

w danym kraju i w danym okresie rozwoju. Zapewnienie wszystkim mieszkańcom równego dostępu do ochrony zdrowia stało się we współczesnym świecie „nakazem” moralnym adresowanym powszechnie do rządów i globalnych organizacji.

Usługi zdrowotne spełniają różne funkcje w cyklu życia człowieka: rozwijają i poprawiają potencjał zdrowia, utrzymują i przywracają zdrowie oraz je podtrzymują. Rozwiązania instytucjonalne, w których ramach funkcje te są realizowane, zwane są systemem ochrony zdrowia (lub niekiedy systemem zdrowotnym). Polski termin „ochrona zdrowia” utożsamiany z angielskim *health system* obejmuje zdrowie publiczne, opiekę zdrowotną, rehabilitację i opiekę długoterminową. Na **Schemacie 1** zaznaczono składowe ochrony zdrowia oraz pełnione funkcje. Największą skalę z punktu widzenia finansów ma **opieka zdrowotna**, zajmująca się głównie przywracaniem zdrowia. Stąd niekiedy nazywa się ją medycyną naprawczą. Tej części poświęcamy rozważania w tym artykule.

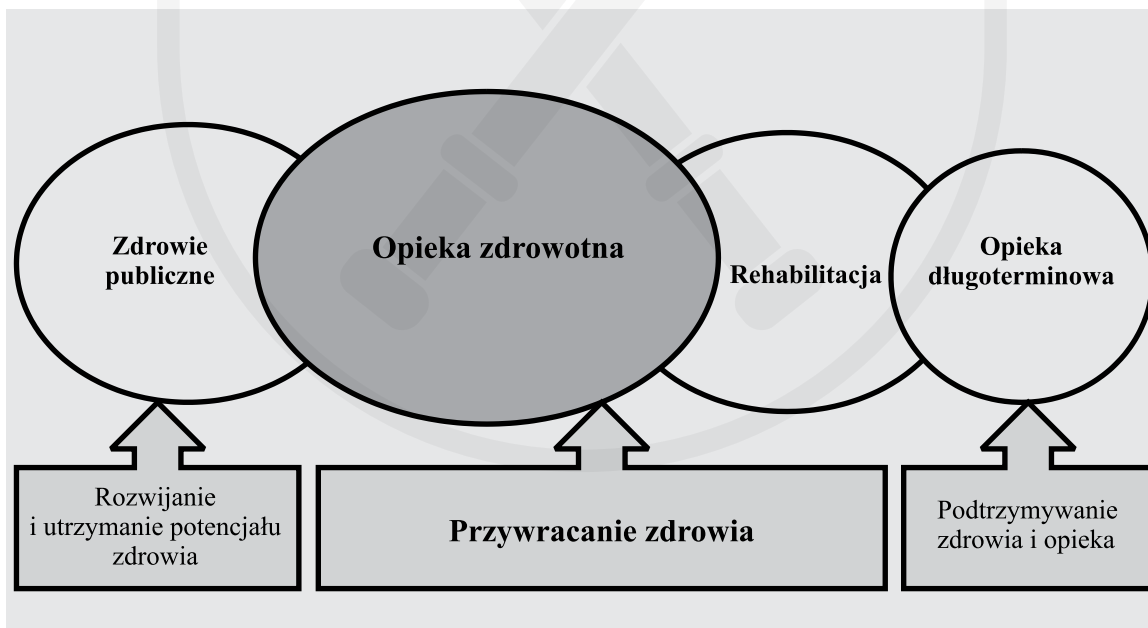
Jak w praktyce finansowana jest opieka zdrowotna i jakie są proporcje udziału obu źródeł finansowania: publicznego i prywatnego oraz jaka jest ocena efektów w obu przypadkach? Te pytania postawiono w tym artykule, sięgając przy odpowiedziach na nie przede wszystkim do analizy historycznej oraz porównawczej. Pytania te są ciągle aktualne w Polsce, w kraju stosunkowo niedawno przeprowadzonych reform ustrojowych i ekonomicznych. Jako że pytania te dotyczą też wyborów politycznych, to formułowane są niemal przy każdej kampanii wyborczej do parlamentu. Ciągle bowiem niektórzy politycy są przekonani, że kolejne zmiany źródeł finansowania mają uzasadnienie i są możliwe do przeprowadzenia.

1. Finansowanie ochrony zdrowia ze środków publicznych

Analizy finansowania opieki zdrowotnej obejmują trzy etapy: (1) analizę źródeł finansowania (*revenue collection*), następnie (2) analizę gromadzenia zebranych środków w instytucjach finansowych oraz ich alokację między instytucje czy agencje sektora zdrowotnego (*pooling*), które finansują świadczeniodawców (*purchasing*), co stanowi (3) kolejny proces analizy. Koncepcja metodologiczna etapowego podejścia do analizy finansowania systemu zdrowotnego została zaproponowana przez Josepha Kutzina, wzmocniona autorytetem WHO i opisana w jego pracach [2]. W tym artykule zajmujemy się tylko pierwszym etapem, czyli analizą źródeł finansowania, a w pierwszej jego części – tylko finansowaniem ze środków publicznych.

Zgodnie z polską ustawą o finansach publicznych¹ środki publiczne to:

- dochody publiczne;
- środki pochodzące z budżetu Unii Europejskiej oraz niepodlegające zwrotowi środki z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
- środki pochodzące ze źródeł zagranicznych niepodlegające zwrotowi, inne niż wymienione w poprzednim punkcie;
- przychody budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz innych jednostek sektora finansów publicznych pochodzące: (1) ze sprzedaży papierów wartościowych, (2) z prywatyzacji majątku Skarbu Państwa oraz majątku jednostek samorządu terytorialnego, (3) ze spłat pożyczek i kredytów udzielonych ze środków publicznych, (4) z otrzy-



Schemat 1. Podstawowe części ochrony zdrowia i ich funkcje.

Źródło: Opracowanie własne.

many pożyczek i kredytów, (5) z innych operacji finansowych;

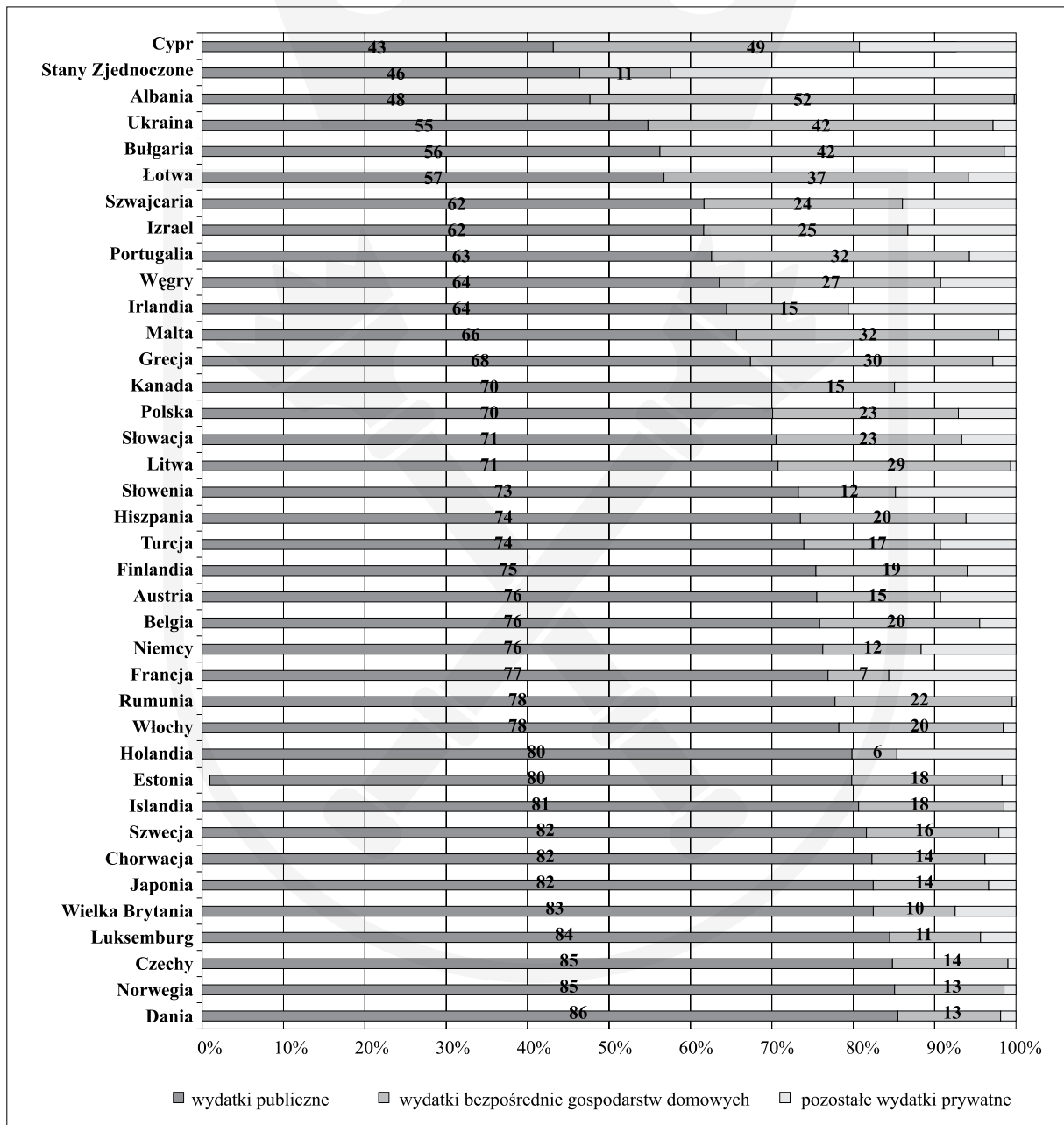
- przychody jednostek sektora finansów publicznych pochodzące z prowadzonej przez nie działalności oraz z innych źródeł.

Podstawową pozycją środków publicznych są dochody, na które składają się **daniny publiczne, czyli podatki, składki i opłaty**. Ściąganie dochodów publicznych odbywa się pod przymusem państwa, co oznacza, że wnoszenie danin jest obligatoryjne i uchylanie się od nich podlega karze, chyba że istnieją ustawowo określone zwolnienia, tak podmiotowe, jak i przedmiotowe.

W większości krajów świadczenia sektora zdrowotnego są finansowane w przeważającym stopniu ze środków

publicznych (**Wykres 1**). Udział środków publicznych w Polsce, wynoszący około 70%, jest relatywnie duży, aczkolwiek wśród krajów europejskich są i takie, w których udział ten zbliża się do 90%.

To, jaki rodzaj daniny publicznej jest głównym źródłem finansowania publicznego, różnicuje publiczne systemy zdrowotne na świecie. Różnice te są opisywane w postaci modelowej: model ubezpieczeniowy, wywodzący się z tradycji ubezpieczeń społecznych wprowadzonych w latach 80. XIX wieku w Rzeszy Niemieckiej przez kanclerza Bismarcka, lub model narodowej służby zdrowia (NSZ), opisany i zastosowany w Wielkiej Brytanii po drugiej wojnie światowej przez lorda Beveridge'a.



Wykres 1. Struktura całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną w 2012 r.

Źródło: WHO 2014 Global Health Expenditure Database.

1.1. Finansowanie opieki zdrowotnej ze składek na społeczne ubezpieczenie zdrowotne

W modelu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ) źródłem finansowania jest opłacana indywidualnie (bądź z udziałem pracodawcy) składka ubezpieczeniowa. Akceptacja składki wynika z obawy wystąpienia ryzyka pojawienia się nadzwyczajnych kosztów wywołanych chorobą. Jest rodzajem przedpłaty na poczet tych kosztów, które mogą się pojawić w przyszłości. Jako że odpowiednio skalkulowana składka jest obligatoryjna dla wszystkich i płacona systematycznie, a choroba może się pojawić w nieznannej przyszłości (lub zgoła nie pojawić się), to zebrane środki powinny stanowić dostateczne źródło finansowania opieki zdrowotnej. Odpowiednie kalkulowanie składki w ubezpieczeniu społecznym polega na takim ustaleniu stopy składki, aby możliwe było zbilansowanie przychodów i kosztów świadczeń oraz wyrównanie kosztów wystąpienia ryzyka w określonej liczbie ubezpieczonych i w określonym czasie ubezpieczenia. W tym bierze się pod uwagę zdolność ubezpieczonych do płacenia składki oraz zakres świadczeń, do których ubezpieczeni są uprawnieni. W przeciwieństwie do ubezpieczeń prywatnych kalkulacja składki w ubezpieczeniach społecznych nie bierze pod uwagę indywidualnego ryzyka zdrowotnego. Z tego powodu niektórzy autorzy są zdania, że ubezpieczenie społeczne nie jest *de facto* prawdziwym ubezpieczeniem, które ze swej istoty jest zorientowane na ryzyko (np. [3]).

Obecnie pojawiły się poważne trudności w bilansowaniu przychodów i kosztów opieki zdrowotnej w ubezpieczeniu społecznym związane ze zmianami demograficznymi populacji – z jej starzeniem się. Z jednej strony zwiększyły się potrzeby zdrowotne starzejącej się populacji, a z drugiej – zmniejsza się baza społeczna osób zdolnych i skłonnych do płacenia składek. Jednocześnie ciągle występują „stare” przyczyny utrudniające sfinansowanie SUZ. Nadal mają miejsce podmiotowe wyłączenia z obowiązku opłacania składek dla uprzywilejowanych przez państwo grup ludności i to zarówno w krajach dojrzałej demokracji, jak i w krajach rozwijających się. Równoległe występuje tendencja do pełnego pokrycia populacji zakresem ubezpieczenia zdrowotnego (*universal coverage*) wraz z utrzymaniem dotychczasowego zakresu przedmiotowego. Problem ten był szczególnie żywy w krajach Ameryki Łacińskiej [4], w których przeprowadzono wiele reform w kierunku dostosowania finansowania systemu ochrony zdrowia do specyficznych zjawisk społeczno-ekonomicznych tam występujących: znacznej skali szarej strefy zatrudnienia, niskich dochodów ludności i niskiego statusu zdrowotnego populacji.

W większości krajów utrzymuje się (próbując utrzymać) niezmienną stopę składki, mimo wzrostu cen składników wytwarzania usług zdrowotnych (produkcji świadczeń), przede wszystkim cen leków, sprzętu medycznego i wynagrodzeń. Niezwiększanie składki mimo presji rosnących cen i narastania potrzeb zdrowotnych populacji w starzejących się społeczeństwach prowadzi do rozważania zmiany modelu finansowania, także

w tradycyjnym kraju ubezpieczeń zdrowotnych, czyli w Niemczech [3].

Doświadczenie pokazuje, że zbilansowanie społecznych ubezpieczeń zdrowotnych stanowi poważny i uniwersalny problem finansów publicznych we wszystkich krajach, niezależnie od poziomu dochodów, prowadząc do licznych reform systemu zdrowotnego pod hasłem duszenia kosztów lub racjonowania świadczeń czy też ekwiwalentności wkładu do systemu i korzystania z niego. Nierzadko rozważana jest zmiana modelu ubezpieczeniowego na finansowanie z podatków ogólnych.

Bilansowanie przychodów i wydatków społecznych ubezpieczeń zdrowotnych realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w Polsce ma charakter automatyczny. To oznacza, że wydatki NFZ na świadczenia nie przekraczają przychodów NFZ ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Gdy w praktyce liczba i struktura udzielonych świadczeń odbiega od zawartej umowy z NFZ, świadczeniodawcy nie otrzymują środków na pokrycie kosztów tych świadczeń. Zwykle ma to miejsce pod koniec roku. Aby działać zgodnie z etycznym paradygmatem dostarczania świadczeń każdemu, kto tego bezwzględnie potrzebuje w celu ratowania zdrowia i życia, świadczeniodawcy zaciągają długi, które gdy narastają, tworzą najpoważniejszą trudność w ich funkcjonowaniu.

Polityczna odpowiedź na sytuację występowania długów, zaprezentowana w ramach reformy z końca ubiegłej dekady i stopniowo, chociaż z oporami, realizowana, polega na zwiększeniu skali rynku wewnętrznego w sektorze zdrowotnym. Tendencje komercjalizacyjne przy niskim poziomie finansowania opieki zdrowotnej ograniczają dostęp i zwiększają kolejki do lekarzy specjalistów, które wydłużają się dramatycznie.

1.2. Finansowanie opieki zdrowotnej z podatków ogólnych – narodowa służba zdrowia

Historia finansowania świadczeń zdrowotnych (**Tabela I**) w ramach budżetu państwa, czyli z podatków ogólnych, wywodzi się z tradycji tzw. zaopatrzenia społecznego oferowanego przez władze w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie swoich podwładnych, a dzisiaj – obywateli. To poczucie było związane z jednej strony z przekonaniem o potrzebie monitorowania (jak to dzisiaj powiedzielibyśmy) zachorowalności oraz wprowadzania zasad higieny jako metody kontrolowania epidemii i zakażeń, a z drugiej – z coraz bardziej uświadamianą zależnością między zdrowiem robotników przemysłowych a ich wydajnością oraz między zdrowiem żołnierzy a siłą militarną kraju. To zaopatrzeniowe podejście było charakterystyczne zarówno dla władz dużych państw, jak i mniejszych jednostek terytorialnych.

Wraz ze wzrostem fiskalnej zdolności państwa do ściągania podatków system zdrowotny zdobywał efektywne źródło przychodów dla swych obywateli. Podatki na potrzeby zdrowotne mogły być gromadzone w specjalnym funduszu. Urzędnicy państwowi nabierali umiejętności zarządzania funduszem i kontrolowania kosztów. Redystrybucja dokonywała się między zdrowymi i cho-

Model społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ) w starych krajach UE	Model społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ) w krajach postkomunistycznych	Model narodowej służby zdrowia (NSZ)
Niemcy – 1884	Węgry – 1990	Wielka Brytania – 1946
Austria – 1888/1889	Rosja – 1991	Szwecja – 1970 (z tendencją do udziału mieszanego)
Francja – 1928	kraje bałtyckie – 1991	Grecja – 1970 (z tendencją do systemu mieszanego)
Belgia – 1894	Słowacja – 1994	Finlandia – 1972 (z tendencją do systemu mieszanego)
Holandia – 1942	Gruzja – 1995	Norwegia – 1967
	Turkmenia – 1996	
	Czechy – 1997	Włochy – 1978 (zmieniły SUZ na NSZ)
	Kazachstan i Kirgizja – 1997	Portugalia – 1979 (zmieniła SUZ na NSZ)
		Hiszpania – 1986 (zmieniła SUZ na NSZ)
	Bułgaria – 2000	

Tabela I. Modele finansowania systemu zdrowotnego i okresy ich wprowadzenia.

Źródło: Opracowanie własne.

rymi oraz jednocześnie między bogatymi i biednymi, co uznawano za słuszne (sprawiedliwe).

System NSZ zaczął z czasem wykazywać wady, których wyrazem było permanentne niedofinansowanie i kolejki do lekarzy. Prowadziły do tego trzy główne przyczyny: (1) ograniczenia w podnoszeniu podatków z powodu ich niekorzystnego oddziaływania na zatrudnienie i oszczędności, (2) konkurencja sektora zdrowotnego z innymi sektorami o fundusze publiczne, w których świadczenia zdrowotne mimo deklarowanego znaczenia zwykle nie miały odpowiedniej rangi, i (3) relatywnie niska efektywność rządzenia sektorem zdrowotnym i zarządzania w publicznych placówkach medycznych.

Mimo tych wad system NSZ zyskiwał na politycznym uznaniu z powodu powszechnego dostępu i szerokiej bazy podatkowej, która ten dostęp gwarantowała. Ponadto wskaźniki zdrowia populacji w krajach z NSZ, której wzorem był system brytyjski, nie były gorsze, a zgoła nawet znacząco lepsze niż w krajach z systemem społecznego i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W latach 60. i 70. kilka krajów europejskich zmieniło system finansowania opieki zdrowotnej z modelu ubezpieczenia społecznego na model NSZ: Hiszpania, Portugalia, Włochy i Grecja [5].

Świadczenia zdrowotne w europejskich krajach socjalistycznych (wśród nich także w Polsce) ogólnie finansowane były według modelu NSZ zwanej budżetowym modelem Siemaszki. Te kraje z kolei w latach 90. ubiegłego wieku zmieniły model budżetowy na SUZ [6, 7]. W Polsce uczyniono to w 1999 r. Powody tego kierunku reformowania systemu zdrowotnego, przeciwnego niż w krajach zachodnioeuropejskich, miały związek z powszechnym przekonaniem, że system budżetowy jest nietransparentny, niedostatecznie kontrolowany, a rządzenie nieefektywne. Jednak nadal toczy się debata,

czy było to zasadne i czy nie wrócić do systemu finansowania ochrony zdrowia przez budżet państwa.

1.3. Z podatków czy ze składek?

Aby odpowiedzieć na często zadawane przez polityków pytanie, jaki model finansowania jest lepszy, trzeba określić kryteria i zapytać – pod jakim względem. W Tabeli II uwzględniono pięć kryteriów, jakie są zwykle brane pod uwagę w ocenie, gdy podejmuje się debatę o zmianie systemu finansowania – w przejściu z modelu SUZ na model NSZ.

Pierwsze z kryteriów dotyczy zwykle oddziaływania na równowagę finansową systemu. Z tego punktu widzenia większy potencjał do równoważenia ma SUZ. Jednak w praktyce zależy to istotnie od jakości rządzenia. Także systemy ubezpieczeniowe bywają nie zrównoważone i rządy muszą dopłacać do funduszy ubezpieczeń zdrowotnych, aby sprostać zdefiniowanym uprawnieniom i zgłaszanym potrzebom zdrowotnym, a także wyrównywać koszty nieefektywnego zarządzania. Finansowy aspekt dotyczy też kosztów administracyjnych funkcjonowania. W tym przypadku przewagę mają systemy NSZ.

Drugie kryterium jest związane z oddziaływaniem na rynek pracy. Systemy ubezpieczeniowe w epoce przemysłowej sprzyjały motywacji do zatrudnienia. Praca dawała bowiem tytuł do zabezpieczenia społecznego pracownika i jego rodziny. Obecnie, w epoce przemysłowej, gdy tradycyjna forma umowy o pracę nie jest normą, a pracodawcy chętnie korzystają z elastycznych form zatrudniania pracowników, obligatoryjna składka na SUZ jest dla nich rozwiązaniem niekorzystnym, zbyt obciążającym pozapłacowe koszty pracy. Aby jej nie płacić, uciekają się do zatrudniania mniej formalnego czy wręcz nieformalnego. Stąd analizy porównawcze wskazują na to, że systemy ubezpieczeniowe, szczególnie w krajach

Wymiary oceny	Społeczne ubezpieczenia zdrowotne		Narodowa służba zdrowia	
	Zalety	Wady	Zalety	Wady
Finansowanie	Transparentność w zbieraniu przychodów. Tendencja do równowagi między przychodami i wydatkami.	Opiera się na zatrudnieniu i w gospodarce o niskiej stopie zatrudnienia stwarza problemy z dopływem środków.	Dostęp do środków na podstawie powszechnego podatku – szeroka baza.	Brak związku między przychodami i wydatkami.
Koszty funkcjonowania systemu	Zależą od liczby ubezpieczycieli – duże w sytuacji licznych kas oraz regulacji i instytucji koordynujących – koszty transakcyjne.		Zależą od skali administracji oraz efektywności zarządzania narodową służbą zdrowia – mogą być relatywnie niskie.	
Wpływ na rynek pracy	Sprzyja motywacji do zatrudnienia (głównie w epoce rynku pracy producenta).	Składka stanowi koszt pracy i jeśli jest zbyt wysoka, zmniejsza konkurencyjność gospodarki; może sprzyjać nieformalnemu zatrudnieniu.	Wpływ neutralny.	Brak motywacji do zatrudnienia.
Wpływ na dostęp do świadczeń zdrowotnych	Presja na zdefiniowanie ryzyka zdrowotnego i utworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych.	Tworzy marginesy braku dostępu do świadczeń (kryterium dostępu jest status ubezpieczonego) i wymaga stworzenia rozwiązań dodatkowych.	Podmiotowa kompletność (kryterium dostępu jest status rezydenta, obywatela).	W warunkach trudności z realizacją pełnego dostępu – tworzenie administracyjnych ograniczeń.
Wpływ na autonomię systemu (mniejszą zależność od bieżącej polityki i grup interesów)	System bardziej autonomiczny, możliwość samorządu.	Możliwość ograniczonego wpływu polityki zdrowotnej na ubezpieczycieli.	Możliwość godzenia celów zdrowia publicznego i medycyny „naprawczej”.	Możliwość wpływu interesów politycznych w corocznych przetargach budżetowych, możliwość zgłaszania niskich preferencji dla zdrowia w decyzjach alokacyjnych.

Tabela II. Porównanie dwóch modeli finansowania opieki zdrowotnej: ubezpieczeniowego oraz narodowej służby zdrowia według wybranych kryteriów.

Źródło: Opracowanie własne.

mniej zamożnych, sprzyjają rozwojowi szarej strefy zatrudnienia [8, 9].

Istotnym kryterium jest dostęp do świadczeń zdrowotnych. Który z modeli zapewni lepszy dostęp, to pytanie, mimo że zasadnicze, uwzględniane jest zwykle przez decydentów politycznych w dalszej kolejności, chociaż presja WHO [10] na powszechność dostępu (*universal coverage*) jest wyraźna. W systemie NSZ dostęp jest powszechny – prawo do świadczeń mają wszyscy obywatele. Gdy jednak nie przeznaczają odpowiedniej części zebranych podatków na finansowanie opieki zdrowotnej lub podatki są ogólnie niskie, to powszechny dostęp oznacza często kolejki do świadczeń i rozwój systemów ponadstandardowych poza NSZ. W systemie SUZ natomiast prawo do świadczeń mają tylko osoby ubezpieczone. W związku z tym że ubezpieczenie jest obowiązkowe, a prawo do świadczeń zdrowotnych określa regulacja najwyższej rangi (konstytucja), to poza systemem jest zwykle niewielka grupa obywateli. Jednak z różnych powodów w wielu krajach istnieją takie grupy ludności. Najczęściej są to osoby definiowane jako „wykluczone” społecznie: bierne zawodowo, długookresowo bezrobotne, bez prawa do świadczeń emerytalno-rentowych. Dla tych osób organizuje się dostęp do usług zdrowotnych poprzez pomoc społeczną. Nie zawsze jest to jednak rozwiązanie dostatecznie skuteczne. Sieć pomocy społecznej bywa

ograniczona oraz wymagająca indywidualnego zgłoszenia, a osoby wykluczone zazwyczaj nie podejmują odpowiedniej aktywności.

Ważnym kryterium oceny systemów finansowania jest ich podatność na bieżącą politykę czy wpływy grup interesów. Z tego punktu widzenia systemy „oddalone” od rządów, bardziej samorządowe czy zdecentralizowane, mogą budzić więcej zaufania. To kryterium miało istotne znaczenie w debacie mającej miejsce w krajach postsocjalistycznych, które w istotnej mierze z tego powodu zmieniły swoje NSZ na SUZ. Można jednak dostrzec także inną tendencję, szczególnie w krajach o niskich dochodach – na rozwiązania w kierunku centralizacji i tworzenia NSZ jako antidotum na ułomne systemy SUZ organizowane regionalnie czy lokalnie.

W niektórych pracach porównawczych próbuje się też ocenić wpływ sposobów finansowania systemu zdrowotnego na zdrowie populacji. Mimo że trudno wskazać mechanizm tego wpływu, to można pokazać pewne korelacje, co jednak nie oznacza zależności. Systemy ubezpieczeniowe są jakby gorsze z punktu widzenia oddziaływania na zdrowie. Mają zwykle mniejszy zakres aktywności w sferze zdrowia publicznego i wśród nich – mniejszy zakres badań przesiewowych [11]. Jednak w krajach z SUZ także w ramach ubezpieczenia podejmowana jest niejednokrotnie działalność z zakresu prewencji, np. w Niemczech.

2. Finansowanie opieki zdrowotnej ze środków prywatnych

Oprócz publicznych podmiotów opiekę zdrowotną mogą finansować również podmioty prywatne, takie jak gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, prywatni ubezpieczyciele czy organizacje pozarządowe. Środki prywatne, choć w większości krajów wysoko rozwiniętych nie stanowią dominującego źródła finansowania opieki zdrowotnej, zyskują na znaczeniu w obliczu wzrastających kosztów opieki zdrowotnej, przede wszystkim na skutek zmian demograficznych i rozwoju nowych technologii medycznych. Pokrycie wszystkich kosztów z ograniczonych środków publicznych staje się coraz mniej możliwe, a zatem konieczne jest przerzucenie części odpowiedzialności za finansowanie opieki zdrowotnej na podmioty prywatne.

Efekt fiskalny nie jest jednak jedynym oczekiwanym skutkiem zwiększenia roli finansowania prywatnego w opiece zdrowotnej. Jak wspomniano we wprowadzeniu, usługi opieki zdrowotnej posiadają także cechy dóbr prywatnych, a zatem elementy rynkowe mogą w niektórych sytuacjach prowadzić do bardziej racjonalnego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia i poprawy efektywności w systemie. Główne sposoby finansowania opieki zdrowotnej ze środków prywatnych to opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych (*out-of-pocket*), prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz medyczne konta oszczędnościowe.

2.1. Finansowanie opieki zdrowotnej poprzez opłaty bezpośrednie gospodarstw domowych

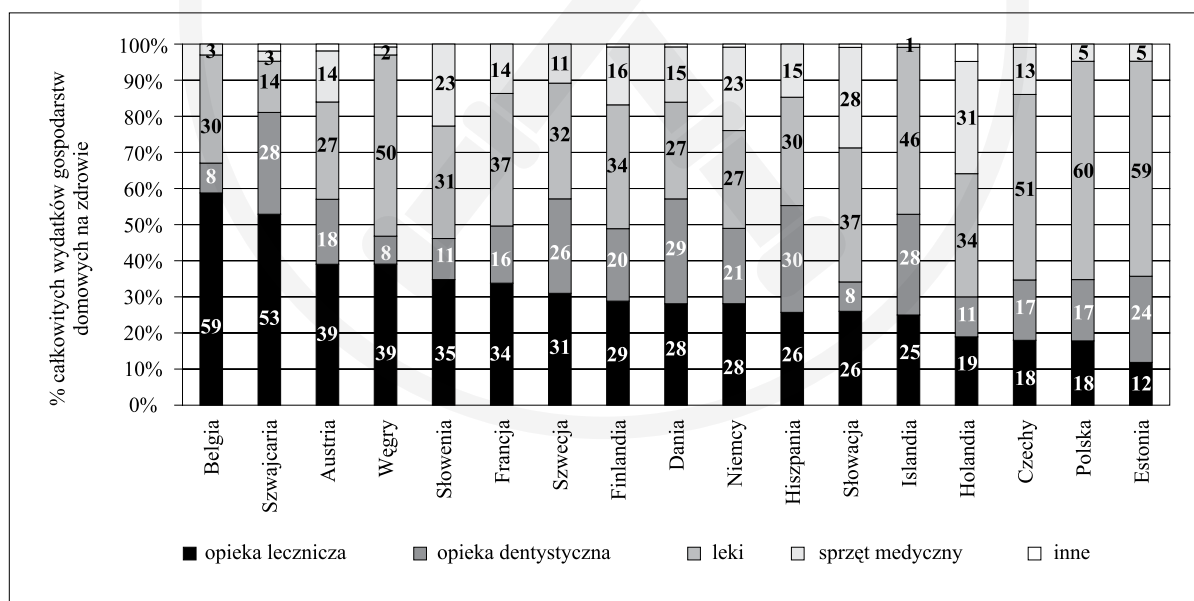
Wydatki bezpośrednie, czyli z kieszeni świadczeniobiorcy (*out-of-pocket*), są to opłaty ponoszone przez gospodarstwa domowe w momencie korzystania z opieki

zdrowotnej. Znaczenie opłat bezpośrednich w finansowaniu opieki zdrowotnej w dużej mierze jest uzależnione od zamożności danego kraju. W krajach biedniejszych, które przeznaczają mniej środków publicznych na opiekę zdrowotną, obciążenie gospodarstw domowych wydatkami na zdrowie jest większe. W Europie to przede wszystkim kraje obszaru środkowo-wschodniego (Albania, Bułgaria, Ukraina, zob. Wykres 1).

Kategoria wydatków gospodarstw domowych obejmuje różne rodzaje opłat za opiekę zdrowotną. Mogą to być wydatki na świadczenia, a także na leki czy sprzęt medyczny. W krajach Europy Zachodniej wydatki na świadczenia dominują, podczas gdy w krajach Europy Środkowo-Wschodniej częściej są to wydatki na leki (Wykres 2), choć należy zaznaczyć, że w przypadku krajów postkomunistycznych wydatki konsumentów na świadczenia mogą być niedoszacowane, gdyż często są to opłaty nieformalne nieuwzględniane w statystykach. Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych obejmują opłaty za usługi nabywane na rynku dóbr prywatnych, jak i dopłaty do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

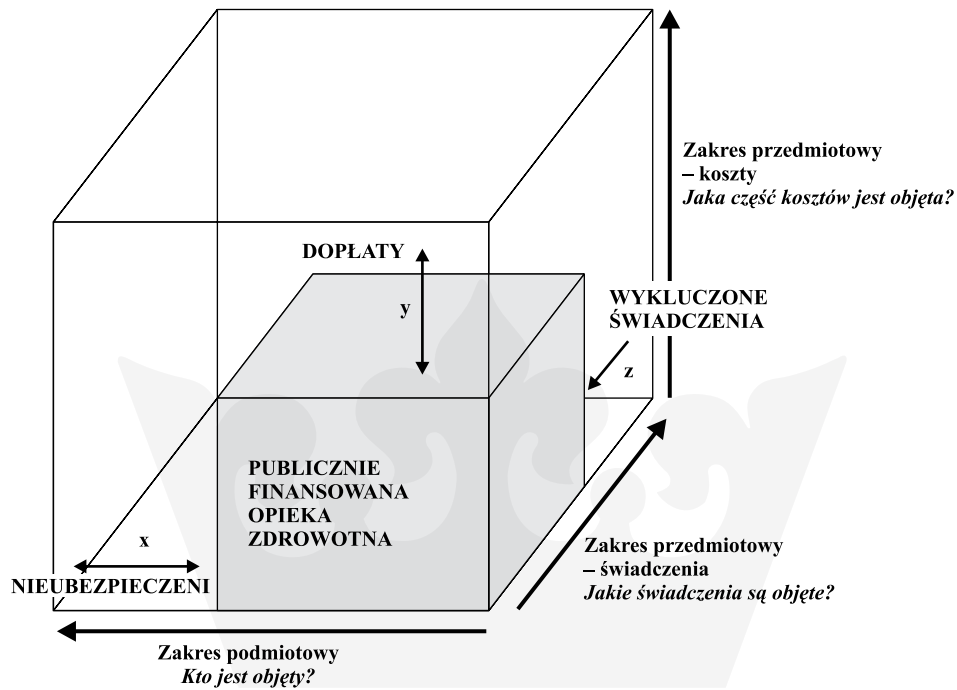
Opłaty za korzystanie z opieki zdrowotnej na rynku dóbr prywatnych

Korzystanie z opieki zdrowotnej na rynku prywatnym, gdzie pacjent (konsument) płaci cenę rynkową, może wynikać z przedmiotowej niekompletności systemu finansowanego ze środków publicznych (zob. Schemat 2, obszar zaznaczony literą „z”). Konieczność wykluczenia pewnych dóbr i usług z koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach systemu finansowanego ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne bądź z podatków ogólnych wynika przede wszystkim z ograniczonych możliwości finansowych publicznego płatni-



Wykres 2. Struktura wydatków gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną w 2011 r.

Źródło: OECD Health at a Glance 2013. OECD Indicators.



Schemat 2. Wymiary publicznego systemu finansowania opieki zdrowotnej.

Źródło: Na podstawie WHO (2010).

ka. Na decyzję, które świadczenia powinny być finansowane ze środków publicznych, a które nie, składa się wiele elementów, takich jak istotność świadczenia dla zdrowia populacji, jego skuteczność i bezpieczeństwo czy efektywność. W większości krajów, także w Polsce, duża część usług z zakresu opieki dentystycznej nie jest objęta finansowaniem publicznym i konsumenci płacą za te świadczenia bezpośrednio w momencie korzystania (zob. Wykres 2).

Na rynku dóbr prywatnych mogą być nabywane także dobra, które mieszczą się w zakresie świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Dzieje się tak w sytuacji, gdy system publiczny nie zapewnia odpowiedniej dostępności czy jakości opieki, natomiast oferują ją producenci prywatni. W takiej sytuacji konsumenci decydują się na zakup usługi świadczonej prywatnie, mimo posiadanego uprawnienia do bezpłatnej opieki zdrowotnej w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych. W Polsce np. zbyt długi czas oczekiwania na wizytę w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w ramach systemu publicznego niejednokrotnie skłania ubezpieczonych do korzystania z tych świadczeń w systemie prywatnym.

Bezpośrednie nabywanie usług zdrowotnych u prywatnego świadczeniodawcy może także wynikać z braku uprawnień do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (podmiotowa niekompletność, Schemat 2, obszar zaznaczony literą „x”). Nieobjęcie całej populacji systemem publicznym występuje na ogół w systemach opartych na modelu ubezpieczeniowym. Jak wyżej wspomniano, mimo że na ogół dąży się do tego, aby systemy te były uniwersalne, pewne grupy spo-

łeczne mogą nie posiadać uprawnień do ubezpieczenia społecznego (grupy wykluczone społecznie trudne do zidentyfikowania czy jednostki dobrowolnie opuszczające system publiczny). Przykładowo na Cyprze wysoki udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w całkowitych wydatkach na zdrowie (zob. Wykres 1) wynika w dużej mierze z nieobjęcia systemem publicznym osób z wysokimi dochodami (ok. 15% populacji).

Dopłaty do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Gospodarstwa domowe mogą być także zobowiązane do dopłacania do opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Schemat 2, obszar zaznaczony literą „y”). Formy takich dopłat mogą być zróżnicowane (zob. **Tabela III**).

Wprowadzenie dopłat do dóbr i usług finansowanych ze środków publicznych w naturalny sposób pociąga za sobą efekt fiskalny, tj. wygenerowanie środków finansowych, co może zmniejszać obciążenie dla systemu publicznego (pewna część kosztów zostaje pokryta przez gospodarstwa domowe). Nałożenie ceny (opłaty) na świadczenia może jednak odciążyć system publiczny także poprzez wpływ na zachowania konsumentów, tj. zmniejszenie korzystania z opieki zdrowotnej.

Ograniczenie popytu na świadczenia zdrowotne może być zjawiskiem zarówno pozytywnym, jak i negatywnym. Gdy świadczenia są dostępne bezpłatnie, mamy do czynienia ze zjawiskiem pokusy ich nadużywania (*moral hazard*). Dostarczane są wtedy świadczenia, których koszty produkcji przewyższają korzyści z ich konsumpcji. Rezygnacja z takich świadczeń zwiększa zatem efektyw-

Forma	Opis	Przykłady krajów stosujących daną formę dopłat do świadczeń finansowanych ze środków publicznych*
Współpłacenie (<i>co-payment</i>)	Ryczałtowa opłata, jej wysokość jest niezależna od kosztów świadczenia, np. pacjent płaci 10 zł za każdą wizytę.	Czechy, Irlandia, Łotwa, Portugalia, Szwecja, Francja
Współubezpieczenie (<i>co-insurance</i>)	Udział procentowy pacjenta w kosztach świadczenia, np. pacjent pokrywa 20% kosztów wizyty/hospitalizacji.	Austria, Belgia, Francja, Słowenia, Szwajcaria
Franszyza (<i>deductibles</i>)	Pacjent pokrywa pełne koszty świadczenia do określonego limitu, np. przy rocznej franszyzie w wysokości 200 zł pacjent pokrywa pełne koszty świadczeń aż do momentu uiszczenia w danym roku kwoty 200 zł.	Holandia, Szwajcaria
Indemnizacja (<i>indemnity/balance billing/extra billing</i>)	Opłata za świadczenie, która jest różnicą pomiędzy ceną świadczenia a kwotą refundowaną ze środków publicznych, np. jeśli płatnik publiczny refunduje koszt wizyty do kwoty 70 zł, a cena wizyty wynosi 100 zł, pacjent płaci 30 zł.	Belgia, Francja

* Niektóre kraje wykorzystują więcej niż jedną formę dopłat (więcej informacji w: Tambor M. i in., *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*, „European Journal of Public Health” 2011; 21: 585).

Tabela III. Formy dopłat do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Źródło: Opracowanie własne.

ność alokacyjną w systemie, gdyż możemy wykorzystać ograniczone zasoby do produkcji innych dóbr, które przyniosą większe korzyści. Zmniejszenie popytu na opiekę zdrowotną może być zjawiskiem negatywnym wtedy, gdy redukcja dotyczy świadczeń przynoszących istotne korzyści zdrowotne i przewyższa koszty. Rezygnacja z tych wartościowych świadczeń może wynikać z braku zdolności finansowej konsumenta do dopłacania bądź też niemożności właściwej oceny wartości danego świadczenia.

Dopłaty do publicznie finansowanej opieki zdrowotnej są w krajach europejskich powszechne [12, 13]. We wszystkich krajach pacjenci są zobowiązani dopłacać do leków. Większość krajów Europy Zachodniej wprowadziła także dopłaty do publicznie finansowanych świadczeń opieki zdrowotnej, przede wszystkim jako mechanizm regulujący popyt i poprawiający efektywność. Natomiast w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, które borykają się z problemem niskiego finansowania opieki zdrowotnej i niską jakością świadczeń, dopłaty te są częściej postrzegane jako źródło dodatkowych środków dla systemu [12]. Ponadto oczekuje się, że formalne opłaty mogłyby wyeliminować powszechne w tych krajach opłaty nieformalne. Niemniej jednak istnieje duży sprzeciw społeczny wobec wprowadzenia dopłat do publicznie finansowanych świadczeń i podejmowane próby nie zawsze są skuteczne. W wyniku braku społecznej akceptacji i konsensusu politycznego opłaty zostały wycofane na Węgrzech oraz na Słowacji. Przeprowadzone badania wskazały, iż sprzeciw wobec dopłacania w tych krajach nie wynikał z ogólnego braku skłonności konsumentów do płacenia za opiekę zdrowotną, ale z niechęci do dopłacania do opieki o niskiej jakości i ograniczonej dostępności [14]. W Polsce, mimo nieodosobnionych opinii o zasadności wprowadzenia opłat, jak dotąd nie zrobiono tego kroku. Pacjenci dopłacają natomiast w dużej mierze do produktów medycznych, głównie leków.

Dowody empiryczne na skuteczność dopłat w kształtowaniu popytu na opiekę zdrowotną w celu poprawy

efektywności są ograniczone. Badania w tym zakresie, a wśród nich najbardziej znany eksperyment RAND (*health insurance experiment*) przeprowadzony w USA w latach 70. ubiegłego wieku [15], pokazały, że dopłaty obniżają korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej, ale głównie wśród grup wrażliwych społecznie (osób z niskimi dochodami, przewlekle chorych), a zmniejszenie korzystania dotyczy wszystkich świadczeń, tj. nie tylko tych przynoszących niższe korzyści, ale także świadczeń istotnych dla zdrowia pacjenta. Takie wyniki wskazują na negatywny wpływ dopłat na sprawiedliwość (*equity*) w korzystaniu i ograniczoną możliwość poprawy efektywności w systemie. Kraje, wprowadzając dopłaty, starają się ograniczać te negatywne skutki poprzez zastosowanie górnych limitów dopłat, a także obniżanie lub zwalnianie z dopłat wybranych grup społecznych (najczęściej osób z niskimi dochodami, dzieci, osób starszych, chorych przewlekle). Dopłaty często nie obejmują także świadczeń z zakresu prewencji, tak aby zachęcić konsumentów do korzystania z tych usług. Promuje się ponadto nowe rozwiązania w zakresie dopłat, takie jak dopłaty oparte na wartości (*value-based cost-sharing*)² [16], które miałyby skuteczniej modelować popyt na opiekę zdrowotną.

2.2. Finansowanie opieki zdrowotnej poprzez prywatne ubezpieczenia zdrowotne

Kolejną możliwością finansowania opieki zdrowotnej ze środków prywatnych są prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Jest to forma przedpłaty w większości przypadków dobrowolna. Prywatne ubezpieczenia w niewielkim stopniu prowadzą do redystrybucji dochodu, gdyż wysokość płaconej składki zależy od ryzyka zdrowotnego kalkulowanego dla jednostki bądź dla określonej grupy ubezpieczonych (*community-, group-rated premium*), a nie od dochodu (jak w przypadku SUZ).

Istnieje kilka rodzajów prywatnych ubezpieczeń, które zostały wyodrębnione na podstawie ich roli w relacji do publicznego systemu finansowania. Wyróżnia się prywatne ubezpieczenie uzupełniające (*complementary*), które pokrywa koszty świadczeń wykluczonych z koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego systemu, bądź też koszty dopłat do publicznie finansowanych świadczeń (zob. Schemat 2, obszary zaznaczone literami „y” oraz „z”).

Prywatne ubezpieczenia mogą także dotyczyć świadczeń, które są w całości objęte systemem finansowania publicznego, ale ubezpieczyciel prywatny oferuje szybszy dostęp bądź większy wybór świadczeniodawców dla konsumenta. Są to ubezpieczenia dodatkowe (*supplementary*). Natomiast o ubezpieczeniu substytucyjnym (*substitutive*) mówimy, gdy zastępuje ono system publiczny, a więc dotyczy osób, które nie są nim objęte (zob. Schemat 2, obszar zaznaczony literą „x”), np. gdy istnieje wybór pomiędzy ubezpieczeniem się w systemie publicznym bądź prywatnym (np. osoby z wysokimi dochodami w Niemczech). W polskiej literaturze przedmiotu nazywane są ubezpieczeniami alternatywnymi [17].

Promowanie rozwoju ubezpieczeń prywatnych, podobnie jak zwiększenie roli finansowania opieki zdrowotnej z opłat bezpośrednich gospodarstw domowych, ma na celu zmniejszenie presji finansowej na system publiczny. Ubezpieczenia, czyli wprowadzenie tzw. trzeciej strony do transakcji między świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą zamiast bezpośredniego opłacania świadczeniodawcy, jest rozwiązaniem bezpieczniejszym, gdyż rozkładając ryzyko w czasie i częściowo też pomiędzy ubezpieczonych, chroni jednostki przed wysokimi wydatkami w momencie pojawienia się potrzeby zdrowotnej lub przed rezygnacją ze świadczeń w przypadku braku środków finansowych. Od rozwiązań ubezpieczeniowych oczekuje się ponadto, iż konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami i chęć wygenerowania zysków będą motywowały do podnoszenia efektywności (np. poprzez ograniczenie kosztów administracyjnych), innowacyjności i lepszej jakości opieki zdrowotnej dla pacjentów.

W skali globalnej ubezpieczenia prywatne nie odgrywają jednak istotnej roli w finansowaniu opieki zdrowotnej. Ich znaczenie jest większe w niektórych krajach posiadających słabo rozwinięte i niedofinansowane systemy publicznego zabezpieczenia (np. RPA) albo w krajach, które oparły finansowanie opieki zdrowotnej właśnie na prywatnych ubezpieczeniach (USA). W Europie prywatne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują obok publicznych systemów finansowania opieki zdrowotnej. Ich rola i znaczenie są jednak zróżnicowane. Krajem, który posiada najbardziej rozwinięty rynek prywatnych ubezpieczeń, jest Francja, gdzie ok. 90% populacji posiada prywatne ubezpieczenie (przede wszystkim komplementarne) na pokrycie kosztów dopłat do publicznie finansowanej opieki zdrowotnej i świadczeń nieobjętych finansowaniem publicznym, a wydatki ubezpieczycieli prywatnych stanowią ok. 14% całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną [18, 19]. Podobnie w Słowenii prywatne ubezpieczenia komplementarne na pokrycie kosztów obowiązkowych dopłat do świadczeń są powszechne

(tj. obejmują ponad 80% populacji) [18]. W większości krajów Europy Środkowo-Wschodniej znaczenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest jednak marginalne. W Polsce funkcjonują głównie formy quasi-ubezpieczeniowe, polegające na oferowaniu przez pracodawców pakietów świadczeń w ramach abonamentów (ryczałtowej opłaty). Pracodawcy oferują takie pakiety swym załogom razem ze świadczeniami z zakresu medycyny pracy, które pracodawcy są zobowiązani finansować dla swych pracowników. Świadczenia te pracodawcy nabywają na ogół na prywatnym rynku usług zdrowotnych. Formy czysto ubezpieczeniowe funkcjonują głównie w ramach innych ubezpieczeń, np. jako część ubezpieczenia na życie, i wtedy najczęściej oferują świadczenia pieniężne, np. wypłata ubezpieczonemu dziennego ryczału za każdy dzień hospitalizacji.

Główną barierą w rozwoju ubezpieczeń prywatnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej są relatywnie niskie dochody ludności i niska zdolność do oszczędzania. Stąd niektóre kraje stymulują rozwój ubezpieczeń poprzez wprowadzenie różnych zachęt, a szczególnie ulg podatkowych dla pracodawców w celu rozwoju ubezpieczeń grupowych. Mała rola ubezpieczeń prywatnych wynika też częściowo ze specyfiki struktury wydatków na opiekę zdrowotną. Dużą część wydatków indywidualnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej stanowią wydatki na leki, a ubezpieczyciele prywatni rzadziej oferują polisy pokrywające koszty leków. Wydaje się mimo wszystko, że w zakresie usług zdrowotnych istnieje przestrzeń dla ubezpieczeń dodatkowych, oferujących wyższą jakość i dostępność do opieki zdrowotnej, które w niedofinansowanych systemach publicznych krajów Europy Środkowo-Wschodniej są niskie. Niemniej jednak brak transparentności w systemie, np. niejasno zdefiniowana jakość i dostępność świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, stanowi barierę wejścia na rynek prywatnych ubezpieczycieli, a także zniechęca konsumentów do zakupu prywatnego ubezpieczenia. Konsument, nie mając jasności, co prywatny ubezpieczyciel mógłby im zaoferować, preferują inne metody poprawy jakości i zwiększenia dostępności opieki, takie jak tradycyjnie stosowane (i prawdopodobnie indywidualnie mniej kosztowne) opłaty nieformalne.

Dowody empiryczne wskazują, że w krajach europejskich prywatne ubezpieczenia posiadają przed wszystkim osoby z grup o korzystnych cechach ekonomiczno-demograficznych, a więc osoby z wyższymi dochodami, młodsze i o lepszym stanie zdrowia [18, 20]. Wynika to przede wszystkim z ich wyższej zdolności finansowej do płacenia składek ubezpieczeniowych, ale także z pewnych prawidłowości w zachowaniach prywatnych ubezpieczycieli, polegających na ograniczaniu dostępu dla osób z większym ryzykiem zdrowotnym, czyli selekcjonowaniu ryzyka, zwane „spijaniem śmietanki” (*risk selection, cream skimming*). Dla prywatnego ubezpieczyciela ubezpieczenie osób z niższym ryzykiem zachorowania jest korzystniejsze niż równy dostęp wszystkich chętnych. Dlatego częstą praktyką prywatnych ubezpieczycieli, jak wynika z doświadczenia krajów europejskich, jest zamykanie dostępu osobom z określonym schorzeniem

bę osób powyżej pewnej granicy wieku (starszym). Brak dostępu do ubezpieczeń prywatnych dla tych grup (wrażliwych społecznie) stanowi *de facto* oznakę występowania nierówności w zdrowiu, szczególnie w przypadku gdy opieka zdrowotna oferowana w ramach systemu publicznego nie jest kompletna, tj. gdy w koszyku świadczeń gwarantowanych przez sektor publiczny nie ma usług ważnych pod względem zdrowotnym bądź gdy istnieją wysokie dopłaty do świadczeń. W tych sytuacjach posiadanie ubezpieczenia uzupełniającego zabezpiecza jednostkę przed wysokimi wydatkami bezpośrednimi lub koniecznością rezygnacji ze świadczeń. We Francji np. osoby nieposiadające prywatnego ubezpieczenia uzupełniającego częściej rezygnują ze świadczeń zdrowotnych niż osoby ubezpieczone [18].

W przypadku gdy system publiczny zapewnia obywatelom podstawowy zakres opieki zdrowotnej bezpłatnie, a ubezpieczenia prywatne stanowią jedynie dodatek, dający np. większy wybór świadczeniodawców czy krótszy czas oczekiwania, to korzystanie z tych ubezpieczeń jedynie przez grupy zamożniejsze i młodsze nie stanowi zbyt dużego naruszenia równości dostępu. Niemniej jednak problem może się pojawić, gdy granice pomiędzy publicznym a prywatnym systemem nie są dobrze określone i opieka zdrowotna oferowana w ramach prywatnego ubezpieczenia opiera się na zasobach (kadrowych, infrastrukturalnych) systemu publicznego. W takich sytuacjach **polepszenie dostępności czy jakości dla pacjentów ubezpieczonych prywatnie może się wiązać z jej pogorszeniem dla pacjentów w systemie publicznym.**

Dowody empiryczne na wyższą efektywność prywatnych ubezpieczycieli w wykorzystywaniu zasobów

nie są jednoznaczne [18]. Wielu ubezpieczycieli, chcąc wygenerować większy zysk, robi to nie poprzez działania ukierunkowane na poprawę efektywności i jakości, ale poprzez selekcję ryzyka. Ponadto analizy wykazały, że większość ubezpieczycieli prywatnych posiada relatywnie wysokie koszty administracyjne, obejmujące także koszty reklamy i marketingu. Średni wskaźnik kosztów administracyjnych w relacji do przychodów składkowych jest wyższy dla prywatnych firm ubezpieczeniowych niż dla ubezpieczycieli publicznych.

Podsumowując rozważania na temat prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, porównano trzy opisane ich rodzaje ze względu na kryteria najczęściej podnoszone w literaturze. Po określeniu dla kogo powstają (są tworzone), zadawane jest pytanie o korzyści z funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dla całości systemu ochrony zdrowia, o koszty, jakość świadczeń oraz na końcu, ale nie jako najmniej ważne, o korzyści społeczne – dla ludzi. Wnioski zebrano w **Tabeli IV**.

Dla krajów, które dopiero tworzą prywatne segmenty w systemie ochrony zdrowia lub je radykalnie reformują, tak jak to ma miejsce w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, istotne jest rozumienie nie tylko potencjalnych korzyści z wprowadzania nowych rozwiązań, ale także (a niekiedy przede wszystkim) warunków niezbędnych do tego, aby teoretycznie i porównawczo dobre rozwiązanie okazało się w praktyce efektywne ekonomicznie i korzystne społecznie. Ład w systemie ochrony zdrowia i jego zdolności organizacyjne (niezbędny poziom dobrego rządzenia – *governance*) oraz zrównoważenie interesów świadczeniodawców, ubezpieczycieli i ubezpieczonych oraz pacjentów – to podstawowe

Kryteria	Alternatywne	Uzupełniające	Dodatkowe
Dla kogo?	Dla wykluczonych z ubezpieczeń społecznych.	Dla osób dobrowolnie korzystających ze świadczeń poza koszykiem publicznym, zarówno o wyższej zdolności do płacenia, jak i o większej świadomości zdrowotnej i niższej skłonności do ryzyka*.	W sytuacjach wynikających z realnego ograniczenia dostępu (w sensie ilościowym bądź jakościowym), mimo posiadania uprawnienia.
Korzyści/niekorzyści dla systemu zdrowotnego	Stymulacja dla rozwoju prywatnej podaży świadczeń, ale wysokie całkowite koszty systemu.	Odciążenie systemu publicznego, ale i jego zawężanie; możliwy rozwój prywatnej podaży wybranych segmentów świadczeń zdrowotnych.	Możliwe wykorzystanie zasobów sektora publicznego, gdy prywatna podaż świadczeń jest nierozwinięta.
Koszty administracyjne	Relatywnie duże koszty marketingu i reklamy.	Relatywnie duże koszty marketingu i reklamy.	Wyższe koszty organizacyjne i koordynacyjne.
Wpływ na jakość świadczeń	Możliwość osiągnięcia wyższej jakości, ale w warunkach znacznego zakresu podaży sektora prywatnego <i>not-for-profit</i> .	Wyższa jakość w wybranych segmentach opieki zdrowotnej, niejednokrotnie z udziałem nowych technologii medycznych.	Wyższy komfort przy udzielaniu świadczeń, regulacyjnie bez wpływu na jakość terapii medycznej, ale praktycznie ten wpływ może wystąpić.
Korzyści/niekorzyści społeczne – dla ludzi	Rozwój segmentu elitarnego – dla osób o korzystniejszych cechach ekonomiczno-demograficznych, ale też dla innych grup wyłączonych, np. dla rzemieślników, duchownych.	Większy wybór dla poszukujących dostępu do świadczeń poza koszykiem i/lub bardziej świadomych potrzeb zdrowotnych (<i>health literacy</i>).	Łagodzenie uciążliwości kolejek dla osób indywidualnych, ale niejednokrotnie kosztem nadmiernej eksploatacji zasobów sektora publicznego.

* Do ubezpieczeń uzupełniających zalicza się również te, które przejmują obowiązkowe dopłaty; dotyczy to systemów o wysokich dopłatach do świadczeń (np. we Francji).

Tabela IV. Porównanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ze względu na wybranie kryteria.

Źródło: Opracowanie własne.

we warunki, które umożliwią efektywną koegzystencję ubezpieczeń prywatnych i społecznego ubezpieczenia zdrowotnego.

