

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Regionalizacja polityki zdrowotnej w Polsce

Regionalization
of health care policy in Poland

Redakcja naukowa

Romuald Holly

Łódź-Warszawa, 2016

Recenzenci:

prof. dr hab. Joachim Osiński

prof. zw. dr hab. Tadeusz Szumlicz

© Copyright by Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2016

ISBN 978-83-918642-8-9

Krajowy Instytut Ubezpieczeń

Insurance Institute in Poland

Polska

02-656 Warszawa

ul. Ksawerów 30/92

tel.: +48 22 628-99-30, fax: +48 22 628-99-31

e-mail: kiu@kiu.com.pl

Opracowanie redakcyjne

Anna Rybarczyk-Szwajkowska

Redakcja techniczna

Anna Rybarczyk-Szwajkowska

Katarzyna Kędzior

Agnieszka Sylwestrzak

Projekt okładki

Katarzyna Kędzior [Tło: „alegoria ludzkości” – drzeworyt z XVI w.,
autor nieznan (A. Dürer ?)]

Skład

Agnieszka Sylwestrzak

Druk

Drukarnia Artystyczna Jacek Wasilewski

Polska

05-501 Piaseczno

ul. Cypriana Kamila Norwida 10

tel. +48 22 756 70 98

e-mail: drukarnia.art@data.pl

Nakład: do 700 egz.

Spis treści

Słowo wstępne

Regionalizacja polityki zdrowotnej – czym jest i czemu służy? – Romuald Holly.....7

Rozdział 1.

O projektowaniu badań nad regionalizacją strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej – Romuald Holly.....13

Rozdział 2.

Zróźnicowanie regionalne sektora ochrony zdrowia w Polsce – Rafał Rudka, Marek Wójcik.....23

Rozdział 3.

Ocena potrzeb zdrowotnych ludności na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych i demograficznych – metodologia, analiza źródeł informacji – Jacek Michalak.....49

Rozdział 4.

Analiza finansowa ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym – Izabela Rydlewska-Liszkowska.....71

Rozdział 5.

Zaopatrzenie w świadczenia zdrowotne – metodologia, analiza źródeł informacji – Dominika Cichońska, Romuald Holly.....97

Rozdział 6.

Planowanie infrastruktury w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych jako warunek efektywnego restrukturyzowania systemu opieki zdrowotnej – Hanna Saryusz-Wolska.....131

Rozdział 7.

Zarządzanie jakością szpitalnych świadczeń zdrowotnych na przykładzie regionu łódzkiego – Anna Rybarczyk-Szwajkowska.....153

Rozdział 8.

Mapowanie potrzeb zdrowotnych a ocena sprawności regionalnego systemu ochrony zdrowia – na przykładzie Indeksu sprawności ochrony zdrowia dla województwa łódzkiego – Adam Koziarkiewicz, Jakub Gierczyński, Mirosław J. Wysocki, Małgorzata Gałązka-Sobotka.....171

Rozdział 9.

Problematyka ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w powiatowych planach rozwoju lokalnego i strategiach rozwoju powiatów regionu łódzkiego na lata 2007-2013 w kontekście „Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020” – Bogumiła Kempieńska-Mirostawska.....189

Rozdział 10.

Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna w Szczecińskim Obszarze Metropolitalnym – analiza różnicowania wewnątrzregionalnego – Iga Rudawska, Monika Wiklińska.....217

Rozdział 11.

Priorytety zdrowotne w działalności regionalnych „oficerów” ochrony zdrowia – Katarzyna Kędzior.....239

Rozdział 12.

Stymulowanie realizacji samorządowych programów zdrowotnych – w świetle doświadczeń międzynarodowych – Katarzyna Dubas-Jakóbczyk, Alicja Domagała.....249

Rozdział 13.

Projektowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej - wyzwania i dylematy – Romuald Holly.....273

Summary.....291

Bibliografia.....309

Table of contents

Foreword

Regionalization of health policy – what is it and what for? – Romauld Holly7

Chapter 1.

About designing a research programme on regionalization of health care strategy and health policy – Romauld Holly.....13

Chapter 2.

Regional differentiation of healthcare in Poland – Rafał Rudka, Marek Wójcik.....23

Chapter 3.

Health needs assessment at regional level in Poland – analysis and evaluation of sources in Lodz region – Jacek Michalak.....49

Chapter 4.

Health care services financing in the region, an example of Lodz province – Izabela Rydlewska-Liszkowska.....71

Chapter 5.

Appraisal of supplying inhabitants with medical health services financed by public resources – taking Lodz province as an example – Dominika Cichońska, Romuald Holly.....97

Chapter 6.

The adjustment of health care infrastructure to the health care needs and expectations of the region's residents – Hanna Saryusz-Wolska.....131

Chapter 7.

Healthcare quality management in the Lodz region – Anna Rybarczyk-Szwajkowska.....153

Chapter 8.

Mapping health needs and healthcare system performance assessment, based on the example of the health performance index for Lodzkie Province
– Adam Kozierekiewicz, Jakub Gierczyński, Mirosław J. Wysocki, Małgorzata Gałqzka-Sobotka.....171

Chapter 9.

The issue of health and health care presented in the districts' Local Development Plans as well as their Strategic Development Programmes for the Lodz region between 2007 and 2013, covered by the "Development Strategy of Lodzkie Province for the years 2007 and 2020"
– Bogumiła Kempieńska-Mirostawska.....189

Chapter 10.

Outpatient specialist care in Szczecin metropolitan area – analysis of intraregional differences – Iga Rudawska, Monika Wiklińska.....217

Chapter 11.

Health priorities in activity of regional health care "officers" – Katarzyna Kędzior.....239

Chapter 12.

Community health programmes – how to improve efficiency in the Polish settings
– Katarzyna Dubas-Jakubczyk, Alicja Domagała.....249

Chapter 13.

Designing a regional health care strategy and health policy – challenges and dilemmas – Romauld Holly.....273

Summary.....291

Bibliography.....309

Regionalizacja polityki zdrowotnej – czym jest i czemu służy?

Regionalizacja uznawana jest za nieuchronną konsekwencję dokonującej się zmiany społecznej i gospodarczej – za reakcję na globalizację i zarazem swoisty lustrzany proces globalizacji. Obydwa te procesy – globalizacji i regionalizacji wzajemnie się stymulują i alimentują: im więcej globalizacji, tym większa potrzeba regionalizacji; im więcej regionalizacji, tym większa potrzeba oparcia w strukturach i potencjale organizacji nadrzędnych. Procesy globalizacji jak i regionalizacji dotyczą praktycznie wszystkich dziedzin i aspektów życia współczesnych społeczeństw; stają się tym samym przedmiotem polityki społecznej i polityki publicznej, zarówno w sferze *politics* – politykospołecznych imponderabiliów, stanowienia celów i zasad ich realizacji oraz projektowania strategii zarządzania w społecznej makroskali, jak też w sferze *policy* – praktycznych działań prowadzonych na wszystkich szczeblach zarządzania, zmierzających do realizacji tych celów i zadań, które bezpośrednio i pośrednio wynikają z przyjętej strategii.

Regionalizacja ochrony zdrowia jest zamysłem/ideą sposobu organizacji i funkcjonowania zabezpieczenia zdrowotnego. W tym sensie, w obszarze *politics*, należy do imponderabiliów strategii ochrony zdrowia, szczególnie gdy równocześnie kojarzona jest z unijną ideą spójności oraz koncepcjami zrównoważonego i/lub zintegrowanego rozwoju kraju. Określona interpretacja tych idei staje się podstawą aktualnej doktryny zdrowotnej – artykulacją celów i zadań w zakresie ochrony zdrowia oraz zasad i sposobów ich realizacji w danej perspektywie czasowej.

Natomiast w sferze *policy*, regionalizacja ochrony zdrowia to sposób (technologia) i określona praktyka zarządzania systemem ochrony zdrowia (instytucjami, przedsiębiorstwami i organizacjami interesariuszy sektora ochrony zdrowia) polegające na identyfikowaniu i uwzględnianiu przy realizacji celów i zadań wynikających z doktryny zdrowotnej, specyficznych dla danego regionu potrzeb zdrowotnych i lokalnych uwarunkowań owych potrzeb, a także wyrażanych oczekiwań. Regionalna strategia ochrony zdrowia winna więc być spójnym, kompleksowym, długoterminowym planem i harmonogramem działań

zmierzających do realizacji celów i zadań określonych w aktualnej doktrynie zdrowotnej, jednakże w sposób uwzględniający realia danego regionu, w tym głównie specyfikę potrzeb zdrowotnych jego mieszkańców¹.

Przygotowanie właściwego projektu regionalnej strategii ochrony zdrowia wymaga zatem:

- 1) znajomości pełnego katalogu jednoznacznie wyartykułowanych i uhierarchizowanych celów oraz zadań bezpośrednio lub pośrednio wynikających z aktualnej doktryny zdrowotnej, będącej – z kolei – pochodną obowiązującego w kraju modelu zabezpieczenia zdrowotnego;
- 2) rzetelnej znajomości wszystkich istotnych, lokalnych uwarunkowań określających hierarchię, zakres, możliwości i sposoby realizacji celów i zadań w zakresie ochrony zdrowia mieszkańców regionu, takich jak:
 - dane epidemiologiczne dotyczące wszystkich wyróżnionych grup socjodemograficznych mieszkańców regionu;
 - mapy potrzeb zdrowotnych, w tym potrzeb i oczekiwań wyrażanych przez mieszkańców regionu (także znajomość subkulturowych i obyczajowych uwarunkowań tych potrzeb);
 - szczegółowa charakterystyka kadr medycznych na terenie województwa, głównie lekarzy i pielęgniarek (w tym kompletność reprezentowanych specjalności w układzie geograficznym, poziom ich kompetencji i kwalifikacji);

¹ Abstrahujemy tutaj od modelowych koncepcji i stylów (zdrowotnej) polityki regionalnej – pasywnej, aktywnej czy hybrydowej, o charakterze „sieciowym”, w różnym stopniu i w różny sposób określających aktywność oraz akcentujących rolę głównych podmiotów i zarazem aktorów polityki publicznej – władz państwa, władz terytorialnych, władz lokalnych oraz otoczenia sektora wytwórczego (banków, zakładów ubezpieczeń, izb gospodarczych, ośrodków naukowych, agend przepływu informacji i transferu technologii itp.). Por. np.: Grosse T.G., *Przegląd koncepcji teoretycznych rozwoju regionalnego*, „Studia Regionalne i Lokalne, Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego UW” 2002, 1(8), s. 25-48; Strzelecki Z., *Gospodarka regionalna i lokalna*, PWN, Warszawa 2008; Stackelberg K., Hahne U., *Teorie rozwoju regionalnego*, [w:] S. Golinowska (red.), *Rozwój ekonomiczny regionów. Rynek pracy. Procesy migracyjne Polska, Czechy, Niemcy*, Raport IPISS, zeszyt 16, Warszawa 1998, s. 30; Czyżewski A.B., *Rozwój regionalny w warunkach transformacji*, ZBS-E GUS i PAN, zeszyt 283, Warszawa 2002, s. 30; *Raport o rozwoju i polityce regionalnej*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Departament Koordynacji Programów Regionalnych, Warszawa 2007, s. 75-77.

- szczegółowa charakterystyka infrastruktury ochrony zdrowia w układzie geograficznym (także z punktu widzenia możliwości stosowania najnowszych technologii medycznych);
- uwarunkowania jakości świadczonych usług przez podmioty medyczne na terenie regionu;
- uwarunkowania dostępności świadczeń zdrowotnych we wszystkich wyróżnionych grupach socjodemograficznych mieszkańców regionu;
- parametry powszechnej oferty świadczeń zdrowotnych ze strony podmiotów publicznych (głównie zakres świadczeń, ich jakość i warunki dostępności);
- parametry komercyjnej oferty świadczeń zdrowotnych ze strony podmiotów publicznych i prywatnych, w tym tzw. firm abonamentowych, zakładów ubezpieczeń, centrów medycznych, sieci przychodni i lekarskich gabinetów;
- środki finansowe na realizację planowanych działań (ich wielkość oraz zasady i warunki dostępności świadczeń zdrowotnych);
- kompetencje merytoryczne i zarządcze kadr odpowiedzialnych za realizację planowanych działań.

Paradoksalnie, najtrudniejsze przy projektowaniu regionalnej strategii ochrony zdrowia okazuje się identyfikowanie nadrzędnych celów i zadań wynikających bezpośrednio lub pośrednio z aktualnie wiążącej doktryny zdrowotnej. Z powodu braku takowej, jednoznacznie wyartykułowanej doktryny, przy projektowaniu regionalnych strategii ochrony zdrowia wykorzystywane są jej rozmaite substytuty. Najbardziej właściwym substytutem mógłby być koszyk świadczeń gwarantowanych. Niestety, obecnie obowiązujący koszyk, ze względu na jego charakter i znane, liczne ułomności, roli tej spełniać nie może². Odpowiednim substytutem doktryny zdrowotnej na użytek projektowania regionalnych strategii ochrony zdrowia mogłaby być także *Ustawa o zdrowiu publicznym*, jednakże pod warunkiem, że stanowiłaby porządkującą preambułę do wszystkich innych „ustaw zdrowotnych”, a taką, niestety, nie jest. W tej sytuacji najbardziej pomocny okazuje się aktualny Narodowy Program Zdrowia, głównie dzięki wyszczególnionym tam tzw. priorytetom zdrowotnym, które mogą być traktowane jako ogólne kierunkowskazy dla polityki zdrowotnej,

² Patrz: Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 54-67.

również regionalnej. Rzecz jednak w tym, że nie jest to jedyny dokument wskazujący owe priorytety, albowiem ogłaszanie różnorodnych list priorytetów zdrowotnych od lat co najmniej dziesięciu staje się w Polsce wręcz powszechne. Czynią to stronnictwa polityczne, gremia naukowe, agendy rządowe, organizacje pozarządowe, rozmaite stowarzyszenia, a nawet redakcje czasopism i gazet. Który kierunkowskaz wybrać? Bo przecież pokazują one różne kierunki.

Kwestia ta jest też o tyle ważna, że regionalna strategia ochrony zdrowia to nie tylko program, plan i harmonogram działań na użytek formalnie zorganizowanej, zinstytucjonalizowanej polityki zdrowotnej prowadzonej na obszarze danego regionu, to także przewodnik dla innych lokalnych władz terenowych oraz wszystkich działających na obszarze regionu „oficerów ochrony zdrowia” – dyrektorów szpitali i innych podmiotów leczniczych, kierowników regionalnych agend rządowych i pozarządowych, szefów regionalnych oddziałów NFZ, ZUS, KRUS, PFRON-u, a także konsultantów wojewódzkich poszczególnych specjalności medycznych i ordynatorów oddziałów szpitalnych. Brak rzetelnie, profesjonalnie skonstruowanej regionalnej strategii ochrony zdrowia skazuje ich wszystkich na samotną konfrontację z licznymi listami priorytetów i samodzielne wybory, do których nie zawsze czują się przygotowani ani nawet upoważnieni. Konsekwencje tych wyborów są oczywiście bardzo różne – niestety, brakuje nie tylko miar, ale nawet kryteriów by je oceniać.

Debata nad stanowieniem i wykorzystywaniem priorytetów zdrowotnych prowadzona jest przez nas na łamach *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*, natomiast w prezentowanej książce zamieszczamy wybór tekstów odnoszących się do najważniejszych uwarunkowań regionalnej polityki zdrowotnej – „regionalizacji” priorytetowych celów i zadań w zakresie ochrony zdrowia oraz sposobów ich realizacji właściwych dla specyficznych potrzeb mieszkańców danego regionu, środków finansowych realnie możliwych do pozyskania na realizację owych celów i zadań, danych epidemiologicznych, zasobów kadr medycznych, infrastruktury, jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych w ramach zabezpieczenia powszechnego oraz oferowanych przez świadczeniodawców komercyjnych.

Omawiane w książce kwestie były przedmiotem dwuletnich badań nad regionalizacją różnych aspektów polityki zdrowotnej istotnych dla projektowania regionalnych strategii ochrony zdrowia. Wyniki badań zostały opisane w stosownym raporcie oraz w trzech kolejnych anglojęzycznych tomach *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna* nr XIII/III,

nr XIV/IV i nr XV/V³. Zamieszczone w książce teksty opierają się po części na cząstkowych, surowych raportach z badań, a po części na anglojęzycznych artykułach relacjonujących wyniki rzeczonych badań we wspomnianych trzech tomach naszego czasopisma. Do tekstów tych raportów i artykułów ich autorzy wnieśli uaktualnienia niektórych danych i pewne zmiany uwzględniające potrzeby ich polskojęzycznego opracowania. Z tego względu książka ma również charakter antologii równolegle publikowanych opracowań, w tym przypadku wybranych głównie ze względu na ich Adresata – polityków odpowiedzialnych za projektowanie strategii ochrony zdrowia oraz różnego rodzaju i różnej rangi „oficerów” systemu ochrony zdrowia, zarządzających bieżącą realizacją celów i zadań wynikających z owej strategii.

Rekomendowana książka jest więc głównie odpowiedzią na potrzeby praktyki – polityki zdrowotnej rozumianej jako *policy*. Ale jest też przyczynkiem do rozwijania, w ramach *politics*, refleksji teoretycznej na temat idei zabezpieczenia zdrowotnego, różnych modelowych rozwiązań kształtowania i wdrażania tej idei, zasad i sposobów generowania doktryn zdrowotnych oraz – na tej podstawie – konstruowania realnych systemów ochrony zdrowia.

Romuald Holly

³ Por. „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna”, nr XIII/III, XVI/VI i nr XVII/VII, <http://journal-healthmanagement.com/>

Rozdział 1.

O projektowaniu badań nad regionalizacją strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej⁴

Od lat co najmniej kilkunastu zarówno problem skuteczności, jak też efektywności ekonomicznej polityki ochrony zdrowia w coraz większym stopniu wiąże się z jej terytorializacją i regionalizacją. Proces ten postępuje praktycznie we wszystkich państwach Unii Europejskiej, aczkolwiek w różnym stopniu i w różny sposób. Dzieje się tak, pomimo że polityka ochrony zdrowia należy do tych szczegółowych polityk publicznych, w zakresie których państwa Unii zastrzegły sobie stosunkowo największą autonomię. Tak więc, mimo że ochrona zdrowia nie jest obszarem kierowania i koordynowania działań rekomendowanych przez instytucje unijne, szczególnie na poziomie regionalnym w takim stopniu jak, na przykład, polityka agrarna czy industrializacyjna, proces ów dokonuje się niejako spontanicznie, choćby w wyniku wycofywania się przez władze centralne państw europejskich ze znacznej części zobowiązań wobec swoich obywateli i transferowania tych zobowiązań na szczebel regionalny. Pomijamy tutaj kwestię, czy i na ile jest to skutkiem powszechnego załamywania się idei europejskiego państwa dobrobytu w dotychczasowej opiekuńczej formule, a na ile wynikiem troski o lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności regionalnych i troski o poprawę

⁴ Rozdział opracowany został w oparciu o teksty:

- Holly R. (red.), *Planowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej*, (e-monografia), KIU, Warszawa-Łódź 2015, 374 s.
- Holly R., *Regionalization of health care in Poland and other European countries – who, and what, really benefits from it?*, „Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 5-11.
- Cichońska D., Fedorowski J.J., Holly R., *The Cohesiveness Policy of The European Union: Multidimensional Regionalization*, „Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies” 2014, SGH, nr 1(1), s. 101-112.
- Holly R., *Regionalizacja polityki zdrowotnej – czym jest i czemu służy*, [w:] Holly R. (red.), *Regionalizacja polityki zdrowotnej w Polsce*, KIU, Warszawa 2016, s. 9-13.

skuteczności tej ochrony oraz o bardziej racjonalne i efektywne wykorzystywanie przeznaczanych na ten cel środków finansowych.

Na tym tle jawi się inna, nie mniej ważna kwestia, czy i na ile (w jakim stopniu, w jaki sposób, w jakiej perspektywie) postępująca regionalizacja ochrony zdrowia umacnia integrację europejską, czy – najogólniej rzecz biorąc – służy idei i praktyce swobodnego przepływu kapitału, towarów, usług, osób. Wynika stąd nie mniej ważne pytanie, w jakim zakresie i w jaki sposób regionalizacja ochrony zdrowia winna być stymulowana, by tej integracji możliwie najlepiej sprzyjała.

Poszukujemy zatem dwóch komplementarnych odpowiedzi: w jaki sposób regionalizacja winna przebiegać, by mogła możliwie najlepiej służyć skuteczności i efektywności ochrony zdrowia mieszkańców regionu oraz – równocześnie – możliwie najlepiej wspomagać procesy europejskiej integracji. Innymi słowy, szukamy odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim stopniu te dwie funkcje regionalizacji mogą się uzupełniać i wzajemnie wspierać? Jak winna przebiegać regionalizacja, by mogła wypełniać tę dwojaką rolę?⁵

Poszukiwanie tych odpowiedzi określa ramy problematyce podjętej przed ponad dwoma laty przez kilkunastoosobową grupę badaczy z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

Uzgodniony wspólnie program badawczy obejmował następujące kwestie:

- Jakie zadania w zakresie (a) powszechnej ochrony zdrowia i (b) zdrowia publicznego są przekazywane regionom na zasadach:
 - obligatoryjnych,
 - dobrowolnych,
 - fakultatywnych?
- Jakie władze/instytucje regionalne są adresatem/partnerem transferowanych przez władze centralne kompetencji i zobowiązań w zakresie ochrony zdrowia?

⁵ Kwestie te zostały wstępnie omówione w tekście: Cichońska D., Fedorowski J.J., Holly R., *The Cohesiveness Policy of The European Union: Multidimensional Regionalization*, „Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies” 2014, SGH, nr 1(1), s. 101-112.

- Jakimi środkami (w jaki sposób pozyskiwanymi) dysponują władze i instytucje regionalne? Jak środki te mają się do potrzeb regionu – przyjętych celów i realizowanych zadań w zakresie ochrony zdrowia?
- Jaką infrastrukturą dysponują władze i instytucje regionalne dla realizacji celów i zadań w zakresie ochrony zdrowia?
- Jaką kadrą zarządczą i medyczną dysponują władze i instytucje regionalne dla realizacji celów i zadań w zakresie ochrony zdrowia?
- Czy i jakie (jak formułowane i formalizowane) strategiczne plany ochrony zdrowia przyjmują władze i instytucje regionalne?
- Jakimi formalno-prawnymi gwarancjami realizacji strategicznych planów ochrony zdrowia dysponują władze i instytucje regionalne?
- Jakie są najważniejsze uwarunkowania realizacji celów i zadań zapisanych w strategicznych regionalnych planach ochrony zdrowia?
- Jakie są główne przeszkody realizacji celów i zadań zapisanych w strategicznych regionalnych planach ochrony zdrowia?
- Czy i w jaki sposób realizacja celów i zadań zapisanych w regionalnych strategicznych planach ochrony zdrowia jest monitorowana i oceniana, szczególnie pod względem:
 - zakresu ochrony zdrowia,
 - odpowiedniości oferty świadczeń zdrowotnych do potrzeb mieszkańców regionu,
 - jakości świadczeń zdrowotnych,
 - dostępności świadczeń zdrowotnych,
 - kosztów i cen świadczeń zdrowotnych,
 - efektywności organizacji ochrony zdrowia.
- Czy i jakie podobieństwa i różnice w zakresie ochrony zdrowia występują w regionach w Polsce i w porównywalnych regionach w innych państwach Unii Europejskiej?
- Jakie rozwiązania stosowane w różnych regionach w Unii Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia mogą być/winny być upowszechniane

w ramach wspólnej regionalnej polityki ochrony zdrowia w Unii Europejskiej?

- Jakie rozwiązania projektowane i stosowane w regionalnych strategicznych planach ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej mogą najlepiej służyć (jak, w jakim stopniu, w jaki sposób) konwergencji i harmonizacji ochrony zdrowia na obszarze całej Unii Europejskiej.
- Jakie rekomendacje dla wspólnej europejskiej polityki ochrony zdrowia w zakresie ukierunkowywania, koordynowania i wspierania realizacji regionalnych planów ochrony zdrowia wynikają z przeprowadzonych analiz porównawczych.

Założono, że do realizacji badań w zarysowanym kształcie utworzone zostanie szersze, interdyscyplinarne, międzynarodowe konsorcjum, które – po dokonaniu krytycznej analizy wyników wstępnych badań przeprowadzonych przez polski zespół – przyjmie ostateczny plan całego przedsięwzięcia. W ramach pierwszego, wstępnego etapu prac rzeczonoego przedsięwzięcia opracowano założenia teoretyczne i metodologiczne oraz zweryfikowano metodykę analizy regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej na przykładzie typowego dla Polski regionu, jaki stanowi województwo łódzkie. Wyniki przeprowadzonych analiz, niezależnie od ich ewentualnego wykorzystania na użytek projektowania i monitorowania lokalnej strategii ochrony zdrowia, miały dostarczyć danych do przyszłych benchmarkingowych analiz porównawczych regionu łódzkiego z innymi regionami Polski oraz wybranymi regionami w innych państwach europejskich.

Zgodnie z ogólnym zamysłem i przedstawionym zakresem planowanych badań, w ramach pierwszego etapu prac wstępnie rozeznane zostały kwestie szczegółowe dotyczące:

- regionalizacji zarządzania ochroną zdrowia;
- uwarunkowań i trendów dokonującej się zmiany w ochronie zdrowia (na przykładzie regionu łódzkiego);
- potrzeb i oczekiwań mieszkańców regionu (łódzkiego) w zakresie ochrony zdrowia;
- infrastruktury ochrony zdrowia w regionie (łódzkim);
- zaopatrzenia w świadczenia zdrowotne w regionie (łódzkim);

- zaopatrzenia w leki i środki medyczne w regionie (łódzkim);
- jakości świadczeń zdrowotnych w regionie (łódzkim);
- dostępności świadczeń zdrowotnych w regionie (łódzkim);
- finansowania ochrony zdrowia w regionie (łódzkim);
- informatyzacji na rzecz regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej (na przykładzie województwa łódzkiego);
- możliwości kształtowania regionalnej (wojewódzkiej) strategii ochrony zdrowia oraz polityki zdrowotnej w oparciu o benchmarking;
- zarządzania ochroną zdrowia w regionie (łódzkim).

W trzech tomach *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna* (XIII, XIV, XV)⁶, zamieszczone zostały wybrane prace członków naszego zespołu badawczego poświęcone najważniejszym spośród wymienionych kluczowych zagadnień dotyczących terytorializacji i regionalizacji polityki ochrony zdrowia głównie w regionie łódzkim, badanym przez nas wedle przedstawionych wcześniej kryteriów.

Jak już zostało wspomniane na wstępie, jednym z najbardziej istotnych założeń, na których opierała się konceptualizacja naszych badań jest rozumienie pojęcia regionu i regionalizacji. Terminy „region” i „regionalizacja” mają bowiem wiele znaczeń, najogólniej jednak odnoszą się do pewnego obszaru terytorialnego wyodrębnionego na podstawie jednego określonego kryterium (lub kilku łącznie): geograficznego, etnicznego, politycznego, administracyjnego, ekonomicznego, historycznego, kulturowego, językowego...⁷ Stąd też, biorąc pod uwagę wspólnotę pewnych cech charakteryzujących całe grupy państw/krajów/krain, możemy mówić o Regionie Bałkańskim, Regionie Skandynawskim, Regionie Wschodnioeuropejskim; z tych samych względów mianem regionów określamy zarówno wielkie obszary nieposiadające wyraźnie wyodrębnionych granic – jak na przykład Region Śródziemnomorski, czy Region

⁶ „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna”, nr XIII/III, XVI/VI i nr XVII/VII, <http://journal-healthmanagement.com/>

⁷ Por. np. Engel C., *Allemagne*, [w:] J. Charpenfier, C. Engel, *Les régions de l'espace communautaire*, Press Universitaires de Nancy, Nancy 1992, s. 17.; także: Chojnicki Z., *Czyż T., Region-Regionalizacja-Regionalizm*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1992, Rok LIV, zeszyt 2, s. 7-8.

Morza Czerwonego, ale także Śląsk, Lombardia, Badenia -Wirtembergia, Rodan-Alpy, Polska-B, jak też obszary metropolitalne – Trójmiasto (Gdańsk-Sopot-Gdynia), Berlin, Brema, Hamburg, Paryż, Londyn, Sztokholm. Niewiele pomocne przy wszelkich próbach klasyfikacji wyróżnionych regionów i/lub definicji „regionalizmu” okazują się takie pojęcia, jak makroregion, mikroregion czy subregion. Więcej wnosi ich „przymiotnikowanie”: węzłowy, strefowy, przemysłowy, wiejski, metropolitalny...

Jednakże to nie brak jednolitego mianownictwa ani problemy definicyjne stają na przeszkodzie realizacji idei „Europy regionów”, czy choćby „Europy z regionami”. Znacznie poważniejsze okazują się różnice w sposobie postrzegania i traktowania wspólnej europejskiej polityki regionalnej przez poszczególne państwa Unii Europejskiej. Innym bowiem i inaczej motywowanym interesom polityka taka może służyć Włochom, Wielkiej Brytanii czy Holandii, innym zaś w przypadku Niemiec czy Austrii. Nie jest to zresztą jedyny podział, ani nawet rozłączny – inaczej bowiem polityka regionalna jest postrzegana w państwach federalnych (Niemcy, Austria, Belgia), inaczej w państwach typowo regionalnych (Hiszpania, Włochy), a jeszcze inaczej w Polsce, Czechach czy na Węgrzech.

Niemąły też wpływ na stosunek do rzeczonyj idei „Europy regionów”, a tym samym do wspólnej polityki regionalnej mają również, narastające od początku lat 80-tych XX w., kontrowersje w sprawie roli jaką pełni regionalizacja w Unii Europejskiej: czy służy integracji Unii, czy też powoduje jej dezintegrację. Kontrowersje te niewątpliwie są też wzmacniane, a na pewno wyostrzone, przez coraz wyraźniej dochodzące do głosu ruchy nacjonalistyczne, stanowiące negatywną legitymizację dla istotnie już zdewaluowanej w Europie, jednakże ostatnio odradzającej się idei państwa narodowego. Z ich punktu widzenia regionalizacja to polityka odwrotna w stosunku do „państwowej polityki narodowej”, której celem nadrzędnym jest zachowanie odrębnej tożsamości i jedności całego społeczeństwa, wszystkich obywateli państwa jako narodu; a regionalizacja może przecież tej jedności zagrażać, bowiem „dzieli naród”. Tendencje te inaczej są przy tym postrzegane i oceniane przez zwolenników „Europy ojczyzn”, a inaczej przez zwolenników eurofederalizmu.

Bywa również, że regionalizacja jest jedynym rozwiązaniem służącym zachowaniu choćby kruchej jedności państwa, ceną za uniknięcie jego rozpadu – można tutaj przywołać przykłady „udanej regionalizacji” wskazując na kasus kraju Basków i Katalonii w Hiszpanii, Szkocji i Irlandii Północnej w Wielkiej

Brytanii, czy Korsyki i Alzacji we Francji, a także europejskie i pozaeuropejskie przykłady „nieudane”: Tybet, Kosowo, Timor, Kurdystan (turecki, syryjski, iracki).

Terytorializacja i regionalizacja ma więc wiele postaci, wymiarów i poziomów; generalnie jednak polega na budowaniu struktur polityczno-administracyjnych, zarządczych i gospodarczych w wymiarze megaregionalnym (kraje OECD, Region Bałkański, Skandynawski, Krajów Bałtyckich itp.), regionalnym (regiony obejmujące obszary kilku województw lub poszczególnych województw), subregionalnym (region mazurski czy kujawski) lub nawet mikroregionalnym (sandomierski, żywiecki).

Osobną wreszcie linię podziałów wyznacza zróżnicowany stosunek poszczególnych państw Unii Europejskiej do szczegółowych polityk wspólnotowych – rolnej, energetycznej, monetarnej, przemysłowej, ekologicznej, naukowo-badawczej, fiskalnej... Polityki te już od roku 1973, tj. od powołania przez Parlament Europejski Komisji polityki regionalnej i transportu, a na pewno od utworzenia w 1975 roku Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) są obszarami aktywnych działań polegających na regionalnym „ukierunkowywaniu”, koordynowaniu polityk regionalnych państw Unii Europejskiej oraz finansowym wspieraniu określonych regionów w danym zakresie⁸. Z wymienionych przyczyn efekty tych działań okazują się bardzo różne, co stało się nawet dodatkowym powodem kontestowania samej idei regionalizacji, jako jednoznacznego konceptu, którego realizacja może dobrze służyć określonej celowi, w każdym warunkach, w każdym czasie i na każdym obszarze.

Nie wdając się tutaj w ważenie racji i zasadności różnorodnych stanowisk przyjmujemy, że terytorializacja i regionalizacja polityki publicznej, w tym polityki ochrony zdrowia jest zarówno wynikiem postępującej demokratyzacji życia społeczno-politycznego i gospodarczego w krajach Unii Europejskiej, jak też skutkiem wycofywania się państwa (jego centralnych organów władzy) z części zobowiązań wobec obywateli, którym – z różnych względów – nie jest już ono w stanie podołać. Nie przesądzając, który z tych dwóch powodów jest ważniej-

⁸ Genezy europejskiej polityki regionalnej upatruje się w utworzeniu w 1952 w ramach Rady Europy Konferencji Władz Lokalnych oraz opublikowaniu w pierwszej połowie lat 60-tych XX w. cyklu raportów wskazujących na konieczność postrzegania polityki regionalnej nie tylko jako problemu poszczególnych państw, ale jako wspólnej sprawy całej Wspólnoty. W efekcie, w roku 1968, powstała Generalna Dyrekcja Polityki Regionalnej. Jednakże do czasu utworzenia w 1972 r. Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) wspólnotowa polityka regionalna nie miała charakteru interwencyjnego.

szy, konstatujemy jedynie, iż proces terytorializacji i regionalizacji polityk w krajach Unii Europejskiej (aczkolwiek ma to miejsce nie tylko w Europie) jest stałym, coraz bardziej powszechnym, wieloaspektowym procesem przekazywania przez władze centralne państwa kompetencji (ale też zobowiązań) wobec obywateli władzom lokalnym⁹.

Delegowanie owych kompetencji i zobowiązań w zakresie polityki publicznej ma największy sens i faktycznie następuje w stosunku do tych terytorialnie wyodrębnionych jednostek w strukturze organizacyjnej państwa, które – ze względu na swoją wielkość określoną geograficznym obszarem, liczebnością populacji i potencjałem społeczno-gospodarczym – są w stanie przejmować określone zobowiązania wobec mieszkańców tych terytoriów i je wypełniać.

⁹ Na użytek naszych badań przyjęliśmy, że *regionalizacja ochrony zdrowia* jest zamysłem/ideą sposobu organizacji i funkcjonowania zabezpieczenia zdrowotnego. W tym sensie, w obszarze *politics*, należy do imponderabiliów strategii ochrony zdrowia, szczególnie gdy równocześnie kojarzona jest z unijną ideą spójności oraz koncepcjami zrównoważonego i/lub zintegrowanego rozwoju kraju. Określona interpretacja tych idei staje się podstawą aktualnej doktryny zdrowotnej – artikulacją celów i zadań w zakresie ochrony zdrowia oraz zasad i sposobów ich realizacji w danej perspektywie czasowej. Natomiast w sferze *policy*, regionalizacja ochrony zdrowia to sposób (technologia) i określona praktyka zarządzania systemem ochrony zdrowia (instytucjami, przedsiębiorstwami i organizacjami interesariuszy sektora ochrony zdrowia) polegające na identyfikowaniu i uwzględnianiu przy realizacji celów i zadań wynikających z doktryny zdrowotnej specyficznych dla danego regionu potrzeb zdrowotnych i lokalnych uwarunkowań owych potrzeb, a także wyrażanych oczekiwań. Regionalna strategia ochrony zdrowia winna więc być spójnym, kompleksowym, długoterminowym planem i harmonogramem działań zmierzających do realizacji celów i zadań określonych w aktualnej doktrynie zdrowotnej, jednakże w sposób uwzględniający realia danego regionu, w tym głównie specyfikę potrzeb zdrowotnych jego mieszkańców (Holly R., *Regionalizacja polityki zdrowotnej – czym jest i czemu służy*, [w:] R. Holly (red.), *Regionalizacja polityki zdrowotnej w Polsce*, KIU, Warszawa 2016, s. 9-10). Szersza definicja regionalizacji: Chojnicki Z., Czyż T., *Region, Regionalization, Regionalism*, [w:] G. Gorzelak, A. Kukliński (red.), *Dilemmas of Regional Policies in Eastern and Central Europe*, University of Warsaw, European Institute for Regional and Local Studies, Warszawa 1992, s. 428 – “Regionalization is a procedure aiming at establishing or testing territorial divisions for the purposes of practical action, i.e. the formation of the territorial organization of the State’. Regionalization generally refers to a process of decentralizing authority specifically to regional units at an intermediate level between the national and the local. This process takes the form of government activity from above, such as studying proposals, debating their merits, legislating reform and implanting reform. Regionalization requires that certain internal and external conditions be taken into account”.

Warunki te w największym stopniu spełniają właśnie *regiony*, których wyodrębnianie – poza wspomnianym kryterium skali – wynika też z konieczności uwzględniania wielu innych kryteriów; społeczno-kulturowych, historycznych, językowych, poziomu rozwoju itp. Biorąc pod uwagę takie właśnie kryteria i z tego punktu widzenia, w Polsce wyróżnia się (jako odrębne regiony) najczęściej te obszary terytorialne, które pokrywają się z administracyjnym podziałem kraju na 16 województw. Jako regiony są zatem traktowane, podobnie zresztą jak w większości państw Unii Europejskiej, te wszystkie administracyjne wyodrębnione jednostki terytorialne, które są usytuowane bezpośrednio poniżej szczebla centralnego¹⁰.

Przeprowadzone przez nas badania w ramach pierwszego etapu prac nad regionalizacją polityki zdrowotnej dotyczyły jednostki terytorialnej (województwa łódzkiego), które, w naszym przekonaniu, spełnia wszystkie kryteria typowego regionu i które – dzięki swoim parametrom – wielkości obszaru, populacji ludności, potencjałowi gospodarczemu, stopniowi zurbanizowania, sieci komunikacyjnej, winno być zdolne do prowadzenia skutecznej i efektywnej, autonomicznej polityki zdrowotnej. Ma ono zarazem charakter regionu *strefowego* (tj. składającego się z mniejszych obszarów o podobnych cechach), jak też regionu *węzłowego* (skupionego wokół dużego ośrodka metropolitalnego)¹¹. Jest tym samym właściwym przedmiotem analiz porównawczych dla analogicznych (przynajmniej pod tymi względami) regionów europejskich. Można mieć zatem nadzieję, że prezentowane wyniki naszych analiz, niezależnie od możliwości ich wykorzystania na użytek lokalnych strategii ochrony zdrowia i prowadzenia bieżącej polityki zdrowotnej, posłużą za podstawę szerszego programu badań, którego owocem będą rekomendacje na użytek wspólnej europejskiej polityki ochrony zdrowia, służącej zarówno lepszemu zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionów, jak też spójności całej Unii Europejskiej.

¹⁰ Pietrzyk I., *Polityka regionalna Unii Europejskiej i regiony w państwach członkowskich*, PWN, Warszawa 2006, s. 213.

¹¹ Łódzkie, jako jedno z szesnastu polskich województw, jest zarazem typowym, położonym w centralnej Polsce regionem obejmującym obszar o powierzchni 18 218,95 km, na którym zamieszkuje ok. 2,5 mln ludzi – ok. 1,2 mln w tzw. strefie metropolitalnej (miasto Łódź wraz z przyległymi ośrodkami miejskimi) oraz ok. 1,3 mln w pozostałych miastach i na terenach typowo wiejskich.

Literatura cytowana

1. Chojnicki Z., Czyż T., *Region, Regionalization, Regionalism*, [w:] G. Gorzelak, A. Kukliński (red.), *Dilemmas of Regional Policies in Eastern and Central Europe*, University of Warsaw, European Institute for Regional and Local Studies, Warsaw 1992.
2. Chojnicki Z., Czyż T., *Region-Regionalizacja-Regionalizm*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1992, Rok LIV, zeszyt 2.
3. Cichońska D., Fedorowski J.J., Holly R., *The Cohesiveness Policy of The European Union: Multidimensional Regionalization*, „Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies” 2014, SGH, nr 1(1), s. 101-112.
4. Czyżewski A. B., *Rozwój regionalny w warunkach transformacji*, ZBS-E GUS i PAN, z prac ZBSE, zeszyt 283, Warszawa 2002.
5. Engel C., *Allemagne*, [w:] J. Charpenfier, C. Engel, *Les régions de l'espace communautaire*, Press Universitaires de Nancy, Nancy 1992.
6. Grosse T. G., *Przegląd koncepcji teoretycznych rozwoju regionalnego*, „Studia Regionalne i Lokalne” 2002, Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego UW, 1(8)2002.
7. Holly R. (red.), *Planowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej*, (e-monografia), KIU, Warszawa-Łódź 2015.
8. Holly R., *Regionalization of health care in Poland and other European countries – who, and what, really benefits from it?* „Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 5-9.
9. Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013.
10. „Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, <http://journal-healthmanagement.com/>.
11. „Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2014, nr XIV/IV, <http://journal-healthmanagement.com/>.
12. „Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2014, nr XV/V, <http://journal-healthmanagement.com/>.
13. Pietrzyk I., *Polityka regionalna Unii Europejskiej i regiony w państwach członkowskich*, PWN, Warszawa 2006.
14. *Raport o rozwoju i polityce regionalnej*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Departament Koordynacji Programów Regionalnych, Warszawa 2007.
15. Stackelberg K., Hahne U., *Teorie rozwoju regionalnego*, [w:] S. Golinowska (red.), *Rozwój ekonomiczny regionów. Rynek pracy. Procesy migracyjne Polska, Czechy, Niemcy*, Raport IPISS, zeszyt 16, Warszawa 1998.
16. Strzelecki Z., *Gospodarka regionalna i lokalna*, PWN, Warszawa 2008.

Rozdział 2.

Zróżnicowanie regionalne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce

Wprowadzenie

W Polsce widoczne są istotne, wynikające ze zróżnicowanego stanu zdrowia obywateli, różnice w potrzebach zdrowotnych występujące w poszczególnych regionach, identyfikowane w szczególności na poziomie województw. Tezę tę potwierdzają liczne analizy przedstawiane m.in. w opracowaniach: „Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce”¹², „Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010”¹³, „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”¹⁴.

Jak wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia nierówności w zdrowiu są postrzegane jako „niesprawiedliwe, niepotrzebne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia”, których zmniejszanie stanowi „nakaz etyczny akceptowany przez większość nowoczesnych społeczeństw”¹⁵.

Sytuacja ta wynika, między innymi, z istniejącej struktury i rozmieszczenia infrastruktury zdrowotnej. Ponadto, planowanie dostępności świadczeń zdrowotnych często nie uwzględnienia poziomu i rodzaju potrzeb zdrowotnych w danym województwie, pogłębiając w ten sposób nierówności w zakresie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Tymczasem oczekiwania i wskazania Komisji Europejskiej obejmują zapewnienie zgodnego z potrzebami, wynikającymi z aktualnych trendów

¹² *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, raport WHO, 2012.

¹³ *Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

¹⁴ Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

¹⁵ *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, raport WHO, 2012.

demograficznych i epidemiologicznych, wsparcia sektora zdrowia oraz koordynacji tego wsparcia na poziomie centralnym i regionalnym.

Kwestia potrzeby zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej podnoszona jest w wielu dokumentach europejskich, m.in. w Konkluzjach Rady Europejskiej nt. wspólnych wartości oraz zasad systemów ochrony zdrowia UE z czerwca 2006 roku¹⁶. Zgodnie z tymi konkluzjami zasada równości w dostępie do ochrony zdrowia powinna być rozumiana jako zapewnienie równego dostępu do ochrony zdrowia w zależności od potrzeb.

Systemy ochrony zdrowia państw Unii Europejskiej powinny być ukierunkowane na pacjenta oraz odpowiadać na indywidualne potrzeby. Informacja o kwestii kosztów oraz efektywności systemów zdrowotnych została także poruszona we Wspólnym raporcie Komisji Europejskiej oraz Komitetu Polityki Gospodarczej nt. Systemów Zdrowotnych z listopada 2010 roku¹⁷. Jako jedno z wyzwań wymienia się tutaj zapewnienie zrównoważonego finansowania sektora, efektywne pozyskiwanie oraz alokację środków. Warunek ten podnoszony jest przez Komisję Europejską w odniesieniu do spełnienia warunków *ex-ante* w zakresie możliwości wsparcia infrastruktury ochrony zdrowia ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014-2020.

Kwestii zaprezentowania różnic regionalnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce poświęcony jest niniejszy rozdział. Przedstawiono w nim m.in.:

- informację o zróżnicowaniu regionalnym w nakładach na funkcjonowanie szpitali i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- prezentację celów polityki zdrowotnej w poszczególnych województwach,
- informację o rozstrzygnięciach polskich regionów w zakresie wykorzystania środków unijnych perspektywy 2014-2020 na zadania z zakresu ochrony zdrowia,
- dane dotyczące różnic regionalnych w zakresie realizacji samorządowych programów zdrowotnych.

¹⁶ *Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01)*, <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:001:0003:EN:PDF>

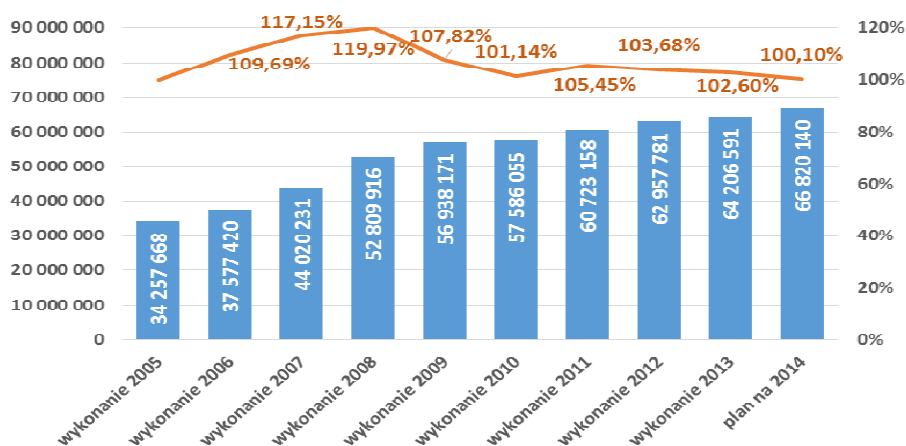
¹⁷ *Joint Report on Health Systems*, European Commission and the Economic Policy Committee, Occasional Papers 74 | December 2010, http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf.

Zróżnicowanie regionalne w nakładach na funkcjonowanie szpitali i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

System ochrony zdrowia w Polsce ulega ciągłej transformacji. Kluczowe dla jego funkcjonowania są uwarunkowania makroekonomiczne, a przede wszystkim skala środków finansowych będących w dyspozycji narodowego płatnika. W ostatnich latach wyraźna jest tendencja do zmniejszania się w tym zakresie możliwości Narodowego Funduszu Zdrowia. Potwierdzają to dane dotyczące skali przychodów i wydatków w okresie ostatnich kilku lat.

Niedostatki środków finansowych zderzają się z coraz wyższymi oczekiwaniami pacjentów co do jakości i dostępności usług medycznych. W efekcie Polacy coraz bardziej krytycznie oceniają działanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

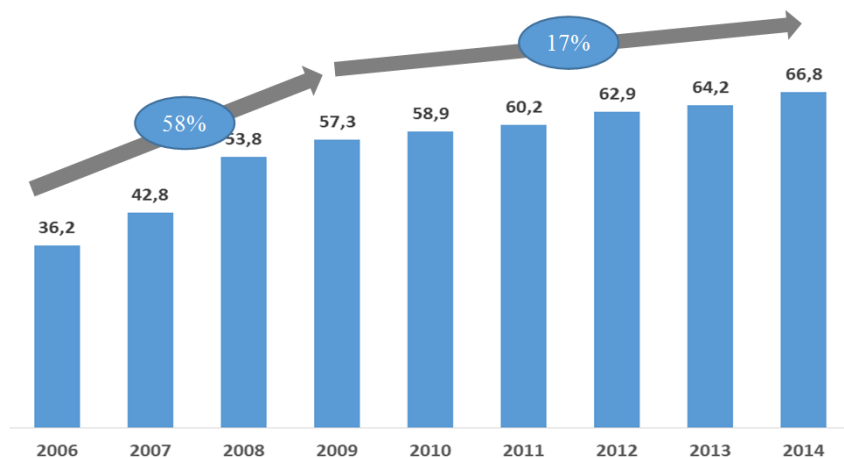
Wykres 1. Przychody ogółem NFZ w latach 2005-2014¹⁸



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

¹⁸ Wykonanie w latach 2005-2013 oraz plan na rok 2014.

Wykres 2. Wydatki NFZ w latach 2006-2014¹⁹

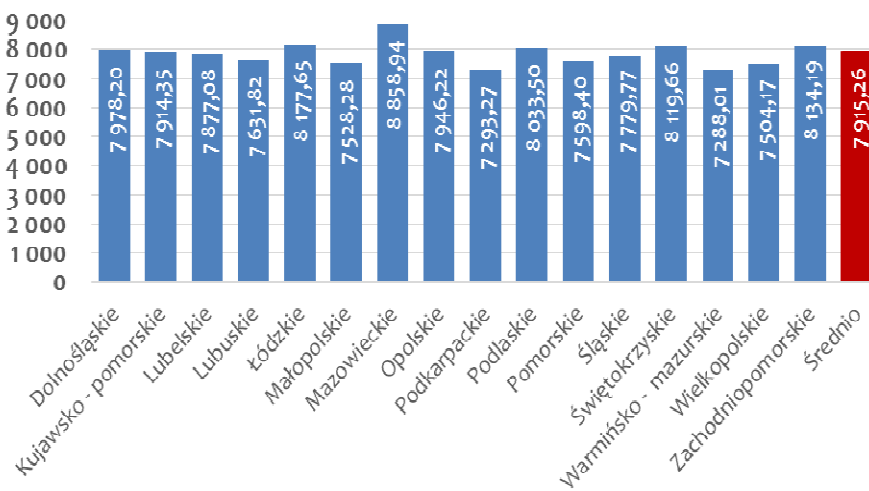


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na ocenę tę wpływ ma także ogromne zróżnicowanie regionalne w nakładach na poszczególne kategorie świadczeń. Ich przyczyną są zarówno czynniki obiektywnie uzasadnione (epidemiologia, demografia), uwarunkowania historyczne (np. związane z rozbudową sieci szpitali na ścianie zachodniej) i preferencje zarządcze (głównie osób zarządzających oddziałami wojewódzkimi narodowego płatnika). Tytułem przykładu zaprezentowano dane dotyczące skali nakładów na świadczenia szpitalne i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poszczególnych regionach, przypadające na 10 tys. uprawnionych. Różnice pomiędzy poszczególnymi województwami są znaczące, nie mają podłoża w epidemiologii i sięgają często nawet kilkudziesięciu procent (np. porównanie nakładów na leczenie szpitalne w województwach zachodniopomorskim i lubuskim oraz opiekę specjalistyczną w województwach podlaskim i podkarpackim).

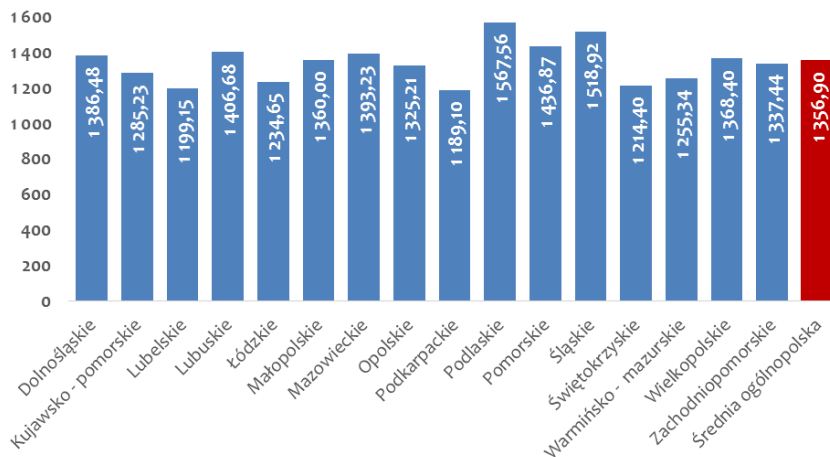
¹⁹ Wykonanie w latach 2006-2013 oraz plan na rok 2014.

Wykres 3. Lecznictwo szpitalne. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych (w tys. zł.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych (w tys. zł.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

O skali zróżnicowania regionalnego świadczą też porównania wysokości wydatków na poszczególne kategorie świadczeń w wydatkach ogółem. Zwraca uwagę bardzo wysoki odsetek nakładów na leczenie szpitalne (przekraczający nawet 50 proc. całości wydatków w danym województwie!) oraz dynamika zmian na przestrzeni lat 2005-2012 uwarunkowana najczęściej preferencjami zarządczymi i uwarunkowaniami natury organizacyjnej, a nie epidemiologią.

Tabela 1. Wydatki na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, w całości wydatków oddziału wojewódzkiego NFZ (w proc.)

Województwo	2005	2010	2012	2005/2012
Dolnośląskie	42,98	47,03	48,21	+ 5,23
Kujawsko-pomorskie	41,37	48,17	49,09	+ 7,62
Lubelskie	44,98	46,95	48,20	+ 3,22
Lubuskie	41,77	42,24	49,17	+ 7,24
Łódzkie	44,31	46,36	49,01	+ 4,60
Małopolskie	42,02	46,14	46,95	+ 4,93
Mazowieckie	46,68	54,94	51,20	+ 4,52
Opolskie	42,46	44,12	48,37	+ 5,91
Podkarpackie	42,90	45,01	46,78	+ 3,88
Podlaskie	45,13	46,68	49,68	+ 4,55
Pomorskie	40,67	43,28	47,79	+ 7,12
Śląskie	45,49	48,11	46,43	+ 0,94
Świętokrzyskie	44,63	44,13	48,46	+ 3,83
Warmińsko-mazurskie	42,73	43,16	47,29	+ 4,56
Wielkopolskie	45,42	48,43	47,35	+ 1,93
Zachodniopomorskie	42,61	47,95	50,09	+ 7,38

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Tabela 2. Wydatki na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w całości wydatków na świadczenia zdrowotne finansowane przez oddziały wojewódzkie NFZ, w latach 2005-2012 (w proc.)

Województwo	2005	2010	2012	2005/2012
Dolnośląskie	6,68	7,38	8,57	+ 1,89
Kujawsko-pomorskie	7,54	6,70	7,91	+ 0,37
Lubelskie	5,65	6,66	7,39	+ 1,74
Lubuskie	6,33	7,42	9,29	+ 2,96
Łódzkie	5,12	6,34	7,57	+ 2,45
Małopolskie	7,22	7,01	8,54	+ 1,32
Mazowieckie	7,09	7,55	7,98	+ 0,89
Opolskie	6,47	7,02	8,08	+ 1,61
Podkarpackie	6,51	6,63	7,51	+ 1,00
Podlaskie	7,23	8,03	9,56	+ 2,33
Pomorskie	8,24	8,31	8,97	+ 0,73
Śląskie	8,13	8,01	9,11	+ 0,98
Świętokrzyskie	6,41	5,91	7,22	+ 0,81
Warmińsko-mazurskie	8,02	7,53	8,19	+ 0,17
Wielkopolskie	7,86	7,66	8,70	+ 0,84
Zachodniopomorskie	6,99	7,13	8,06	+ 1, 07

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Ochrona zdrowia w regionalnych strategiach rozwoju. Siła czy słabość w zróżnicowaniu pomiędzy województwami?

Zróżnicowanie w podejściu do kształtowania regionalnych polityk zdrowotnych znajduje odzwierciedlenie w strategiach rozwoju przyjmowanych przez sejmiki województw. We wszystkich 16 województwach strategie te uaktualniono w latach 2012-2013, uwzględniając priorytety polityki unijnej perspektywy 2014-2020. Istotne miejsce w tych strategiach zajmują zagadnienia

dotyczące ochrony zdrowia. Obok diagnozy aktualnej sytuacji epidemiologicznej i demograficznej oraz zinventaryzowania zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie, w strategiach zdefiniowano priorytety polityki zdrowotnej w wieloletniej perspektywie.

Wśród tych priorytetów znalazły się takie, które jako istotne uznano we wszystkich województwach. Są to m.in. wsparcie dla projektów innowacyjnych w sektorze ochrony zdrowia, przede wszystkim opartych o wykorzystanie nowoczesnych technologii informacyjnych; wsparcie dla rozbudowy sieci podmiotów leczniczych realizujących wysokospecjalistyczne świadczenia medyczne; opieka długoterminowa i geriatryka; realizacja programów profilaktycznych i usprawnienie ratownictwa medycznego.

Jednakże w regionalnych strategiach jest więcej różnic w kształtowaniu polityki zdrowotnej niż wspólnych zagadnień. W efekcie wdrożenie tych strategii pogłębi i tak już istniejące zróżnicowanie pomiędzy regionami, przede wszystkim w sferze dostępności do świadczeń medycznych. Poniżej zaprezentowano syntetyczne zestawienie priorytetów rozwoju poszczególnych regionów w obszarze ochrony zdrowia.

Województwo dolnośląskie

W dokumencie strategicznym tego regionu podkreśla się potrzebę dbałości o poprawę dostępności do świadczeń, przy uwzględnieniu długofalowych trendów demograficzno-epidemiologicznych oraz społecznych. Przejawia się to m.in. poprzez zaplanowanie projektów modernizacji wybranych dyscyplin medycznych, takich jak: onkologia, perinatologia, ratownictwo medyczne, psychiatria oraz pulmonologia. Realizacja tych zamierzeń zaplanowana została przy wykorzystaniu zarówno zasobów własnych samorządu wojewódzkiego jak i innych podmiotów leczniczych funkcjonujących w ramach dolnośląskiej ochrony zdrowia. Kolejnym planowanym w strategii działaniem jest dążenie do ciągłego rozwoju i wspierania innowacyjnych rozwiązań podnoszących jakość i dostępność do świadczeń, rozwoju nowych specjalistycznych usług medycznych szczególnie w oparciu o nowe technologie i rozwiązania innowacyjne. Zauważona została tu konieczność restrukturyzacji instytucji usług zdrowotnych i uzdrowiskowych, a także konieczność budowy systemu nowoczesnej diagnostyki dla mieszkańców regionu z określeniem standardów dostępności przestrzennej.

Województwo kujawsko-pomorskie

Zadania strategiczne sektora ochrony zdrowia ujęto w tzw. Pakiecie Programów Profilaktyki i Ochrony Zdrowia. W ramach niego zaplanowano wykorzystanie nowoczesnych i innowacyjnych rozwiązań technicznych i organizacyjnych w funkcjonowaniu ochrony zdrowia; wyposażenie placówek ochrony zdrowia, jak również działania o charakterze organizacyjnym, usprawniające funkcjonowanie regionalnego systemu ochrony zdrowia. Nie zapomniano także o promocji zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym, rozwoju badań naukowych i upowszechniania informacji z zakresu zdrowia psychicznego, zwłaszcza wśród rodzin osób chorych. Przyczynić ma się do tego także realizacja Wojewódzkiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Regionalny dokument strategiczny zakłada również konieczność dostosowania infrastruktury opieki medycznej oraz organizacji systemu ochrony zdrowia dla potrzeb coraz liczniejszej grupy osób starszych. Między innymi poprzez zwiększenie kadry pracowników ochrony zdrowia, jak i przystosowanie bazy placówek ochrony zdrowia, ale także zmiany organizacyjne w ich funkcjonowaniu. Planuje się także dalszy rozwój profilaktyki oraz promocji zdrowia, które zamierza się realizować poprzez długofalową działalność w szczególności w zakresie chorób cywilizacyjnych, na które w największym stopniu zapadają mieszkańcy województwa. W strategii dostrzeżono także potrzebę dalszego rozwoju technologii telemedycznych, w ramach której jako kluczowe przedsięwzięcie wyróżniono stworzenie regionalnego systemu informacji medycznej (pełnej bazy danych o dostępności usług medycznych na terenie województwa, połączonej z możliwością rejestracji wizyt). Zaplanowano także opracowanie i wdrożenie prozdrowotnych kampanii społecznych w szczególności w zakresie chorób nowotworowych, układu krążenia i przewlekłych chorób układu oddechowego. Kolejnym ważnym planowanym krokiem ma być także rozwój domowej opieki lekarskiej nad niesamodzielnymi osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi.

Województwo lubelskie

W planach strategicznych tego regionu jest doprowadzenie do sytuacji, w której podmioty ochrony zdrowia będą uczestniczyły w realizacji zwiększania potencjału wiedzy, kwalifikacji, zaawansowania technologicznego, przedsiębiorczości i innowacyjności regionu, a także wspierały funkcjonalną, prze-

strzenną, społeczną i kulturową integrację regionu w zakresie poprawy dostępu i wzrostu jakości usług publicznych. Jednym z głównych celów Strategii Rozwoju Województwa Lubelskiego na lata 2006-2020 jest kształtowanie prorozwojowej polityki ludnościowej w województwie, między innymi poprzez edukację zdrowotną i poprawę stanu zdrowia mieszkańców regionu. W tym poprzez: poprawę jakości i dostępności usług medycznych poprzez modernizację i rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, w szczególności: zapewnienie dostępu do podstawowych świadczeń medycznych na terenach deficytowych oraz zapewnienie opieki i leczenia „chorób XXI wieku” (nerwice, uzależnienia, choroby wieku podeszłego, onkologiczne, układu krążenia), wykorzystanie potencjału uczelni do podnoszenia jakości opieki zdrowotnej, profilaktyka i promocja edukacji zdrowotnej i zdrowia publicznego, budowa i rozbudowa infrastruktury jednostek opieki zdrowotnej o znaczeniu lokalnym oraz tworzenie specjalistycznych ośrodków opieki zdrowotnej.

Województwo lubuskie

Ten region Polski stawia na stymulowanie zastosowania technologii cyfrowych przez służbę zdrowia, rozwój i promocję e-usług (e-zdrowie), rozwój i podnoszenie jakości usług publicznych służących rozwojowi lokalnemu (np. zdrowotnych). Ponadto w ramach zapisów zawartych w dokumentach strategicznych zwrócono uwagę na konieczność poprawy organizacji świadczenia usług zdrowotnych: rozwój wysokospecjalistycznych usług zdrowotnych, zmniejszenie deficytu kadry medycznej w województwie, optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów. Kolejnym celem jest poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy o ochronie zdrowia, w tym rozwój i upowszechnianie e-usług. W dokumencie strategicznym zauważono także konieczność zaplanowania dostosowywania opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych. Jako kluczowe do realizacji określono także konieczność promocji zdrowia i kształtowania prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego poprzez takie inicjatywy, jak podnoszenie świadomości społecznej w zakresie zdrowego stylu życia i propagowanie działań na rzecz promocji zdrowia. Kolejnym zdiagnozowanym i wyartykułowanym w dokumencie strategicznym celem jest konieczność większego i szybszego rozwoju bazy ratownictwa medycznego.

Województwo łódzkie

Centralny region Polski, nieco zaskakująco, stawia na umiędzynarodowienie popytu na specjalistyczne usługi medyczne. W ramach planowanych działań zapisano konieczność rozwoju specjalistycznych usług wykorzystujących nowoczesne i inteligentne technologie (szczególnie poprzez: wspieranie rozwoju funkcji uzdrowiskowych oraz specjalistycznych usług medycznych, wspieranie rozwoju specjalistycznych ośrodków klinicznych w zakresie kardiologii, onkologii i innych chorób cywilizacyjnych oraz transplantologii, specjalistycznych kadr medycznych z zakresu geriatricy, medycyny paliatywnej i ratunkowej, wdrażania innowacyjnych rozwiązań z zakresu ochrony zdrowia). Dla poprawy sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa zakłada się podejmowanie działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, jak również poprawę dostępności do podstawowych usług medycznych. Z kolei w kontekście zachodzących zmian demograficznych zaplanowano także rozwój pomocy społecznej i sektora usług dla osób starszych, a także rozwój i racjonalizację bazy ochrony zdrowia. Podobnie jak w innych regionach w planie jest także ciągły rozwój usług i programów profilaktyki zdrowotnej poprzez: wspieranie realizacji programów profilaktycznych ukierunkowanych na zmniejszanie zachorowalności na choroby cywilizacyjne, programów edukacyjnych, szkoleń i akcji promocyjnych na rzecz zdrowego stylu życia oraz regularnego korzystania z badań profilaktycznych, upowszechnianie zachowań prozdrowotnych, wspieranie rozwoju usług opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych i starszych.

Województwo małopolskie

Region ten zauważa siłę swoich subregionów i to właśnie w oparciu o ich potencjał i artykułowane potrzeby planuje utrzymanie i wzrost dostępności do specjalistycznej opieki stacjonarnej. Z kolei restrukturyzację i modernizację zasobów rzeczowych regionalnego systemu opieki zdrowotnej zaplanowano w powiązaniu z rozwojem systemu monitorowania prowadzonych działań. Według założeń strategii zaplanowano stworzenie sieci powiązań pomiędzy jednostkami opieki zdrowotnej z terenu województwa i innych regionów ościennych. Działanie to ma na celu zapewnienie optymalizacji, kompleksowości i ciągłości świadczeń. W założeniach strategicznych zaplanowano także opracowanie i wdrożenie wieloletnich programów ochrony zdrowia, w tym profilaktyki zdrowotnej (m.in. w obszarach onkologii, kardiologii i psychiatrii),

a także postanowiono na konieczność kształtowania postaw prozdrowotnych i rozwój edukacji na rzecz zdrowego stylu życia.

Województwo mazowieckie

Mazowsze stawia na rozszerzenie zakresu specjalistycznych usług medycznych w ośrodkach regionalnych i subregionalnych. Zaplanowało także dalszy rozwój ratownictwa medycznego w celu poprawy bezpieczeństwa, zwłaszcza poprzez skrócenie czasu dojazdu zespołu ratowniczego do poszkodowanych. Kolejnym planowanym elementem jest utworzenie zintegrowanego systemu ratownictwa w ramach krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego. Również i w tym województwie zwrócono uwagę na konieczność ciągłej modernizacji i rozbudowy istniejących podmiotów leczniczych oraz rozwój elektronicznych procesów zarządzania w tego typu placówkach. W ramach założeń zapisanych w strategii rozwoju województwa znalazła się także konieczność podejmowania działań promocyjnych dotyczących sektora zdrowia oraz prowadzenie działań profilaktycznych z zakresu ochrony zdrowia. Zdecydowano także, aby w nieodległej perspektywie czasowej następował rozwój psychiatrycznej opieki środowiskowej, w szczególności w zakresie dostosowania istniejącej infrastruktury do potrzeb centrów zdrowia psychicznego. Analizując sytuację epidemiologiczną zaplanowano również budowę i rozwój ośrodków onkologicznych.

Województwo opolskie

Strategia tego regionu, analogicznie jak innych, uwzględnia przede wszystkim potrzebę inwestowania w infrastrukturę, specjalistyczny sprzęt, wyposażenie podmiotów świadczących usługi zdrowotne. Potrzeby te skorelowane zostały także z koniecznością dalszego wspierania rozwoju e-usług oraz systemu ratownictwa medycznego. Podobnie też, jak w innych częściach Polski, planuje się wspieranie działań profilaktycznych, w tym programów edukacyjnych i promocji zdrowia. Kolejnym ważnym elementem jest zaplanowany dalszy rozwój systemu ratownictwa medycznego. Z kolei w odniesieniu do potrzeb demograficznych zaplanowano wspieranie rozwoju sfery usług uwzględniających i zaspokajających potrzeby starzejącej się populacji.

Województwo podkarpackie

Południowo-wschodni region Polski za sztanarowy cel stawia sobie konieczność zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez poprawę dostępności i jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym do specjalistycznej opieki medycznej. Za główny cel określono konieczność zmniejszenia wskaźników i dynamiki śmiertelności wskutek chorób nowotworowych, poprzez utworzenie centrum diagnostyczno-leczniczego w zakresie onkologii. Ponadto zaplanowano działania zmierzające do zmniejszenia umieralności noworodków, poprzez utworzenie centrum diagnostyczno-leczniczego w zakresie perinatologii. Zdecydowano także o podjęciu działań mających na celu likwidację na terenie województwa tzw. „białych plam” pod kątem zabezpieczenia w brakujące oddziały, w tym szczególnie onkohematologii dziecięcej, alergologii, anestezjologii, intensywnej terapii dziecięcej i onkologii przeszczepowej. Z uwagi na charakter oraz posiadane zaplecze zaplanowano także konieczność poprawy bazy ochrony zdrowia i lecznictwa uzdrowiskowego poprzez budowę i modernizację istniejącej infrastruktury w celu jej dostosowania do potrzeb i uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych i prawnych. Planuje się jak najpełniejsze wykorzystanie potencjału podkarpackich uzdrowisk poprzez rozwój lecznictwa uzdrowiskowego. Zapisy dokumentu strategicznego definiują tu także konieczność zwiększenia współpracy i koordynacji działań na gruncie szeroko pojętej polityki zdrowotnej, poprzez utworzenie Regionalnego Centrum Koordynującego Politykę Zdrowotną. Podobnie jak na innych terenach Polski, z uwagi na konieczność zabezpieczenia wzrostu dostępności do kompleksowej opieki medycznej osób w wieku starszym zaplanowano utworzenie oddziałów geriatrycznych, poradni, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, domowej opieki długoterminowej i innych form opieki. W planie jest także zapewnienie powszechnego dostępu do opieki psychiatrycznej oraz innych form opieki i pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Analogicznie jak w wielu innych częściach Polski zaplanowano również poprawę bezpieczeństwa ludności poprzez zwiększenie skuteczności działania ratowniczych służb medycznych. Z kolei w aspekcie promocji zdrowia region ten zakłada, że efektem planowanych i realizowanych działań będzie: zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju poprzez profilaktykę chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego, chorób i zaburzeń psychicznych; wzmocnienie współpracy jednostek ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia; wzrost świadomości w zakresie

zagrożeń związanych z uzależnieniami; oraz zwiększenie wiedzy mieszkańców na temat zdrowego trybu życia poprzez edukację zdrowotną. Co interesujące dokument strategiczny tego obszaru zauważa także konieczność realizacji działań zmierzających do profesjonalizacji kadry medycznej. Zakładane, w ramach wdrażania planowanych działań, efekty to: zwiększenie dostępu do wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej i naukowej poprzez utworzenie kierunku lekarskiego na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Rzeszowskiego oraz bazy dyscyplin klinicznych; zwiększenie współpracy Uniwersytetu Rzeszowskiego z placówkami opieki zdrowotnej w zakresie szkolenia przed i podyplomowego kadr medycznych.

Województwo podlaskie

Analogicznie, jak w innych częściach Polski, także i w dokumencie strategicznym dla tego regionu zaplanowano konieczność poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz kształtowanie prozdrowotnego stylu życia. Ponadto w planach zawartych w dokumencie postawiono na konieczność wzrostu efektywności działania podmiotów i służb bezpieczeństwa publicznego i ratownictwa. Z uwagi na charakter i lokalizację tego regionu zaplanowano także wykorzystanie walorów środowiskowych do rozwijania lecznictwa sanatoryjnego i rehabilitacyjnego.

Województwo pomorskie

Pomorze zauważa konieczność stworzenia efektywnej regionalnej sieci szpitali świadczących specjalistyczne usługi zdrowotne o wysokiej jakości rzeczywistej, przede wszystkim w zakresie chorób cywilizacyjnych. Ponadto w strategii zapisano także konieczność wdrożenia regionalnego systemu monitorowania i ewaluacji programów zdrowotnych. Natomiast w odniesieniu do szpitali zaplanowano wdrożenie wieloletniego planu działań w zakresie doskonalenia jakości rzeczywistej usług zdrowotnych. Diagnozując pojawiające się choroby cywilizacyjne zaplanowano także konieczność poprawienia dostępu do wysokiej jakości specjalistycznych usług zdrowotnych, a także zintensyfikowanie działań profilaktycznych i diagnostycznych w tym zakresie.

Województwo śląskie

Poprawa dostępu do wysokiej jakości usług medycznych, w tym podniesienie jakości infrastruktury ochrony zdrowia, rozszerzenie zakresu usług medycznych oraz podniesienie jakości obsługi pacjentów – to główne kierunki działań zaplanowanych w dokumencie strategicznym tego województwa. Ponadto zdiagnozowano, a w konsekwencji zapisano w celach działań konieczność wykorzystania nowych technologii (w tym ICT) w zakresie obsługi pacjenta i diagnostyki zdrowotnej. Analogicznie jak w innych regionach Polski także i na Śląsku planowane jest wspieranie profilaktyki zdrowotnej, w tym działań na rzecz ograniczania uzależnień i chorób cywilizacyjnych oraz promocję zdrowego i aktywnego stylu życia, z uwzględnieniem zmian demograficznych. Jako dodatkowy element tworzenia warunków dla aktywnego i zdrowego stylu życia, jest planowany tutaj rozwój infrastruktury sportowo-rekreacyjnej, rozwijanie i integracja systemu ścieżek rowerowych. Zakłada się także wsparcie aktywności podmiotów działających w ochronie zdrowia w międzynarodowych sieciach i programach współpracy, jak i wspieranie „sieciowania” i optymalizacji dostępu do specjalistycznych placówek ochrony zdrowia i leczenia uzdrowiskowego. Region ten, jako jeden z nielicznych, określił na poziomie dokumentu strategicznego, konieczność udzielenia wsparcia na rzecz podnoszenia kwalifikacji pracowników związanych z ochroną zdrowia i kształcenie nowych kadr.

Województwo świętokrzyskie

Województwo to w sposób bardzo ogólny określiło główne kierunki rozwoju sektora ochrony zdrowia. Zapisane w strategii cele to przede wszystkim bardziej efektywna opieka zdrowotna, realizowana poprzez poprawę poziomu zdrowia, a także poprawa jakości świadczonych usług poprzez usprawnienie materialne i organizacyjne szpitali oraz sanatoriów. W ramach celu nazwanego: *Sprzyjanie kumulowaniu kapitału ludzkiego czyli zdrowi, kreatywni i wykształceni ludzie jako podstawa myślenia o pomyślnej przyszłości* przewiduje się m.in: rozwój wydziału lekarskiego, działającego w ścisłej kooperacji z wyspecjalizowanymi ośrodkami ochrony zdrowia w województwie świętokrzyskim; efektywną opiekę zdrowotną – poprawę poziomu zdrowia oraz propagowanie zdrowego trybu życia.

Województwo warmińsko-mazurskie

Rozwój sektora szeroko rozumianej opieki zdrowotnej w tym rejonie definiowany jest poprzez konieczność tworzenia nowoczesnej opieki zdrowotnej uwzględniającej zmiany w strukturze demograficznej społeczeństwa. Według założeń zawartych w dokumencie strategicznym, w ramach działań zmierzających do realizacji planowanego celu, zaplanowano działania służące zapewnieniu optymalnej dostępności do wszystkich kategorii świadczeń zdrowotnych, bez względu na miejsce zamieszkania. W ramach tego kierunku planowane jest wspieranie projektów służących podwyższeniu standardu obiektów ochrony zdrowia i ich wyposażenia medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju ośrodków specjalistycznych. Jako istotne, zaplanowano również, doskonalenie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego oraz informatyzację podmiotów leczniczych. Analogicznie jak w innych regionach zauważa się także konieczność realizacji działań z zakresu profilaktyki i wsparcia potrzebujących (promocji zdrowego stylu życia, systemu pomocy dla osób uzależnionych).

Województwo wielkopolskie

Strategia tego regionu zakłada między innymi konieczność dostosowywania opieki medycznej do wyzwań demograficznych, dostosowywanie kształcenia medycznego do potrzeb rynku i wyzwań demograficznych oraz poprawę warunków kształcenia, wdrożenie systemu funkcjonalnych powiązań jednostek organizacyjnych ochrony zdrowia, a także integracji instytucji publicznych i prywatnych na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców regionu. Planuje się rozwijanie profilaktyki zdrowotnej, szczególnie w zakresie chorób cywilizacyjnych. W planach jest także dążenie do rozwijania sieci gabinetów lekarzy rodzinnych oraz środowiskowej opieki pielęgniarstwa, rozwój zintegrowanego systemu wczesnej diagnozy i rehabilitacji oraz wspieranie powszechnego dostępu do rehabilitacji w środowisku lokalnym. Dokument strategiczny określa także konieczność rozwoju form opieki domowej, usług świadczonych pacjentom w ich domach oraz innowacyjnych rozwiązań w gospodarstwie domowym ułatwiających powrót pacjenta do zdrowia, jak i również rozwój zróżnicowanych form opieki długoterminowej. Podobnie jak w innych regionach planuje się także rozwój zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego, a także racjonalizację rozmieszczenia i wykorzystania zasobów

stacjonarnej opieki zdrowotnej. Analizując sytuację epidemiologiczną zaplanowano dalszy rozwój systemu wczesnej interwencji kardiologicznej i kardiochirurgicznej oraz usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych. Zaplanowano również zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom. W wyniku diagnoz środowiskowych wyznaczono cele zmierzające do rozwoju opieki paliatywnej oraz usprawnienia opieki psychiatrycznej i psychogeriatrycznej. Jako działania wyprzedzające zachorowalność zdefiniowano także konieczność wzmacniania zachowań prozdrowotnych, w szczególności w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i psychospołecznej poprzez rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Ponadto w planach ujęto konieczność upowszechnienia działań przeciwdziałających uzależnieniom, dążących do zmniejszania palenia tytoniu, spożycia alkoholu, używania substancji psychotropowych. Zdecydowano także o konieczności tworzenia infrastruktury dla podtrzymania aktywności fizycznej i psychospołecznej, w szczególności seniorów oraz osób niepełnosprawnych.

Województwo zachodniopomorskie

Region ten stawia na konieczność zapewnienia wysokiej jakości i dostępności opieki medycznej (w tym poprawa wyposażenia technicznego) w dziedzinie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, opieki stacjonarnej i lecznictwa uzdrowiskowego. W planach uwzględniono także reorganizację ratownictwa medycznego oraz wspieranie dalszych przekształceń własnościowych zakładów opieki zdrowotnej. Jako jedno z nielicznych województw zauważa także konieczność podnoszenia poziomu wykształcenia personelu medycznego oraz kształcenia w zakresie profilaktyki, promocji i edukacji zdrowotnej. Z kolei analizując sytuację demograficzną wyznaczono także cel, którym jest konieczność dostosowania opieki zdrowotnej do zwiększającej się liczby osób starszych, wzbogacanie form opieki i pomocy osobom starszym, rozwój opieki długoterminowej i opieki psychiatrycznej. W strategii zapisano także cele w zakresie promocji zdrowia i zdrowego trybu życia.

Ochrona zdrowia w regionalnych programach operacyjnych 2014-2020

Zróżnicowanie regionalne przekłada się także na planowanie wykorzystania środków unijnych w perspektywie finansowej 2014-2020 na zadania z zakresu ochrony zdrowia. To właśnie te środki stanowią największe źródło wsparcia procesu modernizacji infrastruktury szpitalnej. Menadżerowie zarządzający podmiotami leczniczymi zdecydowanie rzadziej sięgają po inne instrumenty finansowania projektów, takie jak dotacje i pożyczki podmiotów tworzących, kredyty, leasing, sprzedaż zbędnej części majątku, partnerstwo publiczno-prywatne czy emisja obligacji. W projektach regionalnych programów operacyjnych na sektor ochrony zdrowia przewidziano blisko 4 proc. alokacji, ale zróżnicowanie w tym zakresie jest bardzo duże (od 2 do 7 proc.). Wskaźnik ten uwzględnia wszystkie nakłady na projekty z zakresu ochrony zdrowia „zaszyte” w różnych priorytetach inwestycyjnych.

W ramach poszczególnych regionalnych programów operacyjnych, kluczowym miejscem, gdzie znajdziemy środki, które mogą być przeznaczane na szeroko pojętą infrastrukturę ochrony zdrowia będzie Priorytet Inwestycyjny 9.1 (wyjątkiem województwo dolnośląskie, w którym to środki na ten cel zapiane zostały w Priorytecie Inwestycyjnym 6.2). Pieniądze pozyskane w ramach tego priorytetu będzie można przeznaczać na inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego. W konsekwencji wpływać to będzie na zmniejszanie się nierówności w zakresie stanu zdrowia oraz przejścia z usług instytucjonalnych do usług na poziomie społeczności lokalnych.

Nie bez znaczenie będzie także możliwość pozyskania środków z Priorytetu 9.2 (6.1 – w przypadku woj. dolnośląskiego), w ramach którego wspierana będzie rewitalizacja fizyczna, gospodarcza i społeczna ubogich społeczności i obszarów miejskich i wiejskich. W ramach tych priorytetów inwestycyjnych można będzie pozyskać środki na budowę, remont, przebudowę (w tym dostosowanie do potrzeb osób niepełnosprawnych), a także rozbudowę infrastruktury oraz działania związane z zakupem sprzętu i aparatury medycznej.

Infrastruktura techniczna szpitala to także elementy związane z systemami grzewczymi, wentylacyjnymi, czy klimatyzacyjnymi. Będzie można sfinansować je w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 4.3 oraz 4.1. Wyjątek stanowi województwo dolnośląskie, w którym pieniądze na ten cel zapisane zostały w Priorytetach 3.5 i 6.3 oraz województwo warmińsko-mazurskie – Priorytet

Inwestycyjny 6.1. Ze środków zapisanych w ramach tych priorytetów istniała będzie także możliwość dofinansowania inwestycji wspierających efektywność energetyczną i wykorzystywanie odnawialnych źródeł energii w budynkach publicznych oraz termomodernizacja.

Z punktu widzenia sprawności zarządzania szpitalem i usprawnienia procesu leczenia, istotna jest możliwość szerokiego wykorzystywania technologii IT. W ramach regionalnych programów operacyjnych zaplanowano także środki na ten cel. Ich pozyskanie będzie możliwe w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2.3 (wyjątek stanowi województwo dolnośląskie gdzie wpisano je w ramy Priorytetu Inwestycyjnego 2.1). Pozyskanie tych środków pozwoli na realizację przedsięwzięć dotyczących digitalizacji zasobów, a także na tworzenie, rozwijanie i integrację baz danych i zasobów cyfrowych wspomagających komunikację między podmiotami, procesy decyzyjne (e-usługi). Możliwe będzie także podejmowanie działań upowszechniających komunikację elektroniczną instytucji publicznych z podmiotami zewnętrznymi.

Kolejnym obszarem wsparcia będą zadania z zakresu profilaktyki oraz rehabilitacji. W ramach regionalnych programów operacyjnych dostępne będą środki pozwalające na realizację programów zdrowotnych służących wydłużeniu aktywności zawodowej, programów rehabilitacji leczniczej ułatwiające powrót na rynek pracy.

W niektórych województwach możliwe będzie wsparcie w zakresie usług ochrony zdrowia psychicznego. Środki na ten cel zaplanowane zostały w Priorytetach Inwestycyjnych 8.10 (wyjątek województwo dolnośląskie 8.5).

W części województw przewidziano także wsparcie na projekty ukierunkowane na podniesienie aktywności osób starszych i zmianę ich stylu życia, zapewnieniem dostępu do zatrudnienia osobom poszukującym pracy i nieaktywnym zawodowo (w tym podejmowanie lokalnych inicjatyw na rzecz zatrudnienia oraz wspieranie mobilności pracowników).

W części regionalnych programów operacyjnych przewidziano możliwości dofinansowania szpitali wchodzących w partnerstwo publiczno-prywatne. Dzięki temu podmiot leczniczy uzyska możliwość sfinansowania działań prorozwojowych. Przykładem jest Priorytet Inwestycyjny 1.2 (wyjątek stanowi województwo świętokrzyskie – 1.1) przeznaczony na promowanie inwestycji przedsiębiorstw w B+I, rozwój powiązań między przedsiębiorstwami, centrami B+R i szkołami wyższymi, pozwalający także na wspieranie badań technolog-

gicznych i stosowanych, linii pilotażowych, działań w zakresie wczesnej walidacji produktów i zaawansowanych zdolności produkcyjnych i pierwszej produkcji w dziedzinie kluczowych technologii. W ramach tego priorytetu, we współpracy z przedsiębiorcami będzie możliwym pozyskanie środków na rozwój zaplecza badawczo-rozwojowego szpitali, służącego działalności innowacyjnej (m.in. utworzenie centrów badawczo-rozwojowych, zakup aparatury specjalistycznej i urządzeń laboratoryjnych).

Zróźnicowanie regionalne w zakresie realizacji samorządowych programów zdrowotnych

Coraz trudniejsza sytuacja finansowa polskich samorządów terytorialnych (niedostatek dochodów, znaczny deficyt budżetowy) w połączeniu ze skutkami ogólnoświatowego kryzysu to z pewnością zagrożenie dla realizacji programów zdrowotnych. Profilaktyka i promocja zdrowia to zadania własne polskich samorządów, ale nieobligatoryjne. Do tego dochodzi jeszcze trudna sytuacja szpitali uwidaczniająca się ich coraz większym zadłużeniem.

W tych warunkach coraz trudniej przychodzi samorządom decydować się na wydatkowanie pieniędzy na programy zdrowotne. Z jednej strony, nie zwiększa się liczba samorządów realizujących w różnych formach programy zdrowotne, ale też nie następuje gremialny odwrót od ich przeprowadzania. Warto podkreślić, że wiele samorządów realizuje programy zdrowotne wspólnie (np. województwo z powiatami lub gminami leżącymi na jego obszarze) lub kontynuuje przedsięwzięcia wieloletnie. Z drugiej jednak strony, symptomy kryzysu są widoczne. Charakterystyczne jest między innymi zjawisko kontynuowania wcześniej rozpoczętych programów (np. profilaktyki i promocji zdrowia kierowanych do dzieci i młodzieży), ale niejako „na jałowym biegu”, bez zwiększania ich skali i rozszerzania o nowe działania. Rzec można, władze samorządowe nie mają wyjścia, muszą kontynuować przedsięwzięcia, do których mieszkańcy już się przyzwyczaili. Widoczne jest rezygnowanie z programów profilaktycznych na rzecz tych dotyczących promocji zdrowia oraz ukierunkowanie się na programy tańsze o większej efektywności ekonomicznej.

