

Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia

Zdrowie Publiczne

i Zarządzanie

Narzędzie oceny polityki zdrowotnej

Ocena technologii

Prawo i innowacje



Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia

Zdrowie Publiczne

i Zarządzanie

od redaktora

Cezary Włodarczyk 3

narzędzie oceny polityki zdrowotnej

Cezary Włodarczyk, Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka
Innowacyjne wielowymiarowe narzędzie oceny polityki zdrowotnej i polityki
zdrowia publicznego – matryca ewaluacyjna HPA (*Health Policy Assessment*).
Podstawy metodologiczne, opis narzędzia 4

sondaż deliberatywny

Michał Zabdyr-Jamróż
Perspektywy sondażu deliberatywnego jako innowacji w polityce
zdrowotnej 30

technologie

Mariusz Duplaga
Znaczenie technologii e-zdrowia w rozwoju innowacyjnego modelu
świadczenia usług w ochronie zdrowia 47

Michał Seweryn
Rola oceny ekonomicznej w podejmowaniu decyzji o finansowaniu
innowacyjnych procedur medycznych 56

Piotr Pochopień, Krzysztof Kęsek
Dokumentacja medyczna – coraz bardziej elektroniczna 63

prawo

Anna Mokrzycka
„Przedsiębiorstwo lecznicze”. Innowacyjne rozwiązanie legislacyjno-
systemowe czy manowce reformy? 68

Tomasz Bochenek
Innowacja lekowa w świetle ustawy refundacyjnej 87

Teresa Bernadetta Kulik, Jolanta Pacian, Anna Pacian
Prawne podstawy odpowiedzialności zawodowej pracowników ochrony
zdrowia 96

epidemiologia

Aleksander Suseł, Grażyna Jasińska
Determinanty płodności kobiet w Stanach Zjednoczonych: przegląd wyników
badań 101

Mousumi Biswas
Postnatal depression and its consequences in public health 109

kronika

Marcin Mikos
Innowacja w ochronie zdrowia w Polsce – diagnoza
i rekomendacje ekspertów 113

Marta Kulpa
Relacja z konferencji „Pacjent i jego prawa – w Polsce i UE” zorganizowanej
w Warszawie z okazji V Europejskiego Dnia Praw Pacjenta 117

Katarzyna Badora
Jubileusz XX-lecia Szkoły i Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk
o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum 119

Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka
Komunikat z Seminarium „Polityka zdrowia publicznego Unii Europejskiej.
Konflikty jako siła sprawcza ewolucji”. Jubileusz pracy zawodowej
Prof. dra hab. Cezarego W. Włodarczyka 121

do autorów 124

do czytelników 124

PRZEWODNICZĄCA**Prof. dr hab. Stanisława Golinowska**

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

Prof. dr hab. Antoni Czupryna

Pełnomocnik Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Klinicznych
w Collegium Medicum

Dyrektor Instytutu Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Wojciech Drygas

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej,
Uniwersytet Medyczny, Łódź

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

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

Prof. dr hab. Maria Danuta Głowacka

Kierownik Katedry Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Akademia Medyczna, Poznań

Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

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

Wim Groot, PhD

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

Prof. dr hab. Hubert Izdebski

Dyrektor Instytutu Nauk o Państwie i Prawie,
Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Warszawski

Prof. dr. med. Ulrich Laaser

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

Prof. dr hab. Witold Lukas

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej, Wydział Lekarski
I Oddział Stomatologiczny, Śląska Akademia Medyczna, Zabrze

Prof. dr hab. Antonina Ostrowska

Zastępca Dyrektora Instytutu Filozofii i Socjologii,
Polska Akademia Nauk, Warszawa

Prof. dr hab. Stanisław Owiak

Kierownik Zakładu Polityki Finansowej,
Katedra Finansów, Uniwersytet Ekonomiczny, Kraków

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Warszawski Uniwersytet
Medyczny

Prof. dr hab. Zbigniew Szawarski

Zakład Etyki Instytutu Filozofii, Wydział Filozofii i Socjologii,
Uniwersytet Warszawski

Prof. dr hab. Jerzy Szczerba

Kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauki o Zdrowiu, Akademia Medyczna, Warszawa

Prof. dr hab. Stanisław Tarkowski

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

Prof. dr hab. Alicja Walczak

Kierownik Zakładu Higieny, Epidemiologii i Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin

Prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH Warszawa

Prof. dr hab. Jan Zejda

Kierownik Katedry i Zakładu Epidemiologii, Wydział Lekarski
w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny

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

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

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

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

Prof. dr hab. Janusz Haluszka

Kierownik Zakładu Zdrowia i Środowiska, Instytut Zdrowia Publicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Prof. dr hab. Jolanta Jaworek

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum

Prof. dr hab. Andrzej Pająk

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



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu



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

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

Scientific Issues of Health Protection Public Health and Governance

recenzenci

Dr hab. Jacek Klich, Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania
i Komunikacji Społecznej

Dr hab. Andrzej Kaniowski, Uniwersytet Łódzki, Instytut Filozofii

Dr Ewa Kulesza, Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa

i Administracji

Prof. dr hab. Jan Nosko, Wyższa Szkoła Umiejętności im. Stanisława
Staszica, Kielce

Dr Milena Pavlova, Maastricht University, Netherlands

Dr hab. Andrzej Szpak, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr Piotr Tyszko, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dr Ewa Kocot, redaktor statystyczny

sekretarz redakcji

Elżbieta Ryś

redaktor prowadzący

Dorota Węgierska

adiustacja stylistyczno-językowa

Katarzyna Jagieła

korekta

Małgorzata Szul

projekt okładki

Marcin Bruchnalski

wydawca

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

współwydawca

Wydawnictwo UJ

skład i łamanie

Hanna Wiechecka

współpraca

Katarzyna Badora

ADRES REDAKCJI

Instytut Zdrowia Publicznego WNZ UJ CM

ul. Grzegorzeczka 20

31-531 Kraków

tel. (12) 433-28-06

e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

Nakład: 200 egzemplarzy

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

Wersja elektroniczna czasopisma „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia.
Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” jest jego wersją pierwotną (referencyjną).

ISSN 1731-7398

Szanowne Czytelniczki i Szanowni Czytelnicy!

Wszyscy zajmujący się w kraju zdrowiem publicznym zauważyli zdarzenie mające znaczący wpływ na ich sytuację, a także na sytuację ich następców. Mam na myśli otwarcie możliwości doktoryzowania się wielu naszych uczniów. Perspektywa wyznaczająca rozwój naukowy i zdobywanie pierwszego stopnia w naukowej karierze – co jest warunkiem przetrwania na uczelni – jest z pewnością ze wszech miar korzystna. Nasi młodzi koledzy na wydziałach, gdzie uczymy zdrowia publicznego, mogą się ucieszyć i z optymizmem patrzeć w przyszłość. Jest to jednak optymizm ograniczony, bowiem szanse na uzyskanie stopnia doktora nie odnoszą się do zdrowia publicznego, ale do „nauk o zdrowiu”. Osoba chcąca zorientować się, co twórcy tej możliwości mieli na myśli, znajduje się w kłopotcie. Zakres pojęcia „zdrowie publiczne” jest mniej więcej znany, niezależnie od latami trwających debat na ten temat. W razie wątpliwości można sięgnąć do licznych książek i czasopism mających je w tytule. Można odwołać się też do tradycji gromadzonej przez lata i przeżywającej czasy wzlotów i upadków. Znacznie gorzej ma się sprawa z naukami o zdrowiu. Google zapytany „define: health sciences” odsyła do hasła „healthcare science” i informuje: *„Healthcare scientists are those scientists directly involved in delivering the diagnosis, treatment, care and support of patients in healthcare systems”*. W rozwinięciu hasła można się dowiedzieć, że w skład nauk o zdrowiu wchodzi: *life sciences, physiological science, physics, bioengineering*. Niezawodna wyszukiwarka przedstawia także inne znaczenie pod hasłem „health sciences major”, gdzie mówi się o tym, że *„The health sciences are concerned with the development of knowledge and programs related to health and well being. This field encompasses many majors. Some programs focus on identifying practices that directly improve patient health. Others focus on the physical activity, biological, behavioral and sociocultural mechanisms and processes that affect health status and aging. Health science is also concerned with the study of leisure and cultural phenomena within their related environments and in the context of opportunities and practices integral to the well being of groups and individuals”*. Wszyscy znający realia działających w Polsce wydziałów nauk o zdrowiu łatwo spostrzegą, że ich praktyka dydaktyczna całkowicie odbiega od pierwszego znaczenia wskazanego w Wikipedii, a do drugiego zbliża się tylko częściowo. Ale nawet wtedy, gdy chce się dostrzeżać jakiegoś podobieństwa, należy pamiętać, że słowo *major* odnosi się do czynności studiowania, jest przedmiotem w sensie elementu programu dydaktycznego, a nie uprawiania nauki. Jeżeli zgadzamy się, że przygotowywanie i obrona doktoratu to jednak działania

badawcze, związane z uprawianiem, a nawet niekiedy rozwojem nauki, to informacje otrzymane z Internetu na temat tego, czym są nauki o zdrowiu, nie okażą się szczególnie przydatne.

Przyczyna wskazania kłopotów z ustaleniem znaczenia „nauk o zdrowiu” wynika z troski o sytuację młodej kadry naukowej, ale wiąże się także ze sprawą osobistą. Zostałem niedawno powołany na recenzenta pracy, której autor ma otrzymać stopień z tej właśnie dziedziny. Praca liczyła około 70 stron tekstu i składała się z następujących części: Wstęp, Cel pracy i hipotezy badawcze, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja, Wnioski. Mój kłopot polegał na tym, że nie wiedziałem, kryteria której dyscypliny naukowej powinny być stosowane w ocenie dysertacji. Jeśli przyjąć najbardziej zgrubnie, że w naukach o zdrowiu współwystępują dwa nurty – medyczny i społeczny – to wywodzone z nich zasady są daleko odmiennie. Po pierwsze: objętość pracy. Prace medyczne (czy przyrodnicze) są krótkie, a społeczne (czy ekonomiczne) długie. Po drugie: struktura, czyli części składowe. Wskazane wyżej części pracy, tak jak zostały opisane w spisie treści, nie przynosiły żadnej informacji na temat merytorycznej zawartości poszczególnych części i fragmentów. Tak pisze się w pracach medycznych, ale w pracach społecznych byłby to niewybaczalny błąd wyknięty przez recenzenta, o ile praca zostałaby dopuszczona do dalszych faz przewodu doktorskiego. Trzeci aspekt, czy wątpliwość recenzenta, jest bardziej istotny: dorobek której z dyscyplin naukowych, objętych wspólną nazwą „nauk o zdrowiu”, powinien być traktowany jako kanon wiedzy oczekiwanej i egzekwowanej w czasie kolejnych kolokwium i egzaminów, którym jest poddawany kandydat do stopnia doktora? Wskazane wątpliwości mogą stać się przedmiotem, nad którym zastanawiać się będą – być może – Szanowni Czytelnicy naszych „Zeszytów”.

Podjąłem sprawę nauk o zdrowiu jako stopnia doktorskiego, bo decyzję o jego utworzeniu traktuję jako innowację wprowadzoną do naszego życia naukowego w dziedzinach dotyczących zdrowia. Jest to również innowacja dotycząca przyszłości naszych uczniów. Tak się złożyło, że bieżący numer „Zeszytów” jest poświęcony problemom innowacji. Naszym zamiarem było przygotowanie materiałów na ten temat w związku z prezydenturą sprawowaną przez Polskę w Unii Europejskiej. Stąd uwaga Autorów w niejednym tekście kieruje się w stronę Europy. We wszystkich tekstach staraliśmy się zajmować innowacjami w związku ze zdrowiem, choć niekoniecznie w związku z „naukami o zdrowiu”.

Życzę interesującej lektury,
wasz Włodarczyk

Cezary Włodarczyk, Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka

Innowacyjne wielowymiarowe narzędzie oceny polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego – matryca ewaluacyjna HPA (*Health Policy Assessment*). Podstawy metodologiczne, opis narzędzia

Słowa kluczowe: polityka zdrowotna, zdrowie publiczne, ewaluacja polityki zdrowotnej, legislacja, proces legislacyjny, regulacje wykonawcze, sektorowa polityka zdrowotna, metody oceny polityki zdrowotnej, instrumentarium badawcze

Wprowadzenie. Podstawowe założenia metodologiczne

Proponowana matryca *Health Policy Assessment* (HPA) jako uniwersalne narzędzie badawcze ma służyć ocenie polityki zdrowia publicznego oraz polityki zdrowotnej na różnych poziomach i w odniesieniu do zróżnicowanych merytorycznie kryteriów oceny. Została zaprojektowana jako rozbudowany, wieloczęściowy kwestionariusz ewaluacyjny, składający się z detalicznych analiz cząstkowych¹. Narzędzie to w założeniu ma znaleźć zastosowanie w wymiarze zarówno polityki krajowej, jak i wspólnotowych działań, celów, możliwości, kierunków, efektów oraz na płaszczyźnie badań porównawczych² w odniesieniu do poszczególnych systemów zdrowotnych Unii Europejskiej (UE), do ich części składowych, poszczególnych elementów konstytutywnych czy segmentów. W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę na trudności, jakie wiążą się z problematyką *cross-national policy learning* [1], co ma bezpośredni związek z jakością i metodologią badań porównawczych, oraz podkreślić znaczenie odpowiednio opracowanych narzędzi do analiz. Jako koncepcja metodologiczna matryca HPA ma stanowić również instrument służący ocenie określonych konkretnych polityk cząstkowych – tak na poziomie wspólnotowym, jak i krajowym. Szczególnie istotne jest jej zastosowanie w odniesieniu do oceny kluczowych zagadnień systemowych w perspektywie reform zdrowotnych – narzędzie powinno dawać możliwość kompleksowego podejścia do procesów zachodzących we współczesnych systemach ochrony zdrowia i komparatystycznych analiz cząstkowych.

HPA jako uniwersalne narzędzie powinna umożliwiać wskazanie mocnych i słabych stron w polityce/politykach zdrowotnych i zdrowia publicznego, typowych błędów, opóźnień i zaniedbań, obszarów sukcesu i porażek, niepożądanych, negatywnych skutków, jak i pozytywnych wpływów i dobrych praktyk, przeszkód, barier i szans dla podejmowanych działań. Oczywiście jest, że jako narzędzie uniwersalne, dające się stosować w odniesieniu do różnych problemów, w matrycy będą musiały się znaleźć pewne zgeneralizowane pojęcia, kryteria, punkty odniesienia. Jednakże jako kompleksowy i rozbudowany instrument badawczy HPA będzie się składać z komplementarnych cząstkowych kwestionariuszy, odpowiednio do wyznaczonych najważniejszych obszarów oddziaływania polityki zdrowia publicznego. W tych obszarach ich specyfika wymaga konieczności zastosowania odpowiednich wariantów kwestionariusza podstawowego lub jego uzupełnienia, dostosowania do przedmiotu badania.

Dla potrzeb opracowania matrycy w jej podstawowej formie przyjęto cztery główne „obszary” matrycy HPA – kwestionariusze cząstkowe – które mogą stanowić kompletne elementy autonomiczne lub być syntetyzowane/agregowane/modyfikowane odpowiednio do pojawiającej się koncepcji badawczej³. HPA to narzędzie o otwartej konstrukcji, jej zakres przedmiotowy może być rozszerzany o kolejne segmenty – zaletą narzędzia jest możliwość jego „rozciągania” w zależności od identyfikowanych nowych procesów, problemów, zmian zachodzących we współczesnych systemach, nowych koncepcji i podejść w polityce na różnych poziomach. Matryca w założeniu może być zatem stale rozbudowy-

wana i uzupełniana. Jej zalety to uniwersalny i wielosegmentowy (modułowy) charakter, zastosowanie z jednej strony zgeneralizowanych pojęć kluczowych, z drugiej możliwość włączania kolejnych specyficznych elementów odpowiednio do przyjętych podstaw analizy.

Obszary przyjęte jako metodologiczny i merytoryczny punkt wyjścia⁴ dla konstrukcji i zawartości matrycy HPA to wątki aktualnie szczególnie istotne: wspólna europejska polityka zdrowotna; nowe zarządzanie publiczne w ochronie zdrowia; specyfika systemowa i reformy zdrowotne; procesy decentralizacji w systemach zdrowotnych. W koncepcji struktury HPA przyjęto także założenie, że wskazane powyżej zagadnienia należy analizować w świetle funkcji zdrowia publicznego, których zróżnicowane katalogi stanowią istotny punkt odniesienia dla oceny zgodności podejmowanej polityki z zakładanymi na poziomie teoretycznym celami w zdrowiu publicznym, ponadto pozwalają na umieszczenie analizy w kontekście międzynarodowym (regionalnym).

1. Wspólnotowa polityka zdrowia publicznego

1.1. Identyfikacja unijnych obszarów działań w dziedzinie zdrowia publicznego

Zaczynając od wspólnotowej polityki zdrowia publicznego (zdrowotnej) w kontekście budowy narzędzia, przyjęte zostały ustalenia dotyczące zasadniczego jej przedmiotu, mechanizmów i podziału kompetencji między poszczególne podmioty⁵ [2]. W Unii podstawowym pytaniem była, i nadal nie traci na znaczeniu, kwestia podziału kompetencji między Unią a krajami członkowskimi. Ogólną zasadą, zgodnie z którą dokonuje się rozdziału kompetencji, jest zasada pomocniczości (subsidiarności), wprowadzona w Traktacie z Maastricht⁶. Zgodnie z oficjalnym sformułowaniem w zakresie kompetencji UE powinno znaleźć się uzupełnianie działań krajowych w dziedzinie zdrowia. Zadanie to miałyby obejmować⁷:

- 1) ochronę ludności przed zagrożeniami dla zdrowia i chorobami;
- 2) promowanie zdrowego stylu życia;
- 3) ułatwienie władzom krajów UE współpracy w dziedzinie zdrowia⁸.

Bez wątplenia wątki należące do wspólnotowej polityki zdrowotnej oraz problematyka jej wpływu na politykę krajową to istotny dla konstrukcji HPA kontekst: Komisja Europejska przedstawiła strategiczne podejście do unijnej polityki zdrowia na lata 2008–2013, które miało na celu stworzenie ogólnych ram obejmujących nie tylko kwestie związane ze zdrowiem w Europie, lecz również tematy o szerszym zasięgu, jak zdrowie we wszystkich obszarach polityki czy zdrowie na świecie. Polityka zdrowotna UE była i jest obciążona wynikającym z przeszłości wewnętrznym konfliktem⁹ [3]. Można przypuszczać, że jest on efektem przyjmowanego niegdyś ostrego rozróżnienia między zdrowiem publicznym a opieką medyczną¹⁰ [2]. Współcześnie ostrość tego podziału osłabła, ale jest nadal obecna w tekstach traktatów kształtujących rzeczywistość prawną UE. Duch konserwatywnego

okazuje się silniejszy niż praktyka, także ta wynikająca z dążenia do wcielania w życie swobody krążenia ludzi, dóbr i kapitałów.

Idea szanowania narodowej suwerenności wynikająca z traktatów zmienia nieco swój wydźwięk na skutek rosnącej integracji w różnych dziedzinach, postulowanej w tych samych traktatach. Wzmocnienie tych tendencji nastąpiło w niektórych postanowieniach Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Trybunał w tym kontekście szczególnie mocno podkreślał potrzebę ochrony zasady swobodnego przepływu usług. Niekiedy można było odnieść wrażenie, że rozstrzygnięcia sądowe trybunału idą bardzo daleko, prowadząc do definiowania paneuropejskiego koszyka świadczeń zdrowotnych, który powinien być dostępny w każdym kraju – pojawia się uzasadnione pytanie o istnienie, kształt i zakres europejskiego prawa do ochrony zdrowia, przysługującego obywatelowi każdego państwa członkowskiego UE. W stosunku do proponowanego narzędzia zagadnienia te rzucają także istotne światło na ocenę krajowej polityki zdrowotnej, jej zbieżności z tak rozumianymi standardami.

W dyskusji dotyczącej kształtowania europejskiej polityki zdrowotnej znaczące miejsce zajmuje obecnie postulat: *There can be no Europe, without a Europe of Health*¹¹ [4]. Unia powinna chronić obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi, rozwijać współpracę w sprawach zdrowia, włączać troskę o zdrowie w przygotowywanie i wdrażanie wszystkich programów i interwencji¹² [5]. Nie jest możliwe wyrównanie poziomu między krajami bez poprawy stanu zdrowia obywateli w krajach biednych. W tej perspektywie rola UE to także troska o zdrowie, co może być szansą rozwoju i osiągnięcia spójności społecznej, ale i korzyści ekonomicznych. Wyraźnym i znaczącym krokiem w tym kierunku jest przyjęcie wspomnianej wyżej dyrektywy UE o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, a jej stosowanie będzie miało istotne znaczenie dla oceny polityki krajowej.

W stosunku do europejskiej części matrycy HPA istotne są fundamentalne ustalenia dotyczące tego wymiaru polityki zdrowotnej. Podstawowe zasady i zakres polityki zdrowotnej/zdrowia publicznego UE są ukształtowane postanowieniami traktatowymi¹³, przy czym przełomem były postanowienia Traktatu z Maastricht (TM)¹⁴, rozwijane w Traktacie z Amsterdamu (TA)¹⁵ i Traktacie z Lizbony (TL)¹⁶. Lista problemów, które są stawiane w europejskiej polityce zdrowotnej/zdrowiu publicznym, przy wskazaniu zmieniającego się – wzbogacanego – sposobu rozumienia poszczególnych zagadnień, obejmuje:

- 1) kompleksowe podejście do zdrowia (podstawa: TA i TL);
- 2) zdrowie i zdrowie publiczne (podstawa: TM, TA, TL);
- 3) epidemie – przeciwdziałanie i zwalczanie (podstawa: wszystkie traktaty);
- 4) uzależnienia – narkotyki i papierosy (TM, TA, TL);
- 5) transgraniczne zagrożenia zdrowotne (TL);
- 6) transgraniczna opieka zdrowotna (TL);
- 7) podział odpowiedzialności i kompetencji (TM, TA, TL).

W kontekście wskazanych powyżej zagadnień trzeba uwzględnić ogólne wartości i zasady jako podstawy ewaluacji. Zasady te zostały bezpośrednio sformułowane w konkluzjach rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej UE¹⁷, kiedy to za najistotniejsze wartości uznano: powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność. Ponadto do zbioru zasad zaliczono: wysoką jakość świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo, ochronę przed wprowadzającymi w błąd reklamami produktów ochrony zdrowia oraz metod terapii, zasadę *evidence based medicine*, przestrzeganie wymogów etycznych, angażowanie pacjentów w sprawy dotyczące zdrowia, prawo domagania się zadośćuczynienia w przypadku złego obrotu spraw, gwarancje prywatności i poufności¹⁸. Lista zasad najważniejszych z punktu widzenia europejskiej polityki obejmuje poniżej wskazane zagadnienia:

- 1) zasady wynikające z Programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013¹⁹;
- 2) stabilność finansową²⁰;
- 3) bezpieczeństwo pacjentów²¹;
- 4) prawa pacjentów²²;
- 5) finansowanie opieki zdrowotnej;
- 6) dialog społeczny i przyszłość (cztery zasady: trwałość – *sustainability*, sprawiedliwość – *equity*, solidarność – *solidarity*, odpowiedzialność – *accountability*);
- 7) ubezpieczenia prywatne²³ (dyrektywa „kodyfikująca”²⁴);
- 8) podstawową opiekę zdrowotną²⁵;
- 9) *health technology assessment*²⁶ (liczne projekty UE²⁷ i analizy²⁸ [6] utworzenie European Network for Health Technology Assessment – EUnetHTA²⁹);
- 10) *health impact assessment*³⁰ [7];
- 11) szczegółowe polityki zdrowotne³¹.

1.2. Założenia przyjęte dla opracowania matrycy w świetle uwarunkowań UE

W stosunku do opracowywanego narzędzia zostało przyjęte założenie, że wskazane wyżej problemy/wątki polityki zdrowia publicznego mogą stanowić nie tylko odrębne obszary podlegające ocenie jako „samodzielne” polityki cząstkowe, ale także istotny kontekst dla badanej polityki krajowej. W obszarze wspólnotowej polityki ukierunkowanej specyficznie na zagadnienie prawa do ochrony zdrowia w UE problem stosowania praw pacjenta, szczególnie kwestia równości obywateli państw członkowskich UE w dostępie do świadczeń – czyli rozwiązania dotyczące tzw. opieki transgranicznej, to czytelny przykład takiego wzajemnego oddziaływania. Problemy te wysuwają się obecnie na pierwszy plan w sferze unijnej polityki zdrowotnej i ten właśnie obszar zostanie w niniejszym opracowaniu przedstawiony.

Jak wspomniano wyżej, w stosunku do narzędzia HPA przyjęto jako zagadnienia stanowiące podstawowe segmenty jego konstrukcji (punkt wyjścia dla konstrukcji narzędzia) następujące problemy:

1. Wspólna europejska polityka zdrowotna: w tym kontekście wybrane, szczególnie istotne dla polityk kra-

jowych wątki – na potrzeby niniejszego opracowania zagadnienia opieki transgranicznej.

2. Nowe zarządzanie publiczne w ochronie zdrowia: w perspektywie koncepcji dążenia do profesjonalnego zarządzania i efektywności w systemie ochrony zdrowia, założeń, narzędzi i instrumentów możliwych do zastosowania.
3. Specyfika systemowa i reformy zdrowotne: wpływ uwarunkowań modelowych na politykę zdrowotną, miejsce sektora w zabezpieczeniu społecznym, funkcjonowanie systemów zdrowotnych w perspektywie zmian.
4. Procesy decentralizacji w systemach zdrowotnych: w kontekście zachodzących transformacji systemowych, zmian w podejściu do odpowiedzialności, organizacji i zarządzania.

W niniejszym opracowaniu zostaną przedstawione główne założenia merytoryczne i organizacyjne istotne dla konstruowanej matrycy, której wersja pilotażowa zostanie poddana weryfikacji środowisk zajmujących się polityką zdrowia publicznego i polityką zdrowotną z różnych perspektyw: badaczy i ekspertów, decydentów różnych szczebli oraz innych uczestników relacji systemowych.

2. Opieka transgraniczna w europejskiej polityce zdrowia publicznego

2.1. Typologia standardów

W kontekście europejskiej polityki zdrowia publicznego działania potencjalnie podlegające procesowi ewaluacji czy weryfikacji to obszary, w których wyróżnia się dwie zasadnicze grupy standardów³²:

- 1) standardy regulacyjne;
- 2) standardy doktrynalne [9].

W ramach grupy pierwszej podział wynika z rozróżnienia na regulacje tzw. twardego prawa wspólnotowego (*hard law*) i regulacje prawa miękkiego (*soft law*) [9, 10]. Charakter prawny regulacji jest formalnie decydujący dla specyfiki standardu i jego implementacji. Rozróżnienie *hard law* i *soft law* dotyczy prawa wtórnego, nie stosuje się do prawa pierwotnego (traktaty) [9]. Standardy zdefiniowane w normach twardych muszą być bezwzględnie stosowane, co wynika z natury regulacji wspólnotowej, są to standardy o charakterze normatywnym. W ramach norm „miękkich” standard ma charakter postulatyczny (*guidelines, communications, codes of conduct*), jego stosowanie może być w wysokim stopniu uzależnione od woli i możliwości danego kraju członkowskiego bądź zawieszony w czasie (okresy przejściowe, dostosowawcze)³³ [11]. Wyraźną tendencją jest zjawisko stopniowego przeobrażania się prawa miękkiego w normy twarde³⁴ [12], zawarte w traktatach, porozumieniach międzynarodowych, zasadach prawa zwyczajowego, z których dla państw wynikają bezpośrednio prawnie wiążące zobowiązania. Wielu autorów podkreśla szczególną rolę prawa miękkiego w obszarach związanych ze zdrowiem [13].

Standardy normatywne odwołują się do stanu postulowanego, w jakimś zakresie i stopniu egzekwowalnego,

co z kolei zależy od natury samej normy zawierającej standard, a jest to grupa niejednorodna – ich moc wiążąca jest różna, nie wszystkie wykazują specyficzne dla norm wiążących cechy, z których zasadnicze to:

- 1) zdefiniowane (w samej normie) czas i miejsce obowiązywania;
- 2) wskazany adresat (strony);
- 3) określone zasady aplikacji (okresy przejściowe, dostosowawcze, zawieszenia, abolicji, warunkowego stosowania);
- 4) uzgodnione i zdefiniowane zobowiązania stron (oraz uprawnienia z nimi związane);
- 5) zdefiniowane instrumentarium stosowania (środki prawne, sankcje i inne ewentualne dolegliwości wynikające z naruszenia, przywileje).

Standardy doktrynalne można opisać za pomocą pojęć takich, jak: wytyczne, wskazówki, wartości, zasady, postulaty, możliwości, wzory działania, schematy, zasady proceduralne, interpretacyjne, a także inwentaryzacja i analiza dobrych praktyk, rekomendacje. Wszystkie one mają charakter ocenny lub z ewaluacji wynikają (jako zgeneralizowane wnioski), służą wskazaniu tego, co być powinno, do czego się dąży, co jest swoistym ideałem polityki zdrowia publicznego, stanem pożądanym. Jednak w przypadku tych standardów ich natura jest znacznie bardziej swoista, płynna i w najlepszym razie – w sytuacji gdy głos ekspercki staje się podstawą do zmian wprowadzanych w praktyce (czy to poprzez stosowne inicjatywy legislacyjne, nowelizacje regulacji, czy też w bezpośrednich działaniach implementacyjnych), następuje „inkorporacja” standardu do polityki na różnych poziomach. Jednak w tym przypadku standardy stanowią raczej pewien punkt wyjścia w procesie kształtowania polityki zdrowa publicznego, a ich realny wpływ na jej kierunki jest niezwykle silnie uzależniony od wielu skomplikowanych czynników, zarówno *stricte* systemowych (uwarunkowania modelowe, tradycje i rozwiązania organizacyjno-strukturalne, zasoby, poziom i mechanizmy finansowania, podejście profesjonalistów), jak i politycznych w sensie generalnym (układ sił, możliwości tworzenia lobbingu, realne wpływy środowiska eksperckiego) [2]. Powyższe w pełni odnosi się do europejskiego wymiaru polityki zdrowotnej.

W stosunku do identyfikacji i analizy standardów w zakresie obu kategorii konieczne jest przyjęcie całkowicie odmiennej metodologii. W odniesieniu do standardów normatywnych przyjęcie metody jest stosunkowo proste: standard istnieje „obiektywnie”, możliwość identyfikacji wynika z określonej normy prawnej (bez względu na specyfikę jej obowiązywania). Prawdopodobnie dokonane poszukiwanie i identyfikacja wymaga zasadniczo znajomości materiału źródłowego, jego inwentaryzacji, zweryfikowania statusu: źródeł aktualnie wiążących, uchylonych lub w stanie temporalnego zawieszenia (np. przepisy przejściowe, dostosowawcze, *vacatio legis*) oraz delimitacji zakresu podmiotowego i przedmiotowego regulacji. Konieczne będzie także właściwe stosowanie reguł interpretacyjnych, zasad wykładni (ze szczególnym uwzględnieniem wykładni systemowej). Standard normatywny jest zatem standardem spójnym, co do którego

można wskazać jego zakres obowiązujący w określonym czasie.

Standard ustalony, czy też „odkryty” w badaniach, opisany w literaturze, jest znacznie bardziej elastyczny, może być stale rozwijany w perspektywie czasu i dalszych badań, dla jego „wysokiej jakości” wręcz powinien być stale modyfikowany. Jego „zaczynem” są nowe ustalenia, wyrażone w ekspertyzach, raportach i opracowaniach naukowych. Standardy tego rodzaju w stosunku do polityki europejskiej są tworzone np. dzięki działaniom podejmowanym w różnego rodzaju międzynarodowych i europejskich sieciach eksperckich dzięki dyseminacji informacji, wiedzy, możliwości upowszechnienia metodologii, dobrych praktyk, analiz i studiów komparatystycznych. Nadal jest to jednak standard w znaczeniu postulatycznym, do jego „przemiany” w standard obowiązujący w znaczeniu normatywnym niezbędna jest wola decydentów polityki [2] – co z kolei samo w sobie nie stanowi standardu w rozumieniu właściwej praktyki w działaniach tychże decydentów.

Pomiędzy standardami normatywnymi i doktrynalnymi szczególnie miejsce zajmuje wymykająca się sztywnemu podziałowi kategoria różnego rodzaju dokumentów politycznych, których w ciągu wielu już lat powstało bardzo dużo w europejskiej polityce zdrowotnej, a nawet szerzej – światowej. Ich charakter jest zróżnicowany, niektóre należą do kategorii prawa międzynarodowego publicznego (problem mocy wiążącej), inne są wyłącznie rekomendacjami (np. zalecenia WHO), jeszcze inne to propozycja programów, które potencjalnie mogą stać się podstawą obowiązującej regulacji. W sferze polityki zdrowia publicznego w UE w praktyce standardy dotyczą zagadnień należących do specyficznych, ukierunkowanych na konkretny problem polityk szczegółowych³⁵. Są one odrębnie regulowane przez przepisy oraz dokumenty unijne i podlegają konsultacjom pomiędzy UE a krajami członkowskimi, często z udziałem różnych podmiotów zaangażowanych w sferę konkretnej polityki. Jest to proces, dzięki któremu standardy te, stopniowo i wyłącznie na drodze wzajemnych uzgodnień, mogą stawać się częścią zarówno polityk poszczególnych krajów członkowskich UE, jak i programów adresowanych do całej społeczności UE w formie wspólnotowych regulacji czy dokumentów politycznych.

2.2. Potrzeba nowych standardów normatywnych – aktualne tendencje na przykładzie opieki transgranicznej w UE

Sytuacja w sferze wspólnotowej polityki dotyczącej tzw. opieki transgranicznej jest innego rodzaju problemem. Pojęcie to odnosi się do całej grupy zagadnień³⁶, z jednej strony o charakterze problemów wspólnych dla całej UE, gdzie często mamy do czynienia z wypracowanymi standardami postulatycznymi (prawo do zdrowia, równość, sprawiedliwość), ale niekoniecznie normatywnymi, z drugiej – do zagadnień silnie uwarunkowanych systemowo, krajowo (braki w zasobach systemowych, poziom technologiczny, profesjonalny, infrastruktura). Taka sytuacja ma właśnie miejsce w opiece transgranicznej. Poczynając od fundamentalnych zasad UE, przede

wszystkim od traktatowej zasady swobodnego przepływu, zasady subsydiarności UE, fundamentalnych praw – równego prawa do zdrowia wszystkich obywateli UE, poprzez problematykę szeroko rozumianej „niewydolności” krajowych systemów ochrony zdrowia, zagadnienie zagwarantowanych wyłącznych kompetencji krajowych w sferze organizacji tych systemów, a skończywszy na precedensowej naturze rozstrzygnięć Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS), którego zasadnicza rola w sferze obowiązującego prawa wspólnotowego jest niekwestionowana.

W stosunku do opieki transgranicznej w UE problem konieczności uzgodnienia wspólnego rozwiązania w tej sferze europejskiej polityki zdrowotnej stał się w ostatnich latach szczególnie istotny [14]. Można stwierdzić, że po długim okresie niepewności prawa w tej sferze, wynikającym zwłaszcza z trudności interpretacyjnych i kontrowersji wokół orzeczeń ETS, w polityce wspólnotowej pojawiła się potrzeba opracowania nowego rozwiązania – standardu normatywnego dotyczącego zasad opieki transgranicznej w UE. Geneza aktualnego podejścia sięga regulacji zawartych w samych traktatach. W Traktacie z Maastricht³⁷ problem opieki transgranicznej w ogóle nie pojawił się w bezpośredni sposób, choć traktat stanowił zapowiedź zmian w podejściu do problemu ochrony zdrowia w UE, dzięki zamieszczonemu tam stwierdzeniu, że „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”.

Kolejne zapisy – najpierw Traktatu Amsterdamskiego³⁸, a następnie Traktatu Lizbońskiego³⁹ – znacznie poszerzyły rozumienie sfery odpowiedzialności Unii za zdrowie obywateli państw członkowskich, wyraźnie wskazując obszar zdrowia publicznego jako jej odniesienie (i zadanie). Traktat Lizboński stanowił szczególnie istotny krok w kierunku podejmowania wspólnych działań ukierunkowanych na zagadnienia opieki transgranicznej: UE uznała potrzebę współpracy w tym obszarze. W traktacie bezpośrednio zastosowano zwrot wskazujący na cel działania UE: „zwiększenie komplementarności usług zdrowotnych w regionach przygranicznych.”

Z całą pewnością aktualnie wysoki poziom ochrony gwarantuje w określonych sytuacjach właśnie możliwość uzyskania świadczenia zdrowotnego poza granicami własnego kraju. Temu celowi służy m.in. portal Europa dla pacjentów, który jest elementem składowym „Kampanii UE, na którą składają się różne inicjatywy w dziedzinie opieki zdrowotnej. Mają one jeden wspólny cel, którym jest zapewnienie wszystkim obywatelom Europy wyższego poziomu opieki zdrowotnej”⁴⁰. Należy jednocześnie podkreślić, że UE wyraźnie rozgranicza sfery odpowiedzialności (i ingerencji) organów i regulacji wspólnotowych od sfery kompetencji państw członkowskich. W ten sposób wykluczono z działań UE:

- 1) harmonizację krajowych przepisów ustawowych i wykonawczych⁴¹;
- 2) odpowiedzialność za organizację i świadczenie usług zdrowotnych⁴²;
- 3) odpowiedzialność za politykę zdrowotną, organizację i świadczenie usług zdrowotnych⁴³.

UE stanowczo podkreślała problem zakazu harmonizacji przepisów, zapisy te konsekwentnie włączano do kolejnych traktatów. Podkreślono też wyłączność kompetencji organizacyjnych, zarządczych i w zakresie finansowania funkcjonowania systemów zdrowotnych⁴⁴. W TL wyraźnie stawia się problem „poszanowania obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej”. W treści przepisów precyzowano, że „obowiązki Państw Członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również przydział przyznanych im zasobów”. Zastrzegano także, że działania muszą być realizowane „z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych Państw Członkowskich”. Jednak dostrzec należy, że to ostatnie mogło dotyczyć jedynie aktywności przeciwdziałania następstw nadużywania alkoholu, a nie innych zadań.

Niezwykle istotną rolę w sferze opieki transgranicznej odegrał ETS⁴⁵. Ogólnym celem ETS jest, poza zapewnieniem stosowania prawa wspólnotowego w UE i kontrolą legalności działań, ujednoczenie wykładni prawa wspólnotowego w krajach członkowskich, jego harmonizacja, co – jak wspomniano – na gruncie zapisów traktatowych UE nie było włączane do polityki zdrowotnej! [15]. Tymczasem w kwestii opieki transgranicznej orzecznictwo ETS – posiadające supranarodowy i precedensowy charakter – w konsekwencji doprowadziło do takiego skutku w przypadku spraw kilku europejskich pacjentów⁴⁶. Problem pojawił się, ponieważ orzeczenia ETS nie były zgodne z dotychczasowym systemem wynikającym z regulacji Rozporządzenia 1408/71 UE – a właściwie wprowadzały dualizm podejścia w ramach UE. Pierwszy system (R1408/71) wymagał preautoryzacji ubezpieczyciela w przypadku tzw. świadczenia planowego, drugi – „traktatowy” – został przez ETS „wywiedziony” z zasady swobodnego przepływu, a w konsekwencji możliwe jest oparcie na nim twierdzenia o istnieniu swoistego europejskiego prawa do ochrony zdrowia⁴⁷.

Orzecznictwo ETS i jego skutki można podsumować w kilku najistotniejszych punktach:

- 1) brak wpływu w stosunku do świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacjach nagłego zagrożenia – zgodnie z przyjętymi zasadami wynikającymi z tzw. systemu E111⁴⁸, gwarantującego bezgotówkowe leczenie (bezpośredni transfer płatności między ubezpieczycielem kraju pochodzenia a świadczeniodawcą);
- 2) zmiany w stosunku do systemu E112 – tzw. leczenia planowego: przede wszystkim w stosunku do wymogu autoryzacji, który był uznawany za konsekwencję prerogatywy krajów członkowskich w zakresie wydawania autoryzacji, natomiast ETS stał na stanowisku, że wymóg ten nie jest zgodny z zasadami swobodnego przepływu.

Formularze, mocą Decyzji Komisji Administracyjnej nr 197 z 23.03.2004 r., zostały zastąpione Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego⁴⁹. Na podstawie jej okazania pacjent nie ponosi kosztów leczenia w sytuacjach nagłych, natomiast w zakresie leczenia planowego sytuacja jest skomplikowana: w warunkach preautoryza-

cji koszty te mogły być teoretycznie regulowane transferami bezpośrednimi, w sytuacji braku wymogu – na zasadzie refundacji zgodnie z ustalonymi zasadami. Te właśnie zasady refundacji kosztów leczenia planowego stanowią meritum wszystkich unijnych dyrektyw transgranicznych [15, 16].

2.3. Aktualny stan prawny. Uwarunkowania Dyrektywy transgranicznej

Dnia 19.01.2011 r. Parlament Europejski przyjął (pierwsze czytanie 8.06.2009 r.) tzw. Dyrektywę transgraniczną „Pacjenci bez granic” UE⁵⁰, która była już w 2009 r. szeroko komentowana w mediach jako wielkie otwarcie rynków zdrowotnych dla polskich pacjentów. Twierdzono, że z chwilą wejścia w życie nowych zasad pacjent będzie się mógł leczyć w dowolnym szpitalu na terenie Unii, a NFZ pokryje całkowite koszty leczenia, przy czym *novum* w stosunku do systemu E112 miało być zniesienie wymogu autoryzacji przez krajową instytucję decyzyjną (płatnika). Przewidywano, że turystyka medyczna w Polsce będzie szansą dla chorych czekających w kolejkach na zabiegi onkologiczne, okulistyczne i ortopedyczne. Straszono perspektywą eksodusu pacjentów do krajów UE i koniecznością finansowania udzielanych tam świadczeń – często wielokrotnie droższych niż odpowiednie świadczenia w kraju, a nawet przywoływano możliwość dokonywania na jej podstawie przez Polki aborcji zagranicą⁵¹. Dyrektywa spotkała się z oporem polskiego Ministerstwa Zdrowia, stanowisko to nie zmieniło się do chwili obecnej⁵². Pytanie o istotę dyrektywy transgranicznej, o treść jej postanowień, jest w istocie pytaniem o obowiązujący wkrótce standard normatywny w sferze zakresu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w UE. Standard ten określa status pacjentów – obywateli UE także wobec instytucji systemu krajowego, choć dyrektywa nie rozstrzyga kwestii autoryzacji, pozostawiając państwom członkowskim ostateczny głos w kwestii odpowiednich wymogów. Jest to wynik kompromisu, który okazał się konieczny w trakcie prac nad finalną wersją regulacji.

Jaka zatem jest treść nowego rozwiązania, co zmienia dyrektywa, czy jest szansą dla pacjentów, a zarazem zagrożeniem dla systemów krajowych? Na pytania te nie można udzielić jednoznacznych odpowiedzi: zależy to od wielu zróżnicowanych czynników, począwszy od poziomu rozwoju (finansowania) systemu ochrony zdrowia danego kraju członkowskiego, świadomości i mobilności pacjentów, rzeczywistego stanowiska rządu i instytucji systemowych kraju pochodzenia pacjenta (ułatwienia – bariery, udostępnienie i wsparcie – reglamentacja i brak pomocy instytucjonalnej), wpływu organizacji ubezpieczonych i pacjentów na realizację uprawnień, zakresu finansowania leczenia planowego (poziom zróżnicowania kosztów świadczeń) [14]. Wszystkie te czynniki powinny zostać uwzględnione w analizie polityki UE w tej sferze, narzędzie analizy i oceny tych działań powinno uwzględniać właśnie te uwarunkowania, poza oczywistą, ale jednak zaledwie wstępną warstwą dostosowawczej legislacji krajowej.

To, co już można o dyrektywie jako standardzie normatywnym powiedzieć z całą pewnością, to to, że w każdym wypadku pozostaje obowiązek refundacji wszystkich kosztów leczenia w krajach Unii, o ile zachodzi sytuacja nagłego wypadku (choć sam problem kwalifikacji „nagłości” może w określonych wypadkach przysparzać trudności interpretacyjnych⁵³). Zgodnie z treścią dyrektywy NFZ powinien pokryć też koszty planowego leczenia zagranicą, przy czym wymagane jest spełnienie dwóch kategorii kryteriów: pierwsza odwołuje się do wymogów *stricte* medycznych: zabieg ma decydujące znaczenie dla zdrowia i życia, druga – do kryteriów uwarunkowanych systemowo: zabiegu nie można wykonać w Polsce. W tym sensie dyrektywa opiera się na przyjętych wcześniej regulacjach oraz zasadach ustalonych w dotychczasowych orzeczeniach ETS. Szczególnie istotne jest tu przyjęcie zasady dotyczącej wysokości finansowania leczenia (zwrotu kosztów) – zasadniczo tylko do wysokości kwoty, jaką za dany zabieg ubezpieczyciel zapłaciłby świadczeniodawcy w kraju pochodzenia pacjenta⁵⁴.

W przypadku polskich pacjentów szczegółowe zasady dotyczące leczenia szpitalnego, wymagającego co najmniej jednego noclegu, nie ulegną zmianie. Pacjent ubiegający się o refundację NFZ będzie musiał uzyskać wcześniejszą zgodę. W sferze podstawowej opieki zdrowotnej i opieki ambulatoryjnej wymóg autoryzacji nie będzie stosowany. Realnym ograniczeniem dla pacjenta zawsze jednak pozostanie kwestia wynikająca z przyjętego mechanizmu finansowania – w obu przypadkach będzie on musiał wyłożyć własne pieniądze, a dopiero potem starać się o refundację z NFZ (przy ograniczeniu do wysokości kosztów świadczenia w kraju – chodzi o koszty „kontraktowe”). W przypadku niektórych usług ambulatoryjnych (tych droższych, których lista zostanie ustalona) autoryzacja NFZ zostanie zachowana. Zasady dotyczące przeszczepów i opieki długoterminowej zostały wyłączone z zakresu przedmiotowego dyrektywy.

Problemem budzącym wątpliwości zarówno natury prawnej, jak i systemowej, jest kwestia wynikająca z logiki wnioskowania, którego punktem wyjścia jest stwierdzenie, że skoro leczenie w opiece transgranicznej można uzyskać w „dowolnym kraju Unii”, to nie istnieje przeszkoda formalna, aby pacjent ubiegał się o zgodę na leczenie w Polsce – także kraju członkowskim UE. Takie rozumowanie otwiera drogę do pytania (a nawet kilku pytań): czy można odmówić takiej autoryzacji pacjentowi, który zamiast wyjeżdżać do obcego kraju, będzie się starał o zgodę na świadczenie w Polsce, u świadczeniodawcy prywatnego? Chodzi o podmiot, który nie ma kontraktu z NFZ, nie o formę własności – ta, tym bardziej po przyjęciu nowej ustawy o działalności leczniczej, nie powinna mieć żadnego znaczenia. Czy w tych uwarunkowaniach prawnych jest możliwe zróżnicowane traktowanie podmiotów zagranicznych i polskich (uprzywilejowanie zagranicznych świadczeniodawców)? Czy NFZ może refundować leczenie wykonane zagranicą przez podmioty, które nie są związane kontraktem, a w kraju pochodzenia pacjenta wymagać takiej umowy od świadczeniodawcy? Wreszcie, czy jest możliwe, aby we własnym kraju prawa pacjenta do ochrony zdrowia miały zakres węższy niż

w każdym innym kraju UE? Odpowiedzi na te pytania nie mogą być udzielane wyłącznie na podstawie pragmatycznego podejścia do zadań systemowych i incydentalnych jednostkowych decyzji instytucjonalnych, muszą mieć swoje oparcie w stabilnej legislacji, zgodnej z unijnym standardem – choć dla niektórych krajów członkowskich standard ten byłby niewygodny.

3. Nowe Zarządzanie Publiczne

3.1. Strategie i narzędzia nowego zarządzania publicznego

Nowe zarządzanie publiczne (NZP) wskazuje na podobieństwo organizacyjnych cech administracji publicznej i sektora prywatnego (*profit seeking organizations*), a także sektora pozarządowego (*non-governmental organizations/not-for-profit organizations*), eksponując znaczenie profesjonalnego zarządzania i efektywności. Przez efektywność, zgodnie z konwencją anglosaską, należy rozumieć zarówno skuteczność, jak i ekonomiczność⁵⁵. Założenia NZP opisywane są w odmienny sposób przez różnych autorów, np. jako restrukturyzacja organizacji, zastosowanie mechanizmów rynkowych, koncentracja na wynikach [17], czy też jako „efektywność”, „zmniejszanie i decentralizacja”, „w poszukiwaniu doskonałości”, „orientacja na usługi publiczne” [18] i określane często mianem strategii bądź modeli.

Punktem wyjścia analizy przedstawionej w tym opracowaniu jest hipoteza, że dokonująca się w polskich warunkach decentralizacja władzy publicznej – głównie w kontekście zadań w obszarze ochrony zdrowia – nie została odpowiednio wsparta poprzez możliwe do zastosowania narzędzia i instrumenty zarządzania publicznego. W opracowaniu zaprezentowane zostaną różne podejścia do koncepcji NZP oraz podjęta zostanie próba identyfikacji specyfiki jego stosowania w obszarze ochrony zdrowia, które następnie posłużą wypracowaniu narzędzia (matrycy) do pomiaru efektywności działania instytucji publicznych realizujących zadania z zakresu polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego.

Nowe menadżerskie podejście do organizacji publicznych pojawiło się w Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii w latach 80. XX wieku. Od początku lat 90. zostało zaakceptowane i uznane w Stanach Zjednoczonych [19]. W teorii i praktyce sektora publicznego pojawiły się prekursorskie określenia, tj. rewitalizacja, *reengineering*, *reinventing*, wskazujące na zmianę sposobu działania sektora publicznego i społecznego [20]. Zaistniałe trendy silnie akcentowały konieczność zastosowania innych niż dotychczasowe metod zarządzania sprawami publicznymi, eksponując znaczenie profesjonalnego zarządzania i efektywności. Jest to odpowiedź na wyzwanie, które stanęło przed państwem w konsekwencji narastających zmian w strukturze demograficznej populacji, demokratyzacji życia publicznego oraz rosnącej presji na większy niż dotychczas udział podmiotów publicznych i społecznych w zaspakajaniu potrzeb ludności.

David Osborne i Ted Gaebler wypracowali model dziesięciu podstawowych założeń NZP, identyfikujących najważniejsze obszary jego działań:

1. Administracja publiczna powinna być zorientowana na osiągnięcie wyników.

Dotychczas działanie administracji publicznej zorientowane było na procesy wejścia i działania. Wynikało to przede wszystkim z tego, że jakość świadczonych usług nie była priorytetem działania sektora publicznego. Obecnie menadżerowie powinni skupiać swoją uwagę przede wszystkim na zadaniach, których efekty powinny być oceniane na podstawie wyraźnych i mierzalnych wskaźników.

2. Stosowanie mechanizmów konkurencji rynkowej.

W celu osiągnięcia lepszych wyników administracja publiczna powinna korzystać z takich metod, jak *outsourcing*, prywatyzacja czy komercjalizacja. Gdyby administracja publiczna funkcjonowała w podobny sposób jak organizacje prywatne, mogłaby czerpać dochody ze sprzedaży swoich produktów i usług, czego naturalnym efektem byłoby to, że stałaby się ona konkurencyjna wobec sektora prywatnego.

3. Administracja publiczna powinna być zorientowana na klienta.

Organy administracji publicznej powinny zmienić swoje nastawienie do osób, z którymi wchodzi w interakcje. Nastawienie to powinno polegać na traktowaniu podmiotów, z którymi wchodzi w kontakt, jako obecnych lub potencjalnych klientów (konsumentów).

4. Administracja publiczna powinna zagwarantować, że pewnego rodzaju dobra i usługi będą oferowane klientom.

Jak to określili D. Osborne i T. Gaebler, administracja publiczna powinna „sterować, a nie wiosłować”. Oznacza to, że sektor publiczny powinien dać klientom gwarancje, że pewne dobra i usługi będą realizowane, jednak niekoniecznie sam powinien zajmować się ich dostarczaniem. Może to zostać zlecone np. organizacjom z sektora prywatnego.

5. Zmiana regulacji w administracji publicznej.

Jak wykazano powyżej, administracja publiczna powinna być zorientowana na osiągnięcie wyników. Gdy zmienimy sposób działania organizacji (ze zorientowania w kierunku procesów wejścia na osiągnięcie wyników), należy zmienić również niektóre regulacje, tak aby stworzyć menadżerom możliwość swobodnego (zgodnego z ich przekonaniem) dysponowania personelem oraz innymi zasobami (materialnymi, finansowymi).

6. Administracja publiczna powinna stworzyć pracownikom warunki do przejawiania inicjatywy (*empowerment*).

Efektym tego działania będzie lepsze i bardziej trafne zaspokajanie oczekiwań klientów przez pracowników, zmotywowanych tym samym do osiągnięcia lepszych wyników swojej pracy. Takie podejście jest konsekwencją tego, że pracownicy sektora publicznego są bardzo dobrze wykształceni, posiadają dużą wiedzę, a dzięki powszechnej informatyzacji mają również duże możliwości i dostęp do wszelkiej informacji.

7. Racjonalne dysponowanie zasobami ludzkimi, rzeczowymi i finansowymi.

Główną przesłanką jest tutaj postulat obniżania kosztów świadczonych usług, a sytuacją optymalną będzie osiągnięcie lepszych efektów przy mniejszych nakładach.

8. Menadżerowie administracji publicznej powinni (oprócz swoich podstawowych funkcji) realizować pięć dodatkowych ról.

Menadżer administracji publicznej powinien w swych działaniach wypełniać następujące role: być architektem konsensusu, popularyzatorem spraw lokalnych, interpretatorem wartości lokalnych, wzorem etycznego postępowania, a także współwykonawcą władzy lokalnej.

9. Kultura organizacyjna administracji publicznej powinna cechować się elastycznością, innowacyjnością, przedsiębiorczością i łatwością rozwiązywania problemów.

Wszystkie wymienione elementy, które są pożądanymi cechami nowego zarządzania publicznego, są jednocześnie (paradoksalnie) przeciwieństwem dominującego do tej pory charakteru administracji – biurokracji.

10. Administracja publiczna powinna być apolityczna.

Oznacza to, że administracja powinna być wolna od wszelkich nacisków i wpływów politycznych, menadżerowie powinni zarządzać i podejmować decyzje zgodnie ze swoją wiedzą i przekonaniem, a nie pod wpływem nacisków zainteresowanych podmiotów⁵⁶.

3.2. Specyfika nowego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia

Bogata treściowo i znaczeniowo koncepcja NZP często traktowana jest jako panaceum na eliminowanie nieefektywności w rządzeniu [21]. Jak każde podejście, również NZP nie odpowiada na wszystkie współczesne wyzwania społeczne, a zatem wymaga dalszej refleksji i rozwoju. Niektóre z obszarów życia społecznego – polityka społeczna [22], edukacja [23] – są intensywniej eksplorowane z wykorzystaniem narzędzi NZP, podczas kiedy sektor ochrony zdrowia w nieco mniejszym zakresie [24–26]. Częściowo wynika to ze specyfiki tego sektora, którą trzeba koniecznie uwzględnić, stosując NZP do diagnozy i analizy zjawisk w tym obszarze [27]. Można zatem konstatować, że NZP formułuje nowe wyzwania dla badaczy sektora ochrony zdrowia. Należałoby np. podjąć wysiłek odniesienia (relatywizacji) listy czynników zewnętrznych wpływających na rozwój NZP do warunków w sektorze ochrony zdrowia, spróbować zarysować cechy wyróżniające NZP w sektorze ochrony zdrowia (z uwzględnieniem podziału na czynniki z otoczenia sektora (*distinctive environmental factors*), relacje organizacji z otoczeniem (*organization-environment transactions*) oraz czynniki wewnątrzorganizacyjne (*organizational roles, structures, and processes*) [28], czy dokonać weryfikacji strategii, narzędzi i instrumentów NZP proponowanej przez Frączkiewicz-Wronkę i Austen [29].

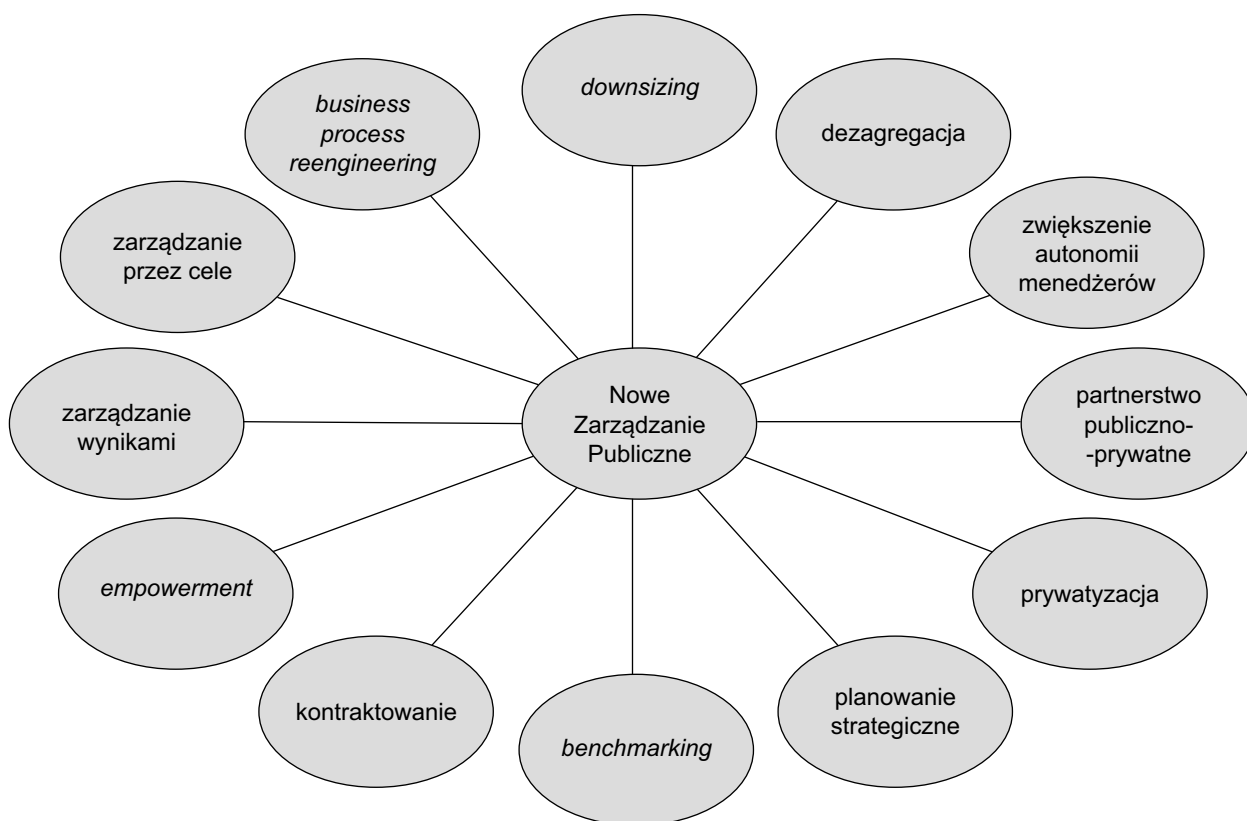
Niezwykle istotnym czynnikiem z punktu widzenia spokoju społecznego, warunkującym poprawność pozostałych, ważnych dla koncepcji NZP cech, jest usprawnienie procesu decyzyjnego w polityce zdrowotnej, którego niedostatki szczególnie dobitnie pokazują nam wydarzenia ostatnich lat (protesty, strajki pracowników sektora zdrowotnego niesprawnie zarządzanego). Należy zdawać sobie jednak sprawę z tego, że na każdym pozio-

mie zdecentralizowanych uprawnień zdrowotnych proces decyzyjny będzie odzwierciedlał szeroko rozumianą specyfikę danego poziomu (sektor publiczny *versus* niepubliczny, autonomia decyzyjna *versus* jej brak, ilość zasobów finansowych, zasobów ludzkich, umiejętności kadry zarządzającej i urzędniczej itp.) (Rysunek 1). [30].

Rozważając zagadnienie usprawnienia procesu decyzyjnego na poziomie jednostki świadczącej usługi zdrowotne, należy wskazać na: umiejętności zarządcze, dobry marketing, jakość udzielanych świadczeń adekwatną do potrzeb i możliwości, strukturę klientów oraz wiele innych. Wymienione czynniki decydują o działalności jednostki ochrony zdrowia w warunkach mikro. To jednak od polityki zdrowotnej państwa, jako podmiotu kształtującego relacje w systemie ochrony zdrowia, zależy, jakiego rodzaju rozwiązania w obszarze ekonomii i strategii politycznej są implementowane na poziomach zdecentralizowanych. Przyjęta doktryna ekonomiczna, zasady społeczne (sprawiedliwości społecznej, solidaryzmu społecznego, subsydiarności, równego dostępu do dóbr publicznych), wykorzystywane techniki typowe dla zarządzania publicznego oraz chęć utrzymania władzy są podstawowym wyznacznikiem celów i charakteru systemu, decydują również o sprawności i kosztach funkcjonowania, co z kolei przekłada się na satysfakcję klienta i efektywność jednostki i systemu [31].

W sektorze ochrony zdrowia sytuacja jest dodatkowo utrudniona mnogością i różnorodnością (w znaczeniu pochodzenia) informacji wykorzystywanych do podjęcia strategicznych decyzji. Specyfika sektora zdrowotnego wymaga powiązania decyzji medycznych/klinicznych, podejmowanych na najniższym poziomie procesu leczenia pacjenta w określonej jednostce (szpital/poradnia) z decyzjami społecznymi, wyrażonymi poprzez regulacje prawne dotyczące dostępności do opieki czy sposobu opłacania usługi medycznej [32], które podejmowane są przez podmioty publiczne będące centralnymi instytucjami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie całego systemu (Ministerstwo Zdrowia, NFZ itp.). Decyzje medyczne w rozumieniu klinicznym bazują na medycynie opartej na faktach (*evidence based medicine* – EBM), stanowiącej zbiór rekomendacji i zaleceń, które następnie decydenci ochrony zdrowia muszą przełożyć na określone stanowiska, strategiczne plany podejmowanych działań, specyficzne decyzje dotyczące zasad finansowania procedur medycznych czy poziomu refundacji leków. Ta złożoność informacyjna wynika z faktu zapotrzebowania na inne dane i inną informację przez lekarza czy też zespół leczący, przez kadrę zarządzającą zakładem opieki zdrowotnej czy przez zarządzających regionem, państwem, instytucją płatnika [30].

Jak słusznie zauważyła A. Frączkiewicz-Wronka, ważnym problemem podejmowania decyzji w sektorze publicznym, a szczególnie w sektorze ochrony zdrowia zarówno na poziomie metaorganizacji, jak i na poziomie jednostki świadczącej usługi zdrowotne, jest stworzenie mechanizmów wspierających adaptacyjność, komplementarność i współpracę pomiędzy poszczególnymi podmiotami, ponieważ coraz więcej decyzji związanych ze zdrowiem podlega ścisłej kontroli publicznej, stając



Rysunek 1. Sposoby realizacji założeń nowego zarządzania publicznego.

Źródło: Kurek M., maszynopis pracy magisterskiej, na podstawie „Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia”, Aldona Frączkiewicz-Wronka, 2009.

się bardziej decyzjami polityki niż ekonomii. Strategia przewagi konkurencyjnej powszechnie stosowana w przedsiębiorstwach w ochronie zdrowia ma zasadnicze ograniczenie. Przesuwanie funkcji polityki społecznej na szczeble samorządu terytorialnego, silnie argumentowane nieefektywnością działania resortowych struktur państwa, wywołuje organizacyjno-zarządczy konflikt w odniesieniu do specjalistycznych usług społecznych, głównie ochrony zdrowia. Problemy zarządzania w tym sektorze wynikają z tego, że żaden samorząd terytorialny nie jest w stanie uprawiać polityki zdrowotnej bez udziału kryteriów merytorycznie uniwersalnych i specyficznie narodowych, formułowanych na szczeblach krajowych. Jednocześnie poprawa funkcjonowania tej dziedziny wymaga uspołecznienia – niezbędne jest uwzględnienie kryteriów odbiorców i lokalnych gospodarzy jednostek ochrony zdrowia.

Podsumowując ten wątek rozważań, można uznać, że do podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia potrzebna jest nie tylko analiza wielu informacji z zakresu szeroko rozumianego obszaru ochrony zdrowia, ale także dokonywanie politycznych wyborów społecznie akceptowanych przez większość, co oznacza reorientację w kierunku przywództwa w działaniach menedżerów pracujących na rzecz tego sektora. Umocnieniem tego kierunku myślenia jest reorientacja zasad funkcjonowania państwa zgodnie z ideami nowego zarządzania

publicznego, gdzie podkreśla się zmianę paradygmatu działania organizacji publicznej działającej w warunkach zarówno makro, jak i mikro w kierunku innowacyjności, dynamizmu, przedsiębiorczości i oczekuje się od nich elastycznych umiejętności.

4. Specyfika systemów ochrony zdrowia w UE. Miejsce w systemie zabezpieczenia, modele, organizacja, tendencje i nurty reform

4.1. Systemy ochrony zdrowia na przełomie wieków, wpływ reform na ocenę polityki zdrowotnej

Koniec XX wieku to w Europie czas zasadniczych reform, m.in. transformacji systemów ochrony zdrowia w państwach postsowieckich, ale także głębokich zmian w strukturach i zasadach systemów „starej” Europy: w pierwszym przypadku najczęściej zmian modeli wzorcowych, w drugim zacierania się tych modelowych różnic i wprowadzania nowych, innowacyjnych elementów do systemów publicznych [33]. Od lat 90.⁵⁷ proces ten intensyfikuje się w sferach nowych zasad współpłacenia i partycypacji, dodatkowych segmentów w postaci ubezpieczeń uzupełniających, suplementarnych lub substytucyjnych, abonamentów pakietów pracowniczych, nowych procedur postępowania i instytucji, metod za-

rzędzenia oraz form prawnych i uwarunkowań ekonomicznych, a także elementów koordynacji na poziomie ponadnarodowym [34, 35]⁵⁸.

Ocena wpływu specyfiki systemów ochrony zdrowia na kierunki i obszary realizacji europejskiej polityki zdrowia publicznego ma istotne znaczenie dla ogólnej analizy i ewaluacji polityki zdrowotnej, a obecnie podejście nieuwzględniające perspektywy reform byłoby obciążone dużym błędem. Taki punkt wyjścia zakłada prowadzenie analizy w odniesieniu do stale rozwijającego się procesu, a nie do skostniałego modelu, spetryfikowanego wzorca, choć zasadnicze elementy tego wzorca, ich specyfika, mogą mieć niezwykle istotny wpływ na kontinuum działań w sferze polityki zdrowotnej i samych reform. W tym kontekście standardy przydatne do takiej oceny przy zastosowaniu uniwersalnego i innowacyjnego narzędzia muszą się odwoływać, po pierwsze, do konstrukcji pojęcia systemu zdrowotnego i jego specyfiki w znaczeniu teoretycznego narzędzia analitycznego stanowiącego syntezę cech różnych systemów krajowych, zbiór standardów definiujących te systemy⁵⁹ [36], oraz, po drugie, do procesu, do zidentyfikowanych zasadniczych elementów zmiany, wskaźników jej dynamizmu, przyczyn inercyjności, czynników oddziałujących na kierunki zmian, także do takich cech, jak: racjonalność i irracjonalność, inicjatywność i spontaniczność, sterowalność i aberracyjność, jedno- i wielokierunkowość, przewidywalność i nieprzewidywalność, nieuniknioność i możliwość przeciwdziałania, masowość (powszechność) i jednostkowość, istotność i marginalność czy samoindukcyjność zachodzących procesów. W kontekście specyfiki systemów model matrycy oceny europejskiej polityki zdrowotnej będzie musiał przede wszystkim uwzględniać różne rozwiązania modelowe, w szczególności podstawowe rozróżnienie na ubezpieczeniowy i budżetowy model systemu ochrony zdrowia, natomiast w stosunku do procesów reform – poza innymi kryteriami odnoszącymi się do przedmiotu i podmiotów reform, ich celów, sił, środków i barier – także wskazane powyżej cechy zachodzących zmian. Istotne są w tym względzie także procesy decentralizacji, choć niestety nadal można stwierdzić wyraźne braki w zakresie przydatnych do oceny polityki systemowej badań obrazujących relacje pomiędzy decentralizacją a zmianami systemowymi aktualnie wdrażanymi w ochronie zdrowia [30].

W latach 80. WHO w swojej definicji systemu zdrowotnego przywołała fundamentalny standard w stosunku do systemu zdrowotnego w ogólności: skutek zdrowotny funkcjonowania tego systemu w stosunku do populacji nim objętej – w oczywisty sposób pozytywny⁶⁰. Bez tego skutku – racja merytoryczna tworzenia, istnienia i rozwijania systemu upada, a przynajmniej może być kwestionowana. Ten pozytywny skutek w kontekście funkcjonowania systemu musi być postrzegany w kategoriach takich fundamentalnych zasad, jak niekwestionowane dziś prawo do ochrony zdrowia, zasady sprawiedliwości i równości oraz społecznej solidarności⁶¹, ale także w aspekcie efektywności samego systemu⁶². Treści składające się na pojęcie misji polityki zdrowotnej muszą być brane pod uwagę w kontekście ewaluacji polityki, oceny ukierun-

kowanej na stwierdzenie, czy podjęte działania można określić pojęciem „dobrej”, czy „złej” polityki⁶³ [37].

Racja merytoryczna tworzenia i rozwijania systemów zdrowotnych wiąże się bezpośrednio z pojęciem wielu współistniejących celów systemowych. Są one zróżnicowane, zhierarchizowane i wartościowane, może dochodzić między nimi do konfliktów i dotyczą różnego rodzaju obszarów: powiązanych ze zdrowiem i z organizacją systemów, interesami grup – uczestników systemu⁶⁴. Cele systemowe – oraz cele reform – uznawane są za istotne standardy oceny polityki zdrowotnej⁶⁵ [38], co jest zasadniczym zadaniem opisywanej koncepcji narzędzia analityczno-ewaluacyjnego, matrycy HPA. W kontekście celów systemowych warto jeszcze raz szczególnie podkreślić te odnoszące się bezpośrednio do poprawy ogólnego statusu zdrowotnego populacji, co rozszerza stosowaną perspektywę ewaluacji polityki zdrowotnej poza ramy samego systemu ochrony zdrowia na sferę zdrowia publicznego i przesuwa akcenty tej oceny w kierunku różnych relacji z otoczeniem systemu.

Większość współczesnych systemów ochrony zdrowia jest nadal reformowana ze względu na brak ich stabilizacji finansowej, związaną z tym konieczność tworzenia nowych więzi z otoczeniem, wprowadzania nowych elementów/komponentów do systemów powszechnych, potrzebę zmiany podejścia do ciężaru odpowiedzialności publicznej i indywidualnej. W dotychczasowym kształcie często nie są one w stanie spełniać tych zadań, dla których zostały utworzone. Wśród wielu różnorodnych przyczyn tego stanu – m.in. zmian w strukturach demograficznych społeczeństw, braku zasobów systemowych, ich nieadekwatności, nieracjonalności zarządzania – szczególnie istotna jest specyfika relacji między medycyną jako dynamicznie rozwijającą się nauką a funkcjonowaniem samych systemów ochrony zdrowia. Rozwój badań i postęp technologiczny w tej dziedzinie wiedzy zasadniczo wpłynął na wiele zagadnień systemowych, przede wszystkim na problem wysokich kosztów i stale rosnące oczekiwania pacjentów.

4.2. Typologia standardów

Kryteria szczegółowe (wskaźniki pomiaru) przydatne do analizy i oceny polityki zdrowotnej w kontekście systemowym

Tak jak w przypadku pozostałych obszarów ewaluacji polityki są dwie podstawowe grupy standardów: standardy normatywne (do nich odnoszą się normy systemu prawa w ochronie zdrowia i zdrowiu publicznym na różnych poziomach) oraz standardy doktrynalne (tworzone przez ekspertów polityki zdrowotnej, badaczy, akademików, profesjonalistów, wybitnych liderów zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej). W odniesieniu do specyfiki systemu zdrowotnego i zagadnienia reform systemowych występuje też dodatkowa grupa standardów dotycząca procesu realizacji zakładanej polityki zdrowotnej, praktyki jej implementacji, zasad proceduralnych, ewaluacyjnych, weryfikacji założeń, wreszcie zmiany tej polityki lub jej zaniechania, co może, lecz nie musi wiązać się z podejściem do standardów doktrynalnych jako istot-

nych wskazówek, wykorzystujących zasoby wiedzy, bazy danych, wyniki przeprowadzonych analiz i badań. Jeszcze inna grupa to standardy organizacyjne, wynikające z funkcjonowania struktur systemowych, procesów zarządzania w systemie, zachowań ludzkich. W tej grupie można ująć także problematykę mechanizmów finansowania i zasobów systemowych (traktowanych także w kategoriach standardu).

Wszystkie kategorie podlegają dalszym podziałom. W ramach grupy standardów normatywnych będzie to podział zasadniczo zgodny z systemem źródeł prawa w ogólności, nie tylko w efekcie zastosowania kryterium formalnego (miejsce w systemie źródeł prawa), ale i funkcjonalnego (cel regulacji) oraz jakościowego (spójność systemowa regulacji, brak wadliwości) [39]. W stosunku do standardów normatywnych niezwykle istotna jest stabilność prawa, co w obszarze ochrony zdrowia, zwłaszcza ustaw systemowych, niestety nie stanowi w Polsce sprzyjającego otoczenia prawnego dla rozwijania i umacniania się rozwiązań systemowych [31]. Standardy normatywne powinny być stosowane jako integralna część obowiązującego systemu prawa w ochronie zdrowia. Niezgodność z tak rozumianym standardem to naruszenie prawa.

Standardy doktrynalne, podobnie jak w pozostałych obszarach oceny polityki, można opisać za pomocą typowych dla nich pojęć odwołujących się do wiedzy i kompetencji⁶⁶. Jak wspomniano, mają ocenny charakter często jako zgeneralizowane lub specyficzne wnioski wynikające z analizy danej sytuacji, porównania lub syntezy. Służą identyfikacji oczekiwanego, „idealnego” stanu, takiego, do którego się dąży (a który niekoniecznie musi być zweryfikowany pozytywnie w praktyce). Od długiego już czasu w stosunku do polityki zdrowotnej, zwłaszcza na szczeblu krajowym, postulat uwzględniania tych standardów w działaniach decydentów jest stale przywoływany w stosunku do bardzo różnych działań. Ta pożądana „inkorporacja” standardu doktrynalnego do krajowej polityki na różnych poziomach ma w tym kontekście szczególnie istotne znaczenie, gdyż na szczeblu UE odpowiednie praktyki stały się integralną częścią podejmowanych polityk (oparcie działań i programów na nauce, dostępnej wiedzy, rzetelnych danych). Tak jak w przypadku polityki europejskiej w politykach krajowych realny wpływ tych standardów na kształt polityki zdrowotnej jest uzależniony od wielu skomplikowanych czynników⁶⁷ [2].

Jak wspomniano, w stosunku do identyfikacji i analizy standardów normatywnych i doktrynalnych konieczne jest stosowanie odmiennej metodologii. Standard normatywny istnieje „obiektywnie” (w sensie formalnym, co nie ma nic wspólnego z jego zobiektywizowaniem w sensie merytorycznym), a to oznacza, że możliwość jego identyfikacji wynika z określonej normy prawnej. Prawdopodobność takiego wskazania zależy z kolei od właściwego umiejscowienia standardu w systemie prawa. Także i tu istotne jest określenie poziomu, zakresu podmiotowego i przedmiotowego regulacji, właściwe stosowanie reguł interpretacyjnych, zasad wykładni (ze szczególnym uwzględnieniem wykładni systemowej, funkcjonalnej i legalnej), wskazanie zakresu obowiązywania w czasie⁶⁸.

W przypadku pojęcia standardów normatywnych w obszarze reform systemowych warto także zwrócić uwagę na problem tzw. przedwczesnej innowacji normatywnej [40], który dotyczy sytuacji, gdy drogą legislacji wprowadzany jest nowy standard – postulowany jako oczekiwany, pożądaný stan rzeczy. Taka regulacja normatywna wyprzedza wiele procesów, zmian, konkretnych zachowań, działań, decyzji – które są niezbędne dla jej prawidłowego funkcjonowania w otaczającej rzeczywistości, a które w praktyce nie następują. Przyczyny takiej sytuacji mogą być bardzo zróżnicowane, często dotyczą sfery stosunków społecznych, uwarunkowań kulturowych, ekonomicznych, ale także konsekwencji popełnionych błędów, chybotnych prognoz lub zaniechań. Nowa ustawa o działalności leczniczej⁶⁹ w świetle kontrowersji, które wokół niej powstały, przede wszystkim zarzutu nieprzygotowania istotnych uwarunkowań (konkurencja ubezpieczycieli, dodatkowe ubezpieczenia), w pewnym sensie stanowi przykład takiej innowacji normatywnej [35].

W kontekście systemu ochrony zdrowia problem przedwczesności normatywnej innowacji można zilustrować przykładem wprowadzenia na drodze legislacji dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (jako uzupełniającego komponentu do powszechnego systemu) w sytuacji nieodpowiedniej (niespełniającej wymogów) regulacji w zakresie koszyka świadczeń gwarantowanych czy nieistnienia konkurencji na rynku ubezpieczycieli. Wprowadzana innowacja nie spełni swojego zadania ze względu na trudności z ustaleniem obszaru referencyjnego – pakietu standardowego. Kolejnym przykładem może być aktualna zmiana wprowadzona ustawą o działalności leczniczej w kontekście podobnych zarzutów: braku regulacji stanowiących gwarancje bezpieczeństwa pacjentów (zagwarantowanie rzeczywistej dostępności świadczeń), braku przepisów dotyczących równości traktowania podmiotów publicznych i prywatnych w kontekście pomocy w spłacie zadłużenia i braku konkurencji na rynku ubezpieczycieli. Wydaje się, że w stosunku do funkcjonowania systemów zdrowotnych zasygnalizowany w tym miejscu problem może mieć skutki niweczące dla przedsięwziętych reform.

W pozostałych grupach standardów (poza normatywnymi) kryteria oceny polityki zdrowotnej będą bardzo zróżnicowane, zwłaszcza dotyczy to kwestii organizacyjnych i specyfiki systemowej. Matryca do oceny polityki zdrowotnej w tej części musi uwzględniać szczegółowe kryteria, a wiele z nich nie będzie się dało „przenieść” na grunt innego systemu po prostu dlatego, że w nim nie występują lub nie odgrywają istotnej roli. Trudności te wynikają przede wszystkim z podstawowego modelu, jaki został przyjęty dla konstruowania systemu ochrony zdrowia – ubezpieczeniowego lub obywatelskiego (narodowego). Istotne różnice są efektem nie tylko innych mechanizmów i źródeł finansowania, ale także innego podejścia do kwestii odpowiedzialności państwa, struktur organizacyjnych, funkcji instytucji systemowych, mechanizmów nadzoru i kontroli, partycypacji społecznej. Dodatkowo czynnikiem różnicującym będzie np. podejście do problematyki integracji opieki zdrowotnej, współpła-

cenia pacjentów, ubezpieczeń dodatkowych. Brak danej kategorii tak rozumianego standardu, wynikający np. ze specyfiki struktur systemowych, dla procesów ewaluacyjnych będzie także istotnym kryterium weryfikacji, choć z punktu widzenia analizy porównawczej różnych polityk krajowych – może po prostu taką analizę w określonych obszarach uniemożliwić.

4.3. Podstawowe cechy narzędzia badawczego a specyfika systemu zdrowotnego w zabezpieczeniu społecznym

Przydatne z punktu widzenia analizy porównawczej będą te kryteria, które pozwalają na wskazanie cech różnicujących, decydujących o takich a nie innych kierunkach polityki, wynikające ze specyfiki systemowej. Stąd pierwsze kryterium dotyczy kwestii modelowych rozwiązań przyjętych jako podstawa do konstruowania systemu. Trzeba wyraźnie podkreślić, że dualistyczny podział na podstawowe modele systemów zdrowotnych – ubezpieczeniowy i budżetowy – jest tutaj niewystarczającym kryterium, bo obecnie modele te w czystej formie nie występują – nawet w tych krajach, w których zostały wprowadzone po raz pierwszy. Coraz częściej w UE występuje mieszanie obu rozwiązań modelowych, a poza nimi mamy do czynienia z jeszcze innymi innowacyjnymi rozwiązaniami, wprowadzaniem do systemów elementów dotąd tam niewystępujących. Te ostatnie wiążą się z zagadnieniem wzajemnych wpływów reform systemowych, zarówno w sensie różnych koncepcji, jak i procesów implementacji tych zmian, na politykę zdrowotną – i odwrotnie: wpływem samej polityki na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Standardy, które wymagają uwzględnienia w narzędziu ewaluacji polityki zdrowotnej (zdrowia publicznego) w kontekście systemowym, można zatem scharakteryzować dzięki identyfikacji pojęć kluczowych dla funkcjonowania tego systemu. Przydatne w tym celu będzie w pierwszej kolejności zastosowanie dwukierunkowego schematu (matrycy), zgodnie z przyjętym podstawowym dualnym rozróżnieniem modelowym: system ubezpieczeniowy i obywatelski (narodowy)⁷⁰. Taki punkt wyjścia umożliwi dwa warianty: 1) wskazanie tych cech, które dla obu są najbardziej charakterystyczne i jednocześnie różnicujące wzajemnie, oraz 2) wskazanie cech wspólnych, występujących niezależnie od przyjętego modelu. W obu przypadkach istotne jest zaprojektowanie metody pomiaru stopnia nasilenia występowania obu kategorii w analizowanym systemie zdrowotnym oraz obszarów ich występowania.