2.3. Finansowanie opieki zdrowotnej poprzez medyczne konta oszczędnościowe

Medyczne konta oszczędnościowe są stosunkowo nową formą finansowania opieki zdrowotnej. Polega ona na gromadzeniu przez gospodarstwa domowe na indywidualnych kontach oszczędnościowych środków finansowych (wpłacanych regularnie) na pokrycie przyszłych kosztów opieki zdrowotnej. Tak jak w przypadku opłat bezpośrednich, to konsument (posiadacz konta) zakupuje świadczenia opieki zdrowotnej bez udziału trzeciej strony – płatnika. Medyczne konta w przeciwieństwie do opłat bezpośrednich są jednak formą przedpłaty. Kumulacja środków zabezpiecza konsumentów przed ryzykiem braku środków finansowych na opiekę zdrowotną w momencie wystąpienia potrzeby zdrowotnej. Zabezpieczenie to nie jest jednak pełne, ponieważ indywidualne konta nie umożliwiają redystrybucji środków finansowych pomiędzy jednostkami. A zatem w przypadku osób z niższą zdolnością finansową lub z większymi potrzebami istnieje ryzyko, że zgromadzone środki nie będą wystarczały na pokrycie wszystkich kosztów opieki zdrowotnej. Dlatego też medyczne konta oszczędnościowe nie są stosowane jako samodzielna forma zabezpieczenia, a są powiązane z innymi mechanizmami, np. prywatnymi ubezpieczeniami czy systemami finansowanymi ze środków publicznych. Oczekiwania związane z zastosowaniem medycznych kont oszczędnościowych to podobnie jak w przypadku opłat bezpośrednich zwiększenie odpowiedzialności indywidualnej konsumentów, a tym samym zmiana ich zachowań (ograniczenie pokusy nadużycia) i redukcja kosztów opieki zdrowotnej. Poprawa efektywności i jakości opieki może być uzyskana także poprzez zwiększoną konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami.

Medyczne konta oszczędnościowe są jeszcze bardzo rzadko stosowaną metodą finansowania opieki zdrowotnej. Po raz pierwszy zostały wprowadzone w Singapurze w 1984 r., gdzie mają charakter obligatoryjny. Choć obejmują znaczną część populacji tego kraju, nie stanowią istotnego źródła finansowania opieki zdrowotnej (< 10% całkowitych wydatków na zdrowie), głównie z powodu wprowadzonych ograniczeń w wykorzystaniu środków zgromadzonych na kontach. Ponadto medyczne konta oszczędnościowe występują w Chinach (również jako forma obowiązkowa), a także w RPA i USA, gdzie są dobrowolne i uzupełniają systemy oparte na prywatnych ubezpieczeniach. W Europie ta forma finansowania opieki zdrowotnej w zasadzie nie występuje.

Skutki zastosowania medycznych kont oszczędnościowych są niejednoznaczne. Trudności w ocenie tego sposobu finansowania opieki zdrowotnej wynikają z jego rzadkości, a także odmienności krajów i systemów, w jakich medyczne konta zostały zastosowane. Doświadczenia Singapuru wskazują, że mimo iż medyczne konta oszczędnościowe mogą przyczynić się do

redukcji korzystania z opieki zdrowotnej, to nie ograniczają wydatków na opiekę zdrowotną [21, 22]. Wzrost konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami w tym kraju doprowadził bowiem do podniesienia jakości (wykorzystania nowych drogich technologii i jakości poza-medycznej łatwej do oceny przez konsumenta) i wzrostu cen świadczeń. Zmusiło to rząd do wprowadzenia mechanizmów regulujących zachowania świadczeniodawców oraz maksymalnych limitów wydatków z kont na pojedyncze usługi. Podobnie rezultaty wprowadzenia medycznych kont zaobserwowano w RPA, gdzie zmniejszyła się liczba wizyt, ale nie intensywność udzielanych świadczeń [23].

Podsumowanie

Na podstawie syntetycznie przedstawionej analizy porównawczej systemów zdrowotnych na świecie można wskazać kilka podstawowych cech je charakteryzujących:

- W krajach europejskich powszechnie dominuje finansowanie ze środków publicznych. Jest to skala od 60 do 90% całości środków przeznaczanych na zdrowie. W Polsce wynosi ok. 70%.
- Opieka zdrowotna finansowana ze środków publicznych opiera się na szerokiej redystrybucji dochodów zarówno pomiędzy bogatymi i biednymi (poprzez proporcjonalne lub nawet progresywne naliczenie podatku/składki), jak i pomiędzy zdrowymi i chorymi (poprzez szeroki zakres uprawnień i uzależnienie korzystania ze świadczeń od potrzeb zdrowotnych).
- Wybór modelu finansowania publicznego – NSZ lub SUZ – zależy przede wszystkim od tradycji, jaka dominuje w tworzeniu systemów zabezpieczenia społecznego (*path dependency*), tradycji akceptowanej i dającej zadowolenie. W sytuacji gdy tradycyjne instytucje są nieskuteczne i nie są akceptowane, podejmowane są reformy i to w obu kierunkach; kraje z systemem SUZ zmieniają swe systemy na NSZ (w starej Europie), a kraje z systemem NSZ zmieniają na SUZ (postsocjalistyczne nowe kraje członkowskie UE).
- W krajach biedniejszych środki publiczne mają mniejszy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej, natomiast znaczną część kosztów pokrywają bezpośrednio gospodarstwa domowe. W większości krajów o niskich dochodach rola prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu opieki zdrowotnej, które mogłyby zmniejszyć bezpośrednie obciążenie gospodarstw domowych, jest niewielka.
- Nowe sposoby finansowania opieki zdrowotnej, takie jak medyczne konta oszczędnościowe, stosowane są zaledwie w kilku krajach na świecie, a wyniki ich wprowadzenia nie zostały dotąd dogłębnie i krytycznie zbadane. Istnieją zatem wątpliwości co do możliwości ich szerszego zastosowania.

Wyzwaniem przyszłości w zakresie finansowania opieki zdrowotnej jest przesunięcie uwagi z opieki zdrowotnej (medycyny naprawczej) na zdrowie publiczne, czyli na działania poprawiające i podtrzymujące zdrowie

w celu uniknięcia oraz łagodzenia chorób i niesprawności, aby korzystanie z opieki zdrowotnej było mniej konieczne. Nie oznacza to oczywiście zmniejszania wydatków na opiekę zdrowotną, której usług starzejąca się populacja będzie potrzebowała w znacznej skali. Oznacza jednak zmianę odpowiedzialności w ochronie zdrowia w kierunku rozwoju także odpowiedzialności indywidualnej, dla której sektor publiczny powinien tworzyć warunki, informacje i motywacje.

Przypisy

¹ Obecnie obowiązuje ustawa o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r., Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

² W tym podejściu poziom dopłat jest zróżnicowany ze względu na wartość danego świadczenia dla pacjenta, tj. świadczenie o wysokiej wartości (kiedy korzyści kliniczne przewyższają koszty) jest dostarczane bezpłatnie lub przy niższej dopłacie, szczególnie tym pacjentom, którzy mogą czerpać największe korzyści z konsumpcji tego świadczenia.

Piśmiennictwo

- Grossman M., *The Human Capital Model*, w: Culyer A.J., Newhouse J.P. (red.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, Amsterdam 2000: 347.
- Kutzin J., *Conceptual framework for analysing health financing systems and the effects of reforms*, w: Kutzin J., Cashin C., Jakab M. (red.), *Implementing Health Financing Reform*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2010: 3.
- Obermann K., Müller P., Müller H.-H., Schmidt B., Glazinski B. (red.), *The German Health Care System. A Concise Overview*, Der Ratgeberverlag, Hamburg 2013.
- Baeza C.C., Packard T.G., *Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*, Stanford University Press, Washington 2006.
- Saltman R.B., Dubois, H.S.W., *The historical and social base of social health insurance systems*, w: Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (red.), *Social health insurance systems in western Europe*, Open University Press, New York 2004: 21.
- Shishkin S., *Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia*, „Croatia Medical Journal” 1999; 2: 195.
- Golinowska S., *Zmiany i reformy systemów ochrony zdrowia w krajach transformacji*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006; 1: 5.
- Wagstaff A., Moreno-Serra R., *Social health insurance and labor market outcomes: Evidence from Central and Eastern Europe, and Central Asia*, „Advances in Health Economics and Health Services Research” 2009; 21: 83.
- Wagstaff A., *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD*, Policy Research Working Paper 4821, World Bank, 2009.
- WHO, *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, The Fifty-eighth World Health Assembly*, Agenda item 13.16, 2005.
- Allin S., Mossialos E., McKee M., Holland W., *Making decisions on public health: a review of eight countries*. European Observatory on Health Systems and Policies WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2004.
- Robinson R., *User charges for health care*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (red.), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002: 161.
- Tambor M., Pavlova M., Woch P., Groot W., *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*, „European Journal of Public Health” 2011; 21: 585.
- Tambor M., Pavlova M., Rechel B., Golinowska S., Sowada C., Groot W., *Willingness to pay for publicly financed health care services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries based on a contingent valuation method*, „Social Science and Medicine” 2014; 116: 193.
- Newhouse J.P., *Free for All?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, Cambridge 1993.
- Chernew M., Rosen A., Fendrick M., *Value-based insurance design*, „Health Affairs” 2007; 26: W195.
- Sowada, C., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003; 1: 16.
- Thomson S., Mossialos E., *Private Health Insurance in the European Union. Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, LSE Health and Social Care London School of Economics and Political Science, London 2009.
- Jurkiewicz I., Tinardon C., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład rozwiązań francuskich*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; 1: 95.
- Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (red.), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham 2002: 109.
- Barr M.D., *Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001; 26: 709.
- Hsiao W.C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs” 1995; 14: 260.
- Hsu J., *Medical savings account: what is at risk*, *World Health Report 2010*, Background paper, no 17, 2010.

Pomoc dla zdrowia. Finansowanie ochrony zdrowia ze źródeł pozakrajowych

Paulina Miśkiewicz

Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce

Adres do korespondencji: Paulina Miśkiewicz, Dyrektor Biura WHO w Polsce, Aleje Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa, tel. 22 635 94 96, mip@euro.who.int

Abstract

Development aid for Health. Financing health care from countries' external sources of funding

Development assistance plays a key role in many areas of health care and represents a significant source of funding in many low- and middle-income countries. In recent years, global expenditure for health have increased considerably, including development aid. However, it is still insufficient and not meeting the needs. Many countries can not ensure within their own financial resources to achieve economic development and improve the well-being of its citizens, including universal access to a minimum level of health care. International society, including developed countries and international organizations plays significant role by providing financial assistance to less and middle developed countries. Over the years, the main challenge was to ensure the effectiveness of aid. In order to ensure greater coordination and transparency a set of principles were adopted in Paris Declaration and the Accra Action Programme.

Key words: development aid, health, health care financing

Słowa kluczowe: finansowanie ochrony zdrowia, pomoc rozwojowa, zdrowie

Dobre zdrowie jest niezbędne do osiągnięcia dobrobytu ludzi oraz trwałego rozwoju gospodarczego i społecznego. Państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) postawiły sobie za jeden z głównych celów rozwijanie swoich systemów finansowania zdrowia tak, aby wszyscy ludzie mogli korzystać ze świadczeń zdrowotnych, przy jednoczesnym zapewnieniu, że wydatki na leczenie nie doprowadzą ich do poważnych, a nawet katastrofalnych problemów finansowych [1].

Systemy ochrony zdrowia obejmują swoim zakresem wszystkie instytucje i organizacje, których podstawowym celem działań jest poprawa, ochrona, przywracanie i utrzymanie zdrowia całej populacji [2]. Wśród podstawowych wartości, jakie przyświecają systemom ochrony zdrowia, znajduje się równość, solidaryzm i powszechne uczestnictwo, które pozwalają budować systemy ukierunkowane na człowieka.

Definiując system ochrony zdrowia, WHO używa kryterium „celu podstawowego”, czyli działania zmierzającego do poprawy zdrowia. Oczywiście zawiera to w so-

bie działania, które powszechnie są związane z systemami ochrony zdrowia, jak świadczenia lecznicze (lekarze, kliniki, szpitale), ale dotyczy to także świadczeń z zakresu zdrowia publicznego (inspekcja sanitarna, bezpieczeństwo wody czy higiena), bez względu na to, czy są one realizowane przez świadczeniodawców prywatnych, czy publicznych.

Wymienia się cztery główne funkcje systemów ochrony zdrowia [2, 3]: strategiczne zarządzanie, dostarczanie świadczeń, generowanie zasobów oraz finansowanie. Jako podstawowe komponenty tej ostatniej funkcji, konieczne do zapewnienia odpowiednich środków finansowych dla systemu, wymienia się: pobieranie składek, gromadzenie i podział środków oraz kontraktowanie świadczeń zdrowotnych.

Pomoc rozwojowa – definicja pojęcia

Gromadzenie środków jest procesem, w którym systemy ochrony zdrowia otrzymują fundusze od poszczególnych osób, organizacji lub przedsiębiorstw oraz

darczyńców. W artykule omówiono kwestie dotyczące finansowania systemów ochrony zdrowia ze źródeł zewnętrznych. Pomoc finansowa nie pochodząca ze źródeł krajowych jest szczególnie ważna i znacząca wśród krajów rozwijających się. Jest to tak zwana pomoc rozwojowa (ang. *development aid*).

Od dość dawna wiadomo, iż wiele państw nie jest w stanie w ramach własnych zasobów finansowych zapewnić odpowiedniego rozwoju gospodarczego i polepszenia dobrobytu swoich obywateli, w tym powszechnego dostępu do minimalnego zakresu opieki zdrowotnej. Ogromną rolę odgrywa tu zaangażowanie i pomoc środowiska międzynarodowego, w tym państw rozwiniętych i innych zewnętrznych nierządowych partnerów, którzy przekazują pomoc finansową do krajów słabo i średnio rozwiniętych.

Oficjalna Pomoc Rozwojowa (*Official Development Aid* – ODA) jest definiowana przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organization for Economic Cooperation and Development* – OECD) jako granty i pożyczki skierowane do państw – odbiorców pomocy, które są realizowane przez sektor publiczny z przeznaczeniem na promocję rozwoju ekonomicznego i dobrostanu, z uwzględnieniem preferencyjnych warunków finansowania. Natomiast do ODA nie zalicza się:

- pomocy militarnej: zakupów sprzętu lub usług, działań antyterrorystycznych. Należy do niej natomiast używanie sił zbrojnych donatorów w celu dostarczenia pomocy humanitarnej;
- operacji utrzymania pokoju: większość tych wydatków jest wyłączona podobnie jak pomoc militarna;
- energii nuklearnej: jeśli pomoc jest dostarczana do celów innych niż cywilne;
- programów kulturalnych: jeśli nie wspierają wewnętrznych zdolności państw biorców, a są jedynie elementami promocji donatorów.

Instytucją odgrywającą główną rolę w monitorowaniu i koordynowaniu pomocy rozwojowej jest Komitet Pomocy Rozwojowej OECD (*Development Assistance Committee* – DAC). DAC powstał w 1961 r. i jest to międzynarodowe forum bilateralnych donatorów na rzecz współpracy i rozwoju. Polska dołączyła jako 28. państwo do członków DAC w 2013 r.

W 1970 r. po raz pierwszy postanowiono, że państwa będą dążyć do przeznaczania na pomoc rozwojową 0,7% dochodu narodowego brutto (DNB). Wskaźnik ten był później wielokrotnie potwierdzany w wielu kluczowych międzynarodowych dokumentach [4].

Rządy państw przekazują ODA poprzez dwa główne kanały. Pierwszym z nich jest bezpośrednia pomoc dwustronna realizowana poprzez kontrakty zawarte bezpośrednio z partnerami w krajach rozwijających się. Partnerami tymi są głównie rządy państw, ale także miejscowe organizacje pozarządowe. Drugim kanałem jest pomoc finansowa realizowana przez różne organizacje: (1) organizacje Narodów Zjednoczonych, jak na przykład WHO, UNICEF, UNDP; (2) banki ds. rozwoju: Afrykański Bank Rozwoju, Azjatycki Bank Rozwoju, Interamerykański Bank Rozwoju i Bank Światowy oraz (3) Wspólnotę Europejską.

Analizując pomoc zewnętrzną, w licznych badaniach i raportach wskazywano na powiązania pomiędzy pomocą zewnętrzną i rozwojem gospodarczym oraz wpływem na efektywność pomocy jakości ogólnych ram polityki makroekonomicznej w danym państwie otrzymującym [5]. Również w sektorze zdrowia osiągnięte wyniki zdrowotne i poprawa funkcjonowania całych systemów zdrowotnych zależą w ogromnej części od warunków społeczno-ekonomicznych danego kraju. Szczególne znaczenie ma tu stopień występowania korupcji, poszanowanie praw człowieka oraz stabilność makroekonomiczna. Wykazano, że w przypadku słabo zarządzanych gospodarek pomoc zewnętrzna nie zaowocowała pożądanymi zmianami, a implementacja projektów zakończyła się niepowodzeniami [6]. Wielokrotnie podnoszono, że pomoc zewnętrzna przekazywana poszczególnym państwom powinna zapewnić odpowiednią efektywność. Bardzo często wdrażanym programom brakowało koordynacji, a darczyńcy skupiali się na realizacji i ocenie rezultatów wyłącznie swoich programów. Także wyzwaniem okazała się konieczność zapewnienia podejścia systemowego i właściwa identyfikacja instytucji wdrażających pomoc. Duże znaczenie miały koszty administracyjne projektów oraz stopień zdolności absorpcji środków na poziomie krajowym.

Te wszystkie problemy i wyzwania zmusiły zarówno organizacje, jak i państwa do opracowania mechanizmów zapewniających maksymalnie efektywne wykorzystanie pomocy dla rozwoju państwa beneficjenta.

Jednym z pierwszych przyjętych takich mechanizmów stosowanych na szeroką skalę, mającym zapewnić możliwie najbardziej efektywne wykorzystanie pomocy przez państwa, było wprowadzenie od początku lat 90. XX wieku **Szerokiego Podejścia Sektorowego** (*Sector Wide Approaches* – SWAp). W ramach SWAp projekty realizowane przez donatorów wpisują się w ramy konkretnego sektora i są silnie powiązane ze zdefiniowaną polityką sektorową przyjętą przez rząd danego państwa. SWAp prowadzi więc do powstania partnerstwa, w którym rząd (odgrywający rolę lidera) i agencje rozwojowe zmieniły swoje relacje w kierunku większej spójności w formułowaniu polityk, a w mniejszym stopniu skupiania się na szczegółach już wdrażanych projektów. SWAp charakteryzuje się przede wszystkim następującymi zasadami:

- wdrażany program ma jasno zaznaczone przywództwo danego rządu, który jest jego właścicielem;
- podejmowane są wspólne wysiłki zewnętrznych partnerów, aby wspierać te programy, włączając w to zapewnienie wszystkich lub większości udziałów w finansowaniu tego sektora oraz wspieranie jednolitej polityki rządu.

Z upływem czasu niektóre SWAp wykorzystywały procedury rządowe do wdrażania projektów i wydawania środków. W praktyce jednak większość programów wykorzystując różne kanały finansowania, dąży do możliwie największej spójności z poszczególnymi sektorami gospodarki, wypracowuje wspólne procedury i dba, aby zarządzanie programami podlegało rządowi [7, 8].

Kolejnym krokiem do zapewnienia spójności i efektywności pomocy było przyjęcie postanowień Deklaracji Paryskiej i Programu Działań z Akry.

W 2006 r. na szczycie w Paryżu 91 państw i 26 organizacji darczyńców oraz wiele organizacji pozarządowych podpisało tzw. Deklarację Paryską na temat Skuteczności Pomocy. Wśród państw sygnatariuszy znalazła się także Polska. Natomiast wśród największych donatorów sygnatariuszy deklaracji znaleźli się m.in. Bank Światowy, Międzynarodowy Fundusz Walutowy, UNDG, OECD, GAVI Alliance, Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis.

Sygnatariusze deklaracji zobowiązali się do podejmowania działań, które mają zapewnić większą efektywność pomocy, opierając się na następujących zasadach:

- własna koncepcja rozwojowa (ang. *ownership*) – państwa otrzymujące pomoc zobowiązały się do wzmacniania swojej przywódczej roli w rozwijaniu i wdrażaniu narodowych strategii rozwoju, natomiast donatorzy zobowiązali się do respektowania i wspierania w tych działaniach rządu kraju;
- dostosowanie pomocy do strategii rozwojowych państw beneficjentów (ang. *alignment*) – oparcie ogółu pomocy donatorów na krajowych strategiach rozwoju, instytucjach i procedurach;
- harmonizacja działań donatorów (ang. *harmonisation*) – działania donatorów będą bardziej z sobą zharmonizowane, transparentne i dążyć do wspólnego osiągnięcia celów;
- zarządzanie oparte na rezultatach (ang. *managing for results*) – zarządzanie i wdrażanie pomocy w taki sposób, aby skupić się na pożądanym rezultacie i wykorzystywać informacje w procesie podejmowania decyzji;
- wzajemna odpowiedzialność (ang. *mutual accountability*) – zarówno rządy państw beneficjentów, jak i donatorzy są wspólnie odpowiedzialnymi za osiągnięcie założonych rezultatów.

Dwa lata po podpisaniu Deklaracji Paryskiej ponowiono zobowiązania do zwiększania efektywności pomocy zewnętrznej i podpisano Program na rzecz Działania w Akrze, w Gwinei. Dotyczył on m.in.:

- zasady aktywnego decydowania przez państwa otrzymujące pomoc o realizacji strategii;
- budowania bardziej efektywnego i włączającego partnerstwa dla rozwoju;
- osiągania rezultatów rozwoju.

Do monitorowania realizacji zobowiązań Deklaracji i Planu Działania przyjęto 13 określonych wskaźników. Wśród tych wskaźników znalazły się takie jak: wskaźnik określający, jaki procent pomocy jest dystrybuowany zgodnie z założonym planem, oraz wskaźnik określający, jaki procent przekazanej pomocy posiada odpowiednie raporty dotyczące implementowanego budżetu.

W 2011 r. OECD opublikowała wyniki badania, które wskazywały, że na poziomie globalnym tylko jeden z 13 wskaźników został osiągnięty – w zakresie koordynowania współpracy technicznej [9, 10]. Niemniej zauważono, że znaczący postęp został osiągnięty w przypadku pozostałych 12 wskaźników, m.in. w zakresie powiązania pomocy z zasadami zamówień publicznych. Badanie pokazało także znaczące różnice w tempie i kierunku zmian wśród donatorów i państw partnerskich.

Pomoc rozwojowa dla zdrowia – obszary finansowania

Pomoc rozwojowa dla zdrowia odgrywa znaczącą rolę w wielu dziedzinach ochrony zdrowia państw beneficjentów. Pomaga zarówno wzmacniać krajowe systemy ochrony zdrowia w ich podstawowych funkcjach, jak i realizować poszczególne programy zdrowotne, takie jak zwalczanie i zapobieganie chorobom zakaźnym, w tym przede wszystkim zapewnienie podstawowych szczepień, programy żywnościowe, czy udostępnianie świadczeń z zakresu planowania rodziny i zdrowia reprodukcyjnego. Coraz częściej środki pomocowe służą realizacji działań ukierunkowanych na zwalczanie chorób niezakaźnych i ich głównych czynników ryzyka. Pomoc rozwojowa dla zdrowia wpływa na polepszenie finansowania sektora zdrowia i pokrewnych polityk oraz przyczynia się bezpośrednio do powstawania konkretnych inwestycji, dostarczania świadczeń i budowania *know-how*.

W ramach ODA pomoc dla zdrowia jest liczona w dwóch sferach: (1) Pomoc dla Zdrowia (*Aid to Health*) – Zdrowie Ogółem i Zdrowie Podstawowe (*General and Basic Health*) oraz (2) Polityki Populacyjne/Programy i Zdrowie Reprodukcyjne, łącznie z HIV/AIDS.

Do zdrowia ogółem zalicza się pomoc w zakresie:

- polityki zdrowotnej i zarządzania administracyjnego;
- kształcenia medycznego i szkoleń;
- badań medycznych;
- świadczeń zdrowotnych.

Do zdrowia podstawowego należą:

- podstawowa opieka zdrowotna, jak np. programy podstawowej opieki zdrowotnej, dostarczanie leków, szczepionek;
- podstawowa infrastruktura (szpitale i ośrodki zdrowia z wyłączeniem placówek klinicznych i specjalistycznych);
- podstawowe żywienie, jak np. karmienie piersią, żywienie w szkole, zapobieganie niedoborom mikroelementów;
- przeciwdziałanie chorobom zakaźnym, w tym szczepienia (nie wlicza się tu przeciwdziałania i leczenia malarii, gruźlicy, HIV/AIDS i chorób przenoszonych drogą płciową);
- edukacja zdrowotna;
- zapobieganie malarii;
- zapobieganie gruźlicy;
- kształcenie personelu medycznego w zakresie podstawowych świadczeń zdrowotnych.

Natomiast do Polityk Populacyjnych/Programów i Zdrowia Reprodukcyjnego łącznie z HIV/AIDS zalicza się pomoc w zakresie:

- zarządzania politykami populacyjnymi, jak prowadzenie rejestru urodzeń, migracji, badania demograficzne czy inne niespecyficzne działania;
- opieki w sferze zdrowia reprodukcyjnego (promocja zdrowia, opieka okołoporodowa, leczenie niepłodności itd.);
- planowania rodziny;
- zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV/AIDS;

- kształcenia personelu w dziedzinie zdrowia reprodukcyjnego.

Wykres 1 przedstawia podział na poszczególne obszary finansowania w 2010–2011 r.

W ostatnich latach wydatki na zdrowie na całym świecie uległy znacznemu zwiększeniu. W przypadku państw rozwijających się w 2004 r. przeciętne wydatki *per capita* wynosiły 14,2 USD, natomiast w 2009 wzrosły aż do 21,1 USD. Daje to ponad 53-procentowy wzrost wydatków na zdrowie w okresie pięciu lat, włączając w to także pieniądze pochodzące ze źródeł zewnętrznych [11]. W tym samym czasie wzrosła również pomoc zewnętrzna dla tych państw liczona *per capita* z 3,1 USD do 5,3 USD, to jest ok. 14% rocznie. Niemniej ogółem udział tej pomocy w stosunku do całkowitych wydatków na zdrowie tych państw pozostał na niskim poziomie i wzrósł tylko z 22,2 do 24,7%, czyli o 2,5 punktu procentowego.

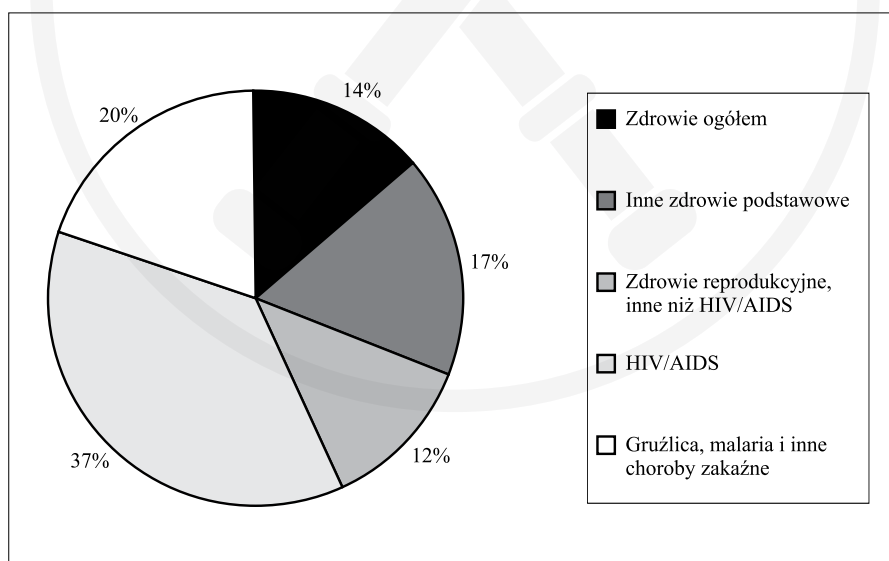
Do kwestii tej odnosił się już wcześniej raport powołanej przez WHO Komisji do spraw Makroekonomii i Zdrowia [12] (*Commission on Macroeconomics and Health*) oraz raport opracowany przez szóstą grupę roboczą dotyczący Międzynarodowej Pomocy Rozwojowej i Zdrowia (*International Development and Health*). Jednym z ważnych elementów raportu było ocenienie możliwości dostarczenia tak zwanego minimalnego pakietu interwencji zdrowotnych. Pakiet ma na celu skoncentrowanie wydatkowania ograniczonych środków finansowych na działaniach, które są efektywne kosztowo i jakościowo. W państwach o niskich dochodach są to świadczenia lecznicze i z zakresu zdrowia publicznego udzielane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej. W różnych państwach może on zawierać określone interwencje zdrowotne w zależności od panujących warunków gospodarczych, epi-

miologicznych i społecznych. W krajach bardziej rozwiniętych pakiet ten jest zazwyczaj opisywany poprzez określenie, jakie świadczenia są wyłączone. W raporcie oszacowano, że aby dostarczyć minimalny pakiet interwencji zdrowotnych w zakresie prewencji i leczenia, przede wszystkim w zakresie chorób zakaźnych, należy wydać około 34 USD na osobę. Mimo ogromnych wysiłków wydatki na wyżej wymieniony pakiet minimalnych interwencji w krajach rozwijających się wyniosły w 2009 r. tylko 25 USD na osobę, z czego tylko 5,3 USD pochodziło ze źródeł zewnętrznych. Przyjmując wartość dolara z 2005 r., oszacowano, że jeśli tempo pomocy byłoby niezmiennie, to w 2012 r. osiągnięto by wartość 32,4 USD, a więc niższą niż zakładany cel.

W opublikowanym w 2012 r. przez WHO Światowym Atlasie Wydatków na Zdrowie [11] przedstawiono wydatki w 2010 r. w 194 krajach, z uwzględnieniem wartości zewnętrznej pomocy przekazywanej państwom na zdrowie. Dane wykorzystywane w atlasie pochodzą z Globalnej Bazy Danych Wydatków na Zdrowie (*Global Health Expenditure Database*) [13].

W atlasie przyjęto, że minimalne wydatki na podstawowe świadczenia zdrowotne na osobę na rok powinny wynosić minimum 44 USD. Niestety, całkowite wydatki na zdrowie w 34 państwach ukształtowały się na poziomie 50 USD, a aż w siedmiu państwach były niższe od 20 USD. Jednocześnie 11% wydatków na zdrowie w regionie afrykańskim było zapewnionych przez donatorów.

W latach 2010–2011 według oszacowań OECD w ramach pomocy rozwojowej bilateralnej i multilateralnej przekazano na sektor zdrowia 19,857 mld USD, co stanowiło 14,8% całej pomocy rozwojowej. Wśród głównych donatorów pomocy rozwojowej znajdują się zarówno organizacje międzynarodowe, Unia Europejska, poszczególne państwa, jak i fundacje filantropów.



Wykres 1. Pomoc dla Zdrowia 2010–2011. Obszary finansowania w %.

Źródło: OECD, *Aid for Health 2010–2011*.

Według OECD do państw, które mają największy udział w bilateralnym finansowaniu sektora zdrowia, należą Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Australia, Niemcy, Kanada i Japonia. Natomiast największy udział procentowy pomocy zewnętrznej na zdrowie przekazuje państwa DAC, takie jak Stany Zjednoczone, Kanada, Luksemburg, Irlandia. W latach 2010–2011 państwa DAC przekazały w sumie 12,305 mld USD.

W ramach pomocy udzielanej przez organizacje zostało przekazane 5,889 mld USD, głównie poprzez udział Globalnego Funduszu, Międzynarodowego Stowarzyszenia Rozwoju wchodzącego w skład Grupy Banku Światowego, Unię Europejską, GAVI i WHO. Oczywiście procentowy udział tych wydatków na zdrowie był największy, bo 100% dla WHO, GAVI i Globalnego Funduszu, natomiast dla IDA 8,1%, a dla Unii Europejskiej 4,4%. Należy podkreślić ogromny udział w finansowaniu zdrowia Fundacji Billa i Melindy Gates, którzy w tym samym okresie przekazali 1,577 mld USD, to jest 71,1% budżetu pomocy [14].

Beneficjenci pomocy rozwojowej

Pomoc rozwojową może otrzymać każde państwo i na ogół zależy to od poczynionych uzgodnień zarówno w mechanizmie bilateralnym, jak i multilateralnym. Natomiast bardzo ważną rolę w określaniu kryteriów otrzymania pomocy odgrywa DAC.

Przygotowuje on, głównie dla celów statystycznych, listę krajów, które spełniają kryteria otrzymania pomocy i publikuje ją co trzy lata. Lista zawiera wszystkie kraje o niskim i średnim dochodzie, na podstawie DNB *per capita*, publikowanym przez Bank Światowy, z wyłączeniem krajów G8, Unii Europejskiej i państw kandydujących do UE, które mają już wyznaczoną datę przyjęcia. Lista zawiera także państwa najmniej rozwinięte według definicji ONZ.

Przynależność do OECD czy DAC nie wyklucza możliwości otrzymania pomocy przez dane państwo. Obserwowane przez lata zmiany na liście DAC odzwierciedlają postęp, jaki się dokonał w rozwoju na całym świecie. W porównaniu z 1970 r. tylko 17 państw zostało dodanych do listy, z czego 11 to państwa byłego Związku Radzieckiego. Opuściło listę natomiast aż 55 państw, głównie w wyniku wzrostu DNB *per capita*. Obecnie na liście jest 148 państw.

Państwa otrzymujące największą pomoc rozwojową na zdrowie przedstawiono w **Tabeli I**.

Także procentowy udział źródeł zewnętrznych w finansowaniu sektora zdrowia w poszczególnych państwach, które taką pomoc otrzymują, bardzo się różni, począwszy od 1%, aż do 69% przekazanej pomocy. Wśród państw, które w 2010 r. otrzymały finansowanie z zewnątrz, znajdują się przede wszystkim państwa najbardziej rozwinięte, ale można znaleźć także państwa o rozwiniętych gospodarkach, jak np. Indie.

Tabela II przedstawia zestawienie państw pogrupowanych według regionów WHO, otrzymujących pomoc zewnętrzną na zdrowie wraz z podaniem wartości pomocy, jako procent wydatków na zdrowie.

Lp.	Państwo	Procentowy udział w całości przekazywanej pomocy
1.	Kenia	4,6
2.	Afryka Południowa	3,8
3.	Tanzania	3,8
4.	Indie	3,3
5.	Nigeria	3,1
6.	Etiopia	3,1
7.	Mozambik	3,0
8.	Uganda	2,5
9.	Bangladesz	2,5
10.	Kongo	2,3
11.	Pakistan	1,9
12.	Afganistan	1,8
13.	Wietnam	1,8
14.	Zambia	1,8
15.	Rwanda	1,8
16.	Inne państwa	59,1

Tabela I. Wykaz głównych państw beneficjentów pomocy rozwojowej dla zdrowia w latach 2010–2011 wraz z podaniem procentowego udziału w całości przekazywanej pomocy.

Źródło: OECD, *Aid for Health 2010–2011*.

Najważniejsi donatorzy pomocy rozwojowej w zdrowiu

Organizacje Międzynarodowe

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization – WHO*). Głównym celem WHO jest osiągnięcie przez wszystkich ludzi możliwie najwyższego poziomu zdrowia. Podstawowym zadaniem WHO jest koordynacja i kierowanie pracami na rzecz zdrowia, włączając w to współpracę między poszczególnymi agendami ONZ i innymi organizacjami międzynarodowymi, pomaganie państwom w zmaganiu się z ich własnymi problemami, dostarczanie odpowiedniej pomocy merytorycznej. Obecnie działania organizacji są realizowane w następujących kategoriach: choroby zakaźne, choroby niezakaźne, promowanie zdrowia przez całe życie, systemy ochrony zdrowia oraz przygotowanie i reagowanie na sytuacje kryzysowe. Działalność organizacji jest finansowana poprzez składki krajów członkowskich oraz dotacje od państw, organizacji pozarządowych i fundacji, jak np. Fundacja Billa i Melindy Gates oraz Fundacja Rockefellera. Budżet WHO planowany na lata 2014–2015 wynosi 3,977 mld USD, z czego na koniec 2013 r. dostępnych było 3,325 mld USD [15]. Środki zostały podzielone na poszczególne kategorie, do których należą: choroby zakaźne, choroby niezakaźne, promocja zdrowia przez całe życie, systemy ochrony zdrowia, przygotowanie na sytuacje kryzysowe oraz budżet korporacyjny organizacji na realizację zadań organizacji.

Państwo	%	Państwo	%	Państwo	%
Mikronezja	69	Tonga	17	Kongo	4
Malawi	64	Suazi	17	Jordania	4
Wyspy Marshalla	50	Kiribati	17	Jemen	4
Tanzania	49	Ghana	17	Wietnam	3
Rwanda	47	Togo	15	Sudan	3
Burundi	46	Nikaragua	15	Sri Lanka	3
Gambia	41	Laos	15	Saint Lucia	3
Zambia	39	Armenia	14	Gruzja	3
Palau	39	Tuvalu	13	Angola	3
Etiopia	39	Samoa	13	Salwador	2
Haiti	38	Republika Środkowoafrykańska	13	Peru	2
Erytrea	38	Kirgistan	13	Paragwaj	2
Kenia	36	Kamerun	13	Mauritius	2
Benin	36	Republika Zielonego Przylądka	12	Jamajka	2
Timor Wschodni	34	Nepal	11	Gwinea Równikowa	2
Nauru	34	Gwinea Równikowa	11	Gwatemala	2
Demokratyczna Republika Konga	33	Butan	11	Gabon	2
Wyspy Salomona	32	Wybrzeże Kości Słoniowej	10	Dominika	2
Niue	32	Moldawia	10	Bośnia i Hercegowina	2
Afganistan	32	Mauretania	10	Albania	2
Niger	29	Surinam	9	Afryka Południowa	2
Mali	27	Nigeria	9	Uzbekistan	1
Gujana	27	Myanmar	9	Syria	1
Uganda	26	Madagaskar	9	Serbia	1
Papua Nowa Gwinea	24	Fidzi	9	Malediwy	1
Mozambik	24	Czad	8	Litwa	1
Kambodża	24	Bangladesz	8	Libia	1
Dzibuti	24	Wyspy Cooka	6	Kostaryka	1
Vanuatu	23	Tadżykistan	6	Kazachstan	1
Gwinea Bissau	23	Sant Vinat i Grenadyny	6	Irak	1
Burkina Faso	23	Honduras	6	Indonezja	1
Wyspy Świętego Tomasza i Książęca	21	Grenada	6	Indie	1
Sierra Leone	21	Belize	6	Filipiny	1
Namibia	19	Pakistan	5	F.Y.R. Macedonia	1
Lesoto	19	Liban	5	Estonia	1
Komory	19	Boliwia	5	Egipt	1
Senegal	18	Seszele	4	Dominikana	1
Botswana	18	Mongolia	4	Białoruś	1
				Azerbejdżan	1

Tabela II. Procentowy udział pomocy zewnętrznej w finansowaniu sektora ochrony zdrowia w poszczególnych państwach.

Źródło: WHO Global Health Expenditure Atlas 2012.

Grupa Banku Światowego (World Bank Group – WB) – w jej skład wchodzi Międzynarodowy Bank Odbudowy i Rozwoju (MBOR), Międzynarodowe Stowarzyszenie Rozwoju (IDA), Wielostronna Agencja Gwarancji Inwestycji (MIGA), Międzynarodowa Grupa Finansowa (IFC) oraz Międzynarodowe Centrum Rozwiązywania Sporów Inwestycyjnych (ICSID). Celem

grupy jest wspieranie rozwoju gospodarczego, zwalczanie ubóstwa i poprawa standardów życia mieszkańców krajów rozwijających się, przede wszystkim poprzez udzielanie pożyczek, przekazywanie pomocy technicznej oraz stymulowanie rozwoju handlu i inwestycji. Głównym celem Banku Światowego jest wspieranie rozwoju gospodarczego, zwalczanie ubóstwa i poprawa standar-

dów życia mieszkańców krajów rozwijających się, przede wszystkim poprzez udzielanie pożyczek, przekazywanie pomocy technicznej oraz stymulowanie rozwoju handlu i inwestycji. Największą rolę w pomocy rozwojowej dla zdrowia ma IDA, która pomaga 82 najbiedniejszym państwom poprzez udzielanie pożyczek na preferencyjnych warunkach oraz dotacje. W latach 2010–2011 IDA przekazała w ramach pomocy bilateralnej i pożyczek 1,038 mld USD [14].

Fundusz Narodów Zjednoczonych ds. Dzieci (*United Nations Children Fund – UNICEF*) został wyznaczony przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, aby chronić prawa dzieci, wspierać realizację ich podstawowych potrzeb oraz tworzyć warunki do pełnego rozwoju wszystkich dzieci. W 2012 r. wydatki organizacji wyniosły 3,866 mld USD. Ponad połowę tych środków przeznaczono na programy poświęcone szeroko pojętemu zwiększeniu przeżywalności dzieci i ich rozwojowi. Na podstawową edukację i kwestie dotyczące równości płci przeznaczono 605 mln USD. 57% wszystkich wydatków było przeznaczony na region Afryki Subsaharyjskiej, a 23% trafiło do państw Azji [16].

Globalny Fundusz na rzecz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*) powstał w 2002 r. jako inicjatywa najbogatszych państw świata, która stawiała sobie za cel zwalczanie trzech głównych chorób, które są odpowiedzialne za 90% zgonów w krajach rozwijających się, to jest gruźlica, malarii i HIV/AIDS. Sama idea powołania do życia takiej instytucji, która stanowiłaby źródło pieniędzy na walkę z tymi chorobami, powstała w 2000 r., podczas szczytu G8 na Okinawie.

Fundusze są przekazywane do budżetu Globalnego Funduszu przede wszystkim przez najbogatsze państwa i innych donatorów. Następnie są one przekazywane do rządów państw – ministerstw zdrowia, organizacji pozarządowych i innych organizacji lokalnych czy organizacji międzynarodowych w tzw. mechanizmie rund wniosków o granty. W ramach zwycięskich grantów pieniądze są głównie przeznaczane na leki, środki medyczne, sprzęt, ale także na działania zwiększające stabilność systemów ochrony zdrowia, kadry medyczne czy infrastrukturę. W 2012 r. wydatki na zapobieganie i leczenie chorób stanowiły ponad połowę wszystkich wydatków, z największym udziałem komponentu zapobiegania malarii (51%) i leczenia gruźlicy (aż 52%). W pierwszym roku działania funduszu na granty zatwierdzono 600 mln USD, natomiast już w 2007 r. aż 1,1 mld USD. Po zmianie modelu finansowania w 2013 r. Rada Funduszu zatwierdziła kwotę finansowania na lata 2014–2016 w wysokości 12 mld USD [17].

Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień (*Global Alliance for Vaccines and Immunisation – GAVI Alliance*) został powołany w 2000 r. [18]. Za zasadniczy cel przyjął zapewnienie podstawowych szczepień w państwach słabo rozwiniętych, przede wszystkim poprzez finansowanie infrastruktury, pomoc w zakupie przez państwa szczepionek i sprzętu do bezpiecznych iniekcji. GAVI jest sojuszem publicznych i prywatnych interesariuszy na rzecz szczepień, m.in. WHO, UNICEF, Banku

Światowego, przemysłu oraz zaangażowania państw beneficjentów. W 2011 r. publiczni i prywatni donatorzy zadeklarowali przekazanie do GAVI 4,3 mld USD na zaszczepienie ponad 250 mln dzieci w państwach rozwijających się do 2015 r.

Unia Europejska i EuropeAid

Unia Europejska jest największym pojedynczym donatorem do systemu ONZ (38% budżetu regularnego). W 2011 r. powstała EuropeAid, Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Rozwoju i Współpracy [19]. Jest ona odpowiedzialna za definiowanie polityki rozwojowej Unii oraz efektywnego planowania i wdrażania jej pomocy. W okresie 2010–2013 na pomoc przeznaczono 22,682 mln euro. W zakresie zdrowia według danych OECD w latach 2010–2011 instytucje UE przekazały 581,7 mln USD [14]. Pomoc w zakresie sektora zdrowia jest dostarczana poprzez dwa instrumenty:

- geograficzny: są wdrażane na poziomie krajowym i regionalnym. Należy do nich Europejski Fundusz Rozwojowy (państwa Afryki, obszaru Pacyfiku i Karaibów), Instrument Rozwoju Kooperacji (państwa Ameryki Łacińskiej, Ameryki, Azji i południowej Afryki) oraz Europejski Instrument Sąsiedztwa i Partnerstwa (kraje sąsiedzkie spoza Unii);
- Dokument Strategiczny *Investing in people (Inwestując w ludzi)*: skupia się on na krytycznych niedoborach personelu ochrony zdrowia w państwach rozwijających się, problemie chorób prowadzących do ubóstwa, jak HIV/AIDS, malaria i gruźlica. 55% tego budżetu jest przeznaczane na tzw. filar „Dobre zdrowie dla wszystkich” (*Good Health for All*), który skupia się na zwiększaniu powszechnego dostępu do świadczeń i dóbr publicznych dla wszystkich. Jedną z ważnych dziedzin jest też wspieranie świadczeń w zakresie zdrowia reprodukcyjnego.

Państwa członkowskie Unii mogą także zawierać umowy dwustronne i podejmować własne inicjatywy z krajami rozwijającymi się, które nie są finansowane za pośrednictwem Europejskiego Funduszu Rozwoju lub innych funduszy wspólnotowych.

Państwa donatorzy

Stany Zjednoczone Ameryki

Główną agencją zajmującą się pomocą rozwojową w USA jest Agencja Rozwoju Międzynarodowego (*States Agency for International Development – USAID*). Została ona powołana do życia przez prezydenta Johna F. Kenediego w 1961 r. [20]. Agencja pomaga ponad 100 państwom w zakresie m.in. rozwoju gospodarczego, demokracji i zarządzania, praw człowieka, zdrowia czy ochrony środowiska. Kierunki pomocy w zakresie zdrowia zostały określone w strategicznym dokumencie *USAID's Global Health Strategic Framework 2012–2016* [21]. Obejmują one działania w zakresie zdrowia matki i dziecka, planowania rodziny i zdrowia reprodukcyjnego, żywienia, bezpiecznej wody i higieny, zwalczania

gruźlicy, HIV/AIDS i malarii, zwalczania nieleczonych chorób tropikalnych, zwalczania ptasiej grypy i innych wyłaniających się zagrożeń. Wśród działań przekrojowych znalazło się wspieranie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia oraz koordynacja programów kierowanych do szczególnie wrażliwych grup dzieci. Cele te są spójne z Milenijnymi Celami Rozwoju. W 2012 r. koszty agencji w zakresie zdrowia wyniosły 1,505 mld USD [22]. USAID kieruje pomoc bezpośrednio do państw lub w ramach ścisłej współpracy z partnerami – zarówno organizacjami międzynarodowymi (np. WHO, UNICEF, GFAMT, WB), krajowymi instytucjami (CDC), jak i sektorem prywatnym. Do krajów, które otrzymują największą pomoc w sektorze zdrowia, należą: Pakistan i Afganistan, Egipt, Tanzania, Indie, a w regionie europejskim Ukraina, Turcja i Kazachstan.

Kanada

Główną agendą zajmującą się pomocą rozwojową Kanady jest od 2013 r. Departament Spraw Zagranicznych, Handlu i Rozwoju (*Department of Foreign Affairs, Trade and Development*) [23]. W jego skład weszła działająca od 1968 r. Kanadyjska Agencja ds. Międzynarodowego Rozwoju (*Canadian International Development Agency – CIDA*). Wśród priorytetów departamentu znalazły się: żywność, dzieci i młodzież oraz trwały wzrost ekonomiczny. Kanada prowadzi także działania w ramach inicjatywy poprawy zdrowia matki, noworodka i dziecka w krajach rozwijających się. Kanada jest jednym z głównych darczyńców dla programów zdrowotnych w krajach rozwijających się, zwłaszcza w Afryce Subsaharyjskiej. Współpracuje z wieloma partnerami, w tym przede wszystkim z:

- rządami krajowymi;
- multilateralnymi instytucjami działającymi w sektorze ochrony zdrowia;
- partnerami w ramach inicjatyw globalnych;
- organizacjami pozarządowymi;
- agencjami pomocy humanitarnej działającymi w regionach dotkniętych klęskami żywiołowymi lub konfliktem zbrojnym.

Oprócz państw Afryki Subsaharyjskiej Kanada wspiera w pomocy rozwojowej w sektorze zdrowia także Tanzanię, Bangladesz, Afganistan. W sumie na działania te przekazała w latach 2010–2011 575,7 mln USD [14].

Niemcy

Główną rządową instytucją zajmującą się pomocą rozwojową jest specjalnie powołane do tego pierwotnie w 1961 r. Federalne Ministerstwo Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*). Za główny cel przyjmuje ono zwalczanie ubóstwa na świecie i wspieranie Milenijnych Celów Rozwoju [24, 25], w tym wyznaczanie priorytetów niemieckiej pomocy, współpracę z partnerami, jej koordynację oraz kontrolę właściwego wykorzystania środków z budżetu. Budżet ministerstwa w 2013 r. wyniósł 6,292 mld euro. W zakresie zdrowia

pomoc koncentruje się wokół zwalczania epidemii HIV/AIDS, wzmocnienia systemów ochrony zdrowia, zdrowia reprodukcyjnego i praw człowieka. W 2010–2011 pomoc bilateralna w ramach ODA przekazana przez Niemcy na zdrowie wyniosła 454,5 mln USD [14].

Ważnym partnerem rządu w udzielaniu pomocy jest Niemieckie Towarzystwo ds. Współpracy z Zagranicą (*Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit GmbH – GIZ*). GIZ jest główną organizacją w Niemczech zajmującą się dostarczaniem pomocy rozwojowej zarówno bilateralnej, jak i multilateralnej. Powstało ono w 2011 r. z połączenia *Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ)* i *Deutsche Entwicklungsdienst (DED)* w jedną instytucję. Głównym obszarem działania GIZ jest koordynacja i mobilizacja różnych partnerów do współpracy na rzecz rozwoju.

Wielka Brytania

Departament Międzynarodowego Rozwoju [26, 27] (*Department for International Development – DFID*) kieruje pomocą Wielkiej Brytanii w zakresie zwalczania szeroko pojętego ubóstwa i jego przyczyn na świecie. Wśród głównych priorytetów departamentu znalazły się m.in. edukacja, zdrowie, woda i higiena, środowisko i klimat oraz wzrost gospodarczy. W zakresie zdrowia działania skupiają się na wspieraniu szczepień wśród dzieci, opiece nad kobietami w ciąży i noworodkami, planowaniu rodziny oraz zwalczaniu malarii. W latach 2010–2011 rząd Wielkiej Brytanii przeznaczył na bilateralną pomoc rozwojową w zakresie zdrowia 1,407 mld USD [15]. Wśród największych państw beneficjentów znalazły się takie kraje, jak: Nigeria, Uganda, Tanzania, Zambia, Birma, Ghana czy Sudan Południowy. DFID wspierał także w tym okresie w ramach pomocy multilateralnej takie organizacje, jak GFATM, UNICEF, GAVI.

Polska

Od 2012 r. polska pomoc rozwojowa prowadzona jest na podstawie Ustawy o Współpracy Rozwojowej [28] oraz Wieloletniego Programu Współpracy Rozwojowej na lata 2012–2015 [29]. Polska w ramach pomocy finansuje działania mające na celu wspieranie demokracji oraz respektowanie praw człowieka. W latach 2012–2015 jest ona kierowana w szczególności do następujących dwóch grup krajów priorytetowych:

- Państw Partnerstwa Wschodniego (Armenia, Azerbejdżan, Białoruś, Gruzja, Mołdawia i Ukraina);
- Państw Afryki, Azji i Bliskiego Wschodu (kraje Afryki Wschodniej: Burundi, Etiopia, Kenia, Runda, Somalia, Sudan Południowy, Tanzania i Uganda; kraje Afryki Północnej: Libia i Tunezja; Afganistan, Kirgistan, Tadżykistan i Autonomia Palestyńska) – w tych krajach Polska zamierza przyczynić się do redukcji ubóstwa oraz wspierać zachodzące procesy transformacyjne. Ponadto polska pomoc rozwojowa i doświadczenia eksperckie trafią do państw Afryki Wschodniej (Burundii, Etiopii, Kenii, Ruandy, Somalii, Sudanu Południowego, Tanzanii, Ugandy)

oraz Afganistanu, Kirgistanu, Tadżykistanu, a także Autonomii Palestyńskiej.

W 2012 r. polska ODA wyniosła 1,423 mld zł i była o 15% wyższa niż w 2011 r. Niemniej jest to tylko 0,09% DNB. Zdrowie nie należy do sektorów o najwyższym finansowaniu przez polską pomoc rozwojową. W ramach dwustronnej współpracy na zdrowie przekazano w 2012 r. 2,960 mln zł. Głównie są to programy z zakresu edukacji zdrowotnej i szkoleń, stypendia oraz wyposażenie ośrodków zdrowia.

Fundacje – filantropi

Fundacja Billa i Melindy Gates (Bill and Melinda Gates Foundation)

Fundacja kieruje się celem umożliwienia wszystkim prowadzenia zdrowego i produktywnego życia. Fundacja finansuje działania zarówno w krajach rozwijających się, jak i w samych Stanach Zjednoczonych. Od czasu jej ustanowienia w 1997 r. przez Billa i Melinę Gates fundacja przekazała w postaci grantów ponad 28,3 mld USD dla trzech obszarów: rozwoju, zdrowia i dla samego USA. W 2012 r. granty wyniosły około 3,4 mld USD. Pomoc dotyczyła ponad 100 państw i była realizowana m.in. poprzez finansowanie działań organizacji w zakresie: szczepień, opieki nad noworodkami, eradykacji polio [30]. Według danych OECD za lata 2010–2011 fundacja przekazała w ramach pomocy rozwojowej na zdrowie 1,576 mld USD [15]. Wśród głównych państw beneficjentów znalazły się takie kraje, jak Indie, Nigeria, Pakistan, Etiopia.

Fundacja Billa i Melindy Gates miała także udział w powstaniu Globalnego Sojuszu na rzecz Szczepionek i Szczepień (*Global Alliance for Vaccines and Immunisation* – GAVI Alliance).

Podsumowanie

Obserwowanemu w ostatnich dziesięcioleciach ogólnemu rozwojowi na świecie towarzyszą także zmiany w funkcjonowaniu systemów ochrony zdrowia, w tym w finansowaniu, które przekładają się na skutki zdrowotne całych populacji. W 2012 r. na zdrowie wydano ponad 6,5 trylionu USD, co daje około 980 USD na osobę. Niemniej obserwuje się ogromne różnice w podziale tych środków. Ponad 80% funduszy jest konsumowana w państwach OECD, które stanowią „tylko” 20% populacji świata. Różnice te są najbardziej widoczne, gdy porównuje się wydatki na głowę mieszkańca od najwyższych w USA (8362 USD/osobę) do najniższych w Erytrei (12 USD/osobę). Aż 35 państw wydaje na zdrowie około 50 USD na osobę, co jest blisko granicy kwoty 44 USD, jaką WHO oszacowało jako minimum pozwalające zapewnić podstawowe świadczenia ratujące życie.

Wiele państw rozwijających się nie jest w stanie samodzielnie zapewnić dostępu do podstawowych świadczeń zdrowotnych swoim obywatelom. Ogromną rolę odgrywa tu zaangażowanie i pomoc środowiska międzynarodowego, w tym państw rozwiniętych i innych ze-

wewnętrznych nierządowych partnerów, którzy przekazują pomoc finansową do krajów słabo i średnio rozwiniętych. Działają oni zgodnie z ideami globalnego solidaryzmu i respektowania zdrowia jako podstawowego prawa człowieka.

Pomoc rozwojowa dla zdrowia odgrywa podstawową rolę w wielu sferach ochrony zdrowia i przyczynia się bezpośrednio do finansowania konkretnych inwestycji, budowania *know-how* oraz wpływa na polepszenie finansowania zdrowia i pokrewnych polityk. Pomoc zewnętrzna w niektórych państwach sięga nawet przeszło 70% ich całkowitego budżetu na zdrowie. W latach 2010–2011 na zdrowie w ramach pomocy rozwojowej donatorzy przekazali w sumie ponad 19 mld USD.

Poważne problemy z zapewnieniem odpowiedniej koordynacji i efektywności pomocy zmusiły zarówno organizacje, jak i państwa do opracowania mechanizmów zapewniających maksymalnie efektywne wykorzystanie pomocy do rozwoju państwa beneficjenta, w tym sektora ochrony zdrowia. Kamień milowy w tym procesie stanowi Deklaracja Paryska i Program Działań z Akry.

Piśmiennictwo

1. *World Health Report. Health systems financing: the path to universal coverage*, World Health Organization, 2010.
2. *World Health Report. Health systems: improving performance*, World Health Organization, 2001.
3. Kutzin J., *A descriptive framework for country level analysis of health care financing arrangements*, „Health Policy” 2001; 56 (3): 171–204.
4. *The Pearson Report. A new strategy for the global development*, The UNESCO Couriers 1970.
5. Devarajan S., Dolar D., Holmgren T., *Aid and Reform in Africa*, World Bank Publications 2001.
6. Burnside C., Dollar D., *Aid, Policies, and Growth: Revisiting the Evidence*, World Bank Policy Research Working Paper 3251, March 2004.
7. Peter S., Hill P., Brown S., Haffeld J., *Effective aid in a complex environment*, „Bulletin of World Health Organization” 2001; 89: 854–854A, doi:10.2471/BLT.11.098285.
8. Brown A., Foster M., Horton A., Naschold F., *The status of sector wide approaches*. Working paper no 141, Overseas Development Institute, London 2001.
9. *Aid effectiveness 2011. Progress in implementing Paris Declaration. Better Aid*, OECD Publishing 2012.
10. *Aid effectiveness 2005–10. Progress in implementing Paris Declaration*. OECD Publishing 2011.
11. *WHO Global Health Expenditure Atlas*, World Health Organization 2012.
12. *WHO Commission on Macroeconomics and Health, International Development and Health. Report of Working Group 6*, World Health Organization 2002.
13. *WHO Global Health Expenditure Database*: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>; dostęp: 28.08.2014.
14. *Aid to Health*, OECD-DAC, October 2013, www.oecd.org/dac/stats/health; dostęp: 10.07.2014.
15. WHO Executive Board, *Proposed programme budget 2014–2015. Report by the Secretariat*, EB132/27, Jan 2013.

