

Wprowadzenie

Wskutek dokonujących się ciągle zmian w otoczeniu technologicznym, demograficznym i ekonomicznym oraz zmian w postawach i oczekiwaniach pacjentów restrukturyzacja narodowych systemów ochrony zdrowia staje się niezmiennym wyzwaniem dla rządów praktycznie wszystkich krajów świata. Zmiany – choć w różnym zakresie i z różną częstotliwością – są bowiem realizowane tak w krajach bogatych, jak i rozwijających się, zarówno mających nieprzerwane wielowiekowe doświadczenie z mechanizmami gospodarki rynkowej, jak i transformującymi swoje systemy gospodarcze po kilkudziesięcioletnim doświadczeniu z gospodarką centralnie planowaną, zarówno w państwach lokujących się wysoko w rankingach oceny narodowych systemów ochrony zdrowia, jak i tam, gdzie oceny te są niskie. Narodowe systemy ochrony zdrowia oraz stanowiące ich część podmioty prowadzące działalność leczniczą muszą – podobnie jak sektory tradycyjne i podmioty gospodarcze je tworzące – wypracować, a następnie skutecznie wdrażać strategie permanentnej zmiany organizacyjnej. Nie tylko organizacje stają wobec potrzeby dokonywania zmian, ale jest to również wyzwanie dla wszystkich ludzi. Musimy krytycznie weryfikować nasze zachowania, przyzwyczajenia czy nawyki (w tym przede wszystkim zdrowotne) i na przykład wprowadzać postulowane przez specjalistów od żywienia zmiany. Wypada w tym miejscu przywołać (trawestując wypowiedź Isaaca Asimova) zdanie, że jedyną niezmienną we współczesnym świecie rzeczą jest zmiana.

Oddawany do rąk Czytelników kolejny numer „Zeszytów Naukowych Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” – w przeciwieństwie do większości poprzednich – nie jest precyzyjnie sprofilowany, to znaczy, że tylko w szerokim sensie można wskazać jeden temat, wokół którego konsekwentnie prowadzone są rozważania poszczególnych artykułów. Nie znaczy to wszakże, że prezentowane tu teksty są ilustracją podejścia typu *cicer cum caule*, ponieważ można przedstawiane tu **artykuły** pogrupować, a każdą z wyróżnionych grup w sposób bardziej lub mniej bezpośredni **powiązać z funkcjonowaniem systemów ochrony zdrowia pod kątem poprawy ich funkcjonowania czy konieczności zmiany naszych zachowań**.

Stosując kryterium poziomu, na którym dokonywane są analizy, można podzielić prezentowane poniżej artykuły na takie, które odnoszą się do problemów funkcjonowania, rządzenia i zarządzania sektora zdrowotnego na poziomie globalnym, ponadnarodowym i narodowym oraz pojedynczej placówki opieki zdrowotnej. Do pierwszej grupy podejmujących zagadnienia w wymiarze międzynarodowym można zaliczyć artykuły o: globalizacji i offshoringu usług medycznych, o zmieniającej się roli państwa w narodowych systemach ochrony zdrowia oraz

o funkcjonowaniu szpitali w państwach europejskich, prezentujące wyzwania, przed jakimi stoją te jednostki. Na podstawie analizy rozwiązań wykorzystywanych w szpitalach europejskich (ze szczególnym uwzględnieniem problematyki zasobów ludzkich) przedstawiane są wskazania dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Artykuł na temat globalizacji w ochronie zdrowia pokazuje, że usługi zdrowotne – wzorem usług tradycyjnych – w coraz większym zakresie podlegają zjawisku globalizacji. Globalizacja odnosi się tak do przepływu specjalistów i kadr medycznych, jak i do przepływu samych pacjentów, którzy poszukują tańszych zabiegów w akredytowanych placówkach w państwach rozwijających się, w tym głównie w państwach azjatyckich. Tekst – z konieczności bardzo zwarty – skłania do postawienia kilku pytań na przykład związanych z pozycją konkurencyjną podmiotów leczniczych z europejskich krajów postkomunistycznych na globalnym rynku usług zdrowotnych i możliwościami wzmocnienia tej pozycji bądź też z szerszą analizą wpływu takiego rodzaju zaangażowania krajowych świadczeniodawców w turystykę medyczną na dostępność świadczeń zdrowotnych dla obywateli tych państw. Drugi artykuł ukazuje stopniowe, widoczne w wielu krajach świata odchodzenie państwa jako pełnomocnika (*principal*) od pełnienia tradycyjnych funkcji w dziedzinie ochrony zdrowia. Analiza kierunków reform systemów ochrony zdrowia ukazuje m.in., że do zadań związanych z administrowaniem i świadczeniem usług medycznych rządy w coraz większym zakresie wykorzystują mechanizmy regulacji rynkowej oraz sektor prywatny, co prowadzi do atrofii tradycyjnych funkcji państwa w tym zakresie. W dużej grupie państw obserwujemy równocześnie tendencję do przerzucania na barki osób ubezpieczonych coraz większych finansowych obciążeń związanych z korzystaniem z usług zdrowotnych.

Następna grupa tekstów obejmuje przeważającą część artykułów i dotyczy zagadnień funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Artykuły te nie tworzą homogenicznej grupy, ale można w niej wyróżnić trzy kategorie tekstów. Pierwsza jest związana z modelem polskiego systemu ochrony zdrowia i składa się z dwóch tekstów: pierwszy na temat dyskusji wokół wprowadzenia dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i drugi, podejmujący zagadnienia centralizacji i decentralizacji systemu ochrony zdrowia.