Lista pojęć kluczowych do oceny polityki zdrowotnej w kontekście przedmiotowego zakresu tego obszaru obejmuje:

- 1) umiejscowienie systemu zdrowotnego w szerszym kontekście zabezpieczenia społecznego z określeniem funkcji państwa, instytucji, relacji między odpowiedzialnością indywidualną i publiczną na gruncie obowiązującego prawa;
- 2) identyfikację zasadniczego modelu: powszechne ubezpieczenie zdrowotne *versus* model narodowy (z uwzględnieniem wariantów modeli mieszanych);

- 3) regulacje systemowe na wszystkich poziomach (konstytucja – akty wykonawcze) i etapach procesu legislacyjnego (począwszy od inicjatywy ustawodawczej po ewaluację praktyki stosowania);
- 4) identyfikację elementów składowych systemu, podmiotów odpowiedzialnych i oddziałujących na system (interferencje), instytucji, uczestników i użytkowników;
- 5) wskazanie segmentów organizacyjnych należących do systemu: poziomów i rodzajów opieki zdrowotnej;
- 6) delimitację zakresu przedmiotowego systemu ochrony zdrowia (z uwzględnieniem wszystkich składowych) – zagadnienia koszyka świadczeń gwarantowanych, jego zakresu, prawidłowości kwalifikacji świadczeń (zasad włączania i wyłączenia z zakresu), problem stosowanych metod delimitacji koszyka, kryteriów, procedur i organów decyzyjnych;
- 7) identyfikację elementów uzupełniających, dodatkowych komponentów: ubezpieczeń uzupełniających, systemów współpłacenia pacjenta, zasad, poziomów i funkcji wkładów;
- 8) zasady finansowania: mechanizmy przepływów systemowych (transferów), identyfikacja źródeł finansowania (środki wydzielone, w tym pochodzące ze składek), fundusze, budżet centralny, budżety lokalne, inne (ubezpieczenia dodatkowe, abonamenty, środki prywatne – *out of pocket*, udział instytucji pozasystemowych, rola NGO, inne formy transferów);
- 9) formy dodatkowych wkładów do systemu w postaci prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych: identyfikacja zasad wszystkich możliwych form (rodzajów ubezpieczeń dodatkowych), proporcje w finansowaniu działań systemowych, wielkość i charakterystyka grup dodatkowo ubezpieczonych, identyfikacja mechanizmów zapobiegania wykluczeniu (w związku z tą formą ubezpieczeń);
- 10) inwestycje w sektorze: problematyka uwarunkowań prawno-ekonomicznych, zasady na poziomie legislacji, ograniczenia, procedury, zasady kontroli;
- 11) zasady zarządzania wewnątrz i na zewnątrz systemu: problemy nowego zarządzania publicznego, uwarunkowania procesu podejmowania decyzji, zarządzanie na poziomie centralnym i lokalnym, zarządzanie w jednostkach udzielających świadczeń – uwarunkowania formalnoprawne;
- 12) procesy prywatyzacyjne w ramach systemu; obszary działań prywatyzacyjnych (komercjalizacyjnych), zasady, główne cele, oczekiwania, obszary i podmioty uczestniczące, szanse i zagrożenia, obszary konfliktów, perspektywy;
- 13) stosunki wynikające z własności w ramach systemu, identyfikacja właścicieli w kontekście roli sektora prywatnego i publicznego w stosunku do funkcjonowania ochrony zdrowia, wzajemnych relacji, zasad traktowania, konkurencyjności, finansowania szpitali, jakości kontraktowanych świadczeń, zasad dostępności i odpowiedzialności z tytułu zarządzania;
- 14) infrastruktura: zasady, procesy i instytucje a organizacja działań systemowych, podstawy ekonomiczne i prawne, wyposażenie, problem własności, kosztów

- inwestycji, modernizacji i remontów, dostosowania do obowiązujących standardów;
- 15) zagadnienie dostępności: gwarancji równości dostępu, zasad partycypacji w systemie i zasad zapobiegających wykluczeniom grup szczególnie narażonych oraz problemów zdrowotnych wyjątkowo istotnych w tym kontekście w odniesieniu do gwarancji legislacyjnych i w perspektywie stosowania prawa, przyczyny i skutki wykluczenia, problem kolejek i procedur stosowanych w tym zakresie, kontrola zjawisk patologicznych;
 - 16) systemowe i pozasystemowe bariery dostępności procedur medycznych: na gruncie prawa (luki, niespójność przepisów, błędy prawa), w kontekście miejsca zamieszkania (ograniczenia geograficzne, infrastruktura, zróżnicowanie geograficzne rozmieszczenia placówek, różnice kontraktowania), przeszkody i bariery wynikające z procedur administracyjnych, błędy ludzkie, biurokracja i błędy działania systemu, nieefektywność systemu, brak środków (zasobów);
 - 17) aspekty jakości świadczeń: instrumenty, mechanizmy, instytucje, procedury oceny jakości, zgodność ze standardami, procedury akredytacji, certyfikacji i walidacji, problem bezpieczeństwa i odpowiedzialności, standardy procedur medycznych, centra monitoringu jakości;
 - 18) problematyka innowacyjności i nowoczesnych technologii: uwarunkowania badawcze, mechanizmy wsparcia i bariery, problemy wdrażania, finansowania, oceny skuteczności i kosztochłonności, zasoby sprzętowe i możliwości doposażenia;
 - 19) funkcje, zadania, zakresy odpowiedzialności głównych stakeholderów/interesariuszy, podział sfer wpływów, kompetencji, kolizje interesów ze szczególnym uwzględnieniem miejsca instytucji reprezentujących pacjentów/ubezpieczonych;
 - 20) identyfikacja i typologia świadczeniodawców i ich funkcji w systemie, uwzględniające poziomy i formy opieki: szpitale, kliniki uniwersyteckie, ambulatoria, specjalistyka, opieka długoterminowa, domy opieki, hospicja;
 - 21) struktura i organizacja systemu ratownictwa medycznego i jego miejsce, zadania i funkcje w systemie ochrony zdrowia, finansowanie, zasady szczególne, integracja, rozkład odpowiedzialności;
 - 22) problemy kadr: zasoby ludzkie, adekwatność i wystarczalność profesjonalistów, w tym specjalistów, w stosunku do potrzeb w systemie, problem szkoleń i doskonalenia kwalifikacji, jakości wiedzy, poziomu profesjonalizmu, wymogów zawodowych, fluktuacji i migracji kadr, problem właściwego szkolenia w zakresie regulacji w odniesieniu do stosowanych przez profesjonalistów środków (ustawy zawodowe, kodeksy etyki, regulaminy szpitalne), możliwości zwolnień, różnicowania wynagrodzeń i premiowania najlepszych pracowników;
 - 23) zagadnienia płacowe i problematyka zatrudnienia w sektorze: wysokość wynagrodzeń, polityka płacowa, poziom satysfakcji, perspektywy kariery zawodowej, możliwości systemu, zasady i formy zatrudnienia w kontekście problemu płac, zróżnicowanie zasad w grupach zawodowych, metody ustalania poziomu wynagrodzeń (zawody medyczne);
 - 24) zagadnienia rozwoju medycyny i zdrowia publicznego jako dyscyplin naukowych w ogólności i jako istotnych uwarunkowań funkcjonowania systemu: finansowanie i inne wsparcie dla badań, eksperymenty medyczne, wysokie technologie, informatyzacja i telemedycyna (*e-health*), epidemiologia, *evidence based medicine* jako podstawa decyzji podejmowanych w sektorze;
 - 25) instytucje i mechanizmy kontroli w systemie ochrony zdrowia, obszary nadzoru i kontroli, rodzaje i poziomy, rola administracji publicznej (rządowej i samorządowej), problem korupcji, lobbingu, wpływów;
 - 26) problematyka praw pacjenta: gwarancje prawne, katalog, zasady ochrony, instytucje (rzecznik) i procedury, dostępność tych procedur, zgodność z fundamentalnymi zasadami prawa, prawem międzynarodowym i wspólnotowym;
 - 27) zagadnienia reprezentacji interesów pacjentów i ubezpieczonych oraz partycypacji w procesach podejmowania decyzji dotyczących kluczowych kwestii: różnicowanie instytucji i zasad reprezentacji adekwatnie do interesu grupowego, uwzględnienie potencjalnych sprzeczności interesów, mechanizmy konsultacji;
 - 28) problematyka prawa do ochrony zdrowia w kontekście systemowym: zasady konstytucyjne, gwarancje ustawowe, zgodność przepisów wykonawczych z aktami wyższego rzędu, rzeczywisty poziom realizacji – kontekst koszyka świadczeń gwarantowanych i poziomu kontraktowania, procedur wysokospecjalistycznych, problem zróżnicowania uprawnień ubezpieczonych i nieobjętych ubezpieczeniem;
 - 29) kontekst europejski i międzynarodowy funkcjonowania systemu: zgodność ze standardami międzynarodowymi (WHO), europejskimi (EKS, ZREKS) oraz wspólnotowymi (regulacje wspólnotowe – EKUZ, szczególne systemy finansowania, dyrektywa transgraniczna);
 - 30) podejście do specyficznych problemów (np. rzadkie choroby) wynikających z ograniczeń systemowych (braki w różnego rodzaju zasobach systemowych, np. brak kadry określonego rodzaju specjalizacji medycznej) i obiektywnych trudności (ograniczenia transplantologii wynikające z liczby dawców organów): metody rozwiązywania, rola instytucji i organów administracji publicznej, zgodność z przyjętymi standardami, zasady i możliwości współpracy międzynarodowej.
- Na powyżej wskazane pojęcia kluczowe „nakładają się” dodatkowe wymiary (kierunki) procesu rozwoju systemu, etapy jego kształtowania:
- 1) moment wprowadzenia danego rozwiązania systemowego, często tożsamy z chwilą rozpoczęcia reformy zdrowotnej, pojawienia się idei reformatorskiej;
 - 2) pierwszy etap wdrażania założeń systemowych: propozycja legislacji;

- 3) kolejne etapy procesu legislacyjnego, od inicjatywy po regulacje wykonawcze;
- 4) pierwsze skutki zmian (strukturalne i organizacyjne) – powstanie nowego „modelu” systemowego;
- 5) monitoring i ewaluacja zmian, konfrontacja oczekiwań ze stanem osiągniętym, skutki oczekiwane i niepożądane;
- 6) ewentualne zmiany kierunków działań systemowych – rezygnacja z zakładanych reform, wprowadzanie poprawek, nowych pomysłów lub całkowita zmiana modelu systemowego;
- 7) możliwość *status quo* – bierność uczestników systemu (decydentów), inercyjność wewnątrzsystemowa;
- 8) ostateczne skutki prawne w perspektywie bliskiej i dalszej: najistotniejsze zmiany systemowe w świetle legislacji;
- 9) zidentyfikowane bariery, elementy szkodliwe dla zakładanej zmiany w samym systemie i poza nim;
- 10) efekty pozytywne w procesie doskonalenia, rozwoju systemu (np. poszerzenie dostępności).

4.4. Reformy a funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w kontekście proponowanej metodologii oceny polityki zdrowotnej

Reformy systemu zdrowotnego w założeniu powinny służyć jego rozwojowi i doskonaleniu. To pozytywne rozumienie reform jako procesów wpływających dodatnio na funkcjonowanie ochrony zdrowia w praktyce jednak często musi ulec weryfikacji. Argumentów na poparcie tego stwierdzenia dostarcza praktyka procesów reformatorskich. Ich jakość często nie spełnia nadziei pokładanych w założeniach reform, efekty odbiegają od oczekiwanych [30]. Często idee reformatorskie nie zostają wdrożone z różnych przyczyn, w tym z powodu błędów obciążających przyjęte założenia, nieprawidłowości instrumentarium lub na skutek zaniechania koniecznych działań. Dzieje się i tak, że zmiany bywają zarzucane na jednym z etapów wyłącznie z powodów politycznych (zmiany układu sił).

Pojawia się pytanie, czy polityka zdrowotna i zdrowia publicznego jest zjawiskiem „mierzalnym” obiektywnie i jakie kryteria ewaluacji powinny być w tym kontekście stosowane. W sferze oceny jakości polityki zdrowotnej szczególne miejsce zajmuje kontekst celów systemowych definiowanych w najistotniejszych aktach prawnych – konstytucji, ustawach systemowych, a także w regulacjach międzynarodowych i wspólnotowych dotyczących fundamentalnych zasad. Skupianie się na konkretnych elementach tej oceny, takich jak np. poziom skuteczności danej polityki, nie daje gwarancji, że pozytywne wnioski z dokonanej ewaluacji w zderzeniu z zasadniczymi celami systemowymi można ocenić tak samo⁷¹. Ta systemowa perspektywa dla oceny polityki zdrowotnej w obszarze reform ma istotne znaczenie i powinna być swego rodzaju „filtrem” w stosunku do proponowanego narzędzia analizy. Matryca HPA w stosunku do procesów reformatorskich ma dostarczyć instrumentarium wieloaspektowej analizy tych procesów, uwzględniając wielokierunkowość oceny oraz element immanentnie związany z reformami –

perspektywę czasu, ciągłości procesów. Projekt tej części HPA uwzględnia także możliwość analizy porównawczej reform systemowych.

Podstawowym założeniem w przypadku analizy reform było przyjęcie, że źródłem wiedzy jest przede wszystkim legislacja jako podstawowy instrument realizacji założeń reformatorskich. Ustawy, rozporządzenia wykonawcze i inne akty prawne stanowią podstawowy materiał podlegający analizie. Uzupełniają go dokumenty polityczne, programy, deklaracje, stenogramy debat, posiedzeń rządu, wreszcie materiały informacyjne publikowane w prasie i mediach, komentarze polityczne, materiały dostarczane w efekcie konsultacji społecznych, orzecznictwo sądowe, komunikaty i decyzje organów administracji. Kolejne materiały wykorzystywane w ewaluacji to stanowisko doktryny, ekspertyzy i raporty badaczy, dostępne i poddane analizie zbiory danych, opinie profesjonalistów, wreszcie przykłady dobrych praktyk.

Budowa narzędzia opiera się na podstawowym dwupłaszczyznowym schemacie, obrazującym kluczowe zagadnienia systemowe podlegające zmianom: 1) pierwsza płaszczyzna horyzontalna to kolejne etapy procesu legislacyjnego, włączając działania bezpośrednio go poprzedzające i następujące po nim; 2) drugi kierunek, wertykalny, to kolejne obszary potencjalnego oddziaływania ocenianej reformy (systemowe i pozasystemowe). Ten dualny instrument w założeniu ma dostarczyć jak największą liczbę odpowiedzi na proste pytania ukierunkowane na charakterystykę procesu reformatorskiego w perspektywie czasu i w relacjach z zasadniczymi elementami systemu ochrony zdrowia⁷². O ile pierwsza płaszczyzna daje odpowiedzi na pytanie, jaki jest stan rzeczy: stopień zaawansowania działań reformatorskich, układ sił i perspektywy implementacji, czy i jak prowadzony jest dialog społeczny, jaka jest jego jakość, czy występuje monitoring działań reformatorskich, druga – to odpowiedzi na pytania co, gdzie i jak już się zmieniło, a co nie, co się zmieni lub nie zmieni i dlaczego, jakie będą tego skutki, kogo i w jakim stopniu będą one dotyczyły, jakie mogą być reakcje otoczenia, skutki uboczne i zagrożenia oraz wiele innych, szczegółowych pytań.

W płaszczyźnie horyzontalnej kryteria oceny to kolejne etapy procesu: począwszy od idei reformy, pomysłu, opracowania projektu reformy, przez inicjatywę legislacyjną, przygotowanie projektu (projektów) ustawy, kolejne etapy procesu legislacyjnego na wszystkich szczeblach: dialog społeczny, debaty parlamentarne, kolejne czytania, wnoszone poprawki, konsultacje społeczne, wreszcie przyjęcie lub odrzucenie regulacji, implementacja, monitoring i ewaluacja. W tym obszarze należy podkreślić wagę sektorowych regulacji wykonawczych jako szczególnie istotnego materiału do oceny polityki zdrowotnej⁷³.

Kierunek wertykalny to kolejne obszary potencjalnego oddziaływania reformy, przykładowo: finansowanie w systemie; dostępność świadczeń udzielanych w systemie; równość dostępu; koszyk świadczeń gwarantowanych; proces kontraktowania i jakość kontraktowanych świadczeń; innowacje, wiedza i wysokie technologie; inwestycje w sektorze, zasady organizacji i zarządzania;

zasady partycypacji; problemy finansowania, w tym szczególnie finansowanie szpitali; odpowiedzialność za realizację zadań w systemie, odpowiedzialność związana z zarządzaniem; prywatne ubezpieczenia i inne formy dodatkowych wkładów oraz wiele innych – w zależności od systemu, rozwiązań modelowych, kategorie te mogą się znacznie różnić zakresowo, w niektórych systemach nie będą w ogóle występowały.

4.5. „Political mapping” jako metoda ewaluacji porównawczej

Political mapping (pozycjonowanie uczestników) jako metodologia stosowana do opisywania i analizy polityki zdrowotnej posługuje się zwykle jednokierunkowym schematem identyfikacji podejścia głównych uczestników (interesariuszy) systemu zdrowotnego, ich wzajemnych relacji i powiązań, układu sił, interesów i rzeczywistych możliwości [41]. Celem metody jest precyzyjne zidentyfikowanie podmiotów wspierających i opozycji oraz możliwych do osiągnięcia aliansów politycznych, by pozyskać szersze poparcie dla proponowanej idei⁷⁴ [42, 43]. Stosowane są zasadniczo trzy kategorie, określające: pozycję wsparcia (*support*), stanowisko neutralne (*neutral*) oraz opozycję (*opposition*) w stosunku do danego działania, przy czym wszystkie te pojęcia są stopniowalne. Przy zastosowaniu tzw. *micro-political mapping* „użyteczny” efekt analizy – pozyskania poparcia dla „głównej” idei – potęguje się poprzez możliwe wskazanie przydatnych obszarów potencjalnie stanowiących obszar wspólnych interesów (np. może to być określona polityka cząstkowa lub zupełnie odrębny problem, co do którego zostały wskazane wspólne interesy)⁷⁵.

W ramach tych kategorii możliwe jest zastosowanie wariantów szczegółowych:

- 1) obszary wsparcia:
 - wynikającego z przepisów prawa: determinacja legalna (różne poziomy);
 - ideologicznego: wspólne wartości, cele i zasady jako punkty odniesienia;
 - uwarunkowanego interesami ekonomicznymi: możliwości wspólnych korzyści, perspektywy ich zwiększenia, wzmocnienia własnej sytuacji ekonomicznej dzięki aliansowi;
 - uwarunkowanego koniecznością rozgraniczenia interesów: korzyści z podziału stref wpływów, rozwiązanie kompromisowe zamiast konfliktu;
- 2) stanowisko neutralne (przyczyny):
 - brak interesu, jakichkolwiek „punktów styecznych”;
 - brak siły oddziaływania (rzeczywisty);
 - brak wiedzy, świadomości (obiektywny);
 - brak motywacji, wiary we własne możliwości (subiektywny);
 - przekonanie o braku wpływu (bariery);
 - niski poziom społecznej integracji;
 - brak mechanizmu partycypacji;
 - negatywne doświadczenie;
 - apatia społeczna;
- 3) opozycja:
 - podstawy ideologiczne: sprzeczny system wartości, celów i zasad, brak wspólnych punktów odniesienia;

- sprzeczne interesy ekonomiczne: bariery w osiągnięciu korzyści, perspektywy ich zmniejszenia, osłabienie własnej sytuacji ekonomicznej na skutek określonej polityki;
- konieczność petryfikacji *status quo*: utrzymanie własnych korzyści, stref wpływów, sytuacja nieuniknionego konfliktu.

Poza zróżnicowaniem kategorii pozycjonowania gradacji podlega także poziom zaangażowania (lub jego braku). Stopniowalne poziomy służące właściwemu umiejscowieniu danego podmiotu (uczestnika) na siatce zależności nie odpowiadają jednak prostej hierarchizacji od poziomu najwyższego do najniższego. Uwzględniane są niuanse trudne dla takiego sztywnego i schematycznego stopniowania, które jednak ze względu na ładunek informacji są dla potrzeb ewaluacji niezwykle istotne. Poziomy te to:

- 1) autorstwo/inicjatywa;
- 2) stałe zaangażowanie poprzez stabilną i utrwaloną koalicję (bezwarunkowe);
- 3) względnie stałe zaangażowanie (występowanie elementów warunkujących);
- 4) poparcie konkretnie uwarunkowane („transakcja wiązana”);
- 5) silne zaangażowanie celowe (wspólny zdefiniowany i konkretny cel poparcia);
- 6) względnie silne poparcie labilne (możliwe do uzyskania, lecz niepewne, czynniki wpływu nierozpoznane lub zmienne);
- 7) słabe poparcie względne (zależne od różnych czynników);
- 8) poparcie selektywne (tylko niektóre działania, cele, metody);
- 9) brak zainteresowania uwarunkowany znaną przyczyną (przyczyna potencjalnie usuwalna);
- 10) brak zainteresowania uwarunkowany znaną przyczyną (przyczyna nieusuwalna);
- 11) brak zainteresowania uwarunkowany nieznaną przyczyną (ewentualna możliwość zmiany pod warunkiem identyfikacji przyczyny);
- 12) nieuwarunkowany brak zainteresowania o znanych cechach stałości (brak możliwości zmiany);
- 13) zdecydowana i bezwarunkowa opozycja (brak możliwości zmiany);
- 14) silna opozycja (bardzo słabe możliwości zmiany);
- 15) zdecydowana opozycja wobec konkretnych działań, celów, metod (słabe możliwości zmiany, możliwość negocjacji);
- 16) opozycja wobec konkretnych działań, celów, metod (potencjalne możliwości zmiany);
- 17) opozycja ambiwalentna (pewne możliwości wpływu i zmiany);
- 18) słaba opozycja (duże możliwości wpływu i zmiany);
- 19) sytuacja niezdecydowania (postawa „nie mam zdania”);
- 20) sytuacja nierozpoznana (stan niewiedzy co do stanowiska).

Dla celów nowego narzędzia ewaluacyjnego w stosunku do części dotyczącej specyfiki systemowej i reform proponowane jest rozwiązanie innowacyjne, polegające na wprowadzeniu dodatkowych kategorii po-

zycjonowania dzięki *micro-mapping*, co wymaga identyfikacji obszarów, w których potencjalnie może dochodzić do nakładania się interesów, co z kolei pozwoli wskazać możliwości negocjacji i poszukiwania kompromisów, pozyskiwania sprzymierzeńców i tworzenia koalicji.

5. Decentralizacja w ochronie zdrowia

Decentralizacja władzy w ochronie zdrowia stała się od dziesięcioleci ważnym punktem zapowiedzi zmian reformatorskich w krajach rozwijających się. Mimo tych deklaracji tylko nieliczne kraje zdecydowały się na przyjęcie i wdrożenie kompleksowych reform decentralizacyjnych. Ten brak praktycznych doświadczeń w tym zakresie jest identyfikowany w licznych badaniach empirycznych dotyczących zjawiska decentralizacji⁷⁶. Mimo bogatej literatury przedmiotu (szczególnie anglojęzycznej) w tym zakresie nadal brakuje syntetycznych, spójnych i systemowych badań dotyczących relacji pomiędzy procesami i typami decentralizacji a aktualnymi rozwiązaniami stosowanymi w ochronie zdrowia. Pewna próba systematyzacji tych zjawisk została podjęta przez Toma Bosserta w pracy *Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance* z 1998 roku. Celem podjętych przez autora badań było wypracowanie narzędzia porównawczego do analizy efektywności zmian decentralizacyjnych w ochronie zdrowia, mierzonych poprzez realizowanie zakładanych celów systemu zdrowotnego, takich jak zasada równości w dostępie do świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, efektywność, jakość itd. Narzędzie to zostało wypracowane przez autora, aby wspomagać procesy definiowania różnych rodzajów decentralizacji, jak również identyfikować mechanizmy wpływu i kontroli na decyzje podejmowane na szczeblu lokalnym.

Zastosowana przez Bosserta metodologia i narzędzie zostanie, po odpowiednich modyfikacjach uwzględniających specyfikę polskiego systemu ochrony zdrowia i przeprowadzonych zmianach reformatorskich, wykorzystane do stworzenia matrycy identyfikującej jakość oraz efektywność procesu decyzyjnego podejmowanego na poziomie samorządu terytorialnego [44]. Metodologia wypracowania matrycy wymaga identyfikacji najważniejszych czterech koncepcji analitycznych stosowanych przez różnych autorów badających decentralizację w ochronie zdrowia, do których zalicza się teorie: zdecentralizowanej administracji publicznej, federalizmu fiskalnego, kapitału społecznego oraz teorię mocodawca/agent (*principal/agent theory* – PAT), która stanie się głównym punktem odniesienia do wypracowania najważniejszych założeń metodologicznych stosowanych w narzędziu – matrycy, takich jak swoboda decyzyjna czy innowacyjność proponowanych zmian.

5.1. Teoria zdecentralizowanej administracji publicznej

Koncepcja ta została po raz pierwszy wypracowana przez Dennisa Rondinelliego i G. Shabbir Cheema do oceny różnych procesów decentralizacji zachodzących

w ochronie zdrowia [41]. W modelu zdecentralizowanej administracji publicznej nie występuje hierarchiczne podporządkowanie organów ani w zakresie osobowym, ani też rzeczowym (służbowym). Zatem organa niższych szczebli korzystają z prawa ustanowionej samodzielności i niezależności, podlegając jedynie nadzorowi sprawowanemu w imieniu państwa przez organa administracji rządowej wyższych szczebli. Identyfikuje się w tej teorii następujące formy decentralizacji: dekoncentracja, dewolucja, delegacja i prywatyzacja. Dekoncentracja oznacza przekazanie uprawnień decyzyjnych na niższe szczeble tego samego systemu organizacyjnego (najczęściej chodzi o administrację państwową podporządkowaną rządowi centralnemu). Dewolucja oznacza przekazanie władzy w ramach administracji publicznej, ale poza sferę administracji kontrolowanej bezpośrednio przez rząd centralny. Ta forma decentralizacji jest częścią reformy politycznej, która zwiększa uprawnienia władz lokalnych. Szczególnym uprawnieniem jest możliwość decydowania o wielkości podatków i sposobie wykorzystania pieniędzy. Podmiotem uprawnień decyzyjnych stają się względnie samodzielne rządy lokalne, pochodzące zwykle z wyborów. Delegacja wiąże się z przekazaniem uprawnień decyzyjnych poza administrację publiczną na organizacje profesjonalne czy korporacje [46]. Prywatyzacja oznacza przekazanie uprawnień i odpowiedzialności w ręce prywatnych przedsiębiorców.

Słabe strony tego podejścia analitycznego polegają na braku wsparcia koncepcyjnego dla analizy funkcji i zadań przekazanych z jednej instytucji do drugiej oraz nieodokreśleniu zakresu władzy osiągalnego dla lokalnych decydentów. Mocne strony tej koncepcji to jasna i zrozumiała prezentacja typologii decentralizacji pozwalająca na identyfikację instytucji działających w warunkach zdecentralizowanych i ich wzajemnych powiązań.

5.2. Koncepcja federalizmu fiskalnego

Teoria ta została rozwinięta przez ekonomistów w celu analizy wyborów dokonywanych przez władze lokalne przy użyciu dostępnych zasobów, a także transferów dokonywanych przez inne poziomy władzy publicznej [47]. Koncepcja federalizmu fiskalnego (FF) wychodzi z założenia, że można optymalnie przypisać kompetencje, uwzględniając z jednej strony oddziaływanie polityki podejmowanej w ramach danej jurysdykcji na inne jednostki terytorialne, a z drugiej biorąc pod uwagę preferencje wyborcze i legitymizację podejmowania decyzji. Odpowiedź polega na dopasowaniu świadczenia dóbr publicznych do geograficznego rozmieszczenia podatników lansujących wydatki, zgodnie z zasadą *równowagi fiskalnej* zaproponowaną przez Olsona (1968) [48] i *odpowiedniości* postulowaną przez Oatesa (1972) [49]. Spora część debaty na temat FF dotyczy skali korzyści lub zakresu polityki konsolidacji. W konwencjonalnej wersji FF pojawia się wiele jasno sprecyzowanych propozycji odnośnie do tego, kto powinien co robić. Zagadnienie to rozwiązywano jednak na różne sposoby [50]. Sedno FF stanowi pogląd, iż dobrobyt można zwiększyć, optymalizując strukturę świadczenia usług na szczeblu

lokalnym i ponadlokalnym. Jeśli np. osoby niezamieszkałe na danym terenie mogą korzystać z niektórych usług dzięki temu, że wydatki leżą w gestii jurysdykcji niższego szczebla, pojawia się bodziec do obniżania świadczeń. Natomiast na wyższym szczeblu terytorialnym może nastąpić tzw. efekt wyrównania i w ten sposób zapewnić optymalny poziom świadczeń dla obszaru gospodarczego jako całości czy to przez świadczenie usług, czy kierowanie dotacji na niższy szczebel, aby przeciwdziałać zjawiskom negatywnym. Jak zauważają autorzy [51], „teoria dobrobytu nie wytrzymuje jednak próby empirii” i przytaczają szereg dowodów na poparcie swej tezy [52, 53]. Trzeba jednak pamiętać, że koncepcja FF odnosi się zwykle do jednego państwa, w którym zachodzą krajowe procesy polityczne. Takie procesy mogą ułatwiać lub utrudniać efektywną – z perspektywy dobrobytu państwa jako całości – alokację środków publicznych. Jednak sprawą kluczową pozostaje kontekst polityczny: wyborcy posiadający ogromną władzę (np. przez zmianę preferencji wyborczych) mogą wywierać presję na zwiększanie alokacji środków publicznych [54, 55].

5.3. Koncepcja kapitału społecznego

Jak wyjaśnia Robert Putnam [56, 57]: „kapitał społeczny odnosi się do takich cech organizacji społeczeństwa jak zaufanie, normy i powiązania, które mogą zwiększyć sprawność społeczeństwa, ułatwiając skoordynowane działania”. Za Jamesem S. Colemanem autor *Bowling alone* przytacza szereg cech kapitału społecznego, m.in. to, że podobnie do innych form kapitału jest on produktywny, umożliwi bowiem osiągnięcie pewnych celów, których nie dałoby się osiągnąć, gdyby go zabrakło. Większość form kapitału społecznego, takich jak zaufanie, powiększa się w miarę ich używania przez jednostki, gdy zaś owe zasoby nie są wykorzystywane – topnieje. Szczególną cechą kapitału społecznego, zaświadczyającą o jego „społecznym” charakterze, jest fakt, iż nie jest on atrybutem jednostek, ale społeczności. Podstawowymi składnikami kapitału społecznego są: zaufanie, normy wzajemności oraz sieci obywatelskiego zaangażowania.

5.4. Koncepcja mocodawca/agent

Teoria mocodawca/agent (M/A) (*principal/agent theory* – PAT) jest stosowana w ekonomii od 1976 roku. Początkowo służyła do analizy praktyki sektora prywatnego w gospodarce oraz funkcjonowania organizacji biznesowych i była reakcją na neoklasyczne teorie ekonomiczne. Podejście PAT *de facto* rozpoczyna się od motywacji (socjologicznych, psychologicznych) graczy w biznesie, a następnie uwzględnia strategię, w które zaangażowane są dwa zbiory takich graczy, czyli mocodawców i agentów. Strategie są zespołami zamierzonych zachowań, działań i interakcji służących do osiągnięcia kolektywnego efektu. Według Jana-Erika Lane’a w PAT szeroko wykorzystano teorię gier. Zatem interakcje między mocodawcą a agentem stanowią podstawową jednostkę analityczną w tej teorii. W naukach politycznych

z teorii PAT korzystał szczególnie instytucjonalizm racjonalnego wyboru, który posługiwał się nią przy analizie powstania i działania instytucji oraz stosunków zachodzących między instytucjami [58].

PAT może być użytecznym narzędziem służącym do analizy np. procesu delegowania uprawnień w ochronie zdrowia z poziomu centralnego państwowego na poziom samorządu terytorialnego lub do zbadania mechanizmów podejmowania decyzji w określonym systemie zdrowotnym. Teoria M/A oferuje również metodę badawczą (podejście analityczne), która opiera się na interakcjach zachodzących między dwoma aktorami jednego procesu. PAT służy do zbadania zależności, w tym także trudności, które pojawiają się po ustanowieniu stosunków kontraktowych między mocodawcą a przedstawicielem (agentem) oraz w okresie ich trwania. Interakcje agencyjne rozpoczynają się z chwilą, gdy jedna strona (mocodawca) wchodzi w hierarchiczny stosunek zależności oparty na umowie z drugą stroną (agentem) i deleguje na niego odpowiedzialność, wykonywanie funkcji lub zadań na zlecenie. Celem konstruowania stosunków umownych w układzie M/A jest analiza trudności pojawiających się podczas asymetrycznej dystrybucji informacji, która faworyzuje agenta. Delegowanie kompetencji ma być antidotum na problemy wynikające z kolektywnego działania (egoizm, partykularyzm, różnica preferencji itd.), kiedy aktorzy oczekują korzyści z długoterminowej współpracy, ale także potrzebują zapewnienia, po pierwsze, że koszty transakcji zaangażowane w monitoring i kontrolę agenta nie przeważą korzyści wynikających z umowy, i po drugie, że agenci będą respektować zapisy zawarte w umowie i nie będą zachowywać się w sposób dowolny lub autonomiczny. Strony tego typu interakcji z reguły nie są w stanie napisać umowy, która zagwarantuje spełnienie wszystkich żądań mogących potencjalnie pojawić się w przyszłości. Ważne jest również ustanowienie celów generalnych oraz kryteriów działania, jakie należy podjąć w sytuacji nieprzewidzianego rozwoju wydarzeń, a także mechanizmów rozwiązywania sporów w przypadku rozbieżności. Zatem strony są gotowe do utworzenia agenta takiego jak sąd, który będzie zdolny nadzorować w szczegółach niedoskonały kontrakt i rozstrząsać przyszłe spory.

5.5. Wykorzystanie koncepcji mocodawca/agent dla warunków zdecentralizowanej opieki zdrowotnej

Jak zostało wykazane powyżej, koncepcja PAT jest stosowana dla określenia wzajemnych relacji pomiędzy mocodawcą a agentem i wykorzystywania przez mocodawcę różnych dostępnych metod kontroli, takich jak: kreowanie pozytywnych bodźców oddziaływania, stosowanie sankcji, ciągłe monitorowanie zachodzących zmian. Należy jednak zaznaczyć, że stosowanie koncepcji decentralizacji w ochronie zdrowia wymaga identyfikacji dodatkowych uwarunkowań, charakteryzujących relacje mocodawcy z agentem, uwzględniających całe otoczenie, w jakim działa agent (samorząd terytorialny czy publiczny zakład opieki zdrowotnej). Chodzi tu o określenie tzw. przestrzeni decyzyjnej, umożliwiającej

podejmowanie określonych funkcji w zakresie polityki zdrowotnej przez instytucje działające w warunkach zdecentralizowanych. Koncepcja przestrzeni decyzyjnej stanowi możliwość efektywnego uznania decyzji podejmowanych na poziomie centralnym przez lokalne władze (agentów). Ta przestrzeń może być formalnie definiowana przez ustawy, rozporządzenia, zarządzenia itp. i wyznacza „reguły gry” dla zdecentralizowanych agentów. Nieformalnie przestrzeń decyzyjna może być także definiowana jako nieegzekwowanie formalnych wymogów w stosunku do lokalnych władz, pozwalając im tym samym na „łamanie reguł gry”. Jest ona zatem wariacją różnego rodzaju funkcji i aktywności, poprzez które zwiększa się władza lokalnych decydentów. Koncepcja ta może być zobrazowana za pomocą mapy (**Tabela I**) prezentującej funkcje realizowane w warunkach zdecentralizowanych i zakres wpływu władz lokalnych na ich realizację. Takie podejście do procesu decyzyjnego pozwala na identyfikację funkcji, które są bardziej lub mniej samodzielnie realizowane przez władze lokalne, a nie jedynie identyfikowanie decentralizacji w kategorii prostego transferu uprawnień decyzyjnych. Inaczej ujmując, chodzi o uchwycenie zakresu swobody decyzyjnej samorządu w korelacji z daną funkcją.

| Funkcje | Zakres wpływu | | |
|-------------------------------|---------------|--------|-------|
| | slaby | średni | mocny |
| Finansowanie | | | |
| źródła dochodu | | | |
| alokacja wydatków | | | |
| dochody z opłat i umów | | | |
| Organizacja usług | | | |
| autonomia szpitali | | | |
| ubezpieczenie planów | | | |
| mechanizmy płatności | | | |
| umowy z prywatnymi dostawcami | | | |
| wymogi prawne/inne | | | |
| Zasoby ludzkie | | | |
| wynagrodzenia | | | |
| zawieranie umów | | | |
| służba cywilna | | | |
| Zasady dostępności | | | |
| ukierunkowanie | | | |
| Zasady zarządzania | | | |
| możliwości władzy | | | |
| departamenty zdrowia | | | |
| partycypacja społeczna | | | |

Tabela I. Wzór identyfikacji przestrzeni decyzyjnej.

Źródło: Bossert T., *Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance*. Soc. Sci. Med. 1998, 47, 10, 1513–1527.

Do każdej z prezentowanych funkcji można przyjąć wskaźniki niezbędne do wyrażenia wielkości wpływu, np. finansowanie w odniesieniu do źródeł dochodu może być wyrażone w określeniu procentów transferów rządowych (podatkowych) przeznaczonych na realizację funkcji w warunkach zdecentralizowanych. Przy alokacji wydatków takim wskaźnikiem może być procent lokalnych wydatków na ochronę zdrowia. Wskaźnikami stosowanymi w polu organizacja usług szpitalnych może być pełna autonomia w decyzjach dotyczących szpitali; mniejszy lub większy wpływ regulacji centralnych na ten proces lub stosowanie szeregu możliwości dla władz lokalnych w tym zakresie. W następnej kategorii stosujemy wskaźnik dotyczący możliwości wyboru zasad wynagradzania pracowników (od regulowanych poprzez ustawy – wpływ niski, poprzez możliwości stosowania różnych modeli) po pełną autonomię w tym zakresie⁷⁷. Przyjęta koncepcja pomiaru relacji pomiędzy władzami centralnymi i lokalnymi pokazuje dynamikę procesu decentralizacji w różnych kategoriach funkcji realizowanych przez władze lokalne w ochronie zdrowia.

6. Wnioski

Podsumowując przeprowadzoną analizę i antycypując przyszłe badania dotyczące oceny efektywności oraz innowacyjności działań podejmowanych na różnych poziomach (europejskim, państwowym czy lokalnym) polityki zdrowotnej, można zastanowić się, na ile zaproponowana koncepcja uniwersalnej matrycy HPA jest narzędziem odpowiednio operatywnym, obejmującym różnorodność i nieokreśloność (w sensie politycznym, społecznym, gospodarczym itd.) procesu decyzyjnego w polityce zdrowotnej? Należy bowiem pamiętać, że sektor ochrony zdrowia charakteryzuje się własną specyfiką, dynamiką i polisemiami, do których należą m.in.: publiczny zakres zabezpieczenia społecznego (opierającego się w dużej mierze na środkach publicznych – w wielu przypadkach transferowanych metodą budżetową), logiką integracji medycznej procesu opieki zdrowotnej (integracja podstawowej opieki zdrowotnej, diagnostyki, opieki specjalistycznej, szpitalnej, rehabilitacyjnej i długoterminowej). Na owe specyficzne uwarunkowania sektora zdrowotnego należy następnie „nałożyć” cechy charakterystyczne dla procesu decentralizacji, w którym chodzi o całkowity transfer władzy i środków na szczeble samorządów terytorialnych. W jego wyniku samorządy zwiększają stan swojego posiadania, ale i odpowiedzialności. Do pełnej analizy przedmiotu potrzebny jest także trzeci czynnik, czyli zasady, jakimi kierują się reformy sektora zdrowotnego, oparte na logice efektywności zarządczej, której sprzyja powoływanie samodzielnych, niezależnych i kosztowo efektywnych podmiotów, co niejednokrotnie burzy zasadę integracji opieki zdrowotnej w sensie medycznym i logikę decentralizacji, wymagającej podporządkowania niezależnych i samodzielnych jednostek terytorialnym gospodarzom [59].

Dla całościowej oceny polityki zdrowia publicznego (zdrowotnej) nie można zapominać o jej ponadnarodowym charakterze, który implikuje dodatkowe uwarun-

kowania procesu decyzyjnego w kontekście nie tylko poszczególnych jej zakresów (tematyk), ale również zasad wzajemnych relacji pomiędzy instytucją ponadnarodową (np. UE) a państwem członkowskim, określanych normatywnymi zasadami wyrażonymi w traktatach, dyrektywach itp. Europejski kontekst analizy polityki zdrowotnej (zdrowia publicznego) powinien również podejmować próbę oceny wpływu specyfiki poszczególnych systemów ochrony zdrowia na kierunki, obszary i zakres realizacji europejskiej polityki zdrowia publicznego, ze względu na ich zróżnicowany charakter i odmienność przyjętych zasad organizacyjnych, zarządczych, prawnych itd.

Podjęta próba stworzenia metodologicznych podstaw budowy uniwersalnej matrycy oceny polityki zdrowotnej (zdrowia publicznego) HTA będzie podlegała następnym etapom operacjonalizacji, a następnie realizacji, polegającym na zbudowaniu narzędzia w postaci poszczególnych kwestionariuszy cząstkowych, dotyczących sygnalizowanych w opracowaniu obszarów polityki zdrowotnej, wspartych koncepcjami funkcji zdrowia publicznego. Jak wspomniano we wstępie, metodologia narzędzia i sama matryca HPA zostanie poddana weryfikacji i ocenie zróżnicowanych środowisk zaangażowanych (uczestniczących) w inicjowaniu i wdrażaniu polityki zdrowotnej, w procesach i relacjach w systemie i w infrastrukturze zdrowia publicznego. Wypracowane i zweryfikowane wstępnie narzędzie zostanie wykorzystane do przeprowadzenia zaplanowanych badań empirycznych (wywiadów socjologicznych, badań fokusowych) w poszczególnych projektach badawczych, wypracowanych i prowadzonych w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania UJCM, ale upowszechnione jako nowa metoda badawcza dla wszystkich podmiotów zainteresowanych jej stosowaniem.

Przypisy

¹ Koncepcja struktury i funkcji narzędzia została wypracowana przez zespół (A. Mokrzycka, I. Kowalska) pod kierunkiem prof. C. Włodarczyka. W stosunku do części kwestionariusza dotyczącego polityki europejskiej zostały przyjęte założenia stanowiące efekt badań prowadzonych w ramach projektu badawczego: *Polityka Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej. Konflikty jako siła sprawcza ewolucji*, ID: 41067, Nr rejestracyjny N N404 080636. W stosunku do części kwestionariusza dotyczącej *Decentralizacji w ochronie zdrowia i Nowego zarządzania publicznego* zostały przyjęte założenia stanowiące efekt badań prowadzonych w ramach projektu badawczego (habilitacyjnego) I. Kowalskiej *Decentralizacja zadań jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia. Nowe zarządzanie publiczne (New Public Management)* Nr rejestracyjny N N115 129834.

² Trudności związane z badaniami porównawczymi w sferze polityki zdrowotnej zostały zauważone w literaturze przedmiotu. Na słabość badań w tym kontekście zwrócono uwagę m.in. w: Marmor T., Freeman R., Okma K. (2005), *Comparative perspectives and policy learning in the world of health care*, „Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice”, Volume 7, Issue 4. Autorzy stawiają pytanie: w jaki

sposób można zapewnić kompetentne korzystanie z doświadczeń jednych krajów przez inne? Przytaczane są krytyczne opinie oraz wątpliwości dotyczące przydatności określonej wiedzy w praktyce systemowej uwarunkowanej zróżnicowanymi elementami samego systemu, jak i jego otoczenia. Te właśnie aspekty wymagają opracowania odpowiedniej metodologii.

³ Przyjęte obszary zostały włączone do badań nad najistotniejszymi wątkami polskiej polityki zdrowotnej prowadzonymi w ramach badań statutowych w Zakładzie Polityki Zdrowotnej; w ramach pierwszego segmentu – Wspólnej europejskiej polityki zdrowotnej – skupiono się na szczególnie istotnym dla polityki krajowej wątku opieki transgranicznej i skutków przedmiotowej Dyrektywy UE: Dyrektywa z 19.01. 2011 r. Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej – 11038/2/2010 – C7-0266/2010 – 2008/0142(COD), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:PL:PDF>.

⁴ Pytanie, jak i co badać w celu zweryfikowania polityki poddawanej ocenie, jest kluczowym dla dalszej procedury założeniem badawczym, które może być obciążone błędem (niewiedza, nieświadomość), dlatego tak istotne jest zdefiniowanie na wstępie najistotniejszych obszarów, poziomów, kierunków i problemów aktualnej polityki zdrowotnej oraz zidentyfikowanie pojęć kluczowych ją opisujących. Dla potrzeb opracowywanego narzędzia, z konieczności na tym etapie prac, ograniczono się do wskazanych czterech obszarów. Selekcja ta stanowi efekt dokonanego w ramach prowadzonych w zespole badań, przeglądu literatury, przeprowadzonych wywiadów z uczestnikami procesów podejmowania decyzji w sektorze oraz zebranego materiału źródłowego (dokumenty polityczne, protokoły parlamentarne, stenogramy debat, komentarze prasowe, komunikaty i oświadczenia rządowe, opinie i komentarze środowisk profesjonalistów, inne materiały).

⁵ Ustalenia dotyczące podstawowych wątków w tej części wprowadzenia pod kierunkiem i na podstawie tekstu C. Włodarczyka (2011), *Polityka zdrowotna, zdrowie publiczne w Unii Europejskiej*, maszynopis.

⁶ Art. 3b „W dziedzinach, które nie należą do jej kompetencji wyłącznej, Wspólnota podejmuje działania, zgodnie z zasadą pomocniczości, tylko wówczas i tylko w takim zakresie, w jakim cele proponowanych działań nie mogą być osiągnięte w sposób wystarczający przez Państwa Członkowskie, natomiast z uwagi na rozmiary lub skutki proponowanych działań możliwe jest lepsze ich osiągnięcie na poziomie Wspólnoty”. Traktat z Maastricht, Traktat o Unii Europejskiej, <http://eur-lex.europa.eu/pl/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>,

⁷ Zdrowie Publiczne, portal Zdrowie Unii Europejskiej, Polityka, http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_pl.htm.

⁸ Część „wspólnotowa” kwestionariusza nie może być traktowana jako segment merytorycznie „oderwany” od problematyki poziomu krajowego, co widać wyraźnie na przykładzie opieki transgranicznej, która stanowi w niniejszym opracowaniu intencjonalnie wyselekcjonowany materiał przykładowy dla oceny polityki europejskiej za pomocą matrycy HPA.

⁹ McKee M., Mossialos E. (2006), *Health policy and European law: Closing the gaps*, Public Health Volume: 120, Supplement 1, October, 2006, pp. 16–21, <https://extranet.uj.edu.pl/pdflinks/DanaInfo=vls1.icm.edu.pl+10102712430721786.pdf>.

¹⁰ Jak zauważa Włodarczyk, „Podkreślanie odmienności tych aktywności jest stale obecne w dociekaniach podejmowanych w ramach zdrowia publicznego. Wywarło także silny wpływ na rozwój systemów medycznych, co było – i w dalszym ciągu jest – widoczne w rozstrzygnięciach przyjmowanych w USA, co z powodu pozycji amerykańskiego zdrowia publicznego wpływa na sposób postrzegania problemu także w Europie”.

¹¹ Byrne D. (2002), *Protection future priorities in EU health policies. European Health Forum on „Common Challenges for Health and Care”*, Gastein, 26 September 2002, <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/02/426&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en>.

¹² Autor podkreślił, że zdrowie jest bardzo ważnym czynnikiem wzrostu, a nie tylko efektem dobrobytu, jak to jest na ogół przedstawiane w politycznych sporach: Byrne D. (2004), *Enabling good health for all. A reflection process for a new EU Health Strategy*, 15 July 2004, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/byrne_reflection_en.pdf.

¹³ Powstanie UE rozpoczęło się od współpracy ekonomicznej, węgla i stali, z mniejszą uwagą poświęcaną sprawom społecznym, w tym zdrowotnym. Dopiero z czasem stawało się bardziej oczywiste, że społeczny wymiar procesu jednoczenia, w tym zdrowie, są co najmniej równie ważne, jak rozwój ekonomiczny.

¹⁴ Traktat z Maastricht, Traktat o Unii Europejskiej, <http://eur-lex.europa.eu/pl/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>, English version: http://europa.eu/legislation_summaries/economic_and_monetary_affairs/institutional_and_economic_framework/treaties_maastricht_en.htm.

¹⁵ Traktat z Amsterdamu, Traktat o Unii Europejskiej, http://www.google.pl/#sclient=psy&hl=pl&q=traktat+amsterdamski+tekst&aq=1&aqi=g5&aql=&oq=&gs_rfai=&pbx=1&fp=e63ad36de37b33c8 En.version: <http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html#0001010001>.

¹⁶ Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:306:0042:0133:PL:PDF>; Traktat z Lizbony, Wersje skonsolidowane Traktatu o Unii Europejskiej i Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 83, 30.03.2010, http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/pl_PL/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=FXAC10083.

¹⁷ *Council conclusions on common values and principles in European union health systems*, (2006/C 146/01) 22.06.2006 EN, Official Journal of the European Union C 146/1; *Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej* (2006/C 146/01), 22.6.2006 PL, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 146/1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:001:0003:EN:PDF>.

¹⁸ Zarys wartości został przejęty także w innych opracowaniach, m.in. w dokumencie strategicznym *Razem dla zdrowia: podstawowe zasady prozdrowotnych działań UE oraz priorytetowe obszary interwencji podejmowanych przez systemy zdrowotne*: WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, Brussels, 23.10.2007, COM(2007) 630 final, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf.

¹⁹ Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego I Rady z 23.10.2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013, 20.11.2007 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 301/3, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:PL:PDF>; Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008–2013), 20.11.2007 Official Journal of the European Union L 301/3, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>.

²⁰ Por. David Byrne Enabling Good Health for All. A reflection process for a new EU Health Strategy, 15 July 2004, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/byrne_reflection_en.pdf. Autor zacytował tam opinię WHO, że 10% wydłużenie oczekiwanego trwania życia powoduje zwiększenie tempa rozwoju gospodarczego o 0,35% rocznie.

²¹ Komunikat Komisji do Parlamentu, Rady i Komitetów oraz Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, Council of the European Union, Interinstitutional File:2009/0003 (CNS) Brussels, 5 June 2009, (http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_en.pdf); A brief synopsis on patient safety, WHO Regional Office for Europe, 2010, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf.

²² W unijnej polityce zdrowotnej kategoria „prawa pacjenta” została użyte w procesie przygotowywania i negocjowania dyrektywy dotyczącej transgranicznej opieki zdrowotnej. Propozycja dyrektywy została zgłoszona w lipcu 2008 European Commission (2008). *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare* (presented by the Commission). Brussels, 2 July 2008, COM(2008) 414 final, (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_en.pdf).

²³ W literaturze używa się często określenia „ubezpieczenia dobrowolne”, także wtedy, gdy stosuje się obowiązek ubezpieczenia, a ubezpieczyciel jest instytucją prywatną. Elias Mossialos and Sarah Thomson Voluntary Health Insurance in the European Union, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2004.

²⁴ Directive 2009/138/EC of the European Parliament and of the Council of 25 November 2009 on the taking-up and pursuit of the business of Insurance and Reinsurance (Solvency II), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:335:0001:0155:en:PDF>. W tym kontekście pojawia się także problem mechanizmów kompensacyjnych. Por. Risk equalisation in voluntary health insurance markets: A three country comparison *Health policy* Volume: 98, Issue: 1, November, 2010, 39–49, <https://extranet.uj.edu.pl/pdfflinks/DanaInfo=vls2.icm.edu.pl+10101314034524881.pdf>.

²⁵ WHO The World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever, World Health Organization 2008, http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, problemy funkcjonowania POZ, por. Boerma W., Coordination and integration in European primary care, w: Primary care in the driver's seat? Edited by Richard B. Saltman, Ana Rico & Wienke Boerma, European Observatory on Health Systems and Policies series, Open University Press, 2006: 3–21, <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/primary-care-in-the-drivers-seat>.

²⁶ Velasco-Garrido M., Busse R. (2005), *Health technology assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe*, Policy brief, World Health Organization 2005, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/90432/E87866.pdf.

²⁷ Project ECHTA/ECAHI: *Co-ordination of HTA activities in Europe/Assessment of health interventions* (1999–2001), <http://www.oew.ac.at/ita/ebene4/e2-2b13.htm>.

²⁸ Hagenfeldt K., Asua J. (2001), *Clearing house functions and emerging technologies*, July 2001, http://www.oew.ac.at/ita/ebene5/WG2_FinalReport_0107.pdf.

²⁹ *European network for health technology assessment: HTA core model for medical and surgical interventions 1.0r*, 2008, <http://www.eunetha.net/upload/WP4/Final%20Deliverables/HTA%20Core%20Model%20for%20Medical%20and%20Surgical%20Interventions%201%200r.pdf>.

³⁰ Council Directive 97/11/EC of 3 March 1997 amending Directive 85/337/EEC on the assessment of the effects of certain public and private projects on the environment, OJ NO. L 073, 14/03/1997 P. 0005, <http://ec.europa.eu/environment/eia/full-legal-text/9711>; Dyrektywa 2001/42/WE parlamentu UE i Rady z 27.06.2001 r. w sprawie oceny wpływu niektórych planów i programów na środowisko, L 197/30 DZ, U. WE 21.7.2001, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:15:06:32001L0042:PL:PDF>; szeroko na temat HIA jako podstaw decyzji w polityce UE: Wismar M., Blau J., Ernst K., Figueras J. (2007), *The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, Edited by European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98283/E90794.pdf.

³¹ Tabela zawierająca tytuły przedstawione w portalu, Portal Zdrowie Unii Europejskiej, http://ec.europa.eu/health-eu/index_pl.htm. Każdy problem polityki jest regulowany odrębnymi przepisami UE, z koncepcyjnego punktu widzenia suma szczegółowych polityk może być traktowana jako cząstkowa definicja zdrowia publicznego w sensie, który temu pojęciu jest nadawany w UE. Należy podkreślić, że jest to definicja wypracowana z praktyki, a nie z teoretycznych ustaleń.

³² W kontekście polityki zdrowia publicznego trzeba przywołać problem trudności definicyjnych dotyczący samego pojęcia zdrowia publicznego, którego rozumienie w krajach członkowskich UE znacznie odbiega od jakiegokolwiek jednoznaczności zakresowej (zarówno w stosunku do przedmiotu, jak i podmiotów). Wątpliwości te szeroko opisuje wielu autorów: por. Richardson E. (2007), *Złożoność struktur zdrowia publicznego w krajach Unii Europejskiej – raport porównawczy*, w: *Zdrowie publiczne w krajach europejskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 35–63 oraz na temat polskiej złożoności instytucjonalnej na tym tle: Włodarczyk C.W., Czabanowska K., *Instytucje zdrowia publicznego w Polsce*, w: tamże, s. 63–81.

³³ Szeroko na temat roli obu rodzajów norm w prawie wspólnotowym, w szczególności w stosunku do problematyki socjalnej: Trubek M., Trubek L., (2005), *Hard and soft law in the construction of social Europe. The role of the open method of coordination*, Blackwell Publishing Ltd. 2005, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA, „European Law Journal”, Vol. 11, No. 3, May 2005, 343–360.

³⁴ Proces tzw. „soft law hardening”, polega na przygotowaniu „gruntu” pod przyszłe regulacje w postaci deklaracji, rekomendacji, zaleceń, które ostatecznie zostają inkorporowane do traktatów, konwencji międzynarodowych lub na stosowaniu się państw członkowskich do norm miękkich, co prowadzi do powstania wiążącej normy w trybie zwyczaju (uznane w systemie pr. międzynarodowego źródło prawa). Inny aspekt miękkiego prawa dokumentowania *opinio juris* w zakresie stosowania i wykładni treści traktatów – por. Hodson D., Maher I. (2004), *Soft law and sanctions: economic policy co-ordination and reform of the stability and growth pact*, 11JEP798, Andorno R., (2007), *The invaluable role of soft law in the development of universal norms in bioethics*, paper at a Workshop jointly organized by the German Ministry of Foreign Affairs and the German UNESCO Commission, Berlin, 15 February 2007, <http://www.unesco.de/1507.html>.

³⁵ Problemy należące do poszczególnych kierunków – polityk zdrowia publicznego – por. tabela zamieszczona na portalu: Portal Zdrowie Unii Europejskiej, http://ec.europa.eu/health-eu/index_pl.htm.

³⁶ Por. *Cross-border health services in the EU – Analytical report*, Eurobarometer, June 2007.

³⁷ Traktat z Maastricht, Traktat o Unii Europejskiej, <http://eur-lex.europa.eu/pl/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>, http://europa.eu/legislation_summaries/economic_and_monetary_affairs/institutional_and_economic_framework/treaties_maastricht_en.htm.

³⁸ Traktat z Amsterdamu, Traktat o Unii Europejskiej, http://www.google.pl/#sclient=psy&hl=pl&q=traktat+amsterdamski+tekst&aq=1&aqi=g5&aql=&oq=&gs_rfai=&pbx=1&fp=e63ad36de37b33c8 English Version: <http://eur-lex.europa.eu/en/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html#0001010001>.

³⁹ Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską podpisany w Lizbonie dnia 13.12.2007 r., <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:306:0042:0133:PL:PDF>; Traktat z Lizbony, wersje skonsolidowane Traktatu o Unii Europejskiej i Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 83, 30.03.2010, http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/pl_PL/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=FXAC10083.

⁴⁰ http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/cross-border_healthcare/index_pl.htm, inne portale UE szeroko podają informacje dotyczące opieki transgranicznej (często jako pierwsze na stronach): http://ec.europa.eu/health/cross-border_care/policy/index_en.htm; http://ec.europa.eu/health-eu/news/streaming/crossborder/crossborder_en.htm.

⁴¹ Traktat z Maastricht: „Rada przyjmuje środki zachęcające, z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych Państw Członkowskich”, zapis powtórzony w Traktacie Amsterdamskim w stosunku do Rady: Rada może przyjmować „środki zachęcające, zmierzające do ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego, z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych Państw Członkowskich”.

⁴² Traktat Amsterdamski: „Działanie Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni szanuje odpowiedzialność Państw Członkowskich za organizację i świadczenie usług zdrowotnych i opieki medycznej”.

⁴³ Traktat Lizboński: zapis gwarantujący „poszanowanie obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej”.

⁴⁴ „obowiązki Państw Członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również przydział przyznanych im zasobów”.

⁴⁵ Ok. 30% wszystkich spraw dotyczących zdrowia i rozpatrywanych przez instytucje UE stanowiło orzecznictwo ETS.

⁴⁶ Por. orzeczenia: Kohl & Decker, 1998; Smiths & Peerboms 2001; Vanbrekel 2001; Ioannidis 2003; wszystkie sprawy dotyczyły problemów zwrotu kosztów za leczenie uzyskane zagranicą – problem opieki transgranicznej to *de facto* kwestia zasad dotyczących systemu regulowania tych kosztów, ustalenia zakresu odpowiedzialności finansowej państwa i pacjenta (proporcje) oraz obowiązków i procedur akceptowanych przez świadczeniodawców. Wszystkie teksty orzeczeń ETS dostępne na stronie: <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=pl>.

⁴⁷ Tytuł przyjętej rezolucją legislacyjną Parlamentu 19.01.2011 r. Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej sugeruje, że obywatelom UE przysługują określone w prawie wspólnotowym prawa pacjenta – tu ograniczone do opieki transgranicznej, jednak w praktyce często będą one uzależnione od działań państwa członkowskiego – zarówno kraju pochodzenia pacjenta, jak i kraju uzyskania świadczenia; 11038/2/2010 – C7-0266/2010 – 2008/0142(COD), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:PL:PDF>.

⁴⁸ Systemy E111, E112 wprowadzone zostały na podstawie r.1408/71 (nowelizacja w Akcie Akcesyjnym) i 574/72. Poza tymi systemami w UE w stosunku do zasad udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązują ponadto: E106; E109; E110; E119; E120; E121; E123; E128. Systemy te zawierają przede wszystkim odpowiednie zasady koordynacji w stosunku do świadczeń zdrowotnych udzielanych określonej kategorii podmiotów (np. E121 dotyczy emerytów lub rencistów zamieszkałych w innym kraju niż kraj przyznania renty lub emerytury).

⁴⁹ EKUZ jest dokumentem w języku kraju pochodzenia, nie stanowi dowodu ubezpieczenia w tym kraju członkowskim, a jedynie dokument uprawniający do świadczeń poza granicami. EKUZ weszła w życie we wszystkich krajach członkowskich UE/EOG 1.01.2006 r.

⁵⁰ „To drugie po Schengen wielkie otwarcie granic. Wszystkie kliniki, szpitale, przychodnie – bez względu na to, czy prywatne, krajowe, czy zagraniczne – będą dostępne dla każdego mieszkańca UE. I każdy pacjent będzie mógł żądać całkowitego lub częściowego zwrotu kosztów leczenia”, *Dziennik.pl*, <http://wiadomosci.dziennik.pl/wydarzenia/artykuly/164794,pacjenci-leczeni-bez-granic.html>.

⁵¹ *Dyrektywa UE może umożliwić Polkom korzystanie z legalnej aborcji?* Rynek zdrowia, PAP 12.05.2011, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Dyrektywa-UE-moze-umozliwic-Polkom-korzystanie-z-legalnej-aborcji,108927,14,drukuj.html>.

⁵² Rada Europejska przyjęła stanowisko w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej 13.09.2009 r., przy 3 głosach sprzeciwu (Portugalia, Polska i Słowacja), Rumunia wstrzymała się od

głosu. Komisja Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności w PE przegłosowała sprawozdanie w drugim czytaniu 27.10.2010 r., a porozumienie polityczne w sprawie dyrektywy pomiędzy Radą Europejską i PE zostało zawarte podczas prezydencji belgijskiej 21.12.2010 r.. Ostatecznie dyrektywa została przyjęta 19.01.2011 r., w wyniku kompromisu zawartego z państwami członkowskimi. Dyrektywa wchodzi w życie 20. dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej po formalnym jej zatwierdzeniu przez Radę UE. Państwa członkowskie w ciągu 30 miesięcy będą musiały zmienić swoją legislację krajową w celu dostosowania jej do wymogów dyrektywy.

⁵³ Wystarczy przywołać znaną już z mediów (a także w kontekście umorzonego postępowania prokuratorskiego wobec niemieckich klinik, polskie pacjentki były ostatecznie przesłuchiwane jako świadkowie w sprawie) sprawę polskich pacjentek masowo rodzących w „stanach nagłych” w niemieckich przygranicznych szpitalach, głównie w Schwedt (w latach 2004–2007 było to około 400 pacjentek – koszt porodu to od 1500 do 3000 euro). Por. artykuł zamieszczony w: <http://polonia.wp.pl/title,Polki-rodzace-w-Niemczech-na-celowniku-NFZ,wid,10603715,wiadomosc.html?ticaid=1c421>. W Internecie funkcjonował portal *Nasz bocian*, na którym pacjentki przekazywały sobie informacje dotyczące możliwości porodu w Niemczech, standardów opieki szpitalnej, koniecznych formalności i dokumentów: <http://www.nasz-bocian.pl/phpbbforum/viewtopic.php?t=55083>.

⁵⁴ Pacjenci nawet w sytuacji uzyskania autoryzacji swojego płatnika nie mogliby zatem liczyć na pokrycie całości kosztów leczenia, co miało miejsce poprzednio (zwrot obejmował wszystkie koszty bezpośrednio związane z leczeniem zagranicą).

⁵⁵ Wszystkie założenia NZP zostały przedstawione w opracowaniu: Supernat J., *Administracja publiczna w świetle koncepcji new public management*, <http://www.supernat.pl/wyklady/index.php?sortby=&desc=desc&pg=pi&st=&lm=&idx=3>.

⁵⁶ Dziesięć założeń NZP zostało opracowane na podstawie „Administracja publiczna w świetle koncepcji *new public management*”, Supernat J., 2003.

⁵⁷ Początek samej idei reform przypadła już na lata 80., ale pierwsze systemowe zmiany zachodzą dopiero pod koniec lat 90.: wprowadzenie w 1999 r. ustawą z 1997 r. systemu opartego na zasadzie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowiło zerwanie ze scentralizowanym Siemaszkowskim modelem państwowej służby zdrowia. Szerzej o uwarunkowaniach początkowego okresu reform zdrowotnych w Polsce por. Golinowska S. (2000), *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Poltext, Warszawa, s. 81–102.

⁵⁸ Na ten kierunek rozwoju systemów ochrony zdrowia (nie tylko w Europie, ale i na świecie) wskazuje już sam tytuł książki C. Włodarczyka z 2003 r. *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo UJ, Kraków. Na naszych oczach dokonują się fundamentalne zmiany na świecie: USA, do niedawna „ostatni bastion” dla polityki państwowej kwestionującej systemowe podejście do ochrony zdrowia na rzecz indywidualnej odpowiedzialności, pada pod gruzami wprowadzonej w ubiegłym roku reformy Obamy. „New York Times” z 10.03.2010 r. nazwał uchwaloną przez Obamę ustawę: „największym atakiem rządu federalnego na ekonomiczne nierówności od czasu, gdy zaczęły one rosnąć w USA ponad 30 lat temu”.

⁵⁹ Szeroko na temat koncepcji i różnorodności stosowania pojęcia systemu w polityce zdrowotnej por. Włodarczyk C.W., Poździoch S. (2001), *Systemy zdrowotne, Zarys problemu*, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 20–28, 84–88.

⁶⁰ Definicja WHO: „(...) system zdrowotny może być szeroko zdefiniowany jako spójna całość, której liczne powiązane z sobą części (...) wspólnie oddziałując (pozytywnie) wpływają na stan zdrowia populacji”, za: Kleczkowski B.M., Roemer M.I., Van der Werff A. (1984), *National health systems and their reorientation towards Health for All. Guidance for Policy making*, WHO, Geneva.

⁶¹ Prawo do zdrowia, także w jego wymiarze dobra publicznego, bez możliwości korzystania z opieki zdrowotnej na zasadach różności byłoby niemożliwe do zrealizowania, a równość ta to obecnie wartość uniwersalna, gwarantowana na gruncie prawa międzynarodowego, wspólnotowego i krajowego w różnego rodzaju aktach, por. Golinowska S. (1994), *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, PWN, Warszawa, 100, oraz przywołane tamże: Musgrave R.A., Musgrave P.B. (1974), *Public finance in theory and practice*, New York i Samuelson P.A. (1954), *The pure theory of public expenditure*, „Review of Economic and Statistics”, nr 36.

⁶² C.Włodarczyk odwołuje się do „zdroworozsądkowej interpretacji” pojęcia reformy zdrowotnej: „Zawsze bowiem chodzi o celową zmianę, poprawiającą – przynajmniej intencjonalnie – działania podmiotów, które mają przyczynić się do poprawy stanu zdrowia populacji”. Dalej wskazuje na trudności w delimitacji zakresu pojęcia reformy i przytacza w tym kontekście wielu autorów definiujących w różny sposób problem reformowania w obszarach związanych ze zdrowiem. Por. Włodarczyk C. (2002), *Reforma zdrowotna jako proces polityczny. Kilka uwag o wybranych wątkach*, w: *Problemy polityki społecznej, Studia i dyskusje*, IFiS PAN, 4/2002. s. 34 i nast. Bez względu na te teoretyczne rozróżnienia wskazany cel nadrzędny i najbardziej ogólny w postaci pozytywnego skutku zdrowotnego stanowi spoiwo dla wszystkich definicji i w kontekście opisywanego narzędzia z pewnością jest także swego rodzaju filtrem dla szczegółowych kryteriów oceny.

⁶³ „Naturalnym dążeniem «dobrej» polityki zdrowotnej – jak ongiś filozofii – jest nie tylko opisywanie świata, ale dążenie do jego zmiany. Interwencja polityki zdrowotnej powinna prowadzić do sytuacji, w której jest ono lepsze, niż miałyby to miejsce bez tej interwencji”: Włodarczyk C. (2010), *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa, s. 41.

⁶⁴ Szerzej: Włodarczyk C. (2003), *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 45.

⁶⁵ Zdaniem C.J.L. Murray cele służą właściwej ocenie polityki zdrowotnej, pod warunkiem że zostały sformułowane jasno, precyzyjnie i w sposób pozwalający na ich wartościowanie (kwantyfikację), Murray C.J.L. (1995), *Towards an analytical approach to health sector reform*, „Health Policy”, 32, s. 93–109. Jak pisze C. Włodarczyk, postulaty te nie są możliwe do zrealizowania w pełnym wymiarze w praktyce, jednak pożądanym procesem jest dążenie do osiągnięcia takiego stanu, tamże.

⁶⁶ Wcześniej uwagi na temat standardów doktrynalnych w części dotyczącej opieki transgranicznej niniejszego opracowania są w pełni aplikowalne także w tym miejscu.

⁶⁷ Opisywane wcześniej uwarunkowania systemowe, modelowe, organizacyjno-strukturalne, zasobowe (poziom

i mechanizmy finansowania), środowiskowe (profesjoniści), wreszcie polityczne (układ sił, możliwości tworzenia lobbyngu, realne wpływy środowiska eksperckiego).

⁶⁸ Sztandarowym przykładem standardu normatywnego na najwyższym poziomie legislacji jest zapis art. 68 Konstytucji RP wprowadzający w u.1 generalną zasadę prawa każdego do ochrony zdrowia i w u. 2 prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (obywatelom) na zasadach określonych w ustawie. Na temat błędów interpretacyjnych co do treści tego zapisu por. Jończyk J. (2006), *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Zakamycze, Kraków, s. 249.

⁶⁹ Ustawa o działalności leczniczej – tekst ustawy uchwalony w dniu 15.04.2011 r. po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).

⁷⁰ Jak wspomniano, najczęściej występujące w UE systemy to konstrukcje mieszane, zawierające elementy obu rozwiązań „wzorcowych”. Potrzeba wprowadzania zmian systemowych była zauważana już w latach 80., por. Checkland P.B. (1984), *A system approach, health service systems: time to re-think*, w: *Reorienting health services, application of a system approach*, Panneborg C.O., van der Werff A., Hirsch G.B., Barnard K. (red.), Plenum Press, New York & London. Postulaty dotyczące konieczności zmian obecnie wręcz się nasiliły w związku z trudnościami funkcjonowania i zmieniającą się rolą UE: por. Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T.K. (ed.), *Health systems governance in Europe; The role of EU law and policy*, (2011), European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge. Włodarczyk C.W., Poździoch S. (2001), *Systemy zdrowotne, Zarys problematyki*, Wydawnictwo UJ, Kraków.

⁷¹ Często trudno będzie jednoznacznie stwierdzić, że skutecznie wdrożona idea reformy przyniosła np. znaczną poprawę statusu zdrowotnego, możliwe są wręcz odwrotne skutki postrzegane w szerszej perspektywie. Skuteczność traktowana w kontekście konsekwentnego zrealizowania jakiejś idei polityki zdrowotnej (projekt legislacji) w efekcie pozytywnego zakończenia procesu legislacyjnego (przyjęcie ustawy, wydanie niezbędnych regulacji wykonawczych i implementacja) wcale nie musi oznaczać „dobrej” reformy (czy polityki) – co może się okazać w wyniku przeprowadzonego monitoringu, na etapie ewaluacji. Trzeba zatem rozróżnić między skutecznością formalną a skutecznością kojarzoną z jakością polityki, wartościowaniem jej celów.

⁷² Dla przyjętego tu kształtu narzędzia analitycznego szczególnie istotne znaczenia miało doświadczenie polskiego zespołu opracowującego raporty dotyczące polskiej polityki zdrowotnej w ramach International Network Health Policy and Reform, dla Health Policy Monitor, z zastosowaniem ujednoczonego kwestionariusza badawczego. Por. raporty C.W. Włodarczyka, A. Mokrzyckiej, I. Kowalskiej zamieszczone na stronach HPM: <http://www.hpm.org/index.jsp>.

⁷³ Przyjęto, że podstawowy materiał badawczy to rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia – organu administracji odpowiedzialnego za kształtowanie rządowej polityki zdrowotnej, głównego inicjatora reform i centralnego organu administracji rządowej, odpowiedzialnego za realizację zasad określonych w ustawie.

⁷⁴ *Political mapping* stosowany jest w ramach narzędzi metodologicznych programu *Policy maker*, który stał się kanonem w działaniach ukierunkowanych na budowanie strategii

politycznych, biznesowych, marketingowych, obecnie możliwe jest jego łatwe stosowanie w postaci zróżnicowanych aplikacji softwarowych. Proponowana matryca HPA wykorzystuje *political mapping* jako element składowy narzędzia ewaluacyjnego, a nie jako zasadnicze narzędzie konstrukcyjne dla strategii, <http://polimap.books.officelive.com/default.aspx>.

⁷⁵ Por. Brinkerhoff & Crossby (2002), *Managing Policy Reform*, Bloomfield, CT: Kumarian Press Inc.

⁷⁶ Przegląd literatury przedmiotu w tym zakresie obejmuje następujące pozycje: Peterson (1994), Prud'homme (1995), Bossert (1996), Collins (1996), Cohen, Peterson (1996), Włodarczyk, Kawiorska (2005), Kowalska (2003–2011) i wiele innych.

⁷⁷ Więcej na ten temat w: Bossert T., *Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance*. „Soc. Sci. Med.” 1998, 47, 10, 1513–1527.

Abstract

The innovative, multidimensional tool for the health policy and public health policy assessment – the evaluation matrix HPA (Health Policy Assessment). Basic methodology and the toll description

Key words: health policy, public health, health policy evaluation, legislation, legislative process, executive regulations, sectoral health policy, health policy assessment methods, research instruments

Health policy as a process and as activities in the sphere of public responsibility may cause different evaluation problems but at the same time the proper and reliable assessment should be understood as the essential interest of the engaged stakeholders: government at different levels, payers, providers and patients as well. The paper concerns the problem of difficulties influencing the research focused on the health policy description aiming at the indication of the most important factors, effects, possible development dimensions that may significantly change the health system. The methodology in this case is also a complicated issue: quite often based on the instruments typical for social disciplines but not completely applicable for the presented subject. The paper describes the new innovative and universal tool for the purpose of the analysis aiming at reliable and comparable health policy assessment, it presents the stages and objectives of such evaluation and the perspectives of the HPA matrix development both for research and for didactic purposes.

Piśmiennictwo:

- Marmor T., Freeman R., Okma K., *Comparative perspectives and policy learning in the world of health care*, „Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice” 2005, 7, 4.
- Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna, zdrowie publiczne w Unii Europejskiej*, 2011, maszynopis.
- McKee M., Mossialos E., *Health policy and European law: closing the gaps*, „Public Health” 2006, 120, Supplement 1, October, pp. 16–21, <https://extranet.uj.edu.pl/pdfflinks/DanaInfo=vls1.icm.edu.pl+10102712430721786.pdf>.
- Byrne D., *Protection future priorities in EU health policies European health forum on „Common challenges for health and care”*, Gastein, 26 September 2002.
- Byrne D., *Enabling good health for all. A reflection process for a new EU health strategy*, 15 July 2004; http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/byrne_reflection_en.pdf.
- Hagenfeldt K., Asua J., *Clearing house functions and emerging technologies*, July 2001, http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG2_FinalReport_0107.pdf.
- Wismar M., Blau J., Ernst K., *The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts 2007.
- Włodarczyk C.W., Czabanowska K., *Instytucje zdrowia publicznego w Polsce*, w: *Zdrowie publiczne w krajach europejskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, 63–81.
- Świątkowski A.M., *Źródła europejskiego prawa socjalnego*, w: Świątkowski A.M., *Europejskie prawo socjalne*, T. I: *Specyfika, stanowienie i stosowanie europejskiego prawa socjalnego*, Dom Wydawniczy ABC, 1998, 109–243.
- Bierzanek R., Symonides J., *Źródła prawa międzynarodowego*, w: *Prawo międzynarodowe publiczne*, PWN, Warszawa 1994, 68–109.
- Trubek M., Trubek L., *Hard and soft law in the construction of social Europe. The Role of the open method of coordination*, „European Law Journal” 2005, 11, 3, 343–364.
- Hodson D., Maher I., *Soft law and sanctions: economic policy co-ordination and reform of the stability and growth pact*, „Journal of European Public Policy” 2004, 5, 798–813.
- Andorno R., *The invaluable role of soft law in the development of universal norms in bioethics*, paper at a Workshop jointly organized by the German Ministry of Foreign Affairs and the German UNESCO Commission, Berlin, 15 February 2007. <http://www.unesco.de/1507.html>.
- Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., Ginneken E., *Cross border health care in European Union. Mapping and analysing practices and policy*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, Observatory Studies Series no 22, UK.
- Paulus A., Evers S., Fecher F., Van Der Made J., Boonen A., *Cross border health care: an analysis of recent ECJ rulings*, „European Journal of Law and Economics” 2002, 14, 1, 61–73.
- Vassiliou A., *Proposal for a directive on the application of patient's rights in cross-border care*, 2011, Press conference on Patient's Rights in Cross-Border care, Brussels 2008, http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossborder_vassiliou_.pdf.
- Batley R., Larbi G.A., *The changing role of government: the reform of public services in developing countries*, Palgrave Macmillan 2004.
- Philippidou S., Soderquist K.E., Prastacos G.P., *The transformation of public management and the effects on leadership vs. management: a Greek example*, American Society for Public Administration (ASPA) Conference „The Power of Public Service”, Washington DC, March 2003.
- Dunsire A., *Administrative theory in the 1980s: a viewpoint*, „Public Administration” 1995, 73, 1, 17–40.
- Osborne D., Gaebler T., *Rządzić inaczej*, Media Rodzina, Poznań 1992.
- Bardouille N.C., *The transformation of governance paradigms and modalities*, „Round Table” 2000, 89, 353, 81–106.

22. Harlow C., *Accountancy, new public management and the problems of the child support agency*, „Journal of Law and Society” 1999, 26 (2), 150–174.
23. Schimank U. *‘New Public Management’ and the academic profession: reflections on the German situation*, „Minerva” 2005, 43, 361–376.
24. Wilkinson M.J., *Love is not a marketable commodity: new public management in the British National Health Service*, „Journal of Advanced Nursing” 1995, 21, 980–987.
25. Umble K.E., Orton S., Rosen B., Ottoson J. *Evaluating the impact of the management academy for public health: developing entrepreneurial managers and organizations*, „Journal of Public Health Management & Practice” 2006, 12, 5, 436–445.
26. Hewison A., *The new public management and the new nursing: related by rhetoric? Some reflections on the policy process and nursing*, „Journal of Advanced Nursing” 1999, 29, 6, 1377–1384.
27. Hannigan J., *Assessing the new public management: the case of the National Health Service*, „Journal of Nursing Management” 1998, 6, 307–312.
28. Klich J., *Nowe zarządzanie publiczne w ochronie zdrowia?*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2008, VI, 1–2.
29. Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., *Przeobrażenia w organizacjach. Narzędzia New Public Management*, w: A. Potocki (red.), *Spoleczne aspekty przeobrażeń organizacyjnych*, Difin 2007.
30. Kowalska I., *Zarządzanie publiczne jako warunek poprawy zarządzania w systemie ochrony zdrowia w warunkach zdecentralizowanych. Oczekiwania a rzeczywistość*, maszynopis oddany do druku, maj 2011.
31. Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Warszawa 2009.
32. Chapman G.B., Sonnenberg F.A., *Decision making in health care. Theory, psychology and applications*, Cambridge University Press, Cambridge 2000.
33. Golinowska S., *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Poltext, Warszawa 2000.
34. Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2003.
35. Mokrzycka A., *„Przedsiębiorstwo lecznicze”. Innowacyjne rozwiązanie legislacyjno-systemowe czy manowce reformy?* „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, 2.
36. Włodarczyk C.W., Poździej S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
37. Włodarczyk C., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.
38. Murray C.J.L., *Towards an analytical approach to health sector reform*, „Health Policy” 1995, 32, 93–109.
39. Mokrzycka A., Kowalska I., *Law – the important instrument in the public health teaching process. The unavoidable marriage of legislation and policy*, w: Duguet A.-M. (red.), *Rights to health care in Europe, Seminaire d’actualite de droit medical*, Les Etudes Hospitalieres Editions, Rennes 2009.
40. Pałeczki K., *Prawoznawstwo. Zarys wykładu*, Prawo w porządku społecznym, Difin, Warszawa 2003.
41. Fuchs V.R., *Who shall live? Health, Economics and Social Choice*, World Scientific, 2011, 2nd Expanded Edition.
42. Lavis J., Davies H., Oxman A., Denis J.-L., Golden-Biddle K., Ferlie E., *Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making*, „Journal of Health Research & Policy” 2005, 10, supplement 1, 35–48.
43. Brinkerhoff D.W. & Crossby B.L., *Managing policy reform*, Kumarian Press Inc., Bloomfield, CT 2002.
44. Bossert T., *Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance*, „Social Science & Medicine” 1998, 47, 10, 1513–1527.
45. Rondinelli D., Cheema G.S., *Implementing decentralization policies: an introduction w: G.S. Cheema, D. Rondinelli (red.), Decentralization and development: policy implementation in developing countries*, Sage, Beverly Hills 1982, 9–34.
46. Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź, Kraków, Warszawa, 1996.
47. Musgrave R.A., Musgrave P.B., *Public finance in theory and practice*, New York 1974.
48. Olson M., *The principle of “fiscal equivalence”: the division of responsibilities among different levels of government*, „American Economic Review” 1969, 59, 479–487.
49. Oates W.E., *Fiscal federalism*, New York 1972.
50. Inman R.P., Rubinfeld D., *Rethinking federalism*, „Journal of Economic Perspectives” 1997, 11, 43–64.
51. Borg R., Owings S., *The political economy of intergovernmental grants*, „Regional Science and Urban Economics” 2002, 33, 139–156.
52. Inman R.P., *On the design of intergovernmental transfers with an application to the New South Africa*, w: R. Schwab, *Essays in honor of Wallance Oates*, Edgar Elgar, Cheltenham 1999.
53. Grossman P.J., *A political theory of intergovernmental grants*, „Public Choice” 1994, 78, 295–303.
54. Dixit A., Londregan J., *Fiscal federalism and redistributive politics*, „Journal of Public Economics” 1998, 68, 153–180.
55. Begg I., *Finansowanie UE*, „Nowa Europa” 2006, I, 3, 15–67.
56. Putnam R.D., *Bowling alone: the collapse and revival of american community*, Simon & Schuster, New York 2000.
57. Putnam R.D., *Demokracja w działaniu: tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 1995.
58. Ruskowski J., *Zastosowanie teorii PAT do analizy wielopoziomowego zarządzania w UE*, http://www.ce.uw.edu.pl/pliki/pw/4-2008_Ruskowski.pdf.
59. Golinowska S., *Wokół podstawowych wartości i zadań społecznych samorządu terytorialnego. Niezakończona debata*, „Polityka Społeczna” 2009, 36, 11–12, 3–7.

Piśmiennictwo uzupełniające:

1. Bleiklie I., *The University, the State, and Civil Society*, „Higher Education in Europe” 1999, 24, 4, 509–552.
2. Busse R., Schreyögg J., Smith P.C., *Variability in health-care treatment costs amongst nine EU countries – results from the healthbasket project*, 2008.
3. Carrin G. (ed.), *Health systems policy, finance, and organization*, Elsevier, World Health Organization 2011.

4. Checkland P.B., *A system approach, health service systems: time to re-think*, w: Panneborg C.O., van der Werff A., Hirsch G.B., Barnard K. (red.), *Reorienting health services, application of a system approach*, Plenum Press, New York & London 1984.
5. *Cross-border health services in the EU – Analytical report*, „Eurobarometer”, June 2007.
6. *European union has „three-speed” health system – many countries lagging in reform*, <http://www.bio-medicine.org/biology-technology-1/European-Union-has-Three-Speed-Healthcare-System-Many-Countries-Lagging-in-Reform-948-2/>.
7. Feranti de D., *Public and private health economics in development roles in health*, w: P. Musgrove (ed.), *Health economics in development*, Washington DC 2004.
8. Frączkiewicz-Wronka A. (red.), *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, Warszawa 2007.
9. Golinowska S., Włodarczyk C. (praca zbiorowa), *Raport CASE 53, Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002.
10. Golinowska S., *Wokół podstawowych wartości i zadań społecznych samorządu terytorialnego. Niedokończona debata?*, „Polityka Społeczna” 2009, 11–12, 3–12.
11. Golinowska S., *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, PWN, Warszawa 1994.
12. Harvey T., Trubek L., *Freedom to provide health care services within the EU: An opportunity for a Transformative Directive*, <http://eucenter.wisc.edu/Conferences/HealthApr07/HerveyTrubek.pdf>.
13. Inman R.P., *On the design of intergovernmental transfers with an application to the New South Africa*, w: R. Schwab, *Essays in honor of Wallace Oates*, Cheltenham, Edgar Elgar 1999.
14. Jończyk J., *Prawo zabezpieczenia społecznego*. Zakamycze, Kraków 2006, 249.
15. Klich J., *Przedsiębiorczość w reformowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce, Niedoceniane interakcje*, Kraków 2007.
16. Kleczkowski B.M., Roemer M.I., Van der Werff A., *National health systems and their reorientation towards Health for All. Guidance for policy making*, WHO Geneva 1984.
17. Kowalska I., *Organization and governance, R.2.3; Decentralisation of the health system*, w: HIT (Health Systems in Transition) Poland 2010, European Observatory on Health Systems and Policies, maszynopis, oddane do druku 2010.
18. Mokrzycka A., *Overview of the health system, R.2.1; Historical background, R.2.2*; w: HIT (Health Systems in Transition) Poland 2010, European Observatory on Health Systems and Policies., maszynopis, oddane do druku 2010.
19. Mossialos E., Permanand G., Baeten R., Hervey T.K. (ed.), *Health systems governance in Europe. The role of EU law and policy*, European Observatory on Health Systems and Policies, Cambridge 2011.
20. Musgrave M.A., *The theory of public finance*, McGraw-Hill, New York 1959.
21. Musgrave M. A., *Devolution, grants and fiscal competition*, „Journal of Economic Perspectives” 1997, 11, 65–72.
22. Oates W.E., *Fiscal competition and European Union: contrasting perspectives*, „Regional Science and Urban Economics” 2001, 31, 133–145.
23. Oates W.E., *Fiscal Federalism*, New York 1972.
24. *Ochrona zdrowia w wybranych krajach OECD – trendy wydatków i ocena funkcjonowania systemu*, materiały seminarium, 97 seminarium BRE-CASE, Warszawa, 12.06.2008.
25. Richardson E., *Złożoność struktur zdrowia publicznego w krajach Unii Europejskiej – raport porównawczy*, w: *Zdrowie publiczne w krajach europejskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, 35–63.
26. Roper I., *Managing quality in public services: some distinct implications for the reorganisation of work*, w: Dibben P., Wood G., Roper I. (eds), *Contesting public sector reforms*, Palgrave MacMillan, Basingstoke 2004.
27. Samuelson P.A., *The pure theory of public expenditure, review of economic and statistics*, 1954.
28. Supernat J., *Administracja publiczna w świetle koncepcji New Public Management*, <http://www.supernat.pl/wyklady/index.php?sortby=&desc=desc&pg=pi&st=&lm=&idx=3>
29. Włodarczyk C., *Reforma zdrowotna jako proces polityczny. Kilka uwag o wybranych wątkach*, „Problemy polityki społecznej, Studia i dyskusje” 2002, 4.
30. Velasco-Garrido M., Busse R., *Health technology assessment. An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe*, Policy brief, World Health Organization 2005, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/90432/E87866.pdf.
31. Ventris C., *New public management: an examination of its influence on contemporary public affairs and its impact on shaping the intellectual agenda of the field*, „Administrative Theory & Praxis” 2000, 22, 3, 500–518.

Teksty źródłowe z oficjalnych stron UE: <http://eur-lex.europa.eu>; http://ec.europa.eu/health-eu/index_pl.htm; Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości: <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=pl> oraz inne materiały na stronach internetowych przywołanych w odsyłaczach.