16. UNICEF, *Annual Report 2012 Summary*, UNICEF, June 2013.
17. Global Fund Funding and Spending, *Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis* webpage, 2014.
18. *The GAVI Alliance Strategy and Business Plan 2011–15*, www.gavialliance.org/strategy (dostęp: 27.07.2014).
19. Directorate General for Development and Cooperation – Europe Aid Main missions of DEVCO Directorates & Units. Version of 18.11.2013 on the basis of the edited and translated version of 21.12.2012, www.ec.europa.eu/europeaid/; dostęp: 10.08.2014.
20. Committee on International Relations, *Committee on Foreign Relations. Legislation on Foreign Relations Through 2002*. Volume I–A of Volumes I–A and I–B Current Legislation and Related Executive Orders U.S. House of Representatives U.S. Senate, July 2003.
21. *USAID's Global Health Strategic Framework 2012–2016. Better Health for Development*. U.S. Agency for International Development, www.usaid.gov/; dostęp: 27.07.2014.
22. *Agency financial report fiscal year 2013. A new model for development*, USAID 2014.
23. Foreign Affairs, Trade and Development Canada, www.international.gc.ca/; dostęp: 27.07.2014.
24. Fijałkowska M., *Polityka rozwojowa Republiki Federalnej Niemiec. Wprowadzenie do polityki rozwojowej Niemiec*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011.
25. *The German Government's 14th Development Policy Report. Development Policy White paper. Executive summary*, BMZ, 2013.
26. *International Development Act 2002*, http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2002/1/pdfs/ukpga_20020001_en.pdf; dostęp: 02.08.2014.
27. *Annual Report and Accounts 2012–13 datasets*, <https://www.gov.uk/government/publications/dfid-annual-report-and-accounts-2012-13-datasets>; dostęp: 4.09.2014.
28. Ustawa z dnia 16 września 2011 r. o współpracy rozwojowej. Tekst jednolity, Dz.U. z 2011 r., Nr 234, poz. 1386, z 2013 r., poz. 1283.
29. *Wieloletni Program Współpracy na lata 2012–2015*, www.polskapomoc.gov.pl/; dostęp: 28.08.2014.
30. Bill and Melinda Gates Foundation, *Foundation Fact sheet*, <http://www.gatesfoundation.org/>; dostęp: 10.09.2014.



Rola funduszy strukturalnych Unii Europejskiej w finansowaniu inwestycji w obszarze ochrony zdrowia w Polsce

Katarzyna Dubas-Jakóbczyk

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

Adres do korespondencji: Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, tel. 12 433 28 33, katarzyna.dubas@uj.edu.pl

■ Abstract

European Union structural funds' role in financing investments in Polish health care sector

The article presents the analysis of European Union structural funds' role in financing investments in Polish health care sector. The analysis includes investments in physical assets (mainly equipment, renovations) as well all projects related to human capital (education). Distinguishing features of EU co-financed investments projects are presented. The analysis is focused on the period 2007–2013, however some basic assumptions for the new financial perspective (2014–2020) were also discussed. The outcomes of the analysis confirm that EU structural funds constitute an important (and in many cases major) source of financing investments in Polish health care sector. However, at the macro level there is a strong need for introduction of coordination policies and rationalization mechanisms (linking the investments planning with the actual health needs and sustainability prognosis).

Key words: co-financing, European Union, grants, health care, investments

Słowa kluczowe: dofinansowanie, dotacje, inwestycje, ochrona zdrowia, Unia Europejska

■ Wprowadzenie

Pojęcie „funduszy unijnych” stało się w ostatnim dziesięcioleciu niezwykle popularne. W potocznym rozumieniu jest ono często identyfikowane z każdego rodzaju środkami finansowymi pochodzącymi z budżetu Unii Europejskiej (UE) stanowiącymi dofinansowanie określonych projektów. Zgodnie z nomenklaturą oficjalnych dokumentów natomiast funkcjonują trzy fundusze Unii Europejskiej, tj. Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR), Europejski Fundusz Społeczny (EFS) oraz Fundusz Spójności (FS). Dwa pierwsze określane są mianem funduszy strukturalnych i na ich podstawie tworzone są krajowe programy operacyjne. Obok funduszy strukturalnych na poziomie UE funkcjonują również tzw. programy oraz inicjatywy wspólnotowe. Ogólny zarys

struktury programów służących realizacji polityki UE w latach 2007–2013 przedstawia **Tabela I**.

Zarówno inicjatywy, programy, jak i fundusze są opracowywane w celu wsparcia realizacji polityki UE. Fundusze strukturalne stanowią podstawowe narzędzie realizacji polityki spójności mającej na celu wspieranie działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach UE. Ich wykorzystanie w okresie 2007–2013 przybierało formę dotacji dla tych regionów, w których wskaźnik produktu krajowego brutto (PKB) na jednego mieszkańca był poniżej 75% średniej UE¹ (w Polsce dotyczyło to wszystkich 16 województw). Inicjatywy wspólnotowe mają za zadanie wsparcie działań realizowanych w ramach funduszy strukturalnych, natomiast programy wspólnotowe są dostępne najczęściej dla wszystkich kra-

Poziom	Inicjatywy Wspólnotowe	Programy Wspólnotowe	Fundusze Strukturalne
Poziom UE	Inicjatywy dostępne dla Polski: • JASPERS • JESSICA • JEREMIE	M.in.: • Program Zdrowia Publicznego • Program „Uczenie się przez całe życie” • 7. Program Ramowy	• Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR) • Europejski Fundusz Społeczny (EFS) • Fundusz Spójności (FS)**
Poziom krajowy	Krajowa agencja kontaktowa ds. danego programu		Krajowe programy operacyjne (PO): • PO Infrastruktura i Środowisko • PO Innowacyjna Gospodarka • PO Kapitał Ludzki • 16 Regionalnych PO • Program Rozwój Polski Wschodniej • Program Pomoc Techniczna • Programy Europejskiej Współpracy Terytorialnej
Poziom regionalny	-----		Krajowa instytucja wdrażająca Regionalne instytucje wdrażające

* Z wykluczeniem programów z zakresu rybołówstwa oraz rozwoju obszarów wiejskich.

** Fundusz Spójności nie jest zaliczany do funduszy strukturalnych, służy jednak realizacji polityki strukturalnej UE poprzez dofinansowanie dużych projektów z zakresu infrastruktury transportowej i ochrony środowiska.

Tabela I. Programy służące realizacji polityki UE w latach 2007–2013*.

Źródło: Opracowanie własne.

jów UE (niezależnie od poziomu PKB) i służą rozwojowi współpracy i realizacji wspólnych działań w określonych dziedzinach. W przypadku Polski możliwość pozyskania środków na realizację zadań odnoszących się w sposób bezpośredni lub pośredni do obszaru ochrony zdrowia dotyczyła wszystkich trzech rodzajów programów funkcjonujących na poziomie UE. Przykładowo „Drugi Wspólnotowy Program Działania w Dziedzinie Zdrowia na lata 2008–2013” (*Health Programme*) w całości był przeznaczony na realizację projektów przyczyniających się do poprawy poziomu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli UE [1]. Z kolei w ramach 7. Programu Ramowego (*Seventh Framework Programme*) można było pozyskać środki na działalność naukowo-badawczą m.in. w zakresie nauk medycznych (komponent tematyczny – zdrowie) [2].

Celem niniejszego artykułu jest analiza wykorzystania funduszy strukturalnych UE na inwestycje w ochronie zdrowia w Polsce. Pod pojęciem inwestycji należy tu rozumieć zarówno te odnoszące się do aktywów trwałych (np. zakup sprzętu, wartości niematerialnych i prawnych, remont i budowa obiektów), jak i inwestycje w kapitał ludzki (szkolenia i podnoszenie kwalifikacji personelu). W artykule przedstawiono główne cechy wyróżniające projekt inwestycyjny realizowany ze wsparciem środków UE, dokonano analizy wykorzystania funduszy strukturalnych w okresie programowania 2007–2013 oraz omówiono podstawowe założenia nowej perspektywy finansowej 2014–2020. Podkreślenia wymaga

fakt, iż dokonane analizy dotyczą wyłącznie inwestycji realizowanych ze wsparciem środków funduszy strukturalnych UE. Tymczasem w okresie objętym analizą możliwość pozyskania środków finansowych na inwestycje w ochronie zdrowia wynikała również z innych programów międzynarodowych – nieopartych na budżecie UE. Wymienić tu należy przede wszystkim środki Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy (*Swiss Contribution*), Norweskiego Mechanizmu Finansowego (*Norway Grants*) oraz Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (*EEA Grants*)².

Podstawowe założenia projektu inwestycyjnego realizowanego ze wsparciem finansowym UE

Uzyskanie dofinansowania ze środków UE na realizację projektu inwestycyjnego jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Najważniejsze z nich to: (1) odniesienie do celów danego programu operacyjnego, (2) metoda wyboru projektów oraz (3) kwalifikowalność podmiotu jako potencjalnego beneficjenta.

Najpierw należy się zapoznać ze szczegółowym opisem priorytetów danego programu operacyjnego – aby ocenić, czy planowany projekt wpisuje się w konkretny obszar tematyczny. Struktura poszczególnych programów najczęściej zawiera hierarchiczny podział na: priorytety, działania, a czasami również poddziałania i schematy. Proponowany projekt musi być spójny z celami danego działania, poddziałania i/lub schematu.

Drugi krok to uzyskanie informacji o stosowanej w ramach danego działania metodzie wyboru projektów. W okresie programowania 2007–2013 projekty mogły bowiem mieć charakter projektów: systemowych, indywidualnych lub wybieranych w trybie konkursowym. Projekty systemowe i indywidualne odnoszą się do realizacji zadań publicznych o charakterze strategicznym, a ich wyboru dokonuje się najczęściej na poziomie poszczególnych ministerstw (systemowe³) lub władz regionalnych (indywidualne⁴). Są to projekty, których wdrożenie w istotny sposób przyczynia się do przyspieszenia rozwoju społeczno-gospodarczego kraju lub regionu – stąd wybierane odgórnie, w trybie pozakonkursowym⁵. Praktyczna możliwość aplikowania o uzyskanie dofinansowania na inwestycję dla konkretnego podmiotu leczniczego występuje więc w przypadku konkursowego trybu wyboru projektów. Konkurs może mieć charakter otwarty (nabór wniosków ma charakter ciągły – do czasu wyczerpania określonego poziomu alokacji) lub zamknięty (podana data otwarcia i zakończenia naboru wniosków).

Każde „ogłoszenie o konkursie” musi precyzować charakter podmiotów uprawnionych do ubiegania się o wsparcie – co stanowi trzeci kluczowy warunek możliwości uzyskania dofinansowania. W okresie programowania 2007–2013, w ramach działań odnoszących się do inwestycji w podmiotach leczniczych, występowały postępowania konkursowe skierowane wyłącznie do podmiotów publicznych⁶, jak również przeznaczone zarówno do jednostek publicznych, jak i niepublicznych⁷. Często stosowanym kryterium, uprawniającym do zaliczenia do grona potencjalnych beneficjentów, było „funkcjonowanie w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia” – interpretowane jako posiadanie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ)⁸. W przypadku niektórych konkursów grupę potencjalnych beneficjentów mogły stanowić nie tylko same podmioty lecznicze, lecz także ich organy założycielskie.

Niezależnie od trybu wyboru projektów wszystkie inwestycje realizowane ze wsparciem finansowym UE podlegają pewnym wspólnym, ogólnym zasadom. Najważniejsze z nich to:

- podpisanie umowy o dofinansowanie z określoną instytucją wdrażającą, definiującą wartość oraz warunki przekazania środków;
- realizacja inwestycji zgodnie z przedłożoną dokumentacją projektową zawierającą m.in. wniosek o przyznanie dofinansowania oraz biznesplan lub studium wykonalności projektu (stanowiącą załącznik do umowy o dofinansowanie);
- realizacja inwestycji w sposób gwarantujący osiągnięcie określonych, predefiniowanych wskaźników projektu oraz rezultatu;
- podleganie procedurze kontroli, monitoringu i ewaluacji ze strony instytucji wdrażającej;
- zagwarantowanie trwałości projektu.

Umowa o dofinansowanie dokładnie określa warunki przekazania środków. Kwota dotacji stanowi najczęściej określony procent wartości całkowitych wydatków kwalifikowanych. Poziom dofinansowania może się różnić w poszczególnych działaniach, jak również w odniesie-

niu do różnych kategorii wydatków w ramach tego samego projektu. Przekazanie środków następuje zgodnie z harmonogramem płatności i może przybierać formę płatności zaliczkowej (przekazanej na realizację określonego zadania), pośredniej (stanowiącej zwrot poniesionych wydatków) oraz końcowej (po ostatecznym rozliczeniu projektu).

Projekt jest realizowany zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym, który definiuje poszczególne etapy wykonywanych zadań i odpowiadającą im kwotę ponoszonych wydatków. Realizacja projektu musi zagwarantować osiągnięcie określonych wskaźników produktu oraz rezultatu, które służą monitorowaniu stanu realizacji celów danego projektu oraz ocenie efektów jego wdrażania na poszczególnych etapach. Wskaźniki produktu to mierzalne efekty realizacji projektu osiągnięte w trakcie jego trwania (np. liczba zakupionych urządzeń, liczba zmodernizowanych obiektów). Wskaźniki rezultatu natomiast odnoszą się do efektów działań, które powinny nastąpić po zakończeniu projektu oraz wpływają bezpośrednio na otoczenie społeczno-ekonomiczne (np. liczba pacjentów korzystających ze zmodernizowanej infrastruktury ochrony zdrowia)⁹.

Realizacja projektu dofinansowanego ze środków UE podlega procedurze kontroli i monitoringu ze strony instytucji wdrażającej. Kontrola ma na celu potwierdzenie zgodności realizacji projektu z zapisami umowy o dofinansowanie, sprawdzenie prawdziwości i prawidłowości poniesionych wydatków, a także wywiązywania się beneficjenta z obowiązków wynikających z umowy oraz stosowania przepisów prawa. Kontrola może mieć charakter planowy lub doraźny, odbywać się w trakcie lub na zakończenie projektu, polegać na kontroli dokumentacji oraz wizyty na miejscu realizacji projektu. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości może nawet dojść do rozwiązania umowy o dofinansowanie i konieczności zwrotu całości lub części otrzymanych środków.

Niezwykle ważnym elementem projektów dofinansowanych ze środków UE jest zasada zagwarantowania trwałości projektu [3]. Trwałość projektu definiowana jest jako zakaz wprowadzania zasadniczych modyfikacji w terminie do 5 lat od momentu zakończenia realizacji projektu (w przypadku sektora małych i średnich przedsiębiorstw – do 3 lat). Pojęcie „zasadniczych modyfikacji” odnosi się do zmian: mających wpływ na charakter lub warunki realizacji inwestycji, powodujących uzyskanie nieuzasadnionej korzyści przez przedsiębiorstwo lub podmiot publiczny, dotyczących charakteru własności elementu infrastruktury lub zaprzestania działalności produkcyjnej [4]. W praktyce projektów inwestycyjnych z zakresu ochrony zdrowia oznacza to m.in. zakaz udzielania świadczeń komercyjnych na sprzęcie zakupionym w ramach projektu, w którego przypadku w umowie o dofinansowanie określono, że „zakupiony sprzęt będzie wykorzystywany do realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”. Zasada trwałości oznacza również brak możliwości sprzedaży lub zlikwidowania podmiotu leczniczego, który zrealizował inwestycję.

Wykorzystanie funduszy strukturalnych UE na inwestycje w ochronie zdrowia w perspektywie programowania 2007–2013

Informację na temat projektów zrealizowanych ze wsparciem finansowym funduszy strukturalnych UE można uzyskać z Krajowego Systemu Informatycznego SIMIK 07-13¹⁰. Na jego podstawie Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju opracowało m.in. serwis „Mapa dotacji UE”, umożliwiający analizę danych odnośnie do liczby i wartości projektów zrealizowanych w ramach poszczególnych zadań i/lub programów¹¹. Serwis umożliwia wyszukanie projektów przypisanych do jednego z 15 obszarów tematycznych i/lub realizowanych w ramach konkretnego działania. Na potrzeby niniejszego artykułu dokonano wyszukania liczby i wartości projektów realizowanych w ramach działań odnoszących się bezpośrednio do inwestycji w ochronie zdrowia (krajowe programy operacyjne) lub automatycznie przypisanych przez serwis do obszaru „ochrony zdrowia” (regionalne programy operacyjne).

W okresie programowania 2007–2013 dominujący udział w finansowaniu **inwestycji infrastrukturalnych** w ochronie zdrowia miał Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko (POIŚ) oraz regionalne programy operacyjne (RPO) poszczególnych województw. W przypadku POIŚ jeden z priorytetów poświęcony był w całości wsparciu inwestycji z zakresu ochrony zdrowia (Priorytet XII – Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia). Jego celem ogólnym było wspieranie utrzymania dobrego poziomu zdrowia zasobów pracy, natomiast cele szczegółowe obejmowały: obniżenie poziomu śmiertelności oraz skutków powikłań powstających w wyniku wypadków i innych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych i wysoko specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Adekwatnie do tych celów priorytet XII POIŚ obejmował dwa zadania:

- 12.1. Rozwój systemu ratownictwa medycznego;
- 12.2. Inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym.

Instytucją wdrażającą Priorytet XII POIŚ było Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ). **Tabela II** zawiera informację na temat liczby oraz wartości projektów zrealizowanych w ramach Priorytetu XII POIŚ.

Liczba podpisanych umów o dofinansowanie w ramach Priorytetu XII POIŚ wyniosła 352 na łączną kwotę wsparcia ze środków UE ponad 1,6 mld zł. W ramach

działania 12.1 realizowano projekty polegające głównie na budowie, modernizacji oraz wyposażeniu ośrodków ratownictwa medycznego (m.in. zakup karettek, budowa lądowisk dla helikopterów). W przypadku działania 12.2 dominowały projekty inwestycji infrastrukturalnych, których beneficjentami były specjalistyczne instytuty, kliniki i szpitale uniwersyteckie (rozbudowa, modernizacja, zakup sprzętu).

W odróżnieniu do POIŚ, który był programem krajowym, RPO były opracowywane indywidualnie przez władze każdego regionu – województwa¹². Oznacza to, iż struktura, wybór priorytetów oraz podział alokacji na poszczególne zadania mogły być odmienne w ramach programów różnych województw. Niemniej jednak możliwość dofinansowania projektów inwestycji infrastrukturalnych w placówkach ochrony zdrowia została ujęta w działaniach wszystkich 16 RPO. **Tabela III** przedstawia informacje na temat liczby oraz wartości projektów zrealizowanych w ochronie zdrowia w ramach regionalnych programów operacyjnych poszczególnych województw.

Łącznie w ramach RPO wszystkich województw zrealizowano 740 projektów o sumarycznej wartości wynoszącej prawie 4 mld zł, w tym dofinansowania ze środków UE na poziomie ponad 2,5 mld zł. Kwota dofinansowania w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa wyniosła od 32,29 zł w województwie śląskim do 153,99 zł w świętokrzyskim, uśredniony zaś poziom dofinansowania (udział dotacji UE w całkowitej wartości inwestycji) wyniósł od 48,63% w województwie zachodniopomorskim do ok. 76,5% w mazowieckim i łódzkim.

Regionalne programy operacyjne stanowiły w skali kraju najważniejsze źródło finansowania inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia. Podstawowe znaczenie miała tu specyfika RPO polegająca na ich zdecentralizowanym charakterze i dużym zainteresowaniu ze strony potencjalnych beneficjentów (regionalne instytucje wdrażające oraz brak konkurencji o przyznanie dotacji z podmiotami z innych regionów). W przypadku większości województw w ramach osi priorytetowej odnoszącej się do infrastruktury społecznej wydzielono zadania poświęcone inwestycjom w placówkach ochrony zdrowia. Zgodnie z raportem na temat wdrażania RPO według stanu na koniec stycznia 2014 r. doposażono, przebudowano lub wybudowano łącznie 615 instytucji ochrony zdrowia¹³. Planuje się docelowo objąć wsparciem (projekty w trakcie realizacji) łącznie 786 instytucji ochrony zdrowia, najwięcej w województwie śląskim (127 szt.) i pomorskim (107 szt.) [5].

Priorytet XII POIŚ	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Działanie 12.1	272	947 769 448,25	731 689 758,79
Działanie 12.2	80	1 132 133 824,63	876 907 716,92
Suma	352	2 079 903 272,88	1 608 597 475,71

Tabela II. Projekty zrealizowane w latach 2007–2013 w ramach Priorytetu XII POIŚ.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

Województwo	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)	Kwota dofinansowania UE w przeliczeniu na jednego mieszkańca (zł)**	Uśredniony poziom dofinansowania UE (%)
Dolnośląskie	90	325 282 705,36	216 834 218,91	74,38	66,66%
Kujawsko-pomorskie	63	262 552 496,44	149 328 920,19	71,19	56,88%
Lubelskie	80	272 600 430,87	203 727 528,24	93,64	74,73%
Lubuskie	17	93 785 922,78	65 486 650,01	64,02	69,83%
Łódzkie	11	220 679 178,53	168 854 192,51	66,51	76,52%
Małopolskie	23	245 328 964,65	136 993 960,40	41,05	55,84%
Mazowieckie	34	322 431 868,62	247 162 219,85	46,91	76,66%
Opolskie	38	92 538 226,45	47 318 636,16	46,56	51,13%
Podkarpackie	36	224 201 557,15	118 945 635,31	55,91	53,05%
Podlaskie	38	176 137 093,14	110 978 623,83	92,30	63,01%
Pomorskie	53	234 802 808,26	146 159 000,14	64,21	62,25%
Śląskie	109	248 564 707,73	149 512 417,86	32,29	60,15%
Świętokrzyskie	30	338 225 965,18	197 221 695,97	153,99	58,31%
Warmińsko-mazurskie	28	237 822 133,18	163 986 714,39	112,93	68,95%
Wielkopolskie	70	336 470 686,05	217 114 416,87	62,98	64,53%
Zachodniopomorskie	20	353 996 254,10	172 161 267,70	99,93	48,63%
Suma	740	3 985 420 998,49	2 511 786 098,34	65,22	63,02%

* W serwisie „Mapy dotacji UE” projekty automatycznie przyporządkowywane są do jednego z 15 obszarów tematycznych. Wszystkie projekty w ramach danego działania są przypisywane do jednego, wspólnego obszaru tematycznego. W przypadku województw: małopolskiego, podkarpackiego oraz warmińsko-mazurskiego projekty z zakresu ochrony zdrowia były realizowane w ramach działań obejmujących również tematykę opieki społecznej i włączone do obszaru tematycznego „praca i integracja społeczna”. W odniesieniu do tych trzech województw autorka dokonała „ręcznego” wyselekcjonowania projektów odnoszących się ściśle do obszaru ochrony zdrowia.

** Liczba mieszkańców województw według stanu na rok 2011, Źródło: GUS, Ludność – stan i struktura demograficzno-społeczna, Warszawa 2013.

Tabela III. Projekty zrealizowane w latach 2007–2013 w ramach regionalnych programów operacyjnych poszczególnych województw w obszarze ochrony zdrowia*.
Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko oraz regionalne programy operacyjne stanowiły podstawowe źródła finansowania inwestycji infrastrukturalnych polegających przede wszystkim na modernizacji obiektów i/lub zakupie sprzętu w poszczególnych placówkach opieki zdrowotnej. Głównie natomiast źródło finansowania **inwestycji z zakresu informatyzacji** ochrony zdrowia stanowił Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka (POIG). Realizowane w jego ramach przez Centrum Systemów Informatycznych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ) dwa projekty systemowe są dofinansowane ze środków UE na łączną kwotę ponad 614 mln zł (**Tabela IV**).

W okresie 2007–2013 środki UE były również wykorzystywane na dofinansowanie tzw. projektów miękkich w ochronie zdrowia, polegających głównie na wsparciu procesu **podnoszenia kwalifikacji przez pracowników sektora zdrowia**. Podstawowym źródłem finansowania był tu Program Operacyjny Kapitał Ludzki (POKL). Priorytet II POKL – „Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących” obejmował m.in. działanie nr 2.3 – „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Projekty realizowane w ramach tego działania były zgrupowane w czterech kolejnych poddziałaniach:

- 2.3.1. Opracowanie kompleksowych programów zdrowotnych (projekty systemowe);
- 2.3.2. Doskonalenie zawodowe kadr medycznych (projekty systemowe);
- 2.3.3. Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia (projekty systemowe);
- 2.3.4. Rozwój kwalifikacji kadr służący podniesieniu jakości zarządzania w ochronie zdrowia (projekty konkursowe).

Tabela V prezentuje zestawienie liczby oraz wartości projektów zrealizowanych w ramach działania 2.3 POKL.

Łącznie w latach 2007–2013 podjęto się realizacji 45 projektów na łączną kwotę dofinansowania wynoszącą ok. 410 mln zł. Biorąc pod uwagę wartość projektów, dominujące znaczenie miały inwestycje w doskonalenie zawodowe kadr medycznych – poddziałanie 2.3.2. Spośród sześciu realizowanych w ramach tego poddziałania projektów dwa największe to: „Kształcenie zawodowe pielęgniarzek i położnych w ramach studiów pomostowych” (projekt realizowany przez Ministerstwo Zdrowia – kwota dofinansowania UE 164 mln zł [6]) oraz „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy” (projekt realizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie – kwota dofinansowania UE to prawie 83 mln zł [7]).

Podsumowanie przedstawionych powyżej zestawień pozwala na oszacowanie całkowitej kwoty środków finansowych pozyskanych z funduszy strukturalnych UE w latach 2007–2013 na inwestycje w ochronie zdrowia na kwotę ponad 5 mld zł. Kwota ta obejmuje: 4120 mln zł dofinansowania inwestycji infrastrukturalnych (w ramach POIŚ, RPO), 614 mln zł wsparcia dla projektów z zakresu informatyzacji (POIG) oraz ponad 409 mln zł dofinansowania szkoleń i podnoszenia kwalifikacji pracowników sektora zdrowia (POKL).

Należy podkreślić, że powyższe szacunki nie uwzględniają mniejszych inwestycji realizowanych przez pojedyncze niepubliczne podmioty lecznicze w ramach działań z obszaru „podniesienia konkurencyjności przedsiębiorstw”. W przypadku większości regionalnych programów operacyjnych wyróżniono działania skierowane

Tytuł projektu	Wartość projektu (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych	712 640 000,00	570 972 165,65
Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych	53 263 000,00	43 148 550,00
Suma	765 903 000,00	614 120 715,65

Tabela IV. Projekty z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia realizowane przez CSIOZ w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007–2013.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

POKL Priorytet II – Działanie 2.3	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Poddziałanie 2.3.1	3	30 071 487,83	25 560 764,66
Poddziałanie 2.3.2	6	379 936 072,30	322 945 661,45
Poddziałanie 2.3.3	6	40 740 163,17	34 629 138,69
Poddziałanie 2.3.4	30	31 381 302,52	26 674 107,16
Suma	45	482 129 025,82	409 809 671,96

Tabela V. Projekty zrealizowane w latach 2007–2013 w ramach Priorytetu II POKL.

Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

Fundusz	Liczba projektów	Wartość projektów (zł)	Wartość dofinansowania UE (zł)
Programy operacyjne finansowane z EFRR	303	784 553 683,03	491 805 796,00

* Były to głównie projekty o charakterze inwestycji infrastrukturalnych (finansowane z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego).

Tabela VI. Projekty z zakresu ochrony zdrowia zrealizowane w ramach Programów Operacyjnych dostępnych w latach 2004–2006*.
Źródło: Zestawienie własne na podstawie danych serwisu „Mapa dotacji UE” (<http://www.mapadotacji.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014).

do sektora małych i średnich przedsiębiorstw, polegające na bezpośrednim wsparciu inwestycji. Przykładowo w ramach Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013 (MRPO) – Priorytetu nr II (Gospodarka regionalnej szansy), działania nr 2.1 (Rozwój i podniesienie konkurencyjności przedsiębiorstw), schematu A (Bezpośrednie wsparcie inwestycji w małych i średnich przedsiębiorstwach) – w konkursach dla mikro- oraz małych przedsiębiorstw branża medyczna stanowiła (po firmach produkcyjnych) jedną z najczęściej dofinansowywanych dziedzin gospodarki¹⁴.

Warto nadmienić, iż realizacja inwestycji dofinansowywanych ze środków UE miała również miejsce w okresie programowania 2004–2006. **Tabela VI** prezentuje informacje o liczbie oraz wartości projektów z zakresu inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia zrealizowanych w tym okresie.

W latach 2004–2006 zrealizowano 303 projekty inwestycyjne na łączną kwotę dofinansowania ok. 492 mln zł. Były to projekty polegające głównie na zakupie sprzętu i/lub modernizacji obiektów infrastrukturalnych.

Założenia perspektywy finansowej 2014–2020

Najważniejszym dokumentem określającym założenia polityki UE w latach 2014–2020 jest strategia Europa 2020 na rzecz inteligentnego, trwałego i sprzyjającego włączeniu społecznemu wzrostu gospodarczego, przyjęta w czerwcu 2010 r. [8]. W dokumencie tym wyznaczono konkretne cele w dziedzinie zatrudnienia, badań naukowych, edukacji, ograniczenia ubóstwa oraz w zakresie klimatu i energii, które UE powinna osiągnąć do 2020 r. Władze krajów członkowskich są zobowiązane do realizacji niezbędnych reform na poziomie krajowym, których cele są spójne ze strategią Europa 2020. Zgodnie z informacjami Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju¹⁵ w okresie programowania 2014–2020 Polsce na realizację polityki spójności przyznano kwotę ponad 82,5 mld euro, a więc o ok. 15 mld euro więcej niż w okresie programowania 2007–2013. Kwota ta ma być rozdysponowana na drodze realizacji 6 krajowych oraz 15 regionalnych programów operacyjnych. Największe pod względem budżetu programy krajowe to: Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko (POIS – alokacja na poziomie 27,5 mld euro), Program Operacyjny Inteligentny Rozwój (POIR – alokacja 8,6 mld euro) oraz Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój (POWER – alokacja 4,4 mld euro). Zdecydowanie więcej środków

niż w poprzedniej perspektywie finansowej ma być przekazane do regionów – na realizację regionalnych programów operacyjnych planuje się przekazać kwotę ok. 32 mld euro (w porównaniu z 17 mld euro w perspektywie 2007–2013)¹⁶.

W ramach przygotowań do wdrożenia programów operacyjnych na lata 2014–2020 i wyznaczenia działań priorytetowych w ochronie zdrowia na zlecenie Ministerstwa Zdrowia został opracowany raport: „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014–2020”¹⁷. Badanie zostało przeprowadzone w okresie październik–grudzień 2012 r. i obejmowało analizę istniejących danych i dokumentów, a także badanie ankietowe na wylosowanej próbie podmiotów leczniczych. Zgodnie z przedstawionymi wnioskami stan infrastruktury placówek ochrony zdrowia w Polsce wykazuje duże różnicowanie:

- obok nowoczesnych budynków, spełniających wszystkie wymagania prawne, występują budynki, których modernizacja i dostosowanie do obowiązujących wymagań¹⁸ napotka bardzo duże problemy lub w ogóle nie będzie możliwe ze względu na ich status „zabytków”;
- w zakresie wyposażenia podmiotów leczniczych w aparaturę i sprzęt medyczny podstawowym wyzwaniem w najbliższym czasie będzie zapewnienie funduszy na bieżące utrzymanie sprzętu, zapewnienie mu należytej (specjalistycznej) obsługi oraz zapewnienie odnowienia sprzętu po zakończeniu jego funkcjonowania.

Uczestnicy badania ankietowego podkreślali, że istniejącą już infrastrukturę należy lepiej wykorzystywać przez zwiększanie jej dostępności dla pacjentów (powiększenie wartości kontraktu z NFZ). Najgorzej wpływ stanu posiadanej infrastruktury na zapewnienie dostępności pacjentów do usług medycznych ocenili przedstawiciele szpitali, najlepiej zaś przedstawiciele placówek ratownictwa medycznego (w grupie podmiotów objętych badaniem odsetek jednostek dostosowanych do aktualnych wymogów techniczno-sanitarnych w grupie szpitali wynosił zaledwie 49%, w przypadku zaś placówek ratownictwa medycznego 96%). W odniesieniu do wszystkich analizowanych podmiotów aż 81% wskazało na występowanie potrzeb inwestycyjnych w zakresie sprzętu medycznego, 76% zaś podkreśliło potrzebę inwestycji dotyczących budynków [9]. W kontekście procedury pozyskiwania środków unijnych na inwestycje respondenci

podkreślali potrzebę uproszczenia procedur związanych z aplikowaniem i rozliczaniem projektów.

Najważniejszym dokumentem definiującym krajowe ramy strategiczne pozyskiwania środków z funduszy strukturalnych UE na inwestycje w ochronie zdrowia w nowym okresie programowania jest przyjęty w marcu 2014 r. „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Strategiczne Ramy” [10]. Jest to dokument o charakterze wdrożeniowym, określający cele długoterminowe i kierunki interwencji zawarte w dokumentach strategicznych oraz definiujący cele operacyjne wraz z narzędziami implementacyjnymi. Przedstawiona w nim wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. została zdefiniowana w sposób następujący: „Zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowany do trendów demograficznych i epidemiologicznych system ochrony zdrowia oparty na właściwych ilościowo i jakościowo: zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych” [10]. Celem głównym działań w ochronie zdrowia jest „zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce”. Jego realizacja ma wynikać z czterech obszarów działań (zdefiniowanych w postaci celów długoterminowych oraz odpowiadających im celów operacyjnych i kierunków interwencji) odnoszących się do następujących zagadnień:

- wsparcie profilaktyki zdrowotnej;
- dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmian demograficznych;
- poprawa efektywności i organizacji systemu ochrony zdrowia;
- wsparcie kształcenia kadr medycznych.

Interwencje służące realizacji powyższych zadań mają polegać m.in. na inwestycjach w infrastrukturę placówek opieki zdrowotnej oraz kształcenie kadr medycznych.

W praktyce, podobnie jak w latach 2007–2013, w nowym okresie programowania dominującą rolę w finansowaniu inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia będzie miał POIŚ 2014–2020 oraz regionalne programy operacyjne 2014–2020. W przypadku POIŚ w ramach priorytetu VII – Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia przewidziano dofinansowanie projektów z zakresu infrastruktury ratownictwa medycznego (wsparcie istniejących oraz utworzenie nowych szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, wsparcie lotniczego pogotowia ratunkowego) oraz ponadregionalnych podmiotów leczniczych (wsparcie oddziałów udzielających świadczeń z zakresu określonych chorób, wsparcie laboratoriów medycznych) [11]. Planowane formy i kierunki wsparcia mają więc podobny charakter jak w poprzednim okresie programowania. Przewidziana kwota dofinansowania ze środków UE na realizację priorytetu VII POIŚ 2014–2020 to ok. 500 mln euro [11].

W przypadku regionalnych programów operacyjnych 2014–2020, których łączna kwota alokacji dofinansowania UE szacowana jest na poziomie ponad 32 mld euro, bardzo trudno określić wartość środków planowanych

do przekazania na inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia. Poszczególne województwa mogą ujmować tę kategorię projektów w ramach różnych priorytetów. Według planów niektórych RPO 2014–2020 zostaną wydzielone odrębne priorytety poświęcone infrastrukturze ochrony zdrowia (województwo małopolskie, oś priorytetowa – „Infrastruktura ochrony zdrowia” z planowaną kwotą alokacji na poziomie ponad 140 mln euro) [12] lub „zdrowiu” ogółem (województwo pomorskie, oś priorytetowa – „Zdrowie” z planowaną kwotą alokacji na poziomie ok. 107 mln euro [13]). W przypadku zaś RPO 2014–2020 województw lubuskiego i lubelskiego projekty z zakresu inwestycji w placówki ochrony zdrowia będą realizowane w ramach szerzej zdefiniowanych priorytetów – „Infrastruktura społeczna”. Niezależnie jednak od różnic w strukturze poszczególnych programów w ramach RPO 2014–2020, podobnie jak w poprzednim okresie programowania, dofinansowaniu będą podlegać przede wszystkim inwestycje w placówki ochrony zdrowia o charakterze regionalnym¹⁹. RPO 2014–2020 bez wątpienia będą stanowić największe źródło finansowania inwestycji infrastrukturalnych w ochronie zdrowia.

Z funduszy POWER 2014–2020 (podobnie jak z POKL w poprzednim okresie programowania) będzie można pozyskać środki na kształcenie kadr medycznych oraz realizację programów profilaktycznych [14]. Z kolei w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014–2020 będzie możliwa realizacja projektów z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia [15].

Dyskusja i podsumowanie

Fundusze strukturalne UE bez wątpienia stanowią jedno z najważniejszych źródeł finansowania inwestycji w ochronie zdrowia w Polsce. W okresie programowania 2007–2013 zrealizowano ponad 1000 inwestycji infrastrukturalnych²⁰ o łącznej wartości przekraczającej 6 mld zł (w tym kwoty dofinansowania UE ponad 4 mld zł). Nowa perspektywa finansowa otwiera kolejne możliwości pozyskiwania środków. Niezwykle ważne jest jednak, aby przed rozpoczęciem realizacji kolejnych projektów dokonać rzetelnej ewaluacji działań z okresu 2007–2013 oraz zagwarantować koordynację i spójność nowych celów inwestycyjnych.

Eksperci podkreślają, że w ramach projektów wzmocniających infrastrukturę ochrony zdrowia w perspektywie finansowej 2007–2013 w większości były realizowane inwestycje punktowe, uwzględniające różnorodne potrzeby poszczególnych podmiotów leczniczych, niezorientowane jednakże na niwelowanie konkretnych obszarów deficytowych w danej dziedzinie lub w danym obszarze (konkursowy tryb wyboru projektów premiuje jednostki aktywne, a decyzje alokacyjne są podejmowane na podstawie potrzeb zgłaszanych przez indywidualne podmioty) [10, 16]. Z uwagi na brak strategicznego podejścia i odpowiedniej koordynacji nie udało się uniknąć przypadków nieefektywnego wykorzystania środków. Jako przykłady można tu podać: sfinansowanie utworzenia dwóch podmiotów leczniczych o analogicznym profilu działalności w sąsiadujących województwach,

w odległości powodującej brak uzasadnienia inwestycji ze względu na objęcie opieką zbyt małej populacji mieszkańców lub zakup wysoko specjalistycznej aparatury medycznej dla kilku placówek konkurujących o środki oddziału NFZ pozwalające na zakontraktowanie świadczeń z użyciem tej aparatury tylko w jednej z nich [9, 14, 16]. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli na temat zakupów i wykorzystania aparatury medycznej współfinansowanej ze środków RPO część szpitali, które zakupiły nowy sprzęt medyczny, nie wykorzystuje go w sposób efektywny. Kontrolą NIK objęto 46 podmiotów leczniczych – w przypadku 1/3 z nich nie udało się osiągnąć zakładanych we wniosku o dofinansowanie wskaźników rezultatu, w tym przede wszystkim planowanej liczby udzielonych świadczeń. W ocenie NIK na niski stopień wykorzystania aparatury miało wpływ podejmowanie decyzji o przyznaniu dofinansowania bez analizy potrzeb zdrowotnych i oceny dostępności świadczeń udzielanych z wykorzystaniem tego rodzaju wyposażenia, a także niezapewnienie odpowiedniej koordynacji działań związanych z zakupem. Wpływ na tę sytuację miały również nieprawidłowości stwierdzone w szpitalach, polegające m.in. na niezapewnieniu właściwych warunków udzielania świadczeń (np. opóźnienia w przygotowaniu pomieszczeń). Zdarzały się sytuacje, w których zakupiony i dostarczony do placówki sprzęt nie był używany przez okres od kilku nawet do kilkunastu miesięcy, a termin, do którego dane urządzenie podlegało gwarancji, upływał, zanim doszło do jego uruchomienia (rozpoczęcia udzielania świadczeń). Z powodu niskiej wartości kontraktów zawieranych z NFZ (lub ich braku), a także ograniczenia możliwości wykorzystania zakupionej ze wsparciem UE aparatury do udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, nastąpiło pogorszenie wyników finansowych niektórych kontrolowanych jednostek [17]. Problemem zgłaszanym przez wielu dyrektorów szpitali, które zrealizowały inwestycje infrastrukturalne, są także koszty utrzymania obiektów i/lub serwisowania sprzętu po zakończeniu finansowania UE²¹.

W raporcie NIK podkreślono kwestię braku dokonywania rzetelnej analizy potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany przez jednostki samorządu terytorialnego (pomimo występowania takiego obowiązku wynikającego z zapisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [18]). Poważnym problemem okazał się również brak kompletnych i aktualnych danych dotyczących rozmieszczenia aparatury medycznej na danym terenie. Dane dotyczące rozmieszczenia specjalistycznej aparatury medycznej zgromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, na podstawie sprawozdań MZ-29, różniły się od danych uzyskanych bezpośrednio od wojewodów w trakcie kontroli NIK. Minister Zdrowia nie wykorzystywał uprawnień do przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych, które uwzględniałyby rzetelność informacji przekazywanych w sprawozdaniach [17].

Potrzeba ponoszenia wydatków inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce jest niezaprzeczalna – zwłaszcza w kontekście regulacji prawnych

odnoszących się do dostosowania do właściwych wymogów sanitarno-technicznych w terminie do 2016 r. [19]. Zgodnie z raportem przygotowanym przez Związek Powiatów Polskich na podstawie badania ankietowego na grupie blisko 200 szpitali stan techniczny infrastruktury szpitalnej w Polsce jest wysoce niezadowolający: poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi średnio ponad 60%, a szacunkowe koszty dostosowania szpitali do wymogów Ministerstwa Zdrowia to ok. 13 mld złotych [20]. Obok wydatków na modernizację budynków i zakup sprzętu w najbliższych latach duże znaczenie będą miały również inwestycje z zakresu informatyzacji. Ze względu na ustawowy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej priorytetem będzie informatyzacja podmiotów leczniczych oraz zapewnienie interoperacyjności i kompatybilności budowanych systemów teleinformatycznych na poziomie regionalnym i centralnym [10, 21].

Fundusze strukturalne UE stanowią ogromną szansę pozyskania środków na inwestycje w ochronie zdrowia. Liczne wypowiedzi dyrektorów szpitali dowodzą, iż bez dotacji unijnych wiele inwestycji nie byłoby podejmowanych ze względu na brak środków lub wręcz jakichkolwiek szans na ich pozyskanie z innych źródeł [22]. Doświadczenia wykorzystania funduszy UE w ujęciu makro wskazują jednak na silną potrzebę wzmocnienia koordynacji poziomu regionalnego i centralnego oraz wprowadzenia mechanizmu racjonalizacji przedsięwzięć inwestycyjnych. Konieczna jest przede wszystkim ocena celowości podejmowania nowych inwestycji w infrastrukturę medyczną (czy inwestycja stanowi odpowiedź na rzeczywiste potrzeby zdrowotne? jaka jest prognozowana wielkość kontraktu z NFZ?). Kwestie te wpisują się w szerszą problematykę – potrzeby koordynacji zasobów sektora zdrowia i realizacji długofalowej strategii polityki zdrowotnej państwa. Fundusze unijne stwarzają bowiem z jednej strony ogromne możliwości pozyskania środków na modernizację infrastruktury ochrony zdrowia i szansę podwyższenia standardów technicznych, z drugiej zaś mogą stanowić zagrożenie wzmocnienia zjawiska nieefektywnego rozmieszczenia i wykorzystania zasobów sektora zdrowia.

Przypisy

¹ W nowej perspektywie finansowej 2014–2020 dokonano rozróżnienia na trzy poziomy rozwoju regionów: regiony mniej rozwinięte (PKB na mieszkańca < 75% średniej UE 27); regiony w fazie przejściowej (PKB na mieszkańca w przedziale 75–90% średniej UE 27); regiony bardziej rozwinięte (PKB na mieszkańca > 90% średniej UE 27).

² Szczegółowe informacje o możliwościach pozyskania środków finansowych w ramach tych trzech programów można znaleźć na specjalnym portalu Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia: <http://www.zdrowie.gov.pl>; dostęp: 28.02.2014.

³ Największym dotychczas projektem systemowym w ochronie zdrowia jest realizowany przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ) projekt: Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cy-

frowych o Zdarzeniach Medycznych (całkowita wartość projektu wynosi ponad 712 mln zł, w tym dofinansowanie ze środków UE na poziomie ok. 571 mln zł. Źródło: Informacje o projekcie: <http://www.csioz.gov.pl/poig.php>; dostęp: 28.02.2014.

⁴ Jako przykład projektów indywidualnych można podać projekty z zakresu rozbudowy, remontu i wyposażenia centrów urazowych, realizowane przez kilkanaście szpitali klinicznych w Polsce w ramach działania nr 12.1. Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POIS). Źródło: Informacje o projektach w ramach działania 12.2. POIS, http://zdrowie.gov.pl/strona-20-PO_Infrastruktura_i_Srodowisko_Typy_projektow.html; dostęp: 28.02.2014.

⁵ Procedury wyboru projektów na przykładzie Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, Załącznik nr 2 do szczegółowego opisu priorytetów POIS, https://www.pois.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/projekty_pois.aspx; dostęp: 28.02.2014.

⁶ Np. konkursy w ramach działania 12.1. POIS.

⁷ Np. konkursy w ramach działania 12.2. POIS lub działania nr 6.3. Schemat A – Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego – MPRO.

⁸ M.in. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie, Sygn. akt I SA/Kr 1163/10, grudzień 2010.

⁹ Przykłady wskaźników obowiązkowych w ramach poszczególnych działań definiuje m.in. *Lista wskaźników kluczowych przechowywanych w KSI (SIMIK 07-13)*, stanowiąca załącznik do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010.

¹⁰ Krajowy System Informatyczny SIMIK 07-13 zapewnia zdolność zbierania i agregacji na wyższych poziomach podstawowych danych dotyczących programów operacyjnych współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej w zakresie i formacie wymaganym przez Komisję Europejską na mocy regulacji wspólnotowych na lata 2007–2013 (art. 58 lit. d rozporządzenia ogólnego Rady [WE] nr 1083/2006) oraz wspiera bieżący proces zarządzania i monitorowania w zakresie programów współfinansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności.

¹¹ Mapa Dotacji UE zawiera dane o wykorzystaniu Funduszy Europejskich w podziale na województwa i powiaty. Według stanu na luty 2014 – serwis prezentuje informacje według danych na koniec grudnia 2013 r. Adres serwisu: <http://www.mapadotacji.gov.pl>.

¹² Z zachowaniem wymogu spójności z Narodowymi Strategicznymi Ramami Odniesienia 2007–2013 (NSRO).

¹³ Bez danych dla RPO woj. dolnośląskiego.

¹⁴ Informacja o wynikach konkursów w ramach działania 2.1. MRPO – Schemat A (Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości), <http://www.mcp.malopolska.pl>.

¹⁵ Według stanu na dzień 05.03.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/fundusze_europejskie_2014_2020/strony/start.aspx; dostęp: 5.03.2014.

¹⁶ <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/WstepDoFunduszyEuropejskich/Strony/Programy.aspx>; dostęp: 05.03.2014.

¹⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Badanie ewaluacyjne: „Analiza potrzeb inwestycyjnych sektora ochrony zdrowia w kontekście programowania nowej perspektywy finansowej 2014–2020”*, Warszawa 2012, http://www.ewaluacja.gov.pl/Wyniki/Documents/Analiza_potreb_inwestycyjnych_sektora_ochrony_zdrowia_10062013.pdf; dostęp: 5.03.2014.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 739).

¹⁹ W okresie programowania 2007–2013 wartość umów na dofinansowanie projektów z zakresu infrastruktury społecznej, w tym ochrony zdrowia, stanowiła ok. 11% całkowitej alokacji RPO. Źródło: [5].

²⁰ Suma projektów zrealizowanych w ramach POIS oraz RPO w latach 2007–2013.

²¹ Przykładowo w przypadku Szpitala Klinicznego w Olsztynie oraz Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu szacowane koszty utrzymania zmodernizowanego i dostosowanego do najnowszych standardów bloku operacyjnego są w skali roku o ok. 3–4 mln zł wyższe niż w okresie przed inwestycją. Źródło: Sygut M., *Mamy nowe bloki operacyjne – teraz trzeba je utrzymać*, Portal Rynek Zdrowia, 18.12.2013, <http://www.rynekzdrowia.pl/Chirurgia/Mamy-nowe-bloki-operacyjne-Teraz-trzeba-je-utrzymac,136703,3.html>; dostęp: 25.03.2014.

Piśmiennictwo

1. Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013.
2. Strona internetowa Krajowego Punktu Kontaktowego Programów Badawczych UE, <http://www.kpk.gov.pl>; dostęp: 2.03.2014.
3. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Zagadnienie zachowania trwałości projektu współfinansowanego z Funduszy Europejskich*, Warszawa 2012.
4. Główny Urząd Statystyczny, *Ludność – stan i struktura demograficzno-społeczna*, Warszawa 2013.
5. Monitor Regionalny, *Stan wdrażania Regionalnych Programów Operacyjnych 2007–2013 na dzień 31.01.2014*, opublikowano 7.02.2014, http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/RPO/Aktualnosci/Documents/RPO_stan_wdrazania_310114.pdf; dostęp: 7.02.2014.
6. Strona internetowa projektu: <http://www.studiapomostowe.mz.gov.pl/>; dostęp: 29.01.2014.
7. Strona internetowa projektu: http://eu.cmkp.edu.pl/projekt_sys_eu_1.htm; dostęp: 25.02.2014.
8. Komisja Europejska (2010), *Strategia Europa 2020*, http://ec.europa.eu/europe2020/documents/related-document-type/index_pl.htm; dostęp: 5.03.2014.
9. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Lista wskaźników kluczowych przechowywanych w KSI (SIMIK 07-13) stanowiąca załącznik do Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej*, Warszawa 2010.
10. Ministerstwo Zdrowia, *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 Krajowe Strategiczne Ramy*, skrót, Warszawa, marzec 2014.
11. Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020, Projekt, Warszawa 8.01.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/POIS_2014_2020_08012014.pdf; dostęp: 5.03.2014.
12. *Małopolski Regionalny Program Operacyjny 2014–2020, wersja trzecia*, 05.03.2014, <http://www.malopolskie.pl/>

- Pliki/2014/MRPO2014_2020_v3_prezentacja.pdf; dostęp: 5.03.2014.
13. *Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego 2014–2020*, Projekt z dnia 07.02.2014, http://dpr.pomorskie.eu/res/dpr/fundusze_2014_2020/rpo_wp_2014_projekt_070214.pdf; dostęp: 2.03.2014.
 14. Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój 2014–2020, wersja z 08.01.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/PO_WER_08012014.pdf; dostęp: 29.01.2014.
 15. Program Operacyjny Polska Cyfrowa na lata 2014–2020, wersja 4.0, 08.01.2014, http://www.mir.gov.pl/fundusze/Fundusze_Europejskie_2014_2020/Documents/POPC_4_0_8_01_14_ost_10012014.pdf; dostęp: 5.03.2014.
 16. CASE – Doradcy Sp. z o.o., *Raport do badania ewaluacyjnego: Analiza efektów wsparcia w Priorytecie XII POiŚ oraz diagnoza potrzeb inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia, Warszawa 28.12.2011*, http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-23-1763-Raport_z_badania_ewaluacyjnego_%E2%80%9EAnaliza_efektow_wsparcia_w_Priorytecie_XII_PO_iIS_oraz_diagnoza_potrzeb_inwestycyjnych_w_sektorze_ochrony_zdrowia.html; dostęp: 9.03.2014.
 17. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli – zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych*, KZD-4101-03/2012, opublikowany w czerwcu 2013 r.
 18. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
 19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012, Nr 0, poz. 739).
 20. Wójcik M., *Związek Powiatów Polskich – Dziennik Warto Wiedzieć*, Felieton z 31.05.2013, <http://wartowiedziec.org/index.php/start/felietony/15576-druzgoccy-raport-zpp-czym-zapaci-za-rachunki-wartoci-58-miliardow-zotyeh>; dostęp: 7.02.2014.
 21. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011, Nr 113, poz. 657 z późn. zm.).
 22. Portal Rynek Zdrowia, <http://www.rynekzdrowia.pl>; dostęp: 15.03.2014.



The financial burden of out-of-pocket patient payments in the European Union and accession countries: Results of a systematic literature review

Konstantin Moser¹, Milena Pavlova², Wim Groot²

¹ Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University

² Department of Health Services Research, CAPHRI, Maastricht University Medical Centre, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Netherlands

Corresponding author: M. Pavlova, Department of Health Services Research, Faculty of Health Medicine and Life Sciences, Maastricht University, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands, m.pavlova@maastrichtuniversity.nl

Abstract

A major issue for public health policy is to reduce the poverty and catastrophic effects of out-of-pocket payments. This paper reviews empirical studies that analyze the financial burden of out-of-pocket payments and factors that are associated with this burden for households in the EU and accession countries. The method of systematic literature review is applied. Poverty effects appear to be independent of geographical area. Catastrophic healthcare expenditure ranges from a bit less than 0.05% to nearly 4%, and the impoverishment due to out-of-pocket payments is also up to 4%. Analyses carried out in single countries reveal that living in a household with a pensioner contributes most to high payments for health care. The results support calls for health policy to prevent the burden of out-of-pocket payments, especially for pharmaceutical expenditure. Special attention should be paid to risk groups such as pensioners, female headed households and low income households.

Key words: catastrophic effects, European Union, out-of-pocket payments, poverty

Introduction

One of the fundamental goals of the public healthcare systems in Europe is to protect people from the negative financial consequences of illness by ensuring affordable and equitable health care [1]. At the same time, to ensure the financial sustainability of their healthcare system, many countries in Europe have introduced or increased patient charges over the past decade [2, 3]. The issue underlying the increase of out-of-pocket payments (OPPs) is the shift of healthcare costs to the patients and their families. OPPs may pose a risk to the affordability and equity of the healthcare services [4]. Three forms of OPPs can be distinguished: (1) direct OPPs for services and goods, including consultation fees and the purchase of pharmaceuticals that are usually obtained in the private sector and are outside the statutory benefit package;

(2) user charges (cost sharing) applied to services and goods included in the statutory benefit package; (3) informal payments or “under-the-table” payments, which can take the form of cash or in-kind gifts [5, 6]. OPPs are made at the point of service use and they are distinctive from health insurance premiums paid by the citizens.

The idea behind measuring the impact of OPPs on the household budget is that they are not regarded as equivalent to subsistence expenditures such as food and shelter [7]. Instead, OPPs do not always contribute to the overall wellbeing of a household and might have a negative impact on the household’s ability to pay. Two main approaches for measuring the financial burden of OPPs exist. When the household expenditure on health care exceeds a certain fraction of the household income or consumption, it is said that the household experiences ‘catastrophic’ expenditure. When the household health-

care spending pushes the households below a poverty line, it is said that the household experience 'impoverishing' effects [8]. Both methods are extensively applied in the literature focused on developing countries [9–11].

At the European level, there are few studies that have focused on this issue. Until now, no review of the evidence on the financial burden of OPPs in Europe exists. Such review would however be important for adding a European value to the affordability and equity of healthcare services, and for identifying the capacity of the European households to pay for health care. This paper addresses this gap in the literature. In particular, the paper aims to systematically review the recent empirical evidence on the financial burden (poverty and catastrophic effects) of OPPs in the EU and accession countries and thus, to establish a base for future comparative studies. This is a first effort to present a systematic compilation of publications related to this topic.

Background

OPPs are one of the key sources of healthcare financing throughout the EU and accession countries [12]. Although in the period 2000–2010, the share of OPPs in the total health expenditure has only slightly increased (+0.3%) on average in EU, there are notable changes between countries. For instance, a large decrease in OPPs is found in Poland (–7.9%), Italy (–6.7%) and Lithuania (–4.7%) whereas large increases are found in Slovakia (+15.3%), Bulgaria (+6.4%) and Cyprus (+5.9%) [2]. Overall, the share of OPPs in the total health expenditure varies considerably across countries. In 2010, this share was highest in Cyprus (49%), Bulgaria (43%) and Greece (38%), and it was lowest in the Netherlands (6%), France (7%) and the UK (9%) [2]. Less wealthy countries rely more on OPPs than wealthier countries.

In order to analyze the financial burden that OPPs create for households, it is necessary to define welfare measures. The literature on OPPs defines three general indicators of household welfare: income, consumption and expenditure. Consumption and expenditure are often used interchangeably because their levels are virtually similar [8]. They both capture household welfare in terms of the household's ability to meet its basic needs. Income however can substantially differ from consumption and expenditure. Household financing mechanisms like savings, selling assets, taking credit or receiving transfers from family and friends can lead to a higher consumption level than their income would allow [13]. Also, consumption accounts for long-term assets, which are not captured by the income indicator [8, 11]. In countries where informalities prevail, the use of income as a welfare indicator is also questioned since a large part of income might remain unreported or might be in a non-monetary form (e.g. agricultural products) [8, 13]. Nevertheless, the use of income is preferred when distinguishing between income sources. It is also a useful indicator when the ability to pay should be taken into account because household financing strategies such as selling assets and taking credit, which indicate inability to pay, are not included [8].

In addition to the welfare indicator chosen, it is also necessary to define the approach for measuring the financial burden of OPPs. As mentioned earlier, there are two main approaches: catastrophic expenditure and impoverishing effects. Based on the catastrophic expenditure approach, the fraction of the household income spent on health care or the fraction of consumption related to health care is compared to a predefined threshold. The threshold applied ranges from more than 5% to more than 40% depending on the study setting and objectives [8, 11]. If this threshold is exceeded, catastrophic healthcare spending is registered. According to the impoverishing effects approach, household income or consumption after subtracting the healthcare spending, is compared to a predefined poverty line. When the household falls below this poverty line, an impoverishing effect of OPPs is registered. The literature defines relative and absolute poverty lines. A relative poverty line is set at a certain percentage of the mean income or consumption, and therefore depends on the overall income or consumption in a country. The absolute poverty lines are generally defined based on estimates of the costs of basic food needs. Establishing poverty lines should be in accordance with social norms or the common understanding of what represents the minimum. Overall, the definition of thresholds in both approaches is somewhat arbitrary. Most importantly, changes in the threshold lead to very different estimates [8].

