

Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia

Zdrowie Publiczne

i Zarządzanie

2015
tom 13, nr 1

Cezary Włodarczyk

wprowadzenie 1

polityka

Włodzimierz Cezary Włodarczyk
Zdrowie we wszystkich politykach. Nowy wymiar polityki zdrowotnej 3

Iwona Kowalska-Bobko, Anna Mokrzycka,
Michał Zabdyr-Jamróż
Polityka zdrowotna w programach partii politycznych w Polsce.
Wyborczy wyścig po zdrowie? 17

Health Impact Assessment

Joanna Kobza, Mariusz Geremek
Możliwości wykorzystania oceny oddziaływania na zdrowie (*Health Impact Assessment – HIA*) przy rozwiązywaniu współczesnych dylematów polityki zdrowotnej 27

Alicja Domagała
Współpraca sektora zdrowia i edukacji i z wykorzystaniem idei *Health Impact Assessment* 37

podmioty sektora zdrowotnego

Jacek Klich
Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jako wyzwanie dla podmiotów tworzących 46

Przemysław Szetela
Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik 55

Aldona Frączkiewicz-Wronka, Martyna Wronka-Pośpiech
W kierunku lepszej opieki geriatrycznej w ramach podstawowej opieki – wnioski z ewaluacji projektu *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej* 69

Tomasz Karkowski

Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa 82

produkty lecznicze/środki farmaceutyczne

Magdalena Mińko, Urszula Religioni,
Bożena Walewska-Zielecka, Piotr Tyszko
Best management practices of medicinal products in German hospitals, as a recommendations for medical facilities in Poland 95

Hanna Wüller, Christoph Sowada, Tomasz Bochenek
Comparison between processes of HTA, pharmaceutical pricing and reimbursement, and their transparency in Germany and Poland 102

turystyka medyczna

Owais Kabani
Pakistan as a medical tourism destination. Just wishful thinking? 109

koszty usług zdrowotnych

Monika Raulinajtys-Grzybek
Analiza systemu wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce po 2011 roku na tle rozwiązań zagranicznych i modeli teoretycznych 115

doniesienia/konferencje

Bogdan Wojtyniak, Michał Marek, Paweł Goryński
Charakterystyka Projektu Predefiniowanego dotyczącego ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, Program PL 13, Norweski Mechanizm Finansowy 126

Elżbieta Ryś
Konferencja Komitetu Zdrowia Publicznego „Jak poprawić zdrowie Polaków” 131

Przewodnicząca**Prof. dr hab. Stanisława Golinowska**

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Antoni Czupryna

Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

Zakład Patologii Społecznej, Katedra Psychiatrii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Dziekan Wydziału Lekarskiego
Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii,
Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Wim Groot, PhD

Professor of health economics, Department of Health Services Research,
Maastricht University, Netherlands

Prof. dr. med. Ulrich Laaser

Head of the Section of International Public Health at the Faculty
of Health Sciences, School of Public Health, University of Bielefeld, Germany

Doc. MUDr., PhD Vladimír Pohanka

Director of Srobar's Institute for Respiratory Diseases and TB
in Dolný Smokovec, Slovakia

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Warszawski
Uniwersytet Medyczny

Prof. dr hab. Stanisław Tarkowski

Zakład Środowiskowych Zagrożeń Zdrowia, Instytut Medycyny Pracy
im. Prof. J. Nofera, Łódź

Prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk

Kierownik Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

Prof. dr hab. Tomasz Drojewski

Zakład Prewencji i Dydaktyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

■ **komitet redakcyjny****Redaktor Naczelny****Prof. dr hab. Cezary W. Włodarczyk**

Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Kierownik Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego,
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Prof. dr hab. Jolanta Jaworek

Kierownik Zakładu Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii, Wydział
Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu



Instytut Zdrowia Publicznego
ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06, e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

*Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.
Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.
Pismo Instytutu Zdrowia Publicznego
Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM*

Scientific Issues of Health Protection. Public Health and Governance

■ **redaktorzy naukowci**

Prof. dr hab. Cezary W. Włodarczyk
Dr Iwona Kowalska-Bobko

■ **redaktor statystyczny**

Ewa Kocot

■ **sekretarz redakcji**

Elżbieta Ryś

■ **wydawca**

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

■ **współwydawca**

Wydawnictwo UJ

■ **redaktor językowy**

Dorota Węgierska

■ **korektor**

Katarzyna Jagieła

ADRES REDAKCJI

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM
ul. Grzegorzeczka 20
31-531 Kraków
tel. 12-433-28-06
e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

© Copyright by Instytut Zdrowia Publicznego & Wydawnictwo
Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2015
All rights reserved

Przedruk i powielanie tekstów zamieszczonych na łamach pisma wyłącznie
za zgodą redakcji.

Pierwotną wersją czasopisma „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie
Publiczne i Zarządzanie” (ISSN 2084-2627) jest wersja online publikowana
kwartalnie w Internecie na stronie www.ejournals.eu.

ISSN 1731-7398 (wersja papierowa)
ISSN 2084-2627 (wersja elektroniczna)

Nakład: 200 egz.

Druk i oprawa: Drukarnia Alnus Sp. z o.o.

Wprowadzenie

Szanowne i Drogie Czytelniczki,
Szanowni i Drodzy Czytelnicy,

Ten numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia” jest poświęcony różnym, dość szczegółowym zagadnieniom polityki zdrowotnej. Proponuję, by przed zagłębieniem się w ich rozważanie zajęli się Państwo na chwilę czymś bardziej ogólnym – pojęciem polityki zdrowotnej. Przez politykę zdrowotną rozumiem fragment, czy aspekt, procesu politycznego, który ma związek ze zdrowiem. „Związek” może być rezultatem przyjętych wcześniej, starannie obmyślanych celów, wywodzonych z wielu zgromadzonych danych, ale może być także następstwem rozstrzygnięć przyjmowanych doraźnie, pod presją zniecierpliwionej publiczności, zniechęconej niedostatkami zainteresowania rządzących sprawami zdrowia. Może być zatem tak, że podejmowane decyzje i działania mają służyć rozwiązywaniu problemów zdrowotnych – i faktycznie im służą, a stan zdrowia rzeczywiście się poprawia, ale zdarza się, że poprawa nie następuje mimo najbardziej szczerych intencji. Warto też dostrzec to, że integralnym elementem polityki zdrowotnej jest bierność i brak aktywności. Niejednokrotnie zaniechanie może powodować większy skutek zdrowotny – na dobre i na złe – niż to wszystko, co decydenci zamierzają i realizują. Nie jest to zresztą specyfika polityki zdrowotnej, bo odnosi się do każdej polityki publicznej rozumianej jako obejmującej to wszystko, co rząd robi, ale także to, czego nie robi. Rezygnacja z obowiązku poddawania się bezpłatnym szczepieniom ochronnym albo choćby rezygnacja z jego egzekwowania – co ostatnio polegało na uznaniu bezprawności zakazu przyjmowania do publicznych przedszkoli niezaszczepionych dzieci – jest dobrym przykładem takiej sytuacji. Dodajmy, że ustalenia ograniczające możliwości korzystania ze świadczeń nie muszą mieć jawnej postaci, a mogą wynikać z faktycznie występujących braków zasobów, takich jak wyspecjalizowani świadczeniodawcy.

Zdaję sobie sprawę, że proponowane rozumienie polityki zdrowotnej może naruszać językowe i emocjonalne przyzwyczajenia wielu Czytelników, bo nie ma w nim odniesień do jej szlachetnej misji, jaka jest kojarzona z polityką zdrowotną. Niejednokrotnie bowiem wskazywano, że chodzi o aktywności ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych i jeden z celów polityki zdrowotnej traktowano jako jego opisową charakterystykę. Nie jest to rzecz z odległej przeszłości. Na stronach Światowej Organizacji Zdrowia można przeczytać, że: „Krajowe polityki zdrowotne, strategie i plany odgrywają kluczową rolę w definiowaniu dla kraju wizji, priorytetów, rozstrzygnięć finansowych i kierunków działania, które powinny sprzyjać poprawie i utrzymaniu zdrowia ludności”. Zwracam uwagę na orzekającą formę całego

przytoczonego sformułowania – poza celem odnoszącym się do zdrowia. Rola strategii i planów nie brzmi jak postulat mający kształtować zalecany sposób postępowania polityków w sprawach zdrowia, ale opisywany stan rzeczy. Wyglądałoby na to, że to one faktycznie wpływają na kształt wizji, priorytetów i struktury wydatków. Poczucie nierzeczywistości potęguje się, gdy czyta się inne sformułowanie WHO dotyczące tego samego tematu. Stwierdza się tam mianowicie, że treścią polityki zdrowotnej jest realizowanie trzech funkcji: definiowania przyszłościowych wizji pomagających w ustaleniu celów i punktów odniesienia w krótkiej i średniej perspektywie, określania priorytetów i oczekiwanych ról przewidzianych dla różnych grup uczestniczących w działaniach systemu zdrowotnego oraz przekazywania informacji i budowania aliansów realizujących uzgodnione zadania. W sumie jest to niewątpliwie obraz piękny, w świecie marzeń jest dla niego miejsce, ale w realiach tego, co się dzieje w wielu krajach – a może wszędzie – pozostaje bardzo daleko od życia.

Skromna definicja proponowana na wstępie ma tę zaletę, że nie przesądza, jak polityka zdrowotna powinna być realizowana. Pozwala na jej identyfikowanie niezależnie od tego, na ile jest racjonalna i wspierana przez naukowe ustalenia, a więc dopuszcza się, że opiera się na intuicji i błędnych stereotypach. Sądzę, że niezależnie od sympatii dla formuły *evidence based policy* złożoność procesów, z którymi ma do czynienia polityka zdrowotna, jest tak duża, a dyscypliny mogące je analizować tak liczne, że wielokrotnie potrzebna informacja nigdy nie została wytworzona i po prostu nie istnieje. Nie można też pomijać faktu nieuchronnego uwikłania decyzji dotyczących zdrowia w polityczną grę w sensie oddawanym przez słowo *politics*. Polityka zdrowotna prócz rozwiązywania problemów – lub ich ignorowania – jest przedmiotem politycznych sporów i konkurencji o władzę. W tym przynajmniej zakresie, w jakim wybory polityczne elektoratu są motywowane racjonalnie, przedstawienie atrakcyjnej oferty – albo przynajmniej obietnicy – dotyczącej zdrowia może okazać się argumentem przesądzającym o zwycięstwie lub klęsce. W swojej perswazyjnej roli polityka zdrowotna nie musi sięgać do naukowych dowodów, bo w gorączce przedwyborczych polemik nikt na to prawdopodobnie nie zwraca uwagi, a po wyborach mało się zwykle pamięta o złożonych zobowiązaniach.

Powtórzę, obraz wyłaniający się z powyższych słów nie jest w najmniejszym stopniu wynikiem cynicznej wizji świata wypranego ze szlachetnych dążeń. Wiem doskonale, że zdarzały się w polityce zdrowotnej rozstrzygnięcia motywowane szlachetnością i dążeniem

do wspólnego dobra w stopniu możliwie największym w zastanych okolicznościach. Dostrzegam ogrom wysiłku i poświęceń bardzo wielu świadczeniodawców i nie wykluczam dobrej woli polityków. Ale opis, a zwłaszcza wyjaśnianie tego, co się w polityce zdrowotnej dzieje, wymaga dopuszczenia możliwości dostrzegania motywów mniej wzniosłych i niepozbawionych egoizmu. Jako ilustrację wykorzystania tego podejścia potraktuję wnioski, jakie można wyprowadzić z analizy skutków, do jakich doprowadziły kolejne decyzje prawne, będące jedną z najważniejszych form uprawiania polityki zdrowotnej. Sądzę, że do najistotniejszych można zaliczyć następujące:

- Ustawa z dnia 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej, skutek: prywatny handel lekami;
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, skutek: przywrócenie samorządu, zniesienie ograniczeń prywatnej praktyki;
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, skutek: kres państwowego monopolu, odrębność płatnika i świadczeniodawcy;
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, skutek: ubezpieczeniowy tytuł do świadczeń;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, skutek: koszyk świadczeń gwarantowanych;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, skutek: szpital jako spółka.

Przyjmuję, że skumulowanym rezultatem kolejnych decyzji jest intensywna obecność mechanizmów rynkowych i słabość mechanizmów regulacyjnych, mogących działać w interesie pacjentów. Jednak ekspansja rynku nie była rezultatem strategicznej decyzji, która nigdy *explicite* nie została podjęta, tak jak nigdy nie została złożona deklaracja o wycofywaniu się organów władzy z odpowiedzialności finansowej i organizacyjnej za zdrowie i opiekę zdrowotną.¹ Przedstawiane na początku transformacji oświadczenia o urynkowaniu sektora zdrowotnego były raczej ideologicznym ornamentem niż wyrazem poważnie traktowanych intencji. Konsekwencje dla wielu chorych są jednak takie, że czas oczekiwania na część świadczeń dostępnych w publicznym systemie, zwłaszcza specjalistycznych, jest bardzo długi, co zmusza pacjentów lepiej sytuowanych do korzystania ze świadczeń za opłatą. Prawdopodobnie nie dotyczy to osób z przyznaną kartą DiLO, której wprowadzenie było przykładem publicznej interwencji w funkcjonowanie systemu. Na pełniejsze wnioski przyjdzie czas, zwłaszcza dotyczące zmiany sytuacji pacjentów onkologicznych wcześniej zdiagnozowanych i niekorzystających z karty, a także pacjentów cierpiących na inne, również poważne schorzenia.

Jeśli obecność rynku nie została zaplanowana, a co za tym idzie, wynikające z tego nierówności są trudne do przewidzenia, to warto zadać pytanie o siły sprawcze. Paradygmat racjonalnej polityki zdrowotnej nie pozwala

na sensowną odpowiedź, ale dopuszczenie myśli o motywach mniej altruistycznych otwiera takie możliwości. Stawiam hipotezę, że w warunkach niedostatku kontroli ze strony władz opowiadających się zdecydowanie po stronie pacjentów, ekspansja grup dbających o własne korzyści, zwłaszcza materialne, doprowadziła do powstałej sytuacji. W gospodarce rynkowej partykularne dążenia dysponentów kapitału do maksymalizowania własnych korzyści czy zysków są czymś naturalnym i oczekiwanym, że będą stosowały szerszą perspektywę ogólnego dobra, są nieuzasadnione. Ale aktywne angażowanie się władzy wszystkich szczebli w troskę o zachowanie równowagi między różnymi podmiotami sektora zdrowotnego jest niezbywalnym obowiązkiem rządzących. Oczywiście, władza może umyć ręce i przekonywać, że dystrybucja rynkowa jest dostatecznie sprawiedliwa i nie wymaga interwencji, ale w demokratycznych systemach jest to stanowisko nie do zaakceptowania. W systemach tych *demos* – my, obywatele – ma prawo rozliczać rządzących z realizacji funkcji moralnego rządzenia, określanego w dokumentach WHO mianem *stewardship*, i rozsądna władza stara się postępować tak, by przekonać obywateli, że troszczy się o ich zdrowie. Niektórzy spośród Państwa mogą stwierdzić, że współcześnie, po rozczarowaniu ideami neoliberalnymi, krytyka niekontrolowanego rozprzestrzeniania się rynku nie jest oryginalna – wystarczy przywołać takie nazwiska, jak Michael Sandel albo Thomas Piketty – ale mam wrażenie, że w naszych dyskusjach o zdrowiu sympatia do szerokiego i – co z naciskiem podkreślam – niekontrolowanego wykorzystywania mechanizmu rynkowego jest wyraźnie obecna. Także bez zwracania uwagi na społeczne konsekwencje.

Pozostawiając Państwa z tymi myślami, zachęcam do lektury niniejszego wydania naszego czasopisma. Niektóre problemy, jakie ma przed sobą polityka zdrowotna – poza rozstrzygnięciami dotyczącymi rynku – są omawiane w przedstawionych tekstach.

Cezary Włodarczyk

Przypis

¹ Żaden z dokumentów powołanych w „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, takich jak Uchwała nr 16 Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju – Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności, Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 25 września 2012 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kraju 2020, Uchwała nr 17 Rady Ministrów z dnia 12 lutego 2013 r. w sprawie przyjęcia Strategii „Sprawne Państwo 2020”, nie przedstawiają takich celów. Nie było o tym mowy w opracowaniu. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007–2013. Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r. Za zręby strategii można uznać ogólną deklarację powrotu do budżetowego finansowania opieki zdrowotnej, a więc wprowadzenia obywatelskiego – a nie ubezpieczeniowego prawa do świadczeń.

Zdrowie we wszystkich politykach. Nowy wymiar polityki zdrowotnej¹

Włodzimierz Cezary Włodarczyk

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Włodzimierz Cezary Włodarczyk, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, cwxlodarczyk@poczta.onet.pl

■ Abstract

Health in all policies a new dimension of health policy

The concept of “Health in All Policies” (HiAP) was presented for the first time, under this name, in 2006 in a book devoted to the issue. Even if traditionally it relied on ideas of “intersectoral cooperation” or “healthy public policy” which had been disseminated and popularized by World Health Organization it was unquestionable contribution by experts and politicians from Finland to make it theoretically relevant and politically attractive. The initiators enriched the concept itself and furnished sufficient amount of energy to acquire partisans in many countries and international institutions.

The concept is founded on models accepting many determinants of health and their dynamic nature. Many factors impact health status, it changes over time and they evolve as well. Even when external factors are not taken into account individual’s health goes forward, or rather backward. A great majority of all these factors lie outside control of medicine, medical sciences and ministries of health. The multi causal models of health determinants help to identify these areas of human activities – undertaken also in a form of many public policies – where processes affecting health may appear. Very often the authors of a public policy remains unaware that his/her initiative can influence health and sometimes the results are deplorable. The decision makers can avoid taking improper decisions provided they have sufficient consciousness and access to necessary information. It is also workable of in a government a special job is set up to warn in advance that a project or programme under consideration may cause health consequences. It is very practical to use procedures and tools offered by Health Impact Assessment (HIA) approach but it is essential to guarantee all indispensable political acceptance and support to make the process appropriately efficient.

Key words: Health in All Policies, health policy

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, Zdrowie we Wszystkich Politykach

■ Wprowadzenie

Współcześnie wśród badaczy zajmujących się naukami o zdrowiu nie ma wątpliwości, że na zdrowie wpływa bardzo wiele czynników będących następstwem zorganizowanej ludzkiej działalności, tak pozytywnie, jak i negatywnie. Dla politologów fakt ten jest na tyle ważny, by formułować postulat jego uwzględniania we wszystkich procesach decyzyjnych, których rezultat może wywierać wpływ na zdrowie. Postulat ten dotyczy wszystkich szczebli podejmowania decyzji, ale szczególne znaczenie ma na poziomie rządu, bo rozstrzygnięcia tam przyjmowane mają największe znaczenie, tak z uwagi na zakres obowiązywania, jak i – zwykle – wagę wprowadzanych w życie ustaleń.

Głównym założeniem koncepcji Zdrowia we Wszystkich Politykach (*Health in All Policies* – HiAP) jest postulat przyporządkowania odpowiedzialności za zdrowotne konsekwencje ich działań wszystkim podmiotom, których aktywności mogą do takich konsekwencji prowadzić. Szeroka dystrybucja odpowiedzialności jest traktowana jako niezbędny warunek pozytywnych oddziaływań na zdrowie i przyczyniania się do zmniejszania nierówności w zdrowiu. Podejście typu HiAP może być postrzegane jako pewien wariant polityki zdrowotnej.

Teza o znaczącym wpływie różnych sektorów na zdrowie jest wyprowadzana z modeli przyjmujących twierdzenia o wielości czynników wpływających na zdrowie, i wszyscy powinni być tego świadomi, ale szczególna odpowiedzialność powinna być przypisywa-

na podmiotom publicznym, aktywnym w formułowaniu i realizowaniu wszystkich polityk publicznych. Zachowania każdej jednostki kształtują stan jej zdrowia, ale nie ulega wątpliwości, że wpływające na zdrowie warunki wielowymiarowego otoczenia, w których żyją i pracują ludzie, są kształtowane przez ogrom aktywności – zamierzonych i niezamierzonych – podejmowanych w procesach gospodarczych i symbolicznych. Akcent położony na działania władz publicznych, przede wszystkim rządu, może być traktowany jako cecha wyróżniająca HiAP spośród innych idei, w których dostrzega się wielość czynników wpływających na zdrowie [1]. Niezależnie od formalnego wyznaczenia obszaru kompetencji ministrów, centralnych urzędów i innych organów władzy – i ich eksperckiego zaplecza – świadomość możliwości wywołania skutku zdrowotnego powinna być zawsze obecna w rozważanych i podejmowanych decyzjach. Jak przyjęto w jednej z „zasad HiAP”, do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia konieczne jest uznanie w praktyce decyzyjnej, że jest ono wynikiem oddziaływania bardzo wielu czynników, takich jak zmiany w naturalnym środowisku i otoczeniu kształtowanym ludzkimi wysiłkami, a większość spośród nich znajduje się poza wpływami sektora zdrowotnego [2]. Ponieważ we współczesnych społeczeństwach bardzo wiele tego rodzaju czynników jest następstwem decyzji podejmowanych na szczeblu rządowym, naczelny organ władzy – rząd – powinien *in gremio* przyjmować na siebie odpowiedzialność za kształtowanie stanu zdrowia populacji, dzieląc odpowiedzialność między uczestniczące w decyzjach resorty.

W bardzo wielu sytuacjach autorzy różnorodnych projektów zmieniających otoczenie ludzkie, szczególnie ci spoza sektora zdrowotnego, nie zdają sobie sprawy, że oddziałują na zdrowie, ale brak wiedzy nie przerywa łańcucha przyczynowych zależności. Rozważać można, czy świadomość możliwości oddziaływania na zdrowie powinna być stale obecna jako element instytucjonalnej wiedzy, czy raczej pytanie o skutek zdrowotny powinno być zadawane przez kompetentną strukturę zewnętrzną, ale sama konieczność podjęcia problemu jest w ramach HiAP całkowicie bezsporna.

O ile zasadność samego stawiania pytania o także zdrowotne następstwa działań podejmowanych w różnych sektorach w celu rozwiązywania określonych zagadnień społecznych nie budzi wątpliwości, o tyle znalezienie uzasadnień dla obowiązku udzielania odpowiedzi przez decydentów działających w tych sektorach jest trudniejsze. Wydaje się, że tylko uwzględnienie takiej obligacji w organizacji procesu politycznego pozwala na prawne i instytucjonalne umocowanie mechanizmu mogącego chronić ludzi przed następstwami – także niezamierzonymi – szkodliwych dla zdrowia decyzji podejmowanych w procesie zarządzania. Poważne branie pod uwagę bardzo szerokiego kręgu podmiotów odpowiedzialnych, czy raczej współodpowiedzialnych, za zdrowotne następstwa działań w sferze publicznej stanowi o nowym wymiarze polityki zdrowotnej.

Ponieważ poziom zainteresowania HiAP jest bardzo nierównomierny, w tym artykule są wykorzystane doświadczenia tylko niektórych krajów. Wzięto także pod uwagę dokumenty organizacji międzynarodowych.

Definicje HiAP

HiAP, jak każda nowa i rozwijająca się koncepcja, jest definiowana na wiele sposobów. W pierwszym znaczącym opracowaniu dotyczącym HiAP z 2006 roku nie było formalnej jej definicji [3]. Zamiast tego, omawiając HiAP, wskazano konieczność włączania w różnorodne programy realizowane na wszystkich szczeblach podejmowania decyzji – pisano konkretnie o działaniach Unii Europejskiej – namysłu o tych ich aspektach czy skutkach, które mogły odnosić się do zdrowia. Podkreślono silne umocowanie HiAP w tradycyjnych badaniach zdrowia publicznego, działaniach na rzecz higieny w epidemiologii. HiAP mogła wykorzystywać różne narzędzia wpływu na zdrowie, używane w celu jego utrzymania, poprawy i ochrony. Pole możliwych interwencji HiAP jest szerokie, uwzględnia bowiem różne polityki mogące mieć wpływ na zdrowie całej populacji lub jej segmentów. Przyjmowano przesłankę, że bardzo wiele czynników wpływających na zdrowie znajduje się daleko poza sektorem zdrowotnym. Jednym z celów działania HiAP miało być współprzyczynianie się do redukcji nierówności w zdrowiu.

W rozwoju HiAP ważną rolę odegrała definicja, która była przygotowana na konferencję w Helsinkach w 2013 roku poświęconą promocji zdrowia i w wyniku dyskusji została poddana niewielkim zmianom [4]: „HiAP to taki sposób traktowania polityk publicznych, w którym bierze się pod uwagę ich oddziaływanie na zdrowie i systemy zdrowotne. Szuka synergii (między interwencjami/politykami) i dąży do unikania szkodliwych skutków zdrowotnych w celu poprawy stanu zdrowia i zwiększania równości w zdrowiu. Podejście HiAP jest oparte na uznaniu praw i obowiązków odnoszących się do zdrowia. W HiAP akcentuje się wpływ polityk publicznych na czynniki kształtujące stan zdrowia oraz zmierza się do zwiększenia odpowiedzialności decydentów za skutki zdrowotne, na wszystkich szczeblach realizowania poszczególnych polityk”².

Trzecia definicja pochodzi z propozycji dokumentu opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), w którym zalecano krajom członkowskim możliwie szerokie stosowanie HiAP. Była to definicja następująca [5]: HiAP jest takim podejściem do polityk publicznych realizowanych w różnych sektorach, w którym – w systematyczny sposób – bierze się pod uwagę zdrowotne następstwa decyzji podejmowanych w tych sektorach, szuka się synergii w pozytywnych aktywnościach i unika konsekwencji szkodliwych – w celu poprawy zdrowia populacji i działania na rzecz równości (sprawiedliwości) w zdrowiu.

Odnosząc się do wielości sposobów definiowania HiAP, warto zwrócić uwagę na rozbieżności w ustaleniu tego, co jest *genus proximum* HiAP. Tak więc jako gatunek najbliższy wskazuje się „sposób traktowania polityk publicznych”, „podejście do polityk publicznych”, „podejście do spraw zdrowia”, „podejście do uwarunkowań stanu zdrowia”, „sposób podejmowania decyzji mogących wpływać na zdrowie”, „strategię rządową”, „mechanizm podejmowania decyzji mogących wpływać na zdrowie”.

Wydaje się, że pomiędzy odwoływaniem się do różnych kategorii nie ma sprzeczności, że powinny być postrzegane raczej jako pojęcia uzupełniające się wzajemnie, a nie wykluczające. Każde z tych pojęć pozwala zwrócić uwagę, albo zaakcentować, ten aspekt rzeczywistości, któremu przypisuje się szczególne znaczenie.

Niezależnie od szczegółowych różnic między definicjami to, co jest wspólne dla przedstawionych i innych propozycji, odnosi się do celu – dążenia do poprawy zdrowia i eliminowania lub osłabiania czynników szkodliwych – oraz przyczyniania się do zmniejszenia różnic zdrowotnych. Prawne umocowanie i formy instytucjonalne są uzależnione od sytuacji panujących w krajach, gdzie rządy decydują się na wykorzystywanie tego podejścia, nie dziwi zatem brak bardziej szczegółowych zaleceń dotyczących tych spraw.

Rozwój HiAP

W rozwoju HiAP współwystępowały dwa nurty zdarzeń: wzbogacanie idei oraz znajdowanie politycznego wsparcia dla jej praktycznego stosowania w działaniu. Jako punkt wyjścia idei HiAP można potraktować każdą koncepcję, w której uznawano, że zdrowie zależy od więcej niż jednej przyczyny, na którą można w świadomy sposób oddziaływać. Koncepcją taką jest z pewnością klasyczna definicja zdrowia, wpisana w Konstytucję WHO. Uwzględnianie fizycznego, psychicznego i społecznego wymiaru zdrowia pozwalało sądzić, że w tych sferach ujawniają się czynniki wpływające na jego stan [6]. Na stronie Ilony Kickbush, jednej z najbardziej wpływowych autorek zajmujących się polityką zdrowotną, przedstawiona jest teza, że idea HiAP może być wypracowana z opracowań WHO, w których posługiwano się pojęciem „międzysektorowych działań na rzecz zdrowia” (*intersectoral action for health*) [7]. Posługując się wieloczynnikowym modelem uwarunkowań stanu zdrowia, stwierdzano, że działania praktycznie każdego sektora mogą wpływać na zdrowie, i decydenci powinni być tego świadomi [8]. Ten sposób myślenia był kontynuowany w koncepcjach promocji zdrowia i w dokumencie przyjętym na konferencji w Ottawie, która była poświęcona tym zagadnieniom, wprowadzono pojęcie „prozdrowotnej polityki publicznej” (*Healthy Public Policy*). W dokumentach konferencji napisano, że „zdrowie jest uzależnione w sposób zasadniczy od pokoju, zapewnienia schronienia, środków do życia oraz dostępu do oświaty, od zaopatrzenia w wodę i żywność, zapewnienia odtwarzalności zasobów i utrzymania równowagi w systemie ekologicznym (...)” [9].

Autorzy opinii krytycznych wobec HiAP twierdzą, że HiAP jest nie tyle innowacyjną koncepcją, dzięki której możliwe jest stawianie nowych problemów, ile nową nazwą dla idei międzyresortowej współpracy czy prozdrowotnej polityki publicznej, znanych już wcześniej [10]. Podkreślić jednak należy, że głosy krytyczne pozostają w mniejszości, a przeważają przekonania, że tradycja zdrowia publicznego zainteresowanego współpracą z różnymi sektorami, a szczególnie programy, takie jak fluorowanie wody, ochrona przed ekspozycją

na ołów, przeciwdziałanie paleniu papierosów w miejscu pracy i w przestrzeni publicznej, promowanie stosowania pasów bezpieczeństwa i specjalnych siedzeń dla dzieci w samochodach, znacząco przyczyniły się do przygotowania gruntu sprzyjającego przyjęciu HiAP [11].

Bardzo znaczący wkład w rozwój idei HiAP wiązał się z dorobkiem konferencji w Adelajdzie, poświęconej tym zagadnieniom [12]. Zaproponowano tam zawarcie nowej umowy społecznej, której stronami powinni być przedstawiciele wszystkich sektorów, których działania mogą potencjalnie wywierać wpływ na stan zdrowia ludzi. Angażowanie szerokiego kręgu kontrahentów we współpracę na rzecz zdrowia uznano za niezbędne, bowiem przyczyny zmian w stanie zdrowia – pozytywne i negatywne – lokują się na ogół poza sektorem zdrowotnym, ale są rezultatem ludzkiej, czy społecznej, aktywności. Postulowano wprost wprowadzanie w życie idei „uczestniczącego rządzenia” (*shared governance*), co miało zapewnić możliwość egzekwowania odpowiedzialności za zdrowie od wszystkich decydentów. W deklaracji przypomniano, że zadaniem władz publicznych jest nie tylko dbanie o poprawę zdrowia, ale troska, by wszystkie grupy i warstwy społeczne miały w tym swój udział, a różnice w stanie zdrowia były zmniejszane.

Działający w USA Instytut Medyczny przyjął rekomendacje, zgodnie z którymi podejście HiAP powinno znaleźć zastosowanie przy przygotowywaniu i rozważaniu wszystkich polityk publicznych przez władze federalne, stanowe i lokalne [13]. Wskazano trzy rodzaje działań, w których pytania o konsekwencje zdrowotne zostały uznane za szczególnie istotne: tworzenie regulacji (np. samochodowe pasy bezpieczeństwa, zgody na prowadzenie restauracji), polityka podatkowa i opłat (np. ceny alkoholu), gospodarka przestrzenna (np. planowanie zabudowy, terenów zielonych). Decyzja, podjęta w lipcu 2011 roku, przyczyniła się do powołania takich instytucji, jak National Prevention, Health Promotion, and Public Health Council, a w koncepcji Narodowej Strategii Prewencji (*National Prevention Strategy*) rekomendacja została potraktowana jako obowiązujące zalecenie. Rządy stanu Kalifornia i Południowej Australii potraktowały propozycję nowego, szerokiego podejścia do spraw zdrowia ze szczególnym zainteresowaniem i uwagą, podejmując praktyczne kroki prowadzące do jego stosowania, stymulując także refleksje dotyczące jego teoretycznych aspektów³.

O ile szeroka perspektywa, w jakiej postrzegano uwarunkowania stanu zdrowia, była od dawna obecna zarówno w potocznej świadomości, jak i w rozważaniach naukowych, i trudno byłoby ustalić jej początki, o tyle moment pojawienia się pojęcia „Zdrowie we Wszystkich Politykach” może być wskazany bardzo precyzyjnie. Wiąże się jednoznacznie z czasem sprawowania prezydentur w Unii Europejskiej przez Finlandię, kiedy to opublikowana została książka pod tym właśnie tytułem [14]. Idea została poparta przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia, które wezwało kraje członkowskie WHO do stosowania podejścia HiAP, zwłaszcza kiedy w grę wchodziły działania służące redukowaniu nierówności w zdrowiu [15]. Podkreślono, że istotą tego podejścia

powinna być strategia wielosektorowa, powinny współpracować wszystkie zainteresowane podmioty, ale sektor zdrowotny powinien pełnić rolę szczególnie aktywną.

Podejście HiAP znalazło wsparcie w decyzjach Unii Europejskiej, co nie miało szczególnego wpływu na jego walory merytoryczne, ale wzmocniło wagę i atrakcyjność polityczną. W Traktacie z Maastricht, w Traktacie z Amsterdamu, a potem w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej jest sformułowanie: „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego” [16, 17]. W dokumencie rady z 2006 roku komisja została zobowiązana do przygotowania planu działań w zakresie HiAP, zwłaszcza w rozwiązywaniu problemu nierówności w zdrowiu, a państwa członkowskie miały zwrócić większą uwagę na koordynację realizowanych w różnych dziedzinach polityk krajowych [18]. W grudniu 2007 roku odbyła się w Rzymie konferencja, w czasie której ministrowie zdrowia uznali wartość wykorzystywania HiAP w procesach podejmowania decyzji w krajach członkowskich Unii Europejskiej [19]. Podejście HiAP zostało zalecone w strategicznym dokumencie „Razem na rzecz zdrowia” [20]. Kiedy w 2008 roku Rada przedstawiała program poświęcony redukowaniu nierówności zdrowotnych pod hasłem „Solidarność w zdrowiu”, bez wahania łączyła te problemy ze stosowaniem perspektywy HiAP i zalecała działania w takich obszarach, jak środowisko, system edukacji i warunki pracy [21]⁴. Na wciąż dostępnej stronie Unii Europejskiej „Zdrowie we wszystkich obszarach polityki” znajduje się następujące stwierdzenie: „Na zdrowie mają znaczny wpływ czynniki zewnętrzne, dlatego skuteczna polityka zdrowotna musi obejmować wszystkie istotne obszary polityki, a zwłaszcza takie jak: politykę społeczną i regionalną, podatki, ochronę środowiska, edukację, badania naukowe [22].

Cechy HiAP

Jak stwierdzono wyżej, teoretyczną podstawą HiAP jest twierdzenie, że zdrowie jest kształtowane przez bardzo wiele czynników występujących w otoczeniu społecznym, fizycznym i ekonomicznym. Znaczna część tych czynników jest określana jako społeczne determinanty zdrowia, i to one powinny pozostawać w centrum zainteresowania HiAP. Jest to następstwo uznania, że skoro różnorodne polityki, czyli intencjonalnie podejmowane przez ludzi działania, także zorganizowane działania, mogą mieć wpływ na zdrowie – czyli dzieje się to w otoczeniu społecznym i poprzez procesy polityczne – to powinny być potraktowane jako bardzo istotna siła sprawcza kształtująca tę sferę rzeczywistości. Bliższą charakterystykę HiAP przedstawię na podstawie dwóch dokumentów.

Ważnym dokumentem dla scharakteryzowania HiAP jest cytowana już Deklaracja z Adelajdy [12]. Przedstawiono tam kilka warunków dotyczących reguł i treści funkcjonowania instytucji, których spełnienie jest niezbędne, a przynajmniej bardzo przydatne, dla możliwości wcielania w życie koncepcji HiAP. Były to warunki następujące:

- jednoznaczny mechanizm prawny pozwalający na przekazywanie rządowi obywatelskich inicjatyw (*joined-up government*);
- systematycznie realizowana współpraca międzysektorowa;
- mechanizm mediacji umożliwiający uzgadnianie interesów pozostających w konflikcie;
- ściśle przestrzeganie zasad odpowiedzialności (*accountability*), przejrzystości i obywatelskiego udziału w decyzjach;
- angażowanie w proces decyzyjny interesariuszy pozostających formalnie poza strukturami władzy;
- budowanie partnerstwa i zaufania między uczestnikami procesów decyzyjnych, niezależnie od ich formalnej afiliacji (*cross-sector initiatives*).

Przy pierwszym oglądzie wymienione cechy nie charakteryzują koncepcji, która byłaby zasadniczo odmienna od przedstawianych współcześnie zasad dobrego rządzenia (*good governance*) w zdrowiu. Jako argument powołać można opracowanie na temat rządzenia na rzecz zdrowia, w którym podobne idee, bez wprowadzania nazwy HiAP, są postulowane [23]. W dobrym rządzeniu jest miejsce na udział sektorów innych niż te podporządkowane ministerstwu zdrowia, rządowi, powierza się rolę koordynatora i mediatora w działaniach dotyczących zdrowia i bierze się poważnie pod uwagę głos, propozycje i opinie obywateli. Nie wspomina się jednak, a przynajmniej nie akcentuje, dążenia do unikania strat i maksymalizowania korzyści w zdrowiu, związanych z aktywnościami niezdrowotnych sektorów. Dla HiAP aktywności – w pewnym sensie kontrolne – adresowane do „zewnętrznych” resortów są cechą o podstawowym znaczeniu.

Przedstawione w **Tabeli I** obszary rzeczywistości w żadnym razie nie mogą być potraktowane jako lista wyczerpująca. Nie ma wątpliwości, że zasadniczym kryterium pozwalającym na rozstrzygnięcie, czy w danej sytuacji należy odwołać się do idei HiAP, jest prawdopodobieństwo – czy podejrzenie – że rozważana inter-

Warunki gospodarowania i zatrudnienia
Bezpieczeństwo publiczne i wymiar sprawiedliwości
System kształcenia i warunki życia w dzieciństwie
Rolnictwo, wytwarzanie i dystrybucja jakościowo dobrej żywności
Stan infrastruktury, system planowania i zagospodarowanie przestrzenne
Środowisko i jego zrównoważony rozwój
Mieszkalnictwo i usługi komunalne
Gospodarowanie ziemią i wspieranie rozwoju kulturalnego

Tabela I. Przykłady stosowania HiAP.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association, https://www.apha.org/-/media/files/pdf/fact%20sheets/health_in_all_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015 [24].

wencja może spowodować skutki zdrowotne, zwłaszcza negatywne. Szansa uniknięcia zagrożeń zdrowotnych powinna być argumentem przesądającym o odwołaniu się do kroków przewidzianych w idei HiAP.

Drugim źródłem wykorzystanym do charakteryzowania HiAP jest opracowanie będące poradnikiem stosowania HiAP adresowanym do władz stanowych w USA [24]. Władze te były zachęcane do stosowania podejścia HiAP, a należy pamiętać, że zakres kompetencji parlamentów, rządów i sądów działających na poziomie stanów jest bardzo szeroki. Dotyczy to bardzo wielu spraw lokalnych, także działań w sferze polityk publicznych, w tym spraw zdrowia publicznego i dostępu do świadczeń medycznych, które w USA nadal – mimo uchwalenia ustawy „Obamacare” – nie są publicznie gwarantowane. W relacjonowanym opracowaniu przedstawiono kilka ważnych postulatów.

W pierwszym postulacie twierdzi się, że HiAP w swoich aktywnościach powinien koncentrować się na najważniejszych społecznych determinantach zdrowia, tych, które mają największy wpływ na zdrowie i prowadzą do nierówności zdrowotnych. Zasada ta jest w pełni słuszna, jej praktyczne zastosowanie może być jednak trudne. W realnych działaniach jest bowiem tak, że pytanie o skutki zdrowotne, szczególnie o możliwość powstawania skutków negatywnych – zarówno w sensie pogarszania się wskaźników stanu zdrowia, jak i utrzymywania czy powiększania różnicowań stanu zdrowia – jest adresowane do projektów inicjowanych przez różne sektory. Może się zdarzać, że sektory, których działania mają potencjalnie mniejszy wpływ na zdrowie, są bardziej aktywne w swoich poczynaniach. Mimo świadomości ich potencjalnie mniejszej wagi – z punktu widzenia efektu zdrowotnego – nie ma powodu, by, zgodnie z intencją HiAP, nie zadać pytania o rodzaj i zakres efektu zdrowotnego. Natomiast wtedy, gdy w tym samym czasie podejmowane są różne inicjatywy, powinno się stosować kryteria pozwalające na ustalenie hierarchii ich ważności, która pozwoliłaby na skoncentrowanie się na propozycjach najważniejszych.

W drugim postulacie przyjmuje się, że HiAP jest – powinien być – sposobem postępowania opartego na współpracy, które jest zorientowane na poprawę stanu zdrowia wszystkich członków populacji i polega na uwzględnianiu spraw zdrowia we wszystkich procesach decyzyjnych realizowanych w sferze publicznej. Jako zalecenie jest to oczywiście słuszne, bo synergiczny wynik uzyskiwany dzięki zgodnemu współdziałaniu pozwala osiągać lepsze efekty zdrowotne, zwłaszcza kiedy dąży się do redukcji nierówności zdrowotnych. Jeśli przyjmować, że konkurencja – mechanizm nieodłącznie powiązany z działaniem rynku – współprzyczynia się do powstawania nierówności, a istniejące pogłębia – to zastępowanie go współdziałaniem powinno być postrzegane jako zmiana ze wszech miar pozytywna. O ile w porządku racjonalnego postępowania w formułowaniu polityk publicznych współpraca na ogół jest lepsza niż rywalizacja, w życiu społecznym i politycznym zazwyczaj dostrzega się raczej walor konkurencji, a nawet walki, zwłaszcza w warunkach popularności koncepcji neoliberalnych. Naturalna różnica interesów, których wartość jest najczęściej subiektywnie

wyolbrzymiana, prowadzi do definiowania otoczenia jako konkurencyjnego. Im bardziej podmioty istniejące w otoczeniu są postrzegane jako konkurenci – a nie współpracujący partnerzy – tym trudniej o kompromis umożliwiający współpracę. Kompromis z definicji wymaga uznania racji konkurenta–partnera i częściowej przynajmniej rezygnacji ze swoich pierwotnych dążeń. W konkurencyjnym środowisku, gdzie idea „kultury kompromisu” nie jest szerzej akceptowana albo wręcz nieznaną, odejście od własnego stanowiska jest postrzegane w kategoriach zdrady. Warto odnotować uwarunkowania i zakorzenienie „kultury kompromisu” w szerszym kontekście historycznego procesu kształtującego kulturę danego społeczeństwa. Polskie społeczeństwo, w którym kompromis z władzą był wielokrotnie definiowany jako przykład narodowego zaprzaństwa, wydaje się pod tym względem raczej upośledzone.

HiAP powinna przyczyniać się do uzyskiwania lepszych efektów zdrowotnych i zmniejszania nierówności, a metodą postępowania powinna być współpraca instytucji zdrowia publicznego oraz tych wszystkich partnerów–instytucji faktycznie mających wpływ na zdrowie. Należy pamiętać, że oddziaływanie odbywa się często poprzez społeczne determinanty zdrowia, także wtedy, gdy tradycyjnie nie są zaliczane do sektora zdrowotnego i w potocznym postrzeganiu mogą nie mieć nic wspólnego ze zdrowiem. Współczesna wiedza, operując wieloczynnikowym modelem uwarunkowań zdrowotnych i wykorzystując wyniki pogłębionych analiz epidemiologicznych, pozwala na ujawnianie nawet bardzo wydłużonych łańcuchów przyczynowych, w których czynnik sprawczy jest bardzo oddalony od efektu zdrowotnego.

W ogólnej charakterystyce można przyjąć, że HiAP obejmuje pięć ważnych obszarów aktywności. Pierwszym jest promowanie zdrowia i wspieranie równości/sprawiedliwości (*equity*). Proces ten, zorientowany na te wartości, został zaliczony do obszaru aktywności, choć w rzeczywistości jego treścią jest wyznaczenie celu albo misji HiAP. Jest to taki sposób sformułowania celu, w którym nie jest możliwe jednorazowe osiągnięcie pożądanego stanu rzeczy. Dążenia do sprawiedliwości i równości muszą być stale powtarzane, przybliżenie się do ideału – bo nie jego zdobycie na trwałe – w jednej dziedzinie wcale nie jest równoznaczne z osiągnięciem podobnej sytuacji w innej dziedzinie. Pozostałe obszary – rozwijanie współpracy międzysektorowej, tworzenie i udostępnianie korzyści współpracującym partnerom–instytucjom, pozyskiwanie współpracy interesariuszy (*stakeholders*) oraz inicjowanie i wdrażanie zmian w strukturach i sposobach działania powinny być potraktowane jako narzędzia, które mogą i powinny być wykorzystywane do realizacji tego celu.

W działaniach realizujących cele HiAP uwaga uczestników może się koncentrować na zagadnieniach, które zostały przedstawione w **Tabelach II i III**. Przedstawiono tu problemy i aktywności, które mogą być potraktowane jako przykłady tego, czym może zajmować się HiAP i gdzie może podejmować interwencje. Zawartość tabel została wyprowadzona z doświadczeń amerykańskich, ale mają one zastosowanie uniwersalne.

Spoleczne nierówności	Instytucje	Warunki życia	Ryzykowne zachowania	Choroby i zranienia	Umieralność
Klasa społeczna Rasa, grupa etniczna Bycie emigrantem Płeć kulturowa Orientacja seksualna	Struktury biznesowe Agencje rządowe Szkoły Regulacje prawne Organizacje pozarządowe	Środowisko fizyczne Środowisko społeczne Środowisko ekonomiczne i w pracy Środowisko usługowe	Palenie papierosów Ubogie jedzenie Brak aktywności fizycznej Przemoc Alkohol i używki Niebezpieczny seks	Choroby zakaźne Choroby przewlekłe Intencjonalne zranienia	Umieralność niemowląt Oczekiwane trwanie życia

Tabela II. *Problemy HiAP.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association 2013, https://www.apha.org/~media/files/pdf/fact%20sheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015 [24].

Środowisko fizyczne	Środowisko społeczne	Środowisko ekonomiczne i w pracy	Środowisko usługowe
Użytkowanie ziemi Transport Mieszkalnictwo Segregacja w miejscu zamieszkania Ekspozycja na trucizny	Doświadczenie dyskryminacji związanej z klasą społeczną, rasą, byciem emigrantem, z powodu orientacji seksualnej	Zatrudnienie Dochody Handel detaliczny Ryzyko i zagrożenia w środowisku pracy	Opieka zdrowotna Szkolnictwo Służby społeczne

Tabela III. *Warunki życia w HiAP.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association 2013, https://www.apha.org/~media/files/pdf/fact%20sheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015 [24].

Model HiAP

Trwające, a nawet rosnące, zainteresowanie HiAP jako nowym podejściem do spraw zdrowia doprowadziło do przedstawienia konstrukcji określanej jako „model HiAP”, do czego doszło, raczej nieoczekiwanie, w Południowej Australii [25]⁵. Dwoma zasadniczymi elementami modelu były zmienione zasady rządzenia (*governance*) i stosowanie specyficznej perspektywy „soczewek zdrowotnych” (*health lenses analysis*).

W zasadach rządzenia zwrócono uwagę na funkcjonowanie centralnego rządu, pozwalającego na koordynowanie decyzji i polityk realizowanych przez poszczególne resorty. Scentralizowana struktura pozwalała na dostatecznie precyzyjne wyznaczanie zakresów odpowiedzialności. Jednolitość procesu decyzyjnego umożliwiała podporządkowywanie poszczególnych decyzji wspólnym priorytetem, a jednocześnie podnosiła prestiż przyjmowanych rozstrzygnięć, legitymizując wprowadzane w życie ustalenia.

Perspektywa soczewek zdrowotnych wynikała z logiki HiAP, zgodnie z którą efekt zdrowotny może być wywołany przez aktywności podejmowane w różnych resortach i departamentach. Wymaga to wzbudzenia w osobach zajmujących się problemem wyostrożonej czujności, nakazującej zwracanie uwagi na możliwość powstawania zdrowotnych następstw, szczególnie następstw

niekorzystnych. Stan koncentrowania zainteresowań tak zorientowanych był określany jako stosowanie zdrowotnych soczewek. Tak jak soczewki wykorzystywane w okularach poprawiają ostrość widzenia i pozwalają dostrzegać szczegóły bez nich pomijane, tak soczewki zdrowotne miałyby moc ułatwiania zwracania uwagi na uchodzące uwagi konsekwencje zdrowotne. Pierwszą postacią stosowania soczewek jest pytanie o skutki zdrowotne decyzji, tak jak to się czyni w procedurze *Health Impact Assessment* (HIA)⁶. Drugą postacią aktywności jest stosowanie soczewek zdrowotnych w wąskim, czy właściwym, sensie, i w tym przedsięwzięciu wszystkie zainteresowane komórki organizacyjne – ministerstwa, urzędy – powinny brać udział. W postulowanym modelu HiAP wyróżniono pięć form aktywności:

- Angażowanie (*engage*) – tworzenie i utrzymywanie silnych więzów współpracy ze współdziałającymi podmiotami, ze zwracaniem uwagi i rozumieniem odmienności kultur organizacyjnych i odrębności językowych.
- Gromadzenie informacji (*gather evidence*) – dążenie do pozyskania wiedzy na temat wpływu branych pod uwagę czynników na zdrowie, identyfikowanie dostępnych dowodów naukowych i wyznaczanie dostępnych strategii postępowania (polityk).
- Tworzenie rozwiązań (*generate*) – przygotowywanie rekomendacji zalecających rozwiązania zawarte

w przyszłych strategiach i opracowanie końcowego raportu, będącego wspólną własnością wszystkich współpracujących podmiotów, przyjmujących na siebie odpowiedzialność za realizację zadań w uzgodnionych strategiach.

- Wspieranie procesu decyzyjnego (*navigate*) – udział w przeprowadzeniu opracowanych rekomendacji przez proces decyzyjny, a więc doprowadzenie do zmian pierwotnych projektów w kierunkach bardziej korzystnych dla zdrowia.
- Ocenianie (*evaluate*) – ustalenie, do jakiego stopnia działania (analiza) z wykorzystaniem soczewek zdrowotnych okazała się efektywna na poziomie organizacji procesu, zdolności oddziaływania na partnerów, wreszcie wpływu na stan zdrowia.

Przedstawione formy działania mogą być interpretowane jako następujące po sobie fazy procesu, ale można je także postrzegać jako przedsięwzięcia niezbędne do osiągnięcia celu HiAP, to jest uniknięcie negatywnych skutków zdrowotnych, uzyskanie – w miarę możliwości – jego poprawy oraz przyczynianie się do redukcji nierówności. Podkreślić przy tym należy, że model jest odnoszony do sytuacji, w której wszystkie zaangażowane w proces decyzyjny podmioty są nastawione życzliwie do postrzegania zdrowia jako celu wspólnego. Bez spełnienia warunku życzliwości dążenie do optymalizacji efektów zdrowotnych, nawet prowadzące do pozytywnego zakończenia, musi się odbywać w atmosferze walki i konfliktu.

Innym przykładem modelowego podejścia do HiAP jest „logiczny model planowania i oceniania inicjatyw HiAP” (*logic model for planning and evaluating HIAP initiatives*) [26]. Autorzy, koncentrując się na problemie oceniania efektów, do których HiAP prowadzi, wyciągnęli konsekwencje z faktu wielości działań, które powinny być brane pod uwagę. Zaproponowali wyodrębnienie kolejnych faz postępowania, czy strumieni aktywności, i uznali, że skutki każdej z nich powinny być przedmiotem zainteresowania. Elementy tak pomyślanej konstrukcji są przedstawione w **Tabeli IV**.

Bezsporną zaletą przedstawionego modelu jest doprowadzenie analizowanego horyzontu działań i skutków do momentu występowania rezultatów zdrowotnych. Jest to istotne, bo zyski zdrowotne są zasadniczą racją przemawiającą za stosowaniem HiAP. Jednak cecha będąca zaletą jest jednocześnie przyczyną słabości. Jest oczywiste, że efekty zdrowotne mogą się pojawić i być przedmiotem obserwacji jedynie po upływie bardzo długiego czasu. Gdyby ograniczać zastosowanie modelu wyłącznie do oceny jego „finalnej” efektywności, to praktyczna przydatność propozycji byłaby znikoma. Istnieje jednak możliwość jej częściowego wykorzystywania do porządkowania i konceptualizowania tego, co w ramach stosowania HiAP faktycznie ma miejsce.

Jednym z wariantów modelowego myślenia o HiAP jako procesie politycznym w sensie *politics* może być wskazanie warunków, które powinny być spełnione, by umożliwić jego opis i funkcjonowanie. Próba taka została w literaturze podjęta i cztery wskazane tam warunki są przedstawione poniżej [27].

Po pierwsze, sformalizowane struktury pozwalające na bezpośrednią współpracę między sektorami powinny być traktowane jako jeden z najważniejszych mechanizmów wspierających realizację idei HiAP. Istotnym zagrożeniem dla rezultatów uzyskiwanych dzięki takim strukturalom jest ograniczenie ich pozycji do faktu formalnego istnienia, bez udzielania stałego, politycznego wsparcia. Bez stałej presji, wywieranej przez premiera albo przez środowiska polityczne, działania takiej struktury nie mogą przewyższyć dążeń wynikających z partykularnych interesów poszczególnych resortów. Resorty pozazdrowotne nie są na ogół skłonne umieszczać problemów zdrowotnych w swoich agendach, tradycyjnie uważając, że nie są to ich sprawy. Pozbawione politycznego wsparcia struktury zachowują prawdopodobnie zdolność wypełniania zadań administracyjnych i organizatorskich, ale nie są w stanie inspirować i przewyższyć brak zaufania i niechęci do współdziałania. Przykładem porażki instytucji pozbawionej politycznego wsparcia był brytyjski podkomitet zdrowia publicznego, powołany, by koor-

Faza HiAP	Rodzaje aktywności
Zainicjowanie HiAP	Tworzenie podstaw prawnych, pozyskanie osób kompetentnych, zabieganie o wsparcie polityczne w kręgach pozazdrowotnych
Analiza polityk i planowanie	Przygotowanie alternatywnych interwencji, rozpatrywanie korzyści i strat poszczególnych interesariuszy, identyfikacja płaszczyzn konfliktów interesów
Wdrażanie	Analiza zgodności mechanizmów wdrażanych z zamierzeniami, analiza dystrybucji obciążeń i korzyści wśród różnych grup ludności
Ocena skutków pośrednich	Analiza mających wpływ na zdrowie zmian w materialnym i społecznym środowisku, analiza zakresu i treści zmian procesów instytucjonalnych i zachowań wpływających na zdrowie
Efekt zdrowotny w populacji	Pomiar dostrzegalnych na poziomie populacji pozytywnych zmian stanu zdrowia, dostrzegalnych zmian w poziomie dobrostanu

Tabela IV. Model planowania i oceniania HiAP.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bauman A.E., King L., Nutbeam D., *Rethinking the evaluation and measurement of health in all policies*, „Health Promotion International” 2014; 1(29): 143–151 [26].

dynować międzyresortową współpracę, i zlikwidowany po dwóch latach mało owocnych wysiłków.

Po drugie, nieodzowne jest zaakceptowanie tezy o nieliniowym i często nieuporządkowanym charakterze procesu politycznego, w którego ramy wpisuje się HiAP. Całkowicie niezgodnie z elegancją obrazu polityki przedstawianej w racjonalnych modelach postępowania rzeczywistość bywa chaotyczna i tylko w niektórych fragmentach służy realizowaniu świadomie wybranych celów. Równie rzadko cele te wynikają ze strategicznych programów, a osiągnięte cele pośrednie i dalekosiężne zgodne z deklarowanymi i przyjętymi wcześniej zamiarami. Wizja taka nie ma służyć kwestionowaniu sensu dążenia do podejmowania racjonalnych decyzji, ale ma chronić przed złudzeniami wyidealizowanego obrazu realiów procesu politycznego i przybliżyć do panujących na ogół warunków. Jak napisali autorzy, „problemy, rozwiązania i decyzje polityczne często nie mają niczego wspólnego” [27]. Bardzo często zdarza się, że propozycja rozwiązania problemu pojawia się, zanim jeszcze problem został opisany, badacze przedstawiają cele zamiast wyjaśniania problemów, a politycy ignorują dowody przedstawiane przez naukowców. Jeśli procesy decyzyjne tylko częściowo są racjonalne, nie można oczekiwać, że zawsze będą realizowane konsekwentnie. Prawdopodobnie okazją ułatwiającą porzucenie dotychczasowych programów są zmiany polityczne będące następstwem wyborów. Bardzo często nowy układ polityczny ma własny pomysł na rozwiązania służące zdrowiu. Także bez zmian politycznych możliwe jest odstępianie od wcześniejszych ustaleń. Każda z grup interesów, która uważa się za nieodnoszącą dostatecznych korzyści, będzie skłonna do lobbowania na rzecz zmiany. Niewykluczone, że będzie przedstawiała swoje propozycje jako służące poprawie stanu zdrowia.

Po trzecie, stale należy przypominać o kontekście, w którym przygotowuje się i wdraża poszczególne decyzje. Autorzy powołują oczywiste zróżnicowanie stopnia akceptacji idei HiAP i różny poziom zaangażowania władz publicznych – rządu – w przygotowanie normatywnych podstaw i budowanie instytucjonalnego zaplecza, a niekiedy wycofują się ze stosowania mechanizmów już powołanych do życia. Także w praktycznym działaniu, wewnątrz poszczególnych rządów, niektóre sektory są bardziej skłonne do współpracy niż inne. Można przyjmować hipotezę, że to odmiennosc kontekstu i kultury organizacyjnej są za to odpowiedzialne.

Po czwarte, należy rozważyć zmianę paradygmatu uprawiania polityki zdrowotnej w części odnoszącej się do atrybucji odpowiedzialności. Chodzi o to, że o ile w przeszłości odpowiedzialność za zdrowie spoczywała – niezależnie od deklaracji – na sektorze zdrowotnym i ministrze zdrowia, o tyle w nowym paradygmacie przyjmuje się zasadę odpowiedzialności całego rządu (*a whole-of-government*) i całego społeczeństwa (*a whole-of-society approach*). Znaczące rozszerzenie podmiotów odpowiedzialności musi wpływać na sposób postrzegania roli tych, którzy zawsze ją ponosili: ministerstwa zdrowia, świadczeniodawców, interesariuszy, obywateli jako członków wspólnoty politycznej. Nowy przydział

odpowiedzialności partnerom bardzo się między sobą różniącym jest zapewne akceptowany w różnym stopniu. Oznacza to, że miejsce przyznawane zdrowiu nie u wszystkich będzie równie wysokie, a w związku z tym stopień konsekwentnego, a nie tylko sporadycznego, zaangażowania się także będzie różny.

W przedstawionych czterech warunkach można dostrzec zróżnicowane ładunki realizmu i skłonności do idealizacji w różnym stopniu rozwinięte. O ile warunek drugi – o nieliniowym procesie politycznym – był bardzo blisko rzeczywistości, o tyle warunek ostatni – o paradygmacie – przedstawiał opis sytuacji pięknej, ale trudnej do wcielenia w życie w wyobraźmalnej przyszłości.

Ważną cechą podejścia HiAP – niezależnie od tego, czy jest opisywany w kategoriach modelu, czy jako rządowa strategia – jest jego nieuchronna koncentracja na obszarach rzeczywistości o bardzo dużym stopniu komplikacji [28]. Z jednej strony jest to rezultat złożoności życia społecznego, którego procesy wymykają się jakimkolwiek próbom ich jednoznacznego opisu, nie mówiąc o wyjaśnianiu. Z drugiej natomiast strony wszystkie stosowane współcześnie modele uwarunkowań zdrowotnych wykorzystują koncepcje wieloprzyczynowe, przy czym w grę wchodzi nie tylko bardzo duża liczba czynników sprawczych, ale ich wzajemne współoddziaływania i interakcje. HiAP, jeśli ma osiągać swoje cele, musi tę sytuację brać pod uwagę. Najważniejsze elementy tych relacji przedstawiono w **Tabeli V**.

Nie ulega wątpliwości, że skomplikowana rzeczywistość, na którą HiAP ma oddziaływać, utrudnia przedsięwzięcia podejmowane w celu optymalizowania celów zdrowotnych. W świecie idealnym należałoby przyjąć zalecenia, by HiAP dostosowywał swoje interwencje proporcjonalnie do złożoności regulowanej materii. W praktyce jest to jednak niemożliwe i w większości sytuacji decyzje muszą być podejmowane ze świadomością niepewności i ryzyka. Stąd nieuchronne pojawianie się ubocznych skutków nieprzewidywanych w planie interwencji. Niekiedy są to niechciane i szkodliwe konsekwencje, i dlatego HiAP musi być otwarty na możliwość redefiniowania swoich inicjatyw.

Polityczny wymiar HiAP

Już w samej nazwie HiAP jest odniesienie do polityki, i to również w sensie *politics*, a nie *policy* (kiedy zajmujemy się zdrowiem częściej myślimy o *policy*). Jest to bezsporne, wszystkie bowiem polityki (*policies*), a więc merytoryczne programy zmian czy publicznych interwencji, które potencjalnie mogą wpływać na zdrowie, są podejmowane poprzez proces polityczny. Proces polityczny jest wielostrumieniową sekwencją wydarzeń prowadzącą od jakiejś inicjatywy – konkretnej albo rozproszonej, sprecyzowanej albo ogólnikowej – do propozycji rozwiązania prawnego, instytucjonalnego lub finansowego. Przekształcenie inicjatywy w decyzję nigdy nie jest wynikiem logicznego rozumowania, nigdy nie jest wynikiem logicznej dedukcji z informacji o faktach na rozwiązania normatywne. Zawsze interwenują rozmaite siły polityczne, które są zainteresowane takim

Aspekt procesu	Sytuacja	Sytuacja HiAP
Rządzenie i wdrażanie	Wielość zaangażowanych podmiotów i punktów odniesienia, wielodyscyplinarność i różne obszary kompetencji	Negocjacje na temat kryteriów oceny, w warunkach odmiennych kultur organizacyjnych. Trudności we współpracy z interesariuszami
Wielość łańcuchów przyczynowych	Wielość jednocześnie występujących i krzyżujących się łańcuchów przyczynowych	Konieczność interweniowania wobec różnych determinantów, co wymaga jednoczesnego zaangażowania kilku resortów
Kontekstualne uwarunkowania determinantów	Różne czynniki mogą prowadzić do odmiennych konsekwencji, w zależności od kontekstu i czynników współwystępujących	Powtórne zastosowanie interwencji skutecznej w jednych warunkach może okazać się bezproduktywne w nowej, zmienionej sytuacji
Nielinearne i nieregularne zależności między czynnikami sprawczymi i skutkami	Nielinearne i nieregularne zależności między czynnikami sprawczymi i skutkami	Słabe (lekceważone) bodźce mogą wywoływać znaczne skutki dzięki zamkniętym kołom zdarzeń. Procesy nie rozwijają się konsekwentnie, ale w sposób mało uporządkowany
Pojawiające się efekty	Pojawiające się rezultaty interwencji są odmiennie postrzegane przez interesariuszy i mają dla nich odmienną wartość	Odmienność oczekiwań musi prowadzić do zróżnicowanej percepcji rezultatów. Pierwotne zamierzenia zmieniają się w czasie negocjacji, a część efektów jest nieoczekiwana. Wykorzystywanie okna sprzyjających okoliczności przyczynia się do powstawania nieprzewidywanych skutków

Tabela V. Uwikłanie HiAP w skomplikowany obszar decyzyjny.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Baum F., Lawless A., Delany T., MacDougall C., Williams C., Broderick D., Wildgoose D., Harris E., McDermott D., Kickbusch I., Popay J., Marmot M., *Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application*, „Health Promotion International” 2014; 29 (S1): 130–142 [28].

kształtem przyjętych rozwiązań, które będą korzystne dla ich interesów. W istniejącej sytuacji dla większości sektorów (ministerstw) sprawy zdrowia znajdują się całkowicie na marginesie ich formalnie przypisanych zadań. W branżowej strukturze przydziału kompetencji i odpowiedzialności jest to całkowicie naturalne. Dla ministra rolnictwa produkcja żywności jest priorytetem, a dla ministra oświaty priorytetem jest kształcenie. Jeśli problem zdrowia pojawia się, to wyłącznie jako sprawa o znaczeniu drugorzędnym, a nawet trzeciorzędym. Jeśli zatem pytanie o zdrowie – skutki zdrowotne – ma się pojawić w ich polu uwagi, to może to następować wyłącznie poprzez ustalenia i naciski polityczne. Naturalnie, możliwe jest wpisanie zwracania uwagi na aspekty zdrowotne w zakres formalnych kompetencji, ale także wtedy bieżąca presja polityczna będzie prawdopodobnie nieodzowna, by problemy zostały faktycznie podjęte. Nie jest to specyfika Polski, nie ma wątpliwości, że podobnie jest na całym świecie.

Niektórzy zwolennicy HiAP twierdzą, że sytuacja ta powinna być radykalnie zmieniona. Powiązania między zdrowiem a otoczeniem są skomplikowane i obustronne: determinanty pochodzące z otoczenia wpływają na zdrowie, ale zdrowie wpływa także na to, co dzieje się wokół. Sprawa polega nie tylko na szeroko znanym pozytywnym wpływie zdrowia na produktywność [29], pozycję społeczną jednostek i społeczności [30] i na szansę osiągnięcia szczęścia [31]. Problemy zdrowotne mogą stawać się przyczyną poważnych perturbacji społecznych w bardzo wielu dziedzinach i powodować znaczne straty finansowe [32]. Przytoczyć można wpływ epidemii SARS w 2003 roku na funkcjonowanie linii lotniczych i przemysłu turystycznego, a wcześniej epidemii cholery,

malarii, choroby szalonych krów. Wobec oczywistych współzależności tradycyjnie postrzegany podział na „my”, którzy reprezentują interesy zdrowotne, i „oni”, autorzy różnych interwencji polityk publicznych, postrzegani jako, niekiedy nieświadomi, sprawcy zdrowotnych nieszczęść, całkowicie traci na aktualności. Sprawy zdrowia stają się przedmiotem zainteresowania i odpowiedzialności całego rządu – oczywiście w modelowej sytuacji, od której realia mogą być bardzo odległe. Powołać można – za Rüdigerem Krechem – przykład polityki zmierzającej do ograniczania palenia papierosów. Była faza prostych zakazów i manipulowania ceną, były próby wpływania na zachowania osób palących, także stosując metodę zastraszania, ale nie ulega wątpliwości, że podejście *tobacco in all policies* otwiera nowe perspektywy. Problem przestaje być przedmiotem doraźnych i zawężonych interwencji, a zostaje wpisany w agendy polityczne partii i władz publicznych. Jeśli przesłanka – postulat zgodnej współpracy – jest spełniona, rola Ministerstwa Zdrowia polega głównie na organizowaniu technicznej współpracy. Nie ma żadnego powodu, by podejmować szczególnie aktywną działalność perswazyjną czy lobbyścyczną, bo w dążeniach do wspólnych celów nie ma potrzeby przewycięzania partykularnych oporów. Wystarczy utworzenie komórki ułatwiającej współpracę, także w gromadzeniu i przekazywaniu informacji, aby misja Ministerstwa Zdrowia była spełniona.

Oczywiście szansa zgodnej współpracy i traktowania zdrowia jako wspólnej sprawy nie zawsze jest możliwa. W istniejącej sytuacji perspektywy bezkonfliktowej współpracy są znikome lub wręcz nie istnieją, co powinno wpływać na sposób postrzegania Ministerstwa Zdrowia. Dążąc do wykorzystania idei HiAP i osiągnięcia

dzięki temu korzyści zdrowotnych, warto przypisać mu rolę bardziej aktywną. W określeniu tej roli oznaczałoby to przyjęcie na siebie zadania pobudzenia świadomości o możliwości wywołania następstw zdrowotnych w trakcie rozwiązywania swoich resortowych problemów. W skrajnej postaci mogłoby chodzić o uprawnienie do domagania się odpowiedzi na pytanie o skutki zdrowotne, z jednoczesnym, symetrycznym obowiązkiem nałożonym na inne resorty, by taka odpowiedź została udzielona. Mocne umocowanie Ministerstwa Zdrowia czyniłoby z tego organu strażnika interesów zdrowotnych społeczeństwa. Słyszany niejednokrotnie zarzut, że ministerstwo to koncentruje się na sprawach choroby, a nie zdrowia, stałby się całkowicie bezprzedmiotowy, funkcja strażnika pozwalałaby bowiem na interwencje wpływające na determinanty zdrowotne, a nie tylko na leczenie. Zakres uprawnień, a więc i obligatoryjność zobowiązań, może być osłabiona i w wersji słabszej można pisać o podejmowaniu starań w celu ujawnienia zdrowotnych konsekwencji. Jeśli Ministerstwo Zdrowia byłoby uprawnione do podejmowania starań, to indagowany resort nie miałby obowiązku udzielenia poszukiwanej odpowiedzi. W takich przypadkach świadomość możliwości doprowadzenia do zdrowotnych konsekwencji byłaby pobudzana, ale – w praktyce – nie musiałoby to prowadzić do zmiany pierwotnych planów. Misja związana z pełnieniem roli strażnika interesów zdrowotnych nie byłaby wtedy kompletna, aczkolwiek bogatsza niż obecnie.

Relatywnie słaba pozycja przetargowa Ministerstwa Zdrowia może być wzmacniana przez decyzje polityczne. W procesach dochodzenia do decyzji – w polskich realiach są to konsultacje międzyresortowe, jako obligatoryjna faza postępowania legislacyjnego – argumenty resortów pozazdrowotnych mogą łatwo przeważać racje przedstawiane przez Ministerstwo Zdrowia. Odwołanie się do takich społecznych zagrożeń, jak bezrobocie, inflacja, niepokoje społeczne czy obronność, mają zwykle większą moc perswazyjną niż wskazanie szkód zdrowotnych. Słabość argumentów merytorycznych może być jednak rekompensowana rozstrzygnięciami politycznymi [1]. W podejściu HiAP otwiera się możliwość takiego rozszerzenia horyzontu oceniania korzyści i strat, aby było możliwe dostrzeżenie pożytków płynących z troski o zdrowie. Prawdopodobnie najważniejszy jest w tej operacji czynnik czasu: dobrodziejstwa dobrego zdrowia pojawiają się po wielu latach, nakłady i zyski wymierne w pieniądzu ujawniają swoją wartość natychmiast.

Odmiennosc sytuacji, w których może znaleźć się resort zdrowia chcący odgrywać aktywną rolę w stosowaniu HiAP, otwiera możliwości przeprowadzenia rozmaitych strategii, mogących skutecznie zbliżyć do celu. Eeva Ollila w jednym z opracowań zaproponowała cztery możliwe strategie [33].

W pierwszej strategii – przy silnej pozycji Ministerstwa Zdrowia – punktem wyjścia podejmowanych aktywności są cele obowiązującej strategii zdrowotnej. Pozazdrowotne sektory są nakłaniane do udziału – poprzez dostosowywanie własnych zadań – w realizacji celów wskazanych w strategii. Prawdopodobnie jest to metoda stosowana w przeszłości, nawet bez świadomości, że jest

to postępowanie wpisujące się w podejście HiAP. Przykładem może być wiele decyzji służących ograniczeniu nałogu palenia papierosów, co doprowadziło do wprowadzenia w życie wielu formalnych zakazów.

Druga metoda postępowania polega na tworzeniu warunków typu *win-win*, to jest znajdowaniu rozwiązania korzystnego dla obydwu lub większej liczby partnerów. Możliwości takie powstają na przykład przy współpracy z sektorem edukacji. Przekazywanie informacji kształcących nawyki promowania zdrowia wzmacnia potencjał zdrowotny, a dobre zdrowie ułatwia uczenie się – pierwotny cel systemu edukacji. Bardziej konkretnie – możliwość zjedzenia posiłku w szkole służy celom zarówno promowania zdrowia, jak i ułatwia percepcję i zdolności kojarzenia, przydatne w procesie uczenia się. Świadomość obopólnych korzyści wzmacnia też gotowość do współpracy na przyszłość.

W trzeciej strategii sektor zdrowotny oferuje swoje usługi przedstawicielom innych sektorów wtedy, kiedy staje przed nimi jakiś problem dotyczący zdrowia. Oferta jest podporządkowana pytaniu – „jak sektor zdrowotny może pomóc innym w realizacji ich własnych zadań?”. Trzecia strategia odwraca logikę strategii pierwszej: o ile tam uznawano nadrzędność celów zdrowotnych, tutaj jest uznawany priorytet celów pozazdrowotnych, ale przy poszanowaniu interesów zdrowotnych ludzi. W procesy decyzyjne pozazdrowotnych sektorów włączana jest troska o poprawę stanu zdrowia, a także redukcja różnic zdrowotnych.

W czwartej strategii uwzględnia się najpełniej realnie istniejący podział władzy i wpływów, w którym bierze się pod uwagę relatywnie małe możliwości resortu zdrowia. Między poszczególnymi sektorami czy urzędami występują naturalne różnice w postrzeganych hierarchiach ważności różnych spraw i zwykle każdy sektor jest przekonany o słuszności własnej oceny sytuacji. Próby narzucania z zewnątrz punktu widzenia muszą prowadzić do konfliktów. Wobec faktycznie ograniczonych szans narzucania racji zdrowotnych innym resortom zdrowia definiuje swoje posłannictwo zawężająco, dążąc do ograniczania szkód, do jakich mogłyby doprowadzić niedostatecznie przemyślane przedsięwzięcia podejmowane przez inne resorty.

Istnieją jednak możliwości, choć nieprzynoszące natychmiastowych rezultatów, ale zwiększające szanse uwzględniania aspektów zdrowotnych. Polegają one na podjęciu uprzedzająco swoistej akcji uświadamiającej partnerom rządowym wagę i znaczenie uwzględniania zdrowotnych skutków ich przedsięwzięć [34]. Możliwe jest wtedy wykorzystywanie argumentów wskazujących obopólne korzyści, podkreślanie, że ochrona zdrowia nie jest partykularnym interesem Ministerstwa Zdrowia, ale sprawą mającą znaczenie dla szerszych społeczności, a także dla urzędów zajmujących się sprawami pozornie odległymi od zdrowia. Nie trzeba pomijać racji moralnych, które są obecne w tego rodzaju argumentacji, ale prawdopodobnie nie należy przeceniać jej skuteczności. W praktycznym wymiarze działania takie mogą być wzmocnione na dwa sposoby. Po pierwsze, przez wprowadzenie takich zasad budowania agendy poszczególnych resortów, by było tam miejsce na uwzględnianie

aspektów zdrowotnych. Po drugie, przez wzmocnienie personalne innych resortów dzięki przeszkoleniu ich pracowników w zasadach stosowania HiAP. Istnieje prawdopodobieństwo, że spełnienie takich warunków zwiększa szanse racjonalnego organizowania procesów decyzyjnych, uwzględniających postulaty HiAP.

Niezależnie od wybranej strategii zawsze ważna jest skuteczność postępowania. Autorzy przypomnieli koncepcję okna sprzyjających okoliczności (*opportunity window*) Johna Kingdona. Trzy niezależnie rozwijające się strumienie zdarzeń – wola polityczna, rozpoznanie problemu, dobór metod postępowania (nazwany *tool*) mogą spotkać się w tym samym czasie i wtedy podjęte działania mają unikatowe szanse przeprowadzenia przez proces decyzyjny. Wprowadzenie idei HiAP, ale także w ramach tego podejścia każda indywidualna sprawa, mają większe szanse powodzenia niż zaistnienie takich okoliczności. Możliwość rekompensowania relatywnie słabszej pozycji sektora zdrowotnego pozwala na częściowe wpływanie na możliwość spotkania się trzech strumieni zdarzeń i przyspieszanie pojawienia się okna sprzyjających okoliczności. Jest to jednak szansa tylko częściowa i pewna trudność z wykorzystaniem postulatu Kingdona polega na tym, że wszystkie elementy powinny być jednocześnie gotowe do użycia w chwili, której czas pojawienia się był tylko częściowo przewidywalny. Może to prowadzić do kłopotliwego przygotowywania narzędzi, które mogą nigdy nie być wykorzystane.

HiAP i HIA

W australijskim modelu HiAP procedura *Health Impact Assessment* (HIA) – oceny skutków zdrowotnych była traktowana jako element procesu stosowania soczewek zdrowotnych. Propozycja taka, choć interesująca, nie jest przedstawiana często. W większości opracowań przyjmuje się, że dla HiAP podstawową formą postępowania jest wykorzystywanie procedury HIA, bez wprowadzania kategorii pośredniczących. Związki między HiAP i HIA zostały dostrzeżone bardzo wcześnie – właściwie już w przełomowym opracowaniu z 2006 roku znalazł się artykuł Johna Kemma, jednego z najbardziej wpływowych autorów piszących o polityce zdrowotnej, zatytułowany „Ocena skutków zdrowotnych i idea zdrowia we wszystkich politykach” [35]. Pisze on, że HIA jest dogodnym narzędziem pozwalającym decydentom na przewidywanie zdrowotnych skutków rozważanych planów działania. Ujawnienie i otwarte przedstawienie zdrowotnych konsekwencji powinno być wykorzystywane jako ważny element argumentów przemawiających za przyjęciem lub za odrzuceniem rozpatrywanych alternatyw. Dopowiedzieć można, że tak jak w rachunkach ekonomicznych brane są pod uwagę różne postaci kosztów, tak – jako pewna postać kosztów – powinna być traktowana strata zdrowotna, a zysk zdrowotny powinien być postrzegany jako postać korzystnego rezultatu. HIA powinna być wykorzystywana w sposób systematyczny, co jest traktowane jako warunek powodzenia, a powodzenie jest równoznaczne z możliwością uniknięcia nieoczekiwanych skutków negatywnych, a także maksy-

malizowania skutków pozytywnych. Wykorzystywanie w prognozowaniu i przewidywaniu – i w procesie decyzyjnym – procedury HIA jest tak istotne, że bez niej dążenie do oceniania zdrowotnych konsekwencji byłoby jedynie „pobożnym życzeniem” (*pious wish*), a nie poważną propozycją, mającą zastosowanie w politycznej praktyce. Jednak stosowanie HIA, nawet systematyczne, nie gwarantuje uzyskania pewności w przewidywanych scenariuszach. Chociaż w HIA powinno się dążyć do wykorzystywania sprawdzonych naukowo teorii i twierdzeń, to w wielu sytuacjach, w których podejmowane są różnorodne interwencje, podaż takich twierdzeń jest ograniczona. Także baza informacji opisujących zastaną sytuację często bywa niewystarczająca. Tworzy to sytuację niepewności, i o możliwym ryzyku oraz wynikających stąd pomyłkach przedstawianych prognoz polityczni decydenci muszą być informowani. Eksperti nawołujący do stosowania HIA, a więc do wcielania w życie formuły HiAP, nie mogą przyjmować pozytywnie nieomyślności. W kontaktach z decydentami powinna panować atmosfera otwartości, także z racji pragmatycznych, po to, by nie zawieść nierealistycznie rozbudzonych nadziei i związanego z nimi zaufania. Wydaje się, że szczerłość w tych relacjach jest traktowana nie tylko jako cnota moralna, ale także jako przymiot praktycznie przydatny (*speaking truth unto power*). Z punktu widzenia decydentów zaangażowanie się w proces poszukiwania odpowiedzi na pytanie o zdrowotne konsekwencje ich działań może być postrzegane jako inwestycja wymagająca czasu i pieniędzy. Ich gotowość do podjęcia takiej inwestycji i wydatkowania na nią odpowiednio dużych środków powinna być uzależniona od przewidywanej wielkości skutków zdrowotnych, jakie mogą być wywołane przygotowywaną interwencją. Im bardziej poważne skutki, w sensie strat lub korzyści zdrowotnych, im większa część populacji może być nimi dotknięta, im bardziej zwiększać się mogą nierówności w zdrowiu, tym większa powinna być gotowość do poważnego potraktowania pytań o skutki zdrowotne. Uznawać można, że nawet duże nakłady poniesione w fazie przygotowawczej będą rekompensowane dużymi korzyściami.

W podobny sposób relacje między HiAP i HIA postrzegali inni autorzy, traktując HIA jako „krok prowadzący do HiAP” [36]. Teza o bardzo znaczącym udziale polityk publicznych, które pozornie są nakierowane na zupełnie inne obszary aktywności – jak polityka rolna – jest przedstawiana jako integralny element racjonalnie prowadzonego procesu decyzyjnego.

Warto dostrzec, że nowe podejście zyskiwało poparcie przedstawicieli profesji związanych ze zdrowiem: Amerykańskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego przyjęło deklarację polityczną (*political statement*), udzielając wsparcia koncepcji HiAP [37]. Napisano tam o konieczności odrzucenia monokausalnych modeli uwarunkowań stanu zdrowia i akceptacji tezy o oddziaływaniach wieloczynnikowych i uznaniu, że czynniki te oddziałują na siebie wzajemnie. Konieczność zmiany paradygmatu miała wynikać nie tylko z przesłanek teoretycznych – tak twierdzi się we współczesnej nauce – ale także ze względów praktycznych: są silne podstawy,

by twierdzić, że pomijanie czy lekceważenie powodów tkwiących w pozazdrowotnych sektorach przyczynia się do ponoszenia strat zdrowotnych. Fakt wcześniejszego o kilka lat stanowiska przyjętego przez Instytut Medyczny nie umniejsza znaczenia poglądów i oddziaływań przedstawicieli zdrowia publicznego, zwłaszcza znaczenia praktycznego. W amerykańskich realiach władza skupiona w instytucjach zdrowia publicznego ma znacznie większy wpływ na ochronę ludzi przed czynnikami ryzyka niż w większości innych instytucji. Pamiętać należy, że bardzo duża część decyzji prowadzących do zdrowotnych konsekwencji jest podejmowana w sektorze prywatnym – nie tylko w przemyśle i usługach, ale także w usługach publicznych, przekazywanych na zasadach outsourcingu. Jeśli zatem te gremia zalecały stosowanie podejścia holistycznego i praktycznego wykorzystywania HIA, to był to bodziec zmian faktycznie zachodzących. Zmiana ta miała polegać na instytucjonalizacji procesu, szczególnie HIA, bo HiAP to raczej praktyczna postawa politycznych decydentów, którą trudno jednoznacznie narzucić. Zapewnienie dostępu do rzetelnie pozyskiwanej informacji o skutkach zdrowotnych miało umożliwić decydentom wybieranie tych rozwiązań, które miały być bardziej korzystne dla zdrowia ludzi.