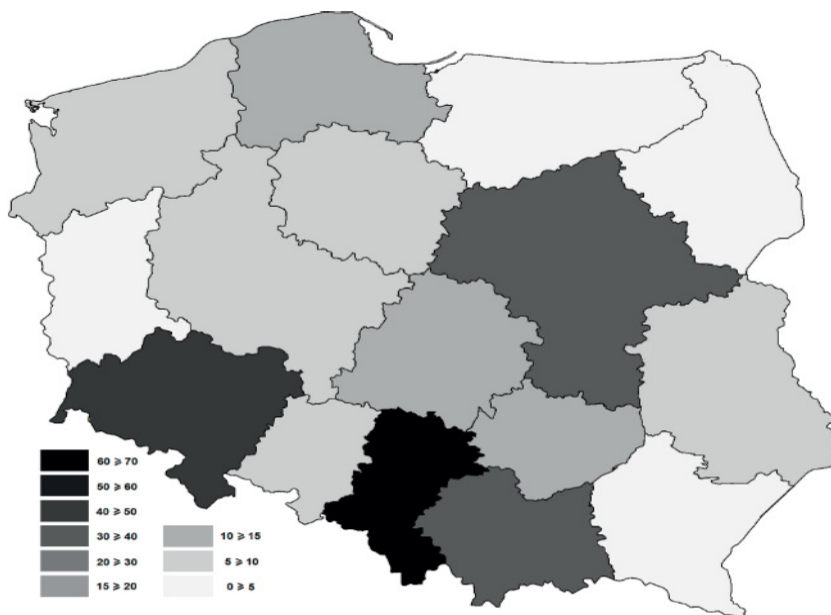
Charakterystyczna jest polaryzacja działania samorządów. Wiele spośród nich nie realizuje żadnego programu, a na przeciwnym biegunie są te, które prowadzą ich po kilka lub nawet kilkanaście. W 2012 roku na 153 pozytywnie ocenione programy, większość z nich realizowały 33 jednostki samorządu

terytorialnego. Uzyskały one aprobatę dla co najmniej dwóch programów. W przypadku samorządów województw, tylko 7 podjęło w 2012 roku starania zmierzające do realizacji nowego programu zdrowotnego na swoim terenie (4 – Dolny Śląsk, po 3 – województwa łódzkie i pomorskie, po 2 – Małopolska i województwo kujawsko-pomorskie oraz po 1 – Śląsk i województwo lubelskie). Następuje też wyraźna polaryzacja pomiędzy samorządami, które realizują stale programy zdrowotne i to na coraz szerszą skalę, a tymi, które nie podejmują w tym zakresie jakichkolwiek działań. Nasila się również zróżnicowanie pomiędzy poszczególnymi kategoriami samorządów terytorialnych. Zdecydowanym liderem wśród realizujących programy zdrowotne są duże miasta. Mimo, że spadają w nich nakłady ogółem przeznaczane na profilaktykę i promocję zdrowia, to kontynuują one prowadzenie wieloletnich przedsięwzięć oraz uruchamiają nowe, bardzo innowacyjne projekty. Podobna ocena dotyczy samorządów województw, choć w tym przypadku spadek wysokości nakładów na programy zdrowotne jest bardziej wyraźny.

Niedostatki finansowe wymuszają większą aktywność w poszukiwaniu dodatkowych źródeł finansowania programów oraz – co bardzo pozytywne – większy zakres współpracy pomiędzy podmiotami i osobami zainteresowanymi działaniami prozdrowotnymi. Łatwiej więc przychodzi konsolidowanie wysiłków samorządów różnej kategorii, przekazywanie zadań organizacjom pozarządowym, czy też budowanie szerokich koalicji dla wspólnego wdrażania programów zdrowotnych. Pojawiają się również nowe źródła dofinansowania programów zdrowotnych (m.in. Mechanizmy Finansowe Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Norweski Mechanizm Finansowy, Szwajcarski Mechanizm Finansowy, fundusze ochrony środowiska), choć wciąż niedostępne są dla samorządów środki na ten cel z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Po przeniesieniu na mapę Polski samorządów, które w 2012 roku złożyły w Agencji Oceny Technologii Medycznych projekt programu zdrowotnego, otrzymujemy potwierdzenie ogromnego zróżnicowania terytorialnego wśród realizatorów programów zdrowotnych. Niepokojącym jest nikłe, albo wręcz żadne zainteresowanie programami zdrowotnymi na obszarze wielu województw. Polska Wschodnia jest praktycznie „białą plamą” na mapie realizatorów nowych programów zdrowotnych, ale także jest nią województwo lubuskie. Z kolei najwięcej programów zgłoszono do oceny z województw: śląskiego, dolnośląskiego, małopolskiego i mazowieckiego.

Mapa 1. Liczba programów zdrowotnych zgłoszonych w 2012 roku do zaopiniowania przez AOTM, w podziale na województwa



Źródło: Wójcik M., Kłosowska B., Rudka R., Skóbel B., *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.

Nie istnieje korelacja pomiędzy liczbą realizowanych programów zdrowotnych a wielkością danego województwa określaną liczbą mieszkańców. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców najwięcej programów pochodzi z województw: dolnośląskiego, śląskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego i opolskiego. Najmniej natomiast z województw: podlaskiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, lubuskiego i wielkopolskiego.

Osobną kwestią jest jakość programów zdrowotnych przygotowywanych przez samorządy. W okresie od 2010 do 2012 roku liczba opiniowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych samorządowych programów zdrowotnych wyraźnie wzrasta (łącznie oceniono ich w tym okresie 511). Niestety, wraz z liczbą przedkładanych projektów programów, wzrasta odsetek tych zaopiniowanych negatywnie. Podczas gdy w 2010 roku negatywnie oceniono 35,8 proc. programów, to w roku 2011 było ich już 39,4 proc., a w 2012 aż 41,2 proc.

Dodatkowo, o nie najlepszej jakości tych programów świadczy fakt, iż wśród tych zaopiniowanych pozytywnie spory odsetek uzyskało te opinie warunkowo. Przykładowo, w 2011 roku takich warunkowych opinii było niemal 2/3, a w roku 2012 nieco powyżej 1/3. Tak więc, w 2011 roku zaledwie co czwarty program uzyskał bezwarunkową pozytywną opinię AOTM, a w roku 2012 co trzeci z ocenianych przez Agencję. To bardzo niekorzystna dla samorządów statystyka. Dlatego potrzebne są różnorakie formy wsparcia samorządów tak aby przygotowywane przez nie programy spełniały wszystkie niezbędne wymogi.

Tabela 3. Ocena programów zdrowotnych zgłaszanych do oceny AOTM w roku 2012, w podziale na województwa

Województwa	Razem	w tym:	
		pozytywna ocena AOTM	negatywna ocena AOTM
Śląskie	65	37	28
Dolnośląskie	47	39	8
Małopolskie	35	15	20
Mazowieckie	30	13	17
Pomorskie	13	9	4
Łódzkie	12	5	7
Świętokrzyskie	11	8	3
Zachodniopomorskie	10	5	5
Wielkopolskie	9	6	3
Kujawsko-Pomorskie	7	4	3
Lubelskie	6	4	2
Opolskie	6	4	2
Podkarpackie	4	2	2
Lubuskie	2	1	1
Warmińsko-Mazurskie	2	1	1
Podlaskie	1	0	1
Suma	260	153	107

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Agencji Oceny Technologii Medycznych

Samorządy najczęściej planują realizację programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki chorób zakaźnych (głównie szczepienia) – 37,7 proc. (dominują programy związane z przeciwdziałaniem występowaniu wirusa HPV), programy związane z promocją zdrowego odżywiania oraz przeciwdziałaniu nadwadze, otyłości i chorobom układu krążenia (13,1 proc.). Często wdrażane są także programy zmierzające do przeciwdziałania wadom postawy, niepełnosprawności ruchowej i osteoporozie (12,7 proc.), dotyczące profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych (10,4 proc.) oraz ukierunkowane na wsparcie matek, dzieci i rodzin (10,8 proc.).

Tabela 4. Kategorie programów zdrowotnych zgłaszanych przez samorządy terytorialne do Agencji Oceny Technologii Medycznych w 2012 roku

Grupa programów zdrowotnych	Razem
Profilaktyka chorób zakaźnych (szczepienia)	98
Promocja zdrowego stylu życia i odżywiania oraz profilaktyka nadwagi i otyłości oraz profilaktyka chorób układu krążenia	34
Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób nowotworowych	27
Przeciwdziałanie: wadom postawy, niepełnosprawności (rehabilitacyjne) i osteoporozie	33
Wsparcie dziecka, matki, rodziny (m.in. zwalczanie niepłodności, opieka nad matką w ciąży, przeciwdziałanie próchnicy u dzieci)	28
Terapia uzależnień	9
Choroby dróg oddechowych	8
Inne	23

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Agencji Oceny Technologii Medycznych

Literatura cytowana

1. *Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
2. *Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01)*, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>.
3. *Joint Report on Health Systems*, European Commission and the Economic Policy Committee, Occasional Papers 74 | December 2010, http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf.
4. *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, raport WHO, 2012.
5. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
6. Wójcik M., Kłosowska B., Rudka R., Skóbel B., *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.

Rozdział 3.

Ocena potrzeb zdrowotnych ludności województwa łódzkiego na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych i demograficznych – metodologia, analiza źródeł informacji

Potrzeby zdrowotne – rodzaje i definicje

Potrzeby zdrowotne są definiowane w różny sposób (rzeczywiste, wyrażone, uświadomione, normatywne itd.), dla różnych celów a zaspokojenie potrzeb zdrowotnych jest zasadniczym celem ochrony zdrowia. Zdrowie społeczeństw i odpowiedzialność za nie, ze względu na szerokie jego uwarunkowanie, wykracza współcześnie szeroko poza obszar nauk medycznych. Światowa Organizacja Zdrowia podstawowe **warunki dla zdrowia** formuje następująco: pokój, schronienie (mieszkanie), edukacja, zabezpieczenia społeczne, żywność, dochód, uprawnienia kobiet, ekosystem, wykorzystanie środków bez niszczenia zasobów, sprawiedliwość społeczna, respektowanie praw człowieka i równości. Podkreślenia wymaga wysoka pozycja edukacji – czynnik warunkujący zdrowie. Współcześnie nie budzi wątpliwości fakt, iż poziom wykształcenia oraz sytuacja społeczno-ekonomiczna stanowią bardzo ważne determinanty sytuacji zdrowotnej²⁰.

Najogólniejsza definicja potrzeb zdrowotnych mówi, że są to takie odchylenia w stanie zdrowia²¹ pacjenta lub jego środowiska, kiedy trzeba podjąć niezbędne kroki aby nie dopuścić do negatywnych dla zdrowia skutków. Większość wskaźników używanych do pomiaru stanu zdrowia w rzeczywistości mierzy choroby i zgon. Są to wskaźniki negatywne. Zmniejszenie umieralności oznacza tylko tyle, że więcej ludzi żyje – a niekoniecznie, że są zdrowi. Spadek

²⁰ Gębska-Kuczerowska A., Miller M., *Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, 4, s. 240-255.

²¹ Zakłada się więc, że stan zdrowia można zmierzyć, co nie zawsze jest możliwe. Ocena subiektywna stanu zdrowia jest miernikiem bardzo czułym i bardzo mało swoistym.

chorobowości oznacza, że mniej ludzi choruje (również nie muszą być zdrowi). W odniesieniu do chorób przewlekłych (niezakaźnych) – chory na cukrzycę może mieć cukrzycę wyrównaną, co również nie oznacza zdrowia²². Liczba wskaźników pozytywnych jest bardzo niewielka (liczba urodzeń żywych czy wskaźniki wydolności fizycznej).

Pojęcie potrzeb zdrowotnych jest interpretowane różnie, w zależności od punktu z jakiego ten problem rozpatruje obserwator. Z punktu widzenia relacji lekarz-pacjent, dzielimy te potrzeby na:

- **wyrażone**, czyli te, z którymi pacjent zgłasza się samorzutnie,
- **niewyrażone**, czyli te, które mogą być ujawnione za pomocą badań pogłębionych,
 - **uświadomione** (takie, z których istnienia człowiek zdaje sobie sprawę, lecz z różnych przyczyn ich nie zgłasza),
 - **nieuświadomione** (takie, które nie są zgłaszane dlatego, że człowiek nie zdaje sobie sprawy z ich istnienia).

Jednak najczęściej pod pojęciem „potrzeby zdrowotne” rozumie się **zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną** (tzw. świadczenia lecznicze) jak gdyby wszyscy chcieli być leczeni a niekoniecznie zależałoby im na zdrowiu. Niestety, z oceny zachowań zdrowotnych wynika, że większość Polaków liczy bardziej na opiekę zdrowotną aniżeli na siebie. Świadczy o tym chociażby liczba palaczy czy osób z otyłością. Jak wiadomo od co najmniej 35 lat zdrowie zależy w 50% od stylu życia, od medycyny – tylko w kilkunastu procentach.

Niemniej jednak pojęcie „potrzeb zdrowotnych” utożsamiane z „popytem na leczenie” pozwala mówić o:

- 1) czynnika motywującym do podejmowania określonych zachowań zdrowotnych;
- 2) czynnika uzasadniającym podjęcie działań wobec określonego pacjenta;
- 3) kryterium decydującym o alokacji środków na opiekę zdrowotną;
- 4) kryterium oceny racjonalności i zasadności celów realizowanych przez służbę zdrowia.

²² Ale pacjenci z np. wyrównaną cukrzycą czy z dobrze prowadzonym nadciśnieniem tętniczym mogą funkcjonować całkiem normalnie.

W każdym z powyższych przypadków potrzeby zdrowotne są inaczej rozumiane. Jeśli jednak przyjąć za kryterium liczbę świadczeń²³, można wyróżnić:

- **potrzeby rzeczywiste** (nazywane również obiektywnymi), które szacujemy na podstawie danych epidemiologicznych i demograficznych dotyczących interesującej nas populacji,
- **potrzeby wyrażone** rozumiane jako oczekiwania indywidualne i społeczne, kształtujące popyt, które ocenić można np. metodami ankietowymi,
- **potrzeby zrealizowane** (zaspokojone) czyli takie, które zostały wykonane.

Między potrzebami zachodzą relacje współwystępowania lub jego braku, co pozwala na ocenę wydajności i prawidłowości ukierunkowania zaspokajania potrzeb zdrowotnych, a co za tym idzie stanu zdrowia społeczeństwa²⁴. Należy jednak pamiętać, że bezkrytyczne oparcie się na omówionych podziałach nie jest w pełni zasadne. Jednym z tego powodów jest często występująca rozbieżność pomiędzy obiektywną (badania kliniczne) a subiektywną (samoocena) oceną stanu zdrowia pacjenta. Dla zwolenników koncepcji obiektywizmu jedynym kryterium uznania jakiegoś stanu za rzeczywistą potrzebę zdrowotną jest ocena profesjonalistów medycznych, dla potwierdzenia poparta wynikami badań laboratoryjnych. Jest to wyraz głębokiej wiary w specjalistów, którzy sami najlepiej wiedzą, że ich opinie mogą się zmieniać i zmieniają się np. w przebiegu procesu diagnostyki czy terapii.

Zasadność stosowania wyłącznie perspektywy profesjonalnej w szacowaniu potrzeb zdrowotnych została podważona, m.in. przez Bradshawa, który zaproponował inny podział potrzeb²⁵:

- **normatywne**, czyli uznane za potrzeby przez ekspertów,
- **odczuwane**, definiowane przez jednostkę,
- **wyrażone**, kiedy odczuwanie potrzeby doprowadza do podjęcia działań w celu jej zaspokojenia.

²³ Które powinny być zrealizowane, niezależnie od podaży i popytu.

²⁴ Zarzeczna-Baran M., *Potrzeby zdrowotne*. http://bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl/public_html/upload/Potrzeby%20zdrowotne.pdf (dostęp: 03.12.2012r.).

²⁵ Tamże.

Z kolei Topór-Mądry i wsp. wyróżniają²⁶:

- wskaźniki **obiektywne** (umieralność, zapadalność),
- wskaźniki **subiektywne** (samopoczucie, zakorzenienie społeczne i społeczne wsparcie),
- wskaźniki badające potrzeby **wyrażone** (odsetek osób oczekujących na wykonanie procedury medycznej,
- wskaźniki badające potrzeby **zrealizowane** (odsetek osób, u których przeprowadzono daną procedurę medyczną).

Powyższe rozważania mają nie tylko wymiar teoretyczny, ale znaleźć powinny swój wyraz praktyczny. Podstawowym problemem w opiece zdrowotnej i ochronie zdrowia²⁷ jest bowiem ograniczanie się do potrzeb obiektywnych: normatywnych, wyrażonych, zrealizowanych itd. czyli tzw. świadczeń zdrowotnych rozumianych jako zestaw wykonywanych procedur. Innymi słowy pacjent nie tyle jest leczony, co jest przedmiotem procedury. Niektóre opinie – zwłaszcza powierzchowne i pochopnie wygłaszane – nie uwzględniają złożoności problemu. Częste wizyty pacjentów, którym „nic jest” i „niepotrzebnie tylko przychodzą do lekarza” wynikać mogą z poczucia samotności, poszukiwania kogoś, komu można się zwierzyć i opowiedzieć o swoim życiu. Jest to subiektywna potrzeba zdrowotna, dotyczy zwłaszcza starszych wdów, mieszkających samotnie i mających niezbyt dobre relacje z otoczeniem.

Z drugiej strony zapotrzebowanie pacjenta (zwłaszcza w jego ocenie subiektywnej) na opiekę zdrowotną nie idzie w parze z jego zachowaniami zdrowotnymi. W konsekwencji tylko ok. 5% mieszkańców województwa łódzkiego prowadzi zdrowy tryb życia²⁸. Jednocześnie pacjenci z rzeczywistymi

²⁶ Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A., *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2002, <http://www.bpz.gov.pl/old/file/szac.pdf>.

²⁷ Są to różne pojęcia niesłusznie ze sobą utożsamiane. Ochrona zdrowia jest pojęciem znacznie szerszym – dotyczy zdrowia a nie tylko leczenia, opieka zdrowotna – to głównie działalność lekarzy, pielęgniarek, szpitali itd. – dotyczy głównie leczenia.

²⁸ Kaleta D., Polańska K., Kwaśniewska M., Dziankowska-Zaborszczyk E., Hanke W., Drygas W., *Czynniki warunkujące palenie tytoniu wśród osób dorosłych – wyniki badania WOBASZ w województwie łódzkim*, „Medycyna Pracy” 2008, 59(2), s. 143-148.; Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk-Chałas K., Piśkała M., Drygas W., *Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego. Projekt WOBASZ*, „Przegląd Lekarski” 2007, 64(2), s. 61-64.

potrzebami zdrowotnymi nie zgłaszają się do lekarza, nie korzystają z badań profilaktycznych (w woj. łódzkim ok 40% kobiet zgłosiło się na mammografię), większość mężczyzn nawet nie wie o istnieniu raka prostaty, wśród pacjentów z chorobą nowotworową znaczna część zgłasza się późno do lekarza.

Innymi słowy ocena potrzeb zdrowotnych na podstawie spontanicznej zgłaszalności jest i musi być obciążona poważnym błędem. Zgłaszają się bowiem pacjenci z dolegliwościami a wielu chorych bez dolegliwości nawet nie myśli o chorobie. Stąd późne rozpoznawanie i niediagnozowanie zakresu nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy typu II. Oceniając potrzeby subiektywne nie sposób pominąć takich zjawisk jak samoleczenie, zielarstwo czy korzystanie z tzw. medycyny niekonwencjonalnej czyli znachorów²⁹.

Źródła informacji o stanie zdrowia

Dane dotyczące stanu zdrowia gromadzone są w kilku rodzajach dokumentacji: medycznej (indywidualnej i zbiorczej), statystycznej, dokumentacji wynikającej z kontraktów z NFZ, dokumentacji badań epidemiologicznych i przesiewowych jak np. WOBASZ.

Najwięcej informacji o stanie zdrowia pacjenta zawarte jest w indywidualnej dokumentacji medycznej. W dokumentacji zbiorczej zagregowano tylko niektóre dane np. rozpoznania, bez dokładnego opisu procesów. Dokumentacja statystyczna prowadzona jest zgodnie z ustawą o statystyce publicznej i programem badań statystycznych ustanawianym corocznie przez Prezesa Rady Ministrów. Prezes GUS prowadzi 182 sprawozdania, wśród których cztery dotyczą „ochrony zdrowia”³⁰. Ponadto Minister Zdrowia prowadzi 40 sprawozdań. Oficjalne dane statystyczne publikowane przez GUS pochodzą właśnie z powyższych dokumentów. W odniesieniu do potrzeb zdrowotnych – dane dotyczą jedynie potrzeb zrealizowanych. Brak jest informacji o potrzebach wyrażonych, nie wspominając o potrzebach subiektywnych.

²⁹ Amerykanie wydają na znachorów i uzdrowicieli mniej więcej tyle samo dolarów co na szpitale. Dane z Polski nie są znane, ale popularność np. Festiwalu Zdrowia i Niezwykłości świadczy o istnieniu również i tych potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie jest to miernik braku zaufania do medycyny.

³⁰ Świadczy to o priorytetach prezesa GUS: ZD-2 – sprawozdanie z lecznictwa uzdrowskiego, stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej; ZD-3 – sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; ZD-4 – sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego; ZD-5 – sprawozdanie apteki i punktu aptecznego.

Z badań własnych wynika, że rozbieżności między dokumentacją statystyczną i medyczną są znaczne³¹. Dokumentacja statystyczna przedstawia uproszczony obraz rzeczywistości. Jest to konieczna cena za uzyskanie danych zagregowanych. Zaletą danych zawartych w sprawozdawczości statystycznej jest objęcie nią wszystkich jednostek – nie tylko tych, które zawarły kontrakty z NFZ. Dokumentacja NFZ dotyczy kontraktowania świadczeń i ich realizacji. Odnosi się więc tylko do części świadczeń zdrowotnych. Najbardziej precyzyjne wyniki uzyskuje się w badaniach epidemiologicznych takich jak WOBASZ czy POLKARD. Niestety koszt takich badań jest znaczny.

Punkt wyjścia do opracowania strategii na dalsze lata

Strategia zdrowia winna uwzględniać potrzeby rzeczywiste tzn. wynikające ze stanu zdrowia, a nie tylko ze zrealizowanych w ubiegłych latach świadczeń zdrowotnych. Ustalenie czynników wpływających na stan zdrowia w konkretnej populacji może w istotny sposób zmodyfikować planowanie działań, zwłaszcza w zakresie profilaktyki i rehabilitacji. Najczęściej wykorzystywane są dane epidemiologiczne (zatem, już po wystąpieniu choroby) i dane demograficzne.

Evans i wsp.³² na podstawie badań przeprowadzonych w oparciu o dane ze 191 krajów stwierdzili, że dowody na efektywność (*effectiveness*) reform opieki zdrowotnej są niepełne i rozproszone. Kraje o najlepszym poziomie zdrowia nie zawsze mają najbardziej efektywne systemy zdrowotne. Efektywność jest związana z wysokością nakładów (w przeliczeniu na jednego mieszkańca) zwłaszcza przy niskim poziomie wydatków. Metody pomiaru efektywności stanowią podstawę opracowywania polityki zdrowotnej, której celem jest poprawa stanu zdrowia. Ranking opracowano na podstawie wielkości wydatków na zdrowie, przeciętnego czasu kształcenia, kwadratu średniego czasu kształcenia. Pierwsze miejsca w tym rankingu zajmują Oman, Malta, Włochy, Francja,

³¹Michalak J., Orszulak-Michalak D., *Farmakoekonomiczne aspekty postępowania w zakażeniach szpitalnych*, [w:] A. Denys (red.), *Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 320-333.

³²Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., *Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis*, „British Medical Journal” 2001, 323, s. 307-310.

San Marino. Na miejscu 24 znalazła się Wielka Brytania. Autorzy nie podali miejsc ani dla Polski ani dla Stanów Zjednoczonych czy Niemiec.

Porównanie planów strategicznych na lata 2006-2013 i na lata 2014-2020

Punktem wyjścia do opracowania strategii zdrowia powinna być analiza i wykorzystanie dotychczasowych dokonań. W strategii na lata 2006-2013 za cel strategiczny przyjęto podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego:

1. Podniesienie jakości usług medycznych;
2. Poprawa dostępu do usług medycznych;
3. Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego;
4. Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom;
5. Poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy o stanie zdrowia.

Natomiast z punktu widzenia analizy potrzeb zdrowotnych (w oparciu o dane dokładniejsze niż gromadzone w dokumentacji statystycznej) najważniejszą rolę odegrać miała strategia eZdrowia województwa łódzkiego.

Priorytet główny Strategii eZdrowia Województwa łódzkiego na lata 2007-2013

Podniesienie jakości usług medycznych i zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie problematyce eZdrowia roli jednego z motorów innowacyjnego rozwoju województwa.

Cele operacyjne (priorytety) Strategii eZdrowia Województwa łódzkiego na lata 2007-2013

Priorytet I – Modernizacja infrastruktury teleinformatycznej placówek restrukturyzowanego systemu opieki zdrowotnej województwa łódzkiego w celu zapewnienia warunków dla realizacji innowacyjnych projektów eZdrowia.

Priorytet II – Realizacja przez konsorcja podmiotów wywodzących się z sektora zdrowia publicznego i badawczo-rozwojowego oraz firm teleinformatycznych

innowacyjnych projektów eZdrowia w wybranych placówkach regionalnego systemu opieki zdrowotnej.

Priorytet III – Zapewnienie warunków dla wzrostu kapitału wiedzy i podniesienia umiejętności praktycznych wśród menedżerów i pracowników placówek regionalnego systemu opieki zdrowotnej oraz dla transferu dobrych praktyk w celu zagwarantowania ciągłości i trwałości wdrożeń projektów eZdrowia.

Priorytet IV – Stworzenie aktywnie działającej sieci regionalnych interesariuszy eZdrowia poprzez zapewnienie formalno-organizacyjnych warunków dla jej działalności oraz powołanie profesjonalnego podmiotu koordynującego wdrażanie Strategii i jej projektów głównych.

W ramach realizacji strategii eZdrowie miały być realizowane projekty:

- I. RSIM Regionalny System Informacji Medycznej;
- II. MeDICIS Regionalna Platforma Informacji i Zdalnych Porad Medycznych;
- III. SIMPRE Regionalny System Wymiany Danych i Zarządzania Informacją o Pacjencie;
- IV. CAPPRO Program Szkoleń i Budowania Kapitału Wiedzy o Zdrowiu;
- V. HECTOR Klaster Innowacji eZdrowia.

Dla porównania warto przytoczyć najważniejsze informacje zawarte w kolejnej strategii dla województwa łódzkiego na lata 2013-2020³³.

„Jedynie część założeń „Programu Wojewódzkiego - Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013” udało się zrealizować. Główną przeszkodą były zmieniające się regulacje prawne w systemie zdrowia, zmiany formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych, a także brak możliwości prowadzenia spójnej polityki zdrowotnej, uwarunkowany wielością organów założycielskich podmiotów leczniczych funkcjonujących w regionie.”³⁴

Stąd w kolejnej strategii przyjęto cel nadrzędny „Poprawę wybranych mierników stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego”:

³³Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2014-2020, <http://www.zdrowie.lodzkie.pl/polityka-zdrowotna/strategia-polityki-zdrowotnej-na-lata-2014-2020>.

³⁴Tamże.

Cel strategiczny 1. Koordynacja działań w systemie ochrony zdrowia w regionie (Cel operacyjny 1.1. Regionalna Rada Polityki Zdrowotnej jako platforma komunikacji i współpracy, Cel operacyjny 1.2. Współpraca z konsultantami wojewódzkimi);

Cel strategiczny 2. Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia (Cel operacyjny 2.1. Poprawa koordynacji działań i programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, Cel operacyjny 2.2. Opracowanie „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”);

Cel strategiczny 3. Poprawa dostępności usług zdrowotnych (Cel operacyjny 3.1. Rozwój opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na nowotwory, Cel operacyjny 3.2. Rozwój systemu opieki nad pacjentami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na choroby układu krążenia, Cel operacyjny 3.3. Rozwój opieki długoterminowej i geriatrycznej, Cel operacyjny 3.4. Poprawa dostępu do opieki rehabilitacyjnej, Cel operacyjny 3.5. Poprawa wybranych wskaźników w zakresie opieki nad osobami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na zaburzenia psychiczne, Cel operacyjny 3.6. Rozwój wysokospecjalistycznej opieki okołoporodowej, Cel operacyjny 3.7. Wzmocnienie infrastruktury ratownictwa medycznego,

Cel strategiczny 4. Poprawa jakości usług zdrowotnych (Cel operacyjny 4.1. Wzmocnienie infrastruktury ochrony zdrowia poprzez stosowanie nowoczesnych technologii, Cel operacyjny 4.2. Wprowadzanie systemów zarządzania jakością, udział, w procedurze akredytacyjnej, badanie satysfakcji pacjentów).

Określono również najważniejsze (wybrane) mierniki stanu zdrowia, na podstawie, których można dokonać oceny stopnia realizacji celu nadrzędnego Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020:

- współczynnik zgonów (na 1 tys. ludności),
- współczynnik zgonów z powodu chorób układu krążenia (na 10 tys. mieszkańców),
- współczynnik zgonów z powodu nowotworów (na 10 tys. mieszkańców),
- przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn,
- przeciętne dalsze trwanie życia kobiet,

- współczynnik zgonów niemowląt (na 1 tys. urodzeń żywych).

Warto zauważyć, że wartości mierników mają pochodzić z danych GUS, a nie wcześniejszego programu eZdrowie.

Według opinii ekspertów, którzy uczestniczyli we wstępnym etapie opracowania strategii przede wszystkim powinniśmy uzyskać odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie dane dotyczące działalności podmiotów leczniczych (szpitali, poradni – świadczenia zbierano dotychczas i w jakim okresie)?
2. Czy w systemie e-zdrowie można wyodrębnić dane o pacjentach w zależności od ich wieku, miejsca zamieszkania, rodzaju choroby i zastosowanego leczenia? Innymi słowy czy np. mieszkańcy niewielkich miejscowości leczą się rzadziej czy częściej niż mieszkańcy Łodzi i na co się leczą?
3. Czy można w systemie wyróżnić (bez danych osobowych) grupy pacjentów leczonych wielokrotnie i tych, którzy nie leczą się niemal wcale?
4. Czy dane dotyczą tylko leczenia szpitalnego w szpitalach tzw. marszałkowskich czy też pacjentów hospitalizowanych we wszystkich szpitalach województwa?

W żadnej z omawianych strategii nie podjęto próby uzyskania odpowiedzi na powyższe pytania. Innymi słowy ani mapa potrzeb zdrowotnych oparta na ewaluacji stanu zdrowia ani badanie nierówności w zdrowiu nie wchodziły w zakres strategii dla zdrowia.

Druga grupa analiz oparta powinna być na informacjach pochodzących z różnych źródeł:

1. Danych statystycznych dotyczących informacji o rozwoju gospodarczym, warunkach życia itp., które można powiązać ze stanem zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego.
2. Danych o spożyciu leków pochodzące z Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia (OSOZ) oraz ewentualnie innych źródeł (np. IMS).
3. Danych dotyczących rzeczywistej podaży świadczeń zdrowotnych (liczby i funkcji zakładów opieki zdrowotnej) w oparciu o informacje z CSIOZ, rejestrów zakładów opieki zdrowotnej i danych o działalności gospodarczej.

Skonfrontowanie danych pochodzących z różnych źródeł pozwala na przybliżenie zakresu rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i uwarunkowań zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego. W porównaniu do innych dużych miast, **Łódź** od wielu lat **charakteryzuje się najkrótszą przeciętną długością życia swoich mieszkańców**. Jak podaje Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny³⁵ z punktu widzenia długości trwania życia najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta poniżej 5 tys. mieszkańców, natomiast najlepszym są największe miasta, jednak z wyjątkiem **Łodzi, której mieszkańcy żyją krócej nawet niż mieszkańcy małych miast**. W „Badaniu jakości życia mieszkańców oraz jakości usług publicznych w Łodzi” mieszkańców Łodzi zapytano między innymi jak oceniają poszczególne dziedziny, za które odpowiedzialny jest samorząd. Ochrona zdrowia oceniona została przez mieszkańców (n=1170) następująco: 25% respondentów oceniło ją bardzo źle, 32% raczej źle, 25% przeciętnie, 14% raczej dobrze, 2% bardzo dobrze, a pozostałe 2% nie miało w tej sprawie opinii.

Łodzianie (n=1170) byli również pytani o poziom zadowolenia z poszczególnych elementów wpływających na życie, w tym także ze stanu zdrowia, który pozytywnie oceniło 52% badanych (7% odpowiedzi – bardzo źle, 15% – raczej źle, 26% – przeciętnie, 40% – raczej dobrze, 12% – bardzo dobrze). Zróżnicowanie ocen własnego stanu zdrowia wśród mieszkańców Łodzi ze względu na płeć przedstawia się następująco: bardzo źle ocenia swoje zdrowie 6% mężczyzn i 8% kobiet, raczej źle 14% mężczyzn i 16% kobiet, przeciętnie 23% mężczyzn i 28% kobiet, raczej dobrze 43% mężczyzn i 37% kobiet, bardzo dobrze 14% mężczyzn i 10% kobiet, 1% kobiet nie ma w tej sprawie zdania.

W zakresie zdrowego stylu życia, 14% łodzian przynajmniej raz w tygodniu uprawia amatorsko sport, przy czym częściej robią to mężczyźni (17%) niż kobiety (12%). Sport jest bardziej popularny wśród ludzi młodych – 27% osób w wieku 18-24 lat jest aktywnych fizycznie przynajmniej raz w tygodniu, natomiast w wieku 55-64 lat jest to 9% a wśród osób powyżej 65 roku życia – jedynie 7% populacji.

³⁵ *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.

Ocena wpływu na zdrowie mieszkańców (Health Impact Assessment)

Zgodnie z definicją WHO przez ocenę wpływu na zdrowie (*Health Impact Assessment – HIA*) rozumiemy „połączenie procedur, metod i narzędzi, przy pomocy, których można ocenić politykę, program czy projekt w zakresie jego wpływu na stan zdrowia populacji oraz skutków zdrowotnych wewnątrz populacji”. Potrzebę stosowania HIA zawiera art. 129 traktatu z Maastricht.

Koncepcja oceny wpływu na zdrowie (Health Impact Assessment – HIA) została sprecyzowana w dokumencie göteborskim i przyjęta przez WHO jako jeden z kierunków działania w zakresie zdrowia publicznego. Zasadniczymi elementami HIA są:

- a) ocena i uwzględnienie wpływu polityki na zdrowie,
- b) uwzględnienie opinii, doświadczenia i oczekiwań obywateli, na zdrowie których może mieć wpływ konkretne działanie (polityka),
- c) zapewnienie informacji pozwalających ogółowi i decydującym zrozumieć wpływ na zdrowie danej polityki,
- d) propozycje maksymalizacji korzystnych i minimalizację negatywnego wpływu działań lokalnych na zdrowie.

Dokładny opis zasad, barier, metod i problemów HIA przedstawili Cianciara³⁶ oraz Cianciara i Wysocki³⁷. Za kluczowe dla HIA WHO uznaje następujące obszary: energia, hałas, kultura, ochrona środowiska, rolnictwo, ścieki, turystyka, zanieczyszczenie środowiska, gospodarka odpadami, kopalnictwo, opieka społeczna, rozwój, transport i komunikacja, wypoczynek i rozrywka, zaopatrzenie w wodę. Ponadto, istnieje obszar „zintegrowana ocena wpływu na zdrowie” stanowiący niejako podsumowanie wszystkich pozostałych działań. W praktyce jednak zintegrowana ocena odnosi się, jak dotychczas, do wpływu zanieczyszczenia powietrza na zdrowie Europejczyków.

Na konferencji w Liverpoolu w dziesiątą rocznicę powstania dokumentu göteborskiego ustalono główne cele HIA³⁸. Jest to przede wszystkim zdrowsza

³⁶Cianciara D., *Związki zdrowia z dobrobytem i polityką prozdrowotną*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 821-828.

³⁷Cianciara D., Wysocki M.J., *Rozwój i dylematy oceny wpływu na zdrowie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 623-632.

³⁸ Metcalfe O., Higgins C., *Health Impact Assessment contributing to Healthy Public Policy*, „Public Health” 2009, 123 (4), s. 295.

polityka, osiągnięcie prawa dostępu do najwyższych możliwych standardów zdrowia i lepsze podejmowanie lepszych decyzji uwzględniających ilościowe szacowanie ryzyka środowiskowego. Prawo dostępu do najwyższych standardów zdrowia zapewnia większość konstytucji krajów europejskich, konstytucja WHO i deklaracja z Ałma-Aty (dotycząca promocji zdrowia) jak również liczne traktaty i umowy międzynarodowe. Celem HIA jest uzyskanie informacji na temat potencjalnego wpływu na zdrowie i zweryfikowania: efektów zdrowotnych (bezpośrednich i pośrednich), które należy rozważyć jako skutki konkretnego działania; populacji, której efekty dotyczą; metod i zasobów które należy wykorzystać przy wdrożeniu danej polityki.

Stanowisko WHO w sprawie HIA wynika z założenia, że sektory gospodarcze takie jak np. transport, rolnictwo czy budownictwo mieszkaniowe mają znaczny wpływ na zdrowie. Przykładem niech będzie pierwsza rewolucja zdrowotna, która miała miejsce w USA na początku XX wieku. Istotną poprawę stanu zdrowia mieszkańców Nowego Jorku uzyskano dzięki dostępowi do czystej wody pitnej, mieszkań skanalizowanych i poprawy żywienia, a nie rozwojowi opieki lekarskiej. Sto lat później ówczesny Sekretarz Generalny ONZ za najważniejszy problem zdrowotny świata uznaje dostęp wszystkich ludzi do wody pitnej a nie zawały serca czy otyłość.

Kolejne przykłady ilustrują podejście do miejsca i roli HIA zwłaszcza na poziomie regionalnym. Głównym czynnikiem przyczyniającym się do wzrostu liczby wypadków drogowych, zanieczyszczenia powietrza i hałasu jest rozwój transportu. Zatem „zdrowa polityka transportowa” powinna zmniejszyć powyższe zagrożenia a ponadto promować spacer i jazdę na rowerze. W rolnictwie nawozy i pestycydy zwiększają plony zbóż, ale jest ważna wiedza o ochronie rolników i konsumentów przed nadmierną ekspozycją na czynniki chemiczne. W tym ujęciu HIA jest sposobem oceny wpływu poszczególnych polityk, działań, planów i projektów w różnych sektorach gospodarki na zdrowie. Ocena dokonywana jest przy użyciu wskaźników ilościowych, jakościowych oraz uczestnictwa mieszkańców w projektach. Jednak głównym celem HIA jest wspieranie decydentów przy dokonywaniu wyborów między alternatywami oraz poprawa profilaktyki i promocji zdrowia. WHO popiera współpracę między sektorami gospodarki w tym zakresie.

Lhachimi i wsp.³⁹ wyróżnili 20 modeli HIA, z których jedynie kilka może stanowić metodyczną podstawę oceny związku stanu zdrowia z różnymi czynnikami ryzyka. Należą do nich analiza chorobowości i zgonów związanych z wiekiem (*Age-Related Morbidity and Death Analysis*), globalne obciążenie chorobami (*Global Burden of Disease*), modelowanie stanu zdrowia populacji (*Population Health Modeling*), metoda proporcjonalnych tabel oceny długości życia (*Proportional Life Table Method*) oraz holenderski model chorób przewlekłych. Wykorzystano następujące kryteria oceny HIA: rzeczywista ocena życia populacji, możliwość dynamicznego prognozowania i jasny związek między czynnikami ryzyka a stanem zdrowia, jak również kryteria odnoszące się do użyteczności HIA: umiarkowane wymagania co do ilości danych, obszerna ocena wyniku zdrowotnego i łatwość stosowania HIA. Żadna z ocenianych metod HIA nie spełniała wszystkich powyższych kryteriów. Modele są albo technicznie skomplikowane i niezbyt łatwe w użyciu, albo ogólnodostępne ale nadmiernie uproszczone.

Do podstawowych składowych HIA należy ocena i uwzględnienie dowodów na przewidywany wpływ polityki i jej wpływu na zdrowie. O ile można łatwo przewidzieć negatywny wpływ zanieczyszczenia środowiska na stan dróg oddechowych mieszkańców to już zjawisko odwrotne – poprawa stanu powietrza nie musi automatycznie przynieść zmniejszenia dolegliwości oddechowych. Trudność polega na uzyskaniu jednoznacznych dowodów na skuteczność interwencji. Głównymi czynnikami powodującymi te trudności jest koncentrowanie się na kompleksowych interwencjach, które mają różny wpływ na determinanty zdrowia. Ponadto konieczne jest udowodnienie odwracalności procesów pod wpływem czynników działających przeciwnie do badanych czynników (szkodliwych bądź korzystnych dla zdrowia). Kolejne trudności metodyczne wynikają z różnej wagi przypisywanej różnym dyscyplinom wpływającym na zdrowie, różnej wartości źródeł informacji odnoszących się do HIA, czy krótkiemu czasowi obserwacji⁴⁰.

³⁹Lhachimi S.K., Nusselder W.J., Boshuizen H.C., Mackenbach J.P., *Standard tool for quantification in health impact assessment a review*, „American Journal of Preventive Medicine” 2010, 38(1), s. 78-84.

⁴⁰Mindell J., Boaz A., Joffe M., Curtis S., Birley M., *Enhancing the evidence base for health impact assessment*, „Journal Epidemiology & Community Health” 2004, 58(7), s. 546-551; Mindell J., Bowen C., Herriot N., Findlay G., Atkinson S., *Institutionalizing health impact assessment in London as a public health tool for increasing synergy between policies in other areas*, „Public Health” 2010, 124(2), s. 107-114.

Rozwiązaniem tych problemów wydaje się być opracowanie dobrych praktyk HIA. Istotną składową HIA jest uwzględnienie opinii, doświadczenia i oczekiwań obywateli, na zdrowie których może mieć wpływ konkretne działanie (polityka). Sztandarowym przykładem wykorzystania HIA w polityce lokalnej jest Londyn. Osiągnięcia Lordów Majorów Londynu umieszczone są na stronie WHO jako przykład do naśladowania. Mindell i wsp.⁴¹ podają przykład kształtowania się instytucjonalnego podejścia do HIA na przykładzie właśnie tej metropolii postępując się opisem serii przykładów, bez głębszej analizy np. statystycznej. Pierwsze działania na rzecz HIA trwały kilka tygodni, w ciągu których opracowaną metodykę szybkiej, ale systematycznej oceny (*Rapid Health Impact Appraisal*) wpływu polityki na zdrowie skierowano do ekspertów, polityków i przedstawicieli ludności, którzy potencjalnie mogą podlegać wpływowi polityki na zdrowie. Opiera się na systematycznej wymianie wiedzy uczestników, w tym również wcześniejszych ich doświadczeń i badań naukowych.

Bardziej złożonymi i kosztowniejszymi technikami są analiza wpływu na zdrowie i przegląd wpływu na zdrowie. Analiza wpływu na zdrowie (*Health Impact Analysis*) to pogłębiona analiza polityki i jej potencjalnego wpływu na zdrowie. Przegląd wpływu na zdrowie (*Health Impact Review*) polega na stworzeniu przekonującego podsumowania wpływu polityki, programów i projektów na zdrowie populacji. Obejmuje zazwyczaj szereg działań (projektów), z których poszczególne nie muszą mieć wpływu na zdrowie populacji, natomiast całość oddziałuje na specyficzne aspekty zdrowia. Przegląd polega na analizie wcześniejszych opracowań, wykorzystaniu panelu ekspertów jak również innych metodach dokonywania przeglądu wiedzy na ten temat w zależności od konkretnej sytuacji. Różnica między *Health Impact Analysis* a *Health Impact Review* polega na rodzaju i typie ocenianej polityki oraz perspektywie prowadzonej oceny.

Kolejne stadia HIA w Londynie obejmowały przegląd opublikowanych dowodów naukowych na skuteczność działań i spotkania robocze głównych uczestników (stakeholders), co zaowocowało raportem dla Londyńskiej Komisji Zdrowia i przekazaniem raportu końcowego Lordowi Majorowi⁴². Zasadniczym wnioskiem z raportu było stwierdzenie jak kultura i zdrowie wpływają na tworzenie kapitału społecznego oraz że np. usprawnienie transportu miejskiego

⁴¹ Tamże.

⁴² Cameron M., Cave B., Coutts A., *Health Impact Assessment – Draft Culture Strategy. A report of the London Health Commission*, London 2003.

również ma istotny wpływ na rozwój kapitału społecznego. W miarę postępu prac włączano dalsze techniki HIA łącząc je z zasadami zrównoważonego rozwoju, strategiczną oceną stanu środowiska naturalnego i oceny równości. Główną korzyścią łączenia strategii z HIA jest możliwość przewidzenia synergizmu i antagonizmu między różnymi, zdawałoby się, działaniami. Natomiast wzrost świadomości GLA (Great London Authority) jest nie do przecenienia. **Zatem konsekwentne stosowanie HIA na poziomie lokalnym daje praktyczne włączenie problemów oddziaływania zdrowia na politykę lokalną i vice versa – oddziaływanie polityki na zdrowie ludności i zmniejszanie nierówności w zdrowiu – jednego z głównych problemów brytyjskiej opieki zdrowotnej.**

Innym przykładem skutecznego zastosowania metod HIA na poziomie lokalnym jest Liverpool. West i Scott-Samuel⁴³ podają przykład wykorzystania narzędzi opracowanych przez konsorcjum stworzone z udziałem Uniwersytetu – do oceny wpływu działań związanych z programem Liverpoolu jako Europejskiej Stolicy Kultury w 2008 roku na samopoczucie i zdrowie psychiczne mieszkańców. Oceniono 14 głównych tematów i 33 rekomendacji wynikających z workshopów i badań skringowych. Wyniki wykazały głęboki wpływ (pozytywny, ale i negatywny) programów kulturalnych na samopoczucie uczestników i przedstawiono Liverpool Culture Company dla zoptymalizowania działań w następujących projektach.

O zaletach HIA jako narzędzia lokalnej polityki gospodarczej, kulturalnej i zdrowotnej niech świadczy włączenie HIA do niektórych z sieci Zdrowych Miast (Belfast, Onex-Geneve, Helsingborg, Bolonia)⁴⁴. Program WHO „Healthy Cities” funkcjonuje od ponad 30 lat, obejmuje 1200 miast w 30 krajach Europy. Zdrowe miasta to niekoniecznie kurorty, ale społeczności lokalne, które podejmują różne działania na rzecz zdrowia – przede wszystkim promocji zdrowia. Dotyczy to również programu PHASE (*Promoting and Supporting Integrated Approaches for Health and Sustainable Development at the Local Level across Europe*) również wykorzystującego HIA. Z kolei w Szwecji istotną rolę we wdrażaniu HIA odgrywa

⁴³West H.M., Scott-Samuel A., *Creative potential: mental well-being impact assessment of the Liverpool 2008 European capital of culture programme*, „Public Health” 2010, 124(4), s. 198-205.

⁴⁴Ison E., *The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network*, „Health Promot International” 2009, 24, Suppl 1, s. i64-i71.

rząd centralny. Knutsson i Linell⁴⁵ podają, że od roku 2000 rząd szwedzki podjął szereg inicjatyw skłaniających władze lokalne do stosowania HIA. Wsparcie ze strony Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, akty prawne uchwalone przez Riksdag mające na celu zmniejszanie nierówności w zdrowiu uznaje się za kluczowe elementy wdrażania HIA w 11 obszarach gospodarki, kultury i zdrowia. Autorzy jednak są zwolennikami wprowadzenia ustawowego obowiązku stosowania HIA w polityce lokalnej. Finer i wsp. oceniając studium wykonalności HIA na przykładach udziału szwedzkich władz lokalnych za zasadnicze warunki powodzenia HIA w lokalnej polityce uznają: zdolność do konsensusu, uzgodnienia między politykami, jasne określenie intencji przez polityków, jasna struktura decyzyjna i możliwość szkoleń. Spośród 67 decyzji władz lokalnych odnoszących się do HIA aż 53 było decyzjami pozytywnymi. Dotyczyły one budżetu i finansowania (3 pozytywne na 4 decyzje), dokumentów strategicznych (4 na 9) kontraktów wspierających HIA (3 na 3), kontraktów dotyczących technologii, badań i rozwoju (20 na 25) oraz kontraktów wspierających opiekę zdrowotną (23 na 26). Warto jednak zauważyć, że politycy nie zawsze byli w pełni zadowoleni ze stosowania HIA, istotny był wpływ innych grup np. naukowców czy tzw. *public officials*. Natomiast zwolennikami rządowych działań w stosowaniu HIA są autorzy japońscy⁴⁶. W tym przypadku chodzi o tworzenie nowych centrów miejskich w łączących się ze sobą aglomeracjach (Kuruma i Nagasaki) oraz przewidywanie wpływu tych działań na zdrowie. HIA jest tu stosowana nie jako metoda przewidywania, ale raczej metoda rozwiązywania problemów zdrowotnych na bieżąco.

Za najbardziej demonstratywne przykłady praktycznych rezultatów HIA uważany jest transport drogowy. Thomson i wsp.⁴⁷ w systematycznym przeglądzie zwracają uwagę na nieoczekiwane korzyści z wdrożenia wyników badań do praktyki. Okazało się bowiem, że o ile można przewidzieć i ocenić skutki bezpośrednie wdrożenia nowej polityki transportu drogowego, to skutki pośrednie mogą być nieoczekiwane. Okazuje się bowiem, że co prawda transport samochodowy wiąże się z nierównościami w zdrowiu, ale zmiana polityki lokalnej

⁴⁵Knutsson I., Linell A., *Review article: health impact assessment developments in Sweden*, „Scandinavian Journal Public Health” 2010, 38(2), s.115-120.

⁴⁶Hoshiko M., Hara K., Ishitake T., *Health impact assessment of the transition to a core city in Japan*, „Public Health” 2009, 123(12), s.771-81.

⁴⁷Thomson H., Jepson R., Hurley F., Douglas M., *Assessing the unintended health impacts of road transport policies and interventions: translating research evidence for use in policy and practice*, „Biomedical Central Public Health” 2008, 30(8), s. 339.

nie wymusi na kierowcach częstszego korzystania ze spacerów czy rowerów. Stan zdrowia fizycznego wśród tych kierowców, którzy zdecydują się na częstszy wysiłek fizyczny jest lepszy, ale nieproporcjonalny do oczekiwań. Stan zdrowia psychicznego (oceniany przy pomocy formularza SF-36) nie ulega istotnej poprawie. Na rowery przesiada się około 5% kierowców a zmiany opłat i zachęty do korzystania z transportu zbiorowego nie muszą być skuteczne.

Natomiast jeżeli kierowcy z własnej woli zdecydują się na zmianę stylu życia – to poprawa stanu fizycznego i psychicznego jest ewidentna. Wyniki wskazują złożoność problemu i konieczność korzystania z najlepszych ekspertów w HIA. W odróżnieniu od strategii i polityk przeprowadzanych w krajach Zachodu doświadczenia polskie w HIA są raczej niewielkie i odnoszą się do wpływu czynników środowiskowych bądź zawodowych na zdrowie mieszkańców bądź pracowników i jako takie wykraczają poza multisektoralne podejście do HIA. Wydaje się, że należy wyeliminować ekspozycję na chemikalia aby uzyskać poprawę stanu zdrowia narażonych. W rzeczywistości problem nie jest tak łatwy do rozwiązania, o czym, świadczą badania dotyczące jakości danych statystycznych odnoszących się do jakości powietrza⁴⁸, czy zmiany polityki zdrowia pracujących w międzynarodowej firmie chemicznej⁴⁹. Jednak zagadnienia te wykraczają poza ramy niniejszego opracowania odnoszącego się przede wszystkim do HIA w działaniach regionalnych. Niektóre aspekty HIA w lokalnym kontekście mogą być interesujące ze względu na lokalną specyfikę. Podniesienie jakości produkowanego wina promuje relacje społeczne, przyczynia się do zdrowego stylu życia i zmniejsza liczbę przestępstw popełnianych pod wpływem alkoholu. Tak przynajmniej wynika z analizy przedstawionej przez ośrodek w Debreczynie⁵⁰. Innym przykładem korzystnego wyniku zastosowania HIA jest podawanie wartości kalorycznej posiłków w menu restauracji w Los Angeles. Kuo i wsp.⁵¹ szacują, że efektem może być zmniejszenie otyłości nawet o 40% wśród klientów zapominających o wartościach kalorycznych posiłku. Nieco

⁴⁸Fuentes M., *Statistical issues in health impact assessment at the state and local levels*, „Air Quality, Atmosphere & Health” 2009, 2(1), s. 47-55.

⁴⁹Fujino Y., Nagata T., Kuroki N., Dohi S., Uehara M., Oyama I., Kajiki S., Mori K., *Health impact assessment of occupational health policy reform at a multinational chemical company in Japan*, „Sangyo Eiseigaku Zasshi” 2009, 51(5), s. 60-70.

⁵⁰Adám B., Molnár A., Bárdos H., Adány R., *Health impact assessment of quality wine production in Hungary*, „Health Promot International” 2009, 24(4), s. 383-393.

⁵¹Kuo T., Jarosz C.J., Simon P., Fielding J.E., *Menu labeling as a potential strategy for combating the obesity epidemic: a health impact assessment*, „American Journal Public Health” 2009, 99(9), s. 1680-1686.

bardziej skuteczne wydają się propozycje autorów amerykańskich⁵² włączenia HIA do wszystkich polityk w USA, co jest istotne ze względu na wpływowe miejsce publikacji (JAMA) i afiliację autorów (Centre for Diseases Control and Prevention w Atlancie).

Na tle polityk lokalnych w innych krajach polskie samorzady nie są skłonne do stosowania multisektoralnego podejścia do zdrowia mieszkańców, traktowania zdrowia jako wartości czy dobra publicznego. Polityka zdrowotna samorządu (o ile w ogóle istnieje) traktowana jest jako wspieranie zarządzania służbą zdrowia bądź, w najlepszym razie, finansowanie niektórych działań profilaktycznych ze środków samorządu.

Podsumowanie

Okazuje się, że jakość danych pochodzących z różnych źródeł nie zawsze pozwala na dokonywanie porównań. Możliwe jest korelowania danych np. z WCZP o liczbie świadczeń z liczbą kontraktów w NFZ. Dane epidemiologiczne można weryfikować na podstawie analizy spożycia leków. Natomiast w informacjach o rozwoju gospodarczym itp. musimy posłużyć się wyłącznie danymi GUS.

Literatura cytowana

1. Adám B., Molnár A., Bárdos H., Adány R., *Health impact assessment of quality wine production in Hungary*, „Health Promot International” 2009, 24(4), s. 383-393.
2. Cianciara D., *Związki zdrowia z dobrobytem i polityką prozdrowotną*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 821-828.
3. Cianciara D., Wysocki M.J., *Rozwój i dylematy oceny wpływu na zdrowie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 623-632.
4. Collins J., Koplan J.P., *Health impact assessment: a step toward health in all policies*, „Journal of the American Medical Association” 2009, 302(3), s. 315-317.
5. Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., *Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis*, „British Medical Journal” 2001, 323, s. 307-310.

⁵² Collins J., Koplan J.P., *Health impact assessment: a step toward health in all policies*, „Journal of the American Medical Association” 2009, 302(3), s. 315-317.

6. Fuentes M., *Statistical issues in health impact assessment at the state and local levels*, „Air Quality, Atmosphere & Health” 2009, 2(1), s. 47-55.
7. Fujino Y., Nagata T., Kuroki N., Dohi S., Uehara M., Oyama I., Kajiki S., Mori K., *Health impact assessment of occupational health policy reform at a multinational chemical company in Japan*, „Sangyo Eiseigaku Zasshi” 2009, 51(5), s. 60-70.
8. Gębska-Kuczerowska A., Miller M., *Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych*, „Postępy Nauk Medycznych” 4/2009, s. 240-255.
9. Halik R., Kuszewski K., *Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 jako narzędzie kształtujące politykę zdrowotną Polski*, Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2007.
10. Hoshiko M., Hara K., Ishitake T., *Health impact assessment of the transition to a core city in Japan*, „Public Health” 2009, 123(12), s.771-781.
11. http://ec.europa.eu/health/indicators/policy/index_en.htm.
12. <http://www.nfz-lodz.pl/index.php/dlapacjentow/gdzie-sie-leczyc>.
13. <http://www.rpwdl.csioz.gov.pl/>.
14. <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Najdluzej-zyja-mieszkanicy-wschodniej-i-poludniowo-wschodniej-Polski-Rosna-roznice-w-zdrowiu,125650,14.html>.
15. http://www.stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks.
16. <http://www.wif.bip.lodz.pl/index.php?str=50>.
17. Ison E., *The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network*, „Health Promot International” 2009, 24, Suppl 1, s. i64-i71.
18. Kaleta D., Polańska K., Kwaśniewska M., Dziańkowska-Zaborszczyk E., Hanke W., Drygas W., *Czynniki warunkujące palenie tytoniu wśród osób dorosłych – wyniki badania WOBASZ w województwie łódzkim*, „Medycyna Pracy” 2008, 59(2), s. 143-148.
19. Knutsson I., Linell A., *Review article: health impact assessment developments in Sweden*, „Scandinavian Journal Public Health” 2010, 38(2), s. 115-120.
20. Kuo T., Jarosz C.J., Simon P., Fielding J.E., *Menu labeling as a potential strategy for combating the obesity epidemic: a health impact assessment*, „American Journal Public Health” 2009, 99(9), s. 1680-1686.
21. Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk-Chałas K., Pikala M., Drygas W., *Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego. Projekt WOBASZ*, „Przegląd Lekarski” 2007, 64(2), s. 61-64.
22. Lhachimi S.K., Nusselder W.J., Boshuizen H.C., Mackenbach J.P., *Standard tool for quantification in health impact assessment a review*, „American Journal of Preventive Medicine” 2010, 38(1), s. 78-84.

23. Marsaili Cameron M., Cave B., Coutts A., *Health Impact Assessment – Draft Culture Strategy. A report of the London Health Commission*, London 2003.
24. Metcalfe O., Higgins C., *Health Impact Assessment contributing to Healthy Public Policy*, „Public Health” 2009, 123 (4), s. 295.
25. Michalak J., Orszulak-Michalak D., *Farmakoekonomiczne aspekty postępowania w zakażeniach szpitalnych*, [w:] A. Denys (red.), *Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
26. Michalak J., *The Quality of Patients’ Data In Medical Documentation and Statistical Forms*, „Studies in Logic, Grammar and Rhetoric” 2011.
27. Mindell J., Boaz A., Joffe M., Curtis S., Birley M., *Enhancing the evidence base for health impact assessment*, „Journal Epidemiology & Community Health” 2004, 58(7), s. 546-551.
28. Mindell J., Bowen C., Herriot N., Findlay G., Atkinson S., *Institutionalizing health impact assessment in London as a public health tool for increasing synergy between policies in other areas*, „Public Health” 2010, 124(2), s. 107-114.
29. Rywik S., Broda G., Piotrowski W., Drygas W., *Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – program WOBASZ*, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2004, 6(1), s. 77-83.
30. Thomson H., Jepson R., Hurley F., Douglas M., *Assessing the unintended health impacts of road transport policies and interventions: translating research evidence for use in policy and practice*, „Biomedical Central Public Health” 2008, 30(8), s. 339.
31. Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A., *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków 2002. <http://www.bpz.gov.pl/old/file/szac.pdf>.
32. Zarzeczna-Baran M., *Potrzeby zdrowotne*. http://bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl/public_html/upload/Potrzeby%20zdrowotne.pdf.

Rozdział 4.

Analiza finansowania ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym

Wprowadzenie

Określenie zakresu strategii systemu ochrony zdrowia może nastąpić za pośrednictwem odpowiedzi na kilka zasadniczych pytań odnoszących się do różnych płaszczyzn/problemów funkcjonowania systemu. Mogą one zostać sformułowane następująco: jakie są przyczyny niezbędnych zmian w systemie? w jakich kierunkach będą ewoluować potrzeby zdrowotne populacji? jakie działania z zakresu opieki zdrowotnej zabezpieczą realizację przyszłych potrzeb zdrowotnych w najbardziej skuteczny sposób? jaka powinna być konstrukcja strony podażowej systemu? czy projektowane zmiany posiadają zabezpieczenie w postaci zasobów ochrony zdrowia i czy są wykonalne?

Zasadne jest stwierdzenie, że czynnikiem gwarantującym powodzenie opracowanej strategii jest integracja technologicznych/organizacyjnych warunków sprawowania opieki zdrowotnej (redefinicja ścieżek klinicznych pacjentów w oparciu o rekomendacje i dobre praktyki, centralizacja vs. decentralizacja świadczeniodawców) z finansowymi możliwościami ich zapewnienia, spełniająca kryterium proporcjonalności⁵³. Dlatego, fundamentem realistycznej strategii systemowej na poziomie regionalnym jest wnikliwa analiza istniejącego stanu uwzględniająca jego atuty i niedoskonałości, również z perspektywy poszczególnych uczestników systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem "driverów" popytu na opiekę zdrowotną⁵⁴.

Planowanie wydatków na ochronę zdrowia w kontekście zmian demograficznych, epidemiologicznych, społecznych, technologicznych, systemowych, politycznych stanowi zadanie podmiotów zarządzających systemami

⁵³EUR-Lex Glossary of summaries. <http://eurlex.europa.eu/summary/glossary/proportionality.html> (dostęp: 05.01.2016r.).

⁵⁴Dash P., Llewellyn C., Richardson B., *A regional approach to strategy development can enable health systems around the world to make significant improvements in health care delivery*, McKinsey and Company, London 2009.

ochrony zdrowia w zakresie dostosowania poziomu, struktury (wg funkcji systemu ochrony zdrowia, wg organizacji systemu ochrony zdrowia), racjonalności finansowania do potrzeb zdrowotnych populacji. Problematyka kształtowania wydatków na ochronę zdrowia posiadających charakter długowalowych inwestycji coraz silniej wiązana jest z zapewnieniem powszechnego, równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w oparciu o zrównoważone finansowanie, rozumiane jako zasilanie zapewniające ciągłość opieki zdrowotnej, powszechny dostęp i wysoką jakość opieki⁵⁵. Kluczowym warunkiem trafnego planowania wydatków na ochronę zdrowia i ustanowienia adekwatnej do potrzeb finansowych polityki w tym zakresie jest jakość wyników analizy i oceny rzeczywistych wydatków na ochronę zdrowia oraz czynników kształtujących te wydatki⁵⁶. Różnorodność działań ukierunkowanych na nie pogarszanie i poprawę zdrowia populacji podejmowanych przez podmioty strony podaźowej systemów ochrony zdrowia oraz wielość czynników wpływających na wysokość globalnych (publicznych i prywatnych) wydatków, powoduje niepewność dotyczącą trafności planowania, czego świadomość powinna skłaniać do analizy wrażliwości jego wyników w oparciu o opracowane scenariusze⁵⁷. Problemem wymagającym rozwiązania w wielu krajach jest nie tylko określenie poziomu finansowania ochrony zdrowia (ile środków ma być przeznaczonych na poszczególne zadania), ale również rozmieszczenie zasobów na ochronę zdrowia zabezpieczające realizację efektów zdrowotnych. Dążenie do stabilności i skuteczności systemów ochrony zdrowia jest więc o tyle celowe, o ile przekłada się na realizację oczekiwanych efektów zdrowotnych, a nie stanowi jedynie „wskaźnikowego” celu polegającego wyłącznie na osiągnięciu równowagi przychodowo-kosztowej systemu ochrony zdrowia.

Szczególnie wartościowym (pod względem metodologicznym, pod względem kompleksowości podejścia oraz zakresu i jednolitości wykorzystanych danych statystycznych tworzących wspólną bazę danych) przykładem szacowania wydatków na ochronę zdrowia jest projekt zrealizowany przez European Commission and Economic Policy Committee ukierunkowany na oszacowanie publicznych wydatków na ochronę zdrowia w 27 krajach członkowskich Unii

⁵⁵*The Quality of Financial Expenditures in the EU*, Directorate General for Economic and Financial Affairs. European Economy, Occasional Papers 125, 2012.

⁵⁶Getzen T., Poullier J.P., *International health spending forecasts: concepts and evaluation*, „Social Science and Medicine” 1992, 34(9), s. 1057-1068.

⁵⁷Arrow K.J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review” 1963, LIII(5), s. 941-973.

Europejskiej oraz Norwegii dla okresu 2007-2060. Nowatorskie podejście polega na wykorzystaniu makroekonomicznych danych statystycznych do tworzenia scenariuszy projekcji wydatków publicznych na ochronę zdrowia, opartych o zmienne obrazujące strukturę demograficzną i epidemiologiczną oraz ekonomiczne zależności tkwiące w systemie ochrony zdrowia oraz między nim a gospodarką narodową. Takie podejście umożliwia porównanie istniejących i przyszłych ryzyk zdrowotnych, z którymi będą musiały zmierzyć się systemy ochrony zdrowia⁵⁸. Cytowany projekt może stanowić inspirację do podejmowania podobnych analiz i projekcji wydatków na ochronę zdrowia na różnych poziomach zarządzania ochroną zdrowia. Należy jednak wziąć pod uwagę, iż kompilacja poszczególnych grup danych: finansowych, epidemiologicznych, demograficznych, społecznych, i innych, dotyczących kształtowania strony podażowej ochrony zdrowia w celu projekcji przyszłych nakładów finansowych wymaga precyzyjnej diagnozy w wymienionych zakresach⁵⁹.

Analiza diagnostyczna finansowania ochrony zdrowia stanowiąca jeden z elementów kompleksowej wieloczynnikowej i wielopłaszczyznowej diagnozy ochrony zdrowia dla potrzeb budowania strategii systemu ochrony zdrowia powinna umożliwić stworzenie mapy finansowania wyposażonej w „sygnały ostrzegawcze” dla polityków i decydentów systemu ochrony zdrowia⁶⁰. Kluczowe kwestie wyznaczające zakres diagnozy finansowania ochrony zdrowia odnoszą się do:

- przyczyn wzrostu wydatków na ochronę zdrowia – czy wynika on ze zjawisk demograficznych, epidemiologicznych itd. czy jest konsekwencją decyzji politycznych ukierunkowanych na doraźne zadowolenie populacji?
- obszarów koncentracji wydatków na ochronę zdrowia w relacji do czynników występujących po stronie popytowej i podażowej – czy alokacja zasobów odpowiada potrzebom zdrowotnym czy jest skutkiem finansowania infrastruktury, kadr i technologii?
- relacji między poziomem finansowania ochrony zdrowia a efektami zdrowotnymi przekładającymi się na poprawę stanu zdrowia populacji –

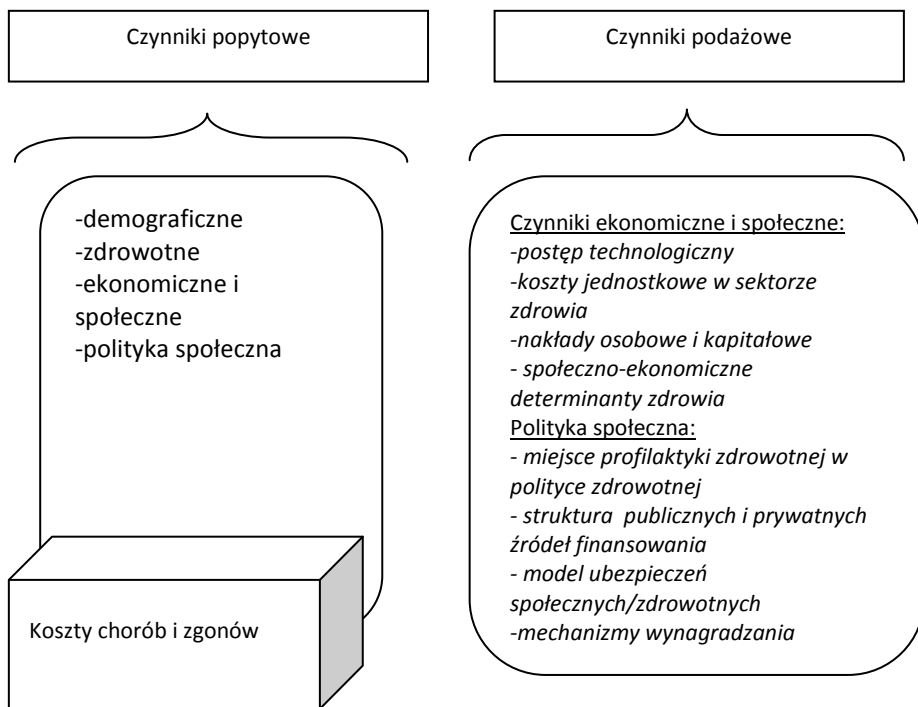
⁵⁸Przywara B., *Projecting future health expenditures at European level: drivers, methodology and main results. Economic Papers 417*, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs Publications, Brussels 2010.

⁵⁹Getzen T.E., *Macro Forecasting of National Health Expenditures*, „Advances in Health Economics and Health Services Research” 1990, 11, s. 27-48.

⁶⁰Siedlecka U., *Prognozowanie ostrzegawcze w gospodarce*, PWE, Warszawa 1996.

czy wraz ze wzrostem nakładów na poszczególne funkcje systemu ochrony zdrowia obserwuje się poprawę wskaźników stanu zdrowia w długim okresie?

Rysunek 1. Czynniki kształtujące wydatki na ochronę zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Projecting future health expenditures at European level: drivers, methodology and main results. Economic Papers 417*, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs Publications, Brussels 2010, s. 9.

Z uwagi na fakt, iż przedmiotem rozważań zawartych w niniejszym rozdziale jest analiza finansowania ochrony zdrowia na poziomie regionu (analiza finansowania ochrony zdrowia może być także prowadzona jako analiza makroekonomiczna na poziomie kraju oraz jako analiza mikroekonomiczna na szczeblu podmiotu/grupy podmiotów leczniczych⁶¹), główne jej cele mogą zostać sformułowane jako:

⁶¹ WHO *Global Health Expenditures Atlas*, WHO, Geneva 2012.

- identyfikacja relacji między strumieniami pieniężnymi a funkcjami ochrony zdrowia,
- określenie zakresu i przyczyn nie/równowagi finansowej ochrony zdrowia w regionie,
- określenie głównych zagrożeń finansowych dla realizacji polityki zdrowotnej w regionie.

Diagnoza finansowania ochrony zdrowia na poziomie regionu (w tym województwa, samorządu terytorialnego) oprócz wymienionych głównych celów może służyć realizacji celów cząstkowych do których należą:

- diagnoza wydatków na ochronę zdrowia (ich poziomu i struktury wg wybranych kryteriów klasyfikowania wydatków, do których można zaliczyć funkcje ochrony zdrowia, typy świadczeniodawców, źródła finansowego pokrycia wydatków, kryterium terytorialne),
- analiza i ocena dynamiki wydatków na ochronę zdrowia wg wybranych przekrojów wydatków,
- analiza alokacji środków finansowych wg wybranych przekrojów – rodzaje podmiotów ochrony zdrowia, funkcje pełnione w systemie zdrowotnym, źródła pochodzenia środków finansowych, populacja wg wybranych cech, jednostki administracyjne etc.,
- ocena kosztów ochrony zdrowia w przekroju funkcjonalnym i instytucjonalnym,
- identyfikacja obszarów i przyczyn nierównowagi finansowej podmiotów ochrony zdrowia,
- ocena technicznej efektywności ekonomicznej ochrony zdrowia i określenie czynników, które ją warunkują,
- ocena efektywności alokacyjnej ochrony zdrowia.

Z ekonomicznego punktu widzenia syntetyczną miarą funkcjonowania ochrony zdrowia jest jej ekonomiczno-społeczna efektywność. Może być ona liczona w dwojakiego rodzaju sytuacjach: gdy realizacja założonych celów-zadań/efektów odbywa się w warunkach ograniczonych zasobów i/albo

w sytuacji gdy następuje ilościowo – jakościowa maksymalizacja realizowanych zadań w ramach ograniczonych zasobów⁶².

Odnosząc się do dorobku ekonomiki ochrony zdrowia, wyróżnia się następujące rodzaje efektywności: techniczną, produkcyjną, alokacyjną. Efektywność techniczna oznacza uzyskanie maksymalnego efektu przy danej konfiguracji czynników wytwórczych (zasoby osobowe, zasoby materialne, sprzęt i aparatura, technologie medyczne etc.). Zwykle mierzona jest wskaźnikami ilościowymi charakteryzującymi rozmiary działalności, takimi jak: średni okres pobytu w szpitalu, liczba udzielonych porad w przeliczeniu na liczbę pacjentów, liczba osób objętych programami profilaktycznymi. Podczas gdy efektywność techniczna dotyczy podmiotu, grupy podmiotów czy technologii medycznej, to efektywność alokacyjna odnosi się do alokacji zasobów między podmiotami, technologiami, regionami czy grupami odbiorców opieki zdrowotnej. Przyjmuje się, że alokacja jest efektywna gdy jakakolwiek jej zmiana nie doprowadzi do poprawy efektów zdrowotnych populacji⁶³. Wymienione rodzaje efektywności należy uzupełnić o pomiar produktywności odnoszącej się do wpływu konfiguracji czynników wytwarzania świadczeń zdrowotnych w kontekście uzyskiwanych efektów zdrowotnych⁶⁴. Schematyczne podejście do pomiaru efektywności ochrony zdrowia często odbiega od praktyki jej pomiaru, ze względu na wielość i różnorodność analizowanych zmiennych. Pomiar efektywności bazuje na porównaniu nakładów na ochronę zdrowia w różnych przekrojach i efektów (wyrażonych w jednostkach naturalnych lub jednostkach pieniężnych – najczęściej jako uniknięte koszty), jakie uzyskuje się w wyniku realizowanej działalności. Wobec takiego założenia, przyjętego w teorii i praktyce ekonomiki ochrony zdrowia, ekonomiczna diagnoza wykonana na podstawie analizy finansowania ochrony zdrowia stanowi konieczny warunek przystąpienia do pomiaru i oceny efektywności działań w systemie zdrowotnym⁶⁵.

⁶² Fraser I., Encinosa W., Glied S., *Improving Efficiency and Value in Health Care: Introduction*, „Health Services Research” 2008, 43(5p2), s. 1781-1786.

⁶³ Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 223-226.

⁶⁴ Golinowska S., Sowada C., Tambor M., Dubas K., Jurkiewicz-Świątek J., Kocot E., Seweryn M., (z udziałem Evetovits T.), *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Vesalius, Kraków 2012, s.17-19.

⁶⁵ Martin L.A., Neumann C.W., Mountford J., Bisognano M., Nolan T.W., *Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care: Ways to Achieve Savings in Operating Costs per Year*, IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2009 (Available on www.ihl.org) (dostęp:16.03.2013r.).

Przedsięwzięcia analityczne odnoszące się do sytuacji ekonomicznej ochrony zdrowia stanowią wypadkową indywidualnego dla regionu podejścia ze względu na lokalnie występujące, często specyficzne czynniki. Metodologiczne ramy analizy powinny jednak być zgodne z kierunkami przyjmowanymi w Europie a zwłaszcza z rekomendacjami instytucji UE. Zakres i kompleksowość analizy powinny być uzależnione od możliwości wykorzystania danych statystyki publicznej zgodnie z kryterium ich użyteczności w procesie tworzenia wiarygodnych informacji ekonomicznych, w kontekście założeń analizy⁶⁶. Określenie efektywności bazuje bowiem na porównaniu nakładów na ochronę zdrowia w różnych przekrojach (podmiotowym, funkcjonalnym, źródeł zasilania) i szeroko rozumianych efektów (zdrowotnych, organizacyjnych, ekonomicznych – wyrażonych w jednostkach naturalnych lub jednostkach pieniężnych – najczęściej jako uniknięte koszty), jakie uzyskuje się w wyniku realizowanej działalności. Nieodłącznym elementem pomiaru i oceny efektywności są koszty utraconych możliwości (*opportunity cost*), stanowiące źródło informacji w ujęciu *ex post* i *ex ante*. Wobec przedstawionego założenia, przyjętego w teorii i praktyce ekonomiki zdrowia, analiza finansowania ochrony zdrowia na poziomie regionu stanowi konieczny warunek pomiaru i oceny efektywności działań ochrony zdrowia, również międzyregionalnych porównań produktywności i efektywności (jaką wydajność i efektywność uzyskuje się przy danych nakładach – *value for money*).

Założenia analizy finansowania ochrony zdrowia na poziomie regionu

Różnorodność podejść do analiz finansowania ochrony zdrowia, których wnioski mogą zostać wykorzystane w wieloaspektowej diagnozie systemu ochrony zdrowia, może wywołać przyjęcie rozmaitych typów analiz⁶⁷. Dla przykładu, może to być analiza strumieni pieniężnych wg źródeł ich pochodzenia, finansowa analiza funkcjonalna odnosząca się do problematyki finansowania funkcji, celów i zadań realizowanych w systemie ochrony zdrowia, analiza alokacji zasobów finansowych między grupy podmiotów lub poszczególne

⁶⁶Golinowska S., *Rola płatnika publicznego w okresie przemian*, referat wygłoszony na I konferencji ogólnopolskiej zorganizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach projektu Akademia NFZ pt. „Health Systems in Transition – Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska”, Warszawa, 14 grudnia 2012 r.

⁶⁷Kutzin J., *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*, „Health Policy” 2001, 56, s. 171–204.

podmioty lecznicze w powiązaniu z mechanizmami dystrybucji zasobów, analiza w przekroju jednostek administracyjnych (np. samorządowych)⁶⁸. Jednakże rozwiązaniem, które może przynieść wielostronne spojrzenie na sytuację finansową systemu jest połączenie różnych typów analizy wydatków (wg źródeł finansowania, mechanizmów dystrybucji środków finansowych, realizowanych zadań, wg podmiotów korzystających z zasobów finansowych w połączeniu ze stanem (nie)równowagi finansowej na poziomie mikroekonomicznym).

Szczególne znaczenie przypisywane jest analizie przepływu pieniądza pod względem wielkości i struktury wydatków, uwzględniającej partycypację ekonomiczną różnych grup podmiotów (płatników, dostawców, pacjentów, instytucji regulacyjnych, profesjonalistów medycznych, producentów dóbr i usług stanowiących czynniki produkcji w wytwarzaniu usług zdrowotnych, polityków) zarówno w kosztach, jak i nakładach związanych z ochroną zdrowia. Umożliwia to zrozumienie ekonomicznych relacji zachodzących między poszczególnymi grupami interesariuszy systemu zdrowotnego. W konsekwencji umożliwia to zbadanie mechanizmów alokowania środków finansowych, uwidaczniające faktyczne funkcje różnych uczestników systemu⁶⁹.

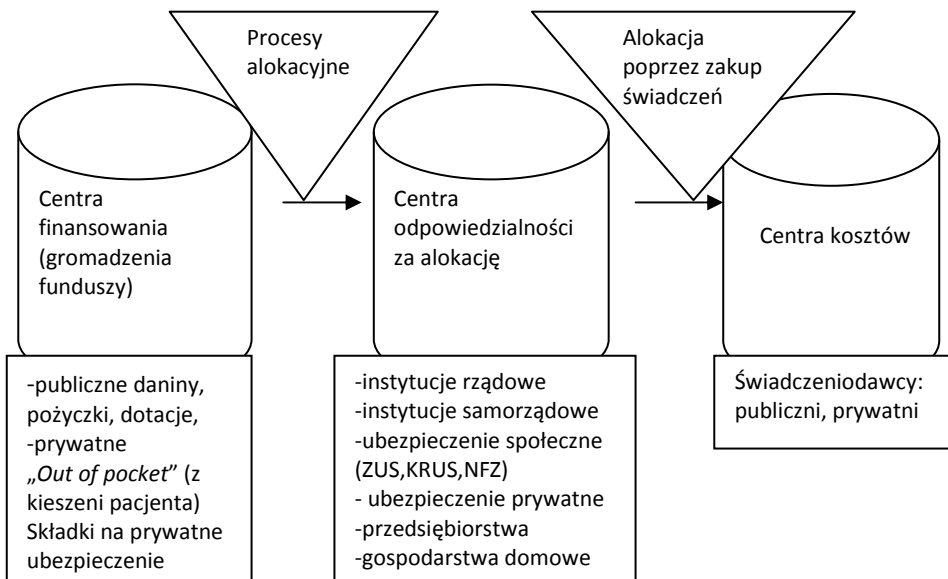
Analiza przepływu środków finansowych w ochronie zdrowia w województwie obok innych metod analitycznych stanowi sposób prześledzenia, które podmioty gromadzą środki finansowe (centra gromadzenia środków finansowych), które podmioty decydują o alokacji środków finansowych (centra odpowiedzialności), które podmioty są odbiorcami środków finansowych (centra kosztów)⁷⁰.

⁶⁸*The management of health systems in the EU Member States – The role of local and regional authorities*, European Union 2012.

⁶⁹Getzen T., *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000.

⁷⁰Kutzin J., *Health financing Policy – A Guide for Decision Maker*, Health Financing Policy Paper 2008, 1, WHO Regional Office for Europe.

Rysunek 2. Segmenty systemu finansowego ochrony zdrowia.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Raport Finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce – Zielona Księga*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008; *Financing Health Care in the EU*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2009; *Implementing Health Financing Reform*, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO 2010.

Strategiczna analiza finansowa, której celem jest diagnoza stanu ochrony zdrowia łączy się nierozdzielnie z istniejącym w danym kraju modelem systemu zdrowotnego i systemem finansowym ochrony zdrowia. Zgodnie z międzynarodowym podejściem do systemu finansowania jego funkcje określa się następująco:

- gromadzenie funduszy,
- akumulacja i zarządzanie zasobami przez powołane instytucje,
- alokacja zasobów (zakup świadczeń)⁷¹.

Ze sposobu realizacji wymienionych funkcji systemu finansowego w systemie zdrowotnym wynika jego funkcjonowanie w następujących zakresach:

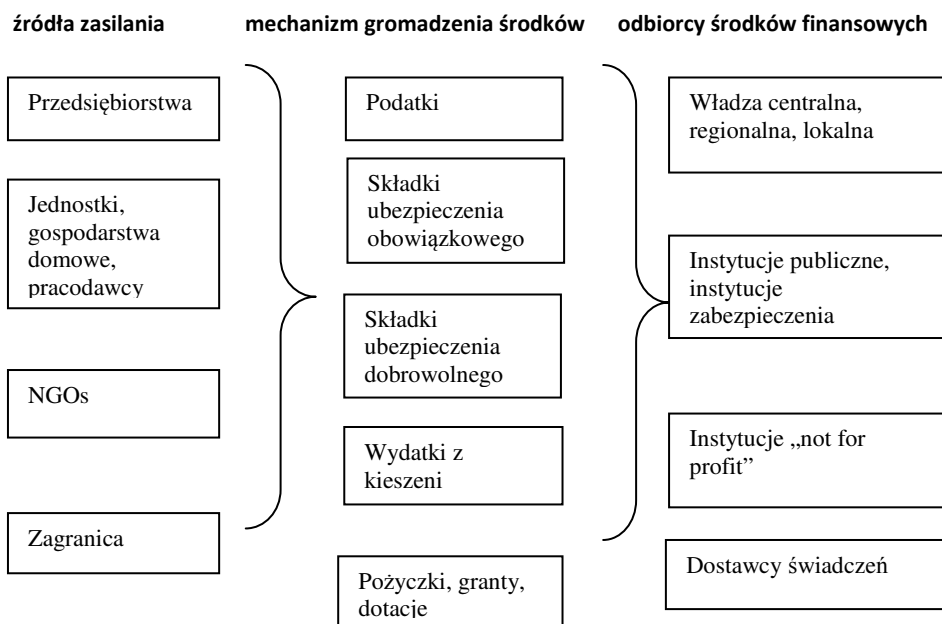
- wielkość funduszy wraz z podstawowym zakresem świadczeń warunkuje poziom zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz finansowej ochrony

⁷¹ Gottret P., Schieber G., *Health Financing Revisited. A practitioners guide*, The World Bank, Washington 2006.

populacji w zakresie partycypacji jej członków w finansowaniu ochrony zdrowia,

- "ścieżki" przepływu strumieni pieniądza do i w systemie zdrowotnym (kto i w jakim zakresie partycypuje),
- ekonomiczna efektywność nakładów w aspekcie (nie)prawidłowości ich wykorzystania i ewentualnych strat ekonomicznych,
- instytucjonalne poziomy alokacji środków finansowych i tworzenie funduszy finansujących ochronę zdrowia,
- liczba i rodzaje zakupionych i skonsumowanych świadczeń zdrowotnych w relacji do efektów zdrowotnych i kosztów (efektywność techniczna i alokacyjna świadczeń),
- techniczna efektywność wytwarzania świadczeń zdrowotnych (minimalny koszt wytwarzania),
- finansowa i fizyczna dostępność świadczeń dla populacji.

Rysunek 3. Źródła finansowania, mechanizmy gromadzenia dochodów, odbiorcy środków finansowych



Źródło: opracowanie na podstawie: Mossialos E., Thomson S., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, Brussels 2002.

Cele analizy finansowania ochrony zdrowia w regionie – hierarchizacja

Odnośząc się do sformułowanych we wprowadzeniu do niniejszego rozdziału głównych i częściowych celów analizy finansowania ochrony zdrowia w regionie, szczególnej uwagi wymaga jeden z nich, sformułowany jako diagnoza ochrony zdrowia w aspekcie (nie)równowagi finansowej podmiotów systemu zdrowotnego zasilanych publicznymi i prywatnymi środkami finansowymi. W oparciu o wyniki analizy mogą bowiem zostać sformułowane rekomendacje wspierające planowanie/projektowanie działań zmierzających do zmiany poziomu zasilania finansowego i realokacji środków finansowych w kierunku zwiększenia efektywności ochrony zdrowia w województwie.