■ O autorach:

prof. dr hab. Cezary Włodarczyk – kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

dr Iwona Kowalska – adiunkt w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

dr Anna Mokrzycka – adiunkt w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

Michał Zabdyr-Jamróż

Perspektywy sondażu deliberatywnego jako innowacji w polityce zdrowotnej

Słowa kluczowe: sondaż deliberatywny, demokracja deliberatywna, partycypacja, polityka zdrowotna

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest systematyczne ujęcie koncepcji deliberatywnej partycypacji społecznej w zdrowiu na przykładzie najbardziej reprezentatywnej z jej metod – sondażu deliberatywnego (SD) – jako organizacyjnej innowacji w dziedzinie zdrowia. W wytycznych do rekomendacji Rady Europy z 24 lutego 2000 roku pojawia się stwierdzenie, że „partycypacja obywateli/pacjentów powinna być integralną częścią systemów opieki zdrowotnej i, jako taka, nieodłącznym komponentem aktualnych reform opieki zdrowotnej” [1]. O ile zalecenie to w znacznej mierze znalazło już zastosowanie w przypadku polskich reform – wprowadzenie instytucji konsultacyjnych takich jak choćby Wojewódzkie Komisje Dialogu Społecznego czy rady funkcjonujące przy oddziałach wojewódzkich NFZ, a nawet Rady Społeczne przy SP ZOZ – to ściśle deliberatywne metody partycypacji w zdrowiu na polskim gruncie wciąż pozostają poza sferą praktyki, a nawet zainteresowań decydentów (z jednym wyjątkiem) i, choć są one na świecie stosowane od prawie trzydziestu lat, z perspektywy polskiej polityki zdrowotnej stanowią innowacje o niezbadanych możliwościach. W artykule zostaną omówione: teoria, praktyka (na wybranych przykładach) oraz potencjał, ale i ograniczenia deliberatywnych metod uprawiania polityki zdrowotnej, a także właściwe zastosowania oraz możliwości ich zaszczerpienia na krajowym gruncie.

Na początku zostanie omówione ogólne pojęcie partycypacji w zdrowiu, które stało się przedmiotem rekomendacji Komitetu Ministrów Rady Europy (wyróżnienie partycypacji obywatelskiej i partycypacji pacjentów), stając się w efekcie właściwym przedmiotem nowego paradygmatu uprawiania polityki zdrowotnej w kontekście Strategii Lizbońskiej. Następnie omówiona zostanie koncepcja partycypacji deliberatywnej, będącej odmianą obywatelskiego wymiaru partycypacji, a wpisana w głębszą koncepcję deliberatywnego modelu demo-

kracji – czyli poprawy jakości obywatelstwa w wyniku swobodnej merytorycznej dyskusji. Wymienione zostaną jej założenia, cele, a także naczelnne techniki realizacji. Metoda SD zostanie omówiona bardziej szczegółowo jako technika wzorcowa dla idei demokracji deliberatywnej, ukazując, jakie są mechanizmy realizowania jej celów. W dalszej kolejności skomentowana zostanie praktyka zastosowania SD – szczególnie na przykładzie SD z 1998 roku na temat przyszłości brytyjskiej NHS (*National Health Service* – Narodowa Służba Zdrowia) – w kontekście stawianych przed nią oczekiwań i perspektyw zastosowania w polityce zdrowotnej. Następnie metoda deliberatywnej partycypacji w zdrowiu zostanie zestawiona z innymi metodami obywatelskiej partycypacji w zdrowiu – w ich praktycznym wymiarze (także na przykładzie Polski). Porównanie to wykaże konieczność wyróżnienia dwóch jakościowo odmiennych typów idealnych partycypacji: *współdecydowania* i *konsultowania*. Metody deliberatywne stanowiłyby wzorcowy przykład tego ostatniego. W ramach podsumowania partycypacja deliberatywna jako *sui generis* model polityki zdrowotnej zostanie w zarysie zestawiona z jej klasycznymi modelami (racjonalnymi i inkrementalnym), także w polskim kontekście. W ten sposób zostaną podsumowane perspektywy zastosowania metod deliberatywnych w zdrowiu na gruncie krajowym.

1. Partycypacja w zdrowiu

Pojęcie partycypacji nastrocza pewnych istotnych – z perspektywy niniejszego tekstu – trudności definicyjnych. Ich przynajmniej częściowe rozstrzygnięcie – w kontekście deliberatywnej jej odmiany – będzie przedmiotem niniejszego artykułu w dalszej jego części. Stosownym punktem wyjścia jest jednak najbardziej popularna definicja.

Partycypacja – lub inaczej uczestnictwo – oznacza „sposób na aktywne branie udziału w wydarzeniach, któ-

re nas dotyczą; możliwość zabierania głosu, uczestniczenia ludzi w działaniach i decyzjach” [2]. Kojarzona jest z ideałami społeczeństwa obywatelskiego i wskrzeszeniem instytucji demokracji bezpośredniej na wzór antyczny. Partycypacja w tym ujęciu jest przeciwstawiana nie tylko arbitralnemu podejmowaniu decyzji przez organy władzy – szczególnie centralnej, ale również *laissez faire*, tj. pozostawianiu rozwoju spraw czystym, funkcjonującym poza świadomą i celową kontrolą, mechanizmom rynkowym [2]. W tym miejscu jednak można zasadnie zauważyć, że partycypacja w swoim wymiarze ściśle indywidualnym, „klienckim” (a w odniesieniu do zdrowia – tzw. partycypacji pacjentów, o czym więcej w dalszej części) może stanowić właśnie metodę wzmocnienia czy usprawnienia (a nie ograniczania) mechanizmów rynkowych przez przybliżenie ich praktyki do konceptualnego ideału – chociażby przez zmniejszenie asymetrii informacji między podmiotami funkcjonującymi na rynku, a przez to umożliwienie sprawniejszego identyfikowania i realizowania swojego interesu. Tak czy inaczej idea partycypacji stanowi propozycję zaradzenia alienacji mieszkańców współczesnych, rozwiniętych demokracji przedstawicielskich [3]. Partycypacja polega nade wszystko na zapewnieniu wpływu na procesy polityczne i ekonomiczne tym, którzy tego wpływu w normalnych warunkach funkcjonowania współczesnego państwa byłiby pozbawieni poprzez wzmocnienie ich pozycji społecznej [4]. Realizacja tych założeń określana jest jako *empowerment* (angielski termin, który należałoby przetłumaczyć w tym kontekście jako „upodmiotowienie” czy też „wzmocnienie”). Polega ona nie tyle na nadaniu ludziom *władzy* – którą posiadają na zasadzie potencjalności zarazem *de facto*, jak i *de iure* (jako suwerenny lud) – ile raczej na wpojeniu poczucia wiary we własne siły, nauczaniu ich, jak z tej władzy korzystać, oraz na wytworzeniu odpowiednich mechanizmów to ułatwiających – na uwolnieniu tkwiącego w ukryciu potencjału, czyli na faktycznym zaangażowaniu w proces decyzyjny, bez poprzestawania tylko na możliwości takiego zaangażowania [5]. Z tego względu idea partycypacji pojawia się szczególnie często w kontekście praw człowieka i obywatela (w tym także konsumenta), w wymiarze zdrowotnym zaś – praw pacjenta [6]. Zasada, czy też postulat partycypacji występuje w inicjatywach i dokumentach o międzynarodowym i regionalnym wymiarze w kontekście pojęcia tzw. dobrego rządzenia – *good governance*, stanowiąc jedną z jego kluczowych cech. Wiąże się bardzo silnie z postulatami sprawiedliwości (*equity*) i inkluzji (*inclusiveness*) osób wykluczonych i najbardziej upośledzonych. Razem z „upodmiotowieniem” (*empowerment*) występuje szczególnie wyraźnie w kontekście „responsywności” władzy (*responsiveness*), czyli zdolności odpowiadania na oczekiwania społeczeństwa i jej odpowiedzialności (*accountability*) [7, s. 79–82, 145–153].

Pojęcie partycypacji jako innowacji w polityce zdrowotnej pojawia się *expressis verbis* w kontekście Strategii Lizbońskiej za sprawą spostrzeżenia, że „Innowacja nie polega z zasady na technologii. Polega ona na zarządzaniu zmianą w społeczeństwie opartym na wiedzy”. W tym kontekście „innowacja w polityce zdrowotnej postrzegana jest jako zmiana paradygmatu”, która prze-

kłada akcent z tradycyjnego wzorca inicjowania zmian przez uprawnione do tego władze zwierzchnie na model polityki zdrowotnej w większej mierze uwzględniający partycypację społeczną [8]. Z perspektywy teorii polityki zdrowotnej polega to na zmianie ról podmiotów społeczności politycznych (*policy communities*) przez zwiększenie wpływu do tej pory „niemej” publiczności (*attentive public*) i nadanie uczestnikom stanowiącym trzon teżej (władzy, grupom interesów) roli „facylitatorów ułatwiających kreowanie i rozwijanie pomysłów przez samych zainteresowanych” [7, s. 162]. O idei partycypacji w zdrowiu obszernie mówi rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy z 24 lutego 2000 roku o rozwoju struktur dla partycypacji obywateli i pacjentów w procesach decyzyjnych dotyczących opieki zdrowotnej [1].

W rekomendacji Rady Europy pojawia się istotne rozróżnienie na wymiary partycypacji w zdrowiu: *partycypacji obywatelskiej* oraz *partycypacji pacjentów*. W literaturze przedmiotu odróżnia się je przez kontekst interesów, jakie są w nich brane pod uwagę, czy też jakie napędzają dany rodzaj partycypacji. W przypadku partycypacji *pacjentów* zaangażowanie jest wynikiem troski o realizację indywidualnych potrzeb poszczególnych osób jako konsumentów świadczeń opieki zdrowotnej. W tym kontekście, mówiąc o zbiorowych interesach pacjentów, ma się na myśli właśnie poszczególne interesy jednostek funkcjonujących w paradygmacie *homo economicus*. *Partycypacja obywatelska* natomiast jest zorientowana wokół paradygmatu interesu wspólnego. W tym miejscu pojawia się rozróżnienie na obywatelskie *forum* i konsumentcki *rynek* autorstwa J. Elstera: „Konsumentowi można przyznawać suwerenność dlatego, że (i o tyle, o ile) wybiera on pomiędzy scenariuszami, które różnią się tylko tym, co dotyczy jego samego. Jednakże w sytuacjach wyboru politycznego obywatel ma wyrazić swą preferencję co do scenariuszy, w których znajdują różnice dotyczące także innych ludzi” [9].

Od obywatela wymaga się – w przeciwieństwie do konsumenta (pacjenta) – by był w stanie wynieść się ponad swój interes indywidualny lub interes partykularny grupy, do której przynależy – według rawlsowskiej idei „zasłony niewiedzy” – i oceniał propozycje polityki zdrowotnej nie jako pacjent, lekarz czy urzędnik, lecz przez pryzmat interesu wspólnego i zasad sprawiedliwości [10–12]. Przyjmując wspomniane wymiary partycypacji w zdrowiu – *obywatelski* i *konsumencki* – można ująć je jako typy idealne oraz przypisać im dalsze cechy szczególne. Na podstawie kryterium paradygmatu interesów można zidentyfikować docelową (w ujęciu normatywnym) lokalizację danego rodzaju partycypacji w procesach decyzyjnych polityki zdrowotnej. I tak, dla partycypacji obywatelskiej jak najbardziej właściwym polem jest domena polityki zdrowotnej w koncepcji W. Włodarczyka – szczególnie formowania ogólnych celów i zasad systemu, a także reguł wykonawczych mających wymiar generalno-abstrakcyjny. Partycypacja pacjentów natomiast odnosi się raczej do kwestii działań „poniżej” polityki zdrowotnej – w wymiarze indywidualno-konkretnym, czyli zgodnej z ogólnymi regułami realizacji potrzeb i interesów pacjentów (**Tabela I**) [7].

| | | |
|---------------|---|---|
| Partycypacja: | Obywateli | Pacjentów |
| Perspektywa: | Społeczna | Rynkowa |
| Charakter: | Ustalanie celów, priorytetów i zasad polityki | Kwestia realizacji oczekiwań i potrzeb zgodnie z regułami |
| Interesy: | Wspólny interes | Interes jednostek (konsumentów) |
| Lokalizacja: | Polityka zdrowotna, wymiar generalno-abstrakcyjny | Decyzje indywidualno-konkretne |

Tabela I. Wymiary partycypacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie [7, 10–12].

| |
|--|
| <p>Władze publiczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. decydują całkowicie jednostronnie i samodzielnie, nie informując opinii publicznej; 2. decydują całkowicie jednostronnie i samodzielnie, ale informują opinię o swoich decyzjach po ich podjęciu; 3. decydują całkowicie jednostronnie i samodzielnie, ale oprócz informowania opinii społecznej o swoich decyzjach po ich podjęciu szeroko uzasadniają te decyzje, nakłaniając do ich akceptacji; 4. przed podjęciem decyzji informują o swych planach i przyjmują do wiadomości pojawiające się opinie społeczne, wykorzystując je w mniejszym lub większym stopniu do zmiany treści decyzji; 5. przed podjęciem decyzji zasięgają aktywnie opinii poszczególnych obywateli (wybranych liderów, ekspertów), korzystają z wysłuchań publicznych, sondaży telefonicznych, badań opinii publicznej; 6. przed podjęciem decyzji aktywnie zasięgają opinii, przeprowadzając konsultacje społeczne z różnymi grupami społecznymi i ich reprezentacjami (organizacjami) na podstawie wymogów prawa lub politycznej woli; 7. przed podjęciem decyzji zasięgają opinii w ramach ustawowo powołanych przez państwo publicznych instytucji konsultacyjnych i opiniodawczych, których wysłuchanie ma charakter obowiązkowy; 8. przed podjęciem decyzji współpracują z partnerami społecznymi (negocjacje, wspólne planowanie, osiąganie konsensu) i wraz z nimi podejmują kompromisową, wspólną decyzję np. w formie porozumienia lub wspólnego programu; 9. przekazują podejmowanie decyzji grupom lub partnerom społecznym i akceptują te decyzje, kontrolując ewentualnie ich proceduralną legalność i poprawność oraz zgodność treści decyzji z obowiązującym porządkiem prawnym (np. referenda, układy zbiorowe pracy). |
|--|

Tabela II. Drabina partycypacji społecznej.

Źródło: [13].

Wśród form, w jakich realizuje się partycypacja, wymienia się trzy podstawowe: *informowanie*, *konsultowanie* i *współdecydowanie* [13].

- 1) *Informowanie* poprzedza wszelkie „wyższe” formy partycypacji, stanowiąc ich warunek konieczny. Może ono przybierać formę bierną (ogłoszenie w odpowiednim, publicznie dostępnym miejscu czy organie) lub czynne (promocja).
- 2) *Konsultowanie* to zbieranie opinii od możliwie jak najszerszego spektrum podmiotów zainteresowanych daną kwestią, a następnie należąca do władz decyzja, czy opinie rzeczono uwzględnić w ostatecznej decyzji.
- 3) *Współdecydowanie* to związanie (często prawnymi gwarancjami) decyzji władz z opinią partnerów społecznych. W tym wypadku nieodłącznym elementem procesu stają się negocjacje lub głosowanie.

Formy te umieszcza się w ramach hierarchicznie uporządkowanych poziomów partycypacji – jak choćby na dziewięcioszczeblowej „drabinie partycypacji społecznej” [13] (**Tabela II**) – według kryterium „ilości partycypacji w partycypacji”, gdzie jednostronne wydanie decyzji i jej ogłoszenie jest najsłabszą formą partycypacji, prawnie zaś zagwarantowane współdecydowanie – najwyższą. W takim ilościowym ujęciu opiniotwórcze konsultacje społeczne, czyli forma odpowiadająca metodom demokracji deliberatywnej (będących głównym

przedmiotem tego artykułu) – okazuje się być wartościowana jako pośledniejsza forma partycypacji o czysto „symbolicznym wymiarze”. Postrzega się ją jako tzw. tokenizm, który uznać należy za „pusty rytuał” uczestnictwa [5]. W dalszej części artykułu uzasadniana będzie teza o częściowej nietrafności takiego oglądu rzeczy, przez wskazanie jakościowych – a nie tylko ilościowych – różnic między *konsultowaniem* a *współdecydowaniem*, różnic, które to pierwsze czynić mogą nawet formą bardziej doniosłą.

Wśród najpowszechniejszych form partycypacji wyróżnia się: (a) komisje; (b) komitety doradcze (stałe lub doraźne); (c) publicznie dostępne dokumenty konsultacyjne, m.in. zielone księgi (*green papers*) – orientacyjne propozycje zmian bez zaangażowania w nie lub białe księgi (*white papers*) – autorytatywny (sporządzony przez specjalistów) raport lub przewodnik w kwestii rozwiązania jakiegoś problemu (często sporządzany na zamówienie); (d) wysłuchania opinii publicznej; (e) otwarte przesłuchania (*public hearings*); (f) otwarte spotkania dyskusyjne ze społecznościami lokalnymi lub grupami branżowo-zawodowymi; (g) doradcze rady obywatelskie; (h) procedury skargowe; (i) formy tele- lub e-demokracji; wreszcie (j) referenda [13]. Różne techniki partycypacji jako mechanizmy zaangażowania (*engagement*) wymieniają zbiorczo Rowe i Frewer [14].

2. Deliberatywne metody partycypacji w zdrowiu

Pojęcie deliberacji wywodzi się od łacińskiego czasownika *delibero*, który znaczy „rozważać”, „zastanawiać się” (*deliberatio* znaczy „czas do namysłu”). Ale *delibero* znaczy też „naradzać się z kimś”, czy wręcz „zapytywać wyrocznie o radę” [15, s. 148]. Ten dialogiczny aspekt akcentuje się, mówiąc, że deliberacja to „proces rozmyślenia i konfrontowania z sobą lub z innymi” [16]. Koresponduje to z ateńską zasadą *probouleusis*, „uprzedniego rozważenia”. Tym tropem podążył Joseph Bessette i w 1980 roku wprowadził termin *demokracji deliberatywnej* do opisu zespołu koncepcji teoretycznych i praktycznych, funkcjonujących wśród teoretyków demokracji od co najmniej dekady [17]. Idea demokracji „rozważającej” zasadza się na fundamentalnym spostrzeżeniu Johna Deweya, które przytacza Jürgen Habermas, uznawany za jednego z kluczowych jej inspiratorów i teoretyków: „Zasada większości, właśnie jako zasada większości, jest tak głupia, jak zarzucają jej krytycy. Ale nigdy nie jest ona *tylko* zasadą większości. [...] Rzeczą ważniejszą są środki, za pomocą których większość staje się większością: uprzednie debaty, modyfikowanie poglądów w poszukiwaniu kompromisu z poglądami mniejszości. [...] Inaczej mówiąc, niezbędne jest doskonalenie metod i warunków debaty, dyskusji i perswazji” [18, s. 207].

Istotą więc „podejścia” deliberatywnego jest skupienie się nie na samej decyzji, ale na procesach – zjawiskach – ją poprzedzających jako tych, które kształtują opinie i wpływają na treść decyzji. To przywrócenie debacie – zamiast decyzji większościowej – centralnej pozycji w rozważaniach o demokracji. Demokrację deliberatywną David Held uznaje za odrębny model demokracji i definiuje jako „koncepcję polityczną zmierzającą do podniesienia jakości demokracji, nie tyle poprzez rozbudowę uczestnictwa politycznego jako takiego, ile przez ulepszenie jego charakteru i form” [19, s. 300]. Deliberatywizm nie jest usatysfakcjonowany partycypacją typu plebiscytnego (referendum, wybory) nie tylko przez to, że „zabranie głosu” sprowadza ona do wyboru jednej z przygotowanych już opcji (najczęściej dwóch: „tak” lub „nie”) albo wyboru osobowości kandydata czy partyjnego hasła wyborczego. Deliberatywizm ma odpowiadać na problem podejmowanych przez obywateli decyzji politycznych przy zupełnej nieznajomości tematu – pod wpływem emocji lub technik manipulacyjnych. Przyczynę dostrzega w powierzchowności czy wręcz bezmyślności debaty publicznej – zogniskowanej przede wszystkim wokół osobowości polityków. Jednocześnie nie satysfakcjonuje go alternatywa, jaką dają współczesne demokracje – między „równością polityczną i stosunkowo niską kompetencją mas a nierównością polityczną i stosunkowo wysoką kompetencją elit” [20, s. 1–3]. Proponuje on, by opinia publiczna – preferencje obywateli – była kształtowana w drodze „uczonej debaty” publicznej (*learned debate*), czyli właśnie dialogicznego namysłu – deliberacji. W toku „poważnej”, merytorycznej dyskusji, analizy krzyżowej (*cross-examination*) opinie uczestniczących w niej obywateli na temat danej polityki czy danego problemu stawałyby się „dojrzałe”, „rozumne”, czy

wręcz „oświecone”. Byłyby one „wynikiem świadomej konfrontacji własnego punktu widzenia z przeciwnym lub też z wielością punktów widzenia”; przewyciężałyby monologiczność i osobniczość uczestnictwa [21, s. 170]. Zakłada się, że w toku deliberacji opinie ulegną zmianie – postuluje się tym samym porzucenie koncepcji utrwalonych preferencji i zmierza do ujawnienia preferencji przemyślanych, zobiektywizowanych (deliberacja zmierza poniekąd do odkrycia preferencji ukrytych – bardziej niż do ekspresji tych wyrażanych). Proces tak prowadzonej debaty powinien być zabezpieczony przed możliwie maksymalną liczbą metod zafałszowania i manipulacji. Celem jest tu realizacja ideału decyzji w obywatelskim – a nie „polityczno-konsumenckim” – wymiarze partycypacji, tj. takiej, która odbywa się „z uwzględnieniem innych” [9]. Chodzi właśnie o uzyskanie sądu politycznego zbliżonego najbardziej jak to możliwe do rawlowskiego ideału decyzji „za zasłoną niewiedzy” – sprawiedliwego jako bezstronnego, czyli bezinteresownego, ale i rzeczowego [12]. Bardzo istotnym wyróżnikiem idei deliberacji od innych „dialogicznych” form partycypacji (tj. niepolegających tylko na głosowaniu, ale na dyskusji i ucieraniu się opinii) jest jej zorientowanie na przeciętnym obywatelu i wiara w jego „rozum publiczny”. Uczestników deliberacji dobiera się na zasadzie reprezentatywności: losowo, ale też i celowo, zgodnie z wymogami sprawiedliwej inkluzji – tak aby żadna z istotnych społecznie kategorii osób – a często nieuwzględnianych z powodu niskiej rozdzielczości próby – nie była pominięta (niepełnosprawni, samotne matki itd.). Kluczowymi uczestnikami deliberacji mają być więc *zwykli ludzie*, nie zaś *elity*, członkowie tzw. *klasy paplającej* [22]: politycy czy też wybitni mówcy, publicyści (jak ma to miejsce w standardowej debacie publicznej); rzecznicy, członkowie czy reprezentanci jakichś grup interesów, organizacji lub władz (co jest charakterystyczne dla standardowych technik partycypacji, czyli tzw. dialogu społecznego); ani nawet eksperci (w obu przypadkach). Ludzie ci stanowią w deliberacji jedynie element pomocniczy, doradcy – jako „świadkowie” odpytywani na konkretne tematy, nie zaś liderzy opinii. Ostatecznym celem deliberacji – jako uczonej debaty między przeciętnymi obywatelami – jest więc uzyskanie legitymizacji opartej raczej na *ślusznosci* (tzw. zgodzie normatywnej) niż *konsensie* (zgodzie instrumentalnej), *kompromisie* czy nawet czysto specjalistycznej (naukowej) *ekspertyzie* [19, s. 312]. W tym właśnie sensie – szczególnie w relacji do domniemanego rozumowania przypisywanego ekspertom – deliberacja ma przełamywać negatywne konsekwencje (nie tylko partykularyzmu czy egoizmu, ale i rozumowania w kategoriach ścisłego rozdziału: z jednej strony celów od środków, z drugiej – powinności od faktów). Deliberacja ma więc być lekarstwem na konsekwencje biurokratycznego menedżeryzmu, czyli dominację w życiu publicznym i prywatnym *racjonalności instrumentalnej* (odpowiadającej wyłącznie na pytanie „jak robić?”, a nie „co robić?”). W jej miejsce proponowana jest *racjonalność komunikacyjna* (Habermas) [23] czy też *dyskursowa* (Dryzek) [24]. Idea deliberatywnej demokracji bardziej więc niż na poszerzaniu zakresu partycypacji polega na

jej udoskonalaniu przez generowanie „sytuacji idealnej rozmowy” – „wprowadzenie procedur nagradzających formułowanie przemyślnych, spójnych, niedoraźnych, zaakceptowanych społecznie i dopuszczalnych preferencji” [20, s. 167]. Przywraca się tym samym „rozwojowy”, edukacyjny charakter demokracji jako ustroju umożliwiającego, czy wręcz prowokującego, samodoskonalenie jednostek. Każdorazowo zapewnienie odpowiednich warunków i przebiegu deliberacji wymaga przestrzegania szeregu reguł, a także nadzoru i moderacji odpowiednio przeszkolonych osób.

Powyższe uwagi odnoszą się do teorii demokracji deliberatywnej. Zasadne będzie traktowanie zbioru jej zamierzeń jako pewnego ideału – asymptotycznej (a więc praktycznie nieosiągalnej) wartości docelowej, do której można się tylko przybliżyć – która jest punktem orientacyjnym dla wszystkich prób praktycznej realizacji. Przybliżeniu służyć ma wiele konkretnych metod deliberatywnych, właściwych dla różnych okoliczności i zadań. Wszystkie one wcielają powyżej wymienione idee i zasady (**Tabela III**).

Metody (techniki, procedury) deliberatywne występują w wielu różnorodnych odmianach, których wyczerpujące omówienie wymaga odrębnego studium. Znamienne, że metody deliberatywne stanowią stosunkowo najmłodsze ze znanych technik partycypacyjnych [14]. Na potrzeby niniejszego tekstu zasadne jest potraktowanie szeregu z nich jako pewnych wariantów technik wzorcowych.

Praktycznym zastosowaniem założeń partycypacji deliberatywnej zajmuje się od początku lat 90. XX wieku James Fishkin, profesor Wydziału Komunikowania Uniwersytetu Stanforda. Jest on autorem wzorcowej metody aplikacji założeń deliberacji partycypacyjnej – tzw. deliberatywnego sondażu opinii (*deliberative opinion poll*), zwanego częściej sondażem deliberatywnym (SD) [20, 25, 26]. Polega on w ogólnym zarysie na podwójnym, sondażowym badaniu opinii publicznej na reprezentatywnej próbie społeczeństwa, w którym pierwszy sondaż od drugiego dzieli właśnie rozłożona na dwa do czterech dni deliberacja. Zwięźle SD opisuje Fishkin: O ile zwykły sondaż bada, „co myślą ludzie, którzy się na tym wszystkim nie znają”, to sondaż deliberatywny „bada, co myśleliby ci ludzie, gdyby dało się ich czymś skłonić do intensywnego namysłu”. Rezultatem są tu – jak w zwykłym sondażu – opinie indywidualne, tyle że przemyślane. SD reprezentując „przemyślany sąd”, jest

bardziej *autorytatywny* niż zwykły sondaż opinii i tym samym – będąc podany do publicznej wiadomości – ma dla decydentów politycznych „szczególną siłę zalecającą” (*recommending force*) [20, s. 81]. Ze względu na jednorazowy rozmiar próby SD jest najbardziej reprezentatywną spośród praktykowanych metod ściśle deliberatywnych (duży rygor metody). Względy techniczne (rozmiar próby) czynią tę metodę bardziej właściwą dla kwestii w wymiarze ogólnych kierunków polityki [35]. Pewną wariacją na temat SD są tzw. dni deliberatywne [19].

SD praktykowany był od 1994 roku w Wielkiej Brytanii (SD na temat przestępczości). Metoda ta znalazła późnej zastosowanie w najprzeróżniejszych kwestiach – od dylematów integracji europejskiej i kwestii konstytucyjnych, po zagadnienia polityki zagranicznej, przestępczości, edukacji czy energetyki – w trzydziestu krajach całego świata: prócz Wielkiej Brytanii m.in. w Australii, Brazylii, Bułgarii, Chinach, Danii, Grecji, Japonii, Stanach Zjednoczonych, Tajlandii, na Węgrzech i we Włoszech [27]. W Polsce po raz pierwszy, i na razie jedyny, zastosowano SD w Poznaniu w kwestii zagospodarowania stadionu Lecha na okoliczność Euro 2012 [27–30]. Niedawne podsumowanie jego wyników i przebiegu było okazją do zapowiedzi prezydenta miasta, R. Grobelnego, zastosowania SD w ustalaniu przyszlórocznego budżetu miasta [31]. Brak poczynionych do tej pory przygotowań (a SD wymaga ich wczesnego uruchomienia) sugeruje jednak gołosłowność tej zapowiedzi. Pierwszym i najbardziej rozpoznawalnym zastosowaniem tej metody w polityce zdrowotnej był SD przeprowadzony w Wielkiej Brytanii na temat przyszłości Narodowej Służby Zdrowia (NHS) w 1998 roku [32]. Opieka zdrowotna była także przedmiotem włoskiego SD z 2006 roku [27]. Sondaż brytyjski o NHS był retransmitowany przez stację telewizyjną Channel 4 [33]. Ta sama stacja, inspirując się ideą SD, rozpoczęła w 1994 roku produkcję programu zatytułowanego *Parlament ludu* (*People's parliament*), w którym około setka losowo wybranych osób debatuje na politycznie ważne tematy w „udawanej” Izbie Gmin [34]. W 1998 roku przeprowadzono *Parlament ludu* na temat propozycji wprowadzenia całkowitego zakazu palenia [35]. Pamiętać jednak należy, że inicjatywy takie, choć są w jakiejś mierze deliberacjami poprawiającymi jakość debaty publicznej, nie stanowią metod deliberatywnych *sensu stricto*.

Spośród innych prócz SD metod demokracji deliberatywnej – stosowanych w aspekcie techniczno-wyko-

- Centralne miejsce debaty (w rozważaniach o demokracji).
- Poprawa jakości uczestnictwa, a nie jego ilości.
- Obywatelskie: samorealizacja i samodoskonalenie.
- Kształtowanie opinii publicznej w drodze uczonej debaty, dialogicznego namysłu.
- Dążenie do zmiany opinii przez nadanie im charakteru rozumności i „uwzględniania innych” (porzucenie koncepcji stałych preferencji).
- Zorientowanie na przeciętnym obywatelu. Reprezentatywność i inkluzja.
- Wspomagający charakter specjalistów, polityków i grup interesów.
- Racjonalność komunikacyjna (w przeciwieństwie do instrumentalnej).
- Reguły gwarantujące „idealną sytuację rozmowy”.

Tabela III. Założenia demokracji deliberatywnej.

Źródło: opracowanie własne.

nawczym – należy wyróżnić m.in.: technikę sądów obywatelskich (*citizens' juries*) opracowaną przez Neda Crosby'ego i praktykowaną głównie w Stanach Zjednoczonych w kwestiach energetyki i środowiska [36]. Jest przeprowadzana na znacznie mniejszych grupach (około 20-osobowych), dobieranych na zasadzie celowo-losowej i debatujących zwykle dłużej niż trzy dni. Jej celem – szczególnie odróżniającą ją od SD – jest wypracowanie pisemnego stanowiska. Sądy obywatelskie często są zamawiane przez władze, co szczególnie sprzyja ich uwzględnieniu w ostatecznych decyzjach. W przypadku zdrowia techniki te stosowano m.in. w Stanach Zjednoczonych – w 1993 roku w kwestii reformy systemu opieki zdrowotnej [19, s. 304]. Władze zdrowotne brytyjskiej NHS zaczęły sponsorować rutynowo tę metodę – m.in. w 1996 roku w kwestii organizacji opieki dla nieuleczalnie chorych [13]. Kolejną jest metoda komórek planujących (*planning cells*), stosowana w Niemczech, która polega na równoczesnej (np. w kilku regionach) lub rozłożonej w czasie pracy wielu około 25-osobowych zespołów [13, 36]. Bazują one na wyraźnym formalnym i finansowym wsparciu władz, więc oferują ich większą odpowiedzialność [35]. Pewnymi wariantami poprzednich metod są panele obywatelskie (*citizens' panels*) – funkcjonujące na bardziej rutynowej zasadzie, więc działające permanentnie – oraz „konferencje konsensualne” (*consensus conferences*), stosowane w Danii w sprawach bardzo technicznej i naukowej natury – szeroko w kwestiach wyznaczania zaleceń klinicznych [35].

3. Metoda Sondażu Deliberatywnego (SD)

Poniższy fragment w sposób bardziej szczegółowy omawia technikę SD. Został opracowany na podstawie dostępnych publikacji, przeważnie autorstwa J. Fishkina [20, 25, 26] oraz wywiadu z Marią Rogaczewską (Instytut Socjologii UW), członkinią zespołu moderatorów SD w Poznaniu w 2009 roku. Omówienie metody i jej przebieg w ogólnej formie, wraz ze schematem przebiegu, dostępne jest na stronach internetowych Centrów Demokracji Deliberatywnej Uniwersytetu Stanforda, a także Uniwersytetu Warszawskiego i Projektu Społecznego 2012 [27, 37]. SD jest znakiem zastrzeżonym, zarejestrowanym przez Uniwersytet Stanforda, co rezerwuje tej instytucji kluczową rolę w procesie organizacji przedsięwzięcia i stanowi gwarancję dochowania standardów.

Wśród podmiotów uczestniczących funkcjonalnie w organizacji i przebiegu sondażu deliberatywnego wyróżnia się następujące:

Komitet Zainteresowanych Stron (*Board of Stakeholders*), złożony z przedstawicieli władz oraz partnerów społecznych, którzy są przeważnie różnego rodzaju grupami interesu i którzy na dany temat prezentują już określone stanowisko – najpewniej uwarunkowane interesem partykularnym danej grupy. Zakłada się, że to na tym forum ścierać się będą interesy na zasadzie konsensu i na nim pozostaną.

Organizatorzy przedsięwzięcia, wśród których kluczową rolę odgrywają odpowiednio przeszkoleni

moderatorzy oraz nadzorujący organizację przedstawiciele Uniwersytetu Stanforda (przeważnie jest to sam J. Fishkin).

Uczestnicy badania – reprezentatywna dla danej populacji (mieszkańców obszaru objętego decyzją) próba najpierw (w sondażu bazowym) około 500 osób, potem (w deliberacji i badaniu końcowym) – około 150. Liczebność ta ma stanowić (wzorowany na doświadczeniach ateńskiej agory) kompromis między reprezentatywnością a względami proksemiki debaty – czyli zachowania odpowiedniego dystansu społecznego, który umożliwi porozumienie się przez kontakt werbalny i kinezyjetyczny (mowa ciała), bez użycia mediów.

Eksperci i politycy występujący indywidualnie także uczestniczą w SD. Ich rola odpowiada statusowi świadków (jako w domyśle reprezentujących wszystkie stanowiska).

0) Przygotowanie SD – etap „zerowy” – jest zadaniem spoczywającym w pierwszym rzędzie na organizatorach, ale przy ścisłej współpracy z zainteresowanymi stronami. Polega ono na wspólnym, w ramach Komitetu Zainteresowanych Stron: (a) ustaleniu alternatywnych scenariuszy w danej kwestii politycznej, a następnie (b) opracowaniu dla uczestników „pakietu informacyjnego” (*briefing document*), zawierającego opis danej kwestii, wykaz alternatywnych scenariuszy oraz wykaz argumentów za każdym z nich. Opracowanie pakietu wspólne z interesariuszami ma na celu zapewnienie jego skrupulatności i bezstronności. Docelowo pakiet ma odpowiadać wszystkim stronom – mającym prawo weta w stosunku do poszczególnych punktów pakietu, którego zgłoszenie uruchamia proces koncyliacyjnego uzgadniania treści. Nad zbalansowaniem pakietu czuwa Zespół Uniwersytetu Stanforda, który tworzy też kwestionariusz ankiety (proces przepływu informacji i nadzoru wymaga – w przypadku przeprowadzania SD w kraju nieanglojęzycznym – bieżącego tłumaczenia materiałów). Potem dochodzi do badania właściwego, które składa się z następujących etapów (**Tabela IV**):

1) Etap pierwszy polega na wprowadzeniu do badania. Selekcjonuje się do sondażu bazowego próbę w liczbie około 500 respondentów. Przeprowadza się na niej sondaż bazowy – wywiad osobisty w domu respondenta z samodzielnym wypełnianiem kwestionariusza ankiety. Następnie dobiera się na zasadzie losowo-celowej próbę stanowiącą około 30% składu próby do sondażu bazowego – docelowo właśnie 150 osób, które zaprasza się do uczestnictwa w deliberacji. Celowość doboru ma realizować postulat reprezentatywności i inkluzji społecznej – polega na zagwarantowaniu, aby w obradach uczestniczyli przedstawiciele wszystkich socjologicznie relewantnych na danym terenie kategorii osób, tj. przedstawicieli wszystkich istotnych klas i warstw społecznych (nie zaś opcji ideologicznych). Usiłuje się tym sposobem przeciwdziałać sytuacji, w której z winy rozmiaru próby i rozdzielczości metody brakuje (w odpowiedniej proporcji) np. niepełnosprawnych, emerytów, samotnych matek itd. Za niedopuszczalną

| |
|---|
| <p>Etap I – wprowadzenie do badania</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wyselekcjonowanie z danej populacji próby respondentów do sondażu bazowego. • SONDAŻ BAZOWY na zadany temat: wywiad osobisty w domu respondenta z samodzielnym wypełnieniem kwestionariusza ankiety. • Wyselekcjonowanie na zasadzie reprezentatywności uczestników dalszych etapów badania – około 30% składu próby do sondażu bazowego. • Zaproszenie respondentów do uczestnictwa. Refundacja kosztów i ewentualne gratyfikacje. |
| <p>Etap II – przygotowanie uczestników (między badaniem w domu a badaniem właściwym)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dostarczenie uczestnikom wprowadzającego do danej sprawy pakietu informacyjnego (<i>briefing document</i>). • Utrzymywanie kontaktu z uczestnikami badania w celu podtrzymania ich zapału do badania i zmotywowania do przygotowania się do niego. |
| <p>Etap III – badanie właściwe. Podział na sesje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderowane debaty w grupach (fokusowych): <ul style="list-style-type: none"> » Uczestnicy: <ul style="list-style-type: none"> – Około 15-osobowe grupy wybrane losowo z grona UCZESTNIKÓW; – MODERATORZY; » Przebieg i cel – przygotowanie kluczowych pytań do ekspertów i polityków. • Eksperska sesja plenarna: <ul style="list-style-type: none"> » Uczestnicy: <ul style="list-style-type: none"> – UCZESTNICZY BADANIA; – EKSPERCI; » Przebieg i cel: pytania UCZESTNIKÓW do EKSPERTÓW i ich odpowiedzi (ograniczenie wygłaszania kompleksowych stanowisk <i>ex cathedra</i>). • Polityczna sesja plenarna: <ul style="list-style-type: none"> » Uczestnicy: <ul style="list-style-type: none"> – UCZESTNICZY BADANIA; – POLITYCY; » Przebieg i cel: pytania UCZESTNIKÓW do POLITYKÓW i ich odpowiedzi (ograniczenie retorycznej manipulacji). |
| <p>Etap IV – końcowe badanie opinii. Nagłośnienie wyników przez media.</p> |

Tabela IV. Etapy przeprowadzania Sondażu Deliberatywnego (SD).

Źródło: opracowanie własne na podstawie [25, 26].

- uważa się także ekskluzję będącą wynikiem statusu społeczno-ekonomicznego, kiedy to wspomniane kategorie osób z powodu braku czasu lub środków nie są w stanie przybyć na deliberację. Podejmuje się więc starania, by umożliwić im uczestnictwo przez organizację i/lub refundowanie dojazdu, kwaterunku i wyżywienia, a także przez zapewnienie innych warunków – refundację opieki dla dzieci (samotne matki), opiekuna (niepełnosprawni) itd. Oferuje się także bodźce mające wprost zachęcić do uczestnictwa i aktywności: w przypadku SD na temat NHS w 1998 roku uczestnicy otrzymywali gratyfikację w wysokości £50; w poznańskim SD z 2009 roku zachętą były bilety miesięczne komunikacji miejskiej lub karnety parkingowe. W tej kwestii wciąż wśród praktyków i teoretyków metody toczą się dyskusje, gdyż tego rodzaju bodźce ekonomiczne stoją, z teoretycznej perspektywy, w jawnej sprzeczności z ideą bezinteresowności (i autoteliczności) uczestnictwa.
- 2) Etap drugi, poprzedzający właściwą deliberację, to przygotowanie zaproszonych do deliberacji. Polega ono nie tylko na dostarczeniu zawczasu uczestnikom „pakietu informacyjnego” (*briefing document*) wprowadzającego do danego zagadnienia, ale także na utrzymywaniu kontaktu z uczestnikami badania w celu podtrzymania ich zapału i zmotywowaniu do zapoznania się z rzezonym pakietem oraz nakłonieniu do poczynienia przygotowań do wyjazdu.
 - 3) Trzeci etap to już właściwa deliberacja – weekendowa, retransmitowana przez media debata. Często

poprzedzona jest uroczystym przyrzeczeniem – deklaracją decydentów, że wyrażone przez obywateli stanowisko będzie wzięte pod uwagę w ostatecznej decyzji. Etap ten składa się z trzech sesji: (a) Rozpoczyna się od moderowanych debat w 15-osobowych grupach na zasadzie grup fokusowych, których podstawowym celem jest określenie wątpliwości i przygotowanie pytań, które będą następnie zadawane ekspertom i politykom. W praktyce część z tych sesji jest poświęcana na przypomnienie i podsumowanie informacji zawartych w pakietach informacyjnych ze względu na to, że wielu uczestników nie przygotowało się merytorycznie do debaty – nawet mimo wcześniejszych prób zmobilizowania. W przypadku SD w Poznaniu połowa uczestników nie zapoznała się w pełni z pakietem [30]. (b) Następną jest ekspercka sesja plenarna – polegająca na tym, że grupa w pełnym składzie zadaje wcześniej przygotowane pytania specjalistom z różnych dziedzin. W tym przypadku eksperci funkcjonują jako świadkowie stron, na wzór procesu sądowego i nad taką ich rolę czuwają przeszkoleni moderatorzy panelu. Specjaliści zobowiązani są do konkretnego odpowiadania na pytania zadawane przez uczestników badania. Ogranicza im się możliwość wygłaszania własnych stanowisk ogólnych i jawnego argumentowania za którąś z opcji, wychodząc z założenia, że przystępują oni do deliberacji z już wyrobionym zdaniem – być może reprezentując jedną z grup interesów – a ich ekspercki autorytet mógłby onieśmielić respondentów i zdeter-

minować osąd. (c) Dokładnie na tej samej zasadzie zorganizowana jest plenarna sesja z udziałem polityków. W tym wypadku chodzi o zniwelowanie efektu biegleści w retoryce politycznej debaty, która w wydaniu polityków opiera się na zasadach erystyki i nie licuje z merytorycznością debaty.

- 4) Ostatnim etapem jest końcowe badanie opinii uczestników badania. Godny podkreślenia jest fakt, iż w 70% przypadków deliberacja skutkuje wyraźną zmianą preferencji badanych względem sondażu bazowego. Tak wyrażona przemyślana opinia – szczególnie że nagłośniona przez media – ma być dla decydentów wyjątkowo trudna do zignorowania.

Interesujące są informacje dotyczące kosztów przeprowadzenia SD. W przypadku Poznania było to 100 tys. złotych [31]¹. W Wielkiej Brytanii koszt sondażu szacuje się na minimum 30 tys. funtów (134 tys. złotych według kursu na dzień 1 maja 2011 roku). Czas wymagany do organizacji sondażu to około pół roku [38].

4. Komentarz – perspektywy zastosowania SD

W kontekście aplikacji metody deliberatywnej jako innowacji w polityce zdrowotnej w Polsce wiele przykładów praktyki jej zastosowania pozwala zidentyfikować niektóre problemy, jakie się z nią wiążą. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do stawianych jej oczekiwań. Ogólne uwagi na temat celów, jakie SD jest w stanie osiągnąć, oraz bilansu zalet i wad metody prezentują **Tabele V** i **VI**. Te z nich, które w największym stopniu odnoszą się do problemów polityki zdrowotnej zostaną omówione poniżej.

Zastosowanie SD do polityki zdrowotnej wymaga pogłębienia powyższego bilansu zalet i wad przez wzgląd nie tylko na uwarunkowania krajowe, ale przede wszystkim na specyfikę dziedziny zdrowia. Tutaj można się obecnie posilkiwać wyłącznie przykładami zagranicznymi.

SD przeprowadzony na temat przyszłości NHS w Anglii w 1998 roku był szczególnie interesującym przypadkiem. W jego toku, inaczej niż zwykle w tego typu badaniach, zmiana opinii była niejednoznaczna. Dotyczył on newralgicznego dla systemów zdrowotnych dylematu racjonowania i ustalania reguł redystrybucji ograniczonych zasobów. SD wykazał zdecydowanie wysokie społeczne poparcie dla zasad naczelnego systemu Beveridge'a – dla jego egalitaryzmu i „demokratyczności”, równoważących klasową strukturę społeczną w państwie. Dowiódł, że NHS jest przedmiotem dumy narodowej. W wyniku deliberacji wyraźnie wzrosło u badanych zrozumienie funkcjonowania systemu i satysfakcja z jego działania (z 58 do 70%), w tym także lekko wzrosła akceptacja dla postulatu zwiększenia wpływów systemu przez podniesienie podatków (z 71 do 76%). Deliberacja nie zniósła wyraźnej przewagi poparcia dla idei dystrybucji zasobów według potrzeb i niechęci względem jakiegokolwiek racjonowania – choć znacznie zmniejszyła jej kategoryczność (podnosząc poparcie dla niego z marginalnych 10 do 33%) – mimo nawet wysokiej świadomości jego konieczności. Szczególne trudności pojawiają się w przypadku próby wykorzystania wyników SD w ustaleniu zasad podejmowania trudnych decyzji w tym względzie. Pomimo świadomości faktycznej konieczności administracyjnego (przez biurokrację i menedżerów

| | „Kiedy używać/co zapewnia” | „Kiedy nie używać/czego nie zapewnia” |
|--------------|--|---|
| Kwestie: | W których obywatele są niezorientowani. | Kontrowersyjne lub w których obywatele są zorientowani. |
| Oczekiwania: | <ul style="list-style-type: none"> Oczekuje się przemyślanej opinii publicznej. Oczekuje się zwiększenia rozeznania obywateli. | <ul style="list-style-type: none"> Oczekuje się poprawy stosunków między grupami interesów. Oczekuje się bezpośredniego podjęcia decyzji. |

Tabela V. Zastosowanie SD.

Źródło: na podstawie [38].

| Zalety | Wady |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Połączenie reprezentatywności metod naukowych z interakcją i deliberacją. Zwiększanie wśród obywateli zrozumienia złożonych problemów. Inkluzja osób, które w normalnych warunkach nie zaangażowałyby się. Wskazanie na silną różnicę między opiniami przed i po rozeznaniu tematu. Dobra metoda określania różnicowania opinii. | <ul style="list-style-type: none"> Wymaga zaangażowania mediów audiowizualnych do propagowania rezultatów. Wysoki koszt. |
| <p>W porównaniu z innymi metodami deliberatywnymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wysoka reprezentatywność (w porównaniu z <i>citizens' juries</i>). | <p>W porównaniu z innymi metodami deliberatywnymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mniejsza możliwość rozeznania i pogłębienia tematu (w porównaniu z <i>citizens' juries</i>). Nie zapewnia informacji jakościowych (w porównaniu z <i>citizens' juries</i>). |

Tabela VI. Zalety i wady SD.

Źródło: [38].

szpitali) racjonowania w opiece zdrowotnej, bardzo słabo wzrosło poparcie dla idei ustalania w tej materii jasnych, obowiązujących powszechnie zasad (z 34 do 42% po deliberacji). W pytaniu o to, kto powinien decydować o pierwszeństwie w systemie i o przyznaniu świadczeń, ponad 50% respondentów niemal konsekwentnie (spadek w toku deliberacji o 4%) podtrzymywało swoje pierwotne stanowisko, że lekarze, według kryteriów ściśle medycznych. Jak zauważają autorzy raportu, respondenci byli z zasady przeciwni uprzedniemu ustaleniu kryteriów wyborów w kwestii racjonowania, nawet kosztem nieprzezroczności i niepewności takich decyzji [32].

To „dwójmyślenie” dobrze świadczy o umiejętności rozróżniania twierdzeń o faktach od twierdzeń o powinnościach (co poniekąd dowodzi przyswojenia przez obywateli pozytywistycznego rozdziału na fakty i normy), ale jest problemem w sytuacji oczekiwania jakichś jasnych wskazówek od tej metody co do tego, jaką decyzję podjąć w realiach niemożności realizacji tej najbardziej pożądanej powinności – kiedy pyta się właściwie o to, jak inaczej, przez wzgląd na rzeczywistość, realizować ogólne ideały. Niewykluczone, że problem wynika z samej struktury techniki. Wyjaśnienia tej kwestii łączyć należy przypuszczalnie z częściowo antyelitystycznym wymiarem metody.

1) Pierwsze wyjaśnienie wiąże się z faktem silnego akcentowania etapu grup fokusowych, w trakcie których omawia się problem i formułowane są przez uczestników pytania do ekspertów i polityków (deliberację w grupach w SD o NHS za „bardzo cenną” uznało aż 68% badanych; panel ekspercki za wartościowy uznało tylko 36%). W tym stadium uczestnicy w podstawowym wymiarze opierają się na materiałach informacyjnych i ewentualnych doświadczeniach przyniesionych z sobą do debaty. Bardzo możliwe, że ludzie ci – z założenia laicy, tylko po wstępnym przygotowaniu: ogólnikowym (jeśli idzie o przesłane przez organizatorów broszury) i na pewno nie wolnym od stronniczości (jeśli idzie o ewentualne uprzednie próby rozeznania sprawy we własnym zakresie) – nie zapytali o wiele istotnych kwestii. Koncentracja na obywatelach-laikach uczestniczących w badaniu, jako przedstawicielach opinii publicznej, jest z całą pewnością kluczem do zwiększenia politycznej podmiotowości obywateli, ale realizacja jej przy znacznym wykluczeniu swobody wypowiedzi ekspertów (których rola ogranicza się, jak w sądzie, tylko do odpowiedzi na pytania uczestników), jak się wydaje, osłabia merytoryczność deliberacji. Metoda zabezpiecza publiczność w znacznej mierze przed (a) niepożądanym efektem przytłaczającego autorytetu ekspertów [39] lub manipulacją ze strony biegłych w retoryce polityków. Traktowany jako metoda suplementarna w całym procesie politycznym, SD celowo służy też (b) zrównoważeniu wpływu gremiów eksperckich i politycznych ciał negocjacyjnych, opanowanych przez grupy nacisku. Niepożądanym jednak efektem zawężenia swobody wypowiedzi – przynajmniej ekspertów – może być ograniczenie ich możliwości identyfikacji (dla uczestników) newral-

gicznych, a niełatwych do wykrycia pól problematyzacji. Tego typu możliwość istnieje w stadium przed deliberacją na poziomie opracowywania materiałów informacyjnych, ale może być ograniczona nie tylko kwestiami technicznymi (objętości broszury), ale i koniecznością ich kompromisowego charakteru (w pracach Komitetu Zainteresowanych strony mają prawo weta). Większą swobodę ekspertów oferują w porównaniu z SD metody z mniejszą grupą badanych – szczególnie *consensus conferences* (zawierające etap fokusowych grup z ekspertami), ale w wymiarze politycznym narażałaby ona deliberację na wspomniany efekt wpływu autorytetów.

2) Problem może brać się też z pobocznego efektu takiej konfrontacji elit z ludem i wynikać z zamierzonego rugowania rozumowania instrumentalnego. Siłą rzeczy w sytuacji wysoce złożonych, przy nawet bardzo zorientowanej w temacie publice – ale tylko zorientowanej, niemającej pogłębionej wiedzy – debata nigdy nie osiągnie postaci ściśle merytorycznej deliberacji, ale nie tyle w sensie samego rozeznania w materii, lecz samej formy deliberacji, która jest inna w przypadku typowej dla obywateli retoryki debaty publicznej [40] – polegającej na operowaniu argumentami odnoszącymi się do ogólnych wartości i pryncypiów społecznych i politycznych, czyli tego, co w etyce nazywa się imperatywami kategorycznymi – a inna dla deliberacji grona eksperckiego, które z zasady operuje biegłe w sferze imperatywów hipotetycznych, czyli tzw. rozumowania instrumentalnego. To prawdopodobnie było przyczyną tak słabej zmiany przekonań w odniesieniu do racjonowania w wyniku deliberacji – nawet pomimo pogłębionej wiedzy i zrozumienia jego konieczności (a także powodem niskiej oceny panelu eksperckiego). Tu pojawia się istotne rozróżnienie między dwoma typami rozumowania powinnościowego: (a) tego dotyczącego wyznawanych bezwzględnie wartości, stanowiących busołą moralną imperatywów kategorycznych, a (b) rozumowania instrumentalnego operującego imperatywami hipotetycznymi (stanowiącego niejako kompromis wartości z faktami): „Jakie powinniśmy przyjąć zasady naczelne, wiedząc, że przy takich realiach nasze najbardziej szczytne zasady nie są możliwe do realizacji?”. Z pewnością część osób obstających przy zasadach nieracjonowania świadczeń, pomimo świadomości niemożności ominięcia racjonowania, traktowała odstępianie od tychże jako porzucenie pryncypiów moralnych, gdy tymczasem sformułowanie takich realistycznych „powinno” nie jest wcale tożsame z porzuceniem tych zasad. Możliwe, że pewien wstępny metaetyczny instruktaż byłby pomocny w uniknięciu takich nieporozumień. Debata w kwestiach opieki zdrowotnej okazuje się szczególnie podatna na tego typu problem – niesłusznej szczególnie w przypadku redystrybucji dóbr ekonomicznych – deprecjacji rozumowania instrumentalnego.

Inny potencjalny problem, o którym wspominają teoretycy deliberacji, akurat w sferze opieki zdrowotnej nie jest tak bardzo uciążliwy. W warunkach wielokulturowo-

sci zwraca się uwagę na niemożności pogodzenia z sobą sprzecznych wizji etyczno-politycznych w warunkach postmodernistycznej polityki. W tym przypadku paradoksalnym skutkiem debaty może być petryfikacja opinii uczestników w kwestiach szczególnie drażliwych politycznie [40]. Jednakże w większości z nich – z wyraźnym wyjątkiem np. spraw refundacji procedur *in vitro*, aborcji itd. – kwestie polityki zdrowotnej unikają konsekwencji silnych politycznych tożsamości. W polityce zdrowotnej „podkład kulturowy” obywateli jest jak najbardziej obecny i może stanowić stabilny grunt dla racjonalności („rozumu publicznego”). Zastosowania metod deliberatywnych dowodzą, że „nieprzezwykłalny” „kulturowo-polityczny” rozłam w społeczeństwie polegający na przeciwstawieniu sobie „liberałów” i „socjalistów” jest artefaktem – produktem kompleksu medialno-politycznego, który żywi się przekształcaniem różnic zdań w „wojny kulturowe” [41] i jest możliwy do załagodzenia na zasadzie poszukiwania rozwiązań „zza zasłony niewiedzy”, czego szczególnie wyraźnym przykładem jest *citizens' jury* w Stanach Zjednoczonych w 1993 roku na temat reformy opieki zdrowotnej [19, s. 322]. Tego typu spory przy odpowiednich prerekwizytach i w dogodnych warunkach przygasają i zamiast płomiennych pasji można dostrzec – szczególnie u przeciętnych obywateli – próby podejmowania decyzji wyraźnie przybliżających się do ideału bezstronności.

Z kwestią silnej roli organizatorów i moderatorów wiąże się inny problem – godzący w sam fundament metody (aprecjację osądu *zwykłych ludzi* i deprecjację *elit*) problem kontroli przepływu informacji przez zespół organizatorów deliberacji. Wynikać może on częściowo z właściwego teorii demokracji deliberatywnej „naiwnego założenia o roli informacji jako narzędzia komunikowania w dialogu, które to ignoruje rzeczywisty status informacji jako źródła władzy” [42, s. 242]. Rzecz właściwie sprowadza się do klasycznego dylematu fundamentalnego dla wszelkich wymiarów władzy, wyrażonego aforyzmem z *Satyr* Juwenaliusa: „kto stróżuje nad samymi strażnikami” (*quis custodiet ipsos custodes*) [43, s. 22]. W kwestii sporządzania pakietu informacyjnego problemowi temu zaradza instytucja Komitetu Zainteresowanych Stron. W przypadku zaś samych moderatorów w badaniach ewaluacyjnych są oni oceniani jako bezstronni. 85% uczestników SD w Poznaniu uznało, że nie próbowali oni przekonywać do własnego zdania [30]. Właśnie ze względu na rygor metody i zachowanie odpowiedniej jej renomy SD jest zarejestrowaną marką należącą do Uniwersytetu Stanforda. J. Fishkin rezerwuje sobie i swojemu zespołowi prawo do nadzorowania procesu przygotowania i przeprowadzania SD. Fishkin wyjaśnia rzecz w wywiadzie dla ogólnopolskiego dziennika:

– „Jak uniknąć oszukiwania, przecież odpowiednio dobierając ekspertów, można wpłynąć na odpowiedzi?”

– Dlatego *deliberative polls* to zastrzeżony znak towarowy. Pilnujemy, by eksperci reprezentowali wszystkie opcje. I by ich skład był znany na długo przed debatą – by pokazać, że żadne środowisko, żadna grupa interesów nie zostały pominięte. Za przeprowadzenie *deliberative polls* Centrum na rzecz Deliberatywnej Demo-

kracji przy Uniwersytecie Stanforda pobiera symboliczną opłatę, która idzie na dalsze badania w tym zakresie. Nie chcemy, żeby gdzieś na świecie ktoś robił nieuczciwe eksperymenty, korzystając z naszej nazwy” [44].

Jest to uzasadnione, jeśli idzie o trzymanie standardów metody jako generującej „idealną sytuację rozmowy i namysłu”, także w często podnoszonej kwestii fikcyjności założenia równości samych uczestników [42]. Jednakże takie przywiązanie metody do pojedynczego zespołu może mieć tę niepożądaną konsekwencję, że przez znaczne powiększanie kosztów metody (tłumaczenia na język angielski), ale i nadmierną personalizację (kluczowa rola J. Fishkina, który osobiście weryfikuje m.in. obiektywizm materiałów) utrudni jej rozpowszechnienie i instytucjonalizację.

Pewien konceptualny problem może wynikać z faktu, że idea demokracji deliberatywnej postrzega partycypację bardziej jako cel sam w sobie niż środek do realizacji innych celów – choćby bezpośredniego wypracowania właściwych polityk zdrowotnych. Warto jednak zauważyć, że nie jest jej zamierzeniem zastępowanie mechanizmów decyzyjnych już dostępnych w ramach demokracji przedstawicielskiej, jak i innych – bardziej zorientowanych na decyzje form partycypacji. Deliberacja ma być ich uzupełnieniem – służącym właśnie poprawie jakości partycypacji [19, s. 321]. Więcej nawet, uczynienie deliberacji ściśle wiążącym mechanizmem decyzyjnym w znacznej mierze może zaszkodzić realizacji jej założeń – ta uwaga zostanie rozwinięta w późniejszej części wywodu. Znamienne natomiast, że idea ta kładzie akcent przede wszystkim na wymiar wychowawczy czy też „rozwojowy” (a nie decyzyjny) procesu uczestnictwa w deliberacji, jako ścieżki indywidualnego samokształcenia i obywatelskiej samorealizacji. W tym kontekście idea ta wyraźnie zmierza do realizacji innych oczekiwań stawianych przed metodami partycypacyjnymi – w szczególności rozwoju kompetencji zdrowotnych (*health literacy*) obywateli [8]. Ta z zasady obywatelska metoda partycypacji (zorientowana na dobro wspólne) może się dzięki temu przekładać na wymiar partycypacji pacjentów/klientów, wspomagając ich (indywidualne interesy) na rynku sektora zdrowotnego.

Bardzo ważną korzyścią, jaką w polityce zdrowotnej przynoszą ich uczestnikom metody deliberatywne, jest zwiększenie satysfakcji z funkcjonowania systemów zdrowotnych. Dzieje się tak za sprawą powiększenia zrozumienia reguł ich funkcjonowania, złożoności oraz dylematów, jakie przed nimi stoją; dzięki temu zwiększa się m.in. wyrozumiałość obywateli także dla biurokratycznego i menedżerskiego aspektu funkcjonowania systemu [32, 42]. Oczywiście nawet w przypadku SD, w którym uczestniczy jednocześnie najwięcej osób, deliberacja jest metodą zbyt kosztowną, by dało się za jej wyłączną pomocą osiągnąć wspomniany efekt na szerszą skalę [42].

5. Deliberacja a inne formy partycypacji – perspektywa polska

Szczególną kondycję deliberacji jako „wolnej debaty” (merytorycznej, bezinteresownej) opisał J. Dryzek,

wymieniając trzy błędy „dyskursywnego zaangażowania w na wpółoderwanej (*semidetached*) sferze publicznej”. Podstawowy błąd to zupełny brak wpływu debaty na proces decyzyjny, czyli to, że władza jest głucha na wszelkie głosy dochodzące z tej strony. Jeszcze inny błąd, który nie jest tak łatwy do zidentyfikowania – można powiedzieć, że jest paradoksalny – to błąd zbyt ścisłego związania deliberacji z procesem decyzyjnym [40].

Problem ten wiąże się przede wszystkim ze zjawiskami zachodzącymi w sferze władzy politycznej. Zaopatrzenie sieci instytucji deliberatywnych w kompetencje władcze prowadzi do degeneracji ich pierwotnego celu – swobodnego namysłu nad sprawami publicznymi. W takich okolicznościach owe instytucje zmieniają się w arenę walki o przejęcie kontroli nad suwerenną władzą. Zostają skolonizowane przez „sekiarski” model retoryki politycznej uprawianej przez frakcje obstające przy czysto retorycznej, „sloganowej” obronie interesów. Polega to na tym, że w momencie, gdy interesariusze zorientują się, że wynik deliberacji może mieć konsekwencje decyzyjne i szkodzić ich interesom, podejmują działania mające te interesy zabezpieczyć. Zaczynają oni wówczas propagować swoją *narracyjną retorykę* (zideologizowaną „historyjkę”), zamieniającą dylemat w „kryzys” i „wojnę kultur” [41]. Jak zauważają J. Abelson i wsp., w przypadku zastosowania metod deliberatywnych w zdrowiu, przy silnym zideologizowaniu sporu, preferencje ulegają petryfikacji i tym samym zastosowanie deliberacji może mijać się z celem [42]. Niewykluczone

też, że grupy interesów będą się starały wpłynąć na sam przebieg metody (nawet nielegalnie), ingerując w jego rzeczowość i bezstronność. Co ciekawe, z tego względu zaleca się czasem przeprowadzanie deliberacji, zanim interesariusze zorientują się w sytuacji i zdążą zbudować owe narracyjne okopy [45]. Tego zalecenia nie da się jednak zastosować w przypadku instytucjonalizacji procedur deliberatywnych, które – otrzymawszy uprawnienia władcze – staną się stałym obiektem zabiegów polityków i grup interesów.

Innymi słowy, nadanie kompetencji decyzyjnych ciałom deliberatywnym skutkuje wypieraniem z nich aspektu rozumowego na rzecz retoryczno-ideologicznego, utrudniającego szczerą zmianę opinii. Dodać należy, że typową drogą faktycznej sanacji tego typu układu instytucjonalnego – który obarczono ciężarem władzy, a w którym zapanował impas ideologicznej polaryzacji – jest porzucenie przezeń statusu forum swobodnej debaty na argumenty (merytoryczne, ale i retoryczne) i właśnie przekształcenie go w platformę prowadzenia negocjacji przez wzajemność ustępstw – dochodzenie do kompromisów [40].

Stąd należy – na przekór retoryce ruchu partycypacji społecznej [5, 13] – podkreślić pewną jakościową, a nie tylko ilościową (tj. zakresu uprawnień władczych, o których mówią różne wersje „drabiny partycypacji społecznej”) różnicę pomiędzy *konsultacjami* a *współdecydowaniem*. Obie te kategorie ujęte zostaną w typy idealne (podsumowanie w **Tabeli VII**):

| TYP | WSPÓLDECYDOWANIE | KONSULTOWANIE |
|----------------------------|---|---|
| Praktyka | „KONSULTACJE Z INTERESARIUSZAMI” | DEBATY OBYWATELSKIE |
| Uczestnicy | <i>Korporacje</i> (przez reprezentantów) | Osoby fizyczne |
| Charakter uczestnictwa | Przedstawiciele grup interesów | Samodzielni obywatele |
| Punkt wyjścia uczestnictwa | Żywo zainteresowani, więc zaznajomieni (interesariusze <i>sensu stricto</i>) | Niezorientowani, więc niezainteresowani (choć sprawa ich dotyczy) |
| Cel uczestnictwa | Wyrażanie uświadamianych potrzeb | Wykrycie potrzeb nieuświadomionych i nieuświadomionych stanowisk |
| Paradygmat uczestnictwa | Reprezentacja interesów (uczestnicy są mandatariuszami – działają w imieniu grupy interesu) lub reprezentacja dziedzin wiedzy | Prezentacja interesu wspólnego (uczestnicy stanowią próbkę społeczeństwa; „reprezentują sami siebie”) |
| Funkcja uczestnictwa | Agregacja interesów i/lub przedstawienie ekspertyzy | Wyrażanie opinii (bezinteresownej, zdroworozsądkowej) |
| Przedmiot uczestnictwa | Aspekt techniczno-wykonawczy | Aspekt polityczny – ogólnodecyzyjny |
| Typ idealny | Negocjacje | Deliberacje |
| Cel uczestnictwa | DECYZYJNOŚĆ (wymiar polityczny) | NAMYŚL (wymiar edukacyjny) |
| Skutek | „W stronę decyzji” | „W stronę opinii” |
| Podejście | Myślenie partykularno-kolektywne | Myślenie holistyczno-indywidualne |
| Interesy | Interesy partykularne | Interes wspólny |
| Prerekwizyty | <i>Issue networks</i> ; pewien podkład instytucji społecznych zajmujących się problemem („dyżurni partnerzy władz”) | <i>Demos</i> (suwerenny lud); brak podkładu instytucjonalnego – badani to losowo dobrana zbiorowość |

Tabela VII. Typy idealne partycypacji: *współdecydowanie i konsultowanie*.

Opracowanie własne.

W *konsultacjach*, w ich najpełniejszym wymiarze (*opiniowaniu, doradzaniu*), mamy do czynienia ze swobodnym namysłem, wyrażeniem opinii. Nie dąży się tu do rozstrzygnięcia, a jedynie doradza – bądź informuje o rozkładzie indywidualnych preferencji (SD), bądź wspólnie wypracowuje stanowisko (*citizens' juries*). W tym znaczeniu konsultacje w sensie ścisłym zachodzą w „ciałach niedecyzyjnych”.

We *współdecydowaniu* zwieńczeniem musi być decyzja. Proces przybiera postać bądź (a) przekonywania nieprzekonanych na potrzeby głosowania, bądź (b) negocjacji. Zwieńczeniem jest tutaj odpowiednio: władcze rozstrzygnięcie według jednej z reguł większościowych (przy odrzuceniu woli mniejszości) lub – gdy takie rozstrzygnięcie nie jest możliwe, choćby przez możliwość weta jednej ze stron – kompromis. Pierwszy przypadek opiera się na wstępnej argumentacji (często erystycznej), zmierzającej do przeciągnięcia ewentualnych niezdecydowanych głosów na swoją stronę. Czasem bywa on zwykłą formalnością, jak w parlamencie, gdzie niezdecydowani występują sporadycznie, a obowiązuje dyscyplina partyjna. Innym razem argumentacja ma znaczenie kluczowe, jak w debacie publicznej przed wyborami, w przypadku której istnieje spora rzesza wyborców „do zagospodarowania”. Ostatecznie jednak istotą mechanizmu jest próba siły – siły liczebnej. W drugim zaś mechanizmie – szczególnie częstym w przypadku partycypacji społecznych – debata jest związana rygorami wzajemności ustępstw, gdzie bardziej niż siła argumentów liczy się zwykła siła pozycji w negocjacjach (jakie ma się atuty i jakie potrzeby: na ile ustępstw można sobie pozwolić). Przykład ostatniego znaleźć można w ustawowym określeniu funkcji Trójstronnej Komisji ds. Społeczno-Gospodarczych, która „[...] stanowi forum dialogu społecznego prowadzonego dla godzenia interesów pracowników, interesów pracodawców oraz dobra publicznego” [46]. Niezależnie jednak od tego, czy mamy do czynienia z metodami głosowania, czy negocjacji – właściwie są one „ciałami decyzyjnymi”.

Konsultacje (w tym deliberacja) prędzej przybiorą postać wolnej debaty, gdyż nad dyskutantami nie ciąży widmo ostateczności, jakie niesie decyzja. Debata traci wyraźnie na autentyczności i wigorze argumentacyjnym, gdy jej skutki mogą dotknąć czyichś witalnych interesów. W tym przypadku trudniej zdobyć się na bezstronność, czyli – posługując się siatką pojęciową teoretyków deliberacji – trudniej jest wejść za „zasłonę niewiedzy”, która pozwala zapomnieć na moment o tym, jaką się ma faktycznie pozycję i interesy.

Typy idealne *współdecydowania* i *konsultacji* nie sprowadzają się tylko do formalnie nadanych uprawnień (jak mogłyby sugerować „drabiny partycypacji”), ale mają pewne strukturalne korelaty, które sprawiają, że jakąś opinię *de facto* łatwiej uwzględnić w procesie decyzyjnym. Tym samym pewne „konsultacyjne” czy tylko „doradcze” z nazwy lub *de iure* instytucje mogą się w praktyce okazywać formami *współdecydowania*. Wspomniane korelaty to przede wszystkim struktura uczestnictwa w procesie i sam przedmiot dyskusji. Oto rozwiązania, które cechują ciała „bardziej decyzyjne”,

wraz z ich przykładami zaczerpniętymi z polskiej praktyki partycypacji społecznej:

1. Reprezentacja interesów społecznych. Jeśli członkiem ciała doradczego w sprawie jest reprezentant jakiejś znaczącej grupy interesów, np. przedstawiciel związku zawodowego, to – ze względu na faktyczną siłę polityczną i możliwość ekonomicznego szantażu – istnieje większa szansa, że opinia wypracowana z udziałem takiego reprezentanta będzie wysłuchana. W ten sposób skonstruowane są instytucje dialogu społecznego (jako komisje trójstronne władz, pracobiorców i pracodawców).
2. Reprezentacja władzy. Podobnie jest, gdy w konsultacji uczestniczą przedstawiciele różnych segmentów władzy publicznej i różne jej organa; na przykład skład Rad Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia (wyraźna przewaga władz samorządu wojewódzkiego) [47].
3. Instytucjonalizacja uczestnictwa. W ciałach „bardziej decyzyjnych” uczestnictwo jest zarysowane jasno i sztywno w prawie. Uczestniczą w nich *wiryliści*, czyli osoby zasiadające w nich z tytułu pełnienia funkcji w jakichś instytucjach publicznych czy prawnie uregulowanych organizacjach społecznych. Na przykład „Wiarygodność Komisji Trójstronnej wynika m.in. z rzeczywistej i przejrzystej dla społeczeństwa reprezentatywności partnerów społecznych uczestniczących w Komisji. Dlatego konieczne jest określenie precyzyjnych zasad uzyskiwania statusu organizacji reprezentatywnej, które nie budzą w praktyce prawnych wątpliwości oraz stworzenie reguł okresowego weryfikowania tej reprezentatywności” [48].
4. Aspekt techniczno-wykonawczy. Dodatkowo silniejszy wpływ na ostateczne decyzje mają dyskusje prowadzone w aspekcie techniczno-wykonawczym – gdy zarówno przedmiot konsultacji jest bardzo merytoryczny, jak i sami uczestnicy dźwierzą status autorytetów czy to ze względu na wykształcenie w dziedzinie, czy też ze względu na obsadzanie stanowisk technicznych. Na przykład:

- a) „Debata publiczna w Trójstronnej Komisji powinna być oparta na specjalistycznej wiedzy eksperckiej” [48];
- b) zasiadający w WKDS Dyrektorzy Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.

Ciała decyzyjne stanowią instytucjonalizację „żelaznych trójkątów” – forum dla ścierania się interesów partykularnych bądź rywalizujących, skonsolidowanych wizji interesu wspólnego. W ramach *współdecydowania* najczęściej spotyka się „dyżurnych partnerów władzy” mających już wyklarowane preferencje, czyli sieci polityczne (*policy networks*), a także sieci problemowe (*issue networks*). W metodach deliberatywnych zakłada się, że związek ekspertów – najlepiej zorientowanych w temacie – z politykami lub grupami interesów jest funkcjonalną koniecznością (większa perspektywa wpływu na decyzje) [7, s. 165]. W przeciwieństwie do tego w ciałach *konsultacyjnych* uczestniczyć mają *zwykli obywatele* – osoby słabo (lub wcale) zorientowane w temacie, nie-reprezentujące żadnych zdefiniowanych interesów i tym

samym niemające silnych preferencji, czyli podmioty o „otwartych umysłach”. Kontrast między typowym uczestnictwem we *współdecydowaniu* i w *konsultacjach* odpowiada w znacznej mierze podziałowi społeczności politycznych (*policy communities*) na: *trzon* (*sub-government*) – przedstawiciele urzędów i sformalizowanych grup interesów – oraz „*ważną*” *publiczność* (*attentive public*) – której członkowie „wywodzą się z tych samych kręgów podmiotów zainteresowanych problemami i ich rozwiązywaniem, ale niemających możliwości, czasu i energii na uczestniczenie w debatowaniu na temat różnych strategii postępowania” [7, s. 159–164]. Deliberatywiści chcieliby poszerzenia społeczności politycznej także o publiczność nieuważną, niezainteresowaną tematem (choć możliwe, że byłoby to w ich interesie) – o osoby niezorientowane w temacie, których właściwe preferencje należałoby odkryć.

Trzeba w tym miejscu zauważyć, że wspomniane „decyzyjne” typy uczestnictwa mają walor niweczenia idei deliberacji – „swobodnej debaty”. Uczestnictwo przedstawicieli jakichś grup interesów ma zupełnie inny charakter niż udział przeciętnego obywatela. Reprezentant taki jest osobą zobowiązaną do zatroszczenia się o czyjeś interesy, których musi sumiennie bronić. Zwykła zmiana zdania, czyli domniemany i pożądaný efekt deliberacji, jest tutaj sprzeniewierzeniem się swoim obowiązkom – jest patologią w takiej „decyzyjnej” strukturze partycypacji. Ewentualna zmiana może tu polegać wyłącznie na ustępstwie w negocjacjach – z towarzyszącym mu analogicznym ustępstwem po stronie przeciwnej. W takiej perspektywie należy postrzegać funkcję mandatu wolnego w negocjacjach. Debata poprzedzająca głosowania – gdzie liczy się raczej ekspresja silnie wartościowanych stanowisk i przekonywanie niezdecydowanych – kategorycznie nie sprzyja zmianie opinii tych, którzy są już zdecydowani. Wprost przeciwnie – każde nawet ustępstwo jest niedopuszczalnym, gdy idzie o wartości, „zgniłym kompromisem”. Być może to właśnie mylne przekonanie o tym, że reprezentuje się jakieś fundamentalne wartości społeczno-polityczne, było przyczyną tak niejednoznacznych zmian opinii uczestników SD na temat NHS. Właściwym problemem mogła tu być więc mentalność wynikająca z wpływu specyficznej, „wojennej” kultury debaty publicznej [41].

Z tego właśnie względu ciała deliberatywne jako „mniej decyzyjne” obsadzone są w pierwszym rzędzie przez obywateli niejako „reprezentujących samych siebie” – nieograniczonych faktem bycia mandatariuszem, a więc niereprezentujących, ale *prezentujących* opinię publiczną: stanowiących „próbkę reprezentatywną” całego społeczeństwa. Fora deliberatywne mają tzw. chłodną strukturę – konstruowane są tak, że jego uczestnicy nie stają się rywalami (jak w „gorących” forach decyzyjnych, w których wazą się interesy), a rozstrzygającym kryterium ma być swobodna refleksja [49]. Rządzi nimi opisana przez Monique Deveaux zasada rewizyjności (*revisability principle*) – gwarantująca, że w przypadku rewizji stanowiska w spornej kwestii osoba zmieniająca zdanie zarazem zachowuje twarz, jak i przyczynia się do rozwikłania sporu [50, s. 792].

Częstym przedmiotem deliberacji niedecyzyjnych są tematy bardziej ogólne, polityczne w naturze – dotyczące ustalenia zasad naczelných polityki. Godne odnotowania jest jednak, że w zdrowiu deliberatywne metody fokurowane były wielokrotnie także w wymiarze wykonawczym. Laboratorium takich praktyk – z zastosowaniem *citizens' juries* – były władze zdrowotne brytyjskiego NHS. Co znamienne, w kontekście powyższego rozróżnienia, także i w tych przypadkach trudno mówić o bezpośrednim przełożeniu wyników deliberacji na decyzje. Opinie i stanowiska powstałe w ich wyniku najczęściej są silnie przefiltrowywane przez zlecające je i sponsorujące władze zdrowotne. O ile metody deliberacji są w większości skonstruowane tak, że powinny teoretycznie gwarantować wiążące decyzje, w praktyce – na przykładzie zastosowania ich w zdrowiu – „stawka okazuje się zbyt wysoka, by delegować tę władzę grupie obywateli” [36, s. 243, 247].

Intencją podziału partycypacji na niedecyzyjną *konsultację* i decyzyjne *współdecydowanie* nie jest „odebranie deliberacji prawa do decyzji”. Chodzi raczej o wykazanie pewnej istotnej praktycznej trudności, na jaką może natknąć się choćby SD – trudności, którą należałoby nazwać *decyzyjnym paradoksem deliberacji*. Oto bowiem akcentowanie niedecyzyjnego charakteru metod deliberatywnych – gwarantującego ich „czystość” – stanowi poważne wyzwanie dla reprezentatywności. Jak wskazały badania, wola uczestnictwa obywateli w czasochłonnej i kosztownej deliberacji wyraźnie spada, gdy nie czują oni, że ich zaangażowanie przełoży się na wyraźne efekty decyzyjne [51]. Jest to problem zachęcenia do uczestnictwa osób innych niż tylko zainteresowanych dyskusją na dany temat – a więc zapewnienia reprezentatywności sondażu. Nawet „uroczyste przyrzeczenia” decydentów, że wezmą wyniki deliberacji pod uwagę, nie będą tu wystarczające, gdy praktyka wyrobi w opinii publicznej przekonanie o ich gołosłowności. Za to, nadanie prawem kompetencji decyzyjnych ciałom deliberatywnym będzie przyczyną usilnych prób storpedowania ich ściśle deliberatywnego charakteru. Zestaw kategoriycznych reguł teoretycznie może stanowić barierę dla takich ingerencji. Ale sam ich rygor, przy jednoczesnej mocy decyzyjnej, będzie przyczyną niechęci klasy politycznej do wprowadzenia jej na szerszą skalę (jako ograniczającej ich władzę).

Problem więc w znacznej mierze sprowadza się do woli politycznej: zaprowadzenia deliberacji będącej *jednocześnie* bezstronną i decyzyjną. Ale nawet i ona rozbi się o *decyzyjny paradoks deliberacji*, która *zarazem powinna być decyzyjna* (przez wzgląd na reprezentatywność i zaangażowanie), *ale i jednocześnie decyzyjna być nie może* (z powodu procesów degeneracji wolnej debaty pod ciężarem stawki, której dotyczy).

W kontekście wyraźnego odróżnienia partycypacji w typie *konsultowania* i *współdecydowania* można zastanowić się nad ewentualną pozycją metod deliberatywnych w polskich realiach partycypacji w zdrowiu. Polska praktyka w tym zakresie określana jest przez trzy źródła: A. Źródła programowe – „Zasady Dialogu Społecznego”, dokument programowy rządu z 22 października

2002 roku – które wyraźnie koncentrują się na takim sensie dialogu społecznego, który podmiotowość w tymże nadaje głównie władzom publicznym i grupom interesów ekonomicznych – szczególnie organizacjom pracodawców i pracobiorców [48].

- B. Źródła prawne – określające struktury instytucji dialogu społecznego – w których zarysowana jest przewaga segmentów władzy publicznej (dialog społeczny w wydaniu „reprezentantów reprezentantów”, takich jak przedstawiciel konwentu powiatów w Radzie WO NFZ), przy zdecydowanej przewadze delegatur władzy centralnej.
- C. Praktyka dialogu społecznego – w przypadku której obserwujemy brak lub fasadowość konsultacji społecznych w wymiarze decyzji co do ogólnych założeń polityk. Konsultacje te w rzeczywistości politycznej przyjmują bowiem postać *jednostronnego informowania z uzasadnieniem i próbą nakłonienia do akceptacji*, co na przedstawionej wyżej drabinie partycypacji odpowiadałoby szczeblowi trzeciemu. Najnowszym przykładem są tutaj „konsultacje społeczne” w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej, które polegały na przedstawieniu gotowego projektu rządowego, co pozostawiało szereg partnerów społecznych w poczuciu doświadczenia aroganckiego paternalizmu władzy. Można mieć ponadto poważne zastrzeżenia do jakości uzasadnień przedstawionych projektów, jak w przypadku nowej ustawy o prawach pacjenta, w uzasadnieniu której opisano, że projekt ma zmienić przepisy, które już i tak nie obowiązywały [52]. Taka nierzetelność uzasadnienia stanowi naruszenie podstawowych zasad *Kodeksu praktyk konsultacyjnych* [53].

Podsumowanie tych źródeł prowadzi do wniosku, że w Polsce wyraźnie akcent kładzie się na model (decyzyjnych) „konsultacji” w wymiarze technicznym z niektórymi tylko interesariuszami, a przy zaniedbaniu innych. Praktykę można podsumować w ten sposób, że polska klasa polityczna:

- na poziomie decyzyjnym eksploatuje do granic możliwości założenia modelu racjonalnego [7], który w realiach schumpeterowskiego modelu demokracji [54] rezerwuje jej prawo generowania ogólnych, spójnych i jednolitych zasad polityki zdrowotnej, i w którego przypadku nie ma sprzężenia zwrotnego. Można odnieść wrażenie, że konsultacje międzyresortowe wyczerpują u władz wolę „dialogu społecznego”;
- na poziomie wykonawczym wykorzystuje metody partycypacyjne i mechanizmy modelu inkrementalnego (tj. pluralistycznych decyzji ciał pośredniczących, dodatkowo wzmacniające wpływy polityki partyjnej) do nadwątlenia kompetencji „korpusu urzędniczego” (które wynikałyby z założeń modelu racjonalnego) i zaprowadza tam mechanizmy modelu inkrementalnego.

Podsumowanie

W świetle powyższych uwag o realiach polskich – szczególnie jeśli idzie o instrumentalizację idei party-

cypacji przez dotychczasowe rządy jako metody rozgrywania kwestii politycznych przez perspektywę partyjną i powiększania jej domeny – należy powątpiewać w szansę bliskiego zastosowania metod deliberatywnych jako innowacji w polityce zdrowotnej. Pojedyncze przykłady, realizowane w innych dziedzinach na szczeblu lokalnym, są sporadyczne i nie wróżą ich zaszczerpienia na szczeblu centralnym. Kluczowa jest tutaj zmiana podejścia klasy politycznej, dla której obywatele musieliby się stać realnym partnerem – którego głos zasługuje na wysłuchanie – a nie jedynie *elektorem*, „politycznym zasobem” o którego walka rozgrywa się w partyjnej rywalizacji. W przypadku zaś prób implementacji pamiętać należy o realistycznych skutkach tak realizowanej partycypacji, co wymaga krytycznego podejścia do entuzjastycznej retoryki ruchów na rzecz doskonalenia demokracji.

Doradczo-konsultacyjny charakter metod deliberatywnych stanowi szczególnie problem, jeśli idzie o ich ewaluację. Najnowsze analizy dotyczące partycypacji w zdrowiu na świecie wskazują, że pomimo całych dekad praktyki stosowania różnych deliberatywnych i quasi-deliberatywnych metod wciąż brakuje rzetelnej ewaluacji ich efektywności [55]. Rozróżnienie *konsultacji* i *współdecydowania* pozwala na przynajmniej częściowe wyjaśnienie tych braków przez wskazanie na wybitnie pośredni wpływ konsultowania na polityki zdrowotne (nie wyjaśnia za to braków w ewaluacji innych metod partycypacji). Temat wciąż pozostaje słabo zbadany i pozostawia pole do pogłębionych analiz.

Analizy te, jak się zdaje, nie powinny poprzestawać na praktycznym wymiarze, ale wymagają czerpania z bardziej teoretycznych i krytycznych rozważań – umożliwiających lepsze zrozumienie tematu. Jak zauważają Rowe i Frewer, to właśnie teoretyczna niejasność w kwestii definicji jest istotnym powodem utrudniającym rozwój praktyki partycypacji [14]. Dzieje się tak za sprawą rozbudzania przez ogólne, czasem górnolotne definicje niewspółmiernych oczekiwań – z wiarą w zupełne uzdrowienie procesów politycznych i społecznych współczesnych państw. Wymaganiom tak nierealistycznie wysoko postawionym partycypacja deliberatywna nie jest w stanie sprostać. Odczucie zawiedzionych nadziei, do jakiego to prowadzi, stanowi bardzo ważną przeszkodę w rozwoju idei uczestnictwa w jego różnorodnych odmianach.