Research methods

This study has the form of a systematic literature review of empirical studies on the financial burden of OPPs in the EU and associated countries. The review is carried out in April–June 2013. The primary purpose is to appraise, select, identify and synthesize existing evidence on this topic. To identify relevant publications, the following combination of keywords (search terms) is used: EUROPEAN UNION and PATIENT PAYMENT and POVERTY. Moreover synonyms of the keywords are added and differences in spelling are considered. The following overall chain of keywords is used in the search:

[EUROPEAN UNION or EU or EUROPE or AUSTRIA or BELGIUM or BULGARIA or CYPRUS or Czech REPUBLIC or DENMARK or ENGLAND or ESTONIA or FINLAND or FRANCE or GERMANY or GREECE or HUNGARY or IRELAND or ITALY or LATVIA or LITHUANIA or LUXEMBOURG or MALTA or THE NETHERLANDS or POLAND or PORTUGAL or ROMANIA or SLOVAKIA or SLOVENIA or SPAIN or SWEDEN or UNITED KINGDOM] and [PATIENT PAYMENT or CO-PAYMENT or COPAYMENT or CO-INSURANCE or COINSURANCE or COST SHARING or DEDUCTIBLE or INFORMAL PAYMENT or OUT-OF-POCKET PAYMENT or USER FEE or USER CHARGE] and [POVERTY or EXGUILTY or IMPOVERISHMENT or MEAGERNESS or PAUPERISATION or POORNES or CATASTROPHIC or IMPOVERISHING]

The following databases are searched: Embase, Pubmed and Web of Science. Inclusion criteria are related

to the nature and language of publications: only empirical studies published in English language are reviewed. The date of publication is limited to papers published since 2000. To avoid information bias, only peer-reviewed papers are used. In addition, relevance criteria that concern the content of the publications are established. We only include empirical studies that analyze poverty and catastrophic effects caused by OPPs for pharmaceuticals, medical devices, dental, mental preventative, long-term care, emergency care as well as inpatient and outpatient care. Studies published before 2000, as well as non-English and non-peer-reviewed studies are excluded from the review. We also exclude studies that analyze OPPs in general, as well as studies that discuss or describe poverty and catastrophic effects caused by increased OPPs without providing empirical data. Studies that analyze increases in payments for health insurance to reimburse service provision are also excluded.

The methodological and epistemological quality of research in this field is expected to be heterogeneous due to the different theoretical approaches that exist in quantifying OPPs and poverty in general. Three main aspects: data collection, data analysis and research design are analyzed in order to exclude studies where an inappropriate or poor methodology is used. As study designs considerably differ from each other, it is not feasible to carry out a quantitative analysis using the study results. Based on the data categorization, the results of the review are summarized in the form of tables.

Results

The systematic literature review identified 121 publications. After reviewing titles and abstracts, eleven relevant publications are selected for the analysis [14–24]. A summary of the publications can be found in the appendix.

The scope of the studies ranges from looking at a single country or sub-region to a multi-country analysis. Some studies measure the financial burden of OPPs caused by policy reforms. In the Czech Republic [18], relatively minor increases in the financial burden of OPPs have been registered after the implementation of user fees for publicly funded healthcare services. Another study reports poverty effects after reforms of the primary healthcare system in the western Balkan [15]. In Turkey, poverty effects are registered after the introduction of universal coverage in 2008 as part of the Health Transformation Program [24]. In Estonia, a drastic increase of the burden of OPPs during the transition period is reported [17, 20]. Some studies [14, 16, 19, 22] attempt to determine the strength of the financial burden or barriers to access. While in Latvia [22] the main interest is on the effect of the poorly defined public insurance schemes and the high share of OPPs in the total health expenditure, in Poland [19], the main interest is to analyze the poverty effects caused by the pharmaceuticals. Two studies [21, 23] apply catastrophic expenditure measurements to compare health system characteristics. Both studies include data on catastrophic expenditure from 21 European countries.

The majority of the data come from household budget surveys. In some studies, specifically designed questionnaires are used [14, 15, 19]. All studies use expenditure or consumption as indicators. Some studies measure OPPs per household member [14–16, 18, 19, 24] while other studies use a mix of household members [17] or household level data [20]. Several measuring methods are used in the studies either alone or in a combination.

The individual and household characteristics most often associated with financial burden of OPPs include: being a pensioner, being in the lowest income group, living in a female headed households and households with more than one child. Other reasons for experiencing a high burden of OPPs are a low education level and being unemployed or out of the labor force.

Table I compares all studies on catastrophic health-care expenditures that are identified in the review. The table presents the year of the study, survey type, sample sizes, approximated average OPPs per household per year, catastrophic expenditure threshold, as well as the share of the sample that exceeds the catastrophic expenditure threshold. As indicated in the table, the sample size ranges from about 1000 to more than 25000 individuals. The highest OPPs per household per year are found in the Czech Republic (€ 280.80 in 2009) and the lowest in the Scandinavian countries and Turkey. However, the Czech Republic has very low rates of catastrophic OPPs.

Thresholds for measuring catastrophic expenditure vary from 5% to up to 40%. Studies looking at a single country sometimes use lower thresholds to better capture the country effects. A lower threshold is also applied when the catastrophic effects of a specific OPPs component is studied (e.g. OPPs for pharmaceuticals in Poland). At the 40% threshold, the catastrophic expenditure ranges from a bit less than 0.05% (e.g. in Czech Republic, Luxembourg and Slovakia) to up to 3.7% in Latvia in 2005.

It should be noted that the results presented in Table 1 are difficult to compare due to differences in the year and design of the studies. Therefore, we look more closely at four studies that provide overall comparable results [16, 17, 22, 24]. These studies analyze the catastrophic expenditure in population quintiles by measuring the effects especially for the poorest quintile. The studies also make a distinction between different healthcare components. As indicated by these studies, Estonia (threshold 20%) and Latvia (threshold 40%) show a high disparity between the rich and poor quintiles in favor for rich quintiles, while France and Turkey show equal proportions of catastrophic expenditures across quintiles. Also, Estonia, Latvia and Turkey show a decrease in catastrophic healthcare expenditures across quintiles (from poor to rich) in case of pharmaceutical products and outpatient services. France shows an equal distribution across quintiles in all healthcare components. It is important to mention that Estonia and Latvia show a progressive distribution of catastrophic payments over income quintiles.

The majority of papers also look at the impoverishing effects of OPPs, i.e. the share of households that fall below a given poverty line after subtracting the OPPs [15–17, 19, 22, 24]. Moreover, three studies [15, 17, 19]

Country	Reference	Year of the study	Data source	Sample size	Average OPPs per household per year (in EUR)	Threshold	Share of the sample above the threshold [%]
Austria	[21, 23]	1999/2000	Household Budget Survey	7086	not available	40%	0.2
Belgium	[21, 23]	1997/1998	Household Budget Survey	2212	not available	40%	0.1
Bulgaria	[21, 23]	1995 1997 2000	Integrated Household Survey	5701 2462 2618	not available	40%	0.9 2.4 2.2
Czech Republic	[21, 23]	1999	Household Budget Survey	2675	not available	40%	0.0*
Czech Republic	[6]	2007 2008 2009	Household Budget Survey	3000 3000 3000	213.60 277.20 280.80	20%	0.0* 0.2 0.1
Denmark	[21, 23]	1997	Household Budget Survey	2675		40%	0.1
Estonia	[4]	1995 2001 2002	Household Budget Survey	2816 5854 5499	44.44 106.8 116.4	40%	0.3 1.5 1.6
Estonia	[4]	1995 2001 2002	Household Budget Survey	2816 5854 5499	44.44 106.8 116.4	20%	3.1 5.0 0.3
Estonia	[7]	2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007	Household Budget Survey		44.44 44.44 49.92 61.44 72.96 74.49 114.43 120.58	20%	2.4 2.6 3.3 4.0 5.2 4.3 6.8 6.2
Finland	[21, 23]	1998	Consumption Expenditure Survey	4348		40%	0.4
France	[3]	1995 2001 2006	Family Budget Survey	9634 10305 10240	41.60 28.70 19.20	20%	4.0 3.0 2.0
France	[3]	1995 2001 2006	Family Budget Survey	9634 10305 10240	41.60 28.70 19.20	40%	2.0 1.5 0.6
Germany	[21, 23]	1993	Income and Consumption Survey	8094	not available	40%	0.0*
Greece	[21, 23]	1998	Household Expenditure Survey	10191	not available	40%	2.2
Hungary	[21, 23]	1993	Household Budget Survey	8094	57.60	40%	0.2
Iceland	[21, 23]	1995	Household Budget Survey	1352	not available	40%	0.4
Latvia	[21, 23]	1997/1998	Household Budget Survey	7648	not available	40%	2.8
Lithuania	[21, 23]	1999	National Household Budget Survey		not available	40%	1.3
Luxembourg	[21, 23]	1998	Enquête budget des ménages	8205	not available	40%	0.0*
Montenegro	[2]	2004	(ISSP) Household Survey	8205	not available	25%	0.4
Poland	[21, 23]	1993	Household Budget Survey	16051	not available	40%	1.6

Poland	[6]	2000 2003 2005 2007 2009	Social Diagnosis questionnaire-based study	3005 12381	not available	10%	9.3 11.6 9.7 11.8 13.5
Portugal	[21, 23]	1994/1995	Income and Expenditure Survey	10450	not available	40%	2.7
Portugal	[21, 23]	1990	Income and Expenditure Survey	12403	not available	40%	2.5
Romania	[21, 23]	1994	Integrated Household Survey	2219	not available	40%	0.1
Slovakia	[21, 23]	1993	Family expenditure Survey	2129	not available	40%	0.0*
Slovenia	[21, 23]	1997/1998	Household Budget Survey	2577	not available	40%	0.1
Spain	[21, 23]	1996	Encuesta Continua de Hogares	3104	not available	40%	0.5
Sweden	[21, 23]	1996	Household Expenditure Survey	1103	not available	40%	0.2
Turkey	[11]	2003 2006 2009	Houshold Budget Surveys	25920 8640 12600	21.65 23.41 23.79	40%	0.8 0.6 0.5
United Kingdom	[21, 23]	1999/2000	Family Expenditure Survey	7074	not available	40%	0.0*

*A bit less than 0.05%.

Table I. Catastrophic OPPs expenditure in the EU and accession countries.

analyze the severity of poverty looking at those households below the poverty line that become even more poor because of healthcare payments. The percentage of households dropping below the poverty line ranges from 0.2% in France in 2006 up to 4.2% in Poland in 2009. Bearing in mind that the Polish study solely measures impoverishment caused by OPPs for pharmaceutical, this is a rather large effect.

Discussion

As shown by the results of our review, the financial burden of OPPs is felt in most EU and accession countries but that countries differ in the extent of the burden. The percentage of households incurring catastrophic payments ranges from less than 0.1% to about 4%. The highest percentage of households incurring impoverishing effects is also close to 4%. The payment burden occurs in both insurance-based and tax-based health systems but more often in less wealthy countries. For example, the financial burden of OPPs is found to be highest in Latvia where the evidence indicates that in 2005, 33200 households were prevented from seeking care or experienced catastrophic payments. Currently many EU countries consider introducing or increasing OPP as a source of health care financing. These policy interventions shift healthcare costs to the patients and may further intensify

the levels of the impoverishing and catastrophic effects of OPPs reported in the publications.

Nevertheless, the incidences of catastrophic and impoverishing effects of OPPs in the EU and accession countries are generally lower compared to developing countries in which no prepayment healthcare mechanisms exist. Thus, although in some EU and accession countries, OPPs impose a greater burden on household finances than in others, all these countries are fairly successful in ensuring access to health care and avoiding major catastrophic or impoverishing effects of OPPs. Still, this positive view should not be a reason for policy-makers in Europe to neglect the problem. Even though the level of impoverishing and catastrophic effects of OPPs is relatively low at present, if these effects continue to persist they may further deepen the level of impoverishment. Moreover, OPPs measured in surveys do not always capture the informal patient payments. This suggests that the financial burden of OPPs is probably higher than that measured in the studies.

The focus of most studies that we reviewed is limited to the analyses of the magnitude of the financial burden caused by OPPs. Coping mechanisms, such as borrowing money to cover healthcare expenses, are not always analyzed. It is also not clear whether the catastrophic or impoverishing effects are incurred in only one year or whether these are repeated year after year for a house-

hold. The duration over which catastrophic or impoverishing effects are felt by a household may be more important than the incidence of the effects in the population.

Some studies provide benchmarks to compare the magnitude and impact of OPPs on income/consumption quintiles. In lower income countries, particularly the population with the lowest-income is most at risk to incur high OPPs payments. Financial protection increases from the highest to the poorest population quintile in Latvia and Estonia, generally speaking for lower levels of financial protection towards low income households. However, for France and Turkey, the evidence indicates that the better-off individuals tend to exceed the threshold as well. This can partly be explained because in wealthier countries, rich households tend to consume more healthcare services and goods.

We also find in the review that in the EU and accession countries, well established financial protection mechanisms seem to exist for two healthcare components: inpatient and outpatient care. This is probably because patients in the EU can more easily access publicly funded inpatient and outpatient services at low cost. The largest parts of OPPs for patients, however, are pharmaceutical expenditures such as medications. Especially for pharmaceutical expenditure, the data reviewed demonstrate that direct and indirect OPPs are substantial in some EU countries, like Poland, and that catastrophic payments related to pharmaceuticals occur in every population quintile.

By looking at studies that analyze factors that increase the likelihood for poorly protected households, it is difficult to compare the outcomes, as the studies do not use an identical set of factors. Still, the studies suggest that households mostly impacted by high OPPs are single-pensioner households or households with at least one pensioner and female-headed households.

It should be noted however, that our review includes health systems that are very diverse and have very different systems of OPPs. In addition, there are different health indicators used in household budget surveys. Countries with low OPPs might need another measurement tool than the ones currently used to identify poverty gaps. The results also show that thresholds for measuring catastrophic and impoverishing effects of OPPs vary greatly between the studies. Comparable studies in the EU on catastrophic and impoverishing effects of OPPs have argued that in the EU, the threshold for measuring household financial burden should be set lower than 40% because EU countries have highly developed healthcare systems. Our review lists the overall thresholds that are used in the studies in the EU and accession countries concluding that a lower threshold to measure OPPs should be applied, as this better captures poverty effects in high income countries.

As indicated by some publications included in our review, OPPs may negatively impact healthcare-seeking behavior, leading to foregoing health services or hospitalizations. This effect may increase the longer the catastrophic or impoverishing effects remain. Several coping mechanisms are identified in the literature, for instance

borrowing money, selling assets, reallocating household spending or diversifying activities to generate income. In order to alleviate the high burden of OPPs, policies on financial protection should be incorporated in the general health policies to support patients who cannot afford to pay for health care. Current tax based or social insurance systems in the EU are not fully protecting citizens from these excessive payments. In most countries in the EU, the demand for healthcare is in line with needs. However, improving financial support for healthcare is likely to contribute to improving population health.

Our systematic literature review has several limitations and should be viewed as a base line effort to present a systematic compilation of relevant publications. We include only papers published in English and therefore, we might have missed relevant publications in national journals. Also, the review is carried out in April–June 2013, which means that we might have missed relevant recent publications (e.g. [25]). Another problem that occurs is related to the comparability of the household survey data used in the studies. Specifically, the recall period varies across the studies. Surveys that apply a long recall period might be subject to misreporting due to the respondents' inability to recall the exact OPPs. Also, studies use very different constructs for measuring the financial burden of OPPs and very different study designs. This means that the results are strongly dependent on the survey instrument. Standardization of the survey designs would facilitate cross-country comparisons but could also discourage improvements of the survey designs.

Conclusion and recommendation

As suggested by our review, OPPs place a financial burden (poverty and catastrophic effects) on households throughout the EU and accession countries. Future cost shifting may further aggravate this social problem. The level of catastrophic payments and impoverishing effects varies considerably across the countries and is difficult to compare due to differences in the study designs. Nevertheless, some trends are observed. In particular, the highest costs are OPPs for pharmaceuticals. Factors usually associated with the financial burden of OPPs include: living in a poor household, household with at least one pensioner and female headed households. Overall, the results support health policy changes towards the alleviation of poverty caused by OPPs. This view is also supported by the Health Strategy 2020 of the WHO to eradicate poverty by 2020 [26, 27]. It remains unclear however what changes in the healthcare system would be most effective in reducing the burden of OPPs as the countries have very different healthcare systems and very different types of OPPs.

Our review identified only few empirical studies. It appears that the burden of OPPs in the EU and accession countries is not well studied. More cross-country evaluation studies are needed as well as in-depth qualitative analysis with different healthcare stakeholders. In particular, the investigation of the health sector components related to pharmaceuticals can further contribute to our

understanding of OPPs and their impact on healthcare expenditures. Future studies could also focus on challenging questions such as: How persistent are these poverty effects for individual households? What are the effects of specific healthcare reforms on poverty? Can these effects be foreseen before the reforms are implemented and can they be diminished by amending the reforms implementation? Are the current methods applied to study poverty and catastrophic effects of OPPs, powerful enough to capture details relevant to policy? What thresholds and welfare indicators are useful for policy-making in the EU and associated countries? How to standardize the methodology across the region? Future studies should also consider a long-term perspective and focus on the duration of the poverty effects of OPPs rather than just the incidence.

References

1. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*, European Observatory on Health Systems and Policies, London 2009.
2. OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing 2012.
3. Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M., *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2012.
4. Pavlova M., Tambor M., van Merode G.G., Groot W., *Are patient charges an effective policy tool? Review of theoretical and empirical evidence*, "Public Health and Management" 2010; VIII(1): 29–36.
5. Ferrer-i-Carbonell A., van Praag B.M.S., *The subjective costs of health losses due to chronic diseases: an alternative model for monetary appraisal*, "Health Economics" 2002; 11(8): 709–722.
6. Tambor M., Pavlova M., Golinowska S., Sowada C., Rechel B., Groot W., *The formal-informal patient payment mix in European countries: governance, economics, culture or all of these?*, "Health Policy" 2013; 113(3): 284–295.
7. Wagstaff A., *Measuring financial protection in health*. The World Bank Development Research Group, Washington 2008.
8. Arsenijevic J., Pavlova M., Groot W., *Measuring the catastrophic and impoverishing effect of household health care spending in Serbia*, "Social Science & Medicine" 2013; 78: 17–25.
9. van Damme W., van Leemput L., Por I., Hardeman W., Meessen B., *Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia*, "Tropical Medicine & International Health" 2004; 9(2): 273–280.
10. Xu H., James C., Carrin G., Muchiri S., *An empirical model of access to health care, health care expenditure and impoverishment in Kenya: learning from past reforms and lessons for the future*, World Health Organization, Geneva 2005.
11. Wagstaff A., van Doorslaer E., *Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998*, "Health Economics" 2003; 12(11): 921–934.
12. Tambor M., Pavlova M., Woch P., Groot W., *Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries*, "European Journal of Public Health" 2012; 21(5): 585–590.
13. Flores G., Krishnakumar J., O'Donnell O., van Doorslaer E., *Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty*, "Health Economics" 2008; 17(12): 1393–1412.
14. Atanasova E., Pavlova M., Moutafova E., Rechel B., Groot W., *Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access*, "European Journal of Public Health" 2013; 23(6): 916–922.
15. Bredenkamp C., Mendola M., Gragnolati M., *Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans*, "Health Policy and Planning" 2011; 26(4): 349–356.
16. Dukhan Y., Korachais C., Xu K., Saksena P., Mathonnat J., *Financial burden of health payments in France: 1995–2006*, World Health Organization, Geneva 2010.
17. Habicht J., Xu K., Couffinhal A., Kutzin J., *Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia*, "Health Policy and Planning" 2006; 21(6): 421–431.
18. Krutilova V., Yaya S., *Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for healthcare on Czech household budgets*, "Health Policy" 2012; 107(2–3): 276–288.
19. Luczak J., Garcia-Gomez P., *Financial burden of drug expenditures in Poland*, "Health Policy" 2012; 105(2–3): 256–264.
20. Vork A., Habicht J., Xu K., Kutzin J., *Income related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2010.
21. Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C., *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*, "The Lancet" 2003; 362: 111–117.
22. Xu K., Saksena P., Jowett G., Kutzin J., Rurane A., *Access to health care and the financial burden of out-of-pocket health payments in Latvia*, World Health Organization, Geneva 2009.
23. Xu K., Evans D.B., Carrin G., Aguilar-Rivera A.M., Musgrove P., Evans T., *Protecting households from catastrophic health spending*, "Health Affairs" 2007; 26(4): 972–983.
24. Yardim M.S., Cilingiroglu N., Yardim N., *Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme*, "Health Policy and Planning" 2014; 29(2): 177–192.
25. Tambor M., Pavlova M., Golinowska S., Sowada C., Rechel B., Groot W., *The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries*, "European Journal of Public Health" 2014; 24(3): 378–385.
26. Heijink R., Xu K., Saksena P., Evans D., *Validity and comparability of out-of-pocket health expenditure from household surveys: a review of the literature and current survey instruments*, World Health Organization, Geneva 2010.
27. Kawabata K., Xu K., Carrin G., *Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure*, "Bulletin of the World Health Organization" 2002; 80(8): 612.

Appendix. Detailed description of the publications included in the review.

Publication	Context of the study	Survey/indicator type	Measurement type	Variables used	Main reason of high burden of OPPs
Atanasova E., Pavlova M., Moutafova E., Rechel B., Groot W., <i>Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access</i> , "European Journal of Public Health" 2013; 23(6): 916–922.	Public and private sector has a complex system of user charges, which are a major source of finance. Increasing patient charge like e.g. for choosing a physician team results in higher payments. High level of informal payments.	Nationally representative survey, standardized questionnaire Data on health expenditure and health care use Sampling unit: individual household member data	Regression analysis (logistic regression for binary dependent variables and linear regression for continuous dependent variables)	Dependent variables: formal payments; informal payments; outpatient visits; hospitalizations; borrowing/taking loan/forego service Independent variables: expenditure quintiles, age, gender, education level, size residence place, self-reported health, chronic disease, social insurance, private insurance, income per member	Poor and rich seem to bear the same financial burden; low income group more often forego service owing to user charges. Inability to pay especially found in groups with self-reported poor health, people with chronic disease and low income households.
Bredenkamp C., Mendola M., Gragnolati M., <i>Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans</i> , "Health Policy and Planning" 2011; 26(4): 349–356.	Within sub-region, OPPs constitute a large share of health expenditure. In addition, major health reforms such as the introduction of a new primary healthcare model emphasizing family medicine. Restructuring of the delivery system of hospitals towards more primary and preventive care. Introduction of benefit packages.	Household survey data from the Institute for Strategic Studies and Living Standards Measurement Survey Data on household consumption/expenditure Sampling unit: household level data	Methods introduced by previous studies	Dependent variables: catastrophic expenditure, headcount, mean gap, mean positive gap, poverty headcounts, pre-payment headcount, post-payment headcount, poverty gaps, pre-payment poverty gap, post-payment poverty gap Independent variables: expenditure quintiles	Poor and rich household have similar percentage of high burden expenditure. Furthermore, the level of impoverishment is relatively low.
Dukhan Y., Korachais C., Xu K., Saksona P., Mathonnat, J., <i>Financial burden of health payments in France: 1995–2006</i> , World Health Organization, Geneva 2010.	Incomplete public insurance system for physician services, drugs and other medical goods. Households contribute to 7.6% through OPPs; Variance in specific payments such as the 'ticket modérateur' and 'forfait hospitalier'.	Family Budget Survey Indicator type: health expenditure and consumption Sampling unit: household level data	Methods introduced by previous studies. Impoverishment effects measuring poverty headcounts per year Logistic regression	Dependent variables: high burden health expenditure, catastrophic expenditure Independent variables: expenditure quintiles, male head, household size, private insurance premiums, senior, child	Mostly affected groups regarding high burden payments: female headed households, number of senior members aged 65 and above, higher education, richest quintile, living in the south west region in 2006 and Middle East in 2001. Voluntary health insurance reduces the incidence of high burden expenditure significantly.
Habicht J., Xu K., Couffinhal A., Kutzin J., <i>Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia</i> , "Health Policy and Planning" 2006; 21(6): 421–431.	Although 94% of the population is covered by public insurance, OPPs have been increasing rapidly since the mid-nineties.	Survey type: EMOR 1996; Statistical Office of Estonia in 2002, 2003 Indicator type: health expenditure and consumption Sampling unit: household level data and household member	Methods introduced by previous studies. Impoverishment effects by measuring poverty headcounts per year Multiple-logistic regression to better understand who is most affected by large OPPs	Dependent variables: high OPP expenditure (20% of CTP), impoverishment. Independent variables: income quintiles, household location, with members above 65 years old, with members under 16 years old, household size, household head, complete primary but not secondary school, above secondary school, household head (employed)	Catastrophic payments have increased from 1995–2006. High health payments and impoverishment effects are more found in the poorest quintile. Factors contributing to high health payments: household income, family structure (esp. elderly 65+ family members), characteristics of the household.
Krutilova V., Yaya S., <i>Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for healthcare on Czech household budgets</i> , "Health Policy" 2012; 107(2–3): 276–288.	Although the Czech Republic has relatively low private spending, additional user (patient) fees have been implemented since 2008. Since December 2011, the patient fee has increased to 100 CZK per stay	Household budget survey Indicator type: expenditure and consumption Sampling unit: household level data	Methods introduced by previous studies. Regression analysis and generalized linear model.	Dependent variables -extreme catastrophic payments < 5% Independent variables: Income deciles, Age > 30, 31–45, 46–55, 56–65, < 66, net income, female headed household, household with 1, 2 or more children, individual household, no children, low- secondary or higher education, city, town, village.	Households of pensioners, households without children and one-person households, women, households with a higher level of education are in a higher risk to face extreme payments.

<p>Luczak J., Garcia-Gomez P., <i>Financial burden of drug expenditures in Poland</i>, "Health Policy" 2012; 105(2-3): 256-264.</p>	<p>To elaborate whether there is lack of financial protection that is concentrated among the poor To illustrate how many households have problems with drug affordability</p>	<p>"Social Diagnosis" questionnaire-based study available at www.diagnoza.com Indicator type: expenditure Sampling unit: household level data</p>	<p>Methods introduced by previous studies. Poverty line equals to 60% of median equivalent income.</p>	<p>Dependent variables: catastrophic pharmaceutical expenditure, headcount, mean gap, mean positive gap, poverty headcounts, pre-payment headcount, post-payment headcount, poverty gaps, pre-payment poverty gap, post-payment poverty gap. Independent variables: pensioners, chronically ill</p>	<p>Pharmaceutical expenditures are a severe financial burden. Catastrophic payments concentrated among worse off, pensioners and chronically ill.</p>
<p>Vork A., Habicht J., Xu K., Kutzin J., <i>Income related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000</i>. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2010.</p>	<p>Although 94% of population is covered by public insurance, OPPs have been increasing rapidly since the mid-nineties, almost threefold from 2000-2007.</p>	<p>Household Budget Surveys Indicator type: expenditure Sampling unit: household member</p>	<p>Methods introduced by Statistics Estonia and own calculations.</p>	<p>Dependent variables: catastrophic expenditure < 20% Independent variables: income quintiles, three-generation household, couple with three or more children, couple with two or more children, couple with one child, single parent with two or more children, single parent with one child, couple- at least one of working age, couple- pensioners, single of working age, pensioner</p>	<p>Mainly low income countries spend large share of their income on OPPs. High risk for impoverishment due to OPPs are single pensioners, couple- pensioners, single parent with one child and single of working age. Cost of pharmaceutical most contributing factor to high OPPs.</p>
<p>Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., Murray C., <i>Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis</i>, "The Lancet" 2003; 362: 111-117.</p>	<p>Provision of information and comparison of catastrophic health expenditure to determine conditions under which catastrophic health expenditures occur more frequently.</p>	<p>Data from 59 household budget surveys of which 21 are from relevant European countries Indicator type: expenditure Sampling unit: various</p>	<p>Methods introduced by previous studies.</p>	<p>Dependent variables: catastrophic expenditure < 40%</p>	<p>Catastrophic payments occur mainly in low and middle income countries, in countries that have failing social mechanisms, health service access and utilization and absence of risk-pooling mechanisms.</p>
<p>Xu K., Saksena P., Jowett G., Kutzin J., Rurane A., <i>Access to health care and the financial burden of out-of-pocket health payments in Latvia</i>, World Health Organization, Geneva 2009.</p>	<p>High share of OPPs in total health expenditure. No clearly defined public health insurance schemes. All services require cost sharing up to a certain ceiling.</p>	<p>Unknown</p>	<p>Own method and calculations</p>	<p>Dependent variables: catastrophic payments < 40%, high burden expenditure 20-40%, impoverishment Independent variables: income quintiles, female</p>	<p>Largely driven by spending on drugs, especially low income groups, mainly due to difficulties in identifying the poor. Households with members 65+, female headed households, households with unemployed person or lower education, rural households.</p>
<p>Xu K., Evans D.B., Carrin G., Aguilar-Rivera A.M., Müsgrove P., Evans T., <i>Protecting households from catastrophic health spending</i>, "Health Affairs" 2007; 26(4): 972-983.</p>	<p>Provision of information and comparison of catastrophic health expenditure to determine conditions under which catastrophic health expenditures occur more frequent.</p>	<p>Data from 168 household budget surveys of which 21 are from EU and accession countries Indicator type: expenditure Sampling unit: various.</p>	<p>Methods introduced by previous studies.</p>	<p>Dependent variables: catastrophic expenditure < 40%, uncertainty intervals</p>	<p>Catastrophic payments occur mainly in low and middle income countries, in countries that have failing social mechanisms, health service access and utilization and absence of risk-pooling mechanisms.</p>
<p>Yardim M.S., Cilingiroglu N., Yardim N., <i>Financial protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme</i>, "Health Policy and Planning" 2014; 29(2): 177-192.</p>	<p>OPP's made up approx. one fifth of health financing. Now universal coverage was introduced. Evaluation of financial protection during the health reform period 2003-2009.</p>	<p>Survey type: Turkish Household Budget Survey Indicator type: expenditure Sampling unit: household level</p>	<p>Methods introduced by previous studies.</p>	<p>Dependent variables: catastrophic expenditure, impoverishment Independent variables: expenditure quintiles, health insurance schemes (public, private, Green Card, Non-insured)</p>	<p>Financial protection seems to be similar across income quintiles. No regression analysis has been carried out.</p>

Medyczne konta oszczędnościowe jako metoda finansowania świadczeń zdrowotnych. Dotychczasowe rezultaty ich funkcjonowania w świecie i perspektywa dla Europy

Irmina Jurkiewicz-Świątek

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

Adres do korespondencji: Irmina Jurkiewicz-Świątek, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, tel. 12 433 28 19, irmina.jurkiewicz@uj.edu.pl

■ Abstract

Medical Saving Account as health care financing method – implementation results in the world and perspective for Europe

Many countries around the world are concerned by growth in health care spending. Yet it is an unavoidable process resulting from new medical technologies, ageing populations and high expectations of patients. Therefore, the actual goal of any new solution in health care system, is slowing down the process of health care expenditures growth. One of the relatively new solution are medical savings accounts (MSAs; or health savings accounts, HSAs). The aim of this article is to present MSAs as health care financing method, its structure and implementation results in chosen countries. A short deliberation on MSAs' place in Europe is presented.

Key words: China, Europe, health savings accounts, medical savings accounts, Singapore, South Africa, United States

Słowa kluczowe: Chiny, Europa, medyczne konta oszczędnościowe, Republika Południowej Afryki, Singapur, Stany Zjednoczone, zdrowotne konta oszczędnościowe,

■ Wprowadzenie

Wzrost wydatków na zdrowie jest nieuchronnym zjawiskiem towarzyszącym wielu krajom świata i raczej nieuniknionym. Wynika on z wielu czynników, takich jak: pojawianie się nowych technologii medycznych, starzejące się społeczeństwo czy wzrost oczekiwań pacjentów. Zatem rzeczywistym celem wprowadzania nowych rozwiązań w systemach zdrowotnych jest *de facto* spowalnianie tempa wzrostu wydatków na zdrowie, a nie jego zatrzymanie. Jednym ze stosunkowo nowych rozwiązań w finansowaniu świadczeń zdrowotnych są medyczne konta oszczędnościowe (MKO).

Artykuł ten ma charakter przeglądowy. Jego celem jest przedstawienie MKO jako sposobu na finansowanie świadczeń zdrowotnych, ich konstrukcji i celów ich wprowadzania. Głównym elementem analiz jest przesłedzenie dotychczasowych wyników funkcjonowania MKO w wybranych krajach. Rozważony zostanie również potencjał, jaki MKO mogą stanowić dla Europy. Dane pochodzą z dostępnych publikacji naukowych oraz bazy OECD.

Artykuł składa się z trzech części. W pierwszej przywołana zostanie charakterystyka MKO wraz z ich mocnymi i słabymi stronami. W drugiej części przedstawione zostaną rezultaty funkcjonowania MKO głównie

na przykładzie Singapuru, Stanów Zjednoczonych, Chin oraz Republiki Południowej Afryki. Publikację kończą rozważania na temat możliwości i warunków wprowadzenia MKO w krajach europejskich.

1. Tradycyjne metody finansowania świadczeń a medyczne konta oszczędnościowe

Większość krajów świata za swój obowiązek uznaje zabezpieczenie populacji przed wysokimi kosztami opieki medycznej. Najczęściej rozwiązania opierają się na tzw. przedpłacowym (ang. *prepayment*) finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Są to ubezpieczenia zdrowotne (społeczne i prywatne) oraz model budżetowy (podatkowy). Finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się również bezpośrednio ze środków pacjenta (ang. *out-of-pocket payment*). W tej grupie wyróżnia się bezpośrednią opłatą za usługę i formalne opłaty pacjentów (tzw. współpłacenie)¹ (**Rysunek 1**). Kraje Europy i świata poszukują najlepszej dla siebie kombinacji różnych metod finansowania opieki zdrowotnej, tak aby system był wypłacalny i zaspokajał potrzeby zdrowotne obywateli. Jedynie kilka krajów świata zdecydowało się na zastosowanie w swoim systemie ochrony zdrowia metody, która jest swoistą hybrydą przedpłacenia i bezpośredniej opłaty za usługę [1] – mowa jest o MKO². Koncepcją MKO jest oszczędzanie przez jednostki części swojego dochodu, aby sfinansować własne potrzeby zdrowotne. Idea ta wyłoniła się w odpowiedzi na nasilające się zjawisko rosnących kosztów systemów zdrowotnych [2]. Natomiast nieliczne kraje zdecydowały się przyjąć to rozwiązanie. Należą do nich Singapur (od 1984 r.), Republika Południowej Afryki (od 1994 r.), Stany Zjednoczone (od 1997 r.) oraz Chiny (od 1998 r.).

Wokół MKO toczą się dyskusje na temat ich rzeczywistego wpływu na system ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę stosunkowo krótki okres ich funkcjonowania, do-

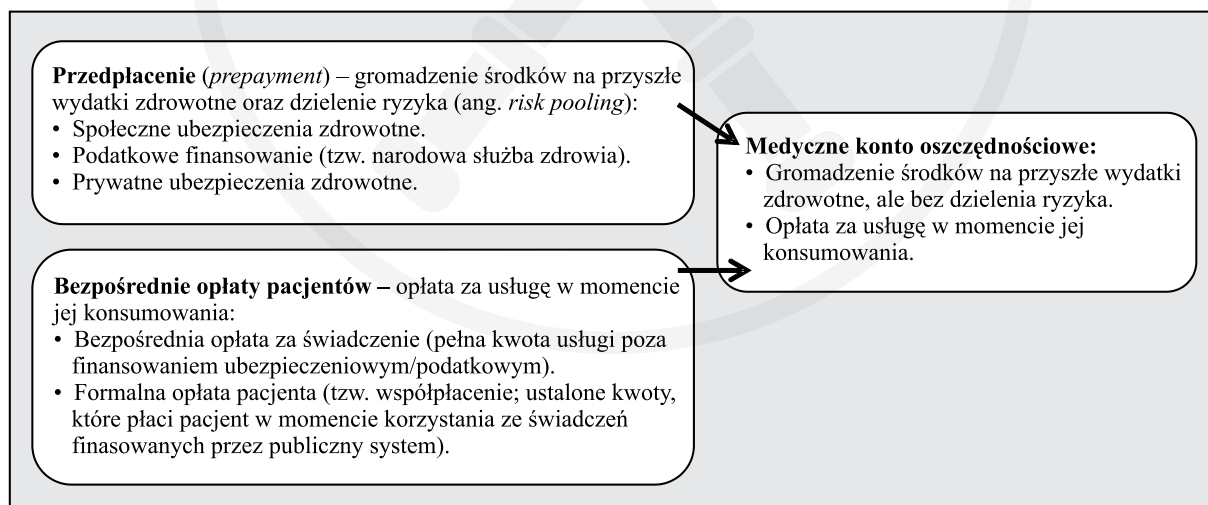
piero od niedawna można się starać dokonywać oceny MKO i skutków ich działania.

2. Charakterystyka medycznych kont oszczędnościowych

Definicja

Opisując MKO, autorzy często dodają określenia typu „egzotyczne rozwiązanie” [3], „radykalna alternatywa” [4], „innovacyjny instrument” [2]. Wynika to głównie z faktu, że rozwiązanie to nie jest stosowane na szeroką skalę, a samo w sobie jest specyficzną konstrukcją, która dla wielu naukowców jest intrygującym obiektem analiz. Co więcej, dopiero od niedawna można mówić o rzetelnych danych dotyczących wyników ich funkcjonowania.

MKO są formą finansowego zabezpieczenia wobec ryzyka choroby poprzez indywidualne gromadzenie środków przez jednostkę na wyodrębnionym rachunku oszczędnościowym. Konta te są przeznaczone wyłącznie do finansowania, często ściśle określonych, świadczeń zdrowotnych [2, 3]. Ich dalsza konstrukcja zależy od decyzji podmiotów odpowiedzialnych za ich implementację. Możliwe opcje dotyczą: obowiązku/dobrowolności ich założenia, współfinansowania przez pracodawców, połączenia MKO z umową ubezpieczenia (na wypadek katastroficznych wydatków na zdrowie z wysoką franszyzą³), limitów wpłat i/lub rocznego stanu na koncie oraz możliwości wypłacania środków z niemedycznym przeznaczeniem. Fundusze składane na MKO nie podlegają opodatkowaniu, tak samo jak wypłata z konta na pokrycie kosztów usług medycznych. W przypadku wypłat na inne cele od środków odprowadzany jest podatek. W Polsce podobieństwo do MKO znajdują rozwiązania trzeciego filaru systemu emerytalnego – Indywidualne Konta Emerytalne (IKE) lub Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE).



Rysunek 1. Metody finansowania świadczeń zdrowotnych.

Źródło: Opracowanie własne.

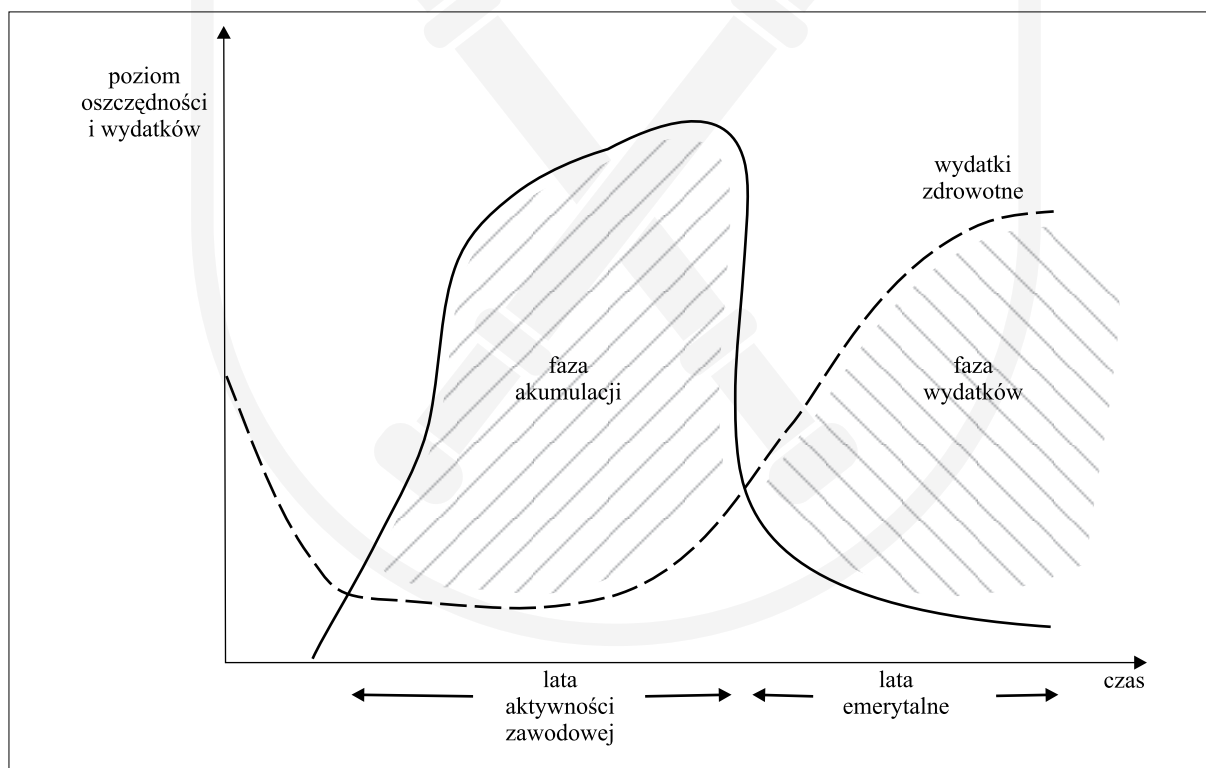
Najczęściej pojawiającymi się przyczynami decydującymi o tym, że kraje wprowadziły MKO do sektora zdrowotnego są: (1) stymulowanie/zachęcanie do tworzenia oszczędności na przyszłe wysokie wydatki związane z opieką medyczną (indywidualne gromadzenie środków w czasie, ang. *inter-temporal pooling*) i/lub (2) włączenie pacjentów w proces kontroli kosztów w sektorze, i/lub (3) mobilizacja dodatkowych środków w systemie [2]. Pierwszy ze wskazanych celów wynika z cyklu życia jednostki i jej możliwości akumulacji środków (oszczędzania). **Rysunek 2** przedstawia możliwości odkładania środków podczas lat aktywności zawodowej. Są one wyższe niż w wieku emerytalnym. Z kolei przeciętne zapotrzebowanie na opiekę medyczną i wydatki z nią związane są niższe w okresie aktywności zawodowej i rosną wraz z wiekiem. Tym bardziej w obliczu intensyfikacji zjawiska starzejących się społeczeństw zachęcanie jednostek do tworzenia rezerw na przyszłe (często bardzo wysokie) wydatki związane z ochroną zdrowia wydaje się atrakcyjną opcją.

W zależności od decyzji, jakie podejmą kreatorzy MKO w danym systemie, środki na nich zebrane mogą być wydawane na: (1) „codzienne wydatki medyczne”, takie jak lekarz rodzinny, leki, usługi dentystyczne i okulistyczne itp. (RPA, Chiny) lub (2) wyłącznie hospitalizację i drogie procedury medyczne (w tym opieka długoterminowa) (Singapur, USA). Pozostałe wydatki pokrywane są bezpośrednio z kieszeni pacjenta i/lub ubezpieczycieli.

Mocne i słabe strony medycznych kont oszczędnościowych

W debacie toczącej się nad MKO waga się potencjalne korzyści z zagrożeniami, jakie to rozwiązanie może przynieść. Najczęściej w literaturze przedmiotu można spotkać następujące zalety i możliwości, jakie dają MKO [2, 5]:

- ograniczenie nadużywania świadczeń przez pacjentów (ang. *moral hazard*) (zjawisko nadużywania świadczeń wskazywane jest jako jedna z najistotniejszych słabości systemów typu *pre-payment*). Fakt, że pacjenci mają płacić za usługi z własnych pieniędzy (zgromadzonych na MKO), motywuje do rozsądnego korzystania z opieki (są mniej skłonni do korzystania z opieki niepotrzebnej lub przynoszącej marginalne korzyści);
- zabezpieczenie ryzyka chorobowego tym, którzy wcześniej nie mieli takiej możliwości głównie z przyczyn finansowych (dzięki oferowaniu pakietów MKO z polisą ubezpieczeniową o niższej niż standardowo składce);
- długookresowe oszczędności pozwalają na zabezpieczenie wydatków jednostki w późniejszym wieku, równocześnie odciążając młodsze pokolenia z ponoszenia finansowych konsekwencji związanych ze starzejącym się społeczeństwem;
- wprowadzenie MKO pozwala na uwolnienie środków publicznych, które mogą być kierowane na grupy biedne lub nieuprzywilejowane;



Rysunek 2. Zdolność oszczędzania i wydatki na zdrowie w cyklu życia jednostki.

Źródło: Opracowano na podstawie Hanvoravongchai P., *Medical Savings Accounts: lessons learned from limited international experience*, WHO Discussion paper Number 3, World Health Organization, Geneva 2002 [2].

- wolność konsumenta w wyborze świadczeniodawcy powoduje większą reaktywność na potrzeby klientów oraz konkurencję opartą na cenie usługi;
- mechanizmy rynkowe mają pomóc z hamowaniu wzrostu cen;
- niższe koszty administracyjne w porównaniu z modelem *pre-payment*.

Natomiast sceptycy wskazują na zagrożenia, jakie niosą MKO, oraz przytaczają słabości samej ich konstrukcji [2, 5]:

- w wielu przypadkach nadużywanie świadczeń, które w konsekwencji powoduje wzrost kosztów systemu, jest pobudzane przez świadczeniodawców (ang. *provider induced demand*). Wynika to z asymetrii informacji na linii pacjent–lekarz;
- brak dzielenia ryzyka (ang. *risk pooling*) pomiędzy jednostkami powoduje zagrożenie zgromadzenia niewystarczających środków na sfinansowanie opieki zwłaszcza osobom chorym przewlekle czy osobom o słabym rejestrze zatrudnienia;
- MKO uzupełnione umową ubezpieczeniową z wysokimi fransyzami odwodzi od korzystania ze świadczeń zwłaszcza osoby o niskich oszczędnościach. Pacjenci mogą oszczędzać na usługach medycyny prewencyjnej;
- założenie braku solidaryzmu w krajach, w których obywatele przywykli do tej zasady, może powodować napięcia społeczne;
- model MKO dla niektórych pacjentów może być zbyt skomplikowany, niezrozumiały, co powoduje dyskomfort i nieprawidłowe działanie/zachowanie.

Powyżej wskazane zostały teoretyczne założenia dotyczące skutków funkcjonowania MKO. Kolejny punkt tego opracowania stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, czy znalazły one odzwierciedlenie w praktyce.

3. Dotychczasowe rezultaty funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych

Aby dokonać oceny sposobu finansowania świadczeń medycznych, najlepiej przeprowadzić analizę wyników jego funkcjonowania w konkretnych krajach. Dzięki temu uzyska się przekrojową informację, która pozwoli na wysunięcie wniosków. W przypadku MKO najbardziej znanym przykładem jest Singapur, gdzie stanowią one podstawę systemu zdrowotnego. Poza tym USA, Chiny i Republika Południowej Afryki stosują MKO jako jeden z elementów finansowania świadczeń zdrowotnych. Wskaźnikiem, jaki stosuje się do porównań funkcjonowania systemów zdrowotnych krajów, jest udział wydatków na zdrowie wyrażony w PKB. **Tabela I** prezentuje ten wskaźnik dla wybranych krajów Unii Europejskiej oraz krajów, w których funkcjonują MKO. Jak wykazane zostanie poniżej, porównania oparte wyłącznie na tym wskaźniku prowadzić mogą do błędnych konkluzji.

W dalszej części przedstawione zostały informacje o dotychczasowych wynikach działania MKO w Singapurze, USA, Chinach i RPA⁴. Skupiono się na problemach, z jakimi borykały się te kraje, i celach przyświecających wprowadzeniu MKO, a przede wszystkim na

Kraj	Wydatki na zdrowie jako udział w PKB (%) (2011 r.)
Chiny	5,2
Francja	11,6
Niemcy	11,1
Polska	6,7
RPA	8,5
Singapur	4,6
USA	17,9
Wielka Brytania	9,3

Tabela I. Wydatki na zdrowie wyrażone w PKB w wybranych krajach.

Źródło: *The World Bank, World Development Indicators: Health systems 2013.*

tym, czy zostały one zrealizowane (**Tabela II** prezentuje ich skrótove zestawienie). Informacje o każdym kraju chronologicznie opisują wyniki aktywności MKO na rynku zdrowotnym z uwzględnieniem tych najbardziej aktualnych.

Singapur

Czynnikami motywującymi Singapur do wprowadzenia zmian w sposobie finansowania świadczeń medycznych było m.in. szybkie tempo wzrostu wydatków oraz niska wydajność szpitali publicznych [1]. Najobszerniejsza literatura dotycząca zastosowania MKO dotyczy właśnie Singapuru. Według Hsiao [6] wynika to głównie z innowacyjności rozwiązania, ale także szerokiej popularyzacji koncepcji MKO, jakiej dokonał rząd Singapuru na temat ich nowego modelu. W tym kraju zdecydowano się na wprowadzenie MKO jako podstawy finansowania świadczeń, przenosząc odpowiedzialność finansową na jednostkę, na drugi plan odsuwając rolę państwa⁵. Z tego też powodu wielu naukowców śledziło system zdrowotny w Singapurze, starając się zbadać rzeczywisty wpływ MKO na system zdrowotny, jego uczestników i realizację założonych celów. Panuje wspólna opinia, że specyfika kraju (państwo-miasto o populacji ok. 5,4 mln⁶) i jego społeczeństwa nie pozwala na dokonywanie jakichkolwiek odniesień czy porównań z innymi krajami świata. Cechy szczególne kraju to też:

- bardzo niskie bezrobocie (2,7% w 2013 r.⁷);
- młoda populacja (proces starzenia się społeczeństwa rozpocznie się tam później niż w krajach europejskich);
- duża skłonność do oszczędzania (szacuje się, że Singapurczycy oszczędzają nawet 40% swojego dochodu);
- brak lub ograniczony dostęp do szczegółowych danych (utrudniony nawet dla naukowców).

Ponadto Singapur tworząc ogólne wskaźniki według OECD, nie włącza np. wydatków pacjentów na medycynę alternatywną, co powoduje trudności w porówny-

Kraj oraz rok wprowadzenia MKO	Cele/zakożenia	Rezultaty
Singapur, 1984 r.	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie publicznych wydatków na zdrowie. Mobilizacja dodatkowych środków w systemie. Zmniejszenie kosztów świadczeń medycznych. Podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i koszty opieki medycznej. 	<ul style="list-style-type: none"> Wydatki publiczne zmalały. Udział wydatków prywatnych stanowi prawie 80% całkowitych wydatków na zdrowie. Nie udało się ograniczyć kosztów świadczeń – konkurencja opierająca się na jakości, a nie cenie. Obywatel jako świadomy uczestnik systemu i konsument usług medycznych.
Chiny, 1994 r.	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie rosnących kosztów systemu (poprzez podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie). Gromadzenie środków na wypadek katastroficznych wydatków na zdrowie i opieki długoterminowej. Zwiększenie dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego. 	<ul style="list-style-type: none"> Nieznaczny spadek wydatków na zdrowie. Przesunięcie w korzystaniu ze świadczeń w stronę opieki ambulatoryjnej. Rezygnacja z korzystania z drogiej procedur medycznych. Przypadki rezygnacji z opieki jako wynik niskich oszczędności. Nieprawidłowe wykorzystywanie środków.
USA, 1997 r.	<ul style="list-style-type: none"> Objęcie ochroną samozatrudnionych i pracowników małych firm. Ograniczanie kosztów systemu. 	<ul style="list-style-type: none"> Spadek kosztów po stronie pracodawców. Wzrost zadowolenia pracowników. Niewielki spadek wydatków wśród posiadaczy MKO. Słaby rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.
RPA, 1998 r.	<ul style="list-style-type: none"> Przeniesienie odpowiedzialności za wydatki zdrowotne na pacjentów. Urozmaicenie oferty prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. 	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie korzystania ze świadczeń. Pogłębienie zjawiska <i>cream-skimming</i>.

Tabela II. Zestawienie wyników funkcjonowania medycznych kont oszczędnościowych w wybranych krajach w odniesieniu do założonych celów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dostępnej literatury.

waniu wyników. Cechy te również powodują problemy z rzeczywistą oceną wpływu samych medycznych kont na system zdrowotny. Równocześnie ocenę MKO utrudnia fakt, że w tym samym czasie wprowadzono inne zmiany dotyczące sektora zdrowotnego, a także gospodarki [2, 7].

Pierwsze wnioski postawione dekadę po wprowadzeniu MKO wskazują, że poprzez odpowiednią konstrukcję modelu z tzw. siatkami bezpieczeństwa (*safety nets*) w postaci MediFund (fundusz skierowany do najbiedniejszych) i MediShield (zabezpiecza ryzyko katastroficznych wydatków na zdrowie) zapewniono dostęp do opieki teoretycznie wszystkim obywatelom. W praktyce jednak, biorąc pod uwagę naturę człowieka oraz różne jego umiejętności (co oznacza różne poziomy dochodu, z którego obywatele indywidualnie mają finansować świadczenia medyczne), model ten świadczy o nierównym dostępie do opieki. Co więcej, mimo dość szczelnie skonstruowanego modelu pewne grupy nadal pozostają zagrożone katastroficznymi wydatkami na zdrowie. Są to kobiety (przede wszystkim te zajmujące się domem), biedna klasa pracująca i emigranci (głównie Malajczycy). Finansowy aspekt oceny ukazał wzrost wydatków na zdrowie *per capita* (z 11 do 13%), co było tłumaczone głównie konkurencją pozacenową. *De facto* walka o klientów polegała na oferowaniu nowoczesnego sprzętu medycznego, stosowaniu nowych technologii diagnostycznych (konkurencja oparta na jakości), co w konsekwencji podnosi koszty systemu. Wskazano również, że wydajność szpitali publicznych wzrosła o 20%, poprawi-

ła się także ich ocena przez pacjentów [8]. Tendencja ta utrzymywała się w kolejnych latach [7].

Późniejsze analizy potwierdziły, że od momentu wprowadzenia MKO nie zaobserwowano spowolnienia wzrostu wydatków na zdrowie [2]. Równocześnie zanotowano spadek poziomu wydatków publicznych na zdrowie o niemalże połowę (z 76% w 1980 do 36% w 2003 r.) [9]. Właściwie singapurski model, którego głównym filarem miały być MKO, opiera się w znacznej mierze na bezpośrednim finansowaniu świadczeń przez pacjentów, a same MKO stanowią zaledwie około 10% w całkowitych wydatkach na zdrowie [10].

Jak wcześniej wspomniano, MKO ma pełnić funkcję akumulacyjną – oszczędzanie środków na wydatki, które pojawią się w późniejszym wieku. W Singapurze w 2002 r. każdy posiadacz MKO na swoim koncie miał średnio około 7760 USD, jednak bez danych o podziale na grupy wiekowe, a także struktury wydatków, nie można stwierdzić, że funkcja ta jest realizowana [2]. Co więcej, singapurska konstrukcja MKO pozwala pokrywać koszty bieżących świadczeń, a także posiada tzw. górne limity środków, które mogą być lokowane na indywidualnym koncie. Istnieje też możliwość wypłaty części środków po przekroczeniu 55. roku życia. Te zasady podważają całą ideę przekonywania społeczeństwa o konieczności gromadzenia oszczędności, aby sfinansować opiekę medyczną, na którą zapotrzebowanie rośnie wraz z wiekiem [6]. Hsiao [6] wskazuje także na ogromną fragmentaryzację rynku świadczeń medycznych. Pacjenci, którzy sami wybierają miejsce i czas leczenia, w rze-

czywistości nie otrzymują ciągłej opieki. W dobie chorób przewlekłych monitorowanie i kontynuacja leczenia są niezmiernie istotne.

Koncepcja modelu MKO przypomina formalne opłaty pacjentów (współpłacenie), zatem zakłada się, że będą one m.in. ograniczać zjawisko *moral hazard*. Równocześnie niosą z sobą te same zagrożenia, czyli tworzenie barier finansowych w korzystaniu ze świadczeń dla grup biednych. Sugeruje się również, że środki na indywidualnych kontach dają fałszywe poczucie bezpieczeństwa i powodują większą konsumpcję świadczeń medycznych i szybkie wyczerpanie środków na koncie. Rzeczywiście, kilka lat po wprowadzeniu MKO zauważono, że Singapurczycy zaczęli częściej korzystać ze świadczeń w sektorze prywatnym, a także z tych o wyższym standardzie (oddziały szpitalne wyższej klasy), z których w innych warunkach by nie skorzystali. To w żaden sposób nie przyczyniało się do hamowania wzrostu wydatków [2].

Pojawiły się również opinie, że właściwie wszelkie pozytywne skutki funkcjonowania modelu singapurskiego nie są powodowane przez MKO, ale przez ogromną kontrolę państwa i prowadzone racjonowanie⁸. Nadzorcwi podlegało wprowadzanie nowych technologii i specjalistów w publicznych szpitalach oraz limity cenowe na świadczone w nich usługi, liczba łóżek oraz lekarzy [11].

Dystans w ocenie singapurskiego modelu wynika także z zestawienia jego poziomu finansowania świadczeń medycznych z innymi krajami azjatyckimi, takimi jak Hongkong z 5,2%⁹ czy Tajwan z 6,1% PKB [12] przeznaczanym na zdrowie. Tu Singapur nie wypada już tak imponująco [11].

W literaturze przedmiotu można spotkać także opracowania, które wskazują na same pozytywne aspekty modelu singapurskiego [m.in. 13]. Poza ogólnie ujętym ograniczeniem wydatków, zapewnieniem równości w dostępie, wskazuje się także na pozazdrowotny rezultat wprowadzenia MKO, jakim są dostępne na kontach środki dla gospodarki stanowiące kapitał inwestycyjny [14]. Haseltine [15] sądzi, że biorąc pod uwagę wszystkie elementy systemu singapurskiego, MKO jest warte rozważenia¹⁰.

Wyniki najczęściej analizowanego pod kątem MKO kraju nie są rozstrzygające. Wskazuje się na liczne czynniki mogące zakłócić rzeczywistą ocenę, a także pojawiają się opinie, że MKO działa właściwie tylko wyłącznie dzięki dodatkowym mechanizmom kompensującym słabości indywidualnych kont [10].

Chiny

Doświadczenie z MKO Chiny rozpoczęły od pilotażowego programu obejmującego dwa miasta: Jiujiang i Zhenjiang¹¹. W 1994 r. dotychczasowe powszechne ubezpieczenie zastąpiono indywidualnymi kontami dopełnionymi polisą ubezpieczeniową z fransyżą. Fundamentalnymi założeniami wprowadzanych zmian było podkreślenie indywidualnej odpowiedzialności za koszty konsumowanych świadczeń (w dalszej perspektywie w celu kontroli kosztów) oraz gromadzenie środków na wypadek ryzyka pojawienia się katastroficznych wydat-

ków na zdrowie lub opieki długoterminowej. Realizowane zmiany miały być także odpowiedzią na istotny problem braku zabezpieczenia pracowników firm będących na granicy bankructwa (które nie były w stanie opłacić składek na ubezpieczenie dla pracowników)¹². Dzięki wprowadzeniu MKO dostęp do ubezpieczenia zwiększył się, co zawdzięcza się niższej składce polisy połączonej z MKO [16].