Zaryzykować można twierdzenie, że HIA pełni wobec podejścia HiAP rolę nie tylko instrumentalną, lecz także dopełnia kompletność spektrum jego zainteresowań. O ile bowiem procedura HIA skupiała się na treści planowanych interwencji, które ewentualnie mogły wpływać na zdrowie, o tyle HiAP zajmuje się samym procesem dochodzenia do rozstrzygających decyzji i to głównie na szczeblu rządowym [1]. O ile HIA może być wykorzystywana na wszystkich poziomach władzy, a także w odniesieniu do sektora prywatnego, o tyle dla HiAP miejscem przesądzającym o rodzaju i zakresie bodźców kształtujących stan zdrowia jest rząd. Perspektywa przyjmowana w HiAP jest znacznie bardziej realistyczna, uwzględnia faktycznie dostępną resortowi zdrowia władzę i możliwości wpływania na innych. Realia bowiem są na ogół takie, że sektor zdrowotny jest bardziej petentem zabiegającym o środki będące w dyspozycji innych resortów niż siłą narzucającą swój punkt widzenia – wartości zdrowotne – partnerom w rządzie. Dopełniająca rola HIA polega też na tym, że z założenia odnosi się ona do konkretnych planów i konkretnych projektów, i to ich – ewentualne – konsekwencje zdrowotne są przedmiotem analizy.

Zakończenie

Nie ulega wątpliwości, że HiAP jest propozycją podejścia, strategii czy mechanizmu, która powinna mieć trwałe zastosowanie jako sposób podejmowania ogółu decyzji władczych z uwzględnianiem aspektów zdrowotnych. Ustalenie bardzo szerokiego kręgu podmiotów odpowiedzialnych – wszyscy decydenci mogący wpływać na zdrowie – jest jego konstytutywną cechą. We współczesnych społeczeństwach zdrowie jest wartością szczególnie cenioną, więc wszystkie sugestie wskazujące mechanizmy mogące się przyczyniać do jego poprawy,

unikania skutków negatywnych, powinny być traktowane z życzliwością, powagą, ostrożnością i troską. Równie uważnie postrzegać należy kwestie związane z redukcją nierówności zdrowotnych, głównego bodaj wyzwania stojącego przed współczesną polityką zdrowotną. Naturalnie, realizacja HiAP odbywa się poprzez zajmowanie się konkretnymi sprawami, ale dają one jedynie okazję, by ogólne zasady stosować. Bez wdrożenia zasadniczych reguł i zobowiązania przedstawicieli wszystkich resortów do udzielania rzetelnych odpowiedzi, mechanizm wdrożony tylko formalnie nie doprowadzi do realizacji celu. Podkreślić należy zdecydowanie, że wola polityczna jest warunkiem niezbędnym do skutecznego stosowania HiAP. Z tych względów dostrzeganie i docenianie politycznego wymiaru HiAP, o czym była mowa w niniejszym artykule, jest w pełni uzasadnione.

Przypisy

¹ Postawienie problemu Zdrowia we Wszystkich Politykach (*Health in All Policies* – HiAP) i napisanie tekstu na ten temat były następstwem analiz kwestii związanych ze stosowaniem procedury oceniania skutków zdrowotnych (*Health Impact Assessment* – HIA). W tekście wykorzystano materiał pozyskany w ramach realizacji grantu „Projekt Predefiniowany pn.: «Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu» realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL 13, Publikacja współfinansowana przez Norweski Mechanizm Finansowy 2009–2014”.

² Podkreślam, że jest to jeden z możliwych wariantów tłumaczenia; na przykład tłumaczenie w tekście Anny Dębskiej: *Zdrowie we wszystkich politykach – znaczenie i źródła*. W: Ciamciara D. (red.), *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2014, s. 32: „Zdrowie we Wszystkich Politykach jest podejściem realizowanym w polityce publicznej w różnych sektorach, które systematycznie bierze pod uwagę konsekwencje dla zdrowia decyzji podejmowanych w tych sektorach, szuka synergii i pomaga uniknąć szkodliwych skutków zdrowotnych, w celu poprawy stanu zdrowia ludności i równości dla zdrowia. Opiera się na odnoszących się do kwestii zdrowotnych prawach i obowiązkach. Zwiększa odpowiedzialność decydentów za zdrowie, ponieważ zwraca uwagę na zdrowotne następstwa planów i polityk publicznych na wszystkich szczeblach. Kładzie nacisk na to, w jaki sposób plany te i polityki wpływają na system zdrowotny, uwarunkowania zdrowia oraz dobrostan populacji. Przyczynia się do zrównoważonego rozwoju”.

³ W tym tekście wykorzystano przygotowane wówczas opracowania.

⁴ “which means acting on areas as diverse as the environment, education and working conditions”. W: Council of the European Union. *Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*. Brussels: 9947/10; 2010, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st09/st09947.en10.pdf>; dostęp: 6.06.2015.

⁵ Być może nie było to zdarzenie całkowicie niespodziewane, biorąc pod uwagę fakt, że na tym kontynencie, w Adelajdzie, odbyła się ważna dla HiAP konferencja.

⁶ HIA była przedmiotem odrębnego opracowania w ramach grantu.

⁷ Są tu wykorzystane koncepcje przedstawione w książce o rządzeniu na rzecz zdrowia: Kickbusch I., Gleicher D., *Governance for health in the 21st century*, World Health Organization, Copenhagen 2012 [23].

Piśmiennictwo

- Koivusalo M., *The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2010; 64: 6500–6503.
- Health in All Policies – the 10 principles*, Government of South Australia, 2007, <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/bd468c8043aee502b62ffeed1a914d95/tenprinciples-hiap-phcc-1004.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b468c8043aee502b62ffeed1a914d95>; dostęp: 03.05.2015.
- Sihto M., Ollila E., Koivusalo M., *Introduction*, W: Ståhl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K. (red.), *Health in All Policies. Prospects and Potentials*, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2006: 3.
- Leppo K., Ollila E., Peña, S., Wismar M., Cook S. (red.), *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*, Ministry of Social Affairs and Health and European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki 2013: 6.
- WHO Health in All Policies – Framework for Country Action*, 09 May 2013, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/130509_hiap_framework_for_country_action_draft.pdf; dostęp: 10.05.2015.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19480610477>; dostęp: 13.04.2015.
- Health in all Policies*, <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/health-in-all-policies/index.php>; dostęp: 05.03.2015.
- WHO, *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*, Copenhagen 1985.
- Ottawa Charter for Health Promotion*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>, tłumaczenie: Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W. praca zbiorowa, „Promocja Zdrowia – Wprowadzenie do zagadnienia krzewienia zdrowia”, Sanmedia, Warszawa, 1994: 423–433.
- Guest Blogger Health in All Policies: The emperor's old clothes*, August 4, 2011, <http://www.healthypolicies.com/2011/08/health-in-all-policies-the-emperor%E2%80%99s-old-clothes/>; dostęp: 02.03.2015.
- Rudolph L., Caplan J., Mitchell C., Ben-Moshe K., Dillon L., *Health in All Policies: Improving Health Through Intersectoral Collaboration*, The Institute of Medicine, The National Academy of Sciences, September 18, 2013, <http://iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2013/Discussion-Papers/BPH-HiAP.pdf>; dostęp: 03.06.2015.
- Adelaide Statement on Health in All Policies. Report from the International Meeting on Health in All Policies*, WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010, http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf; dostęp: 14.04.2015.
- For the Public's Health: Revitalizing Law and Policy to Meet New Challenges*, Institute of Medicine, Washington, DC, 2011, <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2011/For-the-Publics-Health-Revitalizing-Law-and-Policy-to-Meet-New-Challenges/For%20the%20Publics%20Health%202011%20Report%20Brief.pdf>; dostęp: 03.05.2015.
- T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo (red.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland, 2006.
- WHA62.12 Primary health care, including health system strengthening, Eighth plenary meeting, 22 May 2009, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf; dostęp: 26.05.2015.
- Traktat z Amsterdamu, tytuł XIII (dawny Tytuł X), Artykuł 152 (dawny artykuł 129), https://polskawue.gov.pl/files/polskaw_ue/prawo/traktaty/Traktat_amsterdamski.pdf; dostęp: 03.05.2015.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej tytuł XIX „zdrowie publiczne”, art. 168 – tekst skonsolidowany uwzględniający zmiany wprowadzone traktatem z Lizbony, [http://www.arslege.pl/traktat-168\)o-funkcjonowaniu-unii-europejskiej/k40/s2173/](http://www.arslege.pl/traktat-168)o-funkcjonowaniu-unii-europejskiej/k40/s2173/); dostęp: 14.04.2015.
- Employment Social Policy Health and Consumer Affairs Council of the European Union. Council conclusions on Health in All Policies (HiAP)*, Brussels, 30 November and 1 December 2006, http://europa.eu/rapid/press-release-MEMO-06-453_en.htm?locale=en; dostęp: 04.06.2015.
- Health Ministerial Delegations of E.U. Member States Declaration on “Health in All Policies”, EU Conference “Health in all policies: achievements and challenges”, Rome, 18 December 2007, http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURES.pdf; dostęp: 01.06.2015.
- WHITE PAPER, *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*, http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf; dostęp: 07.03.2015.
- Council of the European Union, *Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*, Brussels: 9947/10; 2010, <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st09/st09947.en10.pdf>; dostęp: 6.06.2015.
- UE Zdrowie we wszystkich obszarach polityki, Polityka UE*, http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_pl.htm; dostęp: 15.05.2015.
- Kickbusch I., Gleicher D., *Governance for health in the 21st century*, World Health Organization, Copenhagen 2012.
- Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*, Copyright Public Health Institute and American Public Health Association 2013, https://www.apha.org/~media/files/pdf/fact%20sheets/health_inall_policies_guide_169pages.ashx; dostęp: 15.04.2015.
- The South Australian approach to Health in All Policies: background and practical guide Version 2*, November 2011, Department of Health, Government of South Australia, 2011, <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/>

- health+in+all+policies/the+south+australian+model+pf+health+in+all+policies; dostę: 02.06.2015.
26. Bauman A.E., King L., Nutbeam D., *Rethinking the evaluation and measurement of health in all policies*, „Health Promotion International” 2014; 1(29): 143–151.
 27. Wismar M., McQueen D. et al., *Rethinking the politics and implementation of health in all policies*, „Israel Journal of Health Policy Research” 2013;2(1): 17, <http://www.ijhpr.org/content/pdf/2045-4015-2-17.pdf>; dostę:05.03.2015.
 28. Baum F., Lawless A., Delany T., MacDougall C., Williams C., Broderick D., Wildgoose D., Harris E., McDermott D., Kickbusch I., Popay J., Marmot M., *Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application.*, „Health Promotion International” 2014;29 (S1): 130–142.
 29. Loeppek R., Taitel M., Haufler V., Parry T., Kessler R.C., Jinnett K., *Health and Productivity as a Business Strategy: A Multiemployer Study*, „JOEM” 2009; 51(4), https://www.acoem.org/uploadedFiles/Healthy_Workplaces_Now/HPM%20As%20a%20Business%20Strategy.pdf; dostę: 21.04.2015.
 30. Thomas D., *The causal effect of health on social and economic prosperity: Methods and findings*, Prepared for the AERC Health, Economic Growth and Poverty Reduction in Africa Framework Workshop, Accra June 2009, http://dspace.africaportal.org/jspui/bitstream/123456789/32329/1/Thomas_D_Causal.pdf?1; dostę:12.03.2015.
 31. Moradia M., Meshkib M., Jabbarzadec A., *A study on relationship between income, health and family relationship and happiness*, „Management Science Letters” 2013; 3: 1287–1290, http://www.growingscience.com/msl/Vol3/msl_2013_54.pdf; dostę:02.06.2015.
 32. Krech R., *Reflections on the Adelaide 2010 Health in All Policies International Meeting*, „Public Health Bulletin SA” 2010; 7 (2), <http://www.health.sa.gov.au/pehs/publications/publichealthbulletin-pehs-sahealth-1007.pdf>; dostę: 07.05.2015.
 33. Ollila E., *Health in all policiesdfrom rhetorics to action*, „Scandinavian Journal of Public Health” 2011; (Suppl. 6): 11–18, http://sjp.sagepub.com/content/39/6_suppl/11.full.pdf+html; dostę: 14.04.2015.
 34. Freiler A., Muntaner C., Shankardass K., Mah C.L., Molnar A., Renahy E., O’Campo P., *Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2013; 67: 1068–1072, <http://jech.bmj.com/content/67/12/1068.full.pdf+html>; dostę:02.06.2015.
 35. Kemm J., *Health impact assessment and Health in All Policies*, w: T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Lepo (red.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland, 2006: 189–208.
 36. Collins J., Koplan J.P., *Health Impact Assessment. A Step Toward Health in All Policies*, „JAMA” 2009; 302(3): 315–317, <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/302/3/315>; dostę:03.05.2015.
 37. The American Public Health Association, *Promoting Health Impact Assessment to Achieve Health in All Policies*, Oct 30, 2012.

Polityka zdrowotna w programach partii politycznych w Polsce. Wyborczy wyścig po zdrowie?

Iwona Kowalska-Bobko, Anna Mokrzycka,
Michał Zabdyr-Jamróż

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Iwona Kowalska-Bobko, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, ul Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, iwkowalska@poczta.onet.pl

■ Abstract

Health policy in political parties in Poland

Public debate concerning Poles health, accessibility to health care services, long time waiting lists for the most emerging medical services, namely ontological treatment, as well as many other fundamental healthcare system question, due to the hot period of political elections, became much more visible in last months. Politicians have to tackle such issues under Polish citizens pressure however this particular group influence seems to be underestimated. The complexity of problems, differentiated and multiplicity of health needs, accompanied with very intensive development of medical sciences and technologies on one hand and the economical rationalization on second hand constitute the unavoidable conditions in the sphere of choices that cannot be disregarded. This difficult and politically risky process, strongly dependent on interrelations between different interests groups – with the political parties amongst them – starts at the stage of political programs creation. The article goal is to describe and evaluate particular political parties programs in this sphere, aiming at the possible future scenario concerning dimensions of health policy and public health in Poland. The paper constitutes an attempt of comparative analysis in the sphere described above, showing the frames of national.

Key words: health policy, political elections, political parties, public health, policy programs

Słowa kluczowe: partie polityczne, polityka zdrowotna, programy polityczne, wybory, zdrowie publiczne

■ Wstęp

Debata na temat zdrowia Polaków, gwarancji dostępu do świadczeń zdrowotnych, skrócenia czasu oczekiwania na wybrane kategorie usług medycznych (np. onkologicznych), *in vitro*, zasad finansowania świadczeń zdrowotnych itp. jest w roku wyborczym szczególnie ważna i stanowi jedno z istotniejszych i często obecnych w mediach pól aktywności publicznej polityków.

Obecna złożoność problemów związanych ze zdrowiem, różnorodność i mnogość identyfikowanych potrzeb zdrowotnych, a także intensywny rozwój medycyny zderzają się z koniecznością racjonowania dostępu do świadczeń zdrowotnych, co w konsekwencji prowadzi do nieuniknionych problemów związanych z dokonywaniem niezbędnych wyborów [1]. Procesowi podejmowania

decyzji w polityce zdrowotnej zawsze towarzyszy wzajemne oddziaływanie na siebie różnych grup społecznych, w tym partii politycznych, które na zasadzie „racjonalności ograniczonej” wynikającej ze sprzeczności interesów poszczególnych grup wpływają na kierunki działań polityki zdrowotnej [2].

Głównym celem artykułu jest przegląd programów wyborczych znaczących na polskiej scenie politycznej partii oraz identyfikacja potencjalnych kierunków rozwoju krajowej polityki zdrowotnej po wyborach prezydenckich i parlamentarnych w 2015 roku. Na tym tle zaprezentowane zostaną możliwe scenariusze rozwoju zdrowia publicznego w Polsce w perspektywie legislacyjnej.

1. Nowa perspektywa działań w polityce zdrowotnej

Rozwój demograficzny wraz z postępowaniem cywilizacyjnym i technologicznym wpłynął na reorientację profilu chorobowego z wyraźną dominacją chorób przewlekłych w społeczeństwach wysoko rozwiniętych. Zachodzące zmiany wywołały znaczny wpływ na dotychczasową działalność obu ujęć polityki zdrowotnej i wydaje się, że zarówno działania z zakresu indywidualnych świadczeń medycznych, jak i zdrowia publicznego powinny zostać dostosowane do nowej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Sytuacja ta, pomimo dużego wpływu medycyny naprawczej na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, wymaga przeciwdziałania szkodliwym czynnikom i zapobiegania występowaniu chorób, co jest możliwe jedynie poprzez wielowymiarowe działania prewencyjno-promocyjne skierowane do grup szczególnego ryzyka i całych społeczeństw [3].

Ogólny zarys działań zdrowia publicznego uwzględniający obecną sytuację zdrowotną przedstawia definicja nowego zdrowia publicznego T.H. Tulchinskiego i T.A. Varavikovej przedstawiona w 2000 roku [4]. Reprezentuje ona całościowe podejście do zdrowia, obejmujące szerokie spektrum działań i angażujące podmioty różnych sektorów. Naczelnym celem programów centralnych i lokalnych ma być koordynowanie i tworzenie dogodnych warunków do zwiększania efektywności przedsięwzięć.

W świetle tej koncepcji działania zdrowia publicznego powinny zatem uwzględniać współpracę nie tylko władz publicznych, ale i wielu innych organizacji mogących mieć jakikolwiek wpływ na stan zdrowia społeczeństwa (m.in. organizacji akademickich, grup zawodowych, organizacji broniących praw konsumentów, instytucji ubezpieczeniowych, podmiotów medycznych i farmaceutycznych, instytucji działających w rolnictwie, organizacji związanych z żywnością i żywieniem oraz mediami, rozrywką, a także instytucjami zajmującymi się tworzeniem norm prawnych [5]. Uwzględnia się w tym podejściu wszystkie determinanty zdrowia, zgodnie z szerokim ujęciem włączającym aspekty społeczne, kulturowe, geograficzne i inne¹.

Działania z zakresu zdrowia publicznego są w pewnym sensie najtańszą inwestycją w zdrowie, stanowią podstawę całego systemu zdrowotnego oraz potencjalnie umożliwiają zapobieganie wielu chorobom jeszcze przed ich powstaniem. W działaniach tych najważniejszym aspektem jest ich powszechność, uniwersalność i jednocześnie wielokierunkowość, która może być zapewniona jedynie przez formułowanie stosownej polityki państwa uwzględniającej konieczną współpracę wielu sektorów [3].

Opisując priorytety zdrowia publicznego w Polsce, należy odnieść się do międzynarodowych koncepcji podstawowych funkcji zdrowia publicznego, które identyfikują zakresy działań dotyczących zdrowia zarówno całego społeczeństwa, jak również poszczególnych jednostek. Zalicza się do nich działania dotyczące m.in. monitorowania stanu zdrowia i identyfikacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób (przede wszystkim zakaźnych i społecznych),

rozpoznawania zagrożeń społecznych i ich zwalczania, zapobiegania wypadkom i urazom, a także zapewnienia odpowiedniej pomocy w przypadku ich wystąpienia, zagwarantowania kompleksowego nadzoru epidemiologicznego, promowania aktywnych działań społeczeństwa (w szczególności poprzez promocję zdrowego stylu życia), kształcenia i zwiększania kompetencji profesjonalistów medycznych i zdrowia publicznego, zapewnienia jednolitych norm prawnych dotyczących wszystkich zakresów systemu ochrony zdrowia, monitorowania jakości i dostępu do świadczeń oraz zagadnień związanych z przestrzeganiem praw pacjenta, oceny i porównań międzynarodowych sytuacji zdrowotnej kraju, a także dostępu do działań zapobiegawczych (szczepienia, programy wczesnego wykrywania chorób zakaźnych), umożliwienia korzystania ze świadczeń medycznych grupom tego pozbawionym, objęcia opieką leczniczą osób chorujących na choroby o znaczeniu społecznym, wprowadzenia badań skринingowych dla grup wysokiego ryzyka wystąpienia chorób społecznych oraz prowadzenia nadzoru merytorycznego i wsparcia finansowego dla organizacji pozarządowych prowadzących działalność w zakresie udzielania pomocy medycznej osobom potrzebującym [3].

Ważnym postulatem działań w polityce zdrowotnej powinny być także kwestie związane z organizacją dostępności do świadczeń zdrowotnych, co uwarunkowane jest już na poziomie fundamentalnych zasad ustanowionych w konstytucji. Konieczne jest w tej kwestii uwzględnienie czynników zarówno efektywności ekonomicznej, jak i uwarunkowań wzrostu potrzeb zdrowotnych, społecznych oczekiwań, ale także czynników zewnętrznych, m.in. naszego członkostwa w organizacjach europejskich, takich jak: Unia Europejska (np. opieka transgraniczna), Rada Europy (np. konwencje bioetyczne), EuroWHO (np. strategia Health 2020) [6].

2. Planowane działania na rzecz zdrowia ujęte w programach głównych partii politycznych

Polityka zdrowotna często identyfikowana jest z konkretnymi działaniami państwa w zakresie zdrowia. Pomimo uznawania państwa za jeden z najważniejszych podmiotów polityki zdrowotnej należy mieć na uwadze, że samo w sobie jest ono pozbawione zdolności podejmowania decyzji czy prowadzenia jakichkolwiek działań. Państwo jako podmiot wyposażony w prerogatywy władzy działa poprzez osoby, które aktualnie zajmują stanowiska w organach państwowych, społeczeństwo postrzega je natomiast jako główny, w pewnym sensie samoistny podmiot odpowiedzialny za stan zdrowia społeczeństwa oraz funkcjonowanie systemu zdrowotnego. Demokratyczna formuła realizowania polityki zdrowotnej przesądza o odpowiedzialności rządów za realizację polityki zdrowotnej. Bez wątplenia trzeba też zauważyć, że sprawy zdrowia często traktowane są w kategoriach przedmiotu kampanii wyborczych, szczególnie w zakresie działań mających znaczny wpływ na dostęp obywateli do opieki zdrowotnej i na poziom ponoszonych na tę opiekę wydatków [2].

Podjęcie decyzji dotyczące priorytetów zdrowotnych opiera się na trzech tendencjach powstałych w wyniku ograniczenia zasobów. Pierwsza z nich dotyczy podejmowania decyzji w sprawie priorytetów na podstawie bardziej przejrzystych i demokratycznych zasad, zwłaszcza gdy decyzje te mogą być kontrowersyjne (np. w sytuacji ograniczenia dostępu do świadczeń). W niektórych przypadkach spowodowało to zwiększenie zaangażowania społeczeństwa w procesie podejmowania decyzji dotyczących priorytetów zdrowotnych i w jakimś stopniu umożliwiło prowadzenie szerszej debaty wokół kwestii stanowiących przedmiot najważniejszych decyzji. W konsekwencji możliwe było wyjaśnienie społeczeństwu konieczności dokonywanych wyborów, np. z powodu ograniczonych funduszy, a także w pewnym stopniu uzyskanie legitymizacji trudnych decyzji w kategoriach tak politycznych, jak i etycznych. Drugą ważną tendencją jest próba bardziej efektywnego wykorzystania ograniczonych zasobów poprzez zwiększone zainteresowanie rozwojem oraz wykorzystaniem informacji na temat skuteczności poszczególnych metod leczenia i zapobiegania. Jako trzecia wystąpiła tendencja do brania pod uwagę zagadnień etycznych związanych z ustalaniem priorytetów zdrowotnych [7].

Pomimo zwiększenia udziału rynku w podejmowaniu decyzji polityki zdrowotnej – co zresztą stanowi przedmiot kontrowersji wokół kwestii takich procesów, jak komercjalizacja czy prywatyzacja w sektorze, zwiększanie udziału finansowego środków prywatnych czy wreszcie konieczność zawężania zakresu koszyka świadczeń finansowanych ze środków publicznych – rola państwa jest ciągle bardzo istotna. Jego główne zadania koncentrują się przede wszystkim wokół tworzenia prawnych ram działania systemu, rozwiązywania problemów wynikających z różnych celów aktorów polityki zdrowotnej, koordynacji działań oraz finansowania działań w systemie zdrowotnym w określonym stopniu. Zgodna opinia wielu badaczy wskazuje na cztery podstawowe działalności państwa w zakresie polityki zdrowotnej: (1) finansowanie ze środków publicznych działań mających przynieść korzyści całemu społeczeństwu; (2) stworzenie jasnych zasad finansowania systemu opieki zdrowotnej oraz określenie poziomu finansowania prywatnego i publicznego; (3) określenie zasad funkcjonowania i organizowania podmiotów leczniczych i innych jednostek wchodzących w zakres polityki zdrowotnej; (4) wprowadzanie reguł dotyczących działalności personelu medycznego [2]. Wszystkie te działania mają na celu prawidłowe funkcjonowanie systemu zdrowotnego, jednak w praktyce w dużej mierze zależą od konkretnych osób, które w danym momencie są odpowiedzialne za podejmowanie decyzji. W zależności od założeń partii, która akurat sprawuje władzę, działania systemu zdrowotnego mogą być nakierowane na różnorakie kierunki rozwoju. Ideologie poszczególnych partii mają znaczny wpływ na ogólne ramy polityki zdrowotnej państwa oraz na zasady funkcjonowania systemu zdrowotnego, w tym również na proporcje pomiędzy działaniami z zakresu zdrowia publicznego i świadczeń medycznych, sposób finansowania zarówno całego systemu, jak i samych

świadczeń zdrowotnych, poziom współpłacenia ze strony pacjentów i wiele innych aspektów dotyczących polityki zdrowotnej. W kontekście powyższego należy mieć jednak na uwadze, że analizowane dokumenty są programami politycznymi, deklaracjami, doniesieniami prasowymi i zawierają jedynie założenia, które ostatecznie nie muszą być wprowadzone do systemu nawet w sytuacji zwycięstwa danej partii.

Na końcowy kształt podejmowanej i realizowanej polityki wpływają różne czynniki, takie jak obecna sytuacja polityczno-ekonomiczna, pojawiające się aktualne problemy czy doraźne kompromisy polityczne. Z tego względu treść oficjalnych programów i deklaracji partii rządzących często pozostaje tylko w sferze tych teoretycznie deklarowanych celów, bez dalszych konsekwencji praktycznych i nie jest wdrażana konkretnymi działaniami, niemniej dokumenty te stanowią najlepszą wskazówkę co do ogólnych intencji i woli politycznej. Te z kolei są istotnym elementem procesu dokonywania politycznych wyborów i tworzenia polityk publicznych.

W **Tabeli I** zostały opisane założenia funkcjonowania polityki zdrowotnej państwa wybranych partii. Poszczególne zagadnienia ujęte w tabeli dotyczą: modelu proponowanego systemu, instytucji finansujących, roli samorządu terytorialnego, wskazywanych przez partię najważniejszych problemów zdrowotnych, działań mających na celu eliminację nierówności w zdrowiu, założeń praktyki dobrego rządzenia, działań polityki zdrowotnej w odniesieniu do cyklu życia człowieka, sposobu nadzoru nad chorobami zakaźnymi, proponowanych działań profilaktycznych dotyczących chorób niezakaźnych oraz włączenia do polityki środowiskowych uwarunkowań zdrowia i podejmowania zadań z tego zakresu.

Poszczególne partie zakładają różne modele funkcjonowania systemu, począwszy od zdominowania go przez sektor publiczny (PiS) aż do rozwiązań wprowadzających ograniczenia koszyka usług i wprowadzenie dodatkowych form finansowania (PO). Również plany dotyczące istotności każdego z poziomów opieki różnią się w zależności od partii, przeważająca większość jednak wskazuje na potrzebę wzmocnienia działań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz zwiększenia kompetencji na tym poziomie. Twój Ruch to jedyna partia wskazująca na konieczność wprowadzenia profilaktyki i edukacji zdrowotnej jako podstawy całego systemu, co umożliwiłoby zmniejszenie liczby świadczeń medycznych. Partie wskazują także w swych programach na kompleksowość prowadzonych świadczeń, uwarunkowaną stworzeniem powiązań pomiędzy poszczególnymi poziomami opieki medycznej. Twój Ruch proponuje również wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych, które pokrywałyby poza kosztami usług wyłączonych z koszyka również koszty leków, które stanowią obecnie największą część wydatków na zdrowie, i udział ten będzie się z pewnością zwiększał. SLD natomiast w swych założeniach wskazuje na konieczność zniesienia rocznych limitów na świadczenia oraz wprowadzenia limitów indywidualnych wydatków na leki, powyżej których byłyby one bezpłatne, co w znacznym stopniu mogłoby poprawić dostęp, przy obecnym finan-

Partia polityczna	Proponowane zmiany systemowe	Finansowanie świadczeń zdrowotnych	Rola samorządu terytorialnego/ lokalnego	Forma własności podmiotów leczniczych
PO	<ol style="list-style-type: none"> Oparty na konkurencji ubezpieczycieli, decentralizacji i regionalizacji instytucji odpowiedzialnych za ubezpieczenie zdrowotne. Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych zdefiniowane w wąskim koszyku usług gwarantowanych. Zbudowanie silniejszych powiązań pomiędzy POZ, opieką specjalistyczną a szpitalnictwem w celu zapewnienia ciągłości leczenia. Możliwy wybór ubezpieczyciela. 	<ul style="list-style-type: none"> Wielość publicznych ubezpieczycieli zdrowotnych + dodatkowi ubezpieczyciele prywatni (ubezpieczenia alternatywne i dodatkowe). Nadzorowanie przez państwo. 	<ul style="list-style-type: none"> Organy założycielskie / właściciele podmiotów leczniczych, odpowiedzialne za ich stan finansowy i przyszłość. Wpływ regionów, województw na rozwój systemu opieki zdrowotnej i jego finansowanie. Poprawa dostępności do szpitali ochronnych. 	<p>Spółki prawa handlowego</p>
PiS	<ol style="list-style-type: none"> Domincja sektora publicznego. Finansowanie usług zdrowotnych z budżetu państwa. Likwidacja NFZ. Model oparty na „sięciach szpitali publicznych”. Fundamentalne znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej. Zapewnienie powszechnej dostępności do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – przyjęcie w dniu zgłoszenia (płacenie za aktywność lekarza, a nie za samą obecność). Odpowiedzialność wojewody za stan bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców danego województwa. Świadczenia szpitalne finansowane w systemie <i>pay for service</i>, co oznacza, że płacić się będzie za faktycznie wykonane świadczenie zdrowotne, bez limitów. Zdefiniowanie koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Zastosowanie finansowania kapitałowego do ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej. 	<ul style="list-style-type: none"> Budżetowe finansowanie jednostek opieki zdrowotnej, które będzie się odbywać za pośrednictwem urzędów wojewódzkich. Brak wydzielonej w systemie instytucji finansującej świadczenia zdrowotne. 	<ul style="list-style-type: none"> Właściciele zakładów opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność właścicielska (państwa, województwa, powiatu, gminy) za ewentualne ponowne zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, ustanawiająca obowiązek spłacenia długu z budżetu właściciela. Współpraca samorządu terytorialnego w celu przedstawienia propozycji i opinii na temat problemów ochrony zdrowia w Polsce oraz wypracowania wspólnych stanowisk. 	<p>Podmioty publiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> organem założycielskim szpitala publicznego będzie mógł być wyłącznie właściwy urząd marszałkowski.
Twój Ruch	<ol style="list-style-type: none"> System ochrony zdrowia oparty na rozwiniętej profilaktyce oraz powszechnej edukacji zdrowotnej. Przekazanie zadań NFZ ministrowi zdrowia. Kasy chorych podległe nadzorowi KNF, występujące w roli jedynie operatora składki. Weryfikacja koszyka świadczeń dokonana, pod nadzorem Agencji Oceny Technologii Medycznych przez konsultantów krajowych i wojewódzkich oraz przedstawicieli towarzystw naukowych. Wprowadzenie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, obejmujące procedury usunięte z koszyka świadczeń gwarantowanych oraz koszt zakupu leków, w tym refundowanych. Zwiększony zakres kompetencji i odpowiedzialności lekarzy rodzinnych – w ślad za czym musi iść wzrost nakładów finansowych. Zniesienie przywilejów dotyczących płacenia składki zdrowotnej (KRUS). 	<ul style="list-style-type: none"> Konkurujące z sobą dwie lub trzy publiczne kasy chorych oraz „operatorzy niepubliczni”, którzy miałby dostęp do składek i rynku świadczeń zdrowotnych. 	<p>Jednym z największych wyzwań, przed którym stoi samorząd, jest znalezienie odpowiedniej drogi do tzw. dialogu obywatelskiego, czyli do zwiększenia aktywności organizacji pozarządowych.</p>	<p>Podmioty publiczne</p>
PSL	<ol style="list-style-type: none"> Decentralizacja i zwiększenie kompetencji w regionach. Wdrożenie koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej i podział usług na: gwarantowane, częściowo gwarantowane oraz niefinansowane ze środków wspólnych (publicznych). Prywatne zakłady opieki zdrowotnej podlegające nadzorowi zdrowotnemu. Wprowadzenie dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. 	<p>Państwowy, centralny + prywatni ubezpieczyciele (ubezpieczenia dodatkowe).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Samorząd powinien podejmować decyzje w kwestii prywatyzacji jednostek ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych. Udział samorządów reprezentujących poszczególne szczeble, np. w radzie oddziału NFZ. 	<p>Spółki prawa handlowego</p>

SLD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zapewnienie obywatelom bezpieczeństwa w zakresie ochrony zdrowia jako konstytucyjnego obowiązku rządu. 2. Równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. 3. Wdrożenie zasady „pieniądz idzie za pacjentem”. 4. Określenie zakresu leczenia przysługującego pacjentom (koszyk świadczeń gwarantowanych) 5. POZ jako przewodnik po systemie. 6. Ujednolicony system ubezpieczeniowy (połączenie ubezpieczeń: zdrowotnego, chorobowego i wypadkowego). 7. Wprowadzenie maksymalnych rocznych limitów wydatków na leki. 8. Ubezpieczeni wszyscy obywatele. 9. Zmiana metod finansowania opieki zdrowotnej (brak limitów). 10. Przywrócenie odpowiedzialności struktur publicznych za stan opieki zdrowotnej. 11. Finansowanie ze środków publicznych tylko szpitali działających w formule <i>non profit</i>. 12. Wprowadzenie sieci szpitali publicznych. 	NFZ	<ul style="list-style-type: none"> - Uprawnienia w zakresie współdecydowania o podziale środków finansowych systemu dotyczących inwestycji infrastrukturalnych (zakup sprzętu medycznego, budowa i remonty szpitali). - Pomoc w zapewnieniu opieki nad osobami niepełnosprawnymi i osobami w podeszłym wieku. - Częściowe finansowanie systemu. 	Publiczne, niekomercyjne.
-----	--	-----	--	---------------------------

Tabela 1. Ramy systemu polityki zdrowotnej państwa według głównych partii politycznych – cz. I.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie programów politycznych partii zasiadających w parlamencie RP (kadencja 2011–2015) oraz pracy I. Banaś, Polityka zdrowia publicznego w Polsce w kontekście priorytetów zdrowotnych deklarowanych w dokumentach Euro WHO (2014) – maszynopis. [8].

sowaniu jednak prowadziłyby do zadłużenia systemu i jego niewydolności.

W kontekście zbliżających się wyborów parlamentarnych należy przedstawić również bardzo lakoniczny pogląd dotyczący reformy sektora zdrowotnego sformułowany na potrzeby wyborów prezydenckich przez Pawła Kukiza, który zapowiada stworzenie Ruchu Obywatelskiego, planującego start w wyborach do Sejmu i Senatu w październiku 2015 roku. Paweł Kukiz uważa, że w sprawie reformy systemu ochrony zdrowia przede wszystkim powinni się wypowiadać eksperci, ponieważ on sam nie jest przekonany do żadnego z proponowanych przez główne siły polityczne pomysłów (system budżetowy i likwidacja NFZ czy może decentralizacja płatnika). Paweł Kukiz podkreśla konieczność organizacji okrągłego stołu z udziałem ekspertów i mediów, aby wypracować efektywne rozwiązania i odpowiednio wytłumaczyć je Polakom².

Założenia partii dotyczące podmiotów finansujących świadczenia zdrowotne są zróżnicowane: propozycje zakładają zarówno konkurencję płatników publicznych, jak i wprowadzenie finansowania budżetowego, ale także dodatkowy udział płatników prywatnych w finansowaniu. Jedynie SLD w swym programie nie widzi potrzeby wprowadzania zmian podmiotu pełniącego rolę płatnika w systemie, co wynika przypuszczalnie z traktowania przez tę partię NFZ jako dziedzictwa swoich wcześniejszych rządów, tworu powołanego w wyniku ponownej centralizacji finansowania świadczeń w systemie po likwidacji kas chorych.

Rola samorządów terytorialnych w programach partii politycznych poza jej dotychczasowymi zadaniami dotyczącymi funkcji organów właścicielskich oraz w zakresie zapewnienia pomocy w dostępie do świadczeń medycznych osobom potrzebującym dodatkowo uwidacznia się w ich wpływie na rozwój systemu i jego finansowaniu, udziale w wypracowywaniu wspólnych stanowisk z zakresu polityki zdrowotnej i dążeniu do zwiększenia udziału organizacji pozarządowych w systemie.

W kwestii tak istotnych w kontekście procesów prywatyzacji problemów poszczególne partie polityczne zajmują różne stanowiska dotyczące formy własności podmiotów leczniczych. PO i PSL jako formę własności popierają formułę spółki prawa handlowego jako właściwej dla działalności leczniczej, natomiast PiS, Twój Ruch i SLD za najlepszą formę uważają podmioty publiczne. PiS w swych założeniach przewiduje również ograniczenie funkcji właścicielskich szpitali jedynie dla urzędów marszałkowskich. Zastanawiający jest brak odniesienia się w tym względzie do perspektywy zwiększenia udziału podmiotów działających w formule *non profit/non for profit*.

Identyfikacja najważniejszych problemów we wszystkich partiach skupia się przede wszystkim na powszechnie występujących nierównościach w zdrowiu i kwestii dostępności do świadczeń medycznych. Dodatkowo w analizowanych programach partii poruszane są takie problemy, jak niska jakość świadczonych usług, zadłużenie podmiotów leczniczych, brak personelu medycznego i zły stan techniczny szpitali.

W odpowiedzi na najważniejszy problem poruszany przez wszystkie partie polityczne, jakim są nierówności w zdrowiu, poddane zostały analizie działania, z którymi partia wystąpiła w celu usunięcia tych nierówności. Zasadniczo w tym zakresie wskazywane są: zapewnienie powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, wyrównanie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych dzieci i młodzieży z miast i z terenów wiejskich, zapewnienie wszystkim uczniom dostępu do edukacji zdrowotnej oraz ciepłego posiłku i sprawiedliwy podział zasobów systemu.

Działania partii uwzględniają w różnym stopniu praktyki dobrego rządzenia³ poprzez odnoszenie się do efektywności podejmowanych działań, aspektów ekonomicznych, wykonywania zadań o popartej dowodami naukowymi skuteczności, wprowadzanie działań oddolnych i uwzględnianie potrzeb obywateli. Warto wspomnieć, iż pomimo wielu opisów wskazujących na potrzebę implementacji do polityk zdrowotnych państwa przynajmniej części z zasad dobrego rządzenia w żadnym z nich termin „dobre rządzenie” nie pojawił się bezpośrednio. Działania wskazujące na konieczność stosowania tego pojęcia, czy wręcz imperatyw dla realizowanej polityki, opisywane są w większości programów i doniesień z planowanych działań poszczególnych partii w sposób chaotyczny, przez co są trudne do zidentyfikowania.

Kompleksowe działania związane z cyklem życia jednostki zostały przewidziane jedynie w programie SLD, który proponuje tworzenie centrów zdrowia rodziny, gdzie opieka zostanie zapewniona wszystkim jej członkom z uwzględnieniem szczególnych potrzeb związanych z ich wiekiem. Pozostałe partie planują jedynie cząstkowe działania w tym zakresie, które najczęściej odnoszą się do grup mających te szczególne prawa do opieki zdrowotnej, zapewnione konstytucyjnie.

Wśród partii można dostrzec duże zbieżności co do zasad prowadzenia promocji zdrowia, a przede wszystkim w kwestii jej finansowania ze środków publicznych. Zdrowy styl życia, zdrowa żywność, zdrowe środowisko oraz szeroko rozumiana profilaktyka i edukacja zdrowotna to główne zagadnienia związane z promocją zdrowia. Biorąc powyższe pod uwagę, można stwierdzić, że w deklaracjach polskich polityków następuje reorientacja podejścia do zdrowia, w którym do niedawna dominowało ukierunkowanie na świadczenia medyczne, profilaktyka i edukacja zaś były odsuwane na drugi plan.

Pomimo znacznego ograniczenia zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób zakaźnych nadal stanowią one poważne zagrożenie dla zdrowia całego społeczeństwa, dlatego tak ważne jest kontynuowanie prowadzonych w tym zakresie działań. Analizowane dokumenty poszczególnych partii wskazują na identyfikację dwóch priorytetów, którymi są monitorowanie i nadzór nad chorobami zakaźnymi poprzez stworzenie systemu nadzoru oraz poprawa dostępności do szczepień ochronnych i rozszerzenie zakresu dostępnych szczepień w celu poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego.

Profilaktyka chorób niezakaźnych, które w obecnym okresie stanowią pierwszą przyczynę zgonów, to ważny aspekt działań, które powinny być podejmowane przez

partie rządzące. Założenia programów partyjnych dotyczą tworzenia programów w dziedzinie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób o najwyższych wskaźnikach zachorowalności i śmiertelności oraz o poważnych skutkach finansowych, zapewnienia opieki lekarskiej i dentystrycznej w szkołach, wprowadzenia zakazu sprzedaży artykułów żywnościowych zawierających szkodliwe składniki w sklepikach szkolnych. Do najczęściej wymienianych schorzeń wymagających wprowadzenia dodatkowych programów należą: choroby metaboliczne, w tym otyłość, choroby układu krążenia, nowotwory, choroby płuc, uzależnienia.

Ostatnim zagadnieniem analizowanym w programach partii są środowiskowe uwarunkowania zdrowia. Wśród rozpatrywanych założeń jako najważniejsze zadania rządu wskazywane jest zapewnienie obywatelom czystego powietrza, wody, terenów zielonych, tworzenie stref wolnych od GMO, dążenie do poprawy stanu środowiska naturalnego, co zagwarantuje lepszą ochronę zdrowia mieszkańców i dobrą przyszłość naszego kraju.

Bardziej szczegółowe informacje na temat planowanych przedsięwzięć głównych partii politycznych zostały zestawione w **Tabeli II**.

3. Możliwe scenariusze rozwoju zdrowia publicznego w Polsce w perspektywie programowej i legislacyjnej. Podsumowanie

Biorąc pod uwagę programy głównych partii politycznych, można wskazać dwa najbardziej reprezentatywne dla partii scenariusze działań z zakresu zdrowia publicznego, które zasadniczo różnią się poziomem udziału sektora publicznego w tej sferze. Pierwszy zakłada włączenie do systemu rozwiązań rynkowych oraz wprowadzenie większej liczby instytucji pełniących rolę płatnika (w zależności od programów partii mogą to być instytucje publiczne lub prywatne) oraz prowadzenie podmiotów leczniczych w formie spółek prawa handlowego, natomiast drugi oparty jest na przeważających działaniach sektora publicznego oraz prowadzeniu podmiotów leczniczych przez podmioty publiczne, w tym przez jednostki samorządu terytorialnego.

Wszystkie z analizowanych tu programów głównych partii wskazują również na konieczność rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej, której zakres działań obejmuje poza świadczeniami medycznymi również działania profilaktyczne i prewencyjne. Działalność kompleksowego systemu podstawowej opieki zdrowotnej wraz z nadzorem i monitoringiem chorób zakaźnych oraz rozbudowanymi programami profilaktyki dotyczącymi najważniejszych chorób społecznych daje duże szanse na powolną reorientację świadczeń, co potencjalnie przyczyniłoby się do rozwoju świadczeń zdrowia publicznego, w konsekwencji umożliwiłoby poprawę zdrowia społeczeństwa oraz zmniejszyło zapotrzebowanie na świadczenia medyczne.

Pozytywne wnioski płynące z powyższego opracowania dotyczą przede wszystkim rozwoju szeroko rozumianych działań promocji zdrowia oraz edukacji zdro-

Partie polityczne	Promocja zdrowia	Nadzór nad chorobami zakaźnymi	Profilaktyka chorób niezakaźnych	Środowiskowe uwarunkowania zdrowia
PO	<ul style="list-style-type: none"> – Państwo odpowiedzialne za promocję zdrowia. – Państwo powinno zachęcać obywateli do zdrowego stylu życia i finansować działania profilaktyczne i edukacyjne na rzecz poprawy stanu zdrowotności. – Nacisk na profilaktykę oraz edukację zdrowotną. 	<ul style="list-style-type: none"> – Poprawa dostępności do szczepień ochronnych. – Zwiększenie skuteczności nadzoru nad osobami chorymi na choroby, które ze względów epidemiologicznych podlegają obowiązkowi leczenia w warunkach szpitalnych. 	Minister Zdrowia powinien określać programy w dziedzinie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób o najwyższych wskaźnikach zachorowalności i śmiertelności oraz poważnych skutkach finansowych, takich jak zwalczanie otyłości, zwalczanie złego odżywiania, promocja aktywności fizycznej i kampania przeciw paleniu tytoniu.	<ul style="list-style-type: none"> – Najważniejszym celem rządu jest zapewnienie obywatelom wysokiej jakości życia – czystego powietrza, czystej wody i terenów zielonych, w zgodzie z rozwojem gospodarczym kraju. – Tworzenie stref wolnych od GMO.
PiS	<ul style="list-style-type: none"> – Zrównoważona polityka zdrowotna, w której nie może zabraknąć ani miejsca, ani tym bardziej środków finansowych na zadania z zakresu promocji zdrowia. – Zwiększenie dostępu do stomatologa. – Finansowanie ogólnopolskich programów zdrowotnych z budżetu państwa. 	Stworzenie sprawnego systemu kompleksowego nadzoru nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi jako jeden z priorytetów systemu ochrony zdrowia w Polsce.	<ul style="list-style-type: none"> – Rozszerzenie zakresu programów profilaktycznych dotyczących chorób układu krążenia, nowotworowych czy metabolicznych. – Profilaktyka podstawowym problemem w walce z rakiem piersi. 	Dążenie do poprawy stanu środowiska naturalnego (również środowiska pracy i nauczania).
Twój Ruch	<ul style="list-style-type: none"> – Badania profilaktyczne. – Zwiększenie liczby godzin wychowania fizycznego w przedszkolach i szkołach. – Wprowadzenie obowiązkowego przedmiotu wiedzy o zdrowiu we wszystkich klasach szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum. 	Rozwinięcie programu szczepień profilaktycznych.	<ul style="list-style-type: none"> – Podniesienie znaczenia profilaktyki prozdrowotnej. – Zapewnienie uczniom zdrowych posiłków w szkołach, przywrócenie im opieki lekarskiej i dentystycznej. – Zwiększenie liczby programów o tematyce zdrowotnej w publicznych mediach. – Wprowadzenie systematycznych programów profilaktycznych. 	Wskazanie ważności wpływu środowiska na zdrowie (przytoczenie modelu pól Lalonda).
PSL	Zadbanie o promocję zdrowego stylu życia i zdrowej żywności.	<ul style="list-style-type: none"> – Nadzór nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi. – Szczepienia przeciw chorobom zakaźnym. 	<ul style="list-style-type: none"> – Wzmocnienie profilaktyki. – Zakaz sprzedaży artykułów żywnościowych zawierających wzmacniacze smaku, sztuczne barwniki, sztuczne cukry, produkty mocno słone lub bardzo tłuste w sklepikach szkolnych. 	Zapewnienie bezpieczeństwa ekologicznego Polski, gwarantującego lepszą ochronę zdrowia mieszkańców i dobrą przyszłość naszego kraju.
SLD	Kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci i młodzieży, edukacja zdrowotna i promocja zdrowia zapewniona poprzez właściwie skonstruowany program szkolny, media publiczne oraz oświatę zdrowotną prowadzoną w zakładach opieki zdrowotnej.	b.d.	Zwiększenie środków finansowych na prowadzenie programów profilaktycznych z zakresu onkologii, kardiologii, chorób płuc i chorób zakaźnych, programów mających na celu zwalczanie uzależnień wśród dorosłych i młodzieży.	Czyste i sprzyjające zdrowiu środowisko jako konkretne zobowiązanie do konsekwentnego i uczciwego działania dla ochrony środowiska w Polsce.

Tabela II. Ramy systemu polityki zdrowia publicznego państwa według głównych partii politycznych – cz. II.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie programów politycznych partii zasiadających w parlamencie RP (kadencja 2011–2015) oraz pracy I. Banas, *Polityka zdrowia publicznego w Polsce w kontekście priorytetów zdrowotnych deklarowanych w dokumentach Euro WHO (2014) – maszynopis* [8].

wotnej, które określane są jako kluczowe w programach wszystkich omawianych partii. Świadczy to o rozwoju polityki zdrowotnej w kierunku działań prewencyjnych, zapobiegawczych, ukierunkowanych na sferę promocji zdrowia i działań zdrowia publicznego. Z kolei zauważenie potrzeby tworzenia systemu odpowiadającego potrzebom społeczeństwa w taki sposób, aby mogło ono współuczestniczyć w podejmowaniu decyzji z nim związanych, świadczy pozytywnie o podejściu do kwestii uczestnictwa społecznego w procesie podejmowania istotnych decyzji. Włączenie jednostek samorządu terytorialnego oraz pacjentów w proces określania zapotrzebowania na świadczenia, planowania oraz funkcjonowania systemu jest ważnym wskaźnikiem rozwoju zdrowia publicznego, co (jeśli istotnie proces ten nastąpi) będzie miało pozytywny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa. Ważny postęp można także zauważyć, obserwując uwzględnienie w podejmowanych działaniach zasad dobrego rządzenia. Pomimo iż bardzo często są one jedynie w niewielkim stopniu włączane do tych działań, można uznać, że są to pierwsze kroki do ich powszechnego wdrożenia we wszystkie zakresy polityki zdrowotnej.

Jako mniej optymistyczne można określić działania zdrowotne dotyczące całego cyklu życia. W Polsce odnośną się one przede wszystkim do działań skierowanych na grupy wskazane w Konstytucji jako szczególnie narażone na ryzyko. W tej dziedzinie państwo powinno dokładnie przeanalizować korzyści idące za tak sformułowanymi działaniami oraz dostosować obecne przedsięwzięcia do przyjętych zasad. Jest to bardzo ważne w szczególności w odniesieniu do obecnego profilu chorób, często ujmowanego w perspektywie całego cyklu życia lub przeważającej jego części.

Bardzo istotnym czynnikiem mającym wpływ na zdrowie oraz jednym z kluczowych zagadnień zdrowia publicznego jest także zdrowie środowiskowe, którego waga dla zdrowia jest także wskazywana w programach partii. Działania prowadzone w tym zakresie są jednak pomijane przez osoby zajmujące się polityką społeczną, a odpowiedzialność za nie przenoszona jest na inne sektory, co nie zawsze ma pozytywny wpływ na zdrowie.

Wszystkie działania zidentyfikowane na podstawie programów partii politycznych i doniesień medialnych wskazują na powolne, lecz ciągle postępy w sferze rozwoju zdrowia publicznego w Polsce. Wiele z deklaracji zostaje w konsekwencji wprowadzonych jako działania na rzecz zdrowia, jednak równie wiele pozostaje jedynie w sferze „pobożnych życzeń”. Bywa także i tak, że ich wprowadzanie jest nieudolne, co decydująco wpływa na ich efektywność, a nawet może ją całkowicie udaremnić. W celu poprawy sytuacji w tym zakresie należałoby kierować się doświadczeniami innych państw i zaleceniami organizacji międzynarodowych. Konieczne jest wprowadzanie działań adekwatnych do potrzeb, ale równie istotna jest ocena pod kątem skuteczności – chodzi o działania, których efekty zostały udowodnione naukowo. Analiza programów, biorąc pod uwagę rozwój zdrowia publicznego, wskazuje na dobry kierunek proponowanych czy też deklarowanych zmian w Polsce, w praktyce

jednak wiele jest jeszcze do zrobienia w celu osiągnięcia pełnego rozwoju tej sfery.

Najważniejszym zagadnieniem wpływającym na tempo i „kształt” rozwoju wydaje się to, że polityka zdrowotna nadal nie stanowi jednego ze stałych, głównych problemów, którymi zajmują się partie polityczne. Problemy z tej dziedziny są poruszane zazwyczaj okresowo, w trakcie wydarzeń prowokujących do podejmowania tematów dotyczących zdrowia – na przykład w okresie zbliżających się wyborów. Pomimo tej „incydentalności” zainteresowania pozwala to na zwrócenie uwagi opinii publicznej na temat proponowanych zmian w tym zakresie, a także powoduje uświadomienie problemu oraz wprowadzenie działań służących jego rozwiązaniu. Należy w tym miejscu podkreślić, że silna i spójna koalicja ułatwia wprowadzanie zmian (wspólnota zasadniczych celów), natomiast konieczność wypracowywania kompromisów pomiędzy partiami mającymi całkowicie rozbieżne stanowiska (zróżnicowane istotne cele) może wręcz udaremnić lub znacznie utrudnić wprowadzenie reformy, a także doprowadzić ją do takiego kształtu, w którym nie będzie służyła zidentyfikowanym w pierwotnych założeniach celom [9].

System ochrony zdrowia stanowi wyodrębnioną część rzeczywistości społeczno-ekonomicznej z ustaloną wewnętrzną strukturą składającą się z podsystemów uporządkowanych według ustalonych reguł określających tak ich wzajemne relacje, jak i relacje z użytkownikami indywidualnymi i społeczeństwem jako całością. Ustalenie reguł określających funkcjonowanie systemu i jego części składowych oraz relacji pomiędzy systemem a społeczeństwem jako użytkownikiem należy do podstawowych obowiązków państwa, partie polityczne powinny zajmować w tym względzie wyraźne stanowisko. Trzeba podkreślić, że bardzo ważnym aspektem realizacji tego zadania jest tworzenie zaplecza badawczo-analitycznego w ochronie zdrowia, dostarczającego informacji na potrzeby kształtowania polityki zdrowotnej. Brak w obecnym systemie tworu, który można byłoby określić jako swoiste obserwatorium systemowe, to istotny problem, także dla procesu kształtowania założeń dla polityki zdrowotnej i rozwoju sfery zdrowia publicznego. Konieczne byłoby utworzenie takiej instytucji, która mogłaby dokonywać przeglądu głównych polityk zdrowotnych i odnosić się do nich.

Istotnym problemem w kontekście powyższego *status quo* jest brak systemowej regulacji w zdrowiu publicznym, gdyż w tej sytuacji zdolność, o której mowa, postrzegana jako zdolność podmiotów podejmujących decyzje w sektorze, jest zdecydowanie niska. Dotyczy to w szczególności funkcji koordynujących, wykonywanych w stosunku do poszczególnych działań, zakresowo należących do zróżnicowanych polityk. Kwestię takiej koordynacji przewiduje projekt ustawy o zdrowiu publicznym, należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że proces opracowania tej ustawy jest bardzo wolny. Pomimo deklarowanych ze strony władz działań ukierunkowanych na wprowadzenie nowego projektu brak wyraźnego postępu, szczególnie w sferze szerokiej dyskusji nad projektem, a także na gruncie samych programów partii politycznych.

Kwestia zaniechania legislacyjnego w tym obszarze, niedostrzegana zasadniczo przez polityków wszystkich ugrupowań, to problem luki prawnej przede wszystkim w zakresie ustawy o zdrowiu publicznym postrzeganej jako ustawa kompetencyjna (w kontekście trudnych decyzji politycznych w sferze katalogu świadczeń, inwestycji, zobowiązania do nadzoru nad głównymi politykami dotyczącymi zdrowia publicznego – w sektorach, odpowiedzialności instytucji itd.). Wpływ braku ustawy powinien być także dostrzegany tam, gdzie chodzi o kwestię konieczności finansowania inwestycji w sektorze ochrony zdrowia i w szerokiej infrastrukturze zdrowia publicznego. Tu zdolność do pozyskiwania informacji, ich analizowania jest bardzo ograniczona, podobnie jak w zakresie przeglądu głównych polityk, strategii rozwoju czy inwestycji. Dla kształtu proponowanej polityki zdrowotnej, w tym jakości przedstawionych w programach rozwiązań – jak i perspektywy ich realizacji – istotna jest rola ekspertów i instytucji kompetentnych. Pozyskiwanie istotnych informacji, zbieranie i analiza adekwatnych danych powinny być realizowane przez niezależne instytuty badawcze, agencje oceny i centra przetwarzania danych. W obecnie obowiązujących regulacjach brak jest odpowiednich przepisów dotyczących zakresu kompetencji i mocy wiążącej rezultatów takich badań, opinii i ekspertyz, a partie w swoich programach do problemu tego konkretnie się nie odnoszą. Oznacza to, że mimo wzmoczonego zainteresowania bardziej profilaktycznym podejściem do zdrowia – w aspekcie samych działań poszczególnych instytucji (zob. Tabele I i II) – partie polityczne w swoich programach nie dostrzegają jeszcze w szczególności systemowo-koordynacyjnego wymiaru profilaktyki i promocji zdrowia (jaki jest chociażby przedmiotem projektowanej ustawy o zdrowiu publicznym).

Obecnie zdolność przeglądu głównych polityk zdrowotnych i rozwoju jest mała i ściśle związana z brakiem instytucji koordynującej działania w sferze zdrowia publicznego, gdyż Ministerstwo Zdrowia nie realizuje takiej funkcji. W strukturze organizacyjnej ministerstwa nie występuje tego rodzaju jednostka, odpowiedzialna za przegląd polityk i strategii rozwoju oraz inwestycji. Powołana na mocy Zarządzenia Ministra Zdrowia⁴ Rada Naukowa ma kompetencje opiniodawcze jedynie w sferze naukowo-badawczej, nie ma natomiast kompetencji w przedmiotowym zakresie. W kontekście wskazanej luki legislacyjnej należy podkreślić, że istotna rola ustawy o zdrowiu publicznym, poza obszarami jej pożądanymi skutkami systemowymi, dotyczy zdecydowanej większości zagadnień wskazywanych w analizowanych programach partii politycznych jako cele polityki zdrowotnej. Można tu wskazać na przykład konieczność wprowadzenia na gruncie tej regulacji zasad tworzenia właściwych warunków społecznych pozwalających na pełną społeczną partycypację w opisanych wyżej procesach, zarówno w sensie udziału jednostki, jak i poszczególnych grup społecznych, profesjonalistów i ekspertów, stowarzyszeń pacjentów i innych zainteresowanych. Zagadnienie partycypacji społecznej, zwiększenia udziału społeczeństwa w procesie podejmowania decyzji istotnych dla ochrony

zdrowia jest wskazywane we wszystkich deklaracjach politycznych. W projektowanej zmianie prawa z jednej strony wprowadzenie przepisów pozwalających jednostce na wpływanie i kształtowanie własnego zdrowia oraz zawierających instrumenty motywujące do pożądanego zachowań, a z drugiej doprecyzowanie roli państwa w inicjowaniu przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia i w tworzeniu warunków ułatwiających zachowania prozdrowotne, szczególnie w stosunku do innych instytucji systemowych, odnoszą się do kwestii w mniejszym lub większym stopniu dostrzeganych w analizowanych programach.

Ustawa o zdrowiu publicznym, określana przez lidera głównej partii jako konstytucja zdrowia publicznego, powinna się także odnosić do obowiązku inicjowania działań w zakresie profilaktyki chorób oraz realizacji programów zdrowotnych, w tym ustalać obowiązki władz publicznych oraz innych podmiotów w zakresie wykonywania zadań dotyczących profilaktyki i edukacji oraz promocji zdrowia, co wydaje się stanowić istotny punkt odniesienia dla omawianych wyżej programów partii politycznych. Ponadto w świetle przepisów projektowanej ustawy edukacja zdrowotna, jako niezbędny element programów profilaktycznych i interwencyjnych mających na celu poprawę zdrowia społeczeństwa, powinna się stać stałym elementem procesów kształcenia na wszystkich poziomach – tu jednak w programach i deklaracjach brak jakiegokolwiek ustosunkowania się do problemu.

Stwierdzenie, że główne tezy, założenia programowe i cele partii politycznych w sferze zdrowia publicznego są zasadniczo zgodne z zakresem proponowanej zmiany legislacyjnej, wydaje się ogólnie uzasadnione. Może zatem dziwić brak woli politycznej i zdecydowanych działań w kierunku przyjęcia tej tak istotnej dla polityki zdrowotnej regulacji systemowej, szczególnie w kontekście wieloletniego już zaniechania legislacyjnego – Polska wyróżnia się pod tym względem zdecydowanie negatywnie na tle innych krajów europejskich. W programach głównych partii politycznych brak jest wyraźnego powiązania zagadnień polityki zdrowotnej z postulatami przyjęcia tej legislacji i propozycjami wpływu na kształt ustawy, a ministerialny projekt (trzeci z kolei w ciągu kilku ostatnich lat) nie stanowi przedmiotu szerokiej debaty publicznej, politycznej i eksperckiej. Sytuacja ta niestety zasługuje na wyraźną krytykę, szczególnie w kontekście bardzo ogólnej deklaracji partii rządzącej o konieczności wprowadzenia tej zmiany w systemie prawa w ochronie zdrowia, za którą nie idą jednak konkretne kroki legislacyjne, a pozostałe partie wydają się również nie doceniać wagi problemu.

Przypisy

¹ Obecny np. w modelu determinant zdrowotnych Dalghra i Whithead.

² Opracowano na podstawie materiałów TVN24 pochodzących z debaty kandydatów na prezydenta RP. Na stronach internetowych Ruchu Obywatelskiego na rzecz Jednomandatowych Okręgów Wyborczych niestety nie ma żadnych informacji dotyczących kompleksowego programu Ruchu i w konsekwencji

także jakichkolwiek odniesień do polityki społecznej czy zdrowotnej.

³ Właściwe rządzenie (*good governance*) dotyczy całego sektora administracji publicznej, odnosi się zarówno do pożądanego sposobu podejmowania decyzji i zarządzania, jak i do wysokiej jakości działań podejmowanych przez państwo. Założenia właściwego rządzenia wskazują na konieczność zagwarantowania przez rządy uczciwego traktowania wszystkich obywateli, stwarzania możliwości korzystania z rozbudowanego zakresu świadczeń. Instytucje rządowe powinny być podmiotami zaufania, które działają w celu ochrony interesów kraju i całego społeczeństwa.

⁴ Zarządzenie MZ z dnia 28 lipca 2006 r.

Piśmiennictwo

- Głowacka M.D., Zdanowska J., *Zdrowie Publiczne w Polsce*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2013.
- Włodarczyk C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Kowalska I., Mokrzycka A., *Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012; 1: 31–44.
- Tulchinsky T.H., Varavikova E.A., *The New public health*, Academic Press, New York 2000.
- Wysocki M.J., Miller M., *Nowe Zdrowie Publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat*, w: Nosko J., *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2004: 142–152.
- Golinowska S., Włodarczyk C., Kowalska I., Mokrzycka A., Fyderek Ł., Sowa A. (red.), *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Wydawnictwo IPiSS, Warszawa 2007.
- Abel-Smith B., Figueras J., Holland W., McKee M., Mosialos E., *Choices in Health Policy. An Agenda for the European Union*, Dartmouth Publishing Co Ltd, Dartmouth 1995.
- Banaś I., *Polityka zdrowia publicznego w Polsce w kontekście priorytetów zdrowotnych deklarowanych w dokumentach Euro WHO (2014) – maszynopis*.
- Włodarczyk C., *Proces reformowania systemów opieki zdrowotnej. Analiza doświadczeń*, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Cezary%20Wlodarczyk.pdf>, dostęp: 20.05. 2014.

Możliwości wykorzystania oceny oddziaływania na zdrowie (*Health Impact Assessment* – HIA) przy rozwiązywaniu współczesnych dylematów polityki zdrowotnej

Joanna Kobza, Mariusz Geremek

Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Adres do korespondencji: Joanna Kobza, Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Publicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom, koga1@poczta.onet.pl

■ Abstract

Health Impact Assessment – the Opportunities to Address Current Issues in Health Policy

This paper focus on Health Impact Assessment (HIA) as an important approach in health policy and public health to evaluate policies, plans, projects, strategies and to determine their actual and potential impacts on health and distribution of health effects among general population. HIA provides decision makers, health professionals and the general public with evidence-based information resources on health effects of decision-making process. The aim of this consideration is to present the usefulness and need for HIA within policy and decision-making. Selected case studies concerning key areas of public authorities activities are presented based on projects findings and literature review. There are significant evidences of strong relations between health outcomes and policy-making process. Policy may influence the determinants of the health of the population through environmental, socio-economic, cultural, living and working conditions. The Health Impact Assessment is useful tool of identification and highlighting the health issues beyond the health-care sector, i.e.: urban planning, infrastructure, transport, housing, agriculture, industry, environment.

Key words: Health Impact Assessment, health inequalities, health policy

Słowa kluczowe: nierówności w zdrowiu, ocena oddziaływania na zdrowie, polityka zdrowotna

■ Wprowadzenie

Health Impact Assessment (HIA) – Ocena Oddziaływania na Zdrowie (OOZ) – stanowi połączenie procedur, metod i narzędzi, poprzez które działania władz publicznych: decyzja, program, projekt lub polityka mogą być ocenione pod względem potencjalnych skutków dla zdrowia populacji oraz ich dystrybucji [1]. Skutki te mogą być bezpośrednie i pośrednie, natychmiastowe bądź występujące po dłuższym czasie.

W ostatnich latach ocena wpływu na zdrowie stała się jednym z priorytetów zarówno władz centralnych, jak i lokalnych wielu krajów oraz instytucji międzyna-

rodowych, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Bank Światowy, znalazła także istotne miejsce w polityce Unii Europejskiej (UE). Artykuł 152 Traktatu Amsterdamskiego obligował państwa członkowskie do „zabezpieczenia wysokiego poziomu ochrony ludzkiego zdrowia przy wdrażaniu wszystkich działań i polityk na poziomie Wspólnoty” [2]. Znalazło to także potwierdzenie w Traktacie z Lizbony, który proponował wzmocnienie znaczenia kwestii zdrowia w polityce krajów UE [3].

Zgodnie z koncepcją przedstawioną przez Komisję ds. społecznych determinantów zdrowia WHO zdecydowana większość czynników mających wpływ na zdrowie populacji ogólnej oraz powstawanie nierówno-

ści w zdrowiu znajduje się poza systemem zdrowotnym [4]. WHO w dokumencie *Health in All Policies* obliuguje przedstawicieli władz publicznych do brania pod uwagę zdrowotnych konsekwencji procesu decyzyjnego dla populacji [5].

W ostatnich latach HIA stała się coraz bardziej powszechnie przyjętą formą oceny wpływu podejmowanych decyzji politycznych na zdrowie populacji ogólnej w wielu krajach wysoko rozwiniętych. Stosowanie tej strategii jest najbardziej rozpowszechnione w krajach skandynawskich i anglosaskich. Przykładowo rząd Szwecji nakazał Szwedzkiemu Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego popularyzację stosowania metodologii HIA we wszystkich strategicznych dziedzinach życia ludności [6]. W 2009 roku Senacka Komisja zaleciła rządowi Kanady, by przyjął jako obowiązkowe stosowanie HIA w odniesieniu do wszystkich wdrażanych decyzji, polityk, planów i programów [7]. W lipcu 2013 roku Kanadyjska Izba Lekarska wydała dokument, w którym rekomenduje rządowi federalnemu, aby wdrożył stosowanie HIA jako integralną część procesu legislacyjnego [8]. Również w 2009 roku Komitet Prewencji Chorób zadeklarował, iż rząd Danii będzie przeprowadzał ocenę wdrażanych polityk pod kątem wpływu na zdrowie na szczeblu centralnym i lokalnym, natomiast w Walii oraz Holandii zostały utworzone specjalne instytucje wspierające i popularyzujące stosowanie HIA (The Wales Health Impact Assessment Support Unit, przy Cardiff University, specjalna jednostka przy Netherlands School of Public Health) [9]. W większości nowych krajów członkowskich UE HIA jest w mniejszym stopniu spopularyzowana, mimo iż kraje te mają zarazem znaczące doświadczenie w ocenie oddziaływania na środowisko.

■ Materiał i metoda

Celem pracy jest próba zdefiniowania użyteczności strategii HIA jako narzędzia identyfikacji problematyki zdrowotnej w mechanizmie decyzyjnym władz publicznych oraz przedstawienia wybranych przykładów wykorzystania OZ przy rozwiązywaniu współczesnych problemów polityki zdrowotnej.

Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano przeglądu doniesień międzynarodowych, przedstawiających zarówno rozważania metodologiczne, jak i praktyczne aspekty implementacji HIA oraz dokumentów i raportów istotnych instytucji dla europejskiej polityki zdrowotnej. Wykorzystano także wyniki dwóch projektów, w których pierwszy autor niniejszej publikacji był kierownikiem zespołu polskiego, drugi autor wykonawcą.

Projekt pierwszy nosił nazwę „Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries NIA-NMAC” („Ocena wpływu na zdrowie w nowych krajach członkowskich i krajach przedakcesyjnych”) i był finansowany przez Komisję Europejską, DG SANCO (Dyrektoriat Generalny ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów), No 2004128 [10].

Celem projektu było rozpowszechnienie metodologii HIA, przeprowadzenie studiów przypadku w krajach partnerskich na podstawie metodyki HIA oraz wzmoc-

nienie w tym zakresie współpracy pomiędzy tzw. starymi i nowymi krajami członkowskimi UE. Projekt realizowało 11 ośrodków partnerskich w latach 2005–2007.

Projekt drugi, zatytułowany „Risk Assessment from Policy to Impact Dimension – RAPID” („Szacowanie ryzyka od decyzji politycznych do ich praktycznego wymiaru”), był finansowany przez Komisję Europejską, DG SANCO, przy współdziałaniu Health Executive Agency, No 2008105. Projekt realizowało 12 ośrodków partnerskich w latach 2009–2012. Głównym zadaniem projektu było opracowanie metodologii *top-down* oraz *bottom-up*, uwzględniającej pełny łańcuch zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy decyzją polityczną – determinantami zdrowia – czynnikami ryzyka a w rezultacie wynikami zdrowotnymi (ze szczególnym uwzględnieniem metodyki szacowania ryzyka zdrowotnego) oraz przedstawienie jej w praktyczny sposób na podstawie studiów przypadku.

1. Przykłady zastosowania wybranych metodologii oceny oddziaływania

International Association for Impact Assessment (IAIA) definiuje ocenę oddziaływania jako proces identyfikacji przyszłych konsekwencji obecnie prowadzonych działań [11]. Do najbardziej rozpowszechnionych strategii w tym zakresie należą: *Environmental Impact Assessment* (EIA; Ocena Oddziaływania na Środowisko – OOŚ), *Strategic Environmental Assessment* (SEA) oraz *Health Impact Assessment* (HIA; Ocena Oddziaływania na Zdrowie – OOZ).

Metodologia OOŚ stosowana jest w celu przewidywania potencjalnych skutków środowiskowych planowanych projektów przed wydaniem zgody na ich realizację.

Jednym z pierwszych państw, które wprowadziły obowiązek prognozowania skutków środowiskowych projektów zaakceptowanych do realizacji przez władze publiczne, były Stany Zjednoczone. Władze federalne zyskały możliwość skutecznej ochrony środowiska naturalnego wraz z przyjęciem w 1969 roku przez kongres Stanów Zjednoczonych *The National Environmental Policy Act* (NEPA) [12].

Na terenie Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej metodologia OOŚ została wprowadzona wraz z wejściem w życie dyrektywy 85/337/EWG z 27 czerwca 1985 roku. Jej zapisy obliowały kraje członkowskie do oceny potencjalnego wpływu na ekosystem przedsięwzięć publicznych i prywatnych polegających na wykonywaniu prac budowlanych (włącznie z wydobywaniem surowców mineralnych) na terenach unikatowych pod względem występującej tam fauny i flory, a także na obszarach istotnych dla dziedzictwa narodowego. Nieodzownym elementem procedury EIA był obowiązek przeprowadzania konsultacji społecznych oraz publikacja zebranych w trakcie prac danych. Po nowelizacji prawa wspólnotowego w 1997 roku OOŚ stanowi element prawodawstwa wszystkich krajów członkowskich UE.

Spopularyzowana w latach 90. XX wieku koncepcja SEA dotyczy działań z zakresu ochrony środowiska w skali makroekonomicznej [13]. Na terenie UE, aby

ocenić pojedynczy projekt, stosuje się OOS, natomiast opracowywanie programów na szczeblu narodowym bądź międzynarodowym przygotowywane jest zgodnie z założeniami dyrektywy SEA (2001/42/EC) z 2001 roku. Metodologia SEA uwzględnia zastosowanie wielu narzędzi analitycznych, pomocnych w ocenie powiązań aspektów środowiskowych planowanych przedsięwzięć z czynnikami społeczno-ekonomicznymi. Działania te wpisują się w założenia idei społeczeństwa obywatelskiego i doktryny zrównoważonego rozwoju [13].

Implementacja ocen środowiskowych sprzyja racjonalnemu gospodarowaniu surowcami naturalnymi oraz ochronie środowiska naturalnego. Wykazywanie implikacji problematyki środowiskowej z uwarunkowaniami społeczno-gospodarczymi populacji wpływa na praktyczną realizację idei zrównoważonego rozwoju i stabilizację sytuacji politycznej [14].

Szerokie spektrum strategii EIA i SEA dotyczy także wybranych elementów dobrostanu jednostki, jak m.in. ocena wpływu czynników środowiskowych w miejscu zamieszkania, pracy, problematyka gospodarki przestrzennej oraz infrastruktury publicznej. Nie obejmują one jednak wszystkich uwarunkowań mających wpływ na zdrowie populacji [12]. Wspólnymi elementami HIA oraz EIA są m.in. konsultacje społeczne, udział przedstawicieli środowiska naukowego oraz transparentność procesu badawczego. OOS stosowana jest na terenie UE, Ameryki Północnej, Australii oraz w wybranych krajach azjatyckich. O ile w UE przeważa koncepcja stosowania HIA jako samodzielnej metody, to w Kanadzie i Australii jest ona zwykle elementem OOS [12].

2. HIA jako jedno z podstawowych narzędzi polityki zdrowotnej

Wśród głównych założeń Karty Ottawskiej wymienia się intensyfikację działań ukierunkowanych na zwiększenie prozdrowotnej aktywności władz publicznych, umożliwiających poprawę dobrostanu jednostek, a w konsekwencji społeczeństw [15]. Czynniki stylu życia oraz uwarunkowania genetyczne determinują jego długość i jakość w aspekcie indywidualnym. W wymiarze zdrowia populacji jako podstawowe wymienia się czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe, związane ze środowiskiem pracy i zamieszkania [16]. Zdecydowana większość elementów determinujących dobrostan populacji znajduje się poza spektrum działań Ministerstwa Zdrowia, dlatego też obowiązkiem wszelkich władz publicznych jest uwzględnienie w swoich działaniach problematyki zdrowotnej oraz nadzór nad sprawiedliwą dystrybucją jej rezultatów (zgodnie z założeniami doktryny zrównoważonego rozwoju). Efektywność procesu decyzyjnego w aspekcie poprawy stanu zdrowia populacji jest ściśle związana ze skutecznością przewidywania długofalowych następstw planowanych lub już prowadzonych projektów, strategii, programów [16]. W tym kontekście metodologia HIA, umożliwiająca identyfikację oraz ocenę rezultatów zdrowotnych, wydaje się nieodzownym wsparciem dla procesu decyzyjnego. Dodatkowymi walorami strategii HIA są: zdolność przewi-

dywania skutków zdrowotnych wśród poszczególnych grup społecznych i wiekowych, możliwość wzmocnienia wpływu pozytywnego, a niwelowania negatywnego już na poziomie przygotowawczym, a także ochrona grup narażonych na wykluczenie społeczne [1].

Działania władz publicznych ukierunkowane na poprawę stanu zdrowia ogółu oraz sprawiedliwą dystrybucję tych korzyści są związane ze skuteczną oceną potencjalnych implikacji zdrowotnych.

Podstawowym celem zastosowania metodologii HIA jest wykazanie potencjalnych skutków zdrowotnych planowanych projektów, strategii, programów. Analiza przeprowadzona na podstawie wiarygodnych danych naukowych, przy udziale przedstawicieli środowiska naukowego oraz organizacji pozarządowych, stanowi wsparcie procesu decyzyjnego poprzez wskazanie wpływu zdrowotnego planowanych rozwiązań legislacyjnych. Późniejsze monitorowanie zgodności przewidywań ze stanem faktycznym prowadzi do lepszego zrozumienia mechanizmów procesu decyzyjnego i jego wpływu na dobrostan populacji [17]. Choć Komisja Europejska nie obliuguje do stosowania strategii HIA, to jej praktyczna implementacja zachodzi w większości państw członkowskich. Najbardziej spopularyzowana jest ona na szczeblu regionalnym i miejskim. Przeprowadzenie OOS zgodnie z zalecaną metodologią może mieć formę od kilkugodzinnego przeglądu piśmiennictwa do długotrwałego procesu angażującego szerokie gremium eksperckie, na przykład wtedy, kiedy trzeba poddać analizie kilkadziesiąt różnych determinant, pogrupowanych w poszczególnych kategoriach (ekonomiczne, środowiskowe, stylu życia i inne). Przykładem może tu być perspektywna analiza HIA odnośnie do budowy tunelu kolejowego Vitoria-Gasteiz, gdzie analizie poddano aż 27 istotnych, wybranych czynników [18].

3. Obszary implementacji HIA – wybrane przykłady

3.1. Zastosowanie metodologii HIA w sektorze polityki transportowej

Organizacja transportu zbiorowego oraz umożliwienie dostępu do nowoczesnej sieci dróg o przepustowości gwarantującej swobodę komunikacji na danym obszarze, a także ochrona zarówno uczestników ruchu drogowego, jak też osób pieszych to główne zadania władz publicznych, niezależnie od położenia geograficznego. Skuteczność działań prowadzonych w tym zakresie wymaga umiejętności posługiwania się nowoczesnymi narzędziami decyzyjnymi [19]. HIA znajduje zastosowanie w przewidywaniu skutków zdrowotnych polityki transportowej.

Stosowana w przeszłości do oszacowania wpływu czynników fizycznych i chemicznych związanych z transportem publicznym i infrastrukturą drogową strategia EIA okazała się niewystarczająca do oceny czynników społeczno-ekonomicznych [6]. Wzmocnienie procesu decyzyjnego w tym zakresie poprzez implementację elementów HIA sprzyja także realizacji postulatów doktryny zrównoważonego rozwoju. OOS używa się w celu

analizy bezpośredniego szkodliwego wpływu czynników akustycznych i zanieczyszczeń powstałych na skutek spalania paliw stałych, jak też uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i ich wpływu na poszczególne grupy populacji oraz społeczności zagrożone wykluczeniem społecznym (m.in. mniejszości etniczne, niepełnosprawni, dzieci i osoby starsze) [6]. Sprawnie funkcjonujący system transportu publicznego umożliwia bowiem aktywizację zawodową osób bezrobotnych, dostęp do placówek edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, udział w imprezach artystycznych oraz poprawę jakości żywienia poprzez zapewnienie dostępu do placówek handlowych oferujących zdrową żywność [20].

Spośród wszystkich przeprowadzonych OOOZ na terenie Stanów Zjednoczonych w latach 2005–2012 25,9% dotyczyło problematyki transportu, z czego zdecydowana większość prac koncentrowała się na jakości powietrza [19].

Jedną z ostatnich OOOZ przeprowadzoną została w 2012 roku na zlecenie Agencji Transportu Zatoki Massachusetts (Massachusetts Bay Transport Authority, MBTA), zajmującej się finansowaniem i zarządzaniem systemem transportowym w aglomeracji Bostonu. Konieczność redukcji planowanego na rok 2013 deficytu budżetowego, sięgającego 161 milionów dolarów amerykańskich, prowadziła do zmian w systemie opłat pasażerów oraz zmniejszenia liczby dostępnych połączeń. Głównym celem analizy przeprowadzonej przez ekspertów z Harvard School of Public Health i Boston University School of Public Health była ocena potencjalnych skutków zdrowotnych oraz ekonomicznych planowanych rozwiązań organizacyjnych. W ramach opcji pierwszej przewidywano wzrost cen biletów o 43% oraz redukcję 34–48 milionów przejazdów w aglomeracji w skali rocznej, proponowana opcja druga zakładała wzrost opłat za przejazd o 35% kosztem zmniejszenia liczby przejazdów o 54–64 miliony rocznie.

Zastosowana procedura badawcza obejmowała przegląd piśmiennictwa wraz z wytypowaniem wcześniejszych projektów o podobnej tematyce w celu odpowiedzi na pytanie, czy są dowody naukowe potwierdzające związek obranej tematyki z kwestią dobrostanu populacji (faza screeningu). Kolejnym krokiem było wyszczególnienie najważniejszych implikacji zdrowotnych i ekonomicznych planowanych rozwiązań. Głównymi rozpatrywanymi rezultatami były: wzrost natężenia ruchu drogowego oraz liczby wypadków komunikacyjnych, zanieczyszczenie powietrza, spadek aktywności fizycznej, utrudniony dostęp do jednostek opieki zdrowotnej, zwiększenie emisji CO₂ oraz podwyższenie poziomu hałasu (faza scopingu). Końcowymi działaniami procesu HIA było sporządzenie prognozy oczekiwanych skutków zdrowotnych oraz opracowanie zbioru rekomendacji koncentrujących się na potencjalnych możliwościach minimalizowania negatywnego ich wpływu.

Przeprowadzony proces badawczy wykazał, iż obie proponowane opcje wiązały się z niekorzystnymi zmianami stanu zdrowia populacji, negatywne skutki zdrowotne i ekonomiczne opcji drugiej znacząco jednak przeważały (**Tabela I**).