Ważnym zagadnieniem teoretycznym z perspektywy polityki zdrowotnej jest nadanie kontekstu metodom deliberatywnym, takim jak SD, w relacji do praktykowanych modeli polityki zdrowotnej. W tym miejscu zasadne będzie szkicowe zarysowanie dalszych pól poszukiwań.

Model racjonalny polityki zdrowotnej (rozdział celów od środków, metody naukowe) był szczytnym ideałem, częściowo możliwym do realizacji – czyli w pełni naukowym – tylko na poziomie wykonawczym. Jego punktem wyjścia był oświeceniowy ideał rozumowego namysłu nie tylko nad środkami – według zasad *rozu- mu instrumentalnego* (odpowiadającego na pytanie „jak robić?”) – ale i celami – według ideałów tzw. *rozu- mu praktycznego* (odpowiadającego na pytanie „co robić?”). Ten ideał ostatecznie musiał zostać porzucony za sprawą „niepowodzenia oświeceniowego projektu racjonalnego

uzasadnienia moralności” (odrzućcie *rozumu praktycznego*). W powszechnej opinii uznany został tzw. emotywistyczny paradygmat rozumowania instrumentalnego z przypisaniem rozumu (instrumentalnego) do środków, do celów zaś – emocji, które wyznaczają cele arbitralnie na zasadzie woli [56]. W polityce odpowiadał mu weberowski, a potem schumpeterowski model polityki, w których ustalanie celów polityki następowało w wyniku „polityczności” (*politics* – rywalizacji o władzę): „emocjonalnych” zachowań elektoratu selekcyjnego w wyborach przywódców (nawet nie programy wyborcze), którym to dopiero powierzano wolny mandat na ustalanie owych celów wspólnoty politycznej. Dopiero po tak arbitralnym ustaleniu celów aparat administracyjny państwa – umocowany przykładowo w Konstytucji RP, Korpusie Służby Cywilnej – może je realizować zgodnie z założeniami racjonalności instrumentalnej, a więc naukowej, apolitycznej *policy* (czyli dążenia do dobra publicznego).

W Polsce model postmodernistyczny (inkrementalny) wspierał się m.in. na tzw. pluralistycznej wizji demokracji, w której decyzje, szczególnie w kwestii doboru środków (choć teoretycznie i celów), są podejmowane w wyniku nawarstwiających się kompromisów między sprzecznymi (nawet nie wizjami dobra wspólnego, ale) interesami partykularnymi różnych grup interesów – z partiami i biurokratami włącznie. Tutaj mamy wizję polityki „dobrej” przez to, że właśnie „nieczyste”, szczerzej w swej akceptacji partykularyzmów i dążącej do zaprzęgnięcia ich do maszyny produkującej dobro wspólne, jako wypadkową dóbr poszczególnych – niemal na wzór niewidzialnej ręki rynku. Kwestię społecznie naczelną wartości, które mogłyby wyznaczać cele, uznaje się tutaj za nieistotną w duchu pragmatyzmu, w którym obowiązuje „pierwszeństwo demokracji (polityki) wobec filozofii” [57].

Pojawia się zasadne pytanie, na które w tym miejscu odpowiedzieć można tylko w zarysie: Czy „model deliberatywny” jest alternatywny dla modelu racjonalnego i inkrementalnego zarazem, czy jest raczej próbą remodernizacji polityki i to w jeszcze bardziej oświeceniowej formie niż czynił to model racjonalny? Deliberatywiści w znacznej mierze usiłują zaradzić zdiagnozowanemu przez MacIntyre’a problemowi, że „moralne zasoby kultury nie pozwalają nam na rozstrzygnięcie sporów między nimi w racjonalny sposób” [54, s. 448]. Dążą więc do wskrzeszenia racjonalnego namysłu nad celami („co robić?”), ale zastępują skompromitowaną ideę metafizycznego *rozumu substancjalnego* koncepcją racjonalności komunikacyjnej. Domagają się, by racjonalny i bezstronny namysł znalazł się także na poziomie doboru celów. Próba poprawy jakości uczestnictwa (w przeciwieństwie do prób poprawy wyłącznie jego ilości, która zaowocowała właśnie postmodernizacją, pluralizacją polityki) jest teoretycznie wymierzona w „polityczność” na poziomie ogólnym – której chciałaby odebrać pole do popisu, zastępując debatę erystyczną merytorycznym namysłem. Dobór środków miałby tu być racjonalny i bezstronny – czyli taki, jaki dotychczas był wymagany co najwyżej na szczeblu wykonawczym. Oczywiście deliberatywiści

zastrzegają, że metody deliberatywne mają być tylko uzupełnieniem standardowych metod demokracji reprezentacyjnej. Okazuje się jednak, że to, czego deliberatywiści by sobie życzyli, to wyraźna zmiana jakości debaty publicznej. Chodzi im o przekształcenie jej za pomocą mechanizmów wymuszających namysł nad podejmowanymi zagadnieniami, prowokujących przemyślane decyzje [21]. W praktyce zmierzają oni do zaimplementowania mechanizmów ciągłego obywatelskiego uczenia się. Jeżeli cel byłby osiągnięty, zaowocowałaby przeobrażeniem samej debaty publicznej przez ostudzenie sporów tożsamościowych i „sekiarskiej” polityki sloganów – czyli wyborów podejmowanych pod wpływem chwili, *ad hoc* – na rzecz świadomych i przemyślanych decyzji wyborczych. To, przynajmniej teoretycznie, ma wpłynąć na status samej klasy politycznej. Z całą pewnością „model deliberatywny” nie jest nowym modelem w pełnym znaczeniu. Wiele czerpie z idei bieżącej ewaluacji polityk, nie jest też zamknięty na udział reprezentacji grup interesów. Jako taki stanowić może dobre uzupełnienie tradycyjnych i reprezentacyjnych mechanizmów instytucjonalnych, pod warunkiem wszakże, że poprawnie zlokalizuje się jego miejsce.

Idea deliberacji w polityce zdrowotnej w sensie ścisłym – przeciwstawiona partycypacji o charakterze decyzyjnym – wciąż stanowi w Polsce nieodkryte pole innowacji w polityce zdrowotnej. Jednocześnie zanim zostanie ona wdrożona, należy uświadomić sobie wyraźnie, jaki jest jej zakres zastosowania i jakie korzyści mogą z niej płynąć – po to, żeby nie oczekiwać od niej realizacji potrzeb, których spełnić nie jest w stanie (np. ułatwienia podejmowania przez władze zaawansowanych decyzji w dziedzinie polityk zdrowotnych). Pozbycie się złudzeń, że partycypacja deliberatywna rozwiąże wszystkie problemy – i zrozumienie, jakie problemy jest w stanie rozwiązać – stanowi konieczny wstęp do jej zastosowania. Pozwoli zapobiec nie tylko niepotrzebnym rozczarowaniom, ale przede wszystkim wykorzystania jej w sytuacjach, w których będzie bardziej szkodliwa niż pomocna.

Przypis

¹ Dla porównania, koszt organizacji wieczoru sylwestrowego w zbliżonym populacyjnie Wrocławiu wyniósł 1,5 mln złotych, http://pl.wikinews.org/wiki/Ile_kosztowa%C5%82_tegoroczny_sylwester%3F.

Abstract

Perspectives of deliberative poll as an innovation in health policy

Key words: deliberative poll, deliberative democracy, participation, health policy

The aim of this paper is a systematic description and classification of the deliberative poll (DP) as a potentially innovative method of participation in health policy. The paper discusses the theory of deliberative democracy and a specific method of deliberative polling, as well as examples of its application, along with critical commentary. It summarises the characteristics of DP: advantages and disadvantages, as well as conditions for proper application. In this context an important distinc-

tion is made between two ideal types of participation: *co-decision* and *consultation*. A key feature of the latter is its advisory, and not decisive, character. DP is considered an example of such non-decisive, consultative participation.

Piśmiennictwo:

1. Recommendation No. R (2000) 5 of the Committee of Ministers to member states on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care, <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=340437&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>.
2. *Co to jest partycypacja obywatelska?* <http://www.partycypacjaobywatelska.pl/o-partycypacji#Po%20co%20partycypowa%C4%87?>
3. Śpiewak P., *Demokracja partycypacyjna*, „Wiedza i Życie” 1997, 3, <http://archiwum.wiz.pl/1997/97033300.asp>.
4. Blanchard K., Carlos J., Randolph A., *Empowerment takes more than a minute*, Berrett-Koehler Publishers, San Francisco 1996.
5. Arnstein S., *A ladder of citizen participation*, „Journal of the American Planning Association” 1969, 35, 4, 216–224.
6. Rifkin S.B., *A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE*, „Journal of Health, Population and Nutrition” 2003, 21, 3, 168–180.
7. Włodarczyk W., *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
8. Sakellarides C., *A lisbon agenda on health innovation*, „European Journal of Public Health” 2008, 18, 2, 102–103.
9. Elster J., *The market and the forum: Three varieties of political theory*, w: Bohman J., Rehg W. (red.), *Deliberative democracy*, MIT Press, Cambridge 1997.
10. Rosén P., *Public dialogue on healthcare prioritization*, „Health Policy” 2006, 79, 107–116.
11. Lomas J., *Reluctant rationers: public input to health care priorities*, „Journal of Health Services Research & Policy” 1997, 2, 2, 104.
12. Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, przekł. Panufnik M., Paśsek J., PWN, Warszawa 1994.
13. Długosz D., Wygnański J., *Obywatele współdecydują. Przewodnik po partycypacji społecznej*, Warszawa 2005, http://www.forumpelnomocnikow.org.pl/media/file/Publikacje/podrecznik_partycypacji_Wa-wa_2005.pdf.
14. Rowe G., Frewer L., *A typology of public engagement mechanisms*, „Science, Technology & Human Values” 2005, 30, 3, 251–290.
15. Kumaniecki K., *Słownik łaciński-polski*, PWN, Warszawa 1985.
16. Dryzek J., *Democratization as deliberative capacity building*, „Comparative Political Studies” 2009, 42, 1379–1402.
17. Bessette J., *Deliberative democracy: the majority principle in republican government*, w: Goldwin R.A., Schambra W.A. (red.), *How democratic is the constitution?* American Enterprise Institute, Washington 1980 (cyt. za [19, s. 300]).
18. Dewey J., *The public and its problems*, Swallow Press, Chicago 1958 (cyt. za [20, s. 323]).
19. Held D., *Modele demokracji*, przekł. Nowicki W., Wydawnictwo UJ, Kraków 2010.
20. Fishkin J., *Democracy and deliberation: new directions for democratic reform*, Yale University Press, New Haven 1991.
21. Offe C., Preuss U., *Democratic institutions of moral resources*, w: Held D. [red.], *Political theory today*, Policy, Cambridge 1991.
22. Fox K., *Przejrzyć Anglików. Ukryte zasady angielskiego zachowania*, przekł. Andrzejewska A., MUZA, Warszawa 2007.
23. Habermas J., *Faktyczność i obowiązki. Teoria dyskursu wobec zagadnień prawa i demokratycznego państwa prawa*, przekł. Romaniuk A., Marszałek R., Scholar, Warszawa 2005.
24. Dryzek J., *Discursive democracy: politics, policy, and science*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
25. Fishkin J., *Consulting the public through deliberative polling*, „Journal of Policy Analysis and Management” 2003, 22, 1, 128–133.
26. Fishkin J., Luskin R., Jowell R., *Deliberative polling and public consultation*, „Parliamentary Affairs” 2000, 53 (4), 657–666, <http://cdd.stanford.edu/research/papers/2000/fishkin-dpoll-consultation.pdf>.
27. Stanford University, Center for Deliberative Democracy, *Deliberative polling*, <http://cdd.stanford.edu/polls/>.
28. Projekt Społeczny 2012, *Sondaż deliberatywny w Poznaniu*, <http://www.ps2012.pl/index.php/Konsultacje/Sondaz-deliberatywny-w-Poznaniu>.
29. Kopiński M., *Co poznaniacy zrobią ze stadionem?* „Gazeta Wyborcza”, 11/2009, 10.
30. Przybylska A., Siu A., *Co poznaniacy zrobią ze stadionem? Wyniki Sondażu Deliberatywnego® w Poznaniu*, Projekt Społeczny 2012, 2009, http://www.partycypacjaobywatelska.pl/images/stories/raport_Poznan_SD_2009.pdf.
31. Grzymiski M., Kamińska K., *Poznań. Podsumowano sondaż deliberatywny*, Puls Polski TV, 28 kwietnia 2011, <http://puls-polski.tv/2011/04/poznan-podsumowano-sondaz-deliberatywny/>.
32. Park A., Jowell R., McPherson S., *Final project report. The future of the national health service: results from a deliberative poll*, CDD 2000, http://cdd.stanford.edu/research/papers/2000/report_kings_fund.pdf.
33. Fishkin J., Luskin R., *Broadcasts of deliberative polls: aspirations and effects*, „British Journal of Political Science” 2006, 36, 184–188.
34. Wikipedia, *The people's parliament*, http://en.wikipedia.org/wiki/The_People%27s_Parliament.
35. Channel Four, *People's parliament – whether smoking should be banned*, sound recording of the programme broadcast on 25/10/98 <http://www.libertarian.co.uk/multimedia/1998-10-25-smokingban-sig.mp3>.
36. Crosby N., *Citizens' juries: one solution for difficult environmental questions*, w: Renn O., Webler T., Wiedelmann P. (red.), *Fairness and competence in citizen participation: evaluating models for environmental discourse*, Kluwer Academic Press, Boston 1995, 157–174.
37. Centrum Deliberacji Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, <http://www.is.uw.edu.pl/pl/centrum-deliberacji/>.
38. People and participation, *Deliberative poll*, <http://www.peopleandparticipation.net/display/Methods/Deliberative+Polling>.
39. Cialdini R., *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, przekł. Wojciszke B., Gdańsk 2004, 186–195.
40. Dryzek J., *Deliberative democracy in divided societies. Alternatives to agonism and anaglesia*, „Political Theory” 2005, 33, 2, 218–242.

41. Tanen D., *Cywilizacja klótni*, przekł. Budkiewicz P., Zysk i S-ka, Poznań 2003.
42. Abelson J., Forest P.-G., Eyles J., Smith P., Martin E., Gauvin F.-P., *Deliberations about deliberative methods issues in the design and evaluation of public participation processes*, „Social Science & Medicine” 2003, 57, 239–251.
43. Bauman Z., *Wolność*, przekł. Tokarska-Bakir J., Znak, Kraków 1995.
44. *Rozmowa z prof. Jamesem Fishkinem, socjologiem z Uniwersytetu Stanforda*, rozmawiała Ludwika Włodek-Biernat, „Gazeta Wyborcza”, 23.11.2009.
45. Kathlene L., Martin J., *Enhancing citizen participation: panel design, perspectives, and policy formation*, „Journal of Policy Analysis and Management” 1991, 10, 1, 46–63, (cyt. za [42]).
46. Ustawa z 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz.U. 2001 nr 100, poz. 1080), art. 1 ust. 1.
47. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135), art. 106.
48. *Zasady Dialogu Społecznego. Dokument programowy rządu przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 22 października 2002 roku*, Warszawa 2002, http://www.malopolska.uw.gov.pl/doc/Zasady_Dialogu_Spolecznego_dokument_programowy.pdf.
49. Fung A., *Recipes for public spheres*, „Journal of Political Philosophy” 2003, 11, 338–367.
50. Deveaux M., *A deliberative approach to conflicts of culture*, „Political Theory” 2003, 31, 780–807.
51. Abelson J., Eyles J., Forest P.G., McMullan C., Collins P., *Final Report of the Brant County Health Goals Project: Citizens Panel Study*, 2001 (cyt. za [42]).
52. Budzowska J., *Prawa pacjenta pisane w pośpiechu i bez koncepcji*, <http://lex.pl>.
53. Zalański T., *Konsultacje społeczne rządowych projektów ustaw jako instrument poprawy jakości prawa*, „Krajowa Rada Sądownictwa. Kwartalnik” 4/2010, 46–50.
54. Schumpeter J., *Kapitalizm, socjalizm, demokracja*, przekł. Rusiński M., PWN, Warszawa 2009.
55. Evans D., Pilkington P., McEchran M., *Rhetoric or reality? A systematic review of the impact of participatory approaches by UK public health units on health and social outcomes*, „Journal of Public Health” 2010, 32, 3, 418–426.
56. MacIntyre A., *Dziedzictwo cnoty*, PWN, Warszawa 1996.
57. Rorty R., *Pierwszeństwo demokracji wobec filozofii, w: Obiektywność, relatywizm i prawda*, przekł. Margański J., Aleheia, Warszawa 1999, 261–301.

■ O autorze:

mgr Michał Zabdyr-Jamróz – asystent w Zakładzie Polityki Zdrowotnej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

Mariusz Duplaga

Znaczenie technologii e-zdrowia w rozwoju innowacyjnego modelu świadczenia usług w ochronie zdrowia

Słowa kluczowe: e-zdrowie, telemedycyna, bezpieczeństwo pacjenta, elektroniczna dokumentacja zdrowotna, osobista dokumentacja zdrowotna, model opieki przewlekłej

1. Evolucja systemów e-zdrowia

Technologie teleinformatyczne wywierają coraz większy wpływ na współczesne społeczeństwa. Zaznacza się on zarówno w kontekście dostępu do informacji, jak i świadczenia usług w różnych dziedzinach życia. Szerokie stosowanie technologii informatycznych i komunikacyjnych w ochronie zdrowia doprowadziło do ukształtowania dziedziny określanej jako „e-zdrowie”. Pod tym pojęciem kryje się złożone środowisko zaawansowanych usług opartych na komunikacji elektronicznej mających kontekst zdrowotny.

Z perspektywy historycznej rozwój tej sfery poprzedził okres budowy pierwszych systemów telemedycznych, a potem także rozwiązań określanych jako „telezdrowie”. Warto zauważyć, że wynalazki ułatwiające kontakty międzyludzkie, takie jak telefon, telegraf czy komunikacja radiowa, wchodzące do szerszego użycia na przełomie XIX i XX wieku, znajdowały bardzo szybko zastosowanie w ochronie zdrowia.

Początek XX wieku przynosi pierwsze rozwiązania odpowiadające współczesnym definicjom telemedycyny. W 1906 roku Willem Einthoven dokonał transmisji zapisu elektrokardiograficznego za pomocą kabla telefonicznego na odległość 1,5 km ze szpitala do swojego laboratorium. Z punktu widzenia rozwoju systemów służących do zdalnego monitorowania chorych był to przełomowy moment, a usługa tele-ekg przez wiele lat była jedną z nielicznych dostępnych form aktywności telemedycznych. W 1924 roku na okładce czasopisma „Radio News” przedstawiono wizję urządzenia pozwalającego lekarzowi przeprowadzić badanie pacjenta na odległość. W tamtym okresie skonstruowanie takiego urządzenia nie było jeszcze możliwe ze względu na ogra-

niczenia techniczne, niemniej już około 30 lat później pojawiły się pierwsze systemy wykorzystujące telewizję do transmisji obrazu i dźwięku dla potrzeb medycznych. W 1957 roku pierwszy system do teleradiologii zdemontował w Montrealu Albert Jutras, a tylko kilka lat później Cecil Wittson z Nebraska Psychiatric Institute w Stanach Zjednoczonych wprowadził sesje telemedyczne do psychiatrii. Powszechnie uważa się, że pierwsza definicja telemedycyny została sformułowana dopiero na początku lat 70. XX wieku. W 1975 roku rozbudowaną definicję systemu telemedycznego zaproponował Rashid Bashur. Zwrócił w niej uwagę nie tylko na wymóg odległości rozdzielającej strony uczestniczące w interakcji telemedycznej, ale także na takie aspekty, jak stosowanie protokołów zapewniających adekwatną jakość usług i poufność danych medycznych przesyłanych w takim systemie [1].

Te pierwsze aplikacje telemedyczne miały istotne znaczenie dla promocji nowego podejścia do realizacji usług medycznych, jednak do lat 80. XX wieku liczba działających systemów telemedycznych była dość mała. Wynikało to przede wszystkim z ograniczonych środków na ich utrzymanie, braku modelu biznesowego zapewniającego długotrwałe działanie i wysokich kosztów związanych z eksploatacją łączy telekomunikacyjnych. Wiele pilotażowych systemów telemedycznych zaprzestawało działalności po wyczerpaniu finansowania z budżetu centralnego. Jednakże zdarzały się takie sytuacje kryzysowe, w których systemy telemedyczne były szczególnie przydatne, np. w celu zapewnienia opieki medycznej ludności zamieszkującej obszary dotknięte klęskami żywiołowymi. Dobrze znanym przykładem jest satelitarne most telemedyczny utworzony pomiędzy ośrodkami medycznymi w Stanach Zjednoczonych i placówkami

w Armenii po trzęsieniu ziemi, do którego doszło na jej terenie w grudniu 1988 roku [2].

Przez wiele lat głównym motywem rozwoju systemów telemedycznych była mała dostępność usług medycznych na danym obszarze oraz potrzeba zapewnienia opieki osobom znajdującym się w szczególnych sytuacjach, np. załogom okrętów dalekomorskich, żołnierzom na polu walki lub ludności obszarów dotkniętych klęskami żywiołowymi.

Przełom w udostępnianiu usług mających kontekst zdrowotny za pośrednictwem systemów teleinformatycznych nastąpił w wyniku rozwoju Internetu. Wykorzystanie Internetu do realizacji usług medycznych zaczęto określać od końca lat 90. XX wieku terminem „e-zdrowie”. Już w 2001 roku Gunther Eysenbach zaproponował definicję e-zdrowia jako dziedziny dotyczącej usług mających na celu zachowanie zdrowia i łączącej aspekty informatyki medycznej, zdrowia publicznego i działalności biznesowej [3]. Obecnie pojęcie e-zdrowia jest rozumiane bardzo szeroko i obejmuje różnorodne zastosowania systemów informatycznych i telekomunikacyjnych do realizacji usług mających kontekst zdrowotny lub medyczny.

Tak szeroka interpretacja wynika z popularności tego określenia i jego powszechnego stosowania w międzynarodowych programach badawczo-rozwojowych, a także strategicznych dokumentach krajowych i międzynarodowych. Patrząc z takiej szerokiej perspektywy, e-zdrowie obejmuje zarówno upowszechnianie elektronicznej dokumentacji pacjenta, udostępnianie treści dotyczących zdrowia w Internecie, usługi telekonsultacyjne, telemonitorowanie, jak też systemy informatyczne wspierające podstawową działalność placówki medycznej, np. w zakresie funkcji administracyjnych, sprawozdawczych czy też zaopatrzeniowych.

Rozwój systemów e-zdrowia jest odpowiedzią na wymagania stawiane przed współczesnymi systemami ochrony zdrowia, szczególnie w odniesieniu do współdzielenia i ciągłości opieki, zwiększenia roli pacjenta i poprawy jego bezpieczeństwa. Na to nakłada się postulat zwiększenia efektywności działań prozdrowotnych i medycznych oraz ograniczenia kosztów.

Poniżej zostaną przedstawione wybrane obszary rozwoju systemów e-zdrowia i wynikające z nich aspekty innowacyjności w ochronie zdrowia.

2. Obszary innowacyjnego oddziaływania systemów e-zdrowia

Zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w ochronie zdrowia może być źródłem innowacji zarówno w odniesieniu do modelu sprawowania opieki, jak i relacji pomiędzy poszczególnymi uczestnikami rynku usług zdrowotnych. Szeroki dostęp do informacji dotyczących zdrowia jest przesłanką do uaktywnienia pacjenta w relacjach z pracownikami ochrony zdrowia. Staje się on aktywnym uczestnikiem procesów sprawowania opieki, a nie tylko biernym odbiorcą świadczeń. Pojawiają się także nowe wyzwania dla lekarza i innych pracowników ochrony zdrowia. Na-

leży do nich nie tylko wymóg partnerskiego traktowania pacjenta i jego rodziny, ale także konieczność stosowania w praktyce wytycznych postępowania opartych na dowodach naukowych. Działalność poszczególnych lekarzy czy też placówek medycznych staje się coraz bardziej transparentna, a dążenie do poprawy jakości usług zdrowotnych i dbałość o bezpieczeństwo pacjenta są już na trwałe zintegrowane z aktywnością kliniczną. Środowisko e-zdrowia dostarcza także narzędzi wspierających świadczeniodawcę w odpowiedzi na te wyzwania.

2.1. Dostęp do usług i informacji

Internet zrewolucjonizował dostęp do informacji we współczesnych społeczeństwach. Ten proces miał także istotny wpływ na dostęp do informacji związanych ze zdrowiem i usługami medycznymi. W zależności od potencjalnego użytkownika rodzaj zasobów informacyjnych wykorzystywanych w kontekście zdrowotnym może mieć zróżnicowany charakter.

Z punktu widzenia pacjenta duże znaczenie mają informacje dotyczące konkretnego problemu medycznego, informacje na temat świadczeniodawców i jakości oferowanych przez nich usług czy też informacje dotyczące zdrowego stylu życia. Środowisko e-zdrowia sprzyja nowemu spojrzeniu na rolę pacjenta w procesie leczenia. Oczekuje się, że będzie on partnerem dla lekarza, zdolnym do podejmowania samodzielnych decyzji wpływających na jego stan zdrowia, a nie tylko biernym adresatem świadczeń. Komunikacja elektroniczna nie tylko wpływa na istniejące, ale pozwala także kreować nowe relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem [4, 5].

Wśród interwencji realizowanych za pośrednictwem Internetu adresowanych do pacjenta, ale także każdego obywatela, należy wymienić: promocję zdrowego stylu życia, racjonalnych zasad odżywiania i aktywności fizycznej; wspomaganie walki z nałogami; dostęp do elektronicznej dokumentacji pacjenta, do informacji o przebiegu chorób, ich diagnostyce i metodach leczenia oraz do informacji o jakości usług oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców; wsparcie dla rodzin pacjentów oraz uczestnictwo w rówieśniczych grupach wsparcia.

Czas, jaki lekarz może poświęcić swojemu pacjentowi w gabinecie, jest zwykle bardzo ograniczony. Rzadko wystarcza na przeprowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych niezbędnych do skutecznego włączenia pacjenta w proces leczenia i monitorowania przebiegu choroby. Technologie e-zdrowia pozwalają zwiększyć skuteczność interwencji edukacyjnych i równocześnie zapewniają możliwość komunikacji z pacjentem. Przykładem mogą być serwisy internetowe dostosowujące treści edukacyjne oferowane pacjentowi do jego indywidualnych preferencji i potrzeb wynikających np. z ciężkości choroby [6, 7]. Skuteczność działań edukacyjnych może być następnie oceniana na bieżąco na podstawie ankiet lub innych narzędzi udostępnianych na takich stronach internetowych.

Systemy e-zdrowia wykorzystuje się już coraz częściej do wspierania usystematyzowanych działań realizo-

wanych przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, przyjmujących postać wielowymiarowych programów zwalczania chorób. Te tendencje odzwierciedla dokument opracowany przez AMIA Knowledge in Motion Working Group w 2008 roku [8]. Podkreślono w nim także potencjał technologii informacyjnych do uaktywnienia pacjenta w procesach ochrony zdrowia oraz jego zaangażowania w podejmowanie decyzji.

Wzmocnienie roli pacjenta (*patient empowerment*) jest jednym z ważniejszych postulatów pojawiających się przy okazji rozważań na temat koniecznych zmian we współczesnych systemach ochrony zdrowia, zmierzającym do kształtowania nowych, partnerskich relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem [9, 10]. Niezbędnym warunkiem tego procesu jest dostęp pacjenta do informacji dotyczących zdrowia [11]. Media elektroniczne, a przede wszystkim Internet, zapewniają obecnie dostęp do wiarygodnych informacji zdrowotnych, jednak pacjent – czy też właściwie każdy obywatel – powinien być przygotowany do selekcji informacji (*e-health literacy*) [12, 13].

Wiarygodność informacji zdrowotnych w Internecie nadal pozostaje wyzwaniem dla współczesnych systemów ochrony zdrowia, mimo że pierwsze inicjatywy zmierzające do certyfikacji witryn internetowych powstały już 15 lat temu [14, 15].

Coraz ważniejszym aspektem dostępu do informacji dotyczących zdrowia w Internecie jest możliwość uzyskania przez pacjenta informacji o jakości usług oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców. Sprawia to, że w wielu krajach zaczyna się traktować pacjenta jako konsumenta usług medycznych, który na podstawie dostępnych informacji wybiera najkorzystniejszą opcję postępowania [16]. Także w Polsce pojawiło się zapotrzebowanie na narzędzia pozwalające pacjentom na ocenę jakości usług świadczonych przez poszczególnych pracowników ochrony zdrowia i placówki medyczne, czego wyrazem jest rozwój portali zawierających rankingi świadczeniodawców utworzone na podstawie opinii pacjentów [17, 18].

Internet stał się także platformą wspierania aktywności sprzyjających zachowaniu zdrowia i unikaniu zachowań ryzykownych [19]. Polegają one nie tylko na dostępie do ogólnych informacji o zasadach zdrowego stylu życia, ale także na monitorowaniu i poradach dla konkretnych grup odbiorców, np. osób zainteresowanych odchudzaniem lub rzuceniem palenia [20–23].

Środowisko e-zdrowia oferuje nowe możliwości rozwoju kompetencji kadr medycznych. Podobnie jak w przypadku interwencji edukacyjnych adresowanych do pacjentów także lekarze mogą realizować proces ciągłej edukacji medycznej za pośrednictwem przeznaczonych do tego serwisów internetowych. Skuteczność edukacji medycznej opierającej się na narzędziach internetowych wydaje się porównywalna z sesjami edukacyjnymi realizowanymi w tradycyjnej, bezpośredniej formie. Wskazują na to wyniki metaanalizy opublikowanej w 2008 roku przez Cooka i wsp., w której porównano efekty interwencji edukacyjnych realizowanych drogą internetową z brakiem interwencji lub interwencją realizowaną metodami tradycyjnymi. Edukacja oparta na narzędziach

internetowych adresowana do pracowników ochrony zdrowia miała wpływ na wskaźniki dotyczące wiedzy uczestników szkoleń, ich umiejętności, zachowań związanych z uczeniem się i oddziaływaniem na pacjenta. Różnice w stosunku do interwencji edukacyjnych nieinternetowych nie były znaczące, jednak wykazanie różnic pomiędzy interwencją internetową i nieinternetową wymaga według autorów dalszych bezpośrednich badań porównawczych [24].

Z punktu widzenia pracownika ochrony zdrowia, w tym lekarza, dostęp do informacji w środowisku e-zdrowia nabiera dodatkowego znaczenia w kontekście rozwoju strategii opartych na dowodach naukowych (*evidence-based medicine – EBM*) [25]. Zastosowanie w praktyce klinicznej zasad postępowania opisanych w wytycznych EBM może być trudne i czasochłonne dla indywidualnego lekarza. Forma, w jakiej są one przygotowywane i ich objętość sprawiają, że proces ich wprowadzania jest długotrwały i nie nadaża za kolejnymi aktualizowanymi wersjami. Stąd oczekiwanie, że system informatyczny używany w placówce medycznej będzie wspierał pracownika ochrony zdrowia także w codziennej realizacji postulatów zawartych w wytycznych EBM [26–29].

Potrzebne są także dalsze badania, które w sposób jednoznaczny wykażą korzyści z zastosowania systemów wspomagania decyzji opartych na wytycznych EBM w odniesieniu do wskaźników o charakterze klinicznym, np. dotyczących skuteczności leczenia [30–32].

Z rozwojem środowiska e-zdrowia wiążą się oczekiwania integracji wytycznych postępowania opartych na dowodach naukowych z funkcjonalnością systemów informatycznych w celu optymalizacji jakości i efektywności usług zapewnianych przez świadczeniodawcę w systemie ochrony zdrowia. Jednak przełożenie wytycznych na algorytmy, które można wdrożyć w systemie informatycznym, czyli „formalna reprezentacja wytycznych” (*formal guideline representation*), pozostaje dużym wyzwaniem. Do tej pory zaproponowano wiele narzędzi formalnych pozwalających na taką transformację, jednak ich rozpowszechnienie w realnych warunkach jest dość ograniczone [33].

2.2. Zarządzanie informacją

Jednym z istotniejszych elementów strategii dotyczących rozwoju sfery e-zdrowia jest uniwersalny dostęp do danych pacjenta dla upoważnionych użytkowników, przede wszystkim dla pracowników ochrony zdrowia udzielających pacjentowi pomocy i dla samego pacjenta. W odniesieniu do elektronicznej dokumentacji obejmującej informacje powstające przy okazji epizodów świadczeń medycznych udzielanych danej osobie w ciągu jej życia używa się określenia „elektroniczna dokumentacja zdrowotna” (*electronic health record*). Według definicji zaproponowanej przez Health Information Management Systems Society (HIMSS) elektroniczna dokumentacja zdrowotna to długookresowy elektroniczny zapis informacji dotyczących zdrowia pacjenta, wygenerowanych w czasie jednego lub wielu kontaktów w dowolnej pla-

cówce ochrony zdrowia. Informacje gromadzone w postaci elektronicznej dokumentacji zdrowotnej obejmują zwykle dane demograficzne pacjenta, opis problemów medycznych, stosowanych leków, najważniejszych dolegliwości i objawów, wywiad dotyczący przebytych schorzeń, szczepień, wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych [34]. Z kolei w odniesieniu do dokumentacji powstającej w jednej placówce medycznej autorzy związani z HIMSS zalecają używanie określenia „elektroniczna dokumentacja medyczna” (*electronic medical record*) [35]. Prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej w placówce medycznej niesie z sobą wiele potencjalnych korzyści obejmujących usprawnienie przepływu informacji pomiędzy różnymi działami organizacyjnymi, optymalizację wykorzystania zasobów i poprawę jakości opieki. Elektroniczna dokumentacja zdrowotna poprawia dostępność informacji w tym miejscu i czasie, w którym jest ona potrzebna. W wielu przypadkach pozwala ograniczyć lub wyeliminować dokumentację w postaci papierowej lub, w przypadku badań obrazowych, wydruki na kliszach. Dostęp do informacji nie jest ograniczony miejscem przechowywania dokumentacji papierowej, co może być szczególnie istotne w nagłych sytuacjach. Ponadto, każdy kolejny lekarz czy też inny pracownik ochrony zdrowia udzielający pacjentowi pomocy może mieć dostęp do informacji z poprzednich epizodów medycznych.

Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej wywiera istotny wpływ na jakość opieki i bezpieczeństwo pacjenta [36]. Poprawę bezpieczeństwa pacjenta można uzyskać poprzez ograniczenie epizodów działań niepożądanych stosowanych leków dzięki wprowadzaniu zleceń przez lekarza do systemu (*computerized physician order entry*) [37]. Kolejny aspekt poprawy jakości świadczeń to zwiększenie przestrzegania przez lekarzy wytycznych postępowania opartych na dowodach naukowych dzięki integracji tych wytycznych z modułem systemu informatycznego umożliwiającym wprowadzanie zleceń lekarskich [38].

Przegląd systematyczny opublikowany w 2006 roku przez Chaudhry’ego i wsp. wykazał, że do trzech głównych efektów technologii informatycznych w ochronie zdrowia należy właśnie poprawa stosowania się lekarzy do wytycznych postępowania opartych na dowodach, a także usprawnienie nadzoru i monitorowania oraz zmniejszenie częstości błędów związanych z farmakoterapią [39]. Niektórzy autorzy wskazują na potencjalnie bardzo duże oszczędności wynikające z wprowadzenia współpracujących z sobą systemów elektronicznej dokumentacji medycznej. Główne źródła oszczędności wskazywane w kontekście rozwoju elektronicznej dokumentacji medycznej dotyczą korzyści wynikających z poprawy bezpieczeństwa pacjenta, m.in. w wyniku zmniejszenia częstości błędów medycznych poprzez komputerowe wprowadzanie zleceń lekarskich (*computerized physician order entry* – CPOE), zwiększenie wydajności interwencji medycznych i w efekcie skrócenie czasu hospitalizacji, a także ze zmniejszenia obciążenia personelu medycznego zadaniami administracyjnymi, zużycia leków w placówkach szpitalnych oraz kosztów farmakoterapii i badań radiologicznych w opiece ambulatoryjnej

[40]. Oszczędności mogą także wynikać z ograniczenia nieuzasadnionej farmakoterapii [41]. Elektroniczne wprowadzanie zleceń lekarskich prowadzi nie tylko do ograniczenia działań niepożądanych stosowanych leków, ale także do oszczędności wynikających z ograniczenia czasu potrzebnego do obsługi zleceń przez pielęgniarki i farmaceutów [42].

Wraz z postulatem szerszego dostępu pacjentów do własnych danych medycznych pojawiły się takie pojęcia, jak „elektroniczna dokumentacja pacjenta” (*electronic patient record*) i „osobista dokumentacja pacjenta” (*personal health record*). Zwykle nie odnoszą się one jedynie do statycznych zbiorów danych pacjenta, ale do platformy łączącej jego dane, zasoby wiedzy i narzędzia software’owe, które pozwalają mu aktywnie uczestniczyć w działaniach na rzecz ochrony własnego zdrowia [43]. Osobista dokumentacja pacjenta może być traktowana jako narzędzie do zarządzania własnymi danymi medycznymi obejmującymi dokumentację generowaną przy okazji kontaktów z kolejnymi usługodawcami w ochronie zdrowia, jak i informacje dostarczane przez samego pacjenta. Inicjatywy ukierunkowane na wprowadzenie osobistej dokumentacji pacjenta mają zwykle na celu albo umożliwienie pacjentowi dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej utrzymywanej przez instytucje świadczeniodawców w ochronie zdrowia, albo też udostępnienie pacjentowi platformy internetowej do wprowadzania i przechowywania wyników samodzielnych obserwacji i pomiarów, najczęściej w ramach długotrwałego monitorowania chorób przewlekłych. Korzyści wynikające z udostępnienia pacjentowi narzędzi informatycznych do zarządzania własną dokumentacją medyczną dotyczą wielu aspektów. Po pierwsze, pacjent uzyskuje wgląd i kontrolę nad danymi powstającymi w trakcie kolejnych epizodów chorobowych w różnych placówkach medycznych. Po drugie, w sposób uporządkowany może on gromadzić informacje wynikające z samodzielnie prowadzonych aktywności monitorowania przebiegu choroby. Po trzecie, osobista dokumentacja pacjenta dostępna w formie elektronicznej może być także narzędziem ułatwiającym komunikację pomiędzy pacjentem a pracownikiem ochrony zdrowia.

Platforma informatyczna umożliwiająca pacjentowi dostęp do jego dokumentacji medycznej może też zawierać narzędzia informacyjne wspierające jego edukację zdrowotną oraz system wspomaganie decyzji oparty na danych dostarczanych przez pacjenta. Połączenie osobistej dokumentacji pacjenta z elektroniczną dokumentacją zdrowotną pozwala na rozwój zintegrowanego modelu opieki, szczególnie istotnego w przypadku schorzeń przewlekłych.

Elektroniczna osobista dokumentacja zdrowotna może spełniać wiele funkcji, obejmujących dostęp do informacji gromadzonych w placówkach świadczeniodawców, osobisty dziennik i terminarz, wsparcie dla samodzielnie podejmowanych aktywności i interwencji, komunikację z pracownikami ochrony zdrowia, odnośniki do zasobów edukacyjnych dotyczących konkretnych problemów zdrowotnych, odnośniki do różnych źródeł wsparcia, np. organizacji pacjentów lub wirtualnych

sieci rówieśniczych oraz repozytorium dla danych rejestrowanych za pomocą elektronicznych urządzeń monitorujących [44]. Dostęp i kontrola danych dotyczących własnego zdrowia za pomocą narzędzi internetowych są postrzegane jako istotny, innowacyjny element rozwoju nowoczesnego modelu ochrony zdrowia. Należy zauważyć, że rozwiązania udostępniające osobiste internetowe repozytoria danych zdrowotnych rozwijają największe firmy działające na globalnym rynku technologii informacyjnych, takie jak Microsoft [45] czy też Google [46]. Te inicjatywy są traktowane dość ostrożnie przez uczestników rynku usług zdrowotnych ze względu na potencjalne zagrożenia dla poufności danych przechowywanych w takich repozytoriach oraz ich wykorzystanie do upowszechniania treści promocyjnych przez podmioty oferujące produkty medyczne.

2.3. Bezpieczeństwo pacjenta

W 1999 roku Institute of Medicine w Stanach Zjednoczonych opublikował raport zatytułowany *To Err is Human*, który miał przełomowe znaczenie dla świadomości zagrożeń dla pacjenta wynikających z jego kontaktu z systemem ochrony zdrowia [47]. Raport wskazywał na dużą częstość błędów medycznych, do których dochodzi w trakcie opieki nad pacjentem w placówkach ochrony zdrowia. Równocześnie w raporcie tym jako istotny element walki z błędami medycznymi wskazano zastosowanie technologii informatycznych, które odpowiadają aktualnemu rozumieniu e-zdrowia. Wśród podstawowych rozwiązań technologicznych mogących mieć korzystny wpływ na ograniczenie błędów medycznych i poprawę bezpieczeństwa pacjenta wymienia się obecnie, poza powszechnie dostępną dla uprawnionych użytkowników elektroniczną dokumentacją zdrowotną, także komputerowe wprowadzanie zleceń lekarskich, stosowanie kodów paskowych oraz różne systemy monitorowania stanu pacjenta, zwłaszcza w przypadku schorzeń przewlekłych. Istotny efekt korzystny może mieć także używanie przez personel medyczny przenośnych urządzeń elektronicznych (*PDA, smartphone*) pełniących funkcję terminali dostępowych do systemów informacyjnych placówek medycznych, a także umożliwiających bieżący dostęp do baz danych, np. spisów leków lub zbiorów wytycznych opartych na dowodach naukowych.

Korzyści wynikające z upowszechnienia elektronicznej dokumentacji zdrowotnej omówiono wcześniej. Dostęp do ciągłej dokumentacji pacjenta może wpłynąć znacząco na jego bezpieczeństwo w trakcie kolejnych epizodów medycznych, np. poprzez uzyskanie informacji o wcześniejszych reakcjach niepożądanych na stosowane leki, o aktualnie stosowanym leczeniu i możliwości wystąpienia interakcji z nowymi lekami przepisany pacjentowi czy też o zagrożeniu reakcjami niepożądanymi mającymi związek ze współistniejącymi u pacjenta chorobami.

Przesłanki dla wprowadzania systemów informatycznych w placówkach ochrony zdrowia wydają się mieć solidne podstawy teoretyczne, jednak nie zawsze rezultat zastosowania konkretnych rozwiązań jest w pełni zado-

walający. Wprowadzanie przez lekarza zleceń do systemu komputerowego daje możliwość wdrożenia automatycznych mechanizmów kontroli dotyczących dawki leku, interakcji z innymi lekami, wcześniejszych reakcji niepożądanych i przeciwwskazań występujących u pacjenta. Eslami i wsp. przedstawili w 2007 roku wyniki systematycznego przeglądu dotyczącego systemów komputerowego wprowadzania zleceń lekarskich, które wskazały na korzyści polegające na poprawie przestrzegania przez lekarzy wytycznych EBM. Wpływ na bezpieczeństwo pacjenta i koszty farmakoterapii nie był jednoznaczny, ale liczba badań spełniających kryteria włączenia do przeglądu nie była zbyt duża. Tylko w jednym z analizowanych badań wykazano znaczące zmniejszenie liczby błędów związanych ze zleceniami farmakologicznymi. Jednak w analizowanych badaniach stwierdzono wydłużenie czasu poświęcanego na wprowadzenie zleceń oraz dużą częstość ostrzeżeń generowanych przez system ignorowanych przez lekarzy [48]. Przegląd przygotowany przez ten sam zespół autorów w odniesieniu do rezultatów wynikających z zastosowania komputerowego wprowadzania zleceń dotyczących farmakoterapii u pacjentów hospitalizowanych wskazywał na korzyści obejmujące poprawę przestrzegania wytycznych, ograniczenie kosztów, lepszą wydajność organizacyjną oraz satysfakcję użytkowników [49]. Także w przeglądzie opublikowanym w 2008 roku przez Wolfstadta i wsp. zwrócono uwagę na małą liczbę badań oceniających wpływ komputerowego wprowadzania zleceń lekarskich skojarzonego z klinicznym systemem wspomagania decyzji na częstość występowania działań niepożądanych leków oraz na fakt, że żadne z badań objętych przeglądem nie odpowiadało wymogom badania randomizowanego z grupą kontrolną. Warto jednak zauważyć, że spośród 10 badań objętych przeglądem w 5 stwierdzono znaczące zmniejszenie częstości działań niepożądanych po wprowadzeniu systemu komputerowych zleceń lekarskich. W 4 kolejnych badaniach zarejestrowano zmniejszenie częstości, ale różnica nie była znamienne statystycznie [50]. Metaanaliza przeprowadzona przez zespół zainteresowany wpływem komputerowego wprowadzania zleceń na występowanie błędów związanych ze zleceniami farmakologicznymi w pediatrii i intensywnej terapii wykazała znamienne zmniejszenie ryzyka tego typu błędów. Jednocześnie jednak komputerowe zlecenie leków nie prowadziło do znamiennego zmniejszenia występowania działań niepożądanych i umieralności [51].

Wydaje się, że początkowe oczekiwania związane z wdrożeniem systemów komputerowego wprowadzania zleceń lekarskich zostały spełnione tylko częściowo. Ciągłe mało jest badań przeprowadzonych zgodnie z uznanymi zasadami metodologicznymi, które pozwoliłyby na adekwatną ocenę potencjalnych korzyści. Nie zawsze też wprowadzenie systemu informatycznego przekłada się na korzyści kliniczne, dlatego też zaleca się dalsze wysiłki mające na celu określenie rzeczywistego wpływu komputerowych zleceń lekarskich na bezpieczeństwo pacjenta [52].

Na koniec warto wspomnieć o analizie przeprowadzonej przez McCullougha i wsp. dotyczącej związku

między zastosowaniem elektronicznej dokumentacji zdrowotnej i systemów komputerowych zleceń lekarskich a jakością opieki w szpitalach w Stanach Zjednoczonych w latach 2004–2007. Analiza ujawniła, że spośród 6 zastosowanych wskaźników jakości opieki znamienne statystycznie poprawę stwierdzono w przypadku 2 z nich (stosowanie szczepionki przeciwko pneumokokom i prawidłowy dobór antybiotyku w zapaleniu płuc). Pozostałe wskaźniki uległy poprawie po wprowadzeniu systemów informatycznych w placówkach szpitalnych, ale różnice nie były znaczące statystycznie [53].

Komputerowe systemy wprowadzania zleceń lekarskich to tylko jedna z proponowanych form wykorzystania systemów e-zdrowia w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta. Przykładem technologii, która może mieć także duże znaczenie w tej dziedzinie, są kody paskowe. Wyniki badania opublikowanego w 2010 roku przez Poona i wsp. wskazują na duży potencjał technologii kodów paskowych do ograniczenia błędów dotyczących zleceń farmakologicznych. W badaniu poddano ocenie elektroniczny system zleceń farmakologicznych opierający się na zastosowaniu kodów paskowych. Wprowadzenie tego systemu doprowadziło do zmniejszenia częstości błędów oraz potencjalnych niepożądanych działań leków [54].

3. Innowacyjny model opieki i wsparcia

W XX wieku doszło do transformacji największych zagrożeń zdrowotnych. Skuteczność działań z zakresu zdrowia publicznego oraz opracowanie leków działających na drobnoustroje przyczyniły się do opanowania największych problemów zdrowotnych ludzkości z zakresu chorób zakaźnych. Z kolei ograniczenie zagrożeń wynikających z chorób zakaźnych i wydłużenie życia we współczesnych społeczeństwach doprowadziło do wyeksponowania wyzwań związanych z chorobami przewlekłymi. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że odsetek osób chorujących na co najmniej jedną chorobę przewlekłą żyjących we współczesnych społeczeństwach może wynosić nawet 40% [55]. Takie schorzenia, jak cukrzyca, astma oskrzelowa czy nadciśnienie tętnicze występują u kilku do kilkunastu procent ludności [56–58]. Skuteczne leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi wymaga regularnych kontaktów między pacjentem i systemem ochrony zdrowia, co z kolei generuje znaczące koszty w skali całego kraju. Szacuje się, że nawet 80% wydatków w systemie ochrony zdrowia może wynikać z obciążeń związanych z opieką w chorobach przewlekłych [59]. Dlatego też proponuje się zaangażowanie pacjenta w proces leczenia i monitorowania dolegliwości. Dążenie do zapewnienia adekwatnej opieki pacjentom z chorobami przewlekłymi przyczynia się do rosnącego zainteresowania możliwością realizacji przynajmniej części świadczeń za pomocą systemów e-zdrowia.

Nowoczesny model opieki opierający się na szerokim zastosowaniu technologii e-zdrowia obejmuje następujące elementy:

- zapewnienie pacjentowi dostępu do zasobów edukacyjnych dotyczących jego choroby;

- zaangażowanie pacjenta w proces monitorowania poprzez samodzielnie realizowane obserwacje i pomiary;
- przesyłanie wyników samodzielnych obserwacji i pomiarów do centrum monitorowania zatrudniającego przeszkolony personel medyczny;
- postępowanie zgodnie z indywidualnym planem leczenia w razie stwierdzenia objawów zaostrzenia choroby;
- kontakty z pracownikami systemu ochrony zdrowia realizowane za pomocą narzędzi elektronicznych.

Proces monitorowania realizowany przy udziale pacjenta polega na samodzielnej ocenie objawów charakterystycznych dla danej jednostki chorobowej oraz samodzielnie wykonywanych pomiarach za pomocą mierników dobranych dla pacjenta. Pacjent może przysłać wyniki samoobserwacji i samodzielnych pomiarów do ośrodka monitorującego, używając formularza dostępnego na stronie internetowej lub w jego telefonie komórkowym. W tradycyjnych systemach wyniki dokonanych obserwacji i pomiarów są zapisywane przez pacjenta w papierowym dzienniku udostępnianym lekarzowi prowadzącemu w trakcie wizyty kontrolnej. W przypadku systemu e-zdrowia trafiają one natychmiast do ośrodka monitorującego, gdzie mogą być sprawdzone automatycznie lub przez odpowiedniego pracownika pod kątem skuteczności stosowanego leczenia i zagrożenia wystąpienia zaostrzenia choroby. Pacjent, który nie dokona przewidzianych w danym terminie obserwacji i pomiarów, może otrzymać przypomnienie za pośrednictwem systemu lub SMS-a na swój telefon komórkowy. Dzięki temu uzyskuje się także dodatkową korzyść polegającą na lepszej współpracy pacjenta w procesie monitorowania choroby.

Internetowy system wsparcia dla pacjentów z chorobami przewlekłymi pozwala też wdrożyć algorytmy wspomaganie decyzji, wynikające z wytycznych postępowania opartych na dowodach naukowych. Funkcje wspomaganie decyzji mogą być adresowane do pacjenta lub pracownika ochrony zdrowia, który za pośrednictwem systemu kontaktuje się z pacjentem uczestniczącym w procesie leczenia i monitorowania objawów choroby przewlekłej.

Jednym z bardziej istotnych innowacyjnych efektów w systemach e-zdrowia oferujących pacjentom z chorobami przewlekłymi funkcje wsparcia i monitorowania jest zmiana trybu komunikowania się pacjenta z systemem ochrony zdrowia. Tryb ten zakłada o wiele większą elastyczność w formie i częstości kontaktów niż tradycyjny system ochrony zdrowia. Kontakt ze świadczeniodawcą następuje wtedy, gdy pacjent potrzebuje wsparcia. Nie musi za każdym razem przybierać tradycyjnej formy wizyty w gabinecie lekarskim, bo nie zawsze stan pacjenta tego wymaga. Z tego punktu widzenia doskonałym uzupełnieniem systemu e-zdrowia adresowanego do pacjentów z chorobami przewlekłymi jest też możliwość wystawienia recepty elektronicznej bez potrzeby wizyty pacjenta w gabinecie lekarza. Należy jednak pamiętać, że systemy e-zdrowia mogą wykazać pełne spektrum swoich możliwości dopiero wtedy, gdy regulacje prawne

nie ograniczają innowacyjnych form świadczenia opieki w systemie ochrony zdrowia. Przykładowo, możliwość udzielania porad drogą elektroniczną przez lekarza musi być dopuszczalna z punktu widzenia prawa. Wydaje się, że w przypadku technologii e-zdrowia, podobnie jak w wielu innych dziedzinach, postęp technologiczny wyprzedza często obowiązujące prawo. W wielu krajach dostosowano system prawny do nowych możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych, wynikających z rozwoju technologii e-zdrowia. W Polsce, pomimo wielu planów rozwoju innowacyjnych systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, nadal istnieją istotne ograniczenia prawne dla wdrożenia takich rozwiązań.

Rozwój systemów e-zdrowia i ich zastosowanie powinny się opierać na racjonalnych przesłankach. Podobnie jak w odniesieniu do metod terapeutycznych i czynników farmakologicznych także w przypadku systemów e-zdrowia obowiązują decyzje oparte na dowodach naukowych. Niektórzy stosują nawet określenie „telemedycyny opartej na dowodach naukowych” (*evidence-based telemedicine*).

Wyniki badań nad zastosowaniem systemów e-zdrowia w chorobach przewlekłych wskazują na korzyści z ich wdrożenia. Dotyczą one takich kwestii, jak jakość życia pacjenta czy też intensywność korzystania z zasobów tradycyjnego systemu ochrony zdrowia. Warto tutaj przytoczyć wyniki badania, które przeprowadzono w sieci placówek Veterans Health Administration (VHA) w Stanach Zjednoczonych. Dostarczyło ono bardzo istotnych dowodów korzyści dla pacjentów z przewlekłymi schorzeniami wynikających z wprowadzenia modelu opieki opartego na wykorzystaniu narzędzi e-zdrowia.

W 2003 roku VHA rozpoczęła program Coordination Care/Home Telehealth (CCHT) przeznaczony dla pacjentów z takim schorzeniem, jak cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, zespół stresu pourazowego, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i depresja. W ramach programu stworzono funkcję koordynatora opieki, który dokonywał wyboru odpowiednich dla pacjenta urządzeń pomiarowych i trybu monitorowania. Analizie poddano dane uzyskane z kohorty liczącej 17 025 chorych z populacji objętej opieką w systemie CCHT w latach 2003–2007, liczącej 43 430 osób. Okazało się, że stopień wykorzystania zasobów tradycyjnej opieki medycznej wśród pacjentów mieszkających na terenach miejskich zmniejszył o 29,2%, na terenach wiejskich o 17%, a na terenach wiejskich peryferyjnych aż o 50,1%. W przypadku poszczególnych schorzeń ten spadek wynosił: od 20,4% wśród chorych na cukrzycę aż do 56,4% w przypadku chorych na depresję. Redukcja hospitalizacji w kohorcie objętej analizą wynosiła 19,74%, skrócenie dni hospitalizacji 25%. Ponadto, 86% pacjentów było zadowolonych z wprowadzenia systemu telemonitorowania. Warto też może wspomnieć, że koszt utrzymania systemu CCHT przypadający na jednego pacjenta na rok oszacowany przez VHA wynosił około 1600 dolarów, a koszt tradycyjnej opieki w warunkach domowych 13 121 dolarów [60].

Podsumowanie

Współczesne systemy ochrony zdrowia stoją przed poważnym wyzwaniem zapewnienia pacjentom wysokiej jakości opieki medycznej za pomocą ograniczonych środków finansowych. Wśród technologii, które mogą się przyczynić do rozwoju innowacyjnego podejścia do realizacji usług medycznych, należy e-zdrowie. Sukces w realizacji postulatów nowoczesnej ochrony zdrowia, takich jak wzmocnienie roli pacjenta, zachowanie ciągłości opieki i współdzielenie opieki przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zależy od akceptacji rozwiązań oferowanych przez tę dziedzinę. Dotychczasowe doświadczenia wydają się wskazywać, że technologie e-zdrowia mogą przynajmniej częściowo spełnić te oczekiwania w zakresie poprawy bezpieczeństwa pacjenta, czy dostępności usług zdrowotnych i kreowania równoprawnej pozycji pacjenta w stosunku do świadczeniodawców.

Abstract

The impact of e-health technologies on development of innovative model of service delivery in health care

Key words: e-health, telemedicine, patient safety, electronic health record, personal health record, chronic care model

ICT (*Information and Communication Technology*) may be powerful source of the innovation in health care in many areas, but change of the model of care delivery and of the relations between participants of the health care market is the most visible trace. The access to relevant information became a prerequisite to patient empowerment in his or her relation with health care professionals. Nowadays, the patient is expected to take active role in care processes and abandon the attitude of a passive recipient of medical services.

There are also many challenges for health care professionals. Apart from the requirement of partnership relations with patients, health care professionals are obliged to follow evidence-based guidelines in their practice. The quality assurance strategies became inherent element of clinical activities.

E-health environment brings a set of tools which can support all players active in health care domain in smooth adoption of new policies and requirements.

The paper focuses on the issues of enhancement of access to health-related information by patients and health care professionals, medical information management and patient safety achieved with e-health technologies. A new model of health care delivery, especially for chronic care, based on the intensive use of e-health systems is proposed.

Piśmiennictwo:

1. Ferrer-Roca O., Sosa-Iudicissa M., *Handbook of telemedicine*, IOS Press Amsterdam 1998.
2. Istepanian R.S.H., Nikogosian H., *Telemedicine in Armenia*, „Journal of Telemedicine and Telecare” 2000, 6, 268–272.
3. Eysenbach G., *What is e-health?* „Journal of Medical Internet Research” 2001, 3, 2, e20.
4. Gerber B.S., Eiser A.R., *The patient-physician relationship in the Internet age: future prospects and the research agenda*, „Journal of Medical Internet Research” 2001, Apr-Jun, 3, 2, e15.

5. Anderson J.G., Rainey M.R., Eysenbach G., *The impact of cyberhealthcare on the physician-patient relationship*, „Journal of Medical Systems” 2003, 27, 1, 67–84.
6. Abidi S.S.R., Han C.Y., Abidi S.R., *Patient empowerment via ‘pushed’ delivery of personalised healthcare educational content over the Internet*, „Studies in Health Technology and Informatics” 2001, 84, Pt 2, 1425–1429.
7. Fox M.P., *A systematic review of the literature reporting on studies that examined the impact of interactive, computer-based patient education programs*, „Patient Education and Counseling” 2009, 77, 1, 6–13.
8. Demiris G., Afrin L.B., Speedie S., et al., *Patient-centered applications: use of information technology to promote disease management and wellness. A white paper by the AMLA knowledge in motion working group*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 2008, 15, 8–13.
9. Segal L., *The importance of patient empowerment in health system reform*, „Health Policy Journal” 1998, 44, 1, 31–44.
10. Robert M. Anderson R.M., Funnell M.M., *Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm*, „Patient Education Counseling” 2005, 57, 2, 153–157.
11. Samoocha D., Bruinvels D.J., Nieke A., et al., *Effectiveness of web-based interventions on patient empowerment: a systematic review and meta-analysis*, „Journal of Medical Internet Research” 2010, 12, 2, e23.
12. Norman C.D., Skinner H.A., *eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world*, „Journal of Medical Internet Research” 2006, 8, 2, e9.
13. McCray A.T., *Promoting health literacy*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 2005; 12, 2, 152–163.
14. Cline R.J.W., *Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art*, „Health Education Research” 2001, 16, 6, 671–692.
15. Hanif F., Read J.C., Goodacre J.A., et al., *The role of quality tools in assessing reliability of the Internet for health information*, „Informatics for Health and Social Care” 2009, 34, 4, 231–243.
16. Faber M., Bosch M., Wollersheim H., et al., *Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information?* „Medical Care” 2009, 47(1), 1–8.
17. Serwis internetowy znanylekarz.pl, <http://www.znanylekarz.pl> (dostęp 15.04.2011).
18. Serwis internetowy Rankinglekarzy.pl, <http://www.rankinglekarzy.pl> (dostęp 15.04.2011).
19. Lindsay S., Bellaby P., Smith S., Baker R., *Enabling health choices: is ICT the highway to health improvement?* „Health (London)” 2008, 12, 3, 313–331.
20. Saperstein S.L., Atkinson N.L., Gold R.S., *The impact of Internet use for weight loss*, „Obesity Reviews” 2007, 8, 5, 549–465.
21. Walters S.T., Wright J.A., Shegog R., *A review of computer and Internet-based interventions for smoking behavior*, „Addictive Behaviors” 2006, 31, 2, 264–277.
22. Myung S.K., McDonnell D.D., Kazinets G., et al., *Effects of web- and computer-based smoking cessation programs, meta-analysis of randomized controlled trials*, „Archives of Internal Medicine” 2009, 169, 10, 929–937.
23. Civljak M., Sheikh A., Stead L.F., Car J., *Internet-based interventions for smoking cessation (Review)*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 9, Art. No.: CD007078.
24. Cook D.A., Levinson A.J., Garside S., et al., *Internet-based learning in the health professions. A meta-analysis*, „The Journal of the American Medical Association” 2008, 300, 10, 1181–1196.
25. Gajewski P., Jaeschke R., Brożek J., *Podstawy EBM*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2008.
26. Sim I., Gorman P., Greenes R.A., et al., *Clinical decision support systems for the practice of evidence-based medicine, White Paper*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 2001, 8, 6, 527–534.
27. Bryan C., Boren S.A., *The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/primary care setting: a systematic review of the literature*, „Informatics in Primary Care” 2008, 16, 2, 79–91.
28. Anitha B., Rajagopalan S.P., *Computer decision support systems for evidence-based medicine – an overview*, „European Journal of Scientific Research” 2011, 50, 3, 444–452.
29. Chaudhry B., *Computerized clinical decision support: will it transform healthcare?* „Journal of General Internal Medicine” 2007, 23, Suppl. 1, 85–87.
30. Kawamoto K., Houlihan C.A., Balas E.A., Lobach D.F., *Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success*, „British Medical Journal” 2005, 330, 7479, 765–768.
31. Heselmans A., Van De Velde S., Donceel P., et al., *Effectiveness of electronic guideline-based implementation systems in ambulatory care settings – a systematic review*, „Implementation Science” 2009, 4, 82.
32. Eichner J., Das M., *Challenges and barriers to clinical decision support (CDS) design and implementation experienced in the Agency for Healthcare Research and Quality CDS demonstrations*. AHRQ National Resource Center for Health Information Technology, AHRQ Publication No. 10-0064-EF, March 2010.
33. Zheng K., Padman R., Johnson M.P., Hasan S., *Guideline representation ontologies for evidence-based medicine practice*, w: Khoubati K., Dwivedi Y.K., Srivastava A., Lal B. (red.), *Handbook of research on advances in health informatics and electronic healthcare applications: global adoption and impact of information communication technologies*, 2010, 234–254.
34. Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS), http://www.himss.org/ASP/topics_ehr.asp (dostęp 29.03.2011).
35. Garets D., Davis M., *Electronic medical records vs. electronic health records: yes, there is a difference*, A HIMSS Analytics White Paper. January 26, 2006, http://www.himssanalytics.org/docs/wp_emr_ehr.pdf (dostęp 15.04.2011).
36. Jha A.K., Perlin J.B., Kizer K.W., Dudley R.A., *Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the quality of care*, „The New England Journal of Medicine” 2003, 348, 22, 2218–2227.
37. Bates D.W., Teich J.M., Lee J., et al., *The impact of computerized physician order entry on medication error prevention*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 1999, 6, 4, 313–321.

38. Chin H.L., Wallace P., *Embedding guidelines into direct physician order entry: simple methods; powerful results*, „Proceedings of the American Medical Informatics Association Symposium” 1999, 221–225.
39. Chaudhry B., Wang J., Wu S., Maglione M., et al., *Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care*, „Annals of Internal Medicine” 2006, 144, 10, 742–752.
40. Hillestad R., Bigelow J., Bower A., et al., *Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs*, „Health Affairs” 2005, 24, 5, 1103–1117.
41. Bates D.W., Pappius E., Kuperma G.J., et al., *Using information systems to measure and improve quality*, „International Journal of Medical Informatics” 1999, 53, 2, 115–124.
42. Taylor R., Manzo J., Sinnett M., *Quantifying value for physician order entry systems: a balance of cost and quality*, „Healthcare Financial Management” 2002, 56, 7, 44–48.
43. Tang P.C., Ash J.S., Bates D.W., et al., *Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 2006, 13, 2, 121–126.
44. Pagliari C., Detmer D., Singleton P., *Potential of electronic personal health records*, „British Medical Journal” 2007, 335, 7615, 330–333.
45. Microsoft HealthVault, <http://www.healthvault.com/> (dostęp 25.04.2011).
46. Google Health, <http://www.google.com/health/> (dostęp 25.04.2011).
47. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., *To err is human, building a safer health system*, Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C. 1999.
48. Eslami S., Abu-Hanna A., De Keizer N., *Evaluation of outpatient computerized physician medication order entry systems: a systematic review*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 2007, 14, 4, 400–406.
49. Eslami S., de Keizer N.F., Abu-Hanna A., *The impact of computerized physician medication order entry in hospitalized patients – a systematic review*, „International Journal of Medical Informatics” 2008, 77, 6, 265–276.
50. Wolfstadt J.I., Gurwitz J.H., Field T.S., et al., *The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: a systematic review*, „Journal of General Internal Medicine” 2008, 23, 4, 451–458.
51. Van Rosse F., Maat B., Rademaker C.M.A., et al., *The effect of computerized physician order entry on medication prescription errors and clinical outcome in pediatric and intensive care: a systematic review*, „Pediatrics” 2009, 123, 4, 1184–1190.
52. Metzger J., Welebob E., Bates D.W., et al., *Mixed results in the safety performance of computerized physician order entry*, „Health Affairs” 2010, 29, 4, 655–663.
53. McCullough J., Casey M., Moscovice I., Prasad S., *The effect of health information technology on quality in U.S. hospitals*, „Health Affairs” 2010, 29, 4, 647–654.
54. Poon E.G., Keohane C.A., Yoon C.S., et al., *Effect of bar-code technology on the safety of medication administration*, „The New England Journal of Medicine” 2010, 362, 1698–1707.
55. Wu S.Y., Green A., *Project of chronic illness prevalence and cost inflation*, RAND, Santa Monica, Calif 2000.
56. Gan D., *Diabetes atlas*, 3rd edition, International Diabetes Federation, 2006.
57. Lai C.K.W., Beasley R., Crane J., et al., *The ISAAC Phase Three Study Group: global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: Phase Three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*, „Thorax” 2009, 64, 476–483.
58. Pereira M., Lunet N., Azevedo A., Barros H., *Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries*, „Journal of Hypertension” 2009, 27, 963–975.
59. DeVol R., Bedroussian A., *Un unhealthy America: the economic burden of chronic disease*, Milken Institute, 2007.
60. Darkins A., Ryan P., Kobb R., Foster L., Edmonson E., Wakefield B., Lancaster A.E., *Care coordination/home telehealth: the systematic implementation of health informatics, home telehealth, and disease management to support the care of veteran patients with chronic conditions*, „Telemedicine Journal and e-Health” 2008, 14, 10, 1118–1126.

O autorze:

dr n. med. Mariusz Duplaga – adiunkt w Zakładzie Informacji Naukowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

Michał Seweryn

Rola oceny ekonomicznej w podejmowaniu decyzji o finansowaniu innowacyjnych procedur medycznych

Słowa kluczowe: innowacyjne technologie medyczne, ocena ekonomiczna

Wprowadzenie

Dyskusja nad sposobem i poziomem finansowania innowacyjnych technologii medycznych dotyka w sposób bardzo widoczny klasycznego problemu ekonomicznego, jakim jest nieograniczoność potrzeb ludzkich skonfrontowana z ograniczoną ilością zasobów. W wymiarze sektora ochrony zdrowia ten dylemat ma szczególne znaczenie, bowiem dostęp do nowoczesnych technologii medycznych (zarówno leków, jak i innych procedur) większość społeczeństwa utożsamia z dostępem do skutecznych metod leczniczych. Nowość dla większości pacjentów jest bardzo często synonimem jakości i jedyną szansą na zachowanie zdrowia, które, zwłaszcza w obliczu poważnej choroby, staje się dobrem nadrzędnym. Dlatego wszelkie ograniczenia, jakie pojawiają się w dostępie do nowych technologii, są przez pacjentów postrzegane jako niesprawność systemu zdrowotnego.

Tymczasem szybki rozwój medycyny, będący jednym z najważniejszych determinantów starzenia się społeczeństwa, absorbuje ogromne środki finansowe i rzeczowe [1]. Taki stan rzeczy sprawia, że nie wszystkie potrzeby mogą być zaspokojone. Powstaje zatem pytanie, w jaki sposób należy podejmować decyzje, których naturalną konsekwencją będzie racjonowanie dostępu do świadczeń medycznych? Wydaje się, że notowany w ostatnich latach rozwój metod oceny ekonomicznej, jak i powszechność ich stosowania w systemach zdrowotnych wielu krajów przemawia za tym, że jest to jedyna droga zmierzająca ku racjonalizacji w procesie podejmowania decyzji. Niemniej jednak również w naszym kraju nie brakuje głosów, że decyzje powinny być podejmowane na podstawie opinii ekspertów, które mają przesądzać o tym, jakie technologie medyczne zasługują na finansowanie ze środków publicznych. Badania przeprowadzone przed kilkoma laty w Polsce [2] na 102 respondentach (lekarzach, farmaceutach, zarządzających w ochronie zdrowia i studentach) wykazały, że pomimo

wcześniejszego przeszkolenia w dziedzinie oceny ekonomicznej 86% z nich opowiedziało się za tym, że to właśnie opinie ekspertów powinny być podstawowym źródłem dla podejmujących decyzje refundacyjne na poziomie makroekonomicznym. Natomiast analizy ekonomiczne jako podstawę ułatwiającą podejmowanie tych decyzji wskazało o 20% respondentów mniej, a więc tylko 66% badanych. Jak błędna jest to droga, udowodniła już 36 lat temu para amerykańskich naukowców [3], którzy w swej pracy dokonali obliczeń kosztów krańcowych powszechnego wykonywania sześciu testów na obecność krwi utajonej w stolcu, polemizując tym samym z American Cancer Society (Amerykańskim Stowarzyszeniem Onkologicznym), zalecającym w oficjalnym dokumencie takie postępowanie jako metodę profilaktyki raka okrężnicy. Ich kalkulacje pokazywały bowiem, że koszt związany z wykryciem dodatkowego przypadku nowotworu przekroczy czterdzieści siedem milionów dolarów. Pomimo faktu, że również ich praca po latach spotkała się z zarzutami co do zastosowanej metodologii [4], tak naprawdę było to jedno z pierwszych wystąpień z dziedziny ekonomiki zdrowia, które przedstawiło realną siłę analiz ekonomicznych oraz pilną potrzebę ich wykonywania jako nieodłącznego elementu ułatwiającego podejmowanie decyzji zgodnych z dowodami naukowymi, a nie z powszechnym przekonaniem nawet najbardziej szacownych instytucji i osób¹.

Artykuł przedstawi ocenę stopnia wykorzystania analiz ekonomicznych w procesie finansowania innowacyjnych technologii medycznych. Podejmie również próbę porównania sytuacji Polski z krajami, w których tradycje wykonywania analiz oceniających technologie medyczne są o wiele dłuższe.

1. Innowacyjne technologie w sektorze zdrowotnym

Nowoczesny sektor zdrowotny musi podążać za zmianami i uwzględniać stały rozwój w zakresie inno-

wacyjnych technologii medycznych. W przeciwnym wypadku jest systemem nieskutecznym, który nie zapewnia pacjentowi dostępu do możliwie najlepszej opieki. Polscy eksperci już od dłuższego czasu zajmują się problematyką dostępu pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia. Raport grupy roboczej na rzecz innowacji w opiece zdrowotnej [5] wyraźnie wskazuje, że system ochrony zdrowia w Polsce nie jest finansowany na odpowiednim poziomie. Jeżeli dodać do tego brak instytucji odpowiedzialnych za politykę zdrowotną na szczeblu lokalnym, okaże się, że naturalną konsekwencją takiego stanu rzeczy są utrudnienia w modernizacji infrastruktury ochrony zdrowia, realizacji zakupów, jak również w optymalnym wykorzystaniu sprzętu i leków oraz problemy z odpowiednim systemem kształcenia kadr. To wszystko może stanowić poważną barierę dla rozwoju innowacyjnych technologii medycznych.

1.1. Leki

Ocena technologii medycznych to proces, który z zasady dotyczy leków innowacyjnych. W przypadku preparatów generycznych większe znaczenie dla podejmujących decyzję ma *pricing* i negocjacje z producentami.

Analizując rynek leków w Europie Środkowo-Wschodniej, zauważalna jest wyraźna dominacja leków odtwórczych nad preparatami innowacyjnymi. Według raportu firmy PMR [6] w 2010 roku rynek leków generycznych wzrósł o 12% w stosunku do 10% leków innowacyjnych. Według prognoz ta tendencja ma się utrzymywać również w latach 2011 i 2012.

Polski rynek farmaceutyczny według danych firmy IMS [7] charakteryzuje się jednym z największych udziałów leków odtwórczych w Europie. Przez ostatnie 5 lat kształtuje się on w granicach 60–62% wartościowo i 75%

ilościowo. Dla porównania – w innych krajach Unii Europejskiej udział wartościowy jest znacznie mniejszy. Na przykład w Czechach wynosi on 48%, na Słowacji 44%, w Wielkiej Brytanii 39%, a w Hiszpanii zaledwie 29%. Średni udział w całej Unii Europejskiej sięga 37,6%.

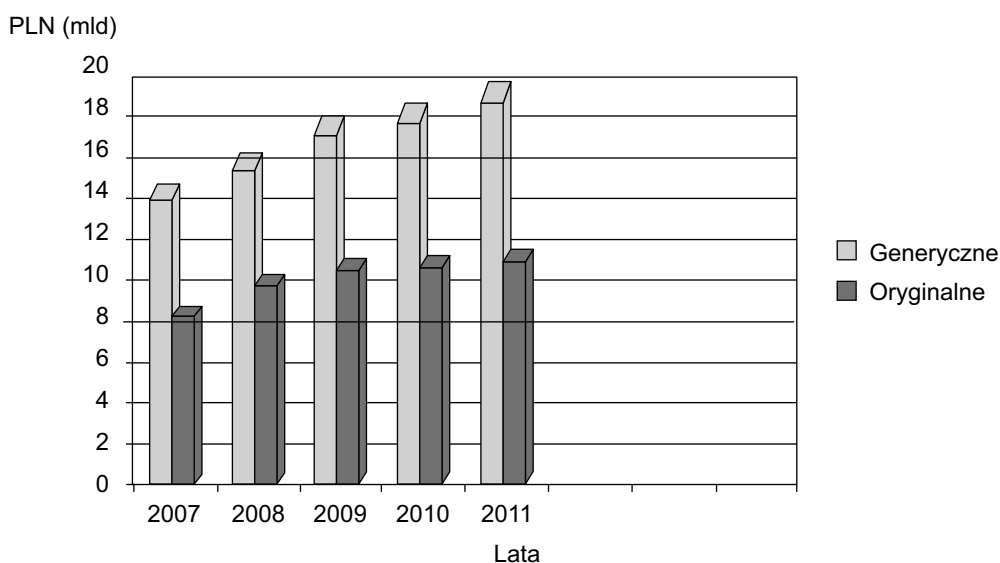
Szczegółowy udział leków generycznych w polskim rynku leków w ostatnich latach oraz prognozach dotyczących roku 2011 pokazuje **Rysunek 1**. Natomiast udział leków generycznych i oryginalnych, proporcjonalnie do całkowitego rynku farmaceutycznego w Polsce, to 84% w stosunku do 16% (**Rysunek 2**).

Dokonując analizy powyższych danych, należy stwierdzić, że znaczący udział leków generycznych w stosunku do preparatów innowacyjnych jest zjawiskiem pozytywnym, ponieważ konkurencja pomiędzy producentami na rynku farmaceutyków skutkuje obniżaniem cen, a w konsekwencji zwiększeniem dostępności do farmakoterapii dla pacjentów. Nie można jednak zapominać, że preparaty generyczne są produkowane po wygaśnięciu ochrony patentowej leków, która trwa 20 lub więcej lat. W związku z tym niezbyt duży udział preparatów odtwórczych w całkowitym rynku leków może być również objawem nieprawidłowej polityki lekowej państwa, której efektem jest tworzenie barier dla pacjentów w dostępie do innowacyjnych preparatów.

1.2. Sprzęt medyczny

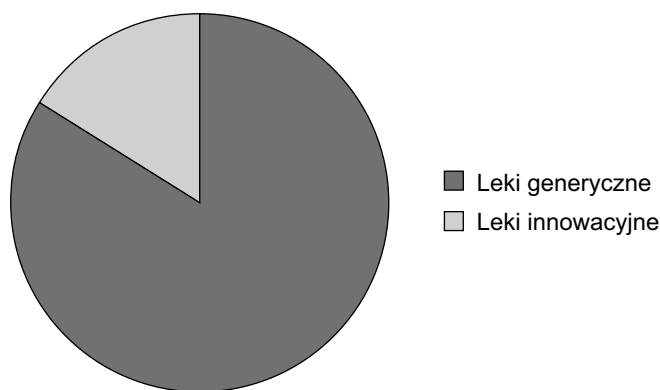
Dostęp pacjentów do innowacyjnych technologii nielekowych jest niezwykle szerokim zagadnieniem. Dlatego w niniejszym podrozdziale zostanie ono jedynie zarysowane i omówione tylko na przykładzie nowoczesnej aparatury diagnostycznej.

Dostęp pacjentów do wysokospecjalistycznych metod diagnozowania, takich jak tomografia komputerowa



Rysunek 1. Udział leków generycznych i oryginalnych w polskim rynku leków – wartościowo.

Źródło: IMS Poland na podstawie raportu firmy PMR [6].



Rysunek 2. Udział leków generycznych i oryginalnych w polskim rynku leków w latach 2009–2010 – ilościowo.

Źródło: IMS Poland na podstawie raportu firmy PMR [6].

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Polska | 5,8 | 6,3 | 6,9 | 7,9 | 9,2 | 9,7 | 10,9 | Bd. |
| Węgry | 6,3 | 6,5 | 6,8 | 7,1 | 7,2 | 7,3 | 7,1 | Bd. |
| Czechy | 12,1 | 12,6 | 12,6 | 12,3 | 13,1 | 12,9 | 13,5 | Bd. |
| Słowacja | Bd. | 8,7 | 10,2 | 11,3 | 12,1 | 13,7 | 13,7 | Bd. |
| Austria | 27,1 | 27,2 | 29,2 | 29,6 | 29,8 | 29,9 | 29,9 | Bd. |
| Grecja | Bd. | Bd. | Bd. | 25,2 | 26,4 | 28,9 | 30,7 | 33,9 |

Tabela I. Liczba aparatów do tomografii komputerowej w przeliczeniu na 1 milion mieszkańców.

Źródło: OECD Health Data 2010.

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Polska | 0,9 | 1,0 | 1,9 | 2,0 | 1,9 | 2,7 | 2,9 | Bd. |
| Węgry | 2,3 | 2,6 | 2,6 | 2,6 | 2,6 | 2,8 | 2,8 | Bd. |
| Czechy | 2,2 | 2,5 | 2,8 | 3,1 | 3,8 | 4,4 | 5,1 | Bd. |
| Słowacja | 2,0 | 2,0 | 3,7 | 4,3 | 4,5 | 5,7 | 6,1 | Bd. |
| Austria | 13,4 | 13,6 | 15,9 | 16,2 | 16,8 | 17,7 | 18,0 | Bd. |
| Grecja | Bd. | Bd. | Bd. | 13,2 | 16,3 | 17,9 | 19,6 | 21,8 |

Tabela II. Liczba aparatów do rezonansu magnetycznego w przeliczeniu na 1 milion mieszkańców.

Źródło: OECD Health Data 2010.

i rezonans magnetyczny, jest w dzisiejszej medycynie absolutnym standardem. Według danych publikowanych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD Health Data 2010) wśród krajów będących członkami tej organizacji nastąpił szybki wzrost liczby tego typu urządzeń. Średnia liczba tomografów zwiększyła się z 19 na milion mieszkańców w 2000 roku do 24 w 2008 roku, liczba aparatów do rezonansu magnetycznego zaś z 6 na milion mieszkańców w roku 2000 do 13 w 2008 roku.

Analizując dostęp polskich pacjentów do wysokospecjalistycznej infrastruktury diagnostycznej w porównaniu

z wybranymi krajami europejskimi (**Tabele I i II**), należy stwierdzić, że jest on w naszym kraju wysoce niezadawalający. Jeżeli chodzi o kraje Grupy Wyszehradzkiej, jesteśmy lepsi jedynie od Węgrów, natomiast zdecydowanie gorsi od najbliższych sąsiadów (Czechów i Słowaków). Natomiast porównanie z krajami takimi jak Austria i Grecja wypada dla Polski zdecydowanie niekorzystnie.

Jeżeli porównamy nasz kraj z absolutnym liderem wśród innych krajów OECD – Japonią, która dysponuje wskaźnikami 97 tomografów na milion mieszkańców i 43 aparatów do rezonansu magnetycznego na milion mieszkańców, możemy wysnuć tylko jeden wniosek:

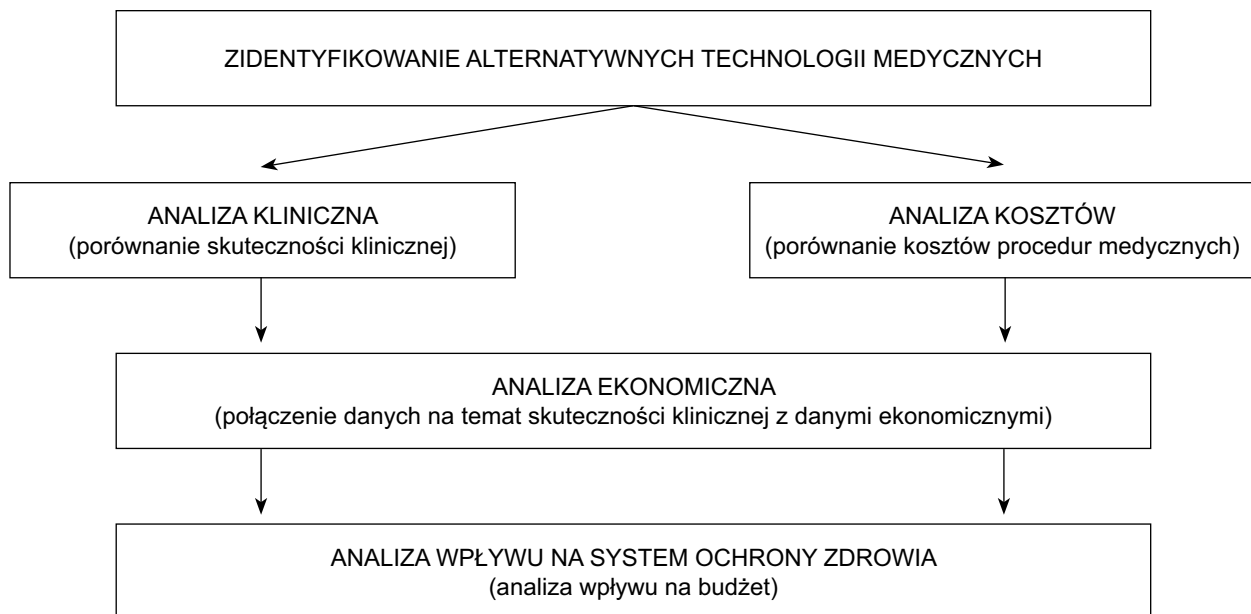
Polska zdecydowanie odstaje pod względem dostępu pacjentów do innowacyjnych technologii diagnostycznych.

2. Ocena technologii medycznych w podejmowaniu decyzji

2.1. Przebieg procesu oceny ekonomicznej technologii medycznych

Ocena technologii medycznych (*health technology assessment* – HTA) jest procesem przeznaczonym do ekonomicznego badania innowacji w sektorze zdrowotnym. Jego podstawową funkcją jako narzędzia służącego polityce zdrowotnej jest ocena kosztów oraz korzyści zdrowotnych związanych z zastosowaniem nowych technologii medycznych. Przebieg uproszczonego schematu oceny technologii medycznych przedstawia **Rysunek 3**.

Po zidentyfikowaniu alternatywnych technologii medycznych, które mogą być z sobą porównane, dokonuje się zestawienia skuteczności klinicznej oraz kosztów procedur. Dopiero po uzyskaniu tych danych jest możliwe sporządzenie właściwej porównawczej analizy ekonomicznej, która pozwoli określić, jak koszty poszczególnych technologii przekładają się na skutki zdrowotne ich stosowania. Podstawowe typy analiz ekonomicznych zostały przedstawione w **Tabeli III**. Kolejnym równie ważnym elementem jest sporządzenie analizy wpływu na system ochrony zdrowia, której częścią jest analiza wpływu na budżet (ang. *budget impact*). Proces oceny ekonomicznej nie koncentruje się wyłącznie na kosztach i konsekwencjach stosowania technologii medycznych, ale przede wszystkim tworzy kryteria do podejmowania wyborów opartych na dowodach naukowych [9].



Rysunek 3. Przebieg procesu oceny technologii medycznych.