Od 1998 r. zmiany dotyczyły już wszystkich chińskich miast. W tym okresie zanotowano zmianę w korzystaniu z opieki stacjonarnej na rzecz ambulatoryjnej, co przyczyniło się także do spadku wydatków całkowitych o 8%. Zauważono także obniżenie liczby hospitalizacji i ich długości. W latach 1993–1998 nastąpiło spowolnienie wzrostu wydatków. Przypisuje się to ograniczeniu w korzystaniu z drogich usług diagnostycznych i leków. Badania wskazywały natomiast na pogorszenie się dostępu do opieki (dotyczyło to biednych, bezrobotnych – głównie z przyczyn finansowych) oraz zwiększenie wydatków na zdrowie wśród osób nieposiadających MKO.

Badacze zwracają uwagę, iż do powyższych wyników należy podchodzić z rezerwą. W tym czasie w Chinach dokonano również innych znaczących interwencji polegających na modyfikacji metod opłacania świadczeniodawców¹³, a także wprowadzeniu listy leków podstawowych (*Essential Drug List*). Zatem niekoniecznie powyższe skutki można przypisywać wyłącznie działaniu MKO [1, 2].

Po dekadzie funkcjonowania MKO dalsze analizy wskazały na mieszane wyniki. Z jednej strony utrzymywała się tendencja do unikania korzystania z drogich procedur medycznych, dzięki zwiększonej świadomości dotyczącej kosztów świadczeń. Z drugiej strony wskazywano na nieprawidłowe korzystanie ze środków na MKO (zwłaszcza gdy na koncie zgromadzono odpowiednio wysokie kwoty), rezygnację z koniecznej opieki oraz wysokie koszty administracyjne [17].

Na podstawie prawie dwudziestoletnich chińskich doświadczeń MKO Kong i wsp. [18] zidentyfikowali najważniejsze problemy związane z ich funkcjonowaniem:

- niewielkie oszczędności zgromadzone na MKO (głównie wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi), za czym idzie słaba realizacja funkcji akumulacyjnej;
- skomplikowana metoda kapitalizacji zgromadzonych na MKO środków nie zabezpiecza ich wystarczająco przed inflacją oraz wzrostem kosztów świadczeń medycznych w czasie. W związku z tym posiadacze MKO nie widzą sensu w utrzymywaniu funduszy na koncie (i wydają je na bieżąco). Ponadto im szybciej wyczerpią się środki na MKO, tym wcześniej będą mogli skorzystać z finansowania przez polisę ubezpieczeniową;
- MKO niewystarczająco ograniczają zjawisko *moral hazard*. Zauważono ogromną asymetrię informacji na linii pacjent–lekarz, gdzie ta druga strona nie jest dostatecznie kontrolowana, co powoduje nadużywanie/nieodpowiednie korzystanie ze świadczeń;
- ustalenie jednakowej wysokości fransyzy (po której opłaceniu można korzystać z ubezpieczenia) dla

wszystkich posiadaczy MKO zdaje się niesprawiedliwe. Osoby o wysokich zarobkach bardzo szybko mogą ten limit osiągnąć, podczas gdy mniej uposażeni będą mieć trudności (wynikające z prostego faktu ograniczonych zasobów finansowych). Oznacza to pozostawanie w fazie bezpośredniego finansowania świadczeń medycznych i znikomą szansę na skorzystanie z ubezpieczenia;

- nieprawidłowe/niezgodne z przeznaczeniem wykorzystywanie funduszy zgromadzonych na MKO (np. artykuły medyczne, środki spożywcze) wynikające z braku wiary w to, że MKO rzeczywiście podoba kosztom świadczeń w starszym wieku. Ponadto ujawnił się brak zrozumienia, zwłaszcza wśród młodych osób, celu, jakim jest akumulacja środków na indywidualnym koncie.

Kong i wsp. [18] zwrócili także uwagę na fakt, że założenia modelu MKO kolidują z wartościami konfucjaniizmu stawiającego rodzinę na pierwszym miejscu. Jako że konta medyczne są indywidualne, nie ma tu miejsca na wsparcie i dbanie o członków rodziny.

Stany Zjednoczone

Rzeczywistą kolebką MKO są Stany Zjednoczone, gdzie w latach 70. XX wieku stworzono tę koncepcję w odpowiedzi na problemy rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [19]. Ostatecznie w 1996 r. odpowiednie legislacje włączyły MKO jako kolejne źródło finansowania świadczeń medycznych, uzupełnione ubezpieczeniem o wysokiej franszyzie [7, 20]. Decyzja ta była poprzedzona zagorzałymi debatami między naukowcami o rzeczywistej wartości MKO i potencjalnych rezultatach, jakie może przynieść w systemie zdrowotnym USA [1]. Podważano także planowane decyzje dotychczasowymi słabymi wynikami MKO w Singapurze [8, 21].

Kilka lat od implementacji MKO były prowadzone badania (głównie analizy przypadków) mające na celu sprawdzenie skutków ich działania. Po stronie ubezpieczycieli zauważono szybką reakcję dostosowującą się do nowych warunków – utworzenie odpowiednich ofert MKO. Analizy pracodawców wykazały spadek ich kosztów oraz wzrost zadowolenia pracowników. Zanotowano także spadek ogólnych kosztów ubezpieczenia pracowników o około 12% w porównaniu z tradycyjnym planem ubezpieczeniowym [2]. Wykazano także niewielkie zmiany w bezpośrednich wydatkach pacjentów na usługi medyczne w ramach nowych planów z MKO. Według analiz modelowych grupy, które przeciętnie z własnej kieszeni wydają od 700 do 6100 USD, odczują wzrost wydatków. Natomiast pacjenci z wydatkami poniżej 700 USD i powyżej 7 tys. USD zauważą ich spadek [22].

W USA problemem jest duży odsetek obywateli, którzy nie posiadają żadnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprowadzając MKO, oczekiwano wzrostu zainteresowania wśród tej grupy. Okazało się jednak, że MKO nie stanowią aż tak atrakcyjnej oferty przede wszystkim z powodu nie dość silnej zachęty podatkowej. Przypuszcza się nawet, że MKO mogą destabilizować rynek małych grupowych polis, gdy do planu MKO przeniosą się osoby

o wysokich zarobkach i niskim ryzyku (zjawisko określane jako negatywna selekcja, ang. *adverse selection*) [23].

Dekadę po wprowadzeniu MKO wstępne analizy ukazały w sumie znikome oszczędności. W ciągu lat zaskakująco niskie okazało się zainteresowanie ofertą MKO. Natomiast ci, którzy zdecydowali się na konta oszczędnościowe, częściej korzystali ze świadczeń prewencyjnych, podczas gdy inne badania wskazały na unikanie, omijanie lub zwlekanie z korzystaniem z koniecznych usług medycznych przez posiadaczy MKO z polisami o wysokich franszyzach [24, 25]. Niestety wszelkie dostępne badania miały liczne ograniczenia, polegające przede wszystkim na zbieraniu danych od jednego lub kilku pracodawców czy też małych grup pracowników o podobnych profilach.

W 2010 r. Lo Sasso i wsp. [26] opublikowali wyniki analizy wydatków wśród posiadaczy planów z MKO i tradycyjnych polis (w sumie prawie 80 tys. pracowników zatrudnionych w różnych firmach, ale u tego samego dużego ubezpieczyciela). W ciągu trzech lat zanotowano mniejsze tempo wzrostu wydatków na zdrowie wśród posiadaczy MKO. Co więcej, na podstawie analizy regresji postawiono wniosek, że posiadanie MKO wpływa na obniżenie wydatków o 4,6%.

Ostatecznie w przypadku Stanów Zjednoczonych zauważalny jest brak rzetelnych analiz przeprowadzonych na szeroką skalę, które dałyby wiarygodne wyniki. Jedną z głównych przyczyn jest mniejsze niż zakładane zainteresowanie indywidualnymi kontami [27].

Republika Południowej Afryki (RPA)

Wprowadzenie w 1994 r. MKO do systemu finansowania świadczeń medycznych w RPA towarzyszyło deregulacji rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (PUZ). Obecnie MKO stanowią element oferty PUZ. Niedługo po wprowadzeniu MKO już połowa ubezpieczonych prywatnie posiadała indywidualne konto. Wyniki porównania pomiędzy tradycyjnymi polisami PUZ a MKO wskazały, że pacjenci z MKO ograniczyli wydatki zdrowotne, które zależały od ich uznania (opieka ambulatoryjna i leki) o połowę, ale redukcja ta nie przeniosła się na opiekę stacjonarną: MKO stanowiły atrakcyjną ofertę zarówno dla zdrowych, jak i chorych [1]. Jednym z założeń wprowadzenia MKO była indywidualizacja wydatków na zdrowie (uwalniając je od zbytnej kontroli ubezpieczycieli). W rzeczywistości jednak MKO nie przyniosły zwiększenia bezpieczeństwa finansowego obywateli głównie z powodu dużych obostrzeń dotyczących korzystania z konta. Okazało się również, że rynek zamiast skupiać się na świadczeniach efektywnych kosztowo i odpowiedniej ich jakości, koncentruje się na konstrukcji oferty szczególnie atrakcyjnej dla młodej i zdrowej części populacji (tzw. zjawisko spijania śmietanki, ang. *cream-skimming*) [27, 28].

Inne kraje

Dostępna literatura na temat MKO wskazuje, że poza główną czwórką inne kraje świata również roz-

ważą włączenie MKO do swoich systemów zdrowotnych. Wymienia się tu najczęściej Kanadę, Malezję, Australię czy Hongkong [14]. Z szerzej opisanych jest również Szanghaj, miasto wydzielone w Chinach, które w 2001 r. włączyło MKO do systemu zdrowotnego. Szanghaj, idąc za przykładem Singapuru, a także innych chińskich miast, wszystkim pracownikom sektora publicznego nadał indywidualne konto wraz z polisą ubezpieczeniową. Celem było przede wszystkim ograniczenie konsumpcji świadczeń. Okazało się jednak, że populacja, która tworzy grupę ryzyka, jest zbyt mała i powstaje zagrożenie niewypłacalności funduszu. Słabe, w porównaniu z Singapurem, zarządzanie nowym modelem i jego finansami spowodowało utworzenie długów funduszu wobec szpitali. System ten stworzył także duże luki w zabezpieczeniu populacji Szanghaju. Duża część jej pracuje poza sektorem publicznym lub wcale (zwłaszcza imigranci). Czynnikiem, który narusza stabilność systemu, jest stosunkowo starsza populacja niż w Singapurze. Ostatecznie stwierdzono, że system oparty na MKO jest nieskuteczny, ponieważ nie odpowiada rzeczywistym warunkom socjoekonomicznym [29].

4. Medyczne konta oszczędnościowe: perspektywa dla Europy?

Przedstawione wcześniej przykłady krajów, w których włączono MKO jako element finansowania świadczeń zdrowotnych, pokazują, że jest to metoda dość elastyczna. Ich szczegółowa konstrukcja jest tworzona na podstawie możliwości i potrzeb systemu (w tym pacjentów). Każdy z tych krajów posiadał także swój zestaw celów, dla których zmiany były wprowadzane w ramach pewnego utrwalonego wcześniej systemu ochrony zdrowia. Punktem wspólnym tych działań było przede wszystkim przekonanie, że *moral hazard* jest poważnym problemem w systemach z płatnikiem trzeciej strony (*pre-payment*) i równocześnie głównym czynnikiem wpływającym na wzrost wydatków na zdrowie. Tak samo towarzyszył im pogląd, że jednostki powinny ponosić część ryzyka i finansowej odpowiedzialności związanej z chorobą. Dotychczasowe doniesienia literaturowe przedstawiają mieszane skutki reform, często wskazując na sukcesy w konkretnych przypadkach. Faktycznie, porównując wskaźniki takie jak procent PKB przeznaczony na ochronę zdrowia, można uznać, że Singapur zajmuje istotne miejsce w optymalizacji kosztów (zob. Tabela I). Między innymi dzięki temu w literaturze pojawiały się opracowania próbujące rozciągnąć sukces Singapuru na inne kraje świata, w tym Europy. Ale bezpośrednie porównania z Singapurem i ich modelem *Medisave* są bezpodstawne ze względu na różnice gospodarcze, polityczne i kulturowe. Można natomiast zidentyfikować warunki potencjalnie umożliwiające czy też ograniczające rozwój MKO w Europie.

Jedynym krajem europejskim, który zdecydował się na zastosowanie idei MKO, są Węgry. Tam właśnie wraz z polisą prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego pacjent gromadzi fundusze na odrębnym koncie w celu pokrycia

kosztów współpłacenia lub nabycia świadczeń medycznych na rynku prywatnym. Środki zgromadzone na MKO są zwolnione z opodatkowania [30]. Literatura na ten temat jest jednak bardzo skromna, co nie pozwala na głębszą analizę i ocenę funkcjonowania MKO na Węgrzech.

Omawiane wcześniej Singapur, USA, Chiny czy RPA charakteryzują się brakiem dominującego powszechnego systemu ochrony (ubezpieczeniowej czy podatkowej), co stawia je w całkowitej opozycji do krajów europejskich, gdzie systemy powszechne, solidarnościowe przeważają w finansowaniu opieki zdrowotnej. Na podstawie pozaeuropejskich doświadczeń przy wprowadzaniu MKO pojawia się obawa, że wysiłek, jaki kraje europejskie włożyły w zorganizowanie systemów opartych na szerokiej bazie wspólnego finansowania i dzielenia ryzyka (*risk pool*), zostanie zaprzepaszczone. MKO poprzez przeniesienie odpowiedzialności i ciężaru finansowego na jednostki może mieć swoje konsekwencje w pogłębieniu nierówności i pogorszeniu efektywności systemu [19]. Społeczeństwa krajów europejskich, również Polski, nie spełniają podstawowego warunku koniecznego do implementacji MKO. Bez względu na szczegółową ich konstrukcję bowiem MKO przewiduje indywidualną odpowiedzialność każdego obywatela za własne zdrowie i koszty opieki medycznej. Natomiast większość społeczeństw europejskich w instytucji państwa widzi podmiot odpowiedzialny za zorganizowanie odpowiedniego zabezpieczenia [3].

Przy rosnących problemach w finansowaniu opieki zdrowotnej pojawia się często kwestia rodziny. Obecnie w krajach europejskich zauważa się malejący wskaźnik dzietności, a także rosnący odsetek dzieci rodzających się poza tradycyjnymi małżeństwami. W dalszej perspektywie wpływa to na obciążenie państwa (większość samotnych matek wymaga wsparcia), a także stanowi zagrożenie dla sektora zdrowotnego (głównie w kwestii alokacji zasobów i finansowania) [31]. Wskazuje się także na rozluźnienie więzi i odbieganie od tradycyjnego życia rodzinnego (związki partnerskie lub osoby samotne, tzw. *single*). W kontekście omawianych wcześniej krajów azjatyckich, gdzie w społeczeństwie głęboko zakorzeniona jest dbałość rodzinę i otaczanie jej członków opieką, uwzględnia się te tradycje w rozwiązaniach systemowych MKO. W Singapurze rodzina może i powinna współuczestniczyć w gromadzeniu środków na MKO, a dla Chin mocno rekomenduje się zmiany mające zezwolić na takie rozwiązania. Ponadto MKO, jako rodzinna oferta, mogą być sposobem na zacieśnianie więzi rodzinnych – dokonywanie wspólnych decyzji co do leczenia, wzajemne dbanie o zdrowie (dbałość o prawidłową dietę, aktywność fizyczną, wybór odpowiedniego specjalisty) [32].

Z kolei MKO mogą stanowić odpowiedź na obecne tendencje w społeczeństwie. Nie dzieląc życia rodzinnego z inną osobą, a w tym i wszelkich ryzyk z nim związanych, jednostka samodzielnie musi zadbać o zabezpieczenie się przed pojawiającymi się zagrożeniami. Tu indywidualne konta mogą stanowić doskonałą alternatywę.

Eksperti ostatecznie przyznają, że trudno jest stwierdzić, czy MKO są dobrym lub złym rozwiązaniem dla systemów zdrowotnych. Natomiast można zidentyfikować cztery czynniki, które na pewno będą sprzyjać sprawnej ich implementacji i działaniu. Jako że konstrukcja MKO przewiduje składanie środków na indywidualnych kontaktach, (1) kultura oszczędzania wśród społeczeństwa będzie sprzyjać gromadzeniu środków na wydatki medyczne (które nie będą traktowane jako dodatkowe środki na bieżące potrzeby, ale fundusze na przyszłe wydatki). Ponadto MKO funkcjonują lepiej w warunkach (2) wysokiego zatrudnienia, gdzie z oficjalnych dochodów tworzone są oszczędności. Najważniejsze dla efektywnego funkcjonowania MKO jest (3) zarządzanie przez państwo (ang. *government stewardship*), które przede wszystkim powinno organizować siatki bezpieczeństwa dla tych, którzy mogą być poszkodowani/niezabezpieczeni przez nowy system. Ostatecznie model MKO wymaga (4) dobrego planowania i sprawnego zarządzania oraz administracji systemem. W celu sprawdzenia działania zaprojektowanego modelu można zacząć od projektu pilotażowego (tak jak np. w Chinach), który pozwoli wychwycić ewentualne słabości konstrukcji [2].

Podsumowanie

Celem tego artykułu było wyciągnięcie wniosków o efektywności funkcjonowania MKO i przydatności tego narzędzia na podstawie doświadczeń różnych krajów. Analiza dostępnych danych, a także komentarze badaczy wskazują, że jest to niezmiernie trudne zadanie. Wyniki funkcjonowania MKO i realizacji założonych celów są co najmniej niejednoznaczne. Na podstawie zgromadzonych doświadczeń wielu krajów Hsu [27] twierdzi, że MKO nie są atrakcyjną alternatywą finansowania opieki zdrowotnej godną włączenia do systemu. Właściwie podsumowuje, że implementacja MKO stanowi zbyt duże ryzyko. Inni autorzy konkludują, że MKO nie stanowią ani panaceum, ani katastrofy dla systemu ochrony zdrowia [2]. Rzeczywista ocena MKO wynika z różnych politycznych wartości i rzeczywistych celów stawianych temu narzędziu w każdym z systemów. Ponadto specyfika społeczno-gospodarcza państw uniemożliwia dokonanie uogólnień wyników czy przenoszenie ich na inne systemy. Jak wskazuje Dong [29], bez względu na to, jak bardzo efektywny jest dany model finansowania opieki zdrowotnej w danym kraju, to bardzo trudno jest uzyskać podobny wynik w innym państwie. Nie jest racjonalne bezkrytyczne kopiowanie rozwiązań w innych warunkach społeczno-ekonomicznych. Tym bardziej problematyczna jest próba zaaplikowania danego rozwiązania w innym celu, niż pierwotnie zakładano.

Przypisy

¹ Do bezpośrednich wydatków na zdrowie czasem włącza się również nieformalne opłaty pacjentów (łapówki).

² W literaturze przedmiotu można spotkać określenie „zdrowotne konta oszczędnościowe” (ang. *health savings accounts* – HSAs), co dotyczy tego samego rozwiązania.

³ Z założenia MKO w połączeniu z polisą o wysokiej franszyzie ma oferować klientom znacznie niższą składkę ubezpieczeniową, która może być finansowana ze zgromadzonych środków na MKO. Franszyza to rodzaj formalnej opłaty pacjenta. Polisa ubezpieczeniowa z franszyzą w wysokości np. 1000 zł informuje, że ubezpieczony w ciągu roku (lub w innym okresie rozliczeniowym) powinien najpierw ponieść koszty świadczeń medycznych do 1000 zł. Po przekroczeniu tej sumy wszelkie dalsze świadczenia w danym roku będą finansowane przez ubezpieczyciela.

⁴ Informacje na temat samej konstrukcji i zasad funkcjonowania modelu MKO w omawianych krajach można znaleźć w opracowaniach [m.in. 2, 3, 8, 11, 20, 23, 28].

⁵ Starano się również zminimalizować użycie określeń typu „finansowanie publiczne” w zamian za „rządowe subsydia”.

⁶ *Population Trends 2013*, Department of Statistics of Singapore, http://www.singstat.gov.sg/publications/publications_and_papers/population_and_population_structure/population2013.pdf; dostęp: 7.05.2014.

⁷ Ministerstwo Pracy Singapuru, <http://www.mom.gov.sg/newsroom/Pages/PressReleasesDetail.aspx?listid=541>; dostęp: 7.05.2014.

⁸ Barr [11] nawet stwierdził, że rzeczywistą koncepcją ramową funkcjonowania singapurskiego modelu finansowania opieki zdrowotnej są oszczędność i paternalizm.

⁹ *Health Facts of Hong Kong, 2013 Edition*, http://www.dh.gov.hk/english/statistics/statistics_hs/files/Health_Statistics_pamphlet_E.pdf; dostęp: 7.05.2014.

¹⁰ Haseltine [15] nawet tytułując swoją książkę, określa system Singapuru jako „przystępna doskonałość” (ang. *affordable excellence*).

¹¹ Więcej o zapleczu zmian w [16].

¹² W dotychczasowym systemie przedsiębiorstwa tworzyły własne fundusze ze składek pracowników i pracodawcy w celu finansowania usług medycznych dla swoich pracowników. W przypadku problemów finansowych pracodawcom (i stworzonym przez nich funduszom) brakowało środków na zwrot kosztów za świadczenia zdrowotne, z których skorzystali ich pracownicy.

¹³ Zmiana finansowania z retrospektywnej opłaty za usługę (*fee-for-service*) na prospektywne *fee-setting* dla szerokiej gamy usług. W tym układzie opłaty/koszty usług zależą od typu i poziomu świadczeniodawcy.

Piśmiennictwo

1. Dixon A., *Are medical savings accounts a viable option for funding health care?*, „Croatian Medical Journal” 2002; 43 (4): 408–416.
2. Hanvoravongchai P., *Medical Savings Accounts: lessons learned from limited international experience*, WHO Discussion paper Number 3, World Health Organization, Geneva 2002.
3. Kiszka K., Sowada C., *Singapurski model medycznych kont oszczędnościowych. Ocena i możliwości przeniesienia na grunt polskiego systemu ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2007; V(1–2): 95–105.
4. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, WHO 2002.

5. Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
6. Hsiao W.C., *Behind the ideology and theory: what is the empirical evidence for medical savings accounts?*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001; 26(4): 733–737.
7. Maynard A., Dixon A., *Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience*, w: Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Systems Series, Open University Press, Buckingham 2002.
8. Hsiao W.C., *Medical savings accounts: lessons from Singapore*, „Health Affairs”, Peer review, 1995.
9. Asher M., Ramesh M., Maresoo A., *Medical savings accounts in Singapore*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 9–11.
10. McKee M., Busse R., *Medical savings accounts: Singapore’s non-solution to healthcare costs*, „British Medical Journal” 2013; 347: f4749.
11. Barr M.D., *Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2001; 26(4): 709–726.
12. Chan W., *Taiwan’s health care report 2010*, „European Maritime Pilots’ Association Journal” 2010; 1(4): 563–585.
13. Von Eiff W., Massaro T., Voo Y.O., Ziegenbein R., *Medical savings accounts: a core feature of Singapore’s health care system*, „The European Journal of Health Economics” 2002; 3: 188–195.
14. Shreyogg J., *Demographic development and moral hazard: health insurance with medical savings accounts*, 2004, <http://www.mig.tu-berlin.de>; dostęp: 20.08.2013.
15. Haseltine W.A., *Affordable excellence: the Singapore healthcare story*, Brookings Institution Press, Waszyngton 2013.
16. Yip W., Hsiao W., *Medical savings accounts: lessons from China*, „Health Affairs” 1997; 16(6): 244–251.
17. Yi Y., Maynard A., *Medical savings accounts in China*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 12–14.
18. Kong X., Yang Y., Gong F., Zhao M., *Problems and the potential direction of reforms for the current individual medical savings accounts in the Chinese health care system*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012; 37: 556–567.
19. Thomson S., Mossialos E., *Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe?*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 1–4.
20. Borda M., *Zastosowanie medycznych kont oszczędnościowych w finansowaniu ochrony zdrowia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2010; 2: 151–164.
21. Chollet D., *Why the Pauly/Goodman Proposal won’t work*, „Health Affairs”, Peer review, 1995.
22. Remler D.K., Glied S., *How much more cost sharing will health savings accounts bring?*, „Health Affairs” 2006; 25(4): 1070–1078.
23. Glied S., Remler D., *The effect of health savings accounts on health insurance coverage*, Task Force on the Future of Health Insurance, The Commonwealth Fund, Issue Brief 2005.
24. Glied S., *Health savings accounts in the United States*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 5–6.
25. Shortt S., *Medical savings accounts in publicly funded health care systems: enthusiasm versus evidence*, „Canadian Medical Association Journal” 2002; 167(2):159–162.
26. Lo Sasso A., Shah M., Frogner B., *Health savings accounts and health care spending*, „Health Services Research” 2010; 45(4): 1041–1060.
27. Hsu J., *World Medical savings accounts: what is at risk?*, Background Paper nr 17, Health Organization, World Health Report 2010.
28. McLeod H., McIntyre D., *Medical savings accounts in South Africa*, „Euro Observer” 2008; 10(4): 7–8.
29. Dong W., *Can health care financing policy be emulated? The Singaporean medical savings accounts model and its Shanghai replica*, „Journal of Public Health” 2006; 28(3): 209–214.
30. Thomson S., Foubister T., Mossialos E., *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*, „European Observatory on Health Systems and Policies” 2009.
31. Fan R., Chen X., Cao Y., *Family-oriented health savings accounts: facing the challenges of health care allocation*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012; 37(6): 507–512.
32. Cherry M.J., *Building social and economic capital: the family and medical savings accounts*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012; 37(6): 526–544.

Zadłużenie publicznych szpitali w Polsce w latach 2005–2014. nierozwiązany problem zobowiązań wymagalnych

Christoph Sowada

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

Adres do korespondencji: Christoph Sowada, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, tel. 12 433 28 11, sowadach@poczta.onet.pl

■ Abstract

Debts of Polish public hospitals in 2005–2014. The unsolved problem of overdue liabilities

Running up debts of public hospitals (independent health care units) constitutes an immanent feature of the Polish health care sector. Even though the introduction of the Public Assistance and Restructuring of Public Health Care Units Act of 15 April 2005 contributed to a reduction of overdue debts from 6.2 billion zloty in the middle of 2005 to about 2.1 billion zloty at the end of September 2014, they still remain quite high. Among units with the highest debts are the biggest and most important for the system central institutes and university hospitals. One can also observe regional variation of debts size. The most indebted are the facilities located in the mazowieckie voivodship though the public financing of hospitals in this region is the highest in the country. Therefore simple increasing of public financing seems not to be the right solution. The most important factors that contribute to the financial imbalance of public hospitals in Poland are rooted in the area of law regulations and health sector governance.

Key words: hospital debts, hospital financing by NHF, overdue liabilities

Słowa kluczowe: finansowanie szpitali przez NFZ, zadłużenie szpitali, zobowiązania wymagalne

■ Wprowadzenie

Nierównowaga finansowa, a w konsekwencji zadłużanie się publicznych podmiotów leczniczych towarzyszy polskiej ochronie zdrowia niezmiennie od 25 lat, czyli od rozpoczęcia kompleksowej transformacji systemu politycznego, ekonomicznego i społecznego w naszym kraju. Władze publiczne próbowały oczywiście w różny sposób ograniczać skalę i tempo zadłużania się w szczególności szpitali i rozwiązać problem tzw. zobowiązań wymagalnych, tj. nieregulowanych na czas zobowiązań wobec wierzycieli, zarówno prywatnych (pracownicy, dostawcy różnych dóbr i usług), jak i publicznych (np. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych). Kolejne akcje oddłużeniowe kosztujące polskich podatników miliardy złotych (ok. 1 mld zł budżet państwa przeznaczył na spłacenie długów publicznych szpitali w latach 1994–1995,

prawie 8,5 mld zł wydano na ten cel w 1998 r.) przynosiły jednak co najwyżej krótkotrwałe skutki w postaci obniżenia pułapu zadłużenia. Nic nie zmieniały one natomiast w mechanizmach powstawania zobowiązań. Dlatego też często już kilka miesięcy po kolejnym oddłużeniu poziom zobowiązań gwałtownie rósł, a kilkanaście miesięcy później osiągał swoją pierwotną wielkość lub nawet ją przekraczał.

Do drastycznego zaostrzenia się sytuacji doszło w latach 2003–2005. W połowie 2005 r. długi wymagalne samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), wśród których dominowały szpitale publiczne¹, przekroczyły kwotę 6,2 mld zł [1], co odpowiadało wówczas 42% całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na opiekę szpitalną w Polsce. Za jedną z najważniejszych, choć niewątpliwie nie jedyną przyczynę tego gwałtownego przyrostu długów, uzna-

no wprowadzoną w grudniu 2000 r. ustawę o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o ZOZ, zwaną potocznie „ustawą 203”, która nakazała szpitalom publicznym dokonać wysokiego wzrostu wynagrodzeń, nie zabezpieczyła jednak na ten cel żadnych środków. W okolicznościach zagrażających egzystencji dziesiątek, jeśli nie setek publicznych szpitali, rząd techniczny premiera Marka Belki, wspierany głównie przez koalicję SLD–UP, podjął kolejną próbę rozwiązania problemu zadłużania się publicznych szpitali, tym razem jednak zmieniając dotychczasowy wzorzec działania. W miejsce w zasadzie bezwarunkowego oddłużenia poszczególnych jednostek przyjęta 15 kwietnia 2005 r. ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej uzależniła udzielenie pomocy zadłużonym placówkom od spełnienia przez nie określonych warunków, w szczególności od przedstawienia spójnego planu restrukturyzacji. Nie były to wprawdzie wymagania nadmiernie wygórowane, niemniej jednak zainicjowały one zmianę sposobu myślenia polityków, organów założycielskich i zarządzających szpitalami publicznymi, jeśli chodzi o rolę państwa w rozwiązywaniu problemu zadłużenia publicznych świadczeniodawców.

Kontynuowany przez kolejne rządy program restrukturyzacyjny przyniósł wyraźny mierzalny wynik w postaci redukcji skali zobowiązań wymagalnych. Już pod koniec 2005 r. ich kwota spadła do niecałych 5 mld zł (z 6,24 mld w połowie roku). W ciągu kolejnych dwóch lat doszło do ich dalszego spadku do poziomu 2,7 mld zł. Także atmosfera debaty toczonej wokół problemu zadłużenia publicznych świadczeniodawców się zmieniła. Temat zadłużenia nie tylko przestał dominować w doniesieniach medialnych, ale zmienił się również sposób relacjonowania. Obecnie podejmowany jest on głównie przez czasopisma branżowe („Rynek Zdrowia”, „Puls Medycyny” czy „Menedżer Zdrowia”). Szersza publiczność konfrontowana jest z nim już tylko wtedy, kiedy problemy finansowe dotyczą najbardziej znane instytucje, jak miało to miejsce np. dwa lata temu w przypadku Instytutu Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu czy też Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Mass media wyraźnie utraciły zainteresowanie permanentnym wcześniej nagłaśnianiem w sposób sensacyjny tematu, podobnie zresztą jak opozycja polityczna. Nie oznacza to jednak, że problem zadłużenia szpitali, w szczególności funkcjonujących w formule szpitali publicznych, został ostatecznie rozwiązany.

Celem prezentowanego opracowania zawierającego wielowymiarową analizę zmian w poziomie i strukturze zobowiązań publicznych szpitali, do jakich doszło w ostatniej dekadzie, jest dokonanie oceny sytuacji w zakresie rozwiązywania problemu zadłużenia, a następnie wskazanie na najważniejsze zaniechane do tej pory lub podjęte na niewystarczającą skalę działania konieczne, według autora, do osiągnięcia ostatecznego sukcesu w postaci całkowitej likwidacji problemu zobowiązań wymagalnych polskich publicznych szpitali. Do zobowiązań wymagalnych zalicza się wszelkie bezsporne

zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika już minął, a które nie zostały uznane za przedawnione lub nie zostały umorzone. Od takich zobowiązań wierzyciel może naliczać odsetki karne. Zobowiązania całkowite oznaczają wszystkie zobowiązania jednostki, niezależnie od terminu ich wymagalności, tytułu zobowiązania czy też statusu wierzyciela. Tak zdefiniowane zobowiązania całkowite tożsame są z ekonomiczną definicją zadłużenia.

Przedstawiona analiza opiera się na publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynikach ankiet uzyskanych z urzędów wojewódzkich, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Obrony Narodowej, uczelni wyższych i nadzorowanych przez siebie szpitali, a także danych pochodzących ze sprawozdań Rb-Z zebranych przez Ministerstwo Finansów dotyczących zobowiązań całkowitych, jak i zobowiązań wymagalnych w latach 2004–2013. Tam, gdzie było to możliwe i uzasadnione, podano również informacje dotyczące pierwszych kwartałów 2014 r. Poddane analizie dane pochodzą z ogólnie dostępnych publikacji. Zasadniczą część analizy dotyczy zobowiązań wymagalnych, gdyż niespłacanie długów w ustalonych terminach stanowi ciężkie naruszenie dyscypliny finansowej, które w normalnych warunkach rynkowych może być podstawą do żądania ogłoszenia upadłości dłużnika. Natomiast samo istnienie zobowiązań nie stanowi problemu ekonomicznego i jest czymś absolutnie normalnym w prowadzeniu każdej działalności gospodarczej. Oczywiście, prowadząc działalność gospodarczą, należy bacznie obserwować również rozwój zobowiązań niewymagalnych, jednak ich bezrefleksyjne utożsamianie z zagrożeniem dla egzystencji szpitali, z jakim można się spotkać np. w doniesieniach opublikowanych w „Menedżerze Zdrowia” z marca 2014 r., pozbawione jest wszelakiego merytorycznego uzasadnienia.

W kolejnych punktach zostaną omówione najpierw zmiany w poziomie zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz zmiany, do jakich doszło w rozkładzie regionalnych zobowiązań wymagalnych i rozkładzie względem organu założycielskiego. W punkcie trzecim zostaną zestawione informacje dotyczące zmian w poziomie zadłużenia wymagalnego szpitali w podziale na województwa ze zmianami w poziomie finansowania opieki szpitalnej przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ. Porównanie to służy sprawdzeniu, czy pomiędzy tymi kategoriami istnieje jakaś jednoznaczna korelacja. Artykuł kończy się ogólniejszymi przemyśleniami autora na temat przyczyn tego, że po raz kolejny nie udało się ostatecznie rozwiązać problemu zobowiązań wymagalnych, ale udało się jednak w dość dużym stopniu zobowiązania te zredukować.

1. Skala zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Problem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, choć na różną skalę, towarzyszy systemowi ochrony zdrowia w Polsce niezmiennie od 25 lat. Jego ostrość zmieniała się jednak w czasie. Po niemal całkowitym oddłużeniu szpitali publicznych w toku zmian systemu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego

Rok	Zobowiązania całkowite w mln zł	Zobowiązania wymagalne w mln zł	Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach całkowitych w %
2003	7 327,7	4 543,7	62,01
2004	9 450,1	5 872,3	62,14
30.06.2005	9 646,2	6 239,6	64,68
31.12.2005	10 273,6	4 933,6	48,02
2006	10 348,7	3 723,6	35,98
2007	9 563,3	2 666,2	27,88
2008	9 979,7	2 559,7	25,65
2009	9 627,6	2 241,8	23,29
2010	9 963,1	2 140,0	21,48
2011	10 038,7	2 366,4	23,57
2012	10 661,4	2 474,0	23,21
2013	9 922,0	2 015,5	20,31
III kw. 2014	10 238,3	2 119,4	20,70

Tabela I. Zobowiązania całkowite i wymagalne spzoz w latach 2003–2014 (w mln zł).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1].

na ubezpieczeniowy w 1998 r. przeterminowane długi znów szybko zaczęły rosnać, osiągając na koniec 2003 r. poziom 4,5 mld zł [szczegółowo 2, 3]. W ciągu kolejnych osiemnastu miesięcy nastąpił dalszy ich wzrost o 37% do 6,24 mld zł (**Tabela I**). Jednocześnie zobowiązania całkowite spzoz wzrosły do poziomu 9,6 mld zł. W połowie 2005 r. zobowiązania wymagalne stanowiły prawie 64% zobowiązań całkowitych. Wraz z wprowadzeniem w życie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji finansowej sytuacja zaczęła się jednak stopniowo poprawiać. Wprawdzie zobowiązania całkowite nadal rosły do końca 2006 r., ale zobowiązania wymagalne zaczęły szybko maleć. W ciągu drugiego półrocza 2005 r. ich kwota spadła o 1,3 mld zł, a w ciągu kolejnych dwóch lat o dalsze 2,2 mld zł. Na koniec 2007 r. zadłużenie wymagalne wynosiło niecałe 2,7 mld zł. Do redukcji zobowiązań wymagalnych przyczyniło się z jednej strony przekształcenie ich części w zobowiązania niewymagalne (tzw. rolowanie długu²), na co spzoz mogły uzyskać stosowną pożyczkę skarbu państwa, z drugiej zaś umorzenie niektórych zobowiązań publiczno-prawnych i cywilnoprawnych. Część udzielonych pożyczek skarbu państwa (około 1,3 mld zł) później została umorzona szpitalom, które udowodniły w raportach postępy na drodze swojej restrukturyzacji [4].

Jednak wraz z upływem czasu redukcja zadłużenia wytraciła swój impet. W okresie 2008–2012 zobowiązania wymagalne wahały się w przedziale 2,1–2,6 mld zł, całkowite zaś 9,6–10,6 mld zł. Po raz kolejny nie udało się zatem ostatecznie rozwiązać problemu niespłacanych w terminie długów. W przeciwieństwie jednak do wcześniejszych prób wdrożenie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji finansowej zaowocowało trwałą, jak dotychczas, redukcją poziomu zadłużenia wymagalnego. Także dane za 2013 i pierwsze kwartały 2014 r. skłaniają do sformułowania takiej ostrożnie pozytywnej opinii.

W ciągu ostatnich siedmiu analizowanych kwartałów zobowiązania wymagalne spzoz spadły o 14% do poziomu 2,1 mld zł, a ich udział w zobowiązaniach całkowitych zmalał do ok. 20% (z ponad 64% w połowie 2005 r.). Jeszcze korzystniej kształtują się wskaźniki zadłużenia w ujęciu realnym. W cenach stałych z 2003 r. zobowiązania wymagalne na koniec 2013 r. wyniosły nieco ponad 1,5 mld zł, a całkowite niecałe 7,6 mld zł (**Tabela II**)³.

Rok	Zobowiązania całkowite w mln zł	Zobowiązania wymagalne w mln zł
2003	7327,7	4543,7
2004	9264,8	5757,2
2005	9816,9	4714,3
2006	9761,8	3512,4
2007	8835,4	2463,3
2008	8916,9	2287,1
2009	8335,6	1940,9
2010	8382,9	1800,6
2011	8082,8	1905,3
2012	8318,0	1930,2
2013	7596,8	1543,2
I kw. 2014*	7598,4	1538,7

* Przy założeniu braku zmiany wskaźnika cen w stosunku do 31.12.2013 r.

Tabela II. Zobowiązania całkowite i wymagalne spzoz w latach 2003–2013 w cenach stałych z 2003 r. (w mln zł).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z Tabeli I oraz wskaźników inflacji podawanych przez Główny Urząd Statystyczny.

Rok	Zobowiązania całkowite jako procent wydatków NFZ na opiekę szpitalną	Zobowiązania wymagalne jako procent wydatków NFZ na opiekę szpitalną
2004	71,0	44,1
2005	70,8	34,0
2006	66,0	23,7
2007	51,4	14,3
2008	42,5	10,9
2009	37,5	8,7
2010	37,0	8,0
2011	36,4	8,6
2012	36,2	8,4
2013	32,5	6,6

Tabela III. Zobowiązania spzoz w latach 2004–2013 a wydatki NFZ na leczenie szpitalne.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1] oraz NFZ [5–14].

Także zestawienie kwot zadłużenia spzoz z nakładami NFZ na leczenie szpitalne skłania do sformułowania pozytywnej oceny. O ile w 2004 r. kwota zobowiązań całkowitych spzoz stanowiła 71% całkowitych wydatków NFZ na opiekę szpitalną, zobowiązania wymagalne zaś ponad 44%, to w 2013 r. wskaźniki te zmalały odpowiednio do 32,5 oraz 6,6% (**Tabela III**).

Przedstawione wskaźniki wyraźnie pokazują znaczną poprawę sytuacji. Bardzo realne w 2005 r. zagrożenie całkowitego załamania się systemu lecznictwa szpitalnego w Polsce zostało zażegnane. W ciągu ostatnich lat doszło jednak do budzących uzasadniony niepokój zmian w rozkładzie zadłużenia względem organów założycielskich spzoz oraz w rozkładzie terytorialnym. Zmiany te wskazują na rosnącą koncentrację problemu zadłużenia w kilku kluczowych dla funkcjonowania całego systemu miejscach (szczegółowo w punkcie 2). Ponadto dokonując analizy zadłużenia spzoz, powinniśmy uwzględnić zmianę w liczbie tychże, do której doszło w ostatnich 10 latach. Analizowane dane dotyczą wyłącznie publicznych świadczeniodawców, przede wszystkim szpitali, prowadzonych w formule spzoz. W oficjalnych dokumentach, także w publikacjach Głównego Urzędu Statystycznego, tylko spzoz opisywane są jako szpitale publiczne. Spółki prawa handlowego, w które przekształcono część spzoz, traktowane są już jako szpitale niepubliczne, nawet jeśli jedynym ich udziałowcem, lub udziałowcem większościowym, pozostają organa władzy publicznej, np. samorząd wojewódzki lub powiatowy. Choć z ekonomicznego punktu widzenia taki szpital dalej pozostaje szpitalem publicznym, jego zadłużenie znika ze statystyki⁴.

Określenie dokładnej liczby funkcjonujących w Polsce szpitali, w tym szpitali w formule spzoz, wbrew pozorom nie jest zadaniem łatwym [szczegółowo 15]. Główny Urząd Statystyczny zaprzestał publikowania

informacji pozwalającej na oszacowanie liczby szpitali publicznych prowadzonych jako spzoz, a to one, jak wspomniano wyżej, są odpowiedzialne prawie za całość zobowiązań wymagalnych w Polsce. O ile w publikacji *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* [16] w tabeli „Szpitale ogólne według organu tworzącego w 2011 r.” podano jeszcze osobno liczbę szpitali publicznych (czyli spzoz) i niepublicznych, to w analogicznym dokumencie za 2012 r. [17] odnajdziemy już tylko dane dotyczące całkowitej liczby szpitali ogólnych stacjonarnych i liczbę szpitali utworzonych przez ministerstwa lub centralne organy administracji rządowej i utworzonych przez uczelnie medyczne, co uniemożliwia zorientowanie się co do liczby samorządowych szpitali prowadzonych jako spzoz. Dane z wcześniejszych lat i informacje podane w innych oficjalnych dokumentach, w szczególności w dokumencie Ministerstwa Zdrowia na temat restrukturyzacji i przekształceń prowadzonych w związku z realizacją tzw. planu B (stanowiącego potoczną nazwę dla przekształceń prowadzonych na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 r.), zgodnie z którym do 31 grudnia 2013 r. można było składać wnioski o pomoc publiczną na przekształcenie spzoz w podmiot prawa handlowego [18], umożliwiają jednak dokonanie pewnego szacunku. W 2004 r. funkcjonowały w Polsce 643 publiczne szpitale ogólne [19]. W ciągu kolejnych siedmiu lat ubyło ich ponad 100, przy czym część tego spadku była spowodowana łączeniem kilku jednostek utworzonych przez ten sam organ założycielski w większe struktury, część spzoz została zaś przekształcona w spółki prawa handlowego [szczegółowo 20]. Tym samym na koniec 2011 r. funkcjonowało w Polsce 540 szpitali – spzoz, z czego 440 tworzyły jednostki samorządu terytorialnego.

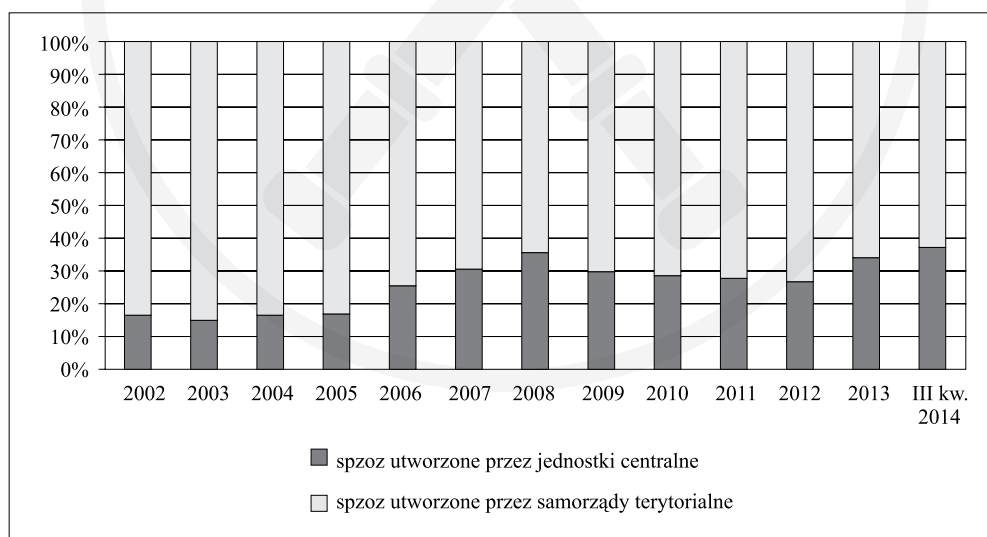
Od 2011 r. przekształcanie w podmioty prawa handlowego wspierane było, jak wspomniano, przez rząd w ramach planu B. Z planu tego skorzystało wprawdzie niewiele szpitali, niemniej jednak w latach 2011–2013 34 szpitale zostały przekształcone (jeden w 2011, trzynaście w 2012 i dwadzieścia w 2013 r. [18]), co kosztowało w sumie skarb państwa około 270 mln zł. Zakładając, że w latach 2012 i 2013 nie zlikwidowano, poza przekształconymi w spółki, żadnego szpitala prowadzonego w formule spzoz⁵, na koniec 2012 r. powinno ich działać 527, na koniec 2013 r. zaś 507. Skoro tak, to przypisując wszystkie zobowiązania wymagalne spzoz szpitalom funkcjonującym w tej formule prawnej, na jeden szpital przypadłoby średnio 9,1 mln długu wymagalnego w 2004 r., 4,7 mln zł w 2012 r. i niecałe 4 mln zł w 2013 r. W analizowanym okresie doszło zatem nie tylko do obniżenia sumy zobowiązań wymagalnych, ale również do dużej redukcji zadłużenia w przeliczeniu na jeden szpital publiczny, w samym tylko 2013 r. o prawie 15%.

2. Zmiany w podziale zobowiązań wymagalnych względem organu założycielskiego oraz w podziale na województwa

Nie wszędzie wysiłki na rzecz ograniczenia zobowiązań wymagalnych przyniosły taki sam pozytywny skutek. Z publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia [21] danych pochodzących ze sprawozdań Rb-Z jednoznacznie wynika, że lepsze rezultaty osiągnęła grupa szpоз utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, głównie szpitale wojewódzkie i powiatowe. Wprawdzie ciągle jeszcze na nie przypada większość długów wymagalnych⁶, a niektóre z nich nadal wykazują bardzo wysokie zadłużenie⁷, ale ich udział w całkowitych zobowiązaniach wymagalnych szpоз zmalał z nieco ponad 83% na koniec 2005 do 62,8% na koniec pierwszego kwartału 2014 r. (**Rysunek 1**). Odpowiednio wzrósł udział szpitali utworzonych przez jednostki centralne, na które przypada obecnie prawie jedna trzecia wszystkich nieregulowanych w terminie długów. Chociaż i one obniżyły swoje długi w stosunku do 2004 r. o około 155 mln zł (z 924 mln do 639,7 mln zł na koniec trzeciego kwartału 2014 r.), spadek ten wypada jednak relatywnie słabo w porównaniu z osiągniętym przez samorządowe szpоз (spadek o prawie 70%, tj. ok. 2,7 mld zł). Zatem obecnie to nie potężne zadłużenie niektórych szpitali podległych organom samorządu terytorialnego zajmuje opinię publiczną, jak miało to miejsce np. w przypadku szpitala wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim, który sam jeden w 2005 r. wykazywał zobowiązania całkowite w wysokości 220 mln zł, z czego ponad 190 mln stanowiły zobowiązania wymagalne, czy też szpitala wojewódzkiego w Legnicy, który na początku 2006 r. wykazał zadłużenie w wysokości prawie 200 mln zł, lecz zadłużenie szpitali centralnych, np. podlegających Ministerstwu Zdrowia Centrum Zdrowia Matki Polki,

Centrum Zdrowia Dziecka i Centrum Onkologii im. Marii Curie-Skłodowskiej. Tylko te trzy jednostki wykazały w sumie na koniec 2013 r. zobowiązania całkowite w wysokości prawie 600 mln zł, z czego prawie połowę stanowiły zobowiązania wymagalne.

Postępująca koncentracja zadłużenia w największych i najbardziej prestiżowych placówkach medycznych musi budzić niepokój, podobnie jak zauważone zmiany w rozkładzie regionalnym, które niektórzy komentatorzy wiążą z rosnącym długiem szpitali centralnych i uniwersyteckich [np. 22]. Regionalni politycy wykorzystują zaś tego typu sugestie do wywierania nacisku na NFZ w kierunku dalszego przesunięcia środków np. na korzyść Mazowsza. Tymczasem dane publikowane przez Ministerstwo Zdrowia nie dają podstaw do stwierdzenia jednoznacznej korelacji pomiędzy regionalną koncentracją zobowiązań wymagalnych szpоз i umieszczeniem w regionach szpitali centralnych i uniwersyteckich. Największe sukcesy w redukcji swoich zobowiązań wymagalnych osiągnęły województwa lubuskie, pomorskie i dolnośląskie, a przecieź we Wrocławiu i Gdańsku funkcjonują duże szpitale kliniczne. W województwie lubuskim problem zobowiązań wymagalnych w zasadzie został rozwiązany wraz z przekształceniem wspomnianego już wyżej Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie w Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o. w październiku 2013 r. Proces likwidacji długów w tym regionie rozpoczął się jednak już wcześniej. W jego wyniku zobowiązania wymagalne tutejszych szpоз zmalały z 440 mln zł na koniec 2004 r.⁸ do 85,1 mln na koniec 2012 r. Na koniec 2013 r. wyniosły one już tylko 3,1 mln zł (**Tabela IV**). Także w przypadku szpitali w województwie pomorskim zasadnicza część likwidacji długu wymagalnego nastąpiła do końca 2012 r. (spadek z 461 mln w 2004 r. do 111 mln zł). W kolejnym roku długi spadły do poziomu 23,6 mln zł, głównie wskutek przekształcenia aż siedmiu jednostek podległych



Rysunek 1. Struktura zobowiązań wymagalnych szpоз względem organu założycielskiego.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [21].

Województwo	Zobowiązania wymagalne w mln zł		Zmiana: spadek (-) wzrost (+) w mln zł	Zmiana: spadek (-) wzrost (+) w %	Udział w całkowitych zobowiązaniach wymagalnych w %	
	2004	2013			2004	2013
Dolnośląskie	1128,6	134,1	-994,5	-88,1	19,2	6,7
Kujawsko-pomorskie	258,6	126,3	-132,3	-51,2	4,4	6,3
Lubelskie	337,1	136,9	-200,2	-59,4	5,7	6,8
Lubuskie	439,0	3,1	-435,9	-99,3	7,5	0,2
Łódzkie	612,8	101,1	-511,7	-83,5	10,4	5,0
Małopolskie	279,2	167,3	-111,9	-40,1	4,8	8,3
Mazowieckie	624,2	533,9	-90,3	-14,5	10,6	26,5
Opolskie	87,5	11,7	-75,8	-86,6	1,5	0,6
Podkarpackie	101,2	116,9	+15,7	+15,5	1,7	5,8
Podlaskie	156,2	29,6	-126,6	-81,1	2,7	1,5
Pomorskie	461,0	23,6	-437,4	-94,9	7,9	1,2
Śląskie	466,4	275,3	-191,1	-41,0	7,9	13,7
Świętokrzyskie	238,4	57,1	-181,3	-76,0	4,1	2,8
Warmińsko-mazurskie	115,6	13,4	-102,2	-88,4	2,0	0,7
Wielkopolskie	137,5	147,2	+9,7	+7,1	2,3	7,3
Zachodniopomorskie	178,9	30,3	-148,6	-83,1	3,0	1,5
MON i MSWiA	250,0	107,8	-142,2	-56,9	4,3	5,3
Razem	5872,3	2015,5	-3856,8	-65,7	100,0	100,0

Tabela IV. Podział terytorialny zobowiązań wymagalnych szpоз w latach 2004–2013.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1].

samorządowi wojewódzkiemu w spółki prawa handlowego. W pierwszych miesiącach 2014 r. udało się je zredukować o kolejne 16 mln zł. Do największej w kwotach absolutnych redukcji zobowiązań wymagalnych doszło jednak w województwie dolnośląskim. W 2004 r. szpоз z tego województwa wykazały dług wymagalny w wysokości ponad 1,1 mld zł. Co piąta złotówka długu wymagalnego przypadała wówczas na Dolny Śląsk. Na koniec 2013 r. zobowiązania wymagalne zmalały do nieco ponad 134 mln zł, były zatem o miliard złotych (90%) niższe niż dziewięć lat wcześniej. W przeciwieństwie do województw pomorskiego i lubuskiego szpitale dolnośląskie nie korzystały w znaczącym stopniu z pomocy publicznej oferowanej w ramach tzw. planu B. Redukcja długu następowała tu stopniowo, głównie do 2011 r.

Na przeciwnym krańcu odnajdujemy województwa wielkopolskie i podkarpackie, w których poziom zobowiązań wymagalnych na koniec 2013 r. jest nawet wyższy niż w krytycznym 2004 r. odpowiednio o 9,7 mln zł (7%) i 15,7 mln (15,5%). Ale niepokój wzbudza również rozwój sytuacji w województwie mazowieckim. Wprawdzie szpitale mazowieckie zmniejszyły swoje zadłużenie wymagalne z 624 mln zł w 2004 r. do niecałych 534 mln w 2013 r., ten relatywnie niewielki spadek o 14,5% w porównaniu ze zmianami, do jakich doszło w większości pozostałych województw, spowodował, że udział Mazowsza w zobowiązaniach wymagalnych polskich szpоз wzrósł z 10,6 do 26,5%. A zatem co czwarta złotówka

przeterminowanego długu przypada na Mazowsze, choć województwo to zamieszkuje tylko 14% ludności Polski. Mniejsza od przeciętnej dla kraju redukcja długów wymagalnych spowodowała również spadek w rankingu zadłużenia województw małopolskiego, śląskiego i kujawsko-pomorskiego. Ich udziały w całkowitej kwocie zobowiązań wymagalnych wzrosły w latach 2004–2013 odpowiednio z 4,8 do 8,3%, 7,9 do 13,7% oraz z 4,4 do 6,3%.

Dane liczbowe zebrane w Tabeli IV pokazują, do jakich zmian doszło w rozkładzie regionalnych zobowiązań wymagalnych szpоз, nie pozwalają jednak ocenić różnic w rzeczywistej skali problemu w poszczególnych województwach. Te różnią się bowiem znacząco liczbą ludności, a co za tym idzie – także liczbą jednostek szpitalnych, które potencjalnie mogą generować długi. Dlatego w Tabeli V dokonano obliczenia zadłużenia wymagalnego szpоз przypadającego średnio na jednego mieszkańca każdego województwa. Wprawdzie także ten wskaźnik nie jest doskonały – nie we wszystkich województwach znajdują się kliniki uniwersyteckie (nie ma ich w województwach opolskim, świętokrzyskim, lubuskim i podkarpackim) oraz instytuty centralne – jednak pozwala on na pewne przybliżenie. Także w przypadku wskaźnika zadłużenia wymagalnego w przeliczeniu na mieszkańców województwa województwo lubuskie wypada najlepiej. Z najwyższego w 2004 r. zadłużenia szpоз przypadającego średnio na mieszkańca w wyso-

Województwo	2004	2013
Dolnośląskie	389,9	46,1
Kujawsko-pomorskie	125,1	60,4
Lubelskie	154,3	63,5
Lubuskie	435,4	3,0
Łódzkie	236,8	40,2
Małopolskie	85,7	49,8
Mazowieckie	121,4	100,4
Opolskie	83,3	11,6
Podkarpackie	48,3	54,9
Podlaskie	129,8	24,8
Pomorskie	210,3	10,4
Śląskie	99,2	59,9
Świętokrzyskie	185,2	45,0
Warmińsko-mazurskie	81,0	9,3
Wielkopolskie	40,9	42,5
Zachodniopomorskie	105,4	17,6
Polska	153,9	52,4

Tabela V. Zobowiązania wymagalne spoz w przeliczeniu na mieszkańca województwa (w zł).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1] i danych o liczbie mieszkańców.

kości 435 zł (przy średniej krajowej 154 zł) wskaźnik zmalał do zaledwie 3 zł na koniec 2013 r. (przy średniej krajowej 52,4 zł) (Tabela V). W 2004 r. znacznie wyższe od przeciętnego dla kraju zadłużenie spoz przypadało również na mieszkańców województw dolnośląskiego – prawie 390 zł, łódzkiego – 237 zł, pomorskiego – 210 zł i świętokrzyskiego – 185 zł. W 2013 r. wszystkie te województwa wykazują zadłużenie mniejsze od przeciętnego. W województwie pomorskim wynosi ono nawet mniej niż 10 zł. Podobnie niskie – 11,6 zł na mieszkańca – odnotowuje województwo opolskie, które jednak także w 2004 r. należało do najmniej zadłużonych. Po drugiej stronie skali natomiast odnajdujemy w 2013 r. województwa: mazowieckie – z zadłużeniem rzędu 100 zł, lubelskie – 63,5 zł, kujawsko-pomorskie – 60 zł i śląskie – prawie 60 zł. Z wyjątkiem województwa lubelskiego pozostałe należały w 2004 r. do grupy województw ze wskaźnikiem długu wymagalnego na mieszkańca poniżej średniej krajowej.

