16/1997.
11. Forder J.: *Regulating Entrepreneurial Behaviour in Social Care*, [w:] *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Open University Press, 2002.
12. Howlett M.: *Designing Public Policies: Principles and Instruments*, Second edition, Routledge Textbooks in Policy Studies, Routledge, Taylor & Francis Group, 2019.
13. Kautsch M.: *Nadzór właścicielski powiatów nad podmiotami leczniczymi*, „Zarządzanie Publiczne” nr 4/2017.
14. Le Grand J., Bartlett W.: *Quasi-Markets and Social Policy*. The Macmillan Press 1993.
15. Le Grand J.: *Quasi-Market versus State Provision of Public Services: Some Ethical Considerations*, „Public Reason” nr 2/2011.
16. Le Grand J.: *Competition, Cooperation, Or Control? Tales From The British National Health Service*. „Health Affairs” nr 3/1999.
17. Malley et al.: *Regulating the Quality and Safety of Long-term Care in England* [w:] *Regulating Long-term care quality*, V. Mor, T. Leone, A. Maresso (red.), Cambridge University Press 2014.
18. Marks L.: *Governance, Commissioning and Public Health*, Policy Press, Bristol.

19. NAO, *The Adult Social Care Market in England. Department of Health & Social Care. Report by the Comptroller and Auditor General, The National Audit Office* 2021.
20. NIK, *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych*, Warszawa 2010.
21. NIK, *dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ*, Warszawa 2020.
22. North D.C.: *Institutions*. „The Journal of Economic Perspectives” nr 1/1991.
23. OECD, *Regulatory Policy and Governance: Supporting Economic Growth and Serving the Public Interest*, Online-Ausg. OECD 2011.
24. OECD and European Union: *A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies 2013.
25. Peters B.G.: *Institutionalism and Public Policy* [w:] B.G. Peters, P. Zittoun, red., *Contemporary Approaches on Public Policy*. Palgrave-McMillan, 2016.
26. Pielniński B.: *Instytucjonalizmy a polityka społeczna*. „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 3/2013.
27. Pierre J., Peters B.G.: *Governing Complex Societies*. Palgrave Macmillan UK 2005.
28. Osborne D., Gaebler T.: *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector*, Addison-Wesley Pub 1992.
29. Spasova S. et al.: *Challenges in Long-Term Care in Europe. Study of National Policies*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, European Social Policy Network 2018.
30. Szatur-Jaworska B., Błędowski P.: *Między rodziną a instytucją – wnioski z badania polsenior2 dla polityki senioralnej w Polsce*, „Studia z Polityki Publicznej” nr 1/2024.
31. Sześciło D.: *Rynek–Prywatyzacja–Interes publiczny. Wyzwania urynkwienia usług publicznych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2014.
32. Szweda-Lewandowska Z.: *Elderly Care Services: Development Prospects in Context of Population Ageing*, „Optimum. Studia Ekonomiczne” nr 2/2014.
33. Walendzik G., Baradziej M.: *Przestrzeganie praw mieszkańców domów pomocy społecznej – osoby z niepełnosprawnościami i psychicznie chore*, „Kontrola Państwowa” nr 3/2025.
34. Bank Światowy: *Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce*. Waszyngton 2024.

ABSTRACT

The Polish Healthcare System's Regulatory Model for Long-term Care

The article discusses the long-term care policy and its mode of governance. It presents the thesis that this model is market (quasi-market) in nature, which is important for the way it is managed. The key task of system managers is to prevent market failure, shape contractual relationships between system stakeholders, including public payers and healthcare providers, as well as healthcare providers and patients/consumers.

The author states that effective management of the care system can only be achieved through an in-depth understanding of its key features. In addition, it would also allow for the development of a new type of control for the Supreme Audit Office of the system, comprising the issue of competition in the quasi-market of care services, mechanisms of contracting services, and incentives within the care system influencing the behaviour of its stakeholders.

Prof. **Andrzej Zybała**, PhD, Head of the Department of Public Policy, Warsaw School of Economics

Key words: public policy, long-term care, regulations, quality of care services