Źródło: Seweryn M., Kycia J. [8].

| Typ analizy | Jednostki pomiaru kosztów | Wyniki | Jednostki pomiaru wyników |
|-------------------------------|---------------------------|---|---|
| Analiza minimalizacji kosztów | Jednostki monetarne | Identyczne dla porównywanych programów | |
| Analiza koszty–efektywność | Jednostki monetarne | Wyniki mierzone wspólną jednostką umożliwiającą porównanie | Jednostki naturalne, np. dodatkowe lata życia, mmol glukozy w litrze krwi, mm Hg ciśnienia tętniczego |
| Analiza koszty–korzyści | Jednostki monetarne | Wyniki mierzone różnymi jednostkami naturalnymi, a następnie przeliczane na wartość pieniężną | Jednostki monetarne |
| Analiza koszty–użyteczność | Jednostki monetarne | Jakość życia chorego | QALY (lata życia skorygowane o jakość), HYE (równoważniki lat życia w pełnym zdrowiu) |

Tabela III. Typy analiz ekonomicznych.

Źródło: Orlewska E. [10].

2.2. Podejmowanie decyzji w oparciu o raport HTA

Osoby odpowiedzialne w sektorze zdrowotnym za podejmowanie decyzji refundacyjnych powinny otrzymywać kompleksową informację zarówno o kosztach, jak i efektach zdrowotnych poszczególnych technologii medycznych. Ocena ekonomiczna jest narzędziem pozwalającym odróżnić zwyczajną nowość od prawdziwej innowacyjności. Błędne jest założenie, że każda nowa technologia medyczna jest bardziej skuteczna od dotychczas stosowanych. Wobec ograniczonych środków finansowych decydenci muszą odpowiedzieć sobie na pytanie, jaką cenę trzeba zapłacić za poprawę efektów zdrowotnych, a więc czy płacimy za realną innowację, czy tylko jej namiastkę? Wreszcie, czy wobec ograniczonej ilości środków w systemie stać nas na finansowanie nowych technologii?

Kompleksowa ocena technologii medycznych oprócz najistotniejszych czynników klinicznych i ekonomicznych uwzględnia również czynniki i preferencje społeczne, a także nie mniej ważne względy etyczne.

W większości krajów funkcjonują zatem agencje odpowiedzialne za ocenę technologii medycznych na szczeblu państwowym. W Polsce rolę instytucji odpowiedzialnej za dostarczanie wiarygodnych danych do podejmowania decyzji pełni Agencja Oceny Technologii Medycznych. Na mocy Ustawy z 25 czerwca 2009 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o cenach zadania AOTM to przede wszystkim:

- wykonywanie raportów dotyczących oceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- wydawanie rekomendacji w sprawie:
 - kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej do wykazów świadczeń gwarantowanych;

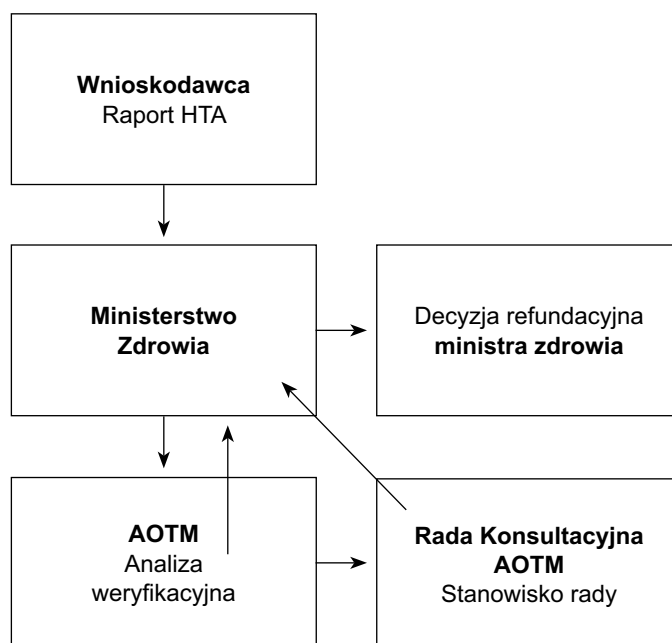
- usunięcia świadczeń z wykazów świadczeń gwarantowanych;
 - zmiany poziomu, sposobu realizacji lub finansowania świadczeń;
 - opracowanie stanowiska w sprawie zakwalifikowania leków bądź wyrobów medycznych jako świadczeń gwarantowanych oraz przygotowanie oceny raportów tych świadczeń;
 - wydawanie opinii w sprawie projektów programów zdrowotnych.
- Uproszczony schemat procesu podejmowania decyzji w oparciu o raporty HTA przedstawia **Rysunek 4**.

2.3. Kompetencje instytucji odpowiedzialnych za ocenę technologii medycznych

W toku dyskusji o wykorzystaniu HTA w podejmowaniu decyzji o finansowaniu innowacyjnych technologii medycznych nie sposób nie poruszyć kwestii kompetencji, jakie powinna mieć instytucja odpowiedzialna na szczeblu krajowym za ten proces.

Analiza doświadczeń z różnych krajów pozwoliła stworzyć wnioski i rekomendacje [1], dające rękojmię w pełni efektywnego wykorzystania narzędzia, jakim jest HTA. Są to:

- **Jednoznaczne, precyzyjne określenie funkcji**, jaką ma w systemie zdrowotnym pełnić ta instytucja.
- **Niezależność** zarówno od producentów technologii medycznych, jak i wpływu polityków, którzy mogą realizować doraźne cele polityczne lub wręcz partyjne za pośrednictwem tak opiniotwórczej instytucji.
- **Fachowość**, która jest nieodłącznym elementem współgrającym z niezależnością. Tylko i wyłącznie wysoki poziom merytoryczny pozwoli pracownikom



Rysunek 4. Przebieg procesu decyzyjnego w odniesieniu do refundacji technologii medycznych.

Źródło: Opracowanie własne.

tej instytucji na obiektywność i kierowanie się dowodami naukowymi.

- **Finansowanie** ze środków publicznych jako instytucji uznanej za dobro publiczne.
- **Określenie standardów postępowania przy HTA i transparenca procedur.** Problem ten dotyczy nie tylko wytycznych dla podmiotów dokonujących HTA, ale też pełnej transparentności np. w kwestii tego, kto decyduje, jakie technologie będą oceniane przez agencję.
- **Zasady współpracy z innymi instytucjami.** Agencja Oceny Technologii Medycznych musi całkowicie przejrzeć i uregulować kwestię współpracy z podmiotami zewnętrznymi, z którymi współpracuje. Do podmiotów tych zaliczać się mogą: instytucje naukowo-badawcze, organizacje międzynarodowe, płatnicy, świadczeniodawcy itp.

3. Przykład zastosowania analizy ekonomicznej w ocenie innowacyjnej technologii medycznej

W 2007 roku Agencja Oceny Technologii Medycznych zleciła Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego przygotowanie pełnego raportu HTA dotyczącego zastosowania wysokoenergetycznego lasera KTP w leczeniu łagodnego rozrostu stercza. Analiza ekonomiczna przygotowana przez zespół współpracowników Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ [11] wykazała, że co prawda stosowanie techniki laserowej jest bardziej efektywne klinicznie niż stosowanie alternatywnej metody operacyjnej, biorąc pod uwagę wystąpienie powikłań krwotocznych, jednocześnie jednak wiąże się z dużo wyższymi kosztami.

W analizie wpływu na system ochrony zdrowia autorzy analizy zasugerowali rozważenie wariantu zakładającego finansowanie z budżetu NFZ zabiegów laserowych wyłącznie u pacjentów z zaburzeniami krzepliwości (około 4% populacji). Wariant ten jest najlepiej uzasadniony medycznie, a jednocześnie nie generuje zbyt wysokich dodatkowych kosztów z budżetu płatnika.

Ta propozycja została uwzględniona w stanowisku Rady Konsultacyjnej AOTM [12], która zarekomendowała finansowanie ze środków publicznych zabiegu ablacji wysokoenergetycznym laserem u chorych z łagodnym rozrostem stercza z bardzo dużym ryzykiem krwawień lub wymagających stałego przyjmowania leków przeciwzakrzepowych.

Uzasadnieniem dla tej rekomendacji były wyniki raportu HTA, który wskazywał, że ablacja wysokoenergetycznym laserem u chorych z łagodnym rozrostem stercza umożliwia znacznie lepszą kontrolę krwawienia i zmniejszenie częstości powikłań krwotocznych. Jednocześnie z raportu jasno wynikało, że jest to technika znacznie bardziej kosztowna niż obecnie stosowana technika operacyjna, czyli elektresekcja. Dlatego Rada Konsultacyjna AOTM za celowe uznała stosowanie i finansowanie tej metody przede wszystkim u pacjentów zagrożonych wysokim ryzykiem krwawienia po zabiegu.

Ten przykład pokazuje, że prawidłowo przeprowadzona ocena ekonomiczna jest znakomitym narzędziem ułatwiającym podejmowanie decyzji o finansowaniu bądź niefinansowaniu procedur medycznych z budżetu państwa. Dostarcza rzetelnych dowodów naukowych, które pozwalają na podjęcie optymalnych decyzji z punktu widzenia gospodarowania środkami publicznymi.

Podsumowanie

Stworzenie prawidłowych mechanizmów dla finansowania innowacyjnych technologii medycznych jest wyzwaniem dla każdego systemu zdrowotnego. Oceny ekonomiczne stały się powszechnie używane w wielu rozwiniętych gospodarczo krajach, takich jak Australia, Wielka Brytania, Nowa Zelandia czy Kanada [13]. Również w naszym kraju dostrzeżono problem i podjęto kroki, takie jak m.in. stworzenie Agencji Oceny Technologii Medycznych, które dobrze rokują.

Nie zmienia to faktu, że polski system zdrowotny wymaga szerszej debaty i poświęcenia większej uwagi problemowi dostępu pacjentów do innowacyjnych procedur medycznych. Nadal brakuje rzetelnej refleksji rządzących nad długofalową strategią, która umożliwiłaby zwiększanie dostępu pacjentów do najnowocześniejszych technologii. Problemami na szczeblu centralnym są zwłaszcza:

- zbyt długi proces legislacyjny (np. aktualizacja listy leków refundowanych);
- nadmiernie zawiłe procedury urzędnicze (np. tworzenie nowych i zmiana istniejących programów terapeutycznych);
- podejmowanie dyskrecjonalnych decyzji politycznych (np. o finansowaniu terapii wbrew stanowisku Rady Konsultacyjnej AOTM, pod naciskiem mediów i opinii publicznej).

W odniesieniu do szczebla lokalnego nie da się nie zauważyć, że brak jednoznacznie określonych ośrodków odpowiedzialnych za politykę zdrowotną oraz pasywność płatnika w tym zakresie prowadzi do braku współdziałania pomiędzy organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej. Efektem jest bardzo częste marnotrawstwo sił i środków, a w konsekwencji nieefektywne wykorzystanie dostępnych zasobów, do których zalicza się także drogi sprzęt medyczny.

Wydaje się, że rola oceny ekonomicznej jest nie do przecenienia i należy ją na stałe włączyć do debaty o sposobach finansowania innowacyjnych technologii medycznych oraz kształcie systemu zdrowotnego w naszym kraju. Jedynie wtedy będziemy mogli mówić, że w polskiej ochronie zdrowia zasoby są dystrybuowane jak najbardziej efektywnie.

Przypis

¹ Praca ta miała duży wpływ na zmianę stanowiska przez American Cancer Society.

Abstract

Role of economic evaluation in decision-making of innovative health technologies

Key words: innovative health technologies, economic analysis, Health Technology Assessment (HTA), limited financial resources, costs of health care

The aim of this article is to show the general possibility of application of chosen economic evaluation to assess innovative health technologies. The focus will be on the advantages related to use of HTA in decision-making. It seems that the most important consequence of using economic evaluation is an opportunity to direct comparisons of the cost-effectiveness and health benefits generated by innovative technologies which are financed from public sources.

Piśmiennictwo:

1. Sowada C., Bochenek T., Kawalec P., Niedźwiedzka B., Ponikło W., *Agencja Oceny Technologii Medycznych. Oczekiwania, cele i możliwe rozwiązania instytucjonalne*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2006, IV, 1, 55.
2. Czech M., Hermanowski T., Pachocki R., *Perspectives and barriers in the development of pharmacoeconomics and its applications in Poland – preliminary results of a survey*, „Value in Health” 2003, 6, 6, 710.
3. Neuhauser D., Lewicki A., *What do we gain for the sixth stool guiac?* „The New England Journal of Medicine” 1975, 293, 226–228.
4. Brown K., Burrows C., *The sixth stool guiac test: \$47 million that never was*, „Journal of Health Economics” 1990, 9, 4, 429–445.
5. Raport grupy roboczej na rzecz innowacji w opiece zdrowotnej 2010. *Zwiększanie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce*.
6. *Generic and innovative drugs market in Central Europe 2011. Comparative analysis, reimbursement policies and development forecasts for 2011–2013*. PMR Publications, 2011.
7. Kraska A., *Pozycja leków generycznych w Polsce*, „Rynek Zdrowia” 2010, 3.
8. Seweryn M., Kycia J., *Zastosowanie analiz ekonomicznych w polskim systemie ochrony zdrowia – droga ku racjonalizacji w finansowaniu świadczeń zdrowotnych*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2005, III, 2, 79.
9. Drummond M., Sculpher M., Torrance G., O’Brien B., Stoddart G., *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, 2005, 9.
10. Orlewska E., *Podstawy farmakoekonomiki*, Unimed, Warszawa 1999.
11. Niżankowski R., Bochenek T., Seweryn M., *Raport oceny technologii medycznych „Zastosowanie wysokoenergetycznego lasera KTP w leczeniu łagodnego rozrostu stercza”*, Kraków 2007.
12. Uchwała nr 59/16/2008 z dnia 28 października 2008 r. Rady Konsultacyjnej AOTM w sprawie finansowania leczenia łagodnego rozrostu stercza za pomocą wysokoenergetycznego lasera KTP.
13. Morris S., Devlin N., Parkin D., *Economic analysis in health care*, John Willey & Sons Ltd, 2007.

O autorze:

Michał Seweryn – dr nauk ekonomicznych, adiunkt w Zakładzie Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego w Instytucie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; zastępca dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie.

Piotr Pochopień, Krzysztof Kęsek

Dokumentacja medyczna – coraz bardziej elektroniczna

Słowa kluczowe: elektroniczny rekord medyczny, dokumentacja medyczna, dane medyczne, regulacje prawne

Zmiany prawnego statusu elektronicznej dokumentacji medycznej w polskim systemie ochrony zdrowia

Zapoczątkowana wejściem w życie w czerwcu 2009 roku Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹ (dalej: ustawa o prawach pacjenta) reorganizacja zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej została zakończona 1 stycznia 2011 roku wraz z wejściem w życie wydanego na podstawie owej ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania² (dalej: rozporządzenie).

Ustawa o prawach pacjenta określa dostęp do dokumentacji medycznej jako jedno z podstawowych praw pacjenta, chociaż obowiązywało już wcześniej:

- ze strony zakładów opieki zdrowotnej przysługiwało już od 1992 roku na mocy Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej;
- ze strony praktyk lekarskich od 2001 roku na mocy Ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i wydanego do niej Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania;
- ze strony praktyk pielęgniarskich od 2003 roku na podstawie Ustawy z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej i wydanego do tejże ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 1 sierpnia 2003 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych.

Ustawa o prawach pacjenta wyjęła z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w niemal niezmiennym brzmieniu podstawowe przepisy dotyczące zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycz-

nej, stając się podstawowym aktem prawnym regulującym przedmiot dokumentacji medycznej dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Ustawa ta wprowadziła bowiem pojęcie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, przez co rozumie podmiot leczniczy, a także indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek lub położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek lub położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek lub położnych. Ten zabieg legislacyjny przygotował grunt m.in. pod ujednoczenie zasad postępowania z dokumentacją medyczną w stosunku do wszystkich wymienionych wyżej podmiotów określanych wspólnym mianem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Ujednoczenie zasad oznaczało konieczność zrównania w tej kwestii podmiotów, których do tej pory dotyczyły często odmienne (uregulowane w odrębnych aktach prawnych) zasady prowadzenia, przechowywania, udostępniania i usuwania dokumentacji medycznej. Jak wspomniano na wstępie, gruntowna zmiana w podejściu do uregulowania zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, zapoczątkowana ustawą o prawach pacjenta, została uściślona wydaniem do tej ustawy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Rozporządzenie to zakończyło więc z dniem 1 stycznia 2011 roku rozdział zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej zawartych dotąd w trzech rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania³, z 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania⁴ oraz z 1 sierpnia 2003 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji me-

dycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, połączoną udzielającą świadczeń zdrowotnych⁵.

W rezultacie najczęściej zmian dotyczy praktyk lekarskich i pielęgniarskich. Włączenie standardów prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej przez praktyki lekarskie i pielęgniarskie do dotychczasowych regulacji odnoszących się do zakładów opieki zdrowotnej oznacza dla tychże praktyk nowe uprawnienia, ale również nowe obowiązki czy raczej ich poszerzenie. Do najistotniejszych, z punktu widzenia praktyk lekarskich i pielęgniarskich, zmian należą m.in. wydłużenie podstawowego okresu przechowywania dokumentacji medycznej – z 10 do 20 lat i określenie maksymalnych stawek za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie kopii, odpisu i wyciągu, tak w formie papierowej, jak i elektronicznej. Kwestie te pojawiły się już w ustawie o prawach pacjenta. Bardzo istotną zmianą, która pojawiła się dopiero wraz z wejściem w życie rozporządzenia, jest upoważnienie praktyk lekarskich i pielęgniarskich do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej. Możliwość skorzystania z tego uprawnienia zdaje się bardziej cenna z uwagi na wspomniane wydłużenie okresu przechowywania dokumentacji medycznej do 20 lat.

Zmiany dokonane poprzez zamieszczenie regulacji prawnych odnośnie do dokumentacji medycznej w ustawie o prawach pacjenta oraz w wydanym na jej podstawie rozporządzeniu należy ocenić pozytywnie z uwagi na trzy aspekty:

- dokonano spójnego ujęcia zasad prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji w stosunku do wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;
- poprawiono wiele mniej lub bardziej drobnych błędów, niespójności i nieściśłości cechujących poprzednio obowiązujące akty prawne. Dobrym przykładem jest dodanie zapisów odnośnie do skierowania, a w zasadzie tego, jakie dane powinien zawierać taki dokument;
- zmiana w podejściu do kwestii elektronicznej dokumentacji medycznej. Możliwość prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej miały do tej pory (od 2007 roku) tylko zakłady opieki zdrowotnej. Stosowne przepisy znajdowały się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania. Należy jednak krytycznie ocenić regulacje tam zawarte. Do jednych z podstawowych wymogów warunkujących możliwość sporządzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej należała konieczność składania pod sporządzonym dokumentem medycznym (lub kolejnym wpisem w dokumencie) podpisu elektronicznego oraz opatrywania następnie całości znacznikiem czasu.

■ Kontrowersje wokół zastosowania podpisu elektronicznego

Najwięcej kontrowersji wzbudzał początkowo rodzaj podpisu elektronicznego: czy ma to być tzw. podpis kwalifikowany, czy niekwalifikowany. Niejasności wynikały głównie z powodu zapisu rozporządzenia z 2006 roku (§ 55 ust. 1), który mówił, iż „sporządzenie i podpisanie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zapisaniu sekwencji danych na informatycznym nośniku danych i podpisaniu tych danych, zgodnie z ustawą z 18 września 2001 roku o podpisie elektronicznym”⁶. Problem w tym, że ustawa o podpisie elektronicznym przewiduje istnienie różnego rodzaju podpisów elektronicznych, wśród których można wyróżnić te opatrzone kwalifikowanym certyfikatem (czyli spełniającym warunki określone w ustawie, wydanym przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne) i te opatrzone certyfikatem niekwalifikowanym. Stąd też podział na tzw. kwalifikowany podpis elektroniczny (płatny, wydawany przez jeden z kilku w kraju podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne) i tzw. podpis niekwalifikowany (czyli taki, który może być wydany przez każdy inny podmiot świadczący usługi certyfikacyjne, czyli przez każdego przedsiębiorcę). Początkowo powszechne było zjawisko forsowania przez kwalifikowane podmioty świadczące usługi certyfikacyjne opinii, jakoby do sporządzania dokumentacji medycznej konieczne było użycie podpisu kwalifikowanego, czyli takiego, na który owe podmioty mają wyłączność sprzedaży i pewien wpływ na kształtowanie jego cen rynkowych. Ofiarą takich praktyk padło kilka większych krajowych zakładów opieki zdrowotnej, w tym duży szpital. Po pewnym czasie doszli do głosu prawnicy, którzy już obiektywnie rozumując i interpretując przepisy, rozpowszechnili prawdziwe intencje prawodawcy, zgodnie z którymi tylko dokumentacja udostępniana uprawnionym do tego podmiotom lub organom ma być opatrzona podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą kwalifikowanego certyfikatu. Stosując rozumowanie *a contrario* wynikało więc, iż dokumentacja, która nie jest udostępniana (czyli przede wszystkim cała dokumentacja wewnętrzna zakładu), może być opatrzona tzw. podpisem niekwalifikowanym.

■ Wymóg znakowania czasem w dokumentacji medycznej

Większy problem stanowił obowiązek znakowania czasem dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Aż do końca obowiązywania rozporządzenia z 2006 roku pokutował pogląd (lansowany przez kwalifikowane podmioty świadczące usługi certyfikacyjne), iż znaczniki czasu mają pochodzić od kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne. Podmioty te powoływały się przy tym na (nieszczęśliwy zresztą) zapis rozporządzenia z 2006 roku stanowiący, iż „przechowywanie dokumentacji w postaci elektronicznej opatrzonej właściwym rodzajem podpisu elektronicznego powinno być realizowane zgodnie z postanowieniami art. 7 Usta-

wy z 18 września 2001 roku o podpisie elektronicznym”. Mówi on w ustępie 1, iż „podpis elektroniczny może być znakowany czasem”, a w ustępie kolejnym, że „znakowanie czasem przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne wywołuje w szczególności skutki prawne daty pewnej w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego”. Nieprzystające w żadnym stopniu do dokumentacji medycznej sugerowanie (poprzez wspomniane odesłanie do rozporządzenia z 2006 r.), iż znacznikiem czasu koniecznym do sporządzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej jest znacznik, o którym mowa w art. 7 ustawy o podpisie elektronicznym (czyli znacznik konieczny do dokonywania nielicznych czynności prawnych określonych w Kodeksie cywilnym np. przy umowie o ustanowienie zastawu), zostało wykorzystane przez kwalifikowane podmioty świadczące usługi certyfikacyjne. W ten sposób stały się one monopolistami, jeśli chodzi o sprzedaż (i ustalanie cen) znaczników czasu. Gdyby zastosować taki rygor do dokumentacji papierowej, lekarz po sporządzeniu wpisu w dokumentacji i podpisaniu się musiałby następnie udać się do notariusza, aby ten urzędowo potwierdził datę sporządzenia i podpisania takiego wpisu w dokumentacji. To obrazuje nonsens takiej regulacji. Dopiero w lutym 2010 roku Ministerstwo Zdrowia dokonało wykładni, iż do sporządzania i przechowywania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nie jest konieczne nabywanie znaczników czasu od kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne z uwagi na to, że do znakowania czasem dokumentacji medycznej walor daty pewnej jest zbędny. Ta oczywistość nie została jednakże wystarczająco wcześniej wypowiedziana i rozpowszechniona.

Opisane wyżej perypetie związane z podpisem elektronicznym i znacznikiem czasu (a konkretnie błędne przekonanie o konieczności zakupu podpisów elektronicznych i znaczników wyłącznie u kwalifikowanych podmiotów świadczących usługi certyfikacyjne po stosunkowo wysokich cenach) stały się istotnym powodem braku zainteresowania elektroniczną dokumentacją medyczną ze strony zakładów opieki zdrowotnej (obecnie – podmiotów leczniczych).

■ Nowe zasady prowadzenia dokumentacji elektronicznej

W obowiązującym od 1 stycznia 2011 roku rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania dokonano daleko idącej liberalizacji przepisów o dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Przynajmniej zniknęły zapisy o konieczności opatrywania takiej dokumentacji podpisem elektronicznym czy też znakowania jej czasem. Postęp rozwiązań prawnych i większy nacisk na zmierzanie w kierunku informatyzacji systemu ochrony zdrowia daje się odczuć w wielu przepisach tego rozporządzenia. Symboliczny jest już § 1 rozporządzenia, który stanowi, iż dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej. Poprzednie rozporządzenie⁷ na pierwszym miejscu wymieniało postać papierową.

W tym miejscu warto wspomnieć o korzyściach i zagrożeniach wynikających z liberalizacji wymogów prawnych, jakie niosą z sobą zapisy nowego rozporządzenia oraz wymaganiach stawianych medycznym systemom informatycznym – docelowemu miejscu składowania dokumentacji. W rozdziale 8 rozporządzenia, który w całości został poświęcony tematyce wymagań wobec dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej, ustawodawca wymienił szereg obwarowań. Są to m.in.: stosowne zabezpieczenie danych przed uszkodzeniem lub utratą, zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji, umożliwienie stałego dostępu do danych osobom uprawnionym, zabezpieczenie przed nieautoryzowanym dostępem, możliwość eksportu danych do popularnych formatów tekstowych lub innych aplikacji oraz wydruku zgodnego z wymogami stawianymi dokumentacji w formie papierowej. Wszystkie te wytyczne są standardowymi wymaganiami stawianymi przede wszystkim producentom systemów informatycznych, a ich zachowanie gwarantuje bezpieczeństwo danych nie mniejsze niż w przypadku tradycyjnej dokumentacji. W przypadku zmiany systemu informatycznego świadczeniodawca dodatkowo zobowiązany jest zachować informację na temat daty migracji oraz systemu, z jakiego zostały przeniesione dane.

Swoistym *novum*, ale zarazem istotnym krokiem w kierunku szeroko pojętej informatyzacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, jest fakt umożliwienia świadczeniodawcom odwzorowania cyfrowego dokumentacji papierowej przyniesionej przez pacjenta lub pozyskanej od innego świadczeniodawcy, w czego następstwie oryginał może zostać przekazany pacjentowi lub zniszczony. Niestety, wraz z nowym użytecznym rozwiązaniem pojawia się problem związany z samym pojęciem odwzorowania cyfrowego. Brakuje bowiem definicji legalnej tego pojęcia, a te zawarte w słownikach języka polskiego⁸: odtworzenie czegoś według wzoru; skopiowanie – nie doprowadzają do wniosku, czy jest to zabieg polegający na automatycznym powieleniu np. dokumentu papierowego na zasadzie jego zeskanowania, czy też za dopuszczalne należy również uznać ręczne odwzorowanie (cyfrowe), np. poprzez wierne przepisanie treści dokumentu przy użyciu klawiatury komputera.

Zważywszy na specyfikę dokumentacji medycznej, należy uznać, iż pod pojęciem „odwzorowania cyfrowego” prawodawca rozumie techniki polegające na automatycznym przeniesieniu obrazu dokumentu medycznego do postaci cyfrowej. Argumentów można wymienić kilka. Jednym z nich jest kwestia zdolności do przeniesienia treści zawartych w dokumencie ze stu-procentową dokładnością przez osobę inną niż sporządzająca dokument pierwotny. W przypadku gdy mamy do czynienia z dokumentem medycznym sporządzonym piśmem odręcznym, istnieje duże prawdopodobieństwo pomyłki w odczytaniu nierzadko nieczytelnego pisma. Dokumentacja medyczna obfituje często w różnego typu dopiski, skróty i oznaczenia, których przepisanie przez osobę trzecią może doprowadzić do zmiany sensu wpisów dokonanych w dokumencie pierwotnym. Nie można także mówić o możliwości przeniesienia do po-

stacji cyfrowej np. zdjęcia RTG w sposób inny niż jego zeskanowanie.

■ Problem polskich i europejskich norm w elektronicznej dokumentacji medycznej

Wraz ze zliberalizowaniem przepisów dotyczących dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej wydaje się, iż prawodawca wpadł w pułapkę niedookreślenia sposobu sporządzania, przechowywania, udostępniania i usuwania dokumentacji medycznej. Po określeniu – wspomnianych wyżej – podstawowych zasad, jakich należy dochować przy prowadzeniu dokumentacji w postaci elektronicznej, rozporządzenie stanowi, iż sporządza się ją z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego. W przypadku ich braku uwzględnia się: normy międzynarodowe, Polskie Normy lub europejskie normy tymczasowe. W tym miejscu odczuwalny jest dysonans pomiędzy brzmieniem przepisów powyższego rozporządzenia a brzmieniem jednej z naczelnych zasad Ustawy z 12 września 2002 roku o normalizacji⁹, która mówi o dobrowolności uczestnictwa w procesie opracowywania i stosowania norm (art. 4 pkt 3). W art. 5 ust. 3 ustawa stanowi wprost, iż stosowanie Polskich Norm jest dobrowolne. Kolejny ustęp podaje co prawda, że Polskie Normy mogą być powoływane w przepisach prawnych po ich opublikowaniu w języku polskim, jednakże trudno uznać, iż enigmatyczne odesłanie do wszystkich norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, załatwia sprawę uregulowania kwestii sporządzania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Problem ten zauważano już podczas obowiązywania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, które zawierało takie same odesłania do Polskich Norm (a w ich braku do norm europejskich), jak przytoczone powyżej z obecnie obowiązującego rozporządzenia. Odnosząc się do tych przepisów, autorzy¹⁰ wykonanej dla Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia w ramach Projektu Transition Facilities ekspertyzy dotyczącej norm Unii Europejskiej odnośnie do zapisów dokumentacji medycznej uznali, iż „prezentowane zapisy w żaden sposób nie precyzują, których informacji i norm dotyczą wymogi oraz w jakim zakresie, co czyni te zapisy martwymi”.

W ramach uwag do projektu, a od 1 stycznia 2011 roku obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania eksperci prawa IT Jakub Rzymowski i Mateusz Kamiński wskazywali na jeszcze inne wady takiego rozwiązania. Ich uwagę zwracała szczególnie niejasność znaczenia pojęcia „uwzględnienia postanowień Polskich Norm (...)” przy sporządzaniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, gdyż nie wiadomo, jak w praktyce traktować taką regulację,

a wielu czytających taki przepis mogłoby próbować wywodzić z niego zalecenie uwzględnienia postanowień Polskich Norm.

Jak zauważają Rzymowski i Kamiński, nie można byłoby też przyjąć ustanowienia w rozporządzeniu powinności sporządzania dokumentacji w postaci elektronicznej w oparciu o Polskie Normy, które wprowadzałyby wyjątek od zasady dobrowolności stosowania Polskich Norm. Aktem wykonawczym nie można bowiem tego uczynić. Wyjątek taki musiałby wynikać z ustawy. Kolejnym argumentem przeciwko konieczności stosowania Polskich Norm jest dla tych autorów odpłatność za dostęp do nich, a zatem wpisanie do ustawy powinności ich stosowania skutkowałoby tym, iż osoby pragnące zapoznać się z całością normy prawnej wynikającej z ustawy łącznie z Polską Normą musiałby ponieść związane z tym koszty. Odpłatność za korzystanie z Polskich Norm byłaby faktycznym ograniczeniem dostępu do informacji o normie prawnej będącej źródłem obowiązku.

Problemem, który również pozostał nierozwiązany, a znacząco utrudnia proces cyfrowego prowadzenia dokumentacji medycznej, jest konieczność opatrywania podpisem własnoręcznym pacjenta wielu dokumentów związanych z leczeniem. Kwestia ta dotyczy m.in. medycyny pracy, rehabilitacji czy też wyrażania zgody na hospitalizację lub wykonanie zabiegu. Rozwiązaniem tego problemu jest wprowadzenie elektronicznych nośników zawierających indywidualny podpis elektroniczny obywatela (m.in. wstrzymany projekt nowego dowodu osobistego), co pozwoliłoby zrezygnować z konieczności kontynuacji dokumentacji papierowej i z pewnością jeszcze bardziej przyspieszyłoby informatyzację medycyny.

Kończąc wymienianie ujemnych stron obecnych regulacji prawnych w zakresie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, należy również wspomnieć o narzuconych (zawartych w załącznikach do rozporządzeń) wzorach formularzy dokumentacji medycznej. Pomijając opisaną wyżej kwestię konieczności wydruku takiego dokumentu w celu opatrzenia go również podpisem pacjenta, przykładem niech będzie karta badania profilaktycznego określona w załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 lipca 2010 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów. Wielostronicowy formularz, z miejscami na kolejny raz powielane dane, jest z pewnością rozwiązaniem anachronicznym, które zasadniczo uniemożliwia pełne zinformalizowanie placówek medycyny pracy. Należy mocniej zalecać rozwiązania nienarzucające gotowych wzorów formularzy, których najczęściej nie sposób odwzorować w systemie informatycznym, a ewentualnie poprzestać na wskazaniu rodzaju i zakresu treści, jaka powinna się w takim dokumencie znaleźć.

■ Podsumowanie

Podsumowując powyższe, należy podkreślić, iż na szczególne uznanie wśród opisanych wyżej zmian zasługuje zmierzanie się z wprowadzeniem dokumentacji me-

dycznej w postaci elektronicznej. Konieczność wydania do ustawy o prawach pacjenta rozporządzenia szczegółowo regulującego rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, wzmogło dyskusje nad kierunkiem zmian, w jakim powinny iść nowoczesne regulacje w zakresie dokumentacji medycznej. Niewątpliwie zmierzają one w stronę coraz szerszej informatyzacji systemu ochrony zdrowia, o czym świadczą chociażby omówione wyżej zmiany legislacyjne. Dlatego też należy zwrócić szczególną uwagę na tę kwestię, która nie jest jeszcze dostatecznie dostrzegana i doceniana przez środowiska zajmujące się zarządzaniem w ochronie zdrowia, ale – zważywszy w szczególności na zakrojone na szeroką skalę plany informatyzacji polskiego systemu ochrony zdrowia w ciągu najbliższych kilku lat – temat ten niewątpliwie stanie się aktualny już niebawem i warto się nad nim pochylić i zainteresować już teraz.

Przypisy

- ¹ Dz.U. z 31 marca 2009 r.
- ² Dz.U. z 29 grudnia 2010 r.
- ³ Dz.U. z 28 grudnia 2006 r.
- ⁴ Dz.U. z 13 sierpnia 2001 r.
- ⁵ Dz.U. z 26 sierpnia 2003 r.
- ⁶ Dz.U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.
- ⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.

⁸ Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*, tom II, PWN, Warszawa 1979, 484.

⁹ Dz.U. z 11 października 2002 r.

¹⁰ Bogusław Pogorzelski, Edward Byczyński, Andrzej Gabryel, Waldemar Wierzbą.

Abstract

Medical data – increasingly electronic

Key words: electronic medical record, medical data, law regulations

In last 10 years in Poland we could observe legislation changes and discussion about a vision and model of electronic medical data. The article presents chronologically historical regulations due the decade and emerge the chances and risks connected with the newest binding rules. Authors of the article are strictly interested and engaged into the legislation process of medical data in Poland.

O autorach:

Piotr Pochopień – mgr prawa, mgr zdrowia publicznego, dyrektor ds. administracyjno-prawnych, Centrum Medyczne iMed24.

Krzysztof Kęsek – mgr zdrowia publicznego, ekspert ds. ochrony zdrowia, asystent w Zakładzie Medycznych Systemów Informacyjnych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

Anna Mokrzycka

„Przedsiębiorstwo lecznicze”. Innowacyjne rozwiązanie legislacyjno-systemowe czy manowce reformy?

Słowa kluczowe: zakłady opieki zdrowotnej, samorząd terytorialny, problemy własności w ochronie zdrowia, przekształcenia, prywatyzacja szpitali, prawo handlowe, spółki prawa handlowego

O polskim systemie ochrony zdrowia z pewnością nie można powiedzieć jednej rzeczy – że funkcjonuje w stabilnym, utrwalonym i systemowo pozytywnie zweryfikowanym otoczeniu prawnym. W porównaniu z chociażby niemieckim systemem regulacji prawnych w sferze zabezpieczenia społecznego polska legislacja jawi się jako wyjątkowo chwiejny i niepewny system źródeł prawa. Regulacje te od lat 90. XX wieku podlegają ustawicznym zmianom adekwatnie do pojawiających się nowych koncepcji reform systemowych, tendencji decentralizacyjnych lub, wręcz odwrotnie – centralizujących instytucję płatnika. Nowelizacje te niestety podyktowane są często niedoskonałościami wprowadzonych przepisów, a nawet ich niezgodnością z konstytucją RP¹. Częściowo wynika to z konsekwencji wieloletnich zaniedbań – PRL-owska wizja państwa i jego instytucji w wielu obszarach nie wymagała rozwiązań prawnych charakteryzujących się wysoką jakością postrzeganą nie tylko w kategoriach zasad praworządności, ale i ich trwałości czy racjonalności i celowości. Na progu reformy wydawało się konieczne zerwanie z narzuconą tradycją systemową, lecz działania legislacyjne i ich niedoskonałość, niespójność, a często wewnętrzna niezgodność odzwierciedlały problemy reformatorów systemu – niepewność co do stawianych celów, przedsięwziętych metod i ostatecznych rezultatów. Prawo w tym zakresie stało się narzędziem dla celów doraźnych, nie miało szans przeobrazić się w instrument charakteryzujący się dojrzałością, a zarzut inflacji prawa² w tym względzie idzie w parze z zarzutem dewaluacji samej reformy. Pojęcie to stosowane jest bowiem zbyt często i pochopnie, często dla zamaskowania bezradności wobec trudności systemowych, jako emblemat działań pozorowanych lub krótkofalowych, które z reformą systemową niewiele mają wspólnego.

Częsta nowelizacja prawa, zwłaszcza na poziomie zasadniczych, systemowych aktów prawnych, nie sprzyja wykształceniu się stabilnych podstaw relacji w systemie. Jak powszechnie wiadomo, pewność obrotu

prawnego, stałość uwarunkowań legislacyjnych to podstawowy warunek właściwego funkcjonowania zarówno całej infrastruktury, jak i poszczególnych jej elementów. Nie sprzeciwia się temu postulat elastyczności rozwiązań prawnych, rozumiany jako zdolność do szybkiego i sprawnego wprowadzania za pomocą instrumentarium prawnego takich rozwiązań, które najlepiej odpowiadają prawidłowemu pełnieniu funkcji systemowych, realizacji celów i osiągnięciu zamierzonych efektów, pod warunkiem jednak zgodności z fundamentalnymi zasadami określającymi konstytucję całego systemu. Obecny etap reformy ochrony zdrowia skupia się przede wszystkim na rozwiązaniu określanym przez jej autorów jako innowacyjne, głęboko reformatorskie – wprowadzeniu do publicznego systemu prywatnych szpitali, a zatem na zasadniczej zmianie formalnoprawnego statusu głównych świadczeniodawców, których rola w systemie bez wątpienia jest szczególnie istotna. Cały proces charakteryzuje się także swoistą innowacją na gruncie systemowych rozwiązań legislacyjnych. Zapoczątkowany został wniesieniem pierwszego pakietu ustaw zdrowotnych³, włącznie z zawetowaną przez prezydenta tzw. ustawą prywatyzacyjną, a następnie wprowadzeniem – tym razem w formie uchwały Rady Ministrów – tzw. planu B jako alternatywy dla proponowanych przez rząd rozwiązań ustawowych⁴.

Ostatecznie rządowy projekt reformy, którego zasadniczym filarem jest propozycja głębokich zmian nie tylko w strukturze własności szpitali, ale i logiczne tego konsekwencje w sposobie zarządzania nimi, stał się częścią nowego pakietu ustaw zdrowotnych. Tym razem zmiany te, po przejściu wszystkich wymaganych prawem etapów procesu legislacyjnego, zostały bez przeszkód uchwalone, stając się w perspektywie częścią ustawowych fundamentów systemu ochrony zdrowia. W grupie podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym znalazły się także szpitale podporządkowane regulacjom w sferze swobody prowadzenia działalności gospodarczej⁵. Zmiany w strukturze własności mają sta-

nowić podstawę gruntownych zmian w całej infrastrukturze ochrony zdrowia. Oczekuje się, że będą one podstawą do racjonalizacji procesów zarządzania, zgodnie z zakładanym „przeszczepieniem” określonych w kodeksie spółek handlowych zasad dotyczących zarządzania, a przede wszystkim odpowiedzialności zarządu za swoje działania w odniesieniu do przekształconych szpitali. Stwierdzeniu, że w perspektywie czasu chodzi wręcz o dominację szpitali działających w formie spółek prawa handlowego w publicznym systemie ochrony zdrowia – i to nie tylko w sensie oczywiście *stricte* statystycznym – trudno byłoby zaprzeczyć, biorąc pod uwagę wprowadzone w ustawie o działalności leczniczej zasady dotyczące przekształceń i ich skutków. W tym kontekście kwestią budzącą wiele istotnych wątpliwości jest przede wszystkim deklarowana fakultatywność przekształceń szpitali⁶.

Biorąc pod uwagę obecną kondycję systemu, problemy w jego funkcjonowaniu i trudności finansowania, istotne wydaje się postawienie pytania, czy proponowane zmiany są w istocie innowacyjnymi zmianami reformatorskimi. Czy nowe rozwiązania prawne – nietypowe dla polskiego systemu ochrony zdrowia – przyniosą oczekiwane efekty, czy ich kształt jest z punktu widzenia celów systemowych pożądany, czy staną się jedynie kolejną próbą przerwania odpowiedzialności w sferze ochrony zdrowia ze struktur państwowych na samorząd terytorialny, prywatnych właścicieli szpitali, a w konsekwencji – pacjentów? Czy jest możliwe, że wpłyną na sytuację pacjenta tak pozytywnie, jak to przedstawia stanowisko rządu? Na odpowiedzi trzeba będzie z pewnością poczekać, niemniej jednak warto przyjrzeć się zakładanym na gruncie prawa elementom wprowadzanych zmian, podjąć próbę analizy samej legislacji jako narzędzia i prawdopodobnych skutków jego stosowania. Być może próba ta w oderwaniu od wielu czynników oddziałujących na system – w sensie globalnym, regionalnym, krajowym i lokalnym – opiera się na metodologii wróżenia z fusów, jednak jakość i logika rozwiązań prawnych to podstawowy warunek wielu procesów reformatorskich.

■ Kontrowersje wokół ustawy o działalności leczniczej

1. Uwarunkowania prawno-systemowe w perspektywie historycznej

Ustawa o działalności leczniczej jest jednym z najważniejszych, a zarazem szczególnie kontrowersyjnym aktem prawnym w ramach uchwalonego aktualnie tzw. pakietu zdrowotnego⁷. Od 1991 roku zasadnicze kwestie dotyczące działalności zakładów opieki zdrowotnej podlegały scalającej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej⁸, która w momencie jej uchwalenia była aktem niezbędnym do sprawnego funkcjonowania tych jednostek w systemie, dokonywała bowiem swoistego zrównania statusu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Podmioty te funkcjonowały przedtem w oparciu o wiele niejednokrotnie sprzecznych z sobą przepisów. Wskazana powyżej ustawa wprowadziła zapisy, dzięki którym instytucje udzielające świadczeń zdrowotnych zyskały określoną formę organizacyjną i prawną – dla

wszystkich tych podmiotów obowiązująca stała się ujednolicona definicja ustawowa pojęcia zakładu opieki zdrowotnej. Określono także wspólny zakres przedmiotowy dla funkcjonowania ZOZ-ów. Na gruncie ustawy z 1991 roku każdy podmiot świadczący usługi w sferze opieki zdrowotnej, niebędący osobą fizyczną świadczącą usługi na własny rachunek, jest zobowiązany do spełnienia formalnego warunku rejestracji działalności prowadzonej w formule zakładu opieki zdrowotnej. Moment wpisu do rejestru traktowany jest jako konstytutywne kryterium rozpoczęcia działalności – na tej podstawie zostaje nadany status formalno-prawny zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami w grupie tych podmiotów funkcjonują w systemie dwa podstawowe rodzaje takich zakładów: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Te pierwsze dzieliły się na dwie formy: jednostki budżetowe oraz SPZOZ-y.

Historia wielu obecnie działających publicznych ZOZ-ów wykazuje zbieżne punkty: polski szpital to placówka powołana do funkcjonowania w latach PRL, duży podmiot, skoncentrowany na leczeniu stacjonarnym, wyposażony w niskiej jakości aparaturę, nieposiadający wystarczającej ilości środków leczniczych. Generowane przez jednostki budżetowe coraz większe zadłużenie doprowadziło w latach 90. XX wieku do konieczności wprowadzenia reformy systemu ochrony zdrowia, przy czym kluczowym założeniem w tym okresie było hasło pieniędzy idących za pacjentem, które nigdy nie zostało zrealizowane w praktyce. Przekształcenie w formułę SPZOZ-u zaczęło się natomiast pod koniec 1998 roku, ale dopiero w ramach programu restrukturyzacji w latach 1999–2000 szpitale wprowadzały pierwsze zmiany organizacyjne⁹. Wtedy to miały miejsce zwolnienia pewnej liczby pracowników SPZOZ-ów zatrudnianych następnie na tzw. kontraktach.

Wprowadzona formuła SPZOZ-u zastąpiła formę prawną jednostki budżetowej, podmiotu całkowicie zależnego od struktur administracji państwowej, *de facto* jednostki te funkcjonowały jako część struktur administracji państwowej, jej jednostki organizacyjne. Państwo było ich właścicielem¹⁰, stąd ich miejsce w infrastrukturze systemu ochrony zdrowia było określone zasadami dotyczącymi tych struktur. Formuła SPZOZ-u miała być rozwiązaniem polegającym na „oderwaniu” jednostek od administracji publicznej. Choć w przypadku obu rodzajów ZOZ-ów inne są ich organy założycielskie, to w stosunku do ZOZ-ów publicznych podmiotami tymi są nadal organy administracji rządowej i samorządowej różnego szczebla, natomiast dla NZOZ-ów grupa podmiotów założycielskich obejmuje m.in. osoby prywatne, spółki działające na podstawie prawa handlowego, fundacje, związki wyznaniowe itp.

Kolejnym istotnym krokiem z punktu widzenia historycznych uwarunkowań rozwoju SPZOZ-ów był rok 2003, kiedy to na mocy tzw. ustawy 203 kierownictwo ZOZ-u zostało zobowiązane do podwyżki wynagrodzeń. Fakt ten zdaniem wielu środowisk miał destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie ZOZ-ów: był jasnym przekazem dla dyrekcji SPZOZ-ów, że kontrola finansów i racjonalne decyzje nie zostaną nagrodzone. Co więcej – długi

nie stanowią zasadniczego problemu, bo nie pociągają za sobą odpowiedzialności. Ta sytuacja spowodowała narastanie zadłużenia, co w efekcie doprowadziło do kolejnej próby restrukturyzacji, głównie finansowej. W 2005 roku wprowadzono program finansowany z pożyczki budżetu państwa wraz z obietnicą jej umorzenia, a w latach 2006–2007 doszło do uchwalenia obligatoryjnych podwyżek dla personelu ZOZ-ów. Równolegle uległy zamrożeniu wydatki na inne cele, a w 2008 roku lekarze wywalczyli kolejny wzrost wydatków płacowych.

W trudnych sytuacjach obowiązek utrzymania szpitali spadał ostatecznie na organy założycielskie. Zgodnie z zapisami ustawowymi (o czym niżej) forma prawna SPZOZ-u nie dopuszczała możliwości bezpośredniego finansowania ich wydatków. Konieczne okazywało się zaciąganie przez samorządy pożyczek, zlecano też realizację lokalnych programów zdrowotnych. Biorąc pod uwagę fakt, że na terenie powiatów to właśnie szpital jest zwykle jednym z największych pracodawców (często największym) oraz skromne zasoby finansowe samorządu powiatowego, szpitale stawały się stopniowo obciążeniem nie do utrzymania. Rosnące długi szpitala i powiązania z władzami powiatu doprowadziły do sytuacji, w której często wydaje się niemożliwe uzdrowienie tych placówek.

W ramach podmiotów definiowanych jako ZOZ-y bez wątplenia szpitale są grupą szczególnie istotną dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, co wiąże się przede wszystkim ze specyfiką i formą opieki – polegającej na udzielaniu świadczeń hospitalizacyjnych. Świadczenia te stanowią także szczególną kategorię – decydujące są tu: konieczność spełnienia szczególnych wymogów w związku z udzielaniem świadczeń dotyczących specyficznych warunków i niemożliwości ich spełnienia w innych formach opieki (poza szpitalem). O szczególności tej formy decyduje wiele niezwykle istotnych czynników – prawie wyłącznie odnoszących się do kryteriów medycznych, zdrowotnych. Zasadnicze z nich to te, które wymagają odpowiedniego przygotowania pacjenta do badań lub zabiegów, konieczność wykonania tych czynności z zastosowaniem odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej, często potrzeba pozostawiania pacjenta pod stałą opieką oraz konieczność obserwacji, podawania leków i innych środków z zachowaniem odpowiednich warunków, niemożliwych do realizacji w inny sposób. Te szczególne warunki są zwykle związane z wysokimi kosztami wykonywanych procedur i udzielanych świadczeń. Szpitale w ramach swojej działalności udzielają także świadczeń należących do opieki ambulatoryjnej, a czasem także opieki długoterminowej.

Ustawa z 1991 roku, mimo licznych jej nowelizacji, jest obecnie uważana za akt przestarzały, niezgodny z nurtem zmian zachodzących w systemie i nieadekwatny do proponowanych kolejnych zmian. Biorąc pod uwagę fakt, że była ona tworzona w czasie kształtowania się nowych zasad systemowych, jeszcze przed wprowadzeniem ostatecznej reformy ubezpieczeniowej w ochronie zdrowia oraz mając na względzie istotny moment szerszych zmian transformacyjnych w gospodarce – stanowiła odpowiedź na potrzebę wprowadzenia także i tu, w ra-

mach systemu, nowej formuły prawnej dla działalności jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych. Jak już wskazano powyżej, w efekcie do systemu zostały wprowadzone SPZOZ-y, podmioty oparte na szczególnej formule – mariażu samodzielności funkcjonowania (w dużym stopniu pozornej) i publicznej własności, co już z założenia wydaje się stanowić *contradiction in terms*, gdyż pojęcie samodzielności zakłada przede wszystkim autonomię podmiotu, wynikającą z niej odpowiedzialność za podejmowane decyzje, szczególnie w sferze zarządzania, w tym odpowiedzialność finansową. Pojęcie własności publicznej natomiast samo w sobie narzuca ograniczenia wynikające z jej istoty: chodzi o prawne gwarancje i zasady realizacji priorytetów publicznych, procedury społecznej kontroli, instrumenty transparentności działań, racjonalności, efektywności i gospodarności, a jednocześnie konieczność realizacji misji publicznej i publicznej odpowiedzialności z tego tytułu.

2. SPZOZ – kalekie dziecko polskiej reformy

SPZOZ-y od początku swojego istnienia w ochronie zdrowia były określane jako podmioty niedoskonałe w sensie formy prawnej, ich specyficznego statusu formalnego. Rozwiązaniu temu zarzucano nielogiczność w kategoriach prawnych, często pojawiało się w literaturze przedmiotu określenie tzw. ułomnej formy prawnej SPZOZ-ów. W kategoriach obrotu prawnego istotnie pojęcie to budziło i budzi kontrowersje – choćby ze względu na najpoważniejszy argument pozorności samodzielności i całkowitego braku odpowiedzialności finansowej osób nimi zarządzających¹¹. Wskazywano, że pod względem prawnym formuła SPZOZ-u stanowiła swego rodzaju „protezę”, że postulowana niezależność i autonomia były wyłącznie figurami językowymi – niestety niemającymi zasadniczego znaczenia dla kategorii rzeczywistej samodzielności finansowej.

Ustawa z 1991 roku wprowadzała ujednoliconą definicję ZOZ-u w art. 1, obejmującą zakłady publiczne, SPZOZ-y jako odrębną kategorię i zakłady niepubliczne (podmioty różniące się ze względu na status prawny, organy tworzące, zasady zarządzania oraz gospodarkę finansową), przy czym elementy konstruktywne tej definicji stanowiły:

- 1) wyodrębnienie organizacyjne;
- 2) potencjał ludzki;
- 3) środki majątkowe;
- 4) cel – udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia¹².

Poza wprowadzeniem ustawowej definicji ZOZ-u ten sam artykuł określa zasadniczy cel działalności tego podmiotu, przywołując pojęcie świadczenia zdrowotnego, które zgodnie z tą i innymi ustawami, przede wszystkim kolejnymi ustawami systemowymi¹³, obejmuje działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.

Na czym polegała owa samodzielność zakładów publicznych? Formuła SPZOZ-u przewidywała finansowanie

kosztów działalności i należności wynikających z zobowiązań z posiadanych przez SPZOZ środków oraz z uzyskiwanych przychodów. Wątpliwości budziła kwestia obowiązków organu założycielskiego w tym względzie – zgodnie z intencją ustawodawcy organ założycielski nie powinien finansować ze swoich środków kosztów działalności i bieżących zobowiązań SPZOZ-u. Co do tej zasady sporne było znaczenie odpowiednich zapisów ustawowych: czy organ w praktyce nie musi, czy też wręcz nie może finansować działalności SPZOZ-u? W kwestii gospodarki finansowej SPZOZ-u odpowiednie postanowienia ustawy przywoływały w tym zakresie także inne akty prawne związane z obrotem gospodarczym, prawem cywilnym i administracyjnym¹⁴. Wskazane ograniczenia i nacisk na konieczność samofinansowania podyktowane były obawami, że JST nie będą w stanie pokryć zobowiązań SPZOZ-ów z własnych budżetów, a ponadto że obciążenie JST finansowaniem tej działalności całkowicie zdejmie z dyrektorów szpitali odpowiedzialność za zarządzanie finansami w placówce. Zmiana formy prawnej zakładów opieki zdrowotnej z jednostek budżetowych na SPZOZ-y miała na celu stworzenie lepszych warunków do efektywnego zarządzania, a w konsekwencji wprowadzenie barier – instrumentów zapobiegających powiększaniu się zadłużenia zakładów.

Teoretycznie nowa formuła SPZOZ-u miała być wzorowana na prawnej konstrukcji spółki, jednak w kwestii odpowiedzialności finansowej za zarządzanie nie mogła wprowadzić zasadniczych zmian przy zachowaniu zasady, że organem właścicielskim pozostaje samorząd. Czy można sobie bowiem wyobrazić samorząd terytorialny w sytuacji bankruta, gdy zakład do niego należący generuje zadłużenie wielokrotnie przewyższające posiadane przez JST środki? W przypadku spółek – podmiotów istotnie samodzielnych w kwestii zarządzania finansowego – zgodnie z ustawowo zdefiniowanymi zasadami odpowiedzialności w takim przypadku dochodzi do upadłości właściciela. W stosunku do SPZOZ-ów jedyną zmianą w zakresie odpowiedzialności za stan finansów było wprowadzenie zapisów dotyczących osobistej odpowiedzialności dyrektorów, ale *de facto* zapisy te nie wnosiły w tym względzie zasadniczych zmian i w sensie materialnym nie pociągały za sobą znaczących „dolegliwości” dla dyrektorów¹⁵. Nie wpłynął na to nawet fakt wprowadzenia tzw. kontraktów menedżerskich w latach 1998–1999. Nowa forma prawna przewidziana jako podstawa świadczenia pracy przez dyrektorów w założeniu miała być gwarancją zmiany stylu zarządzania ZOZ-em, co wywodzono z uregulowanych przepisami Kodeksu cywilnego zasad odpowiedzialności.

Oczekiwany rezultatami przejścia z tradycyjnego stosunku pracy w sferę zobowiązań cywilnoprawnych miał być wzrost poziomu motywacji do podejmowania racjonalnych decyzji, a motywacja ta została w oczywisty sposób powiązana z wartością kontraktów menedżerskich, czyli po prostu z wypłacanymi w ich ramach wynagrodzeniami. Ten instrument – pozornie tylko pozytywnie wpływający na menedżerów – nie mógł w pełni spełnić zadań, które mu przypisywano. W kontekście zakładanych celów reformy SPZOZ-y z chwilą uzyska-

nia autonomii (poprzez racjonalne zarządzanie zmotywowanej kadry menedżerskiej) powinny były podejmować działania polegające na zmianie profilu działalności i redukcji zbędnego zatrudnienia oraz zmianach infrastruktury. Te quasi-autonomiczne jednostki miały dzięki temu lepiej – efektywniej – funkcjonować na quasi-ryнку zdrowotnym.

Jak już wspomniano, przesunięcie akcentów związanych z finansowaniem SPZOZ-ów w stronę zwiększonej samodzielności nie mogło być traktowane w kategoriach *stricte* rynkowych przede wszystkim ze względu na istotę tych podmiotów, czyli problem ich misji w systemie ochrony zdrowia (czy też nieco bardziej praktycznie – miejsca w infrastrukturze systemowej). System ten jako publiczny i powszechny, finansowany ze środków publicznych (bez względu na fakt ich pochodzenia z funduszu ubezpieczeniowego, budżetu centralnego czy budżetów JST) do realizacji swoich konstytucyjnych i ustawowych celów wymaga istnienia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z przyjętymi w jego ramach zasadami: zagwarantowania powszechności i równości dostępu. Stąd też w ramach wprowadzanych zmian zachowane zostały ograniczenia wynikające z powyższych zasad: zakaz prowadzenia działalności dla zysku i zakaz ogłoszenia bankructwa. Pierwszy ze względu na wskazaną misję powszechności ochrony zdrowia w publicznym i powszechnym systemie – konieczność zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa rozumianą jako realizacja obowiązków państwa w tym zakresie, a drugi ze względu na konieczność zapewnienia rzeczywistej dostępności do świadczeń zdrowotnych. Zakaz prowadzenia działalności ukierunkowanej na zysk często był rozumiany dosłownie, co jest oczywistym nieporozumieniem, gdyż dodatni bilans finansowy z pewnością nie powinien stanowić dla zarządzającego publicznym ZOZ-em powodu do zmartwień, zakaz ten ponadto dotyczy udzielanych świadczeń, a nie działalności innego rodzaju.

Nowa formuła prawna miała zatem stanowić czynnik wpływający pozytywnie na możliwości wyrównania poziomu efektywności poszczególnych zakładów i uniezależnienie ich od organów założycielskich oraz – zwykle niewystarczających – finansów JST. Konkretyzacją postulowanych zmian był zapis obligujący SPZOZ-y do wyrównywania ujemnego wyniku finansowego z własnych środków¹⁶. Ten właśnie zapis przemawia za wykładnią, że SPZOZ powinien samodzielnie (w ramach posiadanych środków finansowych) prowadzić gospodarkę finansową, przy czym źródła tych środków zostały w ustawie wyraźnie wskazane jako: odpłatne świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie umowy; środki na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; program Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym niezbędne wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych na podstawie umowy; środki na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej; wydzielona działalność gospodarcza, jeśli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej

działalności; darowizny, zapisy, spadki oraz ofiarność publiczna; środki na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami¹⁷.

Z zasady samodzielności w połączeniu z publicznym statusem SPZOZ-ów wywodzono zasygnalizowane wyżej konkretne zakazy w stosunku do prowadzonej przez te podmioty działalności: przede wszystkim zakaz finansowania (wspierania budżetu) przez inne podmioty niewymienione w ustawie i w formie innej niż wskazana tamże oraz zakaz udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym w publicznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Ten ostatni zakaz nie dotyczy jednak sprzedaży świadczeń osobom prawnym, w tym także spółkom (bo stosowanie pojęcia udzielania świadczeń w tym wypadku – w stosunku do osób prawnych – byłoby błędem). Zakaz ten zatem dotyczy wyłącznie pacjentów ubezpieczonych w systemie publicznym – czy jednak nie obejmuje również osób fizycznych nieposiadających ubezpieczenia? Problem ten budził kontrowersje zwłaszcza w kontekście powstających kolejek i „bezkolejkowego” korzystania ze świadczeń przez prywatnych pacjentów.

SPZOZ jako podmiot o naturze dualistycznej: z jednej strony publiczny, z drugiej samodzielny (zdefiniowany w art. 1 ustawy o ZOZ-ie), a jednocześnie uczestnik obrotu gospodarczego (posiadający osobowość prawną), podlega także dualnym obowiązkom formalnym związanym z rejestracją działalności. Jako podmiot gospodarczy – obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS)¹⁸, a jako świadczeniodawca – obowiązkowi rejestracji w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej (RZOZ)¹⁹, przy czym ten ostatni wpis ma charakter konstytutywny w stosunku do prowadzonej przez ZOZ działalności. Zgodnie z powyższym rozwiązaniem zatem dopiero z chwilą wpisu do RZOZ-u zostaje określony zakres przedmiotowy działalności ZOZ-u²⁰. Jednak jako podmiot gospodarczy ZOZ nadal nie spełnia zasadniczego warunku – nie posiada osobowości prawnej, którą to uzyskuje w momencie wpisu do KRS-u²¹. Poza wskazanymi w tym miejscu warunkami formalnymi ZOZ musi także spełniać szereg kryteriów merytorycznych, w tym warunkujące rejestrację kryteria sanitarno-epidemiologiczne, czyli uzyskać pozytywną ocenę Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

3. NZOZ – specyfika rozwiązań prawnych

W opisywanym okresie powstał nowy model polskiej opieki ambulatoryjnej: od połowy lat 90., zwłaszcza po wdrożeniu ubezpieczeń zdrowotnych, po 1999 roku, szpitale działające dotąd w ramach tzw. zintegrowanych ZOZ-ów stopniowo rezygnowały z prowadzenia działalności ambulatoryjnej. Publiczne ambulatoria natomiast często były likwidowane i prywatyzowane. To na ich bazie powstawały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ-y), zakładane i prowadzone przez zatrudniony tam wcześniej personel medyczny. W efekcie tych procesów doszło do głębokiej zmiany obrazu opieki ambulatoryjnej – liczba publicznych ambulatoriów spadła z około 7500 w 1998 roku do około 2500 w 2007 roku. W tym

samym roku funkcjonowało już 14 489 ZOZ-ów, z czego 1986 publicznych jako podmioty udzielające świadczeń w ramach opieki ambulatoryjnej.

Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w przeciwieństwie do formuły SPZOZ-u, same nie posiadają osobowości prawnej. Przymiot osobowości prawnej należy do podmiotu tworzącego zakład tego rodzaju²², co implikuje zasadę prowadzenia wszelkich działań bezpośrednio przez właściciela zakładu (np. czynności egzekucyjne). Pojęcie NZOZ-u odnosi się wyłącznie do formy organizacyjnej, a nie do prawnej – ta zależy od rodzaju i formy podmiotu tworzącego, którym zgodnie z ustawą o ZOZ-ach może być kościół lub związek wyznaniowy, pracodawca, fundacja, samorząd zawodowy, stowarzyszenie, inna krajowa lub zagraniczna osoba fizyczna lub prawna, spółka niemająca osobowości prawnej, ale w każdym przypadku podmiot ten musi spełniać kryterium formalne odpowiedniego wpisu. Decyduje o tym rodzaj podmiotu założycielskiego – właściciela NZOZ-u, jednak NZOZ działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych może rozpocząć dopiero po uzyskaniu wpisu do RZOZ-u²³.

W sferze źródeł i zasad finansowania NZOZ-y nie podlegają ograniczeniom charakterystycznym dla SPZOZ-ów, co dotyczy m.in. kontrowersyjnej (w przypadku SPZOZ-u) kwestii sprzedaży usług osobom fizycznym ubezpieczonym w powszechnym systemie. NZOZ-y mogą korzystać z funduszy unijnych tak samo jak SPZOZ-y (zasada ta rozciąga się na fundusze przeznaczone dla przedsiębiorców)²⁴. Co do swobody działalności NZOZ-ów możliwości ograniczeń wynikają wyłącznie z zawieranych z NFZ kontraktów na świadczenia zdrowotne. Samodzielność NZOZ-u znajduje swój wyraz także w swobodzie podejmowania przez podmiot tworzący decyzji finansowych (wydatków, zobowiązań, inwestycji). W tym zakresie podmiot tworzący w pełni korzysta z gwarantowanych prawem podmiotowych uprawnień wynikających z własności. Ograniczenia w tym zakresie można wprowadzać wyłącznie w formie odpowiednich postanowień cywilnoprawnych, co może mieć istotne znaczenie w momencie dokonujących się przekształceń SPZOZ-u w NZOZ.

W stosunku do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej – bez względu na ich formułę prawną – przepisy wprowadzają istotne i zasadnicze ograniczenie; ze względu na specyfikę działalności polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zakłady te mają prawo podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Prawo to nie dotyczy jednak takich co do treści i formy informacji, które ze względu na te właśnie elementy mogłyby zostać uznane za noszące znamiona reklamy. W tym względzie wiążący jest bezwzględny zakaz zamieszczania przedmiotowej reklamy. Zapis ten ma na celu ochronę konsumenta usługi – pacjenta, który nie powinien być w tej relacji stawiany w pozycji strony słabszej ze względu na nierównowagę wiedzy.

Ze względu na nieostry charakter tego rodzaju pojęć nie jest jednak możliwe zdecydowane rozgraniczenie działań polegających na informowaniu i reklamowaniu

(zgodnie z treścią nowej ustawy, że podanie do publicznej wiadomości ceny nie stanowi samo w sobie reklamy, dopóki nie stosuje się form zachęty). Kategoryczne zakwalifikowanie podawanych przez ZOZ informacji dotyczących prowadzonej przez zakład działalności do niebudzącej wątpliwości grupy treści wyłącznie informacyjnych często po prostu nie będzie możliwe. Wątpliwości może też budzić sam zakaz w kontekście ustawy o swobodzie działalności gospodarczej i w odniesieniu do niepublicznych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

■ Potrzeba nowelizacji ustawy o ZOZ-ach

Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej wielokrotnie nowelizowano, chcąc dostosować jej zapisy do coraz większej liczby pojawiających się na rynku NZOZ-ów, choć sama ustawa regulowała sytuację wszystkich podmiotów działających w sferze systemu ochrony zdrowia. Po 20 latach, w stosunku do wprowadzanych obecnie kolejnych zmian, w systemie na tyle zasadniczo zmieniło się otoczenie prawne i systemowe, że wyczerpały się zarówno możliwości jej dalszego stosowania, jak i kolejnych cząstkowych modyfikacji.

Biorąc pod uwagę, że dualizm systemowy w stosunku do grupy świadczeniodawców – podział na NZOZ-y i SPZOZ-y przy zastosowaniu kryterium odwołującego się do natury (statusu prawnego) organu założycielskiego – nie odzwierciedla w żadnym stopniu funkcji tych podmiotów w systemie, argumenty za wprowadzeniem zmiany z tego właśnie względu są uzasadnione. Faktycznie pełnione przez nie funkcje nie muszą – i często nie mają – związku z formułą prawną, a ta z kolei nie stanowi pierwszorzędno kryterium do umiejscowienia ich w systemie. Sam ten podział w opinii wielu przeciwników dalszego obowiązywania ustawy przestał mieć zasadnicze znaczenie, a w obliczu wprowadzanych zmian – jego nieadekwatność staje się jeszcze bardziej widoczna. Czy bowiem sam fakt prywatnej lub publicznej własności podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – w oderwaniu od innych uwarunkowań systemowych – ma znaczenie dla określenia zasad funkcjonowania tych podmiotów? W kontekście standardów medycznych, zasad wynikających z regulacji dotyczących zawodów medycznych, wreszcie w kontekście zasady równego traktowania podmiotów prywatnych i publicznych w procesie kontraktowania – odpowiedź powinna być negatywna. W kontekście jednak celu prowadzonej działalności leczniczej tak jednoznaczna odpowiedź nie jest już jednak możliwa – tu jedyne kryterium określenia odpowiednich zasad funkcjonowania sprowadza się do funkcji systemowych (działania w ramach systemu lub poza nim, działania w systemie „mieszanym” oraz „proporcji” między poszczególnymi formami działalności).

Potrzeba nowelizacji często była uzasadniana także problemami wynikającymi z zasad kontroli, w przypadku kontroli organów założycielskich pełniących tzw. quasi-właścicielskie funkcje, jest ona bardzo ograniczona²⁵. Uprawnienia organu założycielskiego w stosunku do kierownictwa szpitala sprowadzają się do prawa uchyle-

nia jego decyzji²⁶, przy czym wyłączną podstawą takiego uchylecia jest ogólna przesłanka sprzeczności tej decyzji z prawem²⁷. W kwestii decyzji dotyczących gospodarki finansowej i racjonalnej działalności SPZOZ-ów uprawnienia kontrolne są już zdecydowanie bardziej ograniczone. Możliwości stosowania w tym wypadku instrumentarium egzekwowania odpowiedzialności także są skromne – ograniczenia wynikają zasadniczo z Kodeksu pracy. Wprawdzie coraz więcej samorządów decyduje się na kontrakt menedżerski przy zatrudnianiu dyrektorów szpitali, co pozwala na skonkretyzowanie wymagań, jednak wiele nadal stosuje formę zatrudnienia w ramach umowy o pracę, która nie określa odpowiedzialności dyrekcyjnej za stan finansów/zadłużenia ZOZ-ów.

Także sama ustawa znacznie ogranicza kompetencje organów założycielskich, określając np. sposoby wydatkowania nadwyżek z umów z NFZ, co jest częściowo zrozumiałe, jednak wydaje się wskazane ostrożne stosowanie takich przepisów, które mogą kępować swobodę działalności i negatywnie wpływać na realne problemy zarządzania zakładem. W relacji z NFZ stanowią dodatkowo instrument potęgujący nierównowagę stron. Często stawiany jest także zarzut, że ustawa praktycznie uniemożliwia likwidację nierentownego SPZOZ-u, wprowadzając obowiązek zapewnienia w tej sytuacji dostępności do świadczeń zdrowotnych w innym zakładzie²⁸. Oczywiście jest, że zapis ten w pewnych sytuacjach będzie szczególnie uzasadniony jako gwarancja realizacji zasady powszechności i równości dostępu do publicznego systemu ochrony zdrowia. Są jednak i takie sytuacje, gdy stosowany restrykcyjnie wywołuje skutki wręcz przeciwnie do zamierzonych.

Jak zauważono, forma SPZOZ-ów to swoista hybryda instytucji publicznej z elementami wolnorynkowymi, która w praktyce się nie sprawdza (choć są i takie SPZOZ-y, których kondycja finansowa jest dobra lub względnie dobra w porównaniu z większością). Znajduje to potwierdzenie m.in. w stosunku do sytuacji szpitali wojewódzkich, które realizują szczególne zadania w sektorze – muszą udzielać świadczeń pacjentom zaliczanym do trudnych, często skomplikowanych przypadków z całego województwa, w specjalnościach nisko wycenianych przez NFZ²⁹. Prywatni pracodawcy podkreślają, że zakłady niepubliczne często nie mogą realizować kontraktów z NFZ ze względu na fakt nierzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, co w sytuacji prywatnego właściciela zaburza podstawową zasadę rentowności działalności. W przypadku zakładów publicznych ten sam fakt często decyduje o pogłębiającym się zadłużeniu tych podmiotów. Z kolei zakładom tym zarzuca się, że nie chcą w ramach swojej działalności udzielać świadczeń nisko wycenianych i często pada pod ich adresem argument „spijania śmietanki” w ramach środków systemowych.

Panaceum na te i szereg innych problemów miał stanowić, zaproponowany przez obecny rząd, pakiet ustaw zdrowotnych, wśród których szczególne miejsce zajmuje ustawa o działalności leczniczej. Stanowi ona kontinuum rozpoczętych w stosunku do świadczeniodawców działań reformujących system – przede wszystkim w sferze

prywatyzacji tych podmiotów jako zasadniczego celu zmian strukturalnych. Po zawetowaniu pierwszej ustawy tzw. prywatyzacyjnej³⁰, a następnie po wprowadzeniu tzw. Planu B „Ratujemy polskie szpitale”³¹, ostatecznie została uchwalona ustawa o działalności leczniczej. Jak wspomniano, już w przypadku pierwszej ustawy proces przekształceń szpitali stanowił najistotniejszy obszar konfliktów i krytyki, pojęcie prywatyzacji stało się straszakiem na pacjentów, pojawiły się hasła odwołujące się do problemu potencjalnego wykluczenia pacjentów z publicznego systemu ochrony zdrowia.

Znalazło to swoje odzwierciedlenie w działaniach opozycji politycznej, choćby w powszechnie znanym spocie reklamowym w czasie trwającej kampanii parlamentarnej pokazującym bezduszną twarz nowego, sprywatyzowanego systemu, w którym pacjent nieposiadający prywatnego ubezpieczenia zostaje po prostu wykluczony z możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Przekaz ten dla pacjentów miał oznaczać wyłącznie jedno: prywatyzacja szpitali to w konsekwencji brak możliwości leczenia w szpitalach, które zostały przekształcone w spółki prawa handlowego.

4. Problemy interpretacyjne, pojęcia ustawowe

W związku z działaniem opozycji i w obawie przed społecznym odbiorem rządowych propozycji w kontekście stawianych przez nią zarzutów powszechnym zjawiskiem stało się unikanie zwrotu „prywatyzacja szpitali”. Zamiast tego pojawiły się pojęcia: „komercjalizacja szpitali”, „przekształcenia właścicielskie”, „odpublicznienie szpitali”, a nawet szersze omówienia: „zmiana statusu formalnoprawnego w sferze własności”, „odpublicznienie funkcji zarządczych”, „przekształcenie w formułę spółki prawa handlowego”. Czy stosowanie z pełną powagą takich czy innych, często enigmatycznych dla przeciętnego odbiorcy wyrażen istotnie było uzasadnione? Należałoby zastanowić się z jednej strony nad rzeczywistym znaczeniem stosowanych pojęć, z drugiej – nad ustawowym, czyli wiążącym prawnie ich rozumieniem. Biorąc pod uwagę fakt, że w ustawie z 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw³² już w samym tytule występują oba te pojęcia, następnie szerzej definiowane – logika wykładni nakazuje przyjąć, że występują określone czynniki różnicujące te działania z punktu widzenia ustawy. Uzasadnione zatem byłoby zidentyfikowanie odrębnych dla obu pojęć elementów konstytutywnych definicji ustawowych. Te różnicujące kryteria klasyfikacji – o ile istnieją – mogą stanowić podstawę wyodrębnienia procesu prywatyzacji i procesu komercjalizacji, co jednak nie oznacza, że automatycznie będą mogły być stosowane w odniesieniu do przedmiotowych działań dotyczących polskich szpitali.

Zgodnie z treścią ustawy komercjalizacja to pojęcie odwołujące się do procesu przekształcenia przedsiębiorstwa państwowego w spółkę, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej³³. Spółka powstała w efekcie procesu komercjalizacji wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem było przedsiębiorstwo – zachodzi zatem następstwo prawne „nowego” podmiotu w stosunku

do „starego” podmiotu, przy czym dla sukcesji tej nie ma znaczenia charakter prawny tych stosunków³⁴. Zgodnie ze stosowanym nazewnictwem można przyjąć, że komercjalizacja i przekształcenie w spółkę mają się do siebie tak, jak przyczyna i skutek. Pod pojęciem komercjalizacji powinien być zatem rozumiany ogół procesów prowadzących do utworzenia z przedsiębiorstwa państwowego spółki. Jest to ciąg czynności mających na celu zmianę zasad działania i „przejście” podmiotów publicznych (własność publiczna) w sferę stosunków regulowanych przepisami odnoszącymi się do komercyjnych zasad handlowych. Procesy komercjalizacji mogą przebiegać w odniesieniu do określonej grupy podmiotów albo dotyczyć pewnej grupy specyficznych działań, w tym drugim przypadku mogą to być zdefiniowane kategorie świadczeń czy usług, wyłączone z szerszego zbioru³⁵.

Ustawa z 30 sierpnia 1996 roku o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw reguluje takie działania w stosunku do tych podmiotów, które spełniają ustawowe kryteria przedsiębiorstwa państwowego, przy czym przepisy w niej zawarte odnoszą się do tzw. spółki kapitałowej Skarbu Państwa powstałej w efekcie procesów przekształcenia przedsiębiorstwa państwowego. Nowo powstały podmiot w efekcie procesu komercjalizacji zmienia zasadniczo formę prawną oraz otoczenie prawne w stosunku do zasad funkcjonowania. Co do kwestii własności zmiana taka na tym etapie nie wywołuje istotnego skutku – nadal właścicielem spółki jest państwo, jest to bowiem jednoosobowa spółka Skarbu Państwa. Organem właściwym dla dokonania komercjalizacji przedsiębiorstwa państwowego jest minister właściwy do spraw Skarbu Państwa. Minister działa w imieniu i na rzecz Skarbu Państwa, a wszelkie działania inne niż cel prywatyzacji, podlegają wymogowi zgody Rady Ministrów.

Z kolei ustawowe pojęcie prywatyzacji zostało zdefiniowane jako następny etap procesu komercjalizacji: komercjalizacja to w rozumieniu przytaczanej ustawy formalny krok niezbędny do rozpoczęcia działań prywatyzacyjnych. Tak stanowi pkt 1 ustępu 2 art. 1 ustawy, gdzie czytamy, że prywatyzacja polega na: „obejmowaniu akcji w podwyższonym kapitale zakładowym jednoosobowych spółek Skarbu Państwa powstałych w wyniku komercjalizacji przez podmioty inne niż Skarb Państwa lub inne niż państwowe osoby prawne w rozumieniu ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 roku o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa”³⁶. Można zatem przyjąć, że pod pojęciem prywatyzacji rozumiany jest proces przekazania (sprzedaży lub uwłaszczenia – w tym drugim przypadku przekazanie jest nieodpłatne) prywatnemu właścicielowi państwowego mienia. Podstawą takiego działania jest oczywiście wskazany akt prawa. Przepisy ustawy stanowią wprost, że proces ten może być efektem zbywania należących do Skarbu Państwa akcji w spółkach³⁷, a także rozporządzenia wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego lub spółki powstałej w wyniku komercjalizacji na zasadach określonych ustawą przez takie działania, jak sprzedaż przedsiębiorstwa, wniesienie przedsiębiorstwa do spółki i oddanie przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania³⁸.

Proces komercjalizacji przedsiębiorstwa państwowego rozpoczyna się w sposób sformalizowany, a przepisy stanowią w tym względzie odpowiednie procedury inicjujące. Przystąpienie do działań następuje na skutek jednej ze wskazanych w ustawie możliwości: z inicjatywy ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa lub na wniosek organu założycielskiego danego przedsiębiorstwa państwowego; na wniosek dyrektora i rady pracowniczej przedsiębiorstwa lub na uzasadniony wniosek sejmiku właściwego województwa (w którym przedsiębiorstwo ma swoją siedzibę). Jak wspomniano wyżej, opisywany proces zakończony aktem komercjalizacji stanowi formalny wymóg przekształcenia przedsiębiorstwa państwowego w spółkę kapitałową, której wyłącznym akcjonariuszem jest Skarb Państwa. Akt ten sporządza minister właściwy do spraw Skarbu Państwa.

W rozumieniu analizowanej ustawy działania prywatyzacyjne to proces polegający na zbywaniu akcji i udziałów będących własnością Skarbu Państwa oraz rozporządzania wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego. W stosunku do zbywania akcji i udziałów konieczne jest zachowanie określonych ustawowo zasad dotyczących dopuszczalnych trybów tych działań. Przepisy dopuszczają w tym przypadku ściśle określone procedury przeniesienia własności (akcji, udziałów, majątku) stanowiące zbytec: w drodze oferty ogłoszonej publicznie; przetargu publicznego; rokowań podjętych na podstawie publicznego zaproszenia; przyjęcia oferty w odpowiedzi na wezwanie ogłoszone na podstawie Ustawy z 29 lipca 2005 roku o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych złożonej przez podmiot ogłaszający wezwanie; aukcji ogłoszonej publicznie. Procedury te podlegają zatem odpowiednim reżimom typowym dla przeniesienia własności publicznej, a te z kolei muszą być zgodne z ogólnymi zasadami, przede wszystkim transparentności i społecznej kontroli.

Zgodnie z obowiązującym prawem dopuszczalne jest także zbywanie akcji/udziałów z pominięciem wskazanych powyżej trybów. Wymagane jest wówczas uzyskanie zgody Rady Ministrów, co dotyczy np. sytuacji zbycia akcji na rynku regulowanym Giełdy Papierów Wartościowych, wniesienia akcji/udziałów do innej spółki jako aportu w zamian za akcje/udziały w podwyższonym kapitale, a także w uzasadnionych przypadkach sprzedaży akcji Skarbu Państwa na rzecz akcjonariusza większościowego spółki.

Drugi wariant zdefiniowany w ustawie, polegający na rozporządzeniu wszystkimi składnikami materialnymi i niematerialnymi majątku przedsiębiorstwa państwowego, to proces prywatyzacji przebiegający na skutek sprzedaży przedsiębiorstwa³⁹, wniesienia przedsiębiorstwa do spółki lub oddania przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania⁴⁰.

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej uwarunkowania ustawowe, problem stosowanej w kontekście przekształceń szpitali terminologii, zwłaszcza przeciwstawianie sobie pojęć komercjalizacji i prywatyzacji, to wyłącznie próba odwrócenia uwagi od istoty samej

zmiany, z jednej strony złagodzenia jej ekonomicznego (biznesowego) kontekstu – w tym wypadku stosowanie pojęcia „komercjalizacja”, z drugiej uwypuklenia tych właśnie aspektów – stosowanie pojęcia „prywatyzacja”⁴¹. Tymczasem w efekcie przeprowadzonej zgodnie z prawem komercjalizacji powstaje nowy podmiot, spółka prawa handlowego, która według zasad tego samego prawa (Kodeks spółek handlowych) może swobodnie dysponować swoim majątkiem, zgodnie z racjonalnym zarządzaniem i podstawowym celem jej działalności – osiąganiem korzyści, czyli zysku. Choć sam fakt „przejścia” w efekcie procesu w sferę stosowania tych przepisów nie przesądza o dalszych perspektywach funkcjonowania nowego podmiotu, to jednak bez wątpienia uzyskanie swobody, o której mowa, na gruncie obowiązującego prawa jest naturalną konsekwencją całego procesu.

5. Nowa ustawa. Perspektywa przekształcenia SPZOZ-ów w spółki kapitałowe

Spółka prawa handlowego, jako podmiot tego prawa, to pojęcie obejmujące różne prawne formy współdziałania w celu osiągania korzyści (w celu zarobkowym) co najmniej dwóch podmiotów w rozumieniu prawa cywilnego. Spółka prawa handlowego powstaje na skutek zawarcia stosownej umowy uregulowanej przepisami prawa handlowego, a w stosunku do działalności i struktury spółki prawa handlowego w Polsce znajdują zastosowanie przepisy ustawy Kodeks spółek handlowych⁴². Wszystkie spółki prawa handlowego w Polsce dzielą się na dwie zasadnicze kategorie: spółki osobowe i kapitałowe (elementem różnicującym są wymogi dotyczące konieczności osobistego działania/pracy na rzecz spółki oraz wnoszonego kapitału jako kryterium obligatoryjnego⁴³). Umowa spółki prawa handlowego kreuje po stronie współników zobowiązanie do działania w określonym wspólnym celu. Fakt jej podpisania skutkuje w stosunku do udziałowców/akcjonariuszy podjęciem się zobowiązania do realizacji tego celu przede wszystkim poprzez wniesienie wkładów finansowych. Jeśli umowa lub status spółki tak stanowi, zobowiązanie to rozciąga się na współdziałanie w inny, określony przez zawierających umowę sposób lub zgodnie z przyjętymi w statucie zasadami.

Jurydyczna konstrukcja kapitałowej spółki prawa handlowego obok podstawowej cechy, jaką jest posiadanie kapitału zakładowego, obejmuje wiele opisanych w doktrynie charakterystycznych cech, takich jak: posiadanie osobowości prawnej, posiadanie zgromadzonego majątku odrębnego od majątków osobistych współników lub akcjonariuszy, ponoszenie przez spółkę odpowiedzialności za zobowiązania całym swym majątkiem (ale nie majątkiem osobistym współników), wyłączenie odpowiedzialności współników/akcjonariuszy za zobowiązania spółki⁴⁴, wyłączenie, co do zasady, współników lub akcjonariuszy z bezpośredniego prowadzenia spraw spółki (tzw. rozdział sfery właścicielskiej od sfery zarządzania) poprzez utworzenie organów spółki oraz uregulowanie praw i obowiązków udziałowców/akcjonariuszy w formie tzw. konstytucji spółki, którą stanowią: umowa

spółki i jej statut. Ta ostatnia cecha podlega oczywistym ograniczeniom wynikającym z bezwzględnie obowiązujących norm prawa⁴⁵.

Nowa ustawa przewiduje fakultatywny proces przekształcania szpitali w formę prawną spółki prawa handlowego⁴⁶. Zasadnicza zmiana polega na obciążeniu samorządów terytorialnych (oraz innych podmiotów pełniących funkcje właścicielskie), jako organów założycielskich dla szpitali, obowiązkami wynikającymi z zakładanych w ustawie procesów, co klóci się z deklarowaną zasadą fakultatywności zmiany formy prawnej. Zgodnie z treścią odpowiednich postanowień ustawy samorząd, który nie przekształcił zadłużonego SPZOZ-u w spółkę kapitałową, będzie musiał w ciągu trzech miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego pokryć zobowiązania zadłużonego szpitala. W sytuacji niewywiązania się z tego obowiązku, w ciągu kolejnych 12 miesięcy będzie musiał zmienić formę organizacyjno-prawną jednostki. Możliwe formy prawne to spółka kapitałowa, jednostka budżetowa albo instytucja gospodarki budżetowej⁴⁷. Z formalnego punktu widzenia nie jest to przekształcenie obligatoryjne SPZOZ-ów w spółki kapitałowe, jednak biorąc pod uwagę aktualną kondycję finansową wielu jednostek, samorzady mogą po prostu zostać do takiego działania zmuszone. Przeciwno takiemu rozwiązaniu protestowali przede wszystkim marszałkowie województw, argumentując, że samorzady nie mają środków na pokrycie zadłużenia szpitali i nie będą w stanie udźwignąć nałożonego na nie obowiązku⁴⁸.