Opisane zmiany skłaniają do sformułowania wniosku o tym, że województwa, które w 2004 i 2005 r. znajdowały się w najgorszej sytuacji, znacznie lepiej poradziły sobie z problemem zadłużenia od województw, w których sytuacja wyjściowa była korzystniejsza. Być może wizja finansowej katastrofy i upadku sektora szpitalnego w sposób szczególny zdeterminowała władze lokalne do podjęcia bardzo stanowczych kroków w kierunku redukcji nadmiernego zadłużenia. Warto jednak sprawdzić, czy być może przyczyna większych sukcesów jednych województw i mniejszych innych nie leży w zróżnicowanej polityce NFZ w zakresie finansowania leczenia szpi-

talnego. Gdyby niższe długi jednoznacznie korelowały z wyższymi nakładami, niedostateczne finansowanie leczenia szpitalnego przez NFZ można by uznać za najważniejszy powód występowania różnic regionalnych w zobowiązaniach wymagalnych spoz. Te finansowane są bowiem głównie poprzez kontrakty z NFZ.

3. Rozwój zobowiązań wymagalnych spoz a poziom finansowania opieki szpitalnej przez oddziały wojewódzkie NFZ

Truizmem jest powtarzanie, że środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych w Polsce nie wystarczają do zaspokojenia wszystkich potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Dostępne dane nie pozwalają natomiast na stwierdzenie jednoznacznej korelacji, a tym bardziej związku przyczynowo-skutkowego, pomiędzy zróżnicowanym finansowaniem stacjonarnego leczenia szpitalnego przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ a zadłużeniem wymagalnym spoz zlokalizowanych w różnych województwach (Tabela VI).

W ciągu analizowanych 10 lat NFZ znacząco zwiększył swoje wydatki na stacjonarne leczenie szpitalne, średnio o prawie 130%. W przekroju regionalnym zauważalne są jednak bardzo duże różnice. Najwolniej wzrosły wydatki oddziałów śląskiego, zachodniopomorskiego i mazowieckiego, odpowiednio o 101, 105,8 oraz 111,3%. Po drugiej stronie skali znajdują się oddziały kujawsko-pomorski (wzrost o prawie 171%), opolski (wzrost o 163%) i pomorski (wzrost o prawie

Województwo	Zobowiązania wymagalne spzoz			Wydatki oddziałów wojewódzkich NFZ na leczenie szpitalne		
	2004	2013	zmiana procentowa w latach 2004–2013	2004	2013	zmiana procentowa w latach 2004–2013
Dolnośląskie	1128,6	134,1	-88,1	972,7	2303,7	136,8
Kujawsko-pomorskie	258,6	126,3	-51,2	622,4	1685,4	170,8
Lubelskie	337,1	136,9	-59,4	726,8	1748,8	140,6
Lubuskie	439,0	3,1	-99,3	345,2	797,5	131,0
Łódzkie	612,8	101,1	-83,5	867,8	2081,6	139,9
Małopolskie	279,2	167,3	-40,1	1056,6	2544,5	140,8
Mazowieckie	624,2	533,9	-14,5	2149,1	4540,0	111,3
Opolskie	87,5	11,7	-86,6	290,1	763,6	163,2
Podkarpackie	101,2	116,9	15,5	655,4	1588,5	142,4
Podlaskie	156,2	29,6	-81,1	419,0	955,7	128,1
Pomorskie	461,0	23,6	-94,9	674,9	1727,2	155,9
Śląskie	466,4	275,3	-41,0	1793,8	3605,6	101,0
Świętokrzyskie	238,4	57,1	-76,0	449,9	1075,3	139,0
Warmińsko-mazurskie	115,6	13,4	-88,4	462,7	1093,3	136,3
Wielkopolskie	137,5	147,2	7,1	1150,1	2651,8	130,6
Zachodniopomorskie	178,9	30,3	-83,1	678,5	1396,3	105,8
Polska	5872,3	2015,5	-65,7	13314,9	30558,9	129,5

Tabela VI. Dynamika zobowiązań wymagalnych spzoz i wydatków na leczenie szpitalne według województw (w mln zł).

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1] oraz Narodowego Funduszu Zdrowia [5, 14].

156%). Porównując wzrost wydatków poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ ze zmianami w poziomie zobowiązań wymagalnych spzoz, można zauważyć, że w województwach, w których nastąpił najmniejszy przyrost finansowania opieki szpitalnej, w szczególności w województwach mazowieckim i śląskim, zobowiązania wymagalne spzoz malały wolniej niż przeciętnie w całym kraju (odpowiednio o 14,5 i 41,3% przy średniej krajowej 65,7%). Z kolei bardzo wysokiemu przyrostowi nakładów na leczenie szpitalne w województwach opolskim i pomorskim (odpowiednio o 163 i 156%) towarzyszy ponadprzeciętna redukcja długów wymagalnych spzoz, odpowiednio o 86,6 i 94,9%. Podane przykłady nie pozwalają jednak z kilku powodów na stwierdzenie jednoznacznej zależności pomiędzy wzrostem wydatków NFZ na leczenie szpitalne a spadkiem zadłużenia wymagalnego spzoz. Po pierwsze, w Tabeli VI możemy również odnaleźć województwa, w których nastąpił bardzo wysoki, ponadprzeciętny wzrost nakładów na leczenie szpitalne, a długi wymagalne obniżyły się mniej niż przeciętnie. Przykładem może być województwo kujawsko-pomorskie, gdzie wydatki na leczenie szpitalne wzrosły najbardziej w Polsce – aż o 170%, zobowiązania wymagalne spzoz zaś spadły tylko o połowę. Możemy też znaleźć województwa, w których relatywnie niskiemu wzrostowi nakładów NFZ towarzyszy bardzo duży spadek długów wymagalnych, np. województwo zachodniopomorskie. Po drugie, należy zauważyć, że dynamika

zmian w nakładach oddziałów wojewódzkich NFZ na leczenie szpitalne jest silnie uzależniona od wydatków na ten cel zrealizowanych w roku bazowym, tj. 2004.

Aby zneutralizować wpływ roku bazowego na wyniki analizy, w Tabeli VII dokonano przeliczenia nakładów oddziałów wojewódzkich NFZ na jednego mieszkańca województwa, a następnie porównano je z długami spzoz w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa⁹. Zaproponowane przeliczenie wyraźnie pokazuje, że relatywnie słaba dynamika nakładów mazowieckiego wojewódzkiego oddziału NFZ w dużej części jest skutkiem wysokiego poziomu tychże wydatków w 2004 r. W przeliczeniu na mieszkańca województwa oddział mazowiecki wydał na leczenie szpitalne w 2004 r. 481 zł, o 20% więcej, niż wynosiła wówczas średnia krajowa (348 zł) i o prawie 1/3 więcej niż wydający w tym czasie najmniej na leczenie szpitalne oddział opolski. W 2013 r. mimo słabszego od przeciętnego wzrostu wydatków na leczenie szpitalne oddział mazowiecki nadal przeznaczył na ten cel najwięcej w przeliczeniu na mieszkańca województwa, bo aż 853 zł, przy średniej krajowej 794 zł. Permanentnie wyższe niż przeciętne (i najwyższe w kraju) wydatki na leczenie szpitalne w przeliczeniu na mieszkańca nie chronią jednak, jak widać, Mazowsza przed najwyższymi długami wymagalnymi spzoz. Zgoła odmienną sytuację zastajemy na Opolszczyźnie, gdzie permanentnie niskim wydatkom NFZ towarzyszą jedne z najniższych w kraju zobowiązania wymagalne.

Województwo	Zobowiązania wymagalne w przeliczeniu na mieszkańca				Wydatki NFZ na leczenie szpitalne w przeliczeniu na mieszkańca			
	2004		2013		2004		2013	
	zł	Kolejność od naj- większych	zł	Kolejność od naj- większych	zł	Kolejność od naj- większych	zł	Kolejność od naj- większych
Dolnośląskie	389,9	2	46,1	7	336,1	7	791,7	8
Kujawsko-pomorskie	125,1	8	60,4	3	301,0	15	805,4	6
Lubelskie	154,3	6	63,5	2	332,7	9	811,1	5
Lubuskie	435,4	1	3,0	16	342,4	5	780,7	10
Łódzkie	236,8	3	40,2	10	335,3	8	828,3	3
Małopolskie	85,7	12	49,8	6	324,2	11	757,2	14
Mazowieckie	121,4	9	100,4	1	418,1	1	853,9	1
Opolskie	83,3	13	11,6	13	276,1	16	760,2	13
Podkarpackie	48,3	15	54,9	5	312,6	10	746,0	16
Podlaskie	129,8	7	24,8	11	348,2	13	799,8	7
Pomorskie	210,3	4	10,4	14	307,8	14	764,3	12
Śląskie	99,2	11	59,9	4	381,7	3	783,9	9
Świętokrzyskie	185,2	5	45,0	8	349,5	4	847,9	2
Warmińsko-mazurskie	81,0	14	9,3	15	324,1	12	755,6	15
Wielkopolskie	40,9	16	42,5	9	341,8	6	764,9	11
Zachodniopomorskie	105,4	10	17,6	12	399,8	2	812,3	4
Polska	153,9		52,4		348,9		793,8	

Tabela VII. Zobowiązania wymagalne spzoz i wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie szpitalne w przeliczeniu na mieszkańca.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia [1], Narodowego Funduszu Zdrowia [5, 14] oraz Głównego Urzędu Statystycznego [23].

Jeszcze inny rozwój sytuacji obserwujemy w województwie łódzkim, które pod względem nakładów na leczenie szpitalne przesunęło się z pozycji ósmej na trzecią, pod względem zaś wysokości długu przypadającego średnio na jednego mieszkańca spadło z bardzo niekorzystnego trzeciego na dziesiąte miejsce. Także te przykłady wskazują na brak jakiegokolwiek jednoznacznej zależności pomiędzy wysokością nakładów NFZ na leczenie szpitalne w poszczególnych województwach a wysokością długów wymagalnych spzoz¹⁰, aczkolwiek przedstawiona analiza nie uwzględnia ewentualnych przepływów finansowych między oddziałami wojewódzkimi wynikających z międzywojewódzkiej migracji chorych¹¹.

Dyskusja i wnioski

Z przeprowadzonej analizy danych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że udało się znacząco zredukować poziom zadłużenia wymagalnego. Jego nominalna wartość zmalała w pierwszym kwartale 2014 do nieco ponad 2 mld zł, w porównaniu z 6,24 mld w połowie 2005 r. W cenach stałych redukcja ta wypada jeszcze lepiej. Zmalał wskaźnik zadłużenia spzoz liczony jako procent wydatków NFZ na opiekę szpitalną. Doszło również do znaczącej redukcji długu wymagalnego publicznych podmiotów przypadającego na jednego miesz-

kańca kraju. Jednak po raz kolejny nie udało się całkowicie rozwiązać problemu niespłaconych w ustalonych terminach zobowiązań. W dwóch województwach – podkarpackim i wielkopolskim – doszło nawet do wzrostu zobowiązań wymagalnych spzoz w stosunku do 2004 r. W kilku innych, przede wszystkim w województwie mazowieckim, redukcja długu wymagalnego wypada słabo, mimo ogromnego wzrostu wydatków NFZ na finansowanie świadczeń szpitalnych. Poza tym znacznie gorzej z rozwiązaniem problemu długu wymagalnego dają sobie radę spzoz utworzone przez jednostki centralne i uczelnie medyczne. Ich długi obniżyły się w analizowanym okresie jedynie o około 20%, podczas gdy długi wymagalne spzoz utworzonych przez samorządy terytorialne spadły o 70%. Gorsza sytuacja w spzoz niesamorządowych musi budzić niepokój, wszak chodzi tutaj o szpitale oferujące pomoc w najbardziej skomplikowanych przypadkach medycznych.

Nieprowadzenie w odniesieniu do całkowitej likwidacji długów wymagalnych nie może jednak dziwić. Ani ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji finansowej, ani też późniejsze zmiany w systemie ochrony zdrowia nie zlikwidowały wszystkich głównych przyczyn nierównowagi finansowej w systemie oraz powstawania takich długów. Te tkwią bowiem głęboko w sferze regulacji oraz zarządzania sektorem (*sectoral governance*).

Za najważniejsze eksperci, zapytani w 2007 r. w ramach badania zleconego przez Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia, uznali: nieadekwatność składki, niesprecyzowanie koszyka świadczeń gwarantowanych, brak sieci placówek zdrowotnych oraz status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który, jak powszechnie wiadomo, ogranicza odpowiedzialność świadczeniodawcy za ponoszone wydatki i powstające długi [szczegółowo 24]. Za ważne, ale nie najważniejsze, uznano deficyty w zakresie zarządzania placówkami: niewłaściwe gospodarowanie zasobami pracy i chybioną politykę wynagrodzeń w zakładach pracy, niestosowanie zarządczej klasyfikacji kosztów, niewłaściwe gospodarowanie zasobami materialnymi i realizacją inwestycji. Wśród przyczyn wskazanych jako przeciętnie ważne wymieniono politykę kontraktowania świadczeń przez NFZ, narzucającego z jednej strony limity finansowanych świadczeń, z drugiej strony godzącego się często na niejasnych warunkach na sfinansowanie tzw. nadwykonań. Za przyczyny najmniej istotne uznano brak wystarczającej informacji o ubezpieczonych, ograniczenia w ścisłości składek, zachowania świadczeniobiorców dążących do nadmiernego korzystania z usług i nieformalne dopłaty pacjentów do świadczeń.

Niestety, większości z wymienionych wyżej przyczyn powstawania nierównowagi finansowej i długów nie udało się w ostatniej dekadzie usunąć, mimo ogromnego wzrostu nakładów finansowych na leczenie szpitalne oraz uchwalenia w latach 2010–2011 ustaw zmieniających niektóre warunki funkcjonowania sektora zdrowotnego. Chociaż w ostatnim przedziale czasu tempo wzrostu wydatków NFZ na leczenie szpitalne nieco osłabło, nie możemy nie zauważyć, że wydatki te w badanym okresie wzrosły nominalnie o prawie 130%, realnie zaś o ponad 75%, niestety często na niekorzyść efektywniejszej kosztowo opieki ambulatoryjnej. Być może problemem jest niewłaściwa alokacja tychże środków wewnątrz sektora szpitalnego. Jednak prosta jej zmiana na korzyść placówek utworzonych przez jednostki centralne administracji rządowej i klinik uniwersyteckich lub też na korzyść tych województw, gdzie problem zadłużenia wymagalnego rysuje się najostrej, nie rozwiąże problemu, jeśli jednocześnie nie stworzy się warunków sprzyjających, ale i wymuszających efektywne funkcjonowanie sektora. Obecnie system ochrony zdrowia, w szczególności sektor szpitalny, nie działa efektywnie, a spora część zasobów finansowych, materialnych i ludzkich jest marnotrawiona. Nadal brakuje określenia sieci niezbędnych do zapewnienia funkcjonowania opieki stacjonarnej szpitali, co powoduje, że w wielu placówkach wskaźnik wykorzystania łóżek sięga ledwie 60–75%. Inwestycje szpitalne zaś, nie tylko te współfinansowane przez fundusze europejskie, często są pozbawione racjonalnych ekonomicznych i zdrowotnych przesłanek, co zresztą zaniepokoiło instytucje unijne¹².

Wprawdzie w ostatnich latach polscy politycy oszczędzili systemowi ochrony zdrowia tak ekstremalnie kosztownych błędów legislacyjnych, jak wspomniana już „ustawa 203”, ale nadal obciążają szpitale mniejszymi lub większymi, często niepotrzebnymi dodatkowymi

kosztami, nie dbając o zapewnienie im odpowiednich środków finansowych. Wystarczy wymienić w tym miejscu obowiązek posiadania ładowisk dla śmigłowców ratunkowych jako warunku utrzymania szpitalnych oddziałów ratunkowych czy też nakaz wykupienia ubezpieczenia na wypadek błędów medycznych, w sytuacji kiedy ubezpieczenia takie oferuje tylko jeden wykorzystujący swoją monopolistyczną pozycję ubezpieczyciel. Problemem jest również ciągła zmienność prawa ustanawiającego standardy techniczne, jakie musi spełnić świadczeniodawca, jeśli chce się ubiegać o kontrakt z NFZ. Nie rozwiązano kwestii związanych z ustalaniem limitów na kontraktowane świadczenia i finansowaniem nadwykonań. Choć NFZ w ostatnich latach ograniczył finansowanie nadwykonań, głównie ze względu na ograniczenia finansowe wywołane spowolnieniem gospodarczym i mniejszym tempem wzrostu przychodów składkowych, szpitale nadal mogą mieć nadzieję, że zapłaci za część zrealizowanych ponad zakontraktowaną liczbę świadczeń. Aby otrzymać zapłatę za nadwykonania, należy je wpięć zrealizować, a zatem trzeba ponieść określone koszty. Jeśli się później okaże, że NFZ nie zapłaci, pojawia się strata zwiększająca zadłużenie.

Kolejny nierozwiązany problem to utrzymywanie się nieadekwatnych w wielu przypadkach wycen stawek jednorodnych grup pacjentów (JGP), decydujących o wysokości środków finansowych, jakie szpitale otrzymują za leczenie poszczególnych pacjentów. Problem ten dotyczy szczególnie szpitali najwyższego stopnia referencyjnego, w tym klinik uniwersyteckich i najbardziej zadłużonych centralnych instytutów badawczych prowadzących działalność medyczną, odpowiedzialnych za leczenie najbardziej skomplikowanych, a przez to również najkosztowniejszych przypadków medycznych. Także kontrolerzy NIK w swoich wnioskach z kontroli przeprowadzonej w 2011 r. w kilku centralnych instytutach badawczych podkreślają negatywny wpływ niewystarczającej względem kompleksowości problemów medycznych dywersyfikacji stawek JGP na sytuację finansową badanych jednostek [25]. W tym miejscu należy jednak podkreślić, że problemy z nieadekwatną wyceną stawek nie mogą stanowić głównej przyczyny zadłużania się niektórych szpitali. Wszak wśród szpitali klinicznych odnajdujemy również takie, które regulują w terminie wszystkie swoje zobowiązania.

Istotne kroki poczyniono natomiast w sprawie likwidacji formy prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, która w wyjątkowy sposób ze względu na ogromne deficyty w odniesieniu do ponoszenia odpowiedzialności finansowej sprzyja nieefektywnemu zarządzaniu jednostkami i generowaniu przez nie nadmiernych długów. Ustawa o działalności leczniczej z 2011 r. zawiera wiele zapisów motywujących do przekształcenia spzoz w spółki prawa handlowego, ale również zmieniających zasady pokrywania strat w samych spzoz. O ile do jej wprowadzenia w życie odpowiedzialność finansowa organów założycielskich spzoz za straty i długi podległych szpitali pojawiała się właściwie dopiero w momencie ewentualnej likwidacji jednostki, co oczywiście powstrzymywało organy założycielskie od

podejmowania takich decyzji, obecnie odpowiedzialność jest natychmiastowa. Organ założycielski zobowiązany jest do pokrycia straty finansowej w ciągu trzech miesięcy od wykazania jej w bilansie szpitala. W innym przypadku jednostka powinna zostać zlikwidowana albo też przekształcona w spółkę. I chociaż ostateczną odpowiedzialność finansową w przypadku szpitali publicznych (zarówno spoz, jak i spółek) nadal ponosi podatnik, to jednak szczególnie w przypadku szpitali utworzonych przez samorządy terytorialne nie należy lekceważyć konsekwencji politycznych, które mogą motywować samorządowców do podejmowania bardziej zdecydowanych kroków w kierunku wyegzekwowania efektywnego zarządzania w podległych im placówkach. Niestety czynnik ten raczej nie zadziała w przypadku instytucji centralnych typu Centrum Zdrowia Dziecka, Centrum Zdrowia Matki Polki i szpitali uniwersyteckich. Wniosek taki wypływa także ze wspomnianego już dokumentu pokontrolnego NIK. Kontrolerzy NIK wskazują na problemy zarządcze i organizacyjne w badanych instytucjach i uznają wielkość oraz złożoność jednostek przy ograniczonej bieżącej informacji zarządczej za jedną z głównych przyczyn trudności w podejmowaniu racjonalnych działań. Bez przeprowadzenia szczegółowych analiz oraz posiadania skutecznych narzędzi kontroli ekonomicznie poprawne prowadzenie jednostek nie jest możliwe. Racjonalnemu zarządzaniu instytucjami nie sprzyja również brak świadomości pracowników o konieczności i nieuchronności zmian organizacyjnych, często także blokada niezbędnych posunięć ze strony związków zawodowych. Sprzeciw ten jest sformułowany nie tylko wobec posunięć mających na celu przeprowadzenie chociażby restrukturyzacji zatrudnienia, co z punktu widzenia związkowców można uznać za uzasadnione, nawet jeśli traci na tym instytucja. Brak zgody dotyczy również przeznaczenia określonych środków na zbudowanie systemów informatycznych czy też wdrożenie systemu oceny pracowników [25]. Nacisk polityczny wymuszający dokonanie zasadniczych zmian jest natomiast niewielki, jeśli w ogóle istnieje. Trudno sobie przecież wyobrazić sytuację, w której ponoszący odpowiedzialność za system opieki zdrowotnej politycy wyrażą zgodę na bankructwo i zamknięcie któregoś z najważniejszych w Polsce szpitali. Ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje wprawdzie wyjątków w stosunku do szpitali klinicznych, a zatem również one w przypadku wykazywania strat finansowych na koniec roku bilansowego powinny zostać przekształcone w spółki prawa handlowego. Jeśli ich organy założycielskie nie pokryją strat z własnych funduszy, to nie sposób sobie wyobrazić przy panującej w Polsce atmosferze politycznej i głębokiej nieufności społeczeństwa wobec wszystkiego, co kojarzy się z prywatyzacją szpitali, że do takiej komercjalizacji dojdzie na szerszą skalę, nawet jeśli zmiana formuły prawnej w spółkę w żadnym wypadku nie oznacza prywatyzacji klinik. Ponadto ustawodawca zadbał o to, by szpitale nie musiały być szybko komercjalizowane, pozwalając zaliczyć poręczenia i wpłaty na fundusz założycielski do pozostałych przychodów operacyjnych jednostek.

Pozytywnie należy ocenić sytuację w zakresie kształcenia kadr zarządczych dla zakładów opieki zdrowotnej. Większość dyrektorów szpitali ukończyła studia podyplomowe i/lub studia MBA. Wiele szpitali zarządzanych jest w międzyczasie przez ekonomistów lub prawników, a nie przez lekarzy. Wprawdzie wykonywanie zawodu lekarza nie oznacza, że nie można dobrze zarządzać szpitalem, jednak niewątpliwie prowadzenie szpitala przez lekarza musi generować u niego wewnętrzny konflikt etyczny. Lekarz powinien przede wszystkim dbać o interes powierzonego mu pacjenta, dyrektor szpitala musi natomiast dbać o interes całej jednostki, także o jej wypłacalność. Ponadto nie można lekceważyć skutków czasami opacznie rozumianego solidaryzmu zawodowego lekarzy nie tylko w kwestii oceny ewentualnych błędów medycznych. Niemniej jednak także w zakresie zarządzania samymi szpitalami publicznymi nie wszystko się udało. W wielu szpitalach publicznych wynagrodzenia personelu pochłaniają prawie cały budżet, niewiele lub nic nie pozostaje np. na inwestycje. Jest zatem jeszcze wiele do zrobienia. I chociaż obrany kierunek jest właściwy, konieczne jest przyspieszenie działań prowadzących ostatecznie nie tylko do likwidacji problemu zobowiązań wymagalnych, ale co ważniejsze, do poprawy efektywności funkcjonowania szpitali i ograniczenia marnotrawstwa zasobów z korzyścią dla samych podmiotów, dla pacjentów i całego społeczeństwa.

Przypisy

¹ Publikując dane na temat zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia nie wykazuje osobno zadłużenia samych tylko szpitali. Po dokonanej w ostatnim dwudziestolecu prawie całkowitej prywatyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz jednostek lecznictwa uzdrowiskowego uzasadnione jest jednak założenie, że zasadniczą część kwot przedstawianych jako zobowiązania spoz odnosi się do szpitali publicznych, które w swoich przychodniach przyszpitalnych oczywiście oferują również usługi opieki ambulatoryjnej.

² Rolowanie długu polega na uregulowaniu zobowiązań wymagalnych z zaciągniętych nowych zobowiązań, z reguły pożyczek i kredytów.

³ Przy deflacionowaniu wykorzystano wskaźniki wzrostu cen towarów i usług w dziale zdrowie wynoszące odpowiednio 1,02 – 2004 r., 1,026 – 2005 r., 1,013 – 2006 r., 1,021 – 2007 r., 1,034 – 2008 r., 1,032 – 2009 r., 1,029 – 2010 r., 1,045 – 2011 r., 1,032 – 2012 r., 1,018 – 2013 r.

⁴ Z niemożliwych do zweryfikowania przez autora informacji pochodzących z prezentacji „iii magellan” (<http://www.infozdrowie.org/attachments/swiadczeniodawca2013/pdf/11-was.pdf>) wynika, że przekształcone w spółki szpitale publiczne nagromadziły w międzyczasie zobowiązania całkowite w wysokości 1,5 mld zł.

⁵ Ustawodawca zabronił jednocześnie tworzenia nowych spoz.

⁶ Większy dług szpitali samorządowych nie powinien dziwić. Zważywszy na fakt, iż szpitale wojewódzkie i powiatowe tworzące trzon grupy spoz otrzymują w sumie ponad ⅓ łózek

szpitalnych i dostarczają absolutną większość świadczeń medycznych opieki stacjonarnej.

⁷ W 2013 r. do najbardziej zadłużonych szpitali w Polsce należały m.in. Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny w Warszawie (ponad 50 mln zł zobowiązań wymagalnych), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie (prawie 35 mln zł długu wymagalnego) i Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie (ok. 35 mln zł).

⁸ Tym samym udział najmniejszego województwa w całkowitych zobowiązaniach wymagalnych polskich szpizos osiągał 7,5%, choć województwo lubuskie zamieszkiwało jedynie 2,6% ludności Polski.

⁹ Wprawdzie NFZ jest odpowiedzialny jedynie za finansowanie świadczeń dla osób ubezpieczonych, a grupa ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich nie jest tożsama z mieszkańcami województw, różnice w liczebności obu tych grup są jednak na tyle niewielkie, że nie zmieniają zasadniczo otrzymanych wyników.

¹⁰ Obserwację tę potwierdza również porównanie danych ogólnokrajowych, np. odnoszących się do 2009 r., w którym zanotowano rekordowy wzrost nakładów publicznych NFZ na leczenie stacjonarne o ponad 20%, podczas gdy zobowiązania wymagalne szpizos w tym roku spadły jedynie o niecałe 5%.

¹¹ Zgodnie z obowiązującym prawem oddziały wojewódzkie miejsca zamieszkania ubezpieczonego są zobowiązane do sfinansowania świadczeń mu udzielonych także poza województwem, w którym mieszka. Jeśli zatem mieszkaniec województwa podkarpackiego leczy się w szpitalu w Warszawie, oddział podkarpacki jest zobowiązany do zapłacenia za leczenie oddziałowi mazowieckiemu, a ten rozlicza się ze świadczeniodawcą. W praktyce część tych rozliczeń „dokonywana” jest przez rozwiązywanie, szczególnie pod koniec roku, rezerw utworzonych w planach finansowych w pozycji B2.17 „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych”. Niestety NFZ nie publikuje danych dotyczących finansowych rozliczeń między oddziałami. W prasie pojawiają się zatem co rok doniesienia o wzajemnych długach oddziałów wobec siebie. Te jednak raczej nie wpływają znacząco na kondycję finansową poszczególnych oddziałów i na pewno nie mają wpływu na regionalne zróżnicowanie zadłużenia szpizos. W bilansie NFZ na 2012 r. największe w sumie należności wobec pozostałych oddziałów wojewódzkich w kwocie około 70 mln zł wykazał oddział mazowiecki. Choć kwota ta wydaje się duża, to stanowi ona tylko 1,5% wydatków oddziału mazowieckiego na leczenie szpitalne. A przecież należności te nie wynikają jedynie z korzystania ze świadczeń szpitalnej opieki stacjonarnej, ale także z korzystania z innych usług medycznych przez mieszkańców spoza województwa mazowieckiego.

¹² Nieracjonalność wielu inwestycji współfinansowanych ze środków potwierdza np. kontrola NIK przeprowadzona w dziesięciu podlaskich szpitalach. Jedynie jeden projekt został oceniony pozytywnie [26].

Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Zdrowia, *Zadłużenie SPZOZ – Dynamika zobowiązań*, 2014b, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz>; dostęp: 20.09.2014.
2. Sowada C., *Zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce*, „Zeszyty BRE Bank – CASE” 2008, 97: 29–39.
3. Zespół do przygotowania raportu „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”, *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2009.
4. Golinowska S., Sowada C., Tambor M., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2012.
5. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2004 r.*, Warszawa 2006.
6. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2005 r.*, Warszawa 2006.
7. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2006 r.*, Warszawa 2007.
8. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport NFZ za 2007 r.*, Warszawa 2008.
9. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r.*, Warszawa 2009.
10. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r.*, Warszawa 2010.
11. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2010 r.*, Warszawa 2011.
12. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.*, Warszawa 2012.
13. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.*, Warszawa 2013.
14. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2013 r.*, Warszawa 2014.
15. Nyczaj K., *Co to znaczy podmiot leczniczy*, „Menedżer Zdrowia” 2014; 1: 54–60.
16. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012.
17. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.
18. Ministerstwo Zdrowia, *Restrukturyzacja i przekształcenia*, 2014, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/restrukturyzacja-i-przekształcenia>; dostęp: 20.09.2014.
19. Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2005.
20. Dubas K., Szetela P., *Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce – skala znaczenie zjawiska*, „Przegląd Organizacji” 2013; 12: 39–45.
21. Ministerstwo Zdrowia, *Zadłużenie SPZOZ – Zobowiązania wymagalne (na podstawie sprawozdań RB-Z)*, 2014, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz>; dostęp: 20.09.2014.
22. Markłowska-Dzierżak M., *Już nie spirala, ale korkociąg długów*, „Menedżer Zdrowia” 2014; 3: 16–22.
23. Główny Urząd Statystyczny, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym*, GUS, Warszawa 2014.
24. Golinowska S., Sowada C., Woźniak M., *Sources of inefficiency and financial deficits in Poland's health care system*, World Health Organization Europe, 2007.
25. Najwyższa Izba Kontroli, *Funkcjonowanie wybranych instytucji badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia*, KPZ -4101-05/2011, Nr ewid. 59/2012/P/11/095/

KZD, 2012a, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,4233,vp,5394.pdf>; dostęp: 20.09.2014.

26. Najwyższa Izba Kontroli, *Realizacja przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej projektów dofinansowanych z działania 6.2. Rozwój infrastruktury z zakresu*

opieki zdrowotnej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007–2013, 2012, <http://www.nik.gov.pl/kontrol/wyniki-kontroli-nik/kontrol,12375.html>; dostęp: 20.09.2014.



Ocena proponowanych zmian w finansowaniu opieki onkologicznej jako reorientacja paradygmatu w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Barbara Więckowska¹, Janusz Dagiel², Andrzej Tolarczyk³

¹Katedra Ubezpieczenia Społecznego, Szkoła Główna Handlowa, Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

²Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

³Instytut Elektrotechniki Teoretycznej i Systemów Informacyjno-Pomiarowych, Politechnika Warszawska; Departament Analiz i Strategii, Ministerstwo Zdrowia

Adres do korespondencji: Barbara Więckowska, Katedra Ubezpieczenia Społecznego, Szkoła Główna Handlowa, ul. Wiśniowa 41, 02-520 Warszawa, tel. 22 564 86 03, bawie@sgh.waw.pl

Abstract

Assessment of changes in the financing mechanism for oncology in Poland

The aim of the article is the analysis of cancer spending in Poland, which accounted to PLN 6.3 billion in 2011. It will be shown that the share of healthcare spending for cancer care is about the same as in other countries however the structure of spending is much different e.g. excessive in-patient hospitalisation in chemotherapy, radiotherapy and for diagnosis accounts for PLN 1.3 billion or 22% of total cancer spending. This is the result of economically rational and driven by the current modalities of healthcare service financing in Poland of health providers' behaviour. At the same time it is a huge window of opportunity to restructure the financing mechanism for oncology in Poland. At the end of article we present how the planned reform of oncological care in Poland will change the economic incentives for providers and the expected results of it.

Key words: cancer spending, economic incentives in healthcare system, healthcare financing, oncology

Słowa kluczowe: bodźce ekonomiczne w systemie ochrony zdrowia, finansowanie systemu ochrony zdrowia, onkologia, wydatki na leczenie chorób nowotworowych

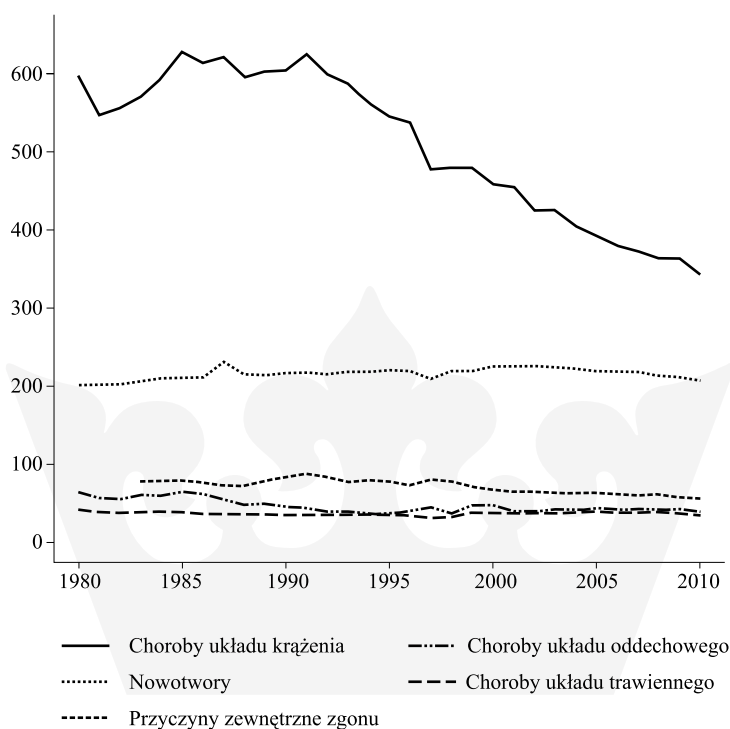
Wstęp

Choroby nowotworowe są, zaraz po chorobach układu krążenia, przyczyną największej liczby zgonów w Polsce (**Rysunek 1**). Jednakże istotną różnicę pomiędzy tymi chorobami stanowi fakt, że w przypadku chorób układu krążenia od początku lat 90. można zaobserwować wyraźną tendencję spadkową rzeczywistego współczynnika zgonów na 100 tys. ludności, natomiast współczynnik zgonów z powodu chorób nowotworowych utrzymuje się na stałym poziomie. Można zatem wnioskować, że działania podejmowane w dziedzinie chorób onkologicznych, mierzone rzeczywistym współczynnikiem zgonów, nie były do tej pory skuteczne.

Celem przyświecającym proponowanym przez Ministerstwo Zdrowia zmianom w systemie opieki zdrowotnej jest trwałe obniżenie rzeczywistego współczynnika zgonów na 100 tys. ludności w Polsce. Jednym z podstawowych założeń reformy jest fakt, że szybka diagnoza i wczesne leczenie nowotworów złośliwych mają największy wpływ na przeżywalność pacjentów onkologicznych [1]. Dodatkowo diagnoza nowotworu złośliwego we wczesnym jego stadium daje największą szansę na wyleczenie, jednocześnie minimalizując koszty tego leczenia [2].

Za główne cele proponowanych zmian przyjęto zatem:

- poprawę dostępności do szybkiej diagnostyki onkologicznej i szybkiego leczenia nowotworów złośliwych;



Rysunek 1. Współczynnik rzeczywisty zgonów na 100 tys. ludności według przyczyn.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

- stworzenie podstaw do kompleksowej reorganizacji sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Podejmując decyzję o tak znaczącej zmianie systemu finansowania opieki onkologicznej w Polsce, należy dokładnie przeanalizować ich konsekwencje ekonomiczne. W szczególności należy określić, czy istnieje zasadność zwiększenia udziału wydatków na leczenie chorób nowotworowych wśród wydatków ogółem na świadczenia (podrozdział 1) oraz, co nie mniej istotne, ocenić, czy istnieje możliwość zwiększenia efektywności wydatkowania środków finansowych w samym zakresie opieki onkologicznej w Polsce. Z kolei analizując możliwości poprawy efektywności, należy najpierw przeprowadzić diagnozę problemów oraz nieefektywności w zakresie leczenia chorób onkologicznych w Polsce (podrozdział 2). Dopiero wówczas można ocenić, czy rezultaty projektowanych rozwiązań przyczynią się do ich zmniejszenia (podrozdział 3).

1. Wydatki na onkologię w Polsce

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły w 2011 r. 105 mld zł [3]. W ich ramach ok. 60 mld zł to wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na świadczenia zdrowotne. Z tej puli ok. 6,3 mld zł przeznaczono na diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych [4]. Wydatki NFZ na onkologię stanowiły zatem 6% wydatków na zdrowie. **Tabela I** przedstawia porówna-

nie wydatków na onkologię w Polsce, Wielkiej Brytanii, Francji i Norwegii.

Proporcja wydatków na onkologię nie jest Polsce mniej korzystna niż w innych krajach rozwiniętych. Zatem, nawet przy istnieniu istotnych różnic pomiędzy Polską a innymi krajami w wartościach nominalnych środków przeznaczanych na finansowanie opieki onkologicznej, nie ma podstaw do zwiększania udziału wydatków na leczenie osób cierpiących na nowotwory złośliwe. Innymi słowy, z punktu widzenia solidaryzmu

Kraj	Wydatki na onkologię jako % wydatków na zdrowie*
Wielka Brytania	6,1%
Polska	6,0%
Francja	4,3%
Norwegia	2,5%

*Dane dla Polski za 2011 r., dla Wielkiej Brytanii za 2010 r., dla Norwegii za 2007 r., dla Francji średnia wartość z lat 2009–2013.

Tabela I. Wydatki na onkologię jako udział w wydatkach na zdrowie w wybranych krajach.

Źródło: Raport Ernst & Young, Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach, 2014 [2].

społecznego, istnieje konieczność optymalizacji systemu w ramach aktualnego budżetu. Jednakże, jak już wspomniano, aby tego dokonać, należy określić pola nieefektywności w obecnie funkcjonującym systemie.

2. Obecny system opieki onkologicznej w Polsce – obszary nieefektywności

Analiza wydatków oraz struktury systemu opieki nad pacjentami z chorobami nowotworowymi przedstawiona w niniejszym podrozdziale pozwoliła na zidentyfikowanie czterech podstawowych problemów w opiece onkologicznej w Polsce, którymi są:

- presja na hospitalizację;
- brak klarownej ścieżki pacjenta onkologicznego;
- brak danych dobrej jakości;
- brak odpowiedniej kontroli i nadzoru.

Presja na hospitalizację

Podstawową przyczyną nieoptymalnej struktury wydatków jest zbyt duża liczba hospitalizacji powodowana m.in. ekonomicznymi zachętami istniejącymi w systemie. Presja na hospitalizację jest zarówno widoczna w dziedzinie diagnostyki onkologicznej, jak i w zakresie leczenia, zwłaszcza w chemio- i radioterapii.

Świadczenia w zakresie chemio- i radioterapii można realizować w trybie ambulatoryjnym, jednodniowym oraz w ramach hospitalizacji powyżej jednego dnia. W Polsce, aby realizować którykolwiek z tych trybów, świadczeniodawca musi posiadać umowę z płatnikiem publicznym w zakresie świadczeń szpitalnych, czyli *de facto* prowadzić szpital, a co za tym idzie, zagwarantować opiekę lekarską i pielęgniarską 24 godziny na dobę, posiadać izbę przyjęć, oddział intensywnej opieki medycznej itp.¹ [5]. Zatem z ekonomicznego punktu widzenia system zachęca do nadmiernych hospitalizacji, chociażby w celu pokrycia kosztów stałych. Natomiast zgodnie z międzynarodowymi standardami tylko ok. 1% pacjentów poddawanych radioterapii wymaga hospitalizacji [2], w chemioterapii zaś mniej niż 5% pacjentów (poza nowotworami krwi) wymaga hospitalizacji trwającej dłużej niż jeden dzień [6]. Dodatkowo należy wspomnieć, że w przypadku chemioterapii i radioterapii istotne jest rozproszenie świadczeniodawców, tak aby dotarcie do nich było możliwe w czasie nie dłuższym niż 45 minut od miejsca zamieszkania pacjenta [2].

W przypadku chemioterapii i radioterapii do nadmiernej liczby hospitalizacji prowadzi również wycena świadczeń oraz fakt, że stawka płacona jest za osobodzień zamiast, jak w większości świadczeń szpitalnych, w formie ryczałtu w postaci jednorodnych grup pacjentów (JGP, ang. *diagnosis-related groups* – DRG).

W 2012 r. przy hospitalizacji do chemioterapii średni koszt substancji na hospitalizację wynosił 742 zł przy koszcie 561 zł za osobodzień takiej hospitalizacji (średnio 51 zł za punkt przy wycenie punktowej 11 punktów za osobodzień²) [7] (**Tabela II**). Co więcej, biorąc pod uwagę sposób rozliczania hospitalizacji, tj. (liczba dni pobytu – 1) × cena za osobodzień, przy hospitalizacjach

Rodzaj chemioterapii	Cena łóżka	Średni koszt substancji
Hospitalizacja	561 (11 pkt) [8]	742
Jednodniowa	459 (9 pkt) [8]	492
Ambulatoryjna	102 (2 pkt) [8]	803
Przeciętna cena	431	634

Tabela II. Koszty chemioterapii według trybu udzielania świadczenia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.

trwających krócej niż 5 dni, ekonomicznie uzasadnione jest prowadzenie pacjenta w trybie przyjęć jednodniowych. Z kolei podczas gdy część świadczeniodawców realizuje powszechnie cykle chemioterapii w trybie jednodniowym, w niektórych przypadkach pacjent jest w związku z tym samym cyklem umieszczany w szpitalu. Podczas części z tych hospitalizacji nie są sprawozdawane działania niepożądane (których leczenie jest dodatkowo płatne), które byłyby medycznym uzasadnieniem dla hospitalizacji.

Skutkiem takiej konstrukcji systemu jest znaczący udział kosztów obsługi w chemioterapii. **Rysunek 2** przedstawia strukturę kosztów w ciągu lat. Spadek łącznych wydatków w 2012 r. jest związany z utworzeniem wielu nowych programów lekowych, finansowanych w ramach innych umów. Pomimo rozwoju technologii, wprowadzania do obrotu nowych, drogich leków, ich udział w kosztach leczenia chemioterapeutycznego z czasem spada, co przedstawia **Rysunek 2**.

W radioterapii koszt obsługi (obsługa aparatury do naświetlania, koszt amortyzacji sprzętu itd.) jest uwzględniony w wycenie świadczenia – procedury radioterapeutycznej. Jednak z powodów ekonomicznych, jaki i geograficznych, pacjenci umieszczani są często w szpitalu, gdzie finansowanie płatnika publicznego wynosi 408 zł (8 punktów) za osobodzień (**Tabela III**). Przy założeniu średniej długości trwania cyklu radioterapii okazuje się, że koszt umieszczenia pacjenta w szpitalu dorównuje kosztowi samego leczenia. W krajach rozwiniętych powszechnym trendem jest jak największe ograniczenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu – nie tylko ze względów ekonomicznych, ale też by zredukować zarówno czas ekspozycji na patogeny, jak i ze względów psychologicznych – komfortu pacjenta. Zasadne jest więc działanie mające na celu wyeliminowanie niemedycznych przyczyn hospitalizacji pacjentów w przypadku świadczenia, które można realizować ambulatoryjnie.

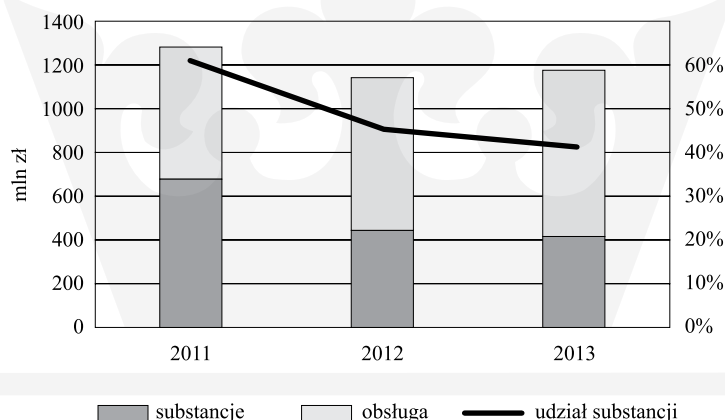
Dodatkowym problemem jest sposób rozliczania hospitalizacji do teleradioterapii/brachyterapii/terapii izotopowej. Może ona zostać rozliczona zarówno w ramach kontraktu na radioterapię, jak i w tzw. zakresach szpitalnych, np. onkologii klinicznej czy ginekologii onkologicznej. Po ograniczeniu możliwości rozliczania hospitalizacji do chemioterapii w ramach zakresu onkologia kliniczna, tj. przeniesienie jej do oddzielnych kontraktów

Rodzaj radioterapii	Koszt łóżka za dzień	Łączny koszt łóżka	Średni koszt cyklu	Rzeczywisty średni koszt radioterapii na pacjenta
Radykalna	408 (8 pkt ³) [8]	12 240	12 593	13 157
Paliatywna	408 (8 pkt ³) [8]	2040	2454	3110

* Przy założeniu długości cyklu 30 osobodni (radykalna) i 5 osobodni (paliatywna).

Tabela III. Koszt radioterapii radykalnej i paliatywnej*.

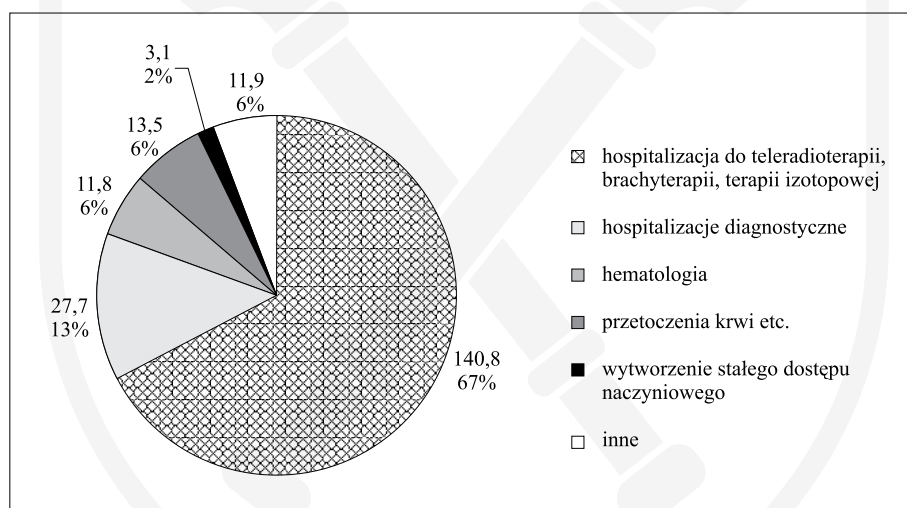
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.



*Bez programów lekowych.

Rysunek 2. Struktura wydatków na chemioterapię*.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.



*Łączne wydatki: 209 mln zł.

Rysunek 3. Wydatki (mln zł) na onkologię kliniczną w Polsce w 2012 r.*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.

na chemioterapię (które może posiadać również oddział onkologii klinicznej)⁴, hospitalizacje do radioterapii stanowią większość świadczeń w ramach zakresu onkologia kliniczna (**Rysunek 3**). W 2012 r. stanowiły one aż 67% kontraktu w ramach zakresu onkologia kliniczna. Drugą

pozycję pod względem wydatków z tym zakresem zajmują hospitalizacje diagnostyczne.

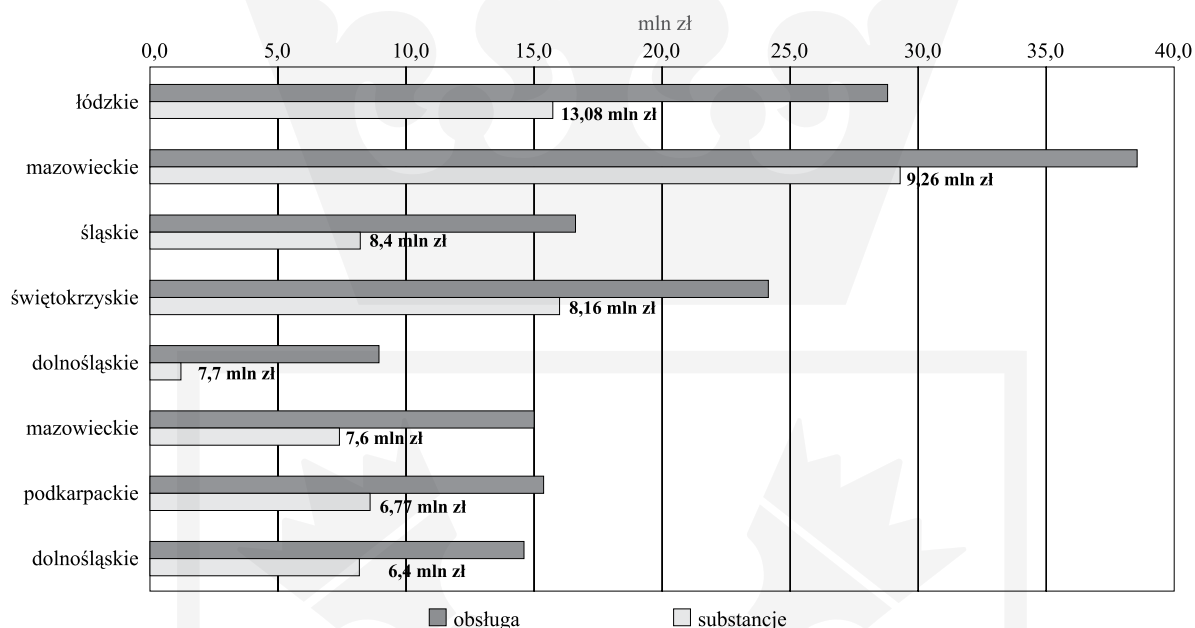
Konstrukcja systemu, która generuje bodźce ekonomiczne do hospitalizacji pacjenta, powoduje nieefektywną strukturę świadczeń, w tym również niekorzystną relację

kosztów hospitalizacji do kosztów leczenia chemioterapeutycznego. W 163 podmiotach (76% z 214) posiadających kontrakty na chemioterapię koszty „obsługi” w 2012 r. były wyższe niż koszty substancji (**Rysunek 4**).

W jednym z podmiotów udzielających świadczeń z zakresu chemioterapii na terenie Łodzi koszty obsługi przewyższały koszty substancji o 13,8 mln zł. Natomiast w jednym z wrocławskich podmiotów koszty substancji stanowiły jedynie 12% łącznych wydatków na chemioterapię.

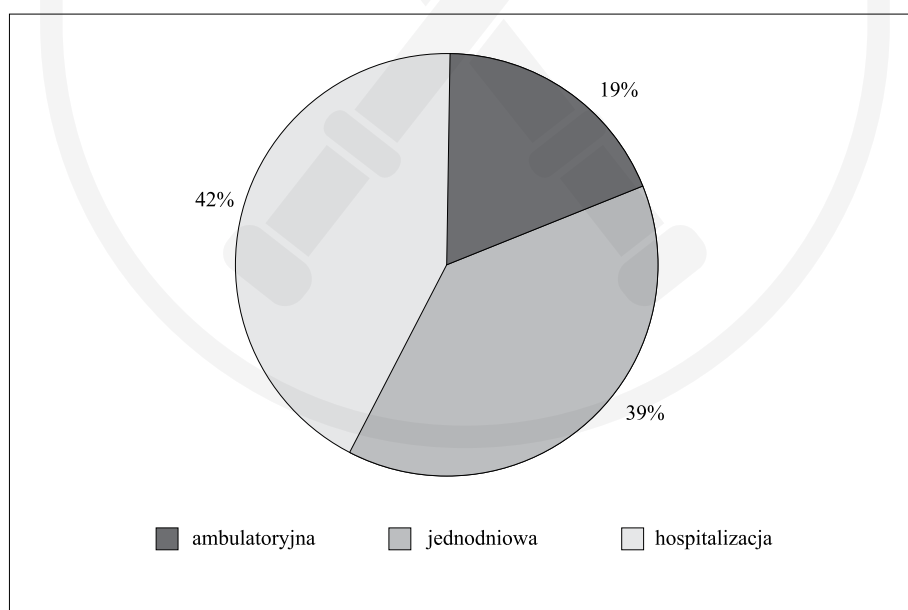
Konsekwencją presji na hospitalizację oraz nieoptymalnej wyceny świadczeń jest fakt, że tylko 58% pacjentów w 2013 r. było poddawanych chemioterapii w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym (**Rysunek 5**), podczas gdy według standardów międzynarodowych powinno to być 95–98% (w tym również chemioterapia podawana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej albo w domu pacjenta) [6].

Podobnie w przypadku radioterapii 58% pacjentów nie jest hospitalizowanych (**Rysunek 6**), podczas gdy



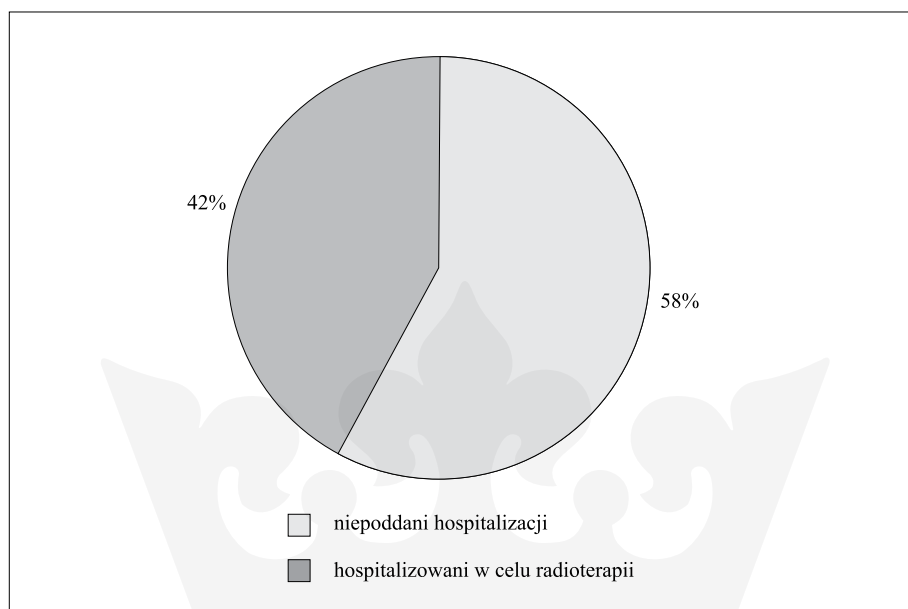
* W legendzie umieszczono województwa, w których znajdują się analizowane podmioty.

Rysunek 4. Podmioty*, w których różnica w wydatkach na obsługę i substancje w chemioterapii w 2012 r. była największa.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.



Rysunek 5. Struktura pacjentów poddawanych chemioterapii w Polsce w 2013 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2013.



Rysunek 6. Struktura pacjentów poddanych radioterapii w Polsce w 2013 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2013.

według standardów międzynarodowych 99% pacjentów jest poddawanych radioterapii w warunkach ambulatoryjnych [2].

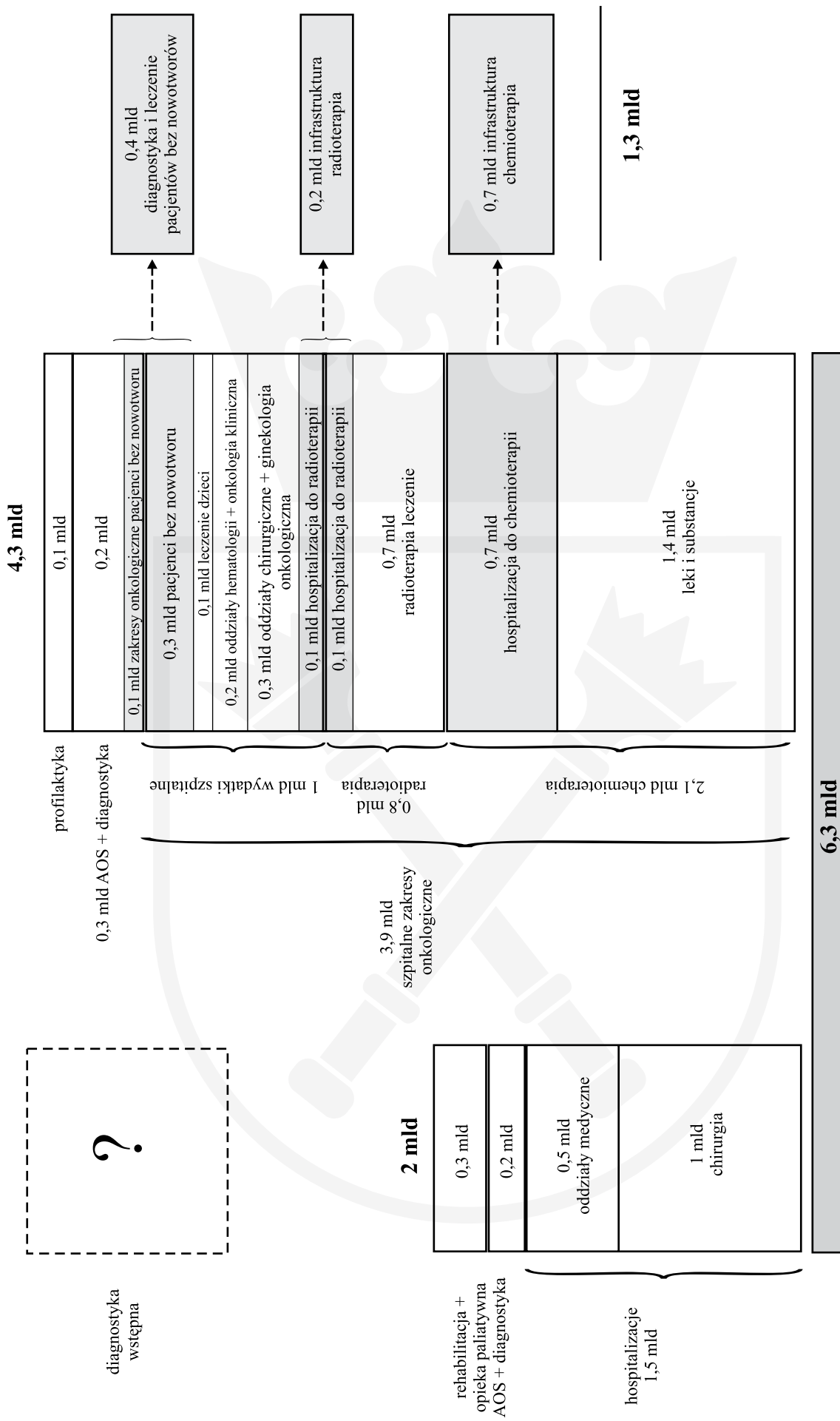
Presja na hospitalizacje przejawia się również w postaci hospitalizacji diagnostycznych. Diagnostyka, w tym diagnostyka onkologiczna, może być wykonywana w warunkach ambulatoryjnych (finansowanie w ramach umów AOS lub ASDK, np. rezonans, tomograf) lub w warunkach szpitalnych (finansowanie w ramach umowy szpitalnej lub SOK, np. PET). Problemem jest to, że procedury wykonywane w ramach leczenia szpitalnego (JGP diagnostyczne) są wycenione o 20–30% wyżej niż analogiczne procedury wykonywane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przykładowo grupa D28 (choroby nowotworowe układu oddechowego i klatki piersiowej) składa się z procedur diagnostycznych w kierunku nowotworów płuc. Wycena tej grupy wynosi ok. 3876 zł (76 punktów⁵) [9], podczas gdy koszt procedur najbardziej kosztochłonnych w ramach tej grupy (tomografia komputerowa i bronchoskopia) w AOS wyniósłby 800 zł. W 2012 r. rozliczono 63 tys. hospitalizacji z D28 u 46 tys. pacjentów, za łączną kwotę 233 mln zł. Prawie 12 tys. pacjentów miało ten JGP rozliczony co najmniej dwa razy w roku, z czego około 6 tys. miało tomografię i bronchoskopię rozliczaną przy odrębnych hospitalizacjach. Natomiast w ponad 20 tys. hospitalizacji D28 nie sprawozdano wykonania bronchoskopii, tomografii ani innych procedur uzasadniających wysoki koszt świadczenia.