Dla potrzeb realizacji tak określonego celu analizy, kluczowym zadaniem jest realizacja następujących jej elementów szczegółowych:

- identyfikacja partycypacji poszczególnych źródeł finansowania ochrony zdrowia województwa w zasilaniu podmiotów leczniczych, zgodnie z klasyfikacją podmiotową (instytucje rządowe, instytucje samorządowe, Narodowy Fundusz Zdrowia, organizacje „not for profit”, przedsiębiorstwa, gospodarstwa domowe, zagranica),
- określenie głównych centrów kosztów (odbiorców środków finansowych) poprzez powiązanie wydatków z poszczególnych źródeł finansowania z grupami podmiotów leczniczych wg ich typów,
- określenie głównych nośników kosztów poprzez powiązanie wydatków z poszczególnych źródeł finansowania z funkcjami systemu zdrowotnego realizowanymi w województwie,
- analiza wyników finansowych grup podmiotów leczniczych oraz poziomu i struktury ich zobowiązań,
- analiza przyczyn nierównowagi finansowej w grupach podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem płatności (nie)realizowanych przez NFZ za tzw. ponadlimitowe przyjęcia pacjentów.

Jedną z możliwości realizacji wymienionych zadań może być próba adaptacji klasyfikacji wydatków na ochronę zdrowia wg Narodowego Rachunku Zdrowia do klasyfikowania wydatków na poziomie województwa. Klasyfikacja ta obejmuje podział wydatków wg schematów finansowania, dostawców usług

i klasyfikację funkcjonalną⁷² (w pierwszej edycji Narodowego Rachunku Zdrowia dla Polski posługiwano się pojęciem źródeł finansowania, które obecnie zmieniono na schematy finansowania⁷³). Według przyjętych w nim zasad, zakres ochrony zdrowia wg kryterium funkcjonalnego obejmuje:

- grupę usług i dóbr indywidualnej opieki zdrowotnej tj. usługi lecznicze, usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze, leki i inne produkty medyczne,
- grupę usług i dóbr konsumowanych zbiorowo tj. działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, zadania o charakterze administracyjnym i z zakresu zarządzania.

Stosując klasyfikację wydatków zgodną z NRZ, prawdopodobne jest określenie: za jakie funkcje ochrony zdrowia płaci się, którzy dostawcy usług i dóbr otrzymują środki finansowe, kto w charakterze płatnika zasila system ochrony zdrowia.

Zakres podmiotowo-przedmiotowy analizy i realizacja celu głównego i celów szczegółowych analizy uzależnione są od zakresu i użyteczności danych zawartych w źródłach statystyki publicznej, danych dostępnych w raportach, ekspertyzach i publikacjach naukowych, danych udostępnionych przez Urząd Marszałkowski, danych pochodzących z innych instytucji gromadzonych na potrzeby analizy, zasobów internetowych.

Operacjonalizacja diagnostycznej analizy finansowania ochrony zdrowia

Wybór zmiennych oraz wskaźników do przeprowadzenia analizy finansowej powinien być podyktowany celem głównym i celami częściowymi, z których wynika zakres podmiotowy i przedmiotowy analizy.

W związku z tym, mając wyznaczone cele analizy niezbędne jest zakreślenie jej ram instytucjonalnych i przedmiotowych oraz podjęcie decyzji, co do źródeł danych (dane pochodzące ze statystyki publicznej, dane gromadzone celowo z wybranych podmiotów systemu ochrony zdrowia i innych

⁷²*System of Health Accounts 2011*, Edition OECD, European Union, World Health Organization 2011.

⁷³Schneider M., Kawiorska D., Baran A., Kamińska M., Kozierkiewicz A., Rydlewska-Liszkowska I., Strzelecka A., Szczur M., Wiktorow A., *A system of Health Accounts In Poland*, Warsaw 2001, (dostęp: 10.03.2013r.).

podmiotów zbierających dane o wybranych zakresach działalności systemu zdrowotnego). Etapami, które muszą zostać zrealizowane w celu operacjonalizacji analizy jest:

- a) określenie zakresu podmiotowego analizy ekonomicznej ochrony zdrowia województwa wg podmiotów tworzących podmioty lecznicze oraz wg rodzajów opieki zdrowotnej;
- b) określenie zakresu przedmiotowego ekonomicznej analizy ochrony zdrowia województwa (wydatki na ochronę zdrowia wg źródeł finansowania, koszty ochrony zdrowia, wyniki finansowe, inwestycje);
- c) identyfikacja źródeł danych do finansowej analizy ochrony zdrowia województwa (dane statystyczne, publikacje naukowe, raporty z badań itp.);
- d) weryfikacja danych wg kryterium użyteczności dla potrzeb analizy ekonomicznej oraz określenie braków informacyjnych z punktu widzenia celów analizy;
- e) opracowanie etapów analizy z uwzględnieniem porównań wybranych wskaźników charakteryzujących ochronę zdrowia województwa ze wskaźnikami dla innych województw.

Zakres podmiotowy analizy finansowania ochrony zdrowia

Zakres podmiotowy finansowej analizy na poziomie województwa może zostać opracowany w oparciu o zasady klasyfikowania podmiotów ochrony zdrowia przyjęte w Narodowym Rachunku Zdrowia, wg klasyfikacji przyjętej w planach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, klasyfikacji wykorzystywanych w zestawieniach statystycznych lub w oparciu o indywidualne podejście wynikające z celów analitycznych. Dla przykładu, w Narodowym Rachunku Zdrowia wyodrębnia się grupy podmiotów zawarte poniżej w punktach 1-7. Dla potrzeb analizy można zaproponować rozszerzenie klasyfikacji o podział podmiotów wg organów tworzących oraz o podmioty o szczególnym znaczeniu w województwie, ze względu na specyfikę ich działalności i sposób ich finansowania (punkty 8-9).

1. Szpitale:

- szpitale miejskie,
- szpitale samorządu województwa łódzkiego,
- szpitale samorządów terytorialnych,

- szpitale Uniwersytetu Medycznego,
 - szpitale resortów centralnych,
 - szpitale niepubliczne.
2. Jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego.
 3. Instytucje administracji w ochronie zdrowia.
 4. Świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej:
 - podstawowa opieka zdrowotna,
 - poradnie specjalistyczne,
 - poradnie stomatologiczne.
 5. Zakłady opieki pielęgnacyjnej długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze/zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze).
 6. Pozostałe jednostki (sprzedawcy i dostawcy sprzętu i dóbr medycznych).
 7. Zagranica.
 8. Podmioty ratownictwa medycznego.
 9. Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze oraz podstawowe jednostki medycyny pracy.

Zakres przedmiotowy analizy finansowania ochrony zdrowia

Podobnie, jak to ma miejsce w przypadku wyznaczenia zakresu podmiotowego analizy, zakres przedmiotowy może obejmować główne funkcje podmiotów ochrony zdrowia sklasyfikowane zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia, ale również inne klasyfikacje typów działalności podmiotów leczniczych. Dla przykładu, podział na grupy wydatków według ich funkcji.

Wydatki według funkcji:

- Usługi lecznicze i rehabilitacyjne,
- Usługi opieki długoterminowej pielęgnacyjnej,
- Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia,
- Leki i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych,
- Profilaktyka i zdrowie publiczne,
- Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczeń,
- Inwestycje.

Klasyfikacja wydatków według typów podmiotów leczniczych i według funkcji jest podstawą do przeanalizowania ich według źródeł finansowania. Zgodnie

z klasyfikacją obowiązującą w publicznej statystyce w Polsce do źródeł finansowania ochrony zdrowia zalicza się:

- Źródła publiczne – budżet państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego, fundusze ubezpieczeń społecznych,
- Źródła prywatne – wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych, inne wydatki prywatne (w tym: przedsiębiorstwa, organizacje *non for profit*)⁷⁴.

Trudnością, która może pojawić się na etapie gromadzenia danych liczbowych jest ustalenie wielkości wydatków prywatnych. Wśród prywatnych wydatków na ochronę zdrowia wyróżnia się wydatki gospodarstw domowych, wydatki przedsiębiorstw oraz wydatki organizacji pozarządowych (fundacji i stowarzyszeń). Według danych GUS, pierwsze z nich stanowią około 24% bieżących wydatków na ochronę zdrowia, drugie zaś – ponad 2% (oceny eksperckie wskazują na niedoszacowanie tej wielkości) i nadal obserwuje się tendencję wzrostową tych wydatków. Brak jest obiektywnych zagregowanych danych charakteryzujących udział organizacji pozarządowych w finansowaniu ochrony zdrowia w skali regionalnej^{75,76}. Wraz z innymi wydatkami prywatnymi (poza wydatkami prywatnymi z gospodarstw domowych) stanowią one ok. 0,3 % w relacji do Produktu Krajowego Brutto⁷⁷. Do źródeł prywatnych zasilających ochronę zdrowia w regionie zaliczyć należy również niezarobkowe prace wykonywane przez wolontariuszy, posiadające ekonomiczną wartość⁷⁸.

Bieżące wydatki gospodarstw domowych stanowią przedmiot badań GUS w ramach badań modułowych „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”⁷⁹. Ponadto prowadzone są także inne systematyczne badania aspektów życia społecznego, w tym badania „Diagnoza Społeczna”⁸⁰. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż wydatki indywidualne z budżetów gospodarstw domowych (*out of pocket*) często nieprawidłowo utożsamiane są z wydatkami

⁷⁴Budżety gospodarstw domowych w 2014, GUS, Warszawa 2015.

⁷⁵Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014, GUS, Warszawa 2015.

⁷⁶Diagnoza sytuacji sektora ekonomii społecznej w województwie łódzkim, Raport przygotowany przez prof. dr hab. Jerzego Krzyszowskiego, Kierownika Ośrodka Kształcenia Służb Społecznych, Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.

⁷⁷Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013, Zmiana metodologii, GUS, Warszawa 2015.

⁷⁸Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym – 2011, Studia i Analizy Statystyczne, GUS, Warszawa 2012.

⁷⁹Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 roku, GUS, Warszawa 2014.

⁸⁰Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.

nieformalnymi⁸¹. W projektowanej analizie uwzględnione zostaną wydatki indywidualne, usankcjonowane przepisami prawnymi. Wysokość opłat nieformalnych oraz tzw. dowodów wdzięczności może być jedynie wielkością oszacowaną w oparciu o przeprowadzone w Polsce badania, których wyniki nie mogą zostać uogólnione na cały kraj.

Jeśli zaś chodzi o partycypację przedsiębiorstw w finansowaniu ochrony zdrowia to można wymienić dwa główne kierunki wydatków: wydatki na profilaktykę i promocję zdrowia oraz wydatki na inne cele zdrowotne niezwiązane bezpośrednio z medycyną pracy. Zadania przedsiębiorców w zakresie ochrony zdrowia pracowników mają charakter obligatoryjny i ponadobligatoryjny. Jednostkami organizacyjnymi realizującymi zadania z zakresu służby medycyny pracy, finansowanymi również przez pracodawców są jednostki podstawowe służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Do pierwszej grupy jednostek zalicza się:

- Zakłady opieki zdrowotnej tworzone i utrzymywane w celu sprawowania opieki profilaktycznej nad pracującymi,
- Jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej wydzielone w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi,
- Lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub wykonujących zawód w formie grupowej praktyki lekarskiej.

Zadania służby medycyny pracy realizują także jednostki badawczo-rozwojowe i jednostki organizacyjne uczelni medycznych, prowadzące działalność w dziedzinie medycyny pracy. Zadania służby medycyny pracy realizowane są w szczególności w odniesieniu do szerokiego spectrum odbiorców (pracownicy, kandydaci do szkół w trakcie nauki zawodu, osoby w stosunku służbowym i wykonujące prace nakładczą) a obowiązek objęcia opieką profilaktyczną grup odbiorców obejmuje stosownie: pracodawców, szkoły, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie.

⁸¹ Golinowska S., *Opłaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2010, VIII (1), s. 12-28.

Zgodnie z ustawą o służbie medycyny pracy⁸² zadania realizowane przez jednostki medycyny pracy obejmują zadania z zakresu:

- ograniczania szkodliwego wpływu pracy na zdrowie oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, organizowania i udzielania pierwszej pomocy medycznej w nagłych zachorowaniach i wypadkach w miejscu pracy, służby lub pobierania nauki;
- inicjowania i realizowania promocji zdrowia, inicjowania działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielania pomocy w ich realizacji (w zakresie informowania pracowników o zasadach zmniejszania ryzyka zawodowego, wdrażania zasad profilaktyki zdrowotnej u pracowników z grup szczególnego ryzyka, tworzenia warunków do prowadzenia rehabilitacji zawodowej, wdrażania programów promocji zdrowia, organizowania pierwszej pomocy przedmedycznej);
- prowadzenia analiz stanu zdrowia pracowników, a zwłaszcza występowania chorób zawodowych i ich przyczyn oraz przyczyn wypadków przy pracy;
- gromadzenia, przechowywania i przetwarzania informacji o narażeniu zawodowym, ryzyku zawodowym i stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Włączenie zagadnień związanych z finansowaniem ochrony zdrowia przez pracodawców wydaje się uzasadnione z następujących powodów: po pierwsze, oszacowanie udziału finansowego pracodawców w zasilaniu ochrony zdrowia w województwie daje obraz zakresu finansowego wspomaganie korzystania ze świadczeń ochrony zdrowia populacji osób pracujących, po drugie, pozwala na oszacowanie ewentualnego udziału pracodawców w finansowaniu świadczeń w ramach dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego stanowiącego przedmiot projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, która daje możliwość pracodawcom zawierania umów z instytucjami ubezpieczeniowymi o wykonywanie zadań z zakresu medycyny pracy.

⁸² Ustawa o służbie medycyny pracy z dnia 27 czerwca 1997 r. (Dz.U. Nr 96, poz. 593 z późn. zm.).

Kolejnym źródłem zasilania finansowego działania z zakresu ochrony zdrowia są organizacje pozarządowe. Dla przykładu, w dostępnej *online* bazie figurują 832 organizacje tego typu w województwie łódzkim⁸³, które w statucie zawarły działania na rzecz ochrony zdrowia jako podstawowe pole działania organizacji. Ponadto 510 organizacji wskazało pomoc osobom niepełnosprawnym jako podstawową działalność. Spośród nich odpowiednio 167 i 145⁸⁴ posiada status organizacji pożytku publicznego i upoważnione są do pozyskiwania środków z 1% podatku dochodowego od osób fizycznych. Po dotacjach organów administracji rządowej i samorządowej oraz odpłatnej działalności statutowej i prowadzonej przez organizacje działalności gospodarczej jest to jedno z ważniejszych źródeł finansowania działalności. Prowadzone przez Stowarzyszenie Klon/Jawor oraz Główny Urząd Statystyczny badania organizacji pozarządowych zawierają dane ogólne, najczęściej jedynie z podziałem na województwa, a nie ze względu na rodzaj prowadzonej działalności. Nie zawierają również szczegółowych danych dotyczących wysokości środków finansowych przeznaczanych przez organizacje na poszczególne działania. Aby uzyskać dane umożliwiające określenie roli organizacji pozarządowych w finansowaniu ochrony zdrowia w województwie konieczne jest pozyskanie danych od tych organizacji przy pomocy zaprojektowanego narzędzia badawczego w postaci kwestionariusza ankiety, umożliwiającego zgromadzenie danych dotyczących wysokości nakładów ponoszonych na ochronę zdrowia, w tym zakup sprzętu medycznego oraz finansowanie świadczeń dla pacjentów.

Dopełnieniem finansowania ochrony zdrowia ze źródeł prywatnych są środki gromadzone w wyniku dobrowolnych zbiórek publicznych. Zgodnie z obowiązującym prawem⁸⁵ na przeprowadzenie zbiórek publicznych na cele wymienione w ustawie czyli: religijne, państwowe, oświatowe, zdrowotne, kulturalno-społeczne i społeczno-opiekuńcze wymagana jest zgoda właściwego organu. Pozwoleń na przeprowadzenie zbiórki publicznej udzielają, w drodze decyzji administracyjnej: wójt, burmistrz (prezydent miasta) – jeżeli zbiórka ma być przeprowadzona na obszarze gminy lub jego części, starosta – jeżeli zbiórka ma być przeprowadzona na obszarze powiatu lub jego części obejmującej więcej

⁸³http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?wyniki=1&kryt_nazwa=&kryt_miasto=&kryt_woj=5&kryt_pola=K8 (dostęp: 05.03.2013r.).

⁸⁴http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?wyniki=1&kryt_nazwa=&kryt_miasto=&kryt_woj=5&kryt_krs=&kryt_pola=K8&szukanie=opp), (dostęp: 05.03.2013r.).

⁸⁵ Ustawa z dnia 15 marca 1933 r. o zbiórkach publicznych (Dz.U. z 1933 r., Nr 22, poz. 162 z późn. zm.).

niż jedną gminę, marszałek województwa – jeżeli zbiórka ma być przeprowadzona na obszarze województwa lub jego części obejmującej więcej niż jeden powiat, minister właściwy do spraw wewnętrznych – jeżeli zbiórka ma być przeprowadzona na obszarze obejmującym więcej niż jedno województwo. Do przeprowadzania zbiórek upoważnione są stowarzyszenia i organizacje, posiadające osobowość prawną lub komitety organizowane dla przeprowadzenia określonego celu. Cel zbiórki winien być zgodny ze statutem stowarzyszenia lub organizacji, bądź z aktem organizacyjnym komitetu. Wynik zbiórki i sposób zużytkowania zebranych środków powinien być podany do wiadomości organu, który udzielił pozwolenia oraz ogłoszony w prasie o zasięgu obejmującym co najmniej obszar, na którym zbiórka została przeprowadzona.

Jedyną metodą pozwalającą na uzyskanie kompletnych danych o środkach zgromadzonych w wyniku zbiórek publicznych prowadzonych przez organizacje pozarządowe w województwie jest pozyskanie ich od poszczególnych organów administracyjnych, które wydały zgody na przeprowadzenie zbiórki publicznej oraz pozyskanie i bezpośrednia analiza sprawozdań finansowych tych organizacji⁸⁶.

Etapy finansowej analizy ochrony zdrowia

Realizacja postawionych celów głównego i częściowych jest uzależniona od adekwatnego do nich określenia merytorycznej treści poszczególnych etapów finansowej analizy ochrony zdrowia w województwie. Zakładając kompleksowe ujęcie zagadnień związanych ze źródłami zasilania finansowego, wydatkami na poszczególne rodzaje działalności oraz świadczeniodawców oraz alokacją środków finansowych, analiza powinna zawierać następujące merytoryczne części składowe (nie są one jednak równoznaczne z algorytmem wykonania analizy):

1. Analiza wydatków na ochronę zdrowia województwa według źródeł finansowania, analiza poziomu finansowania, analiza strukturalna, analiza dynamiki;
2. Analiza poziomu, struktury i dynamiki w podziale na wydatki publiczne i wydatki prywatne na ochronę zdrowia w województwie według źródeł zasilania finansowego;

⁸⁶ www.caritas.lodz.pl (dostęp: 10.01.2015r.).

3. Analiza struktury i dynamiki wydatków w odniesieniu do funkcji ochrony zdrowia realizowanych w województwie;
4. Analiza wydatków majątkowych na ochronę zdrowia w województwie – cel wydatków, źródła finansowania;
5. Analiza wyników finansowych podmiotów leczniczych wg organów tworzących – struktura i dynamika zadłużenia podmiotów leczniczych;
6. Analiza przychodów podmiotów leczniczych wg źródeł finansowania;
7. Analiza kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach umów z NFZ – struktura, dynamika kosztów wg rodzajów kosztów i funkcji ochrony zdrowia;
8. Analiza zobowiązań podmiotów leczniczych w podziale na krótkoterminowe i długoterminowe, wymagalne i niewymagalne – poziom, struktura, dynamika zadłużenia;
9. Analiza rozliczeń za wykonane świadczenia ponadlimitowe;
10. Analiza porównawcza priorytetów finansowania w relacji do priorytetów polityki zdrowotnej na poziomie województwa;
11. Analiza relacji między źródłami finansowania a centrami odpowiedzialności za alokację środków finansowych (przepływ strumieni pieniężnych);
12. Analiza finansowania działań restrukturyzacyjnych podmiotów leczniczych – źródła i struktura finansowania;
13. Analiza porównawcza wskaźników ekonomicznych według województw:
 - % wydatków globalnych, publicznych, prywatnych w relacji do PKB,
 - dynamika wydatków globalnych, publicznych, prywatnych,
 - koszty świadczeń finansowanych przez NFZ,
 - wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca,
 - analiza poziomu dochodów i wydatków na ochronę zdrowia na szczeblu województwa,
 - alokacja środków finansowych według województw i w przeliczeniu na jednego mieszkańca,

- wartość świadczeń wykonanych w ramach tzw. nadwykonań,
- zadłużenie podmiotów leczniczych według organów założycielskich
- wyniki finansowe podmiotów leczniczych.

Wnioski i podsumowanie

Wnioski wynikające z analizy finansowania świadczeń zdrowotnych w regionie powinny zostać sformułowane w co najmniej trzech obszarach:

- gospodarowania środkami finansowymi w regionalnej ochronie zdrowia,
- metodologii prowadzenia analizy finansowania świadczeń zdrowotnych,
- rekomendacji dla podmiotów odpowiedzialnych za zarządzanie ochroną zdrowia w regionie.

W zakresie gospodarowania zasobami finansowymi przeznaczonymi na ochronę zdrowia w regionie szczególnego znaczenia nabiera kształtowanie proporcji między zaangażowanymi źródłami zasilania finansowego. Uwagę powinno się skierować na stopień koordynacji wydatków publicznych i prywatnych przeznaczanych na cele zdrowotne, w tym inwestowanie w majątek trwały. Drugą kwestią, często niedocenianą jako element diagnozy finansowania ochrony zdrowia, jest brak lub nikłe zaangażowanie mechanizmu partnerstwa publiczno-prawnego umożliwiającego poprawę skuteczności i efektywności zarządzania.

Jakość diagnozowania mocnych i słabych stron procesów finansowania świadczeń zdrowotnych w regionie uzależnione jest od przyjętej metodologii analizy. Jak wcześniej zostało zauważone, powinna być ona podporządkowana celom zarządczym ochrony zdrowia w regionie. Aby spełnić to wymaganie, należy w sposób precyzyjny określić zakres analizy oraz jej strukturę według wybranych kryteriów. Analiza powinna zostać poddana segmentacji, przy czym poszczególne jej segmenty powinny umożliwiać formułowanie wniosków wynikających z poszczególnych segmentów, ale co jest równie ważne, segmenty powinny być komplementarne względem siebie.

Trzeci obszar formułowanych wniosków powinien zostać powiązany z rekomendacjami dla podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w regionie. Przykładowo, mogą one dotyczyć:

- Wzmocnienia/rozpoczęcia współpracy między wszystkimi podmiotami finansującymi zadania ochrony zdrowia w zakresie alokacji zasobów między funkcje ochrony zdrowia;
- Prowadzenia wspólnej polityki w zakresie wyboru programów zdrowotnych (unikanie nakładania się programów i finansowania ich z różnych źródeł) oraz innych zadań ochrony zdrowia;
- Wyeliminowania nieskoordynowanego inwestowania w podmiotach leczniczych/przez podmioty lecznicze co w konsekwencji może wywołać wzrost kosztów bieżących podmiotów (koszty osobowe, koszty materiałowe, koszty amortyzacji, koszty usług obcych) a w przyszłości może wpłynąć na równowagę ekonomiczną podmiotów leczniczych;
- Stworzenia możliwości gromadzenia pełnych, porównywalnych danych o finansowaniu ochrony zdrowia w regionie oraz gospodarowaniu zasobami finansowymi⁸⁷;
- Stworzenia minimalnego zestawu danych ekonomicznych (Minimum Health Economics Data Set – MEcon) porównywalnych strukturalnie i w czasie;
- Wprowadzenia rachunku ekonomicznego tak w zakresie inwestycji, jak i w zakresie technologii medycznych w celu dokonywania racjonalnych wyborów w ramach posiadanych zasobów;
- Wprowadzenia systematycznych analiz efektywności alokacyjnej i technologicznej.

W określeniu kierunków zmian mogą okazać się pomocne pytania badawcze wyznaczające obszary analityczne i obszary, których będą dotyczyć wnioski sformułowane w oparciu o wyniki analizy. Przedstawione przykłady takich kierunkowych pytań dotyczą analizy z perspektywy lokalnych instytucji zarządzających ochroną zdrowia:

- Jaki udział w finansowaniu ochrony zdrowia w województwie mają publiczne źródła finansowania ochrony zdrowia?

⁸⁷ Brak jasnych, rzetelnych danych dotyczących rzeczywistych wydatków na ochronę zdrowia uniemożliwia ustalenie diagnozy aktualnej sytuacji ekonomicznej szpitali, co jest podstawą rozpoczęcia działań reformatorskich (Szymańska K., *Makroekonomiczne przyczyny zadłużenia polskiej służby zdrowia*, „Współczesna Ekonomia” 2008, 2 (6), s. 4-17).

- Jakie są udziały niepublicznych źródeł finansowania ochrony zdrowia w regionie?
- Jakie są przyczyny nierównowagi finansowej podmiotów leczniczych w województwie?
- Jakie znaczenie w zadłużaniu się podmiotów leczniczych posiadają kwoty związane z nieopłaconymi/nierozliczonymi przez NFZ świadczeniami zdrowotnymi?
- Czy wystarczająco jasno jest sprecyzowana odpowiedzialność samorządów za finansowanie ochrony zdrowia?
- Czy istnieją wystarczająco przejrzyste podstawy współpracy samorządu z innymi płatnikami w systemie?
- Czy samorząd wojewódzki posiada pełne informacje o kosztach podmiotów leczniczych?
- Czy zarządzający ochroną zdrowia w województwie dysponują wystarczającym zestawem informacji i narzędzi do oceny efektywności finansowania ochrony zdrowia?
- Czy w oparciu o zgromadzony materiał empiryczny można stworzyć podstawy określenia kosztów utraconych możliwości (*opportunity cost*) jako efektu braku możliwości realizacji zadań ochrony zdrowia?

Literatura cytowana

1. Arrow K.J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review” 1963, LIII (5), s. 941-973.
2. *Budżety gospodarstw domowych w 2014*, GUS, Warszawa 2015.
3. Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
4. Dash P., Llewellyn C., Richardson B., *A regional approach to strategy development can enable health systems around the world to make significant improvements in health care delivery*, McKinsey and Company, London 2009.
5. *Diagnoza sytuacji sektora ekonomii społecznej w województwie łódzkim*, raport przygotowany przez prof. dr hab. Jerzego Krzyszkowskiego Kierownika Ośrodka Kształcenia Służb Społecznych, Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.

6. *EUR-Lex Glossary of summaries.*
7. <http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/proportionality.html>.
8. Fraser I., Encinosa W., Glied S., *Improving Efficiency and Value in Health Care: Introduction*, „Health Services Research Journal” 2008, 43(5p2), s. 1781-1786.
9. Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000.
10. Getzen, T.E., *Macro Forecasting of National Health Expenditures*, „Advances in Health Economics and Health Services Research” 1990, 11, s. 27-48.
11. Getzen T.E., Poullier J. P., *International health spending forecasts: concepts and evaluation*, „Social Science and Medicine” 1992, 34(9), s. 1057-1068.
12. Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
13. Golinowska S., *Rola płatnika publicznego w okresie przemian*. Referat wygłoszony na I konferencji ogólnopolskiej zorganizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach projektu Akademia NFZ pt. "Health Systems in Transition – Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska", Warszawa, 14 grudnia 2012 r.
14. Golinowska S., Sowada C., Tambor M., Dubas K., Jurkiewicz-Świątek J., Kocot E., Seweryn M., (z udziałem Evetovits T.), *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2012.
15. Golinowska S., *Oplaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2010, t. VIII (1), s. 12-28.
16. Gottret P., Schieber G., *Health Financing Revisited. A parctitioners guide*, The World Bank, Washington 2006.
17. http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?wyniki=1&kryt_nazwa=&kryt_miasto=&kryt_woj=5&kryt_pola=K8).
18. http://bazy.ngo.pl/search/wyniki.asp?wyniki=1&kryt_nazwa=&kryt_miasto=&kryt_woj=5&kryt_krs=&kryt_pola=K8&szukanie=opp).
19. Kutzin J., *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*, „Health Policy” 2001, 56, s. 171–204.
20. Kutzin J., *Health financing Policy- A Guide for Decision Maker*, Health Financing Policy Paper 2008/1. WHO Regional Office for Europe.
21. Martin L.A, Neumann C.W., Mountford J., Bisognano M., Nolan T.W., *Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care: Ways to Achieve Savings in Operating Costs per Year*, IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2009.
22. *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013. Zmiana metodologii*, GUS, Warszawa 2015.

23. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 roku*, GUS, Warszawa 2014.
24. Przywara B., *Projecting future health expenditures at European level: drivers, methodology and main results. Economic Papers 417*, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs Publications, Brussels 2010.
25. Schneider M., Kawiorska D., Baran A., Kamińska M., Kozierekiewicz A., Rydlewska-Liszkowska I., Strzelecka A., Szczur M., Wiktorow A., *A system of Health Accounts In Poland*, Warsaw 2001.
26. Siedlecka U., *Prognozowanie ostrzegawcze w gospodarce*, PWE, Warszawa 1996.
27. *System of Health Accounts 2011*, Edition OECD, European Union, World Health Organization 2011.
28. *The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities*. European Union 2012.
29. *The Quality of Financial Expenditures in the EU*. Directorate General for Economic and Financial Affairs. European Economy, Occasional Papers 125, 2012.
30. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. Nr 96, poz. 593 z późn. zm.).
31. Ustawa z dnia 15 marca 1933 r., o zbiórkach publicznych (Dz.U. z 1933 r., Nr 22, poz. 162 z późn. zm.).
32. *WHO Global Health Expenditures Atlas*, WHO, Geneva 2012.
33. *Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym - 2011*. Studia i Analizy Statystyczne. GUS, Warszawa 2012, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/gs_wolont_w_org_i_inne_formy_pracy_niezarobk_2011.pdf .
34. www.caritas.lodz.pl.
35. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014*, GUS, Warszawa 2015.

Rozdział 5.

Zaopatrzenie w świadczenia zdrowotne w regionie łódzkim – metodologia, analiza źródeł informacji

Wprowadzenie

Zarządzanie systemem ochrony zdrowia odbywa się na trzech szczeblach: makro (przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia), mezo (m.in. organy założycielskie/podmioty tworzące) i mikro (pojedyncze placówki działalności leczniczej)⁸⁸. Ograniczoność środków finansowych, ustawiczny wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych, a także nacisk na skuteczność realizowanych świadczeń zdrowotnych i racjonalne wykorzystanie zasobów powodują zwiększone zainteresowanie uczestników procesu decyzyjnego różnymi szczeblami zarządzania ochroną zdrowia informacjami ekonomiczno-statystycznymi. Informacje te są niezbędne do podejmowania decyzji zarówno dotyczących kreowania i komunikowania polityki zdrowotnej, jak i formułowania i realizacji strategii na odpowiednich szczeblach zarządzania systemem ochrony zdrowia.

Znajomość rynku jest warunkiem sukcesu dla wszystkich jego uczestników. W przypadku „rynku” ochrony zdrowia wiedza ta przesądza/przesądzać powinna o wszelkiego rodzaju regulacjach prawnych, planach zdrowotnych, konstrukcji systemów ochrony zdrowia, decyzjach strategicznych i rozstrzygnięciach biznesowych. Dlatego określenie zakresu analizy podaży produktowej wydaje się warunkiem *sine qua non* planowania w ochronie zdrowia.

⁸⁸ Hass-Symotiuik M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonania szpitala*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 7.

Świadczenia zdrowotne – ustalenia terminologiczne

Z faktu posługiwania się odmiennymi definicjami i niejednorodną terminologią (zaobserwowanego w literaturze przedmiotu oraz podczas publicznych wystąpień przedstawicieli środowisk medycznych) wynika konieczność wstępnych ustaleń terminologicznych niezbędnych do określenia zakresu analizy.

Świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Świadczenia te w szczególności związane są z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji oraz czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarów, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach⁸⁹.

Świadczenia opieki zdrowotnej to świadczenia zdrowotne, świadczenia zdrowotne rzeczowe i świadczenia towarzyszące. *Świadczenia zdrowotne rzeczowe* związane są z procesem leczenia. To leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze. *Świadczenia towarzyszące* to zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całonocowe lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

⁸⁹ Podstawa prawna ustaleń terminologicznych:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) – wersja obowiązująca do 30.09.2006 r.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) – wersja obowiązująca od 01.10.2006 r., tekst uwzględnia zmiany z Dziennika Ustaw nr 104 z 2006 r.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).

W terminologii rozróżnia się także pojęcia usługa zdrowotna i usługa medyczna. *Usługa zdrowotna* jest podstawowym działaniem z zakresu opieki zdrowotnej. Obejmuje: badania diagnostyczne, porady lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów, leczenie farmaceutykami i operacyjne, rehabilitację, pielęgnację, orzecznictwo, profilaktykę, wakcynację, opiekę paliatywną. Pojęciem węższym jest *usługa medyczna*, która to związana jest *stricte* z leczeniem, w ramach którego dąży się do zaspokojenia potrzeb związanych z utratą zdrowia, chorobą⁹⁰.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny; można więc stwierdzić, że pojęcie świadczenia zdrowotnego jest wówczas tożsame z pojęciem świadczenia medycznego. Należy jednak pamiętać, iż wśród działań na rzecz ochrony zdrowia będą znajdowały się na przykład edukacja zdrowotna, dostarczanie leków i/lub żywności osobom niesamodzielnym. Świadczenie zdrowotne obejmuje zatem również świadczenia pozamedyczne, które mają wpływ na zdrowie. Za takie można więc uznać nie tylko świadczenia oferowane w ramach świadczeń udzielanych ze środków publicznych, ale także świadczenia oferowane w ramach abonamentów medycznych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych czy usług finansowanych bezpośrednio przez pacjentów (*out-of-pocket payments*) – mowa tu nie tylko o usłudze medycznej, ale także o świadczeniach o charakterze finansowym, które pacjent może przeznaczyć na przykład na zakup leków, dodatkową opiekę pielęgniarską czy dalsze leczenie.

Pod kątem kategorii stosowanych w obrocie rynkowym świadczenie zdrowotne i usługa medyczna, powinny być zaliczane do kategorii usług ponieważ posiadają cztery podstawowe cechy odróżniające je od towarów (niematerialność, nietrwałość, różnorodność, nierozdzielność z usługodawcą)⁹¹. W praktyce jednak okazuje się, iż świadczenie zdrowotne ma złożoną naturę. Ponieważ świadczenie zdrowotne obejmuje „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia”⁹², a do takich zalicza się wytworzenie np. sprzętu pomocniczego (kule, wózki inwalidzkie, protezy zębowe, aparaty słuchowe),

⁹⁰ Rudawska I., *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.

⁹¹ Bratek S., Fedorowski J.J., *Marketing usług zdrowotnych*, [w:] Fedorowski J.J., Niżankowski R. (red.), *Ekonomia medycyny. Kompendium dla lekarzy i studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 131.

⁹² Dz.U. 2004r. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

wyrobów medycznych (bandaż, plaster) czy farmaceutyków, można twierdzić o materialności takiej usługi. Obserwuje się więc różne kombinacje cech zaproponowanych przez Ch. Lovelock'a⁹³:

1. Charakter świadczenia usługi – charakter świadczonej usługi, kto lub, co jest odbiorcą usługi;
2. Relacje z klientem – sposób świadczenia usługi, typ relacji między usługodawcą a pacjentem/klientem;
3. Możliwości zindywidualizowania usługi i zwiększenia samodzielności personelu – zakres samodzielności personelu pracującego bezpośrednio z pacjentem/klientem, stopień zindywidualizowania usługi;
4. Charakter popytu i podaży na daną usługę – stopień ograniczenia podaży, stopień fluktuacji popytu w czasie;
5. Sposób świadczenia i dostarczania usługi – rodzaje kontaktu między pacjentem/klientem a świadczeniodawcą, dostępność punktów usługowych. Większość świadczeń pacjent nadal otrzymuje w placówkach medycznych (szpitalnictwa otwartego czy zamkniętego), lecz wraz z rozwojem technologii telekomunikacyjnej i medycznej świadczenia mogą być także udzielane poza placówką czy miejscem przebywania pacjenta, np. przesyłanie zapisu elektrokardiograficznego za pomocą aparatu telefonicznego czy kontrolowanie pracy serca za pomocą przenośnego aparatu Holtera (telemedycyna).

Struktura produktu na przykładzie świadczeń zdrowotnych

W literaturze można spotkać się z dwiema głównymi koncepcjami budowy produktu:

1. Zaproponowaną przez T. Levitta w latach 80., która mówi o trzech poziomach produktu⁹⁴:
 - o *rdzeniu*, in. istota produktu to sam produkt, jego cechy funkcjonalne oraz pewne rozwiązania techniczne,
 - o *produkcje rzeczywistym*, wszystko co ma wpływ na postrzeganie towaru (usługi) przez konsumenta. Składają się na to takie czynniki jak: marka,

⁹³Lovelock Ch., *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, „Journal of Marketing” 1983, 47(3), s. 9-20; Lovelock Ch., Wirtz J., *Services Marketing. People, technology, strategy*, 5th edition, Prentice Hall 2004.

⁹⁴Levitt T., *Marketing success through differentiation – of anything*, „Harvard Business Review” 1980, 58(1), 83-91; Dwyer F. R., *Customer lifetime valuation to support marketing decision making*, „Journal of Direct Marketing” 1989, 3(4), s. 8-15.

znak handlowy, model, materiał, cena, jakość, opakowanie, styl, a także wygląd i zachowanie personelu sprzedażowego,

- o *produkcje poszerzonym*, korzyści dodatkowe dla konsumenta, takie jak: dostawa, gwarancja, reklamacje, części zapasowe, dostępność punktów usługowych, kredyt, instrukcja, instalacja czy naprawy itp.;
2. druga, opisana przez Ph. Kotlera obejmuje pięć poziomów⁹⁵:
- o *podstawowy pożytek* – jest to podstawowa potrzeba zaspakajana przez dany produkt,
 - o *produkt podstawowy* – ta część produktu, która jest niezbędna do zaspokojenia potrzeby,
 - o *produkt oczekiwany* – oczekiwania klienta wobec produktu,
 - o *produkt rozszerzony* – wszystko co przewyższa oczekiwania klienta,
 - o *produkt potencjalny* – wszystkie modernizacje, jakim może zostać poddany produkt w przyszłości.

Analizując strukturę produktu ochrony zdrowia zgodnie z typologią pięciu poziomów wyróżnić należy:

1. **Rdzeń produktu** – świadczenie służące poprawie stanu zdrowia pacjenta (tj. leczenie, badanie, rehabilitacja lecznicza, badanie diagnostyczne, pielęgnacja chorych, pielęgnacja i opieka nad niepełnosprawnymi, opieka paliatywno-hospicyjna, i inne).
2. **Produkt rzeczywisty** – rdzeń produktu wraz z minimum oczekiwań pacjenta co do sposobu realizacji i warunków, w jakich świadczenie jest udzielane.
3. **Produkt poszerzony/komplementarny** – wszystkie cechy oferty produktowej przewyższające oczekiwania konsumenta (dotyczące np. jakości czy dostępności), ale również możliwość uzyskania innych, niemedyycznych usług, np. usług gastronomicznych, kosmetycznych, itp.
4. **Produkt potencjalny** – wszystkie korzyści (również te związane z oczekiwaniami i satysfakcją) jakie klient otrzyma po zakupie danego produktu.

W odniesieniu np. do lecznictwa szpitalnego analiza struktury produktu przedstawia się następująco⁹⁶:

⁹⁵ Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong W., *Marketing, podręcznik europejski*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 2002.

- Ad. 1. Istota i zakres oferowanych świadczeń związanych bezpośrednio z przyczyną i procesem usługowym (lecznictwem);
- Ad. 2. Efekty percepcji pacjenta (postrzeganie przez pacjenta m.in. relacji z personelem szpitala, jasność przekazu o zastosowanych procedurach medycznych oraz efektów – skuteczności leczenia, fachowości pracowników, wizerunku placówki w lokalnej społeczności, geograficznego położenia szpitala, możliwości technologicznych);
- Ad. 3. Czynniki realne (np. sprawność systemu rejestracji pacjentów, w tym możliwość korzystania z centrali telefonicznej, stosowanie zaawansowanej technologii medycznej, jakość dokumentacji pacjenta, opieka poszpitalna, świadczenia towarzyszące typu: warunki hotelowe, usługi fryzjerskie, gastronomiczne, czas hospitalizacji, systemy jakości);
- Ad. 4. Np. materiały promujące zdrowy styl życia, zajęcia rehabilitacyjne czy transport pacjenta do miejsca zamieszkania, i inne.

Oferta produktowa na rynku ochrony zdrowia jest towarem specyficznym. Jest to „oferta neutralizacji ryzyka choroby i utraty zdrowia poprzez niedopuszczenie do zachorowania (profilaktyka i prewencja) lub w przypadku realizacji ryzyka, niedopuszczenie do wzrostu rozmiaru szkód, jakie ta choroba/utrata zdrowia wywołała poprzez usunięcie skutków lub przywrócenie funkcjonowania sprzed stanu niepożądanego (leczenie, rehabilitacja), a także zapewnienie komfortu życia (świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne). Oferta powinna składać się nie tylko leczenia ambulatoryjnego czy stacjonarnego, ale również zawierać specjalną finansową „nakładkę” na typowy serwisowy produkt w postaci wypłaty świadczenia pieniężnego, dzięki któremu pacjent/klient sam będzie mógł zneutralizować/usunąć skutki realizacji ryzyka choroby i/lub utraty zdrowia”⁹⁷.

Pełnowartościowy produkt powinien gwarantować konsumentowi:

- możliwie **szeroką ochronę** (zarówno serwis jak i wypłatę świadczenia pieniężnego),

⁹⁶ Gilligan C., Lowe R., *Marketing and Health Care Organization*, Radcliffe Medical Press, Alingdon, New York 1995, s. 127.

⁹⁷ Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce – diagnoza stanu w połowie roku 2007 oraz perspektywy i kierunki rozwoju*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa, 2007.

- **skrócony czas oczekiwania** na wykonanie usługi oraz sprawnie zorganizowaną, po zrealizowaniu się ryzyka określonego w umowie ubezpieczenia, wypłatę świadczenia pieniężnego,
- **wysoką jakość** udzielanych procedur i stosowanego leczenia,
- szeroko rozumianą **dostępność**, tj. (1) ofertę szerszą zakresem, w porównaniu do oferty powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, (2) ofertę bogatszą jakościowo, co ma związek ze stosowaniem przez placówkę świadczeniodawcy najnowszych technologii medycznych, możliwości utrzymania ciągłości leczenia, a tym samym otrzymania wszystkich zleconych przez lekarza usług łącznie z leczeniem szpitalnym oraz usługami z zakresu rehabilitacji i rekonwalescencji, ale i dostępność mierzoną w czasie oczekiwania na usługę, oraz (3) odpowiedni zasięg terytorialny w rozumieniu nie tylko liczby placówek, ale i w potencjale kadr medycznych.

Analiza oferty produktowej ochrony zdrowia powinna zawierać ocenę poziomu jej zróżnicowania oraz liczby i stopnia rozwiązanych problemów klienta (uaktualnianie i/lub wzbogacanie produktu umożliwia producentowi na zróżnicowanie oferty (np. możliwość zagospodarowania niszy na rynku), a konsumentowi na otrzymanie dodatkowych korzyści oraz adekwatności do potrzeb klienta (zindywidualizowane podejście oferentów do klientów stwarza możliwość skonstruowania oferty produktowej adekwatnej do potrzeb klienta).

Determinanty kształtowania się zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne

Postrzegając ochronę zdrowia jako dobro rynkowe należy zdefiniować takie czynniki funkcjonowania rynku jak popyt, podaż i cena oraz scharakteryzować podstawowe zależności między nimi. W literaturze przedmiotu z punktu widzenia ekonomii, zdrowie traktuje się jako ekonomiczny towar⁹⁸, którego popyt i podaż są kształtowane w oparciu o wiele różnych elementów, które ze względu na swój specyficzny charakter nie dają się zrównoważyć na rynku.

⁹⁸ Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 79.

Podaż świadczeń zdrowotnych kształtowana jest przez szereg różnych czynników, najczęściej segregowanych w trzy grupy⁹⁹:

- *czynniki ekonomiczne*, takie jak: możliwości finansowe płatników prywatnych i płatnika publicznego, poziom zamożności społeczeństwa, koszty, związane głównie z wynagrodzeniem personelu medycznego oraz koszty dóbr materialnych związanych z procesem leczenia;
- *czynniki produkcyjne*: liczba i jakość podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stan techniczny aparatury i sprzętu medycznego, możliwości lokalowe i kadrowe;
- *czynniki technologiczne*, w tym postęp medycyny, które z jednej strony wpływają na wykonywanie nowoczesnych usług medycznych oraz podwyższają jakość tych usług. Z drugiej natomiast generują koszty, a przez to powodują ograniczenie dostępności do świadczeń¹⁰⁰.

Ochrona zdrowia traktowana jest przez indywidualnych pacjentów, gospodarstwa domowe czy nawet grupy społeczne jako rodzaj dobra, uzależniony od ich indywidualnej potrzeby korzystania z tego typu usług. Proces powstawania potrzeb jest uzależniony od czynników biologicznych, jak również konwencji społecznych, które wynikają z funkcjonowania w różnych układach społecznych¹⁰¹. W związku z tym czynniki determinujące popyt na rynku usług zdrowotnych można podzielić na następujące grupy¹⁰²:

- *ekonomiczne*, wśród których najważniejsze to: wielkość dochodów i środków finansowych gospodarstw domowych oraz znajdujących się w gestii płatników;
- *demograficzne*, związane głównie z wiekiem. Zgodnie ze statystykami najczęściej z ochrony zdrowia korzystają dzieci oraz osoby w podeszłym wieku¹⁰³. W społeczeństwach starzejących się, bądź też w węższym znaczeniu w gospo-

⁹⁹ *Module 4: Identifying Supply of Health Services, Unite For Sight Report*, <http://www.uniteforsight.org>.

¹⁰⁰ Białyński-Birula P., *Zmiany w systemie funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce*, Akademia Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 32-33.

¹⁰¹ Bywalec C., Rudnicki L., (za Carska K.), *Podstawy ekonomiki konsumpcji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1999.

¹⁰² Rosentock I. M., *Why People Use Health Services*, „Milbank Quarterly” 2005, 83(4), s. 515-937; Andersen R., Newman J.F., *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States*, „Milbank Quarterly” 2005, 83(4), 515-937.

¹⁰³ Meerding W.J., *Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study*, „British Medical Journal” 1998, 317(7151), s. 111-115.

darstwach domowych składających się z osób starszych ochrona zdrowia traktowana jest jako dobro pierwszej potrzeby. Wśród młodych ludzi natomiast ochrona zdrowia może być traktowana jako dobro komplementarne lub substytucyjne. Komplementarność przejawiać się będzie w stosunku do innych potrzeb jak na przykład praca, edukacja, kultura, sport. Z kolei substytucyjność będzie uzależniona od dostępności tych świadczeń bezpłatnie i możliwości korzystania z tego samego rodzaju usług na rynku i ich cen¹⁰⁴;

- *organizacyjne*, związane z dostępnością do ochrony zdrowia. Zalicza się do nich organizację ochrony zdrowia, dostęp do informacji czy logistyczne rozmieszczenie podmiotów leczniczych;
- *społeczno-kulturowe*, takie jak: poziom wykształcenia, postawa wobec zdrowego trybu życia, profilaktyki zdrowotnej, aktywność zawodowa oraz czynniki zewnętrzne związane z bezpieczeństwem jak konflikty zbrojne czy przestępczość¹⁰⁵
- *biologiczne* – do których zalicza się stan zdrowia, jakość życia, warunki żywieniowe, mieszkaniowe i sanitarne, jak również warunki klimatyczne.

Do czynników tych należy zaliczyć także:

- znacznie większe potrzeby zdrowotne niż możliwości finansowe płatników finansujących realizację tych potrzeb¹⁰⁶,
- asymetrię informacji pomiędzy świadczącymi usługi zdrowotne a pacjentami¹⁰⁷,
- niepewność w stosunku do skuteczności reform ochrony zdrowia czy wyboru najbardziej pożądanых sfer ochrony zdrowia (*The Patient Protection and Affordable Care Act – PPACA*)¹⁰⁸.

¹⁰⁴ Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 143-148.

¹⁰⁵ Wilkinson R., Marmot M. (ed.), *Social determinants of health. The solid facts*, 2nd edition, WHO 2003.

¹⁰⁶ Govington L., *A Reporter's toolkit: Health care costs, An Alliance for Health Reform Toolkit*, Produced with support from the Robert Wood Johnson Foundation, <http://www.allhealth.org> (dostęp: 01.12.2012r.).

¹⁰⁷ Bloom G., Standing H., Lloyd R., *Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts*, „Social Science & Medicine” 2009, 66 (10), s. 2076-2087; Shmanske S., *The Information Asymmetries in Health Services The Market Can Cope*, „The Independent Review” 1996, 1 (2), s. 191-200.

Czynnikami kształtowania się zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne mogą być również: czas oczekiwania, jakość świadczonych usług czy też odległość od miejsca, w którym występuje jednostka posiadająca potrzebę skorzystania ze świadczeń ochrony zdrowia do miejsca, w którym może odbyć się zaspokojenie tej potrzeby, uwarunkowania organizacyjno-prawne oraz fakt, że dostęp do ochrony zdrowia jest traktowany jako przedmiot praw obywatelskich. Według Musiałowicza i Stępnia¹⁰⁹ potencjalne przyczyny ograniczające korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, to:

1. Ze strony *wykonawcy świadczeń zdrowotnych*:
 - skracanie czasu pracy placówki,
 - wydłużanie czasu otrzymania świadczenia zdrowotnego,
 - wydłużanie czasu realizacji udzielania jednostkowego świadczenia zdrowotnego,
 - niewypełnianie zadań z jednego zakresu świadczeń zdrowotnych w celu zwiększenia liczby świadczeń w innym zakresie (POZ/specjalistka w zintegrowanym zakładzie opieki zdrowotnej),
 - nieefektywna organizacja placówki,
 - medycznie nieuzasadniona powtarzalność zlecenia udzielenia świadczeń względem jednego pacjenta,
 - zaniżanie wskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - zawyżanie kosztu jednostkowego świadczenia zdrowotnego,
 - błędne interpretowanie zapisów ustawy (np. wymaganie skierowań do określonych lekarzy specjalistów),
 - geograficzne położenie placówki,
 - brak lub ograniczone możliwości wykonawcze danego świadczeniodawcy w stosunku do jego zobowiązań względem wielu płatników, z którymi podpisał umowę o realizację świadczeń,
 - podawanie błędnych informacji celem zawyżenia oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych w placówce.
2. Ze strony *płatnika*:
 - ograniczony budżet,

¹⁰⁸ Doherty R.B., *The certitudes and uncertainties of health care reform*, *Annals of Internal Medicine* 2010, 152 (10), s. 679-682; *Health care reform's continuing uncertainty*, *Business Insurance*, <http://www.businessinsurance.com> (dostęp: 15.12.2011r.).

¹⁰⁹ Musiałowicz A., Stępień J., *Ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych – analiza potencjalnych przyczyn*, „Antidotum. Zarządzanie w opiece zdrowotnej” 2000, nr 9, s. 3-6.

- ograniczona wielkość środków finansowych na pokrycie kosztów określonego zakresu świadczeń zdrowotnych (limitowana liczba i rodzaj świadczeń),
 - błędy w przygotowaniu planu zabezpieczenia zdrowotnego,
 - akceptacja zawyżonej cen jednostkowej określonego świadczenia zdrowotnego,
 - finansowanie nieprawidłowej struktury świadczeń zdrowotnych.
3. Ze strony *podmiotu tworzącego świadczeniodawców*:
- struktura i rozmieszczenie placówek świadczeniodawców,
 - ograniczanie możliwości dostosowawczych świadczeniodawców do wymogów współczesnej medycyny poprzez zmniejszenie wydatków na cele inwestycyjne (np. remonty, wyparzenie placówki, wykształcenie kadry),
 - brak działań sprzyjających organizacyjnemu i strukturalnemu dostosowaniu placówki do warunków rynku ochrony zdrowia,
 - brak działań obniżających kosztochłonność świadczeń zdrowotnych przy możliwie jednoczesnym zwiększaniu ich efektywności.
4. Ze strony *świadczeniobiorcy*:
- korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w innej niż lokalna placówce medycznej (przy założeniu realizacji danego świadczenia zdrowotnego również przez miejscowego świadczeniodawcę),
 - realizacja potrzeb zdrowotnych wyrażonych (niekoniecznie zasadnych medycznie),
 - wymuszanie udzielania świadczeń zdrowotnych planowych w zakresie, który realizowany jest w ramach marketingowych akcji promocyjnych i profilaktycznych.

Analiza dostępnych źródeł danych do analizy podaży produktowej ochrony zdrowia województwa łódzkiego

Analiza rynku ochrony zdrowia służąca diagnozowaniu jego stanu i prognozowaniu kierunków rozwoju, opiera się przede wszystkim na zbiorach danych gromadzonych przez instytucje i organizacje monitorujące ten rynek: Główny Urząd Statystyczny, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Finansów, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Polska

Izba Ubezpieczeń, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, Bazy Danych Lokalnych, Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, Jednostki Samorządu Terytorialnego, a także podmioty prywatne, jak np.: Kamssoft, Diagnoza Społeczna, Rynek Zdrowia i in.

Analiza podaży, prowadzona z punktu widzenia funkcjonujących na rynku produktów i ich najważniejszych parametrów, prowadzi do wyodrębnienia pięciu grup podmiotów – głównych oferentów produktów rynkowych¹¹⁰:

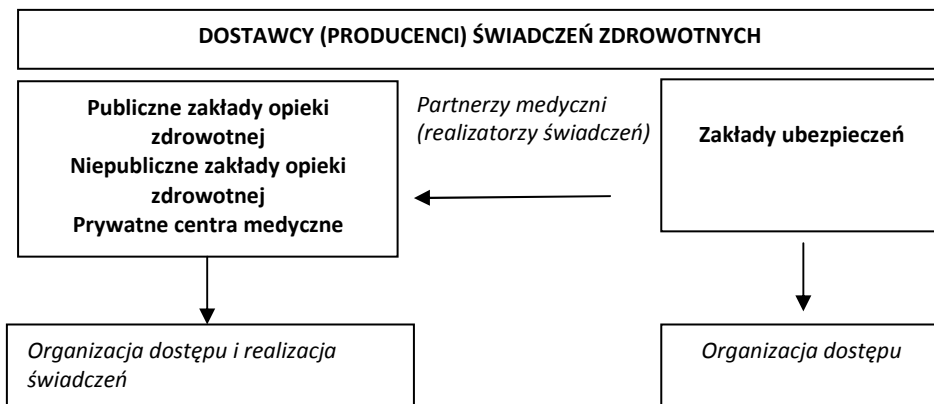
1. Podmioty sektora publicznego tzw. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
2. Firmy medyczne;
3. Firmy abonamentowe;
4. Komercyjne zakłady ubezpieczeń;
5. Firmy assistance i concierge.

Pominięto tutaj analizę oferentów instytucjonalnych, działających na zasadzie *non-profit* głównie w systemie zabezpieczenia socjalnego i rentowego, takich jak Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Polski Komitet Pomocy Społecznej, Polski Czerwony Krzyż czy Caritas. Analizując rynek świadczeń i usług zdrowotnych trzeba jednak stale pamiętać o pośrednim i bezpośrednim wpływie tych instytucji na wydolność całego systemu ochrony zdrowia.

Zakłady opieki zdrowotnej oraz firmy abonamentowe mogą udzielać świadczeń także w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz być dla każdego z pięciu wymienionych podmiotów partnerską placówką medyczną. Zakłady ubezpieczeń oraz firmy assistance i concierge, będące organizatorami świadczeń, podpisują umowy o realizację świadczeń zdrowotnych z placówkami medycznymi. Sposób organizacji i realizacji świadczeń w ramach ubezpieczeniowej oferty produktowej na rynku ochrony zdrowia przedstawia rysunek 1.

¹¹⁰ Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce (perspektywy i kierunki rozwoju)*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa 2008.

Rysunek 1. Sposób organizacji i realizacji świadczeń w ramach ubezpieczeniowej oferty produktowej na rynku ochrony zdrowia w Polsce



Źródło: Holly R., Jacoń A., Szczepaniak M., Wiktorowicz K., *Świadczenia zdrowotne i usługi medyczne na polskim rynku ubezpieczeń – cz. II – oferta produktowa*, (materiały konferencyjne – Insurance Forum 2007).

Weryfikacja użyteczności danych dotyczących analizy podaży produktowej systemu ochrony zdrowia uwarunkowana jest określeniem spójności i interakcji dostępnych danych. *Brak spójności terminologicznej oraz powiązań między klasyfikacjami* utrudnia badania statystyczne i tworzenie baz wiedzy dotyczących systemu ochrony zdrowia. Uzyskiwane z różnych rejestrów dane różnią się w porównaniu do innych statystyk, czasem wręcz uniemożliwiając dokonanie jednoznacznej diagnozy czy analizy potencjału. Niespójność terminologiczną utrwalają regulacje prawne¹¹¹. Ponadto, *brak wzajemnej integracji rejestrów publicznych*, w tym medycznych, a także przyjęcie odmiennych sposobów klasyfikacji rejestrowanych podmiotów – powodują

¹¹¹ Jak podkreśla Krzysztof Nyczaj już samo określenie rejestr jest niejednoznaczne – rejestr jest często nazywany ewidencją (np. ewidencja psychologów uprawnionych do wykonywania badań kierowców prowadzona przez wojewodę), ewidencja rejestrem (np. Reumatologiczny Rejestr Pacjentów), wykaz ewidencją (ewidencja zakładów lecznictwa uzdrowiskowego położonych na obszarze uzdrowiska prowadzona przez Naczelnego Lekarza Uzdrowiska przy Wojewodzie). Podobnie jest w przypadku zamiennego stosowania terminów: rejestr i wykaz (np. Centralny Wykaz Ubezpieczonych w NFZ). Niektóre rejestry mogą spełniać funkcje ewidencji (Rejestr Usług Medycznych) lub wykazów (np. wykaz leków i wyrobów refundowanych), ale wiele ewidencji czy wykazów nie ma charakteru rejestru (np. wykaz leków psychotropowych, które mogą być przepisywane przez felczera), za: Streszczenie wystąpienia autora na konferencji "Technologie informatyczne w administracji publicznej i służbie zdrowia", zorganizowanej 14 października 2009 przez Katedrę Informatyki Szkoły Głównej Handlowej.

istotne obniżenie jakości oraz możliwości weryfikacji zawartych w nich danych. Dane ich dotyczące w rejestrach REGON, KRS i Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL¹¹²) różnią się znacząco, np. w zależności od zastosowanej definicji „jednostki organizacyjnej” systemu ochrony zdrowia, czyli: jednostki szpitalnictwa lub jednostki opieki stacjonarnej lub jednostki udzielające świadczeń w trybie stacjonarnym lub jednostki szpitalnictwa udzielające świadczeń w trybie stacjonarnym na oddziałach szpitalnych (hospitalizujące) uzyskujemy cztery zasadniczo różne wartości.

Weryfikacja danych dotyczących podaży produktowej w aspekcie zakresu świadczeń dokonywana jest przy uwzględnieniu podziału na:

- I. Podmioty sektora publicznego tzw. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, w tym:
 1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne;
 2. Świadczenia opieki ambulatoryjnej.
- II. Firmy medyczne, świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków prywatnych.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne

Lecznictwo stacjonarne zajmuje najistotniejszą pozycję w systemie opieki zdrowotnej zarówno ze względu na wielkość środków finansowych przeznaczonych na ten cel, jak i pełnione funkcje. Obejmuje ono różnego typu zakłady opieki zdrowotnej wykonujące świadczenia związane z leczeniem oraz organizacją całodobowej opieki nad chorymi wynikające z ich separacji przestrzennej. Wśród tych zakładów istotną rolę odgrywają szpitale. Są one

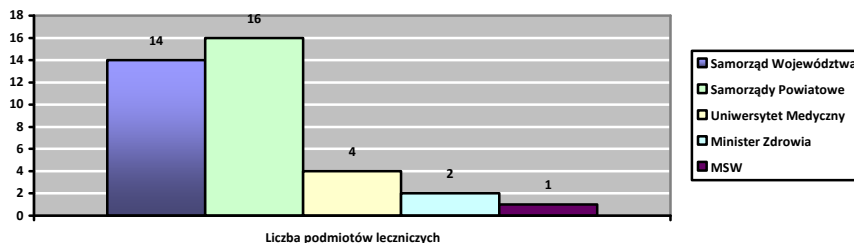
¹¹² RPWDL jest elektronicznym rejestrem prowadzonym zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), umożliwiającym między innymi w ramach posiadanych funkcjonalności: (1) tworzenie wniosków: o wpis podmiotu do rejestru, wpis zmian w rejestrze, o wykreślenie podmiotu z rejestru, (2) wysyłanie drogą elektroniczną podpisanego wniosku elektronicznego, (3) pobieranie zaświadczeń, (4) przechowywanie i późniejszy dostęp do wniosków roboczych oraz wniosków podpisanych i wysłanych drogą elektroniczną. Ponadto system umożliwia wyszukiwanie i przeglądanie wpisów podmiotów (i ich przedsiębiorstw) do rejestru wg różnych kryteriów oraz przeglądanie ksiąg rejestrowych. za: <http://www.rejestrzoz.gov.pl> (dostęp: 12.12.2012r.).

z jednej strony zasadniczym producentem informacji o prowadzonej działalności, a z drugiej – przekazują (komunikują) je wszystkim szczeblom zarządzania¹¹³.

Analiza stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych może być przeprowadzona na podstawie danych statystycznych pochodzących z formularzy Mz-06, Mz-11, Mz-12, Mz-13, Mz-14, Mz-15, Mz-19, Mz-24, Mz-29, Mz-29a, Mz-30, Mz-88, Mz-89, Mz/Szp11 i innych przekazywanych Wojewódzkiemu Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi. Aktualne dane dostępne w rejestrach medycznych dotyczą stanu na 30.06.2012r. Zgodnie z art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 111, poz. 654 ze zm.) w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych wyróżnia się świadczenia szpitalne i świadczenia inne niż szpitalne. W związku z tym w świadczeniach szpitalnych uwzględniane są również szpitale/ oddziały „jednego dnia”, także te, które dotychczas funkcjonowały jako komórki organizacyjne w przychodniach leczenia ambulatoryjnego.

Zgodnie z danymi Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi na dzień 30 czerwca 2012r. w województwie łódzkim było 37 podmiotów leczniczych świadczących stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych)¹¹⁴, co w odniesieniu do podmiotu tworzącego (organu założycielskiego) przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Podmioty świadczące stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych według podmiotu tworzącego (dane na dzień 30 czerwca 2012r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi

¹¹³ Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowad Ch., Włodarczyk C.W., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty Case 2002, nr 53.

¹¹⁴ *Działalność zakładów lecznictwa zamkniętego województwa łódzkiego*, I półrocze 2012 Łódź, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, październik 2012.

Na dzień 30 czerwca 2012 r. liczba łóżek wynosiła 14 738 łóżek opieki całodobowej i 543 miejsca w oddziałach dziennych oraz 14 łóżek w hostelu¹¹⁵. W szpitalach „jednego dnia” funkcjonowało 129 łóżek (ogółem 15 424 łóżka). W porównaniu do stanu na 31 grudnia 2011r. w szpitalach ubywało 26 łóżek rzeczywistych opieki całodobowej¹¹⁶.

Według dostępnych danych o strukturze podażowej tych świadczeniodawców stanowi struktura oddziałów oraz łóżek tych świadczeniodawców. W strukturze łóżek w województwie łódzkim przeważają łóżka specjalności zabiegowych (24,0%) i specjalności związanych z chorobami wewnętrznymi (23,9%), w tym: oddziały związane ze specjalnościami choroby wewnętrzne (4000-4180) – 3 516 łóżek, oddziały innych specjalności zachowawczych (4200-4350) – 3 236 łóżek, oddziały związane z opieką nad matką i dzieckiem (4401-4458) – 2 594 łóżek, oddziały specjalności zabiegowych (4500-4658, 4840) – 3 531 łóżek, oddziały psychiatryczne i uzależnień (4700-4756)– 1 766 łóżek, inne (3300, 5180) – 95 łóżek¹¹⁷. Ogółem w I półroczu 2012 roku hospitalizowano w szpitalach na oddziałach całodobowych 332 727 osób, w szpitalach „jednego dnia” 13 141 osób, na oddziałach dziennych 3 198 osób oraz w hostelu 25 osób. Łącznie w rodzaju działalności leczniczej hospitalizowano w okresie I półrocza 2012 r. – 349 091 osób. Średnio łóżko rzeczywiste w szpitalach całodobowych wykorzystane było przez 130,7 dni, tzn. w 71,8 %. W porównaniu do I półrocza 2011 r. wskaźnik wykorzystania jest niższy o 1 dzień. W szpitalach/oddziałach „jednego dnia” wskaźnik wykorzystania łóżka wynosi 103,1 dni, tj. 56,6 %¹¹⁸.

¹¹⁵ Tamże.

¹¹⁶ W analizie nie uwzględniono:

W liczbie łóżek rzeczywistych w I półroczu 2012 r. nie uwzględniono: (1) 14 łóżek dla przewlekle chorych w Szpitalu w Zduńskiej Woli, (2) 37 łóżek w Szpitalu Korczaka (34 łóżka pediatryczne, 3 łóżka toksykologiczne), (3) 4 łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu Powiatowym w Piotrkowie Trybunalskim (Szpitale te nie dopełniły obowiązku wykreślenia niedziałających komórek organizacyjnych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą). W liczbie łóżek rzeczywistych nie uwzględniono również нефункционujących w I półroczu 2012 r. szpitalnych oddziałów ratunkowych w: Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 (5 łóżek), Pabianickim Centrum Medycznym (6 łóżek), Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Skierniewicach (4 łóżka), Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Zgierzu (7 łóżek). (Oddziały te w I półroczu 2012 r. nie funkcjonowały. Z uwagi na niespełnienie wymagań stawianych oddziałom, NFZ nie zawarł umowy na świadczenia zdrowotne w tym zakresie.)

¹¹⁷ Na podstawie danych statystycznych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.

¹¹⁸ Na podstawie danych statystycznych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.

W grupie oddziałów związanych ze specjalnością choroby wewnętrzne najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek dotyczy oddziałów¹¹⁹:

- Alergologicznych dziecięcych – 198,5 dni, tj. 109,0 %,
- Diabetologicznych – 174,8 dni, tj. 96,0 %,
- Nefrologicznych dziecięcych – 161,4 dni, tj. 88,7 %.

W grupie oddziałów innych specjalności zachowawczych najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżka występuje na oddziałach:

- Neurologicznych – 155,4 dni, tj. 85,4 %,
- Gruźlicy i chorób płuc dla dorosłych – 159,8 dni, tj. 87,8%,
- OIOM dziecięcy – 156,2 dni, tj. 85,8 %.

Spośród oddziałów o specjalnościach zabiegowych najwyższy wskaźnik wynoszący 221 dni, tj. 121,5% występuje w odniesieniu do oddziałów neurochirurgii dziecięcej. W ok. 80% wykorzystane są łóżka na oddziałach chirurgii klatki piersiowej i chirurgii naczyń.

Zakłady Opiekuńczo-Lecnicze

Według stanu na dzień 30 czerwca 2012 roku w województwie łódzkim funkcjonowało 28 zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych z liczbą 1 339 łóżek rzeczywistych oraz 1 hostel z liczbą 22 miejsc przy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Jedliczach. Ogółem w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2011 r. przybyło 66 łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Wyłącznie w zakładach opiekuńczo-leczniczych (bez hostelu) i pielęgnacyjno-opiekuńczych leczono 2 571 osób. Prawie 78% pacjentów hospitalizowano w zakładach niepublicznych (2 000 osób). Obserwowany jest również spadek liczby pacjentów zakładów powiatowych (o ponad 9% w porównaniu do analogicznego okresu w roku 2011)¹²⁰.

O strukturze podaży podmiotów świadczących stacjonarne i całonocne świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych ściśle powiązanej/warunkowanej przez kontrakty z NFZ świadczyć mogą także dane

¹¹⁹ *Działalność zakładów lecznictwa zamkniętego województwa łódzkiego, I półrocze 2012* Łódź, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, październik 2012.

¹²⁰ *Działalność zakładów lecznictwa zamkniętego województwa łódzkiego, I półrocze 2012* Łódź, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, październik 2012.

dotyczące struktury hospitalizacji według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 w placówkach z terenu województwa łódzkiego. Dane te pochodzą z kart statystycznych MZ/Szp-11, wystawianych w chwili wypisu pacjenta ze szpitala (sprawozdawczość nie dotyczy szpitali i oddziałów psychiatrycznych oraz stacji dializ). Hospitalizacje według ICD-10 odzwierciedlają od lat przyjętą, także przez WHO, „triadę śmierci”: choroby układu krążenia – 16,78% wszystkich hospitalizacji), schorzenia zaliczane do kategorii „urazy, zatrucia i inne skutki” – 9,89%, nowotwory – 9,06%, choroby układu trawiennego – 8,57% wszystkich hospitalizacji¹²¹.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Materiałem źródłowym dla analizy produktowej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej mogą być dane uzyskane od zakładów opieki zdrowotnej i prywatnych praktyk lekarskich do sprawozdań MZ-11 i MZ-12. Aktualne dane dostępne w rejestrach medycznych dotyczą stanu na 31.12.2011r. Obejmują one informacje dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej i opieki specjalistycznej prezentowane w układzie powiatowym wg położenia jednostki organizacyjnej (przychodnia, ośrodek zdrowia), a nie jednostki macierzystej (publiczny zakład opieki zdrowotnej, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej). Analiza oferty produktowej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według dostępnych danych opierać się może jedynie na analizie liczby porad udzielonych w określonym czasie czy średniej liczby porad na mieszkańca.

Podstawowa opieka zdrowotna

Liczba porad udzielonych w 2011r. przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w stosunku do roku 2010 zwiększyła się o 0,7 % i wyniosła 10 988 405 porad. Liczba wizyt domowych wyniosła 221 701 (zmaląła w porównaniu do 2010r. o 8,1%). Średnia liczba porad na 1 mieszkańca w podstawowej opiece zdrowotnej dla województwa łódzkiego wynosi 4,3. Najwyższą średnią posiadają powiaty: brzeziński (6,1), m. Skierniewice (6,0) i m. Piotrków Trybunalski (5,7), natomiast najniższą średnią porad na 1 mieszkańca (2,8) ma powiat skierniewicki¹²².

¹²¹ Na podstawie kart statystycznych MZ/Szp-11.

¹²² *Działalność ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie łódzkim 2012*, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, Łódź, wrzesień 2012.

Specjalistyczna opieka zdrowotna

Liczba porad udzielonych przez lekarzy w ambulatoryjnej, specjalistycznej opiece zdrowotnej w stosunku do roku ubiegłego zmalała o 3,1% i wynosi 6 608 372 porady. Najczęściej w 2011 r. mieszkańcy województwa korzystali z usług poradni ginekologiczno-położniczych (654 468 porad), okulistycznych (564 803 porady) i urazowo-ortopedycznych (467 158 porad). Prawie 46% porad specjalistycznych zostało udzielonych w poradniach zlokalizowanych na terenie m. Łodzi (3 033 843 porady). Średnia liczba porad na 1 mieszkańca w specjalistycznej opiece zdrowotnej dla województwa łódzkiego wynosi 2,6. Najwyższą średnią posiadają powiaty: m. Łódź (4,2), m. Skierniewice (4,1) i m. Piotrków Trybunalski (3,8), natomiast najniższą średnią porad na 1 mieszkańca mają powiaty: skierniewicki (0,0), piotrkowski (0,3) i wierszowski (0,8). Spośród 2 878 poradni specjalistycznych oferujących świadczenia finansowane ze środków publicznych przeważały te działające w formie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (1 739), a następnie publiczne zakłady opieki zdrowotnej (872) i gabinety prywatne (267).

Programy profilaktyczne

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie promocji i ochrony zdrowia określone są zarówno w przepisach ustrojowych¹²³, jak i w przepisach prawa materialnego (min. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Ta ostatnia stanowi, że do zadań własnych województwa, powiatu i gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

¹²³Między innymi:

- Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U. z 2001 nr 142 poz. 1590).
- Ustawa stawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2001 nr 142 poz. 1592).
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r.o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591).

Według informacji zawartych na portalu Regionalna Wyszukiwarka Programów Profilaktycznych¹²⁴ programy profilaktyczne w województwie łódzkim organizowane w 2012r. to (według organizatorów)¹²⁵:

1. Urząd Marszałkowski
 - Program zapobiegania rozwojowi niedowidzenia – wczesnego wykrywania wad wzroku i zezu u dzieci
 - Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży
 - Program badań przesiewowych w kierunku alergii dla dzieci w wieku szkolnym
 - Program badań przesiewowych słuchu dla dzieci w wieku szkolnym
 - Program wczesnego wykrywania i zapobiegania powstawaniu wad postawy u dzieci w wieku szkolnym
 - Program zdrowotny wykrywania wczesnych zmian nowotworowych z zakresu górnych dróg oddechowych
 - Program zdrowotny wczesnego wykrywania otyłości lub innych zaburzeń funkcji poznawczych
 - Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2
 - Akcja profilaktyczna Wczesnego Wykrywania Jaskry
 - Akcja profilaktyczna Zdrowa Kobieta – Profilaktyka Raka Piersi
2. Narodowy Fundusz Zdrowia
 - Program profilaktyki raka piersi
3. Gmina Nieborów

¹²⁴ www.profilaktyka.lodzkie.pl, (dostęp: 08.12.2012r.).

¹²⁵ Niestety, nie wszystkie instytucje organizujące programy profilaktyczne w województwie łódzkim informują o swoich przedsięwzięciach na stronie Regionalnej Wyszukiwarki Programów Profilaktycznych, np. Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Łodzi uczestniczy we wdrażaniu, monitorowaniu i ocenie realizacji ogólnopolskich programów edukacyjnych, tj. *Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu (na lata 2012-2013)*, *Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (na lata 2012-2016)*, *Program Trzymaj Formę* czy programy profilaktyczne *Nie pal przy mnie proszę* i *Znajdź właściwe rozwiązanie*, za: www.pis.lodz.pl (dostęp: 12.12.2012r.).

- Program profilaktyki zdrowotnej przeciwko rakowi szyjki macicy wywołanym przez wirusy HPV w Gminie Nieborów na lata 2012-2014
4. Urząd Miasta
- Miejski Program Profilaktyki Próchnicy dla Dzieci
 - Profilaktyka onkologiczna – wczesne wykrywanie raka jelita grubego
 - Profilaktyka onkologiczna – wczesne wykrywanie raka piersi
 - Program Szczepień Ochronnych Łodzian Przeciw Grypie
5. Urząd Miejski w Wieluniu
- Populacyjno-przesiewowe wykrywanie rodzin z wysoką genetyczną predyspozycją do rozwoju nowotworów w Gminie Wieluń
6. Gmina Widawa
- Program zdrowotny "Zdrowa Gmina" 2011-2012
7. Gmina Kamieńsk
- Program zdrowotny do wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych
 - Program zdrowotny zapobiegania rakowi sutka
 - Program zdrowotny zapobieganiu grypie sezonowej u osób po 62 roku życia
 - Program zdrowotny zapobieganiu zakażeniom meningokokowym
 - Program zdrowotny zapobieganiu zakażeniom pneumokokowym
8. Gmina Zduńska Wola
- Walka z Rakiem Piersi
9. Starostwo Powiatowe w Bełchatowie
- Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)
 - Zapobieganie czynnikom ryzyka raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy oraz brodawkom płciowym wywoływanych przez wirusy HPV

Tabela 1. Programy profilaktyczne w województwie łódzkim – 2012r.

PROGRAM	ZAKRES	ADRESACI
Program zapobiegania rozwojowi niedowidzenia-wczesnego wykrywania wad wzroku i zezu u dzieci	<ul style="list-style-type: none"> - badanie ostrości wzroku - badanie refrakcji autorefraktometrem - badanie ustawienia gałek ocznych - test Muchy - badanie dna oka 	Dzieci w wieku 4-5 lat z terenu województwa łódzkiego
Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży	<ul style="list-style-type: none"> - Etap pierwszy Indywidualne spotkanie dziecka z psychologiem lub lekarzem psychiatrą, podczas którego przeprowa-dzane jest badanie, mające na celu identyfikację czynników predysponujących do wystąpienia zaburzeń depresyjnych. – Etap drugi Dzieci, u których przeprowadzone badanie skringowe wykazało wysokie ryzyko zachorowania na depresję zaprasane są do udziału w organizo-wanych warsztatach terapeutycznych. Udział w warsztatach ma na celu redukcję czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych u dzieci. 	Dzieci i młodzież w wieku 11-13 lat z terenu województwa łódzkiego
Program badań przesiewowych w kierunku alergii dla dzieci w wieku szkolnym	<ul style="list-style-type: none"> - Pierwsza wizyta Wywiad z rodzicem/opiekunem, badanie przedmiotowe pacjenta, testy skórne wraz z odczyta-niem ich wyników. Osoby, u których stwierdzono wskazania do wykonania badania spirometrycznego otrzymują skierowanie na ww. badanie. Natomiast pacjentom, u których nie stwierdzono potrzeby wykonania spirometrii zostanie wydana informacja o wynikach przeprowa-dzonych badań w ramach programu oraz możliwości dalszego leczenia. Na tym etapie udział w Programie zostanie zakończony. - Druga wizyta Na drugą wizytę zgłaszają się pacjenci, którzy odbyli I wizytę i otrzymali skierowanie na badania spirometryczne. Podczas tej wizyty zostanie wykonane badanie spirometryczne, następnie jego wyniki z uwzględnieniem wyników testów alergologi-cznych, wcześniejszego badania oraz wywiadu zostaną ocenione przez lekarza. Druga wizyta kończy się wydaniem informacji o wynikach przeprowa-dzonych badań oraz możliwości dalszego leczenia. 	Dzieci i młodzież w wieku 6-12 lat z terenu województwa łódzkiego
Program badań przesiewowych słuchu dla dzieci w wieku szkolnym	<ul style="list-style-type: none"> - wywiad z rodzicem/opiekunem dziecka, - badanie przedmiotowe pacjenta, - wykonanie badania audiometrycznego oraz ocena jego wyniku przez lekarza 	Dzieci i młodzież w wieku 6-12 lat z terenu województwa łódzkiego
Program wczesnego wykrywania	<ul style="list-style-type: none"> - pierwszy etap: konsultacje lekarskie - drugi etap: warsztaty przygotowywane w zależności od wykrytej wady. Każda grupa skorzysta z 10 warsztatów 	Dzieci i młodzież w wieku 6-12 lat z terenu

i zapobiegania powstawaniu wad postawy u dzieci w wieku szkolnym	kinezyterapeutycznych. Po cyklu warsztatów ponowna konsultacja lekarska.	województwa łódzkiego
Program zdrowotny wykrywania wczesnych zmian nowotworowych z zakresu górnych dróg oddechowych	- przeprowadzenie wywiadu - badanie przedmiotowe - poinformowanie pacjenta o wyniku badania i przekazanie zaleceń odnośnie dalszego postępowania - w przypadku wyniku prawidłowego – zalecenie, w oparciu o analizę czynników ryzyka, wykonanie okresowych kontroli górnych dróg oddechowych, -w przypadku wyniku nieprawidłowego – poinformowanie pacjenta o rozpoznaniu, stanie zaawansowania choroby oraz o możliwościach leczenia, - wydanie pacjentowi informacji o wynikach przeprowadzonych u niego badań w ramach Programu	Mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku 45-65 lat, z potencjalnymi czynnikami ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej
Program zdrowotny wczesnego wykrywania otępień lub innych zaburzeń funkcji poznawczych	Bezpłatne porady psychiatryczne i psychologiczne obejmujące konsultacje lekarskie, diagnostykę medyczną (badanie EKG, morfologia, poziom cholesterolu oraz glukozy we krwi), testowe badania psychologiczne oraz badania ankietowe.	Mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku 55-85 lat
Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2	Oznaczenie glikemii na czczo, wykonanie krzywej cukrowej, dwukrotny pomiar ciśnienia, pomiar wzrostu i masy ciała oraz określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu pasa, ocena ryzyka rozwoju cukrzycy.	Mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku 45-64 lata
Akcja profilaktyczna wczesnego wykrywania jaskry	- badanie ankietowe dotyczące czynników ryzyka jaskry, - badania przedmiotowe: badanie ciśnienia śródgałkowego tonometrem Goldmana lub Schotza, badanie dna oka, badanie pola widzenia perymetrem komputerowym.	Mieszkańcy województwa łódzkiego w wieku 35-60 lat
Akcja profilaktyczna Zdrowa Kobieta – Profilaktyka Raka Piersi	- porady lekarza ginekologa -USG piersi – wg wskazań lekarza	Osoby w wieku 25-44 lata z terenu województwa łódzkiego
Program profilaktyki zdrowotnej przeciwko rakowi szyjki macicy wywołanym przez wirusy HPV w Gminie Nieborów na lata 2012-2014	Szczepienia	Dziewczęta w wieku 14 lat (w pierwszym roku akcji rocznik 1998, w drugim roku akcji rocznik 1999, w trzecim roku akcji rocznik 2000)
Miejski program profilaktyki próchnicy dla	- przeprowadzenie instruktażu mycia zębów oraz edukacji z zakresu prawidłowej higieny jamy ustnej i racjonalnego żywienia	Dzieci zamieszkałe na terenie miasta

dzieci	<ul style="list-style-type: none"> - wypełnianie ankiety dotyczącej czynników ryzyka próchnicy - ocena stanu higieny jamy ustnej, uzębienia oraz warunków zgryzowych - zalakowanie bruzd zębów siódmych stałych lakiem szczelinowym (wykonanie w zależności od wskazań) 	Łodzi w wieku 12-13 lat
Populacyjno-przesiewowe wykrywanie rodzin z wysoką genetyczną predyspozycją do rozwoju nowotworów w Gminie Wieluń	Badanie onkologiczno-genetyczne	Osoby z terenu Gminy Wieluń w wieku powyżej 18 r.ż., u których wśród krewnych I i II stopnia występowały nowotwory złośliwe
Profilaktyka onkologiczna – wczesne wykrywanie raka jelita grubego	Badanie kolonoskopowe	Mieszkańcy Łodzi obu płci w wieku: 50-70lat bez objawów raka jelita grubego, 40-70 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia z rakiem jelita grubego
Profilaktyka onkologiczna – wczesne wykrywanie raka piersi	Badanie mammograficzne	Mieszkancki Łodzi w wieku 40-49 lat
Program szczepień ochronnych Łodzian przeciw grypie	Szczepienia	Szczególnie po 65 r.ż.
Program zdrowotny „Zdrowa Gmina” 2011-2012	Wykrywanie i terapia patologii narządu ruchu oraz profilaktyka raka szyjki macicy u kobiet i dziewcząt	Mieszkańcy Gminy Widawa
Program zdrowotny dla wykrywania wrodzonej dysplazji stawów	Porady lekarskie oraz badanie USG stawów biodrowych	Niemowlęta i dzieci do 6 miesięcy

biodrowych		
Program zdrowotny zapobiegania rakowi sutka	Porady lekarskie oraz badanie USG	Kobiety w wieku 40-49 lat
Program zdrowotny zapobieganiu grypie sezonowej u osób powyżej 62 r.ż.	Szczepienia przeciw grypie	Osoby po 62 r.ż.
Program zdrowotny zapobieganiu zakażeniom meningokokowym	Szczepienia	Młodzież z rocznika 1999
Program zdrowotny zapobieganiu zakażeniom pneumokokowym	Szczepienia	Dzieci z rocznika 2006 oraz 2010
Walka z rakiem piersi	USG	Mieszkańki Gminy Zduńska Wola
Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)	Szczepienia	Dziewczęta rocznik 1996 na stałe zameldowane na terenie Powiatu Bełchatowskiego
Zapobieganie czynnikom ryzyka raka szyjki macicy, raka sromu, raka pochwy oraz brodawkom płciowym wywoływanym przez wirusy HPV	Szczepienia	Dziewczęta rocznik 1995 na stałe zameldowane na terenie Powiatu Bełchatowskiego

Źródło: opracowanie własne na podstawie Regionalnej Wyszukiwarki Programów Profilaktycznych <http://www.profilaktyka.lodzkie.pl/>

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków prywatnych

Dostępne informacje dotyczące oferty produktowej ochrony zdrowia finansowanej ze środków prywatnych dotyczą: (1) praktyk lekarskich i stomatologicznych, działających wyłącznie w ramach środków niepublicznych;

(2) ogólnych deklaracji gospodarstw domowych o korzystaniu z tychże świadczeń.

Ad. 1. Dane te oszacowano na podstawie wyników badania reprezentacyjnego podmiotów, o liczbie pracujących do 9 osób. Szacuje się, że w 2010 r. działało – wyłącznie w ramach środków niepublicznych – 37,5 tys. praktyk lekarskich i 13,4 tys. praktyk stomatologicznych (odpowiednio: w 2000 r. – 24,0 tys. i 8,1 tys., w 2005 r. – 24,6 tys. i 7,9 tys., w 2009 r. – 28,6 tys. i 9,5 tys.), w których udzielono 40863 tys. porad lekarskich i 13786 tys. porad stomatologicznych (odpowiednio: w 2000 r. – 13791 tys. i 5353 tys., w 2005 r. – 17077 tys. i 7419 tys., w 2009 r. – 36479 tys. i 10392 tys.)¹²⁶.

Ad. 2. Danych takich dostarcza *Diagnoza Społeczna*¹²⁷. Według raportu *Diagnozy* zgodnie z deklaracją gospodarstw domowych w marcu 2011 r. ponad 91% z nich w ciągu ostatniego roku korzystało z placówek ochrony zdrowia opłacanych przez NFZ, ale też prawie połowa z nich korzystała z usług placówek, w których trzeba płacić z własnej kieszeni, i ponad 6% z placówek opłacanych przez pracodawcę, który wykupił abonament lub ubezpieczenie. W porównaniu z poprzednimi latami wzrósł odsetek gospodarstw korzystających z abonamentu. W latach 2007-2011 wzrósł odsetek gospodarstw domowych korzystających z usług placówek, w których trzeba płacić z własnej kieszeni (o ok. 4%) oraz nieznacznie spadł odsetek gospodarstw korzystających z placówek ochrony zdrowia opłacanych przez NFZ (o niecałe 2%)¹²⁸.