Spółka powstała w wyniku przekształcenia staje się następcą prawnym SPZOZ-u, zgodnie z opisanymi wyżej zasadami dotyczącymi procesu komercjalizacji i prywatyzacji, co oznacza, że przejmuje prawa i obowiązki szpitala. Nakaz pokrycia zadłużenia podległych sobie jednostek został nałożony na samorzady już w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁹, w praktyce jednak nie był on egzekwowany. Czy nowa ustawa o działalności leczniczej zmieni w tym zakresie sytuację, pozostaje pytaniem otwartym. Art. 59 wprowadza w pkt 4 wskazany powyżej obowiązek pokrycia ujemnego wyniku finansowego w terminie 12 miesięcy bez określenia jakichkolwiek sankcji za niewywiązanie się z ustawowego obowiązku. Swoistą formą takiej sankcji może być wprawdzie zagrożenie wynikające z postanowienia ustawy, że tylko te samorzady, które zdecydują się na przekształcenie szpitali w spółki, będą mogły skorzystać z umorzenia zobowiązań publicznoprawnych. Zatem *a contrario* samorzady, które takiego działania nie podejmą i nie pokryją zobowiązań szpitala, nie będą mogły z umorzenia skorzystać. Natomiast podmioty tworzące w ramach przekształcenia szpitali-spółki otrzymają dotację równą wysokości umorzonych w wyniku ugody wartości kwoty głównej lub odsetek z tytułu zobowiązań cywilnoprawnych oraz zobowiązań wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych pozostałych do spłaty. W kwestii przedmiotowych umorzeń i pomocy państwa wypowiedziano się często krytycznie, że m.in. pomoc państwa powinna dotyczyć całości zobowiązań cywilnoprawnych, gdyż w razie jej braku obowiązek przekształcenia SPZOZ-ów pozostanie niewykonalny⁵⁰.

Zgodnie z nową ustawą uległy poszerzeniu kompetencje właścicielskie samorządów wobec SPZOZ-ów i spółek kapitałowych, dla których samorząd ten jest większościowym udziałowcem, co stanowi gwarancje bezpieczeństwa pacjentów⁵¹. Mowa tu o możliwości nałożenia obowiązku wykonania określonego zadania przez organ założycielski⁵². Zapis ten jest identyczny w stosunku do możliwości, jakie posiada minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda, który zgodnie z ustawą może nałożyć taki sam obowiązek na podmiot leczniczy, jeśli Skarb Państwa jest w stosunku do niego jedynym lub większościowym udziałowcem/akcjonariuszem (spółka kapitałowa) albo jeśli jest podmiotem tworzącym (samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub państwową jednostką budżetową). Przedmiotowe zapisy z art. 38 teoretycznie dają szersze uprawnienia samorządom, jednak stwierdzenie tam zawarte – możliwość nałożenia określonego zadania – jest ogólnikowe i nie daje odpowiedzi na pytanie, jakie konkretne instrumenty i bodźce mogłyby być stosowane w tym wypadku. Stosunkowo wąskie dotąd kompetencje organów założycielskich mogłyby zostać w ten sposób poszerzone, ale w celu rzeczywistego sprawowania funkcji nadzorczych konieczne byłoby konkretne określenie zarówno celu, jak i możliwego do zastosowania instrumentarium.

W ustawie znalazły się także inne przepisy, które na etapie projektu budziły kontrowersje. Należy do nich m.in. zapis nakazujący przekształcenia przez uczelnie medyczne szpitali klinicznych w spółki prawa kapitałowego. Jest to zmiana, co do której toczyły się burzliwe dyskusje, w których przywoływano argumenty odwołujące się do kwestii zapewnienia właściwego procesu kształcenia kadry medycznej w Polsce, jakości edukacji i poziomu kwalifikacji przyszłych profesjonalistów medycznych. W tym kontekście powoływano się także na fakt, że zadłużenie w placówkach uniwersyteckich zasadniczo generowane jest przez niewłaściwie oszacowane (niedoszacowane) koszty leczenia z jednej strony, a z drugiej – koszty samego kształcenia w szpitalach klinicznych. Uczelnie korzystają z dotacji na działalność dydaktyczną, ale w opinii rektorów nie odpowiadają one realiom kosztów kształcenia kadry medycznej. Jednocześnie szpitale te to placówki, w których wykonuje się często najbardziej kosztowne zabiegi, leczyc najcięższe przypadki. Najdalej idącą propozycją w tym względzie jest stwierdzenie, że w szpitalach klinicznych procedury powinny być wyliczone odrębnie w stosunku do innych szpitali⁵³. Przywołuje się m.in. argumenty dotyczące wysokich kosztów zatrudnienia wysokiej klasy specjalistów.

W rzeczywistości sytuacja szpitali klinicznych jest trudna: 3/4 z nich jest zadłużonych na łączną kwotę około 1,5 mld zł. W świetle postanowień nowej ustawy obowiązek pokrycia zadłużenia obciążającego te jednostki przez uczelnie jest nierealny – w tej sytuacji pozostaje „fakultatywne” przekształcenie w spółkę kapitałową. Na etapie prac projektowych rektorzy polskich uczelni medycznych sformułowali swoje stanowisko, podkreślając, że proponowane zmiany są sprzeczne z obecną literą prawa. Sprzeczność ta wynika z faktu, że uczelnie korzystają z dotacji na prowadzoną działalność naukową

i dydaktyczną, co stanowi ich przychody. Dotacje te nie mogą służyć pokrywaniu zadłużenia szpitali klinicznych, gdyż z punktu widzenia prawa byłoby to działaniem grożącym naruszeniem dyscypliny finansów publicznych⁵⁴.

Funkcjonowanie szpitali klinicznych w formie spółek kapitałowych spotkało się zasadniczo z pozytywną oceną, jednak wysoce prawdopodobne jest, że otrzymywane przez nie dotacje na kształcenie nie będą w stanie pokryć ich realnych kosztów. Konsekwencje tej sytuacji w sferze jakości kształcenia mogą być szczególnie szkodliwe, gdy dotacje nie zostaną zwiększone albo pozostaną na obecnym poziomie, a wtedy jakość/ilość dydaktyki ulegnie zmianie⁵⁵. W stosunku do realnych możliwości pokrycia zobowiązań szpitali klinicznych podniesiono argumenty odwołujące się do procentowego udziału wymagalnych zobowiązań szpitali w przychodach uczelni, w przypadku niektórych z tych klinik proporcje te przekraczają 100%, tylko nieliczne mają zdecydowanie korzystniejszą sytuację finansową⁵⁶.

6. Nowa terminologia – problemy interpretacyjne

Na etapie prac projektowych nad nową ustawą wielokrotnie były zgłaszane wątpliwości dotyczące nowego nazewnictwa przyjętego w stosunku do podmiotów udzielających świadczeń oraz form, w jakich działalność ta jest prowadzona. Krytyka była adresowana ze strony tak samorządów, jak i związków zawodowych i dotyczyła przede wszystkim wątpliwego formalnie rozróżnienia definicyjnego dla kategorii podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych, jako podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zarzut nieprecyzyjności, niejasności tego rozróżnienia popieran argumentem, że w kategorii podmiotów leczniczych wymienieni są przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej bez względu na formę jej prowadzenia – zapis dotyczy zatem wszystkich form przewidzianych w ustawie dla tej działalności⁵⁷. Ta sama kategoria obejmuje również indywidualne praktyki lekarskie, które zostały w projekcie (a następnie w ustawie) objęte pojęciem praktyk zawodowych, ale już nie weszły w zakres pojęcia podmiotów leczniczych⁵⁸.

Zgodnie z logiką prawidłowego definiowania na gruncie prawa, właściwsze byłoby zrezygnowanie z dotychczasowego rozróżnienia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w systemie na publiczne i niepubliczne, gdzie podstawowe kryterium takiego podziału stanowi rodzaj organu założycielskiego dla zakładu opieki zdrowotnej. Argument ten można uznać za zasadny, biorąc pod uwagę fakt, że w perspektywie zmian takie rozróżnienie nie przesądza ani o misji podmiotu w systemie, ani o finansowaniu świadczeń udzielanych przez ten podmiot. Co więcej – taki podział dla samych „klientów” tych podmiotów może być niezwykle mylący, wprowadzający niepotrzebne zamieszanie co do relacji między pacjentem a podmiotem udzielającym świadczeń. Rozróżnienie podmiotów na publiczne i niepubliczne z tego punktu widzenia traci sens, można stwierdzić, że aktualnie po prostu ulega zatarciu wobec faktu, że także podmioty prywatne stają się coraz częściej stroną umów

zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kontrakt z NFZ jest *de facto* jedynym istotnym kryterium podziału podmiotów świadczących działalność leczniczą dla pacjentów objętych powszechnym ubezpieczeniem w NFZ, gdyż warunkuje możliwość uzyskania świadczenia nieodpłatnie (lub za częściową odpłatnością na zasadach określonych w ustawie) – czyli za pieniądze sektora publicznego.

W ocenie rządu formalne włączenie działalności leczniczej pod działanie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej stanowi istotny i pozytywny krok w kierunku zmiany zasad działalności ZOZ-ów jako nowych podmiotów działających w sektorze. W stosunku natomiast do formuły SPZOZ-ów pozostaje połowiczność rozwiązania, polegająca na objęciu ich pojęciem przedsiębiorcy w rozumieniu Kodeksu cywilnego, ale nie w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Istotne jest także i to, że do chwili obecnej zakłady opieki zdrowotnej nie miały osobowości prawnej. Takie rozwiązanie formalne stanowiło znaczne utrudnienie z punktu widzenia szczególnie działalności prowadzonej przez NZOZ-y⁵⁹.

W komentarzach środowisk medycznych do projektu ustawy o działalności leczniczej zwracano często uwagę na zbędne zdaniem autorów komentarzy ponowne regulowanie kwestii, które w stopniu wystarczającym zostały już określone w przepisach innych ustaw. W tym względzie Naczelna Rada Lekarska przywołała ustawy zawierające przepisy dotyczące wykonywania zawodu lekarza czy pielęgniarki/położnej⁶⁰. W ocenie instytucji reprezentujących profesjonalistów medycznych niektóre zapisy ustaw „zawodowych” są wystarczająco precyzyjne i „osadzone” w systemie, aby można było przyjąć je jako podstawę prawną w nowych warunkach legislacyjnych. Powtarzanie niektórych przepisów, a w istocie włączanie w tekst nowej ustawy całych fragmentów przywoływanych aktów prawnych, jako zabieg mający na celu klarowność nowych przepisów może być uzasadniony, jednak z punktu widzenia spójności systemu niekoniecznie jest zabiegiem pożądanym. Wywołuje wrażenie dwoistości regulacji w przedmiocie wykonywania tych zawodów, co w rzeczywistości nie powinno mieć miejsca. Może też potencjalnie stanowić przyczynę niejasności, niespójności przepisów (np. w sytuacji kolejnych nowelizacji w przyszłości).

Nowa ustawa w odniesieniu do przedmiotu jej regulacji wprowadza zasadniczy podział działalności leczniczej na trzy kategorie, odpowiednio do rodzaju świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach tej działalności (finansowanych ze środków publicznych). Są to kolejno: (1) świadczenia szpitalne; (2) stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne; (3) świadczenia ambulatoryjne. W stosunku do pierwszej kategorii świadczeń szpitalnych przewidziano szczególne regulacje wprowadzające dodatkowe uwarunkowania formalne: mogą być udzielane jedynie przez jednostki budżetowe, SPZOZ-y lub spółki kapitałowe, z kapitałem zakładowym co najmniej 5 mln zł⁶¹. Z punktu widzenia zasady równego traktowania tych podmiotów w systemie jest to niezgodne ze standardem – może stanowić przyczynę wyklucze-

nia z quasi-ryнку zdrowotnego małych NZOZ-ów, które nie będą mogły spełnić tego wymogu, będąc jednocześnie podmiotami dotychczas sprawnie działającymi (np. w zakresie wąskiej specjalizacji czy też jako szpitale chirurgii jednego dnia)⁶².

7. SPZOZ i inne podmioty lecznicze w świetle nowej ustawy.

Wybrane problemy, głosy krytyczne

Założeniem podstawowym nowej regulacji, choć nie- zbyt otwarcie deklarowanym, miało być zlikwidowanie formy SPZOZ-u jako podmiotu działającego w systemie w formule nieadekwatnej do obecnie stawianych celów i stanowiącej przyczynę pogarszającej się sytuacji szpitali w Polsce⁶³. Rozdział pierwszy nowej ustawy o działalności leczniczej poświęcony jest kategorii podmiotów niebędących przedsiębiorcami i w zasadniczej części stanowi powtórzenie większości zapisów ustawowych zawartych w ustawie z 1991 roku o ZOZ-ach. Zostały tu utrzymane np. przepisy dotyczące prowadzenia działalności ZOZ-u na podstawie postanowień jego statutu, przepisy określające zasady działalności rady społecznej i organizowania konkursów na wybrane stanowiska kierownicze. W stosunku do poprzednio obowiązujących przepisów nowym rozwiązaniem jest natomiast wprowadzenie możliwości przekształcenia SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego bez konieczności wcześniejszej ich likwidacji⁶⁴ i omówione wyżej przepisy dotyczące zasad przekształcenia ZOZ-u w sytuacji ujemnego wyniku finansowego.

W nowym kształcie ustawy nie ma już możliwości tworzenia kolejnych SPZOZ-ów, przepisy jednoznacznie określają, że samorządy terytorialne, które chcą powołać nowy podmiot prowadzący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy, muszą dla tej działalności utworzyć spółkę kapitałową lub prowadzić ją w formie jednostki budżetowej. Treść przedmiotowych postanowień ustawy nie może dziwić w kontekście zakładanego w perspektywie czasu odejścia od formuły SPZOZ-u, jednak nie oznacza całkowitego czy raczej automatycznego zerwania z taką formułą. Jak wiele SPZOZ-ów pozostanie w infrastrukturze systemu ochrony zdrowia – okaże się w przyszłości, choć biorąc pod uwagę wielokrotnie już tutaj przywoływany fakt, że w obecnym kształcie i warunkach ekonomicznych nie spełniają one podstawowych przesłanek gospodarności i efektywności finansowej, proces w założeniu wydaje się słusznym kierunkiem. SPZOZ-y stanowią dziś dla decydentów w ochronie zdrowia poważny problem z wielu względów: lokalni politycy pod presją wyborców podejmują działania często pozornie słuszne i przeznaczają na podległe samorządom szpitale środki finansowe np. w formie dotacji, pozwalając tym samym na dalsze nieracjonalne funkcjonowanie tych jednostek.

W kontekście wielu komentarzy dotyczących procesów komercjalizacji i prywatyzacji – nie tylko w znaczeniu przyjętym dla tych pojęć w omówionych wyżej ustawowo zdefiniowanych zapisach, ale także z uwzględnieniem szerszej, systemowej wykładni – argumenty wspierające kategorycznie negatywne opinie na ten temat

są całkowicie bezzasadne. Straszenie wizją konieczności opłacania dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w kontekście prawa np. do świadczeń ratujących życie lub zdrowie jest wręcz nadużyciem. Podobnie nie można uznać słuszności uwag Krajowej Komisji Solidarności, która argumentuje, że sam proces prywatyzacji/komercjalizacji (nie dokonuje się tu rozróżnienia między tymi pojęciami) jest sprzeczny z Konstytucją RP, w szczególności z jej art. 68, z którego wynika obowiązek państwa w zakresie zagwarantowania ochrony zdrowia traktowanej jako jedno z zadań publicznych⁶⁵.

Nie ma podstawy do twierdzenia, że podmioty prywatne – nawet w rozumieniu podmiotów należących w całości do prywatnych właścicieli, a nie tylko w postaci spółek z udziałem Skarbu Państwa lub spółek, w których udziałowcem/akcjonariuszem jest samorząd terytorialny – nie mogą wykonywać zadań publicznych. Zapisu takiego nie zawiera polska konstytucja, a możliwość realizacji zadań systemowych przez prywatne firmy nie sprzeciwia się treści zapisu z art. 68 Konstytucji RP. Działania publiczne nie tylko mogą być potencjalnie wykonywane przez podmioty prywatne, ale w praktyce są obecnie tak realizowane. Można tu także przytoczyć rozwiązania obce – choćby przykład holenderski, gdzie niemal 100% szpitali udzielających świadczeń w systemie powszechnym jest w rękach prywatnych właścicieli. To rozwiązanie z kolei – otwarcie quasi-ryнку świadczeń zdrowotnych dla podmiotów prywatnych – nie musi oznaczać, a nawet nie powinno implikować stosowania takich samych zasad określających funkcjonowanie tych podmiotów, jak ma to miejsce w przypadku generalnej kategorii przedsiębiorców. Jak najbardziej uzasadnione w tym kontekście będą odrębne zasady odwołujące się do formuły podmiotów *non-profit*. Takie rozwiązanie zarówno w świetle zasad Konstytucji RP, jak i szczególnej misji publicznej, realizowanej dzięki systemowi ochrony zdrowia przez organizacyjne struktury państwa, wydaje się nieodzowne i wymaga szeregu nowych rozwiązań legislacyjnych. W obecnym rozwiązaniu ustawowym niestety takiego podejścia nie ma.

Jednym z pierwszych istotnych problemów, które pojawiły się już na etapie konsultacji społecznych projektu ustawy, były także zapisy dotyczące zrównania czasu pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą. Rozwiązanie to dotyczy pracowników zakładów radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej, fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki oraz medycyny sądowej lub prosektoriów. Zgodnie z obowiązującymi dotychczas przepisami pracownicy ci podlegali systemowi czasu pracy w wymiarze 5 godzin na dobę, 25 godzin tygodniowo. Zmiany wprowadzone nową regulacją uzasadniane są ze strony Ministerstwa Zdrowia przywoływanymi opiniami specjalistów z zakresu prawa pracy oraz uregulowaniami zawartymi w ustawie – Prawo atomowe. Stanowisko rządu uzasadniano ponadto opiniami ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego dotyczącymi relacji między czasem pracy a wpływem czynników szkodliwych dla zdrowia na status zdrowotny pracowników. W szczególności znaczącą opinią w tym kontekście jest ekspertyza Instytutu

Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, stanowiąca jeden z istotnych głosów popierających wdrażanie rozwiązań realnie podnoszących poziom bezpieczeństwa warunków pracy. Stwierdza się tam wprost, że skracanie czasu pracy nie jest skuteczną i optymalną metodą zapobiegania negatywnym skutkom wykonywania pracy w szkodliwych warunkach. Jednak przepisy te budziły kontrowersje i opór w grupach niektórych pracowników medycznych. Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii wyraził stanowisko, że regulacja ta powinna być wprowadzona z zachowaniem okresu przejściowego (odroczenie w czasie do 2013/2014 roku w celu zapobieżenia objęciu nią tych pracowników, którzy są już zatrudnieni i stosowaniu wobec tych, którzy decydowaliby się na wykonywanie tego zawodu zgodnie z czasem pracy określonym ustawą). Swoje stanowisko radiolodzy uzasadniali także przytaczanymi danymi statystycznymi dotyczącymi obciążenia zawodowego: zgodnie z publikowanymi przez UE danymi w Polsce na jednego technika radiologa przypada 3 razy więcej pacjentów, niż wynosi średnia unijna⁶⁶.

Najistotniejszą zmianą w zakresie praktyk lekarskich i pielęgniarskich jest uzależnienie ich prowadzenia od wpisu do jawnego, publicznego rejestru prowadzonego przez wojewodów. Bez tego wpisu prowadzenie działalności leczniczej nie jest możliwe, stanowi on warunek konieczny rozpoczęcia działalności leczniczej. Do tej pory rejestry te prowadziły samorzady zawodowe, zatem kompetencje formalnoprawne pozostawały w rękach grupy zawodowej, a nie, jak obecnie, w sferze kompetencji administracji państwowej. Przywoływano argument o nieuzasadnionym przejściu rejestracji i kontroli prywatnych gabinetów lekarskich przez urzędników państwowych szczebla wojewódzkiego, co zdaniem samorządów zawodowych jest sprzeczne z zasadą, że kompetencje decyzyjne, a szczególnie kontrolne w tym obszarze powinny pozostać w sferze właściwości merytorycznej – czyli podmiotów należących do struktur zawodowych. Zdaniem samorządów medycznych urzędnicy nie dysponują odpowiednią wiedzą i kompetencjami pozwalającymi na rzeczową kontrolę tych gabinetów, nie jest to także zgodne z zasadami demokratycznego państwa, gdyż zapisy ingerują w sferę kompetencji samorządów zawodowych, podważają ich rolę w ramach struktur społecznych. Jednocześnie jednak Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy zauważył, że kwestie prowadzenia rejestru nie stanowią głównych problemów systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a tych ustawa nie rozwiązuje. Podstawowym problemem w ocenie związku jest niewystarczające finansowanie w ramach środków publicznych przeznaczanych na gwarantowane (refundowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego) świadczenia zdrowotne, które nie odpowiada tak ilości, jak i zakresowi tych świadczeń⁶⁷.

Wskazana przez OZZL nierównowaga jest zdaniem związku „przyczyną wielu innych problemów i patologii, jak: limitowanie świadczeń i zaniżanie ich cen przez NFZ, kolejki do leczenia, zadłużanie się szpitali, brak normalnej konkurencji między zakładami opieki zdrowotnej, niewykorzystanie możliwości już istnie-

jących szpitali, bariery w tworzeniu nowych placówek ochrony zdrowia i inne”. W dalszej części opinii OZZL na uwagę zasługuje pozytywne stanowisko w kwestii ogólnej zasady stopniowego przekształcania zakładów leczniczych w formułę, w której „funkcjonują jak przedsiębiorstwa”, jednak z wyraźnym zastrzeżeniem, że „takie rozwiązanie – aby miało sens i przyniosło korzystne efekty – musi być elementem większej, spójnej „rynkowej” całości: świadczenia zdrowotne nie mogą być limitowane (przez NFZ czy inną instytucję), ceny za świadczenie muszą mieć charakter rynkowy (a przynajmniej muszą uwzględniać szacunkowe średnie koszty), pacjenci muszą mieć wolny wybór miejsca leczenia (aby zaistniała prawdziwa konkurencja między zakładami). Żaden z tych warunków nie jest spełniony w (jakichkolwiek) propozycjach rządowych: ani w ocenianej ustawie, ani w innych. To spowoduje, że przekształcenie SPZOZ-ów w spółki handlowe (podobnie jak obowiązek pokrywania długu SPZOZ-u przez organ założycielski „na bieżąco”) nie przyniesie korzyści dla systemu ochrony zdrowia jako całości. Wzmocni – co prawda – dyscyplinę budżetową zakładów leczniczych, ale spotęguje patologie gdzie indziej. Szpitale (spółki lub SPZOZ-y) zaczną bowiem ograniczać zakres i liczbę udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także liczbę personelu medycznego, aby zmieścić się w przydzielonym przez NFZ limicie środków i nie zadłużać się. Zadłużenie szpitali prawdopodobnie zniknie, ale dostęp do leczenia i jego jakość znacznie się pogorszą, a samorzady terytorialne zostaną zmuszone do trwałego współfinansowania służby zdrowia, co odbędzie się kosztem innych zadań samorządów lub kosztem ich zadłużania. Wywoła to – w ocenie OZZL – niepokoje społeczne⁶⁸.

Poza opisanymi wcześniej najistotniejszymi zmianami i głosami krytycznymi w stosunku do wprowadzonej legislacji na uwagę zasługuje także długo oczekiwana zmiana dotycząca statusu formalnoprawnego żłobków jako – poprzednio – podmiotów zaliczanych do ustawowej kategorii zakładów opieki zdrowotnej. Wykreślenie żłobków z listy zakładów opieki zdrowotnej w opinii wielu środowisk powinno mieć miejsce już wiele lat temu. W kontekście problemów wynikających z ustawowo określonej konieczności zachowania standardów dotyczących wszystkich zakładów opieki zdrowotnej liczba żłobków w Polsce już od dawna nie odpowiadała rzeczywistym potrzebom. Wystarczy w tym względzie przywołać fakt, że w największych miastach w Polsce okres oczekiwania na miejsce w żłobku sięgał ostatnio nawet kilku lat (np. w Warszawie do 4 lat). Dotychczasowe rozwiązanie prawne włączające żłobki do kategorii ustawowej zakładu opieki zdrowotnej w praktyce powodowało, że niewiele podmiotów prywatnych decydowało się na ich tworzenie. Nowa ustawa dotycząca uproszczenia tej formy opieki nad dziećmi do lat 3 (choć szeroko krytykowana ze względu na inne uregulowane w niej aspekty sprawowania opieki nad małymi dziećmi), jak i nowa ustawa o działalności leczniczej spełniły w tym kontekście istotną rolę – z punktu widzenia konieczności zaspokojenia społecznych potrzeb⁶⁹. Według dostępnych danych szacunkowych obecnie tylko około 2% dzieci

uczęszcza do żłobka, co w kontekście aktywizacji kobiet na rynku pracy (a w praktyce często ekonomicznej konieczności podejmowania przez nie pracy) opóźnia ich czas „powrotu do pracodawcy”, w konsekwencji negatywnie wpływa na tzw. zatrudnialność młodych kobiet, znacznie obniżając ich pozycję na rynku pracy⁷⁰.

Wnioski

SPZOZ został wprowadzony do systemu ochrony zdrowia jako forma świadczeniodawcy „pośredniego” między formą jednostki budżetowej a spółką prawa handlowego. W ciągu 15 lat zasadniczo nie spełniła pokładanych w niej nadziei, choć trzeba pamiętać także i o tych SPZOZ-ach, które funkcjonują w miarę stabilnie, pomimo różnych trudności systemowych, i co do których konieczność przekształcania ich w formę spółki prawa handlowego wydaje się w obliczu ich sytuacji wątpliwa. Jednak w miarę upływu czasu w stosunku do większości SPZOZ-ów zauważono ograniczenia wynikające z przyjętej formy, wśród nich przede wszystkim: słabą pozycję zarządu, nieokreślone interesy reprezentowane przez radę społeczną, dwuznaczność stanowiska zajmowanego przez organ założycielski. W ostatnich latach w efekcie nawarstwienia się problemów i wobec braku jakichkolwiek efektów wcześniejszych zmian i procesów restrukturyzacji przekształcenia szpitali w spółki prawa handlowego traktowane są jako zasadniczy środek naprawczy. Dla samorządów terytorialnych przekształcenie SPZOZ w NZOZ może się wydawać słusznym rozwiązaniem, zwłaszcza biorąc pod uwagę, że w odniesieniu do różnych innych obszarów działalności JST mają już doświadczenie jako udziałowcy w spółkach samorządowych. Niestety trudno porównać – jeśli w ogóle można brać to pod rozwagę – funkcjonowanie np. zakładów transportu miejskiego i podmiotu prowadzącego działalność leczniczą.

Nowelizacja legislacji wprowadzona nową ustawą o działalności leczniczej ma w założeniu prowadzić do najpoważniejszej od wielu lat zmiany formalnej w sferze podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Czy jednak pociągnie ona za sobą istotne zmiany o charakterze systemowym – zwłaszcza takie, co do których można byłoby oczekiwać pozytywnego oddziaływania na sytuację w systemie ochrony zdrowia – na obecnym etapie pozostaje pytaniem otwartym. Nie zostały wydane rozporządzenia wykonawcze do ustawy, nie jest też pewne, jakie inne uwarunkowania ustawowe zostaną jeszcze zmienione. Jeśli proces przekształceń nie zostanie uzupełniony kolejnymi krokami zmierzającymi do zmiany całego systemu, to efekty tylko tej zmiany mogą być zaskakująco skromne. Ustawa zapowiadana jako podstawa prawna dla poważnych reformatorskich przekształceń w systemie ochrony zdrowia może pozostać jedynie kolejnym niedoskonałym instrumentem prawnym, gdyż dla właściwej implementacji, w sensie realizacji funkcji publicznych ochrony zdrowia zgodnej z zakładanymi celami systemowymi, wymaga istotnych zmian nie tylko prawnych, ale systemowych. W stosunku do rozwiązań

prawnych niewątpliwie konieczne jest precyzyjne określenie na gruncie przepisów, w jaki sposób w ramach nowej legislacji zagwarantowane będą, wynikające zarówno z konstytucji, jak i z innych ustaw, prawa pacjentów i ubezpieczonych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych⁷¹. Chodzi tu o rzeczywisty dostęp do systemu, kontrolę finansowania (której warunki zasadniczo się zmieniają w obliczu zwiększenia udziału podmiotów prywatnych w quasi-ryнку świadczeń zdrowotnych).

Bez wprowadzenia konkurencji ubezpieczycieli i wielokrotnie już zapowiadanych dodatkowych form finansowania w ramach systemu trudno chyba oczekiwać pozytywnych rezultatów obecnej zmiany. Zapowiadane na lata 2013–2014 wprowadzenie kilku konkurujących z sobą ubezpieczycieli⁷², zmieniające dotychczasową sytuację NFZ-towskiego monopolu, mogłyby nie tylko wzmocnić sytuację ubezpieczonych, ale i urealnić np. warunki dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych (zakładana realna wycena przez konkurujących z sobą płatników). W sytuacji wielości podmiotów ubezpieczających sami świadczeniodawcy mogliby także wzmocnić swoją pozycję w relacji z płatnikiem: szpitale kliniczne mogłyby za oferowane przez siebie wyższe standardy oczekiwać odpowiednich stawek za udzielane świadczenia zdrowotne.

Niestety, nie jest jasne, czy taka sytuacja w świetle zasady równego dostępu w znaczeniu prawa wszystkich ubezpieczonych do takiej samej jakości świadczeń, w świetle takich możliwości nie zostałaby jednak naruszona. Wymagałoby to znaczących dalszych zmian w systemie, począwszy do zmian legislacji, i sprawdzenia, czy w obecnym kształcie konstytucji można wprowadzić tego rodzaju rozwiązania, w tym także obiecywane – i dotąd niezrealizowane – systemy dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Przyznanie, że równość w sferze prawa do zdrowia, a nawet równość dostępu do świadczeń w systemie ochrony zdrowia coraz częściej jest wyłącznie równością na papierze, nie ułatwia sprawy. Wprowadzenie zróżnicowanych form współpłacenia pacjentów za niektóre świadczenia staje się nieuniknioną perspektywą⁷³, to samo dotyczy konieczności wydzielenia świadczeń podstawowych (gwarantowanych bezwarunkowo wszystkim ubezpieczonym oraz tym, którzy zostali włączeni w zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych pomimo nieopłacania składki). Nie jest łatwym zadaniem określenie, na ile lista świadczeń objętych koszykiem podstawowym musiałaby w stosunku do obecnych wykazów ulec zawężeniu – poza samym jej przeformułowaniem z pewnością konieczne będą jeszcze działania urealnijające koszty tych świadczeń odpowiednio do warunków rynku.

Bez dalszych zmian w systemie, z pozostawieniem w nim wyłącznie jednego płatnika oraz zasad wyceny punktów na obecnym poziomie, zmiany nowej ustawy mogą odnieść skutek wręcz przeciwny do oczekiwanego – a przynajmniej deklarowanego przez autora ustawy – jakim ma być lepsza sytuacja pacjenta na rynku świadczeń zdrowotnych. Co do takiego skutku wątpliwości mają dziś chyba najwięksi optymiści, zwłaszcza sami

zainteresowani. Jak wspomniano wyżej, często podnoszony jest argument, że zmiany te mogą potencjalnie zaszkodzić dostępności do wysokospecjalistycznych usług, szczególnie w szpitalach klinicznych. W stosunku do działalności i funkcjonowania szpitali wojewódzkich można założyć, że będą mogły odnieść z proponowanych zmian przekształceniowych wymierne korzyści. Przede wszystkim nie istnieje w obecnym kształcie ustawy żaden mechanizm, który mógłby zostać zastosowany w celu zmuszenia tych podmiotów do świadczenia usług niedochodowych.

Zapis z art. 38 ustawy o możliwości nałożenia obowiązku wykonania określonego zadania na podmiot prowadzący działalność leczniczą przez określone w ustawie organy administracji rządowej lub przez organy samorządu terytorialnego (w zależności od tego, kto jest właścicielem/udziałowcem/akcjonariuszem podmiotu leczniczego) pozostaje obowiązkiem nieegzekwowanym – nawet pomimo także określonej w ustawie zasady zapewnienia środków finansowych na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tych zadań (chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy). Podobnie kwestia możliwości zaprzestania prowadzenia działalności leczniczej nie została uregulowana z dostatecznym zagwarantowaniem uprawnień administracji w stosunku do podmiotu leczniczego. Art. 34 stanowi w tym względzie, że podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnego i całonocnego świadczenia zdrowotnego może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń. Wprawdzie czasowe zaprzestanie działalności wymaga zgody wojewody (z wnioskiem o udzielenie zgody występuje do wojewody kierownik), jednak w przypadku zaprzestania prowadzenia działalności z naruszeniem trybu art. 34 możliwości wojewody sprowadzają się do nałożenia na kierownika w drodze decyzji administracyjnej kary pieniężnej w wysokości do jego trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia (decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności) – nie ma natomiast w ustawie żadnego postanowienia, które określałoby, w jaki sposób zapewnić w tej sytuacji ciągłość opieki zdrowotnej.

Można mieć nadzieję, że po wprowadzeniu zmian zawartych w ustawie kierownicy podmiotów leczniczych, którzy będą lepiej wynagradzani, także poprzez możliwość stosowania odpowiednich systemów motywacyjnych, staną się bardziej zainteresowani właściwym funkcjonowaniem ich placówek i z większą determinacją podejmą się zadań wynikających z zarządzania szpitalem. Jednakże będą prawdopodobnie starali się – zgodnie z zasadami prowadzenia działalności gospodarczej – ograniczać kontraktowanie usług dla nich niedochodowych, generujących straty. Jeśli w sytuacji skromnych zasobów systemowych NFZ nie będzie w stanie zaproponować im wyższych stawek na te świadczenia, w konsekwencji może dojść do sytuacji dramatycznych. Mogłoby

temu zapobiec np. wprowadzenie zasad kontraktowania całych pakietów świadczeń zdrowotnych (obejmujących obligatoryjnie powiązane z sobą grupy świadczeń na zasadzie kontraktowania w systemie „wiązanym”), ale trudno ocenić jednoznacznie walory takiego rozwiązania. Nie jest też prawdą, że jedynym rozwiązaniem sytuacji będzie podnoszenie poziomu składki zdrowotnej – system niesprawny skonsumuje każdą ilość środków bez jakichkolwiek pozytywnych dla jego użytkowników efektów.

Aktualny proces przekształceń SPZOZ-ów, rozpoczęty jako próba usamodzielnienia ZOZ-ów i uniezależnienia od bieżącej polityki, związanego z nią lobbingu, doprowadził w świetle nowej ustawy do ostatecznego zrównania tych podmiotów w zakresie formy prawnej z podmiotami gospodarczymi – spółkami prawa handlowego. Spółki te, jako podmioty regulowane prawem handlowym, podlegają ściśle określonym na gruncie prawa, racjonalnym z punktu widzenia gospodarczego i sprawdzonym mechanizmom kontroli i samokontroli. Spółki prawa handlowego to podmioty doskonale osadzone w rzeczywistości prawnej w sferze ekonomicznej. Wieleletnia tradycja, logika rozwiązań prawa handlowego wydają się stanowić gwarancje prawidłowego rozłożenia układu sił poszczególnych grup interesariuszy: właściciela, zarządu i pracowników. O ile jednak w tych kwestiach nie budzi wątpliwości racjonalność rozwiązań prawnych, to w kontekście specyficznych usług, jakimi są świadczenia zdrowotne, w relacji spółka–konsument ten ostatni może się znaleźć w sytuacji zdecydowanie niekorzystnej. Pozycja pacjenta, jego interesy są tu najslabiej reprezentowane. Natomiast w obecnym systemie pozycja ta także jest najslabsza i choć spółka prawa handlowego jako podmiot samodzielny, prowadzący działalność leczniczą, nie musi wypełniać żadnych dodatkowych zobowiązań wynikających z konieczności zabezpieczenia interesów pacjentów, to jednak kontrakt z NFZ może stanowić warunek funkcjonowania. Nie da się tu także przełożyć zasad nowoczesnego marketingu stawiającego sobie za cele zwiążanie się z klientem jak najsilniejszą relacją, stanowiącą podstawę sukcesu traktowanego w kategoriach biznesowych. Klient spółki prowadzącej działalność leczniczą nie ma bowiem w obecnym systemie praktycznie żadnej mocy decyzyjnej ani żadnych „twardych” argumentów – nie decyduje o wyborze ubezpieczyciela i nie ma nad nim żadnej kontroli, jego kieszenie świecą pustkami, a dla pojawiającej się potrzeby świadczenia zdrowotnego nie ma alternatywy... Jest to jeszcze jeden powód swoistego przesunięcia akcentów – zamiast daremnie zabiegać o klienta, spółka będzie musiała zabiegać o „dobry” (opłacalny) kontrakt z NFZ.

Ostatecznie można więc z dużą dozą prawdopodobieństwa stwierdzić, że przekształcenie SPZOZ-u w spółkę prawa handlowego nie gwarantuje żadnego sukcesu *per se*. Przekształcenie w formułę spółki bez odpowiedniej restrukturyzacji i określenia zasad dotyczących wartości minimalnych udziałów Skarbu Państwa (tylko w stosunku do spółek zakładanych przez uczelnie medyczne wprowadzono wymóg 51% udziałów w spółce) nie może być traktowane jako taka gwarancja. Do-

świadczenia w tym względzie już teraz pozwalają na stwierdzenie, że w sytuacji powstawania szpitali-spółek bez programu restrukturyzacji i wobec słabego zarządu spółki te nadal generują straty. Jedynym argumentem w tej sytuacji wydaje się słuszne założenie, że organy założycielskie mogą wówczas znacznie szybciej i skuteczniej podejmować decyzje ukierunkowane na naprawę sytuacji, gdyż już sama prawna forma spółki prawa handlowego zmusza zakład do racjonalnego, efektywnego i elastycznego zarządzania, do podejmowania decyzji, za które musi wziąć odpowiedzialność.

Podstawowa różnica między formą SPZOZ a spółką dotyczy właśnie kwestii zarządu i kontroli. Istotną rolę w tym względzie w spółkach prawa handlowego pełnią rady nadzorcze, które w imieniu właściciela kontrolują zarząd. Funkcjonujące w SPZOZ rady społeczne były często do nich porównywane – jest to jednak zupełnie bezzasadne, gdyż ich kompetencje są diametralnie różne: ich podstawowym zadaniem jest reprezentowanie interesów lokalnej społeczności (w tym zwłaszcza pacjentów lub pracowników szpitala – choć bywa to w praktyce znacznie bardziej skomplikowane). Z pewnością rada społeczna, w przeciwieństwie do rad nadzorczych spółek, nie reprezentuje interesu SPZOZ-u w sensie sprawnie funkcjonującego podmiotu gospodarczego (co stanowi zasadniczy cel rady nadzorczej). Jeśli jednak mamy do czynienia z formą spółki prawa handlowego, w której jedynym właścicielem pozostała JST – sytuacja się nie zmienia i rada nadzorcza stanowi organizm sklonowanej rady społecznej. Co więcej, w nowej formule prawnej definiowanej umową spółki (zasada swobody umów) możliwe jest bardzo szerokie określenie uprawnień rady nadzorczej, a w konsekwencji fiasko procesu przekształceniowego staje się prawdopodobne.

Próby restrukturyzacji szpitali podejmowane są od wielu lat, a w ramach procesów przekształceniowych dochodzi często do zamykania lub zmiany profilu wybranych oddziałów, zmniejszenia liczby łóżek, redukcji i poziomu zatrudnienia oraz do fuzji szpitali. Obecnie na gruncie nowej legislacji postulowane zmiany w zakresie formy funkcjonowania podmiotów leczniczych uzyskały jedynie podstawy prawne dla działania tych podmiotów w systemie w formie spółek prawa handlowego – w stosunku do szpitali problem ten nie sprowadza się do całkowicie nowej formy prawnej, ale do wielu zagadnień zasygnalizowanych powyżej, wśród których na pierwsze miejsce wysuwają się nieuregulowane kwestie miejsca tych podmiotów w systemie, misji w infrastrukturze ochrony zdrowia, zdefiniowanych na poziomie konstytucji obowiązków publicznych i zasad dotyczących ich realizacji. To prowadzi ostatecznie do wniosku, że bez wskazanych wyżej dalszych konsekwentnych zmian systemowych i zagwarantowania wymogów prowadzenia działalności leczniczej w formule *non-profit* w ramach publicznego systemu (przynajmniej w stosunku do znaczącej części działających tu podmiotów) eksperyment legislacyjny może przynieść skutki znacznie bardziej szkodliwe, bo dotyczące problemu statusu zdrowotnego polskiego społeczeństwa w przyszłości.

Przypisy

¹ Od początku reform zdrowotnych w Polsce do chwili obecnej zostały kolejno uchwalone 3 podstawowe ustawy systemowe w ochronie zdrowia (określające zasady funkcjonowania systemu i podmiotów w nim uczestniczących): ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wprowadzająca ten system w miejsce siemaskowskiej służby zdrowia (Dz.U z 1997 r., nr 28, poz. 153), ustawa z 23.02.2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (orzeczenie TK o niekonstytucyjności: wyrok TK Dz.U. z 2004 r. nr 5, poz. 37) i ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135). W Niemczech w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych obowiązuje do dziś (wielokrotnie nowelizowana) ustawa z 1911 r.

² Pojęcie inflacji odnosi się do nadmiaru prawa w jego ilościowym znaczeniu, w kontekście polskich reform problem ten nakłada się na niestabilność regulacji (jakość, pewność obrotu prawnego), por. Pałeczki K., *Prawoznawstwo, zarys wykładu*, Diffin, Warszawa 2003, 161–175.

³ Pakiet w postaci sześciu ustaw zdrowotnych autorstwa Platformy Obywatelskiej (co z punktu widzenia procesu legislacyjnego ma istotne znaczenie – projekt rządowy wymagałby bowiem konsultacji społecznych) został uchwalony przez Sejm 22.10.2008 r. i ostatecznie przyjęty po uwzględnieniu poprawek senatu 6.11.2008 r. Zakładał m.in. obligatoryjne przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego, przejście ich kapitału w całości przez samorząd terytorialny. W sprawie pakietu opozycja z Prezydentem Lechem Kaczyńskim żądała od początku przeprowadzenia referendum. Ustawę o ZOZ-ach, wzbudzającą najwięcej kontrowersji, poparło 197 posłów PO, 28 posłów PSL oraz 6 posłów niezrzeszonych. Przeciw opowiedziało się 149 posłów PiS, 30 posłów Lewicy, 8 posłów koła SdPI-NL, 3 posłów koła DKP i jeden poseł niezrzeszony. Ostatecznie, po zawetowaniu ustawy, do wprowadzenia zmian na poziomie ustawowym nie doszło. Najwięcej kontrowersji budziła kwestia dotycząca rozwiązania w sferze przejścia majątku ZOZ-ów: samorządy miały otrzymać 100% kapitału zakładowego, którym mogłyby swobodnie dysponować (np. podejmować decyzje o ewentualnej sprzedaży udziałów, co dawałoby samorządom możliwość całkowitego wyzbycia się kapitału ZOZ-ów). Skala zmian legislacyjnych implikowanych pierwszym pakietem ustaw zdrowotnych była zasadnicza: wprowadzenie pakietu to konieczność nowelizacji innych 47 ustaw!

⁴ Prezydenckie weto uniemożliwiło wprowadzenie zmian drogą ustawową – alternatywny plan B został wprowadzony w formie uchwały Rady Ministrów (wielokrotnie negatywnie ocenianej jako metoda regulowania zasadniczych kwestii systemowych). Plan B w założeniu miał stwarzać system zachęt finansowych dla przekształcających się szpitali, zrezygnowano z kontrowersyjnej zasady obligatoryjnych przekształceń szpitali na rzecz fakultatywnej decyzji samorządu, jednak w warunkach zagrożenia finansowymi konsekwencjami nieprzystąpienia do proponowanego w planie B procesu prywatyzacji.

⁵ Chodzi o skalę zjawiska (nieliczne prywatne szpitale już funkcjonują w systemie) – ustawa zakłada stopniowe wyparcie z rynku SPZOZ-ów.

⁶ Fakultatywność przystąpienia do procesu przekształceniowego jest często iluzoryczna – w perspektywie konieczności pokrycia wszystkich finansowych zobowiązań placówki przez samorząd terytorialny, jeśli nie skorzysta z opcji prywatyzacji. Pozostałe SPZOZ-y będą musiały konkurować z prywatnymi – a to może zasadniczo wpłynąć na decyzję o przekształceniu.

⁷ Tekst projektu ustawy: druk sejmowy nr 3489 z 15.10.2010 r., www.sejmgov.pl

⁸ Ustawa z 30.07.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

⁹ W połowie 1998 roku w Polsce funkcjonowało około 100 SPZOZ-ów, które miały pozytywne wyniki. Pozostałe kilka tysięcy SPZOZ-ów powstało pod koniec 1998 roku, co wynikało z zapisów ustawy z 6.02.1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 roku, nr 28, poz. 153). Za zmianą formy prawnej nie poszły zmiany restrukturyzacyjne, co w konsekwencji doprowadziło w kolejnych latach do rosnącego zadłużenia SPZOZ.

¹⁰ Organami założycielskimi dla SPZOZ-ów były wskazane w ustawie o ZOZ-ach podmioty: minister lub centralny organ administracji rządowej, wojewoda, JST oraz publiczna uczelnia medyczna lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

¹¹ Por. Dercz M., Izdebski H., *Zakłady opieki zdrowotnej, R.X; Inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych R. XI*, w: *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Iuris Polskie Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa–Poznań 2001.

¹² Art. 1 Ustawy z 30.07.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

¹³ Najważniejsze to: ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej – zob. lista przywołanych aktów prawnych.

¹⁴ Przykładowo były to: Ustawa z 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych oraz Ustawa z 29 września 1994 roku o rachunkowości (zob. [13]).

¹⁵ Zasady odpowiedzialności dyrektorów za działalność publicznych ZOZ-ów wynikają z art. 44, ust. 1 ustawy o ZOZ-ach, gdzie znajdujemy ogólny zapis stanowiący, że kierownik kieruje zakładem i reprezentuje go na zewnątrz, a jego odpowiedzialność odnosi się do pełnego zakresu działalności zakładu. Kierownik SPZOZ jest jednocześnie organem osoby prawnej, a ZOZ jako zakład pracy – pracodawcą kierownika. Przepisy z art. 44 nie precyzują szczegółowo zakresu kompetencji kierownika ZOZ-u i pomimo że kierownikowi SPZOZ pozostawiono dużą swobodę w kwestii bieżącego zarządzania, to jednak jego odpowiedzialność jest ograniczona i nie można jej porównać do odpowiedzialności np. prezesa spółki prawa handlowego. Dotyczy to zwłaszcza odpowiedzialności materialnej z tytułu zaciągniętych zobowiązań. Zakładaną samodzielność kierownika ogranicza z jednej strony organ założycielski (pełniący tzw. funkcje właścicielskie) oraz Rada Społeczna, dla której działania podstawy prawne zawierają kolejno art. 44b, art. 46, art. 48a ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 91.91.408 z późn. zm.).

¹⁶ Art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (zob. [15]).

¹⁷ Art. 54 ustawy o ZOZ.

¹⁸ Art. 35b ustęp 3 ustawy o ZOZ.

¹⁹ Rejestry co do zasady prowadzą wojewodowie, dla ZOZ-ów utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego organem rejestrowym jest minister zdrowia.

²⁰ Musi być zgodny z treścią art. 1 ustawy o ZOZ-ach.

²¹ W tym względzie decydujące są odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego – zgodnie z ich zapisami SPZOZ powstaje z chwilą wpisu do KRS.

²² Art. 8 ustęp 1 ustawy o ZOZ.

²³ Wymóg ten dotyczy wszystkich ZOZ-ów – jest uwarunkowany rodzajem działalności, a nie formą prawną zakładu.

²⁴ Zgodnie z ustawą z 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej.

²⁵ Podstawy tej kontroli oraz jej zakres regulują zasadniczo art. 67–67b ustawy o ZOZ-ach.

²⁶ Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2007, 373.

²⁷ Art. 67 pkt. 4 ustawy o ZOZ-ach.

²⁸ Ibidem, s. 328.

²⁹ <http://www.24finanse.pl/niska-wycena-swadczen-przez-nfz-ogranicza-rozwoj-sektora-niepublicznego-i-utrudnia-dostep-do-swadczen/>, dostęp 1.02.2011 r.

³⁰ Ustawa o ZOZ-ach przyjęta przez Sejm w 2008 roku (za przyjęciem ustawy opowiedziało się 231 posłów, przeciwnych było 191, 1 wstrzymał się od głosu) i zawetowana przez prezydenta.

³¹ Założenia przedstawione z 17 lutego 2009 r., program przekształceń przyjęty w formie uchwały przyjętej przez rząd w kwietniu 2009 r. – Uchwała nr 58/2009 RM w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf.

³² Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.

³³ A zatem zakresy przedmiotowego pojęcia komercjalizacji będą mogły być wyłącznie wskazane przez ustawę działania.

³⁴ Art. 1 Ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., z Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.

³⁵ Pojęciu komercjalizacji poświęcony jest krótki ustęp 1 art. 1 ustawy, natomiast pojęcie prywatyzacji to znacznie bardziej rozbudowany ustęp 2 tego samego artykułu.

³⁶ Ustawa z 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa, Dz.U. Nr 106, poz. 493 i Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 106, poz. 673, Nr 115, poz. 741 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 155, poz. 1014, z 2000 r. Nr 48, poz. 550, z 2001 r. Nr 4, poz. 26 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 240, poz. 2055.

³⁷ Punkt 1a ustępu 2 art. 1 Ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561 – chodzi o zbywanie akcji i majątku należącego do nowo powstałej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa różnym niepaństwowym podmiotom (w tym także o przeniesienie własności poprzez wniesienie przedsiębiorstwa do innej spółki i oddanie przedsiębiorstwa do odpłatnego korzystania).

³⁸ Art. 1 ustęp 2 pkt 2 Ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.

³⁹ Mowa tu o sprzedaży zarówno całości, jak i części majątku przedsiębiorstwa.

⁴⁰ Tu także konieczne jest stosowanie określonych reżimów oraz zasad: za prawidłowy przebieg procesów prywatyzacyjnych, zgodność z obowiązującymi zasadami prawa, stosowanie odpowiednich procedur odpowiedzialność ponosi przede wszystkim Ministerstwo Skarbu Państwa.

⁴¹ Ze strony opozycji politycznej stosowane jest wyłącznie pojęcie prywatyzacji, podczas gdy strona rządowa posługuje się wymiennie wskazanymi w tekście pojęciami: komercjalizacji, przekształceń właścicielskich, odpublicznienia itp.

⁴² Dz.U. z 2000 r., nr 94, poz. 1037.

⁴³ Forma prawna spółki kapitałowej najczęściej dotyczy organizacji podmiotów gospodarczych, wykorzystywana jest głównie w prowadzeniu dużych przedsiębiorstw, a także w wewnętrznej organizacji grup kapitałowych. Od początku ich działanie związane było z posiadaniem kapitałem – w zamian za gotówkę spółki te oferowały udziały w oczekiwanym zysku. Często sami udziałowcy – akcjonariusze nie mieli wpływu na sposób wykorzystania wnoszonego kapitału, jego przeznaczenie, a także na samą działalność spółki.

⁴⁴ Często stosowane jest w stosunku do spółki kapitałowej pojęcie ograniczenia odpowiedzialności wspólników do wysokości wniesionych wkładów, co w istocie z punktu widzenia prawa nie ma miejsca – wniesione wkłady stają się bowiem w momencie utworzenia spółki jej własnością.

⁴⁵ W systemach prawa kontynentalnego (do takich należy polskie prawo) wskazuje się dwa typy spółek kapitałowych: z ograniczoną odpowiedzialnością (niem. Gesellschaft mit beschränkter Haftung – GmbH, franc. Société à responsabilité limitée – S.à R.L., hol. Besloten Vennootschap – B.V.) oraz akcyjne (niem. Aktiengesellschaft – AG, franc. Société Anonyme – S.A., hol. Naamloze Vennootschap – N.V.). Spółka akcyjna to forma odpowiednia dla dużych przedsiębiorstw, typowa spółka kapitałowa, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością to forma prawna raczej dla mniejszych przedsiębiorstw oraz tzw. spółek celowych (w odróżnieniu od spółki akcyjnej posiada pewne elementy typowe dla spółek osobowych).

⁴⁶ Spółka, o której mowa, ma prowadzić działalność leczniczą, zgodnie z treścią art. 16. ustawy, który stanowi: 1. Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej; 2. Do działalności leczniczej podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

⁴⁷ Art. 59 ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej w dniu 15.04.2011 r. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).

⁴⁸ <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej-marszalkowie-przeciwko-komercjalizacji-szpitali-w-tej-wersji,105031,14.html>, 1.02.2011 r.

⁴⁹ Art. 60 pkt. 1 i 4 ustawy o ZOZ-ach, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

⁵⁰ Tak m.in. Janusz Solarz, wiceminister zdrowia w latach 1997–1999, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej-rzad-przyjal-projekt-samorzady-oczekuja-wsparcia,102701,1.html>, 1.02.2011 r.

⁵¹ Art. 38 Ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej w 15.04.2011 r. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpa-

trzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).

⁵² Art. 38 ustęp 2 Ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej 15.04.2011 r. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).

⁵³ Stanowisko rektorów skupionych w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi8_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Uwaga do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszona przez rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi9_pro_dzial_10112010.pdf, 01.02.2011 r.

⁵⁶ W przypadku Uniwersytetu Medycznego w Warszawie jest to ponad 70%, Collegium Medicum w Bydgoszczy – ponad 100%, w przypadku Collegium Medicum UJ w Krakowie to 37,5% (dane dotyczą 2009 roku), w: Stanowisko rektorów skupionych w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi8_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

⁵⁷ Art. 4 ustęp 1 projektu ustawy o działalności leczniczej, tekst projektu w formie przekazanej do konsultacji społecznych, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/proj_pop_ustaw_10092010.pdf.

⁵⁸ Uwagi do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, prof. dr hab. med. Jana Kuliga, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi1_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

⁵⁹ Komentarz rządowy do projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.techrad.mmj.pl/morepages/projekt_1.pdf, 1.02.2011 r.

⁶⁰ <http://www.nil.org.pl/doc/19144/04%20o%20dzialalnoscii%20leczniczej.pdf>, 1.02.2011 r.

⁶¹ Projekt ustawy o działalności leczniczej, art. 9, pkt 1. j.w.

⁶² Taki skutek jest zdaniem Roberta Mołdacha, eksperta ds. zdrowia Pracodawców RP, prawdopodobnym efektem wprowadzonego w tych przepisach progu minimalnej wartości posiadanej przez spółkę prawa handlowego kapitału, <http://www.medicalnet.pl/Nowy-przepis-zlikwiduje-szpitalne-NZOZ-y,wiadomosc,11,pazdziernik,2010.aspx>, 01.02.2011 r.

⁶³ Stanowisko rządu wydaje się w tej kwestii czytelne, biorąc pod uwagę kolejne etapy procesu prowadzącego do ostatecznego przyjęcia nowej ustawy w obecnym kształcie – począwszy od pierwszego pakietu ustaw zdrowotnych, a skończywszy na obecnym akcie (jak to zostało opisane wcześniej).

⁶⁴ Artykuły 66–68 projektu ustawy o działalności leczniczej i 69–82 przyjętej ustawy o działalności leczniczej.

⁶⁵ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi4_pro_dzial_10112010.pdf, 01.02.2011 r.

⁶⁶ Ibidem. Dane te bezpośrednio odzwierciedlają stan wyposażenia w aparaturę stosowaną w badaniach radiologicznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego: w Polsce 1 aparat na 750 tys. mieszkańców, w UE – 1 na 250 tys. (co potencjalnie daje trzykrotnie wyższą liczbę pacjentów i trzykrotnie wyższą dawkę promieniowania).

⁶⁷ Stanowisko Zarządu Krajowego OZZL w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.ozzl.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=12437:opi

nia-ozzl-o-rzadowym-projekcie-ustawy-o-dzialalnoci-leczniczej &catid=56:aktualnoci&Itemid=2.

⁶⁸ Stanowisko przytoczone za: [67].

⁶⁹ Ustawa z 7.03.2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. Dz.U. z 2011 r., nr 45, poz. 235.

⁷⁰ Według PAP, Artykuł z: 2011-01-05, http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/476199,sejm_przyjal_ustawe_bedzie_lawniej_zalozyc_zlobek.html. Należy podkreślić, że bez względu na zajmowane stanowisko w kwestii wychowania dzieci w wieku do lat 3 wymogiem podstawowym jest prawo wyboru – kobiety decydujące się na wczesny powrót do pracy powinny mieć taką możliwość, w tym kontekście istotne są różne rozwiązania, poza samym faktem wyjęcia żłobków z kategorii ustawowych ZOZ-ów, nie należy to jednak do tematyki niniejszego opracowania.

⁷¹ Trzeba podkreślić, że częste utożsamianie interesów pacjentów z interesami ubezpieczonych jest efektem zasadniczego błędu – te interesy z założenia są z sobą sprzeczne: ubezpieczony (zdrowy) jest zainteresowany takimi aspektami funkcjonowania systemu, jak: zmniejszenie wysokości indywidualnego obciążenia, wybór ubezpieczyciela, racjonalne wydatkowanie środków systemowych, społeczna kontrola decyzji finansowych i kontrola kosztów, partycypacja w podejmowaniu decyzji systemowych, stosowna reprezentacja interesów ubezpieczonych, natomiast pacjent jest już zainteresowany aspektami dotyczącymi samego procesu leczenia (ew. diagnozowania, monitoringu przebiegu choroby), jak najszerszą dostępnością do świadczeń zdrowotnych, które (często w jego subiektywnej opinii) mu się „należą”, ich jak najwyższą jakością i technologicznie wysokim standardem (bez względu na koszty systemowe).

⁷² Ubezpieczyciele ci mieliby wzorem rozwiązania przyjętego w Holandii rywalizować o składki zdrowotne Polaków, co pozytywnie wpłynęłoby na sytuację ubezpieczonych i pacjentów w relacji z innymi podmiotami – uczestnikami systemu ochrony zdrowia.

⁷³ W ostatnich dniach poziom współpłacenia przez pacjentów za świadczenia udzielane w systemie znacznie podwyższyli m.in. Czesi, którzy dopłacają do każdej wizyty u lekarza i do pobytu w szpitalu, co w Polsce jak dotąd wydaje się nie do pomyslenia. Problemem wartym zastanowienia jest jednak kwestia tego, na co w tej sytuacji może liczyć pacjent czeski, a czego może się spodziewać pacjent polski; poza tym system czeski jest oparty na ubezpieczalniach zdrowotnych, funkcjonujących na zasadzie funduszy publicznych i kontrolowanych przez zarządy i rady nadzorcze, w których zasiadają przedstawiciele rządu, pracodawców i ubezpieczonych (konkurencja ubezpieczycieli), współpłacenie dotyczy odpowiednio: za wizytę w przychodni opłata ta wynosi każdorazowo 30 Kcz (1 korona czeska = ca 0,16 zł) i 60 Kcz za każdy dzień spędzony w szpitalu, uzdrowisku, sanatorium. Szacuje się, że dodatkowe opłaty w 2009 roku przyniosły z tytułu wizyt w przychodniach lekarskich 1,8 mld koron i 1,3 mld koron w szpitalach, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Czechy-tam-juz-wprowadzono-wspolplacenie-w-ochronie-zdrowia,18071,1.html>.

Abstract

„Healing company”. The innovative legislative and systemic solution or the reform quibble?

Key words: health care units, local government, ownership problems in health care, transformation, hospitals privatization, commercial law, commercial law companies

The necessity of the hospitals status change in Poland was the hot issue for quite a long time. The problems of hospitals debts, local governments role, state (public) ownership problems, management weaknesses, resources lack, humans resources problems and many others have been stressed in public debates, often by different sides and political parties. The present Ministry of Health from the very beginning proposed the formal status change concerning ownership of health care units, mainly hospitals, as a first step for the system transformation in this respect. The proposal of the new legislation called the Health package included such approach. One of the most important laws in the package was the “Hospitals privatisation”, subsequently vetoed by the President representing the political opposition. The next step toward the transformation was the governmental Plan B, proposed also by Ministry of Health, criticized for the improper legal instruments and ineffectivity of the proposed strategy. The new legislation, described in this paper, is a consequence of the process and the main issue of the analysis undertaken hereby.

Piśmiennictwo:

1. Dercz M., Rek T. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2007.
2. Dercz M., Izdebski H., *Zakłady opieki zdrowotnej*, R.X; *Inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych*, R. XI, w: *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Iuris Polskie Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa–Poznań 2001.
3. Koziarkiewicz A., *Koło ratunkowe dla szpitali*, Termedia, Poznań 2008.
4. Michalak J., *Prywatyzacja tak, ale... inaczej*, „Menedżer Zdrowia”, wrzesień 6/2008.
5. Michalak J., *Prywatyzacji nie da się zadekretować*, „Menedżer Zdrowia”, czerwiec 4/2005.
6. Ministerstwo Zdrowia, *Przekształcenia własnościowe w sektorze ochrony zdrowia przeprowadzone decyzją jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999–2006*, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, Warszawa czerwiec 2007.
7. Pałeczki K., *Prawoznawstwo, zarys wykładu*, Diffin, Warszawa 2003, 161–175.
8. Stanowisko rektorów skupionych w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych w Polsce, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi8_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.
9. Uwaga do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszona przez rektora Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi9_pro_dzial_10112010.pdf, 01.02.2011 r.
10. Uwagi do projektu ustawy o działalności leczniczej zgłoszone przez konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii ogólnej, prof. dra hab. med. Jana Kuliga: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uwagi1_pro_dzial_10112010.pdf, 1.02.2011 r.

11. Komentarz rządowy do projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.techrad.mmj.pl/morepages/projekt_1.pdf, 1.02.2011 r.
12. Stanowisko Zarządu Krajowego OZZL w sprawie projektu ustawy o działalności leczniczej, http://www.ozzl.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=12437:opinia-ozzl-o-rzadowym-projekcie-ustawy-o-dzialalnoci-leczniczej&catid=56:aktualnoci&Itemid=2.
13. PAP, Artykuł z: 2011-01-05, Będzie łatwiej założyć żłobek, http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/476199,sejm_przyjal_ustawe_bedzie_latwiej_zalozyc_zlobek.html.
14. Ustawa z 30.07.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.
15. Ustawa z 6.02.1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 153.
16. Ustawa z 23.01.2003 r. o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 391 (wyrok TK Dz.U. z 2004 r., nr 5, poz. 37).
17. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135.
18. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2006 r., nr 191, poz. 1410.
19. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. z 1985 r., nr 12, poz. 49.
20. Ustawa z 30.06.2005 r. o finansach publicznych, Dz.U. z 2005 r., nr 249, poz. 2104.
21. Ustawa z 29.09.1994 r. o rachunkowości, Dz.U. z 1994 r., nr 121, poz. 591.
22. Ustawa z 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz.U. z 2004 r., nr 173, poz. 1807.
23. Ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw z 30.08.1996 r., Dz.U. z 1996 r., nr 118, poz. 561.
24. Ustawa z 8.08. 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa, Dz.U. Nr 106, poz. 493 i Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 106, poz. 673, Nr 115, poz. 741 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 155, poz. 1014, z 2000 r. Nr 48, poz. 550, z 2001 r. Nr 4, poz. 26 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 240, poz. 2055.
25. Ustawa o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, Dz.U. z 2011 r., nr 45, poz. 235.
26. Ustawa Kodeks spółek handlowych, Dz.U. z 2000 r., nr 94, poz. 1037.
27. Ustawa Kodeks cywilny, Dz.U z 1964 r., nr 16, poz. 93.
28. Uchwała nr 58/ 2009 RM w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą *Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/uchwala_wsparcie_07052009.pdf.
29. Projekt ustawy o działalności leczniczej wraz z komentarzem ustawy o działalności leczniczej, uchwalonej w dniu 15.04.2011. Tekst ustawy ustalony ostatecznie po rozpatrzeniu poprawek Senatu, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/\\$file/3489_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/3489_u/$file/3489_u.pdf).
30. Projekt ustawy o działalności leczniczej, tekst projektu w formie przekazanej do konsultacji społecznych, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/proj_pop_ustaw_10092010.pdf.
31. Tekst projektu ustawy o działalności leczniczej: druk sejmowy nr 3489 z 15.10.2010 r., www.sejm.gov.pl.

■ O autorce:

dr Anna Mokrzycka – Zakład Polityki Zdrowotnej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

Tomasz Bochenek

Innowacja lekowa w świetle ustawy refundacyjnej

Słowa kluczowe: innowacja lekowa, ceny leków, refundacja leków, polityka lekowa, zwrot przychodów, podział ryzyka

Wprowadzenie

Nie istnieje pojedyncza i powszechnie obowiązująca definicja innowacji, obejmująca wszelkie obszary działalności człowieka. Znaczenie tego pojęcia zależy od dziedziny, której dotyczy. Innowacją może być więc coś, co jest nowo wprowadzone do stosowania lub proces wprowadzania do użytku czegoś nowego. Cecha innowacyjności może być również wiązana ze skutkiem wprowadzenia czegoś nowego; wtedy innowacją można określać taki sposób wykorzystania nowych pomysłów, który jest uwieńczony sukcesem, lub taką zmianę, która działaniu człowieka nadaje nowy wymiar. Innowacją określa się też wdrażanie i stosowanie produktów i procesów, które są nowe pod względem technologicznym, a także istotne ulepszenia technologiczne produktów i procesów. W takim ujęciu innowacyjną jest firma, która wdrożyła produkty lub procesy, które są nowe pod względem technologicznym lub też są one w istotny sposób ulepszone pod względem technologicznym [1].

Innowacja może mieć charakter radykalny lub inkrementalny. Z innowacją lekową, a więc związaną ze stosowaniem leków, kojarzona jest współcześnie raczej ta druga cecha. Istnieją różne pola oddziaływania innowacji lekowej [2]. Wartość leków określaną jako innowacyjną może być związana ze zwalczaniem nowych zagrożeń chorobowych lub odkrywaniem nowych wskazań dla już znanych leków. Innowacyjne leki mogą przynosić korzystne efekty zdrowotne, wpływając np. na poprawę jakości lub długości życia pacjenta. Mogą również przyspieszać leczenie lub zwiększać jego bezpieczeństwo, dając mniej działań niepożądanych. Innowacyjność leków może być związana z lepszym znoszeniem ich przyjmowania przez pacjentów, słabszymi interakcjami z innymi lekami, większą wygodą stosowania. Innowacja lekowa może też mieć bardziej odległe, pozaosobnicze pola oddziaływania, wiążąc się ze zwiększaniem wydajności

pracy lub uwalnianiem określonych zasobów systemu opieki zdrowotnej.

Innowacjom w obszarze leków powszechnie przypisuje się w medycynie bardzo duże znaczenie. W badaniu kwestionariuszowym przeprowadzonym wśród 225 wybitnych lekarzy amerykańskich, którzy zostali poproszeni o wskazanie 30 najważniejszych innowacji w dziedzinie medycyny i opieki zdrowotnej (tzn. takich innowacji, których brak mógłby okazać się współcześnie najbardziej szkodliwy dla pacjentów), wyróżniona została szczególna rola leków¹. W pierwszej dziesiątce tych innowacji znalazły się bowiem aż cztery leki, w pierwszej dwudziestce zaś leków było 11 [3].

Za siłę napędową współczesnych odkryć i rozwoju nowoczesnych metod leczenia można uznawać, wspólnie z akademickimi ośrodkami naukowymi, przemysł medyczny. W przypadku innowacji lekowej rola tego przemysłu zaznacza się w sposób szczególnie mocny, stąd wszelkie regulacje prawne w obszarze polityki lekowej i cenowo-refundacyjnej mają pośredni lub bezpośredni wpływ na innowację lekową.

Innowacja lekowa za granicą i w Polsce

Z innowacją lekową wiążą się często duże oczekiwania pacjentów, a w wielu krajach do tej innowacji przywiązywana jest waga szczególna. W latach 2005–2008 pod patronatem Komisji Europejskiej realizowana była inicjatywa Forum Farmaceutyczne (Pharmaceutical Forum; pełna nazwa – High Level Pharmaceutical Forum), związana z wymianą poglądów, doświadczeń i debatami prowadzonymi w gronie uczestników polityki lekowej w krajach członkowskich Unii Europejskiej (UE). Forum Farmaceutyczne zapoczątkowane zostało przez działania G. Verheugena i M. Kyprianou. Zostały one podjęte wraz z deklaracją konieczności stawienia czoła wyzwaniom zdrowia publicznego, niesionym przez stosowanie

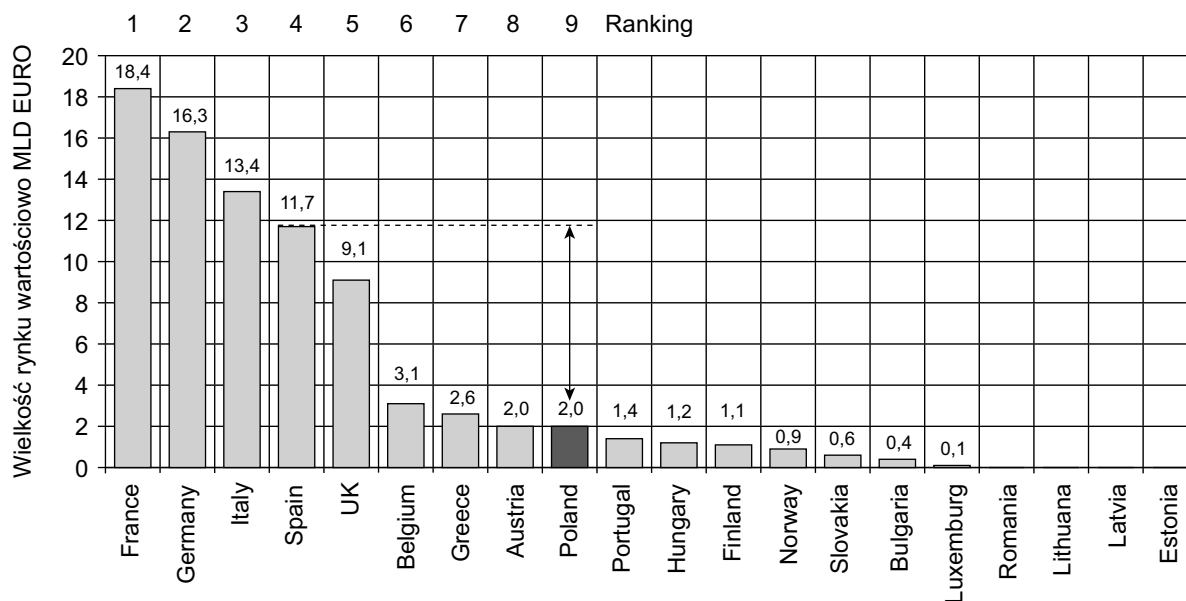
i finansowanie leków przez współczesne systemy opieki zdrowotnej [4]. Wnioski i rekomendacje płynące z prac Forum Farmaceutycznego skupiły się w trzech obszarach tematycznych:

- 1) informacja dla pacjentów;
- 2) efektywność względna (*relative effectiveness*; porównawcza ocena efektów i kosztów różnych metod leczenia w warunkach codziennej praktyki);
- 3) ustalanie cen i refundacja leków.

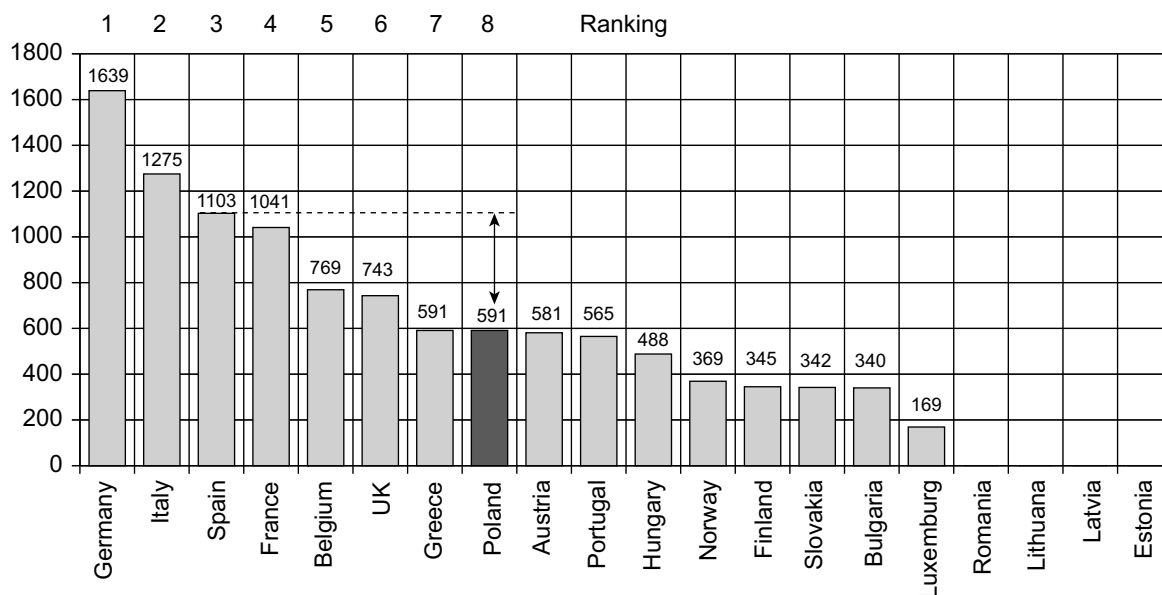
W trzecim obszarze wniosków i rekomendacji szczególną uwagę poświęcono innowacji. Zaznaczono, że polityka cenowo-refundacyjna powinna równoważyć: szybki i sprawiedliwy dostęp do leków dla wszystkich pacjentów w krajach członkowskich UE, kontrolę wydatków, wynagradzanie wartościowej innowacji na konkurencyjnym i dynamicznym rynku farmaceutycznym, stwarzanie zachęt do badań i rozwoju (R&D; *research and development*). Forum Farmaceutyczne uznało, że ważne jest uzgodnienie, jakie rodzaje innowacji lekowej są pożądane i będą w związku z tym doceniane, a także sposobu, w jaki ocena wartości innowacji będzie przekładać się na decyzje cenowo-refundacyjne. Istotnym warunkiem powstawania bardzo potrzebnych współcześnie leków jest jasne i powszechne artykułowanie oczekiwań względem przemysłu farmaceutycznego, powiązane z konsekwentną polityką cenowo-refundacyjną. Kraje członkowskie UE, interesariusze polityki lekowej oraz Komisja Europejska zostali zachęcani przez Forum Farmaceutyczne do współpracy nad tworzeniem korzystnych dla innowacji warunków działalności przemysłu farmaceutycznego. Rekomendacja numer 8, zatytułowana „Expect, identify and reward valuable innovation”, przekazuje następujące treści [4]:

- Kraje członkowskie UE wzywane są do jasnego i powszechnego wyrażania swoich oczekiwań względem innowacji oraz sposobów jej wynagradzania. Przemysłowi farmaceutycznemu pozwoli to na wyznaczenie priorytetów własnej działalności i przygotowywanie dokumentacji wymaganej przez władze zdrowotne (płatników), władzom zdrowotnym zaś ułatwi planowanie średnio- i długoterminowych budżetów.
- Firmom farmaceutycznym rekomenduje się prace nad opracowywaniem i dostarczaniem leków innowacyjnych, potrzebnych obywatelom. Zachęca się jednocześnie przemysł farmaceutyczny do współpracy ze środowiskami pacjentów.
- Krajowe polityki cenowo-refundacyjne w obszarze leków powinny uwzględniać powyższe zalecenia. Powinny one zapewniać spójny sposób wynagradzania tych korzyści płynących z innowacji lekowej, które w przejrzysty sposób zostaną uznane za wartościowe oraz powinny zawierać systemy oceny wartości leków.

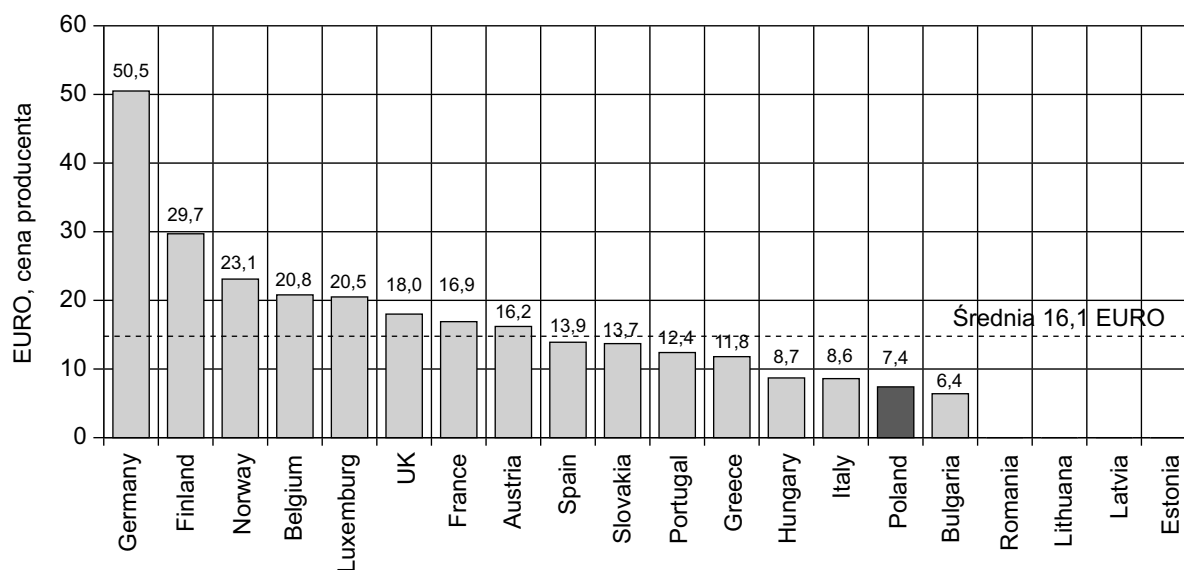
Polski nie można uznać za kraj, w którym leki innowacyjne (oryginalne²) mają duży udział w leczeniu pacjentów. W ujęciu wartościowym Polska (około 2 mld euro) jest dziewiątym rynkiem leków innowacyjnych w Europie, blisko sześć razy mniejszym od Hiszpanii, kraju UE często porównywanego z naszym (**Rysunek 1**). Pod względem liczby dostępnych leków innowacyjnych (591) zajmujemy ósme miejsce w Europie (**Rysunek 2**), przy czym większość z nich to leki długo obecne na rynku. Średnia cena tych leków w Polsce (7,4 euro) kształtuje się 54% poniżej średniej europejskiej (16,1 euro) (**Rysunek 3**) [5]. Dostęp polskich pacjentów do innowacji w systemie opieki zdrowotnej ogólnie jest po-



Rysunek 1. Pozycja polskiego rynku leków innowacyjnych w Europie w ujęciu wartościowym.
Źródło: IMS Health [5].



Rysunek 2. Pozycja polskiego rynku leków innowacyjnych w Europie w ujęciu ilościowym.
 Źródło: IMS Health [5].



Rysunek 3. Średnia cena netto leku innowacyjnego (oryginalnego) w Polsce na tle innych krajów europejskich.
 Źródło: IMS Health [5].

ważnie ograniczony. Na rynku leków problem dostępu do nowoczesnego leczenia widoczny jest szczególnie wyraźnie [6].

Trudno jest jednoznacznie określić oficjalne stanowisko władz Polski względem innowacji lekowej. Wiedzę na ten temat można czerpać z dokumentów, które nie są poświęcone innowacji lekowej bezpośrednio lub wyłącznie. Należą do nich dokumenty o charakterze programowym, zatytułowane „Polityka lekowa pań-

stwa”, nieregularnie publikowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Dokument wydany ostatnio, to znaczy w 2004 roku, dotyczył planów działania na lata 2004–2008 [7], poprzedni zaś wydany był jeszcze w 1995 roku [8]. Widoczny jest brak konsekwencji w formalnym i spójnym artykułowaniu polityki lekowej państwa, co całkowicie nie odpowiada roli, jaką odgrywa leczenie farmakologiczne w systemie opieki zdrowotnej. Jest to również sprzeczne z zaleceniami Świa-

towej Organizacji Zdrowia, która polityką lekową (*drug policy, pharmaceutical policy*) zajmuje się intensywnie i od dawna zaleca rzetelne opracowywanie dokumentów formalizujących politykę lekową państwa, wdrażanie deklarowanych tam działań, a także monitorowanie sposobu realizacji stawianych celów [9]. W „Polityce lekowej państwa 2004–2008” w kilku miejscach pojawiają się wzmianki dotyczące innowacji lekowej. Od razu można jednak zauważyć, że dominuje przeciwstawianie leków innowacyjnych i drogich lekom generycznym (odtwórczym) i tańszym. Stanowi to duże uproszczenie problemu innowacji lekowej.

Polskie władze zdrowotne, określając formalnie politykę lekową państwa, wyrażały potrzebę wspomagania jednostek naukowo-badawczych nastawionych na innowacyjność, od razu dodając, że ze względu na to, iż refundowanie leków odtwórczych ma przynosić oszczędności dla budżetu (płatnika), konieczne jest „opracowanie programu i instrumentów wspomagających działalność wytwórczą w tym sektorze”. Deklarowano „zapewnienie wymiernych oszczędności dla budżetu państwa związanych z prowadzeniem racjonalnej polityki refundacyjnej, opartej na wytwarzanych produktach leczniczych zarówno innowacyjnych, jak i odtwórczych”. Wskazywano też na potrzebę przygotowania „sektora farmaceutycznego do sprostania konkurencji w związku z wejściem Polski do struktur europejskich”, czemu miało służyć „wzmocnienie prac badawczo-rozwojowych nad polskimi, innowacyjnymi produktami leczniczymi, produkcja i wprowadzenie na rynek pakietu leków generycznych, zdobywanie nowych rynków zbytu, promowanie krajowych leków za granicą” [7]. Omawiając miejsce innowacji w obu dokumentach „Polityka lekowa państwa”, należy zaznaczyć, że ten drugi (i ostatni) nie zawiera żadnych dat lub nawet ogólnych terminów realizacji deklarowanych celów. Harmonogram zawarty był w dokumencie poprzednim (z 1995 roku), co było zgodne z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia [9]. Niewątpliwą korzyścią płynącą dla autorów dokumentu programowego, pozbawionego harmonogramu wdrażania stawianych w nim celów, jest komfortowy brak możliwości późniejszego zweryfikowania realizacji tych celów przez przeciwników politycznych, wyborców i opinię publiczną.

Innymi dokumentami rządowymi odnoszącymi się do innowacji lekowej są publikowane okresowo „Strategie dla przemysłu farmaceutycznego”. W „Strategii”, która ukazała się w 2005 roku, problematyka innowacji lekowej pojawia się w kilku miejscach [10]. Postrzeganie innowacji wydaje się tutaj pełniejsze niż w „Polityce lekowej państwa”. Wskazywane są np. możliwości innowacji w farmaceutycznym przemyśle generycznym. Zaznaczono, że „krajowy przemysł farmaceutyczny jest znaczącym nośnikiem postępu techniczno-technologicznego. Przynosząc duże zyski, ma decydujący wpływ na efekty ekonomiczne całego sektora chemicznego. Przemysł ten charakteryzuje wysoka rentowność, która jednak uwarunkowana jest kosztowną innowacyjnością...”. Ponadto wyjaśniono, że „polscy producenci leków specjalizują się głównie w produkcji leków generycznych

(odtwórczych), ponieważ nie dysponują środkami na finansowanie badań naukowych nad lekami oryginalnymi”. Sformułowane zostało nawet odrębne zadanie do realizacji przez polski rząd, jakim jest „wspieranie firm farmaceutycznych w zakresie innowacyjności poprzez: pozyskiwanie opracowań, partnerów i kapitału do uruchomienia produkcji niektórych substancji chemicznych, które jako surowce i półprodukty stosowane są do produkcji leków generycznych (...), kontynuację prac nad lekami oryginalnymi” [10]. Ponieważ ani polityka lekowa, ani polityka cenowo-refundacyjna nie leżały w kompetencjach ministrów sygnujących „Strategię dla przemysłu farmaceutycznego”, nie wskazywano na konkretne rozwiązania z zakresu refundacji leków, które miałyby promować innowację lekową. Pod tym względem znaczenie „Strategii” było więc ograniczone.