Analizując wydatki na diagnostykę i leczenie onkologiczne w Polsce, można stwierdzić, że ponad 94% wszystkich środków jest wydatkowane w ramach hospitalizacji. Rozdzielając środki w zakresach szpitalnych, można dojść do wniosku, że 2 mld zł wydawane jest na

pacjentów z chorobą nowotworową w zakresach nieonkologicznych (**Rysunek 7**). Połowę tej kwoty stanowią wydatki na hospitalizacje w zakresach o profilu zabiegowym (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, urologia, chirurgia szczękowo-twarzowa, otorynolaryngologia, endokrynologia, ortopedia), 0,5 mld zł to wydatki na hospitalizacje na pozostałych oddziałach. Pozostałe środki w zakresach nieonkologicznych wydatkowane są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń diagnostycznych oraz opieki paliatywnej i rehabilitacji. W zakresach onkologicznych wydawane jest 4,3 mld zł, z tego 3,9 mld w ramach świadczeń szpitalnych (chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, radioterapia, chemioterapia i programy lekowe). Pozostałe środki są wydatkowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (np. świadczenia w zakresie onkologii i chirurgii onkologicznej) oraz programów profilaktycznych. Wśród wspomnianych wydatków 0,7 mld zł przeznaczonych jest na hospitalizację do chemioterapii (bez kosztów substancji), 0,2 mld zł na hospitalizację do radioterapii (bez kosztów naświetlania), a 0,4 mld zł na diagnostykę i leczenie pacjentów bez nowotworów. Podsumowując, w Polsce przeznacza się 1,3 mld zł nie na leczenie nowotworów, ale na infrastrukturę do radioterapii i chemioterapii oraz diagnostykę i leczenie pacjentów bez nowotworów.

Brak klarownej ścieżki pacjenta

Kolejnym problemem obecnie funkcjonującego systemu jest brak jasno sprecyzowanej ścieżki pacjenta onkologicznego. Lekarz prowadzący zmieniany jest na



Rysunek 7. Wydatki na onkologię w Polsce w 2011 r.
 Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2011.

wielu etapach (od podejrzenia choroby nowotworowej, poprzez diagnostykę, do etapu leczenia). Pacjent za każdym razem musi oczekiwać w kolejce na udzielenie świadczenia. Szczególny problem stanowi diagnostyka onkologiczna, podczas której ze względu na sposób finansowania niektórych badań niezbędnych dla tej diagnostyki, jak: gastroskopia, kolonoskopia, rezonans czy PET (odrębne, wobec porad diagnostycznych, świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) pacjent po okresie oczekiwania na wizytę u specjalisty musi, mimo podejrzenia choroby onkologicznej, (formalnie) oczekiwać w kolejnych kolejkach do poszczególnych badań. Równocześnie w obecnym systemie brakuje mechanizmów pozwalających określić precyzyjnie czas oczekiwania na diagnostykę (nie ma informacji o jednostce chorobowej będącej podstawą skierowania do lekarza AOS bądź na hospitalizację) oraz czas leczenia.

Leczenie chorób onkologicznych w Polsce również nie jest prowadzone w sposób skoordynowany. W przypadku nowotworów złośliwych stosowane są trzy procedury lecznicze (odrębnie lub ich kombinacja): chemioterapia, radioterapia, chirurgia. Ponieważ procedury te są kontraktowane w ramach odrębnych umów, nie istnieje obowiązek posiadania przez daną jednostkę wszystkich trzech sposobów leczenia. Przekłada się to z kolei bezpośrednio na ograniczenie możliwości leczniczych pacjenta (o czym często nie jest on informowany).

Czynniki te sprawiają, że w obecnie funkcjonującym systemie opieki onkologicznej w Polsce pacjent czuje się zagubiony oraz pozostawiony sam ze swoją chorobą, co przy asymetrii informacji oraz presji czasu (czas diagnozy oraz rozpoczęcia leczenia jest istotny dla szansy wyleczenia oraz obniżenia ryzyka zgonu) skutkuje negatywnym postrzeganiem całego systemu ochrony zdrowia [10–12].

Brak danych dobrej jakości

W świetle aktualnych przepisów każdy lekarz, po rozpoznaniu nowotworu u pacjenta, ma obowiązek zgłosić nowotwór złośliwy do Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), który w scentralizowanej bazie gromadzi dane dotyczące zachorowań na nowotwory. Jest on zatem podstawowym źródłem danych o zapadalności oraz o przeżywalności pacjentów onkologicznych w Polsce. Do KRN w 2011 r. zostało zgłoszonych 145 tys. pacjentów (133 tys. po wyłączeniu nieczerniakowych nowotworów skóry⁶). Według międzynarodowych współczynników dotyczących przeżywalności pacjentów onkologicznych na każdy nowy przypadek choroby nowotworowej przypada:

- 0,71 osoby, która przeżyła do jednego roku od daty postawienia diagnozy (relacja liczby osób, które przeżyły rok, w stosunku do nowych rozpoznań);
- 0,56 osoby, która przeżyła od jednego do dwóch lat, oraz
- 1,29 osoby, która przeżyła od dwóch do pięciu lat od daty postawienia diagnozy [13].

Zatem łącznie na każde nowe zachorowanie na nowotwór przypada 2,56 osoby, które przeżyły od 0 do pięciu

lat od daty postawienia diagnozy. Dla okresu od pięciu do 20 lat proporcja ta wynosi 2,97. Stosując wymienione współczynniki do danych KRN z 2011 r., w Polsce powinno być ok. 340 tys. pacjentów w okresie do pięciu lat od postawienia diagnozy oraz ok. 395 tys. w okresie od pięciu do 20 lat od daty postawienia diagnozy. Otrzymujemy zatem 868 tys. osób, które ma lub miało nowotwór. Zakładając, że wszyscy nowi pacjenci, wszyscy pacjenci do pięciu lat od daty diagnozy oraz aż połowa pacjentów, którzy przeżyli 5–25 lat od daty rozpoznania⁷, korzysta ze świadczeń zdrowotnych z powodu choroby onkologicznej, to oczekiwana liczba pacjentów, jaka powinna się pojawić w systemie sprawozdawczym płatnika publicznego z rozpoznaniem nowotworowym, wynosi 670 500 osób (unikatowych numerów PESEL). Tymczasem rzeczywista liczba unikatowych pacjentów, którzy zostali rozliczeni w ramach świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w 2011 r., wynosi 803 000. Oznacza to, że albo 85% pacjentów, którzy przeżyli 5–25 lat, pojawia się (przynajmniej raz w roku) z powodu choroby onkologicznej, albo że liczba przypadków w KRN jest zaniżona.

Spośród 803 000 wspomnianych pacjentów z rozpoznaniem C00–C97 oraz D00–D09 (zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ICD-10), którzy mieli w 2011 r. kontakt z publiczną służbą zdrowia, 246 tys. pacjentów (30%) nie było zarejestrowanych w bazie KRN. Wartość tę można przyjąć jako szacunkowy poziom niedorejestrowania⁸. Część z tych przypadków może dotyczyć osób, u których nowotwór złośliwy lub rak *in situ* został zdiagnozowany przed powołaniem KRN, a kontakt ze służbą zdrowia wynikał z kontynuacji leczenia.

Skalę niedoszacowania można również próbować oszacować w inny sposób, poprzez analizę zgłoszeń do KRN pacjentów z rozpoznaniem nowotworowym, którzy zostali poddani radykalnym zabiegom chirurgicznym. Przyjęcie takiej metodologii analizy wynika z faktu, że radykalny zabieg chirurgiczny wykonywany jest najczęściej w okresie niezbyt odległym od daty rozpoznania nowotworu (np. mastektomia, radykalna prostatektomia itp.). Przeprowadzone analizy wykazały, że w 2011 r. 11% pacjentów z rozpoznaniem nowotworowymi, którym wykonano radykalny zabieg chirurgiczny, nie było zgłoszonych do KRN (**Tabela IV**). Problem ten w największym stopniu dotyczył nowotworu trzustki (29% niezgłoszonych pacjentów) oraz nowotworu prostaty (23% niezgłoszonych pacjentów). Można zatem oszacować, że niedoszacowanie KRN wynosi od 11 do 30%.

Brak danych dobrej jakości dotyczących zachorowań na nowotwory utrudnia analizy systemowe i tworzenie ogólnonarodowych strategii. Modele prognostyczne, opierające się na fałszywie zaniżonych danych co do rocznej liczby zachorowań, nie będą poprawnie określać potrzeb zdrowotnych danej populacji, jak również będą powodowały rozszerzenie przedziału ufności dla oszacowania ryzyka finansowego badanego przy ocenie skutków proponowanych rozwiązań systemowych.

Typ nowotworu	Udział niezgłoszonych do KRN
Układ rozrodczy	13%
Trzustka	29%
Przełyk, żołądek	14%
Głowa i szyja	12%
Piersi	7%
Prostata	23%
Płuco	14%
Wszystkie typy	11%

Tabela IV. Udział pacjentów z rozpoznaniami nowotworowymi niezgłoszonych do Krajowego Rejestru Nowotworów, u których wykonano radykalne zabiegi operacyjne w 2011 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Krajowego Rejestru Nowotworów, 2011.

Brak kontroli i nadzoru

Kolejnym mankamentem obecnego systemu opieki onkologicznej w Polsce jest brak odpowiedniej kontroli i nadzoru nad racjonalnym wydatkowaniem środków finansowych. Brak wydzielonego w strukturze organizacyjnej NFZ departamentu przeznaczanego do analiz systemowych sprawia, że monitoring wydatkowania środków jest wycinkowy (najczęściej ograniczony do obszaru podlegającego w danej chwili audytowi) oraz nieregularny. Przykładem konieczności wprowadzenia stałych analiz wydatkowania środków w zakresie leczenia pacjentów z nowotworami złośliwymi może być radykalne leczenie radioterapeutyczne.

Radioterapia radykalna (w przeciwieństwie do radioterapii paliatywnej) ma na celu wyniszczenie komórek nowotworowych przy możliwie maksymalnej dawce napromieniowania przy braku zagrożenia życia pacjenta. Według standardów międzynarodowych za normę przyjmuje się, że na pacjenta powinno przypadać nie więcej niż 1,02 cyklu naświetlania w radioterapii radykalnej⁹. W 2012 r. na 29 podmiotów posiadających kontrakty na radioterapię w 11 z nich powtarzano cykle radioterapii radykalnej w wartościach powyżej wskaźnika 1,02 (**Rysunek 8**). W jednym z podmiotów na pacjenta przypadało aż 1,64 cyklu radioterapii radykalnej¹⁰. Łącznie w 2012 r. na potencjalnie niepotrzebne cykle radioterapii wydano 16,13 mln PLN.

3. Zmiany w systemie opieki onkologicznej w Polsce – próba poprawy efektywności ekonomicznej oraz skuteczności medycznej

Mając na uwadze zidentyfikowane problemy, Ministerstwo Zdrowia zaproponowało zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki onkologicznej w Polsce, które mają wejść w życie 1 stycznia 2015 r. Zmiany te dotyczą przede wszystkim:

- wprowadzenia maksymalnego czasu na diagnostykę onkologiczną oraz rozpoczęcie leczenia;
- wprowadzenia kompleksowości leczenia;
- zniesienia limitów finansowych na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych (podejście popytowe, tj. wybór pacjenta, w przeciwieństwie do podażowego, tj. przydzielone wartości kontraktów, egzekwujące zasadę realności ochrony ubezpieczeniowej, która w systemie ochrony zdrowia była zaburzona) [14];
- prowadzenia stałego audytu i monitoringu wydatkowanych środków.

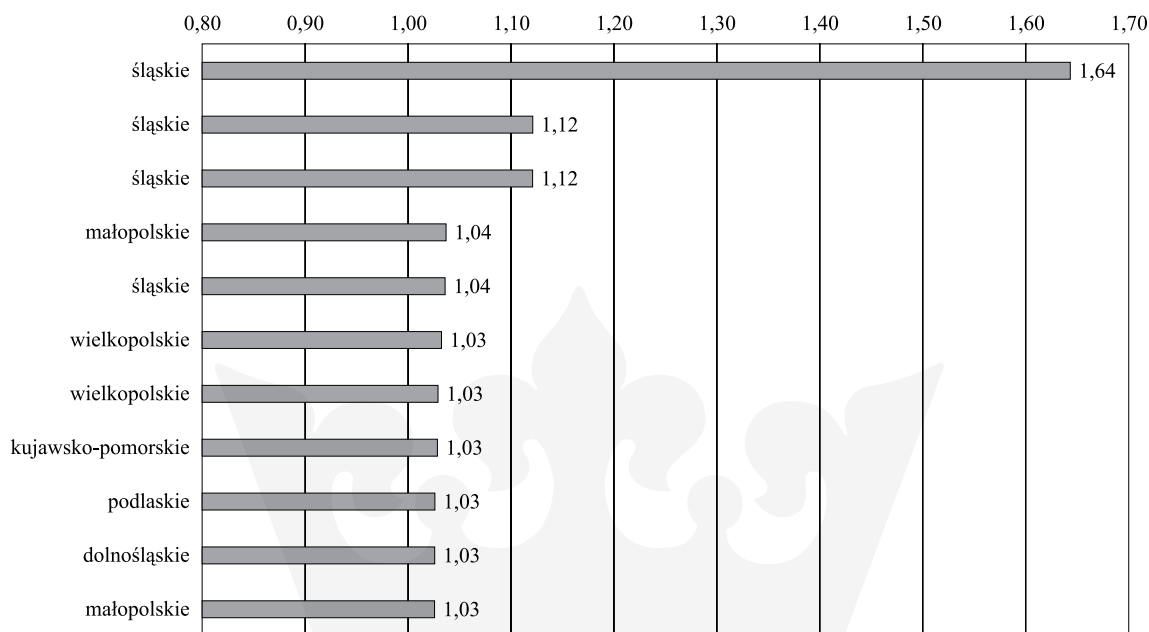
Natomiast w długoterminowej perspektywie celem proponowanych rozwiązań jest również spowodowanie, aby wymogi jakościowe (terminowość i skuteczność diagnostyki oraz leczenia onkologicznego) były nadrzędne wobec sprzętowych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz ich wyceny (wprowadzenie referencyjności podmiotów).

Ponieważ, jak już wspomniano we Wstępie, przeżywalność chorych na nowotwory złośliwe jest uzależniona przede wszystkim od wykrycia choroby w możliwie jak najwcześniejszym stadium, w ramach tzw. pakietu onkologicznego planowane jest wprowadzenie określonej ścieżki pacjenta, na którą nałożone zostały limity czasowe dotyczące poszczególnych jej etapów. Projektowana ścieżka pacjenta składa się z następujących etapów (w nawiasach podano preferowane miejsce realizacji danego etapu):

- podejrzenie nowotworu (realizowane głównie w POZ);
- diagnostyka wstępna (realizowane głównie w AOS);
- diagnostyka pogłębiona (realizowane głównie w AOS);
- pierwsza terapia (w tym konsylium) (realizowane głównie w szpitalu);
- kolejne terapie (realizowane w szpitalu i AOS);
- monitoring (realizowane w AOS i POZ).

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej za pomocą dostępnych mu narzędzi (badania podmiotowe i przedmiotowe oraz znajdujące się w zakresie świadczeń gwarantowanych POZ badania diagnostyczne¹¹) [15] ma za zadanie określić zasadność podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego u danego pacjenta. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien wystawić pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego¹² [16] oraz skierować go do lekarza specjalisty właściwego dla danego umiejscowienia nowotworu lub do onkologa w celu przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki onkologicznej.

Za tę wzmożoną czujność onkologiczną w projektowanym rozwiązaniu przewiduje się dodatkowe finansowanie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w postaci wprowadzenia odrębnej (poza stawką kapitacyjną) porady związanej z wystawieniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wysokość opłaty za tę poradę w pierwszym okresie jest stała i ma wynosić 50 zł¹³ [17]. Natomiast po dokonaniu diagnostyki onkologicznej dla 30 pacjentów skierowanych na szybką terapię onkologiczną wysokość wynagrodzenia za poradę będzie uzależniona od wskaźnika rozpoznawania nowotworów.



* W legendzie umieszczono województwa, w których znajdują się analizowane podmioty.

Rysunek 8. Stosunek liczby nasświetlań do liczby pacjentów w 2012 r.*

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia, 2012.

Określa on udział pacjentów, u których na etapie diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej potwierdziło się rozpoznanie postawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wśród ogółu pacjentów skierowanych na szybką terapię onkologiczną. W przypadku uzyskania wskaźnika na poziomie $1 : 10^{14}$ wysokość stawki za poradę nie ulega zmianie i wynosi 50 zł. Natomiast jeśli wskaźnik rozpoznawania nowotworów danego lekarza osiągnie wartość wyższą niż $1 : 10$, wysokość stawki ulegnie zwiększeniu (dla wskaźnika $1 : 5$ ma ona wynosić 107 zł). Z kolei jeżeli wskaźnik jest niższy niż $1 : 10$, wysokość stawki ulegnie zmniejszeniu (dla wskaźnika $1 : 15$ ma ona wynosić 14 zł). W skrajnym przypadku, jeżeli wartość wskaźnika będzie poniżej wartości minimalnej, która ma wynosić $1 : 15^{15}$, lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, do czasu odbycia szkolenia, zostanie zawieszona możliwość kierowania pacjentów na szybką terapię onkologiczną.

Pacjent, któremu lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wystawił kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, kierowany jest na diagnostykę w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która w 2015 r. nie powinna trwać dłużej niż 9 tygodni, w 2016 r. dłużej niż 8 tygodni, w 2017 r. zaś – 7 tygodni (wartość docelowa) [18]. Dodatkowo warunkiem uczestniczenia świadczeniodawcy w nowym systemie jest możliwość wykonania wszystkich niezbędnych badań diagnostycznych, włączając takie badania, jak rezonans, tomografia czy PET [18].

Diagnostyka onkologiczna dzieli się na dwa etapy, którym przypisane są odrębne produkty finansowe: diag-

nostykę wstępną oraz diagnostykę pogłębioną. Celem diagnostyki wstępnej jest potwierdzenie lub wykluczenie wystąpienia nowotworu złośliwego. Maksymalny okres od zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy do uzyskania diagnozy wynosi pięć tygodni (w tym maksymalnie dwa tygodnie od daty zapisu do kolejki do daty pierwszej wizyty u specjalisty) w 2015 r. oraz cztery tygodnie w 2016 r. [19]. Lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej będzie miał dostęp do nowych nielimitowanych produktów wstępnej diagnostyki onkologicznej, których wartość zależy od terminowości wykonania tejże diagnostyki [19]:

- według pełnej stawki ryczałtowej w zależności od umiejscowienia nowotworu;
- według niższej stawki ryczałtowej (70% stawki wyjściowej) za świadczenie zrealizowane nieterminowo.

Fakt rozpoznania nowotworu złośliwego powinien być zgłoszony do Krajowego Rejestru Nowotworów w celu zachowania spójności baz danych.

Kolejnym etapem diagnostyki, realizowanym w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego, jest diagnostyka pogłębiona. Jej celem jest określenie stopnia zaawansowania nowotworu, liczby i miejsca przerzutów oraz typu nowotworu. Diagnostyka pogłębiona powinna być wykonana w terminie nieprzekraczającym cztery tygodnie w 2015 r., oraz począwszy od 2017 r., w terminie nieprzekraczającym trzech tygodni. Podobnie jak w przypadku diagnostyki wstępnej świadczeniodawca będzie miał do dyspozycji nowe nielimitowane produkty ryczałtowe, których wartość jest uzależniona od umiejscowienia nowotworu oraz terminowości wykonania

diagnostyki (70% stawki wyjściowej) [19]. Konstruując nowe produkty finansowe jako produkty ryczałtowe, obejmujące również świadczenia finansowane obecnie w ramach ASDK oraz SOK, płatnik umożliwił wykonanie poszczególnych badań diagnostycznych pacjentowi z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego poza obecnym systemem kolejkowym, tj. brakiem konieczności odrębnego (formalnego) oczekiwania na poszczególne świadczenia, dzięki czemu to świadczeniodawca bezpośrednio decyduje, w jakim terminie należy pacjentowi wykonać odpowiednie badania.

Po zakończeniu diagnostyki pacjent kierowany jest na pierwszą terapię. Pacjentowi, który w ramach systemu zgłosi się z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego do szpitala, w ciągu dwóch tygodni powinno zostać zorganizowane konsylium oraz rozpoczęte leczenie [20]. Konsylium ma za zadanie ustalić indywidualny plan leczenia pacjenta, w tym dokonać wyboru terapii oraz określić jej harmonogram. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia świadczeniodawca, aby móc uczestniczyć w nowym systemie, musi m.in. posiadać oddział o profilu zabiegowym oraz możliwość realizacji świadczeń w zakresie chemio- oraz radioterapii (w tym również w ramach podwykonawstwa lub umowy o współpracę). Zgodnie z projektowanym rozwiązaniem pacjentowi zostanie również przydzielony koordynator opieki, którego zadaniem jest kontakt z pacjentem, nadzorowanie realizacji świadczeń oraz ustalanie ich terminów [20]. Szczególnie ważną będzie rola koordynatora w ośrodkach, które nie realizują wszystkich rodzajów terapii onkologicznej pod tzw. jednym dachem. Wówczas jego zadaniem nie będzie jedynie zsynchronizowanie przepływu informacji pomiędzy zmieniającymi się lekarzami prowadzącymi¹⁶, lecz również skoordynowanie współpracy pomiędzy różnymi świadczeniodawcami.

W ramach umów szpitalnych na radioterapię oraz chemioterapię nie zostały w zasadzie wprowadzone nowe produkty przeznaczone dla pacjenta onkologicznego¹⁷ [21]. Wskazano natomiast procedury chirurgiczne (lub w niektórych przypadkach całe produkty JGP), które będą finansowane bez limitów dla pacjentów z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego. Leczenie radioterapeutyczne oraz chemioterapeutyczne w całości będzie finansowane na podstawie rzeczywistych wykonań, a nie wartość kontraktu.

Jak już wspomniano, obserwowana presja na hospitalizację wynika ze sposobu finansowania świadczeń onkologicznych. Dlatego też aby zwiększyć efektywność wydatkowanych środków finansowych, wprowadzono bodźce ekonomiczne ograniczające hospitalizację w postaci:

1. Obniżenia wyceny hospitalizacji do radioterapii z 8 pkt do 3 pkt przy równoczesnym wprowadzeniu dodatkowych produktów za leczenie powikłań (3. i 4. stopnia) w wysokości odpowiednio 3 pkt i 4 pkt. Zatem w przypadku wystąpienia powikłań świadczeniodawca otrzyma środki finansowe niewiele niższe niż obecnie (6 pkt lub 7 pkt w zależności od stopnia powikłań) przy równoczesnej gwarancji bezlimitowego finansowania tych świadczeń [21].
2. Obniżenia wyceny hospitalizacji jednodniowej (z 9 pkt do 7 pkt), obniżenia hospitalizacji do chemioterapii oraz wprowadzenia degresywnego systemu finansowania świadczeń (z 11 pkt za każdy osobodzień do 10 pkt za pierwsze trzy dni hospitalizacji i 9 pkt za następne) oraz podwyższenia wyceny świadczeń ambulatoryjnych (z 2 pkt do 3 pkt). Zatem zaburzono istotnie relację pomiędzy rodzajami świadczeń w zakresie chemioterapii, promując rozwiązania ambulatoryjne przy równoczesnej gwarancji bezlimitowego finansowania tych świadczeń [22].
3. Wprowadzenia nowych, bezlimitowych produktów diagnostyki wstępnej i pogłębionej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co ma na celu przesunięcie ciężaru diagnostyki z warunków szpitalnych do ambulatorium (diagnostyka szpitalna pozostanie w ramach limitów).

Po zakończonym leczeniu radykalnym (chirurgia, chemioterapia, radioterapia) pacjent będzie poddany procesowi monitoringu (ang. *follow up*), który w pierwszych latach po zakończonym leczeniu jest prowadzony w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W założeniach po określonym czasie (w zależności od rodzaju nowotworu od 3 do 5 lat) od zakończenia leczenia pacjent powinien przejść pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który w ramach ścisłej współpracy z lekarzem specjalistą regularnie monitoruje stan zdrowia pacjenta.

Podsumowanie

System opieki onkologicznej w Polsce nie przyniósł oczekiwanych korzyści w postaci trwałego obniżenia współczynnika rzeczywistego zgonów. Ponieważ nowotwory stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, reorganizacja funkcjonowania opieki onkologicznej stała się głównym celem działań Ministerstwa Zdrowia.

W ramach przeprowadzonych analiz obecnie funkcjonującego systemu opieki onkologicznej w Polsce zidentyfikowano cztery podstawowe sfery nieefektywności: presja na hospitalizację, brak klarownej ścieżki pacjenta onkologicznego, brak danych dobrej jakości oraz brak odpowiedniej kontroli i nadzoru.

Porównując udział wydatków na opiekę onkologiczną w Polsce z innymi krajami, wskazywanymi jako wzorcowe dla organizacji świadczeń dla pacjentów chorych na nowotwory złośliwe, należy stwierdzić, że nie występuje tutaj istotna różnica. Z tego względu nie ma podstaw do uzasadnienia wzrostu udziału wydatków na diagnostykę i leczenie onkologiczne. Działanie takie mogłoby być wręcz postrzegane jako naruszenie zasady sprawiedliwości społecznej. Dlatego też projektując nowe rozwiązania, należy szukać możliwości zwiększenia efektywności wydatkowania środków finansowych w ramach obecnych wydatków na opiekę onkologiczną.

W ramach 6,3 mld zł przeznaczanych na diagnostykę i leczenie onkologiczne tylko 5 mld zł wydatkowane jest na diagnostykę i leczenie nowotworów złośliwych. Pozostałe 1,3 mld zł to pieniądze wydawane na utrzymanie infrastruktury (0,7 mld to koszty samej hospitalizacji do

chemioterapii, 0,2 mld zaś to koszty samej hospitalizacji (do radioterapii) oraz diagnostykę i leczenie pacjentów bez nowotworów w zakresach przeznaczonych dla pacjentów onkologicznych, w tym w ramach diagnostyki szpitalnej.

Jako odpowiedź na obserwowaną presję na hospitalizację wprowadzono bodźce ekonomiczne, których oczekiwanym skutkiem jest wzrost odsetka pacjentów diagnozowanych i leczonych (chemio- i radioterapia) w trybie ambulatoryjnym. Mają one na celu poprawę efektywności wydatkowanych środków.

W celu wyeliminowania braku klarownej ścieżki pacjenta zostanie wprowadzona karta diagnostyki i leczenia onkologicznego. Ścisłe odwzorowanie na niej poszczególnych etapów diagnostyki i leczenia onkologicznego narzuci określone schematy postępowania organizacyjnego. Natomiast wymagana literą prawa kompleksowość diagnostyki i leczenia oraz wprowadzenie nowej funkcji w systemie w postaci koordynatora opieki powinny osiągnąć rezultat przejrzystości ścieżki pacjenta oraz wyeliminować poczucie zagubienia.

Wpis do Krajowego Rejestru Nowotworów będący warunkiem finansowania świadczeń jest odpowiedzią na niespójność baz danych Krajowego Rejestru Nowotworów oraz NFZ. Wprowadzenie tego wymogu da podstawy do zdefiniowania wskaźników kontrolnych i umożliwi nadzór sposobu wydatkowania środków w trybie ciągłym. Uzyskane informacje powinny być regularnie publikowane, dzięki czemu zostaną stworzone zasady benchmarkingu oraz osiągnięty zostanie rezultat obiektywnej informacji dla pacjenta o świadczeniodawcach (wprowadzenie przejrzystej konkurencji jakościowej w systemie ochrony zdrowia).

Dzięki tym rozwiązaniom w perspektywie krótkoterminowej nieadekwatne wymagania organizacyjne wpływające obecnie na możliwość uzyskania kontraktu będą mogły mieć charakter podrzędny w stosunku do wymogów jakościowych. Natomiast w perspektywie średnio- i długoterminowej osiągnięty zostanie cel zasadniczy zmian, tj. wczesna wykrywalność oraz rozpoczęcie leczenia wpłyną na trwałe zwiększenie przeżywalności osób chorych na nowotwory złośliwe oraz nastąpi poprawa efektywności systemu poprzez zmniejszenie przeciętnych kosztów leczenia chorób onkologicznych w Polsce.

Przypisy

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. 1520 z późn. zm.) § 4 ust. 1, § 5 ust. 1.

² Załącznik 1e do zarządzenia Prezesa NFZ nr 68/2011/DGL z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii. Zarządzenie zmieniające ten załącznik nr 26/2012/DGL z dnia 10 maja 2012 r. nie dotyczyło zmian w wycenie tego produktu.

³ Załącznik nr 1b do zarządzenia Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzenie zmieniające ten załącznik nr 90/2012/DSOZ z dnia 11 grudnia 2012 r. nie dotyczyło zmian w wycenie tego produktu.

⁴ Należy zwrócić uwagę na to, że kontrakty przyznawane są na zakresy, które z kolei nie zawsze odpowiadają typom oddziałów. Innymi słowy, może się zdarzyć, tak jak w przypadku oddziału onkologii klinicznej, że na oddziale tym mogą być realizowane dwa zakresy świadczeń: onkologia kliniczna (z zakresu szpitalnego) oraz chemioterapia (z umowy na chemioterapię).

⁵ Załącznik nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzenia zmieniające ten załącznik: nr 90/2012/DSOZ z dnia 11 grudnia 2012 r., nr 34-2013-DSOZ z dnia 28 czerwca 2013 r. i nr 45/2013/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2013 r. nie dotyczyły zmian w wycenie pełnej grupy D28.

⁶ Wyłączenie tego typu nowotworów z analiz jest warunkiem dokonywania porównań międzynarodowych, ponieważ w rejestrach nowotworów prowadzonych w innych krajach ta grupa jednostek chorobowych nie jest uwzględniana.

⁷ Standardem międzynarodowym jest 10%.

⁸ Wartość tę należy przyjąć jako maksymalny poziom niedoszacowania, albowiem należy wziąć pod uwagę możliwość nierzetelnej statystyki sprawozdawczej świadczeniodawców w zakresie rozpoznania ICD-10 będących podstawą udzielenia świadczenia.

⁹ Wynika to z faktu, że w niektórych przypadkach występują jednocześnie dwa nowotwory złośliwe u danego pacjenta, które muszą być jednocześnie poddane radioterapii radykalnej.

¹⁰ Zgodnie z informacjami przekazanymi przez NFZ w jednostkach o najwyższych współczynnikach zostały przeprowadzone kontrole w celu określenia medycznej zasadności powtarzania procedur naświetlania u danych pacjentów (istnieje ryzyko, że tak wysoki współczynnik wynika ze znacznego udziału pacjentów z dwoma procesami nowotworowymi).

¹¹ Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2014 r., poz. 1440).

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1751).

¹³ Jest to wartość przewidziana w konsultowanym obecnie Projekcie Zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna wraz z załącznikami (przyjęte w ramach negocjacji nie zmieniły tej kwoty).

¹⁴ Co jest równoznaczne, że na 10 pacjentów skierowanych na diagnostykę onkologiczną do AOS u jednego z nich rozpoznano nowotwór złośliwy.

¹⁵ Zgodnie z konsultowanym obecnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników rozpoznawania nowotworów (projekt został przyjęty w tej formie).

¹⁶ Należy pamiętać, że w Polsce lekarz prowadzący jest ściśle przypisany do oddziału, na którym przebywa pacjent, co najczęściej jest związane z daną formą terapii.

¹⁷ Wyjątek stanowi możliwość rozliczenia konsylium oraz powikłań po radioterapii. Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 1/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne wraz z załącznikami.

Piśmiennictwo

1. OECD, *Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181052-en>; dostęp: 18.12.2014.
2. Ernst & Young, *Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach*, 2014, [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_EY/\\$FILE/Raport_system_opieki_onkologicznej_2014.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Raport_EY/$FILE/Raport_system_opieki_onkologicznej_2014.pdf); dostęp: 9.12.2014.
3. GUS, *Narodowy rachunek zdrowia za 2011 rok*, 2013, http://old.stat.gov.pl/gus/5840_4459_PLK_HTML.htm; dostęp: 8.12.2014.
4. Horanin-Bawor A., *Realizacja świadczeń onkologicznych 2009–2011*, 2013, http://www.infozdrowie.org/attachments/onkologia2012/pdf/14_horanin.pdf; dostęp: 8.12.2014.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U., poz. 1520 z późn. zm.).
6. Australian Institute of Health and Welfare, *Australian hospital statistics 2010–2011*, 2012.
7. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 68/2011/DGL z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii wraz z załącznikami.
8. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 26/2012/DGL z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii wraz z załącznikami.
9. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne wraz z załącznikami.
10. Ogólnopolska Kampania Społeczna Pacjent Wykluczony – Kampania organizowana przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych na rzecz pomocy osobom chorym na nowotwory, którzy nie znajdują oparcia w systemie opieki zdrowotnej, czyli stają się wykluczeni, <http://www.pacjentwykluczony.pl/o-kampanii.html?oswiadczenie=ok>; dostęp: 18.12.2014.
11. Schymalla I., *Na onkologię patrzę oczami pacjenta*, Med-Express.pl; <http://www.medexpress.pl/pacjent/na-onkologie-patrze-oczami-pacjenta/13343/>; dostęp: 18.12.2014.
12. Watoła J., *Czy da się uleczyć polską onkologię? Lekarze spierają się o limity, a jest proste rozwiązanie*, „Gazeta Wyborcza” 21.01.2014, http://wyborcza.pl/1,75478,15306583,Czy_da_sie_uleczyć_polska_onkologie_Lekarze_spieraja.html#ixzz3LRKhPY00; dostęp: 18.12.2014.
13. Macmillan-NCIN, *Work plan Segmenting the cancer survivor population Cancer prevalence for all cancers combined*, 2013, http://www.ncin.org.uk/about_ncin/segmentation; dostęp: 8.12.2014.
14. Więckowska B., *Uwagi do projektu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych*, „Realia” 2008; 4.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1440).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1751).
17. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna wraz z załącznikami.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2014r., poz. 1442).
19. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna wraz z załącznikami.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2014 r., poz. 1441).
21. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 81/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne wraz z załącznikami.
22. Zarządzenie Nr 80/2014/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii wraz z załącznikami.

Skutki dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w opiece transgranicznej w zakresie uprawnień pacjentów, zobowiązań świadczeniodawców oraz w sferze organizacji, koordynacji i finansowania świadczeń

Anna Mokrzycka, Iwona Kowalska, Katarzyna Badora-Musiał,
Maciej Rogala

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

Adres do korespondencji: Anna Mokrzycka, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, tel. 12 433 28 14, amokrzycka@poczta.onet.pl

■ Abstract

Effects of the EU Directive on Patient's Rights in the sphere of patients entitlements, providers liabilities and services organization, coordination and financing

The so called cross border care directive of European Union follows the long process of European Court of Justice judgments concerning regulation of patient's right in respect to health services delivered outside the country of health insurance, specifically the planned procedures or treatment not available in the country of patient origin. At this moment the directive is still being transformed into domestic systems however, there are still important obstacles and problems caused by the implementation process. The paper concerns some specific aspects of the above mentioned implementation results, showing also the wider context of the previous attempts focused on the matter solving in EU, mostly describing the legal background and crucial political approaches. It briefly describes such questions like: pre-authorization requirements, subjective obstacles regarding implementation, national contact points problems, need for the legislation novelisation, base reimbursement problems, national systems protection, providers responsibility and some coordination of services aspects in relation to the described directive.

Key words: abroad treatment, cross border care, health systems protection, patient's rights, planned health services, UE directive implementation

Słowa kluczowe: implementacja dyrektywy UE, leczenie za granicą, ochrona krajowych systemów, opieka transgraniczna, planowane świadczenia zdrowotne, prawa pacjenta

Opracowano w ramach grantu NCN UMO-2011/01/B/HS5/03129 „Koncepcja i zakres wspólnotowej polityki dotyczącej ochrony zdrowia w XXI wieku. Uwarunkowania i szanse współczesnych trendów w sferze legislacji, zarządzania publicznego i działań implementacyjnych”.

Wprowadzenie: Swoboda migracji, prawo pierwotne UE, precedensowe orzecznictwo ETS i perspektywa społeczeństwa zrównoważonego jako główne uwarunkowania dla dyrektywy o prawach pacjentów w opiece transgranicznej

Jednym z podstawowych założeń procesu budowania spójnego i zrównoważonego społeczeństwa Unii Europejskiej (UE) jest przekonanie, że nie byłoby to możliwe bez urzeczywistnienia tego, co wynika z podstawowych swobód gwarantowanych w Unii w sferze przemieszczania się ludzi, kapitału, towarów i usług oraz związanych z tym problemów. W tym kontekście znoszenie barier w swobodnym przepływie i ułatwienie migracji stanowi istotny cel polityki społecznej, czy nawet szerzej – różnych polityk UE. W sferze ochrony zdrowia jednak sytuacja długo budziła wątpliwości i często stawiano pytanie: czy świadczenie zdrowotne może być traktowane tak samo jak inne usługi nabywane przez obywateli UE bez żadnych ograniczeń? Wątpliwości powstawały ze względu na fakt, że chodziło o świadczenia, za które pacjent sam nie płacił (finansowanie publiczne), dodatkowo w kraju jego pochodzenia były one reglamentowane, nierzadko „deficytowe”, a więc objęte systemem kolejek, a ponadto często bardzo drogie w kontekście „zakupów” systemowych. Ogólne zjawisko nasilającej się migracji obywateli w obrębie Wspólnoty Europejskiej ujawniło nowe potrzeby także w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej. Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że w rozumieniu nowych regulacji unijnych, w szczególności tzw. dyrektywy transgranicznej, chodzi tu zasadniczo o świadczenia planowe, gdyż tryb udzielania i finansowania pomocy w stanach nagłych nie różnił już od dawna problemów¹. Wprawdzie skala przepływów pacjentów między państwami członkowskimi jest ograniczona i znaczna ich większość nie decyduje się na skorzystanie z możliwości systemu opieki zdrowotnej w obcym kraju, to jednak w 2010 r. 20 mln Europejczyków skorzystało z możliwości leczenia za granicą [1].

Z punktu widzenia analizy uwarunkowań implementacji i funkcjonowania dyrektywy pytanie o to, jakie okoliczności przemawiają za skorzystaniem przez pacjentów z opcji leczenia za granicą, wydaje się najistotniejsze. Z informacji często pojawiających się w mediach wynika, że najczęściej decydujące jest bliskie położenie placówki – atrakcyjne będą zatem dla pacjentów tereny przygraniczne². W kontekście formy opieki zdrowotnej przykładowo można tutaj wymienić opiekę wysoko specjalistyczną, często trudno dostępną w kraju pochodzenia pacjenta lub też o znacząco niższym standardzie³. Bywa i tak, że pacjenci chcą się leczyć za granicą, aby być blisko członków rodziny mieszkających w innym państwie członkowskim, mieć dostęp do innej, zwykle skuteczniejszej lub innowacyjnej i niedostępnej we własnym kraju metody leczenia (zob. pkt 39 wstępu dyrektywy) [2]. Na fakt poszukiwania przez pacjentów świadczeń wyższej jakości zwrócono uwagę w samej dyrektywie UE i trzeba podkreślić, że w przeciwieństwie do oceny tej sytuacji przez organy krajowe⁴ nie było to w ocenie legislatora wspólnotowego oceniane nagannie [2].

Unia zainteresowała się problemem stosunkowo późno, duże znaczenie z pewnością odegrało tu orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS), do którego zwracali się pacjenci, którym odmawiano zwrotu kosztów poniesionych za świadczenia udzielone za granicą, a którzy uważali, że mają prawo do takiej refundacji jako osoby uprawnione do świadczeń realizowanych systemowo. UE podeszła początkowo do problemu znacznie szerzej – w ramach projektu *Europa dla Pacjentów* (e4p) zidentyfikowano pięć ogólnych podtypów pacjentów mobilnych, które z kolei można podzielić na dwie kategorie:

1. Pacjenci przebywający za granicą w sytuacji pojawienia się potrzeby opieki zdrowotnej:
 - a) osoby czasowo przebywające za granicą;
 - b) osoby na stałe przebywające za granicą.
2. Pacjenci, którzy wyjeżdżają za granicę w celu uzyskania opieki zdrowotnej:
 - a) osoby mieszkające w regionach przygranicznych;
 - b) osoby wysyłane za granicę przez instytucje krajowe;
 - c) osoby, które wyjeżdżają za granicę na leczenie z własnej inicjatywy [3].

Jak wiadomo, już na poziomie prawa pierwotnego zostały ustanowione pewne gwarancje w sferze zdrowia obywateli UE: konieczność zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego gwarantuje mieszkańcom UE art. 168 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE). Zagadnienia transgranicznej opieki zdrowotnej w zasadniczym stopniu stały się przedmiotem europejskiego prawa precedensowego, należącego do sfery regulacji bezwzględnie obowiązujących (tzw. *hard law*)⁵, niewymagającej żadnych zabiegów implementacyjnych i rodzących bezpośrednie zobowiązania dla państwa poddającego się jurysdykcji. W wyniku orzecznictwa ETS, obecnie Trybunału Sprawiedliwości UE (TSUE), zostało uznane (w kilku wyrokach) prawo pacjentów przemieszczających się w Europie do zwrotu kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim w ramach ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego⁶. Warunkiem uznania tego prawa w kategoriach jednostkowych było w ocenie ETS przede wszystkim posiadanie tytułu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych we własnym kraju, w kategoriach zasadniczych bowiem wynikało ono z uznanych w UE swobód⁷. Wszystkie wyroki ETS w tym zakresie zapadły jako odpowiedzi na pytania prejudycjalne w sprawach zainicjowanych przez obywateli chcących skorzystać z indywidualnych praw wywodzących się z samego Traktatu Wspólnoty Europejskiej – obywatele wnoszący skargi powoływali się zatem na te właśnie swobody UE.

W świetle wydanych przez ETS orzeczeń pojawiły się jednak nowe wątpliwości, nadal brakowało przejrzystych przepisów, które regulowałyby transgraniczną opiekę zdrowotną w sposób jednoznaczny, dlatego państwa wciąż zwracały się do ETS z wnioskami o wyjaśnienie stanu prawnego wynikającego z podejmowanych przez trybunał rozstrzygnięć. W tych okolicznościach doszło do przygotowania propozycji rozwiązania na gruncie

prawa unijnego ze strony Komisji Europejskiej, która 2 lipca 2008 r. przedstawiła Parlamentowi Europejskiemu i Radzie projekt Dyrektywy w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Rada Europejska przyjęła projekt w 2010 r., natomiast Parlament Europejski opowiedział się za dyrektywą 19 stycznia 2011 r. Ostatecznie dyrektywa transgraniczna została przyjęta przez oba ciała 9 marca 2011 r., a zgodnie z przewidzianym w dyrektywie w art. 21 terminem transpozycji regulacji do systemów prawnych państw członkowskich miał być dzień 25 października 2013 r. [4].

1. Założenia, zasadnicze cele, podstawowe wybrane definicje dotyczące praw pacjenta zawarte w dyrektywie transgranicznej i ich skutki: zakres kosztów refundowanych

Zasadniczym celem dyrektywy, jak wynika z zawartych tam zapisów, jest ustanowienie zasad ułatwiających dostęp obywatelom wszystkich państw członkowskich UE do bezpiecznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości udzielanej w obszarze Unii, poza krajem pochodzenia pacjenta (uzyskania tytułu do świadczenia) i w rezultacie zapewnienie mobilności pacjentów zgodnie z zasadami ustalonymi przez ETS. Ponadto dyrektywa przewiduje promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi, przy zastrzeżeniu, że zachowane zostają suwerenne kompetencje państw członkowskich w określaniu świadczeń zdrowotnych należnych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego, a także dotyczące organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej i medycznej oraz organizacji i udzielania świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego, w szczególności świadczeń chorobowych⁸ (zob. pkt 10 wstępu) [2]. Literalne brzmienie przywołanego zapisu wydaje się stanowić potwierdzenie dążenia UE do przyznania pacjentom szerszych uprawnień w sferze opieki zdrowotnej, wykraczających poza granice systemu ochrony zdrowia własnego kraju (państwa ubezpieczenia), co już wcześniej wynikało z wydanych przez ETS orzeczeń, jednak w stosunku do tych precedensowych rozstrzygnięć dyrektywa unijna wprowadza w istocie pewne ograniczenia, o czym szerzej w dalszej części opracowania.

Zgodnie z definicjami przyjętymi w treści dyrektywy transgraniczna opieka zdrowotna oznacza opiekę świadczoną lub przepisaną w państwie członkowskim innym niż państwo ubezpieczenia pacjenta (art. 3 pkt e) [2]. Tak przyjęto w obecnie obowiązującej wersji dyrektywy, chodzi więc o sytuację udzielania świadczenia zdrowotnego poza granicami kraju, w którym pacjent nabył prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – nie jest przy tym istotne, czy stanowi to konsekwencję stosunku ubezpieczenia zdrowotnego, czy prawa wynikającego z modelu budżetowego finansowania świadczeń systemowych w ochronie zdrowia. Z punktu widzenia postanowień dyrektywy podstawa tytułu do objęcia pacjenta opieką zdrowotną w systemie publicznym pozostaje kwestią decyzji państwa członkowskiego, jednak z chwilą gdy spełni on ustanowione na gruncie

prawa krajowego kryteria, niejako automatycznie nabywa prawo do skorzystania z możliwości przewidzianych dyrektywą – pod warunkiem że i tu spełni odpowiednie kryteria, co do których pozostawiono znaczną swobodę państwom członkowskim (szczególnie w zakresie uprzedniej zgody). Zatem wniosek, że dyrektywa ma zastosowanie do świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów niezależnie od tego, jak zorganizowany jest system krajowy, na jakich zasadach jest ona tam udzielana i finansowana, jest w pełni uprawniony (art. 1 ust. 2) [2]. Pacjent może zatem otrzymać świadczenie zarówno u świadczeniodawcy publicznego, jak i prywatnego; status formalnoprawny świadczeniodawcy nie ma tu żadnego znaczenia dla uprawnień pacjenta. Świadczenie może on zrealizować zarówno w podmiocie leczniczym, który działa w systemie publicznej opieki zdrowotnej (np. na podstawie umowy zawartej z publicznym płatnikiem finansującym świadczenia), jak i skorzystać ze świadczeń na tzw. wolnym rynku usług leczniczych [5]. Jest to niewątpliwie zasada przyczyniająca się do wzmocnienia realnej konkurencji między podmiotami udzielającymi świadczenia zdrowotne, w szczególności konkurencji międzysektorowej pomiędzy podmiotami publicznymi i prywatnymi, co może stanowić istotny czynnik wpływający na poprawę jakości.

Przepisy dyrektywy dają pacjentowi, który nabył prawo do świadczeń w systemie publicznej opieki zdrowotnej w państwie członkowskim UE, możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim – dyrektywa mówi o „którymkolwiek” państwie UE – wraz z możliwością ubiegania się o zwrot poniesionych kosztów tych świadczeń. Złożenie odpowiedniego wniosku o refundację należy do decyzji pacjenta – świadczeniodawca krajowy nie ma obowiązku informowania o takiej możliwości, podobnie nie nałożono na niego obowiązku informowania pacjenta o możliwości uzyskania świadczenia za granicą. Warunkiem zwrotu kosztów przez państwo, w którym nabyto uprawnienie, jest to, aby dana kategoria świadczenia była włączona do zakresu opieki zdrowotnej udzielanej w ramach systemu publicznego w tym kraju. Trzeba tutaj jednak zaznaczyć, że nie oznacza to możliwości uzyskania refundacji za świadczenie w pełnej wysokości poniesionych kosztów, co zdecydowanie odróżnia rozwiązania przyjęte w dyrektywie od zasad wcześniejszego orzecznictwa ETS. Orzecznictwo ETS w sytuacji uznania roszczeń pacjentów zasadniczo przyznawało im pełny zwrot wszystkich poniesionych kosztów, także tych, które nie były kosztem samego świadczenia. Koszty podróży do państwa, w którym realizowano świadczenia, koszty koniecznej opieki osoby trzeciej, hotelowe i inne związane z udzieleniem świadczenia i niezbędne z punktu widzenia koniecznej opieki były zwykle traktowane na równi z kosztami świadczenia – kosztami procedury, diagnostyki czy zabiegu.

Zgodnie z treścią zapisów dyrektywy sytuacja opisana wyżej nie jest już możliwa – dyrektywa nie przewiduje możliwości pokrycia kosztów innych niż koszt świadczenia, ponadto wprowadza istotną zasadę finansowania: zapewnia zwrot kosztów poniesionych przez

ubezpieczonego, który korzysta z transgranicznej opieki zdrowotnej, jedynie w wysokości, w jakiej płatnik krajowy finansuje świadczenie tego rodzaju w systemie publicznym. W przypadku gdy krajem ubezpieczenia jest Polska, dotyczy to zatem świadczeń, które są świadczeniami gwarantowanymi, czyli finansowanymi ze środków publicznych, i ceny, jaka została ustalona w kontrakcie Narodowego Funduszu Zdrowia z podmiotem leczniczym: zgodnie z art. 7 ust. 4 koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub płacone bezpośrednio przez państwo członkowskie ubezpieczenia do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w wysokości nieprzekraczającej rzeczywistego kosztu otrzymanej opieki zdrowotnej [2].

W kwestii wysokości kosztów zwracanych pacjentowi dyrektywa przewiduje także możliwość stosowania wyjątku od powyższej reguły, gdy pełny koszt opieki zdrowotnej udzielonej pacjentowi za granicą przekracza poziom kosztów, jakie byłyby pokryte przez państwo członkowskie ubezpieczenia, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, państwo członkowskie ubezpieczenia może zdecydować o zwrocie kosztów w pełnej wysokości. Dotyczy to także wspomnianych wcześniej w kontekście orzecznictwa ETS dodatkowych kosztów poniesionych przez pacjenta, takich jak koszty noclegu i podróży, lub jeszcze innych, dodatkowych kosztów, jakie mogą ponieść np. osoby niepełnosprawne korzystające z możliwości transgranicznej opieki zdrowotnej ze względu na jedną lub więcej niepełnosprawności, zgodnie z przepisami krajowymi oraz pod warunkiem że istnieje wystarczająca dokumentacja potwierdzająca te koszty.

W świetle postanowień dyrektywy pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych nieszpitalnych w innym państwie członkowskim UE będzie mógł otrzymać zwrot poniesionych kosztów według stawek stosowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) bez potrzeby występowania do tej instytucji o wydanie wcześniejszej zgody – określanej terminem preautoryzacji – na skorzystanie z tych świadczeń [6]. Ponadto zgodnie z przyjętą zasadą zwrot kosztów nie ogranicza się do sytuacji, w której pacjent uzyskuje opiekę zdrowotną w znaczeniu leczenia czy diagnostyki w innym państwie członkowskim niż państwo, w którym nabył uprawnienie, ale dotyczy także możliwości przepisywania, wydawania i udostępniania produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych dostarczanych w ramach usług zdrowotnych (zob. pkt 16 wstępu) [2]. Jedną z najistotniejszych zmian w stosunku do obowiązujących w UE przepisów przed przyjęciem dyrektywy jest zniesienie wymogu udowodnienia przez pacjenta konieczności skorzystania z usługi medycznej za granicą (np. z powodu zbyt długich kolejek osób oczekujących na zabieg w kraju), jeśli chodzi o świadczenia inne niż świadczenia szpitalne.

2. Problem uprzedniej zgody na leczenie za granicą: kryteria refundacji kosztów oraz przyczyny odmowy, wymogi na gruncie prawa krajowego w świetle treści dyrektywy

W przypadku gdy pacjent chciałby skorzystać ze świadczenia w postaci leczenia specjalistycznego, a także w sytuacji koniecznej hospitalizacji, dyrektywa zezwala, aby stosowne organy krajowe mogły wprowadzić w swoich porządkach prawnych wymogi dotyczące konieczności uzyskania wcześniejszej zgody przez pacjentów. Jak czytamy w treści aktu, uzależnienie zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej od uzyskania przez pacjenta uprzedniej zgody może dotyczyć wyłącznie świadczeń:

- 1) które podlegają wymogom planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczącym konieczności kontroli kosztów i uniknięcia, na ile jest to możliwe, marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich oraz:
 - a) obejmuje pobyt danego pacjenta w szpitalu przez co najmniej jedną noc lub
 - b) występuje konieczność użycia wysoce specjalistycznej i kosztownej infrastruktury medycznej lub aparatury medycznej;
- 2) obejmuje leczenie stwarzające szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa;
- 3) jest udzielane przez świadczeniodawcę, który w poszczególnych przypadkach może budzić poważne wątpliwości związane z jakością lub bezpieczeństwem opieki.

Powyższe zapisy wprowadzono do dyrektywy w wyniku kompromisu pomiędzy stanowiskiem oponentów przyjęcia aktu a jego zwolennikami, w ten sposób złagodzono, a nawet w pewnym sensie zniweczono zasadniczy cel regulacji, jakim było przyznanie możliwości swobodnego decydowania o skorzystaniu z prawa do opieki transgranicznej w rozumieniu konsekwencji swobód przemieszczania się. Zgodnie z przytoczonymi wyjątkami przyczynami tego ograniczenia była przede wszystkim dbałość o wyrażone przez niektóre państwa obawy co do systemowych skutków dyrektywy: „drenażu” zasobów systemu publicznego, sprzeczności z celami takich działań, jak koordynowanie, planowanie i wreszcie kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, zagrożenie dla ciągłości i dostępności świadczeń w systemie kraju uprawnienia pacjenta. Inne przyczyny wyjątku wskazane w tym miejscu wiążą się z wysokim kosztem świadczeń wymagających co najmniej jednej doby (nocy) pobytu w szpitalu lub zastosowania kosztownych specjalistycznych technologii, wyposażenia i aparatury. Ostatnia grupa kryteriów dla preautoryzacji jest związana z ryzykiem dotyczącym pacjenta: wskazano dość ogólnikowo to ryzyko, nie precyzując jego rodzaju, kwestii niskiej jakości lub bliżej określonego niebezpieczeństwa dla pacjenta lub społeczeństwa.

O ile uzasadniona potrzebami planowania konieczność udzielania uprzedniej zgody w przypadkach wymie-

nionych w punkcie 1 nie budzi większych zastrzeżeń, to już w przypadku leczenia stwarzającego to nieokreślone „szczególne ryzyko dla pacjenta lub dla społeczeństwa” wydaje się trudne wskazanie, o jakie leczenie może chodzić – być może chodzi tu o zwalczanie chorób zakaźnych i epidemii, lecz nie wynika to bezpośrednio z samych zapisów regulacji i nie zostało nigdzie wyjaśnione [7]. Można zatem przyjąć, że zgodnie z dyrektywą państwo członkowskie może odmówić wydania uprzedniej zgody na uzyskanie świadczeń w innym państwie, w związku ze wskazanymi wyżej potencjalnymi zagrożeniami, co pozostawia mu znaczną swobodę oceny sytuacji.

W treści dyrektywy wskazano przesłanki odmowy zgody na skorzystanie z możliwości opieki transgranicznej, wyłącznie z następujących przyczyn:

- w świetle oceny klinicznej istnieje dostateczna pewność, że bezpieczeństwo pacjenta będzie narażone na ryzyko, którego nie można zaakceptować, biorąc pod uwagę potencjalne korzyści dla pacjenta wynikające z planowanej transgranicznej opieki zdrowotnej;
- istnieje dostateczna pewność, że społeczeństwo zostanie narażone na znaczne zagrożenie bezpieczeństwa w wyniku świadczenia danego rodzaju transgranicznej opieki zdrowotnej;
- dany rodzaj opieki zdrowotnej jest udzielany przez świadczeniodawcę, który budzi poważne i szczególne wątpliwości związane z poszanowaniem norm i wytycznych dotyczących jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów;
- opieka zdrowotna może być świadczona na jego terytorium w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby każdego zainteresowanego pacjenta (art. 8 ust. 6) [2].