W zakresie korzystania z usług opłacanych przez same gospodarstwa istnieje duże zróżnicowanie. Najczęściej korzystają z nich gospodarstwa pracujących na własny rachunek (ponad 70%), małżeństwa z 1 lub 2 dziećmi (ok. 60%), gospodarstwa z dochodem na jednostkę ekwiwalentną powyżej górnego kwartyla (ponad 2/3) i gospodarstwa zamieszkujące największe miasta (60%), a najrzadziej płacą z własnej kieszeni za usługi zdrowotne gospodarstwa rencistów (29%), emerytów (42%), nierodzinne jednoosobowe (34%), gospodarstwa z dochodem poniżej dolnego kwartyla (30%) i gospodarstwa z woj. warmińsko-

¹²⁶ Dane GUS dotyczą całego kraju. Brak specyfikacji dla poszczególnych województw. Por., *Rocznik Statystyczny GUS*, 2011.

¹²⁷ *Diagnoza Społeczna* jest próbą uzupełnienia diagnozy opartej na wskaźnikach instytucjonalnych o kompleksowe dane na temat gospodarstw domowych oraz postaw, stanu ducha i zachowań osób tworzących te gospodarstwa; jest diagnozą warunków i jakości życia Polaków w ich własnym sprawozdaniu, <http://www.diagnoza.com/>.

¹²⁸ Szczegółowe dane: Czapiński J., Panek T., *Social diagnosis 2011. Objective and subjective quality of life in Poland*, Contemporary Economics, Warszawa 2011.

mazurskiego (27%). Z abonamentu korzystają najczęściej gospodarstwa domowe pracowników (11%), małżeństwa z dziećmi (6%-9%) i przede wszystkim mieszkające w największych miastach (17%) i woj. mazowieckim (13%), oraz gospodarstwa z dochodem (14,5%). W przypadku województwa łódzkiego 92,6% gospodarstw domowych zadeklarowało korzystanie z placówek ochrony zdrowia opłacanych przez NFZ, 49,9% z placówek, w których należy finansować świadczenia zdrowotne we własnym zakresie oraz 2,8% z placówek opłacanych przez pracodawcę, w ramach abonamentu lub ubezpieczenia. Jednocześnie 28,3% gospodarstw domowych województwa łódzkiego zadeklarowało pobyt w ostatnim roku w szpitalu¹²⁹.

Odsetek gospodarstw domowych, które w województwie łódzkim zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z wybranych świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebowały wynosi kolejno: (1) zakup leków – 24,7%, (2) leczenie zębów – 27,5%, (3) protezy – 26%, (4) usługi lekarza – 20,8%, (5) badania – 19,3%, (6) rehabilitacji – 27,0%, (7) sanatorium – 41,4%, (8) szpital – 5,3%¹³⁰.

Firmy abonamentowe, komercyjne zakłady ubezpieczeń, firmy assistance i concierge

Firmy abonamentowe to potoczna nazwa prywatnych placówek ochrony zdrowia oferujących świadczenia zdrowotne w postaci tak zwanych abonamentów medycznych¹³¹. Abonament zdrowotny (*Health Service Fee*) określany jest często w literaturze jako indywidualny pakiet zdrowotny, pakiet świadczeń i usług medycznych oferowanych przez placówki ochrony zdrowia na określony czas w zamian za ryczałtową opłatę. Abonamenty skierowane są przede wszystkim do firm i zakładów pracy. Zawierają bardzo szeroki zakres świadczeń medycyny pracy. Do zakupu tego typu usług medycznych zachęcają pracodawców obowiązujące regulacje prawne (pracodawca koszty takiego pakietu, od 1 stycznia 2007r. może zaliczyć do kosztów uzyskania przychodów firmy). Dodatkowo abonamenty zdrowotne mogą wykupywać klienci indywidualni. Z *Diagnozy Społecznej 2010* wynika, że 5% gospodarstw domowych korzysta z prywatnej opieki medycznej w ramach pakietu wykupionego przez

¹²⁹ Czapiński J., Panek T., *Social diagnosis 2011. Objective and subjective quality of life in Poland*, „Contemporary Economics”, Volume 5 Issue 3, Warsaw, September 2011.

¹³⁰ Tamże.

¹³¹ Sikora D., *Usługi, oferta prywatnych placówek ochrony zdrowia*, „Gazeta Prawna” 1953, nr 83.

pracodawcę¹³². Prywatne centra medyczne prowadzą działalność *quasi-ubezpieczeniową* (para-ubezpieczeniową). Zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej tylko zakłady ubezpieczeń są uprawnione do prowadzenia tego typu działalności¹³³. Zakłady ubezpieczeń są jedynie pośrednikiem między ubezpieczonym a wykonawcą usług medycznych. Firmy abonamentowe jednocześnie pełnią obie funkcje. Gwarantują i jednocześnie wykonują określone usługi w zamian za opłacanie składki.

W Polsce pierwsze firmy abonamentowe zaczęły powstawać na początku lat 90 ubiegłego wieku. Obecnie istnieje ponad 150 firm, w tym ok. 20 liczących się na rynku usług medycznych (biorąc pod uwagę liczbę klientów, wykonywanych świadczeń, przychód oraz liczbę placówek współpracujących a przez to zasięg działalności). Według analizy przeprowadzonej przez R. Holly, M. Szczepaniak i in. zakres świadczeń oferowanych przez firmy abonamentowe ewaluje. Na rynku dostępne są nie tylko oferty grupowe i indywidualne, ale także skierowane do konkretnych grup odbiorców na przykład: dziecka, seniora, pracownika, osoby otyłej lub mogą zawierać wyłącznie świadczenia z zakresu diagnostyki, wyłącznie medycyny naprawczej lub obejmować tylko działania ratujące życie. Zakres usług oferowanych w ramach abonamentów jest bardzo szeroki. W każdym z analizowanych abonamentów można znaleźć kilka wariantów cenowych produktu różniących się zakresem ochrony. Oferta skierowana jest zarówno do klienta indywidualnego jak i instytucjonalnego. W proponowanych zakresach leczenia ambulatoryjnego (z wyłączeniem produktów typowo profilaktycznych i zwalczających otyłość) najczęściej powtarzają się:

- konsultacje u lekarzy poz (w tym wizyty domowe) i specjalistów,
- szeroki wachlarz badań laboratoryjnych i diagnostycznych,
- świadczenia medycyny pracy,
- szczepienia ochronne (głównie przeciwko grypie),
- przegląd stomatologiczny,
- przegląd stanu zdrowia,
- świadczenia rehabilitacyjne,
- infolinia medyczna.

¹³² *Diagnoza Społeczna 2010, Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2010.

¹³³ Ustawa z dn. 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2010 nr 11 poz. 66).

Firmy abonamentowe oferują klientom także udział w programach profilaktycznych dostępnych jako dodatkowe opcje do posiadanego abonamentu lub jako osobne produkty skierowane do konkretnych grup odbiorców. Jedną z najbardziej rozbudowanych pod tym względem ofert posiada ARS Medica: program profilaktyki chorób układu krążenia (bezpłatne badania dla osób m. 35 a 55 r.ż.), program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (osoby między 40 a 65 r.ż.), raka szyjki macicy (kobiety między 25 a 59 r.ż.), raka piersi (kobiety między 50 a 69 r.ż.), raka jelita grubego (w zależności od stopnia ryzyka skierowany do osób od 20 do 65 r.ż.). Rzadkością są natomiast świadczenia z zakresu krótkoterminowej hospitalizacji udzielane w ramach tak zwanej chirurgii jednego dnia, czy świadczenia długoterminowej opieki szpitalnej¹³⁴.

Komercyjne zakłady ubezpieczeń

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne to grupa różnych produktów stworzonych na okoliczność finansowania skutków realizacji ryzyka zdrowotnego. Rynek prywatnych ubezpieczeń związanych ze zdrowiem obejmuje: (1) ubezpieczenie kosztów leczenia, (2) ubezpieczenie poważnych zachorowań (w tym ubezpieczenie choroby śmiertelnej), (3) ubezpieczenie kosztów pobytu w szpitalu, ubezpieczenie przebycia operacji, (4) ubezpieczenie uszczerbku na zdrowiu, (5) ubezpieczenie rekonwalescencyjne i rehabilitacyjne, (6) ubezpieczenie na wypadek śmierci, (7) ubezpieczenie pielęgnacyjne¹³⁵. Ubezpieczenia zdrowotne są wyjątkową formą produktu zdrowotnego – jako jedyny z analizowanych form zabezpieczenia zdrowotnego posiada charakter modułowy, gwarantując (oprócz zapewnienia udzielenia świadczeń rzeczowych) wypłatę świadczenia pieniężnego. Większość towarzystw posiada produkty o zasięgu ogólnokrajowym. Zakres usług oferowanych w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych obejmuje: (1) w ramach *leczenia ambulatoryjnego* najczęściej wymieniane są:

¹³⁴ Szczegółowe analizy podaży produktów firm abonamentowych pod względem liczby podmiotów oferujących produkty, liczby i rodzaju oferowanych produktów, zakresu oferowanych świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem budowy modułowego produktu (moduł serwisowy, finansowy, opiekuńczy) wykonał zespół pod kierownictwem R. Holly w składzie: M. Szczepaniak, A. Jacoń, K. Wiktorowicz, A. Bogdańska. Wyniki raportów prezentowane są w: (1) kolejnych tomach czasopisma „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”. Ostatni raport: Holly R., Szczepaniak M., *Kształtowanie się rynkowej oferty prywatnych usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w latach 2005-2010*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2012, tom X.; (2) pozycjach zwartych, np. Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce (perspektywy i kierunki rozwoju)*, Warszawa 2008.

¹³⁵ Szumlicz T. (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, SGH, Warszawa 2005.

konsultacje u lekarzy POZ i specjalistów (takich jak: internista, chirurg, ginekolog lub/i położnik, okulista, pediatra, alergolog, specjalista chorób zakaźnych, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastroenterolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, ortopeda, otolaryngolog, pulmonolog, reumatolog, urolog), teksty diagnostyczne podstawowe i specjalistyczne (rentgenowskie, w tym również mammografia, densytometria, urografia, ultrasonograficzne, czynnościowe (m.in. EKG, ECHO, EEG, audiometria, spirometria z zakresu okulistyki), tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, z zakresu alergologii (testy skórne), badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia), rehabilitacja ambulatoryjna; (2) w zakresie *leczenia szpitalnego*: chirurgia, interna, gastroenterologia, dermatologia, kardiochirurgia (w tym także z zakresu kardiologii inwazyjnej i zachowawczej), urologia i nefrologia, neurologia i neurochirurgia, anestezjologia i intensywna terapia, hematologia, endokrynologia, diabetologia i choroby metaboliczne, położnictwo i ginekologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia, otolaryngologia, hepatologia, reumatologia. Ponadto, w ramach leczenia szpitalnego zapewnia się pacjentom komfortowe warunki pobytu w szpitalu; (3) świadczenia *medycyny pracy* (najczęściej w opcjach grupowych): badania wstępne, kontrolne, okresowe, wizytacja stanowisk pracy, poradnictwo dla pracowników, którzy cierpią na choroby zawodowe, analizy stanu zdrowia pracowników, wystawianie zaświadczeń o stanie zdrowia lub niezdolności do pracy; (4) *badania laboratoryjne*: biochemiczne, enzymatyczne, moczu i kału, serologiczne, immunologiczne, hormonalne, histopatologiczne, bakteriologiczne (w tym posiewy, antybiogram), wirusologiczne, mykologiczne, z zakresu hematologii i układu krzepnięcia, diagnostyka chorób tarczycy i cukrzycy, markery nowotworowe, cytologia¹³⁶. Oferty firm ubezpieczeniowych w swych podstawowych wariantach zazwyczaj proponują ich nabywcom takie usługi, jakie można

¹³⁶ Szczegółowe analizy podaży produktów komercyjnych zakładów ubezpieczeń pod względem liczby podmiotów oferujących produkty, liczby i rodzaju oferowanych produktów, zakresu oferowanych świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem budowy modułowej produktu (moduł serwisowy, finansowy, opiekuńczy) wykonał zespół pod kierownictwem R. Holly w składzie: M. Szczepaniak, A. Jacoń, K. Wiktorowicz, A. Bogdańska. Wyniki kolejnych raportów prezentowane są w: (1) kolejnych tomach czasopisma „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management”. Ostatni raport: Holly R., Szczepaniak M., *Kształtowanie się rynkowej oferty prywatnych usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w latach 2005-2010*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2012, tom X; (2) pozycjach zwartych, np. Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce (perspektywy i kierunki rozwoju)*, Warszawa 2008.

uzyskać w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Produkty firm *assistance i concierge* zawierają: natychmiastową pomoc medyczną (w tym przede wszystkim stomatologiczną), organizację zakupu i dowozu leków (bez ich kosztów), organizację procesu rehabilitacyjnego (w tym wizyt u specjalisty, sprzętu oraz transportu do i z placówki), a w przypadku zdarzeń za granicą zapewniają: tłumacza, opiekę nad dziećmi, konsultanta medycznego, transport do kraju, pomoc administracyjną i prawną.

Podsumowanie

Analiza podaży produktowej ochrony zdrowia ma przede wszystkim służyć praktyce – konstruowaniu strategii rozwoju i podejmowaniu skutecznych działań operacyjnych. Celem niniejszego opracowania była analiza źródeł danych dotyczących zaopatrzenia w świadczenia zdrowotne dostępne na terenie województwa łódzkiego i ocena, w jakim stopniu obok danych epidemiologicznych czy demograficznych również te informacje można wykorzystać przy planowaniu strategicznym opieki zdrowotnej.

Najważniejsze utrudnienia istniejących źródeł danych o ofercie świadczeniodawców publicznych to¹³⁷:

- redundancja danych – często te same dane są w różnych rejestrach, a nawet bardzo zbliżone rejestry są prowadzone przez dwa różne podmioty,
- niespójność danych pomiędzy różnymi rejestrami – te same dane w różnych rejestrach mogą być różne (np. zmiana adresu nie jest automatycznie uaktualniana we wszystkich rejestrach, w których ten adres występował itd.),
- brak współpracy z rejestrami referencyjnymi – generalnie rejestry nie odwołują się do bazowych rejestrów referencyjnych (Pesel, Teryt, KRS),
- brak współpracy pomiędzy rejestrami w ochronie zdrowia – rejestry medyczne nie korzystają z informacji źródłowych, już istniejących w innych rejestrach medycznych,

¹³⁷ Oleński J., *Nowoczesna infrastruktura informacyjna podstawą taniego i przyjaznego państwa obywatelskiego. Program reformy infrastruktury informacyjnej państwa i strategii informatyzacji sektora publicznego*, dokument MSWiA, Warszawa 2005; Frączkowski K., *Czynniki krytyczne powodzenia projektów e-Zdrowie w kontekście projektów centralnych i regionalnych*, CSIOZ MZ, Warszawa 2012.

- brak jednolitego modelu danych – rejestry medyczne nie korzystają z jednolitego modelu danych,
- brak standardów komunikacyjnych – nie ma wypracowanych i narzuconych standardów komunikacyjnych między systemami teleinformatycznymi pracującymi w ochronie zdrowia,
- brak struktury i zależności pomiędzy rejestrami w ochronie zdrowia.

Literatura cytowana

1. Białyński-Birula P., *Zmiany w systemie funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2006.
2. Bloom G., Standing H., Lloyd R., *Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts*, „Social Science & Medicine” 2009, 6 (10), s. 2076-2087.
3. Bratek S., Fedorowski J.J., *Marketing usług zdrowotnych*, [w:] Fedorowski J.J., Niżankowski R. (red.), *Ekonomika medycyny. Kompendium dla lekarzy i studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
4. Bywalec C., Rudnicki L., *Podstawy ekonomiki konsumpcji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1999.
5. Czapiński J., Panek T., *Social diagnosis 2011. Objective and subjective quality of life in Poland*, Contemporary Economics, Warsaw 2011.
6. *Diagnoza Społeczna 2010, Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2010.
7. *Działalność zakładów lecznictwa zamkniętego województwa łódzkiego*, I półrocze 2012 Łódź, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, październik 2012.
8. Frączkowski K., *Czynniki krytyczne powodzenia projektów e-Zdrowie w kontekście projektów centralnych i regionalnych*, CSIOZ MZ, Warszawa 2012.
9. Gilligan C., Lowe R., *Marketing and Health Care Organization*, Radcliffe Medical Press, Alingdon, New York 1995.
10. Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowad Ch., Włodarczyk C.W., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty Case 2002, nr 53.
11. Govington L., *A Reporter's toolkit: Health care costs, An Alliance for Health Reform Toolkit*, Produced with support from the Robert Wood Johnson Foundation, <http://www.allhealth.org>.

12. Hass-Symotiuł M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonani szpitala*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
13. *Health care reform's continuing uncertainty*, Business Insurance, <http://www.businesinsurance.com>.
14. Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce – diagnoza stanu w połowie roku 2007 oraz perspektywy i kierunki rozwoju*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa, sierpień 2007.
15. Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce (perspektywy i kierunki rozwoju)*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa, grudzień 2008.
16. Holly R., Szczepaniak M., *Kształtowanie się rynkowej oferty prywatnych usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w latach 2005-2010*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2012, tom X.
17. Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong W., *Marketing, podręcznik europejski*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002.
18. Levitt T., *Marketing success through differentiation – of anything*, Harvard Business Review, Januwarj-February 1980.
19. Lovelock Ch., *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, „Journal of Marketing” 1983, 47(3), s. 9-20.
20. Lovelock Ch., Wirtz J., *Services Marketing. People, technology, strategy*, 5th edition, Prentice Hall 2004.
21. *Module 4: Identifying Supply of Health Services*, Unite For Sight Report, <http://www.uniteforsight.org>.
22. Musiałowicz A., Stępień J., *Ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych – analiza potencjalnych przyczyn*, „Antidotum. Zarządzanie w opiece zdrowotnej” 2000, nr 9.
23. Oleński J., *Nowoczesna infrastruktura informacyjna podstawą taniego i przyjaznego państwa obywatelskiego. Program reformy infrastruktury informacyjnej państwa i strategii informatyzacji sektora publicznego*, dokument MSWiA, Warszawa 2005.
24. *Rocznik Statystyczny*, GUS, 2011.
25. Rosenstock I. M., *Why People Use Health Services*, „Milbank Quarterly”, 83(4), s. 515-937.
26. Rudawska I., *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
27. Sikora D., *Usługi, oferta prywatnych placówek ochrony zdrowia*, „Gazeta Prawna” 1953, nr 83.
28. Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
29. Szumlicz T. (red.), *Spółeczne aspekty ubezpieczenia*, SGH, Warszawa 2005.

30. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2010 nr 11 poz. 66).
31. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
32. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
33. Wilkinson R., Marmot M. (ed.), *Social determinants of health. The solid facts*, 2nd edition, WHO 2003.

Rozdział 6.

Planowanie infrastruktury w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych jednym z warunków reformowania systemu opieki zdrowotnej

Wprowadzenie

Podjęcie działań reformatorskich jest wynikiem krytycznej oceny stanu obecnego i/lub przewidywania przyszłych zagrożeń. Oba te zjawiska mogą występować równocześnie: zła sytuacja obecna i antycypowanie pojawienia się nowych problemów, wymagających odpowiedniego przygotowania niezbędnych zasobów opieki zdrowotnej. Reformę można określić jako szeroko rozumiane „planowanie zmian” w systemie opieki zdrowotnej.

Planowanie, czyli tworzenie planu (lub planów) polega na świadomym ustalaniu kierunków działania oraz podejmowaniu decyzji opartych na celach, faktach i dobrze przemyślanych ocenach¹³⁸. Z powodu złożoności systemów ochrony zdrowia, specyficznych powiązań funkcjonalnych pomiędzy elementami, dużej wrażliwości tej sfery społecznej planowanie w opiece zdrowotnej powinno odbywać się w drodze **wieloetapowych, wielopodmiotowych uzgodnień** z zastosowaniem **procedur: konsultacji, współpracy i współdecydowania**¹³⁹.

Planowanie w opiece zdrowotnej jest wynikiem podejmowania interwencji publicznych (państwo jako podmiot regulujący)¹⁴⁰ i akceptowania mechanizmów rynkowych, które mają liczne ograniczenia¹⁴¹. Dlatego w opiece zdrowotnej można mówić o: a) pełnym planowaniu, b) planowaniu

¹³⁸ Barrow C., 1992 [za:] Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 179.

¹³⁹ Nowa polityka regionalna Unii Europejskiej wskazuje na terytorialny wymiar procesów rozwojowych i konieczność tworzenia układów terytorialno-funkcjonalnych, których głównym celem powinno być, a) zredukowanie trwałej nieefektywności i b) trwałego wykluczenia społecznego (raport Fabrizio Barca).

¹⁴⁰ Saltman R.B., *Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems*, „Social Science and Medicine” 2002, 54(11), s. 1677-1684.

¹⁴¹ Bednarczyk M., *Organizacje publiczne. Zarządzanie konkurencyjnością*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 2011, s. 11-17.

adaptacyjnym, c) rynku planowanym, d) rynku regulowanym i e) wolnym rynku (który w krajach rozwiniętych z powodu licznych regulacji praktycznie nie istnieje)¹⁴². Ograniczenia mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej¹⁴³, niedoskonała konkurencja i niespełnianie kryteriów efektywności rynków, wynikające z zasad funkcjonowania nowoczesnego państwa regulowanego licznymi aktami prawnymi powodują, że można mówić o „nieefektywnym rynku” i „nieefektywnym państwie”¹⁴⁴.

Zgodnie z teorią nauk o zarządzaniu planować można jedynie to, na co ma się wpływ. Przyszłe zdarzenia, pozostające poza kontrolą planującego, można przewidywać lub prognozować. Planowanie zasobów opieki zdrowotnej, które odnosi się do przyszłych zjawisk demograficznych i epidemiologicznych spełnia kryteria prognozowania. Istnieje wiele metod i narzędzi stosowanych w prognozowaniu opieki zdrowotnej¹⁴⁵. Mapy potrzeb zdrowotnych stanowią jedno z takich narzędzi, które na podstawie oceny obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i epidemicznej społeczeństwa w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury ma wskazać obszary wymagające podjęcia określonych decyzji i działań. W tym aspekcie planowanie ma związek z trudnymi wyborami, a mapy potrzeb zdrowotnych mają stanowić wsparcie procesu decyzyjnego i usprawnić przeprowadzenie zmian.

Decyzje w opiece zdrowotnej należą do najtrudniejszy wyborów społecznych, gdyż¹⁴⁶:

¹⁴² Saltman R.B., von Otter C., *Planned Market and Public Competition*, Open University Press, Bristol, PA 1992.

¹⁴³ Mechanic wskazywał na liczne powody ograniczenia mechanizmów rynkowych w sektorze zdrowotnym, w tym, asymetrię informacji, trudności w dostępie do informacji, niepewność co do rezultatów podjętych działań, normy postępowania medycznego (dokończenie działań), relację pełnomocnictwa, ryzyko trudne do ubezpieczenia, nieregularny i nieprzewidywalny popyt oraz efekty zewnętrzne (Mechanic D., *Medical Sociology*, London 1978).

¹⁴⁴ Barr N., *The Welfare State As Piggy Bank, Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*, Oxford University Press, Oxford 2001, s. 51-52.

¹⁴⁵ Astolfi R., Lorenzoni L., Oderkirk J., *A Comparative Analysis Health Forecasting Methods*, *OECD Health Working Paper*, No. 59/2012, OECD Publishing.

¹⁴⁶ Saryusz-Wolska H., *Pozyskiwanie, wykorzystanie i ochrona informacji niezbędnych do podejmowania decyzji w ochronie zdrowia [w:] Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2008, s. 237-251.

- Zachowanie zdrowia i życia stanowi fundamentalną wartość, decydującą o poczuciu bezpieczeństwa obywateli (decyzje dotyczą wrażliwej sfery życia społecznego).
- Zaopatrzeniowy system ochrony zdrowia przeżywa poważny kryzys organizacyjny i finansowy, wymagający radykalnych zmian i nowych regulacji państwowych (decyzje nieuchronne i radykalne, do których często nie jesteśmy społecznie przygotowani).
- W systemie ochrony zdrowia występują liczne konflikty interesów, w tym organów założycielskich, świadczeniodawców publicznych i prywatnych, płatnika, grup społecznych i pracowniczych (decyzje wymagają negocjacji i konsensusu).
- Decyzje podejmowane są na różnych szczeblach, przez różne podmioty i gremia (decyzje wymagają koordynacji i kooperacji).
- Decyzje obarczone są znacznym stopniem ryzyka i niepewności.

Reforma jako planowanie zmian w systemie ochrony zdrowia

Reformowanie systemu ochrony zdrowia jest złożonym procesem trwającym wiele lat, w praktyce permanentnym. W literaturze podaje się wiele definicji i określeń reformy: „trwała (*sustained*) i celowa zmiana”¹⁴⁷, „złożone zmiany, współzależne, zamierzone i niezamierzone, zarówno spójne jak i konfliktowe wobec siebie”¹⁴⁸. Wg R.B. Seltmana reforma sektora zdrowotnego nie jest funkcją liniową. Przeciwnie, jest ona realizowana na wielu szczeblach decyzyjnych i wykonawczych, a złożone procesy i działania realizowane są w różnym tempie i z różnym powodzeniem”¹⁴⁹. Wydaje się, że pojęcie „trwałości” reformy jest względne, tzn. rozwiązania, które były korzystne

¹⁴⁷ Berman P., *Health sector reform: making health development sustainable*, „Health Policy” 1995, 32(13), s. 13-28.

¹⁴⁸ Cribb A.A.: *Turn for the Better? Philosophical Issues in Evaluating Health Care Reform*, [w:] *Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform* ed. by D. Seedhouse, John Wiley&Son, Chichester 1995, s. 171-182, [za:] Włodarczyk C.W., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 20-21.

¹⁴⁹ Saltman R.B., Figueras J., *Analyzing the evidence on European health care reforms*, „Health Affairs” 1998, 17(2), s. 85-108; Saltman R.B., *The Western European Experience with Health Care Reform*, European Observatory on Health Care Reforms, 2002.

w przeszłości, dziś nie odpowiadają potrzebom i możliwościom zarówno społeczeństw, jak i władzy, która je reprezentuje.

Mimo, iż przesłanki i fundamenty reform leżą w „teraźniejszych” problemach i możliwościach, ich skutki zawsze dotyczą bliższej lub dalszej przyszłości. Stąd ten niejako naturalny związek reform z myśleniem w kategoriach „planowania zmian” w systemie ochrony zdrowia. Innym aspektem reform jest podejmowanie decyzji, czyli dokonywanie wyborów o określonych skutkach. Każdy plan po wdrożeniu wymaga monitorowania, kontroli efektów i zwykle podejmowania działań korygujących. Żadna reforma na dłuższą metę nie jest zadowalająca. Działania, które na podstawie słusznych przesłanek i w „słusznej sprawie” podejmowane były w przeszłości, dziś mogą być zdecydowanie niesatysfakcjonujące i wymagać istotnych zmian.

Jako podstawowy cel reformowania systemów zdrowotnych podaje się odpowiedni i sprawiedliwy dostęp obywateli do opieki zdrowotnej oraz poprawę efektywności ekonomicznej w stali mikro i makro¹⁵⁰. Problemem dla systemów zdrowotnych jest sprostanie rosnącemu popytowi na usługi medyczne oraz nasilającej się dysproporcji pomiędzy potrzebami i oczekiwaniami pacjentów, a możliwościami finansowania ochrony zdrowia¹⁵¹. Efektywność w opiece zdrowotnej to możliwość oceny (w jednostkach pomiaru niefinansowych i finansowych) rezultatów (*outcomes*) interwencji medycznych, rozumianych jako „produkt, produkcja – usług leczniczych” (*output*)¹⁵².

Wydaje się, iż obecnie reformy systemów ochrony zdrowia zmierzają głównie w kierunku: (1) planowania i koordynowania opieki zdrowotnej przez rozszerzanie regulacji państwowych¹⁵³, (2) poprawy efektywności przez zmianę zasad wyceny procedur medycznych¹⁵⁴ i próbę płacenia za wyniki¹⁵⁵.

¹⁵⁰ Włodarczyk C.W.: *Reformy...*, *op.cit.*, s. 48.

¹⁵¹ Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter M.P., *Strategic Management of Health Care Organizations* 6th Edition. Jossey-Bass, Wiley&Sons, Chichester, West Sussex, England 2008, s. 37-39.

¹⁵² Lighter D.E., *Advanced Performance Improvement In Health Care. Principles and Methods*, Jones and Bartlett Publ, Sudbury, 2011, s. 412.

¹⁵³ Saltman R.B., Duran A., *Governance, Government and the Search for New Provider Models*, „International Journal of Health Policy and Management” 2015, 5(1), s. 33-42.

¹⁵⁴ Conrad D.A., Vaughn M., Grembowski D., Marcus-Smith M., *Implementing Value-Based Payment Reform: A Conceptual Framework and Case Examples*, „Medical Care Research and Review” 2015, 5 (13). Conrad D.A., *The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care*, „Health Services Research Journal” 2015, 9.

Mapy potrzeb zdrowotnych jako narzędzie planowania opieki zdrowotnej

Mapy potrzeb zdrowotnych są narzędziem funkcjonującym w wielu krajach, od wielu lat, choć używa się różnych nazw¹⁵⁶. Podstawowym celem map jest geograficzne ukazanie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i epidemicznej społeczeństwa w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury, aby wskazać obszary wymagające podjęcia określonych działań i wesprzeć procesy decyzyjne.

Historia tworzenia map sięga lat 90-tych, kiedy we Francji w 1994 r. wprowadzono regionalne plany organizacji sanitarnej (SROS – *Schémat Regional d'Organisation Sanitaire*)¹⁵⁷. Obecnie realizowana jest „czwarta generacja” planów i od utworzenia Regionalnych Agencji (ARS-*Agence Régionale de Santé*¹⁵⁸) używa się nazwy „SROS-PRS” – *Schéma Régional d'Organisation des Soins-Projet Regional de Santé*. Przy licznych regulacjach centralnych regionom dano znaczną autonomię, dlatego można porównać stosowanie różnych metod planowania w poszczególnych regionach Francji.

Innym przykładem są plany krajowe (ÖSG – *Österreichischer Strukturplan Gesundheit*) i regionalne (RSG – *Regionaler Strukturplan Gesundheit*) tworzone w Austrii od 2006 r.¹⁵⁹. Przywołanie tych dwu krajów wiąże się z konsultacjami,

¹⁵⁵ De Bruin S.R., Baan C.A., Struijs J.N., *Pay-for-performance in disease management: a systematic review of literature*, „Health Services Research Journal” 2011, 14 (11), s. 272.; Eijlenaar F., Emmert M., Scheppach M., Schöffski O., *Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews*. „Health Policy” 2013, 110(2-3), s. 115-30.

¹⁵⁶ Np. we Francji używana jest nazwa „SROS-Schéma Régional d'Organisation des Soins”, a obecnie „SROS PRS-Schéma Régional d'Organisation des Soins-Projet Regional de Santé”, w Austrii „ÖSG-Österreichischer Strukturplan Gesundheit” lub „RSG – Regionaler Strukturplan Gesundheit”, WHO określa „map lub mapping” oraz współorganizuje narzędzie informatyczne jakim jest *Geographical Information Systems (GIS)*.

¹⁵⁷ <http://ecosante.fr/FRANFRA/>

¹⁵⁸ ARS – Regionalne Agencje Zdrowia zostały powołane w 2009 r. w celu koordynacji opieki zdrowotnej w Regionie oraz poprawy efektywności i przejrzystości sposobu organizacji i finansowania usług zdrowotnych. W skład ARS wchodzi, np. dyrekcje regionalne i departamentalne wydziałów zdrowia i opieki społecznej, regionalna agencja szpitalnictwa, grupy regionalne zdrowia publicznego, dyrekcja regionalna opieki zdrowotnej, unia regionalna kas ubezpieczenia zdrowotnego (URCAM) i związki innych ubezpieczycieli (CRAM, MSA, RSI), <http://www.ars.sante.fr/Presentation generale.89790.199>.

¹⁵⁹ <http://www.gesundheit.gv.at> i <http://bmg.gv.at> (dostęp: 21.12.2015r.).

jakie były prowadzone w ramach projektu europejskiego, koordynowanego przez Ministerstwo Zdrowia w Polsce¹⁶⁰ z organizacjami opracowującymi mapy potrzeb zdrowotnych we Francji i Austrii.

W Polsce zostało wydane Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2015, poz. 458), które jest jednym z narzędzi analizy funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w krajach UE i warunkiem uruchomienia środków finansowych z nowej perspektywy na lata 2014-2020. Obowiązek tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych dla planowania inwestycji w ochronie zdrowia wynika z ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2014.619).

Mapy potrzeb zdrowotnych składają się z: a) analizy demograficznej i epidemiologicznej, b) analizy stanu i wykorzystania zasobów oraz c) prognoz potrzeb zdrowotnych. Analiza stanu i wykorzystania zasobów zawiera m.in.: liczbę świadczeniodawców, łóżek szpitalnych, liczbę udzielonych świadczeń, wykorzystanie łóżek i aparatury, średni czas pobytu w szpitalu i czas oczekiwania na hospitalizację, zasoby kadrowe i migrację pacjentów pomiędzy powiatami i regionami. Prognoza potrzeb zdrowotnych zawiera m.in.: liczbę ludności, strukturę ludności według wieku i płci, prognozę zachorowalności¹⁶¹, liczbę zgonów i urodzeń, zapotrzebowania na świadczenia i łóżka szpitalne oraz analizę wrażliwości. Pierwsze edycje map zawierają jedynie analizę leczenia szpitalnego i będą częściej konsultowane z wojewodą w celu szybszego reagowania na pojawiające się trudności (korekty map).

Planując zasoby ludzkie w regionie należy poddać analizie: rozkład terytorialny lekarzy w Polsce (porównania regionalne i rozkład wewnątrz regionów, przy znacznej mobilności personelu medycznego), migracje lekarzy i pielęgniarek (migracje międzynarodowe i międzyregionalne), strukturę według wieku i płci, produktywność personelu medycznego, wieloletowość i zmiany formy zatrudnienia (zatrudnienie kontraktowe). Wskaźniki demograficzne i epidemiologiczne wskazują na przyszłe znaczne niedobory personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

¹⁶⁰ <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl>

¹⁶¹ Np. w onkologii przyjmuje się stałe wskaźniki zachorowalności w grupach wiekowych.

Obecnie opracowywane mapy są sporządzane w oparciu o ogólnopolskie i regionalne dane sprzed dwu lat, co wynika z nadal długiego okresu sprawozdawania wielu danych. W przyszłości analizy będą uwzględniały bardziej aktualne dane. Pierwsze dwie edycje map na lata 2016-2018 (publikacja do 01.04.2016) i 2019-2021 (publikacja do 31.05.2018) przygotowuje Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Oddziałami Wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), konsultując z wojewodami. Po 2021 r. mapy potrzeb zdrowotnych będą przygotowywane w regionach przez Wojewódzkie Rady ds. potrzeb zdrowotnych.

W latach 2014-2015 w Wydziale Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia był realizowany projekt systemowy "Efektywne działanie przez mapowanie – kardiologia i onkologia – Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez wsparcie procesu tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych jako narzędzia usprawniającego procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia – szkolenia z zakresu szacowania potrzeb zdrowotnych" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i koordynowany przez Ministerstwo Zdrowia¹⁶².

Projekt był odpowiedzią na potrzeby zwiększenia wiedzy i umiejętności posługiwania się technikami i metodami ekonometrycznymi wśród personelu zarządczego opieki zdrowotnej przy tworzeniu map potrzeb zdrowotnych. Korzystanie z map będzie szczególnie pomocne w podejmowaniu i weryfikacji przyszłych decyzji zarządczych w regionach. Przeprowadzone szkolenia i spotkania konsultacyjne kadry zarządczej szpitali, dysponentów środków publicznych oraz przedstawicieli administracji publicznej stanowią wsparcie merytoryczne przyszłych decydentów kształtujących zmiany strukturalne i funkcjonalne podmiotów leczniczych. Racjonalizacja alokacji ograniczonych zasobów systemu ochrony zdrowia w zakresie infrastruktury i personelu medycznego wiąże się z pozytywnym wpływem na jakość i efektywność udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Powstanie platformy e-learningowej, z której mogą korzystać w codziennej pracy decydenci jest kolejnym efektem przeprowadzonego projektu. Szerokie udostępnienie analiz na platformie powinno istotnie poprawić komunikację pomiędzy poszczególnymi interesariuszami systemu ochrony zdrowia. Oparcie dyskusji i rekomendacji na twardych danych i analizach ma istotny wpływ na

¹⁶² www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl (dostęp: 21.12.2015r.).

podejmowane i prowadzone zmiany systemowe. Przyszłość i praktyka pokaże, na ile efekty projektu będą przydatne, trwałe i rozwojowe.

Podstawowy planowania infrastruktury w opiece zdrowotnej

a. Ogóle zasady planowania infrastruktury w opiece zdrowotnej

Plan powinien być: a) celowy, b) wykonalny (przy dostępnych środkach i w określonych warunkach osiągnięcie celu jest prawdopodobne), c) zgodny wewnętrznie, d) operatywny, e) elastyczny, f) odpowiednio ograniczony pod względem szczegółowości, g) długodystansowy, h) terminowy, i) kompletny oraz j) racjonalny (tzn. uwzględniać możliwie wszystkie związki przyczynowo-skutkowe)¹⁶³. Istotną cechą planu jest jego celowość i wykonalność. Cele i priorytety podejmowanych działań stanowią domenę polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego, a wykonalność – nauk o zarządzaniu i ekonomii. Ważną cechą planów, szczególnie w burzliwym otoczeniu jest elastyczność i adaptacyjność oraz tworzenie różnych, najbardziej prawdopodobnych scenariuszy.

Choć w realnych sytuacjach mamy często do czynienia z przepaścią pomiędzy teorią i praktyką, należy z całą stanowczością pamiętać o prakseologicznych zasadach planowania.

b. Cele i zadania opieki zdrowotnej

W opracowaniach międzynarodowych jako cele zmian w organizacji opieki zdrowotnej wymienia się: a) poprawę efektywności i kontrolę kosztów oraz b) sprawiedliwość i zmniejszanie nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej¹⁶⁴.

Cele podejmowanych działań można rozpatrywać w dwu aspektach, jako: a. rodzaj „międzynarodowego standardu” charakteryzującego współczesne systemy zdrowotne¹⁶⁵ oraz b. wynik decyzji i wyborów dotyczących funkcjonowanie systemu.

¹⁶³ Kotarbiński T., *Traktat o dobrej robocie*, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1965.

¹⁶⁴ Joumard I., André C., Nicq C., *Health Care Systems Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Paper, No. 769/2010, OECD Publ.

¹⁶⁵ White J., *Competing Solution, American Health Care Proposal and International Experience*, Brookings, Washington D.C. 1995, s. 271.

Cele i zadania systemu opieki zdrowotnej muszą być realizowane zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym. Szczególną rolę przypisuje się regionowi jako jednostce funkcjonalno-terytorialnej, w której powinno realizować się potrzeby zdrowotne. Obecnie panuje opinia, iż najwłaściwszym sposobem realizowania polityki zdrowotnej jest zachowanie roli państwa jako regulatora systemu ochrony zdrowia¹⁶⁶, natomiast regiony powinny zgodnie z określonymi centralnie zasadami odpowiadać za zapewnienie mieszkańcom odpowiedniej ilościowo, rodzajowo i jakościowo puli usług zdrowotnych. WHO wymienia następujące cele systemów zdrowotnych: objęcie całej populacji, sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej, zapewnienie dostępu do co najmniej podstawowej opieki zdrowotnej, wspieranie podstawowej opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym, zapewnienie dostępu do specjalistycznej opieki zdrowotnej, wspieranie innych sektorów współdziałających z opieką zdrowotną, kształcenie społeczności lokalnych i lokalnych pracowników zdrowia, właściwe planowanie i zarządzanie zasobami opieki zdrowotnej (kadry, środki finansowe), koordynowanie na różnych poziomach całego procesu udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁶⁷.

c. Potrzeby zdrowotne jako podstawa planowania zasobów opieki zdrowotnej

Typowym podejściem do planowania infrastruktury opieki zdrowotnej jest określenie przyszłych potrzeb i dostosowanie ich do nich oferty świadczeń zdrowotnych. WHO podaje definicję potrzeb zdrowotnych, wśród których wyróżniamy potrzeby zdrowotne ujawnione i nieujawnione. Potrzeby ujawnione zwykle odpowiadają popytowi na usługi medyczne. Można mówić o: a) potrzebach zdrowia (nieograniczonych, mających charakter pewnej utopijnej idei) i b) potrzebach opieki zdrowotnej (satysfakcjonującym dostępem do usług medycznych).

Powszechnie panuje pogląd, że starzejące się społeczeństwo, konsumuje więcej usług medycznych, a rozwój technologii i nowych metod leczniczych dodatkowo potęguje popyt na te usługi¹⁶⁸. Wieloletnie projekcje dotyczące

¹⁶⁶ Saltman R.B., Duran A., *Governance, Government, and the Search for New Provider Models*, „International Journal Health Policy Management” 2015, 5(1), s. 33-42.

¹⁶⁷ Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 32-33.

¹⁶⁸ Oxley H., *Policies for Healthy Aging, An Overview*, *OECD Health Working Paper*, No. 42/2010, OECD Publ.

rosnących wydatków na opiekę zdrowotną¹⁶⁹ każą zmodyfikować i urealnić podejście do planowania zasobów opieki zdrowotnej i oparcia ich nie tylko na analizie potrzeb, a w głównej mierze możliwościach finansowania i wymiernych korzyściach dla chorego. Przykładem może być zmiana sposobu wyceny usług zdrowotnych (VBP-*value-based payment*¹⁷⁰). Inną koncepcję planowania zmian w opiece zdrowotnej oddaje stosowanie zamiast terminu „*management in health care*” (zarządzanie) – „*governance in health care*” („współzarządzanie”), co ma podkreślić udział wielu partnerów publicznych, prywatnych i społecznych w podejmowaniu trudnych decyzji oraz konieczność współpracy i współdecydowania o alokacji coraz bardziej ograniczonych zasobów.

Istnieje wiele metod planowania zasobów w oparciu o ujawnione i nieujawnione potrzeby zdrowotne¹⁷¹, przy czym widoczne są różnice w podejściu do problemu w krajach rozwiniętych, o odpowiednio wysokich dochodach i krajach o niskich dochodach ludności. W Polsce ocena potrzeb obarczona może być błędem, wynikającym z faktu, że konsumpcja jest silnie warunkowana dostępnością do usług finansowanych przez publicznego płatnika (NFZ). Elektroniczna identyfikacja ubezpieczonych oraz analizy np. korzystania ze świadczeń zdrowotnych, list oczekujących na świadczenia, drogi pacjenta w systemie pozwolą na urealnienie oceny popytu. Również działalność Rady ds. Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji¹⁷² i zmiana wyceny wielu procedur medycznych istotnie wpłynie na zmiany strukturalne i funkcjonalne systemu ochrony zdrowia w Polsce.

d. Dostępność jako przesłanka planowania zasobów opieki zdrowotnej

Poprawę dostępności do usług medycznych podaje się jako jeden z celów planowania zasobów opieki zdrowotnej. Dostępność do opieki zdrowotnej

¹⁶⁹ Patrz. Scherer P., Deveax M., *The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis, An Analysis Based on the OECD Data, OECD Health Working Paper*, No. 49/2010, OECD Publishing.

¹⁷⁰ Conrad DA, Vaughn M, Grembowski D, Marcus-Smith M., *Implementing Value-Based Payment Reform: A Conceptual Framework and Case Examples*, „Medical Care Research and Review” 2015, 5, s. 13.; Conrad D.A., *The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care*, „Health Services Research” 2015, 9.

¹⁷¹ *Resources allocation, weighted capitation formula*, 6th edition, 12 Dec 2008 (raport dostępny na www.dh.gov.uk/allocation).

¹⁷² Sprawozdania z posiedzeń Rady dostępne na <http://aotm.gov.pl>.

określa się jako wskaźnik ilości, rodzaju i miejsca świadczeń zdrowotnych w stosunku do potrzeb zdrowotnych.

Opieka zdrowotna jest dostępna dla pacjenta, jeśli może on w dogodnym czasie i miejscu otrzymać dobre jakościowo (zgodną ze standardami medycyny opartej na faktach – *evidence-based medicine*) świadczenia zdrowotne. Dostępność można analizować jako: a) terytorialną, b) organizacyjną (np. godziny pracy poradni, możliwość rejestracji przez telefon czy Internet), c) kosztową (np. odpłatność za leki).

W opracowaniach europejskich¹⁷³ wyróżnia się: a) dostępność (*access*) – formalne uprawnienie do opieki zdrowotnej wynikające z regulacji prawnych¹⁷⁴ i b) osiągalność (*availability*) – realną możliwość skorzystania z usług medycznych.

W mapach potrzeb zdrowotnych można analizować różne aspekty dostępności oraz dynamikę zmian (poprawa lub pogorszenie), np: czas oczekiwania na procedury medyczne, odmowy przyjęć do szpitala, czas dojazdu do szpitala lub poradni, rezygnację z zakupu leków czy migracje pacjentów.

e. Efektywność jako istotna przesłanka planowania zasobów opieki zdrowotnej

Efekty zdrowotne są wypadkową wielu czynników¹⁷⁵, w tym odpowiedniego zaplanowania i wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej¹⁷⁶. Istnieje wiele prostych i złożonych wskaźników charakteryzujących opiekę zdrowotną (*health care*)¹⁷⁷. Jednym z najistotniejszych problemów planowania

¹⁷³ Raport (praca zbiorowa), *Poland, Health system review*, „Health Systems in Transitions” 2011, 13(8), s. 1-193; Boyle S., *United Kingdom (England), Health system review*, „Health Systems in Transition” 2011, 13(1), s.1-486; Joumard I., André C., Nicq C., *Health Care Systems Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Paper, No. 769, OECD Publ., Paris 2010.

¹⁷⁴ Zgodnie z obowiązującym prawem (ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych) w Polsce istnieje powszechny dostęp do opieki zdrowotnej.

¹⁷⁵ Burns L.B., Bradley E.H., Weiner B.J., *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management, Organization Design and Behavior*, Delmar, Clifton Park, NY 2006, s. 13.

¹⁷⁶ Joumard I., André C., Nicq C., Chatal O., *Health Status Determinants, Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency*, OECD Economics Department Working Paper, No. 627, OECD Publ., Paris 2008.

¹⁷⁷ Joumard I., André C., Nicq C., *Health Care Systems Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Paper, No. 769/2010, OECD Publ., s. 28-29 i 48; Drösler S., Romano P., Wei L., *Health Care Quality Indicators Project, Patient Safety Indicators*

zmian w systemie staje się efektywność (*efficiency, performance*) podejmowanych działań, która jest funkcją skuteczności (*effectiveness*), rozumianej jako stopień realizacji celu i nakładów¹⁷⁸.

W raporcie AHRQ z 2008 r.: „*Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*” przyjęto definicję efektywności jako „związek pomiędzy specyficznym dla systemu opieki zdrowotnej produktem (*output*) a zasobami użytymi do wytworzenia tego produktu (*inputs*)”. Określenie „specyficzny produkt” wymaga doskonałej znajomości aspektów klinicznych i organizacyjnych współczesnej medycyny. Aby dokonać oceny efektywności zaproponowano typologię uwzględniającą: a) perspektywę (kto ocenia efektywność, kto jest oceniany i jaki jest cel oceny), b) produkt (jaki rodzaj produktu podlega ocenie), c) nakłady (jakie zasoby są zaangażowane w wytworzenie produktu).

Efektywność w opiece zdrowotnej to możliwość oceny (w jednostkach pomiaru finansowych i niefinansowych) rezultatów (*outcomes*) interwencji medycznych, rozumianych jako „produkt, produkcja – usług leczniczych” (*output*)¹⁷⁹.

Ocena efektywności powinna uwzględniać poziomy organizacyjne opieki zdrowotnej i ich wzajemne powiązania. Dlatego można mówić o:

1. Efektywności systemu opieki zdrowia jako całości (efektywność systemowa),
2. Efektywności regionu jako funkcjonalnej części systemu opieki zdrowotnej,
3. Efektywności różnych organizacji działających w systemie opieki zdrowotnej (efektywność organizacyjna),
4. Efektywność działań medycznych i niemedycechnych związanych z leczeniem pacjenta (efektywność procesowa).

Report 2009, OECD Health Working Paper, No. 47/2009, OECD Publishing, Health at a Glance, Europe 2011.

¹⁷⁸ Barr N., *The Welfare State As Piggy Bank, Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*, Oxford University Press, Oxford 2001, s. 81.

¹⁷⁹ Lighter D.E., *Advanced Performance Improvement In Health Care. Principles and Methods*, Jones and Bartlett Publ, Sudbury, MA 2011, s. 412.

Próby oceny efektywności systemów ochrony zdrowia¹⁸⁰ w różnych krajach przedstawiane są m. in. w opracowaniach i raportach WHO¹⁸¹, OECD¹⁸² czy AHRQ¹⁸³. Opracowania międzynarodowe pozwalają na porównanie sytuacji w Polsce z innymi krajami, choć dane te z reguły ukazują stan sprzed kilku lat.

Rekomendacje specjalistów z różnych dziedzin medycyny odnoszą się do najnowszych wytycznych postępowania klinicznego (*EBM – evidence-based medicine, practice guidelines*). Wprowadzenie do praktyki zasad postępowania medycznego określanego jako EMB, pozwala na uzyskanie znacznie lepszych wyników leczenia, zarówno w aspekcie skuteczności jak i efektywności leczenia. Analiza ekonomiczna koszt-korzyść stanowi stały element oceny technologii medycznych i wytycznych postępowania klinicznego.

Wzajemne współzależności w systemie wymagają odpowiednich działań planistycznych i koordynacji międzyorganizacyjnej¹⁸⁴, zarówno na poziomie kraju jako całości, jak i regionów, traktowanych jako jednostki funkcjonalno-organizacyjne w zakresie planowania, organizowania i kontroli zadań z zakresu opieki zdrowotnej. Różne metody i narzędzia planowania opieki zdrowotnej w regionie powinny eliminować podmioty mniej efektywne i dążyć do optymalnej struktury podmiotów leczących pod względem ilości, rodzaju i rozmieszczenia terytorialnego. Oprócz oceny systemu jako całości wartościowe są analizy subsektorowe (np. onkologii czy kardiologii)¹⁸⁵. Zarządzanie ponad barierami organizacyjnymi, zarządzanie sieciami usług, czy opieka

¹⁸⁰ Patrz seria opracowań: *Health Care Systems in Transition (HiT)* publikowane przez European Observatory on Health Systems and Policies dostępnych na: www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/.

¹⁸¹ *Guidelines for Completing the OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics*; Report WHO 2000 - *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*.

¹⁸² Raport OECD *Towards High-Performing Health Systems*; OECD, *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris 2015; *Health at a Glance: Europa 2014*. [ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf – (dostęp: 01.12.2015r.); OECD Health Statistics 2015 (online database).

¹⁸³ Report AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*): *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*, AHRQ Publ. No.08-0030, Rockville, MD 2008; Report AHRQ: *Registries for Evaluating Patient Outcomes*, 3rd editions, AHRQ Publ., 2012; <http://cms.hhs.gov/PQRIMeasuresList.pdf>.

¹⁸⁴ Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, s. 242-243.

¹⁸⁵ Häkkinen U., Joumard U.I., *Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors, Options for Research*, OECD Economics Department Working Paper, No. 554/2009, OECD Publishing, s. 8.

koordynowana¹⁸⁶, dają efekt synergii i poprawiają efektywność opieki medycznej szczególnie w chorobach przewlekłych i opiece nad osobami powyżej 80 roku życia (80+)¹⁸⁷.

Ocena efektywności organizacji opieki zdrowotnej (efektywność organizacyjna) należy do najtrudniejszych. W praktyce stosuje się szereg mierników charakteryzujących opiekę szpitalną, np.: a) struktury (ilość łóżek, personelu medycznego, wyposażenia medycznego), b) aktywności usługowej (ilość i rodzaj wykonywanych procedur, rezultaty leczenia, zjawiska niepożądane). Lighter wyróżnia kilka kategorii miar oddających różne aspekty działalności organizacji i przebiegających w niej procesów, w tym miary: a) finansowe, b) wykorzystania (sprzętu, aparatury, leków), c) przyporządkowania (np. ilość zabiegów przypadających na poszczególne zespoły medyczne, ilość hospitalizacji i czas pobytu pacjenta na oddziale), d) związane z leczeniem określonej choroby (*disease specific*), e) satysfakcji z leczenia. Efektywność można mierzyć na poziomie: całej organizacji, jednostek organizacyjnych, np. oddziałów, stanowisk pracy i poszczególnych procesów diagnostyczno-terapeutycznych.

W podmiotach leczniczych (szpitalach i poradniach) stosuje się wiele różnych wskaźników charakteryzujących procesy podstawowe (procesy diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne), które obrazują normy i standardy jakości opieki i odpowiadają zaleceniom postępowania medycznego (*EBM*). Standardy opieki medycznej (*guidelines*) publikowane są przez różne organizacje i gremia lekarskie¹⁸⁸, a ich przestrzeganie stanowi jedno z podstawowych kryteriów oceny efektywności organizacji leczniczych.

Wśród koncepcji oceny efektywności organizacyjnej w opiece zdrowotnej najczęściej stosuje się zrównoważoną kartę wyników (*BSC-balanced scorecard*), a niektóre podmioty, głównie duże szpitale specjalistyczne, przedstawiają wieloletnie doświadczenia w stosowaniu tych narzędzi zarządczych¹⁸⁹. Zarówno

¹⁸⁶ Hofmarcher M.M., Oxley H., Rusticelli E., *Improved Health System Performance through better Care Coordination*, OECD Health Working Paper, No. 30/2007, OECD Publishing, s. 49.

¹⁸⁷ Oxley H., *Policies for Healthy Aging, An Overview*, OECD Health Working Paper, No. 42, OECD Publ., 2009.

¹⁸⁸ <http://cms.hhs.gov/PQRIMeasuresList.pdf>; www.guideline.gov/; www.has-sante.fr/

¹⁸⁹ Chow C.W., Ganulin D., Teknika O., Haddad K., Williamson J., *The balanced scorecard, a potent tool for energizing and focusing healthcare organization*, „Journal of Healthcare Management” 1998, 43(3); Zelman W.N., Pink G.H., Mathias C.B., *Use of the balanced scorecard in health care*, „Journal of Health Care Finance” 2002, 29(4); Groene O., Brandt

w metodzie BSC, czy systemie oceny Baldrige'a (*Baldrige Scoring System*) fundamentalną rolę odgrywa ocena kluczowych procesów w organizacjach opieki zdrowotnej. Jakość i efektywność (relacja koszt-efekt) leczenia powinna leżeć u podstaw decyzji o przekształceniach w danym podmiocie leczniczym.

Przykłady metod i narzędzi stosowanych w planowaniu infrastruktury opieki zdrowotnej w wybranych krajach

a. Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii metody planowania zasobów opieki zdrowotnej (NHS- *National Health Service*) zaczęto stosować w 1976 r. (RAWP – *Ressources Allocation Working Party*)¹⁹⁰. Metoda opierała się na ocenie danych demograficznych i epidemiologicznych, i mimo krytyki stosowana jest do dziś¹⁹¹. Departament Zdrowia¹⁹² prowadzi analizy określające standardy narodowej opieki medycznej¹⁹³. Podstawową formą organizacyjną systemu są NHS trust – PCTs (*Primary care trust*), które odpowiadają za swoją działalność przed Sekretarzem Stanu ds. Zdrowia (*Secretary of State for Health*). Istotną rolę w planowaniu i określaniu standardów opieki odgrywają instytucje monitorujące jakość, np. CQC (*Care Quality Commission*)¹⁹⁴ czy NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)¹⁹⁵.

b. Francja

W 2009 r. powołano Regionalne Agencje Zdrowia (ARS¹⁹⁶ – *Agences Régionales de Santé*), które koordynują planowanie opieki zdrowotnej

E., Schmidt W., Moeller J., *The Balanced Scorecard of acute setting, development process, definition of 20 strategic objectives and implementation*, „International Journal of Quality in Health Care” 2009, 21(4).

¹⁹⁰ Knox E.G., *Principles of allocation of health resources*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 1978, 32, s. 3-9.

¹⁹¹ *Resources allocation, weighted capitation formula*, 6th edition, 12 Dec 2008 (raport dostępny na www.dh.gov.uk/allocation).

¹⁹² www.dh.gov.uk

¹⁹³ National Standard, Local Action, Health and Social Care Standard and Planning Framework 2005/2006 – 2007-2008, Dept.of Health, U.K., <http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/>.

¹⁹⁴ www.cqc.org.uk

¹⁹⁵ www.nice.org.uk

¹⁹⁶ Regionalne Agencje Zdrowia zostały powołane w 2009 r. w celu koordynacji opieki zdrowotnej w regionie, w szczególności poprawy efektywności i przejrzystości sposobu

w regionach¹⁹⁷. Podstawą planowania są regionalne plany opieki zdrowotnej (SROS-PRS – *Schéma Régional d’Organisation des Soins-Projet Regional de Santé*)¹⁹⁸. Przykładem może być aktualny (zrewidowany w 2015 r.) plan opieki szpitalnej w regionie paryskim (Ile-de-France)¹⁹⁹.

Regulowane na poziomie centralnym są np. podstawowe zasady relacji pomiędzy ubezpieczycielami i dostawcami usług medycznych, standardy akredytacji szpitali, liczba łóżek szpitalnych, wyposażenie (np. rezonans magnetyczny, akceleratory do radioterapii), ceny (wycena) usług, standardy jakości opieki szpitalnej, liczba studentów medycyny i miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy.

W regionach określa się liczbę osób cierpiących na choroby przewlekłe (ALD – *affection longue durée*), które mają gwarantowany, minimalny pakiet usług medycznych pokrywany w 100% przez ubezpieczyciela. Na podstawie aktualnej liczby łóżek szpitalnych w poszczególnych rodzajach (tzw. łóżka medycyny zachowawczej – *medicale*, ostre – chirurgiczne i położniczo-ginekologiczne), wskaźników hospitalizacji wg wieku, płci i głównej przyczyny leczenia, uwzględniając wskaźniki zachorowalności i umieralności oraz prognozę demograficzną do 2030 roku (metoda OMPHALE, INSEE) szacowano przyszłe potrzeby na leczenie szpitalne. Istotną rolę odgrywają rekomendacje dotyczące form opieki (np. oddziały krótkiego pobytu, oddziały obserwacyjne, leczenie 1-dniowe).

c. Dania

Opieka zdrowotna finansowana jest z budżetu państwa. Centralnie określa się standardy, rekomendacje i priorytety opieki medycznej, a także liczbę i rozmieszczenie personelu medycznego (lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów i personelu zatrudnionego w szpitalach).

organizacji i finansowania usług zdrowotnych, w ich skład wchodzi wiele istniejących od dawna organizacji, np. dyrekcje regionalne i departamentalne wydziałów zdrowia i opieki społecznej, regionalna agencja szpitalnictwa, grupy regionalne zdrowia publicznego, dyrekcja regionalna opieki zdrowotnej, unia regionalna kas ubezpieczenia zdrowotnego (URCAM) i związki innych ubezpieczycieli (CRAM, MSA, RSI), <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.199>.

¹⁹⁷ Informacje dotyczące podstawowych zdań ARS dostępne na www.ars.sante.fr/presentationgenerale.89790.199.html, a aktualne działania Regionalnych Agencji Zdrowia odpowiednio na stronach, np. www.ars.iledefrance.sante.fr; www.ars.rhonealpes.sante.fr.

¹⁹⁸ <http://ecosante.fr/FRANFRA/>.

¹⁹⁹ <http://prs.sante-iledefrance.fr/les-schemas/organisation-des-soins> (dostęp: 21.12.2015r.).

W kraju prowadzony jest rejestr usług zdrowotnych, który zawiera dane dotyczące przyjęć i leczenia pacjentów we wszystkich publicznych i prywatnych zakładach opieki zdrowotnej (także u lekarzy rodzinnych) oraz rejestry specjalistyczne, np. chorób psychicznych, nowotworów, wad rozwojowych u dzieci²⁰⁰. Badania wskazują na duże znaczenie rejestrów w ocenie wyników leczenia chorób przewlekłych²⁰¹. W Danii koordynuje się opiekę medyczną i pomoc społeczną, szczególnie w organizowaniu opieki nad osobami w wieku podeszłym.

Podsumowanie

Mapy potrzeb zdrowotnych powinny być istotnym narzędziem wspomagającym decyzje dotyczące planowania infrastruktury opieki zdrowotnej na poziomie kraju i regionów. Decyzje o przekształceniach będą zapadały na szczeblu regionów, a centralnie określone będą regulatory systemowe²⁰². Mapy tworzone obecnie przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Oddziałami Wojewódzkimi NFZ i wojewodami stanowią narzędzie usprawniające procesy zarządcze w systemie ochrony zdrowia.

Szczególnie ważne są analizy dotyczące funkcjonowania szpitali, w tym liczba szpitali, oddziałów szpitalnych według rodzajów, hospitalizacji ogółem, struktury hospitalizacji według rozpoznań medycznych (ICD-10) i wykonanych procedur leczniczych (ICD-9), liczba procedur planowych i w trybie nagłym, czas hospitalizacji. W następnych latach mapy potrzeb zdrowotnych muszą być uzupełniane o informacje dotyczące jakości i kosztów leczenia. Należy także wspierać, najlepiej poprzez odpowiednią wycenę świadczeń, rozwój alternatywnych form opieki szpitalnej (oddziały obserwacyjne, krótkoterminowe) oraz ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (finansowanie badań diagnostycznych).

²⁰⁰ Informacje na temat poszczególnych rejestrów dostępna są na: www.dst.dk, www.im.dk, www.sst.dk, www.regioner.dk

²⁰¹ *Registries for Evaluating Patient Outcomes*, 3rd editions. AHRQ Publication 2012.

²⁰² Np. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 Nr 0 poz. 1520) oraz rozporządzenia zmieniające: Dz. U. 2014 poz. 1441; Dz.U. 2015 Nr 0 poz. 1301; Dz.U. 2015 Nr 0 poz. 1612.

Na przekształcenia strukturalne i funkcjonalne zasobów opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze publiczne i prywatne) silnie mogą wpływać regulacje centralne, np.:

- zmiany wyceny procedur medycznych (opinie i rekomendacje Rady ds. Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji),
- wymóg finansowania świadczeń zintegrowanych (finansowanie świadczeń kompleksowych),
- stworzenie zapowiadanej od lat sieci szpitali publicznych,
- decentralizacja finansowania i powstanie regionalnych funduszy zdrowia lub centralizacja finansowania opieki zdrowotnej z budżetu państwa,
- wprowadzenie dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i powstanie nowego źródła finansowania usług medycznych.

Regionalne plany zdrowotne powstają w procedurze negocjacji i wzajemnych uzgodnień z głównymi interesariuszami opieki zdrowotnej, którymi są: płatnik, świadczeniodawcy (wytwórcy usług), władza centralna (regulator), władza lokalna (główny koordynator). Niedostateczna kontrola jakości i kosztów (wyceny) świadczeń zdrowotnych oraz słaba koordynacja opieki zdrowotnej wydaje się największym problemem obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Planowanie infrastruktury i zasobów opieki zdrowotnej powinno być zgodne z osią: oferta usług – koszty – jakość – efektywność. Poprawę efektywności można osiągnąć stosując mechanizmy: koordynacji, kooperacji i rekompozycji (zmiana układu pomiędzy świadczeniodawcami) wspierane regulacjami systemowymi. Natomiast rodzaj i zakres regulacji systemowych jest wyborem społecznym prowadzonej polityki zdrowotnej.

Literatura cytowana

1. Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., Birdsell J.M., Hayden K.A., Lewis S., *Performance Measurement in Healthcare: Part I – Concepts and Trends a State of the Science Review*, „Healthcare Policy” 2006, 1(4).

2. Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., *Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process*, „Healthcare Policy” 2006, 2(1).
3. Astolfi R., Lorenzoni L., Oderkirk J., *A Comparative Analysis Health Forecasting Methods*, OECD Health Working Paper, No. 59/2012, OECD Publishing.
4. De Bruin S.R., Baan C.A., Struijs J.N., *Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature*, „Health Services Research” 2011, 14(11), s. 272.
5. Berman P., *Health sector reform: making health development sustainable*, „Health Policy” 1995, 32(1-3), s.13-28.
6. Barr N., *The Welfare State As Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*, Oxford University Press, Oxford 2001.
7. Berwick D.M., *A User’s Manual for the IOM’s „Quality Chasm’ Report*, Health Affairs, 2002.
8. Boyle S., *United Kingdom (England): Health system review*, „Health Systems in Transition” 2011, 13(1), s.1-486.
9. Bryndová L., Pavlaková K., Roubal T., Rokosová M., Gaskins M., van Ginneken E., *Czech Republic: Health system review*, „Health Systems in Transition” 2009, 11(1), s.1-122.
10. Burns L.B., Bradley E.H., Weiner B.J., *Shortell and Kaluzny’s Healthcare Management: Organization Design and Behavior*, Delmar, Clifton Park, NY 2006.
11. Chevreul K., Durand-Zalewski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mlodovsky P., *France: Health system review*, „Health Systems in Transition”, 2010; 12(6), s.1-291.
12. Chow C.W., Ganulin D., Teknika O., Haddad K., Williamson J., *The balanced scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization*, „Journal of Healthcare Management” 1998, 43(3).
13. Conrad D.A., Vaughn M., Grembowski D., Marcus-Smith M., *Implementing Value-Based Payment Reform: A Conceptual Framework and Case Examples*, „Medical Care Research Review” 2015, 5.
14. Conrad D.A., *The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care*, „Health Services Research” 2015, 9.
15. Drösler S., Romano P., Wei L., *Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009*, OECD Health Working Paper, Paris: OECD Publishing.
16. Eijlenaar F., Emmert M., Scheppach M., Schöffski O., *Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews*, „Health Policy” 2013, 110(2-3), s. 115-130.
17. Frączkiewicz-Wronka A.(red.), *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjno-prawne*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2005.

18. Groene O., Brandt E., Schmidt W., Moeller J., *The Balanced Scorecard of acute setting: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation*, „International Journal of Quality in Health Care” 2009, 21(4).
19. Häkkinen U., Joumard I., *Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research*, OECD Economics Department Working Paper, No. 554/2007. OECD Publishing.
20. Hofmarcher M.M., Oxley H., Rusticelli E., *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*, OECD Health Working Paper, No. 30. OECD Publishing, Paris 2007.
21. Hussey P.S., de Vries H., Romley J., Wang M.C., Chen S.S., Shekelle P.G., McGlynn E.A., *A systematic review of health care efficiency measures*, „Health Services Research”, 2009, 28.
22. Institute of Medicine (IOM): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academies Press, Washington, DC 2001.
23. Inamdar N., Kaplan R.S., Bower M., *Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations*, „Journal of Healthcare Management” 2002, 47(3).
24. Joumard I., André C., Nicq C., Chatal O., *Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency*, OECD Economics Department Working Paper, No. 627, OECD Publ., Paris 2008.
25. Joumard I., André C., Nicq C., *Health Care Systems Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Paper, No. 769, OECD Publ., Paris 2010.
26. Knox E.G., *Principles of allocation of health resources*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 1978, 32, s. 3-9.
27. Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, Wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
28. Lighter D.E., *Advanced Performance Improvement In Health Care. Principles and Methods*, Jones and Bartlett Publ., Sudbury, 2011.
29. Loeb J.M., *The current state of performance measurement in health care*, „International Journal for Quality in Health Care”, 2004, 16, suppl. I.
30. Lorenzoni L., Pearson M., *Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products In Seven OECD Countries*, OECD Health Working Paper, No. 56/2011, OECD Publ.
31. Olejaz M., Nielsen A.J., Rudkjøbing A., Birk O.H., Krasnik A., Hernández-Quevedo C., *Denmark: Health system review*, „Health Systems in Transition” 2012, 14(2), s.1-192.
32. Oxley H., *Policies for Healthy Aging: An Overview*, OECD Health Working Paper, No. 42/2009, OECD Publ.

33. Paris V., Devaux M., Wei L., *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, OECD Health Working Paper, No. 50/2010, OECD Publishing.
34. Ransom E.R., Joshi M.S., Nash D.B., Ransom S.B. (red.), *The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy, and Tools*, AUPHA Press, Washington, DC 2008.
35. Report AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*, AHRQ Publ. No.08-0030, Rockville, MD 2008.
36. Raport (praca zbiorowa), *Poland: Health system review*, „Health Systems in Transitions” 2011, 13(8), s. 1-193.
37. Raport AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): *Registries for Evaluating Patient Outcomes*, 3rd editions, AHRQ Publ., 2012.
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2013 Nr 0 poz. 1520) oraz rozporządzenia zmieniające – Dz. U. 2014 poz. 1441; Dz.U. 2015 Nr 0 poz. 1301; Dz.U. 2015 Nr 0 poz. 1612.
39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2015 Nr 0 poz. 458).
40. Saltman R.B., von Otter C., *Planned Market and Public Competition*, Open University Press, Bristol, PA 1992.
41. Saltman R.B., Figueras J., *Analyzing the evidence on European health care reforms*, „Health Affairs” 1998, 17(2):85-108.
42. Saltman R.B., *The Western European Experience with Health Care Reform*, European Observatory on Health Care Reforms, 2002.
43. Saltman R.B., *Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems*, „Social Science and Medicine” 2002, 54(11), s. 1677-1684.
44. Saltman R.B, Duran A., *Governance, Government, and the Search for New Provider Models* „International Journal Health Policy Management” 2015,5(1), s. 33-42.
45. Saryusz-Wolska H., *Pozyskiwanie, wykorzystanie i ochrona informacji niezbędnych do podejmowania decyzji w ochronie zdrowia*, [w:] *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym*, Wyd. Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2008.
46. Scherer P., Deveax M., *The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis Based on the OECD Data*, OECD Health Working Paper, No. 49/2010, OECD Publishing.
47. Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.

48. Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I., Leatherman S. (eds.), *Performance measurement for health system improvement: experience challenges and prospects*, European Observatory on Health Systems and Policy, Cambridge University Press, Cambridge 2009.
49. Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter M.P., *Strategic Management of Health Care Organizations* 6th Edition, Jossey-Bass, Wiley&Sons, Chichester, West Sussex, England 2008.
50. Toniolo F., Mantoan D., Mraress A., *Veneto Region, Italy: Health system review*, „Health Systems in Transition” 2012, 14(1), s. 1-138.
51. Walburg J., Bevan H., Wildenspin J., Lemmens K., *Performance Management in Health Care*, Routledge, Abingdon, Oxfordshire, UK 2006.
52. White J., *Competing Solution: American Health Care Proposal and International Experience*, Brookings, Washington D.C. 1995.
53. WHO: *Putting People and Health Needs on the Map*, WHO, Geneva 2007.
54. Włodarczyk C.W., Poździej S., *Systemy zdrowotne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
55. Włodarczyk C.W., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
56. Vogler S, Österle A, Mayer S., *Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries*, „International Journal for Equity in Health” 2015, 14(1), s. 124.
57. Vos de M., Graafman W., Kooistra M., Meijboom B., van der Voort P., Westert I.G., *Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature*, „International Journal for Quality in Health Care” 2009, 21(2).
58. Zelman W.N., Pink G.H., Mathias C.B., *Use of the balanced scorecard in health care*, „Journal of Health Care Finance” 2002, 29(4).

Rozdział 7.

Zarządzanie jakością szpitalnych świadczeń zdrowotnych na przykładzie regionu łódzkiego

Wprowadzenie

Stan zdrowia jest rezultatem różnych uwarunkowań biologicznych, społecznych i ekonomicznych, a jego utrzymanie i umacnianie jest zarówno sprawą jednostki, jak i całego społeczeństwa. Światowa Organizacja Zdrowia określa ochronę zdrowia jako konstytucyjne prawo każdego człowieka, warunek dobrej jakości życia jednostki, bogactwo społeczeństwa, a także fundament zrównoważonego rozwoju gospodarczego i społecznego²⁰³. Każde państwo odpowiedzialne za zorganizowanie zabezpieczenia zdrowotnego swoim obywatelom instytucjonalizuje to zabezpieczenie w postaci systemu ochrony zdrowia zapewniającego obywatelom zaopatrzenie w stosowne świadczenia²⁰⁴. Świadczenia te powinny być przynajmniej poprawnej jakości²⁰⁵ oraz dostępne finansowo i geograficznie. Rada Unii Europejskiej podkreśla, iż wartościami nadrzędnymi w systemie opieki zdrowotnej UE są: (1) powszechność, (2) dostęp do wysokiej jakości opieki, (3) sprawiedliwość oraz (4) solidarność²⁰⁶. *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2006-2013* zakłada poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego poprzez realizację czterech celów strategicznych. Jednym z celów jest zapewnienie rozwoju programów oceny jakości

²⁰³ *Constitution of The World Health Organization*, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, (dostęp: 22.03.2012r.).

²⁰⁴ Holly R., *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2012, tom X, s. 10.

²⁰⁵ Jakość poprawna – czyli poziom podstawowy – podstawowe standardy jakości + wymagania, źródło: http://www.archiwum.aotm.gov.pl/pliki/pub/pl/Podstawowe_standardy_jakosc.ppt (dostęp: 10.08.2012r.).

²⁰⁶ *Biała Księga, Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013*, Bruksela, dnia 23.10.2007 KOM(2007) 630 wersja ostateczna.

w podmiotach leczniczych²⁰⁷. Również w *Narodowym Planie Zdrowotnym na lata 2004-2013* skupiono się na jakości, a zasadniczo na zarządzaniu jakością opieki zdrowotnej. Cel ten dotyczy skuteczności leczenia oraz jakości świadczeń zdrowotnych. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015* stanowi kolejny ważny dokument, w którym podkreślono istotę poprawy jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta. *Narodowy Plan Zdrowia i Narodowy Program Zdrowia* stanowią komplementarne wobec siebie dokumenty – oba służą poprawie stanu zdrowia społeczeństwa. Część celów przyjętych w tych dokumentach jest wspólna, chociaż realizowana poprzez różne działania. Niejednolicie definiowana i rozumiana jest *jakość*, natomiast w obu dokumentach zostało podkreślone, iż *jakość* stanowi coraz istotniejszą determinantę zdrowia społeczeństwa. Wg R. Holly *jakość*, obok zakresu usług, dostępności oraz kosztu i ceny, stanowi jeden z pięciu podstawowych celów a zarazem warunków *sine quo non* – racji istnienia każdego systemu ochrony zdrowia²⁰⁸. Jakość jest siłą napędową procesów wewnętrznych instytucji usługowych, wyznacznikiem postępu, miernikiem wzrostu konkurencyjności i efektywności działań.

Istnieje szereg powodów, dla których ważne jest dostarczanie *świadczeń zdrowotnych*²⁰⁹ jak najwyższej jakości w tym: zwiększenie odpowiedzialności podmiotów leczniczych za zdrowie społeczeństwa, efektywność wykorzystania zasobów, identyfikacja i minimalizacja zdarzeń medycznych przy jednoczesnej maksymalizacji efektywności opieki i poprawy wyników, a także dostosowanie opieki do wymogów, oczekiwań i potrzeb pacjentów²¹⁰. Wg Narodowej Akademii

²⁰⁷ *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2006-2013*, Warszawa, czerwiec 2005r.,

<http://www.funduszezstrukturalne.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/strategia%20rozwoju%20ochrony%20zdrowia%20w%20polsce.pdf> (dostęp: 15.11.2012r.).

²⁰⁸ Holly R., *Procesy restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia i ich wpływ na poprawę efektywności*, Recenzja rozprawy doktorskiej J. Kaczmarek-J. Krawczyk, Łódź 2010r.

²⁰⁹ Świadczenie zdrowotne to działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania; źródło: Ustawa z dn. z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.

²¹⁰ Campbell S.M., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M., *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*, „Quality and Safety in Health Care Journal” 2002, 1, s.158-364.

Nauk USA „niewiele jest zagadnień ważniejszych w ochronie zdrowia niż jakość opieki”²¹¹.

Celem niniejszej pracy jest: (1) przedstawienie metodyki badania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim i (2) określenie zależności między działaniami zarządczymi a poziomem jakości świadczeń zdrowotnych w szpitalach publicznych w województwie łódzkim.

Zarządzanie jakością świadczeń zdrowotnych

Trudności w zarządzaniu jakością świadczeń zdrowotnych wynikają głównie z problemów terminologicznych, jak i zakresów nauk zajmujących się problemami zdrowia. Medycyna, nauki o zdrowiu, prawo, ekonomia, statystyka, psychologia, socjologia i in. nauki posiadają inny zakres badań, narzędzi badawczych, a dodatkowo te same pojęcia odnoszą się do różnych zjawisk²¹². Termin „jakość” wszedł do języka współczesnego nie z filozofii, ale z technologii²¹³. Jakość definiowana w zewnętrznych systemach oceny jakości opartych na standardach ISO to *ogół cech i właściwości produktu (usługi, wyrobu), które to cechy mają wpływ na zdolność do zaspokojenia określonych lub domniemanych potrzeb*²¹⁴. W przytoczonej definicji należy zwrócić uwagę na to, iż jakość jest rozumiana jako dyspozycja (właściwość) produktu dla zaspokojenia potrzeb. Taka interpretacja powoduje negatywną w skutkach konsekwencję, jaką jest sprowadzanie badania jakości usług do pomiaru satysfakcji^{215,216}. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość jako *„rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (wydajność ekonomiczna), organizacji usług i satysfakcja pacjenta”*²¹⁷. Definicja WHO nie obejmuje jednak wszystkich aspektów jakości, gdyż w kontekście całego obszaru usług medycznych jakość jest oceniana według

²¹¹ *America's Health in Transition: Protecting and Improving the Quality of Health and Health Care*, Washington 1994.

²¹² Michalak J., *Legal conditions and determinants of Quality in the Polish Healthcare System*, [w:] I. Rudawska (red.), *Challenges for Healthcare reform in Europe*, Foundation of International Studies, Kyiv 2011, s. 166-177.

²¹³ Rogoziński K., *Jakość usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, wyd. Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2000, s. 208.

²¹⁴ PN-ISO 8402:1996.

²¹⁵ Rogoziński K., *Jakość usług medycznych*, op.cit., s. 208.

²¹⁶ Michalak J., *Metody i narzędzia zarządzania jakością na przykładzie opieki zdrowotnej*. Referat wygłoszony na seminarium naukowym, 09.03.2011, Łódź.

²¹⁷ WHO Working Group. *Quality Ace In Health Care*, 1989, s. 79-95.

kryteriów zależnych od podmiotu oceniającego i jego celów zdrowotnych. Definiując jakość, należy także określić, który z aspektów jakości będzie badany, a także w jaki sposób zostanie dokonany pomiar jakości. W prosty sposób jakość można pojmować jako *spełnienie wymagań i/lub zaleceń, bądź obecność pożądanых właściwości usług*²¹⁸. Jedna z najczęściej cytowanych definicji sformułowana została przez Institute of Medicine w 1990 i głosi, że *jakość jest to stopień, w jakim usługi zdrowotne kierowane do jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądanego stanu zdrowia (wynik) i są zgodne z aktualną wiedzą medyczną (Evidence Base Medicine)*²¹⁹. Do tego rozumienia nawiązuje R. Holly, który dla właściwego pojmowania jakości wskazuje na konieczność określenia celu i pożądanego (oczekiwanego) wyniku/skutku/stanu zdrowotnego ocenianego działania terapeutycznego²²⁰.

Zgodnie z teorią Donabediana opieka zdrowotna jest hierarchicznie zorganizowanym systemem, który można charakteryzować w odniesieniu do jego trzech aspektów: (1) struktury, (2) procesu i (3) wyniku²²¹. Regulacje prawne odnoszą się do minimalnych wymagań jakości struktury (min. sanitarnych), ale nie uwzględniają jakości procesów czy jakości wyników²²². Elementy struktury w podmiotach leczniczych to m.in.: liczebność i wykształcenie personelu, infrastruktura lokalowa, sprzęt medyczny, specyfika struktury organizacyjnej. Proces to przyjęty sposób postępowania, który dotyczy relacji świadczeniodawca-swiadczeniobiorca, personel-organizacja, organizacja-dostawca. Proces to także sposób funkcjonowania struktury według zdefiniowanych i narzuconych procedur, standardów czy wytycznych, to m.in. procedury wykonywania badań, przygotowania i przeprowadzania zabiegów, komunikowania się i upowszechniania decyzji. Jakość wyniku natomiast łączy się ze wskaźnikami, takimi jak:

²¹⁸ Whitfield M., Surowiec M., Kautsch M., *Zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 312.

²¹⁹ Donaldson M.S., Nolan K., *Measuring the quality of health care: state of the art*, „Joint Commission Journal on Quality Improvement” 1997, 23 (5), s. 283-292.

²²⁰ Holly R., *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, referat wygłoszony na konferencji Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, 7 października 2010r.

²²¹ Donabedian A., *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980, s. 161-164.

²²² Michalak J., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, [w:] *Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, Bydgoszcz 2011, s. 170-172.

śmiertelność, zachorowalność, powikłania i skutki uboczne, zmiany poziomu jakości życia, satysfakcja pacjenta z otrzymanej usługi²²³. Wynik można rozumieć dwojako: jako zrealizowanie świadczenia (*out put*) bądź jako efekt zdrowotny (*out come*). Hierarchię tych elementów można przedstawić w następujący sposób: jeśli mamy złą strukturę nie jesteśmy w stanie prawidłowo wykonać procesu ani uzyskać założonego (pożądanego) wyniku. Prawidłowa struktura nie gwarantuje jednak prawidłowego procesu. Natomiast prawidłowy proces powinien skutkować prawidłowym wynikiem. Jednak zrealizowanie konkretnego świadczenia nie jest jednoznaczne z prawidłowym efektem zdrowotnym²²⁴. Ze względu na złożoność analizy, większość prac empirycznych koncentruje się na pojedynczych miarach struktur, procesów lub wynikach wybranych *a priori*²²⁵.

Jak już wspomniano analizę czynników determinujących jakość usług medycznych można przeprowadzić w oparciu o kryteria struktury, procesu i wyniku. Ponadto, w literaturze spotkać się można z pojęciem wskaźników i kryteriów odnoszących się do określonych standardów. Mogą one mieć charakter mierników, norm wewnętrznych, czy też wynikać z przyjętych założeń zewnętrznych. Wskaźnikiem²²⁶ nazywa się mierzalny element postępowania medycznego, wykorzystywany do oceny jakości, natomiast kryterium to taki

²²³ Głowacka M.D., Sobkowski M., Staszewski R., *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie” 2005., s. 231.

²²⁴ Michalak J., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, op. cit., s.167.

²²⁵ Tsai A. C., Bridges J., *Statistical and econometric Risk Adjustment methods for measuring the quality of hospitals*, Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna 2011, nr VIII/I, s. 46.

²²⁶ Wskaźniki dla stacjonarnej opieki zdrowotnej w ogólnym zarysie to: (1) **Wskaźniki strukturalne** – mówiące o organizacji szpitala, jego możliwościach materialnych, jakości technicznej budynków i wyposażenia, wykształcenia i kompetencji personelu, a także uwzględniające aspekty finansowe funkcjonowania szpitala, (2) **Wskaźniki procesów** (oceny przebiegu leczenia) – mówiące o relacjach między personelem a pacjentem (wdrożone procedury diagnostyczne i lecznicze). Przykładem takich wskaźników są miary oceniające ryzyko występowania powikłań pooperacyjnych. Wskaźniki procesu mogą dotyczyć: zakażeń wewnątrzszpitalnych, powtórnych hospitalizacji, sprawności reagowania na sytuacje zagrożenia zdrowia i życia, (3) **Wskaźniki rezultatów** (efektów) – mówiące o uzyskanych efektach leczniczych w różnych przedziałach czasowych (zachorowalność, śmiertelność, komfort życia (*quality of life*), satysfakcja pacjenta). Pomiar wyników działań bezpośrednio wskazuje na poziom jakości udzielanych świadczeń.

wskaźnik opieki medycznej, którego istnienie można potwierdzić lub wykluczyć w każdym indywidualnym przypadku²²⁷.

Według normy ISO 8402:1996 *zarządzanie jakością to wszystkie działania z zakresu zarządzania, które decydują o polityce jakości, celach i odpowiedzialności, a także o ich realizacji w ramach systemu jakości za pomocą takich środków, jak: planowanie jakości, sterowanie jakością, zapewnienie jakości i doskonalenie jakości*²²⁸. Najdoskonalszą formą zarządzania jakością jest zarządzanie przez jakość, które cechuje holistyczne podejście do jakości w organizacji i jej otoczeniu. Kompleksowość ta wynika z założenia, iż jakość produktów finalnych jest determinowana przez działalność wszystkich podsystemów w organizacji²²⁹.

Podejście do zarządzania jakością w opiece zdrowotnej ulegało zmianom w ciągu ostatnich dekad, przechodząc następujące fazy: kontrola → kontrola jakości → zapewnienie jakości → stała poprawa → zarządzanie jakością²³⁰.

²²⁷ Tomasiak T., Windak A., Król Z., Jacobs M., *Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002, s. 39.

²²⁸ Przewodnik ISO 9000, *Materiały informacyjne nt. wdrażania systemu zarządzania jakością wg norm ISO serii 9000*, Opracowano w ramach zamówienia Ministerstwa Gospodarki Pracy, Wydanie II uzupełnione, Katowice 2004, s. 4.

²²⁹ Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998 s. 17.