■ Ustawa refundacyjna – nowatorski akt prawny w polskiej polityce lekowej

Wobec dotychczasowego niedoceniaenia innowacji lekowej przez polskie władze zdrowotne, odzwierciedlonego rzadkim poruszaniem tej problematyki w oficjalnych dokumentach programowych rządu polskiego, spore oczekiwanie może wzbudzać projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tzw. ustawy refundacyjnej), przygotowanej przez ministra zdrowia (MZ) i przedstawionej publicznie po raz pierwszy we wrześniu 2010 roku podczas obrad XX Forum Ekonomicznego w Krynicy [11]. W okresie prac nad niniejszą publikacją ustawa znajdowała się na końcowym etapie procesu legislacyjnego.

Ustawa wprowadza całkowity budżet na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych na receptę, w ramach programów zdrowotnych, chemioterapii i tzw. importu docelowego leków (związanego ze sprowadzaniem z zagranicy leków niezarejestrowanych w Polsce, a niezbędnych dla ratowania zdrowia lub życia pacjenta). Budżet ten ustala się w wysokości 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w danym roku. Gdy próg ten zostanie przekroczony, wówczas firmy farmaceutyczne, których leki wykażą dodatnią dynamikę poziomu refundacji w danej grupie limitowej, będą zobowiązane do zwrotu na rzecz NFZ „kwoty przekroczenia” (*pay-back*). Kwota ta ma być obliczana przez NFZ według specjalnego wzoru matematycznego przed końcem pierwszego kwartału roku, w odniesieniu do refundacji za cały rok poprzedni. Ograniczenie wydatków na refundację leków i wprowadzenie obowiązku zwrotu kwoty przekroczenia to rozwiązania stosowane już w niektórych krajach, m.in. w Belgii, Francji, Portugalii, Rumunii, Wielkiej Brytanii, na Węgrzech i we Włoszech [12]. Senackie poprawki do ustawy refundacyjnej wprowadziły ograniczenie *pay-back* do 50% [13].

Powstają nowe kategorie dostępności refundacyjnej leków. Zastępują one dotychczasowy podział na leki

podstawowe, uzupełniające i stosowane w chorobach przewlekłych. Wprowadza się podział na leki:

- 1) dostępne w aptekach (w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym);
- 2) dostępne w ramach programu lekowego;
- 3) stosowane w ramach chemioterapii (w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym);
- 4) stosowane w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych innych niż opisane w punktach 1–3.

Ustawa wprowadza następujące kategorie odpłatności za opakowanie jednostkowe leku (nb. są one identyczne z dotychczasowymi):

- 1) bezpłatnie;
- 2) za odpłatnością ryczałtową;
- 3) za odpłatnością w wysokości 30 lub 50% limitu finansowania (do wysokości limitu i za dopłatą w wysokości różnicy pomiędzy ceną detaliczną a wysokością limitu finansowania).

Tak jak do tej pory zakłada się funkcjonowanie grup limitowych, wyznaczając w ich ramach podstawę limitu finansowania. Utrzymany więc został system cen referencyjnych, stosowany poza Polską także w wielu innych krajach. Po raz pierwszy na świecie wprowadzono go w Nowej Zelandii, na kontynencie europejskim zaś w Niemczech [14]. Drobna, ale istotną zmianą jest wprowadzenie pojęcia „limitu finansowania” zamiast „limitu ceny”³. Co jeszcze ważniejsze, wprowadza się znacznie bardziej precyzyjne niż obowiązujące do tej pory, kryteria finansowe kwalifikacji leków do grup limitowych. Uzależnia się przynależność do grupy limitowej od przewlekłości leczenia i jego kosztów. „Domyślnym” poziomem ma być odpłatność 30%, do której będzie się kwalifikować wszystkie leki, które nie zostały włączone uprzednio do innych poziomów odpłatności. Wprowadza się kryterium obciążenia finansowego pacjenta przy określaniu grup odpłatności. Leki, których stosowanie mniej obciąża finansowo pacjenta ze względu na ograniczony czas trwania farmakoterapii (do 30 dni), mają trafiać do poziomu odpłatności 50%. Leki, które bardziej obciążają budżet pacjenta ze względu na wysoki koszt miesięczny lub ze względu na konieczność przewlekłego stosowania, mają należeć do poziomu odpłatności ryczałtowej. Natomiast bezpłatnie mają być wydawane leki stosowane w leczeniu nowotworów złośliwych, zaburzeń psychiatrycznych, upośledzeń umysłowych lub zaburzeń rozwojowych, chorób zakaźnych o szczególnym znaczeniu epidemicznym dla populacji, a także leki stosowane w ramach programu lekowego. Także kategoria odpłatności ryczałtowej ma uwzględniać kryterium czasu trwania leczenia i kosztu terapii dla pacjenta, odnosząc ten koszt do poziomu minimalnego wynagrodzenia za pracę w Polsce.

Tworzenie grup limitowych ma być związane z kojarzeniem odpowiedników generycznych (leków odtworczych o tej samej nazwie międzynarodowej) lub terapeutycznych (leków o podobnym działaniu terapeutycznym). Nowością jest powiązanie podstawy limitu refundacji z lekami posiadającymi istotniejszy udział wśród dostep-

nych zamienników. Do tej pory podstawę limitu tworzyły niekiedy leki wprawdzie tanie, lecz faktycznie niedostępne w obrocie. Dzięki ustawie refundacyjnej leki nieposiadające większego lub nawet jakiegokolwiek znaczenia rynkowego nie będą brane pod uwagę przy ustalaniu limitów refundacji, co powinno urealnić politykę lekową.

Urzędowa marża hurtowa na leki, liczona od urzędowej ceny zbytu, zostaje zmniejszona z 8,91 do 5%, jednak stopniowo aż do 2014 roku [15]. Marża apteczna ma być nadal degresywna, lecz ważną nowością jest obliczanie jej od ceny hurtowej leku stanowiącego podstawę limitu w danej grupie limitowej. Chociaż marża apteczna ma stracić swój górny pułap kwotowy, to limitowana będzie przecież podstawa wyliczania marży. Zmiany te mają najwyraźniej zniechęcać aptekarzy do sprzedawania leków zamiennych, lecz droższych. Zarówno ceny urzędowe, jak również marże (hurtowe i detaliczne) mają mieć charakter sztywny (niezmienny), nie zaś maksymalny (nieprzekraczalny, jak do tej pory) – i jest to jedna z najważniejszych zmian stanu obecnego, sankcjonowana zresztą bardzo poważnymi karami finansowymi w przypadku naruszenia zasad stosowania cen zbytu, marż hurtowych lub detalicznych.

Objęcie leku refundacją ma odbywać się przez wydanie decyzji przez MZ, określającej od razu cenę urzędową zbytu i wydawanej na okres od dwóch do pięciu lat, według szczegółowo rozbudowanych kryteriów. Brana będzie pod uwagę istotność stanu klinicznego, którego dotyczy wnioski o objęcie refundacją, skuteczność kliniczna i praktyczna, bezpieczeństwo stosowania, relacja korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania, stosunek kosztów do efektów zdrowotnych uzyskiwanych dzięki dotychczas refundowanym lekom (w porównaniu z lekiem wnioskowanym), konkurencyjność cenowa, wpływ na wydatki NFZ, istnienie alternatywnej technologii medycznej oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania. Znaczenie będzie miała również wiarygodność i precyzja oszacowań kryteriów, dokonywanych przez wnioskodawcę. Decyzja refundacyjna będzie podejmowana także w kontekście ustalonych priorytetów zdrowotnych oraz przy uwzględnieniu innych możliwości dostępnego współcześnie leczenia. Brany będzie pod uwagę próg uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (*quality-adjusted life year* – QALY), ustalony w wysokości trzykrotności produktu krajowego brutto *per capita*, w przypadku zaś braku możliwości wyznaczenia tego kosztu – koszt uzyskania dodatkowego roku życia. Przed wydaniem decyzji refundacyjnej przez MZ wymagane będzie zajęcie stanowiska przez Komisję Ekonomiczną, wydanie rekomendacji przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) i ocena konkurencyjności cenowej. Bardzo interesujące są zapisy dotyczące równoważenia interesów świadczeniobiorców i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem lub obrotem lekami, możliwości płatniczych NFZ, a także uwzględniania działalności naukowo-badawczej i inwestycyjnej firmy farmaceutycznej w zakresie związanym z ochroną zdrowia na terytorium Polski i w innych państwach członkowskich UE lub EFTA. W przypadku leków drugich w kolejności

na wykazach refundacyjnych ich urzędowa cena zbytu nie będzie mogła przekroczyć 75% urzędowej ceny zbytu jedyne go odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu. Dla kolejnego odpowiednika cena urzędowa zbytu nie będzie mogła przekroczyć urzędowej ceny zbytu odpowiednika wyznaczającego podstawę limitu. Taki mechanizm ustalania cen zamienników kolejno ukazujących się w wykazach refundacyjnych ma stymulować stopniowe obniżanie ich cen.

Ważną i oczekiwaną nowością jest wprowadzenie możliwości stosowania instrumentów dzielenia ryzyka (*risk-sharing*) przy wprowadzania leków do systemu refundacyjnego. Mechanizmy te mają być związane z uzależnieniem (1) wielkości przychodu wnioskodawcy od uzyskiwanych efektów zdrowotnych, (2) wysokości urzędowej ceny zbytu od zapewnienia dostaw po obniżonej cenie, (3) wysokości urzędowej ceny zbytu od wielkości obrotu lekiem, (4) ceny zbytu od zwrotu części uzyskanej refundacji do NFZ lub (5) ustaleniem innych warunków refundacji mających wpływ na zwiększenie dostępności do świadczeń, ewentualnie obniżenie kosztów tych świadczeń.

Bardzo duże kontrowersje wzbudzały zapisy ustawy wprowadzające opłatę w wysokości 3% przychodu z tytułu objęcia leku refundacją w danym roku kalendarzowym, która miała być wnoszona przez firmę farmaceutyczną na rachunek AOTM. Przychody z tytułu tych opłat miały być przeznaczane na finansowanie działań naukowo-badawczych, jednak ustawa nie precyzowała sposobu wykorzystywania tych środków finansowych. Zapisy te zostały usunięte przez senacką poprawkę, przyjętą przez Sejm [13, 15].

Ustawa powołuje 17-osobową Komisję Ekonomiczną (zastępującą niejako dotychczasowy Zespół do spraw Gospodarki Lekami), która ma wykonywać szeroko nakreślone zadania, związane m.in. z negocjacjami i ustalaniem urzędowych cen zbytu, ustalaniem poziomu odpłatności i wskazań, w których lek ma być refundowany, okresu obowiązywania decyzji refundacyjnej, instrumentów dzielenia ryzyka. Określone zostają kryteria powadzenia negocjacji przez Komisję Ekonomiczną i zaznacza się, że mają być w nich uwzględniane m.in.: potrzeba równoważenia interesów świadczeniobiorców i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem lub obrotem lekami, możliwości płatnicze NFZ oraz działalność naukowo-badawcza i inwestycyjna firmy farmaceutycznej w zakresie związanym z ochroną zdrowia na terytorium Polski i w innych państwach członkowskich UE lub EFTA.

Dotychczasowa Rada Konsultacyjna AOTM zostaje zastąpiona przez Radę Przejrzystości AOTM. Ma ona pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą i ma być włączona w proces podejmowania decyzji refundacyjnych. Do zadań Rady Konsultacyjnej ma należeć przygotowywanie stanowisk dotyczących kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych wraz z określeniem sposobu i poziomu ich finansowania, usuwania świadczeń z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmian poziomu ich finansowania, przygotowywanie i przedstawianie stanowisk dotyczących decyzji refundacyjnych, a także wydawanie opinii o programach zdrowotnych.

Wprowadzone zostają różne tryby podejmowania decyzji refundacyjnych, związane z tym rodzaje składanej dokumentacji, włączając w to analizy z zakresu oceny technologii medycznych lub tzw. analizy racjonalizacyjne (przy wnioskach o podwyższenie ceny urzędowej). Określa się terminy rozpatrywania wniosków refundacyjnych i związane z rozpatrywaniem tych wniosków opłaty ponoszone przez wnioskodawców. Opłaty te mają stanowić dochód budżetu państwa.

Radykalnie zmienia się forma publikacji wykazów refundacyjnych. Dotychczasowe rozporządzenia MZ (dotyczące leków podstawowych i uzupełniających, wykazu chorób przewlekłych i leków, które w nich mogą być stosowane jako refundowane, cen tych leków oraz tzw. limitów cen) zostają zastąpione przez obwieszczenia MZ. W jednym dokumencie ma być zawarty wykaz leków refundowanych, ich dane identyfikacyjne, kategorie dostępności refundacyjnej, poziom odpłatności, urzędowa cena zbytu, wysokość limitu finansowania i grupa limitowa. Obwieszczenia będą ogłaszane raz na dwa miesiące w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Ważną zmianą jest umożliwienie MZ wydawania decyzji o objęciu refundacją leku (w ramach programu lekowego lub chemioterapii) poza jego wskazaniami rejestracyjnymi, tzn. poza wskazaniami do stosowania, dawkowaniem lub sposobem podawania określonym w charakterystyce produktu leczniczego (*off-label use*). Oznacza to oficjalne uznanie możliwości finansowania ze środków publicznych leków w ich zastosowaniach pozarejestracyjnych i może stanowić „szybką ścieżkę” finansowania leków w nowych wskazaniach. Może to mieć zastosowanie m.in. wówczas, gdy wiedza naukowa postępuje szybciej niż aktualizacja dokumentacji rejestracyjnej. Jednakże należy zauważyć, że taka możliwość ustawowa może być źródłem przyszłych zarzutów wobec MZ i NFZ odnośnie do ułatwienia finansowania ze środków publicznych metod leczenia, które nie są jeszcze wystarczająco przebadane, sprawdzone i udokumentowane.

Wiele zapisów ustawy dotyczy zmian sposobu funkcjonowania aptek jako miejsc realizacji recept lekarskich podlegających refundacji, a także zmian w zasadach współpracy z NFZ lekarzy wystawiających recepty na leki refundowane. Wprowadzone zostają umowy aptek z NFZ mocniej wiążące obie strony w realizacji zadań związanych z refundacją leków. Będzie istniał nie tylko obowiązek informowania ubezpieczonych przez aptekę o możliwościach nabycia leku objętego refundacją innego niż lek przepisany, lecz o tej samej nazwie międzynarodowej i dawce, o postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, a którego cena nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych, lecz również obowiązek posiadania takiego leku przez aptekę. Substytucja generyczna będzie wzmocniona obowiązkiem uzasadnienia przez lekarza w dokumentacji medycznej pacjenta faktu dokonania na recepcie adnotacji o braku możliwości zamiany zleconego leku. Wprowadzone zostają rygorystyczne zasady przekazywania danych refundacyjnych przez apteki do NFZ, nie-

przekazanie zaś tych danych w formie prawidłowej, po upływie dodatkowego terminu na ich uzupełnienie, ma skutkować całkowitym wstrzymaniem refundacji w kwestionowanym zakresie. Będzie istniał obowiązek zawierania przez lekarzy wystawiających recepty na leki refundowane umów z NFZ, upoważniających do wystawiania takich recept, bez względu na to, czy ich wystawianie odbywać się będzie w toku pracy w charakterze lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, czy też nie (recepty dla pacjentów leczonych poza placówkami posiadającymi umowę z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, *pro auctore, pro familia*). Zwiększa się możliwość skutecznego monitorowania preskrypcji lekarskiej przez NFZ, ponieważ wprowadzone zostają rygorystyczne sankcje za nieprzestrzeganie przez lekarzy obowiązujących zasad wystawiania recept lekarskich.

Będzie istniał zakaz stosowania niejednorodnych warunków umów zawieranych pomiędzy przedsiębiorcami zajmującymi się wytwarzaniem lub obrotem lekami. Umowy te, podobnie jak umowy zawierane ze świadczeniodawcami, nie będą mogły być uzależnione od przyjęcia lub spełnienia innych świadczeń, złamanie zaś zasad będzie obłożone wysokimi sankcjami. Wprowadza się dosyć głęboką ingerencję w działalność zarówno firm farmaceutycznych, jak również innych przedsiębiorców z branży lekowej. Stałe marże i sztywne ceny leków mocno ograniczą swobodę działalności gospodarczej, pojawia się więc pytanie o skuteczność tego typu rozwiązań w polityce lekowej państwa. Obecnie nie jest pewne, czy taka ingerencja będzie efektywnie wykorzystywana przez MZ w prowadzeniu polityki lekowej – okaże się to dopiero w przyszłości. Obawy wzmacnia to, że w uzasadnieniu do projektu ustawy brakuje przedstawienia „twardych dowodów”, faktów i obliczeń potwierdzających tezę, że zróżnicowanie cen leków, rabaty i upusty negatywnie odbijają się na pacjentach i na budżecie NFZ. Jeżeli tańsze dla pacjentów leki (słynne „leki za jeden grosz”) miały do tej pory skutkować marnotrawstwem związanym z nadmiernym wykupywaniem leków, to pojawia się pytanie, czemu nie wprowadzono dostępnych już i skutecznych sposobów monitorowania ordynacji lekarskiej, eliminując problem u podstaw? Temu właśnie celowi mogą służyć systemy w rodzaju rejestru usług medycznych oraz umiejętne wykorzystywanie informacji pozyskiwanych przez NFZ.

Ustawa refundacyjna jest bardzo ambitnym i nowatorskim aktem prawnym. Po raz pierwszy w historii regulacje cenowo-refundacyjne dotyczące leków ujęte są w sposób całościowy i uporządkowany. Postulaty uporządkowania polskich przepisów dotyczących refundacji leków oraz zmian w zakresie polityki lekowej i cenowo-refundacyjnej zgłaszane były w latach poprzednich [16]. Ustawa zawiera wiele nowych rozwiązań, dotychczas nieznanych w polskim systemie opieki zdrowotnej, tak więc jej znaczenie wykracza daleko poza funkcję porządkującą obecny stan prawny, zbierającą szereg przepisów różnej rangi w jeden dokument i nadającą im status nowej ustawy. Polskie władze zdrowotne (MZ, NFZ) otrzymują bardzo poważne narzędzia ingerencji w rynek farmaceutyczny, przy czym nie jest to ingerencja bezpreceden-

wa w skali europejskiej, są bowiem opisane w literaturze przedmiotu doświadczenia innych krajów w tym zakresie [14]. Czas pokaże, z jakim skutkiem ustawowe narzędzia będą wykorzystywane w praktyce. Wobec tego, że w dotychczasowej praktyce zmiany w polityce lekowej były niezwykle powolne, ustawę refundacyjną można uznać za przełomowy akt prawny, przynoszący zmiany o charakterze rewolucyjnym dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. W jaki sposób te zmiany dotyczyć mogą innowacji lekowej i jak mogą one wpłynąć na przyszłość tej innowacji w Polsce?

■ Zapisy ustawy refundacyjnej, które mogą wpłynąć na innowację lekową

Niektóre zapisy ustawy refundacyjnej wydają się ściśle oddziaływać na innowację lekową, inne zaś mogą na nią wpływać pośrednio. Ustawa wprowadza ważne kryterium oceny dokumentacji refundacyjnej przez Komisję Ekonomiczną, jakim jest działalność naukowo-badawcza i inwestycyjna firmy farmaceutycznej w zakresie związanym z ochroną zdrowia na terytorium Polski i w innych państwach członkowskich UE lub EFTA. Kryterium to może stać się ważnym instrumentem stymulowania R&D w branży farmaceutycznej.

Pozytywny, chociaż doraźny wpływ na innowację mogą wywierać zapisy ustawowe dające MZ możliwość wydawania decyzji o objęciu refundacją leku poza jego wskazaniami rejestracyjnymi określonymi w charakterystyce produktu leczniczego. Pacjentom umożliwi to szybki dostęp do innowacyjnych metod leczenia, z zastrzeżeniem że stosowanie leków w trybie *off-label* powinno być wyjątkiem, a nie regułą.

Pośredni i pozytywny wpływ na innowację lekową może mieć dalsze wzmocnienie znaczenia oceny technologii medycznych (*health technology assessment* – HTA) w systemie opieki zdrowotnej i przy podejmowaniu decyzji cenowo-refundacyjnych. HTA niewątpliwie wspiera racjonalne dzielenie publicznych środków finansowych, więc można się spodziewać, że wzmocnienie roli AOTM powinno z jednej strony pomagać w eliminowaniu mniej skutecznych metod leczenia farmakologicznego, a z drugiej wygospodarować środki finansowe na leki innowacyjne.

Pozytywny wpływ na innowację lekową powinno mieć wprowadzenie mechanizmów dzielenia ryzyka, otwierające drogę do szybszego pojawiania się innowacyjnych leków w systemie refundacyjnym. Dotyczyć one będą właśnie leków innowacyjnych, a zwłaszcza wysoce innowacyjnych. Pozwolą na zmniejszenie obaw MZ i NFZ o stabilność budżetu płatnika przy wprowadzaniu do systemu refundacyjnego nowych, kosztownych leków, producentom zaś tych leków znacznie ułatwią dostęp do ich finansowania z publicznych pieniędzy. Powinno się to odbyć z pozytywnym skutkiem dla pacjentów, do tej pory często pozbawionych możliwości innowacyjnego leczenia z powodu zbyt powolnego reagowania władz zdrowotnych, paraliżowanych obawami o budżet płatnika.

Na etapie konsultacji społecznych projektu ustawy refundacyjnej wiele instytucji zgłosiło krytyczne uwagi odnośnie do wprowadzenia limitu wydatków na leki w wysokości 17% sumy środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń gwarantowanych w danym roku oraz mechanizmu *pay-back* [17]. Z podobną krytyką spotkały się zapisy dotyczące wprowadzenia sztywnych cen i marż na leki oraz brak możliwości stosowania rabatów i upustów (oponentami byli głównie przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego, pozytywnie do tych zmian odnosiła się część środowiska aptekarskiego). Argumentowano, że zapisy te zamrozą wydatki na leki, zmniejszą do nich dostęp, zmniejszą konkurencję cenową pomiędzy producentami i w rezultacie zwiększą obciążenia finansowe ponoszone przez pacjentów. Jednakże zwroty przychodów mogą pełnić rolę mechanizmu obniżającego ceny efektywne leków pomimo utrzymywania ich na wyższym poziomie nominalnym [18]. Strategia taka może być korzystna dla firm działających w skali międzynarodowej, które obawiają się skutków importu równoległego produkowanych przez siebie leków lub też skutków międzynarodowych porównań cenowych przy ustalaniu cen leków w innych krajach (*price benchmarking, international price comparisons*). Stąd wśród uwag do projektu ustawy pojawiły się postulaty zróżnicowania reguł *pay-back* dla leków innowacyjnych (w okresie ochrony patentowej), oryginalnych (po zakończeniu ochrony patentowej) wraz z generycznymi oraz leków udostępnianych w ramach programów lekowych i chemioterapii [18]. Według szacunków IMS Health Poland wprowadzenie ustawy refundacyjnej obniży refundację NFZ o ponad 5 mld zł, a ciężar tego mają ponieść głównie pacjenci [5]. Należy przy tym zaznaczyć, że obliczenia te zostały przeprowadzone przed ostatecznymi zmianami treści projektu, a zwłaszcza przed wniesieniem poprawek senackich do ustawy. Zgłaszane powszechnie zastrzeżenia dotyczące zwiększenia ograniczeń budżetowych w refundacji leków mogą wzbudzać obawy o to, czy na wynagradzanie i promowanie innowacji lekowej będą poświęcane wystarczająco duże środki finansowe.

Niepokój środowiska innowacyjnych firm farmaceutycznych budzi wyznaczanie szerokich grup limitowych [19]. Chodzi tutaj o ograniczenie do dwóch liczby kryteriów farmakologicznych kwalifikacji leków do tych grup (te same wskazania i przeznaczenia, w których leki są refundowane, oraz podobna skuteczność). Są to faktycznie określenia ogólne i istnieje potencjalne ryzyko, że w praktyce będą one stosowane bardzo szeroko. W takim przypadku mogłoby dochodzić do łączenia we wspólną grupę limitową leków o bardzo zróżnicowanej innowacyjności, skutkiem czego nie byłoby możliwości premiowania leków wysoce innowacyjnych odpowiednio wyższymi limitami cenowymi. Istnieją jednak zapisy ustawowe, które mogą okazać się w tym kontekście niezwykle korzystne dla leków innowacyjnych. Bardzo istotną, jeżeli chodzi o promowanie innowacji lekowej, nowością jest bowiem dopuszczenie możliwości tworzenia odrębnej grupy limitowej w sytuacji, gdy droga podania leku lub jego postać farmaceutyczna w istotny sposób wpływa na efekt zdrowotny lub siłę interwencji albo też ma dodat-

kowy efekt zdrowotny. Wymagać to będzie pozytywnej opinii Rady Przejrzystości AOTM. W sytuacji gdy pojawi się na rynku lek, który ma wprowadzić swoje zamienniki (refundowane już na określonych zasadach), lecz innowacyjne cechy tego leku, związane z drogą podawania lub postacią farmaceutyczną, będą uzasadniać stworzenie odrębnej grupy limitowej – możliwe będzie utworzenie takiej właśnie odrębnej grupy wraz z nowym (wyższym) limitem finansowania. Wydaje się, że duże znaczenie dla premiowania innowacji lekowej będzie miał sposób interpretacji i praktycznego stosowania zapisów ustawowych dotyczących tworzenia grup limitowych.

Wnioski

1. Rola i sposób postrzegania innowacji lekowej w polskiej polityce zdrowotnej nie są sygnalizowane w sposób spójny i jednoznaczny.
2. Ustawa refundacyjna wnosi do polityki lekowej i cenowo-refundacyjnej gruntowne zmiany, które mogą wywrzeć wpływ na innowację lekową w polskim systemie opieki zdrowotnej.
3. Nie można obecnie określić zdecydowanie kierunku możliwych zmian w obszarze innowacji lekowej, które spowoduje ustawa refundacyjna. Pojawia się jednak nadzieja na sumarycznie korzystny wpływ nowych regulacji, stąd konieczne będzie monitorowanie sposobu wdrażania ustawy refundacyjnej.

Przypisy

¹ Do leków tych lekarze zaliczali zwłaszcza: inhibitory konwertazy angiotensynowej (stosowane w nadciśnieniu), statyny (obniżające stężenie cholesterolu w osoczu), inhibitory pompy protonowej i H₂-blokery (hamujące wydzielanie kwasu solnego w żołądku) oraz selektywne inhibitory wychwytu serotoniny (SSRI – leki przeciwdepresyjne).

² Poprzednikiem leku generycznego jest lek oryginalny, który w momencie wprowadzania na rynek faktycznie wnosi innowację. Lek oryginalny jest wtedy lekiem innowacyjnym w pełnym znaczeniu pojęcia „innowacja”. Jednak po upływie wielu lat od wprowadzenia do obrotu innowacyjność leku oryginalnego, nadal obecnego na rynku, lecz wówczas najczęściej obok leków odtwórczych (generycznych), może być już wątpliwa. Należy mieć w pamięci tę uwagę semantyczną przy utożsamianiu leków innowacyjnych z oryginalnymi, co często ma miejsce.

³ Obecne określenie „limit ceny” jest mylące i wprowadza w błąd pacjentów. Sugeruje ono, że w Polsce leki są finansowane przez publicznego płatnika w bezpośredniej relacji do swojej limitowanej ceny, nie zaś do limitu, który może być znacznie niższy niż cena detaliczna.

Abstract

The pharmaceutical innovation and the Reimbursed Act

Key words: pharmaceutical innovation, pharmaceutical pricing, pharmaceutical reimbursement, pharmaceutical policy, pay-back, risk-sharing

The innovation in pharmaceutical sector can be characterized as incremental. The expectations towards new drugs are very high but the access

of Polish patients to the pharmaceutical innovation is limited. Role and perception of this innovation within the Polish health care policy are not signaled coherently and unambiguously. The Reimbursement Act is an important new legal act, which was intensely debated in the second half of 2010 and the first half of 2011. This legal act changes conditions of functioning of virtually all subjects acting on the market of pharmaceuticals which are financed from public sources. The Reimbursement Act introduces thorough changes into the pharmaceutical policy and pricing and reimbursement policies. These changes can influence the pharmaceutical innovation in the Polish health care system. It is impossible to circumscribe the direction of these changes decisively. However, there is a hope for a summary positive influence of new regulations, so monitoring of a manner of implementation of the Reimbursement Act will be necessary.

Piśmiennictwo:

1. OECD, *Oslo Manual: Proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data*. OECD, Paris 1997.
2. EFPIA, *The pharmaceutical industry in figures*. EFPIA – European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, Brussels 2006.
3. Fuchs V.R., Sox H.C. Jr., *Physicians' views of the relative importance of thirty medical innovations*, „Health Affairs (Millwood)” 2001, 20, 5, 30–42.
4. High Level Pharmaceutical Forum, *Final Conclusions and Recommendations of the High Level Pharmaceutical Forum 2005–2008*. http://ec.europa.eu/pharmaforum/docs/ev_20081002_frep_en.pdf (zacytowano 22.05.2011).
5. Pilkiewicz M., *Polska na tle innych krajów UE. Analiza skutków wprowadzenia nowej ustawy na rynek farmaceutyczny (materiały konferencyjne)*, IMS Health Poland, Warszawa 2011.
6. Grupa Robocza na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej, *Dostęp polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia. Analiza sytuacji i propozycje rozwiązań*, Warszawa 2008, http://www.cioz.pl/materiały/RAPORT_Grupy_Roboczej_Dostęp_do_innowacji_w_ochronie_zdrowia_08.pdf (zacytowano 20.05.2011).
7. Ministerstwo Zdrowia, *Polityka lekowa państwa 2004–2008*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
8. Ministerstwo Zdrowia, *Polityka lekowa państwa*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1995.
9. WHO, *How to develop and implement a national drug policy*. WHO, Geneva 2001.
10. MGiP, MSP, *Strategia dla przemysłu farmaceutycznego do roku 2008*. Ministerstwo Gospodarki i Pracy, Ministerstwo Skarbu Państwa, Warszawa 2005.
11. Ministerstwo Zdrowia, *Projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=016153> (zacytowano 20.05.2011).
12. Klim A., Łanda K., Bondaryk K., Budasz-Świdorska M., Ofierska-Sujkowska G., *Umowy podziału ryzyka (Risk Sharing Schemes, RSS)*, w: Łanda K. (red.), *Pricing. Ceny leków refundowanych, negocjacje i podział ryzyka*. Central and Eastern European Society of Health Technology Assessment, Kraków/Warszawa 2009.
13. Medycyna Praktyczna, *Senat poprawił ustawę refundacyjną*, <http://prawo.mp.pl/wiadomosci/show.html?id=59380>, (zacytowano 26.05.2011).
14. Bochenek T., Kozierkiewicz A., *Ceny i refundacja leków*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2009.
15. Polska Agencja Prasowa, *Koniec z lekami za grosz*. „Dziennik Polski”, 13.05.2011.
16. Ministerstwo Zdrowia, *Założenia zmian w systemie refundacji leków*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik_r_07.pdf (zacytowano: 26.05.2011).
17. Ministerstwo Zdrowia, *Uwagi do projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=016407> (zacytowano 26.05.2011).
18. CASE – Doradcy Spółka z o.o., *Poziom wydatków na leki. Polska na tle krajów OECD*. w: Ministerstwo Zdrowia, *Uwagi do projektu ustawy refundacyjnej*, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=016407> (zacytowano 10.05.2011).
19. INFARMA Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych, *Uwagi do projektu ustawy refundacyjnej z dn. 08.10.2011*, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=382&ml=pl&mi=382&mx=0&mt=&my=131&ma=016407> (zacytowano 25.05.2011).

■ O autorze:

dr nauk med. Tomasz Bochenek – Zakład Gospodarki Lekiem, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

Teresa Bernadetta Kulik, Jolanta Pacian, Anna Pacian

Prawne podstawy odpowiedzialności zawodowej pracowników ochrony zdrowia

Słowa kluczowe: odpowiedzialność, ochrona zdrowia, tryby odpowiedzialności

Prawo do zdrowia i prawo do ochrony zdrowia są jednymi z podstawowych praw człowieka. Realizacja prawa do ochrony zdrowia ma w dzisiejszych czasach duże znaczenie z uwagi na to, że zdrowie jest jednym z głównych wyznaczników jakości życia, decydującym w istotny sposób o ładzie społecznym oraz stanowiącym wartość samą w sobie [1]. Czynnikiem decydującymi o odpowiedniej realizacji prawa do zdrowia i prawa do ochrony zdrowia są: dobrze przygotowana kadra pracowników ochrony zdrowia, odpowiednie finansowanie szpitali i placówek medycznych oraz efektywne i stabilne prawo regulujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Celem pracy jest przedstawienie regulacji prawnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej pracowników ochrony zdrowia, ze zwróceniem szczególnej uwagi na lekarzy oraz pielęgniarki i położne. Postępowanie to jest jednym z mechanizmów mających gwarantować zadowalający poziom świadczeń zdrowotnych. Jego wyznacznikiem jest zapewnienie, aby pracownik ochrony zdrowia, któremu udowodniono niewłaściwe postępowanie zawodowe, był zmuszony do poprawy swoich działań, a w szczególnie poważnych i powtarzających się przypadkach został czasowo albo na stałe pozbawiony prawa praktyki. Równie ważne dla jakości świadczeń zdrowotnych są także odpowiednie warunki materialne i organizacyjne, motywacja oraz stałe doskonalenie zawodowe.

Postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej zazwyczaj rozpoczyna się od złożenia skargi. Wydawać by się mogło, że im biedniejszy kraj, tym więcej problemów i skarg. I odwrotnie – im kraj bogatszy, tym lepszy system ochrony zdrowia. Tymczasem badania dowodzą, że w krajach skandynawskich, gdzie system ochrony zdrowia jest uważany za bardzo dobry, skarg jest również bardzo dużo. Liczba tych skarg w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stanowi rocznie od kilku do kilkunastu procent. W większości krajów europejskich liczba ta jest mniejsza o 1%, największa jest

jednak w Wielkiej Brytanii. W Polsce skargi składane są do rzeczników odpowiedzialności zawodowej i dotyczą jedynie 2% lekarzy. Zatem można stwierdzić, iż liczba skarb nie zależy od poziomu opieki zdrowotnej oraz że jest największa w krajach mających głównie publiczny system opieki zdrowotnej.

Według Trybunału Konstytucyjnego odpowiedzialność zawodowa łączy się przede wszystkim ze specyfiką wykonywania niektórych zawodów oraz zasadami funkcjonowania konkretnych korporacji zawodowych. Ukształtowane w ich ramach reguły deontologiczne ukierunkowane są przede wszystkim na obronę honoru i dobra zawodu. Mogą przez to odwoływać się do etycznych aspektów współistnienia i działania. Deontologia zawodowa musi być więc ujmowana także w perspektywie imperatywnych rozwiązań praktycznych w zakresie dotyczącym wypełniania obowiązków zawodowych. Stąd też odpowiedzialność dyscyplinarna jako przejaw odpowiedzialności zawodowej może być związana z czynami, które nie podlegają odpowiedzialności karnej [2]. Takie zasady odpowiedzialności przewiduje się zwłaszcza w odniesieniu do zawodów o dużym prestiżu społecznym, w których należyta troska o ich godność jest ważnym jego elementem [3]. Sąd Najwyższy (SN) wskazał, że poza przepisami ustawy lub postanowieniami regulaminów i okólników wiążących określonych pracowników każdego wiążą wskazania wynikające z istoty wykonywanych funkcji lub z etyki związanej z danym zawodem. Jeżeli chodzi o zawód lekarza, to wymagania te muszą być ze względu na daleko idące skutki jego pracy specjalnie wysokie [4].

W XX i XXI wieku obserwujemy coraz liczniejsze procesy, w których powód staje przed sądem, przedstawiając swoje roszczenia. Pacjent żąda odszkodowania za wyrządzone mu szkody na skutek niewłaściwego leczenia, a sąd staje po jego stronie, dopatrując się winy w postępowaniu pracowników ochrony zdrowia [5].

Odpowiedzialność zawodowa jest dodatkowym trybem odpowiedzialności powszechnej, nienależącym do prawa powszechnego. Podstawowymi trybami odpowiedzialności powszechnej są postępowanie cywilne i karne. Pracownicy ochrony zdrowia mogą także ponosić odpowiedzialność w trybie postępowania dyscyplinarnego prowadzonego przez pracodawcę. Każdy z wymienionych trybów jest niezależny, rządzi się własnymi przepisami i postępowania mogą być prowadzone równoległe.

Na płaszczyźnie międzynarodowej decydujące znaczenie w omawianym względzie ma art. 3 Europejskiej Konwencji o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z dnia 12.01.1998 roku, według której „strony podejmują stosowne działania w celu zapewnienia równego dostępu do opieki medycznej o właściwej jakości”. Na płaszczyźnie konstytucyjnej należy wymienić art. 68 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 roku, zgodnie z którym „każdy ma prawo do ochrony zdrowia, zaś obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Na płaszczyźnie ustaw szczególnych wymienić należy: art. 19 Ustawy z 30.08.1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, według którego pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej [6], art. 15 Ustawy z 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [7], który wymienia wiele takich świadczeń przysługujących ubezpieczonemu, w tym świadczenia służące zachowaniu, przywracaniu, poprawie i promocji zdrowia.

Podstawą odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest składana od starożytności przysięga Hipokratesa, zawierająca elementy etyki lekarskiej [8]. Jak orzekł SN, do fundamentalnych zasad etyki i deontologii lekarskiej tradycyjnie zalicza się powinności dochowania wierności i lojalności lekarza wobec pacjenta. Wyraża się to w formule *primum non nocere*, która wymaga przedkładania interesów pacjenta ponad własny interes lekarza [9]. Odpowiedzialność zawodowa ma ograniczony podmiotowo zakres [10]. Podlegają jej wyłącznie osoby wykonujące określony zawód, zazwyczaj związane szczególnym stosunkiem organizacyjnym z samorządem zawodowym [11]. Szerszy jest jednak zakres przedmiotu odpowiedzialności zawodowej w porównaniu z odpowiedzialnością karną. Odpowiedzialność zawodową ponosi się tam, gdzie ogólne prawo karne nie przewiduje żadnej odpowiedzialności. Wynika to z założenia, że przynależność do danej organizacji pociąga za sobą konieczność przestrzegania także tych obowiązków, które składają się na treść danego zawodu lub wynikają z przynależności do określonej organizacji [12].

W świetle art. 46 Ustawy z 2.12.2009 roku o izbach lekarskich [13] sprawy odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpatrują okręgowe sądy lekarskie i Naczelny Sąd Lekarski. Kary przyznawane są za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów Ustawy z 5.12.1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry [14] oraz wielu

innych ustaw w zakresie ochrony zdrowia. Okręgowe sądy lekarskie orzekają we wszystkich sprawach jako pierwsza instancja, z tym że w sprawach odpowiedzialności zawodowej członków okręgowej rady lekarskiej i okręgowej rady komisji rewizyjnej orzeka okręgowy sąd lekarski wyznaczony przez Naczelny Sąd Lekarski. Nowa ustawa z 2.12.2009 roku dodatkowo przewiduje, iż od prawomocnego orzeczenia Naczelnego Sądu Lekarskiego można wnieść kasację do SN. Jest to absolutne *novum*, które umożliwi rozpatrywanie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej SN i tym samym może stworzyć podstawy do coraz częstszego dochodzenia swoich praw przez poszkodowanych pacjentów.

Sąd lekarski może orzec: upomnienie, naganę, zawieszenie prawa wykonywania zawodu od 1 roku do 5 lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu lekarza oraz trzy nowe kary, które wprowadziła nowa ustawa: karę pieniężną na cel społeczny związany z ochroną zdrowia w wysokości od 1/3 do czterokrotności średniej płacy, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od 1 roku do 5 lat i ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od 6 miesięcy do 2 lat. W ustawie rozszerzono katalog kar, biorąc pod uwagę ich większe zróżnicowanie i lepsze dopasowanie do wagi przewinienia oraz stopnia zawinienia. Dodatkowo wprowadzono także jawność ogłaszania orzeczeń. Co więcej, orzeczenie sądu za najcięższe przewinienia będzie mogło być publikowane w biuletynie okręgowej izby lekarskiej. Celem takiego rozwiązania jest niewątpliwie dążenie do zwiększenia odpowiedzialności lekarzy za podejmowane procesy leczenia.

Systemy sankcji dyscyplinarnych, które mogą mieć zastosowanie do lekarzy, w większości krajów w znacznej części są zbliżone. Dotyczy to zwłaszcza kar polegających na oddziaływaniu moralnym w postaci upomnienia, ostrzeżenia czy nagany. Lekarz zawieszony nie może wykonywać praktyki lekarskiej w żadnej formie, tak na obszarze kraju, jak i terytorium Unii Europejskiej. Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu powoduje automatyczne skreślenie z listy członków okręgowej izby lekarskiej, bez prawa ponownego ubiegania się o wpis. W razie skazania na tę karę, jak również orzeczenia kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu, stosunek pracy lekarza wygasa z mocy prawa. Wygaśnięcie to pociąga za sobą skutki, jakie przepisy prawa wiążą z rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika. Orzeczenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu pociąga za sobą utratę biernego i czynnego prawa wyborczego do organów lekarskich.

Oskarżycielem w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej jest właściwy rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Zasada niezależności postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej od postępowania karnego oznacza, że fakt ukarania lekarza przez sąd nie stanowi samoistnej podstawy do odmowy wszczęcia postępowania przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Taka sytuacja może prowadzić do podwójnej odpowiedzialności za ten sam czyn. Jeśli bo-

wiem w przekonaniu rzecznika popełnione przez lekarza przestępstwo należy uznać za przewinienie zawodowe, ma on zawsze obowiązek wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Zgodnie z nową ustawą pokrzywdzony, którego dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienia zawodowe, jest stroną w postępowaniu i może brać w nim aktywny udział. Obwiniony może przybrać w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej obrońców spośród lekarzy, radców prawnych lub adwokatów [15]. Co więcej, według nowej ustawy może ustanowić nawet dwóch reprezentujących go pełnomocników, a w razie jego śmierci prawa w postępowaniu przechodzą na najbliższych. Jeżeli obwiniony lub obrońca nie stawia się na rozprawę bez wcześniejszego usprawiedliwienia, będzie ona mogła się toczyć dalej, pomimo ich nieobecności. Członkowie sądów lekarskich w zakresie orzekania są niezawiśli i podlegają tylko ustawom oraz obowiązującym zasadom etyki i deontologii zawodowej. Naczelna Rada Lekarska prowadzi rejestr ukaranych.

Okręgowe sądy lekarskie za pisemną zgodą mogą rozpatrywać – jako sądy polubowne – spory między lekarzami a innymi pracownikami ochrony zdrowia, pod warunkiem że spory te dotyczą wykonywania zawodu lekarza [16]. Członkowie sądów lekarskich orzekają na podstawie swojego przekonania opartego na swobodnej ocenie całokształtu zebranych dowodów. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej i sąd lekarski czuwają, aby w toku postępowania jego uczestnicy nie ponieśli szkody z powodu nieznanostwa prawa i w tym celu udzielają im niezbędnych informacji i wyjaśnień. Rozprawa przed sądem lekarskim jest jawna już nie tylko dla członków samorządu lekarskiego, jak było wcześniej. Sąd lekarski może utajnić rozprawę jedynie w sytuacji, gdy: należy zachować tajemnicę lekarską, ochronić dobre obyczaje, ważny interes prywatny lub państwowy oraz zapobiec naruszeniu spokoju.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej [17]. Jednak postępowanie to musi zakończyć w ciągu sześciu miesięcy od dnia uzyskania informacji o popełnieniu przewinienia. Rzecznik Naczelny może je przedłużyć o kolejne pół roku, a Naczelny Sąd Lekarski o dalszy konkretnie oznaczony czas. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej przed wszczęciem postępowania wyjaśniającego bada z urzędu, czy nie zachodzą okoliczności wyłączające postępowanie. W przypadku stwierdzenia takich okoliczności rzecznik wydaje postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania, które doręcza wraz z uzasadnieniem pokrzywdzonemu i lekarzowi [18]. Na to postanowienie pokrzywdzonemu przysługuje zażalenie do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a jeżeli postanowienie to wydał Naczelny Rzecznik – zażalenie przysługuje do Naczelnego Sądu Lekarskiego [19]. Nowa ustawa daje także stronom prawo złożenia do Naczelnego Rzecznika zażalenia na przewlekłość postępowania Rzecznika Okręgowego. Natomiast Naczelnemu Rzecznikowi przyznaje w takiej

sytuacji dodatkowo prawo przejęcia tej sprawy, wyznaczenia terminu jej załatwienia bądź przekazania jej innemu rzecznikowi.

Członkowie samorządu pielęgniarek i położnych podlegają odpowiedzialności przed sądami pielęgniarek i położnych za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej [20]. Organami właściwymi do rozpoznawania spraw z zakresu zasad odpowiedzialności pielęgniarek i położnych są okręgowy sąd pielęgniarek i położnych oraz Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych. Sąd może orzec wobec pielęgniarek i położnych karę upomnienia, nagany, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia na okres od 1 do 5 lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 6 miesięcy do 3 lat oraz pozbawienie prawa wykonywania zawodu, co skutkuje skreśleniem z listy członków okręgowej izby pielęgniarek i położnych, bez prawa ubiegania się o ponowny wpis. Pielęgniarka lub położna, której postępowanie dotyczy, oraz obwinionej pielęgniarki lub położnej przysługuje prawo odmowy złożenia wyjaśnień i prawo odmowy udzielania odpowiedzi na pytania. Pielęgniarka lub położna, której dotyczy postępowanie, może ustanowić obrońców w każdym stadium postępowania. Obrońcą może być członek sądu pielęgniarek i położnych oraz rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Obrońca obowiązany jest zachować w tajemnicy wszystko, o czym dowie się w związku z wykonywaniem czynności obrońcy. W przypadku gdy pielęgniarka lub położna, której postępowanie dotyczy, nie ma obrońcy z wyboru, sąd pielęgniarek i położnych wyznacza jej obrońcę z urzędu. W toku postępowania wyjaśniającego należy umożliwić pielęgniarkę lub położną złożenie wszystkich wyjaśnień, które uważa się za istotne dla sprawy.

Przepisy określają właściwość i skład sądu pielęgniarek i położnych, prawa i obowiązki stron, przebieg postępowania wyjaśniającego przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przez sądem pierwszej i drugiej instancji, przysługujące środki odwoławcze oraz tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu [21]. Pielęgniarka i położna przysługują następujące prawa: prawo do zachowania dotychczasowego wynagrodzenia w okresie tymczasowego zawieszenia w czynnościach medycznych, prawo do odszkodowania od okręgowej izby w razie uniewinnienia lub umorzenia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, prawo do ponownego zatrudnienia w uprzednim miejscu pracy w razie uniewinnienia lub wznowienia postępowania, prawo do ustanowienia obrońcy w toku postępowania oraz prawo do składania zażaleń i korzystania ze środków odwoławczych. Sąd pielęgniarek i położnych orzeka na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w toku sprawy oraz wymierza karę, biorąc pod uwagę stopień winy, naruszenie zasad etyki zawodowej, naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej, skutki czynu oraz zachowanie się obwinionej pielęgniarki lub położnej przed popełnieniem przewinienia zawodowego i po jego popełnieniu [22].

Każda pielęgniarka lub położna ponosi indywidualną odpowiedzialność za swoje działania, ale będąc realizatorem swojej zawodowej roli, ponosi odpowiedzialność zbiorową wobec społeczeństwa [23]. Mając bowiem na celu dobro podopiecznych, musi rozpoznawać konkretne problemy pacjentów, planować ich rozwiązywanie oraz oceniać efekty. Przewinienia uzasadniające wejście na drogę postępowania sądowego są bardzo rzadkie [24].

Wykonywanie zawodów medycznych w niemal wszystkich kulturach staje wobec niespotykanych wcześniej wyzwań. Skupiają się one wokół coraz większych rozbieżności między potrzebami pacjentów a dostępnością środków na ich zaspokojenie oraz rosnącym uzależnieniem systemu ochrony zdrowia od mechanizmów rynkowych. Niezadowolenie z systemu ochrony zdrowia jest uzasadnione, ale często skierowane w niewłaściwą stronę. Na pewno jakość praktyki lekarskiej lub pielęgniarskiej powinna stale się poprawiać i w miarę polepszenia warunków powinna zwiększać się odpowiedzialność. Doświadczenia krajów Unii Europejskiej są wystarczającą wskazówką, że agresywne zaostrezenie odpowiedzialności nie daje pozytywnych efektów i zmniejsza sprawność systemu. Zamiast więc tworzyć atmosferę brzemiennej w nieścisle i bardzo subiektywne oskarżenia, warto rozpocząć merytoryczną dyskusję o różnych możliwościach poprawy systemu ochrony zdrowia i jakości świadczeń zdrowotnych.

Abstract

Professional responsibility of workers of health care

Key words: responsibility, health care, modes of responsibility

The aim of the work is to discuss the workers' professional responsibility of the health care system. Proper exercising of the right to health and the right to protect health, first of all, depends on effective and stable law which would regulate the functioning of the health care system and on well prepared workers. Apart from the level of knowledge and factual preparation to work in the profession, the determinants of the workers' qualifications of the health care system are high sensibility, both ethical and moral. Actions or nonfeasances which determine professional responsibility of workers are characterized by infringement and they violate particular obligations. Responsibility of workers of health care is one of the mechanisms which should guarantee a satisfactory level of medical services. Its aim is to make the worker, who was proved to behave improperly, improve his/her actions, especially those serious ones and the ones which are repeated. Otherwise he/she could be temporarily or permanently deprived of his/her right to practice. The doctors who possess a diploma, but they do not have the right to carry the occupation are not subject to this mode. The range of doctors' professional responsibility is defined generally and the forbidden actions are not exactly described. Nurses and midwives bear the responsibility for the whole range of professional activity, including the field of relations nurse – patient – the members of the therapeutic team. The legal responsibility means the necessity of bearing the consequences provided for by legal regulations. Dissatisfaction with the health care system is justified but very often directed in an inappropriate way. Surely, the quality of the doctors' or nursing practise should be constantly improved and while improving the conditions, the responsibility should increase.

Piśmiennictwo:

1. Niewiadomski T.J., *Prawa pacjenta – postulowany standard i jego realizacja*, www.pielęgniarki.info.pl,data (cyt. 20.05.2008).
2. Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2007, 311.
3. Wyrok TK 1/99, OTK ZU Nr 4/2000/111 oraz wyrok TK z dnia 27.02.2001r., K 22/00, OTK 2001/3/48.
4. Wyrok SN z dnia 07.01.1966 r., I CR 369/65, OSPiKA 1966/278.
5. Wojtczak K., *Zawód i jego prawna reglamentacja – studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999, 33.
6. Ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.).
7. Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
8. Gubiński A., *Kodeks etyki lekarskiej. Komentarz*, Warszawa 1995, 45; wyrok SN z 04.11.1998 r., III SZ 1/98, OSNP 1999/23/766; wyrok SN z 03.09.1998 r., III SZ 2/98, OSNP 1999/22/737.
9. Uzasadnienie do wyroku SN z 06.06.2003 r., III DS. 23/02, OSNP 2004/14/252.
10. Filar M., *Leczenie – sztuka czy rzemiosło*, w: *Problemy nauk penalnych. Prace ofiarowane Pani Profesor Oktawii Górniok*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996, 58.
11. Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, 93.
12. Ziemiński Z., *O stosowaniu i obowiązywaniu prawa. Zagadnienia podstawowe*, Wydawnictwo Sejmowe 1995, 64.
13. Ustawa z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708).
14. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm.).
15. Krajewski R., *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w Polsce*, „Gazeta Lekarska” 2000, 11, 23.
16. Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis. Warszawa 2004, 150.
17. Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza a odpowiedzialność karna*, „Prawo i Medycyna” 1999, 1, 61; Kubicki L., *Zasady odpowiedzialności prawnej lekarza w świetle nowej ustawy o zawodzie lekarza*, „Prawo i Medycyna” 1999, 1, 23.
18. Marek Z., *Błąd medyczny – odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza*, Wyd. VII, Wydawnictwo Medyczne, Kraków, 12.
19. Poździech S., *Prawo zdrowia publicznego*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000, 75–80.
20. Rogala-Pawelczyk G. (red.), *Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej. Materiały pokonferencyjne*, Ogólnopolska Konferencja „Prawa pacjenta a etyka zawodowa pielęgniarki i położnej” NRPiP, Warszawa 1998, 5.
21. Ustawa z 19.04.1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.).
22. Rogala-Pawelczyk G., *Prawa, zasady i rzeczywistość*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 1998, 5, 10.

23. Czupryna A., Poździoch S., Szetela A.M., *Aspekty prawne wykonywania zawodów medycznych*, w: Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C. (red.), *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, 349–374.
24. Niewiadomski T., *Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa*, Materiały Konferencyjne 2000, 43.

■ O autorkach:

Teresa Bernadetta Kulik – Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny, Lublin.

Jolanta Pacian – Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny, Lublin.

Anna Pacian – Katedra Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny, Lublin.

Aleksander Suseł, Grażyna Jasińska

Determinanty płodności kobiet w Stanach Zjednoczonych: przegląd wyników badań

Słowa kluczowe: determinanty, płodność, Stany Zjednoczone, religia, wykształcenie, migracja, dochód

Wprowadzenie

W Stanach Zjednoczonych począwszy od 1989 roku, wartości współczynnika dzietności oscylują na poziomie około 2,0 urodzeń na kobietę, w przeciwieństwie do państw Unii Europejskiej, gdzie od 1976 roku są zdecydowanie poniżej progu zapewniającego prostą wymianę pokoleń. W 1995 roku współczynnik dzietności wyniósł dla Stanów Zjednoczonych¹ 1,98 wobec 1,44 dla Unii Europejskiej², w 2000 roku odpowiednio 2,06 oraz 1,48, w 2005 roku zaś 2,05 oraz 1,52. Ponadto odsetek zrealizowanej dzietności wśród kobiet przed 27. rokiem życia i po 27. roku życia jest wyższy dla populacji Stanów Zjednoczonych w porównaniu ze społeczeństwami Unii Europejskiej. Zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i Unii Europejskiej odnotowano przesuwanie się płodności w kierunku wyższych przedziałów wieku. Znalazło to odzwierciedlenie w obniżających się wartościach współczynników dzietności. Istotny jest jednak fakt, że jedynie dla populacji Stanów Zjednoczonych deficyt w wartości współczynnika dzietności w niższych przedziałach wieku został wyrównany w wyższych przedziałach wieku. Zatem w populacji Stanów Zjednoczonych nastąpiło jedynie przesunięcie płodności cząstkowej z niższych do wyższych przedziałów wiekowych, bez obniżenia ogólnej liczby urodzeń, czego nie obserwowano w populacji Unii Europejskiej.

Istotne różnice pomiędzy populacjami Stanów Zjednoczonych i Unii Europejskiej dotyczą także rozkładu urodzeń według kolejności. Rodziny europejskie w zdecydowanej większości decydują się na posiadanie dwójki dzieci, przy czym odsetek czwartych i wyższych urodzeń jest na relatywnie niskim poziomie. Kolejnym obszarem porównania Stanów Zjednoczonych i Unii Europejskiej jest odsetek bezdzietnych kobiet w tych populacjach. Odsetek rodzin bezdzietnych jest na zbliżonym poziomie, zarówno w populacji Stanów Zjednoczonych, jak i Unii Europejskiej, jednakże w państwach Unii wartość ta wy-

kazuje tendencję wzrostową wobec stabilizacji w społeczeństwie amerykańskim.

Przedstawione informacje dowodzą odkładania decyzji prokreacyjnych przez kobiety zamieszkujące kraje europejskie na lata późniejsze. Skutkiem tego jest obniżająca się potencjalna liczba urodzeń oraz starzenie społeczeństw europejskich. Co więcej, długookresowe konsekwencje ujemnego przyrostu naturalnego w większości krajów UE oddziałują negatywnie na całe społeczeństwa poprzez niewydolność systemu emerytalnego i systemu opieki zdrowotnej. Nie odnotowujemy tendencji do obniżania się przyrostu naturalnego w populacji Stanów Zjednoczonych, co skłania nas do poszukiwania przyczyn takiej sytuacji. Zasadniczą rolę w kształtowaniu przemian płodności odgrywają determinanty płodności. Można do nich zaliczyć m.in. wyznanie religijne, wykształcenie, zamożność, miejsce urodzenia, rasę oraz pochodzenie etniczne, status imigracyjny, stan cywilny, wiek badanych osób, a także czynniki wpływające na fizjologię reprodukcyjną determinujące szansę zajścia w ciążę.

Celem artykułu jest przedstawienie dotychczasowych wyników badań nad wybranymi determinantami płodności kobiet w Stanach Zjednoczonych, takimi jak religia, dochód, wykształcenie oraz status imigracyjny. Przeglądu wyników badań dokonano na podstawie prac opublikowanych w następujących czasopismach: „Journal of Marriage and the Family”, „Demography”, „Studies in Family Planning”, „American Sociology Review”, „International Migration Review”, „American Sociological Review”, „Family Planning Perspectives”. Wszystkie opracowania zostały opublikowane w czasopismach z listy Thomson Scientific Master Journal List (tzw. Lista Filadelfijska).

Kierowano się przy tym następującymi kryteriami: 1) opracowania w zdecydowanej mierze odnoszą się do populacji Stanów Zjednoczonych; wyjątek stanowiły prace, które podejmują kwestie płodności imigrantek – wówczas niezbędny był dobór prac, które pozwoliły na

przeprowadzenie badań porównawczych, toteż w pewnej części odnoszą się one do innych państw niż Stany Zjednoczone, 2) opracowania dotyczą lat 1973–2005, 3) istnieje zbieżność tematyki danego opracowania z rozważanym w pracy wpływem determinantów społeczno-ekonomicznych na płodność. Wybrano te, w których podstawowy zakres pracy traktuje o związkach pomiędzy wybranym determinantem a płodnością.

Przeгляд wyników badań

Problem związany z określeniem determinantów płodności kobiet i ich wpływem na kształtowanie poziomu urodzeń jest szeroko dyskutowany w amerykańskiej literaturze przedmiotu. Wśród wielu czynników wpływających na płodność kobiet w opracowaniu skoncentrowano się na czterech determinantach: (1) na religii oraz stosunku do niej, (2) osiąganych dochodach, (3) poziomie wykształcenia oraz (4) miejscu urodzenia kobiety. W kontekście rozważanej populacji duże znaczenie ma ostatni determinant, który wiąże się ze statusem imigracyjnym kobiet.

Religia

W Stanach Zjednoczonych według danych National Center for Health Statistics niemal co druga ciąża jest niechciana. Jak wskazują badania, znaczny odsetek tych ciąż jest notowany wśród kobiet religijnych, a co za tym idzie – respektujących normy i zasady religijne determinujące ich zachowania prokreacyjne [1]. Modelowanie statystyczne z wykorzystaniem danych ankietowych National Survey of Family Growth prowadzonych w populacji Amerykanek dowodzi, iż zachowania prokreacyjne wynikające z określonych przekonań religijnych miały istotny statystycznie wpływ na odsetek niechcianych ciąż wśród nastolatek, przy czym nie odnotowano takiej zależności w grupie kobiet w wieku 20–44 lata [1]. Silny stosunek kobiet do religii oraz przekonań religijnych jest źródłem ograniczania, niestosowania lub wybierania określonych środków antykoncepcyjnych [2–4]. Badacze dowodzą, że kobiety wyznania protestanckiego zdecydowanie preferują sterylizację, natomiast katoliczki prezerwatywę lub pigułkę antykoncepcyjną [2], przy czym chrześcijanie o skrajnych poglądach są zdecydowanie mniej skłonni do stosowania antykoncepcji podczas pierwszego stosunku [3]. Biorąc pod uwagę pochodzenie etniczne, stwierdzono, że wśród chrześcijan pochodzenia europejskiego pigułka antykoncepcyjna jest najbardziej rozpowszechnionym środkiem antykoncepcyjnym. Wynika to głównie z obawy przed ewentualnym ostracyzmem ze strony innych w momencie zajścia w ciążę oraz z powodu mniejszej możliwości wykonania aborcji. Z kolei wśród Afroamerykanek pigułka jest najrzadziej stosowanym środkiem, głównie ze względu na koszty [3]. Religia jest również czynnikiem kształtującym wielkość rodziny [2, 4]. Wśród wyznawców Kościoła Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich (mormonów) planowana liczba dzieci oraz całkowita liczba dzieci były istotnie wyższe w porównaniu z kobietami innych wy-

znań lub ateistkami [2, 5]. Z kolei wyniki uzyskane przez Thorntona [6] jednoznacznie wskazują, że liczba urodzeń żywych wśród mormonów była na wyższym poziomie w porównaniu ze wszystkimi pozostałymi rozważanymi grupami religijnymi, nawet po uwzględnieniu zmiennych kontrolnych. Natomiast planowana średnia liczba dzieci była blisko o jedno urodzenie na kobietę większa i niemal nie uległa zmianie po wprowadzaniu zmiennych kontrolnych. Co więcej, badania wskazują również, iż kobiety, które są bardziej religijne lub mają bardziej religijnych mężów (częste modlitwy, uczestnictwo w nabożeństwach) odznaczały się wyższą płodnością (zarówno aktualną, jak i planowaną) [5, 6].

Nieco inne ujęcie omawianej problematyki prezentują prace Brewster i wsp. [3] oraz Jones i wsp. [7], bowiem analizowane są zachowania seksualne młodzieży. Brewster i wsp. wskazują na metody, które służą propagowaniu przez dane ruchy religijne określonych norm, postaw i zachowań seksualnych młodzieży [3]. W ten sposób kształtowana jest u niej świadomość seksualna, wpływając pośrednio na poziom płodności. Autorzy są zdania, że rosnący głos grup chrześcijańskich w lokalnej i narodowej polityce, w mediach oraz podczas debat politycznych na przełomie lat 80. i 90. XX wieku, przyczynił się do zmiany zachowań seksualnych młodzieży w Stanach Zjednoczonych. Podkreślają oni, że zmiany zachowań seksualnych były szczególnie widoczne wśród protestantów pochodzenia europejskiego, natomiast nie zanotowano zmian wśród ludności afroamerykańskiej. Ich zdaniem wynikało to z faktu, że kościoły skupiające ludność afroamerykańską nie odgrywały znaczącej roli w narodowej debacie nad zachowaniami seksualnymi młodzieży. Narodowa dysputa przyczyniła się – jak wykazują badania – do dokonywania określonych wyborów w zakresie metod kontroli urodzeń. Wyznanie religijne wpływając na wybór metod kontroli urodzeń, poprzez ich skuteczność determinuje w ten sposób poziom płodności w społeczeństwie [3].

Praca Jones i wsp. [7] jest bardzo szczegółowym studium wpływu religii oraz religijności na zachowanie seksualne kobiet w wieku 15–24 lat. Uzyskane przez badaczy wyniki sugerują, iż religijność (mierzona częstością uczęszczania na nabożeństwa religijne w młodszym wieku) ma bardzo silny wpływ na opóźnianie momentu inicjacji seksualnej. Jednakże wpływ religijności na zachowania prokreacyjne jest nieznaczny, gdy inicjacja seksualna miała już miejsce. Poza tym światopogląd, jak i częstość uczestniczenia w nabożeństwach czy przyjmowania komunii determinują wiek inicjacji seksualnej, stosowanie antykoncepcji podczas pierwszego stosunku, liczbę partnerów seksualnych oraz liczbę urodzeń, o ile nie uwzględnia się zmiennych kontrolnych.

Autorzy dwóch kolejnych publikacji [8, 9] rozważali różnicowanie płodności małżeńskiej. Pomimo zastosowania tej samej procedury badawczej niektóre z rezultatów okazały się zupełnie odmienne. Analizy ujęte w pracy [9] wskazują na większą różnicę w płodności małżeńskiej pomiędzy populacją katolików oraz niekatolików (0,18 wobec 0,10 urodzenia na kobietę [8]). Jak dowodzą autorzy, różnica w płodności wynikała z tego,

iż ankieta National Fertility Survey wykorzystana w badaniu [8], objęła jedynie kobiety znające język angielski. Stąd została wyeliminowana hiszpańskojęzyczna populacja kobiet, która wyznaje katolicyzm i której płodność jest wysoka. Druga różnica w omawianych pracach dotyczyła porównania płodności kobiet katoliczek przy uwzględnieniu częstości przyjmowania komunii podczas nabożeństw. Analiza [9] wskazywała, iż w latach 1966–1970 oraz 1971–1975 różnica w płodności małżeńskiej pomiędzy katoliczkami przyjmującymi komunię co najmniej raz w miesiącu a przyjmującymi komunię rzadziej praktycznie nie uległa zmianie i wyniosła odpowiednio 0,34 oraz 0,35 dziecka na kobietę. Natomiast praca [8] wskazywała, że w okresie 1971–1975 różnica ta wyniosła jedynie 0,05 dziecka na kobietę. Dało to podstawy do błędnego – jak się okazało – twierdzenia o końcu wysokiej płodności małżeńskiej wśród wyznawczyń katolicyzmu. W opracowaniu [9] udowodniono ponadto, że płodność katoliczek jest wyższa niż płodność protestantek oraz że w połowie lat 70. doszło do zmniejszenia różnicy w poziomie płodności pomiędzy tymi wyznaniem. Nie było jednak przesłanek, aby mówić, że istniejące różnice zostały niemal zupełnie zniwelowane.

Jak dotąd prezentowane prace porównywały zachowania prokreacyjne katoliczek z protestantkami lub badały jedynie populacje kobiet zamężnych. Praca Moshera i wsp. [5] stara się wyeliminować powyższe ograniczenia. Ponadto bardzo ważnym jej elementem jest wielość miar wyrażających rezultaty decyzji prokreacyjnych kobiet oraz wielość uwzględnionych religii. Uzyskane wyniki dowodzą, że płodność wśród protestantek była najwyższa dla Afroamerykanek oraz kobiet pochodzenia latynoskiego. Z kolei wśród katoliczek najwyższą płodność zanotowano dla kobiet pochodzenia latynoskiego. Autorzy uszczegółowili swoje badania względem kobiet pochodzenia europejskiego, gdyż jedynie w tej grupie odnotowano istotne statystycznie zróżnicowanie poziomu płodności względem religii. I tak, płodność mierzona liczbą urodzeń żywych była na niższym poziomie wśród kobiet pochodzenia europejskiego deklarujących judaizm, katolicyzm oraz kobiet niewierzących niż wśród protestantek. Z kolei całkowita liczba urodzeń (suma dzieci już posiadanych plus suma dzieci planowanych w przyszłości) była najwyższa wśród katoliczek, przed protestantkami oraz wyznawczyniami judaizmu czy ateistkami. Jednakże, jak podkreślają autorzy, wysoka planowana płodność wśród katoliczek bywa z reguły nierealizowana. Wreszcie, najwyższą płodność mierzoną współczynnikiem dzietności teoretycznej odnotowano dla protestantek [5].

Równie ważnym aspektem badań na styku religii i płodności jest zbadanie wpływu wyznania religijnego na korzystanie z określonych usług medycznych. W tym kontekście powstaje pytanie, czy dana religia dopuszcza stosowanie środków i metod, które mogłyby okazać się pomocne w przypadku niepłodności jednego lub obojga partnerów. Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych badania wskazują, że kobiety wierząc, że macierzyństwo jest dla nich w życiu bardzo ważne, były w konsekwencji skłonne do poszukiwania metod, dzięki którym mogłyby

zostać matkami. Jednakże wśród bardzo religijnych kobiet mogą się pojawiać wątpliwości natury etycznej, co skłania je do odrzucenia np. metod leczenia niepłodności [10]. Omówiona sytuacja dowodzi, że podejmowanie decyzji prokreacyjnych wśród kobiet religijnych jest procesem niezwykle złożonym i skomplikowanym.

Zamożność

Fundamentalnym problemem przy badaniu wpływu zamożności na płodność jest pozyskanie danych, które pozwalają na uchwycenie w tym samym czasie oczekiwanych informacji, np. poziomu osiąganego dochodu oraz liczby urodzeń żywych. Najlepszym rozwiązaniem w takiej sytuacji jest pozyskanie danych wzdłużnych oraz opieranie się na badaniach panelowych, które pozwalają w sposób bezpośredni określić wzajemną relację powyższych wielkości. Podejście to zostało zastosowane m.in. przez Freedman i Thorntona [11]. Analiza empiryczna przeprowadzona przez autorów nie potwierdza silnej oraz stałej zależności pomiędzy dochodem męża a płodnością. Brak zależności był odnotowany zarówno dla całej próbki, jak i dla wszystkich wyróżnionych w analizie kolejności urodzeń, od pierwszego do czwartego. Nie potwierdzono także tezy, że rodziny z planowanym wyższym dochodem będą odznaczać się wyższą planowaną płodnością. Jak wskazują autorzy, respondenci za główne przyczyny płodności niższej niż planowana przyjmowali zmieniające się uwarunkowania ekonomiczne.

Nieco inne ujęcie prezentowanej problematyki ukazuje artykuł koncentrujący się na określeniu determinantów płodności kobiet będących na zasiłku z opieki społecznej [12]. Opierając się na danych wzdłużnych, dowiedziono, że co dziesiąta kobieta będąca na 3-letnim zasiłku urodziła dziecko. Stwierdzono, że w stosunku do całej populacji Stanów Zjednoczonych większe prawdopodobieństwo bycia na zasiłku ma Afroamerykanka, niezamężna, posiadająca przynajmniej jedno dziecko, o relatywnie niższym poziomie wykształcenia w wieku dwudziestu lat. Jeśli chodzi o determinanty płodności w grupie kobiet pobierających zasiłek, to istotnie na płodność wpływały: długość pobierania zasiłku (wzrost okresu pobierania zasiłku zmniejsza szansę na macierzyństwo), wykształcenie (niższe wykształcenie przyczyniło się do wzrostu prawdopodobieństwa urodzenia dziecka), pochodzenie etniczne (kobiety pochodzenia innego niż europejskie odznaczały się wyższym prawdopodobieństwem urodzenia dziecka) oraz stan cywilny (kobiety zamężne były bardziej skłonne posiadać dziecko będąc na zasiłku). Pogłębione wywiady z 29 kobietami wskazały, iż bycie w ciąży było postrzegane jako znaczne pogorszenie swojej sytuacji, a ponadto pojawienie się dziecka dodatkowo zmniejszało szansę tych rodzin na wyjście z sytuacji, w której się znalazły. Z kolei praca Romero i Agenor [13] jest studium badającym wpływ reformy systemu pomocy społecznej na podejmowanie decyzji o macierzyństwie wśród najuboższych kobiet. Badaczki wykazały, że prowadzona polityka społeczna nie ma wpływu na zdrowie reprodukcyjne kobiet. Ponadto, wyłączne stosowanie finansowych instrumentów polityki społecznej do grupy

kobiet najslabiej uposażonych jest naruszeniem praw kobiet związanych z reprodukcją. Przeprowadzone badania dowodzą konieczności wdrażania zróżnicowanych inicjatyw w ramach programów pomocy społecznej.

Wpływ zamożności na płodność kobiet można ujmować mikro- lub makroekonomicznie. Spośród koncepcji mikroekonomicznych należy wymienić klasyczne podejście H. Leibensteina [14, 15], G. S. Beckera [16, 17] oraz R. A. Easterlina [18–20]. Wszystkie wymienione mikroekonomiczne koncepcje płodności przedstawiają podejmowanie decyzji prokreacyjnych z punktu widzenia rodziny. Różnią się one odmiennym założeniem w kwestii postrzegania dziecka jako trwałego dobra konsumpcyjnego bądź też jako źródła satysfakcji dla rodziców. Praca Cain oraz Weininger [21] opierająca się na podejściu teoretycznym zaprezentowanym przez Beckera [16, 22] wskazuje, że najslabiej wysokość dochodu oddziaływała na decyzje podejmowane przez kobiety w wieku 45–49 lat. Zdaniem autorów wynika to ze słabego rozpowszechnienia, a tym samym dostępności środków kontroli urodzeń wśród tej grupy kobiet. Z kolei, dla najmłodszych kobiet wyższy dochód w większym stopniu determinował płodność, szczególnie w pierwszych latach po zawarciu związku małżeńskiego.

Opracowanie autorstwa Thorntona [23] opiera się z kolei na pracach Easterlina [18, 24]. Stanowi ono znaczne poszerzenie zakresu badań Cain i Weininger [21], gdyż autor posługuje się trzema wskaźnikami dochodu. Uzyskane wyniki dowodzą, że dochód gospodarstwa domowego wyrażony dochodem męża wpływa dodatkowo na liczbę urodzeń żywych. Jeśli zwrócimy uwagę na liczbę dzieci planowanych, to zauważamy, że wyższemu dochodowi odpowiada niższa liczba dzieci. Zdaniem autora jest to wynik tego, że liczne już rodziny będą się starały ograniczać płodność w przyszłości. W przypadku całkowitej liczby dzieci odnotowano także dodatni wpływ dochodu męża na płodność. Zależność ta była jednak słaba. Drugim przybliżeniem dochodu była wartość aktywów netto gospodarstwa domowego. Dla gospodarstw domowych, które charakteryzowały się średnim jego poziomem, odnotowano najwyższą płodność. Wreszcie, jako trzecie przybliżenie dochodu posłużyły oczekiwania badanych osób co do ich sytuacji materialnej w przyszłości. Badania wskazują, że osoby, które pesymistycznie patrzyły w przyszłość, posiadały więcej dzieci w momencie ankietowania, ale nie były skłonne zwiększać ich liczby w przyszłości. Optymiści charakteryzowali się mniejszą płodnością zrealizowaną, lecz byli chętni zwiększyć liczbę potomstwa w przyszłości.

W literaturze przedmiotu nie istnieje jedna zwięzła makroekonomiczna koncepcja płodności. Główny nacisk w tym obszarze jest położony na badanie zależności pomiędzy zagregowanym współczynnikiem płodności a zmiennymi ekonomicznymi, takimi jak dochód, poziom urbanizacji czy odsetek zatrudnionych [25, 26]. Prowadzone jest wielorównaniowe, zaawansowane matematycznie, modelowanie płodności [27–30] lub budowane są generacyjne modele populacji oparte np. na przepływie kapitału [31] czy altruizmie [32].

Wykształcenie

W literaturze amerykańskiej wśród wielu mierników odzwierciedlających poziom wykształcenia dominują dwie miary: liczba ukończonych klas w momencie ankietowania oraz ukończenie lub nieukończenie szkoły średniej (*high school*). W przypadku obu mierników ważne jest, aby uwzględniać kobiety, które ukończyły 25. rok życia. W ten sposób w badanej próbie kobiet znajdują się tylko te, które – przynajmniej potencjalnie – miały szansę przejść przez wszystkie szczeble edukacji. Takie podejście zapewnia uzyskanie właściwych rezultatów badawczych.

Jak wynika z badań opartych na National Survey of Family Growth, wykształcenie w istotnej mierze przyczyniało się do bezdzietności Amerykanek, przy czym tendencja ta najmocniej zaznaczała się wśród najmłodszych kohort kobiet, kontynuujących naukę ponad poziom szkoły średniej. Kobiety o wyższym wykształceniu były bardziej skłonne odkładać w czasie decyzję o urodzeniu pierwszego dziecka [33], przy czym dla kobiet najlepiej wykształconych (studia podyplomowe) odkładanie momentu urodzenia dziecka nie było wynikiem zmian średniej liczby lat nauki w tej grupie. Oznacza to, że wzrost odsetka tych kobiet w populacji nie przyczynia się do opóźnienia ogólnego, średniego wieku rodzenia pierwszego dziecka [34]. Z kolei dane pozyskane z National Longitudinal Surveys pozwalają na stwierdzenie, że pochodzenie etniczne i wykształcenie kobiety determinowały wiek urodzenia pierwszego dziecka. Dotyczyło to głównie Afroamerykanek, które były mniej skłonne do opóźniania momentu urodzenia pierwszego dziecka [33]. Odnosząc się znowu do kobiet o najwyższym poziomie wykształcenia, nie wykryto istotnych różnic w odkładaniu macierzyństwa pomiędzy grupami kobiet pochodzenia europejskiego a Afroamerykanek [34].

Istotną kwestią jest również badanie, w jaki sposób reprodukcja może determinować dalszą naukę. Stwierdzono, iż posiadanie dziecka ma nieznaczny wpływ na rezygnację z nauki w szkole średniej. Ponadto, dostępność prasy oraz książek w domu rodzinnym, ukończenie przez rodziców respondentki co najmniej 12 klas szkoły oraz fakt wywodzenia się z pełnej rodziny istotnie obniżały prawdopodobieństwo nieukończenia szkoły średniej. Dodatkowo, im starsza była kobieta w momencie zostania matką, tym bardziej było prawdopodobne podjęcie decyzji o zaprzestaniu dalszej nauki. Badania wskazują również, że kobiety, które urodziły dziecko po rezygnacji ze szkoły, miały o połowę mniejsze szanse na ewentualne ukończenie szkoły średniej. Interesujące jest, iż kobiety, które uczestniczyły w kursie przygotowawczym, miały o ponad połowę większą szansę na powrót do szkoły [35]. Wyniki badań wskazują także na istnienie silnego dodatniego związku pomiędzy wiekiem urodzenia pierwszego dziecka a liczbą ukończonych lat nauki [36]. Średnia liczba lat nauki kobiet, które urodziły dziecko przed ukończeniem 18. roku życia, jest istotnie niższa w porównaniu z tymi, które urodziły pierwsze dziecko po ukończeniu 18 lat. Ponadto, matki, które rodziły po przekroczeniu 20 lat, miały kilka razy większą szansę

na powrót do szkoły. Poza tym wykształcenie rodziców kobiet wpływało w istotny sposób na liczbę ukończonych przez nią lat nauki. Stwierdzono natomiast bardzo nieznaczny wpływ warunków rodzinnych oraz tego, czy matka respondentki pracowała, czy też nie, wychowując jednocześnie swoje dzieci. Dodatkowo, wśród kobiet pochodzenia europejskiego wraz ze wzrostem liczby młodszego rodzeństwa malała liczba ukończonych lat nauki [36].

Przeprowadzone badania dowodzą, iż ryzyko urodzeń pozamałżeńskich obniża się, jeżeli kobieta przynajmniej uczęszczała do szkoły, bez względu na jej typ [37], oraz wzrasta, jeżeli kobieta ma niskie wykształcenie [38]. Macierzyństwo dla Amerykanek pochodzenia europejskiego oraz latynoskiego, o niskim poziomie wykształcenia, jest alternatywą oraz wyróżnikiem decydującym o ich dorosłości. Interesujące jest, że występowanie urodzeń pozamałżeńskich nie zależało od wykształcenia w przypadku Afroamerykanek, co dowodzi, że kobiety te potrafiły znacznie lepiej łączyć obowiązki matki z obowiązkami szkolnymi. Wreszcie kobiety, u których zaobserwowano większą skłonność do urodzeń pozamałżeńskich, odznaczały się mniejszą skłonnością do kontynuowania nauki [37]. Urodzenia pozamałżeńskie są także notowane wśród nastolatek, a młode matki cechuje bardzo niski poziom wykształcenia. Prowadzone przez amerykański rząd federalny programy mające na celu obniżenie liczby niechcianych ciąż oraz podniesienie poziomu wykształcenia wśród nastolatek mają, jak na razie, niewielki wpływ [39].

Ważnym tematem z punktu widzenia zdrowia publicznego jest analiza zależności pomiędzy wykształceniem matki a liczbą urodzeń z wadami rozwojowymi wrodzonymi, zniekształceniami i aberracjami chromosomowymi. Jak wynika z badań prowadzonych w populacji Stanów Zjednoczonych, niskie wykształcenie matki ma istotny statystycznie wpływ na urodzenie dziecka z wadą rozwojową wrodzoną. W grupie kobiet o bardzo niskim poziomie wykształcenia (poniżej szkoły średniej) ryzyko urodzenia dziecka z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego było blisko dwukrotnie wyższe w stosunku do kobiet lepiej wykształconych [40].

Status imigracyjny

Znaczącym determinantem płodności kobiet jest ich status imigracyjny. Wiąże się on z miejscem urodzenia kobiety i nabiera niezwykle istotnego znaczenia w państwie tak zróżnicowanym etnicznie, jakim są Stany Zjednoczone. W tym kontekście konieczne jest zebranie danych odpowiadających na następujące pytania: Czy kobieta urodziła się na terytorium Stanów Zjednoczonych, czy tu przybyła? W jakim momencie swojego życia przeniosła się do Stanów Zjednoczonych? Czy miała szansę nabyć zachowania seksualne charakterystyczne dla swojego kraju? Czy kobieta przybyła do Stanów Zjednoczonych z państwa o wyższym czy niższym poziomie płodności niż obserwowany w kraju recepcji? Uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania pozwala na właściwą analizę porównawczą płodności kobiet urodzonych w Stanach Zjednoczonych i imigrantek.

Zjawisko migracji ludności jest bez wątpienia czynnikiem zaburzającym w znacznym stopniu proces podejmowania decyzji prokreacyjnych, m.in. dlatego, że dochodzi do kompensacji urodzeń lub odkładania w czasie macierzyństwa i małżeństwa. Wniosek ten potwierdzają badania, które dowodzą, że maksimum urodzeń wśród populacji imigrantów przypada na okres 5–10 lat po osiedleniu się na obszarze Stanów Zjednoczonych [41]. Proces migracji ludności stanowi również wyzwanie dla mikro- i makrootoczenia kraju recepcji. W przypadku wysokiej płodności wśród imigrantek dochodzi, w dłuższym czasie, do wzrostu odsetka ludności danej grupy etnicznej w populacji ogółem. Przykładem jest wzrastająca systematycznie liczebność ludności pochodzenia latynoskiego w Stanach Zjednoczonych. Jak wynika z danych Census Bureau, współczynnik dzietności teoretycznej wśród ludności latynoskiej wzrastał od 2000 roku i w 2009 roku osiągnął wartość 3,03, podczas gdy dla ogółu populacji Stanów Zjednoczonych oscylował wokół poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń. Wysokie współczynniki płodności, w tym współczynniki płodności wśród nastolatek [42], przekładają się bezpośrednio na strukturę ludności. W latach 2000–2006 liczba ludności pochodzenia latynoskiego wzrosła z 35,6 do 44,3 mln. Z prognozy opracowanej przez Census Bureau wynika ponadto, iż liczba ludności pochodzenia latynoskiego w 2020 roku wyniesie 59,7 mln, co będzie stanowiło 17,8% ogółu populacji, natomiast w 2050 roku już 102,6 mln, co oznacza, iż co czwarty obywatel Stanów Zjednoczonych będzie pochodzenia latynoskiego³. Omówiona sytuacja wymaga podjęcia działań w sferze planowania rodziny, opieki zdrowotnej dla matek i dzieci imigrantów oraz pomocy materialnej dla tych z nich, którzy nie dają sobie rady w nowym otoczeniu [43].

Determinantem, który znacząco wpływa na płodność imigrantek jest czas, jaki upłynął od momentu przybycia kobiet do Stanów Zjednoczonych. Wiąże się on z procesem asymilacji imigrantów w nowym otoczeniu. Międzygeneracyjne analizy społeczności imigrantów w Stanach Zjednoczonych wskazują, że w wyniku procesu asymilacji dochodzi do zmian płodności [44, 45]. Parrado i Morgan [45] dowodzą, że na przestrzeni trzech generacji doszło do wyrównania poziomu płodności pomiędzy kobietami pochodzenia latynoskiego (w tym Meksykanek) a kobietami pochodzenia europejskiego. Poza tym odnotowane fluktuacje w poziomie płodności w okresach wyżów i niżów demograficznych dotyczyły kobiet pochodzenia latynoskiego w trzeciej generacji, a nie odnotowano ich wśród kobiet pierwszej generacji. Istotne jest, że czynnikiem sprawczym zmian w poziomie płodności było wykształcenie badanych populacji kobiet pochodzenia latynoskiego. Wzrost wykształcenia na przestrzeni generacji miał silny negatywny wpływ na płodność, szczególnie kobiet trzeciej generacji [45]. Z kolei Kahn [44] udowodnił, że dorosłe dzieci imigrantów (druga generacja) odznaczały się istotnie niższą płodnością niż dzieci tych dzieci (trzecia generacja i wyższe) oraz że pierwszą generację imigrantek cechowała wyższa płodność (planowały mieć w przyszłości o jedną czwartą więcej dzieci) niż kobiety urodzone w Stanach Zjednoczonych. Uważa on,

że przyczyny zmian płodności mają podłoże społeczno-ekonomiczne, takie jak relatywnie niskie wykształcenie oraz niższe dochody populacji imigrantów.

Podejmowane badania pomiędzy generacjami imigrantów wskazują, iż dochodzi do istotnych zmian w poziomie płodności. Kluczową rolę w procesie asymilacji imigrantów odgrywa znajomość języka angielskiego. Jest to czynnik szczególnie istotny wśród imigrantów pochodzących z krajów nieanglojęzycznych. Lepsza znajomość języka angielskiego przyczynia się bowiem do obniżenia poziomu płodności wśród uchodźców [43, 46], a także zwiększa prawdopodobieństwo zawarcia małżeństwa z osobą urodzoną w Stanach Zjednoczonych oraz osobą posiadającą wyższe wykształcenie i osiągającą wyższy dochód [46].