Raport końcowy przedstawiony w marcu 2012 roku wykazywał, iż oba rozpatrywane warianty zmian organizacyjnych na terenie aglomeracji bostońskiej wiązałyby się z istotnym pogorszeniem stanu zdrowia miejscowej populacji, a także prowadziłyby do znaczącego zwiększenia wydatków zarówno indywidualnych gospodarstw domowych, jak i władz publicznych. Rezultatem przeprowadzonej OOOZ była decyzja o wzroście cen biletów o 23% i redukcji jedynie niewielkiej liczby połączeń [19].

3.2. Ocena zagrożeń zdrowotnych związanych z hałasem

Hałas środowiskowy stanowi coraz istotniejsze zagrożenie dla populacji UE, a jednym z jego głównych źródeł jest ruch drogowy (32% populacji UE przebywa w ciągu dnia w środowisku, w którym poziom natężenia dźwięku przekracza 55 dB) [21]. Na terenie 27 krajów członkowskich UE obserwowana jest stała tendencja wzrostowa liczby samochodów na 1000 mieszkańców (dla 27 krajów UE z 375 w 1995 roku do 455 w 2006 roku). W odróżnieniu od krajów Europy Zachodniej w Polsce i innych państwach regionu znaczący odsetek samochodów osobowych to pojazdy starsze niż dziesięcioletnie, charakteryzujące się podwyższoną emisją spalin i hałasu (Litwa 86%, Łotwa 72%, Polska 71%) [22]. Stały wzrost narażenia na hałas zarówno w aglomeracjach miejskich, jak i na terenach wiejskich czynią zagadnienia ochrony populacji przed jego negatywnymi skutkami zdrowotnymi (zaburzenia zdrowia psychicznego, zaburzenia snu, choroby układu sercowo-naczyniowego, upośledzenie funkcji poznawczych) jednym z głównych zadań władz publicznych [21].

Metodologia HIA znajduje zastosowanie w badaniach naukowych dotyczących oceny wpływu negatywnych skutków hałasu na stan zdrowia dzieci i młodzieży. Badania przeprowadzone przez Mekel i współpracowników na terenie dwóch miast landu Nadrenii Północnej Westfalii dotyczyły narażenia na hałas drogowy dzieci w wieku 0–14 lat. Szczegółowe dane na temat infrastruktury mieszkaniowej i drogowej dotyczyły m.in. wysokości budynków, dobowego natężenia ruchu drogowego, ze szczególnym uwzględnieniem samochodów ciężarowych. Dane dotyczące zagrożonych populacji uwzględniały liczbę osób narażonych na poszczególne poziomy hałasu (różnice co 5 dB) zarówno w ciągu dnia, jak też w godzinach nocnych. Rezultatem przeprowadzonych badań było m.in. wykazanie, iż obniżenie narażenia na hałas o wartość 5 dB w obydwu miastach, zarówno w ciągu dnia, jak i w nocy, doprowadziłoby do zmniejszenia występowania zakłóceń snu u 25,3–27,7% dzieci. Wynik ten mógłby zostać osiągnięty np. poprzez zastosowanie nawierzchni drogowej o obniżonej emisji hałasu (spadek o około 7dB).

3.3. Ocena oddziaływania na zdrowie w procesie restrukturyzacji opieki szpitalnej

Dość paradoksalny wydaje się fakt, iż w obrębie sektora opieki zdrowotnej rutynowo nie stosuje się strategii HIA, nawet w tak oczywistych kwestiach, jak np. budo-

	Opcja pierwsza	Opcja druga
Wzrost natężenia ruchu drogowego	30 400 osób zmienia środek transportu ze zbiorowego na indywidualny, koszt ok. 160 milionów dolarów amerykańskich.	48 600 osób zmienia środek transportu ze zbiorowego na indywidualny, koszt ok. 186 milionów dolarów amerykańskich.
Wzrost zanieczyszczenia powietrza	Zwiększenie liczby zgonów oraz hospitalizacji z powodu astmy, chorób płuc, incydentów sercowo-naczyniowych, koszt ok. 22,7 miliona dolarów amerykańskich.	Zwiększenie liczby zgonów oraz hospitalizacji z powodu astmy, chorób płuc, incydentów sercowo-naczyniowych, koszt ok. 31,8 miliona dolarów amerykańskich.
Spadek aktywności fizycznej	Spadek aktywności fizycznej populacji o około 250 000 minut marszu dziennie, 8,2 miliona kalorii spalonych mniej każdego dnia, 70 nowych przypadków otyłości rocznie, 9 dodatkowych zgonów rocznie, koszty związane ze spadkiem aktywności fizycznej ok. 74,9 miliona dolarów amerykańskich.	Spadek aktywności fizycznej populacji o około 403 000 minut marszu dziennie, 13,1 miliona kalorii spalonych mniej każdego dnia, 120 nowych przypadków otyłości rocznie, 14 dodatkowych zgonów rocznie, koszty związane ze spadkiem aktywności fizycznej ok. 116,5 miliona dolarów amerykańskich.
Wypadki komunikacyjne	Wzrost liczby ofiar śmiertelnych uczestników ruchu drogowego (łącznie z pieszymi) o 0,79/100 000 mieszkańców, koszt ok. 33,6 miliona dolarów amerykańskich.	Wzrost liczby ofiar śmiertelnych uczestników ruchu drogowego (łącznie z pieszymi) o 1,15/100 000 mieszkańców, koszt ok. 48,8 miliona dolarów amerykańskich.
Dostęp do placówek ochrony zdrowia	550 gospodarstw domowych korzystających jedynie z transportu zbiorowego pozbawionych zostanie dostępu do placówek ochrony zdrowia.	2200 gospodarstw domowych korzystających jedynie z transportu zbiorowego pozbawionych zostanie dostępu do placówek ochrony zdrowia.
Emisja dwutlenku węgla, wzrost hałasu emitowanego przez pojazdy	Wzrost emisji CO ₂ o 58 000 ton rocznie, 500 osób dziennie będzie narażonych na poziom hałasu powyżej 60 dB, koszt ok. 1,9 miliona dolarów amerykańskich.	Wzrost emisji CO ₂ o 52 000 ton rocznie, 2000 osób dziennie będzie narażonych na poziom hałasu powyżej 60 dB, koszt ok. 1,7 miliona dolarów amerykańskich.

Tabela I. Przewidywane efekty zdrowotne i ekonomiczne wzrostu cen biletów oraz ograniczenia liczby połączeń w transporcie zbiorowym.

Źródło: James P., Ito K., Buonocore J.J., Levy J.I., Arcaya M.C., *A Health Impact Assessment of proposed public transit service cuts and fare increases in Boston, Massachusetts*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2014; 11(8): 8010–8024.

wa, modernizacja bądź restrukturyzacja szpitali. Istnieje kilka opisanych przypadków w literaturze międzynarodowej, ale jest ich stosunkowo niewiele. W tym kontekście niezwykle interesująca jest analiza procesu restrukturyzacji sektora opieki szpitalnej, przy zastosowaniu HIA, w gminie kanadyjskiej Sault Ste. Marie [23]. Władze miasta w prowincji Ontario stanęły w obliczu dokonania wyboru znaczącej modernizacji i przebudowy dotychczas istniejącego szpitala w centrum miasta lub też jego likwidacji i budowy nowego, w całkowicie innej lokalizacji. Podjęto decyzję o budowie nowego obiektu w północnej części miasta, poza centrum. Prowadzone na szeroką skalę prace budowlane, a później funkcjonowanie nowego obiektu stanowiły źródło wielu niekorzystnych czynników zdrowotnych, takich jak m.in.: hałas (związany z nocną pracą szpitala i lądowiskiem dla helikopterów), znaczące ograniczenie terenów zielonych, zmniejszenie liczby tras rowerowych oraz traktów dla pieszych, wzrost zanieczyszczenia powietrza, zwiększony ruch zarówno środków transportu publicznego, jak i samochodów, a także konsekwencje społeczno-ekonomiczne dla mieszkańców okolicznych dzielnic. Decyzja ta powodowała także wiele negatywnych konsekwencji dla mieszkańców centrum miasta, okolicy dotychczasowej lokalizacji szpitala, przede wszystkim społeczno-ekono-

micznych, czy utrudnień dostępu do usług medycznych osobom o ograniczonej mobilności. Wpływy zdrowotne zostały dokładnie zidentyfikowane przez władze samorządowe miasta tak, aby złagodzić albo wręcz uniknąć większości negatywnych konsekwencji podejmowanych decyzji i wdrażanych rozwiązań dla mieszkańców miasta w związku z restrukturyzacją szpitala miejskiego. Ocenę oddziaływania przeprowadzono ze szczególnym uwzględnieniem populacji dzieci, a wdrożone następnie rozwiązania miały na celu przede wszystkim ochronę tej grupy. Wprowadzono np. ograniczenia prędkości, różne nowoczesne technologie, aby zredukować emisję związków zanieczyszczających powietrze, zastosowano rozwiązania obniżające znacznie poziom hałasu (np. w odniesieniu do lądowiska helikopterów oraz pracy nocnej obiektu), wdrożono wiele innowacyjnych rozwiązań budowlanych, zabezpieczono odpowiednią liczbę parkingów opłacanych przy wykorzystaniu technologii elektronicznych dla usprawnienia ruchu i ułatwienia funkcjonowania mieszkańcom okolicznych terenów. Przeprowadzenie oceny wpływu na zdrowie dostarczyło niezwykle istotnych informacji, jak wieloma narzędziami dysponują władze lokalne w możliwości prowadzenia efektywnej polityki prozdrowotnej w planowaniu i wdrażaniu projektów modernizacyjnych miasta.

Choć politycy na szczeblu krajowym często podkreślają szczególne znaczenie poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, na poziomie lokalnym nie jest to już tak powszechnie brane pod uwagę przez decydentów. Przedstawiony przypadek dostarcza także dowodów na to, że ustawodawstwo wdrażane zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym w sposób skoordynowany także może się przyczyniać do wzmacniania działań władz lokalnych na rzecz ochrony zdrowia populacji.

3.4. Program Apehis – oszacowanie korzyści zdrowotnych wdrażania standardów mających na celu redukcję zanieczyszczenia powietrza

Liczne badania naukowe potwierdzają, iż utrzymujące się wysokie stężenia pyłów zawieszonych w powietrzu atmosferycznym stanowią jeden z głównych czynników środowiskowych wywierający szkodliwy wpływ na zdrowie populacji, przyczyniając się znacząco do wzrostu liczby zachorowań oraz umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz sercowo-naczyniowego. Przeprowadzona ocena wpływu na zdrowie w 23 miastach Europy [24] miała na celu dostarczenie decydentom politycznym w Europie informacji dotyczących aktualnego i potencjalnego wpływu zanieczyszczenia powietrza (pył zawieszony PM 10 oraz PM 2,5) na stan zdrowia populacji ogólnej. Wykazała ona, że możliwe jest obniżenie liczby przedwczesnych zgonów rocznie o 16 926 (w tym 11 612 z powodu chorób układu krążenia i układu oddechowego oraz 1901 zgonów z powodu nowotworów płuc), gdyby w każdym z badanych miast obniżono poziom długofalowego narażenia na PM 2,5 do 15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Ten spadek narażenia pozwoliłby zarazem na wzrost wskaźnika długości życia osób w wieku 30 lat od miesiąca do ponad 2 lat w miastach objętych programem Apehis 3. Wcześniejsze badania, Apehis 2, wykazały, że redukując długoterminowe narażenie na PM 10 nawet o bardzo nieznaczną ilość, jak np. 5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, można by uniknąć od 3300 do 7700 przedwczesnych zgonów rocznie w 19 miastach objętych programem. Przeprowadzona HIA dostarczyła politykom europejskim jednoznacznych dowodów zależności pomiędzy zanieczyszczeniem powietrza a wskaźnikami zdrowotnymi. Jedną z kluczowych rekomendacji projektu było podkreślenie, że standardy jakości powietrza powinny być szczególnie wdrażane w celu ochrony grup ludności najbardziej narażonych: dzieci, osób starszych, osób leczących się na choroby układu krążenia i układu oddechowego. Poziom pyłu zawieszzonego jest regulowany prawem unijnym od 1999 roku (*Air Quality Directive*), także WHO w swoich raportach rekomenduje dopuszczalne normy jego stężenia.

3.5. Ocena Planu dla Atlanty 2040 – innowacyjny przykład zastosowania HIA na poziomie regionalnym

Plan Regionalny dla Atlanty 2040 [25] jest długoterminowym, kompleksowym planem, który obejmie nie tylko miasto, lecz także cały region Atlanty, jedną

z większych metropolii w USA. Został on opracowany przez Regionalną Komisję Atlanty (Atlanta Regional Commission – ARC) i przyjęty w lipcu 2011 roku. Projekt jest bardzo innowacyjny, a jego realizacja daje niezwykłą szansę na rozwój całej aglomeracji oraz na trwałą poprawę zdrowia mieszkańców. Jest kompleksowy, łącząc działania w obrębie wielu różnych sfer polityki regionalnej, dotychczas całkowicie odrębnie zarządzanych, takich jak: transport, użytkowanie gruntów, budownictwo, gospodarka przestrzenna, gospodarowanie terenami zielonymi, gospodarka wodna, poprawa jakości środowiska, zmieniające się trendy demograficzne oraz uwarunkowania ekonomiczne. Zasadnicze założenia planu to: zaangażowanie w realizację projektu jak największej liczby osób, środowisk, instytucji, zwiększenie spójności regionu, wzrost i skomasowanie zaludnienia, by uczynić miasto bardziej zwartym w celu zachowania terenów poza miastem przed postępującą industrializacją, służących rekreacji, zaprojektowanie nowoczesnego, zróżnicowanego systemu transportowego z wykorzystaniem potencjału gospodarki przestrzennej, dającego możliwości różnych sposobów podróżowania. Projektowane jest włączenie jak najszerszego spektrum wskaźników zdrowotnych do planowania polityki transportowej, standaryzacja metod wyborów projektów służących realizacji ogólnego planu, zacieśnienie współpracy z instytucjami zajmującymi się kwestiami zdrowotnymi, stałe określanie priorytetów zdrowotnych, podjęcie aktywnych działań w celu redukcji nierówności w zdrowiu wśród mieszkańców.

Podjęto decyzję o włączeniu strategii HIA w projekt restrukturyzacyjny i to przeprowadzono. Wdrażając strategię HIA, zidentyfikowano pięć głównych obszarów, w których obrębie działania w ramach planu regionalnego mogą mieć konsekwencje zdrowotne: poprawa bezpieczeństwa, dostępność, równość i rozwój gospodarczy, aktywne życie mieszkańców, ekologia i zdrowe środowisko, polityka społeczna. Przeprowadzenie oceny miało na celu wsparcie Regionalnej Komisji Atlanty w jej pracy poprzez: wypracowanie i połączenie różnych metodologii w celu zbadania oddziaływania poszczególnych elementów projektu na zdrowie mieszkańców miast i gmin metropolii, wzmocnienie znaczenia problematyki zdrowotnej na wszystkich etapach realizacji i w większości obszarów projektu (szczególnie w polityce transportowej i zagospodarowaniu przestrzennym), stworzenie podstaw do wzajemnej współpracy władzy lokalnej z przedstawicielami lokalnych społeczności oraz ośrodkami eksperckimi. Opracowane rekomendacje przeprowadzonej oceny oddziaływania wskazały pozytywne i negatywne konsekwencje oraz wpływ realizacji projektu na stan zdrowia populacji i przyczyniły się do pewnych modyfikacji początkowych jego założeń. Wdrażanie strategii przy tak złożonym projekcie i na tak dużą skalę jest dość innowacyjnym pomysłem i, jak podkreślają autorzy przeprowadzonej oceny, była to pierwsza taka inicjatywa w dotychczasowym wdrażaniu HIA w świecie.

4. HIA skutecznym narzędziem w niwelowaniu nierówności w zdrowiu

Pomimo relatywnie wysokiego poziomu życia na terenie państw członkowskich UE, we wszystkich społeczeństwach istnieją dysproporcje wartości poszczególnych wskaźników zdrowotnych, np. w zakresie wskaźnika oczekiwanej długości życia – do 9 lat w przypadku kobiet i do 13 lat w przypadku mężczyzn, a różnice dotyczące wskaźnika umieralności niemowląt są nawet sześciokrotne [26]. Znacząco niższy dobrostan charakteryzuje grupy narażone na wykluczenie społeczne, wśród których znajdują się m.in. przedstawiciele środowisk emigranckich oraz mniejszości etnicznych. Różnice pomiędzy oczekiwaną długością życia dla osób z najwyższej i najniższej grupy społeczno-ekonomicznej dla wieku 0 wynoszą 6 lat dla kobiet oraz 10 lat dla mężczyzn [27]. Liczba utraconych lat życia powiązanych z problematyką nierówności w zdrowiu w 2004 roku osiągnęła poziom 11,4 miliona, a liczba zgonów szacowana była na 707 tysięcy. Nierówności w zdrowiu w krajach członkowskich UE wpływają także na niższą wartość oczekiwanej długości życia o 1,84 roku oraz oczekiwanej długości życia w zdrowiu o 5,14 roku [26]. Zdaniem ekspertów nierówności w zdrowiu w krajach UE w najbliższym czasie będą się jeszcze powiększać [28, 29]. W tym aspekcie strategia HIA jest skutecznym narzędziem pozwalającym redukować wciąż poszerzającą się dysproporcję pomiędzy poszczególnymi krajami członkowskimi UE i w obrębie tych państw [27]. W ocenie wpływu na zdrowie czynniki społeczno-ekonomiczne traktuje się jako jedne z ważniejszych determinantów zdrowia, natomiast brak jest standaryzowanych metod ich analizy, co znacząco utrudnia ich uwzględnianie w praktyce. Nawet w tych przypadkach, kiedy opracowywany plan lub wdrażana decyzja, polityka wydają się mieć wyraźne konsekwencje społeczne i ekonomiczne, urzędnicy zwykle nie przekładają ich na skutki zdrowotne.

HIA jest strategią, której głównym założeniem jest promowanie sprawiedliwości i równości w zdrowiu, a jednym z pierwszych etapów jej przeprowadzania jest identyfikacja grup ludności szczególnie narażonych na negatywne skutki zdrowotne danej polityki (m.in. dzieci, osoby starsze, osoby żyjące w trudnych warunkach materialnych, przewlekle chorzy).

5. HIA – bariery i korzyści jej implementacji w opinii lokalnych decydentów

Zasadniczą korzyścią stosowania strategii HIA jest dostarczenie przedstawicielom władz informacji na temat wpływu podejmowanych przez nich działań na zdrowie populacji. Podmioty zaangażowane w proces decyzyjny często nie mają świadomości odnośnie do wpływu danej decyzji, polityki lub programu na stan zdrowia i nierówności w zdrowiu. Stosowanie strategii HIA może się przyczynić do podniesienia wiedzy urzędników, w jaki sposób dana polityka m.in.: społeczna, gospodarcza, finansowa, zagospodarowania przestrzennego, transportu,

dotycząca warunków mieszkaniowych i pracy, może mieć istotny skutek zdrowotny i w jaki sposób może się przyczyniać do zmniejszania lub pogłębiania tych różnic.

Dokonujące się w ostatnich dekadach w Polsce i pozostałych krajach regionu zmiany polityczne i ekonomiczne niosą z sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, lecz także zagrożenia dla zdrowia wielu grup ludności. Polska, mimo znaczącego postępu ekonomicznego i technologicznego w ostatnim dziesięcioleciu, znajduje się ciągle w grupie krajów o dużym zróżnicowaniu społecznym i zdrowotnym [30]. Na tej podstawie można sformułować tezę, iż stosowanie oceny oddziaływania byłoby wskazane [31]. Aczkolwiek mimo iż HIA jest coraz bardziej popularyzowana i wdrażana przez lokalnych urzędników w krajach wysoko rozwiniętych, a prezentowane przykłady jej stosowania wydają się dość przekonujące, w krajach Europy Środkowej i Wschodniej nie ma ona zbyt wielu zwolenników wśród przedstawicieli władzy publicznej, zwłaszcza na poziomie lokalnym. W trakcie realizacji projektu HIA-NMAC autorzy próbowali zbadać przyczyny takich zachowań [32].

W Polsce oraz pozostałych krajach uczestniczących w projekcie zostały przeprowadzone szczegółowe wywiady (na podstawie kwestionariusza) z przedstawicielami władz lokalnych wybranych miast i instytucji województwa śląskiego na temat zarówno pozytywnych przesłanek, jak i przeszkód w stosowaniu strategii HIA przy wybranych inwestycjach infrastrukturalnych. Zgodnie z wytycznymi projektu w grupie respondentów były osoby piastujące stanowiska zarówno z wyborów bezpośrednich, jak i osoby nominowane, uznano, iż porównanie tak różnych opinii będzie interesujące. Byli to: prezydent miasta oraz dwóch burmistrzów (samorządowcy wybierani w wyborach powszechnych), marszałek województwa (wybierany przez sejmik wojewódzki), a także przedstawiciele instytucji, których rola wydaje się istotna w lokalnej polityce: Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny oraz dyrektor Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Wybrani respondenci reprezentowali miasta o dość zróżnicowanych uwarunkowaniach społecznych, ekonomicznych, kulturowych, środowiskowych, pomimo położenia w jednym obszarze aglomeracji Górnego Śląska. W miastach tych zachodzą od wielu lat dość istotne przemiany związane zarówno z procesem restrukturyzacji, jak i modernizacji, należy również nadmienić, że interesujące jest zestawienie opinii marszałka województwa z prezydentem i burmistrzami. Wywiady były poprzedzone szkoleniem, bowiem wszystkim respondentom HIA była nieznana przed wywiadem, jednakże z dużym zainteresowaniem zapoznali się oni z przedstawioną metodologią oceny oddziaływania na zdrowie.

Podsumowując opinie respondentów-samorządowców, ich zdaniem pewne elementy HIA są powszechnie stosowane w związku z koniecznością wdrażania niektórych dyrektyw UE, aczkolwiek odrębnie. Respondenci ci podali liczne przykłady dla poparcia tego stwierdzenia. Lokalni politycy wskazali pozytywne, w ich opinii, aspekty i korzyści odnośnie do stosowania HIA. Wyrazili oni przekonanie, iż implementacja HIA przyczynia się w dużej mierze do legitymizacji działań lokalnej władzy

oraz do poprawy jej wizerunku w oczach mieszkańców. Stwierdzili, że HIA jest także pomocnym narzędziem w prowadzeniu dialogu społecznego i może się przyczynić do polepszenia relacji władzy z lokalną społecznością. Wzmacnia ona poczucie tzw. społeczeństwa obywatelskiego, zwłaszcza w sytuacji gdy przedstawiciele lokalnej społeczności są jedną z grup uczestniczących w przeprowadzaniu HIA. Stosowanie HIA, ich zdaniem, jest rodzajem procesu autokontroli decyzji podejmowanych przez lokalną administrację, niewątpliwie pomocnym w procesie decyzyjnym, przyczyniającym się do większej transparentności działań władzy. Zasadniczą pozytywną przesłanką stosowania HIA, jaką podkreślili respondenci, jest ochrona zdrowia lokalnej populacji w trakcie wykonywanych inwestycji.

Definiując bariery stosowania HIA, trzech respondentów-samorządowców wskazało przede wszystkim dodatkowe koszty i obciążenia dla budżetów miast, dwóch wskazało na bariery społeczne, jeden z urzędników nie obawiał się wzrostu kosztów.

Jako istotne utrudnienie wskazano potrzebę regularnej współpracy z różnymi środowiskami eksperckimi, co szalenie wydłuża proces decyzyjny, opóźnia i komplikuje prowadzenie inwestycji, co jest istotne zwłaszcza w ramach funduszy UE, gdzie decyzje trzeba podejmować szybko, gdyż są bardzo ściśle określone ramy czasowe możliwości wykorzystania środków finansowych.

Lokalni politycy nie byli w stanie jednoznacznie określić, czy profity stosowania HIA przewyższają niedogodności związane z całym procesem, wyrazili raczej swój sceptycyzm co do chęci implementacji HIA przez nich samych oraz przedstawili stanowisko przeciw wdrażaniu ustawodawstwa, które nakazywałoby stosowanie HIA. Jeśli natomiast stosowanie HIA miałyby być uregulowane prawnie na poziomie krajowym, wówczas oczekują oni wsparcia, zwłaszcza w aspekcie szkoleń.

Reasumując, respondenci-politycy wskazali liczne bariery stosowania strategii HIA: finansowe, organizacyjne, społeczne, mentalne i kulturowe, przyznali zarazem, iż kwestie zdrowotne nie są aktualnie uwzględniane przy podejmowanych decyzjach.

Dwóch pozostałych respondentów, reprezentujących instytucje, przedstawiło opinie zdecydowanie bardziej przychylne odnośnie do implementacji strategii HIA. Jednemu z badanych metodologia ta była nieznana, ale wykazał znaczące zainteresowanie w trakcie szkolenia, drugiej z osób badanych była ona znana i zaznaczyła ona swoje pozytywne nastawienie do stosowania HIA. Obaj respondenci wyrazili przekonanie, podobnie jak samorządowcy, że wiele elementów HIA jest już stosowanych w lokalnej polityce, aczkolwiek odrębnie. Jeden z respondentów wyraził aprobatę dla regulacji prawnej nakazującej stosowanie HIA, obaj wyrazili opinie, iż instytucje, którymi kierują, są w pełni przygotowane i mogłyby odegrać istotną rolę w szkoleniach i wdrażaniu HIA w Polsce. Oceniając pozytywne aspekty stosowania HIA, wskazali na większe zaangażowanie lokalnych ośrodków eksperckich, akademickich – proces decyzyjny byłby bardziej rozszerzony, gdyż nie tylko politycy podejmowałiby decyzje. Przeszkody w stosowaniu HIA to

dłuższy proces decyzyjny oraz większe koszty. Obaj wyrazili konieczność rozpowszechniania wiedzy na temat HIA w kontekście wpływu wielu czynników zewnętrznych na zdrowie populacji.

Należy nadmienić, że wyniki wywiadów prowadzonych z grupą wybranych lokalnych decydentów w Polsce były dość podobne do uzyskanych przez pozostałe ośrodki partnerskie projektu w innych krajach regionu (Litwa, Bułgaria, Słowacja, Węgry), natomiast różniły się znacząco od wyników w krajach tzw. EU-15, o znacznie dłuższych tradycjach demokratycznych prowadzonej polityki samorządowej.

W ramach realizacji projektu RAPID przeprowadzono warsztaty szkoleniowe dla przedstawicieli wydziałów zdrowia kilku miast aglomeracji Górnego Śląska: Katowic, Gliwic, Rudy Śląskiej i Bytomia. Warsztaty dotyczyły zależności podejmowanych decyzji, w szerszym znaczeniu – prowadzonej polityki, determinant zdrowia, wybranych czynników ryzyka zdrowotnego, np. stylu życia (palenie tytoniu, konsumpcja alkoholu, dieta, aktywność fizyczna), społeczno-ekonomicznych, środowiskowych oraz ich wpływu na wskaźniki zdrowotne. Obecni przedstawiciele lokalnych samorządów wskazali, że w procesie decyzyjnym reprezentowanych przez nich magistratów konsekwencje zdrowotne nie są w ogóle brane pod uwagę w planowanych przedsięwzięciach inwestycyjnych, brak jest stałej formy współpracy czy też koordynacji pomiędzy poszczególnymi wydziałami, co uniemożliwia wspólne uzgodnienia. Nie praktykuje się żadnych konsultacji eksperckich ze względu na to, że nie jest to przewidziane w ramach procedur formalnych. Lokalni urzędnicy przyznali także, iż w podejmowaniu decyzji inwestycyjnych, w obecnych realiach, bierze się pod uwagę przede wszystkim koszty finansowe i czas wykonania, zaznaczyli oni także istotną kwestię – chociaż reprezentują wydziały zdrowia, nie posiadają elementarnych naukowych podstaw wiedzy na temat wskaźników zdrowotnych, determinant zdrowia oraz czynników ryzyka zdrowotnego ani też istniejących zależności między nimi.

Podobnie wstępne badania pilotażowe prowadzone w ramach projektu HIA-NMAC, w różnych formach (kwestionariusze, wywiady, rozmowy bezpośrednie) wykazały, iż istnieje znaczące zapotrzebowanie na pogłębienie wiedzy dotyczącej wpływu czynników środowiskowych, społeczno-ekonomicznych oraz stylu życia na zdrowie populacji wśród przedstawicieli władz publicznych.

Należy podjąć wiele działań, by podnieść poziom wiedzy i przekonać urzędników w Polsce do brania pod uwagę kwestii zdrowotnych w swoich działaniach. Uwzględniając ich obawy, muszą to być rozwiązania proste, eliminujące wskazywane przez nich utrudnienia. W krajach wysoko rozwiniętych stosuje się w tym celu różne rozwiązania. Przykładem może być Londyn, w którym do 2008 roku HIA była stosowana przy wdrażaniu prawie każdej nowej decyzji. Wynikało to z faktu, iż ówczesne władze miasta uważały promowanie zdrowia za priorytetowe. Wszystkie przygotowywane projekty, plany trafiały do Londyńskiej Komisji Zdrowia (London

Health Commission), która oceniała je pod wpływem potencjalnych konsekwencji zdrowotnych. Wszyscy zaangażowani w dany projekt urzędnicy otrzymywali opinię komisji, a następnie uczestniczyli w jednodniowym szkoleniu, na którym były omawiane potencjalne negatywne skutki zdrowotne podejmowanych decyzji w celu ewentualnych modyfikacji danej strategii. W dalszej kolejności Londyńska Komisja Zdrowia przygotowywała nowy raport na temat procedowanej strategii na podstawie dyskusji na szkoleniu i wcześniejszych prac. Raport ten był następnie analizowany przez Radę Wielkiego Londynu (Greater London Council), która mogła wprowadzić znaczące poprawki do danej strategii, ustawy, projektu, zanim nastąpiło jej ostateczne wdrożenie [9].

Podsumowanie i wnioski

Liczne opracowania międzynarodowe wskazują na zasadność stosowania strategii HIA w przypadku wdrażania planów, decyzji, programów, regulacji prawnych, które mogą mieć bezpośredni lub pośredni wpływ na zdrowie poprzez oddziaływanie na warunki społeczne, ekonomiczne i środowiskowe i inne lokalnych społeczności. Także główne instytucje w kreowaniu międzynarodowej polityki zdrowotnej starają się do tego przekonywać w swoich dokumentach. W opinii wielu ekspertów, entuzjastycznie postrzegających korzyści wynikające z implementacji HIA, może być ona skutecznym narzędziem niwelującym nierówności w zdrowiu oraz przyczyniać się do eliminacji wykluczenia społecznego, budowania i wzmocnienia społeczeństwa obywatelskiego, a w konsekwencji stabilizacji sytuacji politycznej i wspomagania procesu zrównoważonego rozwoju. Należy oczywiście brać pod uwagę liczne ograniczenia w rzeczywistej ocenie efektywności i skuteczności HIA, stanowi ona bowiem jedynie dość ogólne ramy koncepcyjne, a jednym z bardziej dyskusyjnych aspektów może być bezstronność w jej prowadzeniu. Jednakże badania 15 przypadków HIA, mające na celu analizę kosztów i korzyści, wykazały jednoznacznie przewagę zysków jej stosowania [33].

Jak zostało to już wspomniane w niniejszym rozważaniu, prowadzenie polityki zdrowotnej nie leży obecnie wyłącznie w gestii Ministerstwa Zdrowia, a podejmowanie aktywnych działań w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób staje się w ostatnich latach coraz bardziej istotnym priorytetem w podnoszeniu efektywności systemu opieki zdrowotnej, wzrasta jej znaczenie w odniesieniu także do roli medycyny naprawczej. W tym kontekście ocena oddziaływania na zdrowie może być jednym z istotnych narzędzi, pomocnym w prowadzeniu racjonalnych działań na rzecz zdrowia publicznego, czyli stałej poprawy stanu zdrowia populacji ogólnej.

Analiza dotychczasowych doświadczeń pozwalała na sformułowanie pozytywnych przesłanek wdrażania strategii HIA w procesie decyzyjnym; zasadnicze z nich są następujące:

1. Identyfikacja aspektów zdrowotnych w dziedzinach niezwiązanych bezpośrednio z systemem zdrowotnym.
2. Poprawa stanu zdrowia ludności oraz redukcja ekspozycji na zagrożenia zdrowotne.

3. Niwelowanie nierówności w zdrowiu.
4. Rozwój wielosektorowej współpracy pomiędzy administracją publiczną, środowiskami akademickimi, instytucjonalnymi, eksperckimi, podmiotami prywatnymi i przedstawicielami lokalnej społeczności.
5. Zwiększenie poziomu wiedzy oraz zaangażowania przedstawicieli władz publicznych w problematykę zdrowia.
6. Przewidywanie skutków zdrowotnych aktów prawnych, decyzji politycznych, programów, projektów, określenie rozmiaru skutku zdrowotnego, jego pozytywnego bądź negatywnego wymiaru w celu wzmocnienia pozytywnego rezultatu oraz redukcji skutków negatywnych.
7. Instytucjonalizacja problematyki zdrowotnej na szczeblu decydenckim.

Natomiast najczęściej wymieniane przez polityków ograniczenia w stosowaniu HIA mają charakter finansowy, organizacyjny, społeczny, mentalny i kulturowy, wskazywano przede wszystkim na większe koszty oraz potrzebę dodatkowej, regularnej współpracy ze środowiskami eksperckimi, co szalenie wydłuża proces decyzyjny, a w konsekwencji opóźnia i komplikuje prowadzenie inwestycji.

Piśmiennictwo

1. WHO Regional Office for Europe, *Gothenburg consensus paper: Health Impact assessment. Main concepts and suggested approach*, Brussels 1999.
2. *Treaty of Amsterdam amending the Treaty on European Union, the Treaties Establishing the European Communities and Certain Related Acts*, 1997 O.J. C 340/1.
3. *Consolidated Version of the Treaty on European Union*, 2010 O.J. C 83/01.
4. World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva 2008.
5. Stahl T., Wismar M., Ollila E., Lahtinen E., Leppo K., *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki 2006.
6. Swedish National Institute of Public Health, *Health Impact Assessment of a road traffic project. Case study: Route 73*, EDITA, Sztokholm 2005.
7. Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *A healthy productive Canada: A determinant of health approach. Final report of the Subcommittee on Population Health*, Ottawa 2008.
8. Canadian Medical Association, *What makes us sick?*, Ottawa 2013.
9. Kemm J., *How can HIA support Health in All Policies*, XI HIA International Conference „In times of crisis, healthier ways”, Granada, Spain 14–15 April 2011.
10. Gulis G., *Health Impact Assessment in New Member States and Pre-Accession Countries NIA-NMAC*, Esbjerg 2008.
11. International Association for Impact Assessment, online, www.iaia.org; dostęp: 15.03.2015.
12. Bhatia R., *Protecting Health Using an Environmental Impact Assessment: A Case Study of San Francisco Land Use*

- Decision-making*, „American Journal of Public Health” 2007; 97(3): 406–413.
13. Sheate W., *EIA and SEA: their inter-relationship and role as instruments for sustainable development*, 4th Meeting of the Parties to the UNECE Convention on EIA in a Transboundary Context (Espoo, 1991), The Convention ten years after its entry into force: future directions, Bucharest 2008.
 14. Organization for Economic Cooperation and Development, *Applying Strategic Environmental Assessment, Good practice guidance for development co-operation*, OECD Publishing, Paryż 2006.
 15. *Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada 1986.
 16. Kemm J., *Health Impact Assessment: a tool for Healthy Public Policy*, „Health Promotion International” 2001; 16(1): 79–85.
 17. Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J., *The effectiveness of Health Impact Assessment*, World Health Organization, Copenhagen 2007.
 18. Gomez F., Estibalez J.J., *Health Impact Assessment of the tunnelling of the railroad in Vitoria-Gasteiz*, XI HIA International Conference „In times of crisis, healthier ways”, Granada, Spain 14–15 April 2011.
 19. James P., Ito K., Buonocore J.J., Levy J.I., Arcaya M.C., *A Health Impact Assessment of proposed public transit service cuts and fare increases in Boston, Massachusetts*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2014; 11(8): 8010–8024.
 20. Flourmoy R., *Healthy Foods, Strong Communities*, „Shelterforce” 2006, Issue 147.
 21. Mekel O., Sierig S., Classen T., *Feasibility study of HIA (Health Impact Assessment) on road traffic noise induced health effects on children*, „Pollution Atmospherique” 2012; 216: 343–352.
 22. Eurostat, *Passenger cars in the EU (Data from July 2014)*, online, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Passenger_cars_in_the_EU; dostęp: 15.03.2015.
 23. Rattle R., *Health Impact Assessment, Municipal Development Practices, and Children Health*, „International Journal of Child, Youth and Family Studies” 2015; 6(2): 308–327.
 24. Boldo E., Medina S., Le Tertre A., Hurley F., Mücke H.-G., Ballester F., Aguilera I., Eilstein D., *Aphesis. Health impact assessment of long-term exposure to PM2.5 in 23 European cities*, „European Journal of Epidemiology” 2006; 21: 449–458.
 25. Center for Quality Growth and Regional Development at the Georgia Institute of Technology, *Health Impact Assessment of Atlanta Regional Plan 2040*, Atlanta 2012.
 26. Health & Consumer Protection Directorate-General, *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*, Rotterdam 2007.
 27. European Commission, *Commission staff working document. Report on health inequalities in the European Union*, Brussels 2013.
 28. Galobardes B., Shaw M., Lawlor D.A., Lynch J.W., Smith G.D., *Indicators of socioeconomic position (part 1)*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2006; 60(7): 7–12.
 29. Marmot M., *Fair Society, Healthy Lives, Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*, The Marmot Review, London, 2010.
 30. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Health status of Polish population and its determinants*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
 31. Kobza J., Woźniak J., Geremek M., Pastuszka J., *Metodologia HIA jako narzędzie oceny wpływu czynników socjoekonomicznych na zdrowie*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2006; 60, Supl. 95: 73–76.
 32. Kobza J., Woźniak J., Geremek M., *Perspektywy stosowania strategii Health Impact Assessment w Polsce*, Śląsk, Katowice 2009.
 33. O’Reilly J., Trueman P., Redmond S., et al., *Cost-benefit analysis of health impact Assessment*, Department of Health, London 2006.

Współpraca sektora zdrowia i edukacji z wykorzystaniem idei *Health Impact Assessment*

Alicja Domagała

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Alicja Domagała, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, alicja.domagala@uj.edu.pl

Abstract

Cooperation between the health sector and education, based on the idea of the Health Impact Assessment

The main aim of this article is to emphasize the interrelationships between educational activities and the state of health of the population, based on the use of Health Impact Assessment. According WHO, Health Impact Assessment is defined as: “a combination of procedures, methods, and tools by which a policy, program, or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within that population.” An HIA is intended to support decision-making choose among options by predicting the health consequences of each option. Health Impact Assessment looks at health from a community perspective. It considers different determinants of health (e.g. social, economic, political, physical) when examining the potential health effects of a proposal. Activities of educational sector have significant impact on the health of both individuals and society as a whole. This impact is obvious (education is important social determinant of health) and supported by a number of scientific evidence. Better understanding of the relationship between education and health will help to identify where intervention is most appropriate and effective in improving both individual and population health. In Poland there is no proven models of cooperation between these two sectors, so it is necessary to take joint action and close cooperation between Ministry of Health, Ministry of Education, Ministry of Sport and many other organizations active in this field.

Key words: determinants of health, education, Health Impact Assessment

Słowa kluczowe: determinanty zdrowia, edukacja, ocena skutku zdrowotnego

Wprowadzenie

Artykuł koncentruje się na wzajemnych powiązaniach pomiędzy działaniami edukacyjnymi a stanem zdrowia populacji, ze szczególnym uwzględnieniem idei *Health Impact Assessment* (HIA)¹.

Podejście HIA do zdrowia jest podejściem z perspektywy społeczności, rozważa zarówno uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, polityczne, jak również fizyczne determinanty zdrowia, po przeanalizowaniu wszystkich możliwych skutków planowanej interwencji. Metoda HIA (w języku polskim określana jako ocena skutku zdrowotnego) jest ustrukturyzowanym wsparciem dla scharakteryzowania przewidywanych skutków zdrowotnych decyzji, zarówno niekorzystnych, jak i korzystnych dla zdrowia². Metoda HIA jest definiowana

na wiele sposobów, najbardziej popularna jest definicja przyjęta w 1999 roku podczas spotkania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Göteborgu, zgodnie z którą HIA to „kombinacja procedur, metod i narzędzi, przy użyciu których można dokonywać oceny wpływu skutków różnych interwencji (działań, polityk, programów lub projektów) na zdrowie populacji oraz rozkład tych skutków w populacji” [1]. Metoda HIA jest sposobem sprawdzania, czy i jak proponowane/planowane działanie lub polityka wpłynie na zdrowie ludzi, których to działanie będzie dotyczyć. Zamiarem metody HIA nie jest rozstrzygnięcie problemu czy też podjęcie konkretnej decyzji, ale wsparcie procesu decyzyjnego. Narzędzie to pomaga decydującym dokonać wyboru spośród kilku opcji, przewidując konsekwencje każdego z rozważanych wariantów.

Zamiast ustalonej sztywnej struktury procesu metoda HIA posiada możliwość indywidualnego dopasowania do potrzeb i warunków różnych lokalizacji i okoliczności. Może więc być stosowana na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym oraz międzynarodowym i może być stosowana w odniesieniu do działań i polityk różnych sektorów, np. rolnictwa, budownictwa, transportu, górnictwa, przemysłu, edukacji. Narzędzia HIA mogą być pomocne w podejmowaniu decyzji w takich sferach, jak np. polityka podatkowa, polityka zagraniczna, strategię zatrudnienia i planowanie urbanistyczne. Metoda HIA angażuje jednego lub więcej praktyków – dobrze wykształconych i posiadających doświadczenie w zakresie HIA – analizujących dostępne badania na temat potencjalnych problemów i gromadzących dowody naukowe od ekspertów z danego obszaru działania lub polityki, mieszkańców lub członków społeczności lokalnej, urzędników z przedmiotowego sektora, profesjonalistów medycznych itd. Ponadto praktycy HIA mogą uczestniczyć lub organizować spotkania z udziałem różnych sektorów, włączając przedstawicieli społeczeństwa w spotkania z deweloperami, urzędnikami i innymi osobami nadzorującymi proces w celu zebrania jak najszerszych informacji na temat potencjalnych skutków zdrowotnych. Praktycy HIA przygotowują raport, który powinien być zaprezentowany wszystkim zainteresowanym stronom, włączenie ze społeczeństwem. Osoby będące decydentami w kwestii konkretnego projektu lub polityki mogą następnie wykorzystać ten raport – zawierający rekomendacje i zalecenia dla poszczególnych opcji – w celu informowania o swojej decyzji.

Metoda HIA, w zależności od okoliczności, może być zlecona przez agencje rządowe lub innych decydentów zaangażowanych w dane działanie czy politykę: przez realizatora działań/wykonawcę projektu, przez samorząd lokalny, regionalny lub przez mieszkańców albo grupę mieszkańców. Na ogół niezależnie od tego, kto zleca metodę HIA, największą wagę ma ona wtedy, gdy jej idea posiada wsparcie autorytetu władzy.

Zakres potencjalnych zastosowań koncepcji HIA jest bardzo szeroki, metoda ta może być w zasadzie stosowana wszędzie [2].

W zależności od czasu, zasobów i dostępnych kadr metoda HIA na ogół jest prowadzona w jeden z trzech sposobów [3]:

- **HIA typu „Desktop”** – ta metoda HIA jest procesem stacjonarnym, skoncentrowanym głównie na dostępnych badaniach i kontaktach telefonicznych z poszczególnymi zainteresowanymi stronami. Na ogół jest prowadzona przez jedną lub dwie osoby i zajmuje od dwóch do sześciu tygodni.
- **HIA Szybka** – taka metoda HIA obejmuje zarówno dostępne badania, jak i szybkie techniki oceny, w tym badania terenowe i analizę piśmiennictwa. Mimo że może być prowadzona przez jednego lub dwóch badaczy, może także angażować więcej osób i trwać około trzech miesięcy.
- **HIA Kompleksowa** – taki sposób prowadzenia HIA ma na celu znalezienie jak największej liczby dowodów naukowych, przy zastosowaniu szerokiego

przeгляdu piśmiennictwa i innych dostępnych metod naukowych, wywiadów pogłębionych, badań kwestionariuszowych, badań oryginalnych (o ile istnieją) i rzetelnych kontaktów z ekspertami i agencjami z sektorów zaangażowanych w projekt podlegający ocenie. Taka metoda HIA wymaga szerszego zespołu i może trwać sześć miesięcy lub więcej.

Ideą HIA jest planowanie poprzez proces partycypacyjny, który angażuje wszystkich interesariuszy i odbywa się we współpracy wszystkich zainteresowanych stron. W praktyce może to oznaczać zachęcenie różnych agencji rządowych do wspólnej pracy i wzajemnej wymiany informacji. Może to także oznaczać zmianę sposobów działania i uczestnictwo społeczeństwa w podejmowaniu decyzji.

Aby metoda HIA była bardziej użyteczna, powinna być przeprowadzona, zanim dane działania czy polityka są wdrożone, wtedy wpływ na zdrowie, czy to pozytywny, czy negatywny, może zostać uwzględniony w ostatecznym projekcie. W praktyce HIA czasami przebiega równoległe wraz z realizowanym działaniem lub polityką albo retrospektywnie – po zakończeniu działania. Metoda HIA przeprowadzana zarówno równoległe z realizowanym projektem, jak i po jego zakończeniu jest lepszym rozwiązaniem niż brak tego typu działań i może skutkować wprowadzeniem korekt, które przyniosą pozytywny wpływ na zdrowie. Łatwiej jest oczywiście zaadaptować plany, niż zmienić coś, co już jest zbudowane lub obowiązujące, najlepiej więc, jeśli metoda HIA jest przeprowadzana przed wdrożeniem rozważanych projektów czy interwencji.

Metoda HIA może być prowadzona w odniesieniu do czterech podstawowych wartości [3]:

1. **Demokracja.** Tam, gdzie to możliwe, wszyscy interesariusze, których dotyczy planowane działanie lub polityka, powinni mieć głos podczas prowadzenia HIA, w trakcie planowania i rozwoju działań i powinni rozumieć potencjalne konsekwencje planowanej interwencji.
2. **Sprawiedliwość.** Metoda HIA powinna oceniać wpływ na zdrowie całej populacji, wszyscy powinni być traktowani sprawiedliwie i równo, ze szczególną uwagą skierowaną na najsłabsze grupy społeczne (dzieci, osoby starsze, osoby o najniższym dochodzie itd.).
3. **Zrównoważony rozwój.** Uwaga powinna być skoncentrowana zarówno na krótko-, jak i długoterminowym wpływie planowanego działania lub polityki. Oznacza to, że duży projekt czy polityka powinny być badane nie tylko w świetle bieżących skutków zdrowotnych, ale również potencjalnych skutków w przyszłości.
4. **Etyczne wykorzystanie dowodów.** Badania w procesie HIA powinny być obiektywne i odnosić się do rzeczywistych warunków, zamiast wykorzystywać wyniki potwierdzające preferowany wariant. Oznacza to, że należy wyszukać i wskazać wszystkie dostępne informacje, a nie tylko te, które popierają preferowane stanowisko.

Etyczne wykorzystanie dowodów koncentruje się nie tylko na etyce, lecz także na skuteczności metody HIA. Na ogół wyróżnia się cztery poziomy skuteczności metody HIA [3]:

- **Bezpośrednia skuteczność** występuje wtedy, gdy w rezultacie przeprowadzenia HIA dokonano modyfikacji projektu lub polityki.
- **Ogólna skuteczność** ma miejsce, gdy metoda HIA została prawidłowo przeprowadzona i właściwie przemyślana, ale nie spowodowała zmian w pierwotnej decyzji – albo dlatego, że zmiany nie są konieczne, albo dlatego, że dowody były kompletne i dobrze przeanalizowane, i według ostatecznej decyzji potencjalny wpływ na zdrowie populacji był mniej istotny niż rezultaty planowanej interwencji.
- **Oportunistyczna skuteczność** – metoda HIA została zastosowana tylko w celu potwierdzenia albo wsparcia planowanej decyzji. W takich przypadkach może się zdarzyć, że przedstawione dowody są nie do końca rzetelne.
- **Brak skuteczności** – metoda HIA została przeprowadzona, ale jej wyniki zlekceważono lub uwzględniono w tak małym stopniu, że nie jest pomocne (**Tabela I**).

W toku rozwoju idei HIA ukształtowały się dwie szkoły myśli w tym zakresie, przy czym należy zaznaczyć, że te dwie drogi myślenia różnią się zarówno w zakresie podejścia metodologicznego, jak również podejścia do koncepcji ramowych, w których metoda HIA powinna być rozwijana. Poniższe zestawienie pokazuje sfery, w których te dwie szkoły mają odmienne podejście.

Szkoły Myśli w zakresie Health Impact Assessment

- Epidemiologia *versus* socjologia.
- Metody ilościowe *versus* metody jakościowe.
- Techniczna *versus* partycypacja.
- Bezstronność *versus* orędownictwo.
- Narzędzia dla władzy *versus* broń przeciwko władzy.
- Dobrowolny *versus* regulowany.
- Zintegrowany *versus* szczegółowy [4].

Decyzje podjęte na potrzeby różnych interwencji zdrowotnych (polityk, działań, programów i projektów) dotyczą warunków, w których ludzie się rodzą, rosną,

mieszkają, pracują i starzeją się (np. uwarunkowania społeczne zdrowia). Stąd wyłania się potrzeba analizy potencjalnych skutków dla zdrowia przed wdrożeniem interwencji i wprowadzeniem jej w praktykę. Jeśli metoda HIA jest właściwie zastosowana, rekomenduje opcje alternatywnych i łagodniejszych strategii w celu upewnienia się, że decydenci będą chronić i promować zdrowie populacji. Metoda HIA pojawia się jako niezależne pole w praktyce w odpowiedzi na luki w istniejących mechanizmach rozważania decyzji instytucjonalnych w zakresie zdrowia oraz w odpowiedzi na zaproszenia do wspólnych działań międzyinstytucjonalnych z zakresu promocji zdrowia. W ciągu ostatnich dwóch dekad metoda HIA ewoluowała w kierunku niezależnej, profesjonalnej praktyki stosowanej coraz powszechniej na arenie międzynarodowej. Znaczenie tej metody pojawiło się na poziomie rządów i samorządów lokalnych, organizacji społecznych, uniwersytetów i przemysłu. Zarówno agencje zdrowia publicznego, jak również inne organizacje coraz częściej wykorzystują metodę HIA jako jeden ze środków podnoszących świadomość o determinantach zdrowia w celu zwiększenia ostrożności działań i wsparcia polityki publicznej oraz rozszerzenia współpracy pomiędzy poszczególnymi instytucjami, a nawet sektorami. Celem tego artykułu jest zwrócenie uwagi na współzależność i wzajemne powiązania pomiędzy działaniami edukacyjnymi a stanem zdrowia populacji, ze szczególnym uwzględnieniem idei HIA.

Powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem

Zakres czynników i uwarunkowań wpływających na stan zdrowia jednostki i populacji jest bardzo szeroki, zdrowiem nie może się więc zajmować tylko sektor zdrowia, ponieważ na jego stan istotny wpływ mają także działania i inicjatywy innych sektorów. Najważniejsze uwarunkowania zdrowia i chorób są zwykle przedmiotem decyzji polityków instytucji spoza sektora zdrowia publicznego, w związku z tym należy zwrócić uwagę na dwie istotne kwestie. Po pierwsze, zwiększyła się powszechna akceptacja tego, że pojęcie zdrowia populacji wykracza poza sektor zdrowia i dlatego konieczne jest włączenie innych sektorów w ich zobowiązania do

Czym JEST HIA?	Czym NIE JEST HIA?
<ul style="list-style-type: none"> • HIA jest podejściem wspierającym decydentów w podejmowaniu decyzji, poprzez przewidywanie konsekwencji i wyjaśnienie różnych kompromisów, które muszą być podjęte. • HIA aspiruje do opisanie wszystkich możliwych skutków zdrowotnych. HIA może wśród przewidywanych skutków wskazywać m.in. takie konsekwencje, jak: śmierć, przyjęcie do szpitala, bezsenność, niepokój, utratę poczucia własnej wartości. • HIA jest uporządkowanym sposobem obiektywnej oceny wpływu na zdrowie i efektywnego wykorzystania zasobów publicznych. 	<ul style="list-style-type: none"> • HIA nie jest skomplikowanym rachunkiem różniczkowym, który identyfikuje najlepszą opcję polityki. • HIA nie dokonuje oceny wartości względnej znaczenia różnych wyników, ponieważ takie orzeczenia są zarezerwowane dla decydentów.

Tabela I. Czym jest, a czym nie jest Health Impact Assessment.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Health Impact Assessment: Concepts and Guidelines for the Americas, Special Program on Sustainable Development and Health Equity, Washington, D.C. 2013 [4]*.

ponoszenia odpowiedzialności za zdrowie. Po drugie, interwencje proponowane przez różnych interesariuszy – włączając sektor zdrowotny – powinny być analizowane, zanim podejmie się ostateczną decyzję – w celu dokonania koniecznej korekty, zanim ta interwencja zostanie wdrożona.

Koncepcja „Zdrowie dla wszystkich polityk” (*Health for All Policies* – HfAP) zakłada ścisłą współpracę międzysektorową i konieczność uwzględniania szerszego kontekstu politycznego i potencjalnego wpływu na stan zdrowia mieszkańców. Sektor zdrowia może się starać uzyskać zaangażowanie i poparcie innych sektorów, tak aby polityki i działania na rzecz zdrowia wykraczające poza kompetencje sektora zdrowia przynosiły pożądane rezultaty i przyczyniały się do osiągnięcia konkretnych celów zdrowotnych [5].

Szeroką współpracę rządową i międzysektorową na rzecz zdrowia zakłada podejście „cały rząd i całe społeczeństwo dla zdrowia” (ang. *governance for health*), podkreślające konieczność zaangażowania i ścisłej współpracy na rzecz zdrowia licznych podmiotów i organizacji (publicznych i niepublicznych), w tym organizacji centralnych (np. rząd, parlament, poszczególne ministerstwa), społeczeństwo (społeczności lokalne, firmy, media, fundacje), jak również organizacji międzynarodowych, np. Unia Europejska. Takie podejście wskazuje na konieczność ścisłej współpracy międzysektorowej na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym [6].

Jednym z sektorów, którego wpływ na zdrowie zarówno jednostek, jak i całego społeczeństwa jest oczywisty i poparty wieloma dowodami naukowymi, jest sektor edukacji. Skala zależności pomiędzy edukacją a zdrowiem jest zróżnicowana w zależności od analizowanych działań czy polityki, ale na ogół ma istotne znaczenie, co zostało poparte wieloma dowodami naukowymi. Przegląd literatury przedmiotu na temat wpływu zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce dzieci w krajach wysoko rozwiniętych wskazuje, że status zdrowotny dziecka przekłada się na jego wyniki i osiągnięcia w procesie edukacji. Wykazano także dodatnie sprzężenie zwrotne pomiędzy aktywnością fizyczną a wynikami osiąganymi na studiach (zarówno otyłość, jak i nadwaga mają negatywny wpływ na wyniki w nauce) [7]. Wpływ edukacji na zdrowie odbywa się na różnych szczeblach i poziomach procesu kształcenia, przy czym zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a zdrowiem psychicznym jest bardziej wyraźna w przypadku młodszych grup wiekowych, w starszych grupach wiekowych zaś zaobserwowano widoczną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a sprawnością fizyczną [8]. Badania prowadzone w 22 krajach europejskich wykazały, że osoby o niskim ogólnym poziomie edukacji częściej zgłaszają słaby ogólny stan zdrowia i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu [9]. Wyniki innych badań pokazują, że niski poziom edukacji jest powiązany ze zwiększonym ryzykiem zgonu z powodu raka płuc, udaru mózgu, chorób układu krążenia i chorób infekcyjnych. Podobne zależności wykazano pomiędzy poziomem edukacji a takimi

chorobami, jak: cukrzyca, astma, demencja czy depresja [10]. Dodatkowe cztery lata edukacji obniżają ogólną pięcioletnią śmiertelność o 1,8 punktu procentowego, a ryzyko chorób serca zmniejsza się o 2,16 punktu procentowego, ryzyko cukrzycy zaś o 1,3 punktu procentowego [11].

Dowody naukowe wskazują, że osoby, które uzyskały wyższy poziom edukacji, wykazują większe tendencje do zachowań prozdrowotnych, a mniejsze do zachowań szkodliwych dla zdrowia. Szczególnie wyraźnie związek ten jest widoczny w przypadku: aktywności fizycznej, diety, palenia tytoniu czy szkodliwych zachowań seksualnych [12].

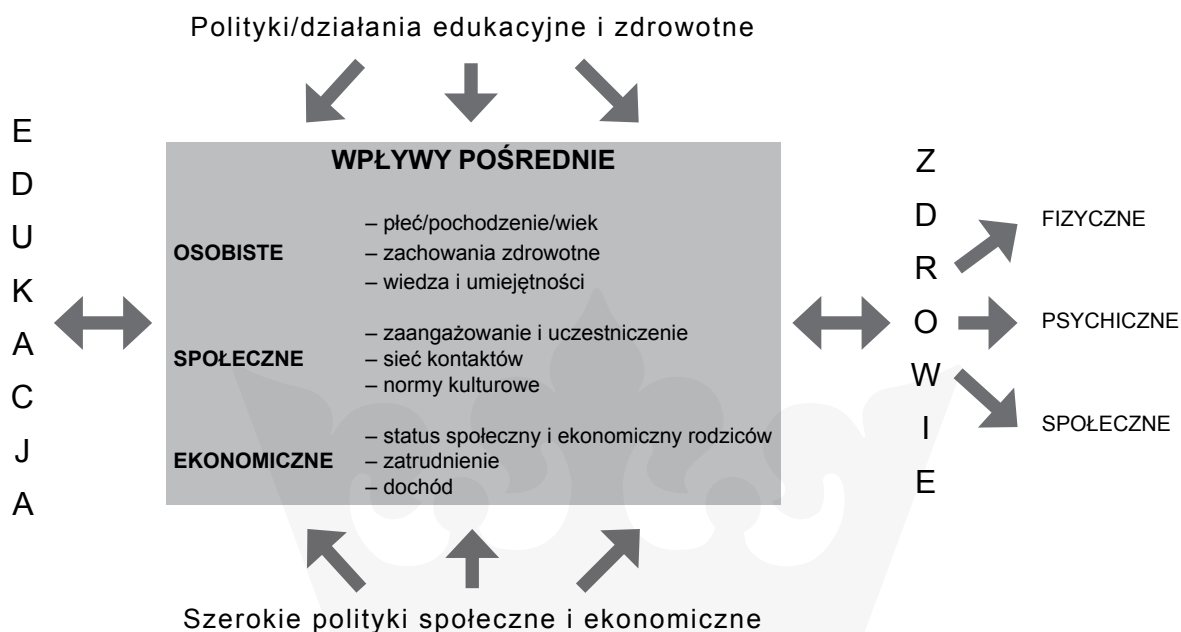
Ważnym pojęciem dla analizowanych zagadnień są tzw. kompetencje społeczne (ang. *health literacy*) rozumiane jako stopień, w jakim jednostka jest w stanie pozyskać, przetworzyć i zrozumieć podstawowe informacje zdrowotne i działania potrzebne do podjęcia właściwych decyzji [13]. Osoby o wyższych kompetencjach zdrowotnych i wyższym poziomie wykształcenia są bardziej zainteresowane wiedzą na temat czynników warunkujących zdrowie i możliwych schematów leczenia danego schorzenia w porównaniu z osobami słabiej wykształconymi. Przykładowo osoby o niższym poziomie edukacji są mniej zainteresowane wiedzą na temat skutków zdrowotnych palenia tytoniu, a osoby otyłe o niskim poziomie wykształcenia w mniejszym stopniu są przekonane, że utrata wagi przyniesie im korzyści zdrowotne [10]. Badania potwierdzają, że osoby o wyższym poziomie wykształcenia chętniej uczestniczą w różnego rodzaju programach prewencyjnych, np. nowotworowych programach przesiewowych [10].

Na **Rysunku 1** przedstawiono wzajemne, współzależne powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem. Jak widać na schemacie, edukacja i zdrowie pozostają zarówno pod wpływem szerokich polityk społecznych i ekonomicznych, jak również konkretnych, specyficznych działań/polityk w zakresie edukacji czy zdrowia. Skutki zdrowotne edukacji uwarunkowane są czynnikami indywidualnymi, społecznymi i ekonomicznymi.

Organizacja systemu edukacji w Polsce w kontekście współpracy z sektorem zdrowia

Przepisy prawne dotyczące systemu edukacji w Polsce reguluje Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 roku z późniejszymi zmianami³. Zgodnie z zapisami Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej każdy obywatel naszego kraju ma prawo do nauki. Kształcenie w szkołach publicznych jest bezpłatne. Kształcenie obowiązkowe trwa w Polsce 10 lat i obejmuje ostatni rok edukacji przedszkolnej, 6-letnią szkołę podstawową oraz 3-letnie gimnazjum. Łączny czas nauki do momentu ukończenia szkoły dającej możliwość przystąpienia do egzaminu maturalnego wynosi 12–15 lat.

System oświaty w Polsce jest centralnie zarządzany przez Ministra Edukacji Narodowej, administrowanie szkołami (podstawowymi i średnimi) zaś jest zdecentralizowane, poszczególne rodzaje jednostek samorządu terytorialnego zarządzają różnymi typami szkół:



Rysunek 1. Powiązania pomiędzy edukacją a zdrowiem.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu „Health impacts of education – a review”, Institute of Public Health in Ireland, 2008 [10].

- **gmina** zarządza przedszkolami, szkołami podstawowymi i gimnazjami;
- **powiat** zarządza szkołami średnimi II stopnia (tj. liceami ogólnokształcącymi, szkołami zawodowymi i technikami);
- **województwo** zarządza szkołami o charakterze regionalnym i ponadregionalnym.

Nadzór nad szkołami sprawuje Minister Edukacji Narodowej oraz regionalni kuratorzy oświaty. Uczelnie wyższe stanowią oddzielny system szkolnictwa wyższego, regulowany centralnie przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Szkoły wyższe są autonomiczne, co oznacza, że samodzielnie regulują kwestie związane z nauką oraz administrowanie wewnętrzne. W wyniku reform wprowadzonych w polskiej edukacji w 1999 roku, dotyczących zarówno podstawy programowej, jak też struktury, organizacji i zarządzania, powstał system edukacji charakteryzujący się następującymi cechami⁴:

- **Połączenie elementów centralizacji i decentralizacji.** Centralizacja dotyczy m.in. nadzoru, tworzenia programów (za co prawnie odpowiada Minister Edukacji Narodowej i Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego), decentralizacja zaś dotyczy administrowania placówkami edukacyjnymi (za co odpowiadają poszczególne szczeble samorządu terytorialnego).
- **System zewnętrznych egzaminów** przeprowadzanych na zakończenie każdego etapu edukacji szkolnej. Udział w egzaminie jest obowiązkowy do ukończenia nauki w szkole podstawowej i w gimnazjum, nie jest zaś obowiązkowy dla uczniów w szkołach średnich II stopnia, zewnętrzny egzamin dojrzałości/maturalny warunkuje jednak możliwość podjęcia nauki na poziomie wyższym.

- **Dominacja szkolnictwa publicznego nad prywatnym** (liczba publicznych placówek i ich uczniów jest znacząco wyższa w porównaniu z liczbą szkół niepublicznych i ich uczniów. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku szkolnictwa wyższego).

W obecnym systemie edukacji w Polsce wyróżniamy następujące poziomy:

- **Wczesna edukacja i opieka** – składa się z dwóch etapów, dla dzieci w wieku 0–3 lata i 3–5 lat. Dla każdego z etapów przewidziano inne instytucje: żłobki i kluby dziecięce (dzieci 0–3 lata) oraz przedszkola, oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych, zespoły wychowania przedszkolnego (dzieci w wieku 3–5 lat).
- **Szkolnictwo podstawowe** – realizowane w 6-letnich obowiązkowych szkołach podstawowych.
- **Szkolnictwo średnie I stopnia (gimnazja)** – 3-letnie gimnazja prowadzące kształcenie ogólne młodzieży pomiędzy 13. a 16. rokiem życia.
- **Szkolnictwo średnie II stopnia** – obejmujące:
 - 3-letnie licea ogólnokształcące;
 - 3-letnie zasadnicze szkoły zawodowe;
 - 4-letnie technika.
 Do szkół średnich uczęszcza młodzież w wieku 16–19 lat (w przypadku technikum 16–20 lat).
- **Szkolnictwo policealne** jest w polskim systemie edukacji szkolnictwem na poziomie średnim, trwa od 1 do 2,5 roku. Szkoły policealne są przeznaczone dla osób z wykształceniem średnim ogólnym, pozwalają po zdaniu stosownego egzaminu na uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.
- **Szkolnictwo wyższe** – system szkolnictwa wyższego i jego funkcjonowanie reguluje ustawa z dnia

27 lipca 2005 roku z późn. zm. – Prawo o szkolnictwie wyższym⁵. Szkoły wyższe dzielą się na uczelnie akademickie oraz uczelnie zawodowe. Oba typy uczelni prowadzą studia I i II stopnia oraz jednolite studia magisterskie. Studia mogą się odbywać w dwóch formach organizacyjnych: stacjonarnej i niestacjonarnej. Studia I stopnia trwają 3–4 lata w przypadku licencjata i 3,5–4 lata w przypadku inżyniera. Posiadanie tytułu licencjata lub inżyniera uprawnia do podjęcia studiów II stopnia. Czas trwania studiów II stopnia w zależności od kierunku wynosi od 1,5 roku do 2 lat. Studia na wybranych kierunkach są prowadzone jako jednolite studia magisterskie i trwają 4–6 lat. Ostatnim etapem kształcenia są studia doktorskie prowadzone na uczelniach i w placówkach naukowo-badawczych, trwające od 3 do 4 lat.

- **Kształcenie dorosłych** – dotyczy uzupełnienia przez osoby dorosłe wykształcenia szkolnego na poziomie podstawowym i średnim, a także uzyskiwania i uzupełniania kwalifikacji i umiejętności w celach zawodowych i osobistych. Kształcenie ustawiczne dorosłych jest jednym z priorytetów edukacji wskazywanym przez Komisję Europejską (*life-long-learning*). W Polsce funkcjonują następujące formy kształcenia dla dorosłych: szkolne (m.in. szkoły dla dorosłych, studia podyplomowe, Uniwersytety Trzeciego Wieku) i pozaszkolne (prowadzone przez stowarzyszenia, organizacje społeczno-polityczne, ośrodki kształcenia praktycznego, w tym zakłady pracy, fundacje, kluby zainteresowań). Najbardziej popularną formą kształcenia dla dorosłych są kursy zawodowe. Przepisy prawne regulujące system oświaty oraz system szkolnictwa wyższego obejmują jedynie kształcenie i szkolenie dorosłych w jednostkach oświaty i szkolnictwa wyższego. Kształcenie ustawiczne w Polsce charakteryzuje się dużym zróżnicowaniem organizatorów (instytucji nauczania), różnorodnością form kształcenia i wielopoziomością.

W polskim systemie edukacji ciągle obserwuje się wiele zjawisk prowadzących do nierówności. W dokumencie pt. „Szkoła i nierówności społeczne” podkreślono, że „polski system szkolny przyczynia się do nieuzasadnionego różnicowania uczniów, a polskie szkoły uczestniczą w reprodukcji nierówności społecznych” [14]. Obszar ten powinien więc podlegać szczególnej trosce decydentów i polityków, zwłaszcza w kontekście omówionego wcześniej powiązania pomiędzy poziomem edukacji a stanem zdrowia.

Współpraca sektora edukacji z sektorem zdrowia

Ważnym aktem prawnym dla analizowanej problematyki było Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół⁶. We wstępie do podstawy programowej, **po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce, zapisano: „Ważnym zadaniem szkoły podstawowej jest także edukacja zdrowotna,**

której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu”. Nowym rozwiązaniem w systemie polskiej edukacji jest powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym⁷:

- na I etapie edukacyjnym (klasy I–III szkoły podstawowej) wyodrębniono obszar „wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”;
- na II etapie edukacyjnym (klasy IV–VI szkoły podstawowej), III etapie (gimnazjum) i IV etapie edukacyjnym (szkoła ponadgimnazjalna) zapisano, że wychowanie fizyczne „pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej”;
- w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „edukacja zdrowotna”;
- ponadto rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem osobistych i społecznych umiejętności życiowych.

Podstawą do konstruowania bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym było przyjęcie definicji „edukacji zdrowotnej” jako procesu dydaktyczno-wychowawczego, w którym uczniowie uczą się, jak żyć, aby: zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki⁸.

Ministerstwo Edukacji Narodowej podejmuje formalną współpracę z innymi ministerstwami w celu wspólnego realizowania działań/polityk edukacyjnych. Jednym z przykładów jest **Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia i Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży** podpisane 23 listopada 2009 roku. Takie prawne umocowanie wielosektorowej współpracy może stworzyć grunt do implementacji procesu HIA. W praktyce jednak to porozumienie okazało się jedynie dokumentem formalnym, który nie przełożył się na konkretne działania i usprawnienie współpracy, a eksperci oceniają go jako kolejny „martwy dokument” [15].

Wdrażanie narzędzi HIA w podejmowanie decyzji dotyczących działań/polityk w zakresie edukacji w kontekście wpływu na zdrowie powinno uwzględniać zaangażowanie wielu podmiotów, w tym: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Sportu i Turystyki, Narodowego Funduszu Zdrowia, kuratoriów oświaty, jednostek samorządu terytorialnego jako podmiotów prowadzących szkoły na poszczególnych poziomach edukacji (gminy, powiaty, województwa), poszczególnych jednostek oświatowych (przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, licea ogólnokształcące, szkoły zawodowe, technika), uczelni wyższych oraz instytucji zajmujących się kształceniem osób dorosłych. Lista instytucji, które mogą i powinny włączyć się w wielosektorową współpracę, jest więc bardzo długa. W Polsce do tej pory nie podejmowano prób adaptacji metody HIA do wdrażania interwencji edukacyjnych.

Istnieje jednak wiele doświadczeń międzynarodowych, które mogłyby stanowić przykład dobrej praktyki w tym zakresie. Jednym z przykładów takich przedsięwzięć są działania prowadzone w USA w ramach programu The Health Impact Assessment Project⁹ pod nazwą „California Ballot Proposition 49: After School Programs” [16]. W Kalifornii w 2002 roku przygotowano i zatwierdzono w formie ustawy stanowej tzw. Before and After School Programs Act. Program dotyczył zwiększenia finansowania ze środków budżetu centralnego państwa programów prozdrowotnych oferowanych uczniom w szkołach po lekcjach i przed lekcjami.

Założenia programu „Before and After School Programs”

- Zwiększenie funduszy z budżetu państwa przeznaczonych na realizację programów oferowanych uczniom przed lekcjami i po lekcjach w formie m.in. korepetycji domowych, wprowadzenia tutoringu dla uczniów, wzbogacenia programów kształcenia.
- Program kierowany był do szkół publicznych na poziomie szkolnictwa średniego (*middle/junior high school*) i zakładał dofinansowanie z budżetu państwa w wysokości od 50 000 do 75 000 dolarów. Utrzymano wymóg lokalnego współfinansowania programu.
- Zapewniono priorytet dla dodatkowego finansowania w przypadku tych szkół, w których przeważali uczniowie z rodzin o niskich dochodach.
- Jako priorytet przyjęto dalsze finansowanie w formie dotacji programów w tych szkołach, w których były do tej pory realizowane.

Na uwagę zasługuje fakt, że przyjęcie tego programu i podjęcie decyzji o zwiększeniu finansowania **było poprzedzone badaniem skutków zdrowotnych** realizowanych do tej pory programów. Potencjalne skutki zdrowotne wśród młodzieży były analizowane w sześciu obszarach:

1. Poprawa wyników w nauce prowadząca do poprawy statusu społeczno-ekonomicznego.
2. Redukcja przestępstw.
3. Profilaktyka nadużywania substancji uzależniających.
4. Zwiększenie aktywności fizycznej.
5. Poprawa zdrowia psychicznego.
6. Zmniejszenie liczby ciężarów wśród nastolatków i chorób przenoszonych drogą płciową.

Inną ciekawą inicjatywą jest program realizowany przez Center for Disease Control and Prevention „Health and Healthy Places: CDC’s Built Environment and Health Initiative” (znany także pod nazwą Healthy Community Design Initiative) [17]. Program ten zakładał poprawę zdrowia publicznego poprzez:

- Łączenie kontroli zdrowia publicznego z podejmowaniem decyzji przez lokalną społeczność.
- Poprawę sposobu podejmowania decyzji przez społeczność lokalną za pomocą narzędzi HIA.
- Edukację decydentów na temat wpływu na zdrowie społeczności lokalnej.
- Budowanie partnerstwa opartego na społecznościowym sposobie podejmowania decyzji.
- Prowadzenie badań w celu określenia powiązań między zdrowiem a funkcjonowaniem społecznościowym.

- Przekładanie badań na implementację najlepszych praktyk.

Jednym z kluczowych czynników wpływających na stan zdrowia, który można modyfikować poprzez odpowiednie działania edukacyjne, jest aktywność fizyczna, która powinna być zwiększona dzięki planowanym interwencjom edukacyjnym. Znaczenie i rola sportu oraz aktywności fizycznej dla zdrowia potwierdzone są licznymi badaniami i analizami [18]. Wyniki badań pokazują, że osoby o wyższym poziomie edukacji chętniej uprawiają różne rodzaje sportu. Uprawianie aktywności fizycznej każdego dnia przyczynia się do osobistego, społecznego i fizycznego rozwoju i jest uznawane za najlepszą drogę do zachowania i poprawy stanu zdrowia. WHO rekomenduje, aby osoby z młodszych grup wiekowych poświęcały minimum 60 minut każdego dnia na umiarkowaną aktywność fizyczną [10]. Aktywność fizyczna w dzieciństwie i młodości pełni cztery istotne funkcje [19]:

1. stymulacja i wspomaganie rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego;
2. adaptacja do bodźców i zmian środowiska fizycznego i społecznego;
3. kompensacja nadmiernego unieruchomienia związanego z nauką w szkole, oglądaniem telewizji, spędzaniem czasu przed komputerem;
4. korekcja i terapia wielu zaburzeń, w tym zwłaszcza otyłości, cukrzycy, dziecięcego porażenia mózgowego.

Badania naukowe wykazały wiele korzyści dla zdrowia wynikających z uprawiania aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko większości chorób przewlekłych, w tym zwłaszcza chorób układu krążenia, nadwagi, otyłości, cukrzycy typu 2 oraz niektórych nowotworów [20, 21]. W polskich uwarunkowaniach podejmowane są liczne działania mające na celu zwiększenie aktywności fizycznej. Jednym z takich działań prowadzonych w skali krajowej był program „Moje Boisko – Orlik 2012”¹⁰. Był to program rządowy zakładający wybudowanie nowoczesnych, bezpiecznych, ogólnodostępnych i nieodpłatnych kompleksów sportowo-rekreacyjnych w każdej gminie do 2012 roku. Program ten był największym tego typu przedsięwzięciem w Europie. Główne jego cele to:

- udostępnienie dzieciom i młodzieży nowoczesnej infrastruktury sportowej w celu sprzyjania aktywnemu rozwojowi fizycznemu oraz uprawianiu sportu pod okiem trenera – animatora;
- popularyzacja aktywnego stylu życia, a więc rodzinnych zawodów sportowych, weekendów ze sportem i turystyką.

Z budżetu państwa na ten cel wydano w latach 2008–2012 około 1,2 mln zł. W ciągu pięciu lat trwania projektu z oferty skorzystało łącznie 1668 gmin, powstało w kraju około 2600 obiektów. Program był przedmiotem wielu badań, sprawozdań, raportów i analiz. Projekt ten miał wielu zwolenników, ale budził także liczne kontrowersje. W trakcie planowania, realizacji i monitoringu programu nie prowadzono analizy skutków zdrowotnych, zwłaszcza w kontekście faktycznego wykorzystania powstałej infrastruktury.

W praktyce realizacja zadań profilaktyki zdrowotnej poprzez wzrost aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce budzi poważne obawy. Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie z 2013 roku pt. „Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych” stwierdza, że: „Współpraca Ministra Edukacji Narodowej z Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki na rzecz rozwoju wychowania fizycznego i sportu szkolnego nie była systematyczna i nie doprowadziła do rozwiązania problemów występujących w tym obszarze” [22]. Jednym z kluczowych wniosków pokontrolnych jest konieczność podjęcia współpracy ministra sportu z ministrem zdrowia ukierunkowanej na wypracowanie rozwiązań dotyczących przeciwdziałania wadom postawy wśród uczniów oraz narastającemu zjawisku zwolnień z zajęć wychowania fizycznego.

Tak więc zasadność wdrażania metody HIA oraz umacniania idei współpracy wielosektorowej w zakresie działań edukacyjnych wydają się szczególnie uzasadnione. Próba analizy uwarunkowań tego procesu oraz konstrukcji modelu współpracy jest przedmiotem badawczym i wyzwaniem projektu predefiniowanego dotyczącego ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu realizowanym w ramach Programu PL 13 pn. „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu”¹¹.

Podsumowanie i wnioski

W przypadku metody HIA w odniesieniu do działań edukacyjnych kluczowe pytanie dotyczy problemu skutecznego podejmowania działań/polityk edukacyjnych wywierających skutki zdrowotne nie tylko na etapie planowania i implementacji działań, lecz także monitorowania dalszego trwania podjętych interwencji w celu określenia faktycznych, tj. uzyskanych skutków zdrowotnych, a nie tylko tych prognozowanych. W tym celu niezbędne jest przeprowadzenie szczegółowej analizy retrospektywnej i prospektywnej w celu próby konstrukcji modelu działania międzyinstytucjonalnego z wykorzystaniem idei HIA przy wdrażaniu działań/polityk edukacyjnych wywierających potencjalne skutki zdrowotne dla zdrowia jednostki/populacji na różnych szczeblach edukacji. Ze względu na wyraźne wzajemne powiązanie pomiędzy edukacją a zdrowiem ważne jest, aby wszelkie działania/polityki w tych dziedzinach nie były planowane i podejmowane w izolacji. Zalecana jest systematyczna, stała współpraca obu sektorów i odpowiednich departamentów. Poprzez wprowadzenie narzędzi i metody HIA do procesów podejmowania decyzji w tych sferach instytucje mogą być wsparte w podejmowaniu lepszych decyzji. Organizacje i instytucje, które są przyjazne metodzie HIA, powinny zatrudniać osoby posiadające kompetencje do wielosektorowej współpracy. Osoby takie powinny posiadać umiejętność szerokiego, wieloaspektowego analizowania problemów, jak również umiejętności komunikacyjne i negocjacyjne pozwalające na dochodzenie do konsensusu w przypadku spornych interesów.

Wyniki programu Crossing Bridges [5] pokazują, że udana współpraca międzysektorowa, która jest konieczna

w przypadku HIA, powinna zawierać cztery powiązane z sobą kluczowe elementy:

1. Pełnomocnictwa, regulacje, przepisy (w tym dotyczące zagadnień przekrojowych, np. zrównoważony rozwój, dobrostan, solidarność, równość).
2. Budowanie relacji/negocjowanie stanowisk (wzajemne dzielenie się wiedzą i umiejętnościami).
3. Wspólne wdrażanie polityk i programów (silne przywództwo, struktury, czas i zasoby).
4. Dowody naukowe i ocena (jak inne obszary polityki wpływają na zdrowie, w jaki sposób zdrowie wpływa na inne obszary polityki).

Systematyczne podejście do angażowania innych sektorów w działania na rzecz zdrowia jest łatwiejsze przy silnym przywództwie zarówno na poziomie rządowym, jak i samorządowym, osiąganym przez odpowiednie pełnomocnictwa i regulacje. Warunkiem powodzenia jest także zatrudnienie kadr zaangażowanych w ideę HIA i posiadających stosowne kompetencje, w tym kompetencje menedżerskie. Niezbędne jest także opieranie się na twardych dowodach naukowych, zwiększających świadomość tego, jak inne sektory wpływają na zdrowie. Ważna jest więc umiejętność dotarcia do tych dowodów, ich interpretacji i przedstawienia zaangażowanym stronom, uświadamiając im równocześnie, jaki wpływ na zdrowie mają ich działania i nakłonienie do wzięcia na siebie odpowiedzialności [23].

Przypisy

¹ Niniejszy artykuł powstał na podstawie analizy zebranych materiałów w ramach realizacji projektu pt. *Projekt predefiniowany dotyczący ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu realizowany w ramach Programu PL 13 pn. Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu*, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009–2014 – w ramach konsorcjum „Nauka i Zdrowie” (umowa nr A-AE-KN-12/5/2013).

² Szczegółowy opis koncepcji, uwarunkowań i specyfiki podejścia *Health Impact Assessment* został przedstawiony w artykule Włodzimierza C. Włodarczyka pt. *Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (Health Impact Assessment) i jej wykorzystanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego*, opublikowanym w „Zeszytach Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1).

³ Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 roku (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425).

⁴ Na podstawie informacji ze strony Biura Uznawalności Wykształcenia i Wymiany Międzynarodowej, <http://www.buwimw.edu.pl/> oraz European Encyclopedia on National Education Systems, <https://webgate.ec.europa.eu/>; dostęp: 17.05.2015.

⁵ Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2005, Nr 164 poz. 1365).

⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009, Nr 4, poz. 17).

⁷ Opracowano na podstawie informacji zawartych na stronie Ministerstwa Edukacji Narodowej, www.men.gov.pl.

⁸ Celem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży – według informacji podanych na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej – „jest udzielanie im pomocy w: poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać, rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi, wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości, rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia, przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej”.

⁹ Prowadzony przez UCLA School of Public Health w ramach grantu rządowego, Partnership for Prevention/UCLA School of Public Health Health Impact Assessment Project, 2003.

¹⁰ Regulacje prawne programu „Moje Boisko – Orlik 2012” określa rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 6 kwietnia 2009 roku w sprawie dofinansowania z budżetu państwa zadań związanych z budową i remontami obiektów sportowych oraz rozwijaniem sportu.