²³⁰ **Kontrola** – podejście stosowane przez organy regulacyjne, koncentrujące się na utrzymaniu określonych norm i inicjowaniu działań naprawczych, gdy poziom świadczonych usług odbiega od oczekiwań; **Kontrola jakości** – podejście wprowadzające planowanie świadczeń i monitorowanie postępów na drodze ich realizacji. Monitorowanie przeprowadza się poprzez zbieranie danych, systemy ich kontroli i wartościowanie jakości. Nadzrędnym celem jest wykrycie braków i przypadków świadczenia usług o niskiej jakości; **Zapewnienie jakości** – celem modelu jest zapobieganie problemom, a nie podejmowanie działań w sytuacjach kryzysowych („czynienie dobrze za pierwszym razem”). Cel realizowany jest poprzez systematycznie prowadzenie audytów i analizę wyników leczenia. Metoda wprowadza zapis procedur, zbieranie i analizę danych/informacji; **Stać poprawa** – podejście charakteryzuje przejście od biernego zachowania do aktywnego stosowania opracowanych norm. Celem jest ograniczenie liczby pomyłek, strat oraz zwrócenie uwagi na potrzeby i oczekiwania zarówno klientów zewnętrznych jak i wewnętrznych. Taki sposób traktowania jakości przyczynia się do stałego udoskonalania wykonywanych działań i wyznaczania coraz wyższych poziomów odniesienia; **Zarządzanie jakością** (Total Quality Management, TQM) – cechą charakterystyczną modelu jest zaangażowanie całej organizacji w proces doskonalenia jakości. Zasadniczo można stwierdzić, iż jest to sposób zarządzania poprzez cele, prowadzący do włączenia całej organizacji, każdego działu i indywidualnego pracownika na wszystkich poziomach działalności i w poprawę jej funkcjonowania; źródło: Whitfield M., Surowiec M., Kautsch M., *Zarządzanie jakością*, [w:]

W Polsce zainteresowanie jakością opieki zdrowotnej pojawiło się dopiero w latach 90. na tle transformacji systemu ochrony zdrowia. W 1996 roku rozpoczął się proces restrukturyzacji opieki szpitalnej, w wyniku którego nastąpiła zmiana funkcjonowania szpitali z jednostek budżetowych na samodzielne, a nowym wyzwaniem stała się orientacja na klienta/pacjenta. Zakłady opieki zdrowotnej zmuszone zostały zacząć działać na rynku komercyjnym, co przyczyniło się do zwrócenia ich uwagi na jakość świadczonych usług, skuteczność i efektywność podejmowanych działań²³¹. W obszarze usług zdrowotnych w Polsce stosowane są jedynie następujące systemowe, standardowe rozwiązania dotyczące jakości: (1) Akredytacja według Programu Rady Akredytacyjnej przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie²³², (2) Certyfikacja według normy ISO 9001:2000, (3) Zarządzanie przez jakość – Total Quality Management²³³. Wymienione systemowe działania ukierunkowane są na przygotowanie organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej do podjęcia wysiłku prowadzącego do podniesienia poziomu opieki nad chorym, zapewnienia bezpieczeństwa oraz realizację praw pacjenta w trakcie całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, a także do zmiany systemu organizacji pracy. Oznacza to, że systemy obejmują cały proces udzielania świadczeń: od przyjęcia do szpitala, aż do wypisania pacjenta ze szpitala po zakończonej hospitalizacji oraz działania zachodzące pomiędzy wszystkimi podmiotami tworzącymi system opieki zdrowotnej, tj. podmiotami świadczącymi usługi w zakresie: profilaktyki, diagnostyki, terapii i rehabilitacji. W systemach tych

M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 312-313.

²³¹ Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Wydanie I dodruk, Warszawa 2005, s. 11-12; Borek-Wojciechowska R., Kłokow S. *Zapewnienie jakości w opiece zdrowotnej – stan aktualny*, „Zdrowie Publiczne” 2007, 117 (3), s. 375.

²³² Akredytacja według CMJ to „zewnątrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywanej przez bezstronną i niezależną w decyzjach profesjonalną placówkę akredytacyjną, która przysługując akredytację wydaje stosowne świadectwo.” Źródło: *Program akredytacji szpitali*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1998. s. 114.

²³³ Zarządzanie przez jakość – Total Quality Management (TQM) – jest koncepcją kompleksowego zarządzania jakością, czyli wprowadzania wymagań jakości do wszystkich funkcji zarządzania: planowania, organizowania i kontrolowania, wyrażone w określeniu i wprowadzeniu polityki jakości (wg normy ISO 8402). Celem tych działań jest uzyskanie pełnej satysfakcji klientów, polepszenie wydajności procesów i efektywności w organizacji.

istotną rolę odgrywają także elementy dotyczące edukacji zarówno klienta wewnętrznego jak i zewnętrznego²³⁴.

Aktualnie, w coraz mniejszym stopniu stosowane są zewnętrzne metody zapewniania jakości. Liczne badania wskazują, iż nie ma jednoznacznych dowodów, że system akredytacji zapewnia wysoką jakość świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast standardy akredytacyjne mają mały lub nie mają w ogóle wpływu na wskaźniki kliniczne²³⁵. Organizacje przechodzą na system kontroli wewnętrznej, propagowane są metody wytwarzania i doskonalenia jakości oparte na samoocenie i samokontroli. Wewnętrzne metody zapewnienia jakości koncentrują się na opracowaniu przez zakłady opieki zdrowotnej i wprowadzaniu do praktyk własnych programów zapewnienia jakości, biorących pod uwagę posiadane zasoby. „Cykl zapewnienia jakości” najprościej jest przedstawiony na klasycznym „Kole Deminga”. Cykl ten jest sekwencją ciągle powtarzających się kroków postępowania tzw. PDCA: *plan, do, check, act*²³⁶.

System zarządzania jakością ma określać strukturę organizacyjną, działania wykonywane w zakresie jakości (procedury, procesy), zasoby umożliwiające wdrożenie zarządzania jakością, odpowiedzialność za jakość, uprawnienia do wykonywania zadań, sposób przepływu poleceń, informacji, dokumentów. Musi być efektywny, sprawiać by produkty spełniały wymagania klientów, umożliwia kontrolę nad całą działalnością w zakresie jakości oraz pomagać w osiągnięciu celów jakościowych. Warto zauważyć, że w najbardziej rozwiniętej formie system zarządzania jakością obejmuje całość systemu zarządzania organizacji. Zarządzanie przez jakość cechuje kompleksowe podejście do spraw jakości w organizacji i jej otoczeniu. Kompleksowość ta wynika z założenia, że jakość produktu finalnego jest determinowana działalnością wszystkich podsystemów w organizacji. Nie wystarczy by jakością zajmował się tylko dział jakości, bo wówczas nie zostaną rozwiązane wszystkie problemy w organizacji. Idea zarządzania przez jakość sprowadza się do uznania, iż wszystkie zasoby organizacji (materialne i niematerialne) wpływają na jakość produktów/usług²³⁷. W koncepcji zarządzania przez jakość zwraca się uwagę na

²³⁴ Borek-Wojciechowska R., Kłokow S., *Zapewnienie jakości w opiece zdrowotnej – stan aktualny*, „Zdrowie Publiczne” 2007, 117 (3), s. 375.

²³⁵ Greenfield D., Braithwaite J., *Health sector accreditation research: a systematic review*, „International Journal for Quality in Health Care” 2008, 20(3), s. 172-83.

²³⁶ Ostrowski T., Bojar I., *Systemowy model ochrony zdrowia*, [w:] T.B. Kulik, M. Latański (red.), *Zdrowie Publiczne*, Lublin 2002, s. 115-126.

²³⁷ Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, op.cit, s. 97-98.

dwie grupy klientów: wewnętrznych (pracownicy, dostawcy) i zewnętrznych (pacjenci). Organizacja, która chce osiągnąć maksymalne korzyści z zarządzania jakością musi uwzględnić potrzeby i dążyć do usatysfakcjonowania tych dwóch rodzajów klientów. Jednak w Polsce badania satysfakcji wykonywane niemal rutynowo w licznych szpitalach, stosowane są jako wskaźnik jakości^{238,239}. Jest to błędne założenie, ponieważ w odniesieniu do tych samych modeli opieki zdrowotnej, podobnych rozwiązań organizacyjnych czy stosowanych mierników, badania satysfakcji pacjentów pozostają pomiarem ocen subiektywnych, na które wpływają czynniki indywidualne, takie jak wiek, stan zdrowia czy status społeczny pacjentów²⁴⁰.

Zarządzanie jakością szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim²⁴¹

Zarządzanie jakością świadczeń zdrowotnych stanowi priorytet działalności każdego podmiotu leczniczego. Zagwarantowanie wszystkim pacjentom możliwie najlepszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej powinno stanowić główny kierunek strategicznych działań organu założycielskiego, kadry zarządczej i codziennej pracy personelu, ponieważ realizowanie wysokiej jakości usług medycznych wymaga sprawnej koordynacji działań oraz umiejętności adaptacji do ciągle zmieniających się warunków. Dotyczy to zwłaszcza szpitali publicznych, w których problem określenia skutecznych metod zarządzania jakością jest niezwykle istotny, ponieważ wpływa na podejmowanie kluczowych decyzji w obszarze funkcjonowania podmiotu.

W szpitalach na terenie województwa łódzkiego *jakość* determinowana jest przez *Program Wojewódzki – Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa*

²³⁸ Michalak J., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, op. cit., s.169.

²³⁹ Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J., *Satysfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-położniczych na terenie miasta Lublina*, „Zdrowie Publiczne” 2006, 116(1), s.189-191.

²⁴⁰ Michalak J., *Badania opinii społecznej dotyczące opieki zdrowotnej a wyniki badań satysfakcji pacjentów*, [w:] E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, wyd. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 425-436.

²⁴¹ Na podstawie konceptualizacji rozprawy doktorskiej nt. *Zarządzanie jakością szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim*, obronionej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 05.11.2014r. Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego nr 502-03/6-069-01/502-64-011.

łódzkiego na lata 2006-2013²⁴². Celem głównym wskazanym przez rzeczony dokument jest *podniesienie stanu zdrowotności mieszkańców województwa łódzkiego* poprzez realizację pięciu celów szczegółowych: (I) poprawa jakości usług medycznych, (II) poprawa dostępu do usług medycznych, (III) poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego, (IV) promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, (V) poprawa funkcjonowania systemu informacji i wiedzy w ochronie zdrowia. Cel pierwszy – poprawa jakości usług medycznych – realizowany jest poprzez cztery zadania: (1) dostosowanie placówek ochrony zdrowia do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim mają odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, (2) termomodernizacja, wymiana nośników energii, (3) wprowadzenie systemów jakości w ochronie zdrowia (akredytacja), wprowadzenie standardów związanych ze świadczeniem usług medycznych, certyfikacja procedur, (4) stosowanie nowych technologii (zakup aparatów i urządzeń medycznych). Przyjęta przez autorów tego dokumentu definicja (*complicite*) jakości świadczeń (a w zasadzie jej brak) oraz wskazana hierarchia czynników które ją kształtują (stan aparatury i sprzętu medycznego, jego sprawność, wydajność i efektywność działania, zastosowanie nowoczesnych technologii zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, warunki lokalowe, dostosowanie pomieszczeń do przewidzianych dla nich przepisów prawa, termomodernizacja obiektów, wdrażanie systemów zarządzania jakością oraz standaryzacja usług i procedur medycznych), tłumaczą faktyczny brak planowanych działań strategicznych w polityce zdrowotnej mających istotny wpływ na poprawę jakości świadczeń zdrowotnych. Z uwagi, iż w sposób istotny działania na rzecz jakości podejmowane/niepodejmowane przez organ założycielski i/lub menadżerów szpitali wpływają na jej poziom, koniecznym staje się zmiana sposobu myślenia o jakości świadczeń zdrowotnych, zarówno przez pracowników organów założycielskich, jak i kadry zarządczej szpitali (dyrekcja, rady społeczne), kadry medycznej bezpośrednio zaangażowanej w proces leczenia (lekarze, pielęgniarki).

²⁴² Program Wojewódzki – Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013, załącznik do Uchwały LIII/886/2006, nr Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 28 marca 2006 roku.

Metodyka badania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych

Wnioski wynikające z analizy celów szczegółowych *Programu Wojewódzkiego – Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013* wymuszają podjęcie nowych działań mających na celu poprawę jakości świadczeń zdrowotnych.

Przegląd literatury przedmiotu pozwala na przyjęcie założenia, iż **jakość to stopień zgodności efektu (leczenia) z założonym celem (określonym/ pożądanym stanem zdrowia)**²⁴³.

Konsekwentnie zakłada się, iż głównymi czynnikami wpływającymi na ów stopień zgodności są:

- kwalifikacje personelu adekwatne do zakresu wykonywanych obowiązków,
- liczba personelu medycznego w stosunku do liczby pacjentów na danym oddziale,
- wysokość środków finansowych przeznaczonych na leczenie,
- zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- dostępność świadczeń zdrowotnych,
- wiedza o strategiach zarządzania jakością,
- wiedza o jakości: metodach i technikach zapewniania jakości,
- stereotypy dotyczące metod i sposobów leczenia,
- działania motywacyjne wynikające z przyjętego systemu nagradzania,
- rodzaj/charakter relacji pomiędzy: pracownik-pracownik, pracownik-kadra zarządcza, kadra zarządcza-organ założycielski,
- poziom satysfakcji personelu (przyjęto następujące czynniki mające wpływ na poziom satysfakcji: (a) wynagrodzenie, (b) szanse związane z awansem, (c) stabilność zatrudnienia, (d) świadczenia pozapłatcowe, (e) możliwość rozwoju, (f) uznanie przełożonych, (g) autonomia i niezależność w podejmowaniu decyzji),

²⁴³ Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji i zarządzaniu ochroną zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 210.

- poziom satysfakcji pacjenta rozumiany jako (a) poczucie komfortu i bezpieczeństwa w trakcie leczenia w szpitalu, (b) zadowolenie z wyniku leczenia.

Do określenia kierunku zmian niezbędna jest analiza odpowiedzi na pytania badawcze, które wyznaczają obszary analityczne badania jakości świadczeń zdrowotnych oraz zestawienie ich z przyjętymi miernikami jakości (m.in. wskaźnik zgonów, wskaźnika reoperacji, wskaźnik rehospitalizacji, wskaźnik zakażeń szpitalnych, liczba zdarzeń medycznych, średni czasu pobytu pacjenta w szpitalu).

Przedstawione przykłady takich pytań kierowane być powinny do: (1) pracowników organów założycielskich (osób pełniących funkcje zarządcze we wszystkich komórkach organizacyjnych zajmujących się zdrowiem); (2) kadry zarządczej szpitali publicznych w województwie łódzkim (dyrektorów i ordynatorów).

Przykładowe pytania badawcze:

- (1) Czy zdaniem przedstawicieli organu założycielskiego i/lub kadry zarządczej na jakość świadczonych usług medycznych ma wpływ wykształcenie personelu medycznego i/lub personelu administracyjnego i/lub kadry zarządczej?
- (2) Czy organ założycielski i/lub kadra zarządcza są przekonani o dostatecznym/wystarczającym poziomie zatrudnienia personelu medycznego na poszczególnych oddziałach?
- (3) Czy zdaniem organu założycielskiego i/lub kadry zarządczej wysokość środków finansowych przeznaczonych na leczenie wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych? Jaka wysokość środków finansowych została przeznaczona na funkcjonowanie szpitala w poprzednim roku? Czy w opinii organu założycielskiego i/lub kadry zarządczej były to środki wystarczające, aby zapewnić wysoki poziom jakości świadczeń zdrowotnych?
- (4) Czy zakres udzielanych świadczeń w opinii organu założycielskiego i/lub kadry zarządczej wpływa na ich jakość? Czy przy podejmowaniu decyzji o zakresie świadczeń zdrowotnych brane są pod uwagę potrzeby pacjentów? W jaki sposób są one definiowane (jakie dane są w tym celu analizowane)?

- (5) Czy dostępność do świadczeń zdrowotnych w opinii organu założycielskiego i/lub kadry zarządczej wpływa na ich jakość? Jak oceniana jest dostępność świadczeń przez organ założycielski i/lub kadrę zarządczą? W jakim stopniu zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalu pokrywa potrzeby pacjentów?
- (6) Czy organ założycielski i/lub menadżerowie szpitali obligują do wprowadzania działań na rzecz poprawy jakości? Jakie są to działania/Jakie być powinny?
- (7) Czy przedstawiciele organu założycielskiego i/lub kadra zarządcza uczestniczą w seminariach/sympozjach/konferencjach dotyczących jakości? Czy organizowane są kursy z zakresu zarządzania jakością? Ile osób wzięło udział/jest zainteresowanych udziałem w takich kursach? Czy istnieje możliwość uzyskania dofinansowania takiego kursu? Jakie metody/narzędzia doskonalenia jakości wdrożone są do szpitala? Czy wyznaczone są osoby odpowiedzialne za jakość w szpitalu?
- (8) Czy organ założycielski i/lub kadra zarządcza stymulują/neutralizują wykorzystywanie stereotypów w procesie leczenia?
- (9) Jaka jest opinia organu założycielskiego o systemie motywacyjnym w szpitalu? Czy zdaniem organu założycielskiego szkolenia dla pracowników są czynnikiem motywującym i tym samym zwiększającym ich efektywność pracy? Jakie inne działania zostały wprowadzone celem zmotywowania kadry zarządczej?
- (10) Jaka jest opinia kadry zarządczej o wprowadzonym systemie motywacyjnym? Jakie działania zostały wprowadzone celem zmotywowania pracowników medycznych?
- (11) Jaka jest opinia organu założycielskiego i/lub kadry zarządczej o stopniu wpływu powyższych czynników na satysfakcję pracowników z wykonywanej pracy? Jakie inne czynniki wpływają na satysfakcję pracowników z wykonywanej pracy?
- (12) Czy w szpitalu prowadzone są badania satysfakcji pacjentów? Jaki jest cel prowadzenia takich badań?

Wykorzystane w badaniu narzędzie do wywiadu (dwie wersje, w zależności od grupy badawczej) zawierać powinno pytania zamknięte, otwarte

oraz metryczkę. Proponuje się zastosowanie pięciostopniowej skali Likerta, oraz skali trójstopniowej: tak/nie/nie wiem.

Wnioski z badań własnych

Przeprowadzone badanie własne²⁴⁴, którego celem była ocena sposobu postrzegania (i traktowania) jakości świadczeń zdrowotnych przez kadre zarządzającą szpitali publicznych w województwie łódzkim oraz analiza dostępnych danych²⁴⁵ pozwoliły na stwierdzenie następujących zależności i/lub dokonanie następujących ustaleń:

- przedstawiciele organów tworzących podmioty lecznicze jakość świadczeń zdrowotnych pojmują jako: stan aparatury i sprzętu medycznego, jego sprawność, wydajność i efektywność działania, zastosowanie nowoczesnych technologii zgodnych z aktualną wiedzą medyczną, warunki lokalowe, dostosowanie pomieszczeń do przewidzianych dla nich przepisów prawa, termomodernizacja obiektów, wdrażanie systemów zarządzania jakością oraz standaryzacja usług i procedur medycznych,
- kadra zarządcza podmiotów leczniczych definiuje jakość świadczeń zdrowotnych jako proces mający na celu *spełnienie oczekiwań pacjentów i ich zadowolenie*,
- w opinii menedżerów podmiotów leczniczych, na jakość świadczeń zdrowotnych w największym stopniu mają wpływ: (1) kompetencje, rozumiane jako składowa posiadanej wiedzy (wykształcenie) i zdobytych umiejętności (doświadczenie) zatrudnionego personelu medycznego, (2) liczba personelu medycznego zatrudnionego w podmiocie, (3) środki finansowe, które zdaniem respondentów są wprost proporcjonalne do poziomu jakości – wzrost środków na leczenie średnio o 13% w sposób znaczący spowodowałby wzrost jakości świadczeń,

²⁴⁴ Wyniki badań własnych stanowią część empiryczną rozprawy doktorskiej nt. *Zarządzanie jakością szpitalnych świadczeń zdrowotnych w województwie łódzkim*, obronionej na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 05.11.2014r. oraz przedstawione zostały w artykule Rybarczyk-Szwajkowska A., Cichońska D., Holly R., *Postrzeganie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych przez kadre zarządzającą szpitali publicznych*, „Medycyna Pracy” 2/2016, vol. 67.

²⁴⁵ Analizie poddano dane pochodzące ze stron internetowych: Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego, Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi, Głównego Urzędu Statystycznego.

- kadra zarządcza nie jest w stanie **jednoznacznie** sprecyzować, jaki przyjęła cel leczenia, natomiast analiza wyników badania wskazuje na istnienie związku między przyjętym/określonym celem leczenia z wieloma aspektami odnoszącymi się do sposobu postrzegania przez kadrę zarządczą jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych,
- najczęściej *standardy leczenia* a nie *certyfiakat ISO i akredytacja* w opinii kadry zarządczej wpływają na jakość świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym,
- posiadanie przez podmiot leczniczy normy ISO 9001 nie determinuje sposobu postrzegania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych,
- brakuje popartego działaniami podejścia do jakości świadczeń zdrowotnych, są one tylko wyrażanymi na *dokumentach*²⁴⁶ deklaracjami,
- działania wpisane w realizację celów projakościowych zdefiniowanych w *Programie Wojewódzkim – Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006-2013* (1) nie stanowią dla kadry zarządczej podmiotów leczniczych czynnika motywacyjnego i/lub (2) kadra zarządcza nie zna treści *Programu* i/lub (3) zostały błędnie zdefiniowane działania projakościowe,
- przyjęcie nowych modeli postaw, zachowań i schematów działania oznacza zmianę lub negację dotychczas obowiązujących reguł, przyzwyczajzeń i tradycyjnych rozwiązań. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi jest na to gotowa i czy w ogóle wyraża chęć wprowadzania zmian.

Podsumowanie

Przedstawiona metodyka badania jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych może/powinna stanowić podstawę opracowania regionalnej strategii ochrony zdrowia w zakresie działań na rzecz jakości świadczeń zdrowotnych. Pozwala ona także na przygotowanie systemu stałego/cyklicznego

²⁴⁶ Np. ustawa o działalności leczniczej, ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia, *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Program Wojewódzki: Strategia polityki ochrony zdrowia na lata 2006-2013.*

monitoringu badania jakości, które prowadzone w sposób precyzyjny i dokładny pozwoli na kompleksową ocenę jakości świadczeń zdrowotnych a w konsekwencji doprowadzi do jej poprawy w szpitalach. Zaproponowana metodyka może zostać wykorzystana nie tylko w szpitalach publicznych, ale także w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Literatura cytowana

1. *America's Health in Transition: Protecting and Improving the Quality of Health and Health Care*, Washington 1994.
2. *Biała Księga, Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013*, Bruksela, dnia 23.10.2007 KOM(2007) 630.
3. Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J., *Satysfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-położniczych na terenie miasta Lublina*, „Zdrowie Publiczne” 2006, 116(1), s. 189-191.
4. Borek-Wojciechowska R., Kłokow S., *Zapewnienie jakości w opiece zdrowotnej – stan aktualny*, „Zdrowie Publiczne” 2007, 117 (3), s. 374-380.
5. *Constitution of The World Health Organization*, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
6. Donabedian A., *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980, s. 1-164.
7. Donaldson M.S., Nolan K., *Measuring the quality of health care: state of the art*, „Joint Commission Journal on Quality Improvement” 1997, 23 (5).
8. Głowacka M.D., Sobkowski M., Staszewski R., *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie” 2005.
9. Greenfield D., Braithwaite J., *Health sector accreditation research: a systematic review*, „International Journal for Quality in Health Care” 2008, 20(3), s. 172-83.
10. Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998.
11. Holly R., *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, Referat wygłoszony na konferencji Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, 7 października 2010r.
12. Holly R., *Procesy restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia i ich wpływ na poprawę efektywności*, Recenzja rozprawy doktorskiej J. Kaczmarskiej-Krawczyk, Łódź 2010.

13. Holly R., *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2012, tom X.
14. Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013.
15. Michalak J., *Badania opinii społecznej dotyczące opieki zdrowotnej a wyniki badań satysfakcji pacjentów*, [w:] E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, wyd. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
16. Michalak J., *Legal conditions and determinants of Quality in the Polish Healthcare System*, [w:] Rudawska I. (red.), *Challenges for Healthcare reform in Europe*, Foundation of International Studies, Kyiv 2011.
17. Michalak J., *Metody i narzędzia zarządzania jakością na przykładzie opieki zdrowotnej*, referat wygłoszony na seminarium naukowym, 09.03.2011, Łódź.
18. Michalak J., *Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej*, „Problemy zarządzania” 2011, 3(33), s. 126-139.
19. Michalak J., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, [w:] *Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, Bydgoszcz 2011.
20. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Wydanie I dodruk, Warszawa 2005.
21. Ostrowski T., Bojar I., *Systemowy model ochrony zdrowia*, [w:] T.B. Kulik. M. Latałski (red.), *Zdrowie Publiczne*, Lublin 2002.
22. *Przewodnik ISO 9000*, Materiały informacyjne nt. wdrażania systemu zarządzania jakością wg norm ISO serii 9000, Opracowano w ramach zamówienia Ministerstwa Gospodarki Pracy, Wydanie II uzupełnione, Katowice 2004.
23. Rogoziński K., *Jakość usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, wyd. Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2000.
24. Rybarczyk-Szwajkowska A., Cichońska D., Holly R., *Postrzeganie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządczą szpitali publicznych*, *Medycyna Pracy* 2016, 67 (2).
25. Tomasiak T., Windak A., Król Z., Jacobs M., *Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002.
26. Whitfield M., Surowiec M., Kautsch M., *Zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
27. *WHO Working Group. Quality Ace In Health Care*, 1989, s. 79-95.

Rozdział 8.

Mapowanie potrzeb zdrowotnych a ocena sprawności regionalnego systemu ochrony zdrowia – na przykładzie Indeksu sprawności ochrony zdrowia dla województwa łódzkiego

Wprowadzenia

Według Ministerstwa Zdrowia²⁴⁷ w Polsce występują istotne długotrwałe różnice geograficzne w stanie zdrowia ludności kraju. Różnice te istnieją zarówno na poziomie regionów i powiatów, jak również m.in. na poziomie poszczególnych dzielnic miast. Wyniki analiz prowadzonych na ten temat były przedstawiane m.in. w następujących opracowaniach: *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*²⁴⁸, *Analysis of health and socio economic characteristics of district level populations in Poland*²⁴⁹, *Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010*²⁵⁰ oraz *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*²⁵¹. Dane te wskazują na konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w stanie zdrowia ludności. Działania te powinny

²⁴⁷ Ministerstwo Zdrowia, Projekt ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, http://zachodniopomorskie.sld.org.pl/aktualnosci/4788-ministerstwo_zdrowia___projekt_zalozen_.html (dostęp: 22.01.2013r.).

²⁴⁸ *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, World Health Organization 2012, http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0016/8251/raport1.pdf.

²⁴⁹ Chłoń-Domińczak A., Marek M., Rabcenko D., Stokwiszewski J., Wojtyniak B., *Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland*, Biennial Collaborative Agreement between the Minister of Health of Poland and the Regional Office for Europe of the World Health Organization 2010-2011, http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0006/15396/finalwho_20130410_raport2.pdf.

²⁵⁰ Wojtyniak B., Rabcenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J., *Atlas umieralności ludności Polski w latach 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl/page3.html>.

²⁵¹ Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf.

obejmować przede wszystkim wypracowanie narzędzi lepszego identyfikowania potrzeb zdrowotnych, jak również prowadzenia okresowych ocen skuteczności podejmowanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia ludności.

Podstawowym założeniem przedstawionym w projekcie ustawy z dnia 23 stycznia 2013 roku pt. *Projekt ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego* jest nowy model funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jego fundamentem ma być oparcie procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez regionalnych płatników na rzetelnej analizie potrzeb zdrowotnych w danym województwie, dokonywanej przez wojewodę przy udziale fachowej rady. W ramach tego działania ma być określana obecna i prognozowana sytuacja demograficzna i zdrowotna społeczności oraz dostępne zasoby infrastruktury ochrony zdrowia. W konsekwencji wskazywane będą obszary wymagające podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Według założeń ma to także pozwolić na zidentyfikowanie obszarów wymagających interwencji ze strony organów państwa lub jednostek samorządu terytorialnego. W projektowanej ustawie uregulowane zostaną całkowicie nowe instrumenty prawne, dotyczące sporządzania wojewódzkich map oceny potrzeb zdrowotnych oraz wydawania opinii nt. celowości tworzenia na danym obszarze nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego.

Wojewódzkie mapy oceny potrzeb zdrowotnych stanowić mają ważny instrument polityki zdrowotnej państwa. W założeniu powinny one być obiektywnym odzwierciedleniem problemów i potrzeb zdrowotnych populacji danego województwa, z uwzględnieniem zróżnicowania występującego na obszarach poszczególnych powiatów. Sporządzane będą w oparciu o najszerszy zakres możliwych do uzyskania wiarygodnych i aktualnych danych epidemiologicznych. Wojewódzkie mapy służyć będą przede wszystkim jako podstawa kontraktowania świadczeń przez wojewódzkie NFZ, które będą zobowiązane do ich uwzględniania przy sporządzaniu planów zakupu świadczeń na kolejny rok. Oparcie procesu kontraktowania na danych zawartych w tych dokumentach pozwoli na właściwe zabezpieczenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

W celu zagwarantowania sprawnego procesu sporządzania mapy i nadania jej odpowiedniej rangi, a jednocześnie jak najwyższej jakości merytorycznej tego dokumentu, zadanie to powierzono wojewodom, przy udziale fachowego gremium w postaci Wojewódzkiej Rady ds. Oceny Potrzeb

Zdrowotnych. W skład Rady wejdą osoby wyróżniające się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego, powołane przez wojewodę, reprezentujące: wojewodę, wojewódzki NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Wojewódzki Urząd Statystyczny, a także samorząd województwa i konwent powiatów województwa.

W strukturach urzędów wojewódzkich znajdują się komórki organizacyjne odpowiedzialne za kwestie polityki zdrowotnej, które powinny dysponować znacznym potencjałem fachowym, w szczególności w związku z włączeniem w struktury tych urzędów funkcjonujących wcześniej wojewódzkich centrów zdrowia publicznego. Ponadto wojewodom podlega obecnie, również odpowiedzialna za pewne aspekty zdrowia publicznego, Państwowa Inspekcja Sanitarna. W związku z powyższym uznano, że powierzenie właśnie wojewodzie zadania w zakresie sporządzenia wojewódzkiej mapy oceny potrzeb zdrowotnych daje rękojmię właściwej realizacji tego zadania, zwłaszcza przy połączeniu potencjału fachowego urzędu wojewódzkiego z wiedzą i kwalifikacjami członków ww. Rady.

Minister Zdrowia uzyska upoważnienie do określenia w drodze rozporządzenia wytycznych odnośnie zawartości oraz metodologii opracowywania wojewódzkich map oceny potrzeb zdrowotnych w taki sposób, aby stanowiły one skuteczne narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

Kolejnym nowym instrumentem prawnym będzie instytucja opinii o celowości tworzenia na danym obszarze nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przeznaczonych do udzielania świadczeń szpitalnych. Tworząc ten instrument, kierowano się przekonaniem, iż na obecnym etapie rozwoju rynku świadczeń zdrowotnych niezbędne jest wprowadzenie narzędzi planowania podaży tych świadczeń, w taki sposób aby przeciwdziałać żywiołowemu rozwojowi bazy w zakresie lecznictwa szpitalnego, bez uwzględnienia rzeczywistych potrzeb w tym zakresie, na danym terenie. Opinie wydawać będzie wojewoda, na wniosek zainteresowanego podmiotu, przy uwzględnieniu stanowiska Wojewódzkiej Rady. Podstawą do wydania opinii będzie wojewódzka mapa oceny potrzeb zdrowotnych oraz dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Posiadanie ważnej, pozytywnej opinii będzie warunkiem skutecznego ubiegania się o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z wojewódzkim NFZ, gdyż brak takiej opinii stanowić będzie jedną z przesłanek odrzucenia oferty w postępowaniu konkursowym. Zakładanym efektem wprowadzenia tego mechanizmu jest więc przede wszystkim zapobieganie nadmiernemu rozdrabnianiu kontraktów, co z jednej strony może mieć negatywne konsekwencje dla jakości (kompleksowości) świadczeń, a z drugiej strony prowadzić do pogarszania sytuacji ekonomicznej podmiotów leczniczych.

Zgodnie z proponowanymi rozwiązaniami za opracowanie regionalnych map odpowiedzialni będą wojewodowie, którzy będą je sporządzać przy udziale Wojewódzkich Rad do Spraw Potrzeb Zdrowotnych, w oparciu o projekty przekazane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny. Regionalne mapy będą sporządzane raz na 3 lata, jednakże zadaniem wojewodów oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny, będą corocznie aktualizowane, co pozwoli na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań i weryfikację ich zgodności z prognozami i założeniami.

Zasoby danych o potencjalnym zastosowaniu w tworzeniu map zdrowotnych

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny regularnie przygotowuje dane²⁵² na temat sytuacji zdrowotnej w kraju. Odnosi się to do monitorowania biologicznych, chemicznych i fizycznych czynników ryzyka w żywności, wodzie i powietrzu pomieszczeń oraz do chorób zakaźnych i zakażeń. Obecnie w zakresie zainteresowań naukowych Instytutu znajduje się problematyka zapobiegania chorobom zakaźnym (meldunki epidemiologiczne, rejestry onkologiczne, hospitalizacji) i ważnym społecznie chorobom niezakaźnym, monitoring sytuacji zdrowotnej, poprawa warunków sanitarnych i higienicznych, bezpieczeństwo środowiska naturalnego. Instytut współpracuje z wieloma pokrewnymi organizacjami zarówno krajowymi, jak i międzynarodowymi (WHO, DG Sanco, ECDC). Instytut przygotowuje również ekspertyzy z dziedziny szeroko pojętego zdrowia publicznego dla instytucji rządowych i samorządowych oraz uczestniczy w procesie tworzenia istotnych programów dotyczących zdrowia publicznego w Polsce (np. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 oraz monitorowanie tego programu).

²⁵²Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH, <http://www.pzh.gov.pl/page/>.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w ramach Portalu Statystycznego ZUS²⁵³ prezentuje dane z zakresu ubezpieczeń społecznych. Znaleźć w nim można dane statystyczne na temat płatników składek, ubezpieczonych, świadczeniobiorców, a także z zakresu orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji leczniczej. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) prezentuje na swoim portalu²⁵⁴ dane dotyczące korzystania ze świadczeń zdrowotnych, dane kontraktacyjne według świadczeniodawców, dane dotyczące refundacji leków. Główny Urząd Statystyczny (GUS) przedstawia²⁵⁵ wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia, infrastrukturę ochrony zdrowia, zatrudnienie, wynagrodzenia personelu medycznego, liczbę łóżek szpitalnych, porady, długość pobytu na oddziałach szpitalnych. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) prezentuje²⁵⁶ strukturę i profil medyczny podmiotów leczniczych, a w biuletynach statystycznych przekrojowe dane dotyczące systemu ochrony zdrowia. Ministerstwo Zdrowia przedstawia dane²⁵⁷ dotyczące zadłużenia szpitali, a Główny Inspektor Sanitarny dane²⁵⁸ dotyczące bezpieczeństwa żywności, wody, środowiska pracy i stanu sanitarnego kraju. Tabela 1. prezentuje wybrane źródła danych do opracowywania regionalnych wskaźników zdrowotnych.

Tabela 1. Wybrane źródła danych do opracowywania regionalnych wskaźników zdrowotnych w Polsce

Instytucja	Rodzaj danych (wybrane pozycje)
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) www.pzh.gov.pl	Zachowania zdrowotne, chorobowość szpitalna, zapadalność na choroby zakaźne, dane o zanieczyszczeniach
Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) www.psz.zus.pl	Płatnicy składek, ubezpieczonych, świadczeniobiorców, z zakresu orzecznictwa lekarskiego i rehabilitacji leczniczej, absencja chorobowa, świadczenia pieniężne z tytułu niesprawności
Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) www.nfz.gov.pl	Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, dane JGP, refundacja leków, dane kontraktacyjne według świadczeniodawców

²⁵³ Portal Statystyczny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, <http://www.psz.zus.pl/>.

²⁵⁴ Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php>.

²⁵⁵ Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/piekaspoeczna/>

²⁵⁶ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), <http://www.csioz.gov.pl/statystyka.php>

²⁵⁷ Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-nie-spozoz>.

²⁵⁸ Główny Inspektor Sanitarny, <http://www.gis.gov.pl/?lang=pl&go=content&id=30>.

Główny Urząd Statystyczny (GUS) www.stat.gov.pl	Wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia, infrastruktura ochrony zdrowia, zatrudnienie, wynagrodzenia personelu medycznego, liczba łóżek szpitalnych, porady, leczeni i długość pobytu na oddziałach
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) www.csioz.gov.pl	Struktura i profil medyczny podmiotów leczniczych
Ministerstwo Zdrowia www.mz.gov.pl	Zadłużenie szpitali
Główny Inspektor Sanitarny www.gis.gov.pl	Bezpieczeństwo żywności, wody, środowiska pracy, stanu sanitarnego kraju

Źródło: opracowanie własne

Wykorzystanie danych do oceny sprawności regionalnych systemów ochrony zdrowia – przykład Indeksu sprawności ochrony zdrowia 2014

W roku 2014 przygotowane zostało opracowanie – *Indeks sprawności ochrony zdrowia, oceniające sprawność działania systemu ochrony zdrowia na poziomie województw* (Kozierkiewicz A., Boguszewska E., Gajda K., Gilewski K., Ignatowicz M., Kaoka P., Laskowska B., Łaszewska A., Natkaniec M., Waśko B.). Autorzy wykorzystali międzynarodowe doświadczenia w opracowaniu mierników sprawności systemu ochrony zdrowia (*Health System Performance Measures – HSPM*), aby dokonać próby oceny działania polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Podstawowym założeniem autorów opracowania było to, że zarządzanie złożonym systemem, wymaga systematycznego określania i komunikowania celów działania systemu, a następnie pomiaru stopnia ich osiągnięcia. Od kilkunastu lat w ochronie zdrowia stosuje się ogólne pojęcie mierników sprawności systemu ochrony zdrowia (HSPM), stanowiących specyficzny zestaw wskaźników statystycznych, które mają wskazywać na skalę powodzenia polityki zdrowotnej. Mierniki tego rodzaju wykorzystywane są w wielu krajach, choć szczególnie rozpowszechniły się w krajach anglosaskich i skandynawskich, a także w praktyce organizacji międzynarodowych, jak Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) czy Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Poszczególne zestawy mierników różnią się, odzwierciedlając preferencje inicjatorów pomiaru.

Mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia mogą być stosowane zarówno wobec placówek ochrony zdrowia, regionów kraju, a także całego terytorium danego kraju. Najczęściej mierniki stosowane są do porównań (*benchmark*), zestawiających wyniki osiągnięte przez podobne podmioty. Mierniki te można odnosić do przyjętych z góry celów (*targets*) albo do wartości osiągniętych przez podmioty uznawane za referencyjne. Zdaniem badaczy z *Health Policy Analysis Program*, prowadzonego przez Uniwersytet Waszyngtoński, jest siedem powodów stosowania *mierników sprawności systemu ochrony zdrowia* w zarządzaniu:

1. Określanie i komunikowanie celów systemu,
2. Refleksja na temat możliwości systemu,
3. Nawiązanie współpracy wielu interesariuszy,
4. Przypisywanie odpowiedzialności,
5. Stała poprawa jakości,
6. Śledzenie postępów,
7. Komunikacja i promocja.

Mierniki sprawności systemu ochrony zdrowia ostatecznie wykorzystywane są do informowania właściwych podmiotów o stanie rzeczy oraz o postępach w osiąganiu przyjętych celów. Do najważniejszych podmiotów należy rząd oraz jego agendy, środowisko zawodowe oraz społeczeństwo kraju lub poszczególnych regionów. Opierając się na doświadczeniach międzynarodowych oraz potencjale systemu informacyjnego ochrony zdrowia w Polsce, autorzy opracowania zaproponowali pierwszą edycję polskiego Indeksu sprawności ochrony zdrowia. Główne założenia leżące u podstaw Indeksu:

1. Ocena wartości pożądanых w systemie – Indeks złożony jest ze wskaźników reprezentujących i oceniających pewien wybór wartości i cech pożądanых w systemie ochrony zdrowia.
2. Ocena na poziomie wojewódzkim – Indeks tworzony jest jako badanie porównawcze (*benchmark*) między województwami. Poszczególne wskaźniki odpowiadają na pytanie, w którym województwie system ochrony zdrowia działa lepiej, a w którym gorzej w danej dziedzinie.
3. Ocena zjawiska, a nie organizacji – większość prezentowanych wskaźników zależy od działania wielu czynników, wielu okoliczności, a nie pojedynczej organizacji czy osoby. Zatem Indeks poddaje ocenie zjawiska, a nie określone organizacje czy instytucje.

4. Wskaźniki są selektywne, ale reprezentatywne – Indeks złożony z kilkudziesięciu wskaźników ma na celu dokonanie opisu bardzo złożonego systemu. Zatem siłą rzeczy wskaźniki mają charakter selektywny, jednak powinny być reprezentatywne dla opisywanego wymiaru działania systemu.
5. Wskaźniki uwzględniają różnorodny punkt widzenia – wskaźniki z założenia reprezentują punkt widzenia najważniejszych interesariuszy systemu, tzn. obywatela/pacjenta, rządu/płatnika, środowiska medycznego.
6. Wskaźniki podzielone są tematycznie – wskaźniki zostały podzielone na osie i wymiary, reprezentujące określone wartości i cechy realizowane przez system ochrony zdrowia.

Interpretacja wskaźników Indeksu sprawności ochrony zdrowia

Wskaźniki wybrane do oceny systemu zostały scharakteryzowane i opisane w taki sposób, aby można było je interpretować z osobna jako wskaźniki szczegółowe danego zjawiska oraz razem, jako wskaźniki syntetyczne, oceniające daną oś. Zgodnie z zamiarami autorów, rolą Indeksu był pomiar *natężenia* cech uznanych za pożądane w systemie ochrony zdrowia. Pierwszym zadaniem twórców Indeksu było zatem określenie *o co chodzi* w systemie ochrony zdrowia, *czemu* system ochrony zdrowia ma służyć i jakie zjawiska należałoby w nim wspierać, a jakie eliminować. Ta część pracy nad Indeksom w praktyce była prowadzona w tle opracowywania i interpretacji wskaźników. Każdorazowo dobór wskaźnika wymagał decyzji, czy dany wskaźnik wspiera i ocenia zjawisko pożądane z punktu widzenia systemu. W Indeksie 2014 ujęto 44 wskaźniki szczegółowe. W rezultacie powstał schemat (tabela 2) złożony z trzech osi oceny reprezentujących trzy główne cele, którym, zdaniem autorów Indeksu, powinien być podporządkowany system ochrony zdrowia, które zawierały trzynaście wymiarów grupujących wskaźniki w kategorii cech, które powinien posiadać *dobry* system ochrony zdrowia.

Tabela 2. Osie i wymiary oceny w Krajowym indeksie sprawności ochrony zdrowia

Poprawa stanu zdrowia ludności	Efektywna gospodarka finansowa	Jakość konsumentka opieki zdrowotnej
Prewencja chorób	Efektywność alokacyjna	Ochrona finansowa pacjentów
Zapobieganie niepełnosprawności	Efektywność ekonomiczna terapii	Czas oczekiwania na świadczenia
Zapobieganie zaostrzeniom	Finanse placówek	Dostępność geograficzna
Zapobieganie zgonom	Zarządzanie infrastrukturą	Satysfakcja pacjenta
		System jakości

Źródło: opracowanie własne

W ten sposób powtórzona została logika zastosowana przez zespół *Christopher'a Murray'a* w Raporcie Zdrowotnym 2000 Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2000). W ramach tego przedsięwzięcia cele i pożądane cechy systemu ochrony zdrowia *negocjowane* były publicznie, niejako przy okazji i w ramach dyskusji na temat szczegółów oceny systemów (podejście „z dołu do góry”, *bottom-up*). Schemat polskiego Indeksu sprawności zawiera cele i wartości o które, zdaniem autorów Indeksu, należy zabiegać w systemie ochrony zdrowia.

Poprawa stanu zdrowia mieszkańców

Poprawa stanu zdrowia to niekwestionowany cel działania systemu ochrony zdrowia. Istotą tego celu jest zdefiniowanie, kogo ma dotyczyć poprawa stanu zdrowia oraz w jakim wymiarze stan zdrowia ma ulegać poprawie. Dla potrzeb Indeksu założono, że poprawa stanu zdrowia ma dotyczyć mieszkańców Polski i jej poszczególnych województw, a nie ubezpieczonych, czy też obywateli. Co prawda różnice liczebne między tymi trzema kategoriami nie są obecnie znaczne, ale koncepcyjnie rozróżnienie ma znaczenie. Dodatkowo założenie tego rodzaju upraszcza zagadnienia metodyczne dotyczące wskaźników, ponieważ mianownikiem części z nich jest po prostu liczba ludności, niezależnie od obywatelstwa oraz statusu ubezpieczeniowego. W zakresie wymiaru, w jakim stan zdrowia ma ulegać poprawie, założono:

- 1.1. Wymiar prewencji chorób,
- 1.2. Wymiar zapobiegania niesprawności,

- 1.3. Wymiar zapobiegania zaostrzeniom choroby,
- 1.4. Wymiar zapobiegania zgonom.

Efektywna gospodarka finansowa

Zdrowie jest wartością bardzo ważną z punktu widzenia indywidualnego oraz całej zbiorowości. Jednak i w systemie ochrony zdrowia istnieją ograniczenia – zawsze trzeba ponieść koszt alternatywny ochrony ludzkiego zdrowia. Fundamentalna zasada ekonomii, mówiąca o ograniczonych zasobach, jest bardzo często i boleśnie doświadczana w ochronie zdrowia. W dyskusji na ten temat od ponad dwudziestu lat zagadnienie wysokości środków finansowych (jako synonimu *zasobów*) wydaje się dominować. Jednocześnie kiedy dochodzi do dokonania wyboru (czy to wyboru w sensie procesu politycznego czy decyzji ekonomicznych) obywatele nie decydują się na przesunięcie środków finansowych z innych dziedzin życia publicznego na rzecz zdrowia. Zachowują wstrzeźliwość, kiedy należy podjąć decyzję o podniesieniu wydatków na zdrowie (składki publicznej, składek ubezpieczeń prywatnych lub innych obciążeń). Zatem oszczędna gospodarka finansowa systemu ochrony zdrowia okazuje się ważnym kryterium jego oceny. Na rzecz obecnej edycji Indeksu wskazano cztery wymiary oceny gospodarki finansowej:

- 1.4.1. Wymiar efektywności alokacyjnej,
- 1.4.2. Wymiar efektywności ekonomicznej terapii,
- 1.4.3. Wymiar stanu finansów placówek medycznych,
- 1.4.4. Wymiar zarządzania infrastrukturą.

Jakość konsumentcka opieki zdrowotnej

Tradycyjne pojmowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej i szerzej, ochrony zdrowia zakłada, że system tego rodzaju tworzony jest w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (zdrowia publicznego) lub, że interes publiczny przeważa w nim nad interesem indywidualnym oraz, że pacjent korzystający z systemu ochrony zdrowia powinien otrzymywać świadczenia konieczne, a nie przez niego pożądane. Taki punkt widzenia na konstruowanie systemu ochrony zdrowia jest dość rozpowszechniony w świecie, wręcz zalecany i promowany wśród państw o niskiej i średniej zamożności. Uznaje się, że stan zdrowia jest ważniejszym celem działania systemu niż dobre samopoczucie każdego pacjenta. Kiedy trzeba dokonywać wyborów, jakość konsumentcka nie

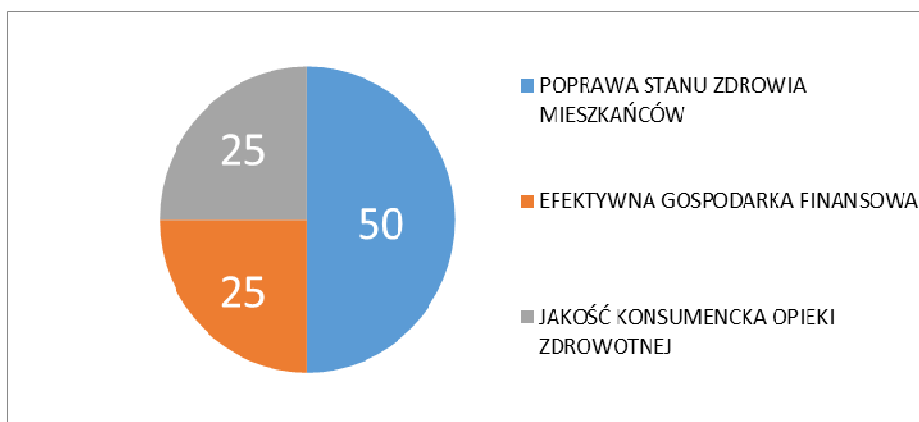
jest priorytetem. Wraz ze wzrostem zamożności społeczeństwa rośnie rola i waga jakości konsumenckiej, praw pacjenta, komfortu korzystania z usług zdrowotnych i jakości obsługi pacjenta traktowanego jak konsument usług zdrowotnych. Stąd trzecią osią oceny uznano jakość konsumencką opieki zdrowotnej:

- 1.5. Ochrona finansowa pacjentów,
- 1.6. Czas oczekiwania na świadczenia,
- 1.7. Dostępność geograficzna opieki,
- 1.8. Satysfakcja pacjentów,
- 1.9. System zapewniania jakości.

Wagi osi i wskaźników Indeksu sprawności ochrony zdrowia

Wyróżnione trzy osie oceny w formie poprawy stanu zdrowia, gospodarki finansowej oraz jakości konsumenckiej nie są jednakowo istotne z punktu widzenia celów systemu ochrony zdrowia. Ponieważ cel *poprawy stanu zdrowia* wydaje się z nich najważniejszy, sumaryczna waga wskaźników tej osi oceny powinna być odpowiednio wyższa niż pozostałych. W wypadku pozostałych dwóch osi uznano, że ich rola w systemie jest równa i wagi powinny być jednakowe (wykres 1). Zatem jeśli przyjąć, że suma punktów, którą dane województwo może uzyskać w Indeksie wynosi 100, to liczba punktów w poszczególnych osiach wynosi odpowiednio: 50 – stan zdrowia, 25 – gospodarka finansowa i 25 – jakość konsumencka.

Wykres 1. Osie Indeksu sprawności ochrony zdrowia i ich wagi



Źródło: opracowanie własne

W Indeksie sprawności systemu ochrony zdrowia 2013 wagi poszczególnych osi oceny są jedynie zagadnieniem poddanym dyskusji, nie mają natomiast praktycznego znaczenia przy obliczaniu wskaźników czy to szczegółowych czy syntetycznych. W przyszłych wydaniach przewiduje się jednak zastosowanie wagi osi w konstrukcji wskaźnika syntetycznego dla całego Indeksu. W Indeksie sprawności systemu ochrony zdrowia 2014 zastosowano 44 wskaźniki w poszczególnych wymiarach. Różnice istotności między nimi znalazły odbicie w nadanych przez autorów wagach (tabela 3).

Tabela 3. Wagi wskaźników Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia 2014 w podziale na osie oceny

OŚ OCENY 1. POPRAWA STANU ZDROWIA MIESZKAŃCÓW			
Lp.	Wskaźnik	Waga	Wymiary
1	Uczestnictwo w badaniach mammograficznych	3,03	prewencja chorób
2	Uczestnictwo w badaniach cytologicznych	3,03	prewencja chorób
3	Stan zaszczepienia dzieci szczepionką BCG	0,76	prewencja chorób
4	Stan zaszczepienia dzieci przeciwko odrześwinie-różyczce (1 dawka)	0,76	prewencja chorób
5	Zachorowania na gruźlicę	1,52	prewencja chorób
6	Bakteryjne zatrucia pokarmowe	1,52	prewencja chorób
7	Wskaźnik osób z orzeczoną niezdolnością do pracy	2,27	zapobieganie niesprawności
8	Relacja zgonów do hospitalizacji z powodu niewydolności serca	4,55	zapobieganie zaostreniom
9	Wskaźnik hospitalizacji wśród cukrzyków	3,79	zapobieganie zaostreniom
10	Wskaźnik hospitalizacji wśród chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych	3,03	zapobieganie zaostreniom
11	Wskaźnik hospitalizacji wśród leczonych ambulatoryjnie z powodu niewydolności serca (150)	3,03	zapobieganie zaostreniom
12	Proporcja liczby hospitalizowanych do liczby leczonych ambulatoryjnie w psychiatrii	3,03	zapobieganie zaostreniom
13	Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych	4,55	zapobieganie zgonom
14	Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka piersi	4,55	zapobieganie zgonom
15	Odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego	3,79	zapobieganie zgonom
16	Zgony do uniknięcia w POChP	3,79	zapobieganie zgonom
17	Liczba pobrań narządów od zmarłych	3,03	zapobieganie zgonom
	RAZEM	50	

ÓŚ OCENY 2. EFEKTYWNA GOSPODARKA FINANSOWA

Lp.	Wskaźnik	Waga	Wymiary
1	Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne do wydatków na leczenie szpitalne	2,78	efektywność alokacyjna
2	Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe do wydatków na leczenie szpitalne	2,78	efektywność alokacyjna
3	Wydatki na opiekę długoterminową	2,08	efektywność alokacyjna
4	Wskaźnik wydatków na leczenie raka odbytnicy vs przeżycie	2,08	Efektywność ekonomiczna terapii
5	Wskaźnik wydatków na leczenie raka piersi vs przeżycie	2,78	efektywność ekonomiczna terapii
6	Zobowiązania ogólne SPZOZ-ów w kontekście wydatków na świadczenia zdrowotne ogółem	3,47	finanse placówek
7	EBITDA SPZOZ-ów samorządowych w województwach	2,78	finanse placówek
8	Rentowność sprzedaży brutto SPZOZ-ów samorządowych w województwach	2,78	finanse placówek
9	Liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. ludności	1,39	zarządzanie infrastrukturą
10	Wskaźnik leczonych w ciągu roku na 1 łóżko szpitalne (przelotowość)	2,08	zarządzanie infrastrukturą
	RAZEM	25	

ÓŚ OCENY 3. JAKOŚĆ KONSUMENCKA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Lp.	Wskaźnik	Waga	Wymiary
1	Udział wydatków na zdrowie w przychodach gospodarstw domowych	2,68	ochrona finansowa pacjentów
2	Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z zakupu leków	1,79	ochrona finansowa pacjentów
3	Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z usług lekarza	1,79	ochrona finansowa pacjentów
4	Liczba osób na listach oczekujących	2,23	czas oczekiwania
5	Migracja międzyoddziałowa pacjentów	1,79	dostępność geograficzna
6	Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości	1,34	systemy jakości
7	Zadowolenie z systemu publicznej opieki zdrowotnej	2,68	satysfakcja pacjenta
8	Dostępność informacji	0,45	satysfakcja pacjenta
9	Dostęp do lekarzy specjalistów	1,79	satysfakcja pacjenta
10	Dostęp do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej	0,89	satysfakcja pacjenta
11	Dostęp do badań diagnostycznych	1,34	satysfakcja pacjenta
12	System rejestracji, jakość obsługi administracyjnej	0,45	satysfakcja pacjenta
13	Czas oczekiwania na usługę medyczną	1,79	satysfakcja pacjenta

14	Jakość infrastruktury, wyposażenia placówek medycznych	0,89	satysfakcja pacjenta
15	Profesjonalizm i kompetencje lekarzy	1,34	satysfakcja pacjenta
16	Podejście lekarza do pacjenta	1,34	satysfakcja pacjenta
17	Efekty leczenia	0,45	satysfakcja pacjenta
	RAZEM	25	

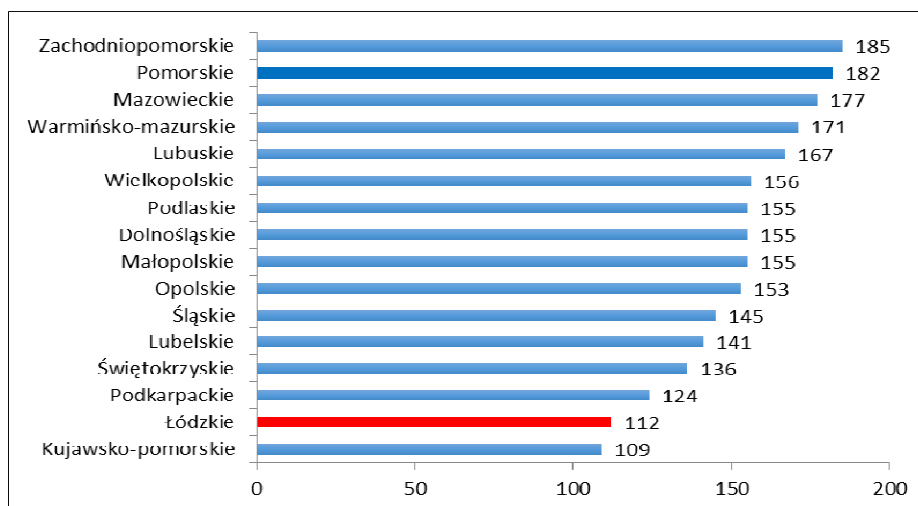
Źródło: opracowanie własne

Wyniki badania oceny województw w ramach Indeksu sprawności ochrony zdrowia

1. Poprawa stanu zdrowia

Wyniki podsumowania punktacji wskaźników w osi *poprawa stanu zdrowia* wskazują, że najlepszy wynik osiągnięto w województwie zachodniopomorskim (185 pkt.), pomorskim (182 pkt.) i mazowieckim (175 pkt.). Kolejne cztery województwa: warmińsko-mazurskie, lubuskie, wielkopolskie i podlaskie nie pozostają daleko w tyle za trójką liderów. Na końcu listy znajdują się województwa kujawsko-pomorskie (109 pkt.) i łódzkie (112 pkt.).

Wykres 2. Wskaźnik syntetyczny w osi poprawy stanu zdrowia Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia

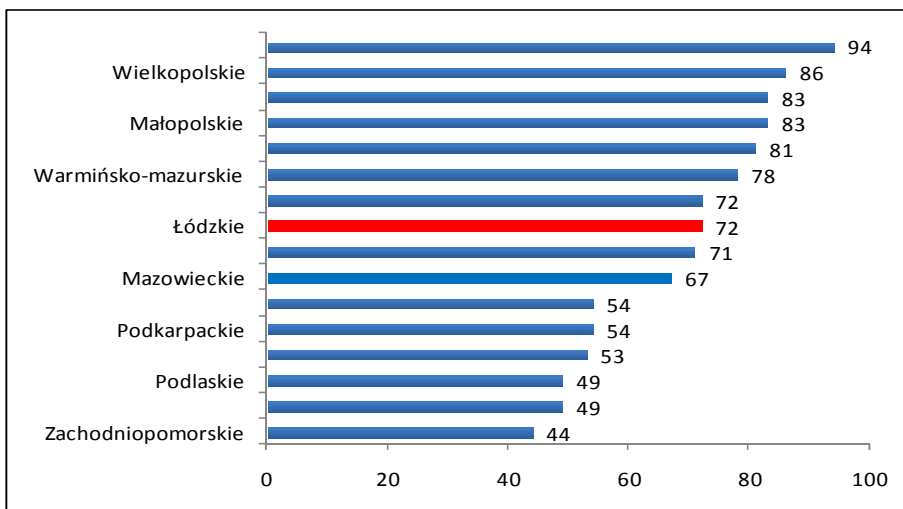


Źródło: opracowanie własne

2. Efektywna gospodarka finansowa

W osi efektywnej gospodarki finansowej na czele uplasowały się województwa: dolnośląskie (94 pkt.), wielkopolskie (86 pkt.), małopolskie i pomorskie – po 83 punkty. Województwo łódzkie znalazło się na miejscu ósmym, z 71 punktami. Na końcu stawki ulokowały się województwa: zachodniopomorskie (44 pkt.), podlaskie i lubelskie – po 49 punktów (wykres 3).

Wykres 3. Wskaźnik syntetyczny w osi efektywnej gospodarki finansowej Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia 2014

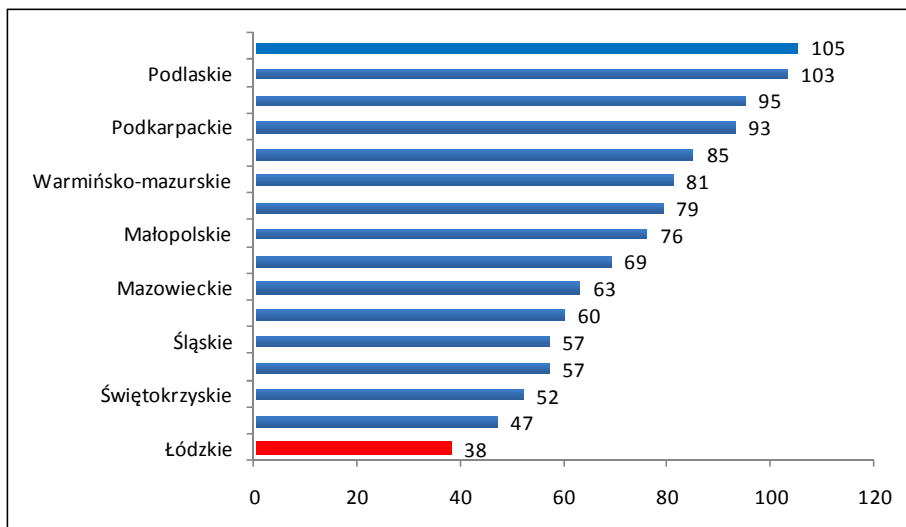


Źródło: opracowanie własne

3. Jakość konsumentcka opieki zdrowotnej

W osi jakości konsumentckiej na czele uplasowały się województwa: opolskie (88 pkt.), podlaskie i podkarpackie (79 i 76 pkt.). Co ciekawe, są to te same województwa, które w osi gospodarki finansowej znalazły się na końcu stawki. Na końcowych miejscach w osi jakości konsumentckiej ulokowały się województwa: dolnośląskie, pomorskie i łódzkie (odpowiednio 27, 30 i 32 pkt.).

Wykres 4. Wskaźnik syntetyczny w osi jakości konsumenckiej Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia 2014

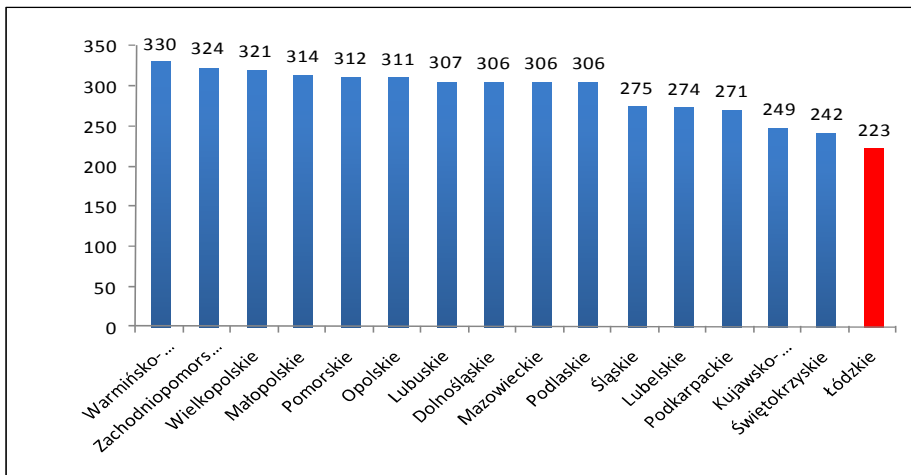


Źródło: opracowanie własne

4. Zestawienie sumaryczne wskaźników Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia 2014

W sumarycznym zestawieniu wskaźników z wymienionych trzech osi uzyskano obraz generalny wynikający z zastosowania wag punktowych do poszczególnych osi. Najlepszy wynik osiągnęło województwo warmińsko-mazurskie (33 pkt.), drugie miejsce zajęło województwo zachodniopomorskie (324 pkt.), a trzecią lokatę województwo wielkopolskie (321 pkt.). W zestawieniu tym pozycja województwa łódzkiego była niestety niekorzystna i znalazło się ono z tylko 223 punktami na ostatnim miejscu spośród wszystkich województw.

Wykres 5. Wskaźnik syntetyczny dla trzech osi razem Indeksu sprawności systemu ochrony zdrowia 2014



Źródło: opracowanie własne

Wnioski końcowe

1. Tworzenie map zabezpieczenia zdrowotnego jest fundamentalne dla sprawnego i skutecznego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zabezpieczeniem właściwego funkcjonowania tego projektu będzie stosowanie wiarygodnych i aktualnych danych, właściwa metodologia oraz cykliczna ocena jakości wyników.
2. W Polsce dostępnych jest mnóstwo danych z zakresu systemu ochrony zdrowia, natomiast najważniejszym wyzwaniem jest ich właściwa analiza ilościowa i jakościowa.
3. Obecny kształt *Indeksu sprawności ochrony zdrowia* w województwach jest pierwszą próbą syntetycznej oceny, w jaki sposób działa system ochrony zdrowia w Polsce. Indeks oparty został na międzynarodowych doświadczeniach, w szczególności doświadczeniach Światowej Organizacji Zdrowia. Zgodnie z planami autorów Indeksu, zestaw wskaźników będzie się poszerzał, przy zachowaniu podstawowego zestawu wskaźników, które mają pozwolić na obserwację zmian w czasie.
4. Wyniki *Indeksu sprawności ochrony zdrowia 2014* pokazują próbę oceny stanu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w poszczególnych województwach. Wynik dla województwa łódzkiego powinien skłonić do

refleksji i dokładnej analizy wszystkich interesariuszy odpowiedzialnych za planowanie, funkcjonowanie i działania naprawcze w ramach systemu ochrony zdrowia w tym regionie Polski.

Literatura cytowana

1. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), <http://www.csioz.gov.pl/statystyka.php>.
2. Chłoń-Domińczak A., Marek M., Rabcenko D., Stokwiszewski J., Wojtyniak B., *Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland, Biennial Collaborative Agreement between the Minister of Health of Poland and the Regional Office for Europe of the World Health Organization 2010-2011*.
3. Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie-opieka-spoeczna/>.
4. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0006/15396/finalwho_20130410_raport2.pdf.
5. Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz> Główny Inspektor Sanitarny, <http://www.gis.gov.pl/?lang=pl&go=content&id=30>.
6. Ministerstwo Zdrowia, Projekt ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, http://zachodniopomorskie.sld.org.pl/aktualnosci/4788-ministerstwo_zdrowia___projekt_zalozen_.html (dostęp: 22.01.2013r.).
7. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php>.
8. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, <http://www.pzh.gov.pl/page/>.
9. Portal Statystyczny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, <http://www.psz.zus.pl/>.
10. *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, World Health Organization 2012, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0016/8251/raport1.pdf.
11. Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf.
12. Wojtyniak B., Rabcenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J., *Atlas umieralności ludności Polski w latach 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl/page3.html>.

Rozdział 9.

Problematyka ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w powiatowych planach rozwoju lokalnego i strategiach rozwoju powiatów regionu łódzkiego na lata programowania 2007-2013 w kontekście „Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020”

Wprowadzenie

Reforma samorządowa z lat 90. wprowadziła w Polsce trójstopniowy podział kraju na: gminy i powiaty – tworzące samorząd lokalny oraz województwa samorządowe – tworzące samorząd regionalny²⁵⁹. Co do zasady, samorządowi lokalnemu przypisano odpowiedzialność za zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, a województwu samorządowemu – za politykę rozwoju regionalnego. Wyznaczone pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego (jst) granice odpowiedzialności (a tym samym pola kompetencji) objęły także obszar ochrony zdrowia²⁶⁰. Rozpoczęty wówczas proces decentralizacji spowodował, że zadania i cele polityki ochrony zdrowia znalazły się w obszarze działań administracji samorządowej, których zasadniczą ideą jest *łącznie działań zdrowotnych z innymi działaniami podejmowanymi na rzecz*

²⁵⁹ Kulesza M., *Transformacja ustroju administracyjnego Polski (1990-2000)*, „Studia Iuridica” 2000, Nr XXXVIII, s. 78-86.

²⁶⁰ Pod pojęciem ochrony zdrowia rozumie się, po pierwsze – ochronę przed chorobami poprzez zapobieganie i zwalczanie chorób o dużym znaczeniu społecznym oraz niepełnosprawności psychicznych i fizycznych w ramach systemu opieki zdrowotnej, po drugie – ochronę przed zagrożeniami środowiska przyrodniczego i pracowniczego, po trzecie – ochronę przed zagrożeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków społecznych (np. patologie społeczne jak alkoholizm). Z tym pojęciem wiąże się inne, o węższym znaczeniu, pojęcie opieki zdrowotnej, rozumianej (wg WHO) jako program świadczeń zgodnych z wiedzą medyczną, niezbędną dla promocji i utrzymania zdrowia, które powinny być dostępne poszczególnym jednostkom i całej populacji. W niniejszej pracy mówiąc o ochronie zdrowia uwzględniono głównie pierwsze i trzecie znaczenie, wiążąc je ściśle z opieką zdrowotną, pominięto natomiast kwestie zagrożeń środowiska przyrodniczego.

*i przez społeczność lokalną*²⁶¹. W ustawach samorządowych, mających charakter ustrojowy, są one ujęte ogólnie (tabela 1). Gminie przypisano „sprawy ochrony zdrowia” jako zadanie własne z domniemanem kompetencji²⁶². Powiatom i samorządowi województwa wyznaczono zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia – odpowiednio o charakterze ponadgminnym i wojewódzkim – określone ustawami.

Tabela 1. Odwołania do ochrony zdrowia w ustawach samorządowych gminy, powiatu i samorządu województwa

Gmina	Powiat	Samorząd województwa
ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U.01.142.1591 z późn. zm.)	ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. 1998, Nr 91, poz. 578, z późn. zm.)	Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. 1998, Nr 91, poz. 576)
Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy ochrony zdrowia	Powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia	Samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami , w szczególności w zakresie promocji i ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne

Materialno-prawnych podstaw działania dla powiatu i samorządu województwa w obszarze ochrony zdrowia należy szukać w ustawach regulujących poszczególne kwestie np. z zakresu zdrowia publicznego czy systemu opieki zdrowotnej. Powiat i samorząd województwa mogą więc realizować tylko takie zadania w zakresie ochrony zdrowia na jakie zezwala ustawa i bez naruszania zakresu działania gmin. Zadania te mają różnorodny charakter.

Wspólną grupą zadań przypisanych powiatom i samorządowi województwa w obszarze ochrony zdrowia jest wykonywanie tzw. uprawnień właścicielskich w stosunku do podmiotów leczniczych, dla których to powiat

²⁶¹ Witecka K., *Polityki lokalne na podstawie ochrony zdrowia i pomocy społecznej*, 31 marca 2010, <http://sknhp.ujk.edu.pl/index.php/prace/31-general/64-polityki-lokalne-napodstawie-ochrony-zdrowia-i-pomocy-spoecznej> (dostęp: 19.032013 r.).

²⁶² Czyli, że do zakresu jej działania gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów.

i samorząd województwa stanowią podmiot tworzący²⁶³. Wśród uprawnień znajdują się takie jak: tworzenie, przekształcenie i likwidacja podmiotów leczniczych – samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz nadzór nad nimi.

Szczególnym rodzajem obowiązku przypisanego władzom publicznym w obszarze zdrowia jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń, co ma stanowić realizację normy konstytucyjnej ujętej w art. 68 Konstytucji RP. W celu urzeczywistnienia postulatywnego charakteru „prawa równego dostępu”, powiatom i samorządowi województwa wyznaczono do realizacji określone ustawą zadania (tabela 2).

Tabela 2. Zadania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń

Powiat	Samorząd województwa
<ul style="list-style-type: none"> • opracowywanie, realizacja i ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu • przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych • inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu • pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia • podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych 	<ul style="list-style-type: none"> • opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa • przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych • opracowywanie i wdrażanie innych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia • inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia, • podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa

Źródło: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004, Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).

²⁶³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Kolejna grupa to zadania z zakresu zdrowia publicznego, ochrony zdrowia psychicznego, przeciwdziałania alkoholizmowi, zwalczania zagrożeń epidemiologicznych, i inne (tabela 3).

Tabela 3. Zadania z zakresu zdrowia publicznego regulowane przepisami szczególnymi rangi ustawowej (wybrane)

Zadania	Powiat	Samorząd województwa
z zakresu ochrony zdrowia psychicznego	tak	tak
zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	tak	tak
z zakresu ochrony przed następstwami używania tytoniu	tak	tak
z zakresu inspekcji sanitarnej	tak	tak
z zakresu zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń	tak	tak

Źródło: opracowanie własne

Skuteczne i efektywne wykonywanie przez powiat i samorząd województwa wielu zadań publicznych, nie tylko w zakresie ochrony zdrowia, wymaga sprawnego zarządzania na każdym z jego etapów, w tym także planowania. Samorząd prowadząc politykę lokalną bądź regionalną dokonuje przede wszystkim wyboru celów działania i sposobów ich realizacji pod kątem zaspokajania zbiorowych potrzeb lokalnej wspólnoty samorządowej w ramach określonych wieloletnich celów strategicznych. Jak podkreśla C. Włodarczyk - „(...) z szerszej perspektywy główne działania samorządu obejmują: tworzenie ogólnej strategii i planowania polityki ochrony zdrowia na danym terenie, podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego, podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia”²⁶⁴. Materialnym tego wyrazem są odpowiednie dokumenty strategiczne uchwalane przez właściwe organy powiatu i samorządu województwa. Na poziomie samorządu województwa są to strategie rozwoju

²⁶⁴ Cyt. za: Witecka K., *Polityki lokalne na podstawie ochrony zdrowia i pomocy społecznej*, 31 marca 2010, <http://sknhp.ujk.edu.pl/index.php/prace/31-general/64-polityki-lokalne-na-podstawie-ochrony-zdrowia-i-pomocy-spoecznej> (dostęp: 19.03.2013 r.).

województwa, na poziomie powiatu mogą to być strategie rozwoju powiatu lub plany rozwoju lokalnego. Strategie i plany rozwoju nabrały szczególnego znaczenia wobec możliwości finansowania wielu działań ze środków zewnętrznych, w szczególności tzw. funduszy unijnych. Dokumenty takie powstały także dla województwa łódzkiego oraz powiatów województwa łódzkiego.

Pierwszy dokument pn. „Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego” został uchwalony przez Sejmik Województwa Łódzkiego we wrześniu 2000 r. i jak to określono – *„z założenia był to dokument otwarty i wyrażający potrzebę sukcesywnego dostosowywania do stale ewoluującej rzeczywistości”*²⁶⁵. Zewnętrzne i wewnętrzne uwarunkowania wynikające ze zmieniającej się sytuacji społeczno-gospodarczej kraju, przystąpienia Polski do Unii Europejskiej spowodowały jednak konieczność znowelizowania strategii w zakresie kierunków rozwoju regionu. Zmieniły się bowiem także uwarunkowania, cele i kierunki wspierania rozwoju regionalnego przez państwo ujęte w zapisach „Narodowego Planu Rozwoju”²⁶⁶ oraz „Narodowej Strategii Rozwoju Regionalnego”²⁶⁷. Istotne znaczenie miało również rozszerzenie wsparcia rozwoju regionalnego zaproponowanego przez Unię Europejską w ramach nowego okresu programowania na lata 2007-2013. Wszystko to doprowadziło do uchwalenia nowego dokumentu pn. „Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020” (SRWŁ 2007-2020)²⁶⁸. W tym dokumencie na nowo sformułowano misję jako: *„Podniesienie atrakcyjności Województwa Łódzkiego w strukturze regionalnej Polski i Europy jako regionu sprzyjającego zamieszkaniu i gospodarce przy dążeniu do budowy wewnętrznej spójności i zachowaniu różnorodności jego miejsc”*, wyznaczając trzy strefy zainteresowań strategicznych: społeczną, ekonomiczną i funkcjonalno-przestrzenną²⁶⁹.

Problematykę ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej ujęto w ramach sfery społecznej, obejmującej wzrost ogólnego poziomu cywilizacyjnego wojewó-

²⁶⁵ *Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020*, s. 4, http://www.ezdrowie.lodzkie.pl/pliki/PL-Lodzkie-Strategia_Wojewodztwa-2007-2020.pdf

²⁶⁶ *Narodowy Plan Rozwoju na lata 2007-2013* przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 6 września 2005r. (www.npr.gov.pl).

²⁶⁷ *Narodowa Strategia Rozwoju Regionalnego na lata 2007-2013* przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 6 września 2005r. (www.nsr.gov.pl).

²⁶⁸ Uchwała Nr LI/865/2006 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 31 stycznia 2006 roku w sprawie uchwalenia „Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020”.

²⁶⁹ *Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020*, s. 17.

dztwa. Jak to bowiem określono, „*aby zlikwidować opóźnienia i sprostać nowym wyzwaniom (...) należy (...) zwiększać możliwości adaptacyjne społeczności regionalnej do ciągle zmieniających się warunków zewnętrznych poprzez m.in. modernizację systemu opieki społecznej, poprawę stanu zdrowia (...) Jest to podstawowy warunek utrzymania łączy i rozwijającym się światem i zagwarantowania postępu cywilizacyjno-kulturowego oraz ogólnego rozwoju*”²⁷⁰. W tej sferze określono obszar priorytetowy – jakość życia, a w jego ramach cel strategiczny – podniesienie poziomu jakości życia. Jak zauważono: „*jakość życia w województwie łódzkim jest względnie niska w stosunku do wielu innych regionów kraju. Wynika to m.in. ze złego stanu zdrowia ludności, małej świadomości zdrowotnej (...)*”, a *poczucie bezpieczeństwa obywateli zależy od sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia*”²⁷¹. Tym samym wskazano niejako pole działań dla samorządu województwa precyzując cel szczegółowy jako „poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego”, który powinien być realizowany poprzez takie działania jak:

- poprawę dostępności do usług medycznych poprzez modernizację infrastruktury placówek opieki zdrowotnej oraz racjonalizację rozmieszczenia świadczeń wysokospecjalistycznych,
- podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wprowadzenie systemów jakości i certyfikacji procedur,
- inicjowanie i realizację zadań i programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

Problematyka uzależnień także znalazła się w strefie społecznej, ale w innym obszarze priorytetowym – polityka społeczna, w celu strategicznym – zmniejszenie zjawisk wykluczenia społecznego i modernizacja systemów pomocy społecznej i w celu szczegółowym – zapobieganie i przeciwdziałanie problemom uzależnień. Dla realizacji tego celu szczegółowego określono następujące działania:

- przedsięwzięcia na rzecz zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- tworzenie i wspieranie sieci międzysektorowej współpracy służb (pomoc społeczna, szkoły, placówki medyczne, organizacje pozarządowe,

²⁷⁰ Tamże, s. 18.

²⁷¹ Tamże, s. 21.

ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne, sądy, prokuratura, policja, etc.)²⁷².

Tabela 4. Problematyka ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020

Strefa społeczna	
Obszar priorytetowy – jakość życia	Obszar priorytetowy – polityka społeczna
<p>cel strategiczny – podniesienie poziomu jakości życia</p>	<p>cel strategiczny – zmniejszenie zjawisk wykluczenia społecznego i modernizacja systemów pomocy społecznej</p>
<p>cel szczegółowy – poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego</p> <ul style="list-style-type: none"> • poprawę dostępności do usług medycznych poprzez modernizację infrastruktury placówek opieki zdrowotnej oraz racjonalizację rozmieszczenia świadczeń wyspecjalizowanych, • podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez wprowadzenie systemów jakości i certyfikacji procedur, • inicjowanie i realizację zadań i programów z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób. 	<p>cel szczegółowy – zapobieganie i przeciwdziałanie problemom uzależnień</p> <ul style="list-style-type: none"> • przedsięwzięcia na rzecz zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczenia szkód zdrowotnych osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, • tworzenie i wspieranie sieci międzysektorowej współpracy służb (pomoc społeczna, szkoły, placówki medyczne, organizacje pozarządowe, ośrodki terapeutyczne i rehabilitacyjne, sądy, prokuratura, policja, etc.

Źródło: „Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020”

Jak wynika z powyższego zestawienia strategia rozwoju województwa łódzkiego w zakresie zdrowia odwołuje się do tak zasadniczych kwestii jak: dostępność, jakość, promocja zdrowia, profilaktyka chorób, ograniczanie szkód zdrowotnych, wpieranie współpracy różnych służb. Strategia rozwoju województwa realizowana jest poprzez programy wojewódzkie.

Do skutecznego realizowania celów i obszarów priorytetów strategii – jak podkreślili twórcy dokumentu – „wymagana jest ścisła współpraca samorządów powiatowych i gminnych z samorządem województwa. Zasadne

²⁷² Tamże, s. 23.

jest uwzględnienie w lokalnych dokumentach strategicznych głównych priorytetów określonych w strategii regionu²⁷³. Ten ostatni postulat znalazł swój oddźwięk w dokumentach strategicznych opracowanych przez powiaty: strategiach rozwoju lub planach rozwoju lokalnego.

Strategia rozwoju powiatu jest dokumentem określającym wizję rozwoju, strategiczne i operacyjne cele rozwoju, zadania strategiczne oraz sposób i metody ich realizacji. Po 2005r. strategia rozwoju powiatu stanowi jeden z najważniejszych dokumentów wyznaczających kierunki rozwoju powiatu w kilkuletniej perspektywie i na nim to powiat powinien opierać swoje działania inwestycyjne współfinansowane ze środków unijnych²⁷⁴.

Strategia rozwoju województwa i strategię rozwoju lokalnego powiatu powinny być spójne z nadrzędnym dokumentem pn. „Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015”²⁷⁵, w którym głównym celem jest podniesienie poziomu i jakości życia mieszkańców Polski: poszczególnych obywateli i rodzin, w tym poprzez poprawę stanu zdrowia mieszkańców Polski.

Innym rodzajem dokumentu o charakterze strategiczno-planistycznym jest tzw. plan rozwoju lokalnego powiatu (PRL), szczegółowo traktujący o konkretnych działaniach. Określając nie tylko ogólne cele – jak to ma miejsce w strategii – lecz konkretne zadania, terminy ich realizacji oraz sposoby finansowania, umożliwia efektywniejsze planowanie i wykorzystanie zasobów. Generalnie, działania ujmowane w ramach PRL powinny mieć na celu podniesienie poziomu życia mieszkańców poprzez rozwój wszystkich dziedzin życia publicznego, w tym zdrowia. Choć posiadanie przez powiat PRL-u nie jest prawnie obligatoryjne, to jego brak stanowi istotne ograniczenie w ubieganiu się o środki unijne. PRL składany był bowiem jako obowiązkowy załącznik do wniosku przy staraniu się o środki finansowe w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych przygotowanych i zarządzanych przez samorządy województw w latach 2004-2006 oraz Sektorowych Programów Operacyjnych realizowanych w latach 2007-2013.

²⁷³ Tamże, s. 43.

²⁷⁴ Wymóg posiadania strategii przez powiaty wynika z Ustawy z dnia 6 grudnia 2006 roku o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, w której określono, iż politykę rozwoju w skali lokalnej prowadzi samorząd powiatowy i gminny, a podstawą prowadzenia tej polityki są strategie rozwoju lokalnego, w tym strategię rozwoju powiatów.

²⁷⁵ <http://bip.mrr.gov.pl>.

Problematyka ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w strategiach i planach rozwoju lokalnego powiatów województwa łódzkiego

Województwo łódzkie podzielone jest na 24 powiaty, w tym 21 powiatów ziemskich i 3 powiaty grodzkie (miasta na prawach powiatu), które tworzą 5 podregionów: podregion łódzki (powiaty: brzeziński, łódzki wschodni, pabianicki, zgierski), podregion piotrkowski (powiaty: bełchatowski, opoczyński, piotrkowski, radomszczański, tomaszowski, miasto na prawach powiatu Piotrków Trybunalski), podregion sieradzki (powiaty: łaski, pajęczański, poddębicki, sieradzki, wieluński, wieruszowski, zduńskowolski), podregion skierniewicki (powiaty: kutnowski, łęczycki, łowicki, rawski, skierniewicki, miasto na prawach powiatu Skierniewice) oraz Łódź. Powiaty charakteryzują się zróżnicowaną liczbą ludności i wielkością powierzchni, różnym stopniem urbanizacji i rozwojem społeczno-gospodarczym²⁷⁶.

Obecnie wszystkie powiaty dysponują dokumentami strategicznymi: strategią rozwoju powiatu lub planem rozwoju lokalnego (tabela 5). Zasadniczym dokumentem, do którego nawiązują strategie lub plany rozwoju powiatu jest Strategia Rozwoju Województwa łódzkiego na lata 2007-2020, stanowiąca istotną płaszczyznę odniesienia przy formułowaniu celów, zarówno strategicznych, jak i operacyjnych. Wśród innych dokumentów znalazły się: Regionalny Program Operacyjny Województwa łódzkiego na lata 2007-2013, Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015, czy Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013.

²⁷⁶ Próby syntetycznej oceny pozycji poszczególnych powiatów w 2009 r., opartej o wybrane wskaźniki charakteryzujące sytuację demograficzną, poziom życia mieszkańców, poziom rozwoju ekonomicznego, finanse oraz wykorzystanie środków z UE, podjęła się w swoim raporcie A. Krajewska. Jak wynika z badań, w pierwszej piątce najlepszych znalazły się trzy powiaty grodzkie i dwa ziemskie, w kolejności (od najlepszego): Skierniewice, powiat bełchatowski, Łódź, Piotrków Trybunalski i powiat łódzki wschodni. Pięć najgorszych powiatów (od najgorszego) to: sieradzki, piotrkowski, łaski, radomszczański, skierniewicki. Patrz: Krajewska A., *Zróżnicowanie poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego powiatów województwa łódzkiego*, s. 51-54, w: www.kls.uni.lodz.pl/download/64/.

