

Wprowadzenie

Tematem przewodnim oddawanego do rąk Czytelników kolejnego numeru „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” jest finansowanie ochrony zdrowia. Wybór tematu jest uzasadniony niepodważalnymi faktami empirycznymi kształtującymi organizację i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia. Pierwszy odnosi się do ograniczoności dostępnych zasobów. Żaden kraj nie dysponuje takimi ekonomicznymi zasobami, które umożliwiłyby pełne zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych swoich mieszkańców. Drugi odnosi się do wykorzystania posiadanych zasobów. Ponieważ nikt nie dysponuje idealnym instrumentem ich alokacji, a w praktyce zarówno mechanizm rynkowy, jak i mechanizm racjonowania przez publiczne instytucje wykazują wiele wad, wyniki alokacji ograniczonych zasobów w ochronie zdrowia zawsze odbiegają od teoretycznego optimum możliwego do wyznaczenia w hipotetycznie idealnych warunkach doskonałego rynku lub działania oświeconego władcy.

Uniwersalny charakter ograniczoności zasobów i ich nieoptymalnego wykorzystania jednoczy ekspertów i *policy makers* na całym świecie w poszukiwaniu rozwiązań sprzyjających pozyskiwaniu dodatkowych środków finansowych i ich efektywniejszego zastosowania w konkretnych instytucjonalnych i ekonomicznych warunkach. O ile naukowa debata ze swej natury cechuje się neutralnością i otwartością wobec wyniku, debata polityczna i medialna naznaczona jest polaryzacją stanowisk. Charakterystycznym tego przykładem jest dyskusja prowadzona w Polsce, zdominowana przez dwa skrajne stanowiska. Wszyscy wprawdzie, jak się wydaje, zgadzają się co do tego, że pieniędzy na ochronę zdrowia jest „za mało”, a na dodatek po części są one marnotrawione. Wyciągane wnioski, a za nimi formułowane rekomendacje różnią się jednak diametralnie. Część uczestników dyskusji żąda rozpoczęcia naprawy systemu od zasadniczego podniesienia nakładów finansowych, szczególnie publicznych, choć także postulat zwiększenia nakładów prywatnych poprzez rozszerzenie współpłacenia pacjentów nie jest im obcy. Inni postulują najpierw „uszczelnienie systemu”, bez którego, jak twierdzą, nawet przy znacznym wzroście nakładów nie dojdzie do odczuwalnej poprawy sytuacji w systemie ochrony zdrowia. Pierwsi na potwierdzenie swoich postulatów często sięgają do porównań międzynarodowych, w których Polska na tle np. innych krajów europejskich nie wypadła korzystnie pod względem chociażby nakładów na opiekę zdrowotną w przeliczeniu na mieszkańca. Drudzy wskazują na wzrost nakładów realnych Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne, jaki miał miejsce w latach 2004–2009, który jednak nie przyczynił się do odczuwalnej poprawy funkcjonowania systemu.

Zamieszczone w prezentowanym dziś numerze „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia” artykuły

bezpośrednio odnoszą się do obu zidentyfikowanych na wstępie faktów i różnych propozycji praktycznej reakcji w ramach polityki finansowej sektora ochrony zdrowia. Pierwszy artykuł zawiera przegląd faktycznych i potencjalnych źródeł finansowania ochrony zdrowia. Powołując się na literaturę naukową i badania instytucji międzynarodowych, Autorki przedstawiają najpierw dwa główne modele finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych: model społecznych ubezpieczeń zdrowotnych i model finansowanej ze środków budżetowych narodowej służby zdrowia, precyzyjnie wskazując na obiektywne wady i zalety obu rozwiązań oraz możliwości ich stosowania w różnych warunkach ekonomicznych, społecznych i politycznych. Przedmiotem analizy podjętej w drugiej części artykułu są warunki i możliwości wykorzystania tzw. prywatnych środków pochodzących z bezpośrednich opłat lub dopłat gospodarstw domowych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz medycznych kont oszczędnościowych.

W celu dalszej analizy źródeł finansowania ochrony zdrowia wybrane zostały dwa teksty, dotyczące pozakrajowych źródeł finansowania, które rzadziej są prezentowane w polskiej literaturze naukowej. Tematem pierwszego z nich jest pomoc międzynarodowa organizowana dla krajów o niskim lub średnim dochodzie przez państwa wysoko rozwinięte, międzynarodowe instytucje finansowe i polityczne oraz różnego rodzaju fundacje. Dla wielu krajów, jak pokazują zebrane dane, pomoc ta stanowi najważniejsze źródło finansowania ochrony zdrowia. Dla słabiej rozwiniętych krajów członkowskich Unii Europejskiej, w tym także dla Polski, ważnym i ciągle dostępnym źródłem finansowania są fundusze strukturalne UE. W latach 2007–2013 przy współfinansowaniu z unijnych funduszy strukturalnych w polskiej ochronie zdrowia zrealizowano ponad 1000 inwestycji na kwotę 6 mld zł. Inwestycje te korzystnie zmieniły oblicze polskiej opieki zdrowotnej, a nowa unijna perspektywa finansowa na lata 2014–2020 pozwala optymistycznie patrzeć w przyszłość. Ale, jak podkreśla Autorka kolejnego artykułu, opierając się m.in. na krytycznych raportach Najwyższej Izby Kontroli, fundusze unijne nie zawsze są wykorzystywane racjonalnie, a nierzadko wskutek braku ich koordynacji dochodzi do nieefektywnego rozmieszczenia kosztownego i kosztochłonnego wyposażenia technicznego.