¹¹ Rezultaty i wyniki prac ww. projektu powinny być dostępne w 2016 roku.

Piśmiennictwo

1. WHO, *Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper*, WHO Regional Office for Europe, 1999.
2. Włodarczyk C., *Koncepcja „Oceny wpływu na zdrowie” (Health Impact Assessment) i jej wykorzystanie w Unii Europejskiej. Perspektywa sektora prywatnego*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII (1): 82.
3. Community Tool Box, *What is a Health Impact Assessment?*, <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/overview/models-for-community-health-and-development/health-impact-assessment/main>; dostęp: 20.05.2015.
4. *Health Impact Assessment: Concepts and Guidelines for the Americas*, Special Program on Sustainable Development and Health Equity, Washington, D.C. 2013.
5. *Zdrowie dla wszystkich polityk – Wspólne działania na rzecz zdrowia i dobrostanu*, Crossing Bridges, 2012.
6. *Governance for health in the 21st century*, WHO Regional Office for Europe 2011.
7. Suhrcke M., de Paz Nieves C., *Wpływ zdrowia i zachowań zdrowotnych na wyniki w nauce w krajach wysokorozwiniętych: przegląd badań*, Europejskie Regionalne Biuro WHO, Kopenhaga 2011.
8. Regidor E. et al., *Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults*, „Journal of Epidemiological and Community Health” 1999; 53(2): 75–82.
9. Knesebeck O., Verde P.E., Dragon N., *Education and health in 22 European countries*, „Social Science and Medicine” 2006; 63: 1344–1351.
10. *Health impacts of education – a review*, Institute of Public Health in Ireland, 2008.
11. Culter D., Lleras-Muney A., *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*, Paper No. 12352, <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>; dostęp: 13.05.2015
12. van Oort F.V.A., van Lenthe F.J., Mackenbach J.P., *Concurrence of lifestyle risk factors and the explanation of education inequalities in mortality. Results from the GLOBE study*, „Preventive Medicine” 20014; 39: 1126–1134.
13. Nielsen-Bohlman L., Panzer A., Kindig D., *Health literacy: A prescription to end confusion*, National Academies Press, Washington, DC 2004.
14. Roman D., za: *Szkola i nierówności społeczne. Diagnoza zjawiska i propozycje progresywnej polityki*, Raport Fundacji Amicus Europe, Warszawa, wrzesień 2012.
15. Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L., *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, „Studia BAS” 2014; 38 (2): 169–187
16. *Health Impact Assessment of California Proposition 49: After School Education and Safety Act of 2002*, http://www.ph.ucla.edu/hs/health-impact/docs/AfterschoolProp49_HIA_02-27-03.pdf; dostęp: 20.05.2015.
17. Centers for Disease Control and Prevention, *Health and Healthy Places: CDC's Built Environment and Health Initiative*, <http://www.cdc.gov/healthyplaces/about.htm>; dostęp: 13.05.2015.
18. Komisja Wspólnot Europejskich, *Biała Księga na Temat Sportu*, Bruksela, 11.07.2007.
19. Woynarowska B., *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży*, „Polskie Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia” 2008; 3(12): 5.
20. *Global recommendations on physical activity for health*, World Health Organization, Geneva 2010.
21. *Physical Activity Guidelines Committee Report*, US Department of Health and Human Services, Washington 2008.
22. Raport NIK, *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych*, Informacja o wynikach kontroli KNO-4101-06-00/2012, 6 września 2013.
23. World Health Organisation and Pan American Health Organisation, *Health Impact Assessment, Concepts and Guidelines for the Americas, Special Program on Sustainable Development and Health Equity*, Washington, DC 2013.

Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997 Nr 78 poz. 483).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. 2005 Nr 164 poz. 1365 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009 Nr 4 poz. 17).
- Rozporządzenie Ministra Sportu i Turystyki z dnia 6 kwietnia 2009 roku w sprawie dofinansowania z budżetu państwa zadań związanych z budową i remontami obiektów sportowych oraz rozwijaniem sportu (Dz.U. 2009 Nr 56 poz. 463).

Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹ jako wyzwanie dla podmiotów tworzących

Jacek Klich

Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków

Adres do korespondencji: Jacek Klich, Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny, ul. Rakowicka 16, 31-510 Kraków, uuklich@cyf-kr.edu.pl

■ Abstract

Transformation of independent health care units as a challenge for local governments

The aim of the article is to identify main challenges the Act on Healthcare Activity of 2011 poses in respect to local governments which act as founding bodies of independent health care units. The scope of the problem of transformation of independent health care units into limited liability companies is presented from quantitative, financial, competencies and information perspectives. The article shows that an establishment of new limited liability company imposes additional tasks upon a local government. Apart from financing the whole process of transformation, local governments have to develop financial and organizational restructuring plans for newly created limited liability companies as well as strategies aimed not only at survival but also expansion of new companies. It is concluded that there is a shortage of publications focusing on next steps of development of newly created limited liability companies.

Key words: finance, limited liability company, transformation of independent health care units

Słowa kluczowe: finanse, przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

■ Wprowadzenie

W kwietniu 2015 roku minęły cztery lata od przyjęcia ustawy o działalności leczniczej² (u.d.l.), która w praktyce wymusza inicjowanie procesu przekształcenia zadłużonego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ) w sytuacji, kiedy podmiot tworzący nie pokryje ujemnego wyniku finansowego podległego sobie zakładu. Dotychczasowe tempo przekształceń SPZOZ (które nie jest duże) skłania do refleksji nad co najmniej dwiema kwestiami: uwarunkowań niskiej dynamiki przekształceń SPZOZ oraz przyszłości nowo utworzonych spółek. Analiza literatury przedmiotu uprawnia do stwierdzenia, że problematyka przekształceń SPZOZ nie stanowi szerokiego nurtu w akademickich analizach, co wydaje się kontrastować z dużą wagą tego zagadnienia dla funkcjonowania jednostek samorządu terytorialnego (JST) odpowiadających za zobowiązania SPZOZ.

W zamierzeniu autora niniejszy artykuł ma zachęcić do wymiany poglądów na temat przekształceń SPZOZ.

■ Przekształcania SPZOZ w literaturze przedmiotu

Podjęmowane w tym artykule zagadnienia prezentowane będą z perspektywy zadań podmiotów tworzących w procesie przekształcania SPZOZ, czyli (głównie) JST. Celem artykułu jest identyfikacja podstawowych wyzwań, jakie u.d.l. stawia przed podmiotami tworzącymi (JST) w kontekście przekształceń SPZOZ oraz funkcjonowania zakładów przekształconych już w spółki kapitałowe. W kontekście tak zdefiniowanego celu wydaje się uprawnione, aby analizować przebieg dyskusji w tych czasopismach naukowych, które poświęcone są właśnie JST i które można traktować jako istotne i w pełni reprezentatywne „branżowe” czasopisma naukowe. Z tego powodu przedmiotem analizy są tu treści artyku-

łów publikowanych w latach 2011–2014 w branżowych (sprofilowanych) czasopismach naukowych: „Samorząd Terytorialny” oraz „Finanse Komunalne”, a dotyczących przekształceń SPZOZ³. Publikowane na ich łamach teksty problematykę przekształceń SPZOZ podejmowały w sposób bezpośredni (czyniąc ją głównym czy jedynym tematem artykułu) albo pośredni (przypadki, kiedy wątki związane z funkcjami JST w zakresie zdrowia pojawiały się przy okazji analizowania innych kwestii).

Do tej pierwszej kategorii należą artykuły A. Rabięgi-Przyłęckiej [1], P. Pieprzyk [2], W. Grześkiewicza [3–5], A. Bukowskiej-Piędzyńskiej [6], P. Gaudyn [7] K. Surówki [8] oraz J. Balcewicza [9].

A. Rabięga-Przyłęcka przedstawia rolę samorządu terytorialnego w procesach przekształceniowych SPZOZ w świetle u.d.l. i poddaje analizie m.in. obowiązki samorządu w tym zakresie, zwracając uwagę na zagrożenia wiążące się z procesami przekształceniowymi, a związane przede wszystkim z brakiem finansowego wsparcia JST w tych działaniach⁴. Podnosząc wątek nowych zadań dla JST, autorka skupia się przy tym na stronie finansowej i wskazuje na rosnące w tym zakresie obowiązki podmiotu tworzącego. Nie podejmuje jednak kwestii związanych z koniecznością rewizji strategii oraz z działaniem nowo utworzonych spółek.

P. Pieprzyk, odnosząc się w swoim artykule do roli JST wobec przekształcanych SPZOZ, podobnie jak Rabięga-Przyłęcka wskazuje, że dla samorządów pełniących rolę podmiotów tworzących „najbardziej istotne i doniosłe są zagadnienia obejmujące konsekwencje finansowe związane z analizowaną ustawą” [2, s. 45]. W opinii P. Pieprzyk JST mają w świetle zapisów u.d.l. nowe, poważne zadania (głównie finansowe) w stosunku do podległych im SPZOZ i mają dostosować się do mechanizmów rynkowych, przejmując funkcję kreatora i organizatora systemu ochrony zdrowia. O ile ocena dużej roli JST w procesie przekształceń SPZOZ jest powszechnie podzielana, o tyle opinia o samorządzie jako kreatorze systemu ochrony zdrowia zachęca do polemiki głównie ze względu na ograniczenia w wykonywaniu funkcji właścicielskich przez JST wobec SPZOZ [10]. Artykuły W. Grześkiewicza [3–5], podobnie jak A. Bukowskiej-Piędzyńskiej [6] i K. Surówki [8], dotyczą różnych aspektów sytuacji finansowej SPZOZ.

Najnowszym opracowaniem podejmującym temat przekształceń SPZOZ jest artykuł P. Gaudyn [7], który ukazuje problem przekształcania SPZOZ z pozycji możliwości pokrywania przez JST kosztów jego przeprowadzenia na podstawie najnowszych dostępnych (pochodzących z 2013 r.) danych.

J. Balcewicz [9], odnosząc się do kupna i sprzedaży usług zdrowotnych, wykazuje w swoim artykule, że zakup świadczeń zdrowotnych przez wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) opiera się na zasadach bardziej liberalnych od regulacji obowiązujących w zamówieniach publicznych. Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że o ile konkluzja wynikająca z takiego porównania jest uprawiona, o tyle nie daje ona podstawy do tego, aby procedury stosowane przez NFZ przy kontraktowaniu świadczeń uznać za właściwe, bo monopsonistyczna przy-

cja NFZ w połączeniu z problematyczną wyceną wartości świadczeń skutkuje istotnymi zakłóceniami w działaniu polskiego systemu ochrony zdrowia [10, 11].

Grupa artykułów podejmujących w sposób pośredni kwestie przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe wykazuje cechy homogeniczności, ponieważ teksty odnoszą się do różnych aspektów zadłużenia JST: nowych regulacji w zakresie dopuszczalnego poziomu zadłużenia się JST [12, 13], analizy poziomu zadłużenia JST [14–16], czynników wpływających na poziom zadłużenia JST [17–19] czy też sposobów łagodzenia problemu zadłużenia JST [20, 21], przeciwdziałania temu zjawisku [22] czy poprawy jakości pomiaru poziomu zadłużenia JST [23].

Klamrą spinającą powyżej sygnalizowane wątki jest kwestia nadzoru nad samorządem terytorialnym [24], który to wątek będzie rozwijany poniżej.

Przy analizie publikacji w „Samorządzie Terytorialnym” znamienne jest to, że w numerze „jubileuszowym”⁵, w którym podsumowano 25 lat samorządu terytorialnego w RP, wśród głównych wyzwań i kierunków zmian w polskich samorządach nie wymieniono zadań w zakresie organizowania opieki zdrowotnej (w tym również sprawowania funkcji właścicielskich wobec spółek-podmiotów zdrowotnych) [25]. Takie podejście może sugerować, że wykonywanie przez JST zadań z zakresu ochrony zdrowia nie stwarza dla JST większych problemów. To z kolei może budzić zdziwienie, gdyż – jak to będzie wykazywane poniżej – obciążenia dla JST z tytułu zadłużenia SPZOZ są znaczne, a problem daleki jest od rozwiązania.

Publikacje w innych, niż przywoływane powyżej, czasopismach naukowych i wydawnictwach o profilu naukowym nie są częste [26–28]. Jest kilka pozycji książkowych na temat samych przekształceń SPZOZ [11, 29, 30] oraz publikacje podejmujące temat zarządzania przekształconym już w spółkę kapitałową SPZOZ [31, 32].

Można zatem konkludować, że problematyka przekształceń SPZOZ na podstawie zapisów u.d.l. nie posiada jeszcze bogatej literatury przedmiotu, a wśród dostępnych publikacji przeważają te o profilu administracyjno-prawnym, natomiast dominującym nurtem rozważań zdają się finansowe uwarunkowania i konsekwencje przekształceń SPZOZ.

Skala problemu przekształceń

Skala problemu przekształceń SPZOZ w spółki kapitałowe będzie poniżej przedstawiana z użyciem czterech umownych (tj. przyjętych na potrzeby tego artykułu) wymiarów: ilościowego, finansowego, kompetencyjnego oraz informacyjnego.

Wymiar ilościowy przekształceń

Na wstępie należy zaznaczyć, że zapisy u.d.l. skutkują daleko idącymi zmianami w układzie ogólnodostępnych danych statystycznych dotyczących m.in. procesu przekształcania SPZOZ. Jeszcze we wrześniu 2010 roku można było z raportu Ministerstwa Zdrowia [33] pozyskać informacje na temat m.in. struktury spółek,

które powołały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, struktury tych niepublicznych zakładów według podmiotu tworzącego (województwa, powiaty, gminy, miasta itp.). Przede wszystkim jednak był stosowany podział na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, co pozwalało śledzić tempo procesu przekształceń.

W 2013 roku w Polsce działało około 730 szpitali, z czego 615 stanowiły szpitale publiczne [34]. Z wycień Deloitte wynikało, że około 250–300 z nich, ze względu na swoją sytuację prawną i finansową, mogło zostać przekształconych w spółki [34].

Zmiany wprowadzone zapisami u.d.l. doprowadziły do odejścia od stosowania podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz przyczyniły się do zmian w klasyfikowaniu danej jednostki jako podmiotu lecznictwa stacjonarnego.

Liczba zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej w kategorii leczenie stacjonarne (HC1.1) i ogółem w podziale na publiczne i niepubliczne przedstawia **Tabela I**.

Ustawa o działalności leczniczej, której zapisy obowiązują od 1 lipca 2011 roku, stworzyła warunki do przekształcania SPZOZ w spółki kapitałowe (art. 59 i 69–82). Przyjęte tam rozwiązania stanowią, że JST jako podmiot tworzący SPZOZ może, w terminie trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeśli wynik ten po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną. Jeśli tego nie zrobi, w terminie kolejnych 12 miesięcy ma obowiązek podjąć decyzję dotyczącą zmian organizacyjno-prawnych podmiotu leczniczego: przekształcenia SPZOZ w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółkę akcyjną, w jednostkę budżetową bądź podjąć decyzję o likwidacji SPZOZ. Kalendarz pokazywał, że w roku 2013 przypadał termin zatwierdzania sprawozdań finansowych za rok 2012 i że w 2013 roku samorzady będą podejmowały decyzje o przyszłości zadłużonych SPZOZ. Do zatwierdzenia sprawozdania miało dojść do 30 czerwca 2013 roku. Następnie podmiot tworzący w terminie trzech miesięcy, a więc do 30 września 2013 roku, mógł pokryć ujemny wynik finansowy placówki medycznej. Jeśli do tego dnia ujemny wynik finansowy nie został przez podmiot tworzący (JST) pokryty, to w ciągu kolejnych 12 miesięcy, a więc od 1 października do 30 września 2014 roku, SPZOZ miał zostać przekształcony lub zlikwidowany [35]. Można było zakładać, że proces przekształcania SPZOZ dozna istotnego przyspieszenia.

Rodzaj zakładu	Ogółem	Publiczne	Niepubliczne
Leczenie stacjonarne	1394	686	708
Razem	19311	2258	17053

Tabela I. Liczba zarejestrowanych zakładów opieki zdrowotnej w kategorii: leczenie stacjonarne (HC1.1) i ogółem w podziale na publiczne i niepubliczne (stan na 13.02.2015).

Źródło: <http://rpwdl.csioz.gov.pl/RZOZ>, dostęp: 13.02.2015.

Samorzady, które decydowały się na przekształcenie SPZOZ do końca 2013 roku, mogły skorzystać z umorzenia zobowiązań finansowych (art. 190–195 u.d.l.) oraz ubiegać się o dotację celową z budżetu państwa w wysokości wartości umorzonych w wyniku ugody kwoty głównej lub odsetek z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych oraz wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych pozostałych do spłaty. Warunkiem uzyskania dotacji było wpisanie spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ do rejestru przedsiębiorców nie później niż 31 grudnia 2013 roku (art. 196–202 u.d.l.) [35].

Jednak pomimo finansowych zachęt dla JST⁶ dynamika tego procesu nie spełniła oczekiwań.

W okresie od 1 lipca 2011 do 31 października 2013 roku na podstawie u.d.l. przekształcono 48 SPZOZ, w tym 34 szpitale. Dynamika procesu przekształceń w tym czasie wyglądała następująco:

- w roku 2011 – 1 szpital;
- w roku 2012 – 18, w tym 13 szpitali;
- w roku 2013 – 29, w tym 20 szpitali [36].

Przekształceń SPZOZ w spółki dokonywały niemal wyłącznie JST (wyjątkiem jest przekształcenie w 2012 roku szpitala w Polanicy, dla którego podmiotem tworzącym było Ministerstwo Zdrowia).

Od 1999 roku do 5 września 2013 roku przekształcono 152 szpitale, w tym 151 samorządowych i jeden resortowy. Wśród nich: 138 przekształcono w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, 11 w spółkę akcyjną, jeden w spółkę cywilną, jeden w spółkę jawną oraz jeden prowadzony jest przez osobę fizyczną w ramach działalności gospodarczej [37, s. 27].

Analizując strukturę podmiotów tworzących SPZOZ:

- powiaty – 93 przekształcenia;
- województwa – 30 przekształceń;
- miasta na prawach powiatu – 22 przekształcenia;
- pozostałe gminy – 6 przekształceń;
- Minister Zdrowia – jedno przekształcenie [37, s. 28],

warto zauważyć, że wśród podmiotów przekształcających SPZOZ przeważały powiaty (w liczbie 93). Obserwujemy duże zróżnicowanie regionalne w dokonywaniu przekształceń SPZOZ. Najwięcej przekształceń (łącznie: szpitale, poradnie oraz oddziały szpitalne) dokonano w województwach: śląskim, kujawsko-pomorskim, pomorskim, dolnośląskim i wielkopolskim. Z kolei najmniej tego typu zmian odnotowano w województwach: mazowieckim, zachodniopomorskim, podkarpackim i podlaskim. Zdecydowanym liderem zmian były powiaty i miasta na prawach powiatu, w których przekształcono ponad 80% SPZOZ [37, s. 28]. Zmiany w liczbie SPZOZ w województwach w latach 2011–2013 podaje **Tabela II**. Pokazuje ona, co prawda, spadek liczby samorządowych SPZOZ w latach 2011–2013 (z 1253 do 1159), ale skala tej zmiany jest niewielka, jeżeli odnieść ją do liczby samorządowych SPZOZ z 2011 roku (7,5% przekształconych SPZOZ).

Jeżeli chodzi o same tylko szpitale, to w roku 2013 – jak wynikało z szacunków Deloitte – około 250–300 szpitali publicznych ze względu na swoją sytuację prawną i finansową mogło zostać przekształconych w spółki [34]. Odniesienie tych szacunków do przeprowadzonych

	2011	2012	2013
Dolnośląskie	111	103	103
Kujawsko-pomorskie	80	72	72
Lubelskie	63	62	65
Lubuskie	24	22	20
Łódzkie	92	84	84
Małopolskie	124	119	119
Mazowieckie	179	160	162
Opolskie	31	30	31
Podkarpackie	77	72	73
Podlaskie	36	35	33
Pomorskie	59	40	44
Śląskie	141	126	130
Świętokrzyskie	89	78	85
Warmińsko-mazurskie	52	52	50
Wielkopolskie	60	56	57
Zachodniopomorskie	36	28	31
Razem	1253	1139	1159

Tabela II. Liczba samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2011–2013 (według województw).

Źródło: CSIOZ, Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2012, 2013 i 2014.

	2011	2012	2013
Dolnośląskie	486,9	517,8	460,5
Kujawsko-pomorskie	392,0	508,7	642,3
Lubelskie	523,9	549,1	729,5
Lubuskie	357,9	354,0	92,5
Łódzkie	536,9	547,9	535,3
Małopolskie	481,9	464,9	471,4
Mazowieckie	1049,0	1 100,7	1 031,1
Opolskie	119,4	138,4	138,6
Podkarpackie	500,7	524,7	565,8
Podlaskie	342,3	327,9	329,2
Pomorskie	424,7	393,6	229,9
Śląskie	1058,4	993,1	1 045,2
Świętokrzyskie	345,0	354,5	371,6
Warmińsko-mazurskie	175,9	200,6	172,5
Wielkopolskie	527,3	525,5	544,5
Zachodniopomorskie	251,4	242,9	314,1
Razem	7572,0	7 744,3	7674,0

Tabela III. Zobowiązania ogółem samorządowych SPZOZ w latach 2011–2013 (według województw, w tys. PLN).

Źródło: Grześkiewicz W., Czy samorządowe samodzielne zakłady opieki zdrowotnej są w stanie ograniczyć przyrost zadłużenia?, „Finanse Komunalne” 2013; 9: 28 [5] oraz Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2013 (s. 100–134) i 2014 (s. 99–133).

przekształceń daje podstawy do twierdzenia, że dokonane w pierwszych trzech latach⁷ obowiązywania u.d.l. przekształcenia SPZOZ były od strony liczby przekształconych SPZOZ niewielkie. To z kolei wzmacnia oczekiwanie rosnącej liczby przekształceń w najbliższym okresie, co jednakowoż się nie materializuje. Być może pewnym wytłumaczeniem takiego stanu rzeczy mogłaby być analiza wymiaru finansowego przekształceń SPZOZ.

Wymiar finansowy

Wymiar finansowy przekształceń SPZOZ może być przedstawiany w różnych ujęciach. Wydaje się jednak, że najbardziej użytecznym (a przy tym przemawiającym do wyobraźni) jest pokazanie zobowiązań finansowych SPZOZ z jednej i możliwości finansowania przekształceń przez JST z drugiej strony. **Tabela III** pokazuje poziom zobowiązań ogółem samorządowych SPZOZ w latach 2011–2013. Lektura prezentowanych tam liczb uprawnia do stwierdzenia, że poziom zobowiązań ogółem samorządowych SPZOZ wzrósł w badanym przedziale czasu (przy zaznaczeniu, że w roku 2013 w porównaniu z 2012 zaobserwowano spadek zobowiązań ogółem o 70,3 mln zł).

Analiza poziomu zadłużenia samorządowych SPZOZ w kolejnym kroku powinna być zderzona z możliwościami finansowania procesu przekształceń przez JST. Z kolei aby móc określić możliwości finansowania przez JST przekształceń SPZOZ, trzeba byłoby określić niezbędne koszty przekształceń, jakie mają ponosić JST, a następnie odnieść te koszty do możliwości finansowych JST.

Można przyjąć, że największą pozycją w kosztach przekształcenia SPZOZ będzie przejmowanie przez JST części długu SPZOZ, co kieruje nas z powrotem do problemów zobowiązań SPZOZ, które – i całkowicie słusznie – postrzegane są jako istotne zagrożenie dla stabilności finansów samorządowych [38, 39].

Z kolei na możliwości przejmowania długów SPZOZ przez JST istoty wpływ będzie miał poziom zadłużenia samych JST. **Tabela IV** przedstawia zobowiązania ogółem JST w latach 2011–2013 według typów jednostek samorządu terytorialnego.

Jak wynika z zestawienia, zobowiązania JST wzrosły w latach 2011–2013, a wysoki udział w tych zobowiązaniach mają miasta na prawach powiatu, które najczęściej są podmiotami tworzącymi dla szpitali.

Najbardziej syntetyczną miarą do oceny możliwości finansowania przekształceń SPZOZ przez JST są wskaźniki udziału zobowiązań do dochodów budżetowych JST [7, 39]. **Tabela V** pokazuje udział zobowiązań JST i podległych im SPZOZ w dochodach budżetowych województw i powiatów w 2013 roku. Jak widać, w trzech województwach (mazowieckie, łódzkie, lubelskie) notujemy przekroczenie 60% progu poziomu zadłużenia JST⁸, a w kolejnych czterech (kujawsko-pomorskie, opolskie, pomorskie i zachodniopomorskie) udział zobowiązań przekracza 50%.

Udział zobowiązań powiatów i podległych im SPZOZ w dochodach budżetowych powiatów jest średnio niższy

Typ JST	2011	2012*	2013*
Gmina miejska	m.st. Warszawa 5 966 430	6 408 420	6 096 076
Gmina miejsko-wiejska	gminy 25 989 644	9 585 553	9 522 435
Gmina wiejska	n/a	10 173 879	10 153 351
Miasto na prawach powiatu	22 108 467	29 578 689	30 884 558
Powiat	6 136 855	5 975 086	5 877 616
Województwo	5 555 073	6 112 889	6 625 077
Razem	65 756 468	67 834 515	69 159 112

* Wartości zaokrąglone do pełnych tysięcy

Tabela IV. Zobowiązania ogółem JST w latach 2011–2013 według typów jednostek samorządu terytorialnego (w tys. PLN).

Źródło: KRRIO, *Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego (lata 2011–2013)* [41].

Województwo	Udział zobowiązań JST i nadzorowanych przez nie SPZOZ w dochodach budżetowych województw (w %)	Udział zobowiązań JST i nadzorowanych przez nie SPZOZ w dochodach budżetowych powiatów (w %)
Dolnośląskie	41,8	41
Kujawsko-pomorskie	55,3	22,7
Lubelskie	72,6	34,3
Lubuskie	38,1	46,1
Łódzkie	78,5	26,4
Małopolskie	43,1	31,7
Mazowieckie	85,9	29,2
Opolskie	50,5	21,1
Podkarpackie	40,7	28,6
Podlaskie	32,5	19,4
Pomorskie	52,5	28,6
Śląskie	49,4	25,7
Świętokrzyskie	32,1	45,1
Warmińsko-mazurskie	32,9	30,6
Wielkopolskie	44,2	31,3
Zachodniopomorskie	54,3	33,1
Średnio	53	31

Tabela V. Udział zobowiązań JST i podległych im SPZOZ w dochodach budżetowych województw i powiatów w 2013 r.

Źródło: Gaudyn P., *Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej a sytuacja finansowa samorządów*, „Finanse Komunalne” 2015; 3: 56 [7].

niż w przypadku województw. Powiaty z trzech województw: lubuskiego, świętokrzyskiego i dolnośląskiego przekraczają 40% próg zadłużenia, a powiaty z kolejnych

pięciu województw (lubelskie, małopolskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie) mieszczą się w przedziale 30–40%.

Wszystko to uprawnia do konstatacji, że samorzady stają wobec poważnych trudności, jeżeli chodzi o finansowanie przekształcenia SPZOZ. Można przy tej okazji wspomnieć, że nawet korzystanie z finansowego wsparcia oferowanego przez Ministerstwo Zdrowia samorządom przekształcającym podległe im SPZOZ nie ściąga całkowicie z barków samorządów ciężarów finansowych związanych z przekształceniami SPZOZ⁹.

Wymiar kompetencyjny

Jak już wskazywano powyżej, większość publikacji na temat przekształceń SPZOZ analizuje uwarunkowania finansowe tych procesów. W takim kontekście wprowadzenie wątku innych niż finansowe determinanty procesu przekształceń, w tym przypadku związanych z kompetencjami menedżerskimi osób kierujących SPZOZ, wydaje się użyteczne.

Identyfikowanie potrzeb w zakresie kompetencji powinno obejmować dwa umownie wyróżnione etapy procesu przekształceń:

- powoływania spółki kapitałowej;
- funkcjonowania nowo utworzonej spółki kapitałowej.

Określanie tych potrzeb może się odbywać na podstawie istniejących już doświadczeń z przekształceniami SPZOZ, które są prezentowane w czasopismach naukowych (w niewielkim zakresie) oraz w prasie i w mediach elektronicznych (duża ilość informacji).

W pierwszym etapie przekształceń (tworzenia spółki kapitałowej)¹⁰ wymagana jest od osób zarządzających wiedza przede wszystkim z zakresu prawa (w tym prawa spółek) oraz kompetencje menedżerskie związane m.in. z kontrolą poziomu zadłużenia zakładu, pozyskiwaniem środków na przekształcenie SPZOZ czy zarządzaniem zmianą w organizacji. Jak wskazywano powyżej w literaturze przedmiotu, można znaleźć opracowania pomocne w realizowaniu pierwszego etapu przekształceń [1, 11, 27, 29, 30].

Trudniejszy do interpretacji wydaje się etap drugi, czyli zarządzanie nowo utworzoną spółką, jako że piśmiennictwo na temat funkcjonowania przedsiębiorstw prowadzących działalność leczniczą i mających formę spółek kapitałowych jest skąpa [11, s. 289–335, 31, 32], a praktyczne doświadczenia są jeszcze niewielkie. W takim stanie rzeczy użytecznym źródłem informacji mogą tu być na przykład raporty NIK [40] czy sprawozdania Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO) za 2013 rok [41].

Kontrola przez NIK 31 szpitali [40] przekształconych w latach 2006–2010 pokazała, że zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w przypadku części kontrolowanych jednostek nie doprowadziła do zaprzestania generowania strat. To może wywołać konstatację, że sama zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotu świadczącego usługi zdrowotne i większe niż w przypadku SPZOZ zagrożenie upadłością nie wystarczą do skutecznego rozwiązania

problemów zadłużenia tych podmiotów. Zaświadczać o tym mogą doniesienia prasowe mówiące o zagrożonych upadłością spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością, które są w 100% własnością powiatu [42].

Wyniki kontroli NIK pokazały również, że po powstaniu spółek nie poprawiła się dostępność do świadczeń zdrowotnych, a JST w niewystarczającym stopniu monitorowały sytuację finansową nowo tworzonej podmiotów oraz zakres udzielanych przez nie świadczeń. Taka obserwacja kieruje uwagę ku jakości zarządzania i kompetencji menedżerskich osób decyzyjnych w JST. Wystąpiły również nieprawidłowości w nadzorze procesu likwidacji SPZOZ przez organy założycielskie¹¹ [40, s. 6].

Z kolei w raporcie KRRIO za 2013 rok, który przedstawia rezultaty kontroli przeprowadzonej przez Regionalne Izby Obrachunkowe w 90 jednostkach samorządu terytorialnego (w tym w 10 województwach, 14 powiatach i 66 gminach), zorientowanej na ocenę sytuacji finansowej JST (wynikającej z zadłużenia tych jednostek), wyczytać można, że wśród naruszeń znalazł się również brak należytego monitorowania sytuacji finansowej, w tym poziomu zadłużenia SPZOZ [41, s. 11]. Taki wniosek wzmacnia wynik kontroli NIK przedstawiany powyżej.

Aż w 27 kontrolowanych JST brak było stosownych mechanizmów kontroli zarządczej, zapewniających terminową realizację zobowiązań, w tym z tytułu kredytów i pożyczek. W 38 kontrolowanych podmiotach w strukturach organizacyjnych nie było stanowisk pracy czy komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za monitorowanie zagadnień odnoszących się do zadłużenia i wynikających z niego konsekwencji (np. harmonizowanie wpływów i terminów regulowania zobowiązań).

W 22 JST nie ustalono żadnych formalnych reguł stosowanych na drugim poziomie kontroli zarządczej, a pozwalających na monitorowanie poziomu zadłużenia samorządowych osób prawnych (w szczególności SPZOZ).

W 22 jednostkach brak było także procedur pozwalających monitorować zobowiązania spółek z udziałem jednostek samorządowych (na 63 jednostki samorządowe, w których działały spółki) [41, s. 36].

Występujące w funkcjonowaniu JST nieprawidłowości dotyczące różnych aspektów kontroli właścicielskiej stanowią punkt wyjścia do sformułowania kilku wskazań czy rekomendacji, jako że mamy tu do czynienia z sytuacją paradoksalną. Powyżej wskazywano na wagę problemu zadłużenia JST w ogólności, a SPZOZ w szczególności. Można bez wahania traktować wysoki poziom zobowiązań ogólnych JST jako czynnik strategiczny w funkcjonowaniu JST oraz główny czynnik sukcesu w procesie przekształcania SPZOZ w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością lub akcyjną. Poziom zadłużenia (a w rzeczywistości jego brak) jest determinantą sukcesu spółki na rynku usług medycznych. Jak zatem wytłumaczyć fakt ignorowania przez osoby decyzyjne efektywnej kontroli dynamiki i poziomu zadłużenia tak SPZOZ, jak i JST? Czy wynika to z niedoskonałych narzędzi i metod niepozwalających na przykład na szacowanie poziomu zobowiązań wymagalnych? W części takie pominięcie może być tłumaczone nieprawidłowym ewidencjonowaniem obciążających jednostkę zobowiązań¹².

Objęte kontrolą Regionalnych Izb Obrachunkowych jednostki samorządowe – według stanu na dzień 31 grudnia 2012 roku – były podmiotami tworzącymi 230 zakładów opieki zdrowotnej i posiadały udziały w 165 spółkach prawa handlowego.

Kontrola wykazała, że kwota zobowiązań SPZOZ podległych badanym JST wzrosła z 2 208 564,2 tys. zł w 2011 do 2 407 842,0 tys. zł w 2012 roku, co – w świetle prezentowanych wcześniej liczb i faktów – specjalnie nie dziwi.

Dziwi natomiast i niepokoi poziom zobowiązań spółek kapitałowych, w których kontrolowane JST posiadały 50% lub więcej udziałów. W 2011 roku wartość zobowiązań tych spółek wynosiła 4 081 823,8 tys. zł, a na koniec 2012 roku było to 4 475 882,8 tys. zł [41, s. 36–37]. Ta konstatacja utwierdza tylko w przekonaniu, że sama zmiana formy organizacyjno-prawnej zakładu nie jest gwarantem rozwiązania problemu zadłużania się podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

To z kolei oznacza, że władze spółki muszą bez zwłoki podjąć działania w takich dziedzinach, jak:

- analiza strategiczna spółki na rynku usług zdrowotnych (powiat?, województwo?, kraj?, opieka transgraniczna?);
- nakreślenie wizji rozwoju spółki;
- restrukturyzacja spółki (organizacyjna, finansowa);
- budowanie aliansów strategicznych.

Do realizacji powyższych zadań niezbędne jest posiadanie kompetencji i umiejętności menedżerskich nieco innych od tych, które wystarczały do prowadzenia SPZOZ.

Wymiar informacyjny

Wymiar informacyjny jest na potrzeby tego artykułu redukowany do kwestii dostępu do pożądaných, wiarygodnych i rzetelnych informacji, jak również umiejętności ich obróbki i wykorzystania w praktyce menedżerskiej. Przykładowe ograniczenia w dostępie do informacji były prezentowane powyżej w punkcie dotyczącym wymiaru ilościowego przekształceń, ale lista problemów z pozyskaniem wiarygodnych informacji może być rozbudowywana. Możemy na niej umieścić takie – wydawałoby się oczywiste – kwestie, jak strategia zdrowia kraju, województwa czy powiatu, mapy potrzeb zdrowotnych, plany finansowe i strategie wojewódzkich oddziałów NFZ czy choćby informacje o konkurentach na rynku usług zdrowotnych. Do tego można dorzucić jeszcze politykę podatkową (w szczególności dotyczącą VAT) oraz osiągnięcia w technologiach medycznych i IT.

Można powiedzieć, że wymiar informacyjny jest jednym z najmniej docenianych, choć obiektywnie pozostaje jednym z najważniejszych czynników sukcesu nowoczesnej organizacji, w tym w spółce prowadzącej działalność leczniczą.

Wyzwania stojące przed podmiotami tworzącymi

Niezbyt bogata literatura przedmiotu na temat przekształceń SPZOZ (wystarczy tu porównać liczbę

publikacji na temat przekształceń (restrukturyzacji) przedsiębiorstw z liczbą publikacji poświęconych przekształceniom SPZOZ) ukierunkowana jest na proces zmiany formy organizacyjno-prawnej zakładu, przede wszystkim z uwzględnieniem uwarunkowań finansowych tworzenia spółek z ograniczoną odpowiedzialnością i akcyjnych.

Wyzwaniem dla JST jest przyspieszenie procesu przekształceń SPZOZ i związane z nim dodatkowe obciążenia finansowe. Konstatując niewielki (w stosunku do potrzeb) postęp w liczbie przekształconych do tej pory SPZOZ, można pokusić się o następującą spekulację.

Zważywszy na duże potencjalne obciążenia finansowe dla JST, wynikające z inicjowania i przeprowadzania przekształceń zadłużonego SPZOZ z jednej, a brak jednoznacznych rozstrzygnięć ustawowych w kwestii inicjowania procesu zmian z drugiej strony, można zrozumieć powściągliwość JST w przekształcaniu SPZOZ w spółki kapitałowe.

Okazuje się bowiem, że w ustawie o działalności leczniczej nie określono trybu postępowania w przypadku **niepodjęcia** przez JST uchwały w sprawie przekształcenia SPZOZ. Obowiązują tu więc przepisy ogólne zawarte w ustawach ustrojowych (o samorządzie gminy, powiatu i województwa). Stanowią one, że w razie powtarzającego się naruszenia przez organ stanowiący JST konstytucji lub ustaw Sejm, na wniosek Prezesa Rady Ministrów, może w drodze uchwały rozwiązać organy JST. Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw administracji publicznej wyznacza wówczas osobę, która do czasu wyborów nowych organów JST pełni funkcję tych organów. Warunkiem zastosowania opisanej procedury jest jednak powtarzający się charakter naruszeń [37, s.12–13].

W innym przypadku, w razie nierokującego nadziei na szybką poprawę i przedłużającego się braku skuteczności w wykonywaniu zadań publicznych przez organy JST Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw administracji publicznej, może zawiesić organy JST i ustanowić zarząd komisaryczny na okres do 2 lat, nie dłużej jednak niż do wyboru organu wykonawczego w kolejnej kadencji. Ustanowienie zarządu komisarycznego może nastąpić po uprzednim przedstawieniu zarzutów organom JST i wezwaniu ich do niezwłocznego przedłożenia programu poprawy sytuacji [37, s.13].

Stosując *reductio ad absurdum*, można zatem powiedzieć, że niepodejmowanie przez JST działań nakazanych w u.d.l. jest (z uwagi na kłopotliwą dla wszystkich interesariuszy procedurę rozwiązywania organów JST czy zawieszania organów JST) tolerowane przez władze, jako że – w praktyce wobec istnienia bariery finansowej po stronie JST – nie ma dla takiego zaniechania alternatywy.

Powtórzmy w tym miejscu, że doświadczenia z przekształcaniem SPZOZ w spółki kapitałowe pokazują jednak, że powstanie nowego bytu bynajmniej nie rozwiązuje problemu zadłużenia spółek wykonujących działalność leczniczą. Warto przy tej okazji napomknąć o konieczności przeprowadzenia pogłębionych badań kwestii zadłużenia spółek z udziałem jednostek samorządowych, które to spółki w pewnych sytuacjach przejmują formalnie zadłużenie samorządu terytorialnego. Problem

leży w tym, że ten dług obciąża jednak ekonomicznie jednostki samorządowe. Rozwiązanie to ma zróżnicowany kształt prawny, identyfikowane jest pod nazwą tzw. umów wsparcia. Umowy te kształtują zobowiązanie JST do przekazywania spółce świadczenia pieniężnego na podstawie określonego tytułu prawnego (np. dopłaty do kapitału), które to świadczenie faktycznie odpowiada kwocie obciążenia spółki z tytułu zobowiązania dłużnego i przypadających do spłaty odsetek. Umowy wsparcia niemające charakteru tytułu dłużnego *de facto* generują wieloletnie obciążenia dla JST, które chociaż nie mieszczą się w relacji spłaty zobowiązań (art. 243 ustawy o finansach publicznych), muszą być uwzględniane w prognozach dotyczących parametrów finansowych przyszłych budżetów [41, s. 38].

■ Podsumowanie

Wyzwania dla JST (będących podmiotami tworzącymi) płynące z zapisów ustawy o działalności leczniczej oraz aktualnej sytuacji w zakresie finansowania i organizowania działalności leczniczej można pogrupować w trzy kategorie: wyzwania finansowe, kompetencyjne i informacyjne.

Wyzwania finansowe wynikają z tych zapisów u.d.l., które określają warunki przekształceń zadłużonych podmiotów leczniczych w spółki kapitałowe. Mała liczba przekształceń podjętych i zrealizowanych przez JST po wejściu w życie u.d.l. intryguje w konfrontacji z wysokim poziomem zadłużenia podmiotów leczniczych, dla których podmiotami tworzącymi są JST. To z kolei otwiera pole do spekulacji, że mała liczba przekształceń może być związana z niską płynnością finansową samych JST, które nie mogą wypełnić zapisów u.d.l. nakazujących odłożenie podmiotów tworzących do poziomu umożliwiającego przeprowadzenie przekształcenia w spółkę akcyjną lub spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

Wyzwania kompetencyjne związane są z koniecznością posiadania tak przez kierujących podmiotami leczniczymi, jak i osób (gremiów) reprezentujących JST i odpowiadających za sprawy organizacji ochrony zdrowia na danym terytorium specjalistycznej wiedzy z prawa, finansów oraz zarządzania.

Z kolei wyzwania informacyjne wynikają z niedostatku lub całkowitego braku danych pozwalających na opisanie otoczenia podmiotu leczniczego (również w ujęciu perspektywnym), zdefiniowania pozycji podmiotu leczniczego na lokalnym rynku świadczeń zdrowotnych czy pełnej (i pogłębionej) charakterystyki finansowej podmiotu leczniczego (również w ujęciu perspektywnym).

Obserwacja tak tempa przekształceń podmiotów leczniczych w spółki kapitałowe, jak i działań podejmowanych przez JST zorientowanych na ich przekształcenie uzasadnia duże zaniepokojenie taką sytuacją.

Ten niepokój związany z tempem przekształceń może być wzmocniony brakiem w wydawnictwach branżowych opracowań traktujących o strategii JST w odniesieniu do niedawno utworzonych spółek z ograniczoną odpowiedzialnością. Wydaje się bowiem, że niektóre JST sam fakt przekształcenia podmiotu w spółkę kapitałową

skłonne są traktować jako finalny etap restrukturyzacji. Takie podejście jest całkowicie błędne.

Wzmiankowane powyżej kwestie implikują bowiem konieczność nakreślenia wizji dla nowo utworzonej spółki, zbudowania (lub modyfikacji) strategii obejmującej m.in. przeprowadzenie faktycznej i szeroko zakrojonej restrukturyzacji finansowej i organizacyjnej spółki. To z kolei prowadzi do konstatacji, że kierowanie spółką powinno być przekazane kompetentnym (wiedza, doświadczenie, zweryfikowane przez rynek osiągnięcia) menedżerom, których wynagrodzenie powinno być konkurencyjne w stosunku do stawek obowiązujących na rynku usług menedżerskich.

Na koniec trzeba z emfazą podkreślić, że zmiany dokonywane w spółkach mogą nie przynieść oczekiwanych korzyści, jeżeli nie będą im towarzyszyć zmiany w całym systemie ochrony zdrowia (w tym wprowadzania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych).

Przypisy

¹ W artykule wykorzystywano ten termin, pomimo iż w ustawie o działalności leczniczej on się nie pojawia.

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).

³ Proces przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest długi i wielowątkowy [11], ale z uwagi na perspektywę, cel i konstrukcję tego artykułu został ograniczony do lat 2011–2014.

⁴ Taka ocena pomija program pomocy finansowej oferowanej JST przez Ministerstwo Zdrowia w ramach tzw. Planu B.

⁵ Nr 1–2 z 2015 r.

⁶ JST mogły uzyskać pomoc państwową w postaci spłaty zadłużenia przekształcanych szpitali (w formie dotacji celowej lub umorzenia zobowiązań publicznoprawnych). Na dotacje przeznaczono 1,4 mld zł. W 2012 r. planowano wydać 400 mln, w 2013 r. 600 mln, a w 2014 r. 400 mln. W rezultacie w roku 2012 wydano 39079,6 tys. zł, a w 2013 230118,4 tys. [36]. W kwietniu 2015 r. nie było jeszcze informacji na temat wydatkowania w 2014 r. planowanych 400 mln zł [36].

⁷ Efektywnie było to 2,5 roku, jako że ustawa o działalności leczniczej zaczęła obowiązywać od 1 lipca 2011 r.

⁸ Od 1 stycznia 2014 r. obowiązuje system ustalania indywidualnych limitów dotyczących zaciągania długu przez JST, uzależniający możliwą wysokość zadłużenia poszczególnych JST od zdolności do spłaty tego zadłużenia.

⁹ Województwo pomorskie przejęło część zobowiązań przekształcanych przez siebie SPZOZ łącznie w kwocie 104 mln zł, ale z budżetu państwa odzyskało w sumie 72 mln zł [43]

¹⁰ Uwagi prezentowane w tym miejscu odnoszą się (są zawężone) tylko do jednej z trzech dopuszczanych przez u.d.l. form przekształceń SPZOZ, czyli do przekształcania SPZOZ w spółkę z o.o. lub spółkę akcyjną.

¹¹ Przed wejściem w życie u.d.l. był to odpowiednik podmiotów tworzących.

¹² W 41 jednostkach samorządowych prowadzona ewidencja księgowa nie zapewniała możliwości wyodrębnienia ewentualnych kwot zobowiązań wymagalnych [5, s.17].

Piśmiennictwo

1. Rabięga-Przyłęcka A., *Rola samorządu terytorialnego w przekształceniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle ustawy o działalności leczniczej*, „Samorząd Terytorialny” 2012; 12: 15–24.
2. Pieprzyk P., *Rola JST w świetle ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej*, „Finanse Komunalne” 2012; 3: 40–51.
3. Grześkiewicz W., *Finanse samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2009–2011*, „Finanse Komunalne” 2013; 3: 24–39.
4. Grześkiewicz W., *Finansowe uwarunkowania samorządu terytorialnego wobec zdrowia publicznego*, „Samorząd Terytorialny” 2011; 1–2: 80–89.
5. Grześkiewicz W., *Czy samorządowe samodzielne zakłady opieki zdrowotnej są w stanie ograniczyć przyrost zadłużenia?*, „Finanse Komunalne” 2013; 9: 24–32.
6. Bukowska-Piastryńska A., *Finansowanie zadań jednostek samorządu terytorialnego z zakresu ochrony zdrowia*, „Samorząd Terytorialny” 2013; 1–2: 60–71.
7. Gaudyn P., *Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej a sytuacja finansowa samorządów*, „Finanse Komunalne” 2015; 3: 50–60.
8. Surówka K., *Problem oceny poziomu zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego a realizacja zadań*, „Finanse Komunalne” 2014; 9: 5–10.
9. Balcewicz J., *Problemy zamówień na świadczenia zdrowotne*, „Finanse Komunalne” 2013; 6: 50–54.
10. Klich J., *Systemowe ograniczenia funkcjonowania sektora publicznego w polskim systemie ochrony zdrowia*, w: W. Bojar, I. Rudawska (red.), „Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą” 2011; 54: 249–258.
11. Klich J., *Restrukturyzacja samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Współczesne wyzwania, procedury i narzędzia*, Wolters Kluwer Polska SA., Warszawa 2013.
12. Świderek I., *Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego w świetle nowych uregulowań – zarys problemu*, „Samorząd Terytorialny” 2011; 6: 40–47.
13. Wołowicz T., Reško D., *Nowe reguły zadłużania jednostek samorządu terytorialnego – konsekwencje prawne i ekonomiczne*, „Finanse Komunalne”, 2011; 11: 37–43.
14. Satoła Ł., *Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego – analiza empiryczna*, „Samorząd Terytorialny” 2012; 1–2: 72–85.
15. Surówka K., *Problem oceny poziomu zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego a realizacja zadań*, „Finanse Komunalne” 2014; 9: 5–10.
16. Borodo A., *Głos w sprawie zakresu i kształtu długu oraz deficytu jednostki samorządu terytorialnego*, „Finanse Komunalne” 2012; 1–2: 52–57.
17. Babczuk A., *Zadłużenie spółek komunalnych w Polsce. Próba oceny skali i zróżnicowania regionalnego*, „Finanse Komunalne” 2012; 9: 5–16.
18. Surówka K., *Ograniczenia faktyczne samodzielności finansowej jednostek samorządu terytorialnego – depresja samodzielności finansowej*, „Finanse Komunalne” 2014; 1–2: 21–31.

19. Czudec A., Kata R., *Zadłużenie a sytuacja ekonomiczna i ryzyko finansowe jednostek samorządu terytorialnego*, „Finanse Komunalne” 2013; 5: 5–20.
20. Poniatowicz M., *Instrumenty nowoczesnego zarządzania finansami w kontekście efektywności, sprawności i skuteczności działania jednostek samorządu terytorialnego*, „Finanse Komunalne” 2014; 7–8: 5–12.
21. Wróblewska G., *Zarządzanie długiem jednostki samorządu terytorialnego – problemy praktyczne*, „Finanse Komunalne” 2015; 1–2: 99–109.
22. Babczuk A., Ziolo M., *Niewyplacalność jednostek samorządu terytorialnego. Diagnostyka i możliwości przeciwdziałania zjawisku*, „Finanse Komunalne” 2014; 9: 11–26.
23. Czudec A., Kata R., *Metodyczne aspekty oceny gospodarki finansowej jednostek samorządu terytorialnego*, „Finanse Komunalne” 2012; 10: 5–20.
24. Krawczyk R.P., *Efektywność i skuteczność nadzoru nad samorządem terytorialnym a uwarunkowania prawno-faktyczne*, „Finanse Komunalne” 2014; 10: 5–21.
25. Sepioł J., *Co dalej? Główne wyzwania i kierunki zmian w polskich samorządach*, „Samorząd Terytorialny” 2015; 1–2: 24–28.
26. Hass-Symotiuk M., *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe a efektywność gospodarowania zasobami opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 757, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013; 58: 57–67.
27. Dyląg A., *Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o działalności leczniczej a prawa i obowiązki prawnopracownicze*, „Monitor Prawa Pracy” 2012; 1.
28. Rąbiega-Przyłęcka A., *Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej)*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2013; 319: 13–25.
29. Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Wolters Kluwer Sp. z o.o., Warszawa 2010.
30. Kachniarz W., *Komercjalizacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008.
31. Jarosiński M., Winch S. (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014.
32. Horosz P. (red.), *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2012.
33. Ministerstwo Zdrowia. Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, *Informacja o przekształceniach własnościowych w ochronie zdrowia, przeprowadzonych decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2010 (wrzesień)*, Warszawa 2010, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/przekoszt_szpitale_02122010.pdf; dostęp: 20.03.2015.
34. *Szpitale zmienia się w spółki*, „Rzeczpospolita” 25.04.2013, <http://www.ekonomia.rp.pl/arttykul/1003706.html?p=1>; dostęp: 24.03.2015.
35. Seredocha I., *Splacać, przekształcać czy likwidować? – samorządy muszą zdecydować o przyszłości podległych im szpitali*, <http://www.samorzad.lex.pl/czytaj/-/artykul/splacac-przekształcac-czy-likwidowac-samorzady-musza-zdecydowac-o-przyszlosci-podleglych-im-szpitali>; dostęp: 27.03.2015.
36. Ministerstwo Zdrowia, *Restrukturyzacja i przekształcenia*, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia>; dostęp: 8.04.2015.
37. Wójcik M., *Przekształcenia publicznych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego*, w: M. Jarosiński, S. Winch (red.), *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2014: 9–28.
38. KRRIO, *Zobowiązania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i wynikające z nich zagrożenia dla sytuacji finansowej jednostek samorządu terytorialnego*, Warszawa 2006: 24.
39. Babczuk A., *Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako źródło zagrożenia sytuacji finansowej samorządu powiatowego*, „Finanse Komunalne” 2010; 7–8: 42–50.
40. NIK, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010*. Nr ewid. 104/2011/P/10/097/KPZ, Warszawa 2011, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3393,vp,4298.pdf>; dostęp: 14.03.2015.
41. KRRIO, *Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Ob Rachunkowych i wykonania budżetu przez jednostki samorządu terytorialnego w 2013 roku*, Warszawa 2014, http://www.rio.gov.pl/html/sprawozdania_rio/2013/wstep2013.html; dostęp: 27.03.2015.
42. *Białogard: szpitalnej spółce grozi upadłość*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarządzanie/Białogard-szpitalnej-spolce-grozi-upadlosc,150540,1.html>; dostęp: 27.03.2015.
43. *Drugi szpital w Gdyni przekształcony w spółkę*, 2013.12.25, <http://www.nadmorski24.pl/aktualnosci/16524-drugi-szpital-w-gdyni-przekształcony-w-spolke.html>; dostęp: 29.03.2015.

Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik

Przemysław Szetela

Katedra Zdrowia Publicznego, Dietetyki i Chorób Cywilizacyjnych, Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Rzeszów

Adres do korespondencji: Przemysław Szetela, Katedra Zdrowia Publicznego, Dietetyki i Chorób Cywilizacyjnych, Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, ul. Sucharskiego 2, 35-225 Rzeszów, pszetela@wsiz.rzeszow.pl

■ Abstract

The role of local government in the Polish health care system: organizer, entity that creates and payer

The main purpose of this article was to present the most important organizational, supervisory and financial competences of local government units (LGUs) in Poland relating to public health care institutions (medical entities, a non-entrepreneurs). One of the goals of article was also evaluated the involvement of the various levels of local government in Poland in the financing of the tasks related to the health care and evaluated the effects of decentralization in health care. The article has been prepared on the basis of literature study, including the current legislation, as well as papers of various organizations, institutions and scientific journals.

Key words: local government units, financing of health care

Słowa kluczowe: jednostki samorządu terytorialnego, finansowanie ochrony zdrowia

■ Wstęp

Od 1 stycznia 1999 roku na podstawie zapisów zawartych w ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzono w Polsce kolejną reformę systemu ochrony zdrowia. Ustawodawca zmienił przede wszystkim sposób finansowania systemu zdrowotnego z budżetowego na ubezpieczeniowy (a precyzyjniej rzecz ujmując na ubezpieczeniowo-budżetowy). Głównym publicznym płatnikiem w ochronie zdrowia stały się Kasy Chorzych, które w 2003 roku na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zastąpiło Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ; dokonano centralizacji systemu). W wyniku reformy z 1999 roku jednostki samorządu terytorialnego (JST) stały się organami założycielskimi (podmiotami tworzącymi, właścicielami)

większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zarówno tych działających w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i stacjonarnym (art. 47¹ ustawy z dnia 13 października 1998 roku Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną oraz ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej). W ten sposób kontynuowano proces decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa rozpoczęty już na początku lat 90. Zgodnie z ogólnymi zasadami decentralizowania uprawnień decyzyjnych każdy ze szczebli władzy lokalnej stał się odpowiedzialny za tworzenie strategii rozwojowej dla mieszkańców swojego terytorium. Choć między szczeblami administracji samorządowej nie ma zasady hierarchicznego podporządkowania, to główna rola koordynacyjna przypadła województwu. Mimo ogólnych uprawnień w zakresie planowania strategicznego samorząd nie mógł planować infrastruktury szpitalnej; te plany miało przygotowywać ministerstwo.

Samorząd lokalny miał natomiast być głównym autorem planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, współpracując z kasą chorych i samorządami zawodów medycznych [1]. W wyniku wdrożonych zmian na samorząd terytorialny w Polsce przerzucono odpowiedzialność za prawidłową gospodarkę finansową podległych im podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dla których poszczególne JST stały się podmiotami tworzącymi. Współcześnie JST w ochronie zdrowia pełnią rolę zarówno: (1) organizatora ochrony zdrowia odpowiedzialnego za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, (2) podmiotu tworzącego jednostki zdrowotne, jak i (3) publicznego płatnika w systemie zdrowotnym. Zwłaszcza trzecia z wymienionych funkcji JST wymaga doprecyzowania i głębszego wyjaśnienia. W systemie ochrony zdrowia według metodologii Narodowych Rachunków Zdrowia opracowanej przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) występuje kilku płatników, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Rolę płatników publicznych pełnią instytucje rządowe i samorządowe oraz fundusze zabezpieczenia społecznego. Natomiast płatnikami prywatnymi w systemie ochrony zdrowia są: gospodarstwa domowe (pacjenci), przedsiębiorstwa, prywatne instytucje ubezpieczeniowe oraz organizacje *non-profit* działające na rzecz gospodarstw domowych (tj. fundacje, stowarzyszenia itp.) [2]. Każdy z wyżej wymienionych „płatników“ (publicznych i prywatnych) dostarcza do systemu ochrony zdrowia mniej lub więcej środków finansowych oraz jest odpowiedzialny za finansowanie różnego zakresu dóbr i usług medycznych. Używanie w stosunku do JST określenia „płatnik” jest całkowicie zasadne, gdyż z całą pewnością można uznać JST za jednego z kilku płatników występujących w ochronie zdrowia, trzeba mieć jednak na uwadze, że tak wielkość środków finansowych dostarczanych do systemu, jak i zakres finansowania koszyka dóbr i usług medycznych przez niektórych płatników (w tym JST) są niewielkie w skali całego systemu. W literaturze przedmiotu najczęściej poprzez użycie określenia „płatnik” rozumie się podmiot dokonujący, w części lub w całości, zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w imieniu pacjenta lub refinansujący te świadczenia [3]. Jest to konsekwencja wyróżniania w systemach ochrony zdrowia trzech uczestników: pacjentów jako podmioty korzystające, lekarzy wraz z pozostałymi wytwórcami świadczeń oraz płatnika (podmiot kontraktujący/finansujący świadczenia). Ponieważ każdy z tych uczestników jest traktowany jako strona wzajemnych stosunków, podmiot dysponujący środkami publicznymi jest często określany mianem „płatnika trzeciej strony” (ang. *third-party payer*) [4]. W konsekwencji określenie „płatnik” stosuje się zwykle w kontekście głównego publicznego płatnika występującego w systemie, który gwarantuje powszechny i równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych dla całego lub niemal całego społeczeństwa w podstawowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego. Natomiast dla pozostałych płatników występujących w systemie zdrowotnym najczęściej stosuje się określenie – „źródło finansowania systemu ochrony zdrowia” (ang. *financing agents*).

Decentralizacja funkcji zdrowotnych państwa

W wyniku reform ustrojowych z 1990 i 1999 roku nastąpiła znacząca decentralizacja zadań administracji publicznej w Polsce, a co za tym idzie – istotny wzrost zadań JST. Proces decentralizacji dotyczył również w znacznym stopniu specyficznego sektora, jakim jest ochrona zdrowia. Decentralizacja władzy publicznej miała się przyczynić w zamierzeniach do lepszego rozpoznawania potrzeb pacjentów i racjonalnego (także pod względem finansowym) działania. W decentralizacji upatrywano sposobu na poprawę alokacji ograniczonych zasobów finansowych oraz ogólnego wzrostu efektywności w systemie ochrony zdrowia. Problemy decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa są więc aktualne w polskim systemie opieki zdrowotnej już od początku lat 90., wtedy bowiem uczyniono pierwszy istotny krok w kierunku decentralizowania uprawnień decyzyjnych w sferze zdrowia. Fakt ten był bezpośrednio związany z przywróceniem w 1990 roku samorządności gminom [1].

Pojęcie decentralizacji ma istotne znaczenie dla dalszych rozważań z punktu widzenia podjętego tematu. W literaturze przedmiotu decentralizacja nie jest rozumiana w sposób jednoznaczny, gdyż jest to zjawisko bardzo złożone i wieloaspektowe. Najczęściej decentralizację określa się jako ustawowe, trwałe, chronione prawem przekazywanie organom decentralizowanej władzy publicznej (gminom, powiatom, województwom) zadań, kompetencji i środków, w które do tej pory były wyposażone organy władzy centralnej. W ujęciu dynamicznym decentralizacja oznacza przekazywanie zadań i środków na ich realizację z wyższych na rzecz niższych szczebli jednostek organizacyjnych. Natomiast w ujęciu statycznym jest to stan wyposażenia niższych niż centralny szczebli organizacyjnych w zadania i środki ich realizacji, przy prawnym zabezpieczeniu samodzielności tych szczebli [5]. Wyróżnia się przy tym różne rodzaje decentralizacji, wśród których podstawowe znaczenie ma decentralizacja terytorialna, oznaczająca przeniesienie zadań i środków ich realizacji na rzecz niższych szczebli władzy publicznej (JST). Obok niej jako formę uzupełniającą (a czasami konkurencyjną) wyróżnia się tzw. decentralizację funkcjonalną, zwaną niekiedy branżową, która ma ograniczony charakter i polega na przenoszeniu niektórych, rodzajowo tylko określonych funkcji na rzecz jednostek niższego szczebla. Tak więc przekazywanie w Polsce zadań i środków na rzecz gmin, powiatów i województw samorządowych realizuje decentralizację terytorialną, natomiast przekazanie zadań i środków regionalnym kasom chorych – było decentralizacją funkcjonalną [6]. Z pojęcia decentralizacji wynika zasada decentralizacji, która ma kształtować relacje między organami władzy publicznej. Zasada decentralizacji nakazuje ustawodawcy rozpraszać kompetencje publiczne między wiele usamodzielnionych podmiotów prawa publicznego (w tym samorządy terytorialne) [7].

Od 1990 roku w Polsce odbywa się postępujący proces decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa. Na JST stopniowo przekazywano wiele zadań z zakresu

ochrony zdrowia, m.in. przejęcie funkcji organizatora ochrony zdrowia na poziomie lokalnym i regionalnym (pełnienie roli organów założycielskich publicznych zakładów opieki zdrowotnej), tworzenie strategii rozwojowej w zakresie zdrowia dla mieszkańców swojego terytorium, przejęcie odpowiedzialności za zabezpieczenie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (współpracując z publicznym płatnikiem i samorządami zawodów medycznych), zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizacja programów dotyczących profilaktyki chorób i promocji zdrowia, walka z alkoholizmem i narkomanią itp. Owe nałożenie zadań z zakresu ochrony zdrowia na JST można uznać za przejaw decentralizacji administracji publicznej i realizację dyspozycji zawartej w art. 15 konstytucji, tj. „Ustrój terytorialny Rzeczypospolitej Polskiej zapewnia decentralizację władzy publicznej” [8]. Analizując zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia, należy stwierdzić, iż dotychczas zaistniała przede wszystkim decentralizacja funkcji właścicielskich, wciąż jednak nie doszło do decentralizacji funkcji płatniczych w systemie zdrowotnym (tj. decentralizacji publicznego płatnika – NFZ).

Polski samorząd terytorialny, mimo bardzo dobrego startu gmin w 1990 roku i wielu pozytywnych doświadczeń wynikających z prowadzonej działalności, nie spełnił – jak dotychczas – pokładanych w nim nadziei, w szczególności nie przyczynił się w oczekiwanym stopniu do aktywizacji społeczności lokalnych i regionalnych, do wyzwolenia twórczej inicjatywy mieszkańców gmin, powiatów i województw oraz rozwoju społeczeństwa obywatelskiego (również w zakresie ochrony zdrowia). Już po wejściu w życie ustaw wprowadzających reformy ustrojowe wystąpiły zjawiska społeczne i polityczne, które utrudniły lub uniemożliwiły realizację niektórych zakładanych celów. W rezultacie decentralizacja okazała się płytsza, niż to wynika z regulacji ustrojowych, i w znacznej mierze nosi znamiona „decentralizacji trudności budżetowych”. Ujawniły się liczne dysfunkcje, związane z przekazaniem JST nowych zadań bez zapewnienia środków na ich realizację. Powyższe zjawisko w szczególności uwydatniło się w zakresie ochrony zdrowia. Analiza zachodzących procesów uprawnia do sformułowania poglądu, iż nastąpiło nie tyle dzielenie się odpowiedzialnością w przemyślany i uporządkowany sposób, ile jej przesunięcie czy nawet, używając języka potocznego, jej „spychanie” z władzy krajowej na inne podmioty, nie zawsze zresztą z dbałością o to, czy są one wyposażone w odpowiednie instrumentarium realizacyjne wraz z odpowiednimi środkami finansowymi [9]. Z kolei jednak należy pamiętać, że przekazywanie zadań z zakresu ochrony zdrowia JST należy uznać za słuszny kierunek zmian, gdyż systemy zdecentralizowane bez wątplenia znajdują się bliżej obywatela (pacjenta), a więc lepiej rozpoznają jego potrzeby i preferencje, również w zakresie zdrowia. Podmioty odpowiedzialne za rozpoznawanie i zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli mogą więc spełnić pokładane w nich nadzieje poprzez realizowanie skutecznej i efektywnej polityki dostosowanej do wcześniej zidentyfikowanych potrzeb. Należy pa-

miętać jednocześnie, iż potrzeby obywateli są zróżnicowane, a ujednoczone, scentralizowane dostarczanie dóbr obywatelom, których preferencje są zróżnicowane, nie jest optymalne z punktu widzenia efektywności. Istnieje oczywiście obawa, że JST, które często nie dysponują ani niezbędnymi zasobami, ani doświadczeniami w decydowaniu o polityce zdrowotnej, nie będą w stanie podołać poważniejszym niż dotychczas zadaniom. Jednak decentralizacja, o której stanowi Konstytucja RP, nie jest przecież jednorazowym przedsięwzięciem decyzyjnym, lecz dążeniem do zbudowania w państwie odpowiednich docelowych rozwiązań organizacyjnych, zgodnych z konstytucyjnymi zasadami ustrojowymi [8]. Wskazując dylematy decentralizacji, trzeba podkreślić, że problemem nie jest to, czy decentralizować – tylko w jakim tempie, jak głęboko, a przede wszystkim w jakich warunkach – oraz jaki do tego jest potrzebny potencjał zasobów materialnych i ludzkich [9]. Biorąc powyższe fakty pod uwagę, należy uznać, iż procesy decentralizacyjne w ochronie zdrowia wciąż nie zostały zakończone.

Organizacyjne kompetencje samorządu terytorialnego

Jednostki samorządu terytorialnego w związku z pełnioną funkcją właścicielską w stosunku do publicznych zakładów opieki zdrowotnej działających jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ; podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami) skupiają wiele kompetencji o charakterze organizacyjnym. Do najważniejszych kompetencji w tym zakresie należą:

- Tworzenie i prowadzenie podmiotów leczniczych w formie spółki kapitałowej lub jednostki budżetowej (art. 6 ustawy o działalności leczniczej). Od momentu wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. od 1 lipca 2011 roku) JST nie mogą tworzyć podmiotów leczniczych działających w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (mogą tylko prowadzić już istniejące jednostki w tej formie). Od tej zasady ustawodawca przewidział jednak jeden wyjątek: w przypadku łączenia dwóch (lub większej liczby) podmiotów, które działają już w formie SPZOZ-ów, może powstać nowy podmiot leczniczy również działający w tej formie (art. 204 ustawy o działalności leczniczej)² [10]. W tym miejscu zasadne jest przypomnienie, iż na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej istnieją dwa dopuszczalne sposoby łączenia SPZOZ-ów. Po pierwsze, poprzez przeniesienie całego mienia co najmniej jednego SPZOZ-u (przejmowanego) na inny SPZOZ (przejmujący), a po drugie poprzez utworzenie nowego SPZOZ-u powstałego z co najmniej dwóch łączących się (a w zasadzie łączonych) SPZOZ-ów. Pierwsza z możliwości polega na przejęciu przez jeden SPZOZ (przejmujący) innego (jednego lub większej liczby) SPZOZ-u. Jest to więc – według terminologii używanej w Kodeksie spółek handlowych – łączenie się przez przejęcie. W tym przypadku przejmujący SPZOZ zachowuje swój dotychczasowy samodzielny byt prawny. Traci go natomiast SPZOZ przejm-

wany. Druga z wymienionych powyżej możliwości to – mówiąc w pewnym uproszczeniu – łączenie się SPZOZ-ów przez zawiązanie nowego SPZOZ-u. W tym przypadku w miejsce łączących się SPZOZ-ów, które tracą samodzielny byt prawny, powstaje nowy podmiot (SPZOZ). Powstaje on na bazie mienia łączących się SPZOZ-ów, przejmuje ich pracowników oraz zadania, a także wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się SPZOZ-y, bez względu na charakter prawny tych stosunków [11].

- Możliwość przekształcania (art. 70–82), połączenia (art. 66–68) oraz likwidacji (art. 60–61) podmiotów leczniczych na drodze uchwały³ właściwego organu stanowiącego JST (ustawa o działalności leczniczej) [10].
- Nadawanie statutu, który określa ustrój SPZOZ-u (podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą), oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. W statucie określa się w szczególności nazwę podmiotu odpowiadającą zakresowi i rodzajowi udzielanych świadczeń; cele i zadania podmiotu (rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych); siedzibę (obszar działania); organy i strukturę organizacyjną oraz formę prowadzenia gospodarki finansowej (art. 42 ustawy o działalności leczniczej) [10].
- Nawiązywanie z kierownikiem podmiotu leczniczego stosunku pracy na podstawie powołania⁴, umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej. Podmiot tworzący ogłasza również konkurs⁵ na stanowisko kierownika oraz jego zastępcy, gdy kierownikiem jednostki nie jest lekarz (art. 46 i 49 ustawy o działalności leczniczej) [10].
- Delegowanie przedstawiciela do rady społecznej, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz organem doradczym kierownika SPZOZ-u (tj. podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą; art. 48 ustawy o działalności leczniczej). Ponadto podmiot tworzący powołuje i odwołuje Radę Społeczną oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie. Do zadań rady społecznej należy m.in.: (1) przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w następujących sprawach: (a) zbycie aktywów trwałych oraz zakup lub przyjęcie darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego; (b) przekształcenie lub likwidacja, rozszerzenie lub ograniczenie działalności; (c) przyznawanie kierownikowi nagród; (d) rozwiązywanie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem; (2) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów; (3) opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej; (4) wykonywanie innych zadań określonych w prawie i statucie (art. 48 ustawy o działalności leczniczej)⁶ [10].

Nadzorcze kompetencje samorządu terytorialnego

Jedną z najważniejszych kompetencji JST jako organów założycielskich wobec SPZOZ-ów (tj. podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami) jest sprawowanie nad nimi właściwego nadzoru. Funkcję tę do niedawna JST realizowały na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 roku w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (tzw. rozporządzenie o nadzorze). W obecnych ramach prawnych zasady sprawowania nadzoru uregulowane są w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dział VI „Kontrola i nadzór”; art. 118–122). Podmiot tworzący (JST) sprawuje nadzór nad zgodnością działań SPZOZ-u (podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą) z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym. W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów SPZOZ-u (podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą) oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Kontrola i ocena działalności jednostki zdrowotnej oraz pracy jej kierownika dokonywana jest w szczególności w takich sferach, jak: prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi, gospodarka finansowa, a także realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Istotny jest zwłaszcza nadzór nad gospodarką finansową, który jest sprawowany poprzez kontrolę i ocenę jej legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. Natomiast nadzór nad prawidłowością gospodarowania mieniem dokonywany jest poprzez kontrolę i ocenę w szczególności: wykorzystywania aparatury i sprzętu medycznego, wniosku dotyczącego zakupu lub przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego, wniosku dotyczącego zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego albo wniesienia tego majątku do spółek lub fundacji. Podmiot tworzący w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika ma możliwość wstrzymania ich wykonania oraz zobowiązania kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niezastosowania się do założeń w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną. Warto zaznaczyć, iż kontrolę przeprowadza się na podstawie upoważnienia udzielonego przez podmiot tworzący. W ramach udzielonego upoważnienia kontrolujący ma prawo m.in. do: (1) wstępu do pomieszczeń podmiotu leczniczego; (2) wglądu do dokumentów i innych materiałów związanych z działalnością podmiotu leczniczego; (3) przeprowadzania oględzin; (4) sprawdzania przebiegu określonych czynności; (5) żądania od kierownika i pracowników podmiotu leczniczego ustnych i pisemnych wyjaśnień; (6) zabezpieczania dowodów. Ponadto kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do: (1) niezwłocznego przedstawienia na żądanie kontrolującego wszelkich dokumentów i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia kontroli oraz zapewnienia

terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników; (2) zapewnienia warunków i środków niezbędnych do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności udostępniania, w miarę możliwości, oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem; (3) sporządzenia na żądanie kontrolującego niezbędnych do kontroli odpisów, kserokopii lub wyciągów z dokumentów oraz zestawień i obliczeń opartych na dokumentach. Na podstawie ustaleń z przeprowadzonej kontroli podmiot tworzący może przedstawić kierownikowi w wystąpieniu pokontrolnym zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości (art. 118–122 ustawy o działalności leczniczej) [10, 11].

■ Finansowe kompetencje samorządu terytorialnego

Podstawowym uprawnieniem (obowiązkiem) finansowo-majątkowym JST w relacji do podmiotów leczniczych, dla których pełni ona rolę podmiotu tworzącego, jest zaopatrzenie jednostki zdrowotnej (w momencie tworzenia lub prowadzenia) w odpowiednie mienie, które umożliwi wykonywanie zadań, na rzecz których podmiot leczniczy został powołany i jest utrzymywany. Obowiązek ten wynika z art. 54 i 86 ustawy o działalności leczniczej. W tym miejscu należy podkreślić, że przekazanie mienia przez samorząd terytorialny powinno nastąpić w sposób bezpłatny. Niedopuszczalne z punktu widzenia obowiązującego prawa jest przekazanie jednostce zdrowotnej mienia przez JST np. w formie dzierżawy i domaganie się opłacania czynszu. Należy stwierdzić, iż takie działanie nie ma oparcia w obowiązujących przepisach prawnych. Należy zaznaczyć, że w późniejszym okresie sprzedaż aktywów trwałych, oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie przez jednostkę zdrowotną wymagają zgody podmiotu tworzącego. Podmioty lecznicze prowadzone w formie SPZOZ-ów mają prawo do przyjęcia tylko mienia, natomiast jednostki funkcjonujące w formie jednostki budżetowej mogą uzyskać od podmiotu tworzącego zarówno mienie, jak i środki finansowe.

Kolejnym uprawnieniem finansowym JST określonym w art. 114 i 115 ustawy o działalności leczniczej jest możliwość udzielenia dotacji podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą (dotacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych). Ustawodawca dopuścił możliwość przeznaczania dotacji przez JST na następujące cele (1–6): (1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań; (2) remonty; (3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego; (4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach; (5) cele określone w od-

rębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych; (6) realizację programów wieloletnich [10].

Należy zaznaczyć, iż wymienione dotacje mają charakter dotacji celowych. Jednostki samorządu terytorialnego wydatkują środki publiczne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych i są zobowiązane do ich wydatkowania na podstawie ściśle określonych regulacji prawnych. W innym przypadku JST naruszają dyscyplinę finansów publicznych. Nie mają one prawa przeznaczać dotacji na działalność bieżącą jednostki zdrowotnej, tj. np. na finansowanie leków czy też wynagrodzeń personelu. Istotną cechą tych dotacji jest również ich dobrowolny charakter. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może zwrócić się do JST z prośbą o dotację, lecz decyzja o jej przyznaniu bądź nie zależy tylko i wyłącznie od decyzji samorządu. Zwykle jej otrzymanie uwarunkowane jest sytuacją finansową danego samorządu. Warto także przypomnieć, iż ów katalog dotacji jeszcze kilka lat temu był znacznie węższy. Dwie najbardziej istotne dla kształtu opisywanego katalogu dotacji nowelizacje ustawy o zakładach opieki zdrowotnej miały miejsce 14 maja 2004 roku i 14 lipca 2006 roku. Pierwsza z nich rozszerzyła katalog dotacji o dwie pozycje:

- remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- projekty realizowane ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej i niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) oraz innych środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi.

Druga z wymienionych nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej rozszerzyła zakres opisywanego katalogu o możliwość przeznaczenia dotacji nie tylko przez JST, które są ich organami założycielskimi, ale również dla pozostałych JST na: (1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia, a także (2) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Pojawiła się więc możliwość, aby gmina mogła przeznaczyć dotację szpitalowi powiatowemu (dla którego organem założycielskim jest powiat), co jest uzasadnione tym, iż mieszkańcy gminy leczą się w tym szpitalu. Wcześniej takiej możliwości prawnej nie było. W dalszym ciągu toczy się „walka” o kolejne rozszerzenie zamkniętego katalogu dotacji celowych, w ramach których JST mogłyby wesprzeć finansowo jednostki zdrowotne. Warto również zaznaczyć, iż JST mogą także oferować pewną pomoc dla jednostek zdrowotnych w celu poprawy ich sytuacji ekonomicznej poprzez udzielanie pożyczek, gwarancji oraz poręczeń kredytów zaciąganych w instytucjach finansowych.

Ponadto na podstawie zapisów zawartych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą otrzymywać środki finansowe na podstawie umowy zawartej z JST, na następujące zadania: (1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wy-

konanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań; (2) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) bądź innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach; (3) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych; (4) realizację programów wieloletnich; (5) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne [10].

Ustawodawca w ustawie o działalności leczniczej ustanowił jednakowe (równe) zasady w dostępie do środków publicznych dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą (bez względu na ich formę prawną i rodzaj podmiotu tworzącego). Odrębne zasady przekazywania środków publicznych odnoszą się jedynie do podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (ze względu na ich specyfikę).

Ustawodawca wprowadził jednak znaczące zastrzeżenie, zgodnie z którym na następujące trzy zadania, tj. na: (1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonywanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań, (2) remonty oraz (3) inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne tylko w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawodawca doprecyzował również, iż wysokość tych środków publicznych nie może przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania, a ich maksymalna wysokość musi być ustalana według przyjętego wzoru.

Należy więc zauważyć, że od 2011 roku nastąpiło powiązanie wysokości przekazywanych środków publicznych z przychodami podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w poprzednim roku obrotowym (wobec roku obrotowego, w którym ma nastąpić przekazanie środków finansowych). Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie ma możliwości otrzymania środków publicznych na realizację powyższych zadań w pierwszym roku obrotowym, w którym dopiero zaczyna udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wyjątek stanowią te podmioty wykonujące działalność leczniczą, które na mocy przepisów szczególnych są następcami prawnymi przekształcanych jednostek zdrowotnych. Ustawodawca w ten sposób dąży do oddzielenia środków publicznych od środków prywatnych, aby nie dopuścić do sytuacji, w której środki publiczne w danej jednostce zdrowotnej służyłyby tylko i wyłącznie pacjentom komercyjnym.

Możliwość finansowego wsparcia podmiotu wykonującego działalność leczniczą przez JST wynika również z art. 38 ustawy o działalności leczniczej, który przewiduje w sytuacjach nadzwyczajnych możliwość nałożenia

na podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązku wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku np. klęski żywiołowej, epidemii, ataku terrorystycznego lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych. Prawo nałożenia takiego obowiązku przysługuje organowi założycielskiemu, który jest jednocześnie zobowiązany do zapewnienia jednostce zdrowotnej środków niezbędnych do wykonania zadania. Dodatkowo w przypadku poniesienia szkody przez podmiot leczniczy przy wykonywaniu nałożonego zadania organ zlecający wykonanie zadania (JST) zobowiązany jest do jej naprawienia [10].

Podstawowa jednak kompetencja finansowa JST w stosunku do podległych im SPZOZ-ów została zdefiniowana w art. 59 ustawy o działalności leczniczej. Polega ona na tym, iż organ, który utworzył SPZOZ, zobowiązany jest do pokrycia ujemnego wyniku finansowego jednostki zdrowotnej, gdy nie jest ona w stanie samodzielnie pokryć go we własnym zakresie. Podmiot tworzący ma 3 miesiące od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego SPZOZ-u na pokrycie ujemnego wyniku finansowego za rok obrotowy. W przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego podmiot tworzący w terminie 12 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego jest zobowiązany do podjęcia uchwały o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o likwidacji SPZOZ-u. W obu tych przypadkach organ założycielski zobowiązany jest do przejęcia zobowiązań (przekształcanego lub likwidowanego) zakładu. W tym drugim przypadku dodatkowo organ założycielski musi wskazać zakład, który przejmie prawa i obowiązki (zadania) likwidowanej jednostki. Zobowiązania i należności SPZOZ-u po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami właściwej JST (art. 61 ustawy o działalności leczniczej) [10].

W przypadku likwidacji zakładu 100% zadłużenia jest przejmowane przez JST, natomiast w przypadku jego przekształcenia o tym, jaką część zadłużenia przejmuje JST, decyduje tzw. wskaźnik zadłużenia zakładu (nowy element zawarty w ustawie o działalności leczniczej). Wskaźnik zadłużenia SPZOZ-u jest obliczany przez podmiot tworzący na podstawie sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy (przed sporządzeniem aktu przekształcenia jednostki, art. 70–72). Wskaźnik zadłużenia ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe SPZOZ-u do sumy jego przychodów⁷. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi:

- **powyżej 0,5** – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia, podmiot tworzący przejmuje (obligatoryjnie) zobowiązania SPZOZ-u o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia ustalany na dzień przekształcenia dla spółki powstałej z przekształcenia SPZOZ-u wyniósł nie więcej niż 0,5;
- **0,5 lub mniej** – w dniu poprzedzającym dzień przekształcenia, podmiot tworzący może (dobrowolnie) przejąć zobowiązania SPZOZ-u.

Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę

główną wraz z odsetkami (art. 70–72 ustawy o działalności leczniczej). Reasumując, podmiot tworzący musi przejąć na siebie taką wielkość zobowiązań przekształcanego zakładu, aby wartość wskaźnika zmniejszyła się do wartości co najmniej 0,5 (jest to obligatoryjne). Jednostka samorządu terytorialnego może też przejąć w sposób dobrowolny pozostałą część zadłużenia, aby wartość wskaźnika zadłużenia SPZOZ-u spadła poniżej wartości 0,5 lub nawet osiągnęła wartość 0. Należy zaznaczyć w tym miejscu, że zadłużenie nieprzejęte przez JST nie znika (nie ulega umorzeniu), lecz przechodzi na nowo powstały podmiot. Konstatując tę część rozważań, należy wskazać, iż obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący przekształcenia albo likwidacji podległej mu jednostki zdrowotnej (jeżeli ujemny wynik finansowy nie może być pokryty w samodzielny sposób przez daną jednostkę zdrowotną) powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, tj. po 1 lipca 2011 roku (art. 216 ww. ustawy) [10]. W roku 2013 przypada termin zatwierdzania sprawozdań finansowych za rok 2012, jako pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej. Jednostki samorządu terytorialnego już w roku bieżącym staną przed koniecznością podjęcia trudnych decyzji dotyczących dalszego funkcjonowania jednostek zdrowotnych, dla których są organami założycielskimi (pokryć ujemny wynik finansowy, o ile taki występuje, czy też może zdecydować się na przekształcenie lub likwidację jednostki zdrowotnej).

Dodatkowo ustawodawca przewidział w ustawie o działalności leczniczej dwie zachęty finansowe dla JST do przekształcania SPZOZ-ów w spółki: (1) umorzenie zobowiązań publicznoprawnych oraz (2) dotację celową z budżetu państwa (odpowiednio art. 190 i 196 ustawy o działalności leczniczej). Niestety powyższe zachęty od dnia 1 stycznia 2014 roku już nie obowiązują. Pierwsza z nich umożliwiała umorzenie zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ-u, jeżeli podmiot tworzący zdażył przekształcić SPZOZ w spółkę kapitałową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej (art. 69–82) w okresie do dnia 31 grudnia 2013 roku. Umorzeniu podlegały wówczas przejęte zobowiązania od SPZOZ-u wraz z odsetkami znane na dzień 31 grudnia 2009 roku [10].

Druga z wymienionych zachęt umożliwiała uzyskanie dotacji celowej z budżetu państwa, jeżeli podmiot tworzący zdażył przekształcić SPZOZ w spółkę kapitałową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej w okresie do dnia 31 grudnia 2013 roku. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż ustawodawca nie wprowadził górnego ograniczenia dotyczącego wysokości jednostkowej dotacji, o jaką mógł ubiegać się dany wnioskodawca (w budżecie państwa przewidziano na niniejsze dotacje 1,4 mld zł). Dotacje podmiot tworzący musiał jednak przeznaczyć na spłatę zobowiązań przejętych od SPZOZ-u, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia. Zdaniem autora niniejszego artykułu powyższe zachęty finansowe w postaci umorze-

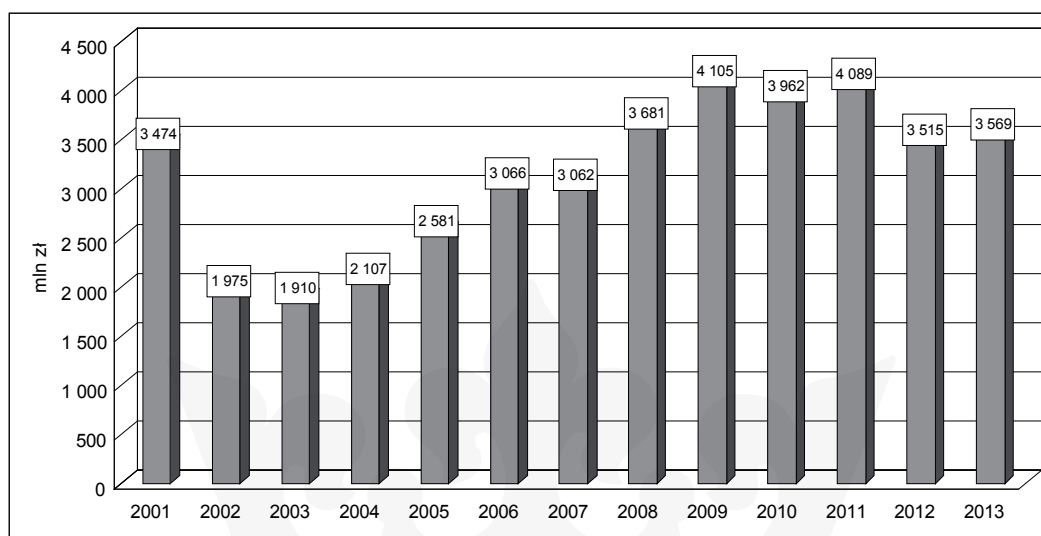
nia zobowiązań publicznoprawnych oraz dotacji celowej z budżetu państwa powinny zostać zachowane na kolejne lata i pełnić rolę wsparcia dla JST w podejmowaniu trudu przekształcania jednostek zdrowotnych w spółki kapitałowe (w tym celu konieczna jest jednak właściwa nowelizacja ustawy o działalności leczniczej).

Należy zaznaczyć, że do momentu wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej istniała dodatkowa możliwość uzyskania wsparcia finansowego w relacji pomiędzy SPZOZ–JST. Było bowiem możliwe uczestnictwo w rządowym, wieloletnim programie realizowanym w latach 2009–2011 znanym pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” („Plan B”, program „Ratujmy Polskie Szpitale”)⁸. Program ten wspierał finansowo JST w dokonywaniu dobrowolnych przekształceń podległych im jednostek publicznych w spółki prawa handlowego (komercjalizacja). Sięgnięcie jednak po środki publiczne dostępne w ramach programu nie było proste i w rezultacie stosunkowo niewiele zakładów opieki zdrowotnej i JST podjęło trud przeprowadzenia wielu wymaganych działań o charakterze prawnym, finansowym i organizacyjnym. Z programu skorzystały 62 JST, które przeprowadziły zmiany organizacyjno-prawne w 80 SPZOZ-ach. Z tej liczby 54 zakłady przekształcono w spółki kapitałowe prowadzące działalność leczniczą, a pozostałe 26 zlikwidowano. Wejście w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej spowodowało, że istnienie programu rządowego straciło uzasadnienie, gdyż powyższa ustawa przewidziała uproszczoną procedurę przekształcania jednostek publicznych w spółki kapitałowe, automatycznie zapewniając sukcesję prawną i przeniesienie praw i obowiązków na nowy podmiot bez uciążliwej formy jego likwidacji.

■ Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce przez samorząd terytorialny

Jednostki samorządu terytorialnego w Polsce pełnią rolę jednego z publicznych płatników w systemie zdrowotnym, oprócz NFZ i budżetu państwa. Struktura wydatków publicznych uwzględniająca wyżej wymienionych płatników w ochronie zdrowia przedstawia się następująco: NFZ – 85%; budżet państwa – 10%; JST – 5% [12]. W roku 2013 samorząd terytorialny w Polsce przeznaczył 3,6 mld zł na zadania związane z ochroną zdrowia (**Wykres 1**).

W latach 2002–2011 można było obserwować systematyczny wzrost środków finansowych, które JST przeznaczały na zadania związane z ochroną zdrowia, co należy ocenić ze wszech miar pozytywnie. W latach 2002–2011 wydatki samorządu terytorialnego w dziale 851 klasyfikacji budżetowej – „Ochrona zdrowia” wzrosły aż o 114%, tj. z kwoty 1,98 mld zł do 4,09 mld zł. W roku 2012 odnotowano jednak znaczny spadek wydatków publicznych na cele związane ze zdrowiem (o 19%), a rok później poziom wydatków publicznych samorządu terytorialnego ustabilizował się na zbliżonym poziomie około 3,6 mld zł. Relatywnie wysokie wydatki samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w roku 2001 (tj.



Wykres 1. Wydatki samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2001–2013 (w mln zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

niemal 3,5 mld zł) wynikały z kumulacji środków otrzymanych przez JST w roku 2000. Od 2003 roku środki finansowe przeznaczane przez JST na ochronę zdrowia systematycznie rosły. Ich średnia dynamika w latach 2003–2011 wynosiła około 10%. W 2004 roku w stosunku do roku poprzedniego nastąpił wzrost wydatków o 10%. W 2005 i 2006 roku odnotowano wzrost wydatków, odpowiednio o 22% i 19% w stosunku do roku poprzedniego. W roku 2007 JST przeznaczyły na ochronę zdrowia tyle samo środków, co w roku poprzednim. Natomiast w kolejnych dwóch latach, tj. w 2008 i 2009, odnotowano wzrost wydatków publicznych odpowiednio o 20% i 12% w relacji rok do roku. W latach 2010–2011 poziom wydatków JST na zadania związane z ochroną zdrowia ustabilizował się na relatywnie stałym poziomie, tj. około 4 mld zł, natomiast rok później opisywane wydatki zmniejszyły się do poziomu około 3,5 mld zł i pozostały na tym poziomie również w roku 2013.

Nie wszystkie szczeble organizacyjne samorządu terytorialnego w Polsce na ochronę zdrowia przeznaczają tyle samo środków finansowych (Wykres 2).

W rozpatrywanym 2013 roku:

- 26% (tj. 0,9 mld zł) wszystkich środków, jakie samorząd terytorialny przeznaczył na finansowanie zadań związanych z ochroną zdrowia, wydatkowały województwa;
- 37% (tj. 1,3 mld zł) powiaty „ziemskie”;
- 22% (0,8 mld zł) miasta na prawach powiatów (tzw. powiaty grodzkie);
- 15% (0,5 mld zł) gminy.

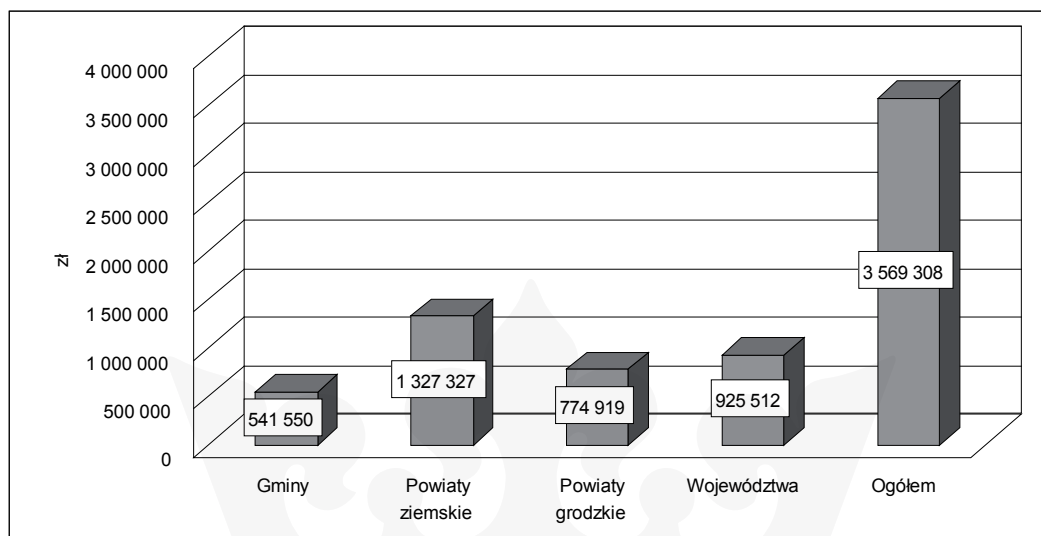
W tym miejscu należy zaznaczyć, iż powiatów „ziemskich” w Polsce jest 314, natomiast „grodzkich” tylko 65, a na ochronę zdrowia oba typy powiatów przeznaczają relatywnie podobne kwoty (tj. odpowiednio 1,3 i 0,8 mld zł). Należy więc stwierdzić, że miasta na prawach powiatu (powiaty „grodzkie”), których jest liczbowo znacznie mniej niż powiatów „ziemskich” (prawie 5-krotnie),

odgrywają szczególnie ważną rolę w strukturze finansowania ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny. Agregacja kwot alokowanych przez powiaty „ziemskie” i „grodzkie” na zadania związane z ochroną zdrowia wyraźnie wskazuje na podstawowy szczebel finansowania ochrony zdrowia w ramach poszczególnych jednostek organizacyjnych samorządu terytorialnego. Najwięcej środków finansowych w strukturze finansowania ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce przeznaczają powiaty (aż 59% wszystkich środków, tj. 2,1 mld zł) (Wykres 3).

Okazuje się, że wszystkie szczeble organizacyjne samorządu terytorialnego w Polsce (tj. gminy, powiaty i województwa) wykazują systematyczny wzrost wydatków przeznaczanych na ochronę zdrowia w ostatniej dekadzie. Najwięcej środków finansowych za zadania związane ze zdrowiem przeznaczają powiaty, w dalszej kolejności województwa i gminy. Powyższa struktura utrzymuje się w niezmięnionej postaci już od wielu lat (Wykres 4).

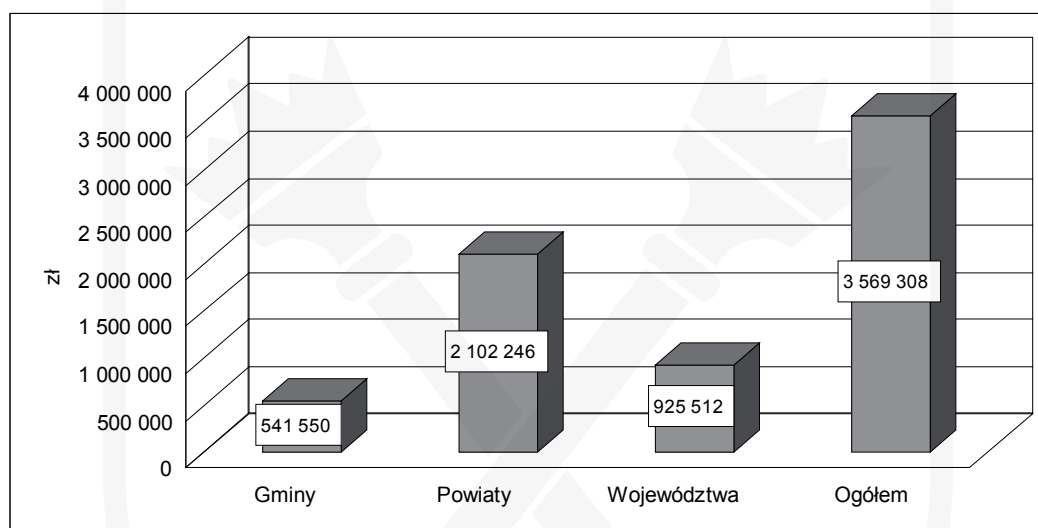
Spośród wszystkich wydatków realizowanych przez JST wydatki na ochronę zdrowia mają znaczenie marginalne. Kształtują się one na poziomie 0,70% wydatków ogółem w gminach oraz 1,50% w miastach na prawach powiatów, 5,80% w powiatach ziemskich i 5,6% w województwach samorządowych (Tabela I).

Zadania związane z ochroną zdrowia konkurują z innymi zadaniami przypisanymi samorządowi. Jednostki samorządu terytorialnego wydatkują znacznie większe środki pieniężne na takie zadania, jak: oświata, pomoc społeczna, transport i łączność czy administracja publiczna. Realizując zadania własne i zlecone w zakresie ochrony zdrowia, JST dokonują wydatków w określonych podziałach klasyfikacji budżetowej. Kategoryzacja wydatków według rozdziałów klasyfikacji budżetowej pozwala na precyzyjne określenie celów, na jakie poszczególne kwoty są przeznaczane.



Wykres 2. Wielkość i struktura środków finansowych wydatkowanych na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w roku 2013 (w zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

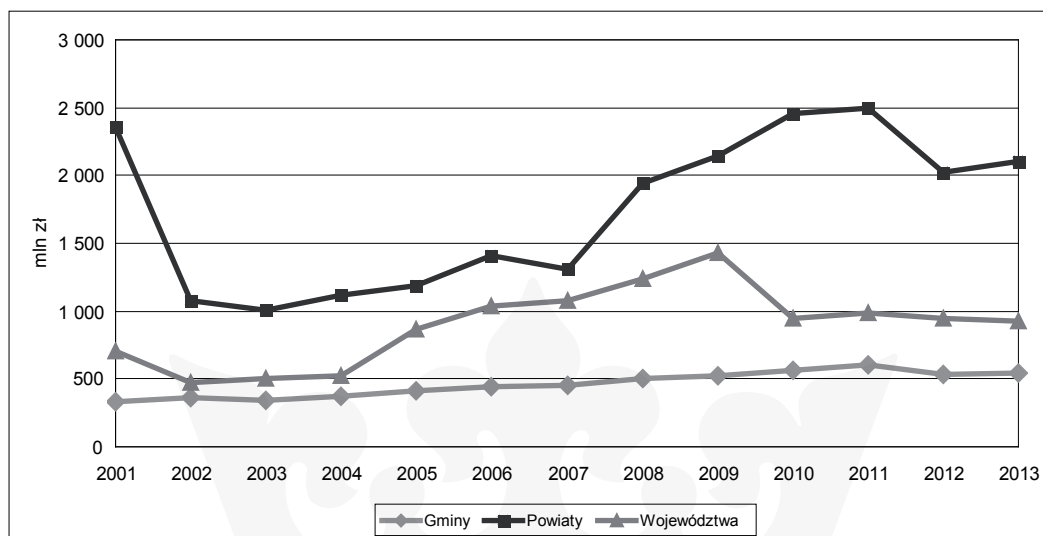


Wykres 3. Wielkość i struktura środków finansowych wydatkowanych na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w roku 2013 (w zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

Analizując wydatki gmin na ochronę zdrowia, należy stwierdzić, iż przeznaczają one na finansowanie potrzeb zdrowotnych niecały 1% (tj. 0,7%) swoich środków, czyli rocznie około 0,5 mld zł (w 2013 roku). Podstawowym zadaniem gmin w dziedzinie ochrony zdrowia jest przeciwdziałanie alkoholizmowi (71,6%) i zwalczanie narkomanii (rozdziały 85154 i 85153) [12]. Zmaganie się z problemami związanymi z nadużywaniem alkoholu dla gmin jest zadaniem obligatoryjnym, wynikającym z ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na które

otrzymują „znaczone” dochody w postaci opłat za wydawanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Na pozostałe zadania związane z opieką zdrowotną (tj. m.in. na utrzymanie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także na finansowanie programów polityki zdrowotnej) gminy przeznaczają znacznie mniej środków. Należy uznać, iż globalne kwoty wydatkowane z budżetów gmin na opiekę zdrowotną kształtują się na niskim poziomie (choćby w porównaniu z innymi szczeblami samorządowymi). Tymczasem jest to najmocniejszy finansowo szczebel organizacyjny



Wykres 4. Środki finansowe wydatkowane na ochronę zdrowia przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego w latach 2001–2013 (w mln zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

Rodzaj działalności	Gminy (2479)	Powiaty „ziemskie” (314)	Powiaty „grodzkie” (65)	Województwa (16)
	%	%	%	%
Oświata i wychowanie	37,2	31,4	30,8	5,6
Pomoc społeczna	16,4	14,8	11,9	0,9
Transport i łączność	7,7	12,8	19,2	41,5
Administracja publiczna	10,3	11,1	6,8	9,0
Gospodarka komunalna i ochrona środowiska	8,4	0,4	6,0	0,2
Ochrona zdrowia	0,7	5,8	1,5	5,6
Kultura fizyczna	2,6	0,3	3,0	1,0
Pozostałe	16,7	23,4	20,8	36,2
Ogółem	100	100	100	100

Tabela I. Struktura wydatków jednostek samorządu terytorialnego według działów i rodzajów klasyfikacji budżetowej w 2013 roku (w %).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Krajowej Rady Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), 2014 r. [13].

samorządu terytorialnego w Polsce i jego potencjalne możliwości w transferowaniu środków finansowych do sektora opieki zdrowotnej są znacznie większe. Dochody ogółem gmin w roku 2013 kształtowały się na poziomie ponad 80 mld zł, podczas gdy miasta na prawach powiatu, powiaty i województwa uzyskały dochody ogółem na znacznie niższym poziomie, odpowiednio 52 mld zł, 23 mld zł oraz 16 mld zł [13].

Wydatki powiatów „ziemskich” na ochronę zdrowia stanowią około 5,8% ich wydatków ogółem, co stanowi około 1,3 mld zł (w 2013 roku). Około 79,5% tych środków absorbują zadania realizowane przez powiaty w ramach rozdziału 85156 klasyfikacji budżetowej, tj. składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świad-

czeń dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie jak w przypadku miast na prawach powiatów są to zadania zlecone ustawowo, środki finansowe na ten cel zaś pochodzą z budżetu państwa. Z budżetów powiatów na zdrowie finansowane są przede wszystkim szpitale, dla których powiaty są organem założycielskim (15,8%). Ponadto z budżetów powiatów na zdrowie dofinansowywane jest ratownictwo medyczne i programy polityki zdrowotnej [12].

Wydatki na ochronę zdrowia miast na prawach powiatów w roku 2013 stanowiły około 1,5% ich wydatków ogółem, co stanowiło około 0,8 mld zł. Ze względu na specyfikę tego poziomu organizacyjnego samorządu terytorialnego (są to duże miasta, które realizują także

zadania powiatów) wydatki na ochronę zdrowia ujęte są w kilku rozdziałach klasyfikacji budżetowej, tzn. tych, w których ochrona zdrowia finansowana jest zarówno przez gminy, jak i przez powiaty. Miasta na prawach powiatów około 27,6% swoich wydatków w dziale ochrona zdrowia przeznaczają na przeciwdziałanie alkoholizmowi. Natomiast około 31,6% wydatków stanowią środki przeznaczone na składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (rozdział 85156). Są to zadania zlecone ustawowo powiatom, finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa. Środki te powiaty i miasta na prawach powiatów przekazują poprzez ZUS do NFZ jako płatnik składek za osoby, które utraciły prawo do zasiłków dla bezrobotnych. Istotną część funduszy miast na prawach powiatu na zdrowie (23,0%) absorbują szpitale, dla których powiaty są organami założycielskimi. Pozostałe wydatki miast na prawach powiatów wiążą się ze wspieraniem lecznictwa ambulatoryjnego oraz programów polityki zdrowotnej [12].

Natomiast województwa samorządowe przeznaczają na ochronę zdrowia 5,6% (tj. 0,9 mld zł) swoich środków ogółem (w 2013 roku). Fundusze te przeznaczane są przede wszystkim na finansowanie SPZOZ-ów, dla których samorząd województwa jest organem założycielskim (zwykle są to największe i najbardziej specjalistyczne jednostki zdrowotne w danym województwie). Na ten cel samorządy województw wydają rocznie 76,7% wszystkich środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. Województwa samorządowe realizują ponadto inne zadania w dziedzinie ochrony zdrowia, do których należy m.in. finansowanie lecznictwa psychiatrycznego (4,4%) i zadań medycyny pracy⁹ (8,6%) (rozdziały odpowiednio 85120 i 85148), a także staży i specjalizacji medycznych (rozdział 85157) [12, 14].

Podsumowanie

Samorząd terytorialny w polskim systemie ochrony zdrowia występuje jako organizator, podmiot tworzący jednostek zdrowotnych oraz publiczny płatnik. Istniejące możliwości wspierania finansowego podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (tj. publicznych zakładów opieki zdrowotnej) przez JST są ograniczone. W sytuacji gdy pojawiają się pierwsze symptomy mogące świadczyć o zagrożeniu utraty płynności finansowej przez jednostkę zdrowotną (lub o szansach na jej rozwój), podmiot tworzący nie ma realnej możliwości udzielenia wsparcia finansowego. Należy ocenić, iż taka pomoc ze strony organu założycielskiego w odpowiednim czasie i wysokości niejednokrotnie mogłaby realnie poprawić sytuację finansową funkcjonującego podmiotu i odsunąć w czasie lub nawet zapobiec licznym problemom, a nawet wpłynąć pozytywnie na rozwój danej jednostki. Niejednokrotnie pomoc w formie dotacji na działalność bieżącą danego podmiotu charakteryzowałaby się wysoką skutecznością i efektywnością przy relatywnie niewielkim zaangażowaniu środków finansowych. Obowiązujące regulacje prawne pozwalają na realną ingerencję przez JST w gospodarkę finansową jednostki zdrowotnej,

dopiero gdy ma ona poważne problemy finansowe (notuje ujemny wynik finansowy) (art. 59 ustawy o działalności leczniczej). Wówczas JST musi pokryć ujemny wynik finansowy lub podjąć decyzję albo o zmianie formy prowadzenia gospodarki finansowej, albo o likwidacji podmiotu, co często stanowi poważne obciążenie dla gospodarki finansowej JST. Realizacja zapisów zawartych w art. 59 ustawy o działalności leczniczej generuje wiele pozytywnych konsekwencji nie tylko dla przekształcanego podmiotu leczniczego, lecz również dla podmiotu tworzącego (tj. JST). Podstawowe z nich to: (1) zmiana reżimu prawnego, któremu podlega podmiot leczniczy (zmienia się struktura organów i zasady ich odpowiedzialności za wyniki podmiotu leczniczego), co bezpośrednio przyczynia się do większej efektywności funkcjonowania jednostki zdrowotnej; (2) racjonalizacja świadczeń zdrowotnych w kontekście ich udzielania; (3) możliwość pobierania przez spółkę opłat od pacjentów, co w przypadku SPZOZ-u jest bardzo ograniczone¹⁰ (spółka powstała w wyniku przekształcenia SPZOZ-u może udzielać świadczeń komercyjnych w pełnym zakresie); (4) spółka kapitałowa powstała w wyniku przekształcenia SPZOZ (w przeciwieństwie do SPZOZ) ma zdolność upadłościową – brak wieloletniej kumulacji zadłużenia; (5) zmienia się zakres odpowiedzialności dotychczasowego podmiotu tworzącego SPZOZ/właściciela spółki za zobowiązania; w przypadku SPZOZ-u odpowiedzialność ma charakter pełny i nieunikniony, w przypadku spółki odpowiedzialność ogranicza się do wysokości majątku spółki, a wspólnicy/akcjonariusze nie odpowiadają za zobowiązania spółki; (6) brak konieczności zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez spółkę w przypadku jej likwidacji (w odróżnieniu do SPZOZ-u, który nie może być likwidowany bez przejęcia przez inny podmiot realizowanych świadczeń); (7) poprawa nadzoru właścicielskiego (nadzór i kontrola zostają powierzone radzie nadzorczej, komisji rewizyjnej, walnemu zgromadzeniu) [15].

Pomimo wskazanych powyżej zalet i szans na rozwój, które są związane ze zmianą formy organizacyjno-prawnej jednostek zdrowotnych, wciąż konieczność pokrycia ujemnego wyniku finansowego przekształcanego lub likwidowanego podmiotu powoduje, iż większość JST nie jest zainteresowana zaangażowaniem się w trudny proces przekształcania jednostek (mimo istniejących nawet przez pewien czas zachęt do tego typu działań). Ustawodawca co prawda przewidział kilka możliwości finansowego wspierania SPZOZ-ów (podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami) przez JST w postaci choćby dotacji celowych, ale dostępne formy wsparcia należy ocenić jako niewystarczające, a istniejące przepisy prawne w tym zakresie należy wręcz uznać za przeszkody prawne w finansowaniu powierzonych zadań przez JST w zakresie ochrony zdrowia. Rola JST w finansowaniu systemu ochrony zdrowia jest więc ograniczona, niemniej JST dysponują pewnymi istotnymi kompetencjami finansowymi w systemie ochrony zdrowia. Istniejące przepisy prawne stoją w znacznym kontraście do jednostek zdrowotnych funkcjonujących jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (tj. w aktualnej nomen-

klaturze jako przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych). W stosunku do tych podmiotów ich właściciel (podmiot tworzący) nie ma żadnych prawnych ograniczeń dotyczących finansowego wspierania „swoich” podmiotów. Ich właściciel może przeznaczyć dowolną ilość środków finansowych w dowolnym czasie na dowolne cele.

Poszczególne szczeble samorządu terytorialnego w Polsce, pełniąc rolę jednego z publicznych płatników w ochronie zdrowia, przeznaczają zróżnicowane kwoty na finansowanie zadań związanych z ochroną zdrowia. Pomimo że od 2002 roku można obserwować systematyczny wzrost wydatków JST na ochronę zdrowia, niemniej ich wielkość należy ocenić jako niewystarczającą, biorąc pod uwagę zwłaszcza wielość i ważność zadań, które realizują JST na rzecz zdrowia swoich społeczności (m.in. promocja i ochrona zdrowia, zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, przeciwdziałanie i walka z alkoholizmem, narkomanią i następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, wspieranie ratownictwa medycznego, ochrona zdrowia psychicznego, zwalczanie chorób zakaźnych, opieka nad kobietami w ciąży, realizacja licznych zadań z zakresu służby medycyny pracy oraz inspekcji sanitarnej). Najwięcej środków na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia wśród JST przeznaczają powiaty (59%), w dalszej kolejności województwa (26%), a najmniej gminy (15%). Wydatki na ochronę zdrowia w strukturze wydatków JST mają marginalne znaczenie i stanowią: 0,7% dla gmin, 1,5% dla powiatów „grodzkich”, 5,8% dla powiatów „ziemskich” oraz 5,6% dla województw. Samorząd terytorialny jako publiczny płatnik w ochronie zdrowia stanowi niewielkie źródło finansowania w skali całego systemu ochrony zdrowia, ustępując źródłom składkowym oraz budżetowym, a także źródłom prywatnym ogółem (gospodarstwa domowe, pracodawcy, instytucje prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, organizacje *non-profit*).

Reasumując, należy stwierdzić, że w wyniku zmian systemowych wprowadzonych w 1999 roku JST zostały obciążone odpowiedzialnością za prawidłowe funkcjonowanie opieki zdrowotnej tak na poziomie lokalnym, jak i regionalnym. Jednostki samorządu terytorialnego podzielone między trzy niezależne poziomy stały się organami założycielskimi dla jednostek zdrowotnych z pełnią praw i obowiązków, lecz bez wystarczających środków na ich realizację. Należy stwierdzić, iż samorząd terytorialny nie został wyposażony w odpowiednie środki finansowe, które mogłyby mu umożliwić finansowanie opieki zdrowotnej w większym zakresie (np. JST nie otrzymują subwencji zdrowotnej tak jak w przypadku finansowania szkół) [16]. Co więcej, samorząd terytorialny nie został również wyposażony w odpowiednie instrumenty (narzędzia) prawne, które mogłyby mu umożliwić finansowanie opieki zdrowotnej (zwłaszcza podległych mu jednostek zdrowotnych działających w formie SPZOZ-ów).

Powyższe aspekty powodują, że sprawowanie roli płatnika w ochronie zdrowia przez JST jest ograniczone. Jednostki samorządu terytorialnego wspomagają finansowo SPZOZ-y w sposób niewystarczający i nie przyczyniają się do poprawy ich kondycji finansowo-ekonomicz-

nej. Ponadto JST jako organy założycielskie narażone są na ryzyko wynikające z trudnej sytuacji finansowej podległych im podmiotów leczniczych. Ryzyko to jest związane z obowiązkiem przejęcia oraz spłaty zobowiązań jednostek przez JST w przypadku ich likwidacji, łączenia lub przekształcenia; wynika również z poręczeń udzielonych, z których tytułu JST mogą być zmuszone do dokonania płatności, gdy SPZOZ-y nie będą obsługiwać swojego zadłużenia oraz pożyczek udzielonych SPZOZ-om przez JST, które bardzo często podlegają umorzeniu ze strony JST. Przyjęta w polskim systemie opieki zdrowotnej rozdzielnosc funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych od władz lokalnych i regionalnych pozbawiła *de facto* władze samorządowe wpływu na finansowanie usług zdrowotnych na swoim terenie. Niemniej należy zaznaczyć, iż samorząd terytorialny deleguje swoich przedstawicieli do rady oddziału wojewódzkiego NFZ, tj. organu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym tego ubezpieczyciela (art. 106 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W praktyce zadania samorządu terytorialnego koncentrują się na funkcjach organizacyjnych i nadzorczych wynikających z roli organów założycielskich podmiotów leczniczych oraz działaniach w sferze profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Analiza funkcji zadanych samorządom, ich pozycji oraz relacji zarówno z płatnikiem, jak i zakładami opieki zdrowotnej pozwala na sformułowanie kilku obszarów kryzysowych, których werbalizacja i próba naprawy może stanowić bilans działań podjętych do tej pory w zakresie decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa: (1) brak jasno sprecyzowanych zadań samorządów terytorialnych, tzw. odpowiedzialność rozmyta. Zadania samorządów terytorialnych nie zostały precyzyjnie określone. Można traktować to jako wyraz koncepcji wspólnie ponoszonej odpowiedzialności przez wszystkie poziomy władzy publicznej [17]; (2) brak efektywnej koordynacji działania trzech instytucji pełniących następujące funkcje: właścicielskie (samorządy), strategiczne i kontrolne (organy centralne) oraz płatnicze (przede wszystkim NFZ), co jest jedną z głównych przyczyn dysfunkcyjności systemu; (3) brak jasno określonych relacji między polityką zdrowotną realizowaną przez rząd i samorządy terytorialne a odziedziczoną polityką realizowaną faktycznie przez płatnika; (4) ograniczone wypełnianie funkcji właścicielskich przez JST. Przekazaniu większości zakładów opieki zdrowotnej samorządom nie towarzyszyła weryfikacja ich liczby, struktury i zakresu świadczonych usług; (5) ograniczone źródła finansowania ochrony zdrowia w samorządach terytorialnych; (6) struktura organizacyjna samorządów terytorialnych nie skłania do partnerstwa. Poszczególne jednostki samorządowe nie są wzajemnie od siebie hierarchicznie uzależnione. Przeciwnie, ich funkcjonowanie oparte jest na zasadzie względnej niezależności nie tylko od siebie nawzajem, lecz także od innych władz publicznych. Istotnie ograniczone jest ich wzajemne współdziałanie na rzecz rozwiązywania problemów ochrony zdrowia ze względu na brak zapisanych w ustawach ustrojowych procedur współpracy [1, 18].

Przypisy

¹ Na podstawie tego zapisu Prezes Rady Ministrów został zobowiązany do określenia w drodze rozporządzenia wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które zostaną przejęte przez właściwe JST z dniem 1 stycznia 1999 roku. Powyższa ustawowa delegacja została zrealizowana rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejścia uprawnień organu, który je utworzył (Dz.U. 1998, Nr 145, poz. 941).

² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wyłączyła możliwość tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych na podstawie przepisów zawartych w ustawie z dnia 20 grudnia 1996 roku o gospodarce komunalnej (art. 6 ustawy o działalności leczniczej). Wyłączenie stosowania przepisów o gospodarce komunalnej w powyższym zakresie wynikało z dążenia ustawodawcy do stworzenia spójnej, kompleksowej i jasnej regulacji dla prowadzenia działalności leczniczej, która w założeniu ma się opierać na ustawie o działalności leczniczej i ustawie z dnia 15 września 2000 roku – Kodeks spółek handlowych. W przeciwnym razie istniałyby dwie drogi tworzenia przez jednostkę samorządu terytorialnego spółki kapitałowej prowadzącej działalność leczniczą, tj. na podstawie ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o gospodarce komunalnej, a spółka utworzona w trybie ustawy o gospodarce komunalnej działałaby częściowo według innych – niż pozostałe spółki (podmioty lecznicze) – przepisów.

³ Łączenie jednostek zdrowotnych mających różne podmioty tworzące następuje na drodze porozumienia (art. 66 ustawy o działalności leczniczej) [5].

⁴ Stosunki pracy osób zatrudnionych na podstawie powołania w przekształcanym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej wygasają z dniem jego przekształcenia (art. 81 ustawy o działalności leczniczej). Zapis ten w praktyce powoduje, że kierownik zakładu zatrudniony na podstawie powołania nie ma motywacji do podejmowania trudu przekształcenia jednostki zdrowotnej, gdyż z chwilą jej przekształcenia może stracić stanowisko [5].

⁵ Wszystkie kwestie związane z ww. konkursem szczegółowo reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 182).

⁶ Rada społeczna przedstawia również kierownikowi wnioski i opinie w sprawach: (a) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego; (b) rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego; (c) kredytów bankowych lub dotacji; (d) podziału zysku; (e) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego oraz (f) regulaminu organizacyjnego (art. 48 ustawy o działalności leczniczej) [5].

⁷ Rozwiązanie dotyczące pokrywania ujemnego wyniku finansowego tylko w sytuacji, gdy ujemny wynik finansowy powiększony o koszty amortyzacji nadal przyjmuje wartość ujemną, ma na celu wyeliminowanie sytuacji dotyczących dobrze działających jednostek zdrowotnych dysponujących nowym majątkiem i w związku z tym ponoszących wysokie

koszty amortyzacji. Zakłady dokonujące inwestycji w sprzęt czy też budynki ponoszą wysokie koszty amortyzacji, które bardzo trudno jest pokryć uzyskiwanymi przychodami. Sytuacja takich zakładów może być stabilna, jednak wysokość umorzeń środków trwałych powoduje generowanie ujemnych wyników finansowych [4].

⁸ Program ten powstał jako odpowiedź rządu (PO-PSL) na zażalenie w listopadzie 2008 roku przez ówczesnego prezydenta Polski Lecha Kaczyńskiego trzech z sześciu ustaw zdrowotnych wchodzących w skład rządowego pakietu zdrowotnego reformującego system ochrony zdrowia, m.in. ustawę zakładającą obligatoryjne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

⁹ Samorząd województwa tworzy i utrzymuje ośrodki medycyny pracy oraz finansuje działalność profilaktyczną wynikającą z programów prozdrowotnych dotyczących zapobiegania i zwalczania określonych chorób oraz promocji zdrowia w zakresie medycyny pracy na podstawie ustawy z dnia 27 czerwca 1997 roku o służbie medycyny pracy.

¹⁰ W szczególności spółek nie dotyczy zakaz udzielania za odpłatnością świadczeń tego samego rodzaju, co świadczenia zakontraktowane w umowie z NFZ [19].

Piśmiennictwo

1. Kowalska I., *Odpowiedzialność samorządu lokalnego za zdrowie – podstawowa opieka zdrowotna. Oczekiwania a rzeczywistość*, „Polityka Społeczna”; 11–12: 44–48.
2. Schneider M., Kawiorska D., Baran A., Kamińska M., Koziarkiewicz A., Rydlewska-Liszkowska I., Strzelecka A., Szczur M., Wiktorow A., *System Rachunków Zdrowia w Polsce*, Warszawa 2001.
3. Mądrała A., *System ochrony zdrowia w Polsce, Diagnoza i kierunki reformy*, Warszawa 2013.
4. Więckowska N., *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa 2010.
5. Gajl N., *Finanse i gospodarka lokalna na świecie*, Warszawa 1993.
6. Ruśkowski E., *Podstawowe uwarunkowania decentralizacji finansów publicznych, Główne uwarunkowania i bariery w procesie naprawy finansów publicznych*, NIK, Warszawa 2006.
7. Bandarzewski K., Chmielnicki P., Kisiel W., *Prawo samorządu terytorialnego w Polsce*, Lexis Nexis, Warszawa 2006.
8. Dercz M., *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2005.
9. Golinowska S., Boni M., *Nowe dylematy polityki społecznej*, Raporty CASE, Warszawa 2006.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, Nr 112, poz. 654.
11. Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2014.
12. Główny Urząd Statystyczny (GUS), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2014.
13. Krajowa Rada Regionalnych Izb Obrachunkowych (KRRIO), *Sprawozdanie z działalności Regionalnych Izb Obrachunkowych i wykonania budżetu jednostki samorządu terytorialnego w 2013 roku*, Warszawa 2014.

14. Ministerstwo Zdrowia (MZ), *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*, Warszawa 2008.
15. Hass-Symotiuk M., *Przekształcenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe a efektywność gospodarowania zasobami opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2013; 58: 57–67.
16. Surówka K., *Decentralizacja czy centralizacja zarządzania systemem opieki zdrowotnej*, Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań, [http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat Krzysztof Surowka.pdf](http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf); <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf>; dostęp: 01.06.2015.
17. Włodarczyk C., *Reformy opieki zdrowotnej. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
18. Kowalska I., *Decentralizacja władzy a funkcje zdrowotne państwa*, w: Golinowska S., Boni M., *Nowe dylematy polityki społecznej*, Raporty CASE, Warszawa 2006.
19. Kubot Z., *Oplaty za świadczenia zdrowotne udzielane przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej*, „Prawo i Medycyna” 2011; 44: 5–20.



W kierunku lepszej opieki geriatrycznej w ramach podstawowej opieki – wnioski z ewaluacji projektu *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*¹

Aldona Frączkiewicz-Wronka¹, Martyna Wronka-Pośpiech²

¹ Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice

² Katedra Przedsiębiorczości i Zarządzania Innowacyjnego, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice

Adres do korespondencji: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Katedra Zarządzania Publicznego i Nauk Społecznych, Uniwersytet Ekonomiczny, ul. 1 Maja 47, 40-287 Katowice, aldona.fraczkiewicz-wronka@ue.katowice.pl

■ Abstract

Towards better geriatric care at the level of primary health care – findings from the evaluation study “Support of continuous education system of medical personnel in the field of geriatric care”²

Demographic and epidemiological changes, especially the lengthening of human lifespan, influence shape and nature of the needs of society, which can and should be satisfied within the area of operations assigned to social policy, particularly health policy being one of so-called public policies. Public policies make for ordering public tasks – ranging from its design, implementation and results evaluation. Usually they are in correspondence with identified social issues, for solution of which an intervention at the state level is necessary. One of social issues requiring an urgent solution is creating system of support for older people enabling them to live with dignity in their current living environment. As a result of identified deficits in this area, public debate in Poland was initiated regarding creating policies for people aged 60+, which final result was preparation of the assumptions of the long-term Senior Policy in Poland for the period 2014–2020. Guidelines of this document as one of the important areas of supporting aged 60+ indicate creating conditions for maintain good health and autonomy for as long as possible. The programme document 2.1.1, under priority 1 for creating of systemic solutions allowing development of medical services for the elderly population, as main objectives to be achieved states: (1) the development of geriatrics as a medical specialty, (2) preparation and professional development of medical staff towards holistic and comprehensive health care for an elderly patients, and (3) the promotion and development of outpatient and geriatric care in Poland. In order to meet the demand for stimulating activities aimed at strengthening resources enabling wider access to health services for the elderly, The Ministry of Health (Department of Nurses and Midwives) in partnership with the Medical Centre of Postgraduate Education in Warsaw in the period from 1st of January 2012 until 30th of June 2015 develop and execute the project “Support of continuous education system of medical personnel in the field of geriatric care” funded by the European Social Fund under the Operational Programme Human Capital. The aim of the project is to improve care directed at the elderly in Poland by improving the competence of medical personnel in the field of geriatric care. The added value of the project was carrying out vast survey among experts regarding their preferences in terms of organisational shape of comprehensive care of the elderly at the level of primary health care.

Key words: geriatric care, long-term Senior Policy, primary health care

Słowa kluczowe: Długofalowa Polityka Senioralna, opieka geriatryczna, podstawowa opieka zdrowotna

Wstęp

W Polsce przez ostatnie dwie dekady, system zabezpieczenia społecznego dla seniorów był głównie programowany przez pryzmat ochrony sytuacji materialnej i zapewnienia bytu w ramach systemu świadczeń emerytalnych, ewentualnie rentowych. W mniejszym stopniu w systemie bezpieczeństwa socjalnego (*social security*) rozwijane były usługi, które są niezbędne z punktu widzenia zapewnienia seniorom ich praw socjalnych. Potwierdzeniem tego ostatniego stwierdzenia jest m.in. obserwowany deficyt usług zdrowotnych, aktywizacyjnych i integracyjnych oraz stan systemu pomocy społecznej i środowiskowej, której obecny zakres i sposób funkcjonowania sprzyja przeświadczeniu, że rozwiązywanie problemów osób starszych zostało przerzucone na nich samych lub najbliższą rodzinę, a rola instytucji państwowych w tym zakresie jest niewystarczająca. Oczywiście jest stwierdzenie, że wzrost populacji starszych osób rodzi skutki odczuwane przez całe społeczeństwo i rzutuje na gospodarkę, stosunki społeczne i kulturalne danego państwa. Większość krajów Europy, w tym również Polskę, problem ten dotyka tak istotnie, iż podmioty władzy państwowej intensyfikują prace nad tworzeniem instytucjonalnych rozwiązań nakierowanych na projektowanie systemu wsparcia dla osób starszych. Zmiany demograficzne i epidemiologiczne, a szczególnie wydłużanie się ludzkiego życia, wpływają na kształt i charakter tych potrzeb społeczeństwa, które mogą i powinny być zaspokajane w zakresie działań przypisanych do polityki społecznej, a w niej szczególnie polityki ochrony zdrowia, która jest jedną z tzw. polityk publicznych [1]. Polityki publiczne postrzegane są jako podejmowanie przez władzę publiczną powiązanych z sobą decyzji i działań do osiągnięcia określonych celów, w sytuacji gdy mechanizmy rynkowe nie mają zastosowania albo same nie mogłyby działać dostatecznie efektywnie. Służą one nadawaniu porządku zadaniom publicznym – od ich projektowania, poprzez realizowanie, aż do oceny wyników. Cele polityki publicznej ustalane są w procesie konsultacji z licznymi aktorami sfery publicznej, a ich konkretyzacja w zakresie przypisania źródeł finansowania i zakresu zadań powierzana jest organom administracji publicznej – często we współpracy z innymi podmiotami [2]. Zidentyfikowane obszary deficytu przyczyniły się do zainicjowania w Polsce publicznej debaty na temat tego, w jaki sposób kreować politykę na rzecz osób w wieku 60+, której finalnym rezultatem było przygotowanie w 2014 roku założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Polityka senioralna rozumiana jest szeroko jako ogół działań w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej, oraz do samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych. W założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce jako jeden z istotnych obszarów wsparcia populacji 60+ wskazano tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii. W części 2.1.1 dokumentu programowego – w ramach priorytetu 1 dotyczą-

cego stworzenia systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych – jako główne cele do osiągnięcia uznano: (1) rozwój geriatryi jako specjalizacji; (2) przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki zdrowotnej nad starszym pacjentem; (3) wspieranie i rozwój poradni oraz opieki geriatrycznej w Polsce. Zakres i treść priorytetów wyraźnie wskazują na to, iż problemy związane z tworzeniem systemowych rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia osób starszych są obecnie identyfikowane jako jedne z najważniejszych w polityce senioralnej i szerzej polityce ochrony zdrowia czy polityce społecznej *per se*.

Rozumiejąc wagę problemu wprowadzania rozwiązań umożliwiających osobom starszym satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych – w ramach EFS PO KL – przeznaczono znaczące środki finansowe na wspieranie rozwiązań systemowych adekwatnych do wyzwań wynikających z pojawiających się zagrożeń demograficznych. Jednym z pożądanych kierunków działań jest projektowanie nowych ról i zakresu obowiązków profesjonalistów medycznych oraz prowadzenie szkoleń nakierowanych na nabywanie przez nich wiedzy, umiejętności i kwalifikacji pozwalających owe role efektywnie pełnić. Takie rozwiązanie zostało wykorzystane w projekcie systemowym, którego wyniki omawiane są w niniejszym opracowaniu.

1. Uwarunkowania kontekstowe podejmowania działań na rzecz tworzenia modelu opieki geriatrycznej w ramach opieki podstawowej

Poszukiwanie nowych sposobów dostarczania usług społecznych dla osób starszych wynika z wielu przesłanek. Wśród nich jako najważniejsze należy wymienić prawne, polityczne, społeczne, ekonomiczne, demograficzne.

1.1. Uwarunkowania prawne

Przyjęta przez UE – jako całość – oraz indywidualnie przez poszczególne kraje członkowskie odpowiedzialność za poprawę społecznej i ekonomicznej sytuacji osób starszych jest konsekwencją konieczności respektowania w wewnętrznych regulacjach i podejmowanych działaniach w Polsce zapisów prawa oraz pragmatyk enumeratywnie wskazanych w Rekomendacji CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych [3], a szczególnie: (a) Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności; (b) Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny; (c) Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie; (d) Rekomendacji Komitetu Ministrów nr CM/Rec(2011)5 w sprawie zmniejszania ryzyka dla starszych migrantów i podnoszenia poziomu ich dobrobytu; (e) Rekomendacji nr CM/Rec(2009)6 w sprawie starzenia się i niepełnosprawności w XXI wieku; (f) Rekomendacji nr R(94)9 dotyczącej osób starszych; (g) Rezolucji Zgromadzenia Parlamentarne-

go nr 1793(2011) w sprawie promowania aktywnego starzenia: inwestowanie w potencjał pracownicy osób starszych; (h) Rekomendacji nr 1796(2007) w sprawie sytuacji osób starszych w Europie; (i) Rekomendacji nr 1749(2006) i Rezolucji nr 1502(2006) w sprawie demograficznych wyzwań w aspekcie społecznej spójności; (j) Rekomendacji nr 1591(2003) w sprawie wyzwań polityk społecznych w starzejących się społeczeństwach Europy; (k) Rekomendacji nr 1619(2003) w sprawie praw starszych migrantów; (l) Rekomendacji 1418(1999) w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób śmiertelnie chorych i umierających; (ł) Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych; (m) Planu Działań Rady Europy na rzecz promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie (2006–2015); (n) dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych, w szczególności Zasady Działania Organizacji Narodów Zjednoczonych na rzecz osób starszych (1991); (o) dokumentów Madryckiego Międzynarodowego Planu Działań w przedmiocie procesów starzenia (MIPAA); (p) dokumentów Regionalnej Strategii Implementacyjnej dla Europy; (r) dokumentów Otwartej Grupy Roboczej nt. Procesów Starzenia na rzecz wzmocnienia i ochrony praw osób starszych oraz decyzji Rady Praw Człowieka w przedmiocie mianowania niezależnego eksperta na rzecz korzystania przez osoby starsze z praw człowieka. Liczba przytoczonych powyżej regulacji prawnych, jak również zakres problemów nimi obejmowany jednoznacznie wskazują na to, że kwestie związane ze starzeniem się populacji – na równi z niepełnosprawnością – stają się powoli jednym z dominujących w ramach Unii Europejskiej obszarów poszukiwań efektywnych ekonomicznie i akceptowalnych społecznie rozwiązań nakierowanych na tworzenie systemów wspierających godne życie tej grupy społeczeństwa.

1.2. Uwarunkowania polityczne

Postępująca demokratyzacja życia politycznego przyczynia się do tego, że w coraz większym stopniu – z uwagi na wzrost liczebności grupy – osoby starsze stają się liczącą się siłą polityczną, a ich potrzeby znajdują odzwierciedlenie w zawartości kluczowych dokumentów strategicznych formułowanych na poziomie Unii Europejskiej i państw członkowskich. Wskazane powyżej regulacje prawne zostały wzmocnione zapisami dokumentów strategicznych Unii Europejskiej, w których podkreślono, że pełny udział osób starszych w życiu społecznym i gospodarczym ma zasadnicze znaczenie dla powodzenia strategii *Europa 2020*, a budowa społeczeństwa zapewniającego pełne włączenie społeczne jest warunkiem zrównoważonego rozwoju gospodarczego i stymuluje innowacyjność. Aby pożądaną sukces osiągnąć, Komisja Europejska zaproponowała stosowanie następujących instrumentów: podnoszenie świadomości, wsparcie finansowe, gromadzenie statystyk, danych i monitorowanie oraz wprowadzanie mechanizmów koordynacyjnych w poszczególnych krajach

członkowskich. Stosowanie wskazanych powyżej instrumentów na różnych poziomach władztwa przyczyni się – według pomysłodawców strategii – do stworzenia szans na godne życie społeczeństwu jako całości, a szczególnie grupom defaworyzowanym, w tym osobom starszym. Osiąganie zamierzonych celów wymaga zaangażowania wszystkich aktorów organizacyjnych wpływających na kształtowanie warunków życia i rozwój społeczno-ekonomiczny w kraju. W kontekście zdefiniowanych w strategii *Europa 2020* celów polityki społecznej, stymulującej z jednej strony zwiększenie dzietności i zapewnienie zastępowalności pokoleniowej, a z drugiej odpowiednie zarządzanie zasobem społecznym o dużym potencjale, jakim są osoby starsze, problem modelowania systemu zabezpieczenia społecznego, w tym usług zdrowotnych, staje się jednym z ważniejszych problemów i wyzwań, przed jakimi stają współcześnie państwa europejskie, w tym także i Polska. Jak pokazują doświadczenia procesu wyborczego, często kwestie związane z dostarczaniem usług społecznych – szczególnie osobom starszym – są elementem prowadzonych kampanii politycznych, ale po ich zakończeniu realne zmiany w poziomie dostępu i jakości nie aż tak wiele się zmieniają.

1.3. Uwarunkowania społeczne

Społeczna sytuacja osób starszych, manifestująca się m.in. możliwością godnego życia w dotychczasowym środowisku bytowym, jest konsekwencją zmian, jakie zachodzą w modelu życia rodzinnego w Polsce, a szczególnie rozpadu rodziny wielopokoleniowej i postępującej atrofii funkcji opiekuńczych związanych ze sprawowaniem opieki nad niesamodzielnymi jej członkami [4]. W przeszłości w Polsce dominowały formy życia społecznego oparte na modelu dużej, wielopokoleniowej rodziny, często składającej się z trzech lub więcej pokoleń. Jednak wraz z upływem czasu struktura rodziny zmieniała się z takich powodów, jak atomizacja życia społecznego, rozwój idei wolności jednostki, zmiany obyczajowości, wzrost poziomu zatrudnienia kobiet, mniejsza dzietność oraz rosnąca mobilność [5]. Wskazane powyżej – niekorzystne – zjawiska powodują rozluźnianie więzi społecznych i wzrost liczby samotnych osób starszych, którym rodzina w coraz mniejszym stopniu daje wsparcie, coraz częściej bowiem kontakty rodzinne sprowadzają się jedynie do krótkich spotkań z dziećmi i wnukami [6]. Czynnikiem zasadniczo różnicującymi sytuację społeczną ludzi starych są płeć i wiek, albowiem kobiety znacznie częściej niż mężczyźni nie mają życiowego partnera, a wraz z wiekiem, wskutek naturalnych procesów wymierania, zwiększa się odsetek osób stanu wolnego – szczególnie kobiet. Podczas gdy w grupie wieku 65–69 lat żonaci stanowią 80,6% mężczyzn, a mężatki 52,9% kobiet, w grupie wieku 85 lat i więcej żonatych mężczyzn było 50,1%, mężatek zaś zaledwie 6,6% [7]. Formy życia rodzinnego osób starszych różnią się także w zależności od miejsca zamieszkania – w miastach jest większy odsetek ludzi mieszkających samotnie niż na wsi. Samotne zamieszkiwanie lub zamieszkiwanie tylko z małżonkiem jest typowo wielkomiastowym mo-

delem rodzinnego funkcjonowania ludzi starszych [7]. Wskazane powyżej niekorzystne zmiany są następnym czynnikiem wpływającym na konieczność podejmowania prac nad tworzeniem systemowego modelu opartego na środowisku bytowym zaspokajania potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych.

1.4. Uwarunkowania ekonomiczne

Ocena sytuacji ekonomicznej osób starszych jest jednoznaczna, z jednej strony bowiem w oficjalnych statystykach jest pozytywna, jednak z drugiej w badaniach społecznych (OBOP, CBOS, Diagnoza Społeczna) wskazuje się na narastające wykluczenie. Do wykluczenia społecznego prowadzi przede wszystkim niski poziom dochodów i niski standard życia, coraz częstsze samotne pozostawanie w gospodarstwie domowym i niesamodzielność, a także niewystarczający poziom rozwoju usług społecznych, przede wszystkim częsty brak wychodzącej poza rodzinę sieci wsparcia społecznego, np. działających w skali lokalnej placówek opiekuńczych, oraz niedostateczny rozwój usług opiekuńczych udzielanych przez pomoc społeczną. Wśród seniorów zagrożonych wykluczeniem znajdują się zwłaszcza ci, którzy ze względu na ograniczony poziom samodzielności z trudem opuszczają swoje mieszkanie lub zmuszeni są stałe w nim pozostawać. Sytuacja ekonomiczna ludzi starych w Polsce oceniana poprzez badanie budżetów domowych wykazuje relatywnie wysokie średnie przychody na jedną osobę w gospodarstwach domowych emerytów [8]. Względnie pomyślna – w porównaniu z innymi grupami społeczno-ekonomicznymi – sytuacja dochodowa gospodarstw emerytów nie oznacza, że może być ona traktowana jako dobra. Mimo że dane statystyczne pokazują, iż odsetek osób starszych zagrożonych ubóstwem jest relatywnie niższy niż osób w innych grupach wiekowych, trzeba pamiętać, że ustawowa granica ubóstwa w Polsce usytuowana jest na bardzo niskim poziomie. W rezultacie trudno o jednoznaczną ocenę sytuacji ekonomicznej ludzi starszych. Pośrednio na ich nie najlepszą kondycję materialną wskazuje niski wskaźnik aktywności zawodowej osób w wieku 50 lat i więcej (względnie mała liczba osób w tej grupie wiekowej wykonujących pracę zarobkową, podczas gdy z reguły dochody z pracy są wyższe niż ze świadczeń społecznych) oraz pojawiająca się w różnych badaniach społecznych duża częstotliwość odpowiedzi o konieczności rezygnacji w gospodarstwie domowym z niektórych wydatków, szczególnie wykupienia przepisanych lekarstw [9]. W takiej sytuacji znalazło się 18,5% respondentów badanych w ramach projektu PolSenior, w tym 13,8% mężczyzn i 21,3% kobiet [10]. Niskie dochody są również jedną z ważniejszych przyczyn niewielkiej skłonności seniorów do poprawy swoich warunków mieszkaniowych przez zakup sprzętów i urządzeń ułatwiających samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego i prowadzenie aktywnego życia społecznego.

1.5. Uwarunkowania demograficzne

Liczebne zwiększenie się populacji osób starszych przyczynia się do wzrostu zainteresowania poszukiwaniem efektywnych ekonomicznie i sprawiedliwych społecznie metod rozwiązania problemu dostarczania tej grupie społeczeństwa usług zdrowotnych i bytowych. Długookresowa prognoza ludności Polski na lata 2008–2035 przygotowana przez GUS wskazuje, że w perspektywie najbliższych lat liczba ludności Polski będzie się zmniejszać systematycznie, a tempo tego spadku będzie coraz wyższe. Co istotne, zmiany te w znaczącym stopniu wpłyną na strukturę ludności, a dokładnie na ubytek osób w wieku produkcyjnym, co oznacza, że zmieniają się także proporcje między populacją przedprodukcyjną, produkcyjną i poprodukcyjną. Pierwsza fala spadku będzie miała miejsce już w latach 2015–2020. Udział osób w wieku produkcyjnym w ogólnej strukturze ludności do roku 2035 zmniejszy się o prawie 7 punktów procentowych. Przewiduje się również starzenie się grupy ludności w wieku produkcyjnym – przybywać będzie osób w wieku niemobilnym (45–60 i więcej lat) kosztem zmniejszania się grupy osób w wieku mobilnym (18–44 lata). Liczba osób w wieku produkcyjnym niemobilnym wzrośnie do 2035 roku o około 3% w stosunku do stanu obecnego. Udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 18% w 2013 roku do 26,7% w roku 2035. Osoby w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat) będą stanowiły w 2035 roku zaledwie 15,6% ogółu ludności (obecnie 18%) [11]. Wydłuża się średni parametr życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, a średnia długość życia w Polsce systematycznie wzrasta i zwiększa się z 81,1 roku w 2012 do 81,9 roku w 2017 roku w odniesieniu do kobiet oraz z 72,6 roku w 2012 do 73,8 roku w 2017 roku dla mężczyzn. Obecnie umieralność osób dorosłych, a przede wszystkim starszych, jest na relatywnie niskim poziomie, co oznacza, że wzrasta liczba i odsetek seniorów oraz zdecydowanie szybciej rośnie liczba osób najstarszych. Mamy więc do czynienia z bardzo szybkim tempem wzrostu subpopulacji osób sędziwych, odznaczających się bardzo specyficznymi potrzebami zdrowotnymi i bytowymi. Wybór granicy wieku przyjmowanej umownie jako starość jest oczywiście arbitralny³ [12], ale jej delimitacja jest istotna przy tworzeniu rozwiązań systemowych i wyraźnie wpływa na ich kształt, wraz z wiekiem bowiem wzrastają potrzeby dotyczące bezpieczeństwa, a głównie ochrony zdrowia. Oznacza to konieczność projektowania racjonalnych i efektywnych kierunków alokacji środków publicznych [13]. Zasygnalizowane zmiany demograficzne wymuszają tworzenie nowej solidarności międzypokoleniowej, w następstwie czego konieczne staje się tworzenie sieci usług diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i usługowo-pomocowych nakierowanych na kreowanie takich warunków w dotychczasowym miejscu zamieszkania osoby starszej, aby mogła w nim godnie żyć. W procesie formułowania polityki zdrowotnej należy przede wszystkim dbać o to, aby dla zapisanych ustawowo rozwiązań zagwarantować finansowanie i jasne zasady organizacji w zakresie opie-

ki podstawowej, szpitalnej i specjalistycznej, długoterminowej opieki instytucjonalnej oraz domowej opieki usługowej w środowisku, w tym paliatywno-hospicyjnej. Silna tendencja wzrostu liczebności osób w tzw. średniej i później starości obserwowana obecnie w Polsce [14] jest ważnym aspektem demograficznym wzmacniającym konieczność podejmowania prac nad modelem wsparcia osób starszych w zakresie dostarczania im usług zdrowotnych i szerzej socjalnych w miejscu zamieszkania. Taka organizacja systemu wsparcia jest zarówno tańsza, jak i bardziej humanitarna.

2. Materiał i metoda

Wychodząc naprzeciw środowiskowemu i społecznemu zapotrzebowaniu na stymulowanie działań nakierowanych na wzmacnianie zasobów umożliwiających zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych osobom starszym, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w okresie od 1 stycznia 2012 do 30 czerwca 2014 roku realizował projekt systemowy współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki pt. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*. Celem projektu było podniesienie kompetencji profesjonalistów medycznych w konsekwencji odbycia przez nich szkoleń w zakresie opieki geriatrycznej i tym samym poprawienie jakości kapitału ludzkiego zatrudnionego w placówkach ochrony zdrowia. Wartością dodaną projektu było przeprowadzenie środowiskowego sondażu wśród ekspertów na temat założeń pożądanego modelu opieki zdrowotnej dla populacji osób starszych realizowanego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W procesie zbierania informacji i tworzenia repozytorium wiedzy wykorzystano zróżnicowane metody i techniki badawcze adresowane do szerokiego grona beneficjentów i interesariuszy, co pozwoliło na prowadzenie analizy na różnych poziomach i gromadzenie wiedzy na temat: (1) skoku jakościowego w poziomie wiedzy, kwalifikacji i umiejętności uczestników szkolenia; (2) oceny poziomu satysfakcji i indywidualnych rezultatów z uczestniczenia w szkoleniu; (3) opinii interesariuszy dotyczącej uwarunkowań oraz założeń dla organizacji i funkcjonowania modelu dostarczania usług zdrowotnych osobom starszym realizowanych przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Szczególne znaczenie dla prawidłowego zidentyfikowania założeń modelowego rozwiązania miało zidentyfikowanie poglądów na temat: (1) dostępności i funkcjonowania opieki geriatrycznej w Polsce, warunków jej realizacji, w tym m.in. aspektów prawnych, finansowych, organizacyjnych, przygotowania kadr medycznych do jej sprawowania, systemu kształcenia kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej (kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe); (2) roli POZ w opiece nad pacjentami powyżej 65. r.ż., zakresu świadczeń zdrowotnych kierowanych do osób powyżej 65. r.ż.) oraz stopnia przygotowania kadry medycznej do udzielania świadczeń osobom powyżej

65. r.ż.; (3) potencjalnego wpływu rezultatów realizowanego projektu systemowego na poprawę opieki nad osobami starszymi oraz przydatności prowadzenia tego typu projektów szkoleniowych dla wzmacniania systemu opieki nad osobami starszymi w ramach POZ.

Podstawą metodologiczną zrealizowanych badań było podejście mieszane [15], które nie przewiduje jedynej, uprzywilejowanej metody badań, nie ogranicza też możliwości wyboru ani nie zabrania korzystania z wielu metod naraz. Mieszane metody badawcze (*mixed methods*), które łączą zarówno ilościowe, jak i jakościowe metody badań, określane są jako badania, w których badacz gromadzi, analizuje i omawia uzyskane informacje na podstawie zarówno ilościowych, jak i jakościowych danych. Zróżnicowany dobór technik badawczych i kompleksowy dobór respondentów (**Tabela I**) zastosowany w omawianych badaniach przyczynił się do umiejscowienia badanego problemu w szerokim kontekście społeczno-ekonomiczno-polityczno-kulturowym i pozwolił na branie pod uwagę w jego ocenie spojrzenia reprezentowanego przez różnorodne grupy interesariuszy.

3. Wpływ rezultatów projektu na zmiany w postawach profesjonalistów medycznych i w organizacjach

Na podstawie analizy uzyskanych informacji można postawić tezę, że osiągnięte w konsekwencji zrealizowania omawianego projektu wyniki mają istotne znaczenie zarówno dla kierunków prac nad założeniami dla modelu opieki geriatrycznej w ramach opieki podstawowej, jak i dla skutków realizacji następnych edycji szkoleń skierowanych do profesjonalistów medycznych pracujących z osobami starszymi.

4.1. Zmiany w poziomie wiedzy, kwalifikacji i umiejętności

Analiza odpowiedzi respondentów wybranych z grupy 5400 uczestników (2000 lekarzy i 2000 pielęgniarek pracujących w placówkach POZ, 1000 fizjoterapeutów, 200 opiekunów medycznych oraz 200 terapeutów środowiskowych), którzy brali udział łącznie w 153 szkoleniach doskonalących, jednoznacznie potwierdziła celowość podejmowania działań nakierowanych na propagowanie i dyfuzję wiedzy w zakresie opieki nad osobami starszymi (**Tabela II**). Uzyskane odpowiedzi poddano agregacji i ocenie opartej na trzech wskaźnikach miękkich: wzrost poziomu samooceny na gruncie zawodowym i społecznym, wzrost świadomości na temat specyfiki opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz wzrost motywacji do rozwoju kariery zawodowej i dalszego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Dla każdego z pytań obliczono sumę pozytywnych wskazań, a następnie średnią dla poszczególnych wskaźników miękkich.

Analiza przedstawionych w tabeli rozkładów wskazuje na to, że większość respondentów dokonujących samooceny stwierdziła, iż wiedza i umiejętności nabyte w trakcie szkolenia przyczyniają się do poprawy współpracy z pacjentami, większej kompetencji w trakcie

Lp.	Wykorzysta- na technika badawcza	Dobór i wielkość próby	Charakterystyka próby	Termin realizacji badania
1.	Analiza dokumentów		Analiza danych zastanych – istniejących i dostępnych jako opracowania zwarte i rozproszone, raporty z badań, analizy statystyczne, akty prawne i inne dokumenty wykorzystywane w tworzeniu polityk publicznych. W jej wyniku następuje scalanie, przetwarzanie i synteza danych rozproszonych wśród rozmaitych źródeł.	W trakcie realizacji i po realizacji projektu
2.	Badanie panelowe ⁴	Celowy (uczestnicy szkoleń)	Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, terapeuci środowiskowi.	Przed rozpoczęciem i po rozpoczęciu każdego bloku szkoleń
3.	IDI ⁵ – indywidualne wywiady pogłębione	Celowy (decydenci) 10 respondentów	Przedstawiciele decydentów/kreatorów polityki zdrowotnej/systemu opieki zdrowotnej (w tym opieki geriatrycznej), w tym m.in. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, urzędów marszałkowskich.	Po zakończeniu projektu
4.		Celowy (eksperti organizacji ochrony zdrowia) 10 respondentów	Eksperti w zakresie organizacji ochrony zdrowia, geriatry/gerontologii, w tym członkowie zespołu ds. gerontologii przy ministrze zdrowia, medycyny rodzinnej, pielęgniarstwa rodzinnego, fizjoterapii, zdrowia publicznego oraz innych dziedzin istotnych z punktu widzenia kompleksowej realizacji przedmiotu zamówienia.	Po zakończeniu projektu
5.		Celowy (beneficjenci systemowi i partnerzy projektu) 5 respondentów	Przedstawiciele instytucji systemu wdrażania Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w tym przedstawiciele Beneficjenta Systemowego oraz Partnera Projektu (personel projektu, w tym kierownik projektu oraz Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego) oraz Instytucji Pośredniczącej II stopnia.	Po zakończeniu projektu
6.		Celowy (organizacje seniorskie) 5 respondentów	Przedstawiciele tzw. seniorskich organizacji pozarządowych.	Po zakończeniu projektu
7.	CATI ⁶ – wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny	Losowy (zarządzający w podmiotach nieuczestniczących w szkoleniach) 175 respondentów	Przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi, w tym szpitalami posiadającymi w swej strukturze organizacyjnej oddział geriatryczny oraz szpitalami nieposiadającymi takiego oddziału, placówkami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z poradnią geriatryczną oraz bez poradni geriatrycznej), placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, z których kadra medyczna nie uczestniczyła w kursach realizowanych w ramach projektu.	Po zakończeniu projektu
8.		Losowy (zarządzający w podmiotach uczestniczących w szkoleniach) 800 respondentów	Przedstawiciele kadry medycznej realizującej świadczenia zdrowotne na rzecz osób starszych, którzy uczestniczyli w kursach realizowanych w ramach projektu: 200 lekarzy, 400 pielęgniarek, 140 fizjoterapeutów, 40 opiekunów medycznych, 20 terapeutów środowiskowych.	Po zakończeniu projektu
9.		Losowy (realizatorzy szkoleń) 25 respondentów	Organizatorzy kursów realizowanych w ramach projektu: 4 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 10 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, 4 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla fizjoterapeutów, 4 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla opiekunów medycznych, 3 przedstawiciele organizatorów szkoleń dla terapeutów środowiskowych.	Po zakończeniu projektu
10.	Analiza ekspercka	Celowy (eksperti gerontologii i geriatry) 2 respondentów	Jeden gerontolog i jeden geriatra	Analiza przeprowadzona na końcowym etapie opracowywania raportu ewaluacyjnego oraz założeń/modelu kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej w celu konsultacji wyników i wniosków płynących z badania oraz przygotowanych założeń/modelu kompleksowej opieki nad osobami starszymi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej

Tabela I. Struktura i wielkość próby.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

Okres sprawozdawczy	Liczba uczestników badania	Samoocena wiedzy		Wzrost świadomości		Wzrost motywacji	
		ocena		ocena		ocena	
		przed szkoleniem	po szkoleniu	przed szkoleniem	po szkoleniu	przed szkoleniem	po szkoleniu
I–XII 2012	485	62%	97%	66%	98%	67%	94%
I–III 2013	35	60%	91%	41%	90%	67%	100%
IV–V 2013	152	40%	87%	46%	89%	66%	99%
VI–VII 2013	100	37%	85%	43%	91%	68%	99%
VIII–X 2013	1717	67%	97%	69%	98%	70%	97%
XI–XII 2013	406	53%	92%	57%	94%	64%	97%
I–III 2014	85	40%	91%	50%	92%	62%	100%
IV–V 2014	221	60%	95%	63%	96%	68%	97%
VI–VII 2014	410	61%	98%	61%	98%	65%	95%

Tabela II. Wartości wskaźników miękkich w różnych okresach sprawozdawczych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

udzielania świadczeń zdrowotnych i lepszego przygotowania do sprawowania opieki nad osobami starszymi (pozytywnych 40–67% przed szkoleniem i 94–100% pozytywnych po zakończeniu szkolenia). Również analiza rozkładów odpowiedzi na pytania dotyczące wzrostu świadomości znaczenia wiedzy i umiejętności z zakresu specyfiki opieki nad pacjentami w starszym wieku, rozumienia ich odrębności w funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie, specyfiki pracy z osobami w starszym wieku, a dodatkowo możliwości udzielenia informacji i pomocy społecznej przez profesjonalistów medycznych pracujących w POZ tej grupie pacjentów na temat form pomocy w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej (SOZ) podtrzymuje tezę o konieczności realizacji tego typu szkoleń (pozytywnych 41–69% przed szkoleniem i 94–100% pozytywnych po zakończeniu szkolenia). Ponieważ jakość świadczonych usług jest często konsekwencją indywidualnego nastawienia pracowników do wykonywanej pracy oraz motywacji do samouczenia się i rozszerzania własnych kompetencji, zbadano także poziom motywacji uczestników do zwiększania własnej wiedzy. Ten aspekt był oceniany w konsekwencji analizy odpowiedzi na pytania dotyczące dotychczasowych doświadczeń uczestnictwa w zawodowych szkoleniach i/lub konferencjach dokształcających z zakresu opieki geriatrycznej, czytania publikacji na temat opieki geriatrycznej w czasopiśmie medycznych oraz przekonania o konieczności pogłębiania wiedzy z zakresu opieki geriatrycznej jako istotnego elementu przyczyniającego się do lepszego wykonywania własnej pracy. Przed szkoleniem od 62 do 70% respondentów deklarowało uczestniczenie w różnych formach kształcenia, czytanie prasy fachowej oraz świadomość związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy własnym poziomem wiedzy a jakością wykonywanej pracy. Po

ukończeniu szkolenia od 94 do 100% respondentów deklarowało chęć stałego pogłębiania własnej wiedzy. Analiza odpowiedzi udzielanych przez respondentów w odniesieniu do wszystkich trzech kategorii oceny wskazuje na zmianę postaw i standardów postępowania.

3.2. Ocena poziomu satysfakcji i indywidualnych rezultatów z uczestniczenia w szkoleniu

W ocenie osiągniętych w wyniku szkolenia rezultatów najważniejsze znaczenie ma badanie opinii uczestników, które pozwala na zidentyfikowanie mocnych i słabych stron zakończonego działania i lepsze przygotowanie treści i sposobu ich przekazu w przyszłości. Badanie takie zostało przeprowadzone pół roku po zakończeniu ostatniej edycji szkoleń doskonalących w ramach projektu na 800-osobowej próbie, o adekwatnej do liczby wszystkich uczestników strukturze⁷. Fakt, iż zdecydowana większość respondentów (77,4%) pracuje w zawodzie ponad 10 lat, świadczy o dużym doświadczeniu zawodowym i pośrednio przyczynia się do formułowania wyważonych i racjonalnych opinii.

Zasadniczą kwestią, którą należy rozstrzygnąć, jest odpowiedź na pytanie, czy osiągnięte w projekcie wyniki są użyteczne zarówno na indywidualnym, jak i systemowym poziomie. Odpowiedź na tak sformułowane pytanie jest jednoznacznie pozytywna – przeprowadzone szkolenie przyniosło zakładane we wniosku projektowym rezultaty. Konieczność prowadzenia różnorodnych form szkolenia dla profesjonalistów medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych osobom starszym w jednostkach POZ podkreślają – bez względu na grupę zawodową i staż pracy – prawie wszyscy ankietowani, a 82,4% respondentów wskazuje, że jest ono niezbędne

do uzyskania zmian systemowych (**Tabela III**). Zdecydowana większość respondentów widzi potrzebę doskonalenia nie tylko własnych umiejętności (od 92,3% lekarzy POZ do 80,0% terapeutów środowiskowych), ale i współpracujących w zespole terapeutycznym pozostałych profesjonalistów. Rozkład odpowiedzi na pytanie o to, kto powinien być przede wszystkim objęty doskonaleniem zawodowym, jest uzależniony od grupy zawodowej respondenta, przy czym większość respondentów wskazuje przede wszystkim na konieczność szkolenia lekarzy i pielęgniarek POZ. Od ich wiedzy i umiejętności uzależniają prawidłowe i zgodne z potrzebami wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia. Uzyskany rozkład odpowiedzi wskazuje na niedocenywanie roli terapeutów środowiskowych, są oni bowiem przez wszystkie grupy zawodowe wskazywani jako ci, którzy powinni być uczestnikami szkoleń na końcu, co nie jest zgodne z obecnie preferowanym holistycznym podejściem do zdrowia, w którym wyraźnie dowartościuje się znaczenie grup paramedycznych w procesie dostarczania usług zdrowotnych szczególnie pacjentom z grup podwyższonego ryzyka, w tym osobom starszym. Nacisk na pozostawienie starszego człowieka w dotychczasowym środowisku zamieszkania i przygotowywanie rozwiązań instytucjonalnych umożliwiających mu zaspokajanie w nim potrzeb zdrowotnych i bytowych z punktu widzenia systemowego oznacza konieczność przygotowania osób, które będą umiały wykonywać ten typ i zakres usług. Przy czym należy podkreślić, że nie chodzi tu tylko o tzw. profesjonalistów medycznych, ale także o nieformalnych opiekunów, których rola w procesie opieki nad osobą starszą jest nie do przecenienia.

Interesujące było zidentyfikowanie powodów, które skłoniły uczestników do przyjęcia udziału w szkoleniach. Indywidualna decyzja zwiększa motywację do uczenia się, stąd jest preferowanym powodem inicjowania aktywności. Zdecydowana większość respondentów (97,1%) wskazywała jako powód decyzji o uczestnictwie w projekcie chęć podniesienia własnych kwalifikacji w celu zapewnienia lepszej opieki starszym pacjentom w POZ. Pozostali uznali, że zwiększy to ich możliwości znalezienia

bądź utrzymania pracy lub uzyskania lepszych zarobków. Podjęcie uczestnictwa w szkoleniu w konsekwencji arbitralnej decyzji przełożonego wskazał nieznaczny odsetek respondentów. Struktura odpowiedzi była zróżnicowana w zależności od grupy zawodowej i długości stażu. Chęć podniesienia kwalifikacji w celu zapewnienia lepszej opieki wskazało 100,0% fizjoterapeutów oraz terapeutów środowiskowych, 93,0% opiekunów medycznych, a także 99,5% lekarzy i 95,1% pielęgniarek POZ. W relacji do długości stażu pracy taką przyczynę wskazało 100,0% respondentów o stażu pracy od roku do 5 lat oraz pracujących od 6 do 10 lat w zawodzie i 96,9% z ponad 10-letnim stażem pracy. 27,3% ankietowanych ze stażem pracy do jednego roku odpowiedziało, że do uczestnictwa w kursach skłoniło ich zwiększenie możliwości znalezienia lub utrzymania pracy, a 9,1% z nich zostało wysłanych przez przełożonego. Uczestniczący w projekcie w większości uznali (82,5% respondentów zdecydowanie, a 15,8% raczej tak), że program szkolenia był zgodny z ich potrzebami i oczekiwaniami. Różnice w ocenie adekwatności przekazywanych treści do potrzeb były nieznaczne z uwagi na grupę zawodową (100 do 96,5%) i staż pracy (100 do 92,9%), chociaż 10,0% terapeutów środowiskowych zdecydowanie stwierdziło, że treści szkolenia nie odpowiadały ich potrzebom. Tak samo uważało 12,5% ankietowanych, którzy nie pracowali dłużej niż rok.

Z uwagi na fakt, iż przekazywane treści szkoleniowe decydują o późniejszej ich przydatności w pracy zawodowej, stworzono respondentom okazję do wyrażenia szerszej opinii, a szczególnie możliwość zasugerowania dodatkowych treści, o które obecny program powinien być rozszerzony. Analiza rozkładów odpowiedzi na pytanie o zmiany programu szkolenia i ich potencjalne kierunki uwidoczniała nieznaczne różnice w odpowiedziach poszczególnych grup zawodowych wynikających ze specyfiki ich kontaktu z pacjentem (**Tabela IV**).

Dla poprawy jakości życia osób starszych, a szczególnie aspektów zdrowotnych, istotny jest przyrost umiejętności w zakresie realizacji zadań opiekuńczych przez uczestników szkolenia. Stąd też fakt, iż 68,5% ankietowanych zdecydowanie, a 28,3% umiarkowanie

Grupa zawodowa	Odpowiedzi według grupy zawodowej respondenta				
	Lekarze POZ	Pielęgniarki POZ	Fizjoterapeuci	Opiekunowie medyczni	Terapeuci środowiskowi
	Miejsce w rankingu				
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej	1	2	3	5	4
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej	2	1	4	3	5
Fizjoterapeuta	1	5	4	2	3
Opiekun medyczny	5	2/3	2	1	4
Terapeuta środowiskowy	2	1	5	2/3	4

Tabela III. Hierarchia szkolenia grup zawodowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

Grupa zawodowa	Propozycje zmian			
	Zmiany w programie	Dodatkowe tematy	Zajęcia warsztatowe	Dodatkowe propozycje
Lekarze POZ	Prawie 90% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Leczenie depresji, system opieki zdrowotnej, problem nietrzymania moczu, starcze otępienie, refundacja środków, skale geriatryczne, farmakoterapia, psychogeriatryka oraz genetyka	Zwiększenie liczby godzin dla tej formy szkolenia	
Pielęgniarki POZ	Prawie 90% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Aspekty psychologiczne pracy ze starszym pacjentem, metody jego pielęgnacji, schorzenia wieku starczego, rehabilitacja oraz pomoc socjalna samotnym osobom starszym	jw.	Rzeczywista praca z pacjentem geriatrycznym
Fizjoterapeuci	90% nie widzi potrzeby zmian.	Choroba Alzheimera, fizjoterapia oraz ortopedia	jw.	Rzeczywista praca z pacjentem geriatrycznym
Opiekunowie medyczni	70% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Szersze ujęcie chorób geriatrycznych, wykonywanie iniekcji podskórnych oraz aspekty psychologiczne	jw.	
Terapeuci śródowiskowi	90% respondentów nie widzi potrzeby zmian.	Specyficzne dla starszego wieku jednostki chorobowe, terapia przez pracę, <i>empowerment</i> w pracy terapeutów	jw.	

Tabela IV. Ocena i propozycje zmian w treściach szkolenia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, Gdańsk 2014 [16].

stwierdziło, że dzięki udziałowi w szkoleniu są w stanie lepiej opiekować się osobami starszymi, wyraźnie dowartościowuje tezę o osiągnięciu pozytywnych rezultatów przez działania podjęte w projekcie. Poszczególne grupy zawodowe wskazują na zróżnicowane wartości, które wynieśli z odbytych szkoleń. Jako mocne strony szkolenia respondenci wskazywali: fachowość trenerów, tematykę, wysoki poziom zajęć i ich organizację, zwrot kosztów dojazdu na szkolenia, wymianę doświadczeń, przyjazną atmosferę, a także możliwość wzbogacenia swojej dotychczasowej praktyki zawodowej o nową wiedzę i umiejętności praktyczne. Chociaż respondenci zasadniczo nie wskazywali słabych stron szkolenia, postrzeganym mankamentem była zbyt mała liczba zajęć praktycznych oraz drobne problemy organizacyjne.