W artykule na temat prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ukazane są one w szerszej, międzynarodowej perspektywie i na podstawie doświadczeń innych państw formułowane są wskazania dla polskiej praktyki. Przedstawiany w tekście projekt Ministerstwa Zdrowia o wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych z 2011 roku zachęca do pogłębionej dyskusji na temat warunków brzegowych wprowadzania prywatnych

ubezpieczeń zdrowotnych do polskiego systemu ochrony zdrowia.

W kolejnym artykule prezentowane są argumenty za i przeciw decentralizacji oraz centralizacji, ze szczególnym uwzględnieniem sektora ochrony zdrowia. Ten dobrze osadzony w literaturze przedmiotu tekst nie kończy się jednak wyraźną konkluzją co do wyboru, jakiego w odniesieniu do dylematu: centralizować czy decentralizować powinno się dokonać w Polsce. Awizowane w mediach w lutym 2013 roku, a planowane przez rząd zmiany w strukturze NFZ sugerują, że będzie to powrót do decentralizacji.

Dwa artykuły podejmują zagadnienia funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia w kontekście stosowanych instrumentów zarządzania. Pierwszy dotyczy narzędzi użytecznych do analizy działania podmiotów leczniczych i pomocnych w nakreślaniu planów podmiotów prowadzących działalność leczniczą, czyli analizy interesariuszy oraz badania poziomu satysfakcji pacjentów z wykorzystaniem podejścia analitycznego procesu hierarchicznego. Autorki artykułu stawiają sobie za cel określenie stanu wiedzy menedżerów podmiotów prowadzących działalność leczniczą o interesach, wpływie i znaczeniu kluczowych interesariuszy tych podmiotów (z wykorzystaniem wyników oryginalnych badań) oraz ocenę przydatności koncepcji organizacji uczącej się do warunków polskiego systemu ochrony zdrowia. Lektura tego tekstu pokazuje, jak wiele jest jeszcze do zrobienia w zakresie uczynienia z oczekiwań interesariuszy podmiotów prowadzących działalność leczniczą punktu wyjścia do analiz i tworzenia planów działania tych podmiotów. Kolejny tekst podejmuje temat podpisu elektronicznego w dokumentacji medycznej. Temat wykorzystywania podpisu elektronicznego w dokumentacji medycznej i szerzej – ochrony danych medycznych w kontekście udostępniania, gromadzenia i przetwarzania oraz pozyskiwania informacji dotyczących usług medycznych jest ciągle aktualny. Choć artykuł nie ma precyzyjnie zdefiniowanego celu, to przedstawiane w nim informacje są użyteczne dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą i planujących wprowadzenie podpisu elektronicznego do praktyki zarządzania dokumentami medycznymi. W grupie artykułów określonej jako *promocja zdrowia* znajdujemy dwa teksty na

temat zachowań i nawyków żywieniowych odpowiednio wśród dzieci w wieku przedszkolnym i dzieci w wieku szkolnym. W pierwszym tekście prezentowane są i omawiane wyniki badań nad wpływem reklam produktów żywnościowych na zachowania żywieniowe dzieci w wieku przedszkolnym, który jest znaczny i skutkuje m.in. zapotrzebowaniem na produkty typu *fast food* oraz słone przekąski wśród przedszkolaków. Równie niepokojące są wyniki drugiego badania przedstawianego w artykule na temat wpływu sklepików szkolnych na niezdrowe nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży szkół podstawowych i gimnazjów. Te dwa badania skłaniają do głębszej refleksji nad rolą państwa jako kreatora polityki zdrowotnej oraz regulatora w odniesieniu do rynku reklamy. Wyniki prezentowanych w tych dwóch artykułach badań (jak również innych, przywoływanych w tekstach) uprawniają do postulowania wprowadzenia zmian idących w kierunku ograniczenia tak treści, jak i intensywności reklam kierowanych do dzieci, a skutkujących złymi nawykami żywieniowymi.

Tradycyjnie już każdy numer „Zeszytów” zawiera informacje i komunikaty o ważnych wydarzeniach w środowisku ochrony zdrowia. Pierwszy komunikat dotyczy kolejnego (piętnastego już) Europejskiego Kongresu International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), towarzystwa naukowego, promującego rozwój farmakoekonomiki, ekonomiki zdrowia, oceny technologii medycznych oraz naukowej oceny wyników leczenia, który odbył się w listopadzie 2012 roku w Berlinie. Tematem przewodnim kongresu były zagadnienia modeli oraz rozwoju oceny technologii medycznych (HTA) w Europie. Przedstawiony w komunikacie obraz kongresu (ponad 3500 uczestników oraz 1555 prezentacji w ciągu czterech dni) skłania do refleksji nad efektywnymi formami upubliczniania wyników badań i organizowania wymiany poglądów. Drugi komunikat dotyczy Stowarzyszenia Szkół Zdrowia Publicznego Regionu Europejskiego (ASPHER), kreślący genezę i wyliczający cele oraz osiągnięcia tej organizacji. Warto przypomnieć, że doniosła kartę w historii ASPHER ma Szkoła Zdrowia Publicznego CM UJ, z której wywodzi się obecny Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM oraz niektórzy z jego pracowników.

Jacek Klich