Następna grupa artykułów jest poświęcona prywatnym źródłom finansowania ochrony zdrowia. Autorzy pierwszego z nich, opierając się na systematycznym przeglądzie literatury, dokonują oceny obciążeń finansowych, z jakimi muszą się liczyć gospodarstwa domowe w krajach europejskich w związku z korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej. Różnice metodologiczne nie pozwalają wprawdzie na bezpośrednie porównanie danych zebranych w różnych krajach, umożliwiają jed-

nak identyfikację ogólnych trendów i uzasadniają sformułowanie tezy, iż zaobserwowany w ostatnich dekadach wzrost wydatków *out of pocket*, także w krajach bogatych, szczególnie jednak w tych słabiej rozwiniętych, prowadzi do wydatków katastroficznych i zubożenia niektórych grup gospodarstw domowych. Są to problemy, wobec których polityka społeczna i zdrowotna nie mogą przejść obojętnie.

Tematem kolejnego artykułu jest rzadko analizowany w literaturze polskiej model medycznych kont oszczędnościowych. Przedstawiając szeroko zalety i wady kont, a także warunki ich implementacji w kilku pozaeuropejskich krajach, Autorka zastanawia się nad możliwościami zastosowania tego interesującego instrumentu także na gruncie europejskich systemów ochrony zdrowia, borykających się z finansowymi konsekwencjami zmian demograficznych i postępującą dezintegracją tradycyjnych stosunków rodzinnych.

Autorzy ostatniej grupy tekstów swoją uwagę skupiają na aktualnych wątkach dyskusji o finansowej sytuacji i wyzwaniach stojących przed polskim systemem opieki zdrowotnej. Tematem pierwszego artykułu z tej grupy są zmiany w zadłużeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (głównie szpitali publicznych), do jakich doszło od 2005 r. Sformułowane wnioski nie nastawiają optymistycznie, mimo że, jak podkreśla Autor, w przeciwieństwie do wcześniejszych prób udało się znacząco i na stałe obniżyć poziom wymagalnych zobowiązań publicznych jednostek. Kolejny raz nie udało się jednak ostatecznie rozwiązać problemu niespłacanych w terminie długów, a na dodatek doszło do niepokojących przesunięć w regionalnej strukturze zadłużenia, a także ich koncentracji w istotnych dla funkcjonowania systemu specjalistycznych szpitalach uniwersyteckich i instytutach leczniczych utworzonych przez Ministerstwo Zdrowia.

Autorzy kolejnego artykułu tej grupy podejmują się natomiast oceny finansowania świadczeń opieki onkologicznej w Polsce oraz dyskutowanych obecnie propozycji zmian w tym zakresie. Zebrane dane jednoznacznie wskazują na znaczące obszary nieefektywności wykorzystania zasobów w leczeniu onkologicznym, stanowiących bezpośredni skutek nieprawidłowych wycen poszczegól-

nych świadczeń, na które świadczeniodawcy, jakże racjonalnie, reagują wzrostem podaży procedur dobrze wycenionych, lecz niekoniecznie optymalnych z medycznego punktu widzenia.

Ostatni tekst zamieszczony w prezentowanym numerze czasopisma odbiega nieco od głównego nurtu tematycznego. Jednak aktualność i waga podejmowanej problematyki uzasadniała jego szybką publikację. Przedmiotem podjętej w nim analizy prawnej i organizacyjnej są bowiem powoli już odczuwalne konsekwencje implementacji w polskim prawie i systemie ochrony zdrowia europejskiej dyrektywy o stosowaniu prawa pacjenta w opiece transgranicznej. Przedstawiając szczegółowo uprawnienia i zobowiązania wynikające z wprowadzenia dyrektywy dla pacjentów, świadczeniodawców i administracji systemu, Autorzy wskazują na wiele istotnych ich zdaniem niedociągnięć i niespójności prawa, które już w niedalekiej przyszłości mogą doprowadzić do zakwestionowania zasad regulujących dostępność świadczeń na terenie kraju. Skoro pacjent może się ubiegać o świadczenie za granicą, to tym bardziej powinien móc je uzyskać w kraju.

Tradycyjnie ostatnie strony numeru są poświęcone informacjom o interesujących wydarzeniach naukowych. Tym razem przedstawiamy Państwu nowy europejski projekt naukowy: „Promocja zdrowia i ochrona przed ryzykiem – działania na rzecz seniorów »Pro Health 65+«”. Celem projektu jest rozpoznanie determinant zdrowia populacji 65+ w krajach europejskich i wskazanie efektywnych programów i metod promocji zdrowia adresowanych do starszej populacji oraz implementacja wyników badań poprzez szkolenia dla instytucji promujących zdrowie wśród różnych grup osób starszych. Projekt jest koordynowany przez Uniwersytet Jagielloński w Krakowie we współpracy z Uniwersytetem w Maastricht, Uniwersytetem Cattolica del Sacro Cuore we Włoszech oraz Uniwersytetem w Bremie. W projekt zaangażowali się 32 eksperci reprezentujący takie dyscypliny, jak: epidemiologia, geriatryka, socjologia medycyny, ekonomika zdrowia, politologia, prawo oraz komunikacja społeczna.

Christoph Sowada