4. Synteza opinii interesariuszy

Interesującym elementem wpisującym się w proces formułowania podstaw do tworzenia rozwiązań funkcjonalnych w ramach polityki ochrony zdrowia jest próba dokonania syntezy opinii interesariuszy (oznaczonych jako grupy w Tabeli I numerami: 3, 4, 5, 6, 7, 8 i 9) na temat uwarunkowań, szans i ograniczeń projektowania nowoczesnego modelu świadczenia usług zdrowotnych dla populacji starszej w ramach POZ.

Obecnie funkcjonująca opieka geriatryczna w Polsce nie odpowiada potrzebom starzejącego się społeczeństwa. Podstawowym problemem jest niedostatek kadr i zaplecza infrastrukturalnego przeznaczonego do realizacji potrzeb populacji starszej. Niewystarczająca jest również liczba szkoleń i kursów doskonalących wiedzę i umiejętności oraz podnoszących kwalifikacje już pra-

cujących w placówkach POZ profesjonalistów medycznych. Problemem są także warunki płacowe i pracy tej grupy zatrudnionych, będące jednym z głównych powodów podejmowania decyzji o migracji i tym samym zubożenia – i tak już szczupłych – zasobów kadrowych.

Główne kierunki poprawy opieki geriatrycznej w Polsce to zapewnienie odpowiedniego finansowania (być może współpłacenie za opiekę i/lub wyodrębniony ze składki NFZ pion pielęgnacyjno-opiekuńczy), zmiany edukacyjne, zwiększenie poziomu zatrudnienia personelu, intensywne szkolenie personelu, akcje profilaktyczne, odciążenie lekarzy POZ z niektórych działań administracyjnych (np. w zakresie wypisywania recept czy zwolnień z pracy), przyjęcie i wprowadzenie w rzeczywistość praktykę standardu w zakresie opieki domowej (który został już opracowany przez zespół do spraw gerontologii przy ministrze zdrowia), wyodrębnienie świadczeń gwarantowanych dla osób starszych i dążenie do zmiany zapisów prawa umożliwiających stworzenie pakietu dla osób starszych na wzór pakietu onkologicznego. Z uwagi na centralne umiejscowienie lekarza pierwszego kontaktu w systemie usług ambulatoryjnych potwierdziło się istnienie społecznego zapotrzebowania na podejście geriatryczne realizowane przez POZ. Poprzez to podejście rozumie się działania podejmowane przez odpowiednio przygotowany personel medyczny (lekarze POZ, pielęgniarki POZ we współpracy z innymi profesjonalistami ochrony zdrowia i instytucji opieki społecznej) oraz celowo adresowane do osób starszych świadczenia zdrowotne, w tym profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne.

Jako istotne rozwiązanie poprawiające efektywność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej wskazywane

są działania związane z dowartościowaniem umiejętności koordynowania opieki zdrowotnej świadczonej przez podmioty lecznicze, a głównie POZ z opieką społeczną i domową świadczoną przez osoby i służby do tego przeszkolone oraz wolontariuszy. Celem takiego działania jest tworzenie systemu opieki nad osobami starszymi, w którym zagwarantowany zostanie im możliwie jak najdłuższy pobyt w dotychczasowym środowisku zamieszkania. Z całą pewnością należy zmierzać do tego, żeby opieka podstawowa była wysycona lekarzami i pielęgniarkami oraz innymi profesjonalistami medycznymi, którzy będą przygotowani do opieki nad populacją starszą i stworzone zostanie zaplecze w postaci kadry i infrastruktury specjalistycznej w zakresie rozwoju specjalistycznych usług geriatrycznych. Stworzenie kompleksowej opieki nad pacjentem starszym jest niezbędne, nie oznacza to jednak, że w ramach POZ należy wykonywać wszystkie usługi – jest to wręcz niemożliwe. POZ powinna pełnić raczej rolę instytucji koordynującej. Lekarz POZ powinien mieć wszystkie informacje o pacjencie i kierować go np. do zakładu opiekuńczego czy na rehabilitację. Informacje zgromadzone na poziomie POZ powinny być wykorzystywane przez innych lekarzy czy też instytucje zajmujące się opieką nad populacją zstępującą. POZ powinna pełnić rolę koordynatora procesu leczenia i wsparcia osoby starszej w środowisku zamieszkania. Dodatkowo POZ powinna oferować szybki i pełny dostęp do lekarzy specjalistów i niezbędnych badań. Podstawowe działania POZ powinny się koncentrować na tym, aby pacjentowi zapewnić: wykonywanie badań podstawowych, wykonywanie badań laboratoryjnych, dokonywanie przeglądu kondycji zdrowotnej pacjenta, realizację fizjoterapii i terapii zajęciowej, realizację diagnostyki przesiewowej, pełnienie funkcji opiekuńczych dzięki stworzeniu zespołów interdyscyplinarnych, bycie przewodnikiem dla pacjentów po systemie usług zdrowotnych, dostępność do lekarza geriatry w każdej placówce POZ (przynajmniej w wybrane dni tygodnia). Zakres świadczeń zdrowotnych POZ powinien być poszerzony o badania przesiewowe, np. w kierunku upadków, depresji, otępienia, problemów psychiatrycznych. Konieczne jest dokonanie zmian pozwalających na lepsze i szybsze diagnozowanie oraz profilaktykę. Należy doprowadzić do tego, aby wykonywana była dokładna ocena pacjenta w czterech kategoriach: wydolność czynnościowa, zdrowie fizyczne, ocena psychologiczna oraz socjalno-ekonomiczna. Oznacza to zwiększenie nakładów finansowych na funkcjonowanie systemu.

Zmiany w zakresie wykorzystania nowoczesnych technologii informatycznych stwarzają dodatkowe możliwości świadczenia usług zdrowotnych i socjalnych dla osób 65+. Problemem jest jednak wcześniejsze przygotowanie tej grupy odbiorców do korzystania z nich. Na obecnym etapie należy podejmować działania nakierowane na to, aby pacjent miał możliwość kontaktu i relacjonowania swojego stanu zdrowia pielęgniarce czy lekarzowi POZ oraz wprowadzać systemy monitorujące np. pacjentów z chorobami serca.

Zarysowuje się także potrzeba stworzenia instrumentów wsparcia dla opiekunów nieformalnych, których

praca pozwoli na utrzymanie osoby 65+ w środowisku zamieszkania w miejsce przenoszenia jej do kosztochłonnych instytucji opieki całodobowej. Ponieważ część osób wymagających opieki długoterminowej przebywa w środowisku rodzinnym i ich pierwszym opiekunem jest opiekun nieformalny (członek rodziny), w interesie społecznym jest to, aby stymulować rozwój jego możliwości i umiejętności profesjonalnej obsługi starszego członka rodziny. Szczególne znaczenie przypisano działaniom nakierowanym na przygotowanie środowiskowych opiekunów, ale też opiekunów opieki zdrowotnej, np. pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, które są w stanie z opiekunami nieformalnymi ustalić pewne zasady działania, przygotować też te osoby do określonych czynności pielęgnacyjnych czy opiekuńczych, dać opiekunowi nieformalnemu – przez podwyższenie jego kompetencji – większe poczucie pewności, że robi wszystko to, co należy zrobić w sposób właściwy.

Należy poszukiwać także możliwości stymulowania jednostek samorządu terytorialnego, a głównie gminnego i powiatowego, do podejmowania inicjatyw nakierowanych na tworzenie form instytucjonalnych, jak i zdeinstytucjonalizowanych opieki nad osobą zależną, w tym osobą starszą.

Opinie zebrane w trakcie ewaluacji projektu *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej* jednoznacznie potwierdzają ewidentną konieczność doskonalenia kadr medycznych, co – pośrednio – świadczy także o potrzebie kontynuowania działań podobnych do zakończono projektu finansowanego w ramach EFS PO KL. Respondenci stwierdzają, że szkoleniem powinny być objęte głównie następujące grupy zawodowe: lekarze, pielęgniarki, asystentki pielęgniarskie, fizjoterapeuci, specjaliści od chorób krążenia, nowotworów, cukrzycy, uzależnień, dietetycy, jako te, które powinny być objęte kompleksowym treningiem w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji. Jeśli chodzi o inne grupy zawodowe, które powinny rozwijać swoją wiedzę w zakresie metod i technik pracy z osobami starszymi, są to głównie pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, rejestratorzy w przychodniach. Jeden z respondentów podsumował to stwierdzeniem: „wszyscy, którzy mogą mieć kontakt z pacjentem geriatrycznym”.

Z uwagi na fakt, iż w obecnych programach studiów lekarskich oraz w obowiązkowym okresie stażowym wiedza o problemach opieki nad osobami starszymi jest przekazywana w sposób marginalny, należy doprowadzić do tego, aby na poziomie kształcenia podstawowego lekarzy i pielęgniarek oraz pozostałych profesjonalistów medycznych były realizowane moduły dotyczące opieki nad osobami starszymi. Profesjonaliści medyczni, którzy już pracują w systemie ochrony zdrowia, powinni zostać objęci kształceniem podyplomowym oraz różnorodnymi krótkimi formami doksztalcenia, rozwijającymi dotychczas posiadaną wiedzę o nowe treści i budującą nowe umiejętności i kwalifikacje. Odmienność potrzeb osób starszych decyduje o tym, że systematycznie powinno zwiększać się ilość czasu przeznaczaną na kształcenie w ramach kursów specjalistycznych, specjalizacji i kur-

sów doksztalających na przekazywanie adekwatnych treści. Wylania się także potrzeba podjęcia działań, w których wyniku doszłoby do zwiększenia roli szpitali uniwersyteckich i uczelni medycznych, jako akademickich ośrodków geriatrycznych, w których powinny powstawać referencyjne dla województwa lub jego regionu centra geriatryczne. Konieczna jest także promocja geriatry jako kierunku specjalizacji, a także zapewnienie kursów i szkoleń dla pracujących w POZ profesjonalistów medycznych, aktualizacja wiedzy bowiem jest ważnym i istotnym kierunkiem, który prowadzi do wzrostu poziomu jakości usług. Aby ułatwić przekazywanie wiedzy, należy wykorzystać platformy internetowe i propagować e-learning jako formę pozyskiwania nowej wiedzy.

Podsumowanie

Dokonująca się obecnie transformacja demograficzna zwiększa zapotrzebowanie na rozwój opieki geriatrycznej. Oznacza to, że z zagadnieniem starzenia się ludności będą musiały się zmierzyć rządy wielu państw i wypracować spójną politykę wobec starości i potrzeb osób starszych. Koniecznością staje się wieloaspektowe i horyzontalne myślenie o starości, jest ona bowiem nie tylko problemem dla systemu ochrony zdrowia, lecz także systemu zabezpieczenia społecznego, w tym szczególnie segmentu związanego z usługami społecznymi, polityką rodzinną, zagospodarowaniem czasu wolnego oraz rynku pracy. Analiza rezultatów przeprowadzonych badań pozwala na postawienie tezy, że obserwujemy rosnące zapotrzebowanie na wprowadzenie podejścia geriatrycznego realizowanego przez podmioty POZ. Ocena trendów w zakresie danych demograficznych wskazuje na silną dynamikę zmian w ciągu najbliższych 10 lat i akcelerację procesu starzenia. Najbliższe 10 lat jest zatem tym okresem, który decydenci i kreatorzy polityk publicznych powinni przeznaczyć na głęboką diagnozę już ujawniających się przyszłych potrzeb i poszukiwanie efektywnych ekonomicznie rozwiązań systemowych. Analiza odpowiedzi respondentów jednoznacznie do-

wartościowuje tezę o konieczności przygotowywania i prowadzenia szkoleń dla zróżnicowanych grup profesjonalistów medycznych pracujących z pacjentami starszymi w POZ. Ankietowani w ramach grup zawodowych objętych działaniami szkoleniowymi – w różnym stopniu – ale bardzo wysoko ocenili zarówno poziom organizacji, zakres tematyczny, jak i możliwości implementacji uzyskanych informacji, wyrażając satysfakcję i zadowolenie z uczestniczenia w nim. Przedstawiona w niniejszym opracowaniu synteza wpisuje się w nowoczesny sposób tworzenia i wdrażania polityki zdrowotnej i jest zgodna z dominującą obecnie w naukach społecznych perspektywą badawczą uwzględniającą najlepsze dostępne dowody naukowe – w tym węzły sieci, w których przebiega aktywna wymiana pomysłów, doświadczeń, najlepszych praktyk i nowych metod umożliwiających stały proces uczenia się i wzajemne wsparcie. Przedstawione w opracowaniu rozważania wpisują się w sekwencję logiczną trzech pierwszych faz procesu formułowania i implementowania rozwiązań z zakresu polityki publicznej (**Rysunek 1**).

Zaproponowana szeroka perspektywa poznawcza zastosowana w ewaluacji projektu przyczynia się do kreowania politycznego dialogu, którego celem jest przygotowanie strategii działania dla podjęcia prac legislacyjnych nad wprowadzeniem nowego rozwiązania w zakresie świadczenia usług zdrowotnych dla osób starszych w ramach POZ w dotychczasowym systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Reasumując, należy zintensyfikować promowanie rezultatów projektu przygotowanego przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki pt. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*. Ponadto należy szczegółowo przygotowywać kampanię promującą w przyszłości podobne produkty, już obecnie widać bowiem, że realizacja projektu syste-



Rysunek 1. Fazy procesu formułowania i implementowania rozwiązań z zakresu polityki publicznej.

Źródło: <http://global.evipnet.org>; dostęp: 26.10.2015.

mowego przyczynia się do poprawy opieki nad osobami starszymi. Szybki przyrost wiedzy – w konsekwencji uczestniczenia w projekcie znacznej liczebnie grupy profesjonalistów medycznych – ewidentnie potwierdził tezę, że wyjście z rutyny codziennych czynności i aktualizacja wiedzy ożywczo wpływają na rozwój kompetencji i wzrost zaufania do siebie jako profesjonalisty medycznego, a każda zmiana, dzięki której poprawia się jakość świadczonych usług, jest wskazana. Szczególnie istotne jest to, że udział w projekcie dotyczył wszystkich osób związanych z potencjalnym geriatrycznym zespołem terapeutycznym, a także to, że szkolenie było darmowe, a oferowane usługi edukacyjne realizowano na wysokim poziomie.

Przypisy

¹ Publikacja przygotowana w ramach projektu pt. *Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach* sfinansowanego ze środków NCN przyznanego na podstawie decyzji nr DEC-2013/11/B/HS4/01062. W opracowaniu wykorzystano: *Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce”* zrealizowanego w ramach projektu systemowego *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, Gdańsk 2014 oraz treści wystąpienia przedstawiane przez autorki na konferencji podsumowującej projekt – Warszawa 30.06.2015 r.

² The publication was prepared under the project: *Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach* financed by NCN DEC-2013/11/B/HS4/01062. This paper bases on the *Report from evaluation study “The functioning of geriatric care in Poland”* realised within the framework of the system project *Support of continuous education system of medical personnel in the field of geriatric care*, Gdańsk 2014, as well as on the content of presentation presented by authors at the conference summarizing the project on the 30th of June, 2015, Warsaw.

³ Przykładowe podziały starości na fazy: (1) wczesna starość do 74. roku życia, późna starość 75–89 lat, długowieczność powyżej 90. roku życia; (2) trzeci wiek, czyli wczesnoemerytalny, i czwarty wiek – okres życia wymagający stałego wsparcia ze strony innych; (3) młodzi starzy 65–74 lata, starzy starzy 75–84 lata, najstarsi starzy 85 lat i więcej.

⁴ Badania panelowe mają na celu zbadanie zmian zachodzących w czasie dla analizowanego zjawiska. Cechą badania panelowego jest wielokrotne przeprowadzenie badania na tej samej grupie osób tym samym narzędziem badawczym (np. ankietą).

⁵ IDI polega na przeprowadzeniu z respondentem ustrukturyzowanej rozmowy, która ma na celu uzyskanie konkretnych informacji w sposób planowy i metodyczny według określonego schematu, zwanego scenariuszem wywiadu. Standaryzacja poruszanych zagadnień, a w szczególności celu rozmowy pozwala na uzyskanie informacji istotnych z punktu widzenia celów badania. Charakter rozmowy i duża swoboda w komunikacji ułatwiają zaś pogłębianie poruszanych zagadnień i wyjaśnianie zdiagnozowanych zjawisk. Indywidualne wywiady pogłębione mają na celu przede wszystkim odpowiedzenie na pytanie, dlaczego dane zjawisko występuje, a nie samo proste stwierdzenie jego występowania. Mała liczebność populacji oraz konieczność uzyskania wiedzy o konkretnych zjawiskach

i mechanizmach sprawiają, że wywiady pogłębione będą idealną techniką służącą realizacji założonych celów.

⁶ CATI polega na przeprowadzeniu wywiadu telefonicznego wspomaganego komputerowo i pozwala w krótkim czasie dotrzeć do dużej liczby respondentów oraz uzyskać od nich niezbędne informacje. Główną przewagą tej techniki nad osobistym wywiadem kwestionariuszowym jest ułatwiony kontakt z respondentem. Wywiad telefoniczny można przeprowadzić z respondentem bez względu na porę i miejsce jego pobytu. Technika ta nie absorbuje również szczególnie czasu ani respondenta, ani ankietera. Prowadzenie wywiadów za pomocą telefonu znacznie niweluje również efekt ankieterski, który może negatywnie wpływać na wiarygodność uzyskiwanych informacji.

⁷ 200 lekarzy, 400 pielęgniarek, 140 fizjoterapeutów, 40 opiekunów medycznych oraz 20 terapeutów środowiskowych. Większość udzielonych odpowiedzi była analizowana w przekroju na wariant odpowiedzi według grupy zawodowej oraz wariant odpowiedzi według stażu pracy respondenta.

Piśmiennictwo

1. Włodarczyk W.C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
2. Kraft M.E., Furlong S.R., *Public policy. Politics, analysis and alternatives*, CQ Press, Washington DC 2007: 4–7.
3. Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 lutego 2014 roku podczas 1192 spotkania wiceministrów), <https://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR>; dostęp: 10.07.2015.
4. Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002: 29.
5. Cudak H., *Zaburzenie struktury rodziny jako konsekwencja makrospołecznych uwarunkowań*, „Pedagogika Rodziny: Family Pedagogy” 2012; 2(4): 7–18.
6. Błędowski P., *Konsekwencje procesu demograficznego starzenia się ludności jako zadanie dla administracji publicznej*, w: *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf; dostęp: 10.07.2015.
7. Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekunów ludzi starszych w Polsce*, w: *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf; dostęp: 10.07.2015.
8. *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011
9. Szatur-Jaworska B., *Psychospołeczny wymiar sytuacji ludzi starych – wyniki badania „PolSenior”*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2012; 18 (7): 155–173; Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starszych i osób na przedpolu starości*, w: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012; *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011; Czapiński J., Panek T.

- (red.), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2013.
10. Błędowski P., *Sytuacja materialna osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
 11. *Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*, GUS, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_PL_2008-2035.pdf; *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku*, GUS, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2013.pdf; dostęp: 30.03.2015.
 12. Zrałek M., Kaczmarczyk M., *Warunki i jakość życia seniorów w Sosnowcu. Problemy społeczne, uczestnictwo w kulturze, konsumpcja mediów*. WSHumanitas 2013: 14
 13. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
 14. Polakowski M., *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje starzenia się społeczeństw a główne kierunki reform systemów emerytalnych w Europie*. „Studia BAS” 2012; 2(30): 169–200, [http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/D047CD44C3AFFD3FC1257A37002AA895/\\$File/BAS_30-9.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/D047CD44C3AFFD3FC1257A37002AA895/$File/BAS_30-9.pdf); dostęp: 30.03.2015.
 15. Creswell J.W., *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, 3rd Edition, Sage Publications, Inc., Los Angeles 2009: 4.
 16. *Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Funkcjonowanie opieki geriatrycznej w Polsce” zrealizowanego w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”*, Gdańsk 2014.



Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa

Tomasz Karkowski

Katedra Pracy i Polityki Społecznej, Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki

Adres do korespondencji: Tomasz Karkowski, Katedra Pracy i Polityki Społecznej, Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 39, 90-214 Łódź, tkarkowski@uni.lodz.pl

■ Abstract

Adjusting medical staff resources to the needs of an ageing population

The aim of the article is to show the changes in medical staff resources, which are made by creating new specializations or new professions better tailored to the needs of an ageing population. The analysis is based on the data from GUS (the Central Statistical Office), the Ministry of Health and legal acts.

The demographic changes are a serious challenge to the social and economic policies of the EU and its member countries. On the one hand, we can observe that the process of ageing of population accelerates, but on the other hand, the average life expectancy is longer. Moreover, one's health condition changes every year, and after having reached a certain age, elderly people should take care of their health and control it using medical assistance. Losing the capacity to do everyday activities along with memory and cognitive impairment increase the demand for healthcare services, nursing and care services, long-term care and terminal care. That is why it is necessary to create a care system coordinated with those needs and providing appropriate medical staff resources, which will provide professional care for the elderly. The staff will include not only the representatives of "medical professions", such as doctors and nurses, but also other health care professionals (e.g. pharmacists, hygiene experts, health promoters, physiotherapists, dieticians and nutrition specialists) and a so-called auxiliary medical personnel – nurse's assistant, medical guardian. Moreover, we can also observe actions aiming at the improvement of the care for elderly people in Poland, which is done by increasing medical staffs' competencies in geriatric care. Team-based approach to geriatric care, understood as a process of comprehensive evaluation of health problems, physical fitness, mental condition, the level of social support (including family support), financial situation and the conditions of living of a geriatric patient, is carried out by an interdisciplinary geriatric team and aims at improving the level and quality of healthcare services, and patient's functional status and quality of life.

Key words: elderly, geriatrics, geriatric care, health care professionals, interdisciplinary geriatric team

Słowa kluczowe: geriatrya, interdyscyplinarny zespół geriatryczny, opieka geriatryczna, osoby w starszym wieku, specjaliści ochrony zdrowia

■ Wprowadzenie

Personel medyczny stanowi podstawę każdego systemu zdrowotnego i jest zarazem podstawowym zasobem warunkującym poziom dostępności i jakości usług medycznych. Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe prognozują zwiększenie popytu na świadczenia zdrowotne, w szczególności pielęgnacyjne i opiekuńcze, a zarazem zwiększenie zapotrzebowania zarówno na personel

medyczny [1], jak i osoby, które będą sprawować opiekę nad osobami starszymi.

Ponadto wpływ starzenia się populacji o bardzo wysokiej dynamice w nadchodzących latach w Polsce zaczęła być argumentem działań na rzecz wzrostu kształcenia w specjalizacjach medycznych, które będą potrzebne. W kształceniu kadr medycznych można wskazać dwie tendencje: z jednej strony skracanie i uproszczenie ścieżki edukacji zawodowej dla lekarzy, z drugiej strony – tworzenie nowych zawodów medycznych nastawionych

na świadczenie usług pielęgnacyjnych, w szczególności usługi dla osób starszych i niesprawnych (opiekunowie medyczni, pielęgniarki opieki długoterminowej). Zmiany te mają na celu szybkie zwiększenie dostępności kadr medycznych i przygotowanie ich do zaspokajania potrzeb zdrowotnych starzejącej się populacji [2].

Ponadto starzenie się społeczeństw i dokonujący się postęp w medycynie powodują wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń wsparcia socjalnego, ale również stanowią wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. Wobec takiej sytuacji istnieje potrzeba kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku. Priorytetową rolę powinna odegrać geriatra, która integrując różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka. Z założenia geriatra ma oferować pacjentowi holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu specjalistów, aby zoptymalizować stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność, a także poprawić jakość życia [3].

Celem artykułu jest pokazanie zmian w zasobach kadr medycznych poprzez tworzenie nowych specjalizacji czy nowych zawodów lepiej dostosowanych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa na podstawie analizy danych z GUS, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz aktów prawnych.

Zawody medyczne

Pojęcie „zawód medyczny” jest szczególnie ważne w kontekście wytyczania granic w sektorze ochrony zdrowia, które dotyczą rozróżniania osób wykonujących zawód medyczny i osób wykonujących zawód ochrony zdrowia czy osób wykonujących inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia [4]. Według definicji zawartej w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [5] – dalej u.d.l. – „Osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.).

W teorii prawa polskiego zwraca się uwagę na konieczność różnicowania statusu zawodów medycznych, klasyfikując je jako główne zawody medyczne, w odróżnieniu od pomocniczych zawodów dla zawodów medycznych. Do głównych zawodów medycznych zaliczono: lekarza, lekarza dentyzę, pielęgniarkę, położną, farmaceutę (z zastrzeżeniem, że farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem) oraz diagnostę laboratoryjnego. Wymienione powyżej medyczne zawody zostały uregulowane w odrębnych ustawach, określających zasady wykonywania poszczególnych zawodów (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyzy [6]; ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku

o zawodach pielęgniarki i położnej [7]; ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich [8]; ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej [9]). Nie została natomiast sklasyfikowana jednoznacznie lista pomocniczych zawodów medycznych, z wyjątkiem zawodu felczera, który posiada uregulowania ustawowe wprowadzone ustawą z dnia 20 lipca 1950 roku o zawodzie felczera [10].

Wśród pomocniczych zawodów medycznych wymieniamy się zawód technika dentyzycznego, technika farmaceutycznego, technika analityki medycznej. Brak jest odpowiednich uregulowań odnośnie do innych zawodów, nazywanych w praktyce lub w piśmiennictwie zawodami medycznymi, np. fizjoterapeuta. Sytuację tę mogłoby zmienić przyjęcie projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych, w którym jednak nie używa się sformułowania „pomocnicze zawody medyczne”, tylko użyto pojęcia „niektóre zawody medyczne”, jak (art. 1 ust. 1 przywołanego projektu): asystentka dentyzyczna, dietetyk, fizjoterapeuta, higienistka dentyzyczna, logopeda, masażysta, opiekun medyczny, ortoptysta, protetyk słuchu, psychoterapeuta, ratownik medyczny, technik dentyzyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy. Poza wymienionymi powyżej w projekcie ustawy zawodami jest jeszcze spora grupa innych zawodów, które pretendują do tego, aby być zaliczone do zawodów medycznych w zakresie wynikającym z określonych programów kształcenia. Chodzi tu o takie zwody, jak: higienistka dentyzyczna, higienistka szkolna, instruktor terapii uzależnień, opiekunka dziecięca, optometrysta, optyk okularowy, specjalista terapii uzależnień, technik analityki medycznej.

W przypadku gdy dany zawód jest zawodem regulowanym, na obszarze UE obowiązują względem niego zasady uznawania kwalifikacji zawodowych, objętych tzw. dyrektywami sektorowymi lub systemem ogólnym uznawania kwalifikacji, opartym na zasadzie wzajemnego zaufania do narodowych systemów kształcenia, polegającym na porównywalności programów nauczania. W obu przypadkach zastosowanie ma dyrektywa 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych w celu uproszczenia systemu uznawania kwalifikacji zawodowych oraz liberalizacji przepisów dotyczących swobody świadczenia usług [11].

Poza wymienionymi powyżej zawodami istnieje jeszcze spora grupa innych zawodów medycznych.

Niektóre z nich zostały wymienione w:

- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach [12] w obszarze medyczno-społecznym, w którym wymieniono zawody, które mogą mieć zastosowanie w ochronie zdrowia. Należą do nich opiekun medyczny, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, terapeuta zajęciowy, ortoptystka, opiekunka dziecięca, technik masażysta, higienistka stomatologiczna, asystentka stomatologiczna, asystent osoby niepełnosprawnej, technik ortopeda, technik dentyzyczny, protetyk słuchu, technik farmaceutycz-

ny, technik sterylizacji medycznej, technik elektroradiolog, technik elektroniki i informatyki medycznej;

- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego [13] w ramach średniego personelu do spraw zdrowia, które wymienia technika medycznego, technika farmaceutycznego, technika elektroradiologa, technika sterylizacji medycznej, protetyka słuchu, technika dentystrycznego, technika ortopedę, asystentkę stomatologiczną, higienistkę stomatologiczną, technika optyka, technika masażystę, opiekunkę dziecięcą, ortoptystkę, terapeutę zajęciowego. Z zastrzeżeniem, że na rok szkolny 2012/2013 wstrzymano rekrutację kandydatów do klasy pierwszej szkół prowadzących kształcenie w zawodzie technik elektroniki medycznej, a w roku szkolnym 2013/2014 zakończono rekrutację kandydatów do klasy pierwszej szkół prowadzących kształcenie w zawodach ratownik medyczny i dietetyk. Kształcenie w tych zawodach było prowadzone do zakończenia cyklu kształcenia.

Zasady wykonywania wymienionych powyżej zawodów nie są uregulowane w odrębnych przepisach, zostały one jedynie wymienione w cytowanych rozporządzeniach.

Niektóre z wyżej wymienionych zawodów mogą mieć zastosowanie w holistycznej opiece nad starszymi pacjentami. Ponadto już nie w grupie średniego personelu do spraw zdrowia, ale w grupie średniego personelu z dziedziny prawa, spraw społecznych i religii zostały wymienione zawody, takie jak asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa.

Sytuacja dotycząca kadr medycznych

Dynamika liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego jest wypadkową napływu nowych osób i naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych oraz podejmowania pracy za granicą. W 2012 roku utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wiekowej lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu. Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Najwięcej pracujących pielęgniarek było w wieku 45–54 lata – 95,4 tys. Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – 15,5 tys., których było o 23% mniej niż w 2011 roku. Mimo że w większości dziedzin medycyny liczba specjalistów pracujących z pacjentem zwiększa się z roku na rok w dziedzinie chirurgii, psychiatrii czy medycyny rodzinnej, to według opinii krajowych konsultantów można wskazać jeszcze wiele dziedzin medycyny, w których występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Powodem obaw są starzenie się kadry medycznej, brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji, migracje zagraniczne lekarzy specjalistów do innych krajów, zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności wynikające z postępu w medycynie oraz

starzenie się ludności [14]. Niedobór oraz starzenie się kadr medycznych dotyczyły nie tylko geriatrici. W najstarszej grupie wiekowej jest 6 tys. lekarzy więcej niż w grupie wiekowej, która po niej następuje. Oznacza to, że mamy problem z zastępowalnością pokoleniową lekarzy. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w 2012 roku w Polsce ze 174,3 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów zawód wykonywało 156,6 tys. osób. Polski system opieki medycznej „ratują” m.in. lekarze w wieku emerytalnym. Planując zmiany w systemie opieki medycznej dostosowujące jego organizację i zasoby do rosnących potrzeb zdrowotnych starzejących się Polaków, należy uwzględnić zarówno kwestię liczebności, jak i struktury wiekowej lekarzy. Wydolność fizyczna wielu z nich będzie wymagać zatrudnienia w mniejszym wymiarze godzin oraz organizacji pracy najlepiej wykorzystującej ich doświadczenie i kwalifikacje, a odciążającej ich od zadań administracyjnych, które przekazać można personelowi pomocniczemu. Odbiurokratyzowanie pracy lekarzy powinno dotyczyć zresztą wszystkich przedstawicieli tego zawodu, niezależnie od wieku. Brak takich działań może skutkować jeszcze większymi niedoborami kadry medycznej. Lekarzom ponadto powinno się zapewnić większe niż dotychczas wsparcie systemów informacyjnych. To wręcz nieodzowny kierunek zmian, które mają służyć podniesieniu efektywności systemu i zapewnieniu właściwej opieki lekarskiej pacjentom. Brak gwarancji zastępowalności pokoleniowej lekarzy ze starszych grup wiekowych może się pogłębiać ze względu na emigrację młodych lekarzy: zarówno tych, którzy uzyskują wyłącznie podstawowe wykształcenie lekarskie na studiach medycznych, jak i doświadczonych specjalistów z kilkuletnią praktyką zawodową. Otwartość granic i rynku pracy w obrębie UE, szybkie i tanie środki transportu, a także atrakcyjne warunki pracy oraz ułatwienia socjalne oferowane lekarzom, przy coraz mniejszych barierach językowych, będą sprzyjały decyzjom podejmowania pracy za granicą. Z tym samym zjawiskiem mamy już do czynienia także w stosunku do pielęgniarek, rehabilitantów, a także innych grup personelu medycznego. Ogólnie kluczowymi kwestiami dla emigrujących pracowników medycznych są te związane z warunkami pracy i poziomem wynagrodzeń. Można to zaobserwować szczególnie na przykładzie pielęgniarek, których rezygnacja z zawodu lub decyzja o emigracji jest związana z niskim prestiżem zawodu w społeczeństwie i niskimi zarobkami. W ostatnich latach szkoły pielęgniarskie kończyło 6–7 tys. osób, ale tylko co trzecia z nich odbierała zaświadczenie niezbędne do wykonywania zawodu. Średni wiek pielęgniarek w Polsce wynosi 45,6 roku, a położnych 44,5 roku i stale się podnosi. Pielęgniarek między 50. a 60. rokiem życia jest 76,5 tys., a najmłodszych (do 30. roku życia) zaledwie 16,7 tys. Zawód pielęgniarki i położnej w krajach Europy Zachodniej, z uwagi na inną organizację systemu i powierzenie tej grupie zawodowej poważniejszych zadań, które w Polsce wciąż tradycyjnie przypisane są lekarzom, jest lepiej płatny, a także cieszy się większym prestiżem [15]. Tak więc z jednej strony można zaobserwować wzrost popytu na usługi pielęgniarskie, ale z drugiej zmniejsza się zainteresowanie młodzieży podejmowaniem kształcenia

na studiach pielęgniarskich oraz obserwuje się odchodzenie pielęgniarek z zawodu, panaceum na tę sytuację mogłoby być zapewnienie wsparcia początkującym pielęgniarkom/pielęgniarzom, aby przekonać ich do pozostania w zawodzie [16].

Należy zauważyć, że średnia wieku pielęgniarek wynosi 44,24 roku. Najwięcej pielęgniarek – 18,01% jest w przedziale wiekowym 41–45 lat. Łącznie pielęgniarki w wieku 36–55 lat stanowią 69,32% wszystkich pielęgniarek objętych tą analizą. Obserwuje się lukę pokoleniową w przedziale wiekowym 21–35 lat, czyli te roczniki, które zostały poddane zmianom systemów kształcenia pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki w tych przedziałach wiekowych stanowią 15,52% wszystkich pielęgniarek objętych badaniem, w tym pielęgniarek w przedziale wiekowym 26–30 lat jest tylko 3,37%. Ponadto od roku 2010 szacuje się systematycznie wzrastający niedobór pielęgniarek, gdyż liczba pielęgniarek wchodzących do systemu nie tylko nie jest tożsama z szacowaną liczbą odchodzących na emeryturę, ale stanowi tylko nieznaczny jej procent: od 46,26% w roku 2010 do 18,61% w roku 2020 [17].

Wobec powyższego zawód pielęgniarki powinien zostać uznany za deficytowy [15].

Starzenie się społeczeństwa

Zgodnie z definicją starzenie się populacji oznacza zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci. W literaturze przedmiotu jako metrykalny próg starości przyjmuje się najczęściej 60 lat według WHO lub 65 lat według ONZ i Eurostatu [18].

W naukach społecznych w opisie tego pojęcia przyjmuje się różne przedziały wiekowe. Gerontologia wyróżnia trzy fazy starości: wczesną (60–74 lata), późną (75–89 lat) oraz długowieczność (90 lat i więcej). W demografii starość dzieli się na: młodszy wiek poprodukcyjny (60–69 lat), starszy wiek poprodukcyjny (70–79 lat) oraz starość sędziwą (powyżej 80 lat). Ogólnie można stwierdzić, że proces starzenia się ludności polega na wzroście liczby osób w starszym wieku i ich udziale w ogólnej liczbie ludności przy jednoczesnym spadku liczby dzieci i młodzieży i ich udziale w ogólnej liczbie ludności [19].

Jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed polskim społeczeństwem jest starzenie się populacji i wzrastający udział osób starszych w ogólnej liczbie ludności. Jakkolwiek trudno o jednoznaczne określenie granicy starości, demografowie i politycy społeczni najczęściej odwołują się do wieku kalendarzowego jako kryterium starości. Na ogół w zestawieniach statystycznych, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych, określa się 65. rok życia jako granicę starości. Biorąc jednak pod uwagę tendencję do podnoszenia granicy wieku emerytalnego do 67 lat, należy się spodziewać, że ta umowna granica starości zostanie zmieniona. Niezależnie jednak od wieku, jaki zostanie przyjęty za podstawę do kwalifikowania osób do populacji ludzi starych, nie ulega wątpliwości, że populacja ta będzie stawała się z roku na rok coraz bardziej liczna. Jest to skutek coraz

lepszych warunków życia, wpływających na wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia, a wzrost udziału tej populacji w całym społeczeństwie spowodowany jest dodatkowo przez obniżający się współczynnik płodności [20].

Demograficzna wizja Polski, jaka wyłania się z najnowszej prognozy ludności – nie jest zaskoczeniem. Czekamy nas dalszy, stopniowy ubytek liczby ludności oraz znaczące zmiany struktury według wieku. Oba te fakty wynikają ze znanych mechanizmów powiązań między natężeniem urodzeń i zgonów a stanami ludności. Spodziewana odbudowa płodności, jaka pojawiła się po 2004 roku, okazała się zbyt słaba, aby przynieść wymierne rezultaty dla wielkości i składu populacji według wieku. Długotrwały spadek urodzeń zapoczątkowany po 1983 roku i utrzymujące się niskie natężenie urodzeń spowodowały, że w wiek prokreacji wchodzi coraz mniej liczne roczniki. Polska znalazła się w takim momencie rozwoju demograficznego, że nawet wzrost współczynnika dzietności do poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń w krótkim okresie nie spowoduje odwrócenia tych procesów i nie powstrzyma zmniejszania się liczby ludności kraju. Przy tak już znacznym zniekształceniu struktury populacji proces odbudowy demograficznej jest procesem powolnym i wymaga konsekwentnych, długofalowych działań. W 2050 roku liczba ludności Polski wyniesie 33 mln 951 tys. W porównaniu ze stanem w roku bazowym 2013 oznacza to zmniejszenie liczby ludności o 4,55 mln, tj. o 12%. Oprócz ujemnego przyrostu naturalnego będziemy obserwować dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku oraz zmniejszanie się liczebności kobiet w wieku rozrodczym. Osoby w wieku 65 lat i więcej życia będą stanowiły prawie 1/3 populacji, a ich liczba wzrośnie o 5,4 mln w porównaniu z 2013 rokiem. Z kolei kobiety w wieku rozrodczym w 2050 roku będą stanowiły jedynie 62% stanu z roku wyjściowego.

Należy zaznaczyć, że prognozy Eurostatu, ONZ i GUS są zbieżne w zasadniczej kwestii i zakładają systematyczne postępowanie procesu starzenia się społeczeństwa. Jednak największy przyrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej przewiduje prognoza GUS. Podczas gdy w 2013 roku udział osób omawianej grupy wieku stanowił niecałe 4% ogółu ludności, w 2050 roku będzie wynosił 10,4%. Według Eurostatu i ONZ przyrost ten będzie niższy – wyniesie odpowiednio 9,6% i 8,6%.

Wskaźniki starzenia, jak mediana czy udział ludności w wieku 65+ w populacji ogółem, pokazują, że proces deformacji struktur wynikający ze starzenia populacji jest w większości krajów „starej” Unii bardziej zaawansowany niż w Polsce. Sytuacja zmieni się diametralnie już w ciągu najbliższej dekady, w 2050 roku zaś Polska stanie się jednym z krajów w Europie o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia się populacji.

W rezultacie założonych zmian oraz przewidywanych migracji ludności będzie można zaobserwować stopniowe zmniejszanie się liczby ludności Polski do około 34 mln w 2050 roku i w porównaniu z wyjściowym rokiem prognozy (2013 r.) będzie o ponad 4,5 mln Polaków mniej [21].

Kolejnym poważnym problemem, który można zaobserwować, jest niepokojąca tendencja odnośnie do dzietności Europejczyków – podczas gdy przed 40 laty we wszystkich krajach UE współczynnik dzietności przekraczał 2 lub był tylko nieznacznie od 2 niższy (co zapewniło osiągnięcie prostej zastępowalności pokoleń), średnio w UE-27 jest to zaledwie 1,57, a ta niska wartość współczynnika jest wynikiem bardzo niskiej dzietności w większości krajów środkowej, wschodniej i południowej części Europy [22].

Miarą, która opisuje zmiany płodności w sposób syntetyczny, jest przekrojowy współczynnik dzietności ogólnej (*Total Fertility Rate* – TFR) i w momencie rozpoczęcia transformacji społeczno-gospodarczej w Polsce wynosił on 2,07 dziecka przypadających na kobietę w wieku 15–49 lat, czyli zbliżał się do wartości 2,1, która gwarantowała prostą zastępowalność pokoleń. W kolejnych latach spadek dzietności był niestety kontynuowany i osiągnął najniższą wartość w 2003 roku na poziomie 1,22. Od 2004 roku można było zaobserwować powolny wzrost tego współczynnika, który w 2012 roku osiągnął poziom 1,3 [23], ale już w roku 2013 wynosił zaledwie 1,26. Średni wariant płodności zakłada niewielki spadek współczynnika dzietności w ciągu najbliższych dwóch lat i stopniowy wzrost, osiągając w 2030 roku wartość 1,4, aż do wartości 1,52 w końcu horyzontu prognozy, czyli w roku 2050. Z kolei średni wariant umieralności zakłada, że „opóźnienie” Polski w stosunku do krajów rozwiniętych będzie utrzymywało się na tym samym poziomie przez cały okres prognozy. II wariant migracji zagranicznych zakłada wyrównanie się poziomu życia w poszczególnych krajach i w rezultacie zrównoważenia się czynników „wypychających” i „przyciągających” osiągnięcie w 2035 roku zerowego salda migracji zagranicznych na pobyt stały. Założono także, że wartości bezwzględne salda migracji dla miast będą się zmniejszać, jednakże w całym okresie pozostanie ono ujemne, a w końcu okresu prognozy wyniesie –21 tys. [21].

Należy mieć na uwadze fakt, że potrzeby zdrowotne zmieniają się wraz z wiekiem i są z nim silnie skorelowane. W zdecydowanej większości zarówno potrzeby, jak i koszty leczenia rosną wraz z liczbą przeżytych lat. Wobec rosnącej przeciętnej długości trwania życia w Polsce oraz sukcesywnego spadku urodzeń, co skutkuje zwiększeniem udziału osób starszych w populacji, a także rozwoju nowych, kosztownych technologii medycznych, dostrzeganie związanych z tym kosztów opieki zdrowotnej ma podstawowe znaczenie dla zachowania stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia w perspektywie najbliższych lat [24].

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa konieczne jest, aby ludzie starzeli się w dobrym zdrowiu. Liczba lat zdrowego życia powinna być maksymalnie zwiększona. Jednakże ponieważ ludzie żyją dłużej, oczekuje się, że wzrastać będzie liczba osób starszych o wysokim stopniu niepełnosprawności i wymagających długoterminowej opieki. Ponieważ współwystępujące choroby przewlekłe są zjawiskiem powszechnym w podeszłym wieku, zapotrzebowanie na instytucjonalną opiekę będzie wzrastało, biorąc przykładowo pod uwagę prawdopodobny spadek

liczby opiekunów niezawodowych na skutek zmieniających się struktur rodzinnych [25].

Starzenie się ludności nie jest procesem globalnym. Jest zjawiskiem występującym w wielu krajach wysoko rozwiniętych, zwłaszcza w Europie, ale nie występuje ani w Afryce, ani w Azji, ani w Ameryce Południowej i Ameryce Północnej, ani w Australii [26]. Ogólnie można przyjąć, że im wyższy jest stopień rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, tym wyższe zaawansowanie starzenia się ludności. Oznacza to, że dożywanie starości nie jest już „zarezerwowane” dla wybranych osób, ale dotyczy ono rosnącej części populacji, co przekłada się również na coraz większą heterogeniczność zbiorowości osób starszych. Konieczne jest zatem skupienie się na problemach zdrowotnych osób starszych. Wiąże się to z geriatrią – dziedziną medycyny, która zajmuje się schorzeniami wieku podeszłego [18].

W zmianach struktury populacji w starszym wieku znakomicie widać wpływ wyżów i niżów urodzeń z przeszłości. Do 2025 roku będzie wzrastał udział „młodszej” subpopulacji (65–79 lat), tę grupę osób starszych bowiem będą sukcesywnie zasilaly osoby urodzone w latach 1949–1965, a jednocześnie będzie ubywało osób w wieku 80 lat i więcej urodzonych w latach 1934–1945. Po 2025 roku znacząco wzrośnie odsetek 80-latków i osób starszych z uwagi na fakt, że ten wiek – w kolejnych latach – osiągną osoby urodzone w czasie powojennego boomu urodzeń. W 2040 roku osoby ponad 80-letnie będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych. W końcu prognozowanego okresu proporcje nieco ulegną zmianie i odsetek osób 80+ w populacji w wieku 65 lat i więcej zmniejszy się do 32%. Liczba ludności w wieku 80 lat i więcej wykazywana w bieżących bilansach w wielkości około 1,5 mln osób, wzrośnie w 2050 roku ponaddwukrotnie – do ponad 3,5 mln osób, przy czym 60% ludności w podeszłym wieku będzie mieszkało w miastach. Uwzględniając strukturę według płci, w końcu prognozowanego okresu kobiety będą stanowiły 64% tej grupy, co oznacza odsetek o 6 punktów procentowych mniejszy niż w bazowym roku prognozy. Poprawa proporcji między płciami w starszych grupach wieku wynika z przyjętych założeń dotyczących umieralności, w szczególności odnośnie do zmniejszenia różnic w przeciętnym dalszym trwaniu życia między kobietami i mężczyznami. W miastach odsetek kobiet wśród osób, które ukończą 80. rok życia, wyniesie 65%, na wsi nieco mniej – 62%. Zgodnie z założeniami prognozy osoby co najmniej 80-letnie będą w 2050 roku stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 roku było to 3,9%. Spośród 3,5 mln mieszkańców Polski będących w 2013 roku w wieku 80 lat i więcej w końcowym roku prognozy ponad 59 tys. ukończy 100 lat [27].

Ponadto w ramach długookresowego procesu starzenia się ludności można zaobserwować początkowo powolny, później szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencja starzenia się „od dołu piramidy wieku” (zmniejszenie się liczby przychodzących na świat dzieci), a dopiero na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego i później, szybki wzrost odsetka wynikający ze starzenia się „od góry” (zwiększanie się

liczby osób bardzo starych, wynikające z obniżki prawdopodobieństw zgonów). Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności wśród starszych grup rozpoczyna się niezwykle ważny etap – tzw. podwójne starzenie się ludności, tj. wzrost w populacji seniorów udziału 70-latków, a następnie osób 80-letnich i starszych. W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych [28]. Osoby starsze narażone są przede wszystkim na występowanie u nich chorób przewlekłych, zazwyczaj więcej niż jednej równocześnie, co określane jest mianem wielochorobowości. Duży popyt na świadczenia zdrowotne ze strony starszych pacjentów sprawia, że wydatki przeznaczane na świadczenia dla osób starszych przewyższają wydatki na świadczenia dla osób w młodszych grupach wieku [29]. Proces podwójnego starzenia się, polegający właśnie na szybszym wzroście odsetka osób w wieku 80+ niż odsetka osób w wieku 65+, zapowiada konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej szybko powiększającej się liczbie najstarszych seniorów. Wiele badań dotyczących stanu zdrowia osób starszych dowodzi, że wiek 80 lat jest traktowany jako granica tzw. IV wieku, wiąże się z nasileniem dolegliwości zdrowotnych oraz pogorszeniem poziomu sprawności, a w konsekwencji – ograniczeniem lub wręcz utratą samodzielności [30].

W wyniku starzenia się społeczeństwa, wzrostu liczby osób niepełnosprawnych, przemian składu rodziny, wzorców diety i zatrudnienia oraz osłabienia więzi społecznych rośnie popyt na usługi opiekuńcze. Tradycyjne systemy wsparcia (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi i inni nieformalni opiekunowie świadczący nieodpłatnie usługi) potrzebują wsparcia ze strony publicznego sektora opieki. Rosnący popyt na usługi opiekuńcze i prognozy demograficzne rynku nowych usług i produktów dla ludzi starych powodują rozwój sektora niepublicznych organizacji pozarządowych i prywatnych przedsiębiorców. Pojawiają się także inicjatywy na rzecz wzrostu podaży pracy w sektorze opieki oraz poprawy jakości usług [31].

Geriatrya jako priorytetowa dziedzina medycyny

Na podstawie art. 16g ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry [6] wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny [32] wśród szesnastu dziedzin wymieniona jest też geriatrya.

Ponadto zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry [33] geriatrya wymieniana jest jako specjalizacja posiadająca wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych i do uzyskania tytułu z tej specjalizacji wymagane jest odbycie modułu podstawowego z zakresu chorób wewnętrznych w wymiarze 3 lat, alternatywnie wymagana specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych. Po zrealizowaniu kształcenia w ramach modułu podstawowego rozpoczyna się szkolenie w zakresie modułu specjalistycznego, w tym przypadku z zakresu geriatryi, a minimalny czas jego trwania wynosi 2 lata.

Tak więc łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego z zakresu geriatryi wynosi 5 lat.

Dodatkowo geriatrya znajduje się w wykazie specjalizacji, w których lekarz może uzyskać tytuł specjalisty, jeżeli posiada specjalizację I stopnia w zakresie chorób wewnętrznych lub specjalizację II stopnia albo tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny; i tak dla geriatryi są to choroby wewnętrzne, medycyna ogólna, medycyna rodzinna, neurologia.

Podejście do pacjenta stosowane w geriatryi redukuje m.in. wskaźniki hospitalizacji i inne koszty. Poprawia przede wszystkim sprawność funkcjonalną osób starszych dzięki interdyscyplinarnemu podejściu, którego nie oferują zwykle inne specjalizacje. Odpowiednio zorganizowana geriatrya przynosi korzyści ekonomiczne dla całego systemu ochrony zdrowia. Poprzez integrację świadczeń zdrowotnych i wiedzy medycznej obniża liczbę porad wąsko specjalistycznych oraz polifarmakoterapii w przypadku pacjentów geriatrycznych mających równocześnie wiele schorzeń. Kształcenie w zakresie geriatryi w ramach studiów medycznych jest dostępne tylko na niektórych uczelniach jako zajęcia fakultatywne, a nie obowiązkowe, co przyczynia się do tego, że lekarze praktykujący zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i wielu innych specjalnościach nie mają podstawowej wiedzy z zakresu geriatryi. Ponadto aby sprostać wyzwaniom, m.in. procesowi podwójnego starzenia się ludności Polski, już teraz należałoby podjąć pilne działania w zakresie modułowej edukacji aktualnie pracujących lekarzy, głównie internistów i lekarzy rodzinnych w zakresie skutecznego leczenia rosnącej grupy osób w wieku podeszłym.

Wysoka średnia wieku obecnie praktykujących w Polsce geriatrów wskazuje, że działania na polu edukacji nowych kadr należy podjąć niezwłocznie. Niezbędne jest zbudowanie wertykalnego modelu kształcenia i opieki geriatrycznej, który powinien obejmować zarówno poziom kliniczny (uniwersytecki) służący leczeniu i usprawnianiu najstarszych pacjentów, ale też kształceniu obecnych i przyszłych lekarzy w zakresie geriatryi, jak i poziom lokalny opieki geriatrycznej nad pacjentami, głównie w placówkach szczebla powiatowego i gminnego. Powinny być również zorganizowane w całej Polsce, na podstawie potrzeb populacyjnych, geriatryczne oddziały szpitalne oraz ośrodki opieki ambulatoryjnej z odpowiednio przygotowanymi kadrami lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, edukatorów zdrowotnych i pracowników socjalnych, którzy świadczyliby opiekę medyczną nad rosnącą grupą najstarszych Polaków. Niezależnie od tego należy zaplanować taki system kształcenia kadr lekarskich i pielęgniarskich, aby docelowo w każdym szpitalu w Polsce zapewnić możliwość zatrudnienia w charakterze konsultantów lekarzy i pielęgniarek z przygotowaniem do leczenia i opieki nad pacjentami geriatrycznymi [15].

Jednym z najważniejszych wyzwań w geriatryi jest zapewnienie optymalnej opieki nad osobami starszymi z wieloma dolegliwościami o charakterze przewlekłym. Występowanie wielochorobowości jest obciążone wyższym odsetkiem zgonów, niesprawności, zdarzeń niepo-

żądanych; związane jest z częstszym korzystaniem przez pacjentów z opieki medycznej, instytucjonalizacją opieki oraz z niższą jakością życia. Większość wytycznych praktyki klinicznej (*clinical practice guidelines* – CPGs) skupia się na prowadzeniu leczenia w pojedynczym schorzeniu; zastosowanie takiej opieki u osób starszych z wielochorobowością może się okazać nieodpowiednie, nieprzynoszące korzyści lub nawet szkodliwe. Niedoskonałości CPGs nie wynikają z niedociągnięć w opracowywaniu i wdrażaniu wytycznych, ale głównie z faktu, że starsi pacjenci z wielochorobowością są zazwyczaj wykluczani lub słabo reprezentowani w badaniach klinicznych oraz obserwacyjnych. Przy prowadzeniu opieki nad starszymi chorymi z wielochorobowością trzeba uwzględnić zasady postępowania w poszczególnych chorobach przewlekłych, leczenie i interwencje farmakologiczne i niefarmakologiczne, diagnostykę przesiewową i pogłębioną, profilaktykę, kontynuację leczenia oraz opiekę w terminalnym stadium choroby [34].

Szczególne wyzwanie stanowi także farmakoterapia chorych z wieloma schorzeniami przewlekłymi [35]. Polipragmazja (zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji, alternatywnie przepisywanie nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeby [36]) prowadzi do wielu nieprawidłowości w leczeniu, ze zwiększonym ryzykiem leczenia nieodpowiedniego, niedostatecznego lub nadmiernego, błędów medycznych, pogorszenia współpracy, interakcji lek–lek oraz lek–choroba, a także niepożądanych reakcji na stosowane leczenie [35].

W celu poprawy opieki nad osobami starszymi z wielochorobowością Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego zaproponował właściwą, opartą na faktach opiekę, w której centrum znajduje się pacjent, a ponadto wskazał na konieczność partnerstwa między agencjami rządowymi, organizacjami zawodowymi, instytucjami akademickimi, jak również inwestycji zasobów w nowe programy i szkolenia dla wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu. Zdefiniowano, że lekarze muszą przeszkolić się w zakresie zmiany schematu opieki, w której koncentrują się na pojedynczej chorobie, a także włączyć rodzinę i przyjaciół w skuteczną współpracę w zakresie opieki zdrowotnej, ponieważ osoby starsze z wielochorobowością mogą wymagać wsparcia w konkretnych zadaniach i decyzjach związanych z opieką zdrowotną [37].

Ważną rolę w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi odgrywa gerontologia, która stanowi wszechstronną analizę starości i procesu starzenia się człowieka w wymiarze indywidualnym i ponadindywidualnym. Powinna ona uwzględniać aspekty zdrowotne, biologiczne, psychologiczne, społeczne oraz ekonomiczne. Właściwe określenie czynników wpływających na rozwój człowieka w wieku starszym i zdefiniowanie jego potrzeb powinno się przekładać na budowanie programów i strategii wsparcia osób starszych we wszystkich dziedzinach życia. Wsparcie to nie powinno być jednak rozumiane wyłącznie jako dostęp do świadczeń zdrowotnych czy dostarczanie usług społecznych, lecz jako wypracowanie

i wdrożenie właściwych narzędzi przeciwdziałających wykluczeniu seniorów z życia społecznego, ich aktywizację oraz inkluzję, a także jako budowanie modelu przygotowania do starości [38].

Potrzeby w zakresie opieki długoterminowej mają zakorzenie medyczne, a charakter świadczeń jest raczej socjalny, co widać na przykładzie funkcji przypisanych poszczególnym instytucjom opieki długoterminowej w Polsce i ich realizacji. Na przykładienne domy pomocy społecznej prowadzą działalność nie tylko pielęgnacyjną (i prozdrowotną w szerokim rozumieniu, np. rehabilitacyjną i promującą zdrowe starzenie się), ale także socjalno-bytową oraz kulturalno-integracyjną. Owo przesunięcie wynika zarówno ze złożonych i prawdopodobnie rosnących potrzeb osób starszych, ale także z tego, że coraz powszechniejsze jest zrozumienie dla tego, by polityka społeczna nie tylko zaspokajała konkretne potrzeby, ale sprzyjała integracji i jak najdłuższemu podtrzymaniu potencjału osób, do których jest adresowana. Odejście od pielęgnacji ku rehabilitacji i promocji aktywnego starzenia się, w przypadku socjalnej zaś od świadczenia bytowych usług ku coraz większej integracji z otoczeniem, to przewidywane i pożądane kierunki ewolucji opieki długoterminowej w przyszłości [39].

■ Rola opiekuna medycznego

Postępujący proces starzenia się europejskich społeczeństw spowodował zwiększenie zapotrzebowania na świadczenie usług opiekuńczych osobom chorym i niesamodzielnym. Obserwuje się również bardzo niskie zainteresowanie kształceniem w zawodzie pielęgniarki, których jest z każdym rokiem mniej. Skutkuje to ogromną potrzebą kształcenia w zawodzie opiekuna medycznego. To zawód należący do branży medycznej, w której strukturach zachodzą nieustanne przemiany. Branża ta potrzebuje kompetentnych opiekunek i opiekunów, aby świadczyli usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i higieniczne wobec swoich podopiecznych. Istnienie tego zawodu zwiększy efektywność i jakość usług adresowanych do osób niesamodzielnych. Zachodzące procesy demograficzne i starzenie się społeczeństw przyczyniają się do tego, że zawód ten jest poszukiwany na rynku pracy zarówno w Polsce, jak i za granicą [40].

Opiekun medyczny został wprowadzony do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego w wyniku wspólnych działań Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej poprzez wymienienie go w załączniku do ówczesnego rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego. Zawód ten obecnie uregulowany jest przepisami Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego [41], które zostało wydane na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty [42], a do jego kompetencji należy świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej. Opiekun medyczny jest wymieniony w grupie pracowników opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewnych. Rozpoznaje on i rozwiązuje problemy opiekuńcze osoby

chorej i niesamodzielnej w różnym wieku. Jest to osoba, która pomaga swoim podopiecznym zaspokajając potrzeby biopsychospołeczne. Asystując personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, pomaga mu i jednocześnie wspiera osobę chorą i niesamodzielną. Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej osobie chorej i niesamodzielnej podejmuje współpracę z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym. Poprzez swoją postawę zawodową powinna propagować zachowania prozdrowotne [43].

Zawód opiekuna medycznego należy do grupy zawodów społecznych, w których przy definiowaniu roli, jaką ma pełnić dany pracownik w zespole, poza kompetencjami zawodowymi powinno się również oceniać kompetencje społeczne, które nawiązują do umiejętności budowania i utrzymania relacji międzyludzkich, czyli zarówno relacji z pacjentem, jak i relacji w zespole. Wobec powyższego do najważniejszych cech opiekuna medycznego powinny należeć empatia, zdolności komunikacyjne, umiejętność pracy w zespole oraz elastyczność. Natomiast kompetencje opiekuna medycznego zawierają się w dwóch głównych sferach: pierwsza z nich to podstawowa pielęgnacja, w ramach której można wymienić czynności związane z higieną osobistą, pomoc w przyjmowaniu pożywienia, pomoc w poruszaniu się czy wydalaniu. Druga to czynności opiekuńcze związane z zagwarantowaniem poczucia bezpieczeństwa, a we współpracy z członkami zespołu terapeutycznego – sprawowanie pomocy przy pielęgnowaniu i rehabilitacji, komunikowaniu się i podtrzymywaniu pełnionych ról społecznych oraz dodatkowo współpraca z pracownikiem socjalnym w przypadku tzw. specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w ramach pomocy społecznej w zakresie pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, zakupu leków itd. [40].

Do zadań opiekuna medycznego należy rozpoznanie i zaspokajanie potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej zgodnie z zaleceniem lekarza i pielęgniarki. Przy czym kompetencje opiekuna medycznego stanowią część kompetencji pielęgniarki, co pozwoli z kolei na efektywniejsze wykorzystanie wysokospecjalistycznych umiejętności pielęgniarskich. Dołączenie opiekuna medycznego do organizacji zespołowej opieki nad chorymi nie powoduje wzrostu jej kosztów, a nawet poprzez zapobieganie zaostreniom przewlekłych chorób może je zminimalizować. Liderem opieki długoterminowej w instytucjach oraz w strukturach pomocy domowej powinna być jednak pielęgniarka ściśle współpracująca z lekarzem [44].

Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej

System opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce nie jest dostosowany do potrzeb tej populacji, ponieważ oferuje świadczenia zdeintegrowane, rozproszone i niespójne. Ponadto system nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego, do których należą powszechność, jakość, dostępność i kompleksowość zaspokajania wielorakich potrzeb. Obecnie mamy do czynienia z taką sytuacją, że długotrwała opieka nad niedołączonymi i poważnie chorymi, często na choro-

by przewlekłe, osobami starszymi w Polsce spoczywa głównie na rodzinie, która w niedostatecznym stopniu wspomagana jest usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa. Podkreślić należy również fakt braku przygotowania lekarzy POZ do opieki geriatrycznej oraz brak zharmonizowania opieki wysokospecjalistycznej, co jest przyczyną nieskuteczności leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia u dużej części osób chorych w starszym wieku. Oprócz tego dyskryminacja w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych ze względu na wiek, ale także sposób kwalifikowania chorych do wysokospecjalistycznych procedur bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku [45].

Zdiagnozowano [46], że występuje niedostateczna liczba kadry opieki geriatrycznej i istnieje nagła potrzeba stworzenia kompleksowego systemu opieki geriatrycznej. Tymczasem specjalistyczna opieka zdrowotna uwzględniająca potrzeby ludzi starszych jest w Polsce na niezadowalającym poziomie. Świadczą o tym poniżej przytoczone dane – znikoma liczba lekarzy geriatrów i pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego oraz brak placówek geriatrycznych czy szpitalnych oddziałów geriatrycznych [47], za co ponosi odpowiedzialność Narodowy Fundusz Zdrowia, który nisko wycenia opiekę geriatryczną [48]. W Polsce liczba lekarzy wykonujących zawód i posiadających specjalizację w dziedzinie geriatryki wynosi 308 [49], przy czym część z nich nie pracuje z zawodem, ponieważ jest to nieopłacalne [50], natomiast liczba pielęgniarek (specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego) wynosi 374. Natomiast liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej to 492, a liczba pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej – 1718. Znacznie lepiej prezentuje się sytuacja odnośnie do ukończenia kursów kwalifikacyjnych, i tak liczba absolwentów kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej wynosiła 16 110, w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – 3825. Natomiast liczba absolwentów kursu specjalistycznego z zakresu kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego, który był organizowany tylko i wyłącznie w ramach projektu systemowego *Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa* od listopada 2013 roku tylko w dwóch województwach (łódzkim i zachodniopomorskim), wyniosła 90 [51].

Należy podkreślić, że opieka nad osobą w wieku starszym powinna być sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Tak rozumiana i realizowana opieka zapewnia holistyczne spojrzenie na potrzeby osoby starszej, a tym samym umożliwia indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych [52].

W ramach programu kursu specjalistycznego z zakresu kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego zakła-

dano przeszkolenie 4800 pielęgniarek i pielęgniarzy z obszaru całej Polski, jednak w ramach realizacji projektu w latach 2013–2014 uruchomiono aż 258 edycji kursów, które ukończyło 8191 osób [53], co należy ocenić bardzo pozytywnie, a w chwili złożenia artykułu do druku trwała jeszcze procedura przetargowa mająca na celu wybór organizatorów kolejnych edycji kursu specjalistycznego, prowadzonego w roku 2015, na obszarze działania poszczególnych Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych [54].

Kolejnym ogromnym problemem jest brak łóżek na oddziałach geriatrycznych, których według danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia [55] na dzień 31 grudnia 2012 roku jest w całej Polsce tylko 672, a wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności wynosi 0,2. Niepokojąca jest też taka sytuacja, że w niektórych województwach (mazowieckim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim) nie było ani jednego łóżka na oddziale geriatrycznym.

Wobec powyższych danych można wysnuć wniosek, że dostępność do specjalistycznej opieki geriatrycznej jest na poziomie niezadowalającym. W reakcji na tę sytuację od roku 2012 Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia – jako beneficjent systemowy oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego – pełniące rolę partnera projektu rozpoczęli realizację projektu systemowego pt. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*. Projekt ten jest innowacyjnym przedsięwzięciem edukacyjnym, którego realizacja może się przyczynić do stworzenia podstaw nowej jakości opieki geriatrycznej w Polsce. Adresatami tego projektu są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci oraz opiekunowie medyczni i terapeuci środowiskowi, którzy będą mieli szansę stać się liderami w zakresie opieki geriatrycznej w swoich miejscach pracy i środowiskach [56].

W ramach projektu realizowane są odrębne szkolenia dla przedstawicieli grup zawodowych objętych projektem (tj. lekarzy POZ, pielęgniarek POZ, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych oraz terapeutów środowiskowych).

Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące liczby osób przeszkolonych w kolejnych latach realizacji pro-

jektu, z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych (Tabela I).

Interpretując dane z Tabeli I, można ocenić pozytywnie duże zainteresowanie tą formą kształcenia wśród grupy zawodowej pielęgniarek, fizjoterapeutów i opiekunów medycznych, natomiast niepokojąco niskie jest zainteresowanie tą formą szkolenia grupy lekarzy, którzy powinni przecież stanowić filar w opiece geriatrycznej nad pacjentem właśnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tym bardziej że można zaobserwować duże niedobory lekarzy ze specjalizacją geriatryczną. Należy nadmienić, że początkowo plany zakładały przeszkolenie 2000 pielęgniarek, 1000 fizjoterapeutów i 200 opiekunów medycznych, ale w związku z dużym zainteresowaniem szkoleniami zmieniono początkowe założenia i w przypadku grupy zawodowej pielęgniarek i opiekunów medycznych zwiększono aż o 100% plany, w odniesieniu do opiekunów medycznych jednak i ten zabieg okazał się niewystarczający.

Wolontariat

Zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie [58] wolontariuszem medycznym może zostać pełnoletnia osoba, która po przejściu wstępnej kwalifikacji ukończy odpowiednie szkolenie. Ponadto świadczenia zdrowotne mogą być udzielane również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 wspomnianej wyżej ustawy, zawartym z wolontariuszem. Również studenci zdobywający kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego oraz uczestnicy studiów doktoranckich mogą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach kształcenia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej lub innej uczelni, w której prowadzone jest kształcenie na kierunkach medycznych, pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treści kształcenia (art. 21 ust. 1–3 u.d.l.).

Zadaniem wolontariusza medycznego jest świadczenie bezpłatnej, bezpośredniej pomocy choremu w schyłkowej fazie przewlekłej choroby i jego bliskim, w sta-

Grupa zawodowa objęta projektem	Plan	2012	2013	2014	Razem	% osiągniętego planu
Lekarze POZ	2000	46	486	309	841	42,05%
Pielęgniarki POZ	4000	300	1316	1654	3270	81,75%
Fizjoterapeuci	1420	138	459	778	1375	96,83%
Opiekunowie medyczni	400	25	98	294	417	104,25%
Terapeuci środowiskowi	200	0	67	71	138	69,00%
Razem	8020	509	2426	3106	6041	75,32%

Tabela I. Liczba osób przeszkolonych w latach 2012–2014 z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Liczba osób przeszkolonych w latach 2012–2014 z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych”, dane otrzymane z Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015 [57].

cjonarnym hospicjum lub w opiece domowej. Do zadań wolontariuszy należą m.in.: pomoc przy pielęgnacji pacjenta, karmienie i towarzyszenie choremu, pomoc w pracach porządkowych na oddziale hospicyjnym i w opiece domowej. Celem nadrzędnym służby wolontariusza jest towarzyszenie pacjentowi i jego rodzinie w ostatnim etapie życia. Zakres tej pomocy wiąże się z bieżącymi potrzebami pacjenta i jego rodziny oraz grafikiem dyżurowym domowego zespołu wspierającego. Wolontariuszem medycznym może być osoba posiadająca zawodowe przygotowanie (lekarz, pielęgniarka, technik medyczny). Najczęściej jednak wolontariuszami zostają odpowiednio przygotowani ochotnicy, przedstawiciele innych zawodów mający różne życiowe doświadczenia i połączeni wspólną chęcią pomagania chorym [59].

Wypalenie zawodowe

Przy sprawowaniu opieki nad osobami starszymi trzeba pamiętać o wypaleniu zawodowym, które jest zespołem objawów psychicznych i somatycznych będących skutkiem stresu występującego przewlekle w związku z wykonywaną pracą zawodową. Wśród różnych grup zawodowych narażonych na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego wymienia się lekarzy i pielęgniarki. Z jednej strony kierują się w swojej pracy współczuciem i troską o chorego, który znajduje się pod ich opieką, z drugiej strony muszą zachować dystans emocjonalny do problemów zdrowotnych tych osób. Zapobieganie zespołowi wypalenia zawodowego jest bardzo ważne, ponieważ jego obecność to obciążenie psychiczne personelu medycznego, ale także negatywne skutki emocjonalne dla samych pacjentów [60].

Zespół wypalenia może także dotyczyć pomocnika rodzinnego sprawującego długotrwale opiekę nad pacjentem przewlekle chorym przez czynny udział w procesie pielęgnacji i leczenia domowego [61].

Ponadto lepsze radzenie sobie przez personel medyczny z czynnikami stresującymi powinno się przyczynić w szczególności do poprawy jakości opieki i większego bezpieczeństwa pacjenta [62].

Podsumowanie

Pozytywnie należy ocenić fakt, że zgodnie z deklaracją zawartą w załączniku do Uchwały Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 [63] celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych. Podejście to nawiązuje do wskaźnika lat przeżytych w zdrowiu – *Healthy Life Years* (HLY), który jest jedynym z europejskich wskaźników strukturalnych (*European Structural Indicators*) – i dotyczy zdrowia jako czynnika związanego z rozwojem i dobrobytem. Ponadto jest miarą stanu zdrowia określonego jako „funkcjonalne” – stanu pełnej efektywności

działań, produktywności, a więc w aspekcie ekonomiczno-społecznym [64].

Pozytywnie należy ocenić działania mające na celu zdywersyfikowanie pomocniczych zawodów medycznych. Należy tutaj podkreślić coraz bardziej znaczącą rolę opiekuna medycznego w opiece nad osobami starszymi. Pozytywnie należy ocenić również realizację projektu *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, który jest realizowany na poziomie POZ. Pozytywne jest również wdrażanie idei podejścia geriatrycznego, którą jest zespołowa i interdyscyplinarna współpraca – lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, a w razie potrzeby również logopedy, dietetyka, farmaceuty lub kapelana. Zespołowe podejście geriatryczne rozumiane jest jako proces kompleksowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, a realizowane przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny ma na celu poprawę poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawę stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta [65].

Należy mieć na uwadze, że na deficyt kadry pielęgniarskiej mają wpływ również wskaźniki demograficzne – starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby przewlekle chorych wymagających opieki geriatrycznej i długoterminowej, wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, wzrost potrzeb opieki paliatywnej instytucjonalnej i domowej oraz starzenie się samej grupy zawodowej. Dobrym pomysłem, z którym autor bezwzględnie się zgadza, według konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa, prof. Marii Kózki, jest możliwość dopuszczenia do obsługi pacjentów słabiej wykwalifikowanych kadr, we wszystkich krajach UE są bowiem pracownicy o niższych kwalifikacjach, np. opiekunowie medyczni, asystentki pielęgniarek, laboranci – wykonujący badania, dietetycy – zajmujący się żywieniem chorych. Poprzez takie rozwiązanie powinna poprawić się efektywność wykorzystania czasu pracy pielęgniarek [66].

Negatywnie natomiast należy ocenić małą liczbę lekarzy geriatrów i pielęgniarek ze specjalizacją geriatryczną oraz znikome zainteresowanie lekarzy POZ uczestnictwem w programie Ministerstwa Zdrowia.

Niezbędne wydaje się również włączenie przedmiotu „geriatria” jako obligatoryjnego do programu kształcenia studentów medycyny na kierunkach lekarskich wszystkich uczelni medycznych przy wykorzystaniu klinik geriatrycznych, wprowadzenie obowiązkowego kształcenia podyplomowego lekarzy rodzinnych z zakresu geriatrii, zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych z zakresu geriatrii oparte na klinikach i oddziałach geriatrycznych [67].

Ponadto docelowo pożądanym akcentem byłoby zbudowanie zintegrowanego systemu dostarczania opieki zdrowotnej, w którym profilaktyka pierwotna i wtórna chorób, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja i zapewnienie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczej i pielęgnacyjno-leczniczej) nad przewlekle chorymi byłyby

postrzegane jako jeden ciągły i powiązany zbiór działań zorientowanych na utrzymanie zdrowia pacjentów i podnoszenie jakości ich życia [68].

Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa

Celem artykułu jest pokazanie zmian w zasobach kadr medycznych poprzez tworzenie nowych specjalizacji czy nowych zawodów lepiej dostosowanych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, opartych na analizie danych z GUS, Ministerstwa Zdrowia oraz aktów prawnych.

Zmiany demograficzne stanowią poważne wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej UE i państw członkowskich. Z jednej strony można obserwować przyspieszenie procesu starzenia się społeczeństwa, a z drugiej wydłużanie przeciętnego trwania życia, ponadto stan zdrowia człowieka zmienia się z każdym upływającym rokiem życia. Po osiągnięciu pewnego wieku osoby starsze w większym stopniu powinny dbać o stan swojego zdrowia i kontrolować je, korzystając z pomocy medycznej. Dodatkowo pogorszenie sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności oraz zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych poważnie zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, świadczenia pielęgnacyjne, usługi opiekuńcze, opiekę długoterminową i terminalną. Dlatego należy stworzyć system opieki skoordynowany z tymi potrzebami, który będzie zaspokajał odpowiednie zasoby kadr medycznych, które zapewnią profesjonalną opiekę nad osobami starszymi. Będą to nie tylko przedstawiciele „zawodów medycznych”, do których zaliczamy lekarzy i pielęgniarki, lecz również inni specjaliści ochrony zdrowia (np. farmaceuci, specjaliści do spraw higieny, promotorzy zdrowia, fizjoterapeuci, dietetycy i specjaliści do spraw żywienia), jak również tzw. pomocniczy personel medyczny – asystentka pielęgniarki, opiekun medyczny. Ponadto można zaobserwować również działania, których celem jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. Jednocześnie zespołowe podejście geriatryczne rozumiane jako proces kompleksowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, realizowane przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny ma na celu poprawę poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawę stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta.

Piśmiennictwo

- Domagała A., *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2013; 11(2): 148.
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A., *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2013; 11(2): 128–129.
- Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2015: 7.
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. z 2013 r. poz. 217).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn.: Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz.U. z 2014 r. poz. 174).
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 roku o zawodzie felczera (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r. poz. 1133, z późn. zm.).
- Karkowska D., *Pozostałe zawody medyczne – zagadnienia ogólne*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. z 2012 r. poz. 7).
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013: 65–68, 81
- Gujski M., Kalbarczyk W.P. (red.), *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013: 46–47, 61–62.
- Chandler G.E., *Pielęgniarstwo. Pierwsze kroki w zawodzie*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012: 14.
- Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2010: 25.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L., *Prognoza ludności na lata 2014–2020*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014: 25, 102, 109, 126, 162–165.
- Szymańczak J., *Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne*, w: G. Ciura, W. Zgliczyński (red.), *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, Studia Biura Analiz Sejmowych 2012; 2(30): 9.
- Błędowski P., *Proces starzenia się ludności a progresywne zarządzanie zdrowiem*, w: V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015: 92.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L., *Prognoza ludności na lata 2014–2020*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014: 25, 102, 109, 162–165.
- Wiktorowicz J., *Starzenie się ludności Unii Europejskiej jako wyzwanie dla rynku pracy*, w: E. Kryński, P. Szukalski (red.), *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Raport końcowy*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2013: 20.
- Kocot-Górecka K., *Zmiany demograficzne w Polsce po 1989 r. i ich wybrane konsekwencje*, w: E. Kotowska (red.), *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Raport tematyczny*, Minister-

- stwo Pracy i Polityki Społecznej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014: 12.
24. *Finansowanie hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż.*, 2011, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=8&dzialnr=2&nr=4378>; dostęp: 15.06.2014.
 25. *Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie*, Komisja Wspólnot Europejskich COM(2008) 725, Bruksela 2008: 6.
 26. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2012_Wallchart.pdf; dostęp: 12.05.2015
 27. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014: 37–38.
 28. Szukalski P., *Ludzie bardzo starzy we współczesnej Polsce*, „Przegląd Socjologiczny” 2013; 62(2): 35–36.
 29. Błędowski P., *Proces starzenia się ludności a progresywne zarządzanie zdrowiem*, w: V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015: 98.
 30. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań 2012: 563, za: Błędowski P., *Proces starzenia się ludności a progresywne zarządzanie zdrowiem*, w: V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015: 95.
 31. Krzyszkowski J., *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006: 154.
 32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2012 r. poz. 1489).
 33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r. poz. 26).
 34. Piotrowicz K., *Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego*, „Gerontologia Polska” 2013; 21(3): 64.
 35. Gryglewska B., *Trudności w leczeniu starszych chorych z wielochorobowością*, „Gerontologia Polska” 2013; 21(3): 73.
 36. *Polipragmazja*, „Służba Zdrowia” 2008; 88–91: 30.
 37. Piotrowicz K., *Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego*, „Gerontologia Polska” 2013; 21(3): 72.
 38. Błędowski P., Stogowski A., Wiczerowska-Tobis K., *Wyzwania współczesnej gerontologii*, Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu, Poznań 2013: 7.
 39. Bakalarczyk R., *Tworzenie się systemu opieki długoterminowej w Polsce – między służbą zdrowia a pomocą społeczną*, w: M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa 2011: 42–43.
 40. Szwalkiewicz E., *Rola opiekuna medycznego w zespole opiekuńczym i terapeutycznym*, w: D. Talarska, K. Wiczerowska-Tobis, E. Szwalkiewicz (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnyymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 32, 33–34.
 41. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. z 2012 r. poz. 7).
 42. Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (tekst jedn. Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.).
 43. Sieplińska J., Prokurat G., Cis K., *Program nauczania dla zawodu opiekun medyczny 532102 o strukturze przedmiotowej*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa 2012: 6.
 44. Werachowska L., Damps-Konstańska I., Janowicz A., Krakowiak P., *Opiekun medyczny nowym elementem zespołu terapeutycznego w opiece nad przewlekle chorymi i starszymi pacjentami*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013; 21(2): 236.
 45. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118): 13–14.
 46. *Krajowy Plan Działania na rzecz Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2012.
 47. Urbaniak B., *Aktywizacja zawodowa starszego pokolenia – czy europejski rok aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej dobrze ją promuje?*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomica” 2013; 291: 13.
 48. Lisowska K., *Niska wycena, rosnące zagrożenia: strategia dla opieki geriatrycznej w kraju*, 2011, <http://www.rynekzdrowia.pl/Geriatry/Niska-wycena-rosnace-zagrozenia-strategia-dla-opieki-geriatrycznej-w-kraju,107419,33.html>; dostęp: 20.05.2015.
 49. *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i niewykonujących zawodu – stan na 31.03.2014*, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Warszawa 2014.
 50. *Opieka medyczna nad osobami starszymi (panel ekspertów)*, 2014, <http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/opieka-medyczna-nad-osobami-w-podeszlym-wieku.html>; dostęp: 15.06.2014.
 51. *Dane dotyczące liczby pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego w latach 2002–2014 (sesja wiosenna)*, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2014.
 52. Cegła B., Kachaniuk H., Strugała M., Czekaj R., Pruszyński J., *Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego, opracowane w ramach projektu systemowego rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego w latach 2013–2015*, Warszawa 2013: 4.

53. <http://www.geriatry.ckppip.edu.pl/geriatry/o-projeckcie-2/statystyka.html>; dostęp: 25.05.2015.
54. http://www.geriatry.ckppip.edu.pl/news/150/142/Informacja_d_Geriatry_szczegolowy.html; dostęp: 02.06.2015.
55. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
56. Broczek K., Bień B., *Wprowadzenie*, w: B. Bień, K. Broczek (red.), *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012: 3.
57. *Liczba osób przeszkolonych w latach 2012–2014 z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych*, dane otrzymane z Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015.
58. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jedn.: Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.).
59. Damps-Konstańska I., Werachowska L., Krakowiak P., *Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w zaawansowanej POChP*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2009; 3: 153.
60. Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R. et al., *Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2008; 150: 507–509.
61. Pietrzak B., *Zespoły lekarsko-pielęgniarskie w systemie opieki nad przewlekle chorym*, w: B. Pietrzak, T. Karkowski (red.), *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013: 233.
62. Wilczek-Rużyczka E., *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014: 147.
63. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118).
64. Gromulska L., Wysocki M. J., Goryński P., *Lata przeżyte w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY) – Zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008; 4: 811–812.
65. Bień B. et al., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, „Gerontologia Polska” 2013; 21(2): 37.
66. Sygut M., *Czy za dziesięć lat zabraknie w kraju pielęgniarek?*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Czy-za-dziesieci-lat-zabraknie-w-kraju-pielengniarek,139041,9.html>; dostęp: 20.01.2015.
67. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008; 16(3): 157–158.
68. Rudawska I., *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014: 101.

Best management practices of medicinal products in German hospitals, as a recommendations for medical facilities in Poland

Magdalena Mińko¹, Urszula Religioni²,
Bożena Walewska-Zielecka³, Piotr Tyszko⁴

¹Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

²Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

³Katedra i Zakład Zdrowie Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Corresponding author: Piotr Tyszko, Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Oczki 3, 02-007 Warszawa, tel. 22 621 52 56, ptyszko@wum.edu.pl

Abstract

Implementation of modern technological solutions and the results of pharmacoeconomic analyses into selecting drugs to a hospital formulary, as well as an appropriate supply management can bring substantial savings for a medical facility.

The aim of the study was to identify the best management practices of medicinal products in German hospital, which could be implement in polish realities.