Jak zatem widać, wymagana jest dostateczna pewność co do wskazanych okoliczności, co pozwala stwierdzić, że konieczne jest oparcie się na potwierdzonej wiedzy medycznej i nie wystarczy stwierdzenie jedynie prawdopodobieństwa zaistnienia ryzyka. Wskazywane są również negatywne okoliczności dotyczące świadczeniodawcy jako przyczyny odmowy – zastosowany tryb twierdzący przemawia za stwierdzonymi faktami, a nie przypuszczeniami co do jakości i bezpieczeństwa pacjentów. Podsumowując, z powyższych przepisów wynika, że wcześniejsza zgoda NFZ będzie wymagana tylko w przypadku leczenia szpitalnego (już od jednej nocy pobytu w szpitalu). Inne formy leczenia nie będą się wiązały z wymogiem uprzedniego pozwolenia NFZ, pod warunkiem że zostały objęte tzw. koszykiem świadczeń gwarantowanych.

Szczególnym wyjątkiem w kontekście powyższych zasad są przypadki osób z chorobami rzadkimi (art. 13) [2], co do zasady dyrektywa przyznaje bowiem osobom cierpiącym na choroby rzadkie bezwarunkowe prawo do skorzystania z możliwości leczenia za granicą. Wynika to z istoty problemu – chorzy ci często we własnym kraju byłiby całkowicie pozbawieni możliwości pomocy ze względu na sam fakt rzadkości schorzenia, ale także brak specjalistów, aparatury czy technologii medycznych gwarantujących tę pomoc. W kwestii wymogu uprzedniej

zgody istotnym zapisem jest wymóg podania do publicznej wiadomości przez państwo członkowskie informacji, jaki rodzaj opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi uzyskania uprzedniej zgody dla celów niniejszej dyrektywy, a także wszelkich istotnych informacji dotyczących systemu uprzedniej zgody (art. 8 ust. 7) [2].

3. Przedmiotowe ograniczenia stosowania dyrektywy oraz bariery implementacji do prawa krajowego w świetle działań państw członkowskich. Krajowe punkty kontaktowe

Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej podlega także istotnym ograniczeniom stosowania. Dotyczy to kilku wyraźnie wskazanych kategorii świadczeń, w przypadku których jest to uzasadnione albo bardzo wysokimi kosztami dla państwa, w którym pacjent posiada tytuł do opieki zdrowotnej, albo są to świadczenia podlegające specjalnemu reżimowi w zakresie ich dostępności lub świadczenia niezasadne w danym przypadku. Są to zatem zgodnie z poniższym:

- świadczenia w dziedzinie opieki długoterminowej, której celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego⁹;
- świadczenia wymagające przydziału narzędzi przeznaczonych do przeszczepów i dostępu do tych narzędzi;
- programy powszechnych szczepień przeciw chorobom zakaźnym mające na celu wyłącznie ochronę zdrowia ludności na terytorium danego państwa członkowskiego i objęte szczegółowymi środkami planistycznymi i wykonawczymi (art. 1 ust. 3) [2].

Obecnie wynikający z dyrektywy obowiązek informowania pacjentów o możliwości skorzystania ze świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej jest realizowany w ograniczonym zakresie. Jak argumentowano w treści wniosku w sprawie przyjęcia dyrektywy: „Powszechnie twierdzi się, że w wielu państwach członkowskich pacjenci nie wiedzą o możliwościach korzystania z leczenia za granicą i uzyskania zwrotu kosztów ani o swoich uprawnieniach w tym zakresie. Na przykład badanie przeprowadzone przez *Health Consumer Powerhouse* we Francji, Polsce, Wielkiej Brytanii i w Niemczech wykazało, że 25% obywateli sądzi, że nie ma prawa do leczenia za granicą, natomiast 30% nie jest tego pewnych” [8]. W warunkach tej niskiej świadomości przyjęto, że „właściwe informowanie pacjentów jest niezbędnym warunkiem wstępnym poprawy zaufania pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej, a zatem do osiągnięcia swobodnego przepływu usług zdrowotnych na rynku wewnętrznym, jak też wysokiego poziomu ochrony zdrowia” [8].

Z przytoczonego wyżej stwierdzenia wynika, że dyrektywa miała na celu umożliwienie realizacji zasady swobodnego przepływu i wzrostu jakości w sferze usług zdrowotnych. Założono także, że ze względu na wskazany brak wiedzy o możliwościach konieczne jest

ułatwienie dostępu do informacji, wprowadzono zatem wymóg łatwej dostępności takich informacji w postaci obowiązkowego utworzenia co najmniej jednego krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej. Obowiązek ten dotyczy wszystkich krajów członkowskich i jest adresowany do organizacji pacjentów, funduszy ubezpieczeń zdrowotnych i podmiotów świadczących opiekę zdrowotną, trzeba jednak podkreślić, że w kontekście postanowień dyrektywy i jej celowościowej interpretacji spoczywa on przede wszystkim na tych podmiotach, które z mocy ustawy odpowiadają za organizację i koordynację systemu ochrony zdrowia.

Krajowe punkty kontaktowe, zgodnie z przyjętym w dyrektywie zakresem kompetencji, udzielają pacjentom informacji o świadczeniodawcach w państwie członkowskim, w którym ma zostać udzielone świadczenie, włącznie z informacją o uprawnieniach konkretnego świadczeniodawcy do świadczenia usług lub jakichkolwiek ograniczeniach nałożonych na jego praktykę. Dotyczy to także informacji o prawach pacjentów, procedurach reklamacyjnych oraz mechanizmach dochodzenia środków naprawczych, zgodnie z prawodawstwem tego państwa członkowskiego, jak również istniejących możliwości prawnych i administracyjnych rozstrzygnięcia sporów (art. 6 ust. 3) [2]. Informacje te są udostępniane pacjentowi na wniosek (art. 6 ust. 3) [2]. Krajowe punkty kontaktowe powinny przekazywać pacjentom informacje w dowolnym urzędowym języku państwa członkowskiego, w którym znajdują się te punkty, ale informacji można udzielać także w jakimkolwiek innym języku (pkt 48 wstępu) [2].

Wejście w życie dyrektywy wymaga wprowadzenia odpowiednich regulacji prawnych na poziomie państw członkowskich – prawo krajowe jest tu właściwe do określenia metody transpozycji regulacji na grunt prawa wewnętrznego. Warunkiem właściwej implementacji postanowień dyrektywy w państwach członkowskich UE jest zagwarantowanie, aby w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjentowi z innych państw członkowskich byli tak samo traktowani jak pacjenci krajowi. Dyrektywa zobowiązuje więc do stosowania takich zasad, które wykluczają dyskryminujące kryteria ze względu na przynależność państwową, a także nakazuje stosowanie tej samej skali opłat za opiekę wobec pacjentów w porównywalnej sytuacji zdrowotnej (art. 4 ust. 3 i 4) [2]. W świetle powyższego nie tylko żądanie spełnienia warunków nieprzewidzianych w prawie krajowym, ale też nakładanie na pacjentów „zagranicznych” podwyższonych opłat za udzielone świadczenie lub żądanie opłat niewymaganych od pacjentów „własnych” byłyby sprzeczne z treścią dyrektywy. Jednak zasadniczą wątpliwość może już budzić kwestia wymagania pewnych dodatkowych badań, przy założeniu, że chodzi o dobro pacjenta: np. podmiot leczniczy chce się jedynie upewnić co do stanu zdrowia pacjenta lub zastosować inną, lepszą metodę diagnostyczną niedostępną w jego kraju. W tej sytuacji takie żądanie nie może być uznane za sprzeczne z dyrektywą, jeśli wynika wyłącznie ze wskazań medycznych i ma na celu wspomniane dobro pacjenta¹⁰.

4. Implementacja i obowiązywanie dyrektywy w Polsce. Potrzeba nowelizacji ustaw systemowych i instytucjonalizacji refundacji kosztów świadczenia udzielonego za granicą

W Polsce implementacja dyrektywy nie została zrealizowana w ustalonym terminie, tj. 25 października 2013 r. Chodzi w tym przypadku zasadniczo o wprowadzenie w życie pewnych jej postanowień, w szczególności dotyczących utworzenia punktów kontaktowych, a nie samego obowiązywania tego aktu w krajach UE. W tym ostatnim przypadku, zgodnie z koncepcją bezpośredniej wertykalnej skuteczności dyrektyw unijnych w krajowym porządku prawnym oraz faktem przejrzystości i czytelności przepisów dyrektywy transgranicznej należy stwierdzić, że posiada ona moc obowiązującą w polskim systemie prawnym [4]. Dla polskich pacjentów wywołuje to taki skutek, że mogą oni korzystać z przewidzianych w dyrektywie możliwości, choć nie zostały zorganizowane i wdrożone przewidywane w dyrektywie mechanizmy – przykładowo obecnie wymóg utworzenia punktu kontaktowego został zrealizowany jedynie formalnie. W Polsce zadania przypisane jednostce określonej tym pojęciem są wykonywane w trybie informacji dostępnej jedynie w formie elektronicznej i pełnione jednoosobowo, co w oczywisty sposób nie może być traktowane jako właściwe wywiązanie się z nałożonych powinności.

W ocenie Komisji Europejskiej dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej została tylko częściowo wdrożona przez Polskę, gdyż poza kwestią braku regulacji, które umożliwią prawidłowe, zgodne z celami dyrektywy, funkcjonowanie krajowych punktów kontaktowych, brakuje przepisów dotyczących zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej¹¹. Taka sama sytuacja dotyczyła oceny Austrii, Belgii, Bułgarii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Niemiec i Wielkiej Brytanii, które ogólnie niewiele miejsca w swojej polityce zdrowotnej poświęciły problemowi wdrożenia mechanizmów realizacji dyrektywy. Z kolei Irlandia i Luksemburg w ogóle nie przekazały Komisji Europejskiej informacji o jakichkolwiek środkach podjętych w celu jej wdrożenia [9]. W świetle zebranych przez komisję informacji można stwierdzić, że dyrektywa nie stała się istotnym elementem polityk krajowych i państwa zasadniczo nie wykazują szczególnej chęci zarówno w kierunku jej upowszechnienia wśród pacjentów, jak i korzystania z możliwości, które potencjalnie może stwarzać dla krajowych systemów ochrony zdrowia.

Transpozycja dyrektywy w Polsce miała zostać dokonana przez nowelizację ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz nowelizację ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654). Te dwie ważne dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ustawy powinny zostać zmienione w kontekście nałożonych dyrektywą obowiązków w zakresie udzielania pacjentowi informacji o istniejących w UE możliwościach leczenia oraz zwrotu kosz-

tów za to leczenie. Szczególnego wyjaśnienia wymaga także kwestia, gdzie i w jaki sposób pacjent powinien być informowany, a także kto i w jakim trybie powinien zbierać informacje istotne dla pacjenta (cena świadczenia w różnych krajach, stosowane metody, bezpieczeństwo i jakość świadczenia, komfort usług oraz kompetencje osób udzielających świadczeń). Według nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, którą 29 października 2014 r. podpisał prezydent RP, pacjent uprawniony do publicznych świadczeń zdrowotnych w Polsce będzie mógł otrzymać z NFZ zwrot kosztów planowanego leczenia w innym państwie UE, jednak według stawek stosowanych przy rozliczaniu kosztów takich samych świadczeń w Polsce.

Ponadto, a może przede wszystkim, implementacja dyrektywy wymaga wprowadzenia w ustawie formalno-prawnej instytucji zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, która będzie stanowić nową formę finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ w sytuacji, gdy są one udzielane poza granicami kraju. Będzie to nowa procedura w stosunku do przewidzianych dotychczas przypadków pokrywania kosztów takich świadczeń, na podstawie art. 25 i 26 ustawy o świadczeniach. Ze względów systemowych oraz w celu zapewnienia przejrzystości samego tekstu ustawy uznano za wskazane odrębne ujęcie całości zagadnień związanych z pokrywaniem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskiwanych za granicą w nowym rozdziale 2a „Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju”, co wydaje się uzasadnione, a nawet konieczne [10]. Dzięki temu zabiegowi podkreślony zostałby fakt zrównania prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej w kraju z prawem do świadczeń udzielanych za granicą – odmiennie regulowane byłoby kwestie poziomu refundacji.

Prawodawca wspólnotowy przyjął jako zasadę ogólną, że pacjent podlegający systemowi ubezpieczenia zdrowotnego jednego z państw członkowskich UE będzie mógł otrzymać zwrot poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych uzyskanych w innym państwie członkowskim na poziomie obliczonym według stawek stosowanych przez jego rodzimą instytucję ubezpieczeniową/finansującą. Dyrektywa nie przewiduje potrzeby występowania z wnioskiem o wydanie uprzedniej zgody na skorzystanie ze świadczeń za granicą – o ile tylko dane świadczenie jest przewidziane w koszyku świadczeń gwarantowanych państwa ubezpieczenia (art. 7) [2] – jednak w konsekwencji problemów związanych z niechęcią państw członkowskich do przyjęcia dyrektywy zostały zachowane uprawnienia autonomiczne państw członkowskich w tym zakresie. Mogą one samodzielnie zdecydować co do kwestii wymagania uprzedniej zgody jako warunku refundacji we wskazanych w regulacji sytuacjach, co zasadniczo bez wyjątku dotyczy świadczeń opieki szpitalnej. Jest to w pewnym sensie krok wstecz w stosunku do pierwotnych założeń dyrektywy, która miała pozwolić na swobodną realizację uprawnień do świadczeń transgranicznych przez pacjentów, z czego wobec oporu państw członkowskich wycofano się jeszcze na etapie projektu regulacji.

Kwestia uregulowania w prawie polskim zasad zgody uprzedniej została przekazana ministrowi zdrowia, który w ramach kompetencji wykonawczych określi w rozporządzeniu wykaz świadczeń wymagających wcześniejszego uzyskania zgody na leczenie w innym niż Polska państwie członkowskim UE. Ponadto do kompetencji ministra zdrowia należy określenie wymogów formalnych w tym względzie: zarówno wzoru wniosku o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej oraz trybu składania, rozpatrywania, jak i wzoru wniosku o udzielenie uprzedniej zgody na uzyskanie świadczeń zawartych w tym wykazie. Minister zdrowia podpisał już wszystkie rozporządzenia umożliwiające refundację kosztów zagranicznego leczenia. Przepisy weszły w życie 15 listopada 2014 r. i warunkują nabycie świadczeń zdrowotnych (szczególnie szpitalnych) na Jednolitym Rynku Europejskim (JRE) od momentu skierowania na leczenie i formalnej zgody NFZ¹².

W kategorii transgranicznej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 3 dyrektywy, mieszczą się również leki i wyroby medyczne zakupione w innym państwie członkowskim (art. 3 lit. a) [2], a także leki i wyroby medyczne zakupione na terytorium Polski na podstawie recepty wystawionej w innym państwie członkowskim (art. 3 lit. e) [2]. Analogiczne zasady należy zastosować do środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych na podstawie zlecenia. Realizację tych uprawnień na gruncie ustawodawstwa polskiego mają zagwarantować proponowane przepisy art. 42b [10].

5. Tryb postępowania o refundację kosztów świadczenia udzielonego za granicą, zasady i poziom refundacji, wymogi formalne i reguła ostrożności

Pacjent, który skorzystał z odpłatnych świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim i chce uzyskać zwrot kosztów, musi zwrócić się z wnioskiem do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Podstawowym wymogiem formalnym jest przedłożenie rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot wykonujący działalność leczniczą, a procedura może być stosowana jedynie dla świadczeń gwarantowanych w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ponadto warunkiem uzyskania zwrotu będzie dołączenie do wniosku posiadanych przez pacjenta dokumentów: skierowania, recepty lub zlecenia (na wyroby medyczne) wydanych przez osoby uprawnione do ich wystawiania. Obowiązek przedstawienia dowodów niezbędnych do uzyskania refundacji spoczywa w całości na pacjencie.

W kwestii poziomu zwrotu najważniejszą zasadą jest nieprzekraczanie poziomu cen świadczeń w Polsce: wysokość refundacji kosztów będzie adekwatna do kwoty, jaka stanowi podstawę rozliczeń w ramach kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej zawieranych ze świadczeniodawcami przez NFZ. W przepisach zastosowano identyczne lub zbliżone świadczenie jako podstawowy punkt odniesienia dla ustalenia kwoty należnego zwrotu. W każdym przypadku zwrot ten nie może przekroczyć kwoty

wydatków rzeczywiście poniesionych przez pacjenta, wynikającej z wystawionego rachunku, nie jest zatem możliwe uzyskanie przez pacjenta zwrotu w wysokości ceny ustalonej w kontrakcie, jeśli byłaby ona wyższa od tego, co faktycznie pacjent zapłacił. Zasady ustalania zwrotu kosztów zostały szczegółowo określone w projekcie nowelizacji ustawy systemowej (art. 42c) [10].

W stosunku do wysokości zwrotu za nabycie w innym państwie członkowskim leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego – na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną w innym państwie członkowskim albo na podstawie recepty uprawniającej do otrzymania takich medykamentów, zastosowano podobne rozwiązanie: będzie ona odpowiadać kwocie refundacji wynikającej z przepisów ustawy o refundacji leków, środków spożywczo specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych. W przypadku wyrobów medycznych wydawanych na podstawie zlecenia zwrot będzie odpowiadać limitowi finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu. Nie będzie natomiast możliwe uzyskanie zwrotu kosztów za obowiązkowe szczepienia ochronne (art. 42b. ust. 2) [10].

Szczególnie istotne z punktu widzenia ochrony systemu jest określenie pewnych zasad zapobiegających potencjalnym negatywnym skutkom stosowania dyrektywy w sferze kosztów systemowych. Główną taką zasadą jest tzw. reguła ostrożności włączona do projektu nowelizacji i przyjęta w ustawie. Jest ona niezbędna przede wszystkim z punktu widzenia zachowania równowagi finansowej NFZ i polega na wprowadzeniu maksymalnego progu zwrotów. Zaproponowano stosowanie rocznej maksymalnej kwoty refundacji z tytułu wydatków na leczenie pacjentów za granicą, co oznacza konieczność wprowadzenia mechanizmu kolejkowego – jeśli liczba chętnych i ogólna kwota wypłat byłaby wyższa od przewidzianego progu w danym roku kalendarzowym. W takiej sytuacji fundusz będzie mógł zawiesić wypłaty z tytułu zwrotu kosztów świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej, a informacja o tym będzie zamieszczana na stronach internetowych centrali NFZ i na stronach oddziałów wojewódzkich funduszu. Wszystkie zawieszony w danym roku kalendarzowym wypłaty będą jednak realizowane do 31 stycznia roku następnego, co zasadniczo nie sprzeciwia się postanowieniom dyrektywy – nie zawiera ona żadnych restrykcyjnych zapisów w tym zakresie i tego rodzaju ostrożnościowe rozwiązania są dopuszczalne dla ochrony stabilności systemów krajowych (art. 7 ust. 9) [2].

Opisana klauzula ostrożności została rozciągnięta w projekcie ustawy na limity kosztów dla wydatków NFZ na lata 2014–2023 i przyjęta w ustawie. Ta wieloletnia perspektywa ochrony została dodatkowo wzmocniona zastrzeżeniem, że jeśli wpływy do NFZ będą niższe niż planowane, limit także ulegnie obniżeniu. Limity zaplanowano w wysokości 1002,061 mln zł (w 2014 r.), przy czym przewidziane zostały stopniowe zmiany prowadzące do wzrostu do 1365,650 mln zł (limit na 2023 r.). Przy przekroczeniu tak ustalonego limitu przez NFZ będzie zawieszal do końca roku procedurę zwrotu wydatków za leczenie. Na początku kolejnego roku NFZ będzie spłacał

zaległości, co w konsekwencji w naturalny sposób obniży kwoty przeznaczane w ramach limitu na kolejny rok. Wynika z tego, że może to prowadzić do tworzenia się – przynajmniej teoretycznie – kolejki chętnych oczekujących na zwrot kosztów, a w tym kontekście nie przewidziano odpowiednich mechanizmów kolejkowych [11].

Jak już wskazano, zgodnie z dyrektywą w projekcie ustawy przewidziano utworzenie instytucji zajmującej się przepływem informacji dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej – Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK), działającego na poziomie centrali NFZ (art. 97a) [10]. Do zadań tej placówki należeć będzie m.in.: udzielanie różnego typu informacji o świadczeniodawcach, uprawnieniach pacjentów w kwestiach leczenia transgranicznego, możliwościach i zasadach otrzymania zwrotu kosztów od właściwej instytucji państwa ubezpieczonego, prawach pacjenta. KPK będzie współpracować z Komisją Europejską oraz z podobnymi placówkami działającymi w innych państwach członkowskich UE. Zakłada się, że KPK będzie prowadzić swoją stronę internetową także dla pacjentów z innych państw [11]. Wydaje się uzasadnione oczekiwanie, aby w punktach tych możliwe było uzyskanie informacji co do poziomu zwrotu kosztów w konkretnym przypadku, a także co do ewentualnego czasu oczekiwania na refundację, jednak w świetle obowiązujących regulacji i aktualnej praktyki funkcjonowania jedyne w Polsce punktu nie jest to realnie możliwe.

6. Rola i zakres odpowiedzialności świadczeniodawców w świetle postanowień dyrektywy transgranicznej

Dyrektywa zawiera postanowienia zobowiązujące państwa członkowskie do zagwarantowania, iż świadczeniodawcy działający w danym państwie będą respektować nałożone w niej zobowiązania wobec pacjentów korzystających z transgranicznej opieki zdrowotnej. Art. 4 ust. 1 lit. b dyrektywy stanowi, że świadczeniodawcy powinni przekazywać odpowiednie informacje pomagające poszczególnym pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru, co w kontekście jej treści należy rozumieć jako zobowiązanie do udzielania informacji na temat możliwości leczenia, dostępności, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, którą świadczą oni w państwie członkowskim leczenia [2]. W tym samym artykule zobowiązano świadczeniodawców do wystawiania przejrzystych faktur i przekazywania jasnych informacji o cenach oraz informacji dotyczących własnego statusu formalnoprawnego – posiadania zezwolenia na działalność, danych dotyczących rejestracji, a także zakresu posiadanego ubezpieczenia lub innych środków osobistej lub zbiorowej ochrony w odniesieniu do potencjalnej odpowiedzialności zawodowej. Zgodnie z zasadą równego traktowania w art. 4 ust. 4 dyrektywy zawarto zobowiązanie do zagwarantowania przez państwa członkowskie, że wobec pacjentów z innych państw UE stosowane będą te same stawki za udzielone świadczenia zdrowotne co w przypadku pacjentów krajowych [2].

Na gruncie polskiego prawa, w celu implementacji powyższych postanowień dyrektywy, zaproponowano

odpowiednie przepisy nowelizujące ustawę z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Najistotniejsze zmiany zawierają dodane do tej ustawy w art. 14 zapisy zawarte w ust. 2. Nakładają one na podmioty wykonujące działalność leczniczą i udzielające świadczeń obowiązek udzielania wskazanych informacji. Informacje, których pacjent miałby prawo wymagać od świadczeniodawcy, to:

- szczegółowe informacje na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacje dotyczące stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
- informacje na temat zawartych umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- informacje objęte wpisem tego podmiotu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W stosunku do podmiotów prowadzących działalność leczniczą wprowadzono ponadto pewne obowiązki w stosunku do KPK i oddziałów wojewódzkich NFZ. W art. 14 wprowadzono przepis w ust. 3 dotyczący przekazywania informacji na temat świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym pacjentom z innych państw członkowskich UE oraz cen tych świadczeń, co z punktu widzenia funkcjonowania instytucji systemowych jest istotne w kontekście planowania i finansowania świadczeń, dzięki tym danym możliwe będzie oszacowanie wpływów i skali zjawiska [10]. W kontekście wymogów dotyczących informacji udzielanych pacjentom w zmienionym przepisie art. 24 ust. 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawarto nakaz podawania do wiadomości aktualnych informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12, poprzez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu [10].

Celem opisanej nowelizacji jest nie tylko zapewnienie właściwego udostępniania pacjentom informacji kluczowych dla realizacji obowiązków wynikających z dyrektywy, takich jak: rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej czy wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, ale dzięki przejrzystości w tym zakresie będzie także możliwe zbadanie przepływów pacjentów i środków systemowych, co jest istotne z punktu widzenia polityki zdrowotnej na poziomie krajowym i unijnym. Obecne brzmienie tego przepisu, nakazujące udostępnianie takich informacji „w sposób zwyczajowo przyjęty” nie jest wystarczające dla właściwej implementacji dyrektywy – samo pojęcie jest nieprecyzyjne, a ponadto niemożliwe ze względu na praktyczne monitorowanie zjawiska przepływu pacjentów. Z kolei dodany przepis art. 24a ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ma na celu realizację zawartego w dyrektywie wymogu wystawiania przez podmioty prowadzące działalność leczniczą przejrzystych rachunków oraz zapewnienie przestrzegania zakazu dyskryminacji pacjentów z innych państw członkowskich UE w zakresie opłat za świadczenia zdrowotne (zob. Uzasadnienie) [10].

Do pełnego wdrożenia dyrektywy konieczna będzie także zmiana rozporządzenia ministra zdrowia z 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. poz. 260

i 1506 oraz z 2013 r. poz. 321) wydawanego na podstawie art. 45 ust. 5 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz.U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.). Problemem najistotniejszym jest w tym przypadku kwestia takiego uregulowania procedur, aby farmaceuta dokładnie wiedział, jakich czynności musi dokonać, realizując receptę wystawioną w innym państwie członkowskim UE, a pacjent nie musiał ponosić skutków ewentualnych błędów. Najtrudniejszym aspektem w tym kontekście jest problem rozliczania między instytucjami należącymi do różnych systemów na podstawie dokumentacji – recept wystawianych przez podmioty lecznicze zgodnie z wymogami danego kraju, a realizowanych w innym kraju, gdzie praktycznie wiedza na temat wymagań formalnych nie jest dostępna. Zgodnie z art. 86 ust. 2 pkt 1 ustawy z 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne apteka świadczy usługi farmaceutyczne polegające m.in. na wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach, co stanowi także podstawę wydania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przepisanych na wspomnianej receptce (zob. Uzasadnienie) [10].

7. Zasady koordynacji a dyrektywa transgraniczna: ważne rozporządzenia UE, uprawnieni do świadczeń

Obecnie mechanizm finansowania transgranicznej opieki zdrowotnej funkcjonuje już na podstawie zasad wynikających z prawa bezpośrednio wiążącego UE. Są to rozporządzenia (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i rozporządzenia (WE) nr 987/2009 Parlamentu Europejskiego i Rady z 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Zasady koordynacji stanowią mechanizm pozwalający na uzyskanie refundacji kosztów w określonych przypadkach (zob. także **Tabela I**). Na mocy powyższych przepisów osoby ubezpieczone mają prawo do refundacji kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej w innym państwie członkowskim UE w całości w ramach właściwego publicznego systemu opieki zdrowotnej, co do zasady, we wskazanych w tych regulacjach dwóch sytuacjach:

- leczenia planowego, które jest uzależnione od uzyskania przez ubezpieczonego uprzedniej zgody instytucji właściwej (*prior authorization*), oraz
- leczenia w stanach nagłych, które przysługuje w innych państwach członkowskich bezpłatnie na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ).

W przypadku leczenia planowego wyraźnie wskazano te okoliczności, które nie pozwalają na odmowę zgody ze strony kompetentnej instytucji (tak stanowi zapis art. 22 ust. 1 lit. c i art. 22 ust. 2 rozporządzenia 1408/71). Z kolei w stanach nagłych warunkiem bezpłatnego leczenia jest posiadanie karty – brak EKUZ skutkuje koniecznością zapłaty za świadczenie zdrowotne, jednak z późniejszą możliwością zwrócenia się do instytucji właściwej o zwrot poniesionych kosztów leczenia [12].

	System koordynacji	Dyrektywa transgraniczna
Leczenie ambulatoryjne	<ul style="list-style-type: none"> • świadczenia niezbędne z przyczyn medycznych podczas pobytu w innym państwie UE, pod warunkiem że ten rodzaj leczenia został zamieszczony w katalogu świadczeń refundowanych tego państwa; • obejmujące leczenie szpitalne, jeśli nie może ono zostać odłożone w czasie, do czasu powrotu pacjenta do własnego kraju 	<ul style="list-style-type: none"> • jakiegokolwiek świadczenia opieki ambulatoryjnej, do których pacjent jest uprawniony we własnym kraju
Leczenie szpitalne i specjalistyczne	<ul style="list-style-type: none"> • leczenie planowane w innym państwie członkowskim wymaga uprzedniej zgody (formularz E-112); państwo członkowskie stałego pobytu nie może odmówić uprzedniej zgody, jeżeli: <ul style="list-style-type: none"> – pacjent jest uprawniony do określonego świadczenia we własnym kraju; – dane świadczenie nie może zostać przeprowadzone w rozsądnym z medycznego punktu widzenia terminie 	<ul style="list-style-type: none"> • państwo pochodzenia nie może odmówić refundacji kosztów leczenia, o ile pacjent jest uprawniony do określonego świadczenia we własnym kraju; • jedynie w wyjątkowych okolicznościach państwo członkowskie może nałożyć wymóg uprzedniej zgody na wykonanie świadczenia szpitalnego lub specjalistycznego za granicą, jeśli może ono wykazać, że brak takiego systemu zezwoleń miałby ujemny wpływ na równowagę finansową jego systemu zdrowotnego oraz zabezpieczenia społecznego lub na organizację, planowanie i świadczenie usług zdrowotnych
Zwrot kosztów leczenia	<ul style="list-style-type: none"> • zwrot kosztów leczenia zorganizowany pomiędzy właściwymi instytucjami dwóch państw: stałego zamieszkania i czasowego pobytu; pacjent sam nie dokonuje żadnych płatności z góry 	<ul style="list-style-type: none"> • decyzja państwa ubezpieczenia: <ul style="list-style-type: none"> – koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane lub – koszty transgranicznej opieki zdrowotnej płacone bezpośrednio
Prawo do zwrotu kosztów	<ul style="list-style-type: none"> • prawo do zwrotu kosztów leczenia za granicą przysługuje jedynie w przypadku świadczeń finansowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia państwa, w którym udzielono świadczenia 	<ul style="list-style-type: none"> • prawo do zwrotu kosztów leczenia za granicą przysługuje zarówno w przypadku świadczeń finansowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia państwa, w którym udzielono świadczenia, jak i w placówce komercyjnej
Punkty kontaktowe	<ul style="list-style-type: none"> • wojewódzkie oddziały NFZ 	<ul style="list-style-type: none"> • narodowe punkty kontaktowe dla pacjentów, którzy chcą korzystać z usług zdrowotnych w innym państwie członkowskim
Obowiązek informowania	<ul style="list-style-type: none"> • nałożony na: wojewódzkie oddziały NFZ i instytucję łącznikową (Ministerstwo Zdrowia) 	<ul style="list-style-type: none"> • nałożony na państwa członkowskie obowiązek dostarczenia informacji na temat standardów jakości, praw pacjenta itp.

Tabela I. Zasadnicze różnice dotyczące uprawnień do świadczeń wynikające z systemu koordynacji i z treści dyrektywy.

Źródło: Bartochowski R., Byszek K., Chętko M., Kruk L., Leszczyński M., Pikus P., Popczyk P., Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej jako narzędzie polityki zdrowotnej UE, w: M. Sakowicz (red.), *Analiza skuteczności narzędzi wybranych polityk publicznych*, Wydawnictwo Kontrast, Warszawa 2011 [14].

Zasadniczo karta EKUZ jest dla osób przemieszczających się czasowo podstawowym dokumentem pozwalającym na uzyskanie świadczeń w stanach nagłego zachorowania, wypadku – ogólnie dotyczy sytuacji nieprzewidywalnych. Z EKUZ należy zatem korzystać we wszystkich przypadkach pobytu czasowego, podczas którego ubezpieczony może wymagać opieki zdrowotnej, niezależnie od celu pobytu: może to być wyjazd turystyczny, rodzinny, związany z działalnością zawodową czy nauką. Jedyną przesłanką wykluczającą możliwość skorzystania z karty EKUZ jako podstawy do bezgotówkowego uzyskania świadczenia jest sytuacja, gdy uzyskanie opieki zdrowotnej jest jedynym celem pobytu za granicą, a więc w przypadku leczenia planowego (pkt 6 wstępu) [13].

Prawo wspólnotowe wskazuje w sposób wyraźny te kategorie podmiotów, które są uprawnione do opieki zdrowotnej – zgodnie z Rozporządzeniem EWG Nr 1408/71 są to:

- pracownicy najemni i osoby pracujące na własny rachunek oraz członkowie ich rodzin;
- emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin;
- studenci i członkowie ich rodzin;
- turyści;
- bezrobotni i członkowie ich rodzin.

Osobami uprawnionymi są również szczególne grupy zatrudnionych osób:

- pracownicy wysłani i członkowie ich rodzin;
- pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodzin;
- pracownicy sezonowi i członkowie ich rodzin;
- bezpaństwowcy i uchodźcy zamieszkali na terytorium państwa członkowskiego Unii oraz członkowie ich rodzin.

Sprawy pacjentów chcących uzyskać leczenie w innym kraju niż kraj, w którym posiadają tytuł do opieki zdrowotnej, z chwilą wejścia Polski do UE zostały włączone w zakres decyzji objętych wskazanymi wyżej regulacjami. Dotyczy to właśnie leczenia planowanego

w innym państwie członkowskim UE/EFTA w ramach przepisów o koordynacji zabezpieczeń społecznych, czyli w przypadku spełniającym wskazane wyraźnie kryterium uprawniające: wnioskodawca nie może zostać poddany leczeniu w kraju w terminie niezbędnym dla stanu zdrowia. Na gruncie polskiego prawa organem powołanym do wydawania decyzji w powyższym zakresie został prezes NFZ, przy czym wymogi formalne dotyczące dokumentacji, kryteriów medycznych, zasad proceduralnych należą do wyłącznych kompetencji instytucji krajowych. Prezes NFZ przejął od ministra zdrowia 1 stycznia 2008 r. obowiązek realizacji zadań w zakresie rozpatrywania wniosków oraz wydawania decyzji dotyczących zgody lub odmowy na leczenie planowane za granicą, którego nie można wykonać na terenie kraju.

Wnioski

Dyrektywa o stosowaniu praw pacjenta w opiece transgranicznej to ważna regulacja prawa wspólnotowego o szerokim spektrum oddziaływania: stanowi wyraźny przełom w podejściu do roli UE w kontekście polityki zdrowotnej, bez wątpienia jej pierwotnym celem było podkreślenie, że w sferze ochrony zdrowia istnieją takie prawa pacjentów obywateli państw członkowskich UE, które powinny być gwarantowane na poziomie wspólnotowym. Dyrektywa jest pierwszym tak dalece ingerującym w wewnętrzne systemy działaniem UE – przynajmniej na poziomie regulacyjnym. W kwestii jej stosowania nadal nie jest pewne, na ile państwa członkowskie będą rzetelnie i skutecznie realizowały jej postanowienia i jak długi będzie czas wdrażania rozwiązań systemowych niezbędnych do jej stosowania – jak już widać, w Polsce proces ten jest bardzo spóźniony i raczej szczątkowy. Nie można bowiem uznać utworzenia jednoosobowego wirtualnego punktu kontaktowego za wystarczające działanie w kierunku pełnego stosowania dyrektywy. Ustawa implementacyjna, a raczej nowelizacja ustawy systemowej o stosowaniu praw pacjenta w opiece transgranicznej w zakresie implementacji dyrektywy transgranicznej, to dopiero początek procesu – niezbędne będzie przyjęcie odpowiednich rozporządzeń wykonawczych.

Duże znaczenie dyrektywy wynika z faktu, że pociąga ona za sobą istotne skutki dotyczące finansowania świadczeń udzielanych w trybie opieki transgranicznej i rozliczeń z tego tytułu pomiędzy państwami członkowskimi a obywatelami za świadczenia udzielane poza publicznym systemem ochrony zdrowia. To ten właśnie kontekst – finansowanie świadczeń, które nie są objęte krajowymi procedurami (w Polsce chodzi tu o kontraktowanie przez NFZ) – budził największe wątpliwości i obawy. Skoro bowiem możliwe jest sfinansowanie świadczenia udzielonego za granicą i nie ma w tym wypadku znaczenia status formalnoprawny świadczeniodawcy, to zgodnie z zasadą prawa „Jeśli wolno więcej, to tym bardziej wolno mniej” – możliwe powinno być także finansowanie poza systemem kontraktowania świadczenia udzielonego w kraju pacjenta. Dyrektywa w tym kontekście mogłaby postawić pod znakiem zapytania rolę NFZ i kontraktowania

– skoro pacjent mógłby ubiegać się o świadczenie za granicą, to tym bardziej powinien móc je uzyskać w kraju, oczywiście na takich samych zasadach, jak w trybie opieki transgranicznej. Byłoby to oczywistym wzmocnieniem pozycji pacjenta – to on w dużym stopniu decydowałby, gdzie chce zrealizować świadczenie: nieodpłatnie w ramach systemu powszechnego czy też z dopłatą – w prywatnym podmiocie leczniczym.

Sytuacja jest jednak bardziej skomplikowana, oczywiście w pierwotnej treści dyrektywy sformułowania „w jakimkolwiek kraju członkowskim” w odniesieniu do prawa pacjenta do świadczenia transgranicznego nie wykluczało przecież Polski. Co więcej, interpretacja taka jest nie tylko zgodna z cytowaną wyżej zasadą, ale też wynika z wykładni celowościowej. Nie sposób bowiem zaprzeczyć, że głównym celem tej regulacji jest zagwarantowanie pacjentom prawa do świadczeń, których w określonych okolicznościach nie mogą uzyskać w swoim kraju, przy zapewnieniu możliwości refundacji poniesionych w tym przypadku kosztów. Cel ten jest usytuowany w szerszym nurcie polityki UE – ukierunkowanej na działania stabilizujące społeczeństwo, na tworzenie społecznej równowagi na całym terytorium UE, choć w ostatnim okresie polityka ta została istotnie zdominowana problemami wynikającymi z kryzysu politycznego i gospodarczego. Jednak wątpliwości te zostały definitywnie usunięte wspomnianym orzeczeniem ETS w kwestii interpretacji oraz implementacji dyrektywy w prawie krajowym. Zgodnie z nim opieka transgraniczna musi być realizowana w kraju innym niż kraj nabycia uprawnień, a więc w przypadku polskiego pacjenta nie może być zrealizowana w Polsce u świadczeniodawcy nieposiadającego kontraktu z NFZ (prywatnego). Wynika to z zasady ochrony systemów krajowych, czy jednak nie narusza wspomnianych kluczowych zasad prawa, pozostaje istotnym pytaniem, choć tylko na gruncie teoretycznym: zasada koniecznej uprzedniej zgody czyni je w zasadzie bezprzedmiotowym. W rezultacie powstanie sytuacja, gdy możliwe będzie finansowanie świadczenia udzielonego polskiemu pacjentowi przez zagranicznego prywatnego świadczeniodawcę – pieniądze zostaną transferowane za granicą, a niemożliwe będzie udzielenie świadczenia (po cenach „kontraktowych”) przez polski podmiot leczniczy nieposiadający kontraktu. Jak wspomniano, rozważania te są o tyle bezprzedmiotowe, że skala zjawiska jest w Polsce jak dotąd znikoma, a zasady przyjęte w implementacyjnych przepisach praktycznie wykluczają opcję leczenia za granicą – NFZ może zastosować w stosunku do pacjenta spełniającego wymogi opieki transgranicznej mechanizm przesunięcia w kolejce. Ustawa o opiece transgranicznej budzi wiele kontrowersji i zastrzeżeń dotyczących głównie nieuwzględnienia w sposób właściwy przepisów dyrektywy UE. Przede wszystkim za niezgodny z postanowieniami dyrektywy należy uznać sposób dokonywania zwrotu kosztów poniesionych przez polskich pacjentów z tytułu leczenia za granicą. Ustawa przewiduje, że kwota zwrotu ma odpowiadać średniej kwocie refundacji w danym oddziale wojewódzkim NFZ. W praktyce będzie to oznaczać, że pacjenci z różnych województw otrzymają za te same

świadczenia, uzyskane w tym samym zagranicznym ośrodku, różne kwoty zwrotu.

Sprzeczne z postanowieniami dyrektywy jest też wyłączenie z zakresu kosztów podlegających zwrotowi zakupu leku w innym kraju UE, jeżeli lek ten jest refundowany w Polsce tylko w ramach programu lekowego. Dyrektywa wyraźnie wskazuje, jakie świadczenia znajdują się poza jej zakresem, i leki z programów lekowych do tych wyjątków nie należą. Podobnie jest w przypadku wymogu uzyskania zgody prezesa funduszu na leczenie za granicą w przypadku, gdy świadczenie może zostać udzielone w Polsce w czasie nieprzekraczającym dopuszczalnego maksymalnego czasu oczekiwania. Kryterium to, które miałyby być wprowadzone do polskiego prawa, nie zostało przewidziane w dyrektywie.

Co istotne, ustawa zakłada administracyjny tryb dochodzenia ewentualnych roszczeń pacjentów z tytułu odmowy zwrotu kosztów leczenia, a nie cywilnoprawny, mimo ewidentnie cywilnego charakteru ewentualnego sporu. Tryb administracyjny będzie z pewnością mniej korzystny i efektywny dla pacjentów.

Przypisy

¹ W szczególności mowa o świadczeniach koniecznych dla ratowania życia i zdrowia migrujących obywateli UE, które w przeciwieństwie do zabiegów niewykazujących cechy „pilności” zostały wcześniej objęte zasadą bezgotówkowego udzielania w trybie pilnym, przy czym nadal obowiązuje zasada konieczności posiadania tytułu do systemu świadczeń na poziomie regulacji prawa kraju „własnego” obywatela.

² Zjawisko zróżnicowania natężenia migracji pacjentów i jego nasilenia w obszarach przygranicznych, a także w regionach tradycyjnie sprzyjających częstym migracjom, jest powszechnie znanym faktem. Wpływa na nie w istotny sposób także np. bliskość językowa (Benelux).

³ To właśnie różnica standardu opieki medycznej była najistotniejszym powodem „afery położniczej” komentowanej w mediach oraz śledztwa prokuratorskiego – por. *Polki znów rodzą w Szwecji*, „Gazeta Chojeńska”, 24.11.2009 r., 47, <http://www.gazetachojenska.pl/gazeta.php?numer=09-47>; dostęp: 5.12.2014.

⁴ Taka ocena miała miejsce w przypadku sprawy Polek udających się w celu odbycia porodu do Niemiec: prokurator próbowała postawić zarzut wyłudzenia środków publicznych.

⁵ Dotyczy to państw, które jurysdykcję ETS uznały.

⁶ Zob. w szczególności sprawa C-158/96 *Kohll* [1998] Rec. I-1931, sprawa C-120/95 *Decker* [1998] Rec. I-1831, sprawa C-368/98 *Vanbraekel* [2001] Rec. I-5363; sprawa C-157/99 *Smits i Peerbooms* [2001] Rec. I-5473; sprawa C-56/01 *Initzan* [2003] Rec. I-12403; sprawa C-8/02 *Leichtle* [2004] Rec. I-2641; sprawa C-385/99 *Müller-Fauré i Van Riet* [2003] Rec. I-4503 i sprawa C-372/04 *Watts* [2006], Zb.Orz. I-4325.

⁷ Zdaniem trybunału znajduje tu zastosowanie podstawowa zasada swobodnego przepływu osób w aspekcie swobody nabywania dóbr dostępnych na obszarze UE jako jedna z trzech fundamentalnych swobód: przepływu osób, kapitału oraz towarów i usług. Zgodnie z tymi zasadami wszyscy obywatele UE mają prawo do przemieszczania się bez konieczności posiadania wiz i zezwoleń, osiedlania się, podejmowania działalności gospo-

darczej i pracy w dowolnym kraju Wspólnoty. W kontekście swobodnego przepływu usług wyróżnia się aktywną swobodę świadczenia usług (usługodawca udaje się przejściowo do kraju usługobiorcy, a więc sam przekracza granicę w celu wykonania usługi w innym kraju członkowskim, np. instalacji aparatury); **pasynną swobodę usług (odbiorca usługi udaje się do kraju usługodawcy, by tam przyjąć jego świadczenia, np. turyści, osoby korzystające z opieki medycznej)**; swobodę przepływu produktu usługi (usługodawca i usługobiorca przebywają w swoich krajach, a tylko produkt przekracza granicę (np. nadawanie programów telewizyjnych lub radiowych).

⁸ Realizacja swobody przepływu osób wymaga określonych gwarancji. Odnoszą się one m.in. do **koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego**, która zakłada równe traktowanie obywateli państw członkowskich UE w dostępie do świadczeń, wynikających z krajowych systemów zabezpieczenia społecznego (emerytury, zasiłki, świadczenia chorobowe). Okresy ubezpieczenia dla pracownika, związane z obliczaniem wysokości świadczeń, we własnym kraju i w innych krajach UE są sumowane. Swoboda przemieszczania się i pobytu nie ma jednak charakteru absolutnego. Każde z państw może w pewnych przypadkach nie zezwolić cudzoziemcowi na pobyt lub wydalic go ze swojego terytorium. Swobodne przemieszczanie się osób jest obwarowane wieloma przepisami prawnymi. Pobyt cudzoziemca w innym państwie członkowskim nie może być ciężarem dla państwa przyjmującego, co dotyczy także możliwości korzystania ze świadczeń systemowych. W Tabeli I porównano zakres świadczeń należnych na podstawie dyrektywy i w ramach systemu koordynacji.

⁹ Dyrektywa nie ma zastosowania, przykładowo, do usług w zakresie opieki długoterminowej świadczonych w domach pomocy społecznej, do domowych usług opiekuńczych ani do usług świadczonych w mieszkaniach z opieką (zob. pkt 14 wstępu) [2].

¹⁰ Problem udowodnienia, że dodatkowe koszty diagnostyki były uzasadnione, może być jednak trudny do zweryfikowania i kwestionowany przez płatnika ubezpieczenia.

¹¹ Komisja wskazała na te okoliczności, zanim został utworzony w Polsce wskazany w tekście jednoosobowy punkt kontaktowy przy NFZ.

¹² Rozporządzenia Ministra Zdrowia:

- 1) w sprawie określenia wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, Dz.U. 2014, poz. 1538;
- 2) w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ (nieogłoszony w Dz.U., stan na 10.11.2014);
- 3) w sprawie wydania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (nieogłoszony w Dz.U., stan na 10.11.2014).

Piśmiennictwo

1. *Zrozumieć politykę Unii Europejskiej – Zdrowie publiczne*, Luksemburg, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2013, http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/pl/public_health_pl.pdf; dostęp: 15.11.2014.
2. *Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej*, <http://eur-lex>.

- europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:pl:PDF; dostęp: 15.11.2014.
3. Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I.A., *Assuring the quality of health care in the European Union – A case for action*, Observatory Studies Series No 12, WHO 2008, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf; dostęp: 15.11.2014.
 4. Piotrowska D.M., Sowa P., Pędziński B., Szpak A., *Transgraniczny przepływ pacjentów – proces implementacji dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej w Polsce*, „Hygeia Public Health” 2014; 49(1): 6–11.
 5. Drozdowska U., *Opinia prawna na temat zgodności z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (druk sejmowy 2293), Warszawa, 18 czerwca 2014 r., <http://orka.sejm.gov.pl/rexdomk7.nsf/Opdodr?OpenPage&nr=2293>; dostęp: 28.11.2014.
 6. *Transgraniczna opieka zdrowotna*, <http://www.bpp.gov.pl/dla-pacjenta/transgraniczna-opieka-zdrowotna/>; dostęp: 28.11.2014.
 7. Koczur W., *Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej – wybrane zagadnienia*, http://www.ue.katowice.pl/uploads/media/14_W.Koczur_Transgraniczna_opieka_zdrowotna...pdf; dostęp: 5.12.2014.
 8. *Wniosek Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej*, 2008/0142 (COD), http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/COM_pl.pdf; dostęp: 5.12.2014.
 9. Kobosz T., *Komisja Europejska grozi Polsce Trybunałem Sprawiedliwości*, 10.07.2014, www.medexpress.pl/swiat/ke-grozi-polsce-trybunalem-sprawiedliwosci/46315/; dostęp: 7.12.2014.
 10. *Projekt z dnia 5.02.2014 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projuzstp_20140210_projust.pdf; dostęp: 12.11.2014.
 11. *Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*, [w:] <https://www.premier.gov.pl/wydarzenia/decyzje-rzadu/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-4.html>; dostęp: 12.11.2014.
 12. Leśniewska A., *Prawa pacjenta w opiece transgranicznej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2009; 7(2): 1–27, http://www.rzu.gov.pl/files/2676_512_Anna_Lesniewska_Prawa_pacjenta_w_opiece_transgranicznej_Rozprawy_Ubezpieczeniowe_nr_7_2_2009_.pdf; dostęp: 11.12.2014.
 13. *Decyzja nr S1 z dnia 12 czerwca 2009 r. dotycząca europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego* (Tekst mający znaczenie dla EOG oraz dla Umowy między WE a Szwajcarią) (2010/C 106/08), https://www.ekuz.nfz.gov.pl/sites/default/files/podstawy_prawne/S1%20-%20decyzja%20-%20LexUriServ.pdf; dostęp: 11.12.2014.
 14. Bartochowski R., Byszek K., Chętko M., Kruk Ł., Leszczyński M., Pikus P., Popczyk P., *Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej jako narzędzie polityki zdrowotnej UE*, w: M. Sako-wicz (red.), *Analiza skuteczności narzędzi wybranych polityk publicznych*, Wydawnictwo Kontrast, Warszawa 2011.

Piśmiennictwo uzupełniające

1. Bartoszewicz W., Skalska T., *Zagraniczna turystyka przyjazdowa do Polski w 2009 roku*, Instytut Turystyki, Warszawa 2010.
2. Bartoszewicz W., Skalska T., *Zagraniczna turystyka przyjazdowa do Polski w 2012 roku*, Instytut Turystyki, Warszawa 2012.
3. Busse R., Wörz M., Foubister T., Mossialos E., Berman P., *Mapping health services access: national and cross-border issue (HealthACCESS)*, European Health Management Association (EHMA), 2006.
4. *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*, M. Wismar, W. Palm, J. Figueras, K. Ernst, E. van Ginneken (red.), The European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series No. 22, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2011.
5. *Dyrektywa transgraniczna NIE przynosi korzyści szpitalom publicznym*, <http://www.pmrpublications.com/downloads/2377/dyrektywa-transgraniczna-nie-przynosi-korzysci-szpitalom-publicznym>; dostęp: 5.12.2014.
6. *Health and Wellness Tourism in Poland*, <http://www.euro-monitor.com/health-and-wellness-tourism-in-poland/report>; dostęp: 5.12.2014.
7. Klinger K., *Leczenie za granicą wciąż pod kontrolą funduszu zdrowia*, „Gazeta Prawna” 2012; 154: B5.
8. Klinger K., Sikora D., *Szlaban na leczenie Polaków na granicą? Prawnicy: Nic bardziej mylnego*, „Dziennik Gazeta Prawna” 25.09.2013, <http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/438791,resort-na-razie-nie-mozna-leczyc-sie-za-granica-prawnicy-nic-bardziej-mylnego.html>; dostęp: 10.12.2014.
9. Kozierkiewicz A., *Uwarunkowania prawne i praktyka przepływów transgranicznych pacjentów w projekcie HealthAccess*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2007; 5(1–2): 106–120.
10. Pollard K., *The Future of Medical Tourism*, Intuition Communication Ltd 2010, <http://www.imtj.com/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=210497>; dostęp: 7.12.2014.
11. Rab-Przybyłowicz J., *Determinanty popytowe wpływające na rozwój turystyki medycznej*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2012; 83: 207–220.
12. *Rynek szpitali publicznych w Polsce 2014. Plany inwestycyjne i analiza porównawcza województw*, PMR, maj 2014.
13. *Zabawa liczbami*, www.ekuz.nfz.gov.pl/zabawa-liczbami/; dostęp: 5.12.2014.

Promocja zdrowia i ochrona przed ryzykiem – działania na rzecz seniorów „Pro Health 65+”

Działania Drugiego Programu Zdrowia Unii Europejskiej (UE) „Razem po zdrowie” (2008–2013) koncentrowały się na trzech głównych celach: (1) poprawy zabezpieczenia zdrowia Europejczyków, (2) promocji zdrowia i zmniejszania nierówności w zdrowiu oraz (3) tworzenia systemu przekazywania społeczeństwu informacji oraz wiedzy na temat zdrowia.

W ramach pierwszego celu postawiono ambitny wskaźnik do osiągnięcia – **zwiększenia przeciętnego trwania życia w zdrowiu o dwa lata**. To skierowało uwagę na zdrowie tej grupy ludności, która jest najważniejsza w osiągnięciu postawionego celu – ludności starszej. Działania na rzecz realizacji tego celu w kontekście wzrostu dynamiki procesu starzenia się ludności w krajach europejskich zamykały się w koncepcji zdrowego starzenia się (*healthy aging*). Operacjonalizacji tej koncepcji (*Healthy Ageing – A Challenge for Europe*) poświęcono jeden z projektów poprzedniego programu zdrowia UE. Kolejne projekty podejmowane już w ramach Drugiego Programu UE koncentrowały się na specyficznych problemach zdrowia ludności starszej związanych z chorobami przewlekłymi, wielochorobowością (*multimorbidity*), funkcjonalną niepełnosprawnością (*functional disability*) oraz słabością (*frailty*).

W zgodzie z kolejnym celem Drugiego Programu Zdrowia UE, polegającym na zwiększaniu zdrowotnych kompetencji ludności, profesjonalna informacja i wiedza na temat zdrowia powinny być adresowane także do osób starszych. W działaniach promocji zdrowia osoby starsze nie stanowiły uwzględnianej w praktyce grupy docelowej. Stanowiły przede wszystkim grupę docelową opieki zdrowotnej – działań leczniczych.

Ogłoszenie przez Komisję Europejską konkursu na projekt „Promocja zdrowia i ochrona przed ryzykiem – działania na rzecz seniorów”, jeden z ostatnich w ramach Drugiego Programu Zdrowia, wskazywało na to, że ma to być projekt ukierunkowany na dopełnienie licznych działań badawczych i praktycznych na rzecz zdrowia osób starszych już podjętych i realizowanych w tym programie, stanowiąc nadal część Pakietu Socjalnego dla wzrostu i spójności UE, obejmującego aktywność na rzecz inwestowania w zdrowie.

Cechą szczególną projektu „Pro Health 65+”, koordynowanego przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (głównie Instytut Zdrowia Publicznego), jest

nacisk na poszukiwanie i wskazywanie trafnych i efektywnych działań prewencji oraz promocji zdrowia adresowanych do osób starszych. Przedmiotem badań projektu „Pro Health 65+” są promotorzy zdrowia: Czy mają dostateczne kompetencje, jakie programy realizują, czy są one oceniane pod względem skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej? Jak te działania sytuują się w polityce zdrowotnej krajów europejskich? Takie pytania postawiono przed uczestnikami projektu.

Realizacja projektu opiera się na wspólnych badaniach i połączeniu wiedzy oraz doświadczenia ekspertów z Polski (UJ CM), Holandii (Medyczny Uniwersytet w Maastricht), Włoch (Uniwersytet Katolicki del Sacro Cuore) i Niemiec (Uniwersytet w Bremie). Wymiana wiedzy i doświadczenia obejmuje także partnerów z Portugalii, Grecji, Bułgarii, Czech i Węgier. Zadania projektu realizują 32 osoby reprezentujące takie kierunki naukowe, jak: epidemiologia, geriatria, socjologia medycyny, ekonomika zdrowia, politologia, prawo oraz komunikacja społeczna.

Podobnie jak większość projektów Drugiego Programu Zdrowia UE zorientowanych na wspólne działania (*joint actions*) także prezentowany tu projekt zawiera zarówno część badawczą, jak i implementacyjną.

Część badawcza projektu jest rozbudowana. W jej ramach prowadzone są różnego rodzaju badania zarówno pod względem tematycznym, jak i pod względem zastosowanych metod badawczych. Po pierwsze – prowadzone są badania epidemiologiczne statusu zdrowotnego różnych grup osób starszych w krajach europejskich i rozpoznawane są główne determinanty ich kondycji zdrowotnej. Po drugie – oceniana jest skuteczność kliniczna realizowanych najczęściej programów prewencji i promocji zdrowia adresowanych do osób starszych. Po trzecie – prowadzone są analizy efektywności kosztowej realizowanych programów prewencji i promocji zdrowia. Po czwarte – przeprowadza się empiryczne badania instytucji wykonujących funkcje prewencji i promocji zdrowia w wybranych krajach europejskich. Po piąte – analizuje się programy prowadzonej polityki zdrowotnej wobec osób starszych w krajach europejskich oraz na poziomie UE. Prowadzone badania obejmują zarówno analizy ilościowe na podstawie istniejących zbiorów danych, jak i oryginalne jakościowe badania instytucji prewencji i promocji zdrowia. W ewaluacji realizowanych progra-

mów stosowane są nowoczesne metody oceny skuteczności zdrowotnej oraz efektywności kosztowej.

Wyniki badań przekazywane są głównym promotorom zdrowia, reprezentującym tzw. dobre praktyki. Poprzedzać je będą badania jakościowe, dotyczące deficytów wiedzy wśród promotorów zdrowia. Mają one na celu opracowanie trafnych narzędzi dydaktycznych. W fazie finalnej projektu zostaną przeprowadzone wzorcowe szkolenia dla promotorów zdrowia. Promotorzy ci, wzbogaceni tą wiedzą, będą prowadzić odpowiednie działania promocyjne i prewencyjne adresowane do osób starszych. W wyniku realizacji projektu profesjonalna wiedza i przykłady dobrej praktyki w działaniu na rzecz „dbania o zdrowie” seniorów powinny dotrzeć do wielu instytucji promujących zdrowie, a przez nie do rzeszy osób starszych, które do tej pory nie były preferowaną grupą w promocji zdrowia.

Oczekuje się, że przygotowane publikacje naukowe i materiały dydaktyczne dla głównych promotorów zdrowia, prowadzących nowatorskie działania popularyzatorskie oraz kursy i szkolenia, przyczynią się do tego, że różne grupy osób starszych uzyskają szerszy dostęp do profesjonalnej informacji na temat zdrowego i aktywnego stylu życia, możliwości unikania zagrożeń zdrowotnych, a instytucje zdrowia publicznego będą podejmować działania prewencyjne o udowodnionej skuteczności działania i efektywne kosztowo. W konsekwencji dla zwiększającej się europejskiej populacji osób starszych liczba lat przeżytych przez nie w dobrym zdrowiu również będzie się zwiększać.

Stanisława Golinowska
stanislawa.golinowska@uj.edu.pl