Wydłużanie czasu, jaki imigrantki przebywają w kraju recepcji, powoduje, iż przejmują one wzorce zachowań, w tym również zachowań prokreacyjnych, od ludności lokalnej. Zatem należy oczekiwać, że podejmowane przez kobiety decyzje prokreacyjne skwantyfikowane poprzez liczbę urodzeń żywych będą miały mniejsze natężenie. Nie można jednak wyciągnąć takiego wniosku w przypadku populacji Stanów Zjednoczonych oraz nie można jednoznacznie określić kierunku zależności między czasem imigracji a poziomem płodności. Kluczowe znaczenie odgrywa tutaj kraj pochodzenia imigrantek. Na przykład dla uchodźców z obszaru Indochin stwierdzono, że wydłużanie okresu imigracji obniża płodność kobiet [43], podczas gdy dla Europejki i Kanadyjek zanotowano wzrost poziomu płodności [41]. Interesująca w tym kontekście jest praca Hwang i Saenza [47], którzy dowiedli, iż imigrantki urodzone w Chinach miały istotnie niższą płodność niż Chinki, które urodziły się w Stanach Zjednoczonych. Występujące różnice były niwelowane w momencie, gdy została porównana płodność realizowana wyłącznie na terytorium Stanów Zjednoczonych. Ponadto wykazali oni ujemny wpływ poziomu wykształcenia oraz pozytywny wpływ długości pobytu w Stanach Zjednoczonych na płodność. Autorzy uważają, iż imigrantki z Chin w dalszym ciągu czuły presję związaną z ograniczaniem płodności, która dominowała w kraju ich pochodzenia. Wobec tego po naturalizacji ich płodność w dalszym ciągu była poniżej poziomu, na jakim mogłaby być, gdyby nie wcześniejsze doświadczenia [47].

Wnioski

Przedstawione wyniki badań nad determinantami płodności kobiet w Stanach Zjednoczonych pozwalają na sformułowanie kilku wniosków. Religia oraz stosunek do religii stanowią istotny czynnik wpływający na płodność kobiet w społeczeństwie amerykańskim. W głównej mierze jest to wynik głoszonych przez kościoły zasad oraz norm. Określają one w szerokim zakresie postawy w sferze seksualnej osób należących do danej wspólnoty poprzez wybory dotyczące metod kontroli urodzeń, zachowań seksualnych czy właściwej wielkości rodziny. Często oddziałują one pośrednio poprzez czynniki społeczne czy ekonomiczne.

Prowadząc analizę wpływu zamożności na poziom płodności, należy zwrócić uwagę na co najmniej trzy

kwestie. Po pierwsze, konieczne jest odniesienie w czasie momentów rodzenia dzieci z osiąganym poziomem zamożności. Po drugie, niezbędne jest właściwe opisanie mierników rezultatów podejmowania decyzji prokreacyjnych oraz mierników zamożności. Po trzecie, istotne znaczenie ma wybór typu danych, wzdłużnych lub przekrojowych. Uzyskane wyniki, a w szczególności ich wiarygodność, jest bez wątpienia istotnie zależna od tych trzech elementów.

Wyniki badań wpływu wykształcenia na płodność wskazują, że kobiety lepiej wykształcone są bardziej skłonne odkładać decyzję o urodzeniu pierwszego dziecka. Ponadto ryzyko urodzeń pozamałżeńskich obniża się, jeżeli kobieta uczęszcza do szkoły. Przedstawione wyniki prac potwierdzają, że imigrantki w Stanach Zjednoczonych charakteryzują się większą przeciętną dzietnością niż nieimigrantki. Za główną przyczynę uważa się uwarunkowania społeczno-ekonomiczne tych populacji. Bardzo ważnym determinantem na jaki zwraca się uwagę, jest czas pobytu w Stanach Zjednoczonych, który jest dodatnio skorelowany z poziomem płodności. Wzrost płodności w czasie może być wynikiem kompensacji urodzeń i/lub zawierania małżeństw, odłożonych w czasie na skutek planowanej emigracji.

Przypisy

¹ Dane statystyczne dotyczące populacji Stanów Zjednoczonych zaczerpnięto z publikacji U.S. Census Bureau.

² Dane statystyczne dotyczące społeczeństwa Unii Europejskiej pozyskano z opracowań Eurostat.

³ U.S. Census Bureau, 1970, 1980, 1990, and 2000 Decennial Censuses; Population Projections, July 1, 2010 to July 1, 2050.

Abstract

The determinants of fertility of women in the USA

Key words: determinants, fertility, United States, religion, education, migration, income

In the last 20 years the United States, in contrast to European Union countries, has not experienced a reduction in fertility. The socio-economic determinants of fertility of women are widely discussed in the literature. Fertility of women in the United States is determined by many factors, including religion, education, income, place of birth, ethnicity, immigration status, marital status and age. The presented paper reviews results of selected studies published in the last 40 years in demographic journals and focuses on the relationship between religion, income, education and immigration status and fertility of women in the United States.

Piśmiennictwo:

1. Kramer M.R., Hogue C.J.R., Gaydos L.M.D., *Noncontracepting behavior in women at risk for unintended pregnancy: What's religion got to do with it?* „Annals of Epidemiology” 2007; 17, 5, 327–334.
2. Goldschneider C., Mosher W.D., *Patterns of contraceptive use in the United States: The importance of religious factors*, „Studies in Family Planning” 1991, 22, 2, 102–115.
3. Brewster K.L., Cooksey E.C., Guilkey D.K., Rindfuss R.R., *The changing impact of religion on the sexual and contra-*

- ceptive behavior of adolescent women in the United States*, „Journal of Marriage and the Family” 1998, 60, 2, 493–504.
4. Romo L.F., Berenson A.B., Segars A., *Sociocultural and religious influences on the normative contraceptive practices of Latino women in the United States*, „Contraception” 2004, 69, 3, 219–225.
 5. Mosher W.D., Williams L.B., Johnson D.P., *Religion and fertility in the United States: New patterns*, „Demography” 1992, 29, 2, 199–214.
 6. Thornton A., *Religion and fertility: The case of mormonism*, „Journal of Marriage and the Family” 1979, 41, 1, 131–142.
 7. Jones R.K., Darroch J.E., Singh S., *Religious differentials in the sexual and reproductive behaviors of young women in the United States*, „Journal of Adolescent Health” 2005, 36, 4, 279–288.
 8. Westoff C.F., Jones E.F., *The end of “catholic” fertility*, „Demography” 1979, 16, 2, 209–217.
 9. Mosher W.D., Hendershot G.E., *Religion and fertility: A replication*, „Demography” 1984, 21, 2, 185–191.
 10. Greil A., McQuillan J., Benjamins M., Johnson D.R., Johnson K.M., Heinz C.R., *Specifying the effects of religion on medical helpseeking: The case of infertility*, „Social Science & Medicine” 2010, 71, 4, 734–742.
 11. Freedman D.S., Thornton A., *Income and fertility: The elusive relationship*, „Demography” 1982, 19, 1, 65–78.
 12. Rank M.R., *Fertility among women on welfare: Incidence and determinants*, „American Sociology Review” 1989, 54, 2, 296–303.
 13. Romero D., Agenor M., *US fertility prevention as poverty prevention: An empirical question and social justice issue*, „Women’s Health Issues” 2009, 19, 6, 355–364.
 14. Leibenstein H., *Economic backwardness and economic growth*, John Wiley, New York 1957.
 15. Leibenstein H., *The economic theory of fertility decline*, „The Quarterly Journal of Economics” 1975, 89, 1, 1–31.
 16. Becker G.S., *An economic analysis of fertility*, w: *Demographic and economic change in developed countries*, Universities-National Bureau Conference Series, no. 11, Princeton University Press, Princeton 1960, 209–231.
 17. Becker G.S., *A treatise on the family*, Harvard University Press, Cambridge 1981.
 18. Easterlin R.A., *Toward a socioeconomic theory of fertility: A survey of recent research on economic factors in American fertility*, w: Behram J.E. et al. (red.), *Fertility and family planning: A world view*, University of Michigan Press, Ann Arbor 1969, 127–156.
 19. Easterlin R.A., *An economic framework for fertility analysis*, „Studies in Family Planning” 1975, 6, 3, 54–63.
 20. Easterlin R.A., *Birth and fortune. The impact of numbers on personal welfare*, University of Chicago Press, Chicago 1980.
 21. Cain G.G., Weininger A., *Economic determinants of fertility: Results from cross-sectional aggregate data*, „Demography” 1973, 10, 2, 205–223.
 22. Becker G.S. *A theory of the allocation of time*, „Economic Journal” 1965, 75, 229, 493–517.
 23. Thornton A., *Fertility and income, consumption aspirations, and child quality standards*, „Demography” 1979, 16, 2, 157–175.
 24. Easterlin R.A., *The economics and sociology of fertility: A synthesis*, w: Tilly C. (red.), *Historical studies of changing fertility*, Princeton University Press, Princeton 1978, 54–137.
 25. Adelman I., *An econometric analysis of population growth*, „The American Economic Review” 1963, 54, 3, 314–339.
 26. Venieris Y.P., Sebold F.D., Harper R.D., *The impact of economic, technological and demographic factors on aggregate births*, „The Review of Economics and Statistics” 1973, 55, 4, 493–497.
 27. Gregory P.R., Campbell J.M., Cheng B.S., *A simultaneous equation model of birth rates in the United States*, „Review of Economics and Statistics” 1972, 54, 4, 374–380.
 28. Galor O., Weil D.N., *Population, technology, and growth: From Malthusian stagnation to the demographic transition and beyond*, „The American Economic Review” 2000, 90, 4, 806–828.
 29. Colen C.G., Geronimus A.T., Phipps M.G., *Getting a piece of the pie? The economic boom of the 1990s and declining teen birth rates in the United States*, „Social Science & Medicine” 2006, 63, 6, 1531–1545.
 30. Blackburn K., Cipriani G.P., *A model of longevity, fertility and growth*, „Journal of Economic Dynamics and Control” 2002, 26, 2, 187–204.
 31. Razin A., Ben-Zion, U., *An intergenerational model of population growth*, „American Economic Review” 1975, 65, 5, 923–933.
 32. Becker G.S., Barro R.J., *A reformulation of the economic theory of fertility*, „Quarterly Journal of Economics” 1988, 103, 1–25.
 33. Bloom D.E., Trussell J., *What are the determinants of delayed childbearing and permanent childlessness in the United States?* „Demography” 1984, 21, 4, 591–611.
 34. Rindfuss R.R., Morgan S.P., Offrutt K., *Education and the changing age pattern of American fertility: 1963–1989*, „Demography” 1996, 33, 3, 277–290.
 35. Upchurch D.M., McCarthy J., *The timing of a first birth and high school completion*, „American Sociological Review” 1990, 55, 2, 224–234.
 36. Klepinger D.H., Lundberg S., Plotnick R.D., *Adolescent fertility and the educational attainment of young women*, „Family Planning Perspectives” 1995, 27, 1, 23–28.
 37. Upchurch D.M., Lillard L.A., Panis C.W.A., *Nonmarital childbearing: Influences of education, marriage and fertility*, „Demography” 2002, 39, 2, 311–329.
 38. Bennett I.M., Culhane J.F. McCollum K.F., Elo I.T., *Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: Any role for depression and contraceptive use?* „American Journal of Obstetrics and Gynecology” 2006, 194, 3, 749–754.
 39. Vinovskis M.A., *Historical perspectives on adolescent pregnancy and education in the United States*, „The History of the Family” 2003; 8, 3, 399–421.
 40. Farley T.F., Hambidge S.J., Daley M.F. Daley, *Association of low maternal education with neural tube defects in Colorado, 1989–1998*, „Public Health” 2002, 116, 2, 89–94.
 41. Ford K., *Duration of residence in the United States and the fertility of U.S. immigrants*, „International Migration Review” 1990, 24, 1, 34–68.
 42. Dehlendorf C., Marchi K., Vittinghoff E., Braveman P., *Sociocultural determinants of teenage childbearing among Latinas in California*, „Maternal and Child Health Journal” 2010, 14, 194–201.

43. Rumbaut R.G., Weeks J.R., *Fertility and adaptation: Indochinese refugees in the United States*, „International Migration Review” 1986, 20, 2, 428–466.
44. Kahn J.R., *Immigrant and native fertility during the 1980s: Adaptation and expectations for the future*, „International Migration Review” 1994, 28, 3, 501–519.
45. Parrado E.A., Morgan S.P., *Intergenerational fertility among Hispanic women: New evidence of immigrant assimilation*, „Demography” 2008, 34, 3, 651–671.
46. Bleakley H., Chin A., *Age at arrival, English proficiency, and social assimilation among U.S. immigrants*, „American Economic Journal: Applied Economics” 2010, 2, 1, 165–192.
47. Hwang S.-S., Saenz R., *Fertility of Chinese immigrants in the U.S.: Testing a fertility emancipation hypothesis*, „Journal of Marriage and the Family” 1997, 59, 1, 50–61.

■ O autorach:

dr hab. Grażyna Jasieńska – Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.

mgr Aleksander Suseł – Zakład Metod Ilościowych w Zarządzaniu, Wyższa Szkoła Biznesu – National-Louis University, Nowy Sącz.

Mousumi Biswas

Postnatal depression and its consequences in public health

Key words: postnatal depression, public health

■ Introduction

Postnatal depression (PND) is a common psychological illness after child birth. Symptomatically, PND is not different from depression. Both partners may be affected by PND after childbirth but much attention has been paid to maternal depression. 10 to 15% of mothers and 4 to 10% of fathers suffer from postnatal depression [1–5]. An episode of mild to severe depression markedly shows within first 4 weeks to one year after child birth [6, 7]. Women experience physiological and emotional stresses during childbirth. Along with these, the role and identity are changed for the women which act as precipitant to depression. In the same way fathers develop postnatal depression which is closely associated with maternal PND [8]. Postnatal depression not only affects new mother's and father's health but also affects family's health and wellbeing. The high incidence and consequences of PND are indicating more attention towards PND in the public health context.

■ What is postnatal depression?

Postnatal depression refers to non-psychotic depressive episode that develops after childbirth. The clinical manifestation is similar to depressive disorders. The features are described as less interest and pleasure in almost all activities; significant weight loss or weight gain or loss of appetite; sleep alteration; psychomotor agitation; feeling fatigue most of the time; sense of guilty and worthlessness; diminished ability to thinking, decision making and concentrating; and suicidal thoughts [6].

Often, an individual experiences irritability and tearfulness. Due to increased responsibilities, women often develop fear about their ability to cope with their babies [9]. As a result anxiety and phobia are typically seen in PND.

■ What are the risk factors of PND?

The basis of postnatal depression is complex. The leading etiological factor is of social nature [7, 9]. However, there is little evidence for genetic factors [9]. A meta-analysis includes the following risk factors: previous history of depression, depression during prenatal stage, poor social support during and after pregnancy, poor relation with partner, severe baby blues, and adverse circumstances after child birth [10]. The other risk factors are related to older age, negative response from her own mother in childhood, previous postnatal psychosis, and other psychosocial stressor [9, 11, 12]. Depression may be influenced by mixed feelings towards pregnancy, single mother, and unwanted pregnancy [9, 12]. There are weaker associations with a past history of abuse, lower socio-economic conditions, and poor experiences during child birth [7, 9]. After child birth, alteration of oestrogen and progesterone suggests a possible risk factor for PND but there is no evidence of hormonal association in PND [7].

Paternal risk factors are highly associated with maternal depression [8]. Fathers whose partners have depression are 2.5 times higher at risk of PND [13]. In a study it is revealed that 24 to 50% of men whose partners were depressed also suffered depression during first year after childbirth [14]. Other than this, men are at risk of PND when they experience a lack of sleep, fatigue, complications of pregnancy, poor social support, marital instability, lifestyle changes, recent negative life events, and feelings of incompetence in parenting role [15]. First time father and infant irritability also act as risk factors for paternal PND [15].

■ What are effects of PND?

In child bearing years, new mothers and fathers are vulnerable to develop depression which has adverse

consequences on mothers, fathers, children and family. Postnatal depression has negative effects on parents and infant relationships [16]. This may cause weaker family bonding and social life.

The postnatal depression has an adverse effect on the future health of the women. Consistent evidences indicate that women who have experienced postnatal depression are at risk of future depression [17, 18].

Mothers who experience depression have less optimal mother-infant interactions [19], specifically in verbal and playing interaction [20]. Thus, mothers with PND experience delay in adopting mothering role [21] and report lower self-efficacy as a mother [22]. As a result, depressed mothers offer poor or less stimulation to their babies, which may lead to delay in achieving cognitive milestones for babies [23]. Hence, the postnatal depression affects the child's cognitive and emotional development [23]. The children of depressed mothers have lower cognitive functioning [24, 25], particularly it has been seen in language and IQ development [26]. Male infants are more prone to impaired cognitive abilities that are associated with postnatal depression [23].

The children of depressed mothers have more behavioural problems than the children of non-depressed mothers [24]. In a study mothers who experienced postnatal depression reported higher neurotic and antisocial behaviour of their children [27]. It is also noted that the postnatal depression is a cause of poor infant growth and development in early infancy (6 months) [28].

Severity and chronicity of mother's PND influence the level of child behavioural problems. Severe and chronic depression of mother leads to the higher level of behavioural problems in children [29]. The chronic maternal depression also causes lower infant cognitive and psychomotor development [30].

The paternal depression has an intensifying role on child development outcomes. The children with postnatally depressed fathers and mothers have more behavioural problems, than the children of postnatally depressed mothers and non depressed fathers [31]. There is risk for developing psychopathology in children of depressed fathers and mothers [32, 33]. The children with depressed fathers-mothers are at higher risk of developing psychopathology than children of one depressed parent [34]. On the other hand, the absence of paternal postnatal depression may be a protective factor when the mother is postnatally depressed.

Hence, the normal child development is at risk in early childhood but the long-term consequences of such developmental difficulties have not been researched. The above consequences direct our attention towards the early detection and treatment of postnatal depression.

■ Are there screening tools available for identification of the disorder?

It is well known that the PND for most of the time was undiagnosed and untreated. The identification is needed for health and well-being of child bearing families. One of the methods of early detection is to use screening

tools. There are a number of screening tools available to detect the postnatal depression. The Beck Depression Inventory (BDI) [35], The Beck Depression Inventory – II (BDI-II) [36], the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [37] and Postnatal Depression Screening Scale (PDSS) [38] are the most frequently used self-report instruments for diagnosis of postnatal depression. There are challenges of using self-reported instruments for PND. The parents may ignore their mood status [39]. They may not answer truthfully because of fear of being stigmatised [39]. They want to be good parents and fear having babies been taken away [40]. Thus, administration of screening tools needs to be supervised by health personnel. Mass screening programmes would probably increase the case diagnosis.

■ What are the treatment and prevention of PND?

The depressive episodes are commonly treated with pharmacological treatments such as tricyclic antidepressants (TCAs) or selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) [9] and psychological intervention including cognitive behavioural therapy (CBT) [41], non-directive counselling [41], routine primary care [41] and interpersonal therapy [42]. In reality, most PND cases are undiagnosed and untreated as PND develops gradually after child birth. It is overlooked in most of the cases because the new mothers think that tiredness and/or loss of energy are due to overwork or excess workload from the baby [43]. Early identification and close monitoring of at-risk women are needed to prevent the occurrence. PND can be prevented by support and education [44].

After considering the public health issue of PND, it is important to prevent the occurrence in the high risk group. The interventions are found for prevention in both psychotherapy and pharmacotherapy. Psychotherapy is more acceptable than pharmacotherapy, as psychotropic medication has not been formally approved during pregnancy by the food and drug administration [45]. Hence, some women consider taking medication during breastfeeding is not good. The risk of long term use of some medicines is not well known [46]. Other than pharmacotherapy, psychotherapy is used for prevention. A few studies are found which used psychotherapy as an intervention. The limited number of psychological trained professionals are a possible reason for less effective prevention [47].

■ Conclusion

In conclusion, postnatally depressed fathers and/or mothers go through silent suffering. Hence, postnatal depression not only increases the global burden of depression but also affects physical, social and emotional health of the family. As a result of that, it becomes a major public health issue. There are risks of developmental delay of the children whose one parent is depressed and the risk increases when both parents are depressed. The negative effect of parental depression on the family indicates the need for early identification of the disease

as well as treatment and prevention. The consideration of postnatal depression of mothers as well as fathers is an important next step in research, practice and policy involving childbearing families.

References:

- Campbell S.B., Cohn J.F., *Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers*, „Abnormal Psychology” 1991, 100, 594–599.
- Beck C.T., Reynolds M.A., Rutowski P., *Maternity blues and postpartum depression*, „Journal of Obstetrics and Gynaecology” 1992, 21, 287–293.
- O’Hara M.W., Swain A.M., *Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis*, „Review Psychiatry” 1996, 8, 37–54.
- Ramchandani P., Stein A., Evans J., O’Connor, T.G., *Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study*; „Lancet” 2005, 365, 9478, 2201–2205.
- Paulson J.F., Dauber S., Leiferman J.A., *Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior*, „Pediatrics” 2006, 118, 2, 659–668.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition, Text Revision, Washington, DC, 2000.
- Johnstone E.C. et al., *Companion to psychiatric studies*, Seventh Edition, Elsevier Limited, 2004.
- Areias M.E.G., Kumar R., Barros H., Figueiredo E., *Correlates of postnatal depression in mothers and fathers*, „British Journal of Psychiatry” 1996, 169, 36–41.
- Puri B.K., Laing P.J., Treasaden I.H., *Textbook of psychiatry*, Second edition, Elsevier Limited, 2002.
- O’Hara M.W., Swain A.M., *Rates and risks of postpartum depression: a meta-analysis*, „International Review of Psychiatry” 1996, 8, 37–54.
- Paykel E.S., Emms E.M., Fletcher J., Rassaby E.S., *Life events and social support in puerperal depression*, „British Journal of Psychiatry” 1980, 136, 339–346.
- Sample D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntoch A., *Oxford handbook of psychiatry*, Oxford University Press, Great Clarendon Street, Oxford, 2005.
- Matthey S., et. al., *Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood*, „Journal of Affective Disorders” 2000, 60, 2, 75–85.
- Goodman J.H., *Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health*, „Journal of Advanced Nursing” 2004, 45, 1, 26–35.
- Post and Antenatal Depression Association Inc., *Men and postnatal depression*, <http://www.panda.org.au/docs/Men%20and%20postnatal%20depression.pdf> (Accessed on 14th May 2009).
- Matthey S., Barnett B., Kavanagh D.J., Howie P., *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners*, „Journal of Affective Disorders” 2001, 64, 175–184.
- Cooper P.J., Murray L., *Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept*, „The British Journal of Psychiatry” 1995, 166, 191–195.
- Philippis L.H., O’Hara M.W., *Prospective study of postpartum depression: 4½-year follow-up of women and children*, „Journal of Abnormal Psychology” 1991, 100, 2, 151–155.
- Carter A.S., Garrity-Rokous E., Chazan-Cohen R., Little C., Briggs-Gowan M.J., *Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies*, „Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 2001, 40, 1, 18–26.
- Righetti-Veltama M., Bousquet A., Manzano J., *Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 2003, 12, 2, 75–83.
- Barr J.A., *Postpartum depression, delayed maternal adaptation, and mechanical infant caring: A phenomenological hermeneutic study*, „International Journal of Nursing Studies” 2008, 45, 362–369.
- Teti D.M., Gelfand D.M., *Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy*, „Child Development” 1991, 62, 918–929.
- Murray L., Cooper P.J., *Effects of postnatal depression on infant development*, „Archives of Disease in Childhood” 1997, 77, 2, 99–101.
- Beck C.T., *The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis*, „Archives of Psychiatry Nurse” 1998, 12, 1, 12–20.
- Milgrom J., Westley D.T., Gemmill A.W., *The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development*, „Infant Behavior & Development” 2004, 27, 4, 443–454.
- Grace S.L., Evindar A., Stewart D.E., *The effect of postpartum depression on child cognitive development and behaviour: A review and critical analysis of literature*, „Archives Women’s Mental Health” 2003, 6, 4, 263–274.
- Murray L., Sinclair D., Cooper P., Ducournau P., Turner P., *The socio-emotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers*, „Journal of Child Psychology Psychiatry” 1999, 40, 1259–1271.
- Patel V., DeSouza N., Rodrigues M., *Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India*, „Archives of Disease in Childhood” 2003, 88, 1, 34–37.
- Brennan P.A., Hammen C., Andersen M.J., Bor W., Najman J.M., Williams G.M., *Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5*, „Developmental Psychology” 2000, 36, 6, 759–766.
- Cornish A.M., McMahon C.A., Ungerer J.A., Barnett B., Kowalenko N., Tennant C., *Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender*, „Infant Behavior & Development” 2005, 28, 4, 407–417.
- Conrad M., Hammen C., *Protective and resource factors in high- and low-risk children: A comparison of children with unipolar, bipolar, medically ill, and normal mothers*, „Development and Psychopathology” 1993, 5, 593–607.
- Carro M.G., Grant K.E., Gotlib I.H., Compas B.E., *Postpartum depression and child development: An investigation*

- of fathers and mothers as sources of risk and resilience, „Development and Psychopathology” 1993, 5, 567–579.
33. Marchand J.F., Hock E., *The relation of problem behaviours in preschool children to depressive symptoms in mothers and fathers*, „Journal of Genetic Psychology” 1998, 159, 353–356.
 34. Weissman M., Prusoff B., Gammon G., Merikangas K., Leckman J., Kidd K., *Psychopathology in children (ages 6–18) of depressed and normal parents*, „Journal of the American Academy of Child Psychiatry” 1984, 23, 78–84.
 35. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J., *An inventory for measuring depression*, „Archives of General Psychiatry” 1961, 4, 561–571.
 36. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K., *BDI-II manual*, Psychological Corporation, San Antonio, TX.
 37. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R., *Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*, „British Journal of Psychiatry” 1987, 150, 782–786.
 38. Back C.T., Gable R.K., *Postpartum depression screening scale: development and psychometric testing*, „Nursing Research” 2000, 49, 5, 272–282.
 39. Coyle B., Adams C., *The EPDS: guidelines for its use as part of maternal mood assessment*, „Community Practitioner” 2002, 75, 10, 394–395.
 40. Shakespeare J., Blake F., Garcia J., *How do women with postnatal depression experience listening visits in primary care? A qualitative interview study*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” 2006, 2, 24, 149–162.
 41. Cooper P.J., Murray L., *The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood. Infant development*, in: Murray L., Cooper P.J. (eds), *Post partum depression and child development*, Guilford Press, New York 1997, 201–220.
 42. O’Hara M.W., Stuart S., Gorman L.L., Wenzel A., *Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression*, „Archives of General Psychiatry” 2000, 57, 11, 1039–1045.
 43. Small R., Astbury J., Brown S., Lumley J., *Depression after childbirth – Does social context matter?* „The Medical Journal of Australia” 1994, 161, 8, 473–477.
 44. Gelder M., et al., *Shorter Oxford textbook of psychiatry*; fifth edition, Oxford University Press, 2006.
 45. Gold L.H., *Treatment of depression during pregnancy*, „Journal of Women’s Health and Gender-Based Medicine” 1999, 8, 5, 601–607.
 46. Stuart S., O’Hara M.W., Blehar M.C., *Mental disorders associated with childbearing: Report of biennial meeting of the Marce Society*, „Psychopharmacology Bulletin” 1998, 34, 333–338.
 47. Huynh-Nhu L., Ricardo F.M., Ghosh I.C., Jacqueline L.S., *Treatment is not enough: We must prevent major depression in women*, „Prevention & Treatment” 2003, 6, 10.

■ O autorce:

dr Mousumi Biswas – absolwentka międzynarodowych studiów Euro-PubHealth (Uniwersytet Sheffield – Uniwersytet Jagielloński).

Marcin Mikos

Innowacja w ochronie zdrowia w Polsce – diagnoza i rekomendacje ekspertów

Słowa kluczowe: innowacja, leki biologiczne, nowe technologie, zdrowie seniorów, choroby nowotworowe, choroby kostno-szkieletowe, cukrzyca

Grupa Robocza na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej skupiająca ekspertów różnych dziedzin nauki, świadczeniodawców oraz pacjentów przeanalizowała poziom udostępnienia polskim pacjentom nowej lub też ulepszonej wiedzy medycznej, służącej podniesieniu skuteczności i bezpieczeństwa terapii oraz poprawie jakości życia chorych w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej. W świetle dokonanych analiz stwierdzono, iż pomimo pozytywnych zmian w ostatnich latach ograniczona dostępność nowoczesnych terapii medycznych dla pacjentów w Polsce pozostaje nadal aktualnym wyzwaniem dla systemu zdrowotnego.

W swoim raporcie Grupa Robocza na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej w pierwszej kolejności poszukiwała pozytywnych przykładów zmian w sferze dostępności innowacji dla polskich pacjentów. Jako pozytywne przykłady w polskiej ochronie zdrowia grupa wskazała m.in. opracowanie planu informatyzacji „E-Zdrowie Polska na lata 2009–2015” przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, jak również sporządzenie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego Krajowego Programu Badań Naukowych i Prac Rozwojowych, uwzględniającego wśród priorytetów zwiększenie innowacyjności w dziedzinie nauk medycznych w Polsce oraz reformę nauki w Polsce rozpoczętą w 2010 roku. Jej celem jest uniezależnienie nauki od polityki poprzez utworzenie Narodowego Centrum Nauki, którego podstawowym zadaniem jest udzielanie na przejrzystych zasadach środków finansowych na prowadzenie badań podstawowych przez polskich naukowców oraz utworzenie Narodowego Centrum Badań i Rozwoju odpowiedzialnego za zarządzanie strategicznymi programami badań naukowych i prace rozwojowe, wraz z ich finansowaniem, a także zmiany w działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych wpływające na zwiększenie przejrzystości i transparentności decyzji i opinii, jakie procedury, leki i wyroby medyczne obejmowane są finansowaniem ze środków publicznych. W ostatnim

czasie pojawiło się w Polsce także wiele projektów aktów prawnych redukujących poziom barier prawnych dla rozwoju innowacyjności w ochronie zdrowia, jak np. projekt ustawy o prowadzeniu badań klinicznych lub projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Podstawową barierą dla rozwoju innowacji w ochronie zdrowia w Polsce jest brak jednolitego systemu informacji o zdrowiu oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. W polskim systemie ochrony zdrowia nadal nie ma instytucji w pełni odpowiedzialnej za długookresową strategię planowania infrastruktury technicznej. Politycy zajmujący się ochroną zdrowia nie scharakteryzowali dotychczas mierzalnych wskaźników innowacyjności polskiej ochrony zdrowia, jak również koncepcji monitorowania dokonującego się w niej postępu.

Optymalnych warunków w zakresie dostępności nowych technologii w ochronie zdrowia w Polsce nie zapewnia także poziom jej finansowania. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce stanowią 4,7% PKB, co sytuuje Polskę nadal na jednej z najniższych pozycji spośród krajów OECD.

Pacjenci w Polsce napotykają na bariery w dostępie do nowoczesnych leków. Eksperci zauważają, że jedynie 15% polskiego rynku aptecznego stanowią leki innowacyjne/oryginalne, co plasuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej¹. Niska jest też dynamika wzrostu refundacji leków innowacyjnych dla polskich pacjentów, co jest podstawowym warunkiem wdrażania innowacji do powszechnej praktyki klinicznej.

W świetle międzynarodowych analiz porównawczych Polska niedostatecznie wykorzystuje swój potencjał, jeśli chodzi o prowadzenie badań klinicznych, co ma bezpośredni wpływ na dostępność nowoczesnych terapii dla pacjentów².

W Polsce w ramach środków publicznych dostępnych jest około 300 przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych na 8000 rodzajów wyrobów medycznych zarejestrowanych w Unii Europejskiej.

Jako niewystarczające oceniane jest przez ekspertów tempo rozwoju i wdrażania do codziennej praktyki klinicznej procedur z zakresu chirurgii małoinwazyjnej, która przynosi nie tylko lepsze efekty terapeutyczne w porównaniu z metodami klasycznymi, ale także obniża koszty leczenia poprzez skrócenie okresu hospitalizacji i czasu powrotu operowanych pacjentów do aktywności, jak również ma ogromne znaczenie dla poprawy ich jakości życia. Za niezadowalający uznawany jest poziom dostępności do diagnostyki obrazowej dla polskich pacjentów (jedna z najniższych w Unii Europejskiej), w tym szczególnie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, jak również nadzór nad jakością badań obrazowych.

System zorientowany na zdrowie seniorów

W 2020 roku populacja osób powyżej 60. roku życia będzie stanowić około 25–30% mieszkańców Unii Europejskiej, dlatego polityka zdrowotna państw Unii powinna być ukierunkowana na kompleksowe postępowanie w schorzeniach osób starszych, takich jak chorobowy nowotworowe, cukrzyca i choroby kostno-szkieletowe – szczególnie osteoporozę. Liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe wynosi w państwach Unii Europejskiej około 3,2 miliona rocznie, najwięcej na raka jelita grubego, raka płuca, raka piersi i raka gruczołu krokowego. Jednym z podstawowych problemów polskiej onkologii jest brak pełnej i aktualnej wiedzy na temat sytuacji epidemiologicznej chorób nowotworowych. Takim źródłem mogą być przede wszystkim rejestry kliniczne poszczególnych nowotworów prowadzone przez towarzystwa naukowe lub ośrodki naukowo-badawcze, jednak ich funkcjonowanie w Polsce nie jest jeszcze w pełni rozwinięte. W niektórych chorobach nowotworowych, takich jak rak jelita grubego, rak płuca, rak szyjki macicy, 5-letnie przeżycia są w Polsce znacznie rzadsze niż w większości państw Unii Europejskiej. Według ekspertów do podstawowych wad organizacji polskiej opieki onkologicznej należą: niewłaściwa alokacja środków na onkologię ograniczająca możliwości profilaktyki nowotworów, zbyt niska wycena znacznej części procedur onkologicznych, szczególnie w kwestii finansowania badań histopatologicznych, cytogenetycznych i molekularnych, dysproporcje występujące pomiędzy regionami w zakresie dostępności do leczenia onkologicznego, brak jednolitych i centralnych kwalifikacji pacjentów onkologicznych do programów terapeutycznych w chemioterapii niestandardowej, zbyt mała liczba procedur onkologicznych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym i jednego dnia w celu zmniejszenia wskaźnika hospitalizacji w placówkach onkologicznych, brak łóżek hotelowych dla pacjentów przy ośrodkach onkologicznych, które umożliwiłyby skrócenie czasu hospitalizacji i znacznie obniżyły koszty leczenia, brak wiodącej instytucji naukowej w Polsce, cieszącej się autorytetem naukowym

i wyznaczającej standardy opieki medycznej na zasadach EBM (*evidence based medicine*), centralizacja ośrodków radioterapii, przy jednoczesnym braku sieci ośrodków satelitarnych, brak systemu transportu pacjentów na radioterapię. W Polsce chemioterapia chorych na nowotwory jest dostępna w ramach finansowania ze środków publicznych przede wszystkim w formie standardowej, zgodnie z rejestracją poszczególnych leków. Większość najnowszych leków onkologicznych jest dostępna ze środków publicznych w ramach specjalnych programów terapeutycznych lub tzw. chemioterapii niestandardowej. Obydwa sposoby leczenia wymagają jednak złożonych procedur administracyjnych, znacznie ograniczających dostępność nowoczesnej terapii dla pacjentów³.

Zgodnie z najnowszymi danymi Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej średnia zachorowalność na cukrzycę wśród osób dorosłych (w wieku 20–79 lat) w krajach Unii Europejskiej wzrosła z 7,6% w 2003 roku do 8,6% w 2006 roku, co daje liczbę 31 milionów chorych. Co więcej, zgodnie z przewidywaniami odsetek ten w 2025 roku wyniesie nawet 10,3%⁴. W Polsce liczbę chorych na cukrzycę szacuje się na ponad 2 mln osób. Insuliną leczy się około 450–500 tys. Czynnikiem podwyższonego ryzyka epidemiologicznego dla Polski jest także epidemia otyłości wśród dzieci i młodzieży. Pomimo skali problemu w Polsce nadal w niewystarczającym stopniu prowadzona jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na zapobieganie nowym zachorowaniom na cukrzycę oraz redukcję ryzyka wystąpienia powikłań cukrzycy wśród osób chorych. W polskim systemie ochrony zdrowia nie ma powszechnie zintegrowanej opieki nad chorymi na cukrzycę, a stan opieki diabetologicznej jest oceniany jako znacznie mniej skuteczny niż w innych krajach europejskich, w szczególności jeśli chodzi o brak skutecznych programów profilaktyki cukrzycy oraz niską efektywność systemu diagnostyki cukrzycy. Propozycją ekspertów na rzecz poprawy opieki diabetologicznej jest opracowanie i konsekwentne prowadzenie w Polsce długookresowego, narodowego programu walki z cukrzycą, co mogłoby przynieść zmniejszenie zapadalności na cukrzycę typu 2 z obecnego poziomu 200 do 100 na 100 000 osób na rok, zmniejszenie odsetka nierozpoznanej cukrzycy typu 2 z obecnego poziomu 40–50% do poziomu mniejszego od 10%, zmniejszenie liczby powikłań cukrzycy – o 50% liczby schorzeń kardiologicznych, a o 30% okulistycznych i chorób nerek, a także stworzenie zintegrowanej opieki nad chorymi z cukrzycą oraz upowszechnienie profesjonalnej edukacji terapeutycznej, które przyczynią się do poprawy jakości życia chorych⁵.

W grupie przewlekłych schorzeń układu kostno-szkieletowego występuje około 200 jednostek chorobowych, do których należą przede wszystkim zapalne choroby reumatyczne – reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty, dna moczaniowa oraz choroby reumatyczne – choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych oraz osteoporoza i jej następstwa prowadzące do trwałej niepełnosprawności, które są szczególnym problemem medycznym, społecznym oraz ekonomicznym. Eksperti prognozują, iż liczba ta w 2035 roku w starzejącym się polskim społeczeństwie osiągnie

3,5 miliona złamań⁶. Dostępność do nowoczesnej terapii dla polskich pacjentów w leczeniu osteoporozy finansowanej ze środków publicznych oceniana jest przez ekspertów jako jedna z najgorszych w Unii Europejskiej; obecnie w Polsce refundowany jest tylko jeden lek na osteoporozę⁷.

Rekomendacje ekspertów

Grupa Robocza na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej po przeanalizowaniu dostępności innowacyjnych metod profilaktyki, diagnostyki i leczenia dla polskich pacjentów rekomenduje podjęcie następujących działań mających na celu poprawę dostępu do nowoczesnej ochrony zdrowia:

1. Sprawą podstawową jest uczestnictwo naszego kraju w europejskich strategiach innowacyjnego rozwoju (Europa 2020) zarówno przez tworzenie krajowych strategii uwzględniających innowacje jako podstawę przyszłego rozwoju, jak i przez przygotowywanie nowych regulacji prawnych, implementację do polskiego systemu przepisów wspólnotowych Unii Europejskiej oraz przez podjęcie konkretnych działań, wynikających z międzynarodowych zobowiązań, dotyczących zwiększania innowacyjności polskiej gospodarki. Jako że strategie innowacyjnego rozwoju krajów UE w znacznym zakresie obejmują sektor zdrowotny, konieczne jest wypracowanie krajowego podejścia do wprowadzania innowacyjności w ochronie zdrowia oraz zaprojektowania nowoczesnych i przejrzystych regulacji prawnych zapewniających rozwój innowacji, w szczególności w zakresie prawa medycznego, farmaceutycznego i podatkowego. W tym mieści się także potrzeba pełnego wdrożenia do polskiego systemu przepisów wspólnotowych, takich jak m.in. Dyrektywa Rady 89/105/ EWG z 21 grudnia 1988 roku („Dyrektywa Przejrzystości”), określająca standardy administracyjne podejmowania decyzji refundacyjno-cenowych przez organy państwa. Polska powinna także popierać inne rozwiązania sprzyjające lepszej dostępności do innowacji medycznych dla pacjenta, np. dyrektywę Parlamentu Europejskiego w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej.
2. Dwa strategiczne dokumenty dotyczące zdrowia: Narodowy Program Zdrowia (2007–2015) oraz Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013, opracowana jako dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju, wymagają analizy i oceny realizacji określonych w tych dokumentach priorytetów zdrowotnych. Jednocześnie niezbędna staje się ich weryfikacja z punktu widzenia dostępu do innowacji w profilaktyce i leczeniu chorób przewlekłych, które wyznaczać będą nadchodzące zmiany epidemiologiczne związane ze starzeniem się populacji. Należy dążyć do wdrożenia w praktyce priorytetów zdrowotnych w Polsce, wytyczonych w dokumentach strategicznych. Ich realizacja powinna stanowić cel podejmowanych zmian w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, a szczególnie w zakresie
- finansowania nowych technologii medycznych, inwestycji oraz innowacyjnych metod organizacyjnych w sektorze zdrowotnym.
3. System ochrony zdrowia wymaga poprawy w zakresie zarządzania, zarówno na poziomie sektora zdrowotnego, jak i na poziomie świadczeniodawców. Jest to konieczne wobec wzrostu obciążeń finansowych związanych z rychłym wzrostem grupy osób starszych i chorych przewlekle. W starzejącym się społeczeństwie sprawą kluczową jest przygotowanie systemu ochrony zdrowia na zwiększenie zapotrzebowania nie tylko na świadczenia lecznicze, ale także dotyczące prewencji, profilaktyki, diagnostyki, rehabilitacji, pielęgnacji oraz opieki długoterminowej. Szczególnie istotne jest to w odniesieniu do takich chorób, jak: nowotwory, cukrzyca oraz choroby kostno-szkieletowe i kostno-stawowe (w tym osteoporoza). W tym celu niezbędne jest z jednej strony wyrównanie dostępności do opieki zdrowotnej we wszystkich regionach kraju przy wprowadzeniu referencyjności ośrodków klinicznych, a z drugiej – standaryzacja procedur, zwiększanie udziału małoinwazyjnych technik i technologii w ochronie zdrowia, indywidualizacja farmakoterapii, wprowadzanie systemu świadczenia usług medycznych na odległość, zmniejszenie liczby procedur medycznych wykonywanych zbędnie w warunkach szpitalnych i przesunięcie ich do opieki ambulatoryjnej oraz domowej.
4. System gromadzenia i udostępniania informacji o zdrowiu Polaków wymaga pilnej poprawy. W szczególności niezbędne jest prowadzenie wiarygodnych rejestrów chorób, w tym rejestrów poszczególnych nowotworów oraz cukrzycy, bez których terapia chorych nie będzie ani nowoczesna, ani efektywna. Wobec licznych przypadków braku wiarygodnych danych epidemiologicznych w zakresie najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych, a szczególnie nowotworów i cukrzycy, niezbędna jej zdecydowana poprawa systemu gromadzenia i udostępniania informacji o zdrowiu Polaków, wykonywaniu badań bilansowych stanu zdrowia (szczególnie dzieci i młodzieży) oraz prowadzenie rejestrów najczęstszych chorób. Polski system ochrony zdrowia wymaga radykalnej poprawy poziomu informacji, dotyczących zdrowia populacji oraz korzystania z usług zdrowotnych. W tym celu oraz aby ukierunkować politykę zdrowotną na poprawę dostępności do nowoczesnej medycyny niezbędne są także systematyczne badania stanu zdrowia Polaków.
5. Funkcjonowanie sprawnego sektora zdrowotnego we współczesnym świecie wymaga szerokiego zastosowania technologii informatycznych: *e-health*, neuroinformatyki, telemedycyny. Potrzebne jest wypracowanie praktycznej koncepcji wdrażania efektywnych rozwiązań w tym zakresie, wychodzących naprzeciw potrzebom koordynacji działań w opiece medycznej oraz występowania ograniczeń w odniesieniu do zasobów kadry medycznej i opiekuńczej. Niezbędne jest zapewnienie środków finansowych na rozwój tych dziedzin, jak również stworzenie warunków

prawnych regulujących kwestie świadczenia usług medycznych na odległość.

6. System ochrony zdrowia w Polsce jest w długim okresie niedostatecznie finansowany. To utrudnia modernizację infrastruktury, poprawę wyposażenia, dostateczne kształcenie kadr oraz szersze stosowanie skutecznych terapii. Potrzebna jest profesjonalna debata ekspercka i społeczna o zasadności i możliwościach wzrostu środków na ochronę zdrowia.

Wobec utrzymującej się nierównowagi między przychodami a wydatkami na ochronę zdrowia, przy wzrastających trudnościach w dostępie do usług zdrowotnych, konieczne jest pilne i poważne (uczciwe) postawienie problemu – wzrostu źródeł publicznych albo wprowadzenia dodatkowych, w tym – prywatnych – źródeł zasilenia ochrony zdrowia w środki finansowe.

7. System ochrony zdrowia w Polsce odznacza się niezadowalającą dostępnością świadczeń zdrowotnych oraz efektywnością kliniczną leczenia chorób nowotworowych, cukrzycy oraz osteoporozy. Pacjenci w Polsce w rozwiązywaniu priorytetowych problemów zdrowotnych powinni posiadać, tak jak obywatele innych państw Unii Europejskiej, optymalny dostęp do standardowych, jak i do najnowszych me-

tod i technologii profilaktyki, diagnostyki, pielęgnacji i leczenia, które doprowadzą do uzyskania wyższej skuteczności leczenia chorób oraz poprawy jakości życia chorych.

Przypisy

¹ Stanowisko Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA z dn. 31.03.2010 r.

² ON BOARD, PBS DGA, GCP, Bird & Bird – Badania kliniczne w Polsce – „eksperyment” na ludziach, czy dla ludzi? Warszawa.

³ Kobosz T., *Rak jelita grubego. Chemioterapia niestandardowa czy program terapeutyczny?* „Służba Zdrowia” 43-46/2010.

⁴ www.mp.pl.

⁵ Tatoń J., *Cukrzycy chcą kompleksowej opieki i nowych leków*, „Służba Zdrowia” 93-100/2009.

⁶ Czerwiński E., *Leczenie pełne paradoksów*, „Rynek Zdrowia”, V/2010.

⁷ Kielar M., *Nie daj się złamać osteoporozie*, „Służba Zdrowia”, 93-100/2009.

■ O autorze:

mgr Marcin Mikos – SCANMED – Szpital św. Rafała w Krakowie.

Grupa Robocza na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej

Grupa Robocza skupia naukowców, ekspertów ds. zdrowia publicznego, przedstawicieli publicznej i prywatnej służby zdrowia, a także reprezentantów pacjentów i producentów nowoczesnych leków oraz aparatury medycznej. Grupa powstała w 2007 roku i przez ostatnie lata zyskała pozycję cenionego gremium eksperckiego, zajmującego się dostępem do innowacji w ochronie zdrowia.

Celem, który przyświeca grupie roboczej, jest dążenie do zwiększenia dostępności do nowoczesnych metod terapii w Polsce poprzez zaproponowanie rozwiązań systemowych, które mogą pomóc w dostosowaniu systemu opieki zdrowotnej do wymogów współczesności. W tym celu grupa zleciła opracowanie wielu badań i analiz, na podstawie których przygotowała dwa raporty o dostępie polskich pacjentów do innowacji (w 2008 i 2010 roku). W raportach tych przedstawiła ocenę stanu obecnego, a także rekomendacje działań, które mogłyby przynieść pożądane zmiany.

Grupa robocza organizuje ponadto debaty z udziałem ekspertów i mediów podnoszące, w kontekście dostępu do nowoczesnego leczenia, tak istotne kwestie, jak konieczne zmiany w ochronie zdrowia spowodowane starzeniem się polskiego społeczeństwa oraz, co za tym idzie, nowe wyzwania związane z rosnącą liczbą osób chorych przewlekle.

Zarówno te działania, jak i konkurs „Innowacje dla Zdrowia”, zorganizowany w 2009 roku dla instytucji, placówek ochrony zdrowia i firm, które w ostatnich latach w sposób istotny przyczyniły się do poprawy dostępu do nowoczesnych terapii dla polskich pacjentów, znalazły uznanie środowiska medycznego. Kolejne publikacje grupy roboczej były szeroko relacjonowane w mediach ogólnopolskich i branżowych, a sama grupa co roku przyciąga nowe osoby, zarówno z instytucji państwowych, jak i prywatnych.

Andrzej Kropiwnicki
Biuro Organizacyjne Grupy Roboczej
na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej

Marta Kulpa

Relacja z konferencji „Pacjent i jego prawa – w Polsce i UE” zorganizowanej w Warszawie z okazji V Europejskiego Dnia Praw Pacjenta

Dzień 18 kwietnia został ustanowiony Europejskim Dniem Praw Pacjenta przez organizację pozarządową Active Citizenship Network oraz stowarzyszenia zrzeszające pacjentów. Dzień ten jest obchodzony we wszystkich krajach UE w celu przypomnienia o przestrzeganiu praw pacjenta zawartych w Europejskiej Karcie Praw Pacjenta. W tym roku obchodziliśmy V Europejski Dzień Praw Pacjenta. Z tej okazji Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (IPPIEZ) zorganizował w Warszawie konferencję „Pacjent i jego prawa – w Polsce i UE”, w której udział wzięli m.in. Minister Zdrowia Ewa Kopacz, Rzecznik Praw Pacjenta Krystyna Barbara Kozłowska oraz Poseł na Sejm RP Marek Balicki. Gościem specjalnym był John Dalli – Komisarz UE ds. Zdrowia i Polityki Konsumenckiej. W konferencji brali udział przedstawiciele organizacji pacjenckich z całej Polski.

Z badania świadomości i wiedzy Polaków na temat praw pacjenta¹ przeprowadzonego w 2008 roku na zlecenie IPPIEZ wynika, że duża część społeczeństwa (42%) nie zna praw pacjenta, około 8% nie wie, czy takie prawa istnieją, a 50% nie umie z nich korzystać. Według minister Ewy Kopacz sytuacja ta powoli zmienia się na lepsze dzięki wprowadzeniu w życie ustawy o prawach pacjenta i powołaniu urzędu Rzecznika Praw Pacjenta, do którego pacjenci mogą zwrócić się z prośbą o interwencję w przypadku łamania ich praw. Jak podkreśliła minister zdrowia, dzięki swoim szerokim kompetencjom rzecznik może nie tylko przyjmować skargi, ale także występować w sądzie w roli oskarżyciela.

Barbara Krystyna Kozłowska, Rzecznik Praw Pacjenta, przedstawiła ocenę przestrzegania praw pacjenta w Polsce z perspektywy kierowanego przez siebie urzędu. Według niej przestrzeganie praw pacjenta znacznie się poprawiło w ciągu ostatnich dwóch lat, jednak nadal zdarzają się przypadki ich łamania. Dzięki powołaniu urzędu rzecznika pacjent zyskał pośrednią możliwość oddziaływania na system ochrony zdrowia (poprzez zbieranie informacji o przypadkach naruszania praw pa-

cjenta rzecznik może wskazywać decydom konieczność modyfikacji już istniejących lub przyjęcia nowych rozwiązań prawnych). W ocenie rzecznik najczęściej naruszonym prawem pacjenta jest prawo dostępu do dokumentacji medycznej oraz prawo do godności i intymności (przeważnie łamane w szpitalach psychiatrycznych). Rzecznik podkreśliła, że dziwi ją sytuacja, kiedy nie można postawić parawanu, który zapewniłby pacjentowi nieco intymności w szpitalnej sali.

Zdaniem Johna Dalli, Komisarza UE ds. Zdrowia i Polityki Konsumenckiej, powołanie urzędu Rzecznika Praw Pacjenta, mogącego zbierać informacje dotyczące przykładów łamania praw pacjenta, jest pozytywną zmianą w polskim systemie ochrony zdrowia. Jak podkreślił John Dalli, sprawy zdrowia i wydatków na zdrowie powinny być traktowane jak inwestycja w lepsze życie.

Marek Balicki, poseł na Sejm RP i były minister zdrowia, zgadza się ze stwierdzeniem, że informacja na temat praw pacjenta w Polsce nie jest jeszcze dostateczna. Mimo to zauważa poprawę w tej kwestii. Zdaniem posła problemem w naszym kraju są pogłębiające się nierówności w dostępie do ochrony zdrowia, a receptą na poprawę tej sytuacji jest zwiększenie nakładów na publiczną ochronę zdrowia. Zdanie to podzieliła także dr Dorota Karkowska, ekspert IPPIEZ w dziedzinie praw pacjenta.

Konferencja była dobrą okazją do zaprezentowania wyników badania audytu obywatelskiego Europejskiej Karty Praw Pacjenta, przeprowadzonego w 20 krajach europejskich. Oprócz szpitali badaniem objęto ministerstwa zdrowia oraz 70 organizacji pozarządowych w Europie. W polskim badaniu udział wzięli: Ministerstwo Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Stowarzyszenie Amazonki Warszawa Centrum, Szpital Wolski w Warszawie, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie i Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Norberta Barlickiego w Łodzi. Wyniki badania przedstawiła Mag-

dalena Bojarska, członek zarządu IPPiEZ, oraz dr Dorota Karkowska, ekspert IPPiEZ.

Z raportu wynika, że niemal wszystkie kraje biorące udział w badaniu mają problemy z zapewnieniem pacjentom prawa do poszanowania czasu, prawa wolnego wyboru oraz prawa dostępu do opieki medycznej. Trudności sprawia także, zarówno w Polsce, jak i w całej Europie, realizacja prawa dostępu osób bliskich do pacjenta przez 24 godziny na dobę. Co ciekawe, tylko cztery kraje (w tym Polska) respektują prawo pacjenta do unikania niepotrzebnego cierpienia i bólu przy użyciu środków narkotycznych. W klasyfikacji najwyższej uplasowały się cztery prawa – prawo do zindywidualizowanego traktowania, prawo do profilaktyki, prawo do prywatności i poufności oraz prawo fizycznego dostępu do opieki medycznej. W Polsce pozytywnie oceniono prawo do dochowania tajemnicy pacjentów leczonych z powodu HIV/AIDS, prawo do innowacji (np. wyposażenie szpitali w specjalne materace przeciwoleżynowe), prawo fizycznego dostępu do opieki medycznej (dobre oznakowanie lokalizacji szpitala, miejsca do parkowania, łatwość dojazdu środkami transportu publicznego) oraz prawo do profilaktyki (badania przesiewowe, szczepienia). Najślabiej wypadło prawo do poszanowania czasu pacjenta (długi czas oczekiwania na wybrane badania, brak ustalonego maksymalnego czasu oczekiwania na planowe badania oraz leczenie chirurgiczne, lista przyjęć na planowaną hospitalizację związaną z przeprowadzaniem wybranych zabiegów chirurgicznych rzadko jest ogólnodostępna w administracji szpitalnej, na poszczególnych oddziałach czy na stronach internetowych), a także prawo do opieki medycznej (warto podkreślić, że głównie chodzi o nowoczesne metody leczenia, a nie o prawo do świadczeń w ogóle).

Odpowiedzi na pytanie dotyczące istnienia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz wymiany informacji między szpitalem a lekarzem specjalistą wypadły na niekorzyść Polski. Zdaniem dr Karkowskiej brak jednego scentralizowanego systemu informacji, który umożliwiłby jej przepływ między poszczególnymi zakładami opieki zdrowotnej, jest w naszym kraju problemem. Niemożność sięgnięcia do informacji o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach zdrowotnych, do informacji o przyjmowanych przez pacjenta lekach lub wyników wykonanych wcześniej badań rodzi konieczność przeprowadzenia nowych, co nie tylko opóźnia rozpoczęcie właściwego leczenia, ale i podraża wydatki systemu ochrony zdrowia. Ponadto wymiana informacji o udzielonych świadczeniach zdrowotnych pozwoliłaby zapewnić ciągłość leczenia pacjentom, którzy zmieniają świadczeniodawcę. Według minister Ewy Kopacz sytuację poprawi uchwalona w marcu ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Ponadto, jak podkreśliła dr Karkowska, w placówkach medycznych wciąż brakuje informacji o prawach pacjenta. Rozwiązaniem byłoby wprowadzenie do struktury szpitala punktu informacji o prawach pacjenta, do którego pacjenci mogliby się zgłaszać w celu uzyskania informacji o przysługujących im prawach. Dodatkowo osoba pełniąca funkcję pełnomocnika ds. praw pacjenta (lub edukatora) mogłaby pomagać w rozstrzygnięciu konfliktów zaistniałych między pacjentem a personelem medycznym, które powstały w wyniku naruszenia przysługujących pacjentowi praw. Wśród 20 krajów, które brały udział w audycie obywatelskim dotyczącym przestrzegania praw pacjenta, Polska znalazła się na 9 miejscu (zaraz pod średnią europejską). Pierwsze trzy miejsca zajęły Wielka Brytania, Hiszpania i Słowacja.

O tym, że jest jeszcze wiele do zrobienia w dziedzinie ochrony praw pacjenta, nie trzeba nikogo przekonywać – świadczą o tym liczne doniesienia medialne przedstawiające przypadki ich łamania (np. utrudnianie dostępu do dokumentacji medycznej, rejestrowanie pacjentów do danego lekarza specjalisty np. raz na pół roku) oraz liczba spraw, jaka wpływa do Rzecznika Praw Pacjenta (w okresie od 21 maja 2009 roku² do 31 grudnia 2009 roku do Biura Rzecznika wpłynęło łącznie 8980 spraw³). Raport z przestrzegania praw pacjenta w Europie jest innowacyjnym podejściem do zainicjowanego w 2002 roku procesu związanego z ogłoszeniem Europejskiej Karty Praw Pacjenta. Przedstawiony w raporcie obraz rzeczywistości pozwala dostrzec problemy, z jakimi borykają się pacjenci oraz wskazuje kierunki dalszych działań, których podjęcie powinno zapewnić skuteczniejszą ochronę praw pacjenta.

Przypisy

¹ Raport z badania świadomości i wiedzy Polaków na temat praw pacjentów dostępny jest na stronie Instytutu, http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Raport%20z%20badania_swiadomosc%20praw%20pacjenta%20i%20wiedza%20w%20Polsce.pdf.

² Urząd Rzecznika Praw Pacjenta został powołany 21 maja 2009 r.

³ Sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z 30 lipca 2010 r. (obejmuje okres od 21 maja 2009 r. do 31 grudnia 2009 r.), <http://www.bpp.gov.pl/dok/sprawozdania/sprawozdanie2009.pdf>.

■ O autorce:

mgr Marta Kulpa – koordynator pracy Poradni Praw Pacjenta w Instytucie Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa.

Katarzyna Badora

Jubileusz XX-lecia Szkoły i Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

W dniu 16 kwietnia 2011 roku odbyło się międzynarodowe sympozjum naukowe zorganizowane z okazji XX-lecia Szkoły i Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum zatytułowane „Zdrowie publiczne w Europie”.

Konferencja zgromadziła blisko 200 uczestników – studentów i absolwentów szkoły. Obok nich gośćmi specjalnymi byli m.in. John Dalli – Komisarz Unii Europejskiej ds. Zdrowia i Konsumentów, prof. Helmut Brand – Prezydent elekt Stowarzyszenia Szkół Zdrowia Publicznego w Regionie Europejskim (ASPHER), dr Marek Haber – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia RP, dr Maciej Piróg – Doradca Prezydenta RP ds. Zdrowia oraz dr Andrzej Ryś – Dyrektor ds. Zdrowia Publicznego w Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej, który w latach 1992–1996 był dyrektorem Szkoły Zdrowia Publicznego.

Konferencja odbyła się w przepięknych wnętrzach auli Collegium Novum UJ. Uroczyste otworzył ją prof. dr hab. Karol Musioł – JM Rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, który podkreślił, że wiek XIX był epoką pary wodnej i maszyn parowych, wiek XX upłynął pod znakiem elektryczności, natomiast wiek XXI będzie erą ochrony zdrowia, bowiem wszyscy na tym świecie chcą żyć długo, w dobrym zdrowiu i są gotowi poświęcić wiele, żeby to dobre życie osiągnąć. Dalej zaznaczył, że Szkoła Zdrowia Publicznego to spektakularne osiągnięcie grupy ludzi, którzy tę szkołę stworzyli i ją prowadzili. Na koniec zwrócił uwagę, że coraz większego znaczenia nabiera profilaktyka, która ze swej istoty jest szlachetna pod każdym względem, bowiem cokolwiek robimy, by zapobiegać, jest nieskończenie lepsze niż leczenie. Stąd też inicjatywy, które szkoła podejmuje, są dla nas wszystkich niezwykle ważne.

Podziękowania wygłosili: Wojewoda Małopolski Stanisław Kracik i Wicemarszałek Województwa Małopolskiego Wojciech Kozak. Podkreślili oni, że 20 lat temu zaczęła powstawać demokracja w Polsce i równoległe

z nią rozwijała się Szkoła Zdrowia Publicznego, bowiem nie da się zbudować zdrowej demokracji bez zdrowego społeczeństwa. Michał Marszałek – Dyrektor Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa – odczytał list gratulacyjny od Prezydenta prof. Jacka Majchrowskiego, natomiast dr Marek Haber złożył na ręce prof. Andrzeja Pająka – obecnego Dyrektora Instytutu Zdrowia Publicznego – list gratulacyjny od Minister Zdrowia dr Ewy Kopacz, a także przedstawił swój pogląd na temat zdrowia publicznego w Polsce. Prof. Helmut Brand odniósł się do problemów nauczania zdrowia publicznego w wielonarodowej Europie. Kanclerz UJ, dr Tadeusz Skarbek, który był pierwszym dyrektorem Szkoły Zdrowia Publicznego, przypomniał, że koncepcja powstania szkoły została oparta na czterech filarach: medycynie, zarządzaniu, ekonomii oraz prawie.

Historię powstawania Szkoły Zdrowia Publicznego przedstawił dr Andrzej Ryś, który podkreślił, że jest to dzieło ludzi, którym „chciało się chcieć”, którzy chcieli czegoś więcej dla ochrony zdrowia w Polsce. Zaznaczył, że Szkoła a teraz Instytut Zdrowia Publicznego to wielki sukces, chociaż początki były dość skromne. Jednak marzeniem założycieli była szkoła zorganizowana na wzór francuskiej, do której mogliby zdawać studenci po różnych kierunkach studiów. Celem było powstanie kuźnicy kadr dla zmieniającej się organizacji ochrony zdrowia w Polsce. W trakcie sympozjum dr Ryś za swoje zasługi dla Uniwersytetu Jagiellońskiego otrzymał z rąk JM Rektora medal, symbolizujący motto uczelni *Plus ratio quam vis*, czyli „Więcej znaczy rozum niż siła”.

Komisarz Europejski ds. Zdrowia i Konsumentów, John Dalli, wskazał, że Unia Europejska ma do odegrania ważną rolę we wspieraniu krajowych systemów zdrowia publicznego. Program zdrowia ma na celu wspieranie tworzenia efektywnych rozwiązań w takich dziedzinach, jak radzenie sobie z zagrożeniami zdrowotnymi, rozwój systemów informacyjnych oraz wymiana doświadczeń w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki. Podał przykład

zainicjowania innowacyjnego partnerstwa na rzecz zdrowego starzenia się, które przyczyni się do postępu w tych dziedzinach. Partnerstwo to ma na celu wykorzystanie publicznych i prywatnych świadczeniodawców do rozwinięcia innowacyjnych produktów i usług, które poprawią stan zdrowia osób w podeszłym wieku i umocnią system opieki zdrowotnej. Zauważył, że jednym z największych wyzwań jest zmniejszająca się liczba pracowników opieki zdrowotnej w Europie. Społeczeństwa europejskie starzeją się, więc zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne jest coraz większe w czasie, kiedy ubywa wykształconych pracowników systemu ochrony zdrowia. Rodzi to uzasadnione obawy, że w przyszłości obywatele Europy nie otrzymają potrzebnych świadczeń zdrowotnych. Komisja Europejska wspólnie z rządami krajów członkowskich opracowuje więc plan działania, mający na celu uzupełnienie tworzącego się niedoboru pracowników służby zdrowia. Na koniec dodał, że w tym roku Polska przejmie przewodnictwo w Radzie Unii Europejskiej. W okresie polskiej prezydencji podstawowym priorytetem w sprawach zdrowia będzie podjęcie wysiłków w kierunku wyrównywania różnic zdrowotnych. Poprawa zdrowia publicznego w Europie to zadanie długofalowe. Wiodące ośrodki naukowe, takie jak krakowski Instytut Zdrowia Publicznego, są nadzieją i gwarancją jego powodzenia.

Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego, prof. Andrzej Pająk, przedstawił najważniejsze zmiany w stanie zdrowia, jakie zaszły w polskim społeczeństwie w okresie minionych 20 lat, wskazując na wyraźne wydłużenie oczekiwanej długości życia. Za główne przyczyny tego stanu uznał obniżenie umieralności niemowląt oraz umieralności z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych wśród osób dorosłych. Podkreślił, że dynamiczny spadek umieralności zawdzięczamy w największej mierze przemianom, które są przedmio-

tem zainteresowania zdrowia publicznego oraz dotyczą stylu życia polskiego społeczeństwa. Podsumowując, powiedział, że Instytut Zdrowia Publicznego jest niewielką jednostką uniwersytecką, która zajmuje się przede wszystkim badaniami naukowymi i dydaktyką w zakresie zdrowia publicznego i jej działanie wpisuje się raczej w proces ogólnych przemian, niż ma znaczenie sprawcze. Jednak przyczyniając się do coraz lepszego poznawania problemów zdrowotnych i doskonalenia metod promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, nie ma wątpliwości, że „instytut jest po właściwej stronie”.

W drugiej części sympozjum absolwenci szkoły mówili o swoich doświadczeniach w kierowaniu jednostkami sektora ochrony zdrowia. Prof. Marian Zembala, Dyrektor Naczelny Śląskiego Centrum Chorób Serca, ukazał jubileusz jako szansę i sprawdzian leczonych, leczących i organizujących leczenie. Dyrektor Narodowego Centrum Krwi – Agnieszka Beniuk-Patoła, mówiła o miejscu zdrowia publicznego w sektorze zdrowia. Andrzej Olszewski, obecny burmistrz Łęczycy, wskazał natomiast szansę awansu, rozwoju i kariery, jaką daje studiowanie zdrowia publicznego. Ponadto w sesji tej wystąpił doradca prezydenta RP ds. zdrowia dr Maciej Piróg, który uważnie śledził rozwój i działalność szkoły w ubiegłych latach. Jego przemówienie dotyczyło miejsca zdrowia publicznego w polityce państwa. Z okazji jubileuszu zorganizowano także spotkanie absolwentów wszystkich roczników szkoły i instytutu, które zaowocowało utworzeniem Klubu Absolwenta Instytutu Zdrowia Publicznego.

■ O autorce:

mgr Katarzyna Badora – asystent w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.



Uroczystość XX-lecia Szkoły Zdrowia Publicznego i Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Od lewej: prof. Andrzej Pająk (Dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego), prof. Rob de Bie (Uniwersytet w Maastricht), dr Alena Petrakova (European Centre for Disease Control), dr Marek Haber (Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia RP), prof. Helmut Brand (Prezydent elekt ASPHER), John Dalli (Komisarz UE ds. Zdrowia i Konsumentów), dr hab. Rafał Nizankowski (Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie), dr Beata Wałęcka-Libera (posłanka na Sejm RP), dr Andrzej Ryś (Dyrektor ds. Zdrowia Publicznego w Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej), prof. Stanisława Golinowska (Instytut Zdrowia Publicznego), dr Tadeusz Skarbek (Kanclerz UJ), Frank Zammit (Dyrekcja Generalna Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej)

Fot. Anna Wojnar

Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka

Komunikat z Seminarium „Polityka zdrowia publicznego Unii Europejskiej. Konflikty jako siła sprawcza ewolucji”. Jubileusz pracy zawodowej Prof. dra hab. Cezarego W. Włodarczyka

W bieżącym roku upływa 40 lat od momentu rozpoczęcia przez Prof. Cezarego W. Włodarczyka pracy zawodowej. Pomimo iż pierwsze stanowisko pracy Profesora jako referenta prawnego w zakładzie produkcyjnym nie było związane z dziedziną, która obecnie zdominowała jego naukowe dociekania – czyli z polityką zdrowotną, to jednak do dzisiaj coś z tych prawniczych zainteresowań mu pozostało.

Cezary Włodarczyk jest profesorem nauk ekonomicznych, absolwentem prawa Uniwersytetu Łódzkiego, byłym pracownikiem Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, byłym dyrektorem Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia i byłym dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego UJCM. W latach 2004–2008 sprawował funkcje prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu. Obecnie kieruje Zakładem Polityki Zdrowotnej i Zarządzania w Instytucie Zdrowia Publicznego UJ Collegium Medicum. Był ekspertem i współpracownikiem Światowej Organizacji Zdrowia w latach 1991–1993. Jest specjalistą w zakresie polityki zdrowotnej oraz reform opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie, autorem wielu książek, artykułów i ekspertyz, m.in. *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym* (1997), *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot* (2002), *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej* (2010). Jest redaktorem naczelnym „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”. Od 2005 roku przewodniczy polskiemu zespołowi badawczemu w projekcie International Network Health Policy and Reform, koordynowanym przez Bertelsmann Stiftung Foundation, którego głównym celem jest wypracowywanie raportów ewaluacyjnych polityki zdrowotnej w Polsce, publikowanych w „Health Policy Monitor”. Jako kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej i Zarządzania realizuje liczne projekty naukowe, m.in. Projekt badawczy KBN nr PB 0681/P05/2004/27, Zdrowie publiczne w obliczu akcesji, 2003–2006, Projekt badawczy finansowany ze środków Komitetu Badań Naukowych nr 5H02E 006 20, W po-

szukiwaniu utraconej racjonalności polityki zdrowotnej i wiele innych.

Bezpośrednim powodem skłaniającym do zorganizowania seminarium była chęć uświetnienia jubileuszu Profesora Włodarczyka przez najbliższych jego współpracowników oraz przedstawienia najważniejszych prowadzonych pod jego kierunkiem badań projektowych, a także idea przygotowania i wydania książki w ramach grantu badawczego „Polityka Zdrowia Publicznego Unii Europejskiej. Konflikty jako siła sprawcza ewolucji”¹. Seminarium odbyło się 1 kwietnia 2011 roku w budynku Collegium Medicum przy ul. św. Anny 12, a wybór daty uświetnienia jubileuszu nie był przypadkowy (choć w polskiej tradycji kojarzy się bardziej z *prima aprilis* niż z poważnymi wydarzeniami), gdyż to także dzień urodzin Profesora. Ta przypadkowa zbieżność dat pozwoliła organizatorom spotkania na uczczenie obu ważnych – i poważnych – rocznic w atmosferze nie tylko naukowej debaty nad istotnymi problemami zdrowia publicznego, ale i z nutą nostalgii i ciepła, w gronie ważnych gości, przyjaciół i współpracowników Jubilata. Seminarium rozpoczęło rok jubileuszu zawodowego Profesora Włodarczyka, który ma być także rokiem podsumowań istotnych badań prowadzonych w ramach przywołanego projektu, a jego zwieńczeniem będzie publikacja wspomnianej wyżej *Liber amicorum* i jej uroczyste wręczenie w kwietniu 2012 roku.

Seminarium uroczystie otworzyli przedstawiciele władz Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz Instytutu Zdrowia Publicznego – prof. dr hab. Antoni Czupryna, prof. dr hab. Tomasz Brzostek oraz dr Christoph Sowada. Po krótkim wprowadzeniu na temat dorobku naukowego i badawczego jubilata, dla wielu zgromadzonych na sali nie tylko mentora, kolegi, ale po prostu przyjaciela, po przypomnieniu także tych najważniejszych faktów z życia prywatnego Profesora Włodarczyka, przedstawione zostały aktualnie prowadzone pod jego kierunkiem

w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania badania i projekty², a następnie przystąpiono do merytorycznej części spotkania. Seminarium składało się z czterech sesji naukowych moderowanych na przemian przez dr Iwonę Kowalską i dr Annę Mokrzycką.

Pierwszą sesję rozpoczęło wystąpienie Prof. C. Włodarczyka dotyczące tematyki zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, która stanowiła motyw przewodni seminarium zgodnie z pracami podjętymi w ramach realizowanego projektu. Przedstawione zostały zasadnicze wątki i założenia badawcze w projekcie, w szczególności wspólnotowa polityka zdrowia publicznego i polityka zdrowotna w kontekście stosowanych w jej ramach mechanizmów³. Prof. C. Włodarczyk zauważył, że w Unii nadal pozostaje zasadniczym problemem podział kompetencji między Unią a krajami członkowskimi. Ogólną zasadą jest w tym kontekście zasada pomocniczości (subsydiarności) ustanowiona Traktatem z Maastricht, jednak w tej kwestii nadal dochodzi do pojawiania się konfliktów. Profesor Włodarczyk odniósł się w swoim wystąpieniu również do tzw. opieki transgranicznej i planowanych w tym zakresie nowych rozwiązań wspólnotowych, regulujących zasady nabywania świadczeń zdrowotnych w sytuacjach nagłego zagrożenia życia, ale przede wszystkim do sytuacji wynikających z opieki planowanej, jako do przykładu takiej „konfliktogennej” sfery. Wątki europejskie były kontynuowane przez prof. dr hab. Pawła Boskiego w kontekście zróżnicowania statusu zdrowotnego w UE, w perspektywie badawczej zaproponowanej przez autora jako międzykulturowo uwarunkowane „stereotypowe” przeciwstawienie: zdrowy Zachód – chory Wschód Europy? i parafraza znanego powiedzenia: „W bogatym ciele zdrowy duch”. Przywołane wyniki badań wskazywały na podobieństwa w zachowaniach zdrowotnych poszczególnych populacji europejskich, warunkowanych przynależnością do odpowiedniego kręgu kulturowego, wyznaczonego podziałami geograficznymi, przy czym wiele zaskakujących wniosków wymykało się takiemu dychotomicznemu podziałowi.

Drugą sesję rozpoczęła prof. Golinowska wystąpieniem: „Kontrowersje wokół ekonomii w ochronie zdrowia”, w którym odniosła się do przeprowadzanych aktualnie zmian ustawowych w polskim systemie ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem procedowanej obecnie w parlamencie ustawy o działalności leczniczej. Autorka podkreśliła problem niebezpieczeństw wynikających z nowych rozwiązań prawnych i ekonomicznych – mimo zapowiadanej w ustawie fakultatywnej komercjalizacji SPZOZ-ów – stosowania ekonomicznych bodźców przymuszających do niej oraz podjęła próbę identyfikacji następnych jej etapów, czyli prawdopodobnego, postępującego procesu prywatyzowania publicznych szpitali. Krytyka pakietu ustaw zdrowotnych dotyczyła zagrożeń dla dostępności, jakości, równowagi finansowej systemu oraz zarzutów nieadekwatności w stosunku do procesów społecznych i sprzyjania interesom grup profesjonalistów. Zagadnienia te zostały skomentowane także w odniesieniu do procesów zachodzących w UE, które z kolei stanowiły zasadnicze tło wystąpienia dr. hab. Jacka Klicha, dotyczącego nowych badań i praktyk stosowanych

w sferze tzw. turystyki medycznej/zdrowotnej. Autor zwrócił uwagę na dynamiczny rozwój tego zjawiska nie tylko w perspektywie europejskiej, ale także w skali globalnej i wewnętrznej (narodowej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w Polsce), analizując w tym zakresie literaturę przedmiotu i dostępne dane. Podkreślił także „biznesowe” aspekty prowadzenia aktywnej turystyki zdrowotnej w poszczególnych krajach UE, identyfikując przy okazji praktykę różnych krajów w tym zakresie. Podana została również perspektywa rozwoju tego kierunku, zarówno w kontekście potencjalnych badań (opieka transgraniczna), jak i wzrostu poziomu zaangażowania środowisk biznesowych. Istotne wątki należące do obszaru zarządzania w ochronie zdrowia podjęła prof. Aldona Frączkiewicz-Wronka, prezentując wyniki przeprowadzonego badania nad znaczeniem interesariuszy w systemach ochrony zdrowia, szczególnie w kontekście procesów podejmowania decyzji w organizacjach ochrony zdrowia w UE. Przedstawione zostały najważniejsze czynniki oddziałujące na te procesy w świetle aktywności podejmowanych przez interesariuszy, ich umiejscowienia w systemie, a także uwarunkowania wpływów na zarządzanie strukturami i organizacjami systemowymi.

Do problemu prawa do ochrony zdrowia, szczególnie w szerokim wspólnotowym wymiarze, nawiązał także dr Piotr Mierzewski, szef Wydziału Zdrowia Rady Europy, który przedstawił aktualne dylematy i konflikty w sferze zdrowia w kontekście sprzeczności między postulatami ekonomicznymi a etycznymi, dążenia do osiągnięcia spójności społecznej poprzez realizowane strategie zdrowotne, zgodnie z wytycznymi i zaleceniami Rady Europy. Podkreślając zasadność obrony wartości i w tym kontekście rację istnienia takich organizacji, jak RE, zwrócił uwagę na potrzebę dodawania, rozwijania i umacniania wspólnych i niekwestionowanych wartości. W odniesieniu do tych zasadniczych kwestii wystąpienie dr. Christofa Sowady, przywołując już w tytule dylemat między wolnością wyboru a obowiązkiem ubezpieczenia, rzuciło nieco inne światło na problemy współczesnych systemów ochrony zdrowia w Europie. Poczynając od przypomnienia teoretycznych podstaw dla podjętych rozważań: kwestii wolności wyboru w ujęciu filozoficznym, prawnym i ekonomicznym na gruncie zróżnicowanych szkół i podejść, autor na przykładzie rozwiązań Szwajcarii, Holandii i Niemiec rozważał dylematy wynikające z konfliktu między uznaniem prawa jednostki do samostanowienia i odpowiedzialności za siebie a przemusem ubezpieczeniowym w krajach UE. Niezwykle cenne były tu wątki z zakresu wolności w ramach systemów powszechnych w ujęciu porównawczym oraz wniosek końcowy przestrzegający przed nadmiernym ograniczaniem swobód w imię tzw. celów wyższych i dla dobra ogółu. Problem często nadmiernej regulacji w stosunku do zagadnień ochrony zdrowia podjęty został przez dr. Stefana Poździecha, który przedstawił obszerny katalog prawotwórczej działalności wspólnotowej oraz praktykę jej stosowania, wskazując zasadnicze obszary interwencji UE. Podkreślona została słaba pozycja UE w zakresie polityki społecznej, w tym kontekście także założenia europejskiego modelu socjalnego i w jego ra-

mach – prawne zapisy regulacji wspólnotowych oraz ich stopniowa ewolucja wraz z katalogiem regulacji dopełniających.

Obok wystąpień mocno osadzonych w kontekście europejskim na szczególną uwagę zasługuje referat prof. Antoniny Ostrowskiej, która skupiła się na analizie niezwykle istotnego, specyficznego problemu: uwarunkowań społeczno-kulturowych i osobowościowych w przypadku chorób nowotworowych kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań ekonomicznych, co sygnalizował sam tytuł prezentacji: „Profilaktyka dla ubogich”. Przedstawiony został schemat procesu decyzyjnego dotyczącego poddania się badaniom skriningowym i model przekonań zdrowotnych (główna oś przekonań). Przedstawione zostały główne elementy, czy też etapy, procesu decyzyjnego: wiedza (potoczna), definicja sytuacji, bilans strat i korzyści oraz decyzja w świetle uwarunkowań wynikających z marginalizacji społecznej, wpływu niskiego statusu ekonomicznego na możliwość odbioru informacji wynikających z działań w ramach polityki zdrowotnej, w tym programów zdrowotnych. Zaprezentowane wątki zainicjowały dyskusję nad specyfiką krajową w perspektywie europejskiej, w stosunku do Polski niestety w zdecydowanie pesymistycznej wizji – stale obecnej przepaści postaw, podejścia i możliwości. Wątki specyficzne przedstawione zostały także w wystąpieniu dr hab. Małgorzaty Schlegel-Zawadzkiej, która podjęła tematykę globalizacji działań UE w sferze żywności i żywienia jako istotnych uwarunkowań statusu zdrowotnego. Podjęty został m.in. problem stosowanych aktualnie oznakowań żywności w UE, zagadnienie globalizacji standardów w tym obszarze i wynikających z nich korzyści dla coraz bardziej świadomych konsumentów. W wystąpieniu przywołane zostały liczne przykłady rozwiązań stosowanych nie tylko w kraju, Europie, ale i na świecie, w perspektywie globalnej polityki zdrowia publicznego w tej sferze. Podkreślono także kwestię potrzeby wzmac-

niania poziomu indywidualnej wiedzy konsumentów jako rzeczywistej podstawy wolności wyboru.

Seminarium zakończyło podsumowanie przez dr I. Kowalską i dr A. Mokrzycką problemów zaprezentowanych przez prelegentów w trakcie moderowanych sesji. Ponadto przedstawione zostały najważniejsze wątki polityki zdrowia publicznego UE – obszary wspólne i najistotniejsze rozbieżności w perspektywie prowadzonych w Zakładzie Polityki Zdrowotnej badań w ramach projektu „Polityka zdrowia publicznego Unii Europejskiej. Konflikty jako siła sprawcza ewolucji” w odniesieniu do treści poruszonych w trakcie seminarium. Zwrócono szczególną uwagę na tytułowy aspekt konieczności poszukiwania rozwiązań dla obszarów konfliktowych w perspektywie polityki UE oraz wpływu tych konfliktów na postępowy rozwój sfery zdrowia publicznego w działalności struktur unijnych.

Przypisy

¹ Inicjatorami jubileuszu oraz organizatorami seminarium i członkami zespołu badawczego w przywołanym grantie, a także redaktorami planowanej publikacji są wychowanki Prof. Włodarczyka – dr Iwona Kowalska i dr Anna Mokrzycka. Nr rejestracyjny projektu N N404 080636.

² Sylwetkę jubilata oraz dorobek naukowy i tematykę prowadzonych badań przedstawiły dr Iwona Kowalska i dr Anna Mokrzycka.

³ Ustalenia dotyczące podstawowych wątków w tej części wprowadzenia na podstawie tekstu C. Włodarczyka (2011), *Polityka zdrowotna, zdrowie publiczne w Unii Europejskiej*, maszynopis. Zob. również tekst: C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Mokrzycka, *Innowacyjne wielowymiarowe narzędzie oceny polityki zdrowotnej i polityki zdrowia publicznego – matryca ewaluacyjna HPA (Health Policy Assessment). Podstawy metodologiczne, opis narzędzia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010, 2, 4.

- Redakcja przyjmuje teksty w wersji elektronicznej. Tekst należy pisać czcionką Times New Roman 12 pkt. z odstępem 1,5 wiersza.
- Do artykułu prosimy dołączyć krótki abstract w języku angielskim (do 150 słów) oraz słowa kluczowe w języku polskim i angielskim (do 10 słów).
- Objętość pracy powinna się mieścić w przedziale do 30 standardowych stron (1800 znaków/stronę).
- W tekście głównym przywoływane pozycje piśmiennictwa oznaczamy kolejnymi numerami umieszczonymi w nawiasach kwadratowych. Piśmiennictwo powinno być podane na oddzielnej stronie w kolejności przywoływania.
- Przypisy w tekście – niebędące wyłącznie przywołaniem pozycji z piśmiennictwa – prosimy numerować kolejno w całym artykule (w indeksie górnym) i umieszczać na dole strony.

Przykłady pozycji piśmienniczych:

Artykuł w czasopiśmie:

Numer kolejny, nazwisko autora, inicjał imienia (imion), tytuł artykułu, tytuł czasopisma+rocznik, nr tomu, nr czasopisma, strona.

1. Niżankowski R., *Jaki system specjalizacji lekarskich?* „Zdrowie i Zarządzanie” 2000; II, 5: 20–21.

Pozycja książkowa:

Numer kolejny, nazwisko autora(ów), inicjał imienia (imion), tytuł książki, wydawnictwo, miejsce+rok wydania, ew. cytowane strony.

1. Williamson O.E., *Ekonomiczne instytucje kapitalizmu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

Fragment pracy zbiorowej:

Numer kolejny, nazwisko autora rozdziału, tytuł tego rozdziału, w: nazwisko redaktora+(red.), tytuł pracy zbiorowej, wydawnictwo, miejsce i rok wydania, cytowane strony.

1. Sobkowiak B., *Procesy komunikowania się w organizacji*, w: Dobek-Ostrowska B. (red.), *Współczesne systemy komunikowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1998, 22–40.

- Prosimy o podanie na oddzielnej kartce dokładnego adresu, numeru telefonu, stopnia i tytułu naukowego oraz placówki, którą Autor reprezentuje.
- Wszystkie teksty będą poddane procedurze recenzyjnej (dwie niezależne, anonimowe recenzje). Od oceny recenzentów będzie uzależniona decyzja o publikacji. Autor ma obowiązek wprowadzenia uzasadnionych zmian, zaproponowanych przez recenzentów.
- Redakcja zastrzega sobie prawo adiustacji redakcyjnej. Autor ma obowiązek przeprowadzenia dokładnej ostatecznej korekty i zwrócenia jej w określonym czasie.
- **Prace przygotowane niezgodnie z zamieszczonymi powyżej zasadami nie będą przyjmowane do publikacji.**
- Materiałów niezamówionych Redakcja nie zwraca.

Artykuły prosimy przysyłać na adres redakcji:

Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM

ul. Grzegorzeczka 20

31-531 Kraków

tel. (12) 433-28-06

e-mail: mxerys@cyf-kr.edu.pl

Szanowni Państwo,

Redakcja „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” planuje w 2012 roku wydanie kolejnych numerów pisma.

Osoby zainteresowane otrzymaniem egzemplarzy proszone są o przesłanie zamówień na adres:

WYDAWNICTWO UNIwersytetu Jagiellońskiego

Dział Handlowy

tel. (12) 631-01-97; tel./fax (12) 631-01-98

tel. kom. 506-006-674

e-mail: sprzedaz@wuj.pl

Zamówienia będą realizowane do wyczerpania egzemplarzy.

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO

www.wuj.pl