The results of the research show, that regarding to the German solutions, Polish medical business practices should be put on the increase in decision-makers' awareness of the role of pharmaceutical drugs management in the process of medical facility management. Rational drug management can lead to substantial savings for a hospital and, more importantly, increase safety of patients.

Key words: best management practices, medicinal products, Poland, Germany

Słowa kluczowe: najlepsze praktyki zarządzania, Niemcy, produkty lecznicze, Polska

Introduction

In management terms, a medical facility (i.e. hospital, outpatient clinic, specialist clinic) is one of the most demanding forms of business, in particular due to the specific character of its activity, which is based on patients' unlimited health needs and continuous improvement of diagnosis and treatment methods [1]. Effective use of all resources (financial, human, material and time resources) is of considerable significance for the satisfaction of the needs of patients-clients. More importantly, the market of medical services is of specific nature, described in the

source literature as a quasi-market, which means that it is not governed by all rules of free market economy [2].

Healthcare in Poland, or the whole sector of medical, social and economic activity to put it aptly, started to implement modern management methods as the last one of all sectors of economy. However, even though medical facilities in Poland are developing, procedures of pharmaceutical drugs management often remain unchanged. Many hospital directors and hospital pharmacy managers are unaware of the opportunities which the improvement of drugs management can bring. The objective of this paper is to provide a comparative analysis of the German

medical consortium Städtisches Klinikum München in Munich based on the DrugMan business model identifying best practices and their applicability to medicinal product management in Polish hospitals. The aim has been achieved by the analysis of the internal potential of organization on the basis of strategic balance.

Implementation of modern technological solutions and the results of pharmacoeconomic analyses into selecting drugs to a hospital formulary, as well as an appropriate supply management can bring substantial savings for a medical facility in a short time [3].

Methodology

This article is based on the results of a strategic analysis, conducted by the authors of this article in the German medical consortium Städtisches Klinikum München in Munich. The analysis was carried on the basis of authors' own DrugMan business model, whose parameters were used to analyse the consortium and define the best practices for the management of medicinal products (Figure 1). The parameters were chosen by the authors in cooperation with industry experts. All parameters were collected in authors' own Balance Sheet – Rating. The parameters were estimated by managers's (of the examined facility) own experiences and knowledge in a process of individual in-depth interviews. An available range was from 1 do 5 (with 5 being the best). The interpretation of the results was discussed and summarized with the managers of the examined facility and industry experts.

DrugMan is a two-level business model, which involves two types of activities – analysis and planning, both essential for the development of innovative methods of medical facility management. Parameters 1–4 (business portfolio, business environment, economics, human capital) refer to main elements which determine appropriate functioning of specific hospital wards on a market and are used to analyse the condition of a facility. The

outcome of the numerical parameters analysis is a report which enables the preparation of relevant strategies for fields A–D (investment, marketing, quality, organizational culture). In the process of creating a strategy for a particular field (A–D), the results obtained for the neighbouring fields (1–4) are taken into account, e.g. factors attributed to fields 1 and 3 influence the strategy of field A.

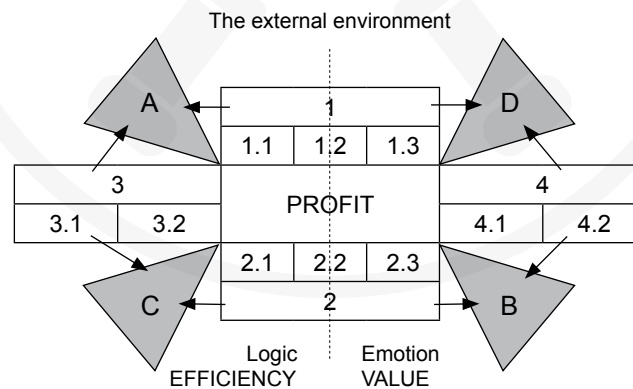
Each of the business model parameters presented below was examined with the use of two research methods:

- a) examination of the consortium documentation (quality reports, internal documents, internal templates, materials, personal trainings course results, etc.);
- b) qualitative research – an individual in-depth interviews (IDI), including a semistructured questionnaire, conducted with the managers of the examined facility (general director, pharmacy department head), as well as experts consultations with the staff of pharmacy department and quality department – low- and mid-level staff) and authors observations.

Strategic analysis of Städtisches Klinikum München medical consortium based on DrugMan business model

Identification of business portfolio

Städtisches Klinikum München (hereafter referred to as StKM) is the fourth-largest public medical consortium in Germany and it offers medical services which cover one third of the medical market in Munich. StKM consists of Klinik Thalkirchner Straße, four specialist hospitals, Akademie – a training centre for current and potential employees, Blutspendedienst – blood donation and transfusion medicine centre, and Medizinische Dienstleistungszentrum – medical services centre. The founder and the owner of the consortium is Munich city council. Jointly, StKM has 3400 beds and can admit 260 patients in one-day clinics. It provides inpatient care for



..... – division of the model into the areas of logic and emotions, which refer to efficiency and value respectively.

Figure 1. Authors' own DrugMan business model.

Source: Own work.

134,400 patients annually and partly residential care for 14,900 patients annually, in the scope of outpatient and specialist services, and one-day clinics. There are five facilities which are a part of StKM and offer medical services within 60 specialties. The mission statement of the consortium is to offer medical services, take over responsibility for patients' treatment and provide high quality healthcare in Munich [4, 5].

Business environment analysis

A medical facility operates on a quasi-market which is determined by the rules which are different from the standard rules of economy, therefore it can subject to specific assessment in terms of competitive environment analysis. In this research, competitive environment analysis was conducted with the use of adjusted Porter five forces analysis. Below there are factors included in the research method and in the evaluation of these factors' influence on the functioning of the examined medical consortium based on the cooperation process with the managers of the examined facility (Table I) [6].

Porter's Five Forces	Estimated level of impact				
	1	2	3	4	5
The impact of suppliers and the possibility of them putting pressure on a facility			x		
The impact of customers and the possibility of them putting pressure on a facility				x	
Intensity of competition within the sector					x
Threat of new competitors		x			
Threat of substitutes	x				

Table I. Analysis of Porter's Five Forces by the managers of the examined facility.

Source: Own work.

The impact of suppliers and the possibility of them putting pressure on a facility

The impact of suppliers and the possibility of them putting pressure on a facility is medium in the case of a medical facility, mainly due to the fact that both groups are focused on cooperation. Furthermore, contracts and agreements for the provision of products and services are signed for a longer period of time. It is worth pointing out that medical facilities (members of a network or a medical consortium) very often make group purchases, which guarantees the lowest, possibly stable prices, as well as timely delivery of a product or provision of a service [7].

The impact of customers and the possibility of them putting pressure on a facility

The impact of customers and the possibility of them putting pressure on a facility is considerable in the case of a medical facility. Customers on healthcare market are patients. They have a big impact in cities where medical services are offered by many healthcare facilities. This also proves to be true in the case of the examined consortium.

Intensity of competition within the sector

Intensity of competition within the sector can be described as strong although healthcare sector is characterized by the excess of demand over supply. This is due to the fact that there is a substantial number of medical facilities in the state of Bavaria, and in particular in its capital. In Munich there are over 40 hospitals offering diversified medical services. Factors which are significant for the functioning of a medical facility can be its geographic location or high standard of services, as they constitute natural barriers to market entry for the competition.

Threat of new competitors

Threat of new competitors on the market is marginal due to very high barriers to market entry. These barriers include high capital expenditure, difficulties in finding either highly qualified medical staff or a good venue, or in obtaining equipment (e.g. finding an appropriate building with an access road, finding medical equipment), insufficient knowledge of healthcare system, characteristics of the business, legal regulations and supervisory regulations on the market of medical services. Importantly, the break-even point is estimated to be achieved only after a medical facility has been operating in the business for a few years.

Threat of substitutes

Threat of substitutes is negligible, as it seems to be difficult to substitute a medical facility with another entity or organization. This is due to the specific character of a medical facility activity. Additionally, medical services are thought to be non-substitutable – the demand for them has accompanied humans for ages and, to take it intuitively, there are no indications that this situation will change in the future.

Evaluation of the consortium's strategic potential

The evaluation of the consortium's strategic potential was carried out on the basis of the authors' own questionnaire of evaluation of particular parameters. Individual aspects of the functioning of the company were firstly identified in the questionnaire and at the next stage they were evaluated by the management body within the following range: weak – average – strong – leading.

In the first group of analysed parameters which included quality (of both medical care and particular facilities of the consortium), characteristics of medical services, and marketing and communication, medical services were evaluated best. In majority, the aspects subject to evaluation were described as strong (over 33%) and leading (approx. 42%). This result shows that medical care is at a high level and constitutes an important factor in the strategic potential of the consortium. Marketing and communication are not leading for the consortium, however, it can be claimed that they are consortium's strong asset.

Another group of analysed parameters included the consortium's position on the market, important indicators, infrastructure and care for patients. These assets were evaluated as average (approx. 35%), strong (approx. 29%) and strong (approx. 35%). Among the abovementioned parameters infrastructure was evaluated best. In the centre of the city the consortium offers flats to its employees, as well as rooms which can be rented to patients who live outside Munich and their families. This asset decides about the competitiveness of the consortium and its policy to offer services to foreign patients who come from rich Arabic countries, Russia or other parts of the world. Among weak points of the consortium there is weak effectiveness of some processes, ineffective use of operating rooms, hospital bed occupancy in some hospital departments and long average stay of patients in hospital.

The group of parameters concerning research and development was evaluated as a strong asset of the analysed consortium. All parameters were characterized as strong and leading in terms of strategic potential of the medical consortium, whereby it is worth mentioning that the consortium carries out research and development activities in cooperation with Ludwig Maximilian Universität, which is both a leading university and university hospital in Munich.

Good management control in StKM is also a strong advantage of the consortium. The evaluation of individual aspects in terms of control gave good results (strong assets at the level of 80%). Most analysed parameters were assessed as strong and significant for the company's strategic potential, among them accuracy of cost analysis, settlements efficiency, level of budget plan completion and quality of IT processes.

The last of the analysed groups of parameters was the group of parameters for human resources management. Most parameters were assessed as strong (over 56%) and the consortium's leading assets were opportunities for employees' further development and good opportunities for promotion. Internal communication was considered to be at an average level with the result of approx. 11%. An unquestionably weak asset is employees assessment, which is the result of the lack of assessment systems, and continuity and regularity of the assessment procedures.

■ Identification of the best management methods for the medicinal products management in StKM

Identification of the best management methods in German hospital in the field of drug management was

conducted on the basis of individual in-depth interview with pharmacy department head. The questionnaire was semi-structured and composed of four parts related to four management areas: investment planning, marketing, quality, organizational culture.

The research is a specific kind of case study which allow to conduct a diagnosis of the best practices used in German hospital in the area of medicinal management. Obviously, the obtained results are not representative for all German hospitals and bearing in mind requirements for the articles – not extensive. However, the results could be the basis of recommendations for Polish hospitals.

Investment planning

On the base of the individual in-depth interview it can be concluded that the level of technological advancement in terms of improvements used in the management of medicinal products in StKM differs significantly from the level of investment development in an average Polish medical facility. The said German hospital has been fully computerized for several dozen of years and its medical staff use cutting-edge equipment on a daily basis. There are advanced IT programmes which connect hospital departments with a hospital pharmacy. E-prescriptions and electronic medicine cabinets for hospital departments, managed by hospital pharmacy managers, have been in use for many years now. Individual administration of medicines per patient and continuous data update in the system make it possible to conduct various drugs analyses and to verify the correctness of medical orders.

Computer systems are also used to order medicines, as they improve the functioning of drug laboratories where medicinal products are prepared in individual doses for a patient.

Modernization of medicines stockrooms performed in 2010 deserves special attention. Currently there are robots which successfully take medicines to inventory automatically, update data in the computer system and put medicines into special boxes on the basis of scanned hospital department demand, which contributes to substantial time saving for pharmacists.

The hospital plans to increase the number of staff members working in the hospital pharmacy (especially pharmacists) in the next few years, as well as to purchase Unit Dose system, which is a computerized system which prepares medicines in individual doses per patient, together with additional appliances, such as a deblistering machine or barcode readers.

Marketing

According to individual in-depth interview, it is clear that an important element of everyday activity of the German consortium is a direct contact between pharmacists and patients. Patients highly appreciate it when pharmacists participate in hospital rounds, ask patients about their health condition and mood, and finally individually monitor patients' therapies.

Besides, StKM undertakes non-standard marketing activities. For a few years the consortium has been organizing outdoor parties for hospital employees, former patients and current ones. Such events are currently organized annually with the aim to promote the consortium. At these outdoor parties hospital employees inform patients about both introduced and planned for the future changes, newly purchased equipment or organizational modifications aiming at the improvement of the quality of patient care.

Quality

The quality of medicinal products and the safety of pharmacotherapy are controlled at every stage of medicinal products management, from ordering medicines to administering them to patients. After an order is received and before the medicines are transferred to a robot managing the medicines inventory, every medicine container is examined in detail with reference to the compliance with the order, expiry date and qualitative features which might suggest damage to the medicine. Expiry dates of medicinal products are checked automatically, and a computer programme informs employees in charge about the forthcoming expiry date. Every robot-operated delivery of medicines to hospital departments is checked twice by the pharmacists in order to minimize any mistakes.

Pharmacists in hospital wards monitor the correctness of administering medicines to patients, while the pharmacy department itself conducts monthly Drug Utilization Reviews (DUR) whose aim is to support the monitoring [8].

Medicines made directly in the hospital pharmacy are made in accordance with the Good Manufacturing Practice (GMP), whereby every order placed by the automatic system is checked twice by the medical staff with reference to an individual order.

Organizational culture

Supervision over drugs management in the German hospital is executed by a pharmacy manager, whose duties include organization of medical staff work processes, control of procedures involved in drugs management, contact with relevant government and international bodies (e.g. with reference to the monitoring of medicines safety), and other duties [9].

StKM employees regularly attend courses and trainings, and participate in research projects and internship exchanges. Furthermore, pharmacists advise doctors in the area of pharmacotherapy and they organize cyclical meetings in order to acquaint the doctors with the results of the latest scientific research or changes in legal regulations, as well as internal trainings dedicated to a particular subject, e.g. treatment of cardiovascular diseases. Majority of employees also attend domestic and international scientific conferences with a view to broadening knowledge from the area of effective and safe pharmaceutical drug treatment.

Proposals of solutions for medicinal products management in Polish hospitals

Investment planning

Investment planning should refer to the business portfolio of each medical facility (including hospital priorities, the size of the facility, the number of patients) and possessed financial resources. Lack of financial stability in many Polish medical facilities contributes to the difficulties in the development of detailed investment plans for the next 5–10 years. The development of each and every facility has to be analysed not only with reference to short-term employment plans, or long-term investment plans for the enlargement or renovation of particular hospital departments, which are often dependent on the availability of outer sources of financing, but also with reference to pharmaceutical drugs management. Low level of computerization in hospitals, lack of modern equipment or an insufficient number of staff members in hospital pharmacies – these are main investment problems of hospital pharmacies in Poland.

Taking into consideration the abovementioned issues, it can be recommended to the executive bodies of medical facilities to plan investments which involve the improvement in the management of medicinal products, both in hospital pharmacies and hospital wards. It can be argued that activities, such the purchase of modern IT systems which connect pharmacies with hospital wards, modernization of medicines stockrooms, organization or renovation of medicines laboratories, or the purchase of Unit Dose system used for the preparation of individual medicine doses for patients, are investments which should be planned in advance due to their high cost.

A summary of the main recommendation in the area of investment planning:

- To plan investment for the next 5–10 years which involve the improvement in hospital drug management.
- To consider a purchase of Unit-Dose system, as well as modernization of stockrooms and medicines laboratories.
- To improve the level of hospital computerization.

Marketing

Planning of marketing activities should be adapted to the hospital's strategic potential (including infrastructure and human resources) and business environment (including competitors and customers).

Hospitals which have medicines laboratories (e.g. cytostatic drugs laboratories) could consider concluding contracts with other facilities for the commercial preparation of medicines in order to generate additional profit. However, large scale activities require the implementation of appropriate marketing activities, such as preparation of informative brochures, offers, mailing lists to decision-makers, or organization of individual meetings (in the form of sales meetings).

Medical facility employees who have knowledge and experience might also offer trainings, workshops, lectures or individual expert meetings for the representatives of other facilities, with the aim of increasing the effectiveness of a pharmaceutical drug management in hospital. A facility organizing such events should be an expert in the area of issues mentioned at the meetings.

Pharmaceutical care provided by the patient's bed can be an important marketing element of every facility. In this aspect of marketing clinical pharmacists play a key role [10, 11]. Good opinion of and great trust towards a medical facility can certainly be gained among patients when there is a frequent contact between patients and specialists, interested in patients' health condition and response to medicines.

A summary of the main recommendation in the area of marketing:

- To consider contracts with other hospitals for the commercial preparation of medicines.
- To implement appropriate marketing activities which promote the hospital among other facilities as well as patients.
- To offer trainings for personnel from other facilities.
- To improve pharmaceutical care.

Quality

Plans to improve quality should be based on analysis of hospital business environment (including competitors activities and customers expectations) and be adapted to the available financial resources.

Medical staff in every Polish hospital should take care of the quality of services and the quality of medicines at every stage of their preparation, in the manner followed by the employees of German facilities. It is important to order products on time, control the status and the quality of an order, and provide storage conditions recommended by drug producers in hospital departments and in transportation (e.g. for the medicines which require storage in low temperature).

Drug preparation in a pharmacy should take place in aseptic conditions, which can guarantee safety both to a patient and medical staff who prepare medicines. It is unacceptable to prepare individual doses of drugs in hospital departments.

Each and every drug order should be ascribed to a patient and checked twice by the pharmacists. When a medicine is being administered to a patient, it should be controlled a few times whether the patient is being given an appropriate medicine at an appropriate time, in an appropriate dose and form. Additionally, the fact of the medicine having been administered should be marked in the patient's documentation (the so called 6-R rule) [12].

A summary of the main recommendation in the area of quality:

- To take care of the quality of offered services, including medicines.
- To provide storage conditions recommended by drug producers in hospitals.

- To prepare drugs in aseptic conditions.
- To check every drug which is order to the patient.

Organizational culture

The level of hospital organizational culture results mainly from business portfolio (hospital vision, mission, policy, priorities as well as the size of the facility) and the hospital's strategic potential (including human resources and infrastructure).

The obligations of a hospital pharmacy manager and pharmacy employees in Poland are stipulated in the Pharmaceutical Law Act. Although the cooperation between staff members in many pharmacies is assessed positively, the biggest challenge for the human resources management seems to be the cooperation between pharmacists and doctors. In order to develop high quality pharmaceutical care, Poland should follow the example of other European countries, such as Germany, and change the approach to the role of a pharmacist. In the opinion of medical staff working in hospital departments, pharmacists are often perceived as employees whose task is only to store and administer medicines. However, due to vast knowledge which they possess, pharmacists should be members therapeutic teams, having the same rights as others members, and should become decision-makers in the field of patient's treatment.

It is rare practice for pharmacists in Poland to organize trainings or study groups which could be addressed to doctors or nurses. Therefore, journal clubs, pharmacotherapy information centres or advisory centres, or other institutions which are popular in hospitals abroad, seem to be worth organizing and popularizing.

Pharmaceutical drugs management in Polish hospitals often seems to be a side topic. Even if pharmacy managers make attempts at changing the procedures, or they demand the modernization of their pharmacies, or the purchase of modern equipment, hospital directors often cannot see the necessity to finance such activities.

A summary of the main recommendation in the area of organizational culture:

- To improve cooperation between pharmacists and doctors.
- To increase the role of a pharmacist in hospital.
- To establish advisory centres for patients and personnel conducted by pharmacists.

Summary

The approach to the management of medicinal products in German and Polish medical facilities differs significantly in the context of the importance of this aspect for the management of a medical facility as a whole.

While Germany puts great emphasis on effective pharmaceutical drugs management and generating savings in this segment, many Polish decision-makers, employees in particular, do not realise how important pharmaceutical drugs management is for the economic effect and safety of patients [13].

German hospitals have been fully computerized for years. While in many Polish hospitals there are no electronic prescriptions or patient information databases, including databases of patients' therapies, German hospitals are introducing further software updates.

Insufficient funding of the Polish healthcare system also results in a number of irregularities which could be detected or resolved with the help of modern equipment. Incomplete computerization of medical facilities causes failure of the functioning of advanced technologies, such as Unit Dose System [14].

It should also be pointed out that there is strong resistance to changes in Polish mentality [15]. Strong habits and reluctance to implement new rules in the workplace can lead to failure in the implementation of various procedures. For example, the lack of updates in pharmacotherapy information in the computer system may result in the failure of effective functioning of the entire system.

To sum up, it can be argued that in Polish medical business practices, the stress should be put on the increase in decision-makers' awareness of the role of pharmaceutical drugs management in the process of medical facility management. Rational drug management can lead to substantial savings for a hospital and, more importantly, increase safety of patients.

References

1. Drucker P.F., *Management. Tasks, responsibilities, practices*, Routledge, New York 2011.
2. Culter D.M., *Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reforms*, "Journal of Economic Literature" 2002; 40(3): 881–906.
3. Mińko M., *Good quality management practices in a medical facility on the basis of the solutions used in clinics Thalkirchner StKM Straße in Munich – a case study*, Students' Scientific Papers, No. 25, Lublin 2014.
4. *Unsere Spezialisten fuer Ihre Gesundheit*, broszura wewnętrzna Staedisches Klinikum Muenchen.
5. <https://www.klinikum-muenchen.de/>; accessed: 30.12.2014.
6. Porter M.E., *The five competitive forces that shape strategy*, "Harvard Business Review" 2008; nr: 78–93
7. Navarro R., *Managed Care Pharmacy Practice*, Jones and Barlett Publishers, London 2009:39.
8. Shiller D.S., *Medication Use Evaluations as a Research Tool*, "Pharmacotherapy" 2014; 34: 3–4.
9. Religioni U., *Hospital Pharmacy in the selected countries of the European Union*, "Hospital Pharmacoeconomics" 2014; 28: 12–13.
10. Geissler K., *A shared fight against cancer: the complementary roles of oncology physicians and oncology pharmacists*, "Expert Review of Anticancer Therapy" 2013; 13: 13–15.
11. Sreelalitha N., Vigneshwaran E., Narayana G., Reddy Y.P., Reddy M.R., *Review of pharmaceutical care services provided by the pharmacists*, "IRJP" 2012; 3(4): 78–79.
12. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, R.G. Hughes (Ed.), Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville 2008: 924.
13. Chuang M., Wang Y.F., Mei Chen M., Cham T.M., *Effectiveness of Implementation of a New Drug Storage Label and Error-Reducing Process on the Accuracy of Drug Dispensing*, "Journal of Medical Systems" 2012; 36(3): 1469–1474.
14. *Hospital pharmacy*, M. Stephens (Ed.), Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London 2011.
15. Stoller J.K., *Implementing change in respiratory care*, "Respiratory Care" 2010; 55(6): 749–757.

Comparison between processes of HTA, pharmaceutical pricing and reimbursement, and their transparency in Germany and Poland

Hanna Wüller¹, Christoph Sowada², Tomasz Bochenek³

¹ Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, student MPH

² Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³ Zakład Gospodarki Lekiem, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Corresponding author: Christoph Sowada, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków, christoph.sowada@uj.edu.pl

Abstract

This paper focuses on HTA, pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Germany and Poland. The authors analyzed processes of decision making related to pharmaceutical reimbursement, as well as their transparency. Both Germany and Poland have developed complex processes of pharmaceutical pricing and reimbursement, as well as incorporated HTA into decision making procedures. In Germany the stakeholders involvement and transparency of processes seem to be to higher than in Poland.

Key words: Germany, health technology assessment, pharmaceutical policy, Poland, pricing and reimbursement of pharmaceuticals, transparency

Słowa kluczowe: ceny i refundacja leków, Niemcy, ocena technologii medycznych, polityka lekowa, Polska, przejrzystość

Introduction

Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Germany and Poland are regulated at national levels, similarly to other countries of the European Union (EU). Therefore they are as different as health care systems of both countries are. In Germany the authorities of self-governing states called lands have a lot of power, so decision making within health care system is shared between federal and state levels [1]. The key policy maker and regulator in the Polish health care system is the Minister of Health (MoH), often supported by advisory bodies [2].

Nowadays, before a decision on medicine's reimbursement, pricing, or both of these issues is made within a given health care system, usually a particular medi-

nal product has to be thoroughly evaluated. The tools of Health Technology Assessment (HTA) are used for this purpose both in Germany and Poland. The HTA, which has an increasing role in today's health care systems, is often being applied in case of products which are new on the market and claimed to bring an additional therapeutic benefit to patients. In the growing number of countries there have been established agencies or programmes specialized to evaluate health technologies and this has been the case also in Germany and Poland. There are many challenges in implementation of HTA into decision making processes, including the assurance of appropriate level of transparency [3]. High transparency has been also considered as an important feature of robust pharmaceutical pricing [4]. Starting from 1989 it has become

a major requirement imposed on all EU Member States by the Transparency Directive [5].

The aim of this paper is to compare and critically assess the systems of pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Germany and Poland, taking into consideration practical implementation of HTA and transparency of HTA and reimbursement processes within health care decision making.

There have been several reasons for choosing these two countries. Their national pharmaceutical markets are being influenced by each other through parallel trade, benchmarking in pharmaceutical policies and international price comparisons. Both pharmaceutical markets function in relatively stable economic environments, since both German and Polish economies have been doing quite well during the economic crisis and slowdown affecting countries of the EU since 2007.

Material and Methods

In order to achieve this study objectives, firstly the pharmaceutical reimbursement and HTA processes in Germany and Poland have been generally described and compared. Secondly, transparency of decision making related to pharmaceutical pricing and reimbursement and HTA processes in both countries has been analysed and assessed.

In order to compare transparency of processes of pharmaceutical pricing and reimbursement, and HTA, their measurable features have been identified and taken into consideration. Transparency has been expressed as the involvement of stakeholders (pharmaceutical companies, physicians, pharmacists and the general public) at various stages of HTA process, communication with health care system stakeholders and clarity of HTA guidelines.

The search for studies published after 2010 was conducted in databases Medline and Embase. In Medline the MeSH terms were used in searches when it was possible. The following search terms were used: “Germany, Poland, health technology assessment, pharmaceutical, reimbursement and pricing”. The terms “Germany” and “Poland” were first connected with “health technology assessment” using operator AND. Subsequently they were connected with “economics, pharmaceutical [MeSH] OR pharmaceutical pricing OR drug pricing” with operator AND.

All records were screened for duplicates, which were subsequently excluded. After that, all titles and abstracts of identified studies were screened for relevance. The full texts of eligible studies were read and reviewed. Bibliography reference lists of the pertinent studies were also reviewed in order to identify other, possibly eligible studies. In addition to that, content of websites of German and Polish institutions involved in HTA and national pharmaceutical pricing and reimbursement policies was also reviewed. The language selection criteria in this systematic review included English or German. The studies were excluded if they did not match the inclusion criteria or if they appeared irrelevant to the study goals. The records

describing processes of HTA and pharmaceutical pricing and reimbursement in Germany and Poland, taking into consideration also transparency of these processes, were included into analysis.

Results

The flow diagram describing selection process of the published studies has been presented in **Figure 1**. Altogether 302 records were identified. After removing duplicates and screening records for relevance, nine papers [3, 4, 6–12] in full-text versions and eight conference abstracts [13–20] were selected for further analysis. The summary set of analyzed features of pharmaceutical pricing, reimbursement and HTA utilization in both countries has been presented in **Figure 2**.

Processes of pharmaceutical reimbursement and HTA in Germany and Poland

Prices of pharmaceuticals are being set and defined in different ways in various countries. According to the Glossary of the WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, list prices are “the prices that purchasers display as the prices at

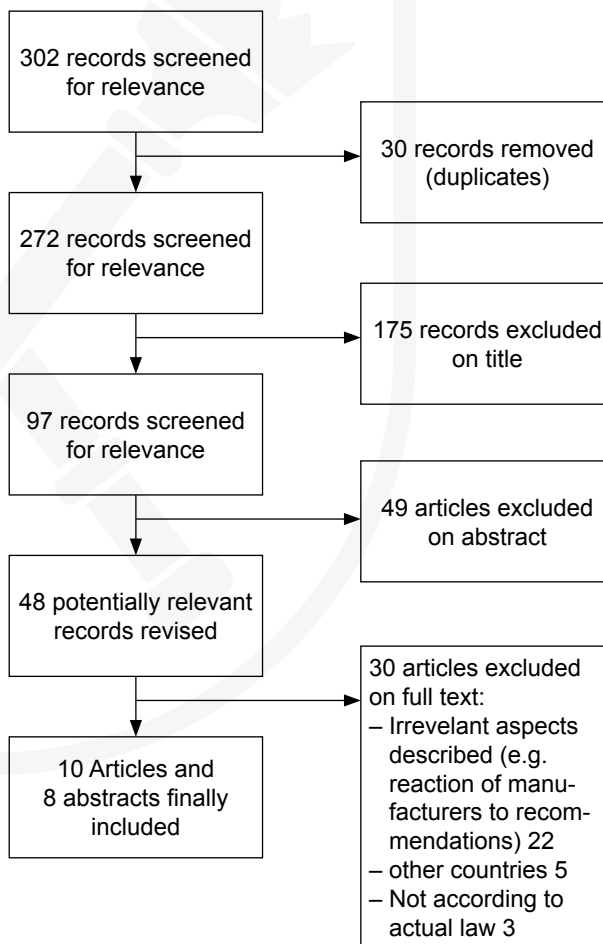


Figure 1. Flow diagram of study selection process.

Source: Own elaboration.

Processes of pharmaceutical reimbursement and HTA	Transparency of decision making within drug pricing and reimbursement	Stakeholder involvement in pharmaceutical pricing and reimbursement sales
<ul style="list-style-type: none"> rules of patient co-payment methodology of HTA applied in pharmaceutical reimbursement complexity of pricing and reimbursement rules involvement of state institutions 	<ul style="list-style-type: none"> compliance with the EU's Transparency Directive approach to publication of documents related to pricing and reimbursement processes 	<ul style="list-style-type: none"> payers health care professionals patients and the general public politicians and the MoH manufacturers

Figure 2. The summary set of analyzed features of pharmaceutical pricing, reimbursement and HTA utilization in Germany and Poland.

Source: Own elaboration.

which they are prepared to sell their products and/or regulated by legislation. The prices of products as quoted in the purchaser's price list, catalogue, internet site, advertisements, in a national price list/formulary, etc. They are not necessarily actual transaction prices." [21]. According to the same bibliographic source the reimbursement price "is the basis for reimbursement of medicines in a health care system, i.e. the maximum amount paid for by a third party payer" [21]. However, pricing processes can be different across countries, therefore notion of a medicine's price of should be seen in context of a particular health care system's legislation.

The reimbursement of pharmaceuticals is closely related to patient co-payment rules, which exist in a particular country. In Germany patient pays usually 10% of medicine's price, but minimum EUR 5.00 and maximum EUR 10.00. If price is lower than EUR 5.00, patient pays it in full [1]. There are four levels of pharmaceutical co-payment in Poland, i.e. flat rate (PLN 3.20) per package containing up to 30 Defined Daily Doses (DDD) of a medicine, 0%, 30%, 50% and 100% of reimbursement limit, which is set closely to price of the cheapest medicine either from among equivalents having the same international name and form or from among similar drugs within the same therapeutic group [2]. If a particular medicine's price exceeds its reimbursement limit a difference has to be paid by patient.

In Germany the processes of pharmaceutical reimbursement and HTA associated with it are the same for nearly all medicines, with exceptions only for drugs with low budgetary impact and drugs used in treatment of rare diseases [4]. The overview of these processes are presented in **Figure 3**. They start with a review of dossier provided by pharmaceutical manufacturer. If manufacturer applies to negotiate a reimbursement price for a new drug with the Statutory Health Insurance (SHI), it is obliged to present a dossier containing evidence on the additional therapeutic benefit of a given drug. There are six levels of this benefit: (1) major additional benefit, (2) considerable additional benefit, (3) minor additional benefit, (4) unquantifiable additional benefit, (5) no additional benefit and (6) benefit smaller than that of medicines which are already present on the market [6].

If manufacturers do not provide any evidence on additional benefit, their drugs are included directly into the

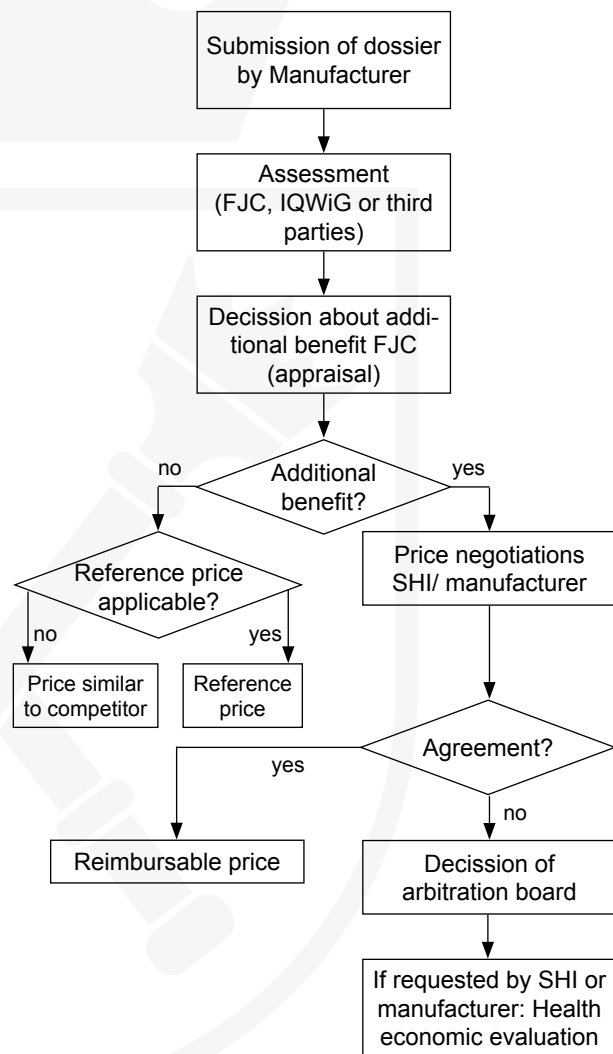


Figure 3. Reimbursement and HTA process in Germany.

Source: Own elaboration on Gerber A., Stock S., Dintsios C.-M., Reflections on the changing face of German pharmaceutical policy: how far is Germany from value-based pricing?, "PharmacoEconomics" 2011; 29(7): 549–553 [11]; IQWiG, Contracting agencies and funding of iqwig, <https://www.iqwig.de/en/about-us/responsibilities-and-objectives-of-iqwig/contracting-agencies-and-funding.2951.html>; accessed: 10.04.2015 [23].

reference price system. Knowing that additional benefits of particular drugs are low, manufacturers sometimes decide not to submit their dossiers at all. Then such products are being directly introduced into the reimbursement system, which may turn out to be cheaper for manufacturers saving substantial resources necessary for preparation of full dossiers [6].

Nevertheless, the regular process is associated with submission of a dossier to the Federal Joint Committee (FJC), being the highest decision making body of the joint self-government of physicians, dentists, hospitals and health insurance funds in Germany¹. The additional benefits of a medicine need to be verified either by the FJC itself or this task can be transferred to the Institute of Quality and Efficiency (IQWiG) [22]. The IQWiG is an independent scientific HTA agency, financed through levies for inpatient and outpatient medical treatment paid by the sickness funds. In other words, the IQWiG is financed through contributions from members of all statutory health insurance funds, which are being fixed every year by the FJC. The IQWiG assists the FJC in decision making and it is divided into eight departments. One of them is responsible for producing reports from assessments of pharmaceuticals [9, 10].

Based on the assessment, after an additional hearing of manufacturer, the FJC finally decides on the additional benefit which a particular medicine could bring. If the decision is negative and no additional benefit is identified, a drug is being added to one of already existing reference groups. It is assumed in such case that a drug has the same effect as other drugs belonging to this group have. If a drug cannot be added to the existing reference price group, a price of that drug will be similar to its comparator's price [22, 23].

If additional benefit of a new drug exists, price negotiations between the SHI and manufacturer take place. The process ends with agreement of both parties. If there is no agreement, then the arbitration board makes a final decision on reimbursement price. Objection of this reimbursement price leads to a new evaluation performed by the IQWiG [22].

The positive decision on reimbursement of a medicine in Poland is always accompanied with setting its price. The HTA and reimbursement processes in Poland have been presented in **Figure 4**. The procedure starts with submission of a dossier to the MoH. In case of a new molecule or a new indication for use, a copy of a dossier is transferred further to the President of the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System (AOTMiT). It is accompanied with a request to prepare a set of documentation enabling the MoH to make reimbursement decision. The AOTMiT is publicly financed and it is under supervision of the MoH [8].

The set of documentation consists of a verifying analysis of the AOTMiT, a position paper of the AOTMiT's Transparency Council and a recommendation of the AOTMiT's President. These documents are prepared on a basis of HTA report prepared by a pharmaceutical company. Neither recommendation of the AOTMiT's President nor appraisal contained in a position paper of the AOTMiT's

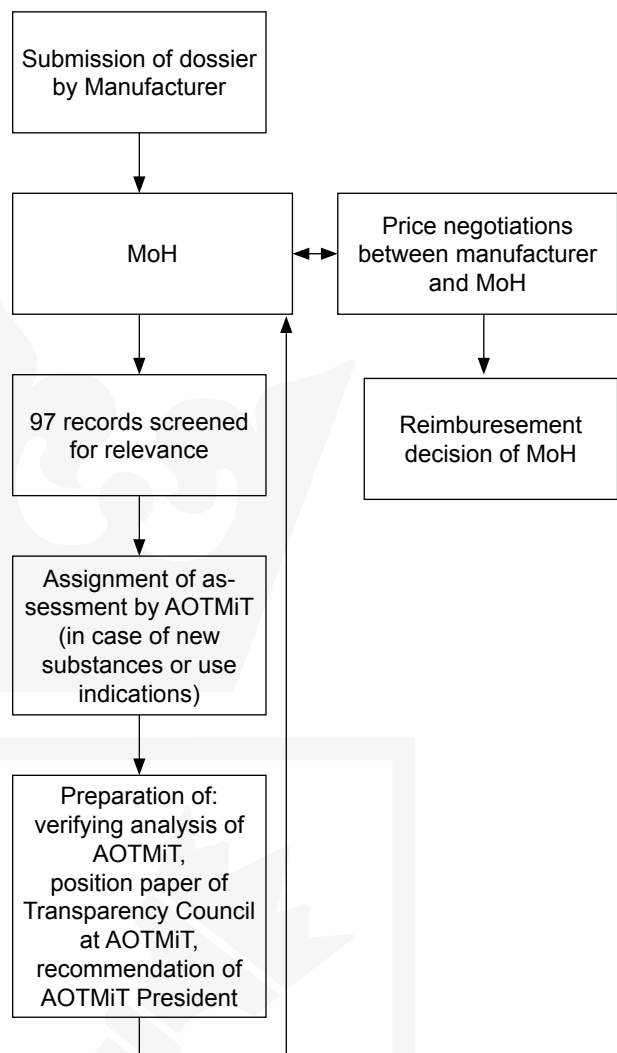


Figure 4. HTA process in Poland [24].

Source: Own elaboration.

Transparency Council are binding for the MoH in making a final decision on reimbursement [24]. Another document which is necessary for the MoH to make that decision is a resolution of the Economic Commission of the MoH. This resolution is being issued after price negotiations performed between the Economic Commission and a given pharmaceutical company. The differences within reimbursement processes between Germany and Poland can be highlighted at this point. Whereas in Poland a list price of reimbursed medicine is set as a result of negotiations and a reference price is set by the MoH based on rules specified in the reimbursement law, in Germany a list price is regulated by the market and a reimbursement price is negotiated. If a given pharmaceutical's market price is more than 30% cheaper than a negotiated reference price, a German patient does not have to make a 10% co-payment (between EUR 5.00 and EUR 10.00), which has been described above [25].

There are also differences between HTA processes in Germany and Poland. One of them relates to perspective

which should be adopted in economic analyses within HTA reports. In Germany the law says that this should be a perspective of the insured persons, which means that not only the payments of the sickness funds have to be taken into account but also the patients' co-payments. It is not clear if also other private expenditures should be considered in the decision-making. In reality, the perspective the IQWiG changes from case to case and sometimes also the indirect costs are being considered [10]. In Poland the perspective of the entity financing health care services (public payer) has to be adopted obligatorily but also the social perspective can be included in justified cases [26].

Another difference between both countries can be observed within approach to cost-effectiveness thresholds. The IQWiG in Germany uses the efficiency frontier approach to make recommendation. In this approach the existing therapies provide a threshold for comparison of therapeutic benefits and costs between already existing therapies and a new medicine. A new drug which provides benefit equal to that of existing therapies should not be more expensive than these therapies [27]. Therefore while adopting this approach a flexible threshold is being used [10]. Similarly in Poland a medicine, which is not more effective than an already reimbursed therapy, cannot cost more than that therapy. However for new medicines with an added therapeutic value a cost-effectiveness threshold is being applied. It is calculated as 3 times GDP per capita per one QALY (Quality Adjusted Life Year) or LYG (Life Year Gained) obtained due to application of a new therapy instead of its old alternative [8].

There are also other differences between the two national HTA agencies within recommended methodologies of performing economic analyses. In Germany the cost-effectiveness analysis is used [9]. In Poland all kinds of economic analyses can be applied in appropriate instances, including cost-effectiveness or cost-utility approaches. If there is no difference between health effects also the cost minimization analysis can be applied [26]. The Polish HTA guidelines seem to offer more options, whereas the German way of evaluation seems to be more fixed.

Transparency of decision making within drug pricing and reimbursement in Germany and Poland

Transparency of decision making within pharmaceutical pricing and reimbursement is crucial for preventing corruption and implementing efficient national health policy. The transparency entails several issues. For example, according to the International Monetary Fund it relates to creating "an environment in which the objectives of policy, its legal, institutional, and economic framework, policy decisions and their rationale, data and information related to monetary and financial policies, and the terms of agencies' accountability, are provided to the public in a comprehensible, accessible, and timely manner" [28]. On the EU level the Transparency Directive 89/105/EEC has been issued in order to ensure transparency within control of prices and reimbursement of medicinal products [29]. Several requirements for pharmaceutical reimbursement in the Member States of the

EU have been set there, including that respective decisions must be made within a specific timeframe; must be communicated to the applicant and contain a statement of reasons based on objective and verifiable criteria; must be open to judicial appeal at national level [29]. These requirements are fulfilled both in Germany and Poland.

In Germany the assessments and dossiers, as well as results of clinical trials included into HTA must be published on the FJC's webpage (<https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung>) [6, 11]. In Poland the scope of published documentation on processes of medicines pricing and reimbursement is smaller. The HTA documentation is being published on the AOTMiT website (www.aotm.gov.pl), including recommendation, HTA dossier submitted by applicant and assessment reports with comments which can be submitted within seven days after publication of these assessments. However the published documents have been censored in Poland on demand of the pharmaceutical industry, especially extensively until the middle of 2014.

In assessment performed by Jebrael et al. who applied 33 parameters, the transparency of the IQWiG performance was positioned on level of 97% [17]. Analyzing application of HTA and pharmacoeconomics into health policies of 14 European countries and evaluating nine characteristics relevant for decision making processes, Marusakova et al. ranked Germany on the second place, whereas Poland on the third [18].

Stakeholder involvement in pharmaceutical pricing and reimbursement processes in Germany and Poland

There are payers, health care professionals, patients, the general public, politicians and producers among stakeholders within the pharmaceutical reimbursement process. In Germany payers are represented by the SHI, which directly performs price negotiations with pharmaceutical manufacturers and is involved in valuation of the additional benefit of medicines. In addition, five payer representatives are part of the FJC [7]. In Poland the public payer has its representatives within the Economic Commission of the MoH, which is involved in price negotiations. The Polish public payer has representatives also within the Transparency Council of the AOTMiT.

The involvement of health care professionals and providers seems to be similar in both countries. In Germany, similarly to payers also providers are represented in the FJC by five members with a voting right [7]. Besides, they have also the same rights to make comments as everyone else. Providers have no special role in the Polish process, thus their involvement in both countries is rather small. Members of advisory bodies active at various stages of decision making processes in Poland should have appropriate professional background, experience and expertise.

The involvement of representatives of patient organizations seems to be smaller than that of providers or health care professionals. In Germany up to five patient representatives can take part in meetings held by the FJC,

however without a voting right. Their input is limited to contribution to discussions and proposition of agenda items. These patient representatives are nominated by the national umbrella organizations of self-help groups and organizations of consumers or patients [7].

In Germany and Poland the public opinion's involvement is associated with possibility to provide comments on published documents. In addition, the German IQWiG has to provide a proposal for the assessment after specifying the research question. Furthermore, the IQWiG has to publish an interim report describing the process of assessment [10]. The general public has an opportunity to make comments on all of these published documents. The FJC has no process to elicit the public's value judgement [7]. Therefore initiative and motivation to make comments has to originate from inside the general public. These comments do not necessarily have to change anything about the official decision. Nevertheless opportunities for the general public to express their comments on documents before final decision is made are bigger in Germany than in Poland.

In Poland politicians are directly involved in the described processes, since it is the MoH who makes decision on drug reimbursement. In Germany politicians are not involved in the process.

Obviously, pharmaceutical industry is involved in pricing, reimbursement and HTA processes in Poland as well as in Germany. In both countries the pharmaceutical companies prepare and submit their dossiers starting the whole process and then they take part in list price negotiations. However, in Poland the pharmaceutical industry can censor documents before making them open to the general public, while in Germany it is not possible.

It seems that various stakeholders' involvement in pharmaceutical reimbursement and HTA processes is generally higher in Germany than in Poland. Apparently the only stakeholder in Poland which is more involved in these processes is the MoH. In fact, the German MoH is not involved at all, whereas the Polish MoH actually makes the decision on medicine's reimbursement and its reference group allocation (reference price is based on formal calculations described in the statutory law) and the Economic Commission of the MoH negotiates medicines prices.

Discussion

Marusakova et al. evaluated transparency of decision making processes in 14 European countries using nine criteria, including: "legislative background, implementation, binding force, institutionalization, qualified personal resources availability, existing methodology/guidelines, clarity of the process, patient involvement in the process, and respecting the deadline of 180 days for issuing a decision" [18]. A ranking of process transparency was then prepared, in which the UK system was assessed as the most transparent. Germany and Austria were on the second place, while Poland and Hungary ranked third [18]. This correlates with our findings, suggesting that the German processes may be more transparent than Polish.

Overall involvement of stakeholders is stronger in Germany than in Poland, which goes in parallel with transparency of the German processes. However, another published study based on analysis of benefit assessments in Germany showed that although patient preferences were included in 26% of analyzed reports, they were practically not considered within benefit assessments [19]. This shows that utilization of stakeholders involvement in Germany still needs to be enhanced. On the other hand, involvement and inclusion of more stakeholders could lead to higher complexity of processes, making them more difficult to understand and lowering their transparency.

In addition, analysis techniques used in the German process are very complicated. For lay people it is difficult to understand the efficiency frontier approach and to retrace a decision. It could seem that the fixed threshold approach applied in Poland is quite straightforward, so in these aspects the Polish system could be more transparent than German. However, Jebrael et al. developed an instrument to measure transparency of HTA organisations, assessing 33 transparency parameters in eight countries. According to them the IQWiG achieved the best result (97% of the maximum score), whereas the Agenzia Italiana del Farmaco in Italy scored only 25% [17].

Not only assurance of appropriate level of understanding of pricing and reimbursement, and HTA processes to the wider audience is important. If not all information on main aspects of these processes is being published, the level of their transparency becomes diminished. Apparently the processes in Germany are more transparent than in Poland, where even the final HTA recommendation can be censored and not published in full.

It has to be acknowledged that only scientific reports published in German and English languages were taken into consideration in this study, which could influence findings presented therein.

Conclusions

It can be concluded that both Germany and Poland have developed complex processes of pharmaceutical pricing and reimbursement, as well as incorporated HTA into decision making procedures. The German reimbursement and HTA processes seem to be more transparent than Polish. One of the main reasons for that is censoring HTA documents before their publication in Poland, still occurring although less intensive now than in the previous years. In addition, involvement of stakeholders in Germany seems to be higher than in Poland.

The biggest disadvantage of the German system is its high complexity. Using the efficiency frontier approach makes the HTA reports difficult for patients to understand. Therefore these reports, although published and uncensored, are rarely read by a wide public in Germany.

Note

¹ In the German health care system the government delegates competencies to membership-based, self-regulated organizations of payers and providers [1].

References

- Busse R., Blümel M., *Germany: health system review*, "Health Systems in Transition" 2014; 16(2): 1–296.
- Sagan A., Panteli D., Borkowski W. et al., *Poland: Health system review*, "Health Systems in Transition" 2011; 13(8): 1–193.
- Sorenson C., Chalkidou K., *Reflections on the evolution of health technology assessment in Europe*, "Health Economics, Policy and Law" 2012; 7(01): 25–45.
- Kerr A., Todd C., Hebborn A., Ulyate K., *A comparison of international health technology assessment systems does the perfect system exist?*, "Value in Health" 2014; 17(7): A441.
- The European Parliament and the Council, DIRECTIVE 2004/109/EC of 15 December 2004 on the harmonisation of transparency requirements in relation to information about issuers whose securities are admitted to trading on a regulated market and amending Directive 2001/34/EC, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:02004L0109-20080320&from=EN>; accessed: 10.04.2015.
- Henschke C., Sundmacher L., Busse R., *Structural changes in the German pharmaceutical market: Price setting mechanisms based on the early benefit evaluation*, "Health Policy, Health Policy" 2013; 109(3): 263–269.
- Kreis J., Schmidt H., *Public engagement in health technology assessment and coverage decisions: A study of experiences in France, Germany, and the United Kingdom*, "Journal of Health Politics, Policy and Law" 2013; 38(1): 89–122.
- Gulácsi L., Rotar A. M., Niewada M., Löblová O., Rencz F., Petrova G., Boncz I., Klazinga N.S., *Health technology assessment in Poland, the Czech Republic, Hungary, Romania and Bulgaria*, "The European Journal of Health Economics" 2014; Suppl 1: 13–25.
- Gerber-Grote A., Sandmann F. G., Zhou M., Ten Thoren C., Schwalm A., Weigel C., Balg C., Mensch A., Mostardt S., Seidl A., Lhachimi S.K., *Decision making in Germany: Is health economic evaluation as a supporting tool a sleeping beauty?* "Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen" 2014; 108(7): 390–396.
- Greiner W., von der Schulenburg J.M.G., *HTA in Germany: very special and specific*. "The European Journal of Health Economics" 2010; 11(1): 1–3.
- Gerber A., Stock S., Dintsios C.-M., *Reflections on the changing face of German pharmaceutical policy: how far is Germany from value-based pricing?* "Pharmacoeconomics" 2011; 29(7): 549–553.
- Jakubiak-Lasocka, J., Jakubczyk M., *Cost-effectiveness versus cost-utility analyses: What are the motives behind using each and how do their results differ? A Polish example*, "Value in Health Regional Issues" 2014; 4: 66–74.
- Niewada M., Polkowska M.A., Jakubczyk M., Golicki D., *HTA what determines the recommendations issued by Polish health technology agency (AHTAPol)?*, "Value in Health" 2011; 14(7): A241.
- Balvanyos J., Alnwick K., Proudfoot C., *Economic evidence requirements: comparison between HTA agencies and implications for manufacturers*, "Value in Health" 2010; 11: A424.
- Bechtel B., Welte R., *PHP78 convergent tendencies in budget impact analysis across Europe and beyond: Germany – Don't lose out on the "Zeitgeist"!*, "Value in Health" 2011; 14(7): A347.
- Kujawska A. Nogas G., *Transparency of drug reimbursement in Poland*, "Value in Health" 2010; 13(7): A278.
- Jebrail F., Duong M., Shum D., *Analysis of transparency amongst international health technology assessment organizations*, "Value in Health" 2013; 16(7): A481–A482.
- Marusakova E., Bielik J., *Application of health technology assessment and pharmacoeconomics in the decision-making process in selected EU member states*, "Value in Health" 2013; 16(7): A679.
- Obradovic M., Rauland M., *Inclusion and consideration of patient preferences in among early benefit assessments*, "Value in Health" 2014; (17): A440.
- Sandmann F.G., Gerber A., Lhachimi S.K., *PHP124 – IQWiG's efficiency frontier approach: Fit for purpose!*, "Value in Health" 2013; 16(7): A473.
- WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies, *Glossary*, <http://whocc.goeg.at/Glossary/PreferredTerms/>; accessed: 10.04.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit, *Die Spreu vom Weizen trennen: Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AM-NOG)*, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Broschuere_Die_Spreu_vom_Weizen_trennen_-_Das_Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz.pdf; accessed: 12.04.2015.
- IQWiG, *Contracting agencies and funding of iqwig*, <https://www.iqwig.de/en/about-us/responsibilities-and-objectives-of-iqwig/contracting-agencies-and-funding.2951.html>; accessed: 10.04.2015.
- Bochenek T., *Risk-sharing, individual price agreements and reference pricing – recent developments in Polish pharmaceutical policy*, "FARMAKOÖKONÓMIA. IME – The Journal of Healthcare Managers" 2012; 10: 71–73.
- Bundesministerium für Gesundheit, *Arzneimittel: Die wichtigsten Regelungen für Zuzahlung und Erstattung im Überblick 2014*, <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/zuzahlung.html>; accessed: 10.04.2015.
- Agency for Health Technology Assessment, *Guidelines for conducting Health Technology Assessment (HTA)*, http://www.ispor.org/peguidelines/source/Poland_Guidelines-for-Conducting-HTA_English-Version.pdf; accessed: 10.04.2015.
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care, *iqwig.de-general methods*, <https://www.iqwig.de/en/methods/methods-papers/general-methods.3020.html>; accessed: 10.04.2015.
- International Monetary Fund, *Code of Good Practices on Transparency in Monetary and Financial Policies, 2000*, <http://www.imf.org/external/np/mae/mft/code/>; accessed: 10.04.2015.
- European Commission, *Transparency Directive 89/105/EEC, 2015*, http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/competitiveness/pricing-reimbursement/transparency/index_en.htm; accessed: 10.04.2015.

Pakistan as a medical tourism destination. Just wishful thinking?

Owais Kabani

PhD student at University of Economics, Kraków

Correspondence address: Owais Kabani, Kraków, Grzegórzecka 77C/130, owais.kabani@gmail.com

Abstract

Healthcare is one of the fastest growing sectors in the developing nations, especially the Asian market that includes India, Thailand, Philippines, and Singapore. Not much research has been conducted regarding the potential of Pakistan being a new medical tourism destination in the Asian market. Pakistan however still remains an untapped market due to the issues related to perceived deficits of security. This paper will contribute to the field of medical tourism in Pakistan. The goal of this paper consists of two parts, first to prove that there is a potential for Pakistan to become a Medical Tourism Destination. Finally, to identify the requirements that have to be met before Pakistan can be labeled as a Medical Tourism Destination in the already competitive market. There are three types of requirements mentioned, requirements which must be fulfilled by the government (macroeconomic requirements), requirements related to making it easier for foreigners (individual patient requirements) and requirements which need to be fulfilled by the various hospitals (microeconomic requirements). Some recommendations have been given which include security packages, reducing the brain drain syndrome, increasing salaries and the support of government in terms of accreditation.

Key words: Brain Drain, Medical Tourism, Pakistan

Słowa kluczowe: drenaż mózgow, Pakistan, turystyka medyczna

Introduction

Medical Tourism industry has been growing at an exponential rate, especially in the last few decades, and may in fact be considered as one of the fastest growing industry [1, 2]. This is true for the many developing nations, which include India, Thailand, Singapore, Malaysia, Mexico, Brazil, Turkey, Costa Rica and the Philippines. As of the year 2012, the global medical tourism market was valued at over USD 10.5 billion. This amount is estimated to grow at an average rate of 17.9% to a remarkable value of USD 38.3 billion by 2020 [3]. Moreover, the rate of articles on the 'Scopus database' showing the studies on medical and health tourism have increased since 2005. Prior to 2005, there were 17 additions in the 'medical' section. By 2011, there were 277 more articles, which show the amount of research conducted in the field [4].

It may be considered a newer sector, especially for the tourism market; however, it is a very old sector, pre-dating ancient Greeks and Egyptians [5]. Initially, nationals of developing and under-developing countries would

visit the developed world to cure ailments and illnesses which could not be provided in the home country due to many factors which include education and technological factors. For example people from less developed parts of the world would often travel to the USA for evaluation and treatment [6].

Over the years, due to rising cost and time restraints of the medical system in the developed countries, the scenario took a 180-degree shift [7]. Now, nationals of developed countries are visiting the developing countries for the 'world-class' treatment at affordable prices in nations such as India, Thailand and to a very slight degree Pakistan [3].

A cost analysis shows a significant difference between the costs faced by people in developing countries versus the developed country.

Take the example of a Heart Bypass Surgery in **Table I**. In the US, the bypass would cost USD 113,000. The same treatment in India would be for USD 10,000, the cost for the treatment in India is 8.8% of the US treatment cost [8]. As shown in Table 1, the cost difference is

Procedure	USA	India	% Cost
Heart Bypass	\$113,000	\$10,000	8.8%
Heart Valve Replacement	\$150,000	\$9,500	6.3%
Angioplasty	\$47,000	\$11,000	23.4%
Hip Replacement	\$47,000	\$9,000	19.1%
Knee Replacement	\$48,000	\$8,500	17.7%

Note: Figures are in USD.

Table I. Cost differences in few treatments between USA and India, and the Cost of treatment in India as percentage to the US treatment cost.

Source: Adapted from Kelly E., 'Medical Tourism', World Health Organization, 2013, http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf; accessed: 14.08.2014 [8].

quite significant, ranging between 6.3% of the US treatment cost all the way to a maximum of 23.4%.

The story in Pakistan is a bit different. According to Pal, Pakistan has the doctors and hospitals, which are up to the international standard. She says they have to package it in a way India has done so far, including actual tourism with the medical treatment [9]. Pakistani Medical Association Boards President, Hashimi also insists on the fact that Pakistan has the potential. Many patients from the Middle East, UK and US seek a variety of treatments such as cardiac surgery [9], infertility treatments and cosmetic surgery in Pakistan. This is due to the extreme price difference. For example, the treatment for infertility costs around USD 24,000 abroad. However in Pakistan it can be done for USD 1900 [9]. Another example is liposuction. In the USA, the cost is around USD 8155, however in Pakistan the same procedure could be done for USD 2000 [9]. Some treatments are around half the cost [9]. It is to be noted that most of the people who do come to Pakistan for treatment are of Pakistani Origin. As of 2010, there were 363,699 American Citizens of Pakistani Origin [10]

A research conducted in UK by the Health Protection Agency in 2011 found out that as of 2009, a little over 55000 people were seeking medical treatment abroad. Out of them, 69% of them visited Poland, Pakistan, Iceland, Ireland, India, Gibraltar and Hungary [11].

The above examples show that there is indeed a significant price difference between the prices in Pakistan, and the rest of the world.

However, even after being a much cheaper alternative, Pakistan is still not considered a proper medical tourism destination. There are numerous reasons for this, which will be discussed in this paper. There are three main goals of this paper. Firstly, to prove that Pakistan as a nation has the potential to become a Medical Tourism destination. The second goal is to identify the pre-requisites and/or the boundary conditions. The final goal would then be to identify and recommend strategies on how Pakistan can be made into a Medical Tourism Destination. There are few assumptions made which include that the costs in India would be more or less equivalent to Pakistan since they both were one country pre-1947 and have more or less similar level of technology.

Methodology

For this paper, data was collected using secondary research, where information was collected for different researches within the topic of 'medical tourism'. Most of the data collected was for developing countries. However, for the country of Pakistan, only a few sources were found. In order to bypass the issue, a few assumptions are made where necessary. The assumptions include that Pakistan would have similar medical technology and a similar level of medical costs as both the countries gained independence in a similar time frame as well as started off with more or less similar levels.

For some of the prices of the medical procedures, an average of various values found within the various journal articles were used. This would increase the accuracy of the value and therefore make it much more valid.

Literature Review

Balban and Marano describe Medical Tourism as a 'foreign travel for the purposes of seeking medical treatment' [4]. Medical Tourism is a recent and one of the fastest growing fields in terms of academic research interest for both the tourism and the public health studies departments [4]. As described by Hall, there are many different types of tourism within the spectrum of Medical Tourism itself. For example, the medical aspect, health aspect, spa, transplants, reproductive, dental, stem cell, surgery, abortion and xeno. Recent years have shown a considerable growth in the fields of medical, health, transplant, reproductive/fertility and dental tourism. Goeldner in 1989 provided 5 components of medical tourism, which can have health related tourism attached to it. These include leisure tourism, adventure/wellness tourism, spa tourism, health and wellness tourism and finally medical and dental tourism [4]. Pakistan as a country would be more suited for medical tourism as it can provide medical care and is not well known for its health/spa related care [6].

Further added to the concept is the possibility of tourism as well. Hall describes, there has been a sudden growth in the research field of medical tourism. As per the paper the amount of research has grown significantly in the recent years. Between 1963 and 2005, there were 22

paper published within the 'Scopus' database. However, from 2006 onwards, 272 papers were added. Moreover, a lot of these papers are regarding the medical tourism in developing countries such as India and Thailand. However, the fact remains that there is not much considerable research done in Pakistan regarding this field. There are two papers from 2010 and 2012, which show that Pakistan has the potential [6, 9]. In order to overcome the lack of research, a few assumptions are made. The cost values that will be used for comparison will be based on India wherever the information cannot be found.

Hall also describes that the majority of the research conducted within the field is related to how the medical tourism market can be identified, catered and the development [4]. However there are a few downsides to this. For example, the ethical and the medical needs and wants of a single person versus the groups. This relates to the extent to which the services can be exported, while the local population suffers due to poor or no medical services. A major issue is the purchase of illegal body parts, which used to take place in Pakistan before the introduction of the new law as mentioned by Rasheed [12]. Another issue brought forward is the potential biosecurity risks faced by the potential patients as they may be exposed to new pathogens. The governments, private medical service providers and international agencies however often see medical tourism as more of an economic development tool that *may* cross with health access. Essentially it is seen as more of a marketization and economization of the public health services.

There are however a few question marks regarding the worth of the Medical Tourism industry. The Times of India newspaper declares it as over USD 100 Billion by 2012 [1]. However, Transparency International declares that it is expected to reach USD 32.5 Billion by 2019 and as of 2012, it was worth USD 10.5 Billion [3]. Mochi declares the expected value as over USD 4 Trillion out of which USD 750 million relates to the developing countries. India is estimated to cross the USD 2 Billion mark by the year 2015 [2]. One of the reasons for this could be that the Medical Tourism Industry includes both the Medical aspect and the Tourism aspect as defined by Hall. Moreover, he also discusses that it may include terms such as Spa and wellness as well; some may even include abortion. Mochi also describes these in further detail, which include Ayurvedic Therapies, Homeopathy, Yoga and Meditation [2].

There are many reasons given for conduction treatments in the developing countries. Mochi mentions a few which include the developed country treatment at third world country costs, expert and qualified hospital staff (of which many have studied in developing countries), quality which is related to the accreditations (such as JCI), personalized services, technology, and no waiting period [2]. However, as mentioned above, ethically it may not work out as not everyone within the country has equal access to medical services.

On the note of Pakistan, Muzzafar describes the health infrastructure of Pakistan as weak and below expectation [6]. However, there are doctors present in Pakistan with

international reputation in their respective fields. Moreover, there have been medical tourists from the Middle East visiting Pakistan for a very long time, especially for renal operations [6]. He believes that Pakistan is worth more than that. Pal also agrees with the above. She writes that Pakistan has the specialists and hospitals of high quality with costs as low as 6% of the cost of treatment in the USA [9]. Moreover she explains how many patients from the USA come to Pakistan due to the lack of insurance. However, most of them are of Pakistani origin. The packaging of the 'service' is what Pakistan needs. Hashmi agrees with the above statement as well. He states that all Pakistan needs is an improved security situation and better laws and it would be competing against India within the medical tourism market [9]. However due to the lack of improvements, there has been a significant 'brain drain' within the medical field, where qualified people have left the country in search for better futures. The Pakistani government has also created a task force for improving and increasing the medical tourism within the country, however no official update has been released as of date.

On the other hand, Rasheed disagrees with the situation. He states that due to the fact that the government has waived of taxes and duties on certain medical products in relation to the medical tourism industry, it has led to corruption [12]. He also states that Pakistan and the level of corruption had gotten so bad that patients would come in to the country for trading in human organs from the poor and the labor class. However, laws have now been implemented which prevent illegal organ trade. Due to the no duty policy, the government was losing over PKR 230 Million per machine [12]. He also believes that the local population will not benefit from the improvement in the health care to increase tourism, as they will not gain equal access. As per his statistics, Pakistan has 123,000 doctors per 16 Million people, which would be around 7.7 doctors per 1000 people. However, as per World Bank, the figure quoted is 0.8 physicians per 1000 people. The discrepancy could be due to Rasheed counting dentists, surgeons, and primary health care people as well, which would result in a higher figure [13].

Sultan argues that the government is making improvements in terms of quality to increase medical tourism. The only reason he believes that people are scared or avoid Pakistan is due to the 'security' issues. He believes that Pakistan could provide services in orthopedics, optometric, cardiology, X-rays, endoscopy and MRI at a cheaper rate even against India. The reason for this is due to the foreign exchange rate against the USD, where PKR is falling in power against USD. However, he also states that the hospitals in Pakistan are not very interested in medical tourism [14].

Runnels and Carrera describe the steps, which are necessary before an individual engages in medical tourism [7]. The first step is the identification of the need. An unmet need in the home country due to limitations of economic reasons may impact the decision. A consultation with an intermediary or a foreign health professional often increases the amount of alternatives present for the situation in need. The term quality is deemed important, however

for patients who come from a public funded health system, the direct and indirect charges of the treatment are just as important. Moreover, they also mention the importance of JCI accreditation, which is a US-based affiliate of the Joint Commission of the US Healthcare, of which two-thirds are located in Asia. Finally, they also describe the importance of accreditation a national agency and how that should be a guide to quality in relation to the medical care.

The Requirements for Medical Tourism

The various papers published in the field of medical tourism, especially those related closely to the developing countries, numerous requirements are brought forward. These can be categorized in two major fields, either being at the macro-level or micro-level. The macro-level requirements are related to visa requirements, security policies, governmental policies, task forces, doctor to patient ratios, and the retention of the medical staff. On the other hand, the micro-level requirements are more closely linked at the hospital level. These include certifications such as ISO 9000, Trent International Accreditation and Joint Commission International (JCI). Moreover they also include costs, interest of the hospital itself in relation to medical tourism and the creation of ‘packages’ which would attract and make it easier for the foreigners. Finally this also includes all the medical duties, from the patient booking an appointment to after-care.

Macro-level Requirements

The macro-level requirements are related to government requirements and include the introduction of a visit visa category. Many developed countries such as the United States of America, United Kingdom, Japan and Australia have a “Medical Visa” category [15–18]. In terms of developing countries, The government of India has been very interested to make it easier for the potential patients of medical tourism. For example, the National Health Policy of 2002 was created to encourage the medical service providers to provide services to foreigners. Moreover, the Ministry of Tourism for India has created a new category of visa known as the ‘M’ or medical visa. Furthermore, the airport infrastructure has also being improved so that medical tourists can arrive and return back with ease. This present trait found within the Indian economy can payback well and can make India the best medical tourism destination [19]. However, in the case of India, medical tourists prefer using the normal visit visa rather than a M-visa. Even though the visa is valid for period of 1 year, people visiting and their companions (if any) need to register with the regional authority within 2 weeks of arrival [20]. This inconvenience for the medical tourists might defeat the whole purpose of the visa category itself. Pakistan could potentially learn from this ‘inconvenience’ and make a more bullet-proof plan in terms of ease of access for the visitors. For example, the visa could be arranged by the Hospital itself without the need of registration with the authorities, or the registration could be done automatically after the ar-

rival at the airport itself. As of now, Pakistan does not have a medical visit visa category.

Another important aspect which falls within the domain of patient-centric requirements is the issue of safety, security and security policies implemented within the country. Safety and security can be looked upon as keeping the potential medical tourist safe from harm in regards to instability within the country, acts of terrorism, hostage situation and kidnapping. In the case of Pakistan, as of 2012, the firm red24 Strategic Risk (A European risk and a corporate governance solution firm) has listed Pakistan as the 5th kidnapping hotspot. As per the official statistics, 15,000 kidnappings take place per year, of which between 10–20% are for ransom [21].

The situation in Pakistan for the time being has become so unstable, that the Australian Government has passed rules for Australian citizens regarding their travel to Pakistan. The Overall rating is “Reconsider your travel to Pakistan”. The areas up north are labeled with the rating “Do not Travel”. Apart from the rating, there are various laws and advices given as the consulates of Australia are now closed in Karachi and Lahore due to the instability [22]. Apart from Australia, many of the developed countries in the world are passing similar warnings to their citizens due to the instability of the country both politically and due to security concerns. However like the example in Mexico, the violence and crime are only in some parts of the country, not all. In this case, media plays a key and vital role in the perceived image of the various cities and the country itself [23]. This situation will need to be improved before Pakistan can be made a stable medical tourism destination.

As with all major policies that have to be implemented are related to government, especially in terms of responsibilities, so is the one for economizing on the medical tourism benefits. As with many developing countries, the government would have to pass and implement various policies and assign task forces to tackle the various obstacles that they come across within or after the development of the medical tourism. Moreover, the Government would also have to make sure that the doctor to patient ratio increases with the growth of the country both for the potential medical tourists, as well as for the local population, who would be suffering [2]. This is an ethical dilemma faced within the Medical Tourism field. Furthermore, the government would also have to make sure that there is no ‘Brain Drain’ within the economy in terms of the medical field. Brain Drain is described as the leaving of well qualified nationals of a country to other countries or sectors in search for a better future and pay. In the case of developing countries such as Pakistan and India, this is very true. For example in India, the doctors and nurses are moving to the private sector from the public sector. In India itself, 75% of the human resources and advanced medical technology is within the private sector [19]. The case is very similar for Pakistan as well. The government can do this by improving staff retention in the developing countries itself. This could be done by increasing salaries, benefits and incentives for the medical staff.

Moreover, the government could also start programs such as return of migrants like the ones used in Africa- 'Return and Reintegration of Qualified African Nationals'; and can be voluntary or involuntary. Furthermore, the government can restrict international mobility, and can demand compensation from the expatriates leaving the country due to this reason [24].

Apart from this, the government also has to be interested. They can do this by appointing a Task Force. The function of the task force would be to study the current situation within the country and come to a solution about what needs to be done before the program can be implemented within the country. Pakistan has already appointed a Task Force back in 2010 known as the National Tourism Policy 2010 [25]. The Task Force itself is a very good idea for further development, especially since the new government has come to power.

Finally Pakistan would need to increase the amount of doctors within the country significantly before appealing to the foreign patients [26, 27]. As mentioned previously, this could be fixed by reducing the brain drain within the country. This can be done by increasing the salaries and benefits for the doctors staying back in the country and providing their services. Apart from this, subsidies could be offered to the medical staff. Finally, improvement of the security services would be beneficial as well both for the hospital staff and the potential patients/visitors.

■ Micro-level Requirements

The Hospital specific requirements are just as important as the ones mentioned above. The hospital requirements focus on the importance of various factors, certifications and policies which must be implemented by the hospitals. The hospitals need to have ISO 9000 certification, and accreditations from bodies such as JCI (Joint Commission International) and Trent International Accreditation. Moreover, the hospitals need to be able to maintain the quality of the service provided, from the pre-service all the way till post-service care. Furthermore, the hospitals could provide medical tourism packages, which would include security, pickup, care and drop off at the airport. All these would help increase medical tourism in Pakistan [28].

One of the major problems faced by Pakistan as mentioned by Sultan is that the hospitals themselves have not shown enough interest in medical tourism [14]. There could be a variety of reasons for this such as the amount of preparation and accreditations needed before foreign patients start using the services. In such cases, government incentives could be a good option to increase the use of such hospitals for medical tourism.

The physicians and doctors should be of a high caliber and thus be able to provide high quality care which could be used as competitive advantage. Moreover, the hospitals should be assessed by the various accreditation bodies such as JCI (in the case of USA) and Trent International Accreditation (in the case of UK and HK). This ensures the foreign patients of the high quality standards and safety. Some hospitals even aim for double accreditation. The use

of ISO 9000 certification is just as important [6]. In India, 13 private hospitals have already been accredited by the JCI out of a world total of 120 JCI accredited hospitals [19, 29]. The highest amount of JCI accredited hospitals are in Turkey with a number of 42. The top 10 countries include Turkey, Saudi Arabia, UAE, Brazil, Ireland, Thailand, India, Italy, Singapore and China [7]. In this case, Pakistan has a very tough competition.

The host country, which in this is Pakistan, can enjoy a lot of benefits with increasing medical tourism and opening its borders to the foreign patients. The most major one being investments and monetary gain. This gain could be used to invest further in the infrastructure and planning for the country itself. However there are some challenges faced by the hospitals. These include the maintenance of quality and healthcare services before and after the procedures, maintenance of quality of the medical staff and training, maintenance of the facility itself, handling of complications and malpractice (including death), financial burden (insurance or hospital based) and the legal paper work, especially in the case of people with health insurance [30]. In this case the hospital needs to be prepared well in advance to deal with all the above mentioned issues, and since the country still is not a medical tourism spot, the preparations could be started parallel to the task force research.

■ Recommendations

Pakistan has a lot of important tasks and obligations to fulfill before foreign patients start arriving into the country for medical treatment and tourism. First of all, Pakistan needs to solve the issue of security of the foreign nationals. This can be done with two possible solutions. Either the government offers foreign medical tourists a security package, or the hospital offers it to the potential patients as a whole deal package which includes the treatment, pick and drop from the airport, security within the country and perhaps even a tourism pack. Moreover, the government needs to take a step and reduce the amount of 'terrorism' and kidnappings that take place by the various governmental policies. This can however take a long time.

Moreover, Pakistan needs to start a medical tourist visa category, as done by many other countries- both developing and developed [31]. For example, India has a M-class visa. However due to the bureaucracy, potential patients prefer entering the country on a normal tourist visa. Pakistan could learn from this and improve upon the idea rather than creating a new style altogether. In the case this does happen, the hospitals could help with the visa process or subcontract it to another company. Furthermore, the government needs to reduce the brain drain phenomenon within the country by increasing incentives and salaries, so professional and qualified doctors do not leave the country. Finally, the government could also make laws regarding the accreditation, that all hospitals need to be JCI accredited. This would ensure both the local and foreign patients that the hospital is up to the international standards.

Apart from the above-mentioned factors, I believe an increase in the GDP spent on health services would increase the overall level of health services for locals, which would eventually affect the health services provided for foreigners. As per data from World Bank, The GDP of Pakistan is estimated to be around 232.3 Billion USD. However, from this, only 2.8% is actually spent on health services, which per capita equates to only 30 USD.

Overall, Pakistan needs to take a lot of steps and jump through a lot of hoops before the dream 'Pakistan: a Medical Tourism hotspot' indeed does become a reality.

References

1. *Medical Tourism to become USD 100 Billion industry by 2012*, "Times of India". n.p., 11 Dec 2010, <http://timesofindia.indiatimes.com/business/international-business/Medical-tourism-to-become-USD-100-billion-industry-by-2012-Report/articleshow/7082258.cms>; accessed: 1.03.2014.
2. Mochi P. et al., *Medical Tourism- Destination India*, "Abhinav Journal" 2013; 2(3): 1–10, http://www.abhinavjournal.com/images/Commerce_&_Management/Mar13/5.pdf; accessed: 16.08.2014
3. *Global Medical Tourism Market Is Expected to Reach USD 32.5 Billion in 2019: Transparency Market Research*, "Transparency International". n.p., Dec 2013, <http://www.prweb.com/releases/2013/10/prweb11212872.htm>; accessed: 1.03.2014.
4. Hall M.C., *Health and Medical Tourism: A Kill or Cure for Global Public Health*, "Tourism Review" 2011; 66 (1/2): 4–15.
5. Pickert K., *A Brief History of Medical Tourism*, "The Times" 2008; 25 Nov, <http://content.time.com/time/health/article/0,8599,1861919,00.html>; accessed: 1.03.2014.
6. Muzaffar F., Hussain I., *Medical tourism: are we ready to take the challenge?* "Journal of Pakistan Association of Dermatologist" 2007; 17(1): 215–218.
7. Runnels V., Carrera P.M., *Why do Patients Engage in Medical Tourism?*, "Maturitas" 2012; 73(1): 300–304.
8. Kelly E., 'Medical Tourism', World Health Organization, 2013, http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf; accessed: 14.08.2014.
9. Siddiqui S., *Untapped Market: Can Pakistan become a hub for Medical Tourism?*, "Tribune (International New York Times)" 2012: 1–5, <http://tribune.com.pk/story/365757/untapped-market-can-pakistan-become-a-hub-for-medical-tourism/>; accessed: 23.07.2014.
10. US Department of Commerce, *American FactFinder*, United States Census Bureau – Dept. of Commerce, 2010, <http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?src=bkml>; accessed: 23.04.2013.
11. Health Protection Agency, *Medical Tourism*– Office of National Statistics, August 2011: 1–5, <http://www.nathnac.org/pro/factsheets/pdfs/healthabroad.pdf>; accessed: 23.04.2014
12. Rasheed C., *Medical Tourism is a cover up for cheap kidney bazaar*, The Network for Consumer Protection. Report: 019/07 19 Jan 2007.
13. World Bank, *Physicians (per 1,000 people)*, The World Bank Statistics. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>; accessed: 22.04.2014.
14. Connell J., *Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery*, "Tourism Management", 2006, 27, 1093-1100.
15. UK Government, *Private Medical Treatment Visitor Visa*, UK Government, 8 May 2014, <https://www.gov.uk/private-medical-treatment-visa>; accessed: 9.05.2014.
16. Australian Government, *Visitor and Medical Treatment Visas*, Australian Government – Immigration. Department of Immigration and Border Protection, 19 Nov 2013, <https://www.immi.gov.au/visas/visitor/>; accessed: 2.05.2014.
17. US Department of State, *Visitor Visas*, Travel-State US. Bureau of Consular Affairs, <http://travel.state.gov/content/visas/english/visit/visitor.html>; accessed: 2.05.2014.
18. Ministry of Foreign Affairs of Japan, *For those who would like to apply for the "Visa for Medical Stay"*, MOFA, Ministry of Foreign Affairs of Japan, 2014, http://www.mofa.go.jp/j_info/visit/visa/medical_stay1.html; accessed: 2.05.2014.
19. Hazarika I., *Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India*, "Health Policy and Planning" 2010; 25(1): 248–251.
20. Chinai R., Goswami R., *Medical visas mark growth of Indian medical tourism*, <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/07-010307/en/>; accessed: 1.05.2014.
21. red24. *Top ten kidnap hotspots*, Strategic Risk. red24, 4 Apr 2012; accessed: 1.05.2014.
22. Australian Government, *Smart Traveller*, Smart Traveller – Department of Foreign Affairs. Department of Foreign Affairs – Government of Australia, <http://www.smarttraveller.gov.au/zw-cgi/view/Advice/Pakistan>; accessed: 20.04.2014.
23. United States–Mexico Chamber Of Commerce, *Tourism Development, Medical Tourism, and Safe and Secure Tourism in Mexico*, "Chamber of Commerce Reports" 2011; 3(3): 1–6, <http://www.usmcc.org/papers-current/3-Tourism-Development-Medical-Tourism-and-Safe-and-Secure-Tourism-in-Mexico.pdf>; accessed: 12.04.2014.
25. Marchal M., Kegels G., *Health workforce imbalances in times of globalisation: brain drain or professional mobility?*, "International Journal of Health Planning and Management" 2003; 18(1): 89–101.
26. IMTJ PAKISTAN, *Pakistan appoints task force on medical tourism*, <http://www.imtjonline.com/news/?entryid82=177733#sthash.QHdVzPHT.dpuf>; accessed: 1.05.2014; "International Medical Travel Journal. IMTJ" 2010.
27. U Anand Kumar, *India has just one doctor for every 1,700 people*, "The New India Express" 2013, <http://www.newindianexpress.com/magazine/India-has-just-one-doctor-for-every-1700-people/2013/09/22/article1792010.ece>; accessed: 1.05.2014.
28. World Population Statistics, *Pakistan Population 2013*, World Population Statistics, 2013, <http://www.worldpopulationstatistics.com/pakistan-population-2013/>; accessed: 1.05.2014.
29. World Population Statistics, *Indian Population 2013*, World Population Statistics, 2013, <http://worldpopulationreview.com/countries/india-population/>; accessed: 1.05.2014.
30. Deloitte, *Medical Tourism Consumers in Search of Value*, "Deloitte Center for Health Solutions" 2008; 1(1): 1–28.
31. Waikar A., Samuel C., *Challenges and Opportunities for Developing Countries from Medical Tourism*, "Marshall Digital Scholar" 2011; 1(1): 1–9.

Analiza systemu wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce po 2011 roku na tle rozwiązań zagranicznych i modeli teoretycznych

Monika Raulinajtys-Grzybek

Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa

Adres do korespondencji: Monika Raulinajtys-Grzybek, Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, ul. Rakowiecka 24, 02-521 Warszawa, raulinajtys@gmail.com

■ Abstract

Analysis of the pricing system of specialist ambulatory health services in Poland on the background of foreign solutions for and model theory. The article attempts to characterize the pricing of specialist outpatient services in Poland. As a point of reference were taken theoretical considerations on the diagnosis-related groups and the impact of the construction of the system on the severity of drawbacks, which are mentioned in the literature. Also the foreign pricing models were presented. Pricing of specialist ambulatory services in Poland was modelled on solutions that exist e.g. in England or the United States. They are based on the system of diagnostic groups. Unfortunately, the analysis indicates that the clinical and cost uniformity of groups, which determine proper functioning of the system, are preserved only to a limited degree. Compared with most foreign models it can also be noted, that Polish system lacks incentives for complex treatment and that the payer takes discretionary approach to setting prices. In most of the analysed countries prices are formulated based on costs of service providers.