Tabela 5. Strategie rozwoju powiatu i plany rozwoju lokalnego powiatów województwa łódzkiego

Powiat	Nazwa dokumentu
Powiaty ziemskie	
Bełchatowski	<i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Bełchatowskiego na lata 2008-2015</i> ²⁷⁷ <i>Strategia Rozwoju Powiatu Bełchatowskiego na lata 2005-2015</i> ²⁷⁸
Brzeziński	<i>Plan Rozwoju Lokalnego dla Powiatu Brzezińskiego na lata 2007-2013</i> ²⁷⁹
Kutnowski	<i>Strategia Rozwoju Społeczno - Gospodarczego Powiatu Kutnowskiego na lata 2007-2015</i> ²⁸⁰ <i>Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Kutnowskiego wraz z wieloletnim planem inwestycyjnym na lata 2007-2013</i> ²⁸¹
Łaski	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Łaskiego na lata 2007-2015</i> ²⁸² <i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Łaskiego na lata 2007 - 2013</i> ²⁸³
Łęczycki	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Łęczyckiego 2004-2014</i> ²⁸⁴ <i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Łęczyckiego na lata 2008-2013</i> ²⁸⁵
Łowicki	<i>Strategia Powiatu Łowickiego</i> ²⁸⁶
Łódzki wschodni	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Łódzkiego Wschodniego</i> ²⁸⁷ <i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Łódzkiego Wschodniego na lata 2007 - 2015</i> ²⁸⁸

²⁷⁷ Uchwała Nr 221/XXXII/2009 Rady Powiatu w Bełchatowie z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Bełchatowskiego na lata 2008-2015.

²⁷⁸ Uchwała Nr 210/XXX/2005 Rady Powiatu w Bełchatowie z dnia 30 marca 2005 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Bełchatowskiego na lata 2005-2015.

²⁷⁹ Uchwała Nr XXIII/ 143/ 2008 Rady Powiatu w Brzezinach z dnia 5 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego dla Powiatu Brzezińskiego na lata 2007-2013.

²⁸⁰ Uchwała NR 71/XII/2007 Rady Powiatu w Kutnie z dnia 8 sierpnia 2007 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Strategia Rozwoju Społeczno - Gospodarczego Powiatu Kutnowskiego na lata 2007-2015.

²⁸¹ Uchwała Nr 81/XIV/2007 Rady Powiatu w Kutnie z dnia 12 października 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Kutnowskiego wraz z wieloletnim planem inwestycyjnym na lata 2007-2013.

²⁸² Uchwała Nr XIX/142/08 Rady Powiatu Łaskiego z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Łaskiego na lata 2007-2015.

²⁸³ Uchwała Nr XIX/143/08 Rady Powiatu w Łasku z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie uchwalenia "Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łaskiego na lata 2007-2013.

²⁸⁴ Uchwała Nr XVII/135/2004 Rady Powiatu Łęczyckiego z dnia 30 czerwca 2004 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Łęczyckiego 2004-2014.

²⁸⁵ Uchwała nr XXII/187/2008 Rady Powiatu Łęczyckiego z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łęczyckiego na lata 2008-2013 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

²⁸⁶ Uchwała NR XXXIX/233/2002 Rady Powiatu Łowickiego z dnia 27 lutego 2002 r. w sprawie przyjęcia Strategii Powiatu Łowickiego.

²⁸⁷ Uchwała Nr 206/XIX/2008 Rady Powiatu Łódzkiego Wschodniego z dnia 28 lutego 2008 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Łódzkiego Wschodniego.

Opoczyński	<i>Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Opoczyńskiego na lata 2007-2013</i> ²⁸⁹
Pabianicki	<i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Pabianickiego na lata 2007-2013</i> ²⁹⁰
Pajęczański	<i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Pajęczańskiego na lata 2008-2015</i> ²⁹¹
Piotrkowski	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Piotrkowskiego do roku 2015</i> ²⁹²
Poddębicki	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Poddębickiego na lata 2000-2010</i> ²⁹³ <i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Poddębickiego na lata 2007-2013</i> ²⁹⁴
Radomszczański	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Radomszczańskiego na lata 2008-2015</i> ²⁹⁵
Rawski	<i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Rawskiego – Strategia Rozwoju na lata 2007-2013</i> ²⁹⁶
Skierniewicki	<i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Skierniewickiego na lata 2007-2015</i> ²⁹⁷
Sieradzki	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Sieradzkiego na lata 2007-2013</i> ²⁹⁸
Tomaszowski	<i>Strategia Rozwoju Społeczno- Gospodarczego Powiatu Tomaszowskiego na lata 2007-2015 z poszerzoną prognozą do roku 2020</i> <i>Lokalny Plan Rozwoju Powiatu Tomaszowskiego na lata 2007-2015 z poszerzoną prognozą do roku 2020</i>
Wieluński	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Wieluńskiego na lata 2007-2013</i> ²⁹⁹
Wieruszowski	<i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Wieruszowskiego na lata 2007-2013</i> ³⁰⁰

²⁸⁸ Uchwała Nr 247 /XXIV/2008 Rady Powiatu Łódzkiego Wschodniego z dnia 29 maja 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łódzkiego Wschodniego na lata 2007-2015.

²⁸⁹ Uchwała Nr XVI/146/08 Rady Powiatu w Opocznie z dnia 23 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Opoczyńskiego na lata 2007-2013.

²⁹⁰ Uchwała Nr XXII/161/08 Rady Powiatu Pabianickiego z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Pabianickiego na lata 2007-2013.

²⁹¹ Uchwała Nr 154/XIV/08 Rady Powiatu Pajęczańskiego z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Pajęczańskiego na lata 2008-2015.

²⁹² Uchwała Nr XXXIII/224/02 Rady Powiatu z dnia 4 października 2002 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Piotrkowskiego do 2015 roku.

²⁹³ Uchwała Nr XVI/110/2000 Rady Powiatu Poddębickiego z dnia 2 listopada 2000 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Poddębickiego na lata 2000-2010.

²⁹⁴ Uchwała Nr XIV/80/07 Rady Powiatu Poddębickiego z dnia 29 października 2007 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Poddębickiego na lata 2007-2013.

²⁹⁵ Uchwała Nr XIV/114/2007 Rady Powiatu Radomszczańskiego z dnia 26 października 2007 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Radomszczańskiego na lata 2008-2015.

²⁹⁶ Uchwała NR XLII / 270/ 2006 Rady Powiatu Rawskiego z dnia 7 lipca 2006 r. w sprawie przyjęcia „Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Rawskiego - Strategii Rozwoju na lata 2007-2013”.

²⁹⁷ Uchwała Nr XXIV/130/08 Rady Powiatu Skierniewickiego z dnia 30 października 2008r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Skierniewickiego na lata 2007-2015.

²⁹⁸ Uchwała NR XIV/83/07 Rady Powiatu Sieradzkiego z dnia 29 grudnia 2007 r. w sprawie przyjęcia aktualizacji Strategii Rozwoju Powiatu Sieradzkiego na 2007-2013.

²⁹⁹ Uchwały nr XVII/98/08 Rady Powiatu w Wieluniu z dnia 4 marca 2008 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Wieluńskiego na lata 2007-2013.

Zduńskowolski	<i>Strategia Rozwoju Powiatu Zduńskowolskiego na lata 2007-2013³⁰¹ Program Rozwoju Lokalnego Powiatu Zduńskowolskiego na lata 2007-2013³⁰²</i>
Zgierski	<i>Plan Rozwoju Lokalnego Powiatu Zgierskiego na lata 2007-2015³⁰³</i>
Powiaty grodzkie (miasta na prawach powiatu)	
Piotrków Trybunalski	<i>Plan Rozwoju Lokalnego dla miasta Piotrkowa Trybunalskiego na lata 2008-2015³⁰⁴</i>
Skierniewice	<i>Strategia Rozwoju Miasta Skierniewice do roku 2015³⁰⁵</i>
Łódź	<i>Strategia Zintegrowanego Rozwoju Miasta Łodzi do roku 2020+³⁰⁶ Plan Rozwoju Lokalnego Miasta Łodzi na lata 2007-2013³⁰⁷</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie zasobów stron internetowych poszczególnych powiatów województwa łódzkiego

Spośród wymienionych 44 dokumentów – strategii i planów rozwoju – problematyka ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej znalazły swoje odzwierciedlenie w zdecydowanej większości z nich. Istotne kwestie poruszono zarówno w części diagnostyczno-analitycznej dokumentów, jak i w części strategicznej czyli wyznaczonych celach (strategicznym, operacyjnym) czy planowanych do realizacji zadaniach, za wyjątkiem dokumentów powiatu pabianickiego. Sprawy zdrowia marginesowo potraktowano w strategii Łodzi, powiatu łódzkiego wschodniego i powiatu skierniewickiego.

³⁰⁰ Uchwała Nr XXIII/126/08 Powiatu Wieruszowskiego z dnia 26 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Wieruszowskiego.

³⁰¹ Uchwała Nr 14/XXXII/2001 Rady Powiatu Zduńskowolskiego z dnia 3 kwietnia 2001 r. – aktualizacja 2010/2011 r.

³⁰² Uchwała Nr VIII/85/07 Rady Powiatu z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Zduńskowolskiego.

³⁰³ Uchwała Nr XIV/143/07 Rady Powiatu Zgierskiego z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Zgierskiego na lata 2007-2015.

³⁰⁴ Uchwała Nr VII/124/11 Rady Miasta Piotrkowa Trybunalskiego z dnia 30 marca 2011 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego dla miasta Piotrkowa Trybunalskiego na lata 2008-2015.

³⁰⁵ Uchwała Nr LVIII/103/09 Rady Miasta Skierniewice z dnia 9 października 2009 r. w sprawie przyjęcia kierunków rozwoju miasta Skierniewice, określonych w zaktualizowanym opracowaniu pod tytułem „Strategia rozwoju miasta Skierniewice do roku 2015”.

³⁰⁶ Uchwała NR XLIII/824/12 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Zintegrowanego Rozwoju Łodzi 2020+”.

³⁰⁷ Uchwała Nr XLIV/876/08 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie przyjęcia „Planu Rozwoju Lokalnego Miasta Łodzi na lata 2007-2013”.

Problematyka ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w części diagnostycznej dokumentów strategicznych

W części diagnostyczno-analitycznej dokumentów odnoszono się do zdrowotności lokalnej społeczności, zasobów opieki zdrowotnej danego terenu oraz uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych. Zawarte w niej formułowania – oceny i wnioski – można podzielić na dwie grupy: pozytywne (mocne strony i szanse) oraz negatywne (słabe strony i zagrożenia).

Pozytywne sformułowania można ująć w cztery kategorie:

- ogólna ocena opieki zdrowotnej na danym terenie,
- potencjał,
- zdrowotność, profilaktyka i promocja zdrowia,
- rynek i sektor prywatny.

Ogólna ocena opieki zdrowotnej na danym terenie obejmowała ocenę: zasobów kadrowych, dostępu do świadczeń, jakości opieki medycznej, zakresu świadczeń, infrastruktury czy organizacji opieki (tabela 6). Większość powiatów znalazła „u siebie” dobre strony przynajmniej w jednej z tych podkategorii. Kilka powiatów (bełchatowski, sieradzki, brzeziński, łaski, łęczycki, piotrkowski i m. Skierniewice) dokonało pozytywnej oceny całości opieki zdrowotnej na swoim terenie (np. powiat bełchatowski – „opieka zdrowotna na dobrym poziomie, oparta o wielospecjalistyczny szpital wyposażony w nowoczesną aparaturę diagnostyczną oraz wykwalifikowaną kadrę medyczną oraz poradnie specjalistyczne”). Zwraca uwagę fakt, że pozytywne oceny w zakresie dostępności i organizacji często dotyczyły leczenia ambulatoryjnego, w tym podstawowej opieki zdrowotnej. Zwracano uwagę także na kompleksowość (lecznictwo szpitalne, specjalistyczne leczenie ambulatoryjne i poz).

Tabela 6. Ogólna ocena opieki zdrowotnej

Mocne strony i szanse

- liczna i dobrze wykształcona kadra medyczna – lekarska i pielęgniarska – stale podnosząca swoje kwalifikacje
- dobrze zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna
- dobra dostępność do ośrodków zdrowia
- kompleksowość świadczonych usług (szpital, poradnie specjalistyczne, POZ)
- szeroki zakres działań SPZOZ na rzecz osób niepełnosprawnych

- elastyczna koncepcja restrukturyzacji i rozwoju zakładu
- odpowiednia liczba zakładów na terenie powiatu
- wyposażenie szpitala w dobrej jakości sprzęt medyczny oraz komputery
- szeroki zakres wykonywanych świadczeń medycznych
- dobra baza lokalowa szpitala i placówek podstawowej opieki zdrowotnej na terenie powiatu
- sukcesywna poprawa jakości i dostępności świadczeń w samodzielnych publicznych i niepublicznych zakładach podstawowej opieki zdrowotnej
- dobry dostęp mieszkańców do usług w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i części specjalistyki

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

W kategorii „potencjał” powiaty wskazywały na możliwości rozwojowe swoich placówek (tabela 7). Wiązały się one z posiadaniem konkretnych zasobów (np. „posiadanie oddziału pulmonologicznego wraz z prowadzeniem usług tlenoterapii domowej” – powiat rawski) czy pozytywnym nastawieniem władz do zmian (np. „wola dalszej restrukturyzacji i przekształceń” – powiat łowicki).

Tabela 7. Potencjał

Mocne strony i szanse

- wolne zasoby szpitala, które umożliwiają rozszerzenie działalności szpitala
- wola dalszej restrukturyzacji i przekształceń
- korzystna lokalizacja szpitala
- posiadanie oddziału pulmonologicznego wraz z prowadzeniem usług tlenoterapii domowej
- świadczenie usług przez szpital i poradnie specjalistyczne dla pacjentów z ościennych powiatów

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

W kategorii „zdrowotność, profilaktyka i promocja zdrowia” znalazły się ogólne sformułowania dotyczące: bądź to sytuacji epidemiologicznej, bądź stanu profilaktyki zdrowotnej (tabela 8).

Tabela 8. Zdrowotność, profilaktyka i promocja zdrowia

Mocne strony i szanse

- zabezpieczona profilaktyka dla dzieci i młodzieży szkolnej
- stabilna sytuacja epidemiologiczna
- brak czynników zewnętrznych powodujących znaczny wzrost zachorowalności społeczeństwa
- rozwój profilaktyki zdrowotnej

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

W kategorii „rynek i sektor prywatny” kilka powiatów oceniło pozytywnie (np. łowicki – „systematycznie poprawiające się wyposażenie gabinetów niepublicznej służby zdrowia, świadczącej podstawowe usługi medyczne”) bądź widziało szansę (np. wierszowski – „duże możliwości rozwoju prywatnych usług medycznych i opiekuńczych”) w rozwoju rynku usług medycznych i sektora prywatnego (tabela 9).

Tabela 9. Rynek i sektor prywatny

Mocne strony i szanse

- duże możliwości rozwoju prywatnych usług medycznych i opiekuńczych
- większe urynkowanie systemu opieki medycznej
- systematycznie poprawiające się wyposażenie gabinetów niepublicznej służby zdrowia, świadczącej podstawowe usługi medyczne
- oddanie do użytku nowego szpitala, w którym oprócz oddziałów podstawowych, będzie możliwość ulokowania specjalistycznych oddziałów z udziałem firm komercyjnych
- funkcjonowanie na rynku usług medycznych placówek sektora prywatnego

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

W analizowanych dokumentach powiaty znacznie częściej zwracały jednak uwagę na słabe strony i zagrożenia odnoszące się do zdrowotności i ochrony zdrowia niż mocne strony i szanse. Opinie i wnioski negatywne można podzielić na trzy następujące kategorie:

- ogólna ocena opieki zdrowotnej,
- zdrowie, profilaktyka i promocja zdrowia,
- organizacja i rynek usług zdrowotnych.

W kategorii „ogólna ocena opieki zdrowotnej” (tabela 10) najwięcej uwagi poświęcono kwestiom finansowym takim jak: brak środków na modernizację placówek, zakup sprzętu medycznego i profilaktykę, zadłużenie, brak płynności finansowej, niskie nakłady na opiekę zdrowotną w kraju, niedofinansowanie ochrony zdrowia, itd. Podnoszono także problem braku wystarczającej liczby wyszkolonej kadry medycznej oraz niewystarczającego wyposażenia placówek. Podkreślano również brak wystarczającej opieki medycznej dla osób starszych lub dzieci w szkołach oraz w ogóle ograniczony dostęp do wielu usług. Problemem były także kwestie organizacyjne, np. brak zintegrowanego systemu informatycznego na poziomie szpitala (problem lokalny) czy brak korzystnych rozwiązań systemowych na szczeblu ustawowym (problem ogólny). Powyższe kwestie najczęściej były podnoszone przez powiaty: wieruszowski, radomski, pączański czy rawski.

Tabela 10. Ogólna ocena opieki zdrowotnej – aspekty negatywne

Słabe strony i zagrożenia

- zadłużenie lokalnej służby zdrowia, bardzo zła sytuacja finansowa szpitala powiatowego, utrata płynności finansowej szpitala powiatowego
- niedostatek środków finansowych zapewniających świadczenie wszystkich usług medycznych, ograniczone środki od płatnika usług medycznych na działalność bieżącą szpitala, niskie nakłady na opiekę medyczną w skali kraju, niedofinansowanie placówek ochrony zdrowia
- brak środków na modernizację i rozbudowę bazy medycznej, brak środków w budżecie powiatu na dofinansowanie służby zdrowia, brak środków nie pozwala na zakup nowoczesnego sprzętu medycznego i zatrudnienie lekarzy specjalistów o specjalnościach dotąd nieoferowanych przez szpital, brak środków finansowych na inwestycje i rozwój zakładu, brak środków w budżecie powiatowym na niezbędne remonty i zakup specjalistycznego sprzętu, ograniczone możliwości przeznaczenia dodatkowych środków finansowych na promocję i ochronę zdrowia
- pogłębiający się brak lekarzy, którzy byliby gotowi podjąć pracę na terenie powiatu, liczba personelu medycznego świadcząca usługi medyczne dla pacjentów z terenu powiatu jest mniejsza niż średnia dla województwa łódzkiego
- niewystarczające wyposażenie placówek opieki medycznej i ich niedostosowanie do nowych standardów oraz potrzeb medycznych mieszkańców, zły stan techniczny placówek, ośrodki zdrowia mieszczą się w obiektach, które w większości wymagają przebudowy i remontów, baza lokalowa nie odpowiada pod względem fachowym i sanitarnym wymogom określonym w rozporządzeniu
- słaba opieka medyczna na terenie szkół, słaba opieka nad ludźmi starszymi i chorymi, brak alternatywnych form opieki dla osób starszych, przewlekle chorych, niepełnosprawnych, niezadowolający stan leczenia specjalistycznego, brak możliwości uzyskania szybkiej diagnostyki i podjęcia właściwego leczenia

- ograniczony dostęp do usług medycznych, mała dostępność do opieki zdrowotnej, słaby dostęp do nowoczesnego i szybkiego leczenia w istniejących placówkach, zbyt długi czas oczekiwania na wiele rodzajów usług medycznych, słaby dostęp do usług medycznych, brak wielu medycznych poradni specjalistycznych i bardzo wąski zakres usług ambulatoryjnej opieki medycznej realizowanych na terenie powiatu
- różnorodna przynależność organizacyjna, złe rozwiązania w systemie ratownictwa medycznego, brak zintegrowanego systemu informacyjnego niezbędnego do prawidłowego zarządzania szpitalem, brak korzystnych rozwiązań systemowych na szczeblu ustawowym

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

W kategorii „zdrowotność, profilaktyka i promocja zdrowia” (tabela 11) w strategiach pojawiały się zwykle odniesienia do powszechnie znanych problemów jak np. starzenie się społeczeństwa, choroby cywilizacyjne czy patologie społeczne (alkoholizm).

Tabela 11. Zdrowotność, profilaktyka i promocja zdrowia

Słabe strony i zagrożenia

- patologie społeczne (np. alkoholizm), przestępczość
- niska świadomość zdrowotna społeczeństwa
- pogarszający się stan zdrowia ludności, wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne
- starzejące się społeczeństwo

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

W kategorii „organizacja i rynek usług zdrowotnych” (tabela 12) zwracano uwagę na konkurencję (zarówno niedostateczną, jak i nadmierną), niekorzystne umowy na świadczenia zdrowotne i zbiurokratyzowany system kontraktowania, brak zbilansowania potrzeb zdrowotnych, brak współpracy pomiędzy różnymi podmiotami, czy wreszcie brak jasności co do kierunków reform opieki zdrowotnej.

Tabela 12. Organizacja i rynek usług zdrowotnych

Słabe strony i zagrożenia

- brak konkurencji wśród ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, zbędna rywalizacja między dwoma szpitalami, bliskość szpitali w sąsiednich powiatach oraz uprzywilejowana pozycja szpitali wojewódzkich i klinik specjalistycznych w stosunku szpitali powiatowych
- niekorzystne umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, zbiurokratyzowany system kontraktowania opieki zdrowotnej, wynikający z nie do końca udanej reformy służby zdrowia, nie do końca zbilansowane potrzeby i możliwości świadczenia usług medycznych
- stosunkowo wysoki procent nieubezpieczonych w powiecie, ogromna rzesza mieszkańców nie zadeklarowanych w podstawowej opiece zdrowotnej
- brak określenia zasad współpracy pomiędzy różnymi podmiotami i samorządami w zakresie ochrony zdrowia i zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych mieszkańców
- przedłużający się okres niepewności, co do dalszych kierunków rozwoju polityki państwa dotyczących ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

Problematyka ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej w części strategicznej dokumentów – cele i zadania

Z części diagnostyczno-analitycznej powiatowych dokumentów strategicznych powinny wynikać cele strategiczne i operacyjne, cele szczegółowe i konkretne zadania do realizacji na czas jaki obejmowała strategia (zwykle do 2013 lub 2015 roku). Celów i zadań dotyczących ochrony zdrowia nie ujmowały dokumenty powiatu pabianickiego i Piotrkowa Trybunalskiego, natomiast stosunkowo licznie i o szerokim spektrum były uwzględnione w dokumentach powiatów opoczyńskiego, radomszczańskie i wieluńskiego (tabela 13).

Tabela 13. Cele i zadania z zakresu ochrony zdrowia wymienione w dokumentach powiatów opoczyńskiego, radomszczańskie i wieluńskiego

Powiat opoczyński	Powiat radomszczański	Powiat wieluński
<ul style="list-style-type: none"> • modernizacja i lepsze wyposażenie placówek opieki zdrowotnej • promocja i profilaktyka zdrowotna • zakup niezbędnego sprzętu medycznego 	<ul style="list-style-type: none"> • promocja i profilaktyka zdrowotna • usprawnienie działania sektora usług medycznych • dokończenie budowy szpitala 	<ul style="list-style-type: none"> • likwidacja barier architektonicznych • poprawa stanu infrastruktury społecznej w zakresie ochrony zdrowia • poprawa jakości i dostępności

<ul style="list-style-type: none"> • usprawnienie udzielania usług medycznych • zapewnienie całodobowej dostępności do świadczeń zdrowotnych na równym poziomie wszystkim mieszkańcom powiatu • zwiększenie wachlarza usług z zakresu diagnostyki • poprawa jakości i kompleksowości udzielanych świadczeń • rozszerzenie działalności medycznej o nowe specjalności • zatrudnienie odpowiednich specjalistów • udostępnienie informacji o prawach pacjenta • informowanie o zasadach funkcjonowania opieki zdrowotnej • racjonalizacja rozmieszczenia świadczeń wysokospecjalistycznych • podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych 	<ul style="list-style-type: none"> • restrukturyzację istniejących placówek służby zdrowia • inwestowanie w nowe technologie medyczne • poprawa dostępu do usług medycznych • racjonalizacja rozmieszczenia oddziałów szpitalnych w nowym szpitalu • zwiększenie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej • zwiększenie bazy leczenia psychiatrycznego i uzależnień • uruchomienie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego 	<p>ności do usług zdrowotnych</p> <ul style="list-style-type: none"> • opracowanie i aktualizacja planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na terenie powiatu • zapewnienie mieszkańcom powiatu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej • zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego • współpraca w zakresie profilaktyki uzależnień
---	---	--

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

Cel strategiczny, ujmujący sprawy zdrowia, formułowany był zarówno ogólnie, jak np. „poprawa warunków życia mieszkańców” (np. powiat rawski), jak i nieco wężiej – koncentrując się na zdrowiu jako płaszczyźnie odniesienia – jak „poprawa zdrowia mieszkańców” (np. powiat zgierski). Wśród celów operacyjnych i celów szczegółowych można wyodrębnić kilka kategorii dotyczących:

- dostępności świadczeń i opieki medycznej,
- jakości świadczeń i opieki medycznej,

- profilaktyki i promocji zdrowia,
- organizacji i restrukturyzacji opieki zdrowotnej,
- współpracy z innymi podmiotami.

W zakresie dostępności świadczeń i opieki medycznej cele były formułowane ogólnie np. „poprawa dostępu do usług medycznych” (powiat radomszczański), bardziej szczegółowo, np. „zapewnienie adekwatnej do potrzeb ludzi chorych specjalistycznej opieki (psychiatrycznej, psychologicznej, internistycznej, pielęgniarskiej” (m. Łódź) lub zadaniowo np. „zwiększenie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej” (powiat radomszczański). W zakresie jakości cele były formułowane jako np. „podnoszenie standardu opieki medycznej” (powiat wierszowski), „poprawa warunków leczenia” (powiat zgierski), czy „poprawa diagnostyki stanu zdrowia pacjenta” (powiat zgierski). Zwykle jakość łączono z dostępnością, ale także ze skutecznością bądź kompleksowością udzielanych świadczeń (tabela 14).

Tabela 14. Cele odnoszące się do dostępności i jakości opieki medycznej

Dostępność	Jakość
<ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie całodobowej dostępności do świadczeń zdrowotnych na równym poziomie wszystkim mieszkańcom powiatu • zwiększenie wachlarza usług z zakresu diagnostyki • rozszerzenie działalności medycznej o nowe specjalności • stworzenie programów medycznych miejskich, gminnych i wiejskich punktów opieki medycznej dla osób starszych i przewlekle chorych oraz osób wymagających wysoko specjalistycznych profilaktycznych świadczeń medycznych • poprawa dostępu do usług medycznych • zwiększenie liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej • zwiększenie bazy lecznictwa psychiatrycznego i uzależnień • zapewnienie dostępu do nowoczesnej opieki medycznej oraz ochrony zdrowia 	<ul style="list-style-type: none"> • podnoszenie standardów opieki medycznej • poprawy skuteczności i jakości opieki medycznej • podniesienie jakości świadczonych usług medycznych • poprawa jakości i kompleksowości udzielanych świadczeń • podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych • poprawa dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej • poprawa jakości i dostępności do usług medycznych • poprawy jakości i dostępności do usług zdrowotnych • poprawa jakości leczenia • poprawa warunków leczenia

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • zapewnienie mieszkańcom powiatu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej • poprawa dostępności do usług medycznych • zwiększenie dostępności do specjalistycznych usług medycznych dla mieszkańców • zapewnienie adekwatnej do potrzeb ludzi chorych specjalistycznej opieki (psychiatrycznej, psychologicznej, internistycznej, pielęgnarskiej) | <ul style="list-style-type: none"> • poprawa diagnostyki stanu zdrowia pacjenta |
|---|--|

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

Uszczegółowieniem celów operacyjnych odnoszących się do dostępności i jakości opieki medycznej były liczne cele szczegółowe i konkretne zadania o charakterze inwestycyjnym, np. budowa nowych placówek, modernizacja i rozbudowa już istniejących, doposażenie w sprzęt medyczny, itd. (tabela 15). Zdecydowana większość powiatów uwzględniła w swoich dokumentach inwestycje w infrastrukturę placówek opieki zdrowotnej, niektóre z nich koncentrowały się na niezbędnej modernizacji i dostosowaniu zakładów do wymagań techniczno-sanitarnych, inne także na takich działaniach, które miałyby znacząco podnieść standard opieki zdrowotnej.

Tabela 15. Cele szczegółowe i zadania o charakterze inwestycyjnym mające poprawić jakość i dostępność opieki zdrowotnej

Cele/zadania – sformułowania
<ul style="list-style-type: none"> • budowa, rozbudowa lub modernizacja obiektów i placówek ochrony zdrowia • dostosowanie obiektów i wyposażenia placówek medycznych do standardów jakościowych • dostosowanie obiektów i wyposażenia do potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu • modernizację i lepsze wyposażenie placówek opieki zdrowotnej • inwestycje zapewniające wysoki standard usług medycznych placówek służby zdrowia • wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny • modernizacja infrastruktury technicznej placówek medycznych

- unowocześnienie placówek zdrowotnych, inwestowanie w nowe technologie medyczne
- poprawa infrastruktury ochrony zdrowia i świadczonych usług medycznych
- rozwój infrastruktury ochrony zdrowia
- likwidacja barier architektonicznych w obiektach ochrony zdrowia
- rozbudowa infrastruktury sanitarnej
- dokończenie budowy szpitala
- wspieranie i podejmowanie działań mających na celu pozyskanie nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej
- modernizacja lokalnych placówek ochrony zdrowia
- poprawa stanu infrastruktury społecznej w zakresie ochrony zdrowia
- poprawa stanu technicznego bazy oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczno-diagnostyczny placówek ochrony zdrowia
- uruchomienie szpitalnego oddziału ratunkowego

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

Cele odnoszące się do profilaktyki i promocji zdrowia najczęściej były formułowane bardzo ogólnie, za wyjątkiem powiatu rawskiego, w którym założono opracowanie, we współpracy z różnymi podmiotami, programów zdrowotnych skierowanych do różnych grup społecznych (tabela 16).

Tabela16. Profilaktyka i promocja zdrowia

Cele i zadania
<ul style="list-style-type: none"> • inicjowanie i udział w programach i zadaniach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, promocja i profilaktyka zdrowotna, rozwijanie nawyków w zakresie profilaktyki zdrowotnej • zwiększenie wykrywalności chorób wśród mieszkańców powiatu • opracowanie i realizacja, wspólnie z placówkami ochrony zdrowia, oświatowymi, oraz stacją sanitarno – epidemiologiczną, programów zdrowotnych skierowanych do różnych środowisk oraz grup wiekowych w zakresie promocji zdrowia i zmniejszenia ryzyka występowania chorób cywilizacyjnych, profilaktyka chorób społecznych i cywilizacyjnych, wspieranie działań profilaktycznych na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców powiatu, podniesienie stanu higieny, walka z epidemiami • współpraca w zakresie profilaktyki uzależnień, zapobieganie i przeciwdziałanie problemom uzależnień

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

W dokumentach powiatowych znalazły się jeszcze dwie grupy celów: dotyczących organizacji i restrukturyzacji oraz współpracy (tabela 17).

Tabela 17. Cele z zakresu organizacji i restrukturyzacji oraz współpracy

Organizacja i restrukturyzacja	Współpraca
<ul style="list-style-type: none"> • wspieranie utworzenia zintegrowanego systemu zarządzania służbami ratownictwa medycznego w powiecie • restrukturyzacja placówek • rozwój ratownictwa medycznego • rozwój systemowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi • rozwój systemowej opieki nad psychicznie chorymi • systemowa opieka nad długotrwale somatycznie chorymi • usprawnienie udzielania usług medycznych • racjonalizacja rozmieszczenia świadczeń wysokospecjalistycznych • tworzenie warunków do rozwoju usług medycznych opartych na balneologii • stworzenie mechanizmów dostosowania rozwoju samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej do planowanego rozwoju społeczno-ekonomicznego • wsparcie procesu prywatyzacji w ochronie zdrowia • usprawnienie działania sektora usług medycznych • restrukturyzacja istniejących placówek służby zdrowia • racjonalizacja rozmieszczenia oddziałów szpitalnych w nowym szpitalu 	<ul style="list-style-type: none"> • współpraca z organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi działającymi na rzecz ochrony zdrowia, profilaktyki • wsparcie inicjatyw powstawania oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów (opieka nad przewlekle chorymi, opieka paliatywna, pielęgnacja) • podjęcie działań na rzecz pozyskania podmiotu zewnętrznego do współpracy w zakresie przeprowadzenia restrukturyzacji w zakładzie lub zmiany jego formy organizacyjno-prawnej

- poprawa efektywności funkcjonowania szpitali oraz jego sytuacji finansowej
- opracowanie i aktualizacja planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na terenie powiatu
- obniżenie kosztów leczenia
- poprawa funkcjonowania służby zdrowia
- zatrudnienie odpowiednich specjalistów

Źródło: opracowanie na podstawie powiatowych dokumentów strategicznych

Dość liczna kategoria celów „organizacja i restrukturyzacja” charakteryzuje się dużą różnorodnością, zarówno co do stopnia szczegółowości ujęcia celu (np. ogólne sformułowanie „restrukturyzacja placówek” lub bardziej szczegółowe „racjonalizacja rozmieszczenia oddziałów szpitalnych”), zakresu świadczeń (np. „rozwój ratownictwa medycznego”, „tworzenie warunków do rozwoju usług medycznych opartych na balneologii”), oczekiwanych efektów (np. „obniżenie kosztów leczenia”, „poprawa efektywności szpitali oraz jego sytuacji finansowej”). Przekształcenia własnościowe uwzględnił tylko powiat poddębicki ujmując wprost jeden z celów jako „wsparcie procesu prywatyzacji w ochronie zdrowia”. Cele, które można przypisać do kategorii „współpraca” pojawiły się w dokumentach powiatów: sieradzkiego – który postawił ogólnie na współpracę na rzecz zdrowia mieszkańców – poddębickiego, który wskazał na obszar współpracy w danej dziedzinie („powstawanie oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów”) i jej charakter (wpieranie inicjatyw) oraz rawskiego – na obszar współpracy w zakresie restrukturyzacji („podjęcie działań na rzecz pozyskania podmiotu zewnętrznego do współpracy w zakresie przeprowadzenia restrukturyzacji”).

Poza omówionymi kategoriami celów pojawiły się jeszcze cele formułowane jako: doskonalenie funkcji publicznych służby zdrowia (powiat łowicki), udostępnienie informacji o prawach pacjenta i informowanie o zasadach funkcjonowania opieki zdrowotnej (powiat opoczyński).

Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionej analizy, dla zdecydowanej większości powiatów sprawy ochrony zdrowia były ważnym elementem powiatowych strategii rozwoju i planów rozwoju lokalnego, zarówno w części diagnostycznej dokumentów, jak i formułowanych w jej wyniku celów strategicznych, operacyjnych, celów szczegółowych czy zadań.

Zainteresowanie sprawami ochrony zdrowia było następstwem zarówno konieczności prawnej (obowiązki dla powiatu wynikające z ustaw), jak i faktycznej – czyli potrzeby rozwiązywania licznych problemów, jakie wciąż pojawiają się w sektorze opieki zdrowotnej. Większy nacisk na sprawy zdrowia kładły powiaty, które posiadają własne placówki medyczne (w szczególności szpitale), niż powiaty niezarządzające podmiotami leczniczymi. Wynika to wprost z faktu, iż wraz z reformą samorządową oraz reformą systemu opieki zdrowotnej powiaty stały się podmiotem realizującym zadania właściciela i nadzorcy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z wszelkimi tego konsekwencjami – finansowymi, społecznymi i politycznymi. O licznych problemach samorządu powiatowego z ochroną zdrowia może świadczyć położenie w analizowanych dokumentach znacznie większego nacisku na słabe strony i zagrożenia niż mocne strony i szanse. Ze słabościami – w zakresie dostępności i jakości opieki medycznej, stanu technicznego i standardów wyposażenia placówek, oferty usług, sytuacji finansowej, organizacji, zdrowotności społeczeństwa – skorelowane zostały cele i zadania. Szczególnie ważnym zadaniem dla większości powiatów była poprawa stanu infrastruktury opieki zdrowotnej: modernizacja budynków, wyposażenie w sprzęt medyczny, itd., w czym upatrywano poprawy dostępności i jakości opieki medycznej. Jednocześnie zwracano uwagę na brak wystarczających środków na realizację tych zadań. W polu zainteresowania powiatów znalazł się też problem rozwoju niektórych świadczeń, np. z zakresu opieki dla osób starszych i opieki długoterminowej, co wiązało się ze stwierdzanym w diagnozie starzeniem się społeczeństwa i występowania chorób cywilizacyjnych.

Jak wynika z dokonanych zestawień, ujmowane w powiatowych dokumentach strategicznych cele z obszaru zdrowia odnosząc się do dostępności i jakości oraz profilaktyki i promocji zdrowia pokrywały się z celami ujętymi w Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020, w obszarze priorytetowym – jakość życia. W tym zakresie, deklarowana przez powiaty

w części ogólnej swoich strategii spójność ze strategią wojewódzką, znalazła swoje odzwierciedlenie w postaci wyznaczonych w obszarze zdrowia konkretnych celów.

Literatura cytowana

1. Krajewska A., *Zróżnicowanie poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego powiatów województwa łódzkiego*, s. 51-54, www.kls.uni.lodz.pl/download/64/.
2. Kulesza M., *Transformacja ustroju administracyjnego Polski (1990-2000)*, „*Studia Iuridica*” 2000, Nr XXXVIII, s. 78-86.
3. Narodowa Strategia Rozwoju Regionalnego na lata 2007-2013.
4. Narodowy Plan Rozwoju na lata 2007-2013.
5. Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020.
6. Uchwała Nr 14/XXXII/2001 Rady Powiatu Zduńskowolskiego z dnia 3 kwietnia 2001 r. – aktualizacja 2010/2011 r.
7. Uchwała Nr 154/XIV/08 Rady Powiatu Pajęczańskiego z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Pajęczańskiego na lata 2008-2015.
8. Uchwała Nr 206/XIX/2008 Rady Powiatu Łódzkiego Wschodniego z dnia 28 lutego 2008 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Łódzkiego Wschodniego.
9. Uchwała Nr 210/XXX/2005 Rady Powiatu w Bełchatowie z dnia 30 marca 2005 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Bełchatowskiego na lata 2005-2015.
10. Uchwała Nr 221/XXXII/2009 Rady Powiatu w Bełchatowie z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Bełchatowskiego na lata 2008-2015.
11. Uchwała Nr 247 /XXIV/2008 Rady Powiatu Łódzkiego Wschodniego z dnia 29 maja 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łódzkiego Wschodniego na lata 2007-2015.
12. Uchwała Nr LI/865/2006 Sejmiku Województwa Łódzkiego z dnia 31 stycznia 2006 roku w sprawie uchwalenia „Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2007-2020”.
13. Uchwała Nr LVIII/103/09 Rady Miasta Skierniewice z dnia 9 października 2009 r. w sprawie przyjęcia kierunków rozwoju miasta Skierniewice, określonych w zaktualizowanym opracowaniu pod tytułem „Strategia rozwoju miasta Skierniewice do roku 2015”.

14. Uchwała Nr VII/124/11 Rady Miasta Piotrkowa Trybunalskiego z dnia 30 marca 2011 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego dla miasta Piotrkowa Trybunalskiego na lata 2008-2015.
15. Uchwała Nr VIII/85/07 Rady Powiatu z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Zduńskowolskiego.
16. Uchwała Nr XIV/114/2007 Rady Powiatu Radomszczańskiego z dnia 26 października 2007 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Radomszczańskiego na lata 2008-2015.
17. Uchwała Nr XIV/143/07 Rady Powiatu Zgierskiego z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Zgierskiego na lata 2007-2015.
18. Uchwała Nr XIV/80/07 Rady Powiatu Poddębickiego z dnia 29 października 2007 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Poddębickiego na lata 2007-2013.
19. Uchwała NR XIV/83/07 Rady Powiatu Sieradzkiego z dnia 29 grudnia 2007 r. w sprawie przyjęcia aktualizacji Strategii Rozwoju Powiatu Sieradzkiego na lata 2007-2013.
20. Uchwała Nr XIX/142/08 Rady Powiatu Łaskiego z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Łaskiego na lata 2007-2015.
21. Uchwała Nr XIX/143/08 Rady Powiatu w Łasku z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie uchwalenia "Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łaskiego na lata 2007-2013".
22. Uchwała NR XLII / 270/ 2006 Rady Powiatu Rawskiego z dnia 7 lipca 2006 r. w sprawie przyjęcia „Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Rawskiego – Strategii Rozwoju na lata 2007-2013”.
23. Uchwała NR XLIII/824/12 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Zintegrowanego Rozwoju Łodzi 2020+”.
24. Uchwała Nr XLIV/876/08 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie przyjęcia „Planu Rozwoju Lokalnego Miasta Łodzi na lata 2007-2013”.
25. Uchwała Nr XVI/110/2000 Rady Powiatu Poddębickiego z dnia 2 listopada 2000 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Poddębickiego na lata 2000-2010.
26. Uchwała Nr XVI/146/08 Rady Powiatu w Opocznie z dnia 23 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Opoczyńskiego na lata 2007-2013.
27. Uchwała Nr XVII/135/2004 Rady Powiatu Łęczyckiego z dnia 30 czerwca 2004 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Łęczyckiego 2004-2014.
28. Uchwała nr XVII/98/08 Rady Powiatu w Wieluniu z dnia 4 marca 2008 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Wieluńskiego na lata 2007-2013.
29. Uchwała Nr XXII/161/08 Rady Powiatu Pabianickiego z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Pabianickiego na lata 2007-2013.

30. Uchwała nr XXII/187/2008 Rady Powiatu Łęczyckiego z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łęczyckiego na lata 2008-2013 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.
31. Uchwała Nr XXIII/ 143/ 2008 Rady Powiatu w Brzezinach z dnia 5 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego dla Powiatu Brzezińskiego na lata 2007-2013.
32. Uchwała Nr XXIII/126/08 Powiatu Wieruszowskiego z dnia 26 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Wieruszowskiego.
33. Uchwała Nr XXIV/130/08 Rady Powiatu Skierniewickiego z dnia 30 października 2008r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Skierniewickiego na lata 2007-2015.
34. Uchwała Nr XXXIII/224/02 Rady Powiatu z dnia 4 października 2002 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Rozwoju Powiatu Piotrkowskiego do 2015 roku”.
35. Uchwała NR XXXIX/233/2002 Rady Powiatu Łowickiego z dnia 27 lutego 2002 r. w sprawie przyjęcia Strategii Powiatu Łowickiego.
36. Uchwała Nr 81/XIV/2007 Rady Powiatu w Kutnie z dnia 12 października 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Kutnowskiego wraz z wieloletnim planem inwestycyjnym na lata 2007-2013.
37. Uchwała NR 71/XII/2007 Rady Powiatu w Kutnie z dnia 8 sierpnia 2007 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Strategia Rozwoju Społeczno - Gospodarczego Powiatu Kutnowskiego na lata 2007-2015.
38. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654, z późn. zm.).
39. Witecka K., *Polityki lokalne na podstawie ochrony zdrowia i pomocy społecznej*, 31 marca 2010, <http://sknhp.ujk.edu.pl/index.php/prace/31-general/64-polityki-lokalne-na-podstawie-ochrony-zdrowia-i-pomocy-spoecznej>.

Rozdział 10.

Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna w Szczecińskim Obszarze Metropolitalnym – analiza zróżnicowania wewnątrzregionalnego

Wprowadzenie

Reformy sektora zdrowia, trwające w zasadzie nieprzerwanie od 1999 roku zmieniały rolę i zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego (JST) w zarządzanie ochroną zdrowia. Obecna sytuacja opisywana jest przede wszystkim poprzez centralizację finansowania usług opieki zdrowotnej³⁰⁸ oraz zmianę statusu prawnego placówek opieki zdrowotnej³⁰⁹ (odejście od zakładów opieki zdrowotnej na rzecz podmiotów leczniczych). Docelowo zajdą również zmiany w sferze zdrowia publicznego i zaangażowania w nią JST³¹⁰. Należy pamiętać, iż finansowanie świadczeń zdrowotnych przez regionalne oddziały NFZ oraz budżet państwa nie pozbawia gmin i miast odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów zdrowotnych populacji je zamieszkującej.

Podstawową kwestią regulującą poziom zaangażowania JST w zarządzanie ochroną zdrowia jest status organu założycielskiego dla publicznych podmiotów leczniczych oraz obowiązek planowania i realizowania lokalnej polityki zdrowotnej, w tym szereg zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zgodnie z art. 164 Konstytucji RP podstawową jednostką samorządu terytorialnego jest gmina, której zadaniem jest zaspokajanie potrzeb zbiorowych społeczności. W zakresie ochrony zdrowia gmina jest zobowiązana minimalizować lub usuwać

³⁰⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135).

³⁰⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654).

³¹⁰ Projekt Ustawy o zdrowiu publicznym. www.rynekzdrowia.pl/Pliki/113513.html (dostęp: 12.07.2013).

zagrożenia zdrowotne mieszkańców wspólnoty³¹¹. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych reguluje również zadania gminy w zakresie „opracowywania i realizowania oraz oceny efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców”³¹². Gmina przekazuje powiatowi informacje dotyczące realizowanych programów zdrowotnych oraz zajmuje się edukacją zdrowotną mieszkańców. Zgodnie z art. 8 Ustawy o samorządzie gminnym „gmina może wykonywać zadania zlecone przez administrację rządową”³¹³. Drugim szczeblem JST jest powiat, który zgodnie z art.8 Ustawy³¹⁴ jest odpowiedzialny za opracowywanie i realizację programów zdrowotnych prowadzonych na swoim terenie. Powiat rozpoznaje i realizuje potrzeby zdrowotne społeczności lokalnej, posiada uprawnienia w kwestii planowania struktury opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie pełnienia funkcji organu założycielskiego dla SP ZOZ. Trzecim szczeblem JST jest województwo, które pełni rolę organów tworzących dla ośrodków medycyny pracy i publicznych szpitali wojewódzkich. W sferze ochrony zdrowia samorząd województwa realizuje zadania polegające na organizowaniu systemu ochrony zdrowia w regionie i sprawowaniu nadzoru nad realizacją polityki zdrowotnej poprzez tworzenie planów zdrowotnych³¹⁵. Zgodnie z Ustawą z 2004 roku samorząd województwa „przekazuje wojewodzie informacje o realizowanych programach zdrowotnych, inspiruje rozwiązania w zakresie wzrostu efektywności oraz realizuje inne zadania w zakresie ochrony zdrowia”³¹⁶. Do zadań własnych samorządu województwa należy natomiast opracowywanie i ocena efektów realizowanych programów zdrowotnych po konsultacji z gminami i powiatami oraz wdrażanie nowych programów, np. profilaktycznych. Do katalogu zadań tej JST należy również wspieranie finansowe podmiotów, dla których jest organem tworzącym oraz promowanie rozwiązań w obszarze restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia.

³¹¹ Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, PZWL, Warszawa 2009, s. 70.

³¹² Art. 7 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 04, Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

³¹³ Art. 8 Ustawy z dnia 8 marca 1999 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. 01, Nr 42, poz. 1591 ze zm.).

³¹⁴ Art. 8 Ustawy z dnia 27 września 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 04, Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

³¹⁵ Frąckiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owocorz-Cydzik B., Sobosiuk D., *Samorządowa opieka zdrowotna*, Wyd. AE w Katowicach, Katowice 2004, s. 78-79.

³¹⁶ Art. 9 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 04, Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

Cel i uzasadnienie

Utworzenie Szczecińskiego Obszaru Metropolitalnego (SOM) stawia w szczególnej sytuacji jednostki samorządu terytorialnego wchodzące w jego skład w kontekście regionalnej polityki zdrowotnej. Jako obszar analizy wybrano ambulatoryjną opiekę zdrowotną (AOS) na terenie SOM. Celem niniejszego artykułu jest ocena zróżnicowania zakresu, dostępności, jakości i efektywności usług ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, świadczonej na terenie SOM. Hipotezą pracy jest stwierdzenie, iż Szczeciński Obszar Metropolitalny cechuje silne zróżnicowanie wewnątrzregionalne dotyczące zakresu, dostępności, jakości i efektywności AOS. Zróżnicowanie to przejawia się podziałem na stolicę SOM o relatywnie wyższych parametrach objętych analizą AOS i tzw. SOM powiatowy o relatywnie niższych parametrach.

Materiał i metody

Zakres terytorialny analizy obejmuje 15 jednostek samorządu terytorialnego różnych szczebli, będących członkami SOM. Są to: Szczecin (miasto na prawach powiatu), gminy: Dobra, Goleniów, Gryfino, Kobylanka, Kołbaskowo, Nowe Warpno, Police, Stare Czarnowo, Stargard Szczeciński, Stepnica, powiat policki, miasta: Stargard Szczeciński, Świnoujście oraz Województwo Zachodniopomorskie. Ponieważ większość danych dotyczących AOS jest dostępna w układzie powiatowym, analizy wybranego obszaru opieki zdrowotnej dokonano właśnie w tym układzie, uwzględniając dodatkowo dwa miasta, tj. Szczecin i Świnoujście. Zakres terytorialny analizy obejmuje zatem 4 powiaty wchodzące w całości, bądź częściowo do SOM. Są to powiaty: policki, goleniowski, gryfiński i stargardzki. Jako benchmarki (porównywalne obszary metropolitalne i inne JST) posłużyły: Gdański Obszar Metropolitalny (GOM), Poznański Obszar Metropolitalny (POM), Województwo Zachodniopomorskie (WZP) oraz Polska. W celu weryfikacji przyjętej hipotezy posłużono się czterema kryteriami oceny AOS, tj. zakresem, dostępnością, jakością i efektywnością usług zdrowotnych świadczonych na tym szczeblu opieki w regionie. Przedmiotową analizą objęto usługi specjalistyczne finansowane ze środków publicznych. Zastosowano analizę wskaźnikową, przypisując każdemu kryterium po kilka wskaźników (tabela 1).

Tabela 1. Kryteria i wskaźniki oceny Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS)

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
Zakres	1. Liczba profili poradni specjalistycznych udzielających świadczenia w ramach kontraktu z NFZ
Dostępność	1. Liczba lekarzy AOS ogółem (2011)
	2. Liczba lekarzy AOS na 10 tys. mieszkańców (2011)
	3. Liczba lekarzy stomatologów
	4. Liczba lekarzy stomatologów na 10 tys. mieszkańców
	5. Liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem
	6. Liczba udzielonych porad z zakresu chorób wewnętrznych
	7. Liczba udzielonych porad z zakresu innych specjalności zachowawczych
	8. Liczba udzielonych porad z zakresu specjalności opieki nad matką i dzieckiem
	9. Liczba udzielonych porad z zakresu specjalności zabiegowych
	10. Liczba udzielonych porad z zakresu chorób psychicznych i uzależnień
	11. Liczba udzielonych porad stomatologicznych
	12. Liczba poradni specjalistycznych
Jakość	1. Liczba przychodni ambulatoryjnych na 10 tys. mieszkańców (2012)
	2. Stosunek lekarzy AOS do lekarzy pracujących ogółem
Efektywność	1. Wydatki NFZ na AOS na 1 mieszkańca SOM (2012)
	2. Wydatki JST na opiekę ambulatoryjną (w tym AOS) w zł
	3. Liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem na 1 mieszkańca
	4. Liczba udzielonych porad z zakresu chorób wewnętrznych na 1 mieszkańca
	5. Liczba udzielonych porad z zakresu innych specjalności zachowawczych na 1 mieszkańca
	6. Liczba udzielonych porad z zakresu opieki nad matką i dzieckiem na 1 mieszkańca
	7. Liczba udzielonych porad z zakresu specjalności zabiegowych na 1 mieszkańca
	8. Liczba udzielonych porad z zakresu chorób psychicznych i uzależnień na 1 mieszkańca
	9. Liczba udzielonych porad stomatologicznych na 1 mieszkańca

Obliczeń dokonano na podstawie danych statystycznych pochodzących z wtórnych źródeł danych, przede wszystkim Głównego Urzędu Statystycznego. Dane dotyczyły ostatniego dostępnego w statystykach publicznych roku (zwykle był to rok 2011, bądź 2012). Jako rok bazowy przyjęto rok 2005, w którym utworzono SOM.

Wyniki

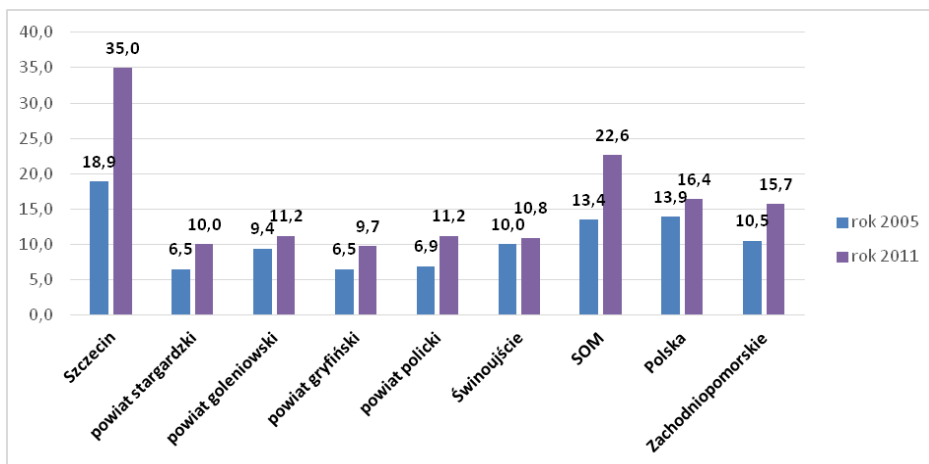
Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna świadczona jest przez lekarzy specjalistów. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w skład usług gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) wchodzi: 1) porady specjalistyczne; 2) badania diagnostyczne; 3) procedury zabiegowe ambulatoryjne; 4) świadczenia w chemioterapii; 5) inne świadczenia ambulatoryjne.

Podjętą próbę oceny dostępności AOS posłużono się wskaźnikami obrazującymi nasycenie specjalistyczną kadrą lekarską w przekroju powiatów SOM, jak i nasycenie specjalistycznymi poradami. Liczba lekarzy specjalistów w SOM w 2011 roku wyniosła 1833, co daje wskaźnik 22,6 na 10 tys. mieszkańców. Jest to o 763 więcej niż w 2005 roku, co jest wzrostem o 9,2 lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Największy wzrost liczby lekarzy specjalistów w latach 2005-2011 zanotował powiat gryfiński (wzrost o 23 %) i powiat stargardzki (wzrost o 16%). Następnie uplasował się Szczecin: (wzrost o 13%) i powiat policki. Liczba lekarzy specjalistów w Świnoujściu spadła o 8%. Średnioroczny wzrost dla SOM (w przekroju 2011/2010) wyniósł 13 %, dla woj. zachodniopomorskiego 10 %, a dla Polski 6%. Brak jest danych porównawczych dla POM i GOM.

Największy wzrost lekarzy specjalistów na 10 tys. w porównaniu do 2005 roku był w Szczecinie: z 18,9 do 35, czyli o 16,1 lekarzy na 10 tys. mieszkańców, najmniejszy w Świnoujściu: 0,8/10 tys. Cały SOM „poprawił się” pod tym względem od 2005 roku o 9,2 lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Największe nasycenie specjalistami notowane jest w Szczecinie: 35 lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Średnia dla SOM to 22,6 dla Polski 16,4 a dla woj. zachodniopomorskiego 15,7 na 10 tys. Pozostałe powiaty są poniżej tych wartości. Najmniejsze nasycenie kadrą lekarską specjalistyczną notowane jest

w powiecie gryfińskim (9,7/10 tys.) i stargardzkim (10/10 tys.), co obrazuje wykres 1.

Wykres 1. Lekarze specjaliści w Szczecińskim Obszarze Metropolitalnym na 10 tys. mieszkańców w latach 2005 i 2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Ponieważ brak danych o liczbie lekarzy w poszczególnych specjalizacjach na poziomie powiatów, poniżej przedstawiono porównanie na poziomie województw z założeniem, że główne ośrodki medyczne skupiają się w stolicach obszarów metropolitalnych (tj. Szczecinie, Poznaniu i Gdańsku). Możliwe jest zatem pośrednie porównanie poziomu nasycenia kadrą lekarską poprzez pryzmat województw (tabela 2).

Tabela 2. Porównanie nasycenia specjalistyczną kadrą lekarską w województwach: zachodniopomorskim, wielkopolskim i pomorskim w 2011 r.

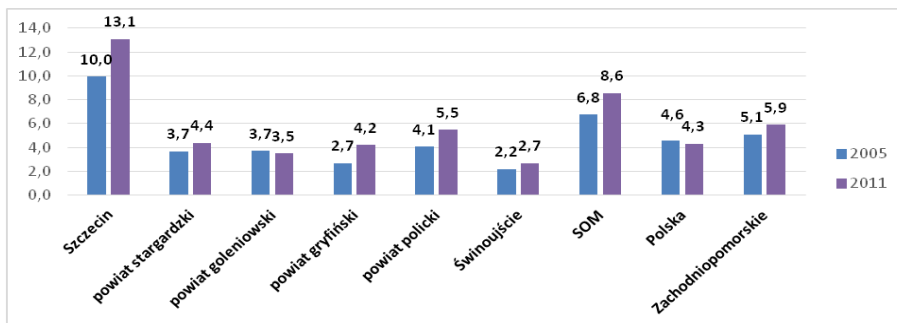
Specjaliści:	Zachodniopomorskie		Wielkopolskie		Pomorskie		Polska	
	liczba bezwzględna	wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	liczba bezwzględna	wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	liczba bezwzględna	wskaźnik na 10 tys. mieszkańców	liczba bezwzględna	wskaźnik na 10 tys. mieszkańców
Chorób wewnętrznych	595	3,5	530	1,5	931	4,1	14 999	3,9
Innych specjalności zachowawczych	547	3,2	568	1,6	921	4,0	15 125	3,9
Opieka nad matką i dzieckiem	419	2,4	437	1,3	540	2,4	9 408	2,4
Zabiegowe	948	5,5	1179	3,4	1348	5,9	23 758	6,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z biuletynu statystycznego Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2012

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż najgorzej w każdej grupie specjalizacyjnej wypada woj. wielkopolskie, a najlepiej woj. pomorskie. Zachodniopomorskie jest pośrodku, trochę poniżej średniej dla Polski. Najwięcej lekarzy na 10 tys. mieszkańców jest w kategorii zabiegowej, najmniej w kategorii opieki nad matką i dzieckiem.

Podobnie jak w przypadku lekarzy specjalistów, w Szczecinie w 2011 roku notowane było największe nasycenie kadrą lekarzy dentyków różnych specjalności: 13,1 na 10 tys. (530 lekarzy). Następnym w kolejności jest powiat policki, jednak tam analizowany wskaźnik jest o ponad połowę mniejszy: 8,6 na 10 tys. (39 lekarzy). Najmniejsze nasycenie jest w Świnoujściu: 2,7 na 10 tys. (11 dentyków). Średnia dla SOM to 8,6 na 10 tys. i wzrosła o 1,8 od 2005 roku. Jest to więcej niż w WZP, gdzie jest ich 5,9 na 10 tys. Średnia dla Polski to 4,3 na 10 tys. i jest to spadek w porównaniu do roku 2005 od 0,3 na 10 tys. (wykres 2.).

Wykres 2. Lekarze stomatolodzy na 10 tysięcy mieszkańców w SOM w podziale na powiaty w latach 2005 i 2011



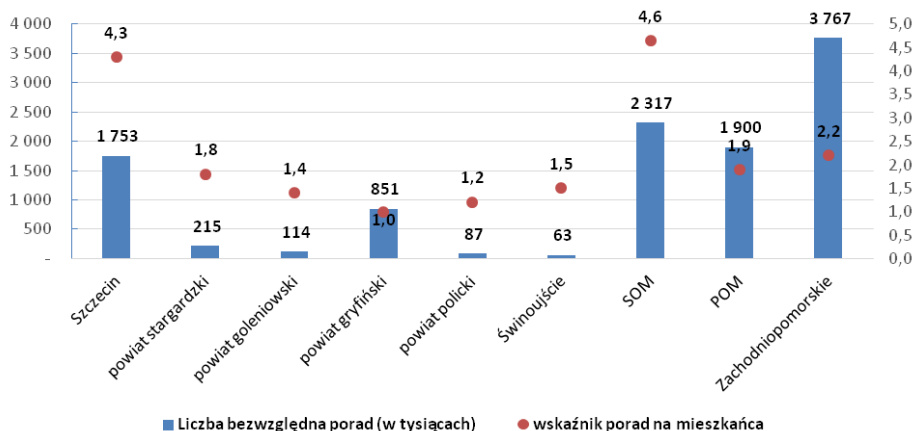
Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Oceny zakresu usług ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w SOM dokonano szacując liczbę profili poradni specjalistycznych mających kontakt z publicznym płatnikiem. W 2011 roku na terenie SOM dostępne były następujące poradnie specjalistyczne:

- Chorób wewnętrznych, w tym: alergologiczne, diabetologiczne, nefrologiczne, kardiologiczne, medycyny nuklearnej,
- Innych specjalności zachowawczych, w tym: dermatologiczne, neurologiczne, onkologiczne, rehabilitacyjne, chorób zakaźnych,
- Opieka nad matką i dzieckiem, w tym: pediatriczne, neonatologiczne, ginekologiczno-położnicze,
- Zabiegowe, w tym: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, urazowo-ortopedyczne, okulistyczne, otolaryngologiczne, urologiczne,
- Chorób psychicznych i uzależnień, w tym: zdrowia psychicznego, uzależnień.

Liczba poradni specjalistycznych w ujęciu powiatowym nie jest dostępna dla WZP, ponieważ w zestawieniach traktowane są one razem jako ambulatoryjna opieka zdrowotna.

Wykres 3. Zestawienie liczby porad w wartości bezwzględnej (w tys.) i na mieszkańca w podziale na powiaty w 2011

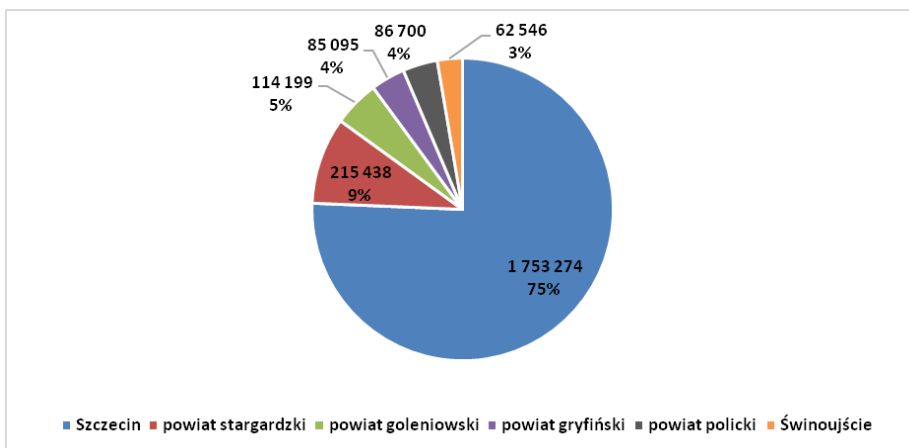


Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Analizując liczbę porad na 1 mieszkańca możemy stwierdzić, że w Szczecinie jest ich najwięcej: 4,3 (1,7 mln porad ogółem) i jest to o 0,3 mniej, niż średnia dla SOM (wykres 3, 4). Następny pod względem ilości wizyt *per capita* jest powiat stargardzki (1,8/10 tys. – 215 tys. wizyt ogółem). Najmniej porad udzielono w powiecie gryfińskim: 1 porada *per capita* (851 tysięcy porad ogółem) i w polickim 1,2 *per capita* (87 tys. porad ogółem). We wszystkich badanych powiatach liczba porad na mieszkańca sukcesywnie rośnie w porównaniu do roku bazowego (2005). Najbardziej jest to widoczne w powiecie stargardzkim (wzrost o 29% – 50 141 porad). Tylko Świnoujście zanotowało spadek o 17% (0,3 na mieszkańca – 9263 porad mniej).

Średnia liczba porad na 1 mieszkańca dla SOM w 2011 roku to 4,65, w POM 1,9 a w woj. zachodniopomorskim 2,2. Dane porównawcze dla pozostałych obszarów są niedostępne. Porady zrealizowane w SOM (2 317 tys.) stanowiły 62 % wszystkich porad udzielonych w WZP (3 767 tys.).

Wykres 4. Porady specjalistyczne ogółem w ujęciu procentowym na obszarze SOM w 2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

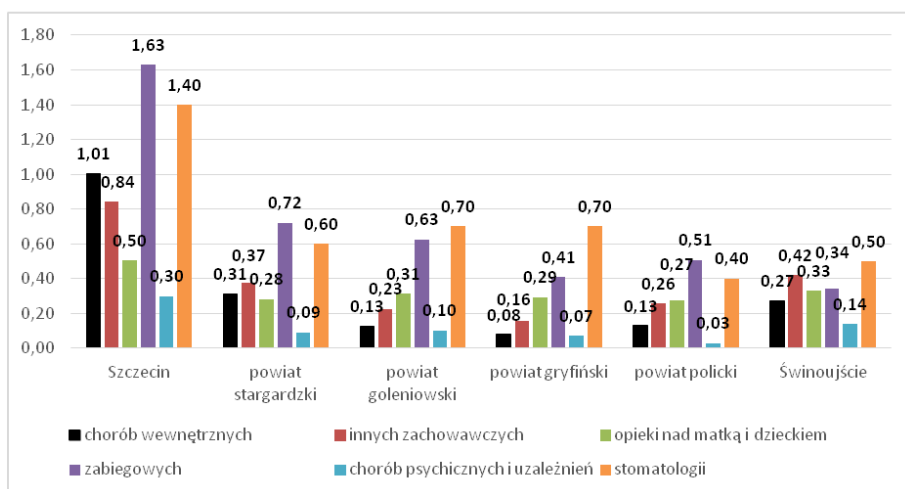
Tabela 3. Porady AOS - podział na 6 grup specjalności medycznych w podziale na powiaty i miasta SOM w 2011 roku

	Porady ogółem	Chorób wewnętrznych	Innych zachowawczych	Opieki nad matką i dzieckiem	Zabiegowych	Chorób psychicznych i uzależnień	Stomatologii
Szczecin	1 753 274	41 1704	345 715	205 999	667 215	122 641	567 717
powiat stargardzki	215 438	37 652	45 310	34 188	87 187	11 101	74 218
powiat goleniowski	114 199	10 318	18 567	25 697	51 255	8 362	56 359
powiat gryfiński	85 095	6 576	13 273	24 789	34 398	6 059	54 276
powiat policki	86 700	9 383	18 558	19 877	36 763	2 119	29 446
Świnoujście	62 546	11 275	17 423	13 753	14 313	5 782	18 931

Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Najwięcej wizyt na 1 mieszkańca z zakresu chorób wewnętrznych zrealizowano w Szczecinie, tj. 1,01 (wzrost o 0,19 od 2005 r.) i w powiecie stargardzkim: 0,31 (wzrost o 0,09), co pokazuje wykres 5. Liczbowo jest to 411 tys. porad w Szczecinie i 37 tys. w powiecie stargardzkim (tabela 3). Najmniej było ich w powiecie gryfińskim 6,5 tys. (0,08 na mieszkańca), goleniowskim: 10 tys. i polickim: 9 tys. (oba po 0,13 na mieszkańca). Średnia dla SOM to 0,6 na mieszkańca (łącznie 486 tys. porad) i jest to wzrost od 2005 roku (z 0,48, łącznie 384 tys.), dla POM 0,41 (łącznie 411 tys. porad) i woj. zachodniopomorskiego 0,40 (683 tys. porad). We wszystkich powiatach odnotowano wzrost nasycenia wizytami z zakresu chorób wewnętrznych od 2005 roku.

Wykres 5. Porady specjalistyczne na 1 mieszkańca w SOM w 2011 r. z podziałem na powiaty i miasta



Źródło: opracowanie własne na podstawie Informatora Statystycznego Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego, Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki

Porad na 1 mieszkańca wśród innych specjalności zachowawczych również najwięcej było w Szczecinie: 0,84 na 1 mieszkańca (345 tys. porad ogółem), jednak jest to stan niezmienny od 2005 roku podobnie jak następnego w kolejności miasta Świnoujście (0,42 – 17 tys. porad). Najmniej porad było w powiecie gryfińskim (0,08 – 13 tys. ogółem) i goleniowskim (0,13 – 18 tys. ogółem), mimo tego, że porady tych specjalności od 2005r. odnotowały wzrost.

Średnia dla SOM to 0,57 (łącznie 458 tys.), dla POM 0,45 (łącznie 454 tys.), a woj. zachodniopomorskiego 0,41 (łącznie 710 tys.).

Opieka nad matką i dzieckiem jest najbardziej wyrównaną grupą pod względem dostępności w poszczególnych powiatach w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Tradycyjnie najlepsza jest w Szczecinie: 0,5 na 1 mieszkańca (łącznie 205 tys. porad), mimo że jest to spadek w porównaniu do roku bazowego o 0,29 (120 tys. porad). Drugie w kolejności Świnoujście z wynikiem 0,33 (13 tys. porad ogółem) na mieszkańca również zmniejszyło liczbę porad w tej kategorii o 0,24 (ponad 9 tys. porad). Najmniej porad w przeliczeniu na 1 mieszkańca udzielono w powiecie polickim: (19 tys. porad ogółem). Cały SOM zanotował spadek w liczbie porad na mieszkańca z 0,57 w 2005r. do 0,40 w 2011r.. Mimo to, jest to wynik lepszy niż w POM (0,22) czy WZP (0,33).

W grupie specjalności zabiegowych odnotowano w Szczecinie najwięcej wizyt na mieszkańca spośród badanych grup specjalności: 1,63 (ogółem 667 tys.). Powiat stargardzki był następnym: 0,72 (87 tys. ogółem). Odnotowano również duży wzrost w stosunku do roku 2005 (odpowiednio 0,26 i 0,22 na mieszkańca czyli 105 tys. w Szczecinie i 27 tys. porad w powiecie stargardzkim). Najmniej porad udzielono w Świnoujściu: 0,34 (14 tys. porad), które było jednym miejscem, gdzie nasycenie poradami spadło w stosunku do roku bazowego (o 0,06 czyli 2 tys. porad).

SOM ma wyższy wskaźnik z zakresu specjalności zabiegowych na jednego mieszkańca (1,10) niż POM, gdzie wynosi on 0,70. Średnia dla woj. zachodniopomorskiego jest mniejsza od SOM, tj. 0,88 na mieszkańca.

Najwięcej porad z zakresu psychiatrii i uzależnień było w Szczecinie (0,30 na mieszkańca – 122 tys. ogółem) i Świnoujściu (0,14 – ponad 5 tys.) najmniej w powiecie polickim (0,03 – 2 tys.). Porady te sukcesywnie rosną: od 2005 roku do 2011 odnotowano wzrost o 24 % w całym SOM. Średnia dla SOM to 0,19 (156 tys.), dla POM 0,11 (107 tys.), a dla WZP: 0,16 na mieszkańca (280 tys.). Największy wzrost na przestrzeni lat odnotował powiat goleniowski (o 124%).

Z zakresu stomatologii w Szczecinie udzielono 1,4 porady na mieszkańca (567 tys. porad ogółem). Najmniej przypadło na mieszkańca Świnoujścia: 0,5 (prawie 19 tys.) Cała specjalność notuje wzrost od 2005 roku o 162 tys. porad na terenie SOM. Porady udzielone w SOM stanowią 53 % porad w Województwie Zachodniopomorskim. POM udzieliło w 2011 roku 1,2 na mieszkańca, SOM 1 na mieszkańca. W WZP było to 0,88 (czyli ogólnie 1512 tys. porad).

Najwięcej porad na jednego mieszkańca w każdej z kategorii udzielono w Szczecinie, co świadczy o nierównomiernym dostępie do świadczeń na terenie SOM zgodnie z przyjętą hipotezą badawczą o podziale na Stolicę i tzw. SOM powiatowy.

Próbie oceny jakości AOS podjęto posługując się wskaźnikiem wyrażającym stosunek lekarzy AOS do lekarzy pracujących ogółem. Przyjęto zatem założenie, że im większy udział kadry wyspecjalizowanej, tym wyższa jakość świadczonej opieki. W przekroju członków SOM najkorzystniej wypada pod tym względem powiat gryfiński (wskaźnik rzędu 0,51), który jednocześnie notuje najniższe nasycenie kadrą lekarską specjalistyczną *per capita*. Oznacza to, iż w powiecie tym pracuje relatywnie mało lekarzy, ale spośród nich wielu jest specjalistami. Najniższy omawiany wskaźnik notowany jest w Świnoujściu: 0,24 (tabela 4.).

Tabela 4. Stosunek lekarzy specjalistów do wszystkich lekarzy w SOM w 2011 roku

Powiaty	Lekarze AOS	wszyscy lekarze	AOS/wszyscy
Szczecin	1 421	3 393	0,42
powiat stargardzki	119	309	0,39
powiat goleniowski	90	231	0,39
powiat gryfiński	80	157	0,51
powiat policki	79	213	0,37
Świnoujście	44	183	0,24
SOM	1 833	4 486	0,41
Polska	63 290	136 208	0,46
Zachodniopomorskie	2 652	7 332	0,36

Źródło: opracowanie własne

Próbie oceny efektywności podjęto posługując się skalą wydatków NFZ na AOS *per capita* w 2012 r. (poniżej zestawiono wyniki, przyjmując metodologię opartą na wydatkach województw) oraz wskaźnikiem liczby porad specjalistycznych *per capita*. Ze względu na brak dostępnych danych pozwa-

lających na pełną ocenę efektywności AOS posłużono się zatem uproszczoną miarą, jaką jest produktywność lekarzy AOS.

SOM wypada najgorzej na tle pozostałych obszarów przeznaczając na mieszkańca 126 zł. Relatywnie lepiej jest w POM: 135 zł oraz w GOM: 138 zł. Trudno jest jednoznacznie wskazać korzyści wynikające z zaangażowania powyższych środków finansowych. Oczekiwana długość życia, przyjmowana na przykład w Raporcie Bloomberga³¹⁷, jako miernik korzyści osiągniętych z inwestowania środków finansowych (mierzonych ich udziałem w PKB danego kraju) nie może być traktowana jako efekt tylko i wyłącznie działań sektora ochrony zdrowia. Na zdrowie ludzkie ma bowiem wpływ wiele innych czynników, jak styl życia (oddziaływanie rzędu 50% według pól Lalonde'a³¹⁸), środowisko (wpływ rzędu 20%), geny (wpływ rzędu 20%). Opieka zdrowotna, według raportu Lalonde'a, wpływa na zdrowie człowieka w relatywnie najmniejszym stopniu – rząd 10%.

Nawet gdybyśmy podjęli uproszczoną próbę wskazania oddziaływania systemu ochrony zdrowia na oczekiwaną długość życia mieszkańców SOM, to brak jest danych odnoszących się do poszczególnych JST SOM w tej materii. Uśredniona oczekiwana długość życia przy urodzeniu dla mieszkańca SOM wyniosła w 2011 roku 80,3 lat i była nieco, krótsza niż analogiczny wskaźnika dla POM (80,9) i GOM (80,8). Warto przy tym zwrócić uwagę, że oczekiwana długość życia zarówno kobiet jak i mężczyzn na wsi jest krótsza niż w tych grupach w miastach.

³¹⁷ http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114881,14507976,Ranking_skutecznej_sluzby_zdrowia_Bloomberga_Polska.html

³¹⁸ Wysocki M.J., Miller M., *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 53, 505-512.

	Szczecin	Stargard Szczeciński (miasto)	Stargard Szczeciński (gmina)	Kobyłanka	Goleniów	Stepnica	Gryfino	Stare Czarnowo	Dobra	Kotbaskowo	Nowe Warpno	Police	Świnoujście
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Miasto	Powiat stargardzki			Powiat goleniowski		Powiat gryfiński		Powiat policki			miasto	
Zaraza	19	17	brak	brak	14	Brak	15	brak	3	brak	brak	14	14
Dostępność	1. Liczba lekarzy AOS ogółem (2011)	1421	119		90		80		79			44	
	2. Liczba lekarzy AOS na 10 tys. mieszkańców (2011)	35,0	10,0		11,2		9,7		11,2			10,8	
	3. Liczba lekarzy stomatologów	530	52		28		35		39			11	
	4. Liczba lekarzy stomatologów na 10 tys. mieszkańców	13,1	4,4		3,5		4,2		5,5			2,7	
	5. Liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem	1 753 274	215 438		114 199		85 095		86 700			62 546	

6. Liczba udzielonych porad z zakresu chorób wewnętrznych	411 704	37 652	10 318	6 576	9 383	11 275
7. Liczba udzielonych porad z zakresu innych specjalności zachowawczych	345 7 15	45 310	18 567	13 273	18 558	17 423
8. Liczba udzielonych porad z zakresu specjalności opieki nad matką i dzieckiem	205 9 99	34 188	25 697	24 789	19 877	13 753
9. Liczba udzielonych porad z zakresu specjalności zabiegowych	667 2 15	87 187	51 255	34 398	36 763	14 313
10. Liczba udzielonych porad z zakresu chorób psychicznych i uzależnień	122 6 41	11 101	8 362	6 059	2 119	5 782
11. Liczba udzielonych porad stomatologicznych	567 7 17	74 218	56 359	54 276	29 446	18931

	12. Liczba poradni specjalistycznych													12
Jakość	Liczba przychodni ambulatoryjnych na 10 tys. mieszkańców (2012)	6,7	6,6	0,8	2,1	3,4	10,3	5,6	5,2	2,7	5,3	5,9	5	4,6
	Stosunek lekarzy AOS do lekarzy pracujących ogółem	0,42	0,39			0,39		0,51		0,37				0,24
Efektywność	Wydatki NFZ na AOS na 1 mieszkańca SOM (2012)	126,48 zł												
	Wydatki JST na opiekę ambulatoryjną (w tym AOS) w zł	0	Stargard Szczeciński (gmina): 7 693 zł, pozostałe JST: 0			Goleniów: 4 608; Stepnica: 12 897		0		Kołbaskowo: 119 652, pozostałe JST: 0				0
	Liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem na 1 mieszkańca	4,3	1,80			1,40		1,00		1,20				1,50
	Liczba udzielonych porad z zakresu chorób wewnętrznych na 1 mieszkańca	1,01	0,31			0,13		0,08		0,13				0,27

Liczba udzielonych porad z zakresu innych specjalności zachowawczych na 1 mieszkańca	0,84	0,37	0,23	0,16	0,26	0,42
Liczba udzielonych porad z zakresu opieki nad matką i dzieckiem na 1 mieszkańca	0,50	0,28	0,31	0,29	0,27	0,33
Liczba udzielonych porad z zakresu specjalności zabiegowych na 1 mieszkańca	1,63	0,72	0,63	0,41	0,51	0,34
Liczba udzielonych porad z zakresu chorób psychicznych i uzależnień na 1 mieszkańca	0,30	0,09	0,10	0,07	0,03	0,14
Liczba udzielonych porad stomatologicznych na 1 mieszkańca	1,4	0,6	0,7	0,7	0,4	0,5

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja i konkluzje

Podjmując próbę syntezy otrzymanych wyników badań wtórnych można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Notowane jest nierównomierne nasycenie lekarzami AOS w przekroju członów SOM. Największe nasycenie lekarzami specjalistami jest w stolicy SOM, Szczecinie (35 na 10 tys. mieszkańców), dla którego wartość przywoływanego wskaźnika przekracza znacznie analogiczny wskaźnik dla całego SOM (22,6), jak i WZP (15,7) i Polski (16,4). Mimo że w stosunku do roku bazowego (2005) sytuacja poprawia się we wszystkich JST SOM, to notowane są duże dysproporcje w aspekcie nasycenia kadrą specjalistyczną. Najgorsza sytuacja jest pod tym względem w powiecie gryfińskim (9,7) i stargardzkim (10,0). Sytuacja ta pozytywnie weryfikuje przyjętą hipotezę o podziale na duży ośrodek miejski (stolicę SOM) i tzw. SOM powiatowy.
2. Analogiczna sytuacja do wskazanej powyższej, dotyczy nasycenia kadrą lekarzy dentyków. Stolica SOM jest tu absolutnym liderem ze wskaźnikiem rzędu 13,1 na 10 tys. mieszkańców (dla porównania dla całego SOM wartość tego wskaźnika wynosi 8,6 dla WZP 5,9). Dowodzi to silnej koncentracji opieki stomatologicznej w Szczecinie i braku zapewnienia szerokiej dostępności usług stomatologicznych w powiatach SOM.
3. Konsekwencją nierównomiernego rozłożenia zasobów kadrowych AOS jest liczba porad specjalistycznych udzielonych na 1 mieszkańca. Najlepsza sytuacja pod tym względem jest w Szczecinie, gdzie przywoływany wskaźnik przekracza blisko dwukrotnie analogiczny wskaźnik dla WZP. Co ciekawe, wskaźnik ten jest porównywalny z tego typu wskaźnikiem dla całego SOM, co świadczy o tym, że mieszkańcy SOM (spoza Szczecina) w dużej mierze realizują swoje potrzeby w zakresie opieki specjalistycznej w stolicy SOM. Mimo, że w pozostałych JST SOM (poza miastem Świnoujście) nasycenie kadrą specjalistyczną rośnie w stosunku do roku 2005, to jest ono na niskim poziomie. Konsekwencją tego może być odroczenie lub zaniechanie leczenia specjalistycznego przez część mieszkańców SOM, mieszkających w szczególności dalej od Szczecina. Szczególne dysproporcje w tym względzie dotyczą realizacji porad w zakresie chorób psychicznych i uzależnień, chorób wewnętrznych, chorób wymagających ambulatoryjnej interwencji zabiegowej oraz przywoływanej już stomatologii. W obliczu nasilania się w społeczeństwie chorób o podłożu psychicznym oraz uzależnień,

w szczególności tych behawioralnych, sytuacja opisana powyżej wydaje się szczególnie niepokojąca.

4. Poradnie specjalistyczne skupiają się w stolicy SOM. Poradnie funkcjonujące poza Szczecinem zlokalizowane są w stolicach powiatów (Police, Stargard Szczeciński, Goleniów, Gryfino) oraz w mieście Świnoujściu. Na terenach gminnych, poza Dobrą Szczecińską, poradnie nie występują. O ile sytuację tę można tłumaczyć „ciężeniem” mieszkańców członków SOM do Szczecina, to obecnie istniejąca dysproporcja terytorialna w dostępie do świadczeń AOS w szczególności w zakresie opieki nad dzieckiem i matką oraz opieki psychiatrycznej rodzi uzasadniony niepokój. Zagroza ona bowiem poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego, w szczególności mieszkańców gmin położonych relatywnie daleko od Szczecina. Sytuacja ta sprzyja przekierowywaniu realizacji potrzeb zdrowotnych do opieki zamkniętej (szpitale), zarówno ze strony samych pacjentów (wizyty na izbach przyjęć), jak i lekarzy POZ (poprzez system skierowań, w szczególności na diagnostykę). Podczas gdy szereg z tych potrzeb mogłoby być zaspokojonych na poziomie opieki ambulatoryjnej, efektywniej i szybciej.
5. Podsumowując, SOM cechuje nierównomierny zakres i co za tym idzie dostęp do usług AOS. Istnieją deficyty w następujących specjalnościach: kardiologia, kardiologia dziecięca, psychologia kliniczna, rehabilitacja, onkologia, chirurgia onkologiczna, ortopedia, diabetologia, pediatria, neonatologia, otolaryngologia, psychiatria. Brakuje również edukatorów zdrowia, pielęgniarek specjalizujących się w diabetologii, techników rehabilitacji, terapeutów i psychologów, którzy mogliby współpracować z onkologami i neurologami. Zapotrzebowanie na powyższe specjalności medyczne koresponduje ze zmieniającym się profilem demograficzno-epidemiologicznym mieszkańców SOM, gdzie dominują (i prognozuje się utrzymanie tego trendu) choroby chroniczne, w tym cukrzyca, choroby serca, nowotwory, zwyrodnienia narządu ruchu oraz choroby psychiczne.

W związku z powyższym zdefiniowano kilka priorytetów dla regionalnej opieki zdrowotnej w obszarze AOS:

- Należy wzmocnić pozycję lekarzy POZ w systemie, tak by mogli oni „przejmować” część zadań zleczanych dziś specjalistom (obecnie istnieje szereg wymogów ograniczających swobodę działania lekarzy POZ, np. wymóg uzyskania konsultacji specjalistów w wypadku ordynacji niektórych leków, brak możliwości zlecenia niektórych badań diagnostycznych).

- Propozycją wartą namysłu jest brytyjski system lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem na leczenie specjalistyczne pacjentów (*GP-fundholding*). Lekarz POZ mógłby wtedy kierować pacjenta do specjalisty w ramach posiadanych środków, a pacjent mógłby wybrać specjalistę według własnych preferencji lub zdać się na sugestię lekarza POZ.
- Należy stworzyć „coś” na kształt sieci poradni specjalistycznych w SOM, która powstałaby w oparciu o zdiagnozowane deficyty oraz potrzeby pacjentów.
- Należy edukować pacjentów – w Polsce mieszkańcy, szczególnie dużych miast, preferują leczenie specjalistyczne, podczas gdy ich potrzeby zdrowotne mógłby zaspokoić poziom POZ.
- Przejrzystość informacyjną systemu, ograniczającą jego nadużywanie przez pacjentów, można uzyskać tylko drogą jego informatyzacji. Stworzenie regionalnej (w obszarze SOM) infrastruktury teleinformatycznej, łączącej w szczególności lekarzy POZ i AOS oraz opiekę społeczną. Niezbędnym elementem jest tu ujednoczenie programów informatycznych do obsługi sieci i jednostek ochrony zdrowia.
- Eskalacja potrzeb populacji SOM w zakresie usług dotyczących leczenia chorób wymagać będzie zwiększenia wolumenu usług zdrowotnych tego typu, jak i tworzenia wsparcia środowiskowego dla osób cierpiących na choroby psychiczne. Rekomendowaną formą jest tu tworzenie ośrodków dziennego wsparcia, co w szerszej perspektywie może mieć wpływ na odciążenie AOS.

Literatura cytowana

1. Frączkiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owocorz-Cydzik B., Sobosiuk D., *Samorządowa opieka zdrowotna*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135).
4. Ustawa z dnia 8 marca 1999 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. 01, Nr 42, poz. 1591 ze zm.).
5. Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, PZWL, Warszawa 2009.
6. Wysocki M.J., Miller M., *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 53, 505-512.

Rozdział 11.

Priorytety zdrowotne w działalności regionalnych „oficerów” ochrony zdrowia

Wprowadzenie

Rozważania prezentowane w niniejszym rozdziale poświęcone są kwestii identyfikacji zagadnień ważnych i priorytetowych na użytek regionalnej strategii ochrony zdrowia. Założono, iż ustalenie priorytetów zdrowotnych z punktu widzenia specyficznych potrzeb danego regionu stanowi warunek niezbędny do efektywnej realizacji celów i zadań określonych w regionalnej strategii ochrony zdrowia.

Problem ważny jest nie tylko dla polityków i podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w regionie – Samorządu, Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu Wojewody, ale także wszystkich podległych im „oficerów” sektora ochrony zdrowia realizujących szczegółowe cele i zadania, wynikające z tej strategii, którzy również winni mieć wpływ na kształtowanie regionalnych dokumentów strategii. Bez ich współpracy projektowana strategia ma na ogół charakter nadmiernie abstrakcyjny, czy wręcz życzeniowy zostaje bowiem oderwana od praktyki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w danym regionie. Stąd właśnie prowadzone w niniejszym rozdziale rozważania opierają się na opiniach i dosłownych wypowiedziach „oficerów” systemu ochrony zdrowia w województwie warmińsko-mazurskim odpowiedzialnych za różne podmioty, agendy i służby tego systemu³¹⁹.

³¹⁹ Regionalny punkt widzenia został zaprezentowany przez autorkę w oparciu o wypowiedzi: Ireny Kierzkowskiej – dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Olsztynie, Hanny Taraszkiewicz- zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Olsztynie, Andrzeja Bujnowskiego – prezesa zarządu "Pro-Medica" w Elku Sp. z o.o., Stanisławy Masłowskiej – kierownika działu zamówień publicznych i zaopatrzenia Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Olsztynie,

Starając się wiernie zachować sposób postrzegania i artykulacji problemów przez grono „oficerów”, tekst rozdziału uwzględnia również formę artykułowania przez nich lokalnych priorytetów, ich hierarchię ważności, wskazywane uwarunkowania zmian tej hierarchii, a także nowe problemy, jakie – ich zdaniem – wynikają stąd dla polskiego systemu ochrony zdrowia³²⁰.

Na prośbę autorki niniejszego rozdziału priorytety wojewódzkie zostały wyodrębnione przez wymienionych interlokutorów ze względu na:

- interes pacjenta: faktyczne potrzeby zdrowotne, dostępność świadczeń medycznych, jakość oferowanych usług zdrowotnych;
- równowagę finansową.

Priorytety zdrowotne ze względu na interes pacjenta

Z punktu widzenia interesu pacjenta, pilnego usprawnienia w systemie ochrony zdrowia wymaga przede wszystkim poprawa dostępności usług medycznych. Pierwszym z czynników ograniczających tę dostępność jest zbyt długi czas oczekiwania pacjentów na realizację poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ustaleniami Najwyższej Izby Kontroli średni czas oczekiwania w 2014 roku wydłużył się we wszystkich badanych rodzajach świadczeń medycznych³²¹. Wyodrębnionym przez „oficerów” czynnikiem ograniczającym dostępność świadczeń jest również niedobór kadry medycznej w określonych dziedzinach medycyny (specjalizacjach) i jej nierównomierne rozlokowanie na obszarze regionu. Wśród brakujących specjalizacji w województwie warmińsko-mazurskim wyróżniono: geriatrów, pediatrów, neonatologów, internistów, chirurgów, anestezjologów, lekarzy medycyny pracy, ratownictwa medycznego oraz pielęgniarek i położnych. Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2014 roku, potwierdza zresztą, że ani jeden lekarz geriatra na terenie

Agnieszki Malinowskiej – zastępcy dyrektora ds. administracyjnych Zespołu Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, Iwony Orkiszewskiej – dyrektora Powiatowego Szpitala im. Wł. Biegańskiego w Iławie, Bernadety Hordejuk – dyrektora Wydziału Rozwoju i Zarządzania Projektami w Starostwie Powiatowym w Iławie.

³²⁰ Patrz: Bujnowski A., Hordejuk B., Kierzkowska I., Malinowska A., Masłowska S., Orkiszewska I., Taraszkiewicz H., *Priorytety zdrowotne z regionalnego punktu widzenia*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2015, nr XVI/VI, s. 86-97.

³²¹ Raport NIK, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-realizacji-zadan-przez-narodowy-fundusz-zdrowia.html> (dostęp: 03.03.2016 r.).

województwa warmińsko-mazurskiego nie udzielał świadczeń w ramach NFZ. Problem związany z niedoborem personelu medycznego został określony przez wybranych dyrektorów/kierowników podmiotów leczniczych jako priorytetowy także z uwagi na zauważalny, postępujący proces starzenia się mieszkańców regionu oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe. Przyczynę tego problemu wybrani „oficerowie” upatrują w braku długofalowego planowania w systemie edukacji, emigracji zarobkowej oraz niedostosowaniu struktury zatrudnienia do profilu i zakresu świadczeń podmiotów leczniczych. Zwrócono także uwagę na fakt, iż w Polsce nie istnieje żadna instytucja, badająca planowanie rozwoju kadry medycznej, czy choćby monitorowanie i koordynowanie międzynarodowej współpracy w tym zakresie.

Jak wiadomo monitorowanie zjawisk epidemiologicznych daje możliwość oceny zmieniających się lokalnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W tej kwestii wybrani dyrektorzy/kierownicy podmiotów leczniczych również dostrzegają problemy związane z gromadzeniem danych statystycznych podmiotów leczniczych; w praktyce są one bowiem definiowane niejednokrotnie intuicyjnie, a formularze sprawozdawcze wypełniane dość subiektywnie. Brak wytycznych systemowych, regulacji prawnych czy chociażby zarządczo-proceduralnych w tym zakresie powoduje, iż zbierane dane są „przekłamate”, a w konsekwencji nieużyteczne lub wręcz mylące, bowiem nie odzwierciedlają rzeczywistych zjawisk epidemiologicznych zachodzących w województwie. Brak jednolitego systemu gromadzenia i analizowania tych danych uniemożliwia też trafną ocenę realnych potrzeb zdrowotnych lokalnej populacji, a tym samym szacowania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w danym województwie. Problem ten dotyczy także porównywalności podmiotów leczniczych w zakresie oceny skuteczności i efektywności ich działalności.

Jako pilną kwestię, wymagającą systemowej regulacji w całym sektorze ochrony zdrowia uznano również wzrost udziału osób starszych w populacji ogólnej. Zgodnie z wytycznymi ONZ „stare społeczeństwo” to takie, którego odsetek osób przekraczających 65 rok życia wynosi 7% populacji. W Polsce już w 2010 roku osoby starsze stanowiły 14% społeczeństwa. W roku 2014 było to aż 19%. Według szacunków GUS w ciągu zaledwie dwóch dekad wskaźnik ten wzrośnie dwukrotnie³²². Województwo warmińsko-mazurskie (liczące łącznie

³²² Raport pt. *Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek*,

1,44 mln mieszkańców) okazuje się typowe pod tym względem, bowiem w strukturze wiekowej ludności najliczniej reprezentowane są osoby w wieku 70 lat i więcej (127 615) stanowiąc 8,8% populacji. „Oficerowie” podkreślają, iż starzenie się społeczeństwa już teraz staje się przyczyną upowszechniania się chorób takich jak, m.in. cukrzyca, choroby nowotworowe, choroby układu kostnego itd. Z perspektywy świadczeniodawcy priorytety zdrowotne wydają się być widoczne „gołym okiem”. Zauważalnym przez „oficerów” problemem jest przykładowo wzrost liczby pacjentów przyjmowanych do szpitali z zaostrzeniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP). W Polsce jest to trzecia co do częstości występowania choroba przewlekła, a zachorowalność na nią rośnie wraz z wiekiem. Zdaniem indagowanych reprezentantów branży sektora ochrony zdrowia w województwie warmińsko-mazurskim polityka ukierunkowana na ludzi w podeszłym wieku, poza opieką szpitalną, winna obejmować ponadto edukację w zakresie działań prozdrowotnych promujących aktywność fizyczną, prawidłowe odżywianie, umiarkowanie w zażywaniu leków itp. Dodatkowo istotna jest także kwestia zapewnienia seniorom dostępu do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Stąd właśnie, aby sprostać wymaganiom przyspieszonej transformacji demograficznej naszego społeczeństwa niezbędne będą postulowane zmiany systemowe w sektorze ochrony zdrowia. Rozwiązaniem tego problemu – przynajmniej częściowym – mogłyby być na przykład dobrowolne ubezpieczenia czy współpłacenie pacjenta za usługi medyczne.

W opinii wybranych interesariuszy sektora ochrony zdrowia niezwykle ważne jest także kształtowanie poczucia odpowiedzialności pacjenta za jego stan zdrowia wynikający ze stylu życia, a więc sposobu odżywiania, aktywności fizycznej itp. Jak wiadomo działania profilaktyczne niosą podwójną korzyść; po pierwsze – dla samego pacjenta – wpływając na poprawę jego stanu zdrowia, po drugie – dla finansowania systemu ochrony zdrowia – generują bowiem dużo niższe koszty w stosunku do późniejszych drogich świadczeń naprawczych.

W opinii indagowanych „oficerów”, nie mniej ważnym zagadnieniem w polityce zdrowotnej jest także wdrażanie innowacyjnych technologii leczenia, gwarantujących pacjentom *de facto* wyższą jakość udzielanych świadczeń. Zgodnie rekomendowano, iż niezbędna jest w tym celu wstępna identyfikacja dostępnego na rynku sprzętu, technik i systemów, które mogą mieć istotny

wpływ na skuteczność i efektywność udzielanych świadczeń naprawczych, profilaktycznych, screeningowych, diagnostycznych, a także monitorowanie leczenia i rehabilitację pacjentów. Ważne jest też usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami przewlekłymi. Jest to istotne szczególnie dla województwa warmińsko-mazurskiego, albowiem charakteryzuje się ono niską gęstością zaludnienia, a także znaczną rozległością terenu, stwarzając logistyczno-geograficzną barierę dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Dzięki zastosowaniu nowoczesnej aparatury podczas zabiegów np. termoablacji ultradźwiękowej pod kontrolą rezonansu magnetycznego MR-HIFU, pacjenci nie wymagają długiego, kilkunastodniowego pobytu w szpitalu. Jest to jednak pojedynczy przykład świadczący o związku zastosowania nowych technologii ze zwiększoną efektywnością, a także skróceniem czasu hospitalizacji. Niestety, aktualnie w polskim budżecie ochrony zdrowia brakuje źródeł finansowania niezbędnych do wdrażania nowych technologii medycznych i metod leczenia oraz prowadzenia w tym kierunku działalności badawczej, pomimo, iż zadania te powinny stanowić istotny zakres działalności szpitali klinicznych stosownie do art. 89 ust. 1 w związku z art. 3 ust. 2 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej³²³. Jak wynika z aktualnych danych i opartych na nich szacunków, Polska nie ma szans na dogonienie rozwiniętych krajów europejskich w zakresie produkcji i wdrażania nowoczesnej aparatury medycznej, szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę aktualne trendy wysokości nakładów finansowych związanych z rozwojem nowoczesnych technologii³²⁴.

Należy też zauważyć, iż w okresie ostatnich kilkunastu lat szpitale i inne jednostki polskiego systemu ochrony zdrowia przeżywały szybką, a przy tym nie do końca właściwie, koordynowaną transformację. Dostęp do funduszy unijnych pozwolił częściowo na zakup i wdrożenie nowoczesnej aparatury medycznej. W opinii wybranych „oficerów” niejednokrotnie zdarza się, iż zarządy niektórych szpitali „chwytając okazję” decydują się na zakup specjalistycznych sprzętów, bez wcześniejszej oceny jego przydatności i realnej możliwości wykorzystywania. Niejednokrotnie taki bezsensowny zakup, z punktu widzenia realizowanych przez szpital celów i zadań, jest konsekwencją wygórowanych warunków szczegółowych NFZ dotyczących wyposażenia oddziałów w określony sprzęt,

³²³ Ustawa o działalności leczniczej, art. 89 ust. 1 w związku z art. 3 ust. 2 pkt. 2.

³²⁴ Wójcicki J.M., Ładzyński P., *System monitorowania i scenariusze rozwoju technologii medycznych w Polsce*, Konsorcjum ROTMED, Warszawa 2008, s.19.

nawet gdy jest on dostępny na innym oddziale tego samego podmiotu leczniczego. Decyzja o poszerzeniu infrastruktury szpitalnej o innowacyjne sprzęty medyczne często nie jest też poprzedzona obiektywną oceną potrzeb danej lokalnej populacji. Bywa, że dyrektorzy szpitali zarządzają modernizacją i/lub rozbudowę bloków operacyjnych, mimo braku pewności na jaką wartość będzie opiewał kontrakt z płatnikiem, a więc jakie, i ile zabiegów operacyjnych szpital będzie mógł faktycznie zrealizować. Wdrażanie zdobycy technologii medycznych XXI w. niewątpliwie jest więc zagadnieniem ważnym dla systemu ochrony zdrowia, niemniej dla zapewnienia ich efektywności niezbędne jest opracowanie kryteriów oceny i stopnia ich wykorzystania.

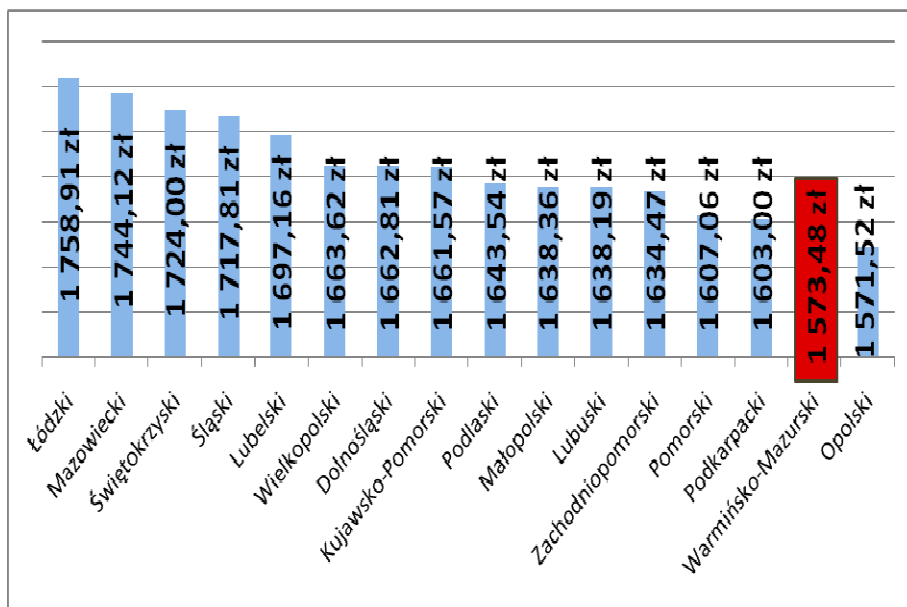
Priorytety zdrowotne ze względu na konieczność zachowania równowagi finansowej

Zdaniem wybranych „oficerów” brak równowagi finansowej w polskim systemie ochrony zdrowia wynika z jego niedofinansowania, pomimo iż w latach 2011-2014 wydatki publiczne na ochronę zdrowia zwiększyły się o 5,4%³²⁵. Wybrana grupa interesariuszy sektora ochrony zdrowia podkreśla, iż cały polski system opieki zdrowotnej wymaga zwiększenia środków pieniężnych oraz ich efektywniejszego wydatkowania – szczególnie dla regionu Warmii i Mazur ma to znaczenie priorytetowe. Opinia ta, podyktowana jest dużym zróżnicowaniem regionalnym nakładów Narodowego Funduszu Zdrowia na różne kategorie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych województwach. Pod tym względem warmińsko-mazurskie od lat zajmuje jedną z ostatnich pozycji wśród wszystkich szesnastu województw³²⁶. Rozbieżność tę najlepiej prezentują wartości środków finansowych *per capita* przyznawanych przez NFZ pomiędzy poszczególne regiony (wykres 1.).

³²⁵ Narodowy Fundusz Zdrowia, *Realizacja działań na rzecz pacjentów – Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*, Warszawa 2015.

³²⁶ Por. Rozdział 2. *Zróżnicowanie regionalne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, s. 29.

Wykres 1. Środki finansowe NFZ w podziale na poszczególne regiony *per capita* w 2013r.



Źródło: dane demograficzne, GUS, 2013

Powszechnie wiadomo, iż pilną kwestią z perspektywy zachowania równowagi finansowej jest rozdźwięk pomiędzy nadprodukcją świadczeń realizowanych przez podmioty lecznicze a opłacaniem nadlimitów przez płatnika oraz wartością podpisywanych pomiędzy stronami porozumień (tabela 1.).

Tabela 1. Wartość przekroczeń/niedowykonań oraz przekroczenia *per saldo* w województwie warmińsko-mazurskim w 2014 roku

Rodzaj świadczeń	Przekroczenia	Niedowykonania	Przekroczenia <i>per saldo</i>
POZ*	2 781, 66 zł	13 026, 91 zł	-10 245, 25 zł
AOS	8 185 600, 61 zł	1 414 396, 86 zł	6 771 203, 75 zł
SZP	79 993 852, 44 zł	2 944 794, 96 zł	77 049 057, 048 zł
PSY	1 837 669, 53 zł	482 762, 06 zł	1 354 907, 47 zł
REH	5 195 120, 93 zł	225 120, 63 zł	4 970 000, 30 zł
SPO	759 716, 80 zł	128 835, 25 zł	630 881, 55 zł
OPH	517 084, 50 zł	68 893, 00 zł	448 191, 50 zł
STM	458 532, 60 zł	317 991, 71 zł	140 540, 89 zł
UZD	0,00 zł	4 462, 00 zł	-4 462, 00 zł
PDT	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
PRO	11 103, 90 zł	104 883, 68 zł	-93 779, 78 zł
SOK	3 644 477, 50 zł	21 413, 00 zł	3 623 064, 50 zł
ZPO	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
RTM	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
Suma końcowa	100 605 940, 47 zł	5 726 580, 06 zł	94 879 360, 41 zł

*wartość nadlimitów i niedowykonań w rodzaju POZ dot. tylko umowy Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

Źródło: prezentacja multimedialna ze spotkania dyrektorów szpitali województwa warmińsko-mazurskiego, Olsztyn, dn. 21 stycznia 2015 r.

Należy przy tym zastrzec, że sytuacja ta dotyczy w głównej mierze dużych szpitali, np. wojewódzkich. Natomiast w przypadku mniejszych szpitali poziom kontraktowana jest często zbyt niski w stosunku do ich możliwości kadrowych i infrastrukturalnych. Utrzymanie takich podmiotów „w gotowości” do realizacji świadczeń medycznych wiąże się po pierwsze z utraconymi możliwościami świadczenia usług zdrowotnych, po drugie wysokimi kosztami oraz równoległym wzrostem zadłużenia szpitali. Aktualną, trudną sytuację finansową, co najmniej sześciu podmiotów leczniczych w województwie warmińsko-mazurskim prezentują dane NFZ dotyczące zadłużenia tamtejszych podmiotów, które na koniec 2014 roku wynosiło ogółem 160 511 070 zł, w tym zobowiązania wymagalne wyniosły 14 758 198 zł. Za ten sam rok Oddział Funduszu również uzyskał wynik finansowy ujemny w wysokości 14 943 990 zł.

Realizacja omawianych priorytetów zdrowotnych w praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych w polskim systemie ochrony zdrowia determinowana jest więc w szczególności uwarunkowaniami finansowymi. W sytuacji permanentnego niedofinansowania sektora ochrony zdrowia, w przekonaniu warmińsko-mazurskiej grupy „oficerów-świadczeniodawców” – wskazana jest decentralizacja systemu finansowania ochrony zdrowia poprzez przejście na budżetowe finansowanie oraz przekazywanie funduszy wojewodom, którzy – w ramach budżetów zadaniowych – realizowaliby zadania związane z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych. Alternatywną może być też decentralizacja Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kolejne ważne zagadnienie dotyczące identyfikacji priorytetów w systemie ochrony zdrowia odnosi się do potrzeby opracowywania i wdrażania regionalnej strategii organizacji ochrony zdrowia, która umożliwiłaby m.in. przeprowadzanie sprawnych procesów restrukturyzacji szpitali, pozwoliłaby ujednoczyć model prowadzenia dokumentacji medycznej, czy wyznaczać standardy leczenia pacjentów. W samym mieście Olsztynie funkcjonują aż cztery organy założycielskie wiodących szpitali:

1. Samorząd Wojewódzki,
2. Samorząd Miejski,
3. Uniwersytet Warmińsko-Mazurski,
4. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Mnogość tych organów utrudnia, a czasem nawet uniemożliwia podjęcie, chociażby działań naprawczych, wdrażanie nowych metod zarządczych, czy racjonalne poszerzanie infrastruktury w podmiotach leczniczych. Według opinii świadczeniodawców województwa warmińsko-mazurskiego wszystkie działające w obszarze regionu szpitale powinny być podporządkowane nie więcej, niż dwóm organom założycielskim, tak, aby decyzje zarządcze były podejmowane w sposób możliwie spójny, a ich wdrażanie odbywało się sprawnie i dynamicznie.

Zdaniem „oficerów” ochrony zdrowia z punktu widzenia potrzeby zachowania równowagi finansowej usprawnienia wymaga także sposób liczenia i kwalifikowania kosztów leczenia szpitalnego. Aktualnie w polskim systemie brakuje obligatoryjnego, ujednoczonego sposobu wyceny tych świadczeń w oparciu o koszty rzeczywiste. Taka sytuacja utrudnia zarządzanie finansami zarówno na poziomie szpitala, jak i systemu opieki zdrowotnej – prawdopodobnie nie tylko w skali regionu.

Podsumowując należy stwierdzić, iż w opinii warmińsko-mazurskich „oficerów” regionalna strategia ochrony zdrowia winna bazować na przesłankach, jakie stanowią priorytety zdrowotne identyfikowane we współpracy nie tylko z ośrodkami rządowymi, czy władzami lokalnymi, ale także reprezentantami branż sektora ochrony zdrowia, także konsultantami wojewódzkimi, tak aby strategia ta nie była tylko formalnym dokumentem służącym lokalnej administracji, lecz stanowiła praktyczny, wyraźny drogowskaz dla wszystkich podmiotów systemu ochrony zdrowia – instytucji, przedsiębiorstw oraz wszystkich organizacji interesariuszy tego sektora. Ponadto, niezwykle istotne jest, aby owa regionalna strategia ochrony zdrowia tworzona była w oparciu o rzetelne i przede wszystkim rzeczywiste dane epidemiologiczne, a także profesjonalnie opracowane, przemyślane i „policzone” propozycje, w oderwaniu od obietnic i deklaracji politycznych, szczególnie tych składanych w okresie wyborów.

Literatura cytowana

1. Bujnowski A., Hordejuk B., Kierzkowska I., Malinowska A., Małowska S., Orkiszewska I., Taraszkiewicz H., *Priorytety zdrowotne z regionalnego punktu widzenia*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2015, nr XVI/VI, s. 86-97.
2. Wójcicki J.M., Ładyżyński P. (red.), *System monitorowania i scenariusze rozwoju technologii medycznych w Polsce*, Konsorcjum ROTMED, Warszawa 2008, s.19.
3. Narodowy Fundusz Zdrowia, *Realizacja działań na rzecz pacjentów – Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*, Warszawa 2015.
4. Raport NIK, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-realizacji-zadan-przez-narodowy-fundusz-zdrowia.html>.
5. Raport pt. *Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek*,
dostęp:http://www.gsk.com.pl/media/pdf/Raport_Starzejace_Sie_Spoleczenstwo_Jako_Wyzwanie_Ekonomiczne_Dla_Europejskich_Gospodarek.pdf.
6. Ustawa o działalności leczniczej, art. 89 ust. 1 w związku z art. 3 ust. 2 pkt. 2.

Rozdział 12.

Stymulowanie realizacji samorządowych programów zdrowotnych – w świetle doświadczeń międzynarodowych

Wprowadzenie

Spółeczność jest definiowana jako „grupa ludzi, mieszkających w tym samym miejscu, lub posiadających wspólną charakterystykę”³²⁷. Zazwyczaj społeczności są wyznaczone pewnymi uwarunkowaniami geograficznymi (gminy, miasta), ale mogą być także ukształtowane innymi czynnikami, takimi jak wspólne cechy czy wartości, np. pochodzenie etniczne, wyznanie religijne, orientacja seksualna lub wykonywany zawód³²⁸.

Przy opracowywaniu programów zdrowotnych dla konkretnej społeczności, należy zrozumieć i uwzględnić jej specyfikę oraz wartości, które decydują o tzw. „*community capacity*”, definiowanej jako zdolność społeczności do określenia, mobilizacji i podjęcia programów społecznych oraz programów zdrowia publicznego³²⁹.

Programy zdrowotne mają różny charakter i mogą być realizowane w różnych formach i wymiarach. Programy z zakresu profilaktyki chorób mogą obejmować szeroki zakres działań mających na celu ograniczenie czynników ryzyka i zagrożenia dla zdrowia. Działania te zwykle dzielone są na cztery poziomy, odpowiadające różnym fazom rozwoju choroby³³⁰:

³²⁷ McKenzie J.F., Neiger B.L., Thackeray R., *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programmes*, 6th Ed, Pearson Education, Illinois 2013, s. 436.

³²⁸ Wurzbach M.E. (edit.), *Community Health Education and Promotion, A Guide to Program Design and Evaluation*, 2nd ed., Aspen Publishers.

³²⁹ McKenzie J.F., Neiger B.L., Thackeray R., *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programmes*, 6th Ed, Pearson Education, Illinois 2013, s. 436.

³³⁰ Breslow L., *From disease prevention to health promotion*, „Journal of the American Medical Association” 1999, 281(11), s. 1030-1033.

- **Wczesna prewencja** (utożsamiana z promocją zdrowia) polega na zapobieganiu czynnikom ryzyka, rozpoczynając od zmian warunków społecznych i środowiskowych oraz kontynuowaniu tych działań u dzieci, młodzieży i dorosłych. Przykładami działań w ramach wczesnej prewencji są programy promujące regularną aktywność fizyczną oraz wdrażanie kompleksowej, lokalnej lub narodowej polityki zdrowotnej ukierunkowanej na zniechęcanie do palenia tytoniu³³¹.
- **Prewencja pierwotna** jest ukierunkowana na zapobieganie pojawieniu się choroby lub innego zaburzenia. Główne cele prewencji pierwotnej to ograniczenie częstotliwości występowania choroby poprzez kontrolę przyczyn i czynników ryzyka oraz poprzez ochronę zdrowej populacji przed rozwojem choroby lub doznaniem urazu. Przykładem działań związanych z prewencją pierwotną są szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym.
- **Prewencja wtórna** dotyczy identyfikacji chorób, które już rozwinęły się w organizmie, ale które nie doprowadziły jeszcze do ujawnienia się objawów, dolegliwości i zaburzeń. Stany przedkliniczne najczęściej są rozpoznawane dzięki badaniom przesiewowym (skriningowym). Prewencja wtórna ma za zadanie wyleczenie pacjentów i złagodzenie poważniejszych następstw choroby poprzez wczesne rozpoznanie i wdrożenie właściwego leczenia. Przykładem prewencji wtórnej jest zalecanie wykonywania regularnych badań oraz badań przesiewowych u osób ze znanymi czynnikami ryzyka określonych chorób, np. rutynowej mammografii w celu wczesnego wykrycia raka piersi, okresowych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi i poziomu cholesterolu.
- **Prewencja trzeciorzędowa** koncentruje się na udzieleniu wsparcia pacjentom, u których występują skomplikowane, długoterminowe problemy zdrowotne, np. choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, cukrzyca i przewlekłe dolegliwości bólowe układu mięśniowo-szkieletowego. Główne cele prewencji trzeciorzędowej to zapobieganie powikłaniom chorób i ich następstw oraz możliwie jak największa poprawa jakości życia. Przykładami prewencji trzeciorzędowej są programy rehabilitacji kardiologicznej lub poudarowej, programy postępowania w przewlekłych zespołach bólowych oraz prowadzenie grup wsparcia dla pacjentów³³².

³³¹ Windak A., Tomasiak T., Domagała A., *Guidebook for teachers of family medicine on health promotion and disease prevention*, Kraków 2010.

³³² Tamże.

Społeczności lokalne powinny być aktywnie zaangażowane w działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób na wszystkich poziomach. Ich aktywne podejście i zaangażowanie w te działania mogą pomóc skutecznie wykorzystać dostępne narzędzia i zasoby i w efekcie przyczynić się do ograniczenia globalnego obciążenia chorobami.

Liczne organizacje międzynarodowe, jak i instytucje krajowe promują wspieranie rozwoju lokalnych programów zdrowotnych jako skutecznego sposobu na poprawę stanu zdrowia populacji. Światowa Organizacja Zdrowia podkreśla potrzebę wzmocnienia działań społeczności lokalnych w zakresie programów promocji zdrowia. Zgodnie z zapisami Karty Ottawskiej, zwanej Konstytucją Promocji Zdrowia³³³: „Promocja zdrowia działa poprzez konkretne i skuteczne działania społeczności dotyczące ustalania priorytetów, podejmowania decyzji, planowania strategii i wdrażania ich celem osiągnięcia lepszego stanu zdrowia. Istotą tego procesu jest upodmiotowienie społeczności lokalnej, aby mogła ona przejąć kontrolę nad działaniami determinującymi jej sytuację”.

W Polsce samorządowe programy zdrowotne są realizowane głównie przez jednostki samorządu terytorialnego (gminy, powiaty i województwa). Począwszy od 2009 roku, projekty tych programów należy składać do Agencji Oceny Technologii Medycznej (obecnie Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji – AOTMiT), która przygotowuje stosowną opinię.

AOTMiT publikuje także rekomendowany schemat programu zdrowotnego oraz pewne ogólne wytyczne dotyczące jego treści. Brakuje jednak dodatkowych narzędzi wspierających, przewodników, wytycznych czy innych zasobów, dostępnych dla przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, które byłyby przydatne podczas planowania, wdrażania i oceny programów zdrowotnych.

Celem niniejszego opracowania jest próba zdefiniowania podstawowych zaleceń ukierunkowanych na poprawę efektywności programów zdrowotnych realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce. Autorki przedstawiają wybrane doświadczenia międzynarodowe w zakresie dostarczania

³³³ First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, in Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences, WHO 2009, s. 3.

narzędzi wspomagających społeczności lokalne w realizacji programów zdrowotnych, jak również dokonują analizy aktualnych problemów dotyczących realizacji programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce.

Opracowanie, implementacja oraz ewaluacja programów zdrowotnych – doświadczenia międzynarodowe

Institucje funkcjonujące w obszarze zdrowia publicznego oraz oceny technologii medycznych zostały powołane przez agencje rządowe w wielu krajach. Ich rola może być zróżnicowana, jednakże często dotyczy również dostarczania wytycznych, materiałów edukacyjnych oraz narzędzi wspomagających proces opracowania, implementacji oraz ewaluacji programów zdrowotnych dla społeczności lokalnych. Przykłady tego rodzaju inicjatyw zostały przedstawione poniżej na podstawie instytucji działających w tym obszarze w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych oraz Kanadzie.

W Wielkiej Brytanii **Narodowy Instytut ds. Zdrowia i Poprawy Opieki Zdrowotnej** (*National Institute for Health and Care Excellence – NICE*)³³⁴ pełni kluczową rolę w opracowaniu niezależnych, wiarygodnych i opartych na najnowszych doniesieniach naukowych wytycznych postępowania (*NICE guidance*). Ich celem jest wsparcie procesu podejmowania decyzji w obszarze sektora opieki zdrowotnej – by realizowane zadania i programy oparte były na najnowszych doniesieniach naukowych oraz dowodach efektywności. Proces opracowania wytycznych jest ustrukturyzowany, przejrzysty i angażuje zarówno ekspertów, jak i pacjentów. Wytyczne są regularnie aktualizowane i publikowane w podziale na kilka kategorii wyszukiwania, m.in. według: jednostki chorobowej, obszaru stylu życia (np. dieta, aktywność fizyczna, nadużywanie alkoholu), populacji docelowej (np. dzieci, dorośli, osoby starsze, mniejszości etniczne), czy też umiejscowienia (np. system edukacji, środowisko lokalne, podstawowa opieka zdrowotna, szpitale).

Przystępując do opracowania programu zdrowotnego dla społeczności lokalnej kluczowe jest przeanalizowanie dostępnych wytycznych NICE dotyczących problemu stanowiącego przedmiot programu. Według stanu na grudzień 2015 opublikowanych zostało 59 wytycznych z zakresu zdrowia publicznego, a kolejnych 23 jest w fazie opracowywania³³⁵. Wytyczne dotyczą

³³⁴ <http://www.nice.org.uk> (dostęp: 15.12.2015r).

³³⁵ <https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=ph> (dostęp: 15.12.2015r.).

m.in. takich problemów jak: promowanie aktywności fizycznej, zapobieganie chorobom układu krążenia, prewencja w zakresie nadużywania alkoholu, opieka nad matką i dzieckiem, promowanie zdrowego odżywiania i zapobieganie otyłości, promowanie stosowania środków antykoncepcyjnych przez młodzież, wspieranie postaw prozdrowotnych, angażowanie społeczności lokalnych w akcje promocji zdrowia. Wytyczne publikowane są według ujednoczonego schematu, w którym przedstawione są kolejno: opis problemu zdrowotnego wraz z podstawowymi danymi epidemiologicznymi, populacja docelowa, rekomendacje działań, które powinny być podjęte przez poszczególnych interesariuszy, kwestie specyficzne dla danego problemu, które powinny być wzięte pod uwagę (np. kwestie prawne, kontekst, ewaluacja), zasady implementacji. Wytyczne publikowane są w formie przyjaznej dla użytkownika platformy, z funkcją automatycznego spisu treści, odwołaniem do dodatkowych źródeł informacji oraz datą kolejnej aktualizacji treści.

Opracowywanie wytycznych postępowania w obszarze zdrowia publicznego to tylko jeden z wielu obszarów działalności NICE, mającej na celu wsparcie realizacji programów zdrowotnych. Charakter uzupełniający do wytycznych mają tzw. narzędzia wdrożeniowe (*implementation tools*), których celem jest wsparcie procesu implementacji wytycznych w praktyce. Narzędzia wdrożeniowe obejmują zestaw zasobów dostępnych *online*, przydatnych na różnych etapach opracowywania, implementacji oraz ewaluacji programów zdrowotnych. Narzędzia te są każdorazowo dostosowane do konkretnych wytycznych, a jako ich przykłady wymienić można:

- kryteria audytu (*audit criteria*) – interaktywny plik w formacie MS Excel służący do zbierania danych opisujących populację docelową przed i po wdrożeniu planowanego programu zdrowotnego oraz umożliwiający jego bieżącą ewaluację;
- raport na temat kosztów (*costing report*) – dokument szczegółowo opisujący analizę kosztów i potencjalnych korzyści wdrożenia na poziomie krajowym programu zdrowotnego ukierunkowanego na dany problem;
- matryca kosztowa (*costing template*) – interaktywny plik w formacie MS Excel umożliwiający oszacowanie kosztów wdrożenia danej interwencji na poziomie populacji lokalnej;
- zalecenia wdrożeniowe (*implementation advice*) – raport zawierający zestaw praktycznych porad na temat wdrażania wytycznych NICE na poziomie

lokalnym (opis etapów wdrażania danej interwencji, wraz z przykładowym planem zadań do realizacji);

- narzędzia edukacyjne (*educational tool*) – zestaw modułów edukacyjnych dostępnych *online* dla samodzielnego kształcenia.

Wszystkie narzędzia wdrożeniowe dostępne są bezpłatnie, bezpośrednio na platformie NICE – w połączeniu z konkretnymi wytycznymi. Każde narzędzie zawiera wstęp opisujący cel i zasady wykorzystania, a niejednokrotnie również informację o komplementarnym charakterze pozostałych narzędzi. Całość tworzy kompleksowy i przyjazny dla użytkownika zestaw zasobów wspomagających wdrażanie wytycznych NICE w praktyce.

Obok bogatych zasobów NICE, Brytyjski Departament Zdrowia wspiera rozwój edukacyjnej platformy **Wiedza nt. Zdrowia** (*Health Knowledge*)³³⁶. Stanowi ona integralną część strategii „Informacji na temat decyzji zdrowotnych” (*Informing Healthier Choices*) promowanej przez Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia. Celem platformy jest wspieranie procesu kształcenia ustawicznego osób pracujących w obszarze ochrony zdrowia i opieki socjalnej, poprzez zapewnienie dostępu do wysokiej jakości materiałów edukacyjnych z zakresu szeroko pojętego zdrowia publicznego. Materiały edukacyjne zebrane są w postaci ustrukturalizowanych i przyjaznych dla użytkowników zestawów modułów *online*. Użytkownik może wybrać odpowiedni dla siebie styl, poziom edukacji oraz zakres tematyczny. Materiały edukacyjne dostępne są w czterech kategoriach³³⁷:

- podręcznik zdrowia publicznego – zestaw modułów bazujący na oficjalnym sylabusie kształcenia z zakresu zdrowia publicznego;
- kursy tekstowe – moduły dostępne na dwóch poziomach (dla praktyków oraz specjalistów) z zakresu: epidemiologii, metod statystycznych i informacji zdrowotnej;
- kursy video – interaktywne moduły audio obejmujące szeroki zakres tematyczny, m.in.: ocena wiarygodności dowodów naukowych, angażowanie interesariuszy, screening, programowanie budżetowe;
- szkolenia z zakresu umiejętności specjalistycznych – obejmujące szeroki zakres tematyczny materiały dydaktyczne (m.in.: zarządzanie zmianą,

³³⁶ <http://www.healthknowledge.org.uk> (dostęp: 15.12.2015r.).

³³⁷ <http://www.healthknowledge.org.uk> (dostęp: 15.12.2015r.).

przywództwo i zarządzanie, planowanie dostarczania usług zdrowotnych, strategiczna polityka zdrowotna).

W **Stanach Zjednoczonych Ameryki** działają dwa kluczowe podmioty, które zapewniają szeroki dostęp do programów i działań zdrowotnych ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia i prewencję chorób społeczności:

- **Amerykańska Grupa Robocza ds. Prewencji** (*The U.S. Preventive Services Task Force USPSTF*), która przygotowuje rekomendacje, oparte na dowodach klinicznych, dotyczące działań w zakresie świadczeń profilaktycznych dla pacjentów. Zalecenia tego zespołu są zazwyczaj stosowane przez profesjonalistów medycznych i decydentów zdrowotnych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- **Społecznościowa Grupa Robocza ds. Prewencji** (*The Community Preventive Services Task Force*), która dostarcza naukowo potwierdzonych rekomendacji z zakresu prewencji, usług, programów i działań na rzecz zdrowia lokalnych społeczności. Zespół ten został powołany w 1996r. przez amerykański Department ds. Zdrowia i Usług Społecznych w celu określenia interwencji zdrowotnych, które w znaczący sposób wpływają na ratowanie ludzkiego życia, zwiększenie jego długości i jakości. Rekomendacje te są stosowane przez decydentów, praktyków, osoby zajmujące się planowaniem programów zdrowotnych oraz innych decydentów w danej społeczności, w tym zakłady pracy, szkoły, podmioty zajmujące się zdrowiem publicznym, jednostki opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym, stanowym i federalnym. Zespół ten dokonuje także oceny programów edukacyjnych, programów zmiany stylu życia, działań organizacyjnych oraz inicjatyw prawnych, a także interwencji podejmowanych przez system zdrowotny.

Działania przedstawionych powyżej dwóch zespołów, wzajemnie się uzupełniają i są komplementarne. Rekomendacje wypracowane przez Zespoły dostarczają wiedzy, jak poprawiać stan zdrowia populacji, zarówno w kontekście działań klinicznych, jak i współpracy w warunkach lokalnej społeczności.

Jednym z kluczowych narzędzi opracowanych przez ww. Zespoły, jest „Przewodnik dla społeczności lokalnych” (*The Community Guide*). Jest to

ustrukturalizowana, interaktywna platforma udzielająca odpowiedzi na kluczowe pytania, jakie mogą się pojawić ze strony różnych podmiotów zainteresowanych stanem zdrowia i dobrego samopoczucia społeczności, np.:

- Które interwencje są skuteczne, a które nie?
- W jakich populacjach i przy jakich uwarunkowaniach interwencje są skuteczne, a w jakich nie?
- Jakie mogą być koszty interwencji? Czego można się spodziewać wdrażając konkretne działania?
- Czy podejmowane interwencje mogą prowadzić także do innych korzyści lub strat?
- Które interwencje potrzebują więcej badań, zanim będzie można ocenić ich skuteczność?

The Community Guide jest bezpłatnym narzędziem pozwalającym dokonać wyboru polityk, które okazały się skuteczne i mogą faktycznie oddziaływać na poprawę stanu zdrowia i prewencję chorób w danej społeczności. Rekomendacje i wyniki prac zaprezentowanych powyżej Zespołów koncentrują się na tych obszarach i zagadnieniach, które są istotne dla społecznościowych programów zdrowotnych, np.: zdrowie młodzieży, nadużywanie alkoholu, astma, wady wrodzone, nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, komunikacja w zdrowiu, równość w dostępie do zdrowia, HIV/AIDS, choroby przenoszone drogą płciową, ciąża, zdrowie psychiczne, zdrowe odżywianie się, otyłość, stan zdrowia jamy ustnej, aktywność fizyczna, środowisko społeczne, palenie tytoniu, szczepienia, przemoc i warunki w miejscu pracy³³⁸.

Obok rekomendacji dostępny jest także szereg narzędzi służących wsparciu procesu opracowywania programów zdrowotnych na różnych etapach ich tworzenia, np.³³⁹:

- Arkusze informacyjne – każdy poświęcony innemu zagadnieniu zdrowia publicznego – przyjazne dla użytkownika streszczenia opracowane przez Community Preventive Services Task Force wraz z przeglądami systematycznymi, na podstawie których zostały opracowane. Każdy arkusz składa się z dwóch oddzielnych części: broszury dotyczącej danego obszaru

³³⁸ <http://www.thecommunityguide.org> (dostęp: 15.12.2015r.).

³³⁹ <http://www.thecommunityguide.org> (dostęp: 15.12.2015r.).

zdrowia publicznego oraz broszury zawierającej wyniki dotyczące tego obszaru opracowane przez Grupę Zadaniową.

- The Community Guide – zawierający slajdy z aktualnymi informacjami w celu pomocy w nauce, nauczaniu i upowszechnianiu wiedzy o programach zdrowotnych.
- The Community Guide in Action – filmy z udziałem decydentów, planistów, pracodawców i liderów, którzy stosują wyniki prac zespołów w celu poprawy stanu bezpieczeństwa i zdrowia populacji.
- Raporty i słownik dotyczący zagadnień i pojęć związanych z programami zdrowotnymi.

Obydwa przedstawione powyżej zespoły wraz z **Centrum ds. Kontroli i Prewencji Chorób** (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*)³⁴⁰ współpracują w zakresie metod rozwoju i połączenia wysiłków w celu profilaktyki chorób, niepełnosprawności, poprawy jakości życia.

W Stanach Zjednoczonych wiele innych organizacji i instytucji, także jest włączonych w działania dotyczące programów zdrowotnych. Grupa Robocza ds. Rozwoju i Zdrowia Społeczności Uniwersytetu w Kansas oferuje tzw. zestaw narzędzi dla społeczności lokalnych (*The Community Tool Box*)³⁴¹. Jest to uniwersalne, bezpłatne narzędzie zawierające podstawowe informacje dotyczące umiejętności budowania programów zdrowych dla lokalnej społeczności. Oferuje ponad 7000 stron praktycznych wskazówek dotyczących tworzenia programów oraz wdrażania możliwych zmian i ulepszeń. Ponadto narzędzie to oferuje bezpłatne kursy on-line w celu wsparcia społeczności w zakresie oceny stanu zdrowia i prac z zakresu jego poprawy.

Kolejnym krajem, który posiada dobrze rozwinięty system wsparcia dotyczący aktywności w zakresie programów zdrowotnych dla lokalnych społeczności jest Kanada. W Kanadzie działa tzw. **Kanadyjski Portal Najlepszych Praktyk z Zakresu Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Przewlekłych** (*Canadian Best Practices Portal for Health Promotion and Chronic Disease Prevention*), zapewniający dostęp do zewalutowanych społecznościowych

³⁴⁰ <http://www.cdc.gov> (dostęp: 15.12.2015r.).

³⁴¹ <http://ctb.ku.edu/en/default.aspx> (dostęp: 15.12.2015r.).

i populacyjnych interwencji ukierunkowanych na profilaktykę chorób przewlekłych oraz promocję zdrowia³⁴².

Portal ten został zaprojektowany, aby pomóc kanadyjskim specjalistom publicznych placówek ochrony zdrowia i decydentom w zidentyfikowaniu skutecznych interwencji, które mogą być zastosowane w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji. Portal jest szeroko dostępny i łatwy w użyciu. W ramach portalu funkcjonuje wyszukiwarka przykładów programów zdrowotnych oraz dostępnych jest wiele narzędzi wspierających decydentów zdrowotnych i praktyków. Portal ten został uruchomiony w 2006 roku i stanowi główny filar inicjatywy najlepszych praktyk z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób, która została ustanowiona przez Agencję Zdrowia Publicznego Kanady. Celem tej inicjatywy jest poprawa polityki zdrowotnej, poprzez umożliwienie dostępu do najlepszych dostępnych programów profilaktyki chorób przewlekłych i promocji zdrowia, opartych na dowodach naukowych³⁴³. Główne komponenty portalu to:

- wyszukiwarka interwencji na poziomie społeczności lokalnych,
- wyszukiwarka dostępnych zasobów, aby pomóc w planowaniu zdrowia publicznego, profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia,
- katalog najlepszych praktyk oraz stron przeglądów systematyczny różnych organizacji.

Według stanu na grudzień 2015 na portalu udostępnionych jest ponad 130 przykładów najlepszych praktyk i działań w zakresie zapobiegania chorobom przewlekłym i promocji zdrowia³⁴⁴. Portal oferuje wiele opcji wyszukiwania informacji. Programy zdrowotne prezentowane są w sposób uporządkowany, zawierają informacje na temat: celów i zadań, działań, grupy docelowej, realizatorów programu, czasu i zasobów niezbędnych do realizacji, uzyskanych wyników i stosowanej oceny. Ponadto dostępny jest link do strony głównej konkretnego prezentowanego programu, co pozwala na łatwy i szybki dostęp do skutecznych programów zdrowia publicznego, działań i polityk zdrowotnych, które zostały ocenione i mają potencjał, aby być adaptowane i wykorzystywane także w innych warunkach.

³⁴² <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca> (dostęp: 15.12.2015r.).

³⁴³ Finkle-Perazzo D., Jetha N., *Online resources to enhance decision-making in public health*, „Chronic Diseases and Injuries in Canada” 2011, 31(4), s. 172-175.

³⁴⁴ http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/?s=+&post_type=interventions (dostęp: 15.12.2015r.).

Portal zawiera wiele informacji, baz danych i narzędzi. Prezentowane zasoby są podzielone na kilka sekcji: zasoby dowodowe do podejmowania decyzji (*evidence-information*); wskaźniki zdrowotne; kompetencje zdrowia publicznego; planowanie programów zdrowia publicznego. Ostatnia z sekcji jest podzielona na sześć obszarów związanych z planowaniem programów:

1. Zdefiniowanie założeń i celów programu oraz ram planowania.
2. Zbieranie dowodów na wsparcie planowania programu.
3. Projektowanie programu oparte na dowodach naukowych.
4. Ustalenie wskaźników sukcesu.
5. Opracowanie planu oceny.
6. Zarządzanie projektem.

Narzędzia wspierające obejmują m.in. wersje programów *on-line* do planowania programu zdrowotnego oraz interaktywne, przyjazne dla użytkownika arkusze przydatne na wszystkich etapach opracowywania programu zdrowotnego.

Wspólną cechą przedstawionych powyżej przykładów z trzech krajów jest **zaangażowanie agencji narodowych** dostarczających **narzędzi i wytycznych opartych na dowodach naukowych** (standardów działań profilaktycznych i leczniczych) wraz z różnorodnością narzędzi pomocnych na różnych etapach planowania i realizacji programów zdrowotnych. Przedstawiciele społeczności zainteresowani realizacją programów zdrowotnych mają nieograniczony, bezpośredni i bezpłatny dostęp do wiarygodnych, aktualnych i kompleksowych źródeł informacji i rzetelnych danych.

Realizacja samorządowych programów zdrowotnych w Polsce

Realizacja programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce uregulowana jest zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku³⁴⁵. Nowelizacja tejże ustawy z lipca 2014³⁴⁶ wprowadziła pewne zmiany w zakresie przepisów dotyczących realizacji samorządowych programów zdrowotnych. Począwszy od 1 stycznia 2015 r. jednostki samorządu terytorialnego w miejsce dotychczasowych programów zdrowotnych opracowują, wdrażają, realizują

³⁴⁵ Ustawa z dn. 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

³⁴⁶ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138).

i finansują tzw. „programy polityki zdrowotnej” (termin *programy zdrowotne* został zastrzeżony dla programów realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia). Przez program polityki zdrowotnej należy rozumieć zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Zgodnie z ustawą programy polityki zdrowotnej dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych i innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów oraz wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych. Zasadniczo, definicja „programu polityki zdrowotnej” nie różni się od stosowanego uprzednio terminu „programu zdrowotnego”.

Do zadań własnych gmin, powiatów, oraz województw należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców. Istotnym nowym elementem wprowadzonym przez ustawodawcę w 2014 r. i mającym ścisły związek z planowaniem programów polityki zdrowotnej są tzw. mapy potrzeb zdrowotnych. Mają one być sporządzane na poziomie regionu (województwa) i uwzględniać specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych. Zgodnie z zapisem ustawodawcy: programy polityki zdrowotnej powinny być sporządzane na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych dla danego regionu.

Zgodnie z właściwym rozporządzeniem³⁴⁷ jednostki samorządowe niższego szczebla mają obowiązek raportować informację o liczbie i rodzaju realizowanych programów jednostkom samorządowym wyższego szczebla. Zbiorcze zestawienie trafia do wojewody, który następnie przekazuje je do Ministerstwa Zdrowia. Praktyka ostatnich lat wskazuje jednak, iż dane te nie są w żaden sposób analizowane ani wykorzystywane. W ramach prowadzonych prac badawczych autorki niniejszego artykułu dokonały analizy zbiorczych

³⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. 2008 r., Nr 163, poz. 1024).

danych na temat realizacji programów zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego w latach 2009-2012 otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia. W zależności od województwa, dane charakteryzowały się różnym stopniem szczegółowości oraz wyraźnymi różnicami w stopniu rzetelności raportowania informacji na temat realizowanych programów. Niespójność oraz liczne błędy i luki w tabelach z danymi uniemożliwiły przeprowadzenie ich wiarygodnej analizy ilościowej. Oznaczać to może, iż niektóre jednostki wyższego szczebla otrzymujące dane sprawozdawcze od jednostek niższego szczebla na temat realizacji programów zdrowotnych w żaden sposób ich nie weryfikują czy wykorzystują.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji udostępnia na swych stronach schemat konstrukcji programu zdrowotnego (ramka 1.) oraz ogólne zalecenia dotyczące cech prawidłowo zaprojektowanego programu zdrowotnego.

Ramka 1. Schemat konstrukcji samorządowego programu zdrowotnego AOTMiT

1. Opis problemu zdrowotnego

- a. Problem zdrowotny
- b. Epidemiologia
- c. Populacja podlegająca JST i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu
- d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym
- e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

2. Cele programu

- a. Cel główny
- b. Cele szczegółowe
- c. Oczekiwane efekty
- d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

3. Adresaci programu (populacja programu)

- a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe
- b. Tryb zapraszania do programu

4. Organizacja programu

- a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne
- b. Planowane interwencje
- c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników
- d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu
- e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi fin. ze środków publ.

- f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń
- g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji
- h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu
- i. Dowody skuteczności planowanych działań

5. Koszty

- a. Koszty jednostkowe
- b. Planowane koszty całkowite
- c. Źródła finansowania, partnerstwo
- d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

6. Monitorowanie i ewaluacja

- a. Ocena zgłaszalności do programu
- b. Ocena jakości świadczeń w programie
- c. Ocena efektywności programu

7. Okres realizacji programu

Źródło: opracowanie własne na podstawie:

http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Schemat%20Programu%20Zdrowotnego/Szablony%20PZ_AnZ_JC_RK.pdf (dostęp: 04.10.2015r.).

Dodatkowo, począwszy od 2009 roku projekty samorządowych programów zdrowotnych (aktualnie programów polityki zdrowotnej) podlegają ocenie AOTMiT³⁴⁸. Opinia AOTMiT powinna być sporządzona w ciągu 2 miesięcy od daty otrzymania projektu. Co istotne, ma ona jedynie charakter doradczy, wskazuje na negatywne i pozytywne strony projektu, elementy wymagające korekty. Brak jest przepisów, które zakazywałyby jednostce samorządu terytorialnego realizację programu polityki zdrowotnej, który został negatywnie zaopiniowany przez AOTMiT. Tabela 1. prezentuje statystyki liczby projektów opiniowanych przez AOTMiT w latach 2010-2014.

³⁴⁸ <http://www.aotm.gov.pl/www/index.php> (dostęp: 18.03.2015r.).

Tabela 1. Statystyki projektów programów zdrowotnych opiniowanych przez AOTMiT w latach 2010-2014

Rok	Liczba opiniowanych projektów	Ocena pozytywna		Ocena negatywna	
		lb.	%	lb.	%
2010	67	43	64%	24	36%
2011	187	110	59%	77	41%
2012	270	158	59%	112	41%
2013	294	193	66%	101	34%
2014	286	205	72%	81	28%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych AOTMiT

Na przestrzeni ostatnich 3 lat (2012-2014) liczba ocenionych projektów oscylowała wokół 280 rocznie. Zaobserwować można trend zwiększenia się odsetka projektów w stosunku do których AOTMiT wydała opinię pozytywną (w 2014 r. było to już 72% w porównaniu do 59% w 2012 r.). Należy jednak zaznaczyć, iż w odniesieniu do części opinii pozytywnych – jest to tzw. opinia pozytywna warunkowa, a więc wskazująca potrzebę dodatkowych korekt projektu programu. Niemniej jednak wyraźnie widać poprawę jakości programów zdrowotnych opracowywanych przez samorzady. W 2014 r. większość, bo 64% (182 opinie) stanowiły opinie projektów programów opracowanych przez gminy. Na drugim miejscu, pod względem liczebności ocenionych projektów, były miasta na prawach powiatu (36), następnie powiaty (34) i województwa (29). Dodatkowo AOTMiT ocenił 5 projektów programów zdrowotnych przygotowanych przez jednostki ministerialne. W odniesieniu do 81 ocen negatywnych, wskazane przyczyny dotyczyły m.in.: niejasnego opisu problemu zdrowotnego; brak precyzyjnie zdefiniowanych celów programu; brak rzetelnego kosztorysu; realizacji świadczeń profilaktycznych, co do których brak jest dowodów skuteczności klinicznej; realizacji świadczeń będących aktualnie dostępnymi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Dodatkowo, badania projektów programów zgłaszanych do oceny przez jednostki samorządu

terytorialnego wskazują, iż ogromnym problemem są braki w zakresie monitorowania i ewaluacji programów³⁴⁹.

System opiniowania projektów programów zdrowotnych przez niezależnych ekspertów to niewątpliwie duże wsparcie dla samorządów oraz narzędzie poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych. Należy jednak podkreślić, iż aktualnie obowiązek przekazania projektu do opinii AOTMiT nie dotyczy programów z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi, narkomanii, nikotynizmowi oraz ochrony zdrowia psychicznego³⁵⁰. Zważywszy, że realizacja tego rodzaju programów przez jednostki samorządowe ma charakter obligatoryjny – konieczne jest włączenie ich do systemu opiniowania przez AOTMiT.

Podsumowanie i rekomendowane działania

Przykłady wielu krajów pokazują, iż realizacja samorządowych programów zdrowotnych stanowić może skuteczne narzędzie poprawy stanu zdrowia populacji. Aby maksymalizować korzyści płynące z angażowania struktur lokalnych w działania z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób niezbędne jest jednak zapewnienie odpowiedniego systemu wsparcia. W polskich warunkach kluczowe znaczenie ma zagwarantowanie odpowiednich narzędzi oraz warunków systemowych, które zapewniłyby wsparcie dla jednostek samorządu terytorialnego podejmujących się realizacji programów zdrowotnych. System taki obejmować powinien trzy wzajemnie powiązane i zintegrowane elementy: portal danych epidemiologicznych, zestaw interaktywnych narzędzi wspomagających oraz projekty z zakresu kształcenia ustawicznego (tabela 2).

³⁴⁹ Cianciara D., Rdzany R., *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja*, „Hygeia Public Health” 2015, 50(1), s. 97-103.

³⁵⁰ Stosowna opinia prawna Ministerstwa Zdrowia z dnia 21/03/2013 nr MZ-PR-WL-024-34994-1/KB/13
http://www.aotm.gov.pl/www/assets/files/Opinie%20MZ/2013/13.03.21_MZ_opinia_dot_pz_wylaczonych_spod_oceny_AOTM.pdf (dostęp: 02.04.2015r.).

Tabela 2. System wspierający realizację samorządowych programów zdrowotnych w Polsce

System wspierający realizację samorządowych programów zdrowotnych w Polsce		
Portal danych epidemiologicznych:	Narzędzia wspomagające:	Kształcenie ustawiczne:
<ul style="list-style-type: none"> • lokalne dane epidemiologiczne (zapadalność, chorobowość, umieralność) • lokalne dane demograficzne • benchmarking • ekstrakcja danych 	<ul style="list-style-type: none"> • wytyczne postępowania w zakresie prewencji chorób • baza 'dobrych praktyk' w zakresie programów zdrowotnych • schemat programu zdrowotnego <ul style="list-style-type: none"> ○ narzędzia diagnozy potrzeb zdrowotnych populacji ○ interaktywny kosztorys ○ narzędzia i wytyczne w zakresie ewaluacji 	<ul style="list-style-type: none"> • kursy szkoleniowe dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego • promocja zatrudniania absolwentów zdrowia publicznego

Źródło: opracowanie własne

Pierwszy z elementów – **portal danych epidemiologicznych** gwarantować powinien nielimitowany dostęp do aktualnych i rzetelnych danych obrazujących w sposób kompleksowy status zdrowotny danej populacji. Aktualnie dane na temat zapadalności i chorobowości zbierane są przez różne instytucje (m.in.: Główny Urząd Statystyczny, Krajowy Rejestr Nowotworów, Wojewódzkie Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne). Zasady udostępniania danych, sposób ich prezentacji oraz aktualizacji są bardzo zróżnicowane. Celem wsparcia realizacji programów zdrowotnych dla społeczności lokalnej optymalnym rozwiązaniem byłoby opracowanie dedykowanego portalu danych epidemiologicznych, który gwarantowałby dostęp do kompleksowego zakresu danych. Portal taki powinien umożliwić pracownikowi danej jednostki samorządu terytorialnego sprawny dostęp do informacji nt. trendów zapadalności i umieralności na poszczególne jednostki chorobowe w odniesieniu do danej społeczności; zmian w zakresie struktury demograficznej; porównywalności wartości wskaźników ze społecznościami innych jednostek samorządowych i/lub na poziomie regionu i kraju. Portal ponadto, powinien umożliwiać sprawną ekstrakcję danych, w formacie umożliwiającym ich dalszą obróbkę (np. plik MS Excel). Po zakończeniu etapów wdrożenia i ewaluacji portalu zasadnym mogłoby być jego rozbudowanie o nowe

zasoby i funkcje użyteczności (np. dane na temat dostępności i wykorzystania zasobów ochrony zdrowia; dane o charakterze społeczno-ekonomicznym).

Drugim elementem systemu wspierającego realizację samorządowych programów zdrowotnych w Polsce powinno być opracowanie **zestawu narzędzi** pomocnych na różnych etapach ich opracowania, wdrożenia, realizacji i ewaluacji. Na pierwszym miejscu należy wymienić opracowane przez ekspertów i oparte na aktualnych dowodach naukowych wytyczne postępowania w zakresie prewencji określonych stanów chorobowych. Wytyczne takie powinny być publikowane według ujednoczonego schematu, umożliwiającego sprawne odszukanie informacji. Ich dostępność znacznie ułatwiłaby proces planowania programu zdrowotnego oraz wyeliminowałaby sytuacje, w których osoby projektujące programy zdrowotne poświęcają wiele czasu na analizę doniesień naukowych i ocenę skuteczności klinicznej danego postępowania. Publikacja wytycznych mogłaby również wyeliminować zjawisko opracowywania projektów programów zdrowotnych, w których planuje się wdrożenie działań – nie uznawanych aktualnie jako właściwe i/lub najbardziej efektywne w odniesieniu do danego problemu zdrowotnego. Drugim narzędziem wspierającym powinien być portal „dobrych praktyk”, a więc baza umożliwiająca wyszukanie przykładów poprawnie zaplanowanych, zrealizowanych i zewaluowanych programów zdrowotnych. Portal taki powinien umożliwić wyszukanie przykładu programu, z zastosowaniem przynajmniej trzech podstawowych opcji wyszukania: problem zdrowotny; populacja docelowa; budżet programu. Kolejne narzędzie wspierające – schemat programu zdrowotnego, został opracowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (ramka 1). Dostępność samego schematu wydaje się jednak niewystarczająca. Za kluczowe uznać należy dostarczenie interaktywnych narzędzi umożliwiających opracowanie poszczególnych sekcji schematu – m.in.: analizy potrzeb zdrowotnych populacji, opracowania budżetu czy strategii ewaluacji programu zdrowotnego. W odniesieniu do analizy potrzeb zdrowotnych populacji, począwszy od 2016 r. kluczowe będzie odniesienie się do mapy potrzeb zdrowotnych danego regionu. W zależności od stopnia szczegółowości map regionalnych – zasadne może być opracowanie i udostępnienie przykładowych narzędzi oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie gminy i/lub powiatu. Proces opracowania budżetu programu zdrowotnego wspomóc można (biorąc przykład z brytyjskiego NICE) poprzez dostarczenie interaktywnego kosztorysu w formacie MS Excel. Kosztorys taki powinien wyróżniać podstawowe kategorie kosztów zużycia zasobów oraz zawierać formuły dyskontowania i obliczenia kosztu jednostkowego. Narzędzie

wspierające opracowanie strategii ewaluacji programu zdrowotnego przybrać może formę opisu poszczególnych etapów procesu ewaluacji wraz z przykładami wskaźników monitorowania efektywności programu w zależności od rodzaju problemu zdrowotnego będącego jego przedmiotem. Wszystkie narzędzia powinny być opracowane przez ekspertów i przetestowane na grupie potencjalnych użytkowników (pracowników jednostek samorządu terytorialnego). Ich zebranie w jednym miejscu, włącznie z przejrzystą instrukcją wykorzystania stanowiłoby ogromne wsparcie dla osób opracowujących projekty programów zdrowotnych. Wartość dodana zestawu narzędzi wynikałaby z ich komplementarnego charakteru i kompleksowości zakresu.

Podkreślić należy, iż w Polsce wdrożono już pierwsze oddolne inicjatywy – projekty mające na celu dostarczenie narzędzi wspierających proces opracowania programów zdrowotnych. Jako przykład wymienić można działalność Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych³⁵¹ oraz publikację „Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?”³⁵². Są to jednak inicjatywy oddolne, stowarzyszeń ekspertów z zakresu oceny technologii medycznych, środowisk naukowych i/lub firm prywatnych, które prezentują informacje w sposób wybiórczy i nie gwarantują ich ciągłości czy aktualizacji. Instytucją odpowiedzialną za stworzenie, rozwój, aktualizację i promocję takiego rodzaju portalu powinna być instytucja państwowa, działająca na poziomie centralnym – w porozumieniu lub pod nadzorem AOTMiT.

Trzecim obligatoryjnym elementem systemu wspierającego realizację samorządowych programów zdrowotnych jest rozwój i promocja programów z zakresu **kształcenia ustawicznego**. Bez inwestycji w kapitał ludzki – rozwój kompetencji osób zaangażowanych w planowanie i realizację programów zdrowotnych, wszystkie wyżej opisane działania mogą okazać się bezcelowe. Różnego rodzaju programy edukacyjne, w postaci konferencji szkoleniowych, interaktywnych warsztatów oraz kursów *online* dostępne powinny być dla wszystkich zainteresowanych interesariuszy. Szkolenia takie, w zależności od zakresu i formy mogłyby podlegać formalnej akredytacji, a dla pracowników jednostek samorządu terytorialnego odpowiedzialnych za realizację programów polityki zdrowotnej – stanowić obligatoryjny element rozwoju zawodowego. Opracowanie i realizacja programu zdrowotnego wymaga wiedzy z wielu

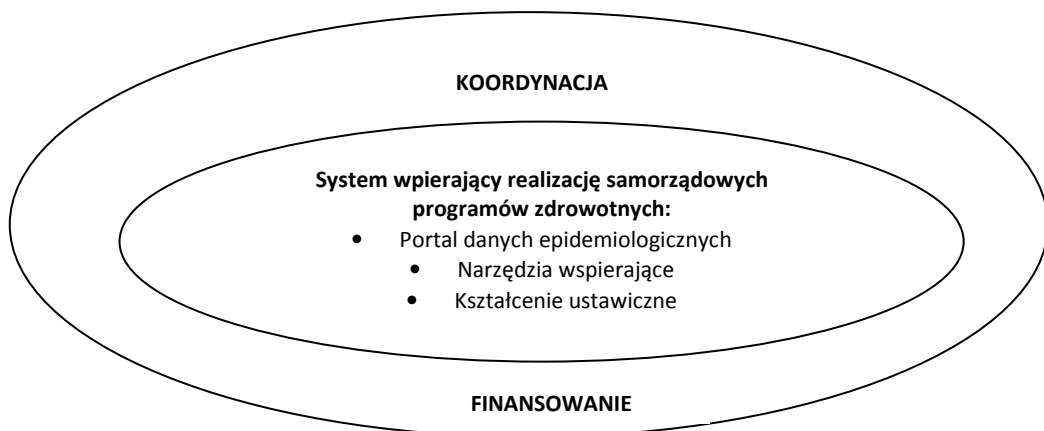
³⁵¹ <http://www.ptpz.pl/> (dostęp: 15.12.2015r.).

³⁵² Wójcik M. (red.), *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?* Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osieńskiej, Warszawa 2013.

dyscyplin: od epidemiologii i nauk o zdrowiu począwszy, poprzez marketing i zarządzanie projektami, po podstawy ekonomiki zdrowia i zarządzania finansami. Osoba zarządzająca realizacją programu musi posiadać umiejętności organizacyjne oraz pracy w grupie, jak również kompetencje z zakresu efektywnej komunikacji i pełnienia funkcji lidera. Multidyscyplinarny charakter działań związanych z realizacją programów zdrowotnych sprawia, iż w polskich warunkach za kluczowe działanie rekomendowane należy również uznać promowanie zatrudniania absolwentów kierunku zdrowia publicznego przez jednostki samorządu terytorialnego. Profil zawodowy absolwentów zdrowia publicznego idealnie wpasowuje się w obszar działań związanych z realizacją lokalnej polityki zdrowotnej.

Zapewnienie odpowiedniego systemu wsparcia dla jednostek samorządu terytorialnego realizujących programy polityki zdrowotnej z pewnością nie jest zadaniem prostym. Zaproponowany przez autorki niniejszego artykułu model wymaga zaangażowania licznej grupy ekspertów, konsultacji z przedstawicielami samorządów oraz sprawnej koordynacji na poziomie krajowym. Dodatkowo, aby osiągnąć długofalowe pozytywne efekty należy wziąć pod uwagę również dwa niezwykle istotne czynniki zewnętrzne, tj. proces koordynacji programów zdrowotnych oraz programów polityki zdrowotnej realizowanych przez różne podmioty oraz zapewnienie stabilnych źródeł finansowania (schemat nr 1).

Schemat 1. Działania rekomendowane celem poprawy efektywności realizacji samorządowych programów zdrowotnych



Źródło: opracowanie własne

Jednym z problemów aktualnej sytuacji jest brak **koordynacji działań** w zakresie realizacji programów zdrowotnych przez różne podmioty funkcjonujące na tym samym obszarze. Przykładowo wojewódzki oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne i jednostki samorządowe z danego terenu mogą realizować identyczne lub zbliżone tematycznie programy. Jak już wcześniej wspomniano dużym problemem jest brak przepływu informacji pomiędzy różnymi podmiotami realizującymi programy zdrowotne na tym samym terenie. Częściową odpowiedzią na to zjawisko jest nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁵³ z 2014 r., zgodnie z którą programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorządy muszą być spójne pod względem merytorycznym i organizacyjnym z programami realizowanymi na poziomie ministerstw lub NFZ. Ustawodawca nie doprecyzował jednak na czym ta spójność miałaby polegać, ani w jaki sposób będzie monitorowana. W odniesieniu do problemu koordynacji realizacji programów zdrowotnych na danym terenie jako przykład dobrej praktyki podać można Regionalny System Monitorowania i Ewaluacji Programów Zdrowotnych utworzony przez zarząd województwa pomorskiego. Jednym z jego elementów jest baza programów zdrowotnych województwa pomorskiego³⁵⁴. Jest to portal umożliwiający wyszukanie informacji o liczbie i rodzaju programów zdrowotnych realizowanych na terenie województwa w danym roku. Informacje szczegółowe dotyczą m.in. liczby osób objętych programem, rodzaju interwencji oraz kwoty wydatkowanej z budżetu na realizację programu. Portal stanowi przykład bardzo dobrego wykorzystania informacji sprawozdawczych oraz ich udostępnienia w przejrzystej i przyjaznej formie. Przedstawiciele jednostek samorządowych z terenu województwa mogą szybko dotrzeć do informacji o rodzaju realizowanych programów (przez władze wyższego szczebla i/lub sąsiadujące jednostki), jak i skorzystać z dostępnej na portalu platformy edukacyjnej. Za działanie rekomendowane uznać należy funkcjonowanie tego rodzaju portali dla wszystkich województw.

Wskazane powyżej rekomendowane działania nie mają szans realizacji bez zapewnienia stabilnych **źródeł finansowania**. Chodzi tu zarówno o środki finansowe na budowę i utrzymanie systemu narzędzi wspierających samorządy

³⁵³ Ustawa z dn. 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

³⁵⁴ http://ptpz.home.pl/bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl/public_html/index.php?m=Programy (dostęp: 15.12.2015r.).

w realizacji programów, jak również fundusze przeznaczone de facto na realizację programów. Wielu przedstawicieli środowisk samorządowych od kilku już lat podkreśla problem znacznego obciążenia samorządów realizacją zadań z zakresu ochrony zdrowia, bez zabezpieczenia adekwatnych źródeł finansowania. W odniesieniu do kwestii programów zdrowotnych jako przykład działania rekomendowanego podać można utworzenie regionalnych instytucji dofinansowujących realizację programów, których projekty zostały najwyżej ocenione, na zasadzie grantów konkursowych.

Całość problematyki związanej z koordynacją i finansowaniem realizacji programów zdrowotnych wpisać można w zakres toczącej się w ostatnich latach debaty na temat potrzeby opracowania **ustawy o zdrowiu publicznym**³⁵⁵. Ustawa ta została przyjęta przez Sejm we wrześniu 2015 roku, a jej celem jest między innymi wprowadzenie mechanizmów koordynacji działań administracji rządowej i samorządowej w obszarze zdrowia. Zgodnie z zapisami ustawy podstawowym dokumentem strategicznym będzie wieloletni Narodowy Program Zdrowia (NPZ), którego pierwszą edycję zaplanowano na lata 2016-2020. Jednostki samorządu terytorialnego są wymienione jako jedne z realizatorów oraz podmiotów finansujących zadania z zakresu zdrowia publicznego. Artykuł 4 ww. Ustawy odnosi się do kwestii koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego – w tym zapewnienia spójności zadań realizowanych przez różne organy i podmioty; gromadzenia, analizowania i udostępniania informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka; sporządzania informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku wraz z ich ewaluacją. Zapisy ustawy o zdrowiu publicznym podkreślają znaczenie jednostek samorządowych w realizacji celów zdrowotnych. Kluczowe znaczenie będzie miała jednak ich praktyczna implementacja począwszy od roku 2016.

Literatura cytowana

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, www.aotm.gov.pl.
2. Breslow L., *From disease prevention to health promotion*, „Journal of the American Medical Association” 1999, 281(11), s. 1030-1033.

³⁵⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2015, poz. 1916).

3. Canadian Best Practices Portal for Health Promotion and Chronic Disease Prevention, www.cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca.
4. Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov.
5. Cianciara D., Rdzany R., *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja*, „Hygeia Public Health” 2015, 50(1), s. 97-103.
6. Finkle-Perazzo D., Jetha N., *Online resources to enhance decision-making in public health*, „Chronic Diseases and Injuries in Canada” 2011, 31(4), s. 172-175.
7. Glanz K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*, (2nd Edition) Jossey-Bass, San Francisco 1997.
8. Health Knowledge, www.healthknowledge.org.uk.
9. McKenzie J.F., Neiger B.L., Thackeray R., *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programmes*, 6th Ed, Pearson Education, Illinois 2013.
10. National Institute for Health and Care Excellence, www.nice.org.uk.
11. Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, www.ptpz.pl/.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. 2008 r., Nr 163, poz. 1024).
13. The Community Guide, www.thecommunityguide.org.
14. The Community Tool Box, www.ctb.ku.edu/en/default.aspx.
15. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2015, poz. 1916).
16. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
17. WHO, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, in Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences, WHO 2009.
18. Windak A., Tomasik T., Domagała A., *Guidebook for teachers of family medicine on health promotion and disease prevention*, Kraków 2010.
19. Wójcik M. (red.), *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?* Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.
20. Wurzbach M.E. (edit.), *Community Health Education and Promotion, A Guide to Program Design and Evaluation*, 2nd ed., Aspen Publishers.

Rozdział 13.

Projektowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej – wyzwania i dylematy

Prowadzone w niniejszym rozdziale rozważania zmierzają do identyfikacji najważniejszych uwarunkowań skuteczności i efektywności regionalnej polityki ochrony zdrowia służącej zarówno lepszemu zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności, jak też realizującej cele polityki spójności. Kanwą prezentowanej refleksji nad kluczowymi wyzwaniami stojącymi przed polityką regionalną są dwuletnie badania w tym zakresie, których wyniki relacjonują teksty zamieszczone w trzech kolejnych tomach *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna* (nr XIII/III 2013, nr XIV/IV 2014, nr XV/V 2014)³⁵⁶. W efekcie prowadzonych analiz wyróżnione zostały cztery grupy uwarunkowań i problemów, których rozwiązanie stanowi warunek *sine qua non* skutecznej i efektywnej regionalnej polityki ochrony zdrowia, realizującej zarówno strategiczne cele UE i rodzimego kraju, jak też służącej lepszemu zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu.

Pierwsza grupa dotyczy uwarunkowań systemowo-organizacyjnych oraz fundamentalnych zasad konstruowania regionalnych strategii ochrony zdrowia i planowania bieżącej polityki zdrowotnej. Druga grupa odnosi się do zasad i sposobu funkcjonowania oraz merytorycznych i zarządczych kompetencji regionalnych władz – samorządowych i administracyjnych. Trzecia grupa problemów wynika z braku kryteriów gromadzenia danych i doboru parametrów niezbędnych do konstruowania strategicznych planów ochrony zdrowia w regionie, a tym samym braku kryteriów oceny skuteczności i efektywności tej ochrony. Natomiast grupa czwarta, to problem braku wyrazistej, spójnej strategii ochrony zdrowia, osadzonej w teoretycznych imponderabiliach i zarazem w realiach polityki publicznej, w jej specyficznych, lokalnych uwarunkowaniach.

³⁵⁶ <http://journal-healthmanagement.com/e-czasopismo.html>

Wynikają stąd główne cele postulowanego przedsięwzięcia badawczego zorientowanego przede wszystkim na: (1) poszukiwanie takich rozwiązań systemowych i legislacyjnych, które pozwoliłyby na opracowanie i rekomendowanie krajom i regionom UE wspólnego, jednolitego modelu organizacji i zarządzania ochroną zdrowia w poszczególnych regionalnych oraz (2) formułowanie programów kształcenia kadr zarządczych w regionach, a także działań kształtujących właściwą dla współczesnych demokracji kulturę polityczną. Celem postulowanego przedsięwzięcia badawczego jest też wsparcie dla umacniania związku idei, celów i zadań polityki regionalizacji prowadzonej w ramach „małych, bliskich ojczyzn” z ideami spójności, konwergencji i harmonizacji służącymi integracji całej Unii Europejskiej.

Regionalizacja ochrony zdrowia – szansa i zagrożenie integracji UE

Powszechnie przyjmuje się, że regionalizacja polityki publicznej jest jednym z podstawowych warunków harmonijnego, zrównoważonego rozwoju krajów Unii Europejskiej, jak też warunkiem spójności całej Unii³⁵⁷. Teza ta, niezmiennie przewija się zarówno we wszystkich niemal programowych dokumentach unijnych, w deklaracjach unijnych polityków, jak też w większości opracowań naukowych opisujących i diagnozujących narastające tendencje separatystyczne w różnych krajach Europy³⁵⁸. Potwierdzają ją zresztą dokonujące się współcześnie przeobrażenia w większości krajów Unii – od Wielkiej Brytanii, Belgii, Hiszpanii po Francję i Włochy – o różnej genezie, charakterze, dramaturgii przebiegu i potencjalnych skutkach. Dotyczy to zresztą nie tylko krajów Unii – wystarczy wspomnieć niedawny rozpad Czechosłowacji, a obecnie Ukrainę, Turcję, państwa bałkańskie, Gruzję czy Mołdawię. Paradoksalnie więc, regionalizację należy traktować równocześnie jako zagrożenie a zarazem szansę

³⁵⁷ Szerzej o idei, pojęciu i doktrynie *regionalizacji* oraz jej odróżnieniu od *terytorializacji* w: Holly R., *Regionalization of health care in Poland and other European countries – who and what really from it?* „Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2013, nr XIII/III, s. 5-9.

³⁵⁸ Kilkadziesiąt pozycji bibliograficznych zawierających odniesienia do tych kwestii wskazano w: Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, 399 s. oraz Holly R., *“ICONS” – Insurance Contracts as an Opportunity for the New Social Security Systems. Redefining ICONS and looking for new guarantees of welfare states*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2014, nr XIV/IV, s. 85-96.

spójności Unii Europejskiej³⁵⁹, albo – z innego punktu widzenia – specyficzną „ucieczkę do przodu”, w celu uprzedzenia i zneutralizowania tendencji dezintegracyjnych.

Problem, niezależnie od tego, czy jest postrzegany jako zagrożenie, czy jako szansa, możemy zatem sprowadzić do pytania, jak prowadzić politykę regionalizacji by wykorzystać możliwości, jakie polityka ta stwarza i uniknąć związanych z nią zagrożeń? Szczególnie dogodnym obszarem badawczym dla poszukiwania odpowiedzi na to pytanie jest problematyka regionalizacji ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej. Jest to bowiem problematyka w równym stopniu ważna i podobnie złożona dla wszystkich regionów Unii Europejskiej, i to pomimo ogromnego ich zróżnicowania pod względem wielkości, potencjału społecznego i gospodarczego, ustroju i preferencji politycznych, sposobu i stylu życia, czy liczebności populacji, oraz pomimo wszelkich dzielących je odmiennych uwarunkowań ekonomicznych, kulturowych, politycznych, ustrojowych, a nawet geograficzno-klimatycznych.

Poszukując odpowiedzi na tak ogólnie sformułowane pytanie, musimy najpierw ustalić (lub przynajmniej zasadnie założyć), co i dla kogo – w polityce regionalizacji – jest szansą, a co i dla kogo zagrożeniem. Innymi słowy, jaki wynik tej polityki jest pożądany, a jaki niepożądany. Zakładając, że pożądany wynik jest realizacją/skutkiem świadomie założonego celu i przyjętego planu działania, winniśmy przede wszystkim ustalić, co jest celem regionalizacji. Czy jest to jeden wyraźnie wyartykułowany i zoperacjonalizowany cel tej polityki, czy raczej wiele celów – czy są one komplementarne, czy jedynie kompatybilne, a może nawet pod wieloma względami wzajemnie się wykluczające i – co więcej – niedostatecznie jednoznacznie wyartykułowane albo dopuszczające możliwość różnych interpretacji?

Problemy regionalizacji

Podjmując przed dwoma laty próbę skonstruowania modelu regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej na przykładzie typowego regionu jaki stanowi województwo łódzkie, ostatecznie skonstatowaliśmy, że bez jednoznacznie zdefiniowanych celów publicznej

³⁵⁹ Cichońska D., Fedorowski J.J., Holly R., *The cohesiveness policy of the European Union: multidimensional regionalization*, „Studia z Polityki Publicznej” 2014, nr 1, http://kolegia.sgh.waw.pl/pl/KES/kwartalnik_szpp/Strony/default.aspx

polityki regionalnej, a w tym polityki zdrowotnej, każda z prób opracowania takiego modelu oraz regionalnego, strategicznego planu ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej będzie nieudana dopóty, dopóki cele te nie zostaną wyraźnie wyartykułowane i zoperacjonalizowane³⁶⁰. Nie można bowiem uznać za takowe cele postulatów o charakterze ogólnikowych politycznych haseł, albo tzw. pobożnych życzeń czy wręcz zaklęć typu: „zapewnienie najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych”, „zagwarantowanie szerokiej dostępności świadczeń”, „obniżenie cen świadczeń”, „zwiększenie efektywności działania szpitali publicznych”, „lepsze wykorzystanie kadr medycznych” itp.

Co więcej, operacjonalizacja celów na użytek regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej wymaga nie tylko odwoływania się do aktualnej krajowej (narodowej) doktryny zdrowotnej wyartykułowanej i uprzedmiotowionej przynajmniej w oficjalnie przyjętym narodowym programie ochrony zdrowia, wskazującym obecne i przyszłe priorytety zdrowotne i/lub wyrażonej w postaci koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, określającego minimalny zakres ochrony zdrowia obywateli, ale również do politycznych imponderabiliów Unii Europejskiej i jej stosownych dyrektyw. Bez tych dwóch odniesień plan regionalnej strategii ochrony zdrowia nie może uzyskać gwarancji finansowego wsparcia ani ze strony władz centralnych danego państwa ani ze strony funduszy unijnych; nie może też być podstawą tworzenia i/lub włączania się do ponadnarodowych klastrów grupujących wspierające się wzajemnie regiony o podobnym profilu potrzeb, problemów i celów.

Niezależnie od pożytków, jakie z naszych dwuletnich badań mogą wynikać dla konstruowania regionalnych programów ochrony zdrowia (w tym w szczególności dla regionu łódzkiego), badania te pozwoliły na bardziej jednoznaczne zdefiniowanie obszaru koniecznych w tym zakresie dalszych prac i analiz; wskazały też na hierarchię problemów, które winny być przedmiotem badań i/lub rozstrzygnięć w debacie publicznej. Pozwalają również na sformułowanie ważnych tez i hipotez, których weryfikacja może być istotnym przyczynkiem dla poszukiwania nowych rozwiązań systemowych, doktrynalnych i prakseologicznych, nie tylko we współczesnej, zintegrowanej unijnej polityce regionalnej ochrony zdrowia, ale także w całej złożonej polityce publicznej³⁶¹.

³⁶⁰ Holly R. (red.), *Planowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej*, (e-monografia), KIU, Warszawa-Łódź 2015, 374 s.

³⁶¹ Patrz: *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*, nr XIII/III 2013,

Przede wszystkim prowadzą one do wniosku, że projektowanie jakiegokolwiek polityki regionalnej musi mieć oparcie w odpowiednich nadrzędnych dokumentach programowych – unijnych i ogólnokrajowych/państwowych – jednoznacznie określających cele, ich perspektywę czasową, możliwe sposoby ich realizacji, zasady ich finansowania i premiowania uzyskiwanych rezultatów. Brak takowych dokumentów sprawia, że polityka regionalna uprawiana w poszczególnych regionach jest na ogół jedynie deklaratywna oraz niespójna i to nawet w skali danego kraju, a już na pewno mało jednolita w skali ogólnoeuropejskiej. Brak jest bowiem kryteriów dla oceny trafności poszczególnych projektów i ich transferu pomiędzy dwustu kilkudziesięcioma regionami funkcjonującymi w całej Unii Europejskiej, a nawet kryteriów wyboru, na podstawie których mógłby być przeprowadzany transfer poszczególnych rozwiązań.

Druga fundamentalna bariera to brak modelowych rozwiązań organizacyjno-strukturalnych i funkcjonalno-zarządczych ograniczający możliwość konstruowania racjonalnych, prakseologicznie zasadnych strategii ochrony zdrowia, a przez to ograniczający też transparentność regionalnej polityki zdrowotnej oraz tworzący szerokie pole dla patologii społecznych, takich jak klientyzm, nepotyzm, korupcja.

Na trzecią barierę efektywności regionalnej polityki zdrowotnej składają się dwie grupy uwarunkowań. Pierwszą grupę stanowi brak powszechnej zgody co do kryteriów gromadzenia danych oraz doboru parametrów niezbędnych do konstruowania planów ochrony zdrowia w regionie, a tym samym kryteriów oceny skuteczności i efektywności realizacji tych planów. Druga zaś, grupa sprowadza się do wyraźnego, jednoznacznego powiązania idei, doktryny i praktyki regionalnej polityki ochrony zdrowia z ideą i skodyfikowaną koncepcją spójności, co wydaje się niemożliwe przynajmniej dopóty, dopóki nie zostaną opracowane teoretyczne podstawy i metoda artykułowania dwóch wzajemnie wspierających się i uzupełniających doktryn politycznych: regionalizacji i spójności.

nr XIV/IV 2014, nr XV/V 2014, (<http://journal-healthmanagement.com/pl/e-czasopismo.html>); także: Holly R. (red.) *Planowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej*, (e-monografia), KIU, Warszawa-Łódź 2015, s. 374.

Idea regionalizacji a problem jej konceptualizacji i kodyfikacji

Pierwszy, fundamentalny problem przed jakim stajemy możemy więc sprowadzić do pytania o rzezone unijne dokumenty programowe określające regionalną politykę ochrony zdrowia: czy dostatecznie trafnie i jednoznacznie wskazują cele tej polityki oraz możliwe sposoby realizacji owych celów, czy rekomendują sposoby adaptowania programów zdrowotnych uwzględniających odmienną specyfikę krajów Unii, czy dokumenty unijne są wystarczającą podstawą do formułowania narodowych programów ochrony zdrowia i regionalnych strategii polityki zdrowotnej, czy rekomendują realne sposoby finansowania programów zdrowotnych z uwzględnieniem różnic potencjału gospodarczego i możliwości finansowych poszczególnych krajów Unii?

Nawet pobieżny przegląd owych dokumentów, bezpośrednio i pośrednio określających unijną politykę zdrowotną i regionalną, dostatecznie uzasadnia tezę, iż mają one charakter bardziej deklaracyjny i kierunkujący niż projektujący, bardziej postulatyczny niż programujący; niełatwo jest ustalić zachodzące między nimi relacje, skodyfikowane w nich założenia, natomiast kierunki i cele polityki unijnej trudno przełożyć na narodowe, a następnie na regionalne programy ochrony zdrowia³⁶². W efekcie, w odwołujących się do rzezonych dokumentów narodowych programach ochrony zdrowia przeważają ogólne cele i postulaty formułowane najczęściej w postaci tzw. priorytetów zdrowotnych. W jeszcze większym stopniu dotyczy to regionalnych programów ochrony zdrowia, które – jeżeli nawet zyskują postać odrębnych dokumentów – mają najczęściej charakter hasłowy i wręcz życzeniowy, podobnie zawarte w nich plany i harmonogramy działań.

Uwagi te można prawdopodobnie odnieść do większości funkcjonujących w krajach Unii narodowych i regionalnych programów zdrowotnych. W przypadku Polski, od kilkunastu lat doktryna zdrowotna znajduje wyraz w cyklicznie przyjmowanych, kolejnych Narodowych Programach Zdrowia, kierunkujących politykę zdrowotną, głównie poprzez wskazywanie aktualnych priorytetów³⁶³. Niestety, w niewielkim stopniu doktryna ta znajduje

³⁶² Zalecenie Rady z dnia 8 lipca 2014r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014r. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej nr C247 z dn. 29.07.2014r.

³⁶³ Porównaj: *Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 Ministerstwa Zdrowia*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2007.

oparcie w koszyku gwarantowanych świadczeń zdrowotnych³⁶⁴, uchwalanym raczej interwencyjnie, bardziej w celu rozwiązywania ważnych, doraźnych problemów niż artykułowania i kodyfikowania określonej wizji doktryny zdrowotnej, spójnej z całym systemem zabezpieczeń socjalnych, rentowych i emerytalnych. Pojawiają się jednakże opracowania wskazujące na coraz większą świadomość tego braku³⁶⁵.

Pierwszą próbą kompleksowej implementacji zaleceń Rady Unii Europejskiej jest *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*, przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowej Strategii Spójności³⁶⁶. Dokument ten przewiduje koordynację działań w sektorze ochrony zdrowia na trzech poziomach: *strategicznym* (władze centralne), *techniczno-operacyjnym* (komitet Sterujący ds. koordynacji i interwencji EFSI wspomagany przez Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia) oraz *wykonawczym* (na szczeblu centralnym i regionalnym). Celem owych działań ma być wydłużenie życia w zdrowiu, optymalizacja wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotów leczniczych, dalsza restrukturyzacja podmiotów tworzących strukturę systemu ochrony zdrowia, implementacja nowych rozwiązań organizacyjno-zarządczych stosownie do aktualnej i prognozowanej sytuacji epidemiologiczno-demograficznej oraz wyników monitoringu potrzeb i oczekiwań beneficjentów systemu. Celem działań będzie także zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych, czemu ma służyć lepsze wykorzystanie środków finansowych w całym systemie ochrony zdrowia, głównie poprzez restrukturyzację infrastruktury i nowe sposoby finansowania podmiotów leczniczych. Będzie to możliwe m. in. poprzez szersze włączenie środków prywatnych do finansowania działalności systemu. Ze względu zaś na dokonującą się zmianę społeczną, dokument zaleca rozwijanie profilaktyki i prewencji, koncentrację na chorobach

³⁶⁴ O możliwości traktowania koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych jako podstawy doktryny zdrowotnej patrz: Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013, s. 54-67.

³⁶⁵ Dokument roboczy służb Komisji z dnia 02.06.2014r. *Ocena krajowego programu reform i programu konwergencji na 2014r. dla Polski towarzyszący dokumentowi Zalecenie Rady w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014r.*, http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/swd2014_poland_pl.pdf

³⁶⁶ *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*, Ministerstwo Zdrowia, Narodowa Strategia Spójności, Warszawa 2014.

cywilizacyjnych oraz wspieranie działań służących wzrostowi dietności, rozwojowi geriatry i opieki paliatywnej.

Jak zatem wynika z treści komentowanego dokumentu ma on charakter kierunkowy i jedynie w niewielkim stopniu programowy – wskazuje cele, ale ich operacyjnie nie definiuje, nie mówi, jak należy i realnie można je osiągnąć. Stanowi jednak ważną przesłankę dla projektowania programów badawczych i opracowań eksperckich służących jego urealnieniu i tworzeniu jednolitych założeń dla przygotowywanych przez władze regionów lokalnych strategii i planów ochrony zdrowia. Wydaje się więc, że jeżeli nawet w wyniku szczegółowego badania unijnych dokumentów prezentowana tutaj teza o ich niedostatecznej jednoznaczności i nadmiernej ogólnikowości okaże się zbyt śmiała i zbyt daleko idąca, nadal pozostanie w mocy postulat sporządzenia na użytek regionalnych władz i wspierających je ekspertów jednolitego przewodnika po tych dokumentach.

Organizacyjne i zarządcze bariery efektywności polityki regionalnej

Jak pokazały prowadzone przez nas badania, przyczyn nieokreśloności – niejednoznaczności celów, braku realnych planów ich finansowania i harmonogramów realizacji oraz wynikającej stąd trudnej do oceny skuteczności i efektywności regionalnej polityki ochrony zdrowia należy upatrywać nie tylko w niedostatkach nadrzędnych regulacji formalno-prawnych i rekomendacji programowych, ale również – a może nawet przede wszystkim – w organizacji, sposobie funkcjonowania i niedostatecznym przygotowaniu do roli zarządzających regionem kadr samorządowych i administracyjnych.

Jak się wydaje, owe organizacyjno-zarządcze przyczyny mają różny charakter, źródła i uwarunkowania, aczkolwiek są one co najmniej dwojakiego rodzaju. Pierwsze z nich są bezpośrednią pochodną ustroju danego państwa, drugie zaś – o charakterze pośrednim – są skutkiem mechanizmów psychospołecznych i typowych zachowań osób sprawujących władzę w specyficznych warunkach jakie tworzą regulacje formalno-prawne określające organizację i zasady funkcjonowania tej władzy.

W przypadku Polski na uwarunkowania ustrojowe jednoznacznie wskazuje Dąbrowska-Romanowska pisząc, że niektóre przepisy Konstytucji traktują

samorząd terytorialny jako zdecentralizowaną władzę państwową³⁶⁷. Samorząd w Polsce jest zatem przede wszystkim pomocniczym instrumentem władzy państwowej jedynie usprawniającym zarządzanie krajem. Autorzy raportu o stanie samorządności terytorialnej w Polsce³⁶⁸ zauważają ponadto, że „samorząd terytorialny w Polsce jest przede wszystkim następstwem decentralizacji dokonanej przez państwo, a nie uznania istnienia wspólnoty terytorialnej”³⁶⁹. W tym rozumieniu regionalne władze samorządowe mogą być uznane jedynie za specyficzną reinkarnację wcześniejszych, działających w ustroju Polski Ludowej, rad narodowych. Wynikają stąd rozliczne konsekwencje: narastanie dominacji urzędników nad radnymi³⁷⁰, postępujący uwiąd zaangażowania obywatelskiego w działalność samorządową³⁷¹, rytualny i pozorny charakter partycypacji obywatelskiej³⁷², w efekcie „dominuje paternalistyczne poszturchiwanie i pouczanie organizacji obywatelskich przez władzę” zaś „konsultacje społeczne są fasadowe”³⁷³; skutkiem czego „obywatele są wypierani do sfery prywatnej i sprowadzani do roli klientów władzy”³⁷⁴.

W tej sytuacji kompetencje delegowane przez władze centralne samorządom regionalnym celem lepszego zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnot lokalnych poprzez sprawne zarządzanie zarówno znaczną częścią strumienia publicznych środków finansowych, jak też częścią publicznego majątku państwowych podmiotów, częstokroć wykorzystywane są przez urzędników samorządowych wbrew intencjom władz centralnych. Pozwala na to niekontrolowany dostęp urzędników do beneficjów (i możliwość ustanawiania nowych) oraz prawo do ich dystrybuowania. Tak więc poza trudnym do oceny wpływem

³⁶⁷ Dąbrowska-Romanowska T., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania skuteczności gwarancji wynikających z art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji*, [w:] H. Izdebski, A. Nielicki, I. Zachariasz (red.), *Finanse komunalne a Konstytucja*, Trybunał Konstytucyjny, Warszawa 2012. O ograniczeniach ustawowych działalności samorządów wyraźnie wspomina także ojciec polskiej reformy samorządowej – prof. M. Kulesza, patrz: Kulesza M., *Gospodarka komunalna – podstawy i mechanizmy prawne*, „Samorząd terytorialny” 2012, nr 7-8, s. 7-24.

³⁶⁸ *Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce*, Praca zbiorowa pod red. J. Hausnera, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Kraków 2013.

³⁶⁹ Tamże: 19.

³⁷⁰ Tamże: 31.

³⁷¹ Tamże: 33.

³⁷² Tamże: 34.

³⁷³ Tamże: 35.

³⁷⁴ Tamże: 37.

władz regionalnych na kształtowanie lokalnych stosunków rynkowych poprzez zarządzanie ogromnym majątkiem publicznym, władze te posiadają drugi bardzo ważny atrybut – możliwość poszukiwania, ustanawiania i transferu renty. Renta zatem, jako zbiór różnych beneficjów (finansowe, dostęp do deficytowych dóbr, przywileje), staje się głównym przedmiotem troski i zabiegów samorządowych władz regionalnych. Konsekwencją owej „pogoni za rentą” jest „postępująca erozja systemu instytucji, skutkująca m. in. błędną alokacją środków finansowych i wzrostem kosztów realizacji zadań publicznych”³⁷⁵.

Poszukiwanie renty, jako fundament mentalności urzędniczej i wręcz norma ich specyficznej kultury, przy równoczesnym monopolu na rentę i wynikającym stąd brakiem presji konkurencyjnej oraz w efekcie braku nadzoru, kontroli i odpowiedzialności za podejmowane działania tworzy syndrom, który prowadzi wręcz do „zinstytucjonalizowanej nieodpowiedzialności”.³⁷⁶ W polskich warunkach nieegzekwowanie odpowiedzialności za popełniane błędy, zamiast służyć – zgodnie z intencją ustawodawcy – stymulowaniu inicjatywności i kreatywności urzędników, w rzeczywistości jedynie umacnia ich „wolną przedsiębiorczość biurokratyczną”³⁷⁷.

W sytuacji „współpracy podejmujących ucieczkę od sankcji biurokratów z zainteresowanymi transferem renty grupami interesu może również dojść do modyfikacji sposobu zarządzania środkami publicznymi i przesunięcia centrów decyzyjnych poza struktury administracji”.³⁷⁸ Bywa, że na tym samym terenie tą samą politykę publiczną prowadzi więcej niż jedno centrum decyzyjne a ich hierarchia i relacje między nimi pozostają nieustalone. Gorzej jeszcze, gdy ich kompetencje wynikają z różnych regulacji formalno-prawnych, zakresy celów

³⁷⁵ Termin „wolna przedsiębiorczość biurokratyczna” (*bureaucraticfree enterprises*) upowszechnił G. Turlock (*Bureaucracy*, Liberty Fund, Inc., Indianapolis 2005) na użytek teorii wyboru publicznego (*public choice*) opisującej procesy podejmowania zbiorowych decyzji w warunkach różnego rodzaju ograniczeń.

³⁷⁶ Kotlarz M., *Poszukiwanie renty w sektorze publicznym. Autoreferat rozprawy doktorskiej*, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2011.

³⁷⁷ Hausner J., Morody M. (red.), *Jakość rządzenia. Polska bliżej Unii Europejskiej*, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej AE w Krakowie, Kraków 2000.

³⁷⁸ Kotlarz M., tamże:12. Socjologowie zwracają przy tym uwagę, że wspomnianą ucieczką od sankcji i arogancję prowokują wręcz obowiązujące przepisy prawa. „Byle urzędnik mówi, że nam nie pomoże, bo on ma przepisy i nic więcej go nie obchodzi. I nie chodzi o szeregowych urzędników, bo oni działają tak, jak im każą i pozwalają przełożeni. To na poziomie tych wyższych zarządzających jest jakiś fatalny błąd i lekceważenie ludzi. Także lekceważenie celów społecznych, byle wszystko było jak w (złych!) przepisach.” – pisze I. Krzemiński (Gazeta Wyborcza z dn. 09.07.2013r.).

i zadań krzyżują się, zaś standardy realizacji tych zadań wręcz do siebie nie przystają.

W przypadku badanego przez nas typowego dla Polski regionu łódzkiego ochrona zdrowia podlega wielu różnym, praktycznie niezależnym od siebie centróm zarządczym: wojewodzie reprezentującemu centralną władzę państwową, marszałkowi regionalnego samorządowego sejmiku, prezydentowi miasta³⁷⁹, rektorowi jednego z największych w kraju uniwersytetu medycznego, dysponującego siecią własnych szpitali klinicznych. Ponadto Ministrowi Zdrowia bezpośrednio podlega największy w kraju w swojej dziedzinie specjalistyczny Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, zaś Ministrowi Spraw Wewnętrznych – wojewódzki szpital specjalistyczny. Niezależnie od tego, działają sieci największych w kraju prywatnych centrów medycznych oraz kilkaset dużych przychodni i poradni lekarskich. Nie istnieje przy tym żadne centrum koordynujące chociażby działalność szpitali podległych wymienionym organom zarządczym.

Relacjonowana tutaj refleksja nad uwarunkowaniami regionalnej polityki zdrowotnej – tymi już jednoznacznie rozpoznawanymi, jak też potencjalnie możliwymi, antycypowanymi – pokazuje, że nawet pobieżna analiza owych uwarunkowań i uwikłań oraz ich przyczyn ujawnia co najmniej cztery grupy uwarunkowań i problemów, których rozwiązanie należy uznać za warunek *sine qua non* skutecznej i efektywnej regionalnej polityki ochrony zdrowia, tj. polityki realizującej zarówno strategiczne cele UE i rodzimego kraju, jak też służącej lepszemu zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych mieszkańców regionu.

Przypomnijmy, że pierwsza grupa dotyczy uwarunkowań systemowo-organizacyjnych oraz fundamentalnych zasad konstruowania regionalnych strategii ochrony zdrowia i planowania bieżącej polityki zdrowotnej. Problemy te stanowią szczególne wyzwanie dla projektu badawczego zaprojektowanego w celu poszukiwania takich rozwiązań systemowych i legislacyjnych, które pozwoliłyby na opracowanie i rekomendowanie krajom i regionom UE wspólnego, jednolitego modelu organizacji i zarządzania ochroną zdrowia w poszczególnych regionach, w tym zasad konstruowania regionalnych strategii ochrony zdrowia.

³⁷⁹ Zauważmy przy tym, że – w przypadku regionu łódzkiego – aglomeracja miejska stolicy regionu liczy, wraz z przyległymi miastami satelickimi, około 1,2 mln mieszkańców, tj. prawie połowę całej populacji tego regionu.

Natomiast druga z wymienionych tutaj grup problemów dotyczy zasad i sposobu funkcjonowania oraz merytorycznych i zarządczych kompetencji regionalnych władz – administracyjnych i samorządowych.³⁸⁰ Jest to również szczególne wyzwanie dla równoległego projektu badawczego, którego owocem winny być zarówno propozycje programowe kształcenia kadr zarządczych w regionach, jak też kształtowanie właściwej dla nowoczesnej demokracji kultury biurokratycznej.

Warunki ogólne i specyficzne efektywności regionalnej polityki ochrony zdrowia

Na trzecią grupę zagadnień składają się specyficzne (szczególne dla polityki ochrony zdrowia w regionie) uwarunkowania i problemy, które tutaj zostały zidentyfikowane jako brak kryteriów doboru właściwych parametrów niezbędnych, choćby do gromadzenia danych, oceny ich ważności, hierarchii, wyznaczania celów i zadań, a następnie do oceny stopnia realizacji owych celów i zadań. W tej sytuacji tradycyjnie gromadzimy dane dotyczące sytuacji epidemiologicznej w regionie, dotyczące ogólnych uwarunkowań infrastrukturalnych, czy możliwości finansowania ochrony zdrowia w regionie – świadomi, że – wobec braku wyrazistej, jednoznacznie spójnej strategii ochrony zdrowia, osadzonej w teoretycznych imponderabiliach a zarazem w realiach polityki publicznej wynikających ze specyficznych uwarunkowań – możliwość wykorzystania tych danych może być jedynie ograniczona.

Uznając owe tradycyjnie gromadzone pakiety danych za podstawowe filary, na których opiera się konstrukcja każdej regionalnej strategii ochrony zdrowia bez względu na specyfikę danego regionu, przyjrzyjmy się rzeczonym pakietom danych w odniesieniu do badanego przez nas regionu i zarazem województwa łódzkiego. Jeżeli przy tym zgodzimy się, że do najważniejszych kryteriów oceny skuteczności i efektywności ochrony zdrowia w regionie należy ponad wszelką wątpliwość zaliczyć jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych, to problem uwarunkowań skuteczności i efektywności regionalnego systemu ochrony zdrowia winniśmy postrzegać i rozpatrywać przynajmniej w pięciu

³⁸⁰ Problemy te, jako kluczowe dla rozwoju regionalnego i spójności społecznej wskazuje także raport z badań przeprowadzonych przez UNDP. Por. *United Nations Development Programme. Podsumowanie Krajowego Raportu o Rozwoju Społecznym. Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny*, Biuro Projektowe UNDP w Polsce, Warszawa 2012.

następujących aspektach: (1) trafności doboru i możliwości pozyskiwania danych statystycznych i epidemiologicznych, (2) liczebności i kompetencji kadry medycznej oraz nowoczesnej i właściwie rozlokowanej infrastruktury, (3) finansowania wystarczającego, z punktu widzenia założonych w strategii ochrony zdrowia celów, (4) jakości świadczeń, stosownej do wyznaczonych celów i parametrów zdrowotnych ludności regionu, (5) dostępności świadczeń³⁸¹.

Zagadnienia kontekstowe

Niezależnie od trzech opisanych tutaj grup problemów oraz rekomendowanych w projekcie postulowanego przedsięwzięcia nie może również zabraknąć takich ważnych zagadnień kontekstowych, jak kwestia dialektycznego związku idei i polityki regionalizacji z ideą spójności, konwergencji i harmonizacji.

Umocnianie tego związku wydaje się bowiem najlepszym zabezpieczeniem regionów przed alienacją oraz wpływem toksycznych idei nacjonalistycznych i separatystycznych, podsycanych, z jednej strony, przez kolejne kryzysy gospodarcze, zaś z drugiej strony, przez dewaluację idei państwa narodowego. Idea „małych, bliskich ojczyzn” musi zatem znaleźć interpretację najlepiej służącą takiej transformacji struktur organizacyjnych państw UE by poszczególne moduły i elementy tych struktur były wzajemnie nie tylko kompatybilne („przystające” do siebie lub przynajmniej sobie nie wadzące) ale w możliwie najwyższym stopniu komplementarne, to znaczy, by wzajemnie się uzupełniały i – wzajemnie

³⁸¹ Kwestie te w ramach opracowania Holly R. (red.), „Journal of health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, KIU, Warszawa-Łódź, nr XIII/III, omawiają:

- 1) Michalak J., *Health needs assessment at regional level in Poland – analysis and evaluation of sources in Łódź region*, tamże s. 11-22;
 - 2) Saryusz-Wolska H., *The adjustment of health care infrastructure to the health care needs and expectations of the region’s residents - based on the Province of Łódź*, tamże s. 23-38;
 - 3) Rydlewska-Liszkowska I., *Health Care Services Financing in the Region, an example of Łódź Province*, tamże s. 79-106;
 - 4) Rybarczyk-Szwajkowska A., *Healthcare quality management in the province of Łódź*, tamże s. 65-77;
 - 5) Dziurda D., Dopierała B., Posiak T., *Availability of medicinal products in the Lodzkie province – conceptual framework for availability model*, tamże s. 37-46.
- Por. także: Holly R. (red.), *Planowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej*, (e-monografia), KIU, Warszawa-Łódź 2015, 374 s.

się wspierając – tworzyły efekt synergii. W pełni dokonać się to może jedynie na szczeblu regionalnym. W szczególności dotyczy to organizacji i funkcjonowania zabezpieczenia socjalnego i zdrowotnego.

Należy tutaj również wspomnieć, iż będące asumptem rozwijanej tutaj refleksji nasze dwuletnie badania i analizy, doprowadziły też do negatywnej weryfikacji wielu postulatów mających usprawniać funkcjonowanie regionalnej ochrony zdrowia, które jednak – wbrew pokładanych w nich nadziejom – okazały się jałowe. Takim szczególnie rozczarowującym przykładem okazał się postulat racjonalizacji ochrony zdrowia w regionie. Okazało się bowiem, że w polityce publicznej racjonalizacja już chyba zawsze pozostanie jedynie postulatem pomocniczym. Każda polityka służy bowiem wyrażaniu i realizacji określonych interesów, które rzadko dają się uzasadnić racjonalnie, a jeszcze rzadziej bywają wynikiem bezstronnego wagi racji. Zresztą każdy projekt, nawet najbardziej racjonalistyczny z założenia, zawsze odwołuje się do jakichś wartości oraz wynikających z nich dążeń i celów, a dopiero potem do zasad logiki, dla ewentualnego uzasadnienia owych celów i opracowywania sposobów ich efektywnego wdrażania. Natomiast rozumienie wartości zawsze jest wynikiem ich określonej interpretacji motywowanej danym interesem. Z tego punktu widzenia trudno jest więc mówić o całkowicie „neutralnej” racjonalizacji politycznego działania³⁸². Aczkolwiek samo działanie prowadzone zgodnie z prakseologicznymi zasadami i procedurą „dobrej roboty”, traktowane jako proces efektywnej realizacji określonego celu, może być uznane za politycznie neutralne, jednakże tylko wtedy i tylko o tyle, o ile sam cel działania jest politycznie neutralny. Jednakże w praktyce społecznej bardzo rzadko bywa całkowicie neutralny. Podobnie zresztą jak karabin, który sam w sobie nie jest ani dobry ani zły, zawsze jednak używany jest albo w dobrej albo w złej sprawie.

Literatura cytowana

1. Burns L.B., Bradley E.H., Weiner B.J., *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*, Delmar, Clifton Park, NY 2006.

³⁸² Jest to wniosek zgodny z poglądem L. Kołakowskiego, iż „oświeceniowa realność”, podobnie jak „racjonalizm scjentyistyczny” mają jedynie ograniczoną możliwość i użyteczność stymulowania zmiany w życiu społecznym (Kołakowski L., *Nasza wesoła apokalipsa. Wybór najważniejszych esejów*, Wyd. Znak, Kraków 2010).

2. Cichońska D., Fedorowski J.J., Holly R., *The cohesiveness policy of the European Union: multidimensional regionalization*, „Studia z Polityki Publicznej” 2014, nr 1(1), s. 101-111.
3. Dąbrowska-Romanowska T., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania skuteczności gwarancji wynikających z art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji*, [w:] H. Izdebski, A. Nielicki, I. Zachariasz (red.), *Finanse komunalne a Konstytucja, Trybunał Konstytucyjny*, Warszawa 2012.
4. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 88/45).
5. EUROPA 2020 – *Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, http://ec.europa.eu/europa2020/inde_pl.htm.
6. *European Observatory on Health Systems and Policies*, www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/>.
7. Hausner J., Morody M. (red.), *Jakość rządzenia. Polska bliżej Unii Europejskiej*, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej AE w Krakowie, Kraków 2000.
8. Hofmarcher M. M., Oxley H., Rusticelli E., *Improved Health System Performance through better Care Coordination*, OECD Health Working Paper, No. 30 (2007), OECD Publishing.
9. Holly R., *Insurance Contracts as an Opportunity for the New Social Security Systems. Redefining ICONS and looking for new guarantees for welfare states*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2014, nr XV/V.
10. Holly R., *Regionalization of health care in Poland and other European countries – who and what really from it?* „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III.
11. Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013.
12. Joumard I., André C., Nicq C., *Health Care Systems Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Paper, nr 769 2010, OECD Publ.
13. „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna”, nr XIII/III 2013, nr XIV/IV 2014, nr XV/V 2014, (<http://journal-healthmanagement.com/pl/e-czasopismo.html>).
14. Kołakowski L., *Nasza wesoła apokalipsa. Wybór najważniejszych esejów*, Wyd. Znak, Kraków 2010.
15. Kotlarz M., *Poszukiwanie renty w sektorze publicznym. Autoreferat rozprawy doktorskiej*, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2011.
16. Krzemiński I., *PiS skuteczny*, Gazeta Wyborcza z dn. 09.07.2013r.
17. Kulesza M., *Gospodarka komunalna – podstawy i mechanizmy prawne*, „Samorząd terytorialny” 2012, 7-8, s. 7-24.

18. Michalak J., *Health Needs Assessment at Regional Level in Poland – Analysis and Evaluation of Sources in Łódź Region*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 11-31.
19. *Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce*, Praca zbiorowa pod red. J. Hausnera, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Kraków 2013.
20. *National Health Program 2007-2015 Ministry of Health*, National Institute of Public Health-PZH, Warsaw 2007.
21. *Ocena krajowego programu reform i programu konwergencji na 2014r. dla Polski towarzyszący dokumentowi Zalecenie Rady w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014r.*, http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/swd2014_poland_pl.pdf.
22. Opolski J.T., Wysocki M.J., „Health 2020” – new framework for health policy, part I, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, 67(1), s. 1-4.
23. Opolski J.T., Wysocki M.J., „Health 2020” – new framework for health policy, part II, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, 67(4), 647-650.
24. Oxley H., “Policies for Healthy Aging: An Overview”, *OECD Health Working Paper*, No. 42 (2009), OECD Publishing.
25. *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*, Ministerstwo Zdrowia, Narodowa Strategia Spójności, Warszawa 2014.
26. Rapkiewicz M. (red.), raport: *Efektywność, planowanie, rozwój – jednostki samorządu terytorialnego wobec kluczowych wyzwań strukturalnych*, Wyd. Instytutu Sobieskiego, Warszawa 2012 (raport dostępny na [www.sobieski.org/efektywność](http://www.sobieski.org/efektywnosc)).
27. Raport: *Ustawa o działalności leczniczej – podsumowanie dwóch lat funkcjonowania. Próba oceny skutków*, Praca zbiorowa (Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, PwC, Kancelaria Prawna Domański, Zakrzewski, Palinka), Wyd. PricewaterhouseCoopers Sp. z o.o., Warszawa 2013 (raport dostępny www.lazarski.pl).
28. Rybarczyk-Szwajkowska, *Healthcare quality management in the province of Łódź*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 65-78.
29. Rydlewska-Liszowska I., Klimanek M., Klimczak M., *Health Care Services Financing in the Region, an example of Łódź Province*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 79-106.
30. Saryusz-Wolska H., *The adjustment of health care infrastructure to the health care needs and expectations of the region’s residents – based on the Province of Łódź*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 12-23.

31. Strategia regionu łódzkiego 2020, cel: dostęp do dobrej jakości usług publicznych (www.strategia.lodzkie.pl) opracowana w oparciu o Krajową Strategię Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie (www.mir.gov.pl).
32. *United Nations Development Programme. Podsumowanie Krajowego Raportu o Rozwoju Społecznym. Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny*, Biuro Projektowe UNDP w Polsce, Warszawa 2012.
33. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U.1998.91.578).
34. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U.1998.91.576).
35. www.euro.who.int/en/about-health-2020.
36. *Zalecenie Rady z dnia 8 lipca 2014r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014r.* Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej nr C247 z dn. 29.07.2014r.

Summary

Regionalisation is believed to be an inevitable consequence of social and economic transformation, a reaction to globalisation and simultaneously a kind of a mirror globalisation process. The two processes, globalisation and regionalisation, stimulate and fuel each other: the more globalisation, the greater the need for regionalisation; the more regionalisation, the greater the need for support in the structures and the potential of superior organizations. Both processes, this of globalisation and this of regionalisation concern practically all domains and aspects of the life of contemporary societies and thus they become the object of social policy and public policy, both in the area of *politics* – political and social imponderables, establishment of goals and rules of their implementation as well as designing of management strategies on the social macro scale and in the area of *policy* – practical actions on all levels of management, aimed at the implementation of the goals and tasks resulting directly or indirectly from the adopted strategy.

Health care regionalisation is an intention, an idea concerning the way of organising and functioning of health security. In this sense, in the area of *politics*, health care regionalisation belongs to the imponderables of the health security strategy, particularly when it is simultaneously associated with the EU idea of cohesion and the concepts of sustainable and/or integrated development of a country. The interpretation of these ideas becomes the foundation of the current health doctrine – articulation of goals and tasks in the scope of health care as well as rules and ways of their implementation within a given time horizon.

On the other hand, in the area of *policy*, regionalisation of health care is a way (technology) and a specific practice of the management of the health care system (institutions, enterprises and organizations of the health care sector stakeholders) consisting in the identification and inclusion in the implementation of the health doctrine-generated goals and tasks of health needs and local determinants of these needs as well as voiced expectations specific to a given region. The regional health care strategy should consequently be a consistent, comprehensive, long-term plan and schedule of actions aimed at the implementation of goals and tasks specified in the current health doctrine,

however, in a way which takes into account the realities of a given region, including in the first place the specificity of the health needs of its inhabitants³⁸³. Thus, preparation of an adequate project for the regional health care strategy requires:

- (1) knowledge of a full catalogue of well articulated and prioritized goals and tasks resulting, either directly or indirectly, from the current health doctrine being in turn a derivative of the health security model adopted by the country;
- (2) thorough and reliable knowledge of all essential, local determinants specifying the hierarchy, scope, possibilities and ways of the implementation of goals and tasks in the field of the health care provided to the inhabitants of the region such as:
 - epidemiological data for all the distinguished socio-demographic groups of the inhabitants of the region;
 - maps of health needs, including the needs and expectations expressed by the inhabitants of the region (including the knowledge of the cultural and sub-cultural determinants of these needs);
 - detailed characteristics of the medical personnel in the voivodeship, mainly medical doctors and nurses (including the completeness of represented specialties in geographical terms, level of their competences and qualifications);
 - detailed characteristics of the health care infrastructure in geographical terms (also from the point of view of possibilities of the application of the most advanced medical technologies);

³⁸³ Let us leave aside the model concepts and styles of regional (health) policy – passive, active or hybrid, of a ‘network’ character, determining activity in a different degree and in a different way as well as accentuating the role of the main entities and simultaneously public policy actors – the state authorities, the territorial authorities, the local authorities as well as the manufacturing sector (banks, insurance companies, economic chambers, research centers, information and technology transfer agencies, etc.). Comp. e.g. Grosse T.G., *Przegląd koncepcji teoretycznych rozwoju regionalnego*, “Studia Regionalne i Lokalne”, Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego UW, 1(8) 2002, p. 25-48; Strzelecki Z., *Gospodarka regionalna i lokalna*, WN PWN, Warsaw 2008; Stackelberg K., Hahne U., *Teorie rozwoju regionalnego*, [w:] S. Golinowska (edit.), *Rozwój ekonomiczny regionów. Rynek pracy. Procesy migracyjne Polska, Czechy, Niemcy*. IPISS Report, Bulletin 16, Warsaw 1998, p. 30; Czyżewski A.B., *Rozwój regionalny w warunkach transformacji*, ZBS-E GUS PAN, From ZBSE works, Bulletin 283, Warsaw 2002, p. 30; *Raport o rozwoju i polityce regionalnej*, Ministry of Regional Development, Department of Coordination of Regional Programmes, Warsaw 2007, pp. 75-77.

- determinants of the quality of services rendered by medical entities in the region;
- determinants of the availability of health care services in all the distinguished socio-demographic groups of the inhabitants of the region;
- parameters of the common offer of health care services provided by public entities (in particular, the scope of services, their quality and conditions of their availability);
- parameters of the commercial offer of health care services provided by public and private entities, including the so called subscription firms, insurance companies, medical centres, network of medical clinics and practices;
- financial resources for the implementation of the planned actions (their size as well as the rules and conditions of health care services availability);
- substantive and managerial competence of the personnel responsible for the implementation of the planned actions.

Paradoxically, what proves most difficult in designing the regional health care policy is the identification of superior goals and tasks resulting, directly or indirectly, from the currently effective health doctrine. Due to the absence of such a clear, explicit and non-ambiguous doctrine regional health care strategies are designed basing on a variety of its substitutes. The most adequate of them might be a basket of guaranteed services. Unfortunately, the basket which is now in effect, cannot perform this function because of its character and numerous, commonly known weaknesses³⁸⁴. The *Law on Public Health* might constitute another adequate substitute of the health doctrine for the purpose of designing regional health care strategies however only provided it constituted an ordering preamble to all other 'health care laws' and unfortunately it does not. In this situation, what proves to be most helpful is the current National Health Programme, mainly due to the fact that it specifies the so called health priorities which can be treated as general guidelines for health policy and also regional health policy. The catch is that it is not the only document indicating these priorities as it has become more than common in Poland over at least ten years

³⁸⁴ See: Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, Insurance Institute in Poland, Warsaw 2013, pp. 54-67.

now to publish various lists of health care priorities. It is done by political parties, scientific bodies, government agencies, non-governmental organizations, various associations and even editorial offices of journals and newspapers. Which of the signposts to choose in a situation when they seem to point in different directions?

This is a matter of great importance as the regional health care strategy is not merely a programme, plan and schedule of actions intended to serve a formally organized, institutionalized health policy pursued in the territory of a given region but also a guide for other local territorial authorities as well as all 'health care officers' operating in the region – managers of hospitals and other health care entities, directors of regional governmental and non-governmental agencies, heads of regional branches of the National Health Fund (NFZ), Social Insurance Office (ZUS), Farmers' Social Security Fund (KRUS), State Fund for the Rehabilitation of the Disabled (PFRON) as well as voivodeship consultants in individual medical specialties and heads of hospital wards. Absence of reliable, professionally structured health care strategy condemns all of them to confront numerous lists of priorities and make choices which they do not always feel prepared for or even authorized to make on their own. Obviously, the consequences of these choices can be very different and, unfortunately, there are neither measures nor criteria to assess them.

The debate over the establishment and application of health priorities is conducted by us in *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna* while the presented book contains a selection of texts referring to the most important determinants of regional health policy – 'regionalization' of priority goals and tasks in the field of health care and ways of their implementation adequate to the specific needs of the inhabitants of a given region, financial resources actually possible to be raised for the implementation of these goals and tasks, epidemiological data, human resources for health, quality and availability of health care services under the common health insurance as well as health care services offered by commercial service providers.

The questions discussed in the book were the object of two-year studies of the regionalization of different aspects of health policy crucial for designing regional health care strategies. The study findings were described in the relevant report and three subsequent English-language volumes of *Journal of Health*

*Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*³⁸⁵. The authors of these reports and articles have updated some of the data and made certain changes taking into account the needs of the Polish-language version. Consequently, the book has also the character of an anthology of concurrently published studies, in this case selected primarily because of their addressees – politicians responsible for designing the health care strategy as well as health care system ‘officers’ of different levels, responsible for the current implementation of the goals and tasks resulting from the said strategy.

The recommended book is thus primarily a response to the needs of practice – the health policy understood as *policy*. It also constitutes a contribution to the development, within the framework of *politics*, of a theoretical reflection on the idea of health security, various model solutions of shaping and implementing this idea, rules and ways of generating health doctrines as well as developing, on this basis, real health care systems.

For at least several years, both, the problem of effectiveness and efficiency in economic policy of health care is, to a larger extent, connected with its changing territorial and regional character. The process continues in practically all European Union countries, but to a different extent and in different ways. Such is the case, even despite healthcare being the most autonomic of public policies, and one, in which most member countries reserved the highest autonomy. Thus, in spite of the fact that health care is not a directing/coordinating area/matter of union institutions, at least not on its regional level, as compared with agricultural or industrial policy, the process is in fact spontaneous, mainly due to the withdrawal of central authorities from their social liabilities, and transferring them onto local authorities. Here, I do not consider whether, and to what extent, it results from the decreasing importance of welfare state in Europe, and to what extent, is taken in order taken to best adapt health care to the needs of local communities and improve its effectiveness, also in terms of best use of financial resources.

All this gives rise to an equally crucial matter of whether, and to what extent (in what way, and in what perspective) the advancing regionalization of health care contributes to the reinforcement of European integration, and the idea of free movement of capital, goods, services and persons. One can, thus,

³⁸⁵ Comp.: *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*, No. XIII/III, No. XIV/IV and No. XV/V, <http://journal-healthmanagement.com/>.

question to what extent, and in what way should this health care regionalization be carried out in order to best facilitate integration.

We, therefore, seek, in the chapter *“About designing a research programme on regionalization of health care strategy and health policy”* two complementary answers: what is the way in which regionalization should proceed in order to best serve the effective and efficient health care for local communities and – simultaneously – facilitate the process of European integration. The question arises if, and to what degree, these two functions of regionalization can complement and support each other? How should it proceed to play this double role?

Search for the answers establishes a framework for the research issues undertaken two years ago by a group of researchers from Medical University of Lodz and Warsaw School of Economics, whose members named themselves Expert Group for Regionalization of Health Care in Lodz Voivodeship (state).

The following issues were agreed to be discussed within the group:

1. What tasks in terms of (a) common health care and (b) public health are passed on the regions on:
 - obligatory
 - voluntary or facultative basis?
2. What regional authorities/institutions are the addressees/ partners of the competencies and liabilities transferred by central authorities in terms of health care?
3. What kind of resources (and how are they obtained) are at the disposal of local authorities to meet the goals of health care?
4. What infrastructure is in the hands of local authorities and institutions to meet the goals of health care?
5. What is the executive and medical staff available to the local authorities and institutions to meet the goals of health care?
6. Whether and what (in what way are they formulated and given their formal status) strategic plans in health care are accepted by local authorities and institutions?
7. What formal-legislative guarantees to realize the healthcare strategic plans are at the disposal of regional authorities and institutions?
8. What are the crucial conditions in the hands of local authorities and institutions to realize strategic plans?

9. What are the main obstacles on the way to successful meeting objectives presented in regional strategic plans in health care?
10. Whether, and in what way, meeting objectives and fulfilling tasks presented in regional strategic plans in health care is monitored and evaluated, in particular regarding the following:
 - range of health care,
 - accuracy of health services to meet the need of local citizens,
 - quality of health services,
 - accessibility of health services,
 - costs and prices of health services,
 - effectiveness of health care organization.
11. Whether there are any, and if yes, what are the similarities and differences in terms of health care in Polish regions and similar regions in other EU countries?
12. What solutions used in various regions of EU countries in terms of health care should be spread as part of common regional healthcare policy in the European Union?
13. What solutions designed and used in regional healthcare EU strategic plans may best serve (how, to what extent and in what way) the convergence and harmonizing of health care in the European Union?
14. What recommendations for common European healthcare policy regarding directing, coordinating and supporting the realization of regional healthcare plans emerge from the comparative studies conducted?

It was assumed that, for the purpose of the research in the designed shape, there will be a broader, interdisciplinary and international consortium established, which – after critical analysis of the initial results proposed by Polish team – is going to establish a final plan of the entire assignment.

Within the initial, introductory stage of the work, theoretical and methodological assumptions were designed, followed by verification of analysis methodology of regional healthcare strategy and health policy, exemplified by a region typical of Poland, which is the voivodeship of Lodz. Findings resulting from the analyses were, regardless of their possible use in the sphere of designing and monitoring local health care policy, supposed to provide data for

future benchmarking comparative studies of the Lodz region and other chosen regions in European countries.

In accordance with the general idea and a fourteen-point range of research, the following detailed issues were analyzed as part of the first, introductory stage:

- Regionalization in the field of healthcare management,
- Conditions and trends presented in the changing process of health care in Lodz region,
- Citizens' needs and expectations in terms of health care,
- Health care infrastructure in Lodz region,
- Supplying healthcare services in Lodz region,
- Supplying medicines and other medical agents in Lodz region,
- Quality of healthcare services in Lodz region,
- Accessibility of healthcare services in Lodz region,
- Financing health care in Lodz region,
- Computerization for the purpose of regional healthcare strategy and health policy (on the example of Lodz region),
- Benchmarking as a method of structuring regional healthcare strategy and health policy,
- Managing health care in Lodz region.

It was already mentioned, the most fundamental assumption that forms the basis for the conceptualization of our research, is understanding the concept of region and regionalization as such.

The terms "region" and "regionalization" carry multiple meanings, but generally speaking, refer to a certain territory separated on the basis of a particular criterion (or several criteria altogether): geographical, ethnic, political, administrative, economic, historical, cultural and linguistic...³⁸⁶ Thus, when considering a set of features that characterize groups of countries one can discuss the Balkan Region, Scandinavian Region, East European Region. For the same reason huge areas with no clearly set borders get the name of regions—such as the Mediterranean Region or the Red Sea Region, as well as Silesia,

³⁸⁶ Compare e.g. Engel C., *Allemagne*, [w:] J. Charpenfier, C. Engel, *Les régions de l'espace communautaire*, Press Universitaires de Nancy, Nancy 1992, p. 17 and Chojnicki Z., Czyż T., *Region-Regionalizacja-Regionalizm*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1992, Rok LIV, issue 2, pp. 7-8.

Lombardy, Baden-Württemberg, Rhône-Alpes, Poland-B, but also metropolitan areas, such as Tricity (Gdansk-Sopot-Gdynia), Berlin, Bremen, Hamburg, Paris, London, Stockholm. Any attempts to classify and define the exemplified regions are not facilitated by terms, such as macro region, micro region or sub-region. Their adjectival description is more contributive: for instance junctional, zonal, rural, industrial, metropolitan...

However, it is not the lack of unified nomenclature or definition problems that hinder the idea of “Regional Europe”, or “Europe with Regions”. The differences in the way individual European countries perceive and treat common European regional policy appear to be much more serious. That kind of policy may serve completely different purposes in Italy, Great Britain and the Netherlands as compared to Germany or Austria. It is not the only and separate division, though. Regional policy is perceived differently in federal countries (e.g. Germany, Austria, Belgium) and in regional countries (Spain, Italy).

What influences the above mentioned idea of “Regional Europe” are also the controversies, increasing since the 80s of the 20th century, surrounding the role, that regionalization plays for the European Union, whether it fosters its integration or quite the contrary. These controversies are reinforced, and certainly enhanced, by the more visible nationalistic movements, which account for a negative legitimization of the idea of nationalistic country, already devalued in Europe. From their perspective regionalization is a reverse process in relation to the “country’s nationalistic policy”, whose primary objective is sustaining social homogeneity of all citizens, as a nation, where regionalization may endanger it, as it “divides the nation”. The tendencies are further differently perceived by advocates of the concept of “Europe of Nations” and by the supporters of euro-federalism. It is also common that regionalization is the only solution that facilitates maintaining an even fragile unity of a nation, the price one pays for avoiding its disintegration. One can quote examples of “successful regionalization” in the Basque Country and Catalonia in Spain or Corsica and Alsace in France, but also the following “failures”: Tibet, Kosovo, Timor or Kurdistan (Turkish, Syrian, Iraqi) .

Territorialization and regionalization have multiple forms, dimensions and levels but are generally based on creating politically-administrative, managerial and economic structures in the mega-regional aspect (OECD countries, Balkan Region, Scandinavian Region and Baltic Region, etc), regional aspect (regions covering many voivodeships or specific voivodeships), sub-

regional aspect (Mazuria or Kuyavia Region), or even microregional aspect (Sandomierz region).

Separate division is also established by differentiated attitude of individual EU countries to particular community policies – agricultural, energetic, monetary, industrial, ecological, research and fiscal... The policies have been, since 1973, i.e. the moment when the EU Parliament established Regional and Transport Commission, or certainly since 1975 when European Fund of Regional Development was established, areas of very lively actions involving regional directions and coordination of regional policies in member countries, as well as subsidizing particular regions for the purpose³⁸⁷. For the already mentioned reasons their effects turn out to be varied, which gave rise to questioning the idea as an unambiguous concept, that realization may well serve the objective, in all circumstances, at any time and in any area.

We do not attempt to evaluate any rights or legitimacy of the attitudes, but assume that territorialization and regionalization are a result of the advancing democratization of socio-political and economic life in EU countries as well as the withdrawal of the country (its central authorities) from some of the liabilities owed to citizens, which it cannot handle any more. Not judging which of the reasons is more important we only claim that the process of territorialization and regionalization is a permanent, and more common, multifaceted process of transferring competences and liabilities to the local authorities from central ones³⁸⁸.

³⁸⁷ Genesis of European regional policy is seen in the establishment Conference of Local Authorities within the Council of Europe in 1952, and publishing in the 60s of the 20th century the first series of reports indicating the need to perceive regional policy not as an individual problem of member countries, but of the whole Community. As a result, in 1968, Directorate-General for Regional Policy. However until the establishment of European Social Fund the Community's regional policy did not have an interventional character.

³⁸⁸ Regionalization is a procedure aiming at establishing or testing territorial divisions for the purposes of practical action, i.e. the formation of the territorial organization of the State'. Regionalization generally refers to a process of decentralizing authority specifically to regional units at an intermediate level between the national and the local. This process takes the form of government activity from above, such as studying proposals, debating their merits, legislating reform and implanting reform. Regionalization requires that certain internal and external conditions be taken into account (Chojnacki Z., Czyż T., *Region, Regionalization, Regionalism*, [in:] G. Gorzelak, A. Kukliński (eds.), *Dilemmas of Regional Policies in Eastern and Central Europe*, University of Warsaw, European Institute for Regional and Local Studies, Warsaw 1992, p. 428).

Delegating those regarding public policy makes sense and does occur in those territorially separated entities in a country's structure – which due to its geographical size, population and socioeconomic potential – are able to take over the responsibilities and execute them.

Those criteria are largely fulfilled by regions, whose separation – apart from the already discussed criterion of scale – results from many other: socio-cultural, historical, linguistic, developmental, etc. Bearing this point of view in mind, in Poland division into regions is similar to the administrative, which divides the country into 16 voivodeships (states). Most of the administrative territorial areas that are just below central level are, in most European countries, regarded as regions³⁸⁹.

The researched area of Lodz voivodeship fulfills all criteria of a typical region, which, due to its parameters—size, area, population, economic potential, degree of urbanization transporting network, should be able to carry out effective and efficient, autonomous health policy. At the same time, it has a zonal character (i.e., one comprising smaller areas displaying similar features), as well as junctional (concentrated around a large metropolitan centre)³⁹⁰. It is therefore a proper subject matter of comparative analysis for analogical (at least the above mentioned reasons) European regions. One may hope that our findings presented in No. XIII/III and No. XIV/IV of the *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna*, regardless of the possibilities to use them in local strategies of health care and running current health policy, will serve as a basis for more comprehensive research programme, and result in recommendations for common European healthcare policy, thus better meeting health demands of citizens, as well as contribute to the cohesion of the entire European Union.

In Poland there exist significant differences of health demands among citizens that derive from their varied health statuses and are observed particularly on the province level. This issue became the subject of the chapter “*Regional differentiation of healthcare in Poland*”. He thesis is proven by means of numerous analyses presented in, among others, publications such as “Social

³⁸⁹ Pietrzyk I., *Polityka regionalna Unii Europejskiej i regiony w państwach członkowskich*, PWN, Warsaw 2006, p. 213.

³⁹⁰ Lodz region, as one of 16 voivodeships (states), is a typical region, located in central Europe and surface of 18, 218, 95 km², with a population of 2,5 million—with around 1,2 million in the, so called, metropolitan area (Lodz with neighbouring cities) and around 1,3 million in other towns and rural areas.

health discrepancies in Poland”, “Death rate atlas among Polish citizen in the years 2008-2010”, “Health status and its conditioning in Poland”. According to the World Health Organization health inequalities are perceived as “unjust, unnecessary and avoidable health status differences”, and decreasing them is an “ethical imperative accepted by the majority of modern societies”. Such a situation derives from the structure as well as distribution of healthcare infrastructure. Furthermore, the process of planning accessibility of healthcare services does not take into account the real level and type of healthcare demands present in a certain province, thus enlarging the discrepancies in terms of accessibility. Meanwhile, expectations and guidelines of the European Commission indicate ensuring health care centralized and local support and guidance, in accordance with the demands that derive from current demographic and epidemiological trends. The need for ensuring equal access to healthcare services has been raised in a variety of European documents, e.g. in the Council’s Conclusions on Common EU Values and Healthcare regulations from June 2006. According to the conclusions equality rule in terms of accessibility to the healthcare services should be understood as ensuring equal access based on the needs.

Chosen data from official information sources – public statistics, National Health Fund (NFZ) data and chosen epidemiological research about health care in the region have been analyzed in chapter *“Health needs assessment at regional level in Poland – analysis and evaluation of sources in Lodz region”*. Trials have also been made to get information about functioning of e-health system in the region. Based on this, necessary conditions have been formed to define the actual health requirements of population. At present in the statistical and epidemiological reports only elements of structure and some functions of health care are being analyzed, which makes it responsible for essential incorrectness. There is no information about health effects (except death). The reason for this difference (sometimes very significant) is first of all using such notions as: hospitalization, bed exploitation or realization of procedures instead of describing subpopulation of ill people benefiting from particular forms of health care. The problem of singling out the population with several illnesses becomes a particular significance. Presented here are also preliminary results of verifying some of the health requirements based on pharmacological economic data.

In chapter *“Health care services financing in the region, an example of Lodz province”* the main assumptions for an analysis of health care services financing in the region were presented. In the paper, the objectives of the analysis were formulated as: the identification of the financing resources in relation to the implemented health care functions, setting up the scope and reasons for financial imbalance of the health care units, setting up the main financial risks for health care policy. The quantitative and qualitative methods of research were adjusted to the objectives and the scope of analysis. They include an analysis of regional expenses, according to the resources of financing and health care functions, an analysis of costs and revenues of health care units, the assessment of their indebtedness. For the needs of research objectives implementation, the following materials were used: scholarly publications, expert opinions, statistical data, data coming from questionnaires designed for the research and oriented at health care units. The conclusions related to selected segments of health care financing analysis in the region were formed in three areas of problems: the manner of financial resources management in the regional health care, the methodology for the analysis of health care services financing, the recommendations for institutions responsible for health care management in the region.

Knowledge of the market is the condition of success for all its participants. In case of health care “market” this knowledge forejudges/should forejudge all kinds of legal regulations, health plans, construction of health care systems, strategic decisions and business settlements. That is why the determination of the range of analysis of the product supply seems to be the *sine qua non* condition of planning in health care. These determinants have been described in chapter 5 *“Appraisal of supplying inhabitants with medical health services financed by public resources – taking Lodz province as an example”*. Planning of medical care services supply of certain region should take into consideration areas thematically contained in four modules: 1) State of health of inhabitants of the region, 2) Benefiting from the health care, 3) Determinants of health, 4) Core variables (demographic – social characteristic of people and households, etc.). The presented health services financed from public resources supply characteristic points to necessity of putting in order the market of benefits providers. In some ranges of benefits the market is saturated, and in spite of this many other firms want to provide the same services. On the other side there are areas with deficit, where there is not enough of the offered

services, despite the existing demand, which leads to patients' migration outside the region. Acting in the sphere of "health policy" – mainly selfgovernmental, which best recognizes needs and abilities of the region – should direct the purposeful decision making as to the range of offered services.

The infrastructure means all service facilities and institutions necessary for the proper functioning of both the society and the production sectors of the economy. Economic and social infrastructures are distinguished, to which institutions active in the domains of law, education, science, culture and leisure as well as, health care and social welfare are included. The new regional policy of the European Union indicates the territorial dimension of development processes and the necessity to create territorial and functional systems. The main objective for the improvement of health care infrastructure in the region is to raise the standard of health care services provided and to reduce the permanent inefficiency of the health care system as well as the ongoing exclusion from the access to health care. The adjustment of the infrastructure to the health care needs of the population makes up an integral part of the health care system reform. In the chapter *"The adjustment of health care infrastructure to the health care needs and expectations of the region's residents"*, the adjustment of the health care infrastructure has been presented as a complex process of planning. The health care infrastructure planning causes also problems related to data and decisions, and the regional health care plans based on an analysis of available data shall emerge in the process of negotiations and reconciliations with the main stakeholders in the region. The paper contains a review of methods and tools applied while planning the health care in selected European Union Member States.

Managing the quality of healthcare services is a priority in the activity of each healthcare unit. Guaranteeing the best available medical and nursing healthcare to all patients shall make up the main direction of strategical activities of the founding authority, the managing staff and everyday work of the personnel as the implementation of high quality medical services requires an efficient coordination of the activities and good abilities to adapt to continuously changing conditions. The purpose of chapter *"Healthcare quality management in the Lodz region"* is: (1) to discuss the methods of the research on the quality of hospital healthcare services and (2) to set out the dependences between the managing activities and the quality level of healthcare services in public hospitals

of the Lodz region. The results of the research may/shall be taken into account while drawing up the regional healthcare strategy in Lodz region in the field of activities for the quality improvement of healthcare services.

The chapter *“Mapping health needs and healthcare system performance assessment, based on the example of the health performance index for Lodzkie Provence”* presents plans on implementing provincial maps of health needs assessment. The authors discussed the most important data sources which might be used for making analyses and conducting studies for the purpose of the maps. In this context the authors created an initiative on the evaluation of the performance of regional health care systems and the position held by the Lodz Province.

The chapter *“The issue of health and health care presented in the districts’ Local Development Plans as well as their Strategic Development Programmes for the Lodz region between 2007 and 2013, covered by the “Development Strategy of Lodzkie Provence for the years 2007 and 2020”* discusses the efficient and effective performance of district and provincial government a high number of public tasks, including in particular the purview of healthcare, which requires efficient management at every stage, including planning. Local government leading local or regional policy primarily performs the selection objectives and methods of their implementation in terms of meeting the collective needs of the local population in the context of specific multi-annual strategic objectives. There is also resulting Lodz region development strategy, in terms of health which refers to the following issues: availability, quality, health promotion, disease prevention, harm reduction health, supporting cooperation between the various departments

The objective of chapter *“Outpatient specialist care in Szczecin metropolitan area – analysis of intraregional differences”* is to evaluate the differences in the scope, availability, quality and efficiency of outpatient specialist care (OSC) provided within the territory of the SMA. The rationale behind the paper is a claim that the Szczecin Metropolitan Area features significant inter-regional diversification concerning the scope, availability, quality and efficiency of OSC. The paper focuses on regional government units and their commitment to the adequate addressing the health needs of district and community residents. The analysis relates to the last available public statistics,

i.e. 2011 or 2012, and the base year (for comparison) is the year 2005. The authors based on data from the Central Statistical Office, and the Regional Office of West Pomerania Province.

Chapter “*The role of health priorities in activity of regional health care officers*” addresses the problem of the identification of issues of importance and priority for the regional health care strategy. Establishment of health priorities from the point of view of specific needs of a given region is assumed to constitute a condition *sine qua non* for effective implementation of goals and tasks specified in the regional health care strategy. The problem is of importance not only for politicians and entities responsible for health care in the region of the Self-Government, the Marshal’s Office, the Voivode Office but also for all the health care sector ‘officers’ subordinate to them and actually implementing the individual goals and tasks resulting from the strategy who should also be able to have an influence on shaping regional strategy documents. The considerations presented in the chapter are based on opinions as well as statements voiced by the ‘officers’ of the health care system of the warmińsko-mazurskie voivodeship referring to the way of setting local priorities, determining the hierarchy of their importance, determinants of changes to this hierarchy as well as new problems for the Polish health care system which they believe to result from this situation. There was general agreement that the issues of primary significance to the organization and financing of the health care system in Poland include in particular the need for a reform of systemic solutions due to the need for improvement in the accessibility to medical services, demographic transformations as well as possibilities resulting from the development of advanced medical technologies. Attention was also drawn to the need for streamlining the collection and registration of statistical data.

The aim of the chapter “*Community health programmes – how to improve efficiency in the Polish settings*” is to draw basic recommendations focused on improving efficiency of the community health programmes run by the local government units in Poland. The authors present international (United Kingdom, United States of America, Canada) experiences in providing supporting tools aimed at enhancing the communities capacity to deliver health programmes as well as analyse basic current problems regarding realization of the health programmes by the local government units in Poland. The basic recommendation for the Polish system is development of community health programmes supporting system at the national level which should consist of

three integrated and interrelated elements: epidemiological data provision system, supporting tools interactive base and continuous education campaign. In addition, for long term objectives achievement two external requirements should be met, that is: top-down coordination of planned and realized health programmes and provision of stable financing sources.

Author's reflections presented in the last chapter "*Designing a regional health care strategy and health policy – challenges and dilemmas*" aim at the identification of the most significant conditions regarding effectiveness and efficiency within regional health care policy. Its main objective is improved satisfaction of local community's health demands, as well as the policy of integrity. The base for analysis of the concerted challenge, which regional health policy has to respond to, is a two-year research whose results were placed in three subsequent volumes of *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna* (No. XIII/III 2013, No. XIV/IV 2014, No. XV/V 2014). As a result of the analyses, there emerge four groups of problems. Finding a solution to them should be regarded as a sine qua non condition of effective and efficient regional health care policy, i.e. one that executes both, EU's and the state's strategic objectives, at the same time meeting the health demands of citizens. The first group of problems involves systemic and organization conditioning, and fundamental rules of structuring regional health care strategies and planning current health care policy. The second group of problems deals with rules and methods of functioning, as well as substantive and managing competencies of local authorities – both administrative and self-governing. The third group of issues results from the lack of criteria necessary to choose data indispensable to design and set up regional health care strategy. This arouses two main objectives of a research project enforced by the author, one that involves parallel projects aimed at (1) search for systemic and legislative solutions which could allow for designing and recommending to the EU countries and their regions a mutual, unified model of organization and managing health care, (2) designing training for managing personnel, as well as actions to shape proper political culture of contemporary democracies. The postulated research project will be, according to the author, significant support for the improved relationship of concepts, objectives and tasks of regionalization policy conducted within the "little motherhoods", with the concepts of integrity, convergence and harmonizing for the sake of the European Union integration.

Bibliografia³⁹¹

Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., Birdsell J.M., Hayden K.A., Lewis S., *Performance Measurement in Healthcare: Part I – Concepts and Trends a State of the Science Review*, „Healthcare Policy” 2006, 1(4).

Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., *Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process*, „Healthcare Policy” 2006, 2(1).

Adám B., Molnár A., Bárdos H., Adány R., *Health impact assessment of quality wine production in Hungary*, „Health Promot International” 2009, 24(4), s. 383-393.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, www.aotm.gov.pl.

America's Health in Transition: Protecting and Improving the Quality of Health and Health Care, Washington 1994.

Arrow K.J., *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review” 1963, LIII (5), s. 941-973.

Astolfi R., Lorenzoni L., Oderkirk J., *A Comparative Analysis Health Forecasting Methods*, OECD Health Working Paper, No. 59/2012, OECD Publishing.

Atlas umieralności ludności Polski 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

Barr N., *The Welfare State As Piggy Bank: Information, Risk, Uncertainty, and the Role of the State*, Oxford University Press, Oxford 2001.

Berman P., *Health sector reform: making health development sustainable*, „Health Policy” 1995, 32(1-3), s.13-28.

Berwick D.M., *A User's Manual for the IOM's „Quality Chasm” Report*, Health Affairs, 2002.

Biała Księga, Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008-2013, Bruksela, dnia 23.10.2007 KOM(2007) 630.

Białyński-Birula P., *Zmiany w systemie funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2006.

Bloom G., Standing H., Lloyd R., *Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts*, „Social Science & Medicine” 2009, 6 (10), s. 2076-2087.

Bojar I., Wdowiak L., Miotła P., Strzemecka J., *Satysfakcja pacjentek z usług publicznych i niepublicznych poradni ginekologiczno-położniczych na terenie miasta Lublina*, „Zdrowie Publiczne” 2006, 116(1), s. 189-191.

³⁹¹ Pozycje literatury przedmiotu wykorzystywane w trakcie analiz wyników dwuletnich prac badawczych relacjonowanych w raporcie: R. Holly (red.), *Planowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej*, (e-monografia), KIU, Warszawa-Łódź 2015 i/lub tekstach artykułów zamieszczonych w trzech tomach *Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna – XIII, XIV, XV*.

- Borek-Wojciechowska R., Kłokow S., *Zapewnienie jakości w opiece zdrowotnej – stan aktualny*, „Zdrowie Publiczne” 2007, 117 (3), s. 374-380.
- Boyle S., *United Kingdom (England): Health system review*, „Health Systems in Transition” 2011, 13(1), s.1-486.
- Bratek S., Fedorowski J.J., *Marketing usług zdrowotnych*, [w:] Fedorowski J.J., Niżankowski R. (red.), *Ekonomika medycyny. Kompendium dla lekarzy i studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- Breslow L., *From disease prevention to health promotion*, „Journal of the American Medical Association” 1999, 281(11), s. 1030-1033.
- Bryndová L., Pavlaková K., Roubal T., Rokosová M., Gaskins M., van Ginneken E., *Czech Republic: Health system review*, „Health Systems in Transition” 2009, 11(1), s.1-122.
- Budżety gospodarstw domowych w 2014*, GUS, Warszawa 2015.
- Bujnowski A., Hordejuk B., Kierzkowska I., Malinowska A., Masłowska S., Orkiszewska I., Taraszkiewicz H., *Priorytety zdrowotne z regionalnego punktu widzenia*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2015, nr XVI/VI, s. 86-97.
- Burns L.B., Bradley E.H., Weiner B.J., *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*, Delmar, Clifton Park, NY 2006.
- Burns L.B., Bradley E.H., Weiner B.J., *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*, Delmar, Clifton Park, NY 2006.
- Bywalec C., Rudnicki L., *Podstawy ekonomiki konsumpcji*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1999.
- Canadian Best Practices Portal for Health Promotion and Chronic Disease Prevention, www.cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca.
- Centers for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov.
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), <http://www.csioz.gov.pl/statystyka.php>.
- Chevreur K., Durand-Zalewski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mlodovsky P., *France: Health system review*, „Health Systems in Transition”, 2010; 12(6), s.1-291.
- Chłoń-Domińczak A., Marek M., Rabczenko D., Stokwiszewski J., Wojtyniak B., *Analysis of health and socio-economic characteristics of district level populations in Poland, Biennial Collaborative Agreement between the Minister of Health of Poland and the Regional Office for Europe of the World Health Organization 2010-2011*.
- Chojnicki Z., Czyż T., *Region, Regionalization, Regionalism*, [w:] G. Gorzelak, A. Kukliński (red.), *Dilemmas of Regional Policies in Eastern and Central Europe*, University of Warsaw, European Institute for Regional and Local Studies, Warsaw 1992.
- Chojnicki Z., Czyż T., *Region-Regionalizacja-Regionalizm*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1992, Rok LIV, zeszyt 2.
- Chow C.W., Ganulin D., Teknika O., Haddad K., Williamson J., *The balanced scorecard: a potent tool for energizing and focusing healthcare organization*, „Journal of Healthcare Management” 1998, 43(3).

Cianciara D., Rdzany R., *Planowanie samorządowych programów zdrowotnych. Część III. Monitorowanie i ewaluacja*, „Hygeia Public Health” 2015, 50(1), s. 97-103.

Cianciara D., Wysocki M.J., *Rozwój i dylematy oceny wpływu na zdrowie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 623-632.

Cianciara D., *Związki zdrowia z dobrobytem i polityką prozdrowotną*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 821-828.

Cichońska D., Fedorowski J.J., Holly R., *The cohesiveness policy of the European Union: multidimensional regionalization*, „Studia z Polityki Publicznej” 2014, nr 1(1), s. 101-111.

Collins J., Koplan J.P., *Health impact assessment: a step toward health in all policies*, „Journal of the American Medical Association” 2009, 302(3), s. 315-317.

Conrad D.A., *The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care*, „Health Services Research” 2015, 9.

Conrad D.A., Vaughn M., Grembowski D., Marcus-Smith M., *Implementing Value-Based Payment Reform: A Conceptual Framework and Case Examples*, „Medical Care Research Review” 2015, 5.

Constitution of The World Health Organization, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>.

Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.

Czapiński J., Panek T., *Social diagnosis 2011. Objective and subjective quality of life in Poland*, Contemporary Economics, Warsaw 2011.

Czyżewski A. B., *Rozwój regionalny w warunkach transformacji*, ZBS-E GUS i PAN, z prac ZBSE, zeszyt 283, Warszawa 2002.

Dąbrowska-Romanowska T., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania skuteczności gwarancji wynikających z art. 167 ust. 1 i 4 Konstytucji*, [w:] H. Izdebski, A. Nielicki, I. Zachariasz (red.), *Finanse komunalne a Konstytucja, Trybunał Konstytucyjny*, Warszawa 2012.

Dash P., Llewellyn C., Richardson B., *A regional approach to strategy development can enable health systems around the world to make significant improvements in health care delivery*, McKinsey and Company, London 2009.

De Bruin S.R., Baan C.A., Struijs J.N., *Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature*, „Health Services Research” 2011, 14(11), s. 272.

Diagnoza Społeczna 2010, Warunki i jakość życia Polaków, Warszawa 2010.

Diagnoza sytuacji sektora ekonomii społecznej w województwie łódzkim, raport przygotowany przez prof. dr hab. Jerzego Krzyszковского Kierownika Ośrodka Kształcenia Służb Społecznych, Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.

Donabedian A., *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980, s. 1-164.

Donaldson M.S., Nolan K., *Measuring the quality of health care: state of the art*, „Joint Commission Journal on Quality Improvement” 1997, 23 (5).

Drösler S., Romano P., Wei L., *Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009*, OECD Health Working Paper, Paris: OECD Publishing.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 88/45).

Działalność zakładów lecznictwa zamkniętego województwa łódzkiego, I półrocze 2012 Łódź, Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego, październik 2012.

Eijlenaar F., Emmert M., Scheppach M., Schöffski O., *Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews*, „Health Policy” 2013, 110(2-3), s. 115-130.

Engel C., *Allemagne*, [w:] J. Charpenfier, C. Engel, *Les régions de l'espace communautaire*, Press Universitaires de Nancy, Nancy 1992.

EUR-Lex Glossary of summaries.

EUROPA 2020 – *Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*, http://ec.europa.eu/europa2020/inde_pl.htm.

European Observatory on Health Systems and Policies, www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/>.

Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A., *Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis*, „British Medical Journal” 2001, 323, s. 307- 310.

Finkle-Perazzo D., Jetha N., *Online resources to enhance decision-making in public health*, „Chronic Diseases and Injuries in Canada” 2011, 31(4), s. 172-175.

Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

Frączkiewicz-Wronka A.(red.), *Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjno-prawne*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2005.

Frączkiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owocorz-Cydzik B., Sobosiuk D., *Samorządowa opieka zdrowotna*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004.

Frączkowski K., *Czynniki krytyczne powodzenia projektów e-Zdrowie w kontekście projektów centralnych i regionalnych*, CSIOZ MZ, Warszawa 2012.

Fraser I., Encinosa W., Glied S., *Improving Efficiency and Value in Health Care: Introduction*, „Health Services Research Journal” 2008, 43(5p2), s. 1781-1786.

Fuentes M., *Statistical issues in health impact assessment at the state and local levels*, „Air Quality, Atmosphere & Health” 2009, 2(1), s. 47-55.

Fujino Y., Nagata T., Kuroki N., Dohi S., Uehara M., Oyama I., Kajiki S., Mori K., *Health impact assessment of occupational health policy reform at a multinational chemical company in Japan*, „Sangyo Eiseigaku Zasshi” 2009, 51(5), s. 60-70.

Gębska-Kuczerowska A., Miller M., *Analiza sytuacji epidemiologicznej w Polsce w zakresie głównych problemów zdrowotnych*, „Postępy Nauk Medycznych” 4/2009, s. 240-255.

- Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000.
- Getzen T.E., Poullier J. P., *International health spending forecasts: concepts and evaluation*, „Social Science and Medicine” 1992, 34(9), s. 1057-1068.
- Getzen, T.E., *Macro Forecasting of National Health Expenditures*, „Advances in Health Economics and Health Services Research” 1990, 11, s. 27-48.
- Gilligan C., Lowe R., *Marketing and Health Care Organization*, Radcliffe Medical Press, Alingdon, New York 1995.
- Glanz K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*, (2nd Edition) Jossey-Bass, San Francisco 1997.
- Głowacka M.D., Sobkowski M., Staszewski R., *Pomiar i analiza poziomu jakości świadczeń zdrowotnych*, „Nowiny Lekarskie” 2005.
- Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie-opieka-spoeczna/>.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowad Ch., Włodarczyk C.W., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty Case 2002, nr 53.
- Golinowska S., *Oplaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2010, t. VIII (1), s. 12-28.
- Golinowska S., *Rola płatnika publicznego w okresie przemian*. Referat wygłoszony na I konferencji ogólnopolskiej zorganizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach projektu Akademia NFZ pt. "Health Systems in Transition – Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska", Warszawa, 14 grudnia 2012 r.
- Golinowska S., Sowada C., Tambor M., Dubas K., Jurkiewicz-Świątek J., Kocot E., Seweryn M., (z udziałem Evetovits T.), *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2012.
- Gottret P., Schieber G., *Health Financing Revisited. A parctitioners guide*, The World Bank, Washington 2006.
- Govington L., *A Reporter’s toolkit: Health care costs, An Alliance for Health Reform Toolkit*, Produced with support from the Robert Wood Johnson Foundation, <http://www.allhealth.org>.
- Greenfield D., Braithwaite J., *Health sector accreditation research: a systematic review*, „International Journal for Quality in Health Care” 2008, 20(3), s. 172-83.
- Groene O., Brandt E., Schmidt W., Moeller J., *The Balanced Scorecard of acute setting: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation*, „International Journal of Quality in Health Care” 2009, 21(4).
- Grosse T. G., *Przegląd koncepcji teoretycznych rozwoju regionalnego*, „Studia Regionalne i Lokalne” 2002, Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego i Lokalnego UW, 1(8)2002.
- Häkkinen U., Joumard I., *Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research*, OECD Economics Department Working Paper, No. 554/2007. OECD Publishing.

Halik R., Kuszewski K., *Narodowy Program Zdrowia 2007-2015 jako narzędzie kształtujące politykę zdrowotną Polski*, Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2007.

Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1998.

Hass-Symotiuk M. (red.), *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

Hausner J., Morody M. (red.), *Jakość rządzenia. Polska bliżej Unii Europejskiej*, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej AE w Krakowie, Kraków 2000.

Health at a Glance: Europa 2014 [ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf].

Hofmarcher M. M., Oxley H., Rusticelli E., *Improved Health System Performance through better Care Coordination*, OECD Health Working Paper, No. 30 (2007), OECD Publishing.

Holly R. (red.), *Planowanie regionalnej strategii ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej*, (e-monografia), KIU, Warszawa-Łódź 2015.

Holly R., *Insurance Contracts as an Opportunity for the New Social Security Systems. Redefining ICONS and looking for new guarantees for welfare states*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2014, nr XV/V.

Holly R., *Jakość w systemowym zarządzaniu ryzykiem utraty zdrowia*, Referat wygłoszony na konferencji Jakość 2010: systemy zarządzania w ochronie zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, 7 października 2010r.

Holly R., *Procesy restrukturyzacji placówek ochrony zdrowia i ich wpływ na poprawę efektywności*, Recenzja rozprawy doktorskiej J. Kaczmarskiej-Krawczyk, Łódź 2010.

Holly R., *Regionalization of health care in Poland and other European countries – who and what really from it?* „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III.

Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce – diagnoza stanu w połowie roku 2007 oraz perspektywy i kierunki rozwoju*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa, sierpień 2007.

Holly R., *Rynek świadczeń zdrowotnych i usług medycznych w Polsce (perspektywy i kierunki rozwoju)*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa, grudzień 2008.

Holly R., Szczepaniak M., *Kształtowanie się rynkowej oferty prywatnych usług medycznych i ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w latach 2005-2010*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management” 2012, tom X.

Holly R., *Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia*, „Polityka Zdrowotna – Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2012, tom X.

Holly R., *Ubezpieczenie w organizacji ochrony zdrowia w Polsce*, KIU, Warszawa 2013.

Hoshiko M., Hara K., Ishitake T., *Health impact assessment of the transition to a core city in Japan*, „Public Health” 2009, 123(12), s.771-781.

Hussey P.S., de Vries H., Romley J., Wang M.C., Chen S.S., Shekelle P.G., McGlynn E.A., *A systematic review of health care efficiency measures*, „Health Services Research” 2009, 28.

Inamdar N., Kaplan R.S., Bower M., *Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations*, „Journal of Healthcare Management” 2002, 47(3).

Institute of Medicine (IOM): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academies Press, Washington, DC 2001.

Ison E., *The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network*, „Health Promot International” 2009, 24, Suppl 1, s. i64-i71.

Joint Report on Health Systems, European Commission and the Economic Policy Committee, Occasional Papers 74 | December 2010, http://europa.eu/epc/pdf/joint_healthcare_report_en.pdf.

Joumard I., André C., Nicq C., Chatal O., *Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency*, OECD Economics Department Working Paper, No. 627, OECD Publ., Paris 2008.

Joumard I., André C., Nicq C., *Health Care Systems Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Paper, No. 769, OECD Publ., Paris 2010.

„Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, <http://journal-healthmanagement.com/>.

„Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2014, nr XIV/IV, <http://journal-healthmanagement.com/>.

„Journal of Health Policy Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2014, nr XV/V, <http://journal-healthmanagement.com/>

Kaleta D., Polańska K., Kwaśniewska M., Dziańkowska-Zaborszczyk E., Hanke W., Drygas W., *Czynniki warunkujące palenie tytoniu wśród osób dorosłych – wyniki badania WOBASZ w województwie łódzkim*, „Medycyna Pracy” 2008, 59(2), s. 143-148.

Knox E.G., *Principles of allocation of health resources*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 1978, 32, s. 3-9.

Knutsson I., Linell A., *Review article: health impact assessment developments in Sweden*, „Scandinavian Journal Public Health” 2010, 38(2), s. 115-120.

Kořakowski L., *Nasza wesoła apokalipsa. Wybór najważniejszych eseów*, Wyd. Znak, Kraków 2010.

Kotlarz M., *Poszukiwanie renty w sektorze publicznym. Autoreferat rozprawy doktorskiej*, Kolegium Ekonomiczno-Społeczne Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2011.

Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong W., *Marketing, podręcznik europejski*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002.

Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, Wyd. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

Krajewska A., *Zróżnicowanie poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego powiatów województwa łódzkiego*, s. 51-54, www.kls.uni.lodz.pl/download/64/.

Krzemiński I., *PiS skuteczny*, „Gazeta Wyborcza” z dn. 09.07.2013r.

Kulesza M., *Gospodarka komunalna – podstawy i mechanizmy prawne*, „Samorząd terytorialny” 2012, 7-8, s. 7-24.

Kulesza M., *Transformacja ustroju administracyjnego Polski (1990-2000)*, „Studia Iuridica” 2000, Nr XXXVIII, s. 78-86.

Kuo T., Jarosz C.J., Simon P., Fielding J.E., *Menu labeling as a potential strategy for combating the obesity epidemic: a health impact assessment*, „American Journal Public Health” 2009, 99(9), s. 1680-1686.

Kutzin J., *A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements*, „Health Policy” 2001, 56, s. 171–204.

Kutzin J., *Health financing Policy- A Guide for Decision Maker*, Health Financing Policy Paper 2008/1. WHO Regional Office for Europe.

Kwaśniewska M., Bielecki W., Kaczmarczyk-Chałas K., Pikala M., Drygas W., *Ocena rozpowszechnienia zdrowego stylu życia wśród dorosłych mieszkańców województwa łódzkiego i lubelskiego. Projekt WOBASZ*, „Przegląd Lekarski” 2007, 64(2), s. 61-64.

Levitt T., *Marketing success through differentiation - of anything*, Harvard Business Review, January-February 1980.

Lhachimi S.K., Nusselder W.J., Boshuizen H.C., Mackenbach J.P., *Standard tool for quantification in health impact assessment a review*, „American Journal of Preventive Medicine” 2010, 38(1), s. 78-84.

Lighter D.E., *Advanced Performance Improvement In Health Care. Principles and Methods*, Jones and Bartlett Publ., Sudbury, 2011.

Loeb J.M., *The current state of performance measurement in health care*, „International Journal for Quality in Health Care”, 2004, 16, suppl. I.

Lorenzoni L., Pearson M., *Description of Alternative Approaches to Measure and Place a Value on Hospital Products In Seven OECD Countries*, OECD Health Working Paper, No. 56/2011, OECD Publ.

Lovelock Ch., *Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights*, „Journal of Marketing” 1983, 47(3), s. 9-20.

Lovelock Ch., Wirtz J., *Services Marketing . People, technology, strategy*, 5th edition, Prentice Hall 2004.

Marsaili Cameron M., Cave B., Coutts A., *Health Impact Assessment – Draft Culture Strategy. A report of the London Health Commission*, London 2003.

Martin L.A., Neumann C.W., Mountford J., Bisognano M., Nolan T.W., *Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care: Ways to Achieve Savings in Operating Costs per Year*, IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2009.

McKenzie J.F., Neiger B.L., Thackeray R., *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programmes*, 6th Ed, Pearson Education, Illinois 2013.

Metcalf O., Higgins C., *Health Impact Assessment contributing to Healthy Public Policy*, „Public Health” 2009, 123 (4), s. 295.

Michalak J., *Badania opinii społecznej dotyczące opieki zdrowotnej a wyniki badań satysfakcji pacjentów*, [w:] E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, wyd. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

Michalak J., *Health Needs Assessment at Regional Level in Poland – Analysis and Evaluation of Sources in Łódź Region*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 11-31.

Michalak J., *Legal conditions and determinants of Quality in the Polish Healthcare System*, [w:] Rudawska I. (red.), *Challenges for Healthcare reform in Europe*, Foundation of International Studies, Kyiv 2011.

Michalak J., *Metody i narzędzia zarządzania jakością na przykładzie opieki zdrowotnej*, referat wygłoszony na seminarium naukowym, 09.03.2011, Łódź.

Michalak J., *Obiektywne i subiektywne mierniki jakości opieki zdrowotnej*, „Problemy zarządzania” 2011, 3(33), s. 126-139.

Michalak J., Orszulak-Michalak D., *Farmakoekonomiczne aspekty postępowania w zakażeniach szpitalnych*, [w:] A. Denys (red.), *Zakażenia szpitalne. Wybrane zagadnienia*, ABC Wolters Kluwer, Warszawa 2012.

Michalak J., *Prawne i pozaprawne uwarunkowania jakości świadczeń zdrowotnych w Polsce*, [w:] *Studia i materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, Bydgoszcz 2011.

Michalak J., *The Quality of Patients' Data In Medical Documentation and Statistical Forms*, „Studies in Logic, Grammar and Rhetoric” 2011.

Mindell J., Boaz A., Joffe M., Curtis S., Birley M., *Enhancing the evidence base for health impact assessment*, „Journal Epidemiology & Community Health” 2004, 58(7), s. 546-551.

Mindell J., Bowen C., Herriot N., Findlay G., Atkinson S., *Institutionalizing health impact assessment in London as a public health tool for increasing synergy between policies in other areas*, „Public Health” 2010, 124(2), s. 107-114.

Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spoz> Główny Inspektor Sanitarny, <http://www.gis.gov.pl/?lang=pl&go=content&id=30>.

Ministerstwo Zdrowia, Projekt ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego, http://zachodniopomorskie.sld.org.pl/aktualnosc/4788-ministerstwo_zdrowia___projekt_zalozen_.html (dostęp: 22.01.2013r.).

Musiałowicz A., Stępień J., *Ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych – analiza potencjalnych przyczyn*, „Antidotum. Zarządzanie w opiece zdrowotnej” 2000, nr 9.

Narastające dysfunkcje, zasadnicze dylematy, konieczne działania. Raport o stanie samorządności terytorialnej w Polsce, Praca zbiorowa pod red. J. Hausnera, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Kraków 2013.

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php>.

Narodowy Fundusz Zdrowia, *Realizacja działań na rzecz pacjentów – Podsumowanie działań i wyzwania na przyszłość*, Warszawa 2015.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, <http://www.pzh.gov.pl/page/>.

Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013. Zmiana metodologii, GUS, Warszawa 2015.

National Health Program 2007-2015 Ministry of Health, National Institute of Public Health-PZH, Warsaw 2007.

National Institute for Health and Care Excellence, www.nice.org.uk.

Ocena krajowego programu reform i programu konwergencji na 2014r. dla Polski towarzyszący dokumentowi Zalecenie Rady w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014r., http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/swd2014_poland_pl.pdf.

Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 roku, GUS, Warszawa 2014.

Olejaz M., Nielsen A.J., Rudkjøbing A., Birk O.H., Krasnik A., Hernández-Quevedo C., *Denmark: Health system review*, „Health Systems in Transition” 2012, 14(2), s.1-192.

Oleński J., *Nowoczesna infrastruktura informacyjna podstawą taniego i przyjaznego państwa obywatelskiego. Program reformy infrastruktury informacyjnej państwa i strategii informatyzacji sektora publicznego*, dokument MSWiA, Warszawa 2005.

Opolski J.T., Wysocki M.J., „Health 2020” – new framework for health policy, part I, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, 67(1), s. 1-4.

Opolski J.T., Wysocki M.J., „Health 2020” – new framework for health policy, part II, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, 67(4), 647-650.

Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Cedetu, Warszawa 2005.

Ostrowski T., Bojar I., *Systemowy model ochrony zdrowia*, [w:] T.B. Kulik. M. Latański (red.), *Zdrowie Publiczne*, Lublin 2002.

Oxley H., “Policies for Healthy Aging: An Overview”, *OECD Health Working Paper*, No. 42 (2009), OECD Publishing.

Pietrzyk I., *Polityka regionalna Unii Europejskiej i regiony w państwach członkowskich*, PWN, Warszawa 2006.

Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne, Ministerstwo Zdrowia, Narodowa Strategia Spójności, Warszawa 2014.

Przewodnik ISO 9000, Materiały informacyjne nt. wdrażania systemu zarządzania jakością wg norm ISO serii 9000, Opracowano w ramach zamówienia Ministerstwa Gospodarki Pracy, Wydanie II uzupełnione, Katowice 2004.

Przywara B., *Projecting future health expenditures at European level: drivers, methodology and main results. Economic Papers 417*, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs Publications, Brussels 2010.

Ransom E.R., Joshi M.S., Nash D.B., Ransom S.B. (red.), *The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy, and Tools*, AUPHA Press, Washington, DC 2008.

Rapkiewicz M. (red.), raport: *Efektywność, planowanie, rozwój – jednostki samorządu terytorialnego wobec kluczowych wyzwań strukturalnych*, Wyd. Instytutu Sobieskiego, Warszawa 2012 (raport dostępny na [www.sobieski.org/efektywność](http://www.sobieski.org/efektywnosc)).

Raport (praca zbiorowa), *Poland: Health system review*, „Health Systems in Transitions” 2011, 13(8), s. 1-193.

Raport AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): *Registries for Evaluating Patient Outcomes*, 3rd editions, AHRQ Publ., 2012.

Raport NIK, <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-realizacji-zadan-przez-narodowy-fundusz-zdrowia.html>.

Raport o rozwoju i polityce regionalnej, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Departament Koordynacji Programów Regionalnych, Warszawa 2007.

Raport pt. *Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek*,
dostęp: http://www.gsk.com.pl/media/pdf/Raport_Starzejace_Sie_Spoleczenstwo_Jako_Wyzwanie_Ekonomiczne_Dla_Europejskich_Gospodarek.pdf.

Raport: *Ustawa o działalności leczniczej – podsumowanie dwóch lat funkcjonowania. Próba oceny skutków*, Praca zbiorowa (Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, PwC, Kancelaria Prawna Domański, Zakrzewski, Palinka), Wyd. PricewaterhouseCoopers Sp. z o.o., Warszawa 2013 (raport dostępny www.lazarski.pl).

Report AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality): *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*, AHRQ Publ. No.08-0030, Rockville, MD 2008.

Rocznik Statystyczny, GUS, 2011.

Rogosiński K., *Jakość usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, wyd. Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2000.

Rosenstock I. M., *Why People Use Health Services*, „Milbank Quarterly”, 83(4), s. 515-937.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego (Dz. U. 2013 Nr 0 poz. 1520) oraz rozporządzenia zmieniające – Dz. U. 2014 poz. 1441; Dz.U. 2015 Nr 0 poz. 1301; Dz.U. 2015 Nr 0 poz. 1612.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. 2008 r., Nr 163, poz. 1024).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. 2015 Nr 0 poz. 458).

Rudawska I., *Opieka zdrowotna – aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.

Rybarczyk-Szwajkowska A., Cichońska D., Holly R., *Postrzeganie jakości szpitalnych świadczeń zdrowotnych przez kadrę zarządczą szpitali publicznych*, *Medycyna Pracy* 2016, 67(2).

Rybarczyk-Szwajkowska, *Healthcare quality management in the province of Łódź*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 65-78.

Rydlewska-Liszkowska I., Klimanek M., Klimczak M., *Health Care Services Financing in the Region, an example of Łódź Province*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 79-106.

Rywik S., Broda G., Piotrowski W., Drygas W., *Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – program WOBASZ*, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2004, 6(1), s. 77-83.

Saltman R.B., Duran A., *Governance, Government, and the Search for New Provider Models*, „International Journal Health Policy Management” 2015, 5(1), s. 33-42.

Saltman R.B., Figueras J., *Analyzing the evidence on European health care reforms*, „Health Affairs” 1998, 17(2):85-108.

Saltman R.B., *Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems*, „Social Science and Medicine” 2002, 54(11), s. 1677-1684.

Saltman R.B., *The Western European Experience with Health Care Reform*, European Observatory on Health Care Reforms, 2002.

Saltman R.B., von Otter C., *Planned Market and Public Competition*, Open University Press, Bristol, PA 1992.

Saryusz-Wolska H., *Pozyskiwanie, wykorzystanie i ochrona informacji niezbędnych do podejmowania decyzji w ochronie zdrowia*, [w:] *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym*, Wyd. Akademii Ekonomicznej, Katowice, 2008.