Key words: diagnosis-related groups, foreign models of pricing, pricing, specialist ambulatory health services,

Słowa kluczowe: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, grupy diagnostyczne, wycena, zagraniczne modele wyceny

■ Wstęp

Regulacja systemu wyceny usług zdrowotnych dotyczy organizacji procesu ustalania ceny tych usług. Procedura ustalania i aktualizowania cen usług zdrowotnych jest konsekwencją rozstrzygnięć przyjmowanych w polityce zdrowotnej danego kraju. Regulacje mogą dotyczyć przykładowo wskazania usług podlegających regulowanej wycenie, zdefiniowania obiektów wyceny (czyli jednostek podlegających wycenie), wskazania źródeł informacji stanowiących podstawę do ustalenia ceny, a także określenia kroków niezbędnych do kalkulacji ceny jednostkowej. Ingerencja odbywa się w odniesieniu do tych usług zdrowotnych, które są objęte powszechną gwarancją dostępu. W Polsce określa się je mianem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Celem artykułu jest analiza wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Polsce w świetle teoretycznych rozważań na temat budowy systemów wyceny oraz rozwiązań, jakie funkcjonują w tej dziedzinie w innych krajach Unii Europejskiej oraz w Stanach Zjednoczonych. W lipcu 2011 roku system ten został poddany gruntownej reorganizacji. Wprowadzono nową definicję obiektu wyceny – porady – który jest określany na podstawie specyficznych cech procesu leczenia. Kierunek zmian był zbliżony ze zmianami wprowadzanymi na rynku usług szpitalnych, gdzie podstawą wyceny są grupy diagnostyczne, choć zasady grupowania usług na obu tych rynkach się różnią.

Metodyka wyceny usług ambulatoryjnych ma znaczenie dla zapewnienia stabilności systemu finansowania opieki zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście obserwowanego powszechnie przesuwania części usług z sektora

opieki stacjonarnej do niestacjonarnej – ambulatoryjnej. W 2012 roku 31% wydatków na opiekę zdrowotną było przeznaczane na opiekę niestacjonarną (w tym ambulatoryjną opiekę specjalistyczną)¹. Biorąc pod uwagę, że w większości krajów wysoko rozwiniętych – takich jak Stany Zjednoczone, Kanada, Szwecja czy Niemcy – największy udział w strukturze wydatków na opiekę zdrowotną mają wydatki na leczenie ambulatoryjne, również w Polsce należy się spodziewać podobnego trendu [2].

Sposób finansowania usług zdrowotnych oddziałuje na organizację procesu ochrony zdrowia i realizację celów polityki zdrowotnej. Właściwie dobrany system finansowania powinien wspierać realizację celów polityki zdrowotnej, takich jak realizacja uzasadnionych potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz dostarczanie właściwych usług zdrowotnych, a także umożliwiać kontrolę kosztów usług zdrowotnych i stwarzać zachętę do optymalizacji procesu leczenia. Takimi cechami charakteryzują się systemy finansowania oparte na przypadkach (ang. *per case*), choć również one nie są wolne od wad [3, 4]. Ich występowanie zależy od sposobu organizacji grupowania przypadków i ich wyceny. W artykule dokonano analizy rozwiązań wdrożonych w Polsce na tle teoretycznych wniosków w zakresie wyceny usług ambulatoryjnych i praktycznych doświadczeń wybranych krajów.

Teoretyczne aspekty budowy i funkcjonowania systemu grup diagnostycznych

Agregowanie usług zdrowotnych w grupy diagnostyczne jest zwykle powiązane z systemem płatności za przypadek. Opiera się on na założeniu, że przypadki medyczne (przyjęci pacjenci) są łączone w homogeniczne grupy. Przychód świadczeniodawcy zależy od liczby przypadków zakwalifikowanych do każdej z grup oraz ceny ustalonej odrębnie dla poszczególnych grup. Wprowadzenie grup diagnostycznych miało niwelować podstawowe wady innych systemów płatności – na podstawie budżetu, stawki kapitałowej, osobodnia czy procedury medycznej – takie jak brak zachęty do optymalizacji procesu leczenia, dobór pacjentów z lekkimi schorzeniami (ang. *cream skimming*) czy negatywna selekcja (ang. *adverse selection*) [5–7].

Pierwszą metodę grupowania przypadków – grupy diagnostyczne (ang. *diagnosis-related groups*) – wypracował pod koniec lat 60. XX wieku zespół prof. Roberta B. Fettera z Yale University w Stanach Zjednoczonych. Twórcy przyjęli podejście uwzględniające przyczyny schorzenia, a nie skutki, czyli wykonane procedury czy długość hospitalizacji, wypracowując metodę klasyfikacji danego przypadku do jednej z 333 grup na podstawie następujących cech [8, 9]:

- podstawą do kwalifikacji pacjenta do głównych grup diagnostycznych było rozpoznanie, czyli postawiona diagnoza;
- w ramach poszczególnych grup wyróżniano pacjentów zabiegowych i zachowawczych;
- dalszy podział odbywał się na podstawie rodzaju zabiegu (wykonanej procedury medycznej) lub sposobu leczenia danej jednostki chorobowej;

- w wybranych przypadkach dodatkowo uwzględniano inne czynniki, takie jak wiek pacjenta, złośliwość lub niezłośliwość procesu nowotworowego, niektóre istotne choroby współistniejące lub powikłania.

Pierwotna nazwa (system grup diagnostycznych) wskazuje na rozpoznanie (diagnozę) jako centralny element tego systemu warunkujący klasyfikację pacjenta do danej grupy. Koncepcja grup diagnostycznych jest w literaturze przedmiotu wiązana praktycznie wyłącznie ze świadczeniami szpitalnymi [10–12]. Warto jednak zauważyć, że na świecie pojawiają się pojedyncze publikacje, które wskazują na możliwość zastosowania systemu grup diagnostycznych w odniesieniu do usług ambulatoryjnych (w szczególności usług ambulatoryjnych realizowanych przez szpitale) [13].

Założenia koncepcji prof. Fettera były następujące [8, 9]:

- każda grupa przypadków powinna mieć swoją charakterystykę kliniczną przekładającą się na zbliżony sposób leczenia oraz określoną charakterystykę pacjentów otrzymujących daną usługę. Jednorodność sposobu leczenia może dotyczyć na przykład długości pobytu w szpitalu, rodzaju zleczanych procedur diagnostycznych, leków czy zabiegów;
- realizacja przypadków zaliczanych do jednej grupy powinna angażować podobne zasoby świadczeniodawcy i generować podobny koszt leczenia;
- poszczególne grupy muszą być definiowane na podstawie ogólnodostępnych danych, które występują w dokumentacji świadczeniodawcy, odnoszących się do stanu pacjenta lub przebiegu leczenia;
- liczba grup nie może być zbyt duża, gdyż uniemożliwiłoby to sprawne funkcjonowanie systemu;
- grupy powinny być użyteczne z punktu widzenia założonych celów: na przykład planowania i kontroli zużycia zasobów, alokacji zasobów, kierowania działalnością świadczeniodawcy, wyceny.

Powyższe założenia nie nakładają konieczności przyjęcia diagnozy pacjenta jako podstawy kwalifikacji świadczenia do danej grupy. Warunkiem koniecznym jest natomiast zachowanie jednorodności klinicznej i ekonomicznej zbudowanych grup. Oznacza to konieczność odzwierciedlenia w strukturze cen rzeczywistych nakładów na proces leczenia.

Do podstawowych wad tego rozwiązania należy problem z zapewnieniem wysokiej jakości usług. Dążenie do optymalizacji procesu leczenia i zapewnienia określonego efektu terapeutycznego jak najniższym kosztem może mieć negatywne konsekwencje dla jakości świadczonych usług. Problem ten rozwiązywany jest przez wdrażanie wymogów jakościowych, na przykład w formie wytycznych dotyczących wyposażenia poradni czy standardu przebiegu danej usługi.

System grup diagnostycznych może w pewnych okolicznościach powodować realizację przez świadczeniodawców strategii doboru przypadków lekkich [14, 15]. Problem ten będzie się nasilał, gdy grupy nie będą jednorodne kosztowo i realizacja określonych świadczeń pozwoli na kwalifikację pacjentów do danej grupy oraz osiągnięcie przychodu przy jednoczesnym poniesieniu

niższych nakładów niż w przypadku innych pacjentów kwalifikowanych do tej samej grupy.

W sytuacji gdy wycena grup diagnostycznych nie odzwierciedla w równym stopniu kosztów świadczeń, może nastąpić tzw. *DRG-creep*, który polega na dążeniu świadczeniodawców do umieszczenia pacjentów w wyżej punktowanej grupie poprzez wykonanie dodatkowych procedur lub wydłużenie hospitalizacji (w przypadku świadczeń szpitalnych) [16]. Problem ten nasila się w sytuacji, gdy ceny poszczególnych grup diagnostycznych nie są proporcjonalne do kosztów ponoszonych przy ich realizacji – tzn. niektóre grupy diagnostyczne zapewniają wyższą rentowność niż inne. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że ustalenie wyższych cen dla niektórych usług przekłada się na ich częstszą realizację, niż wynikałoby ze wskazań medycznych [17]. Można również oczekiwać, że zaniżona wycena będzie skutkować zmniejszoną liczbą wykonywanych świadczeń. Oba warianty mają negatywne konsekwencje dla pacjenta.

Występowanie poszczególnych cech systemu grup diagnostycznych (w tym jego wad) jest w dużej mierze uzależnione od tego, czy przy definiowaniu grup diagnostycznych zachowane zostało założenie o jednorodności kosztowej przypadków medycznych, a także czy poziom cen jest skorelowany z poziomem kosztów realizacji usług zdrowotnych. Organizacja systemu grup diagnostycznych w opiece ambulatoryjnej jest procesem, który w różny sposób i w różnym tempie jest realizowany w poszczególnych krajach.

System wyceny usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w Polsce

Organizacja systemu wyceny usług AOS finansowanych ze środków publicznych zmieniła się 1 lipca 2011 roku. Wprowadzono system grupowania porad oparty na koncepcji grup diagnostycznych. Przyczyną wprowadzenia zmian w sposobie grupowania i wyceny usług były występujące wcześniej rozbieżności między ceną świadczenia a kosztami jego realizacji, w szczególności w zakresie porad zachowawczych, oraz brak wyceny znaczącej liczby świadczeń zabiegowych, które mogłyby być realizowane w warunkach ambulatoryjnych [18].

Usługi AOS zostały podzielone na kilkanaście grup zachowawczych i kilkadziesiąt grup zabiegowych. Oprócz tych grup wyodrębniono m.in. świadczenia diagnostyczne kosztochłonne² i kompleksową opiekę specjalistyczną³. Liczba grup i sposób kwalifikacji porady do danej grupy każdego roku podlegają zmianom. Do 2015 roku za wycenę tych usług w Polsce odpowiadało Ministerstwo Zdrowia, podstawowy podmiot odpowiedzialny za realizację polityki zdrowotnej, i płatnik – Narodowy Fundusz Zdrowia [19, 20]. Począwszy od 2015 roku wycena poszczególnych usług ma być realizowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁴.

Każdej grupie płatnik, Narodowy Fundusz Zdrowia, przypisał ogólnie określoną liczbę punktów. Liczba ta przekładała się bezpośrednio na poziom finansowania danej porady. Wartość punktu podlega niewielkim negocjacom między świadczeniodawcami a płatnikiem. Procedura ustalania liczby punktów za poradę nie jest sformalizowana. Brak jest regulacji określających podstawę, na której ustalana jest wartość punktowa każdej porady.

Szytwe określenie liczby punktów pozwoliło jednak na ustalenie względnej wartości danej porady w stosunku do innych. Zasady finansowania wybranych świadczeń zachowawczych przedstawiono w **Tabeli I**. Przykładowo, niezależnie od wartości pojedynczego punktu świadczenie specjalistyczne drugiego typu zostało wycenione na poziomie dwukrotnie wyższym niż świadczenie specjalistyczne pierwszego typu.

Podstawą kwalifikacji świadczenia specjalistycznego lub kompleksowego do jednej z grup jest wykonanie procedur medycznych – diagnostycznych lub laboratoryjnych – które zostały wymienione w zarządzeniu i pogrupowane na zamkniętych listach. Przykładowe procedury znajdujące się na każdej z tych list zawiera **Tabela II**. Ich realizacja warunkowała kwalifikację porady do jednego z typów zdefiniowanych w Tabeli I i przyznanie określonej liczby punktów.

Porada, w której ramach nie wykonano żadnej procedury medycznej, została zakwalifikowana jako porada specjalistyczna typu pierwszego i wyceniona na poziomie 3,5 punktu. Wykonanie, przykładowo, morfologii, EKG i próby tuberkulinowej pozwalało na zakwalifikowanie danej porady jako drugiego typu i wycenę na

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Warunki kwalifikacji świadczenia do danej grupy
W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	4,0	Realizowane w okresie do 30 dni od zakończenia hospitalizacji przez świadczeniodawcę, który udzielił świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, związanego z nim przyczynowo.
W11 Świadczenie specjalistyczne pierwszego typu	3,5	Standardowa porada realizowana przez poradnię specjalistyczną.
W12 Świadczenie specjalistyczne drugiego typu	7,0	Obejmowała wykonanie co najmniej 3 procedur z listy W1 lub jednej procedury z listy W2.
...

Tabela I. Grupowanie i wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na przykładzie świadczeń zachowawczych.

Źródło: Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Lista	Numer procedury (ICD-9)	Nazwa
W1	89.511	Elektrokardiografia
	89.383	Badanie spirometryczne
	99.592	Próba tuberkulinowa
	C53	Morfologia krwi

W2	87.440	RTG klatki piersiowej
	88.736	USG jamy opłucnej

W3, W4

Tabela II. Grupowanie procedur medycznych na potrzeby wyceny usług AOS.

Źródło: Zarządzenie nr 29/2011/ DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Procedury kwalifikujące świadczenie do danej grupy
Z01 Świadczenia zabiegowe – grupa 1	15,0	06.111 Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy 06.113 Biopsja gruboigłowa tarczycy
Z02 Świadczenia zabiegowe – grupa 2	20,0	06.112 Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana 06.114 Biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana
Z03 Świadczenia zabiegowe – grupa 3	10,0	86.081 Założenie pompy insulinowej
...

Tabela III. Grupowanie i wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na przykładzie świadczeń zabiegowych.

Źródło: Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

poziomie dwukrotnie wyższym (7 punktów). Taki sam rezultat miało wykonanie zdjęcia RTG klatki piersiowej albo USG jamy opłucnej, a także dowolnych innych trzech procedur z grupy W1.

W pierwszej wersji obok porad specjalistycznych funkcjonowały świadczenia pohospitalizacyjne – obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, dokonywaną przez tego samego świadczeniodawcę – i kompleksowe. Wraz ze zmianami wdrożonymi od 2015 roku, związanymi z tzw. pakietem kolejkowym i onkologicznym, mającymi skrócić czas oczekiwania na wizytę u specjalisty i przyspieszyć proces diagnozowania oraz leczenia w przypadku nowotworów, świadczenia kompleksowe zastąpiono świadczeniami pierwszorazowymi [21].

W zakresie świadczeń zabiegowych początkowo zdefiniowano 73 grupy. Kwalifikacja świadczenia zabiegowego do jednej z nich była uwarunkowana realizacją zdefiniowanych zabiegowych procedur medycznych. Schemat klasyfikacji porad zabiegowych przedstawiono w **Tabeli III**. Jest on podobny jak w przypadku świadczeń zachowawczych, choć proces grupowania jest bardziej jednoznaczny. W przypadku świadczeń zachowawczych wykonanie dowolnych trzech procedur medycznych z listy W1 kwalifikowało poradę specjalistyczną jako drugiego typu. W przypadku świadczeń zabiegowych wykonanie określonej procedury kwalifikowało do konkretnej grupy.

Przyjęty system grupowania i wyceny nie przewidywał możliwości zrealizowania kilku procedur zabiegowych w ramach jednej porady i łączenia wyceny tych usług. Problem ten został wypuklony w publikacjach będących następstwem wprowadzenia zmian systemu finansowania i wyceny usług AOS [22]. Wykonanie kilku procedur medycznych, z których każda kwalifikowałaby daną poradę do innej grupy (zachowawczej lub zabiego-

wej), pozwoli na wycenę porady na poziomie najwyższej punktowanej grupy, bez możliwości łączenia grup. Jedynym odstępstwem od tej reguły są wybrane świadczenia onkologiczne i leczenia AIDS.

Podsumowując, wycena usług AOS opieki specjalistycznej, począwszy od lipca 2011 roku, została znacząco rozbudowana i uszczegółowiona. Grupowanie porad na potrzeby wyceny odbywa się na podstawie przebiegu danego świadczenia. Wartość punktowa świadczeniodawcy odzwierciedla kosztocłonność poszczególnych świadczeń. Wycena świadczenia jest zatem w istotny sposób powiązana z czynnościami przeprowadzonymi w ramach porady i nakładami poniesionymi przez świadczeniodawcę na jej realizację.

Wycena usług AOS – doświadczenia zagraniczne

Sposób organizacji systemu wyceny usług AOS jest różny w każdym z analizowanych krajów. Problem grupowania usług ambulatoryjnych na podstawie koncepcji *case-mix* jest stosunkowo nowy. Ze względu na wyższe koszty związane z lecznictwem szpitalnym więcej uwagi poświęcano dotychczas tematyce ograniczania kosztów tych usług. Systemy opieki zdrowotnej realizowanej w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych stanowią jednak przykład naczyń połączonych. Jak wskazują badania, ograniczenie zakresu usług realizowanych w szpitalach wiąże się jednocześnie ze wzrostem liczby usług świadczonych ambulatoryjnie, co nakłada konieczność odpowiedniego uregulowania również tej sfery [23, 24].

Ambulatory Patient Groups – Stany Zjednoczone

Wycena świadczeń AOS w Stanach Zjednoczonych opiera się na innych zasadach w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych (przez *Medicare*) oraz świadczeń finansowanych przez prywatnych

ubezpieczycieli. Poniżej przedstawiono zasady wyceny świadczeń w ramach *Medicare*.

System wyceny usług ambulatoryjnych przeszedł rewolucyjną reformę w 2000 roku, kiedy wdrożono system płatności prospektywnych oparty na klasyfikacji pacjentów do tzw. grup pacjentów ambulatoryjnych (ang. *Ambulatory Patient Groups* – APG). Bezpośrednią przyczyną wprowadzonych zmian był gwałtowny wzrost wydatków na opiekę ambulatoryjną spowodowany postępem technologicznym, który umożliwił realizację niektórych świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, a także ograniczeniem kosztów całodziennych świadczeń szpitalnych [25, 26].

Podstawowy podział usług wyróżniał trzy rodzaje porad ambulatoryjnych [26]:

- poradę obejmującą wywiad medyczny;
- poradę, podczas której przeprowadzono istotne procedury medyczne⁵;
- poradę, w której ramach wykonano dodatkowe usługi medyczne (np. badania krwi)⁶.

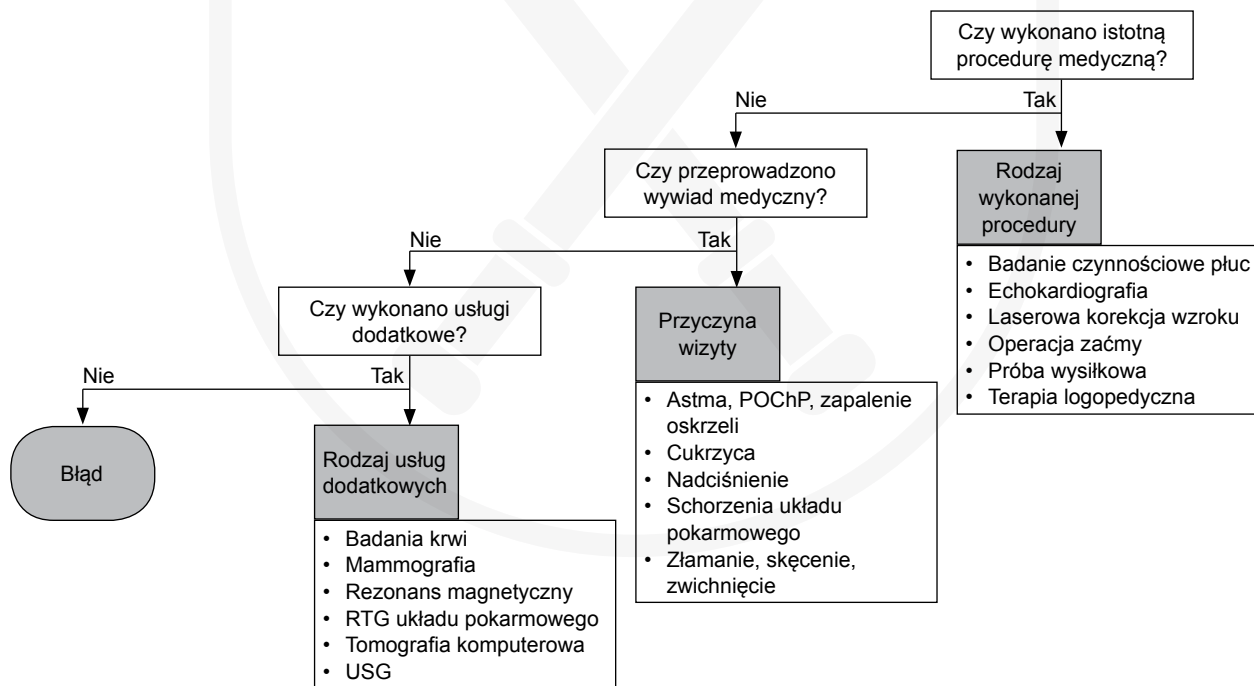
Proces definiowania grup APG był kilkuetapowy i obejmował analizy statystyczne na danych historycznych, jak również ocenę specjalistów klinicznych. Kwalifikacja do grupy odbywała się na podstawie procedur medycznych i diagnoz, a także wieku i płci pacjenta oraz wydanych skierowań [27]. Na **Rysunku 1** przedstawiono schematyczne podejście do klasyfikacji porad w grupy APG wraz z podaniem przykładowych grup zdefiniowanych w systemie. Klasyfikacja APG, podobnie jak w przypadku szpitalnych grup diagnostycznych, łączy pacjentów podobnych pod względem klinicznym i anga-

żujących w trakcie porady podobne zasoby, w podobnej ilości i o podobnym koszcie [25].

Stworzenie systemu klasyfikacji pacjentów opartego na APG było punktem wyjścia do regulacji zasad wyceny świadczeń. Za podstawową jednostkę wyceny przyjęto wizytę, do której może być przypisanych kilka grup APG. Cena wizyty stanowiła sumę stawek za wszystkie APG, które zostały przypisane do danej wizyty. Stawka za każdą grupę APG z założenia uwzględnia wszystkie koszty poniesione przy realizacji danej porady – koszty porady, badań, leków i wyrobów medycznych, ustalone na poziomie średniego zużycia zasobów przy jej realizacji [28]. Zdaniem autorów tej koncepcji założone podejście pozwoliło na ujęcie różnorodności porad wynikającej z takich czynników, jak specyfika świadczeniodawcy, potrzeby pacjenta czy wysoki udział kosztów usług dodatkowych [29].

Możliwość łączenia grup w ramach wizyty mogłaby zachęcać świadczeniodawców do eskalacji liczby procedur medycznych i spowodować gwałtowny wzrost kosztów. W tym celu wdrożono kilka mechanizmów kontrolowania kosztów, takich jak dyskонтowanie wartości kolejnych procedur czy definiowanie zestawu badań, których wykonanie wchodzi w standard danej wizyty i nie powinno generować dodatkowych płatności.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że stworzony w Stanach Zjednoczonych system klasyfikacji i wyceny świadczeń ambulatoryjnych jest kompleksowy, ujmując bowiem wszystkie typy porad ambulatoryjnych, a przy tym łatwiejszy we wdrożeniu niż system grup diagnostycznych stosowany przy świadczeniach szpitalnych.



Rysunek 1. Klasyfikacja porad w systemie APG.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Ambulatory patient groups*, „*Health Care Financing Review*” 1998; *statistical supplement*: 128–130 [27].

Jako główną zaletę warunkującą sukces wdrożenia tego rozwiązania wskazuje się zachowanie homogeniczności medycznej definiowanych grup i duży udział lekarzy przy ich określaniu [25, 26].

Wycena usług AOS w Unii Europejskiej

Na poziomie Unii Europejskiej brak jest ścisłych wytycznych dotyczących organizacji systemu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, w tym również usług ambulatoryjnych. Rozwiązania funkcjonujące w poszczególnych krajach się różnią. W artykule przedstawiono rozwiązania funkcjonujące w wybranych ośmiu krajach Unii Europejskiej, które uczestniczyły w projekcie HealthBasket, zrealizowanym w latach 2004–2007 m.in. w celu porównania metod wyceny usług ambulatoryjnych.

Prezentowane wnioski opierają się na analizie raportów krajowych sporządzonych przez uczestników projektu, którymi były zespoły badawcze jednostek naukowo-badawczych w poszczególnych krajach. W jednym przypadku – Anglii – analiza została uzupełniona o źródła pierwotne – dokumenty opisujące organizację systemu wyceny – co jest uzasadnione zmianami, jakie nastąpiły w tym kraju w 2009 roku.

W większości krajów podstawową jednostką podlegającą wycenie była usługa, przy czym na potrzeby racjonalizacji kosztów i ograniczania wydatków wprowadzano dodatkowo różne mechanizmy zniechęcające świadczeniodawców do nadmiernego zwiększania liczby świadczeń. Sposób ustalania ceny procedury różnił

się w zależności od kraju. W Tabeli IV przedstawiono ogólne zasady wyceny usług ambulatoryjnych funkcjonujące w czasie realizacji projektu HealthBasket. Poniżej przedstawiono szczegółowe zasady regulujące każdy z systemów.

W niektórych krajach stosowano uproszczone rozwiązania, podczas gdy w innych metodyka ustalania ceny procedury była wieloetapowa i ściśle zdefiniowana. Tylko w dwóch krajach (w Danii i Holandii) w czasie realizacji projektu HealthBasket usługi ambulatoryjne były wyceniane na podstawie grup diagnostycznych, analogicznie do usług szpitalnych.

Anglia [na podstawie 30]

Podstawową jednostką wyceny była porada zrealizowana przez świadczeniodawcę. Wycena ustalana była odrębnie dla porad w ramach różnych specjalności medycznych. Ponadto inaczej wyceniana była porada pierwszorazowa i kolejne, a w niektórych przypadkach także porada dziecięca.

Cena uwzględniała wszystkie koszty związane z realizacją usługi, w tym koszty personelu medycznego i zasobów materialnych, oraz wszystkich badań zrealizowanych w ramach danej wizyty. Odrębnie wyceniane były jedynie ściśle określone wysokospecjalistyczne procedury medyczne i kosztochłonne leki i wyroby medyczne. Odrębna wycena dotyczyła również porad, których koszt znacznie przekracza poziom ceny dla danej porady.

Wycena odbywała się częściowo na podstawie uzasadnionych kosztów historycznych, a częściowo systemu płatności prospektywnych, który w okresie realizacji

Kraj	Jednostka wyceny	Sposób ustalania ceny
Anglia	porada	<ul style="list-style-type: none"> odrębnie dla każdej specjalności wyróżnia się porady pierwszorazowe i kolejne cena porady ustalana jest na podstawie średnich kosztów świadczeniodawców
zmiana w 2009/2010	<ul style="list-style-type: none"> porada grupa HRG dla wybranych usług 	<ul style="list-style-type: none"> cena porady ustalana jest odrębnie dla każdej specjalności, łącznie 56 typów porad, wyróżnia się 79 grup HRG, kwalifikacja odbywa się na podstawie wykonanych procedur
Dania	<ul style="list-style-type: none"> grupa DAGS usługa (porada/ procedura medyczna) 	<ul style="list-style-type: none"> ceny grup DAGS ustalone są na podstawie informacji kosztowych od świadczeniodawców usługi realizowane w ramach praktyk lekarskich są wyceniane w trakcie centralnych dwustronnych negocjacji
Francja	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych częściowo metodą ekspercką, częściowo oparta na kosztach rzeczywistych
Hiszpania	budżet	<ul style="list-style-type: none"> ustalany na podstawie zapotrzebowania na porady pierwszorazowe w danym regionie cena uwzględnia rodzaj świadczeniodawcy
Holandia	grupa DBC	<ul style="list-style-type: none"> ceny grup DAGS ustalone są na podstawie informacji kosztowych od świadczeniodawców ceny niektórych grup są negocjowane; koszty stanowią wsparcie procesu negocjacji
Niemcy	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych z kosztów rzeczywistych
Węgry	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych metodą ekspercką
Włochy	usługa	<ul style="list-style-type: none"> cena ustalana na podstawie kosztów realizacji usług pozyskiwanych z kosztów rzeczywistych (uproszczona metodyka kalkulacji kosztów)

Tabela IV. Wycena usług ambulatoryjnych – wnioski z projektu HealthBasket.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów wykonanych w ramach projektu HealthBasket finansowanego przez Komisję Europejską.

badania był właśnie wdrażany w zakresie usług ambulatoryjnych. Podstawą do ustalenia stawki w ramach systemu płatności prospektywnych były koszty realizacji danej porady obliczone i uśrednione według danych raportowanych przez wszystkich świadczeniodawców działających w ramach systemu publicznego. Kalkulacja kosztów świadczeń opiera się na jednolitej metodyce rachunku kosztów.

Najnowsze zmiany [na podstawie 31–33]

Począwszy od 2006 roku zaczęto wprowadzać zmiany dotyczące sposobu grupowania usług ambulatoryjnych. Najpierw dokonano bardziej szczegółowego podziału porad na kilkadziesiąt grup w zależności od specjalności medycznej oraz innych cech, takich jak:

- klasyfikacja wizyty jako pierwszorazowej lub kolejnej;
- wizyta obejmująca bezpośredni lub telefoniczny kontakt z pacjentem;
- wizyta obejmująca jednoczesną konsultację jednego lub wielu specjalistów.

Na kolejnym etapie, który rozpoczął się w 2010 roku, zdefiniowano i wyceniono kilkadziesiąt grup diagnostycznych (ang. *Healthcare Resource Groups* – HRG) dla wizyt ambulatoryjnych. Klasyfikacja do jednej z grup odbywa się na podstawie przeprowadzonych procedur medycznych. Grupy dotyczą przede wszystkim wizyt obejmujących wykonanie procedur medycznych. Pozostałe wizyty są nadal rozliczane przy wykorzystaniu zasad funkcjonujących wcześniej (wycena za poradę). Warto zaznaczyć, że kwalifikacja wizyty do jednej z grup HRG uniemożliwia wycenę tej samej wizyty na podstawie wykonanej porady.

Wycena wszystkich usług odbywa się na podstawie informacji kosztowych raportowanych przez świadczeniodawców. Dodatkowo przy kalkulacji kosztów uwzględniany jest czynnik dyskontujący, tzw. czynnik sił rynkowych (ang. *Market Forces Factor*), który niweluje nieuzasadnione różnice w kosztach wynikające z różnej lokalizacji geograficznej świadczeniodawców. Taryfa nie uwzględnia kosztów drogich leków i wyrobów medycznych.

Dania [na podstawie 34]

W systemie duńskim inny sposób wyceny dotyczył świadczeń ambulatoryjnych realizowanych przez szpitale i tych wykonywanych przez praktyki lekarskie i pielęgniarskie.

Usługi ambulatoryjne realizowane przez szpitale były wyceniane na podstawie grup DAGS (ang. *Danish Ambulatory Grouping System*) zbliżonych w swojej budowie do grup diagnostycznych. Cena dla każdej grupy była ustalana na poziomie centralnym, jednolitym dla wszystkich świadczeniodawców.

Cena powinna w założeniu pokrywać wszystkie koszty związane z realizacją usług w danej grupie. Odrębna wycena obejmowała wyłącznie wyszczególnione kosztocłonne leki i wyroby medyczne.

Ceny grup DAGS podlegały corocznej aktualizacji. Zarówno w procesie ustalania, jak i aktualizacji cen uwzględniane były szczegółowe dane kosztowe ra-

portowane przez niemal wszystkie szpitale publiczne. Metodyka kalkulacji kosztów świadczeń była uregulowana i obejmowała kalkulację każdego jednostkowego przypadku, które następnie były grupowane w DAGS na podstawie określonych cech pacjenta i procesu leczenia.

Dane o kosztach praktyk lekarskich nie były dostępne, gdyż jako podmioty prywatne nie były one zobligowane do przekazywania informacji kosztowych. Dlatego też do wyceny tych usług zastosowano zasady uproszczone – oparte na liczbie zrealizowanych usług i jednostkowej cenie ustalonej centralnie na drodze negocjacji ze związkami zawodowymi personelu medycznego.

Francja [na podstawie 35]

Podstawową jednostką wyceny była usługa, która obejmowała zarówno porady lekarskie, jak i procedury medyczne. Stawki ustalone za każdą z usług powinny odzwierciedlać koszty związane z jej realizacją. W tym celu wdrożono relatywną skalę wartości opartą na koncepcji zasobowej. Koszt każdej usługi ustalany był na podstawie następujących czynników:

- pracochłonność usługi ustalana przez ekspertów medycznych z uwzględnieniem czasu trwania procedury, związanego z nią stresu, wymaganych umiejętności i wysiłku umysłowego niezbędnego do jej wykonania;
- koszty funkcjonowania poradni, pozyskiwane z formularzy podatkowych i uśredniane;
- szczególne dodatkowe koszty związane z realizacją danej procedury (np. jeśli wymaga ona sprzętu, który nie znajduje się standardowo na wyposażeniu danej poradni), pozyskiwane w ramach wywiadów ze świadczeniodawcami.

W przypadku wybranych procedur wymagających użycia drogiego sprzętu (takich jak np. tomografia komputerowa) cena składała się z dwóch komponentów – stawki dla lekarza (ustalanej na podstawie czasu trwania procedury) oraz stawki uwzględniającej pozostałe koszty operacyjne – koszty sprzętu, innego personelu i wyrobów jednorazowych. Obie stawki zostały skalkulowane z uwzględnieniem kosztów realizacji tych usług.

Hiszpania [na podstawie 36]

Sposób wyceny regulowany jest odrębnie w każdym z regionów. Najbardziej zaawansowane rozwiązania były stosowane w Katalonii, gdzie obowiązywał budżet na porady specjalistyczne realizowane przez każdego ze świadczeniodawców. Szczegółowa klasyfikacja porad na potrzeby wyceny nie była możliwa ze względu na brak systemu gromadzenia informacji dotyczących przebiegu każdej porady.

Przy ustalaniu budżetu uwzględniano następujące elementy:

- zapotrzebowanie na porady pierwszorazowe w danym regionie; wartość ta zależy od wielkości populacji obsługiwanej przez danego świadczeniodawcę;
- liczba porad realizowanych standardowo w następstwie porady pierwszorazowej. Wartość ta jest różna dla poszczególnych działów medycznych;
- rodzaj świadczeniodawcy; wszyscy świadczeniodawcy zostali zakwalifikowani do jednej z czterech grup,

w zależności od poziomu wyspecjalizowania – wyższa grupa wiąże się z większą stawką za realizację każdej porady.

Holandia [na podstawie 37]

Od 2005 roku w zakresie usług ambulatoryjnych funkcjonuje system grupowania usług w grupy diagnostyczne DBC (hol. *Diagnose Behandelings Combinatie*). Każda grupa obejmuje zestaw działań realizowanych na rzecz pacjenta. Cena większości grup (tzw. lista A) była ustalana na stałym poziomie, w wybranych przypadkach (tzw. listy B) cena grupy ustalana była na drodze negocjacji między świadczeniodawcami a płatnikami.

Wdrożenie systemu grup DBC było poprzedzone wprowadzeniem jednorodnej metodyki kalkulacji kosztów, na której podstawie obliczono średnie koszty poszczególnych grup. Metodyka ta jest obowiązkowa dla wszystkich szpitali. Dostarczały one dane również na temat większości realizowanych przez siebie usług ambulatoryjnych. Lista usług ambulatoryjnych i ich powiązanie z grupami DBC były regulowane przez Agencję Taryfikacji.

Na poziomie każdego szpitala kalkulowany był jednostkowy koszt każdej usługi ambulatoryjnej. Następnie każda usługa była przypisywana do jednej z grup diagnostycznych. Podobnie jak w systemie amerykańskim do jednej wizyty pacjenta mogło być przypisanych kilka grup DBC. Średni koszt grupy był obliczany na podstawie danych o liczbie poszczególnych usług i ich koszty jednostkowym. Te dane były wykorzystywane jako podstawa do ustalania cen usług z listy A lub wsparcie w procesie negocjacji cen usług z listy B.

Niemcy [na podstawie 38]

W 2005 roku wdrożono nowy system wyceny usług ambulatoryjnych. Podstawową jednostką wyceny była usługa (obejmująca konsultacje i procedury medyczne). Zmiany zostały spowodowane wcześniejszą niewłaściwą wyceną usług, która powodowała zaburzenia w strukturze realizowanych usług (m.in. częstszą, niż wynikałoby ze wskazań medycznych, realizację usług najbardziej rentownych).

Każda usługa jest szczegółowo określona i ma przypisaną wartość punktową, która wynika z kosztu jej realizacji. Przy definiowaniu usług wykorzystywano kilka parametrów:

- czas realizacji usługi przez lekarza i czas pobytu pacjenta w różnych ośrodkach kosztów (np. poczekalni, gabinecie zabiegowym itd.);
- miejsca, w których realizowana jest usługa (ośrodki kosztów) i ich koszty;
- niezbędne wsparcie (w postaci zaangażowania innych zasobów) przy realizacji usługi.

Koszt każdej usługi składał się z dwóch komponentów – kosztu pracy lekarza i kosztu pozostałych zasobów. Koszt pozostałych zasobów obejmował koszty materiałów jednorazowych, pozostałego personelu, sprzętu medycznego i utrzymania pomieszczeń, w których realizowana była usługa.

Oba komponenty były czynnikami zmiennymi, zależnymi od czasu realizacji usługi przez lekarza. Niezwykle istotnym elementem było zatem właściwe określenie standardowego czasu trwania każdej usługi. Oszacowania te zostały przeprowadzone na podstawie danych z systemu szwajcarskiego zmodyfikowanych w odniesieniu do studiów przypadku przeprowadzonych w Niemczech.

Węgry [na podstawie 39]

Podstawową jednostką wyceny była usługa, której przypisano wartość punktową. Początkowo system opierał się na międzynarodowej klasyfikacji procedur WHO z 1978 roku, a wartości punktowe poszczególnych procedur przeniesiono wprost z systemu niemieckiego, ale od tamtej pory podlegał wielokrotnym modyfikacjom. Stawka za punkt była ustalana centralnie, a świadczeniodawców obowiązywały limity ilościowe ustalane na podstawie wykonania kontraktu za rok poprzedni. Po ich przekroczeniu stawka za punkt ulegała redukcji.

Liczba punktów przypisana do każdej usługi w założeniu wynikała ze stopnia jej złożoności i rodzaju zużywanych zasobów. Koszty zasobów były szacowane wyłącznie metodą ekspercką. Wskazuje się, że brak porównywalnych danych kosztowych pochodzących od świadczeniodawców jest problematyczny i skutkuje, na przykład, coraz wyższą wyceną nowych usług.

Włochy [na podstawie 40]

Podstawową jednostką wyceny jest usługa. Na poziomie centralnym ustalana została jej maksymalna cena. Poszczególne regiony mogą przyjąć stawki krajowe lub ustalić własne – niższe. Najbardziej aktywnie proces ten przebiega w Lombardii. Od 1998 roku przeprowadzane są tam kompleksowe analizy kosztów oparte na próbkowych danych pozyskiwanych od świadczeniodawców.

Przy obliczaniu kosztów usług stosowane są metody uproszczone polegające na podzieleniu łącznych kosztów danej poradni przez liczbę świadczonych usług. Takie podejście zakłada zmienność wszystkich kosztów i stawia w uprzywilejowanej sytuacji dużych świadczeniodawców. Na tej podstawie szacowany jest średni koszt dla regionu. Poszczególni świadczeniodawcy są dodatkowo objęci limitami ilościowymi. Przekroczenie limitu wiąże się z obniżeniem stawki za pojedynczy punkt.

Podsumowanie

Przedstawiony system wyceny usług ambulatoryjnych w Polsce wdrożony w 2011 roku oparty jest na koncepcji grupowania przypadków medycznych, którego najbardziej znanym przykładem są grupy diagnostyczne. Jak wynika z analizy teoretycznych założeń modelu grup diagnostycznych, najlepsze rezultaty występują przy zachowaniu jednorodności klinicznej i kosztowej usług w ramach poszczególnych grup.

Rozwiązanie wdrożone w Polsce jedynie w ograniczonym zakresie gwarantuje realizację założenia o jednorodności klinicznej, w szczególności w zakresie świadczeń zachowawczych.

Odrębne negocjowanie ceny za punkt z każdą poradnią pozwala na sformułowanie założenia, że podstawowym kryterium grupowania świadczeń AOS jest miejsce realizacji świadczenia, które przekłada się jednocześnie na specjalność medyczną, której dotyczy dana usługa. Podział na specjalności medyczne jest zatem pierwszym etapem zachowania jednorodności klinicznej. W ramach danej specjalności o poziomie ceny decydują wykonane procedury medyczne. Katalogi procedur, w szczególności listy warunkujące kwalifikację świadczeń zachowawczych (np. W1, W2), są bardzo rozbudowane i zawierają różnorodne procedury medyczne realizowane w przebiegu leczenia całkiem odrębnych przypadków medycznych. Trudno zatem w tym wypadku mówić o pełnej jednorodności klinicznej.

Z pewnością zamysłem autorów zarządzenia było uzależnienie liczby punktów za poradę od ich kosztów. Przykładowo, porady specjalistyczne czwartego typu są wycenione wyżej niż porady drugiego lub trzeciego typu, ale jednocześnie wymagają wykonania odpowiednio większej liczby procedur medycznych.

Świadczenia zakwalifikowane do tej samej grupy różnią się jednak również na poziomie zaangażowania zasobów – niektóre procedury medyczne znajdujące się na listach W1–W4 wymagają wykonania badań laboratoryjnych w wyspecjalizowanych laboratoriach medycznych, inne są realizowane bezpośrednio przez świadczeniodawcę. Niektóre wymagają podania leków lub zużycia określonych wyrobów medycznych, inne natomiast nie. Różnice dotyczą także wyspecjalizowanego sprzętu zużywanego w trakcie wykonywania procedur. Aspekty te są szczególnie widoczne w odniesieniu do świadczeń zabiegowych, gdzie zużycie zasobów materialnych (takich jak sprzęt i materiały jednorazowe) jest szczególnie duże. Wnioski te potwierdzają również przeprowadzone badania empiryczne [41, 42].

Przedstawione rozwiązania funkcjonujące w poszczególnych krajach różnią się przedmiotem wyceny oraz metodyką ustalania ceny jednostkowej. W Stanach Zjednoczonych, Anglii, Danii i Holandii, podobnie jak w Polsce, funkcjonują rozwiązania oparte na grupowaniu przypadków. Kwalifikacja do poszczególnych grup, tak jak w Polsce, odbywa się z uwzględnieniem przebiegu porady i wykonanych w jej ramach procedur. W niektórych przypadkach dodatkowo uwzględniane jest rozpoznanie medyczne.

Między systemem polskim a analizowanymi systemami zagranicznymi występują jednak dwie zasadnicze różnice. Po pierwsze, w systemach amerykańskim czy holenderskim do jednej porady może zostać przypisanych kilka grup, w zależności od ich kompleksowości. Systemy te zawierają oczywiście mechanizmy mające zniechęcić świadczeniodawców do generowania nadmiernych kosztów wizyty. Ich podstawową zaletą jest to, że promują kompleksowe podejście do pacjenta w ramach pojedynczej wizyty. Takiego mechanizmu nie ma w systemie polskim. Realizacja dodatkowych badań diagnostycznych lub kilku procedur zabiegowych w ramach pojedynczej wizyty generuje dodatkowe koszty,

nie podwyższając przy tym wyceny, a zatem prowadzi do pogorszenia rentowności świadczeniodawców.

Druga różnica polega na tym, na jakiej podstawie ustalane są ceny porad. W większości krajów Unii Europejskiej źródłem informacji potrzebnych do wyceny są informacje kosztowe gromadzone od wszystkich lub wybranych świadczeniodawców. W systemie polskim nie funkcjonuje obecnie żaden formalny proces zbierania danych na potrzeby wyceny, a ceny są ustalane w sposób uznaniowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Brak systemu gromadzenia danych do wyceny wskazuje, że poziom cen może nie odpowiadać rzeczywistej strukturze kosztów usług.

Przypisy

¹ Świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej otrzymali w 2012 roku 31% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia w Polsce, z czego 64% pochodziło ze środków publicznych [1].

² Wyceniane podobnie jak świadczenia zabiegowe, obejmujące wykonanie kosztochłonnych badań diagnostycznych.

³ Dotyczącą realizacji usług w odniesieniu do pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, rozliczanych na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej.

⁴ W momencie złożenia artykułu do druku Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zajmowała się wyceną usług z zakresu psychiatrii, w tym ambulatoryjnych usług psychiatrycznych, w których jednak dotychczas nie stosowano grupowania porad opartego na koncepcji grup diagnostycznych.

⁵ Z kontekstu wynika, że chodzi o istotne kosztowo procedury medyczne wykonywane w ramach wizyty.

⁶ Z kontekstu wynika, że chodzi o procedury diagnostyczne i inne procedury, które z punktu widzenia świadczeniodawcy są nabywane „na zewnątrz”, czyli zlecane i opłacane przez tego świadczeniodawcę, a realizowane przez inny podmiot.

Piśmiennictwo

1. *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2012 rok*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/narodowy-rachunek-zdrowia-za-2012-rok,4,5.html>; dostęp: 24.06.2015.
2. *Health at a Glance 2013 OECD Indicators*, OECD, 2013, www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf; dostęp: 24.06.2015.
3. Leister J.E., Stausberg J., *Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality*, „Health Policy” 2005; 74: 47.
4. Evers S. et al., *Predicting the cost of hospital stay for stroke patients: the use of diagnosis related groups*, „Health Policy” 2002; 61: 23–25.
5. Jegers M., Kesteloot K., De Graeve D., Gilles W., *A typology for provider payment systems in health care*, „Health Policy” 2002; 60: 255–273.
6. Waters H.R., Hussey P., *Pricing health services for purchasers – a review of methods and experiences*, „Health Policy” 2004; 70: 175–184.

7. Woodin J., *Zarządzanie systemem i kontraktowanie w opiece zdrowotnej*, w: K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Oficyna, Warszawa 2011: 265.
8. Fetter R.B., Thompson J.D., Mills R.S., *A system for cost and reimbursement control in hospitals*, „The Yale Journal of Biology and Medicine” 1976; 49: 123–136.
9. Fetter R.B., Mills R.E., Riedel D.C. et al., *The application of diagnostic specific cost profiles to cost and reimbursement control in hospitals*, „Journal of Medical Systems” 1977; 1: 137–149.
10. Kuntz L., Scholtes S., Vera A., *DRG cost weight volatility and hospital performance*, „OR Spectrum” 2008, April: 331–335.
11. Wilke M., Höcherl E., Scherer J., Janke L., *Introducing the new DRG-based payment system in German hospitals: a difficult operation?: Experience and attempts at a solution from a surgery point of view*, „The European Journal of Health Economics” 2001, June: 79–85.
12. Felder S., *The variance of length of stay and the optimal DRG outlier payments*, „International Journal of Health Care Finance and Economics” 2009, September: 279–289.
13. Vitikainen K., Linna M., Street A., *Substituting inpatient for outpatient care: what is the impact on hospital costs and efficiency?*, „The European Journal of Health Economics” 2010; 11: 395–404.
14. Hughes J.S., Lichtenstein J., Magno L., Fetter R.B., *Improving DRGs. Use of procedure codes for assisted respiration to adjust for complexity of illness*, „Medical Care” 1989; 27: 750–757.
15. Wood T.J., Thomas S.E., *Severity of illness and diagnosis related groups*, „Medical Journal of Australia” 1986; 143: 79–81.
16. Finkler S.A., *Flexible budget variance analysis extended to patient acuity and DRGs*, „Health Care Management Review” 1985; 10: 21–34.
17. Partsch M., Held M., *Rechnen für Gerechtigkeit*, „Gesundheit und Gesellschaft” 2004; 11: 24–29.
18. Lisowska K., *NFZ zmienia zasady finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, „Rynek Zdrowia”, 15.06.2011, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/NFZ-zmienia-zasady-finansowania-ambulatoryjnej-opieki-specjalistycznej,109940,1.html>; dostęp: 24.06.2015.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2011 Nr 111 poz. 653).
20. Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
21. Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
22. Wójtowicz M., *Problemy z klasyfikacją JGP na styku AOS – szpital*, „Rynek Zdrowia”, 12.10.2011, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-szpitali/Problemy-z-klasyfikacja-JGP-na-styku-AOS-szpital,112522,1012.html>; dostęp: 24.06.2015.
23. Kulesher R.R., Wilder M.G., *Prospective Payment and the Provision of Post-Acute Care: How the Provisions of the Balanced Budget Act of 1997 Altered Utilization Patterns for Medicare Providers*, „Journal of Health Care Finance” 2006; 33(1): 1–16.
24. Wilson S.F., Shorten B., Marks R., *Costing the ambulatory episode: implications of total or partial substitution of hospital care*, „Australian Health Review” 2005; 29(3): 360–365.
25. Averill R.F. et al., *Design of a prospective payment patient classification system for ambulatory care*, „Health Care Financing Review” 1993; 15(1): 71.
26. Duncan D.G., Servais C.S., *Preparing for the new outpatient reimbursement system*, „Healthcare Financial Management” 1996; 50(2): 42.
27. *Ambulatory patient groups*, „Health Care Financing Review” 1998; statistical supplement: 128–130.
28. Asubonteng P., Middleton R., Munchus G., *Ambulatory patient groups and redefining the roles of health care providers’ delivery services in the USA*, „Health Manpower Management” 1996; 22(1): 16–20.
29. Daniels P., *Improving ambulatory surgery reimbursement*, „Nursing Management” 1997; 28(5): 40M.
30. Epstein D., Mason A., Smith P.C., *HealthBASKET – Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, WP6: Costs and health benefits for England*, Centre for Health Economics, University of York, York YO10 5DD England UK, 2005.
31. NHS, *A simple guide to Payment by Results*, Department of Health, 2011.
32. NHS, *Payment by Results Step-by-Step Guide: Calculating the 2013-14 National Tariff*, Department of Health, 2013.
33. *Reference costs guidance for 2012-13. A draft for NHS feedback*, Department of Health, 2012.
34. Bilde L., Ankjær-Jensen A., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Approaches for Cost and Price Assessment in the Danish Health Sector*, DSI, Danish Institute for Health Services Research, 2005.
35. Bellanger M., Or Z., Paris V., Tardif L., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Work Package 6: Approaches for Cost Assessment & Price Setting in Practice France*, 2005.
36. Sánchez-Martínez F., Abellán-Perpiñán J.-M., Martínez-Pérez J.-E., Iván Moreno I., *Health Basket- Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Spanish Cost/Price Assessment Report*, Universidad de Murcia, CRES – Universitat Pompeu Fabra, 2005.
37. Oostenbrink J.B., Rutten F.F.H., *Health Basket- Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Cost Assessment and Price Setting in the Dutch Healthcare System*, Institute for Health Policy and Management Erasmus MC, Rotterdam 2005.
38. Schreyögg J., Tiemann O., Busse R., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Work Package 6: Approaches for Costing and Pricing in Practice Germany*, Department of Health Care Management, Faculty of Economics and Management, Berlin University of Technology, 2005.

39. Gaál P., *HealthBasket Work Package 6 Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Work Package 6: Approaches for Cost Assessment & Price Setting in Practice Hungary*, Semmelweis University Health Services Management Training Centre, 2005.
40. Fattore G., Torbica A., *Health Basket- Health Benefits and Service Costs in Europe SP21-CT-2004-501588, Approaches for cost/ price assessment in practice*. County report: Italy, 2005.
41. Raulinajtys-Grzybek M., *Ambulatory Patient Groups: Impact on the Service Structure and Providers' Behaviour*, „Paradigm” 2014; 18(2): 121–134.
42. Raulinajtys-Grzybek M., *Wycena usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, ABC, Warszawa 2014.



Charakterystyka Projektu Predefiniowanego dotyczącego ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, Program PL 13, Norweski Mechanizm Finansowy

Bogdan Wojtyniak¹, Michał Marek², Paweł Goryński¹

¹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa

² Ministerstwo Zdrowia, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, Warszawa

Adres do korespondencji: Bogdan Wojtyniak, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, ul. Chocimska 24, bogdan@pzh.gov.pl

Wprowadzenie

W prawie wszystkich krajach europejskich wzrostowi średniej długości życia towarzyszy zjawisko utrzymywania się, a nawet w niektórych krajach zwiększania nierówności w zdrowiu powodowanych przez czynniki społeczne. Nierówności w zdrowiu mają charakter liniowy, a nie skokowy. Oznacza to, że występują one nie tylko pomiędzy najbogatszymi i najbiedniejszymi oraz najbardziej i najmniej wykształconymi, ale także w przypadku bardziej i mniej bogatych, bardziej i mniej wykształconych. Nierówności te są wywołane wieloma czynnikami występującymi zarówno w skali makro-, jak i mikrospołecznej.

Z prowadzonych w Polsce analiz empirycznych, dotyczących społecznych nierówności w zdrowiu, w tym analiz realizowanych w ramach BCA, wynika, że różnice w przewidywanej przeciętnej długości życia pomiędzy różnymi grupami społecznymi dochodzą do 12–16 lat. Różnice tego rodzaju występują także pomiędzy stanem zdrowia mieszkańców różnych jednostek terytorialnych kraju (województw, powiatów, gmin), pomiędzy dużymi miastami (np. Warszawą a Łodzią), a także w obrębie poszczególnych miast (np. pomiędzy poszczególnymi dzielnicami Warszawy). Warto wspomnieć, że w Unii Europejskiej największe społeczne nierówności w zdrowiu występują w krajach postsocjalistycznych. Zdaniem wielu ekspertów utrzymywanie się tego rodzaju nierówności nie powinno być akceptowane, dlatego w ostatnim okresie Światowa Organizacja Zdrowia, Unia Europejska, a także wiele krajów podejmują działania mające na

celu przeciwdziałanie temu zjawisku (m.in. w ramach programów dotyczących wykluczeń społecznych). Działania te dotyczą m.in. poprawy zarządzania w zakresie zdrowia publicznego. Ograniczanie nierówności w zdrowiu w Polsce, tak jak w innych krajach, staje się coraz ważniejszym zagadnieniem. Z tego powodu główny cel Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 został określony w następujący sposób: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”. Zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia cel ten ma być osiągnięty poprzez:

- promocję zdrowego stylu życia wśród całego społeczeństwa;
- tworzenie zdrowych warunków mieszkaniowych, pracy oraz nauki;
- włączanie jednostek samorządów lokalnych i wojewódzkich, a także organizacji pozarządowych w działania dotyczące promocji zdrowia.

W Polsce pierwszym programem poświęconym kwestiom społecznych nierówności w zdrowiu był 7-letni Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (POLKARD) rozpoczęty w 2002 roku. Celem tego programu, finansowanego przez ministra zdrowia, było zarówno zwiększenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jak i opracowanie środków profilaktycznych. POLKARD był realizowany m.in. w 400 małych miastach, w których liczba mieszkańców nie była większa niż 8000, zlokalizowanych na terenie 12 województw. Miasteczka te położone są z dala od dużych miast, a ich mieszkańcy przez lata mieli do czynienia z licznymi trudnościami ekonomicznymi, któ-

rym towarzyszył zły stan zdrowia. Na końcu opisu podano wybrane pozycje dotyczące tej problematyki.

■ Cel projektu

Zgodnie z założeniami Programu PL13 głównym celem Projektu Predefiniowanego powinno być osiągnięcie rezultatu pn.: Lepsze zarządzanie w ochronie zdrowia. Realizacja tego celu przyczyni się do: (a) przyszłej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, (b) ograniczania nierówności w zdrowiu spowodowanych czynnikami społecznymi.

Poprawa zarządzania w Polsce zależy przede wszystkim od: (a) trafnej i aktualnej identyfikacji problemów, (b) wypracowania nowych i adekwatnych do zadań narzędzi służących ograniczaniu społecznych nierówności w zdrowiu oraz (c) uzyskania odpowiedniej wiedzy i umiejętności niezbędnych do prawidłowego i skutecznego stosowania tych narzędzi. W związku z powyższym w projekcie skupiono się na tych trzech zagadnieniach.

Narzędzia, które zostaną wypracowane w projekcie, będą dotyczyły m.in.:

- nowych rozwiązań w zakresie organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w celu poprawy skuteczności jego działania, mogących mieć wpływ na wieloletnie planowanie (moduł Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016+ dotyczący nierówności w zdrowiu);
- nowych wzorów analiz okresowych umożliwiających monitorowanie różnych aspektów społecznych nierówności w zdrowiu, czynników powodujących te nierówności oraz dynamiki zachodzących zmian;
- narzędzi dotyczących oceny wpływu różnych czynników na stan zdrowia ludności;
- narzędzi umożliwiających określanie potrzeb zdrowotnych ludności, dotyczących głównie społecznych nierówności w zdrowiu;
- wzorów programów zdrowia publicznego, o udowodnionej skuteczności, adresowanych do określonych grup społecznych o podwyższonych ryzykach zdrowotnych (palenie, nadciśnienie tętnicze, cholesterol, wypadki);
- wzorów nowych programów dydaktycznych służących poprawie kwalifikacji ludzi zajmujących się ograniczaniem społecznych nierówności w zdrowiu.

Opracowanie tych narzędzi będzie możliwe m.in. dzięki transferowi *know how*, głównie z Norwegii.

■ Struktura projektu

Projekt jest podzielony na sześć działań, jednak trzy z nich są najważniejsze dla osiągnięcia głównego celu.

Działanie 1. Opracowanie międzysektorowej strategii opartej na faktach (*evidence based*) mającej na celu ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Głównym celem tej części projektu jest opracowanie międzysektorowej strategii służącej zmniejszeniu społecznych nierówności w zdrowiu (podejście alternatywne). Strategia ta może stanowić wkład w prace nad

Narodowym Programem Zdrowia 2016+, a także może wspierać proces realizacji innych polskich średniookresowych, międzysektorowych strategii 2020.

Podstawą opracowania strategii będzie określenie nierówności w zdrowiu oraz ich uwarunkowań w Polsce, które zostało wyznaczone jako jedno z pierwszych poddziałań w ramach projektu (1.1).

Działanie 2. Opracowanie modelu organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce, jak również modeli publicznych programów zdrowotnych głównie na poziomie subregionalnym, w tym ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Na początku zostanie opracowana diagnoza różnych aspektów obecnego polskiego systemu zdrowia publicznego (punkt 1.2). Wyniki tej diagnozy zostaną wykorzystane m.in. w pracach dotyczących projektu ustawy o zdrowiu publicznym, a także w pracach dotyczących wybranych narzędzi zarządzania zdrowiem publicznym mających na celu zwiększenie skuteczności i wydajności świadczeń zdrowia publicznego w Polsce.

Wszystkie poddziałania realizowane w ramach działań 1 i 2 są z sobą powiązane i te zależności powinny być brane pod uwagę zarówno w fazie przygotowania, jak i realizacji projektu, a także przy ocenie uzyskanych wyników. Przeprowadzenie tak wszechstronnych badań wymaga zastosowania podejścia systemowego.

Działanie 3. Zwiększanie wiedzy i umiejętności w obszarze zdrowia publicznego (szkolenia, seminaria).

Opracowane zostaną programy szkoleniowe mające na celu poprawę stanu wiedzy i umiejętności grup ludzi zaangażowanych w działania na rzecz zdrowia publicznego.

■ Opis poszczególnych poddziałań

1.1. Diagnoza nierówności w zdrowiu i ich uwarunkowań

Zawartość merytoryczna poddziałania.

Analizy dotyczące zróżnicowania geograficznego i społecznego.

Zróżnicowanie geograficzne:

- określenie wielkości zróżnicowania umieralności i chorobowości na poziomie wojewódzkim i powiatowym dla różnych grup chorób;
- analiza wielkości zróżnicowania udzielanych wybranych świadczeń zdrowotnych (w opiece ambulatoryjnej oraz szpitalnej), a także informacje dotyczące ruchu pacjentów w systemie ochrony zdrowia oraz dane o statusie społecznym poszczególnych pacjentów;
- czynniki ekonomiczno-społeczne związane z geograficznymi nierównościami w zdrowiu.

Zróżnicowanie społeczne:

- określenie wielkości zróżnicowania umieralności i chorobowości między grupami społecznymi;
- analiza wielkości zróżnicowania udzielanych wybranych świadczeń zdrowotnych (w opiece ambulatoryjnej oraz szpitalnej) według grup społecznych;
- czynniki ekonomiczno-społeczne związane ze społecznymi nierównościami w zdrowiu.

Badania wykonane w ramach umowy BCA dotyczyły podobnej tematyki, jednak ze względu na krótki czas realizacji i bardzo ograniczone środki finansowe prace te nie zawierały wielu analiz, których wykonanie jest potrzebne do lepszego zrozumienia różnic w stanie zdrowia ludności powiatów.

Przeprowadzenie założonych prac pozwoli na wypracowanie wzorca analiz, które będą mogły być powtarzane okresowo i będą stanowić ważną pomoc dla decydentów odpowiedzialnych m.in. za:

- tworzenie polityki zdrowotnej na poziomie całego kraju oraz poszczególnych województw;
- opracowywanie wojewódzkich planów;
- koordynację działań prozdrowotnych na danym terenie.

1.2. Diagnoza obecnej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce

Zawartość merytoryczna poddziałania.

Analizy będą dotyczyły następujących elementów:

- określenie systemu zdrowia publicznego na potrzeby prowadzonych analiz dotyczących poddziałań 1.2 i 2.1 oraz kierunków prowadzonych prac, w tym definicje i słownik pojęć;
- model formalny – analiza regulacji prawnych dotyczących systemu zdrowia publicznego;
- model rzeczywisty – analiza organizacyjnych, technicznych i finansowych aspektów aktualnie istniejącego systemu zdrowia publicznego, w tym analiza organizacji i funkcjonowania zabezpieczenia społecznego i kształcenia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na problemy ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu, a także ustalenie możliwości zaspokajania potrzeb informacyjnych przez istniejące systemy informacyjne w zakresie monitorowania społecznych nierówności w zdrowiu (kontynuacja prac projektu Eurostatu prowadzonego w latach 2010–2011).

1.3. Model oceny wpływu (regulacji prawnych, działań społecznych i gospodarczych) na zdrowie (HIA)

Zawartość merytoryczna poddziałania.

Analiza zawierać będzie następujące elementy:

- prawne i organizacyjne aspekty prowadzenia ocen wpływu działań prawnych, społecznych i gospodarczych na zdrowie (w tym role podmiotów odpowiedzialnych za prowadzenie ocen, kwalifikacje personelu zatrudnionego przez te podmioty, jak również potrzebne bazy danych oraz metody, w tym metody sprawnej współpracy międzysektorowej na poziomie centralnym, regionalnym i powiatowym);
- przegląd i charakterystyka najlepszych metod stosowanych przy ocenie wpływu działań prawnych, społecznych i gospodarczych na zdrowie i sposobów ich stosowania oraz wyników prac stosowanych na świecie. Na podstawie przeglądu część metod zostanie wybrana i dostosowana do warunków polskich.

Metody te będą rekomendowane do zastosowania w pracach podmiotów dokonujących ocen;

- przeprowadzenie wzorcowych analiz dotyczących wpływu działań prawnych, społecznych i gospodarczych na zdrowie. Pogłębione analizy, których dotyczy to działanie projektu, są mało znane, dlatego wykonanie zestawu takich analiz na poziomie krajowym, regionalnym i subregionalnym ułatwi podmiotom, odpowiedzialnym za prowadzenie tego rodzaju analiz, ich prowadzenie. W analizach tych będą wykorzystane rekomendowane źródła danych oraz metody. Analizy te mogą też być wykorzystane do opracowania zestawu wytycznych pozwalających zachować odpowiednią jakość prowadzonych prac. Chodzi także o przygotowanie ekspertów, którzy będą wspierali administrację w dokonywaniu tego rodzaju analiz.

Z międzynarodowego doświadczenia wynika, że model oceny, o którym tu mowa, powinien być stosowany na poziomie ogólnokrajowym, regionalnym i subregionalnym. Podmioty działające na różnych szczeblach będą zajmowały się oceną innych zjawisk i w związku z tym często będą korzystały z innych źródeł informacji i innych metod, a także wyniki ich ocen będą dotyczyły innych spraw (choć często powiązanych z sobą).

1.4. Międzysektorowa strategia na rzecz zmniejszenia społecznych nierówności w zdrowiu

Przewycięzanie barier dotyczących międzysektorowej współpracy koniecznej przy opracowywaniu i realizacji wybranych zadań Narodowego Programu Zdrowia, wykorzystanie wyników prac w realizacji wybranych strategii międzysektorowych 2020, prezentacja prowadzonych analiz oraz proponowanych zapisów do modułów Narodowego Programu Zdrowia 2016+.

Zawartość merytoryczna poddziałania:

Analiza będzie zawierać następujące elementy wypracowane na podstawie polskich i międzynarodowych doświadczeń dotyczących planowania oraz realizacji poprzednich Narodowych Programów Zdrowia.

Określenie:

- celów strategicznych i operacyjnych;
- zadań i działań służących ich realizacji oraz powiązań między poszczególnymi zadaniami i działaniami;
- zakresu i sposobu finansowania poszczególnych zadań;
- podmiotów odpowiedzialnych za realizację poszczególnych zadań, w tym podział odpowiedzialności;
- zarysu procesu realizacji strategii na podstawie polskich i międzynarodowych doświadczeń.

2.1. Model zarządzania zdrowiem populacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce

Celem realizacji tego działania jest określenie warunków prawno-organizacyjnych niezbędnych do poprawy skuteczności funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce, w szczególności w zakresie ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

W analizie zostaną uwzględnione poniższe elementy:

- przegląd i analiza modeli zdrowia publicznego, które funkcjonują w innych krajach;
- określenie zadań statutowych, ról, odpowiedzialności, narzędzi i kwalifikacji personelu administracji publicznej i innych podmiotów, jak również źródeł finansowania ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia na poziomie centralnym, wojewódzkim i subwojewódzkim.

Prace projektowe dotyczące organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego, w tym ustawy o zdrowiu publicznym, wymagają stałej konsultacji z podmiotami bezpośrednio lub pośrednio odpowiedzialnymi za realizację zadań związanych ze zdrowiem publicznym.

2.2. Model programu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej dla społeczności lokalnych

Zawartość merytoryczna poddziałania:

- przegląd programów zdrowia publicznego opartych na faktach dotyczących wybranych głównych ryzyk zdrowotnych stanowiących przyczyny chorób niezakaźnych w Polsce;
- adaptacja wybranych programów do polskich warunków w celu umożliwienia ich skutecznego wdrażania w kraju. Opis tych programów będzie dokonywany według następującego schematu:
 - opis problemu zdrowotnego;
 - cele programu;
 - adresaci programu (populacja);
 - organizacja programu;
 - koszty;
 - monitorowanie i ewaluacja realizacji programu;
 - okres realizacji programu.

2.3. Model oceny potrzeb zdrowotnych w społecznościach lokalnych

Analizy dotyczące potrzeb zdrowotnych prowadzone były m.in. w ramach Projektu Banku Światowego. Ówczesne prace nie dotyczyły społecznych nierówności w zdrowiu, a od ich zakończenia minęło 10 lat. W tym czasie w wielu krajach wypracowano wiele nowych sposobów analizy potrzeb zdrowotnych i przetestowano je w praktyce. Ponadto w Polsce są obecnie dostępne nowe, istotne dla tego problemu źródła danych.

Zawartość merytoryczna poddziałania.

Analiza zawierać będzie następujące elementy:

- ustalenie źródeł informacji (w tym baz danych), które można wykorzystywać do oszacowania potrzeb zdrowotnych;
- opracowanie wytycznych i narzędzi umożliwiających określanie potrzeb zdrowotnych (w tym społecznych nierówności w zdrowiu);
- określenie organizacyjnych i technicznych warunków umożliwiających skuteczne stosowanie narzędzi w polskich warunkach (w tym wsparcie zewnętrzne);
- praktyczne przykłady określania potrzeb zdrowotnych.

Opracowanie zawierać będzie następujące elementy:

- przegląd literatury;
- określenie koncepcji ewaluacji programów powiatowych realizowanych w ramach Programu PL 13, w tym: (a) opracowanie ilościowych i jakościowych wskaźników do wykorzystania w procesie ewaluacji, (b) ustalenie źródeł danych, (c) określenie sposobu ewaluacji,
- analiza zbiorczych wyników ocen przeprowadzonych przez podmiot dokonujący ewaluacji (wybrany w procesie konkursu ofert).

3.1. Koncepcja szkoleń i seminariów dla wybranych grup interesariuszy z sektora zdrowia publicznego

To poddziałanie jest poświęcone opracowaniu m.in. dwóch najważniejszych programów: Zdrowie publiczne oraz Zarządzanie zdrowiem publicznym, a także dodatkowych modułów, w tym m.in. w zakresie kodowania przyczyn zgonów.

3.2. Szkolenia i seminaria dla różnych grup interesariuszy (ze szczególnym uwzględnieniem szkoleń dla osób odpowiedzialnych za zarządzanie systemem zdrowia publicznego na poziomie wojewódzkim lub subwojewódzkim)

W ramach projektu przewidziano przeprowadzenie szkoleń/seminariów we wszystkich województwach dla wybranych grup interesariuszy, których rola polega na umacnianiu i poprawie zdrowia populacji, w tym:

- tzw. *front line providers*, czyli osób bezpośrednio pracujących z odbiorcami, np. pracowników POZ, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, nauczycieli itd.;
- tzw. *zarządzających*, czyli menedżerów podmiotów leczniczych, pracowników urzędów wojewódzkich, marszałkowskich, jednostek samorządu terytorialnego, Państwowej Inspekcji Sanitarnej, specjalistów i konsultantów itp.,
- nauczycieli akademickich prowadzących wykłady na uczelniach wyższych publicznych i niepublicznych z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia.

W miarę możliwości w szkoleniach należy uwzględnić również chęć uczestniczenia innych osób reprezentujących inne podmioty, jak np. NGOs. Szkolenia powinny promować kształcenie interdyscyplinarne poprzez udział różnych uczestników rekrutowanych za pośrednictwem różnych kanałów komunikacji.

Celem szkoleń dla tzw. *front line providers* oraz „zarządzających” jest:

- A. Zrozumienie szerokiego spektrum czynników warunkujących zdrowie zbiorowości, w tym społecznych, ekonomicznych i politycznych.
- B. Rozpoznanie najważniejszych przyczyn leżących u podłoża nierówności w zdrowiu.
- C. Zapoznanie ze strategiami/metodami zmniejszania nierówności w zdrowiu ze szczególnym uwzględnieniem strategii/metod zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia.

D. Rozpoznanie zasad funkcjonowania i potencjału systemu zdrowotnego w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem struktur, które powinny być włączone w zmniejszanie nierówności w zdrowiu.

Celem seminariów dla nauczycieli akademickich jest:

- A. Analiza problematyki dotyczącej stanu zdrowia populacji polskiej oraz szerokiego spektrum czynników warunkujących zdrowie zbiorowości, w tym geograficznych społecznych, ekonomicznych i politycznych.
- B. Rozpoznanie najważniejszych przyczyn leżących u podłoża nierówności w zdrowiu.
- C. Zapoznanie ze strategiami/metodami zmniejszania nierówności w zdrowiu ze szczególnym uwzględnieniem strategii/metod zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia.
- D. Zdefiniowanie głównych problemów i przeszkód w realizacji procesu nauczania-uczenia się w szkołach wyższych ze szczególnym uwzględnieniem problematyki nierówności w zdrowiu wraz z poszukiwaniem metod rozwiązywania tych problemów.
- E. Zapoznanie się ze strategią zmniejszania nierówności w zdrowiu w Norwegii.

3.5. Stworzenie bazy wiedzy

Baza wiedzy będzie zawierała materiały wypracowane w projekcie oraz inne materiały dotyczące nierówności w zdrowiu, w tym dane epidemiologiczne, ale także okresowo przygotowywane materiały dotyczące stanu zdrowia i społecznych nierówności w zdrowiu, a ponadto linki do najważniejszych baz danych dotyczących zdrowia publicznego w kraju i na świecie. Baza ta będzie elementem istniejącej strony internetowej MZ, administrowanej przez DUZ. W tworzenie bazy będzie również zaangażowany NIZP-PZH w ścisłej współpracy z pozostałymi podmiotami wchodzącymi w skład Konsorcjum.

Baza danych będzie służyła wszystkim adresatom poszczególnych części projektu – m.in. podmiotom odpowiedzialnym za politykę zdrowotną na szczeblu centralnym, regionalnym i subregionalnym, a także podmiotom bezpośrednio przygotowującym, realizującym lub oceniającym programy zdrowia publicznego głównie na terenie powiatów.

Piśmiennictwo

1. *Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland* (praca zbiorowa), Praca finansowana w ramach BCA, Warszawa 2011, http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0006/15396/final-who_20130410_raport2.pdf; dostęp: 10.05.2015.
2. *Atlas umieralności, NIZP-PZH* (praca zbiorowa), Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl>; dostęp: 06.05.2015.
3. Cingano F., *Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 163, OECD Publishing, 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/5jxjrjncwvxv6j-en>; dostęp: 10.05.2015.
4. Dahlgren G., Whitehead M., *Europejskie strategie przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: osiągnięcie poprawy stanu zdrowia. Część 2*, Warszawa 2010.
5. *Health inequalities in the EU Final report of a consortium Consortium lead: Sir Michael Marmot*, http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalities-ineu_2013_en.pdf; dostęp: 12.05.2015.
6. Mazur J., Małkowska-Szcutnik A. (red.), *Wyniki badań HBSC 2010 Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011. http://www.wsse.webserver.pl/UserFiles/wsse/File/OSW_N_STR/Trzymaj%20Forme/Materia%C5%82y%20pomocnicze%20w%20realizacji%20programu/Zachowania%20zdrowotne%20dzieci%20w%20wieku%20szkolnym_raport%20techniczny%20z%20badan%20HBSC%202010.pdf; dostęp: 24.03.2015.
7. *National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting (Norwegia)*, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf; dostęp: 12.05.2015.
8. *Opracowanie społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO dla Europy, Warszawa 2012, http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0016/8251/raport1.pdf; dostęp: 06.05.2015.
9. *Review of Social Inequalities in Health in Norway English summary*, E. Dahl, H. Bergsli, K. A. van der Wel (red.), Faculty of Social Sciences, Social Welfare Research Centre, <http://www.inequalities.mz.gov.pl/social-inequalities-in-health/norwegian-experience-in-tackling-social-inequalities-in-health>; dostęp: 12.05.2015.
10. Whitehead M., Dahlgren G., *Pojęcia i zasady przeciwdziałania społecznym nierównościom w zdrowiu: Osiągnięcie poprawy stanu zdrowia. Część 1*, Warszawa 2010.
11. *Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w Unii Europejskiej*, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&furtherPubs=no&langId=pl&pubId=589&type=2>; dostęp: 12.05.2015.
12. Wniosek aplikacyjny Projektu Predefiniowanego, 2013 r.

Konferencja Komitetu Zdrowia Publicznego „Jak poprawić zdrowie Polaków”

Elżbieta Ryś

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Biblioteka Medyczna UJ CM, Kraków

W 2014 roku minęło 25 lat od wolnych wyborów i zmiany ustrojowej w naszym kraju. Jak przez ten czas zmieniał się system ochrony zdrowia w Polsce i co zostało zrobione dla poprawy stanu zdrowia Polaków? Na to pytanie próbowano odpowiedzieć 8 grudnia 2014 roku na Zamku Królewskim w Warszawie na czwartej już z zaplanowanego cyklu corocznych konferencji „Jak poprawić zdrowie Polaków”, zorganizowanej przez działający przy Wydziale V Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk Komitet Zdrowia Publicznego. Celem tych spotkań jest upowszechnienie wyników badań naukowych dotyczących najważniejszych zagadnień zdrowia Polaków głównie wśród członków Rządu Rzeczypospolitej Polskiej, posłów i senatorów oraz przedstawicieli mediów.

Tematem tej konferencji była polityka zdrowotna. Otwierając obrady, prof. Michał Kleiber, prezes Polskiej Akademii Nauk podkreślił, że mimo wielu problemów, takich jak mały, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, udział Produktu Krajowego Brutto (PKB) przeznaczony na finansowanie ochrony zdrowia czy kolejki do specjalistów, niektóre dokonania minionych 25 lat można zaliczyć do sukcesów. Wymienił tutaj m.in. leczenie kardiologiczne i osiągnięcia indywidualnych naukowców, takich jak np. prof. Henryk Skarżyński i jego oryginalne w skali światowej metody leczenia głuchoty.

Główny wykład zatytułowany *System zdrowotny w Polsce 1989–2014. Spójna sekwencja czy ciąg przypadków?* wygłosił prof. Cezary Włodarczyk z Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Na wstępie przypomniał o realiach sprzed 1989 roku, gdy w warunkach państwowego monopolu i mało sprawnych działań deklarowano powszechną dostępność i stosowanie idei integracji świadczeń. Po politycznym przełomie rozpoczął się proces transformacji polegającej na odchodzeniu od centralnie sterowanej, planowanej gospodarki ku regułom wolnego rynku. Jednak sposób działania

mechanizmów rynkowych w ochronie zdrowia jest inny niż w gospodarce, przemyśle i niektórych usługach – fakt ten musi być uwzględniony w budowaniu sektora zdrowotnego. Obecny kształt systemu (zdrowotnego) jest wynikiem celowych, racjonalnych zabiegów mających ustalić jego struktury i zasady działania, dążeń jego najbardziej wpływowych uczestników (interesariuszy), a także wielu spontanicznych działań. Istnieje aktualnie wiele opisów i analiz obecnego stanu systemu. Choć nie zawsze są one zgodne w przedstawianych wnioskach, to prawie wszyscy ich autorzy podkreślają istotę i wagę przeszkód zaburzających funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Do głównych niesprawności zalicza się kwestię nierówności w uprawnieniach do korzystania i korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Zdarza się, że bardzo długi czas oczekiwania zarówno na diagnozę, jak i na leczenie, zwłaszcza w niektórych specjalnościach, np. w endokrynologii czy laryngologii, powoduje rezygnację ze świadczenia. W szeroko akceptowanych analizach wskazuje się zwykle co najmniej dwie przyczyny niesprawności. Pierwsza to stosunkowo niski poziom finansowania opieki zdrowotnej, oceniany zarówno jako procent PKB, jak i wielkość wydatków na ochronę zdrowia na mieszkańca. W ciągu minionych lat liczby te nie wzrastały, a niekiedy nawet notowano tendencję malejącą. Drugi powód to jedna z najniższych wśród krajów rozwiniętych liczba lekarzy. Problemem środowiska personelu medycznego jest zaawansowany wiek lekarzy i pielęgniarek, emigracja zawodowa młodych ludzi, a także daleko posunięta feminizacja zawodu. Zjawiskiem niepokojącym jest słabość inicjatyw, które mogłyby doprowadzić do poprawy sytuacji.

W próbie bardziej pogłębionego wyjaśnienia istniejącej sytuacji można wykorzystać przyjmowaną przez WHO koncepcję systemu, w której podmioty publiczne i prywatne współdziałają w realizacji zdrowotnych celów. W ciągu ostatnich 25 lat przyjęto wiele aktów praw-

nych, które prowadziły do wzmacniania roli rynku, nie rozpatrywano jednak i nie przedyskutowano wcześniej znaczenia regulacji rynkowych w systemie zdrowotnym, co wydaje się przyczyną obserwowanych dzisiaj dysfunkcji. Można się tutaj odwołać do tezy Michaela Sandela^{1,2} mówiącej o tym, że niekontrolowana ingerencja rynku w sfery tradycyjnie regulowane innymi zasadami prowadzi do dewastacji międzyludzkich relacji i zagraża efektywności podejmowanych wysiłków.

Zachodzące po 1989 roku procesy zmian w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie były spójną sekwencją przemyślanych decyzji podporządkowanych nadrzędnej idei czy strategicznemu celowi. Nie był to także z pewnością przypadkowy ciąg zdarzeń – próby wyjaśnienia pozwalają dostrzec w nich niekwestionowany sens, niekoniecznie ukierunkowany na wspólne dobro, a związany z oddziaływaniem zasad wolnego rynku.

W koreferatach zaprezentowanych przez trzech byłych ministrów zdrowia: prof. Wojciecha Maksymowicza, dra Marka Balickiego i dra Leszka Sikorskiego podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: Co można było zrobić lepiej?

Na zakończenie spotkania w dyskusji, której przewodniczyli prof. Tomasz Grodzicki (Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum), prof. Mirosław Wysocki (Komitet Zdrowia Publicznego PAN), udział wzięli

przedstawiciele parlamentu, Rządu RP, Kancelarii Prezydenta, eksperci w dziedzinie zdrowia i dziennikarze. Minister ds. społecznych w Kancelarii Prezydenta Irena Wóycicka zauważyła, że obecnie nie ma żadnego oficjalnego dokumentu przedstawiającego i porządkującego cele polityki zdrowotnej. W wielu wypowiedziach podkreślano, że problemem jest zabezpieczenie finansowe, niewystarczająca liczba świadczeniodawców oraz starzejący się personel medyczny/niedobór kadry medycznej. Prof. Tomasz Zdrojewski (Gdański Uniwersytet Medyczny) zwrócił uwagę na znaczenie prac nad ustawą o zdrowiu publicznym. Zdaniem większości dyskutantów taka ustawa będzie integrować działania państwa zmierzające do wydłużenia życia i życia w zdrowiu, a przy odpowiednim zabezpieczeniu finansowym na rezultaty nie powinniśmy długo czekać. Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk będzie ze swej strony wspierał wszelkie działania zmierzające do poprawy zdrowia Polaków.

Przypisy

¹ M. Sandel, *Sprawiedliwość: jak postępować słusznie*, Kurhaus Publishing, Warszawa 2013.

² M. Sandel, *Czego nie można kupić za pieniądze: moralne granice rynku*, Kurhaus Publishing Media, Warszawa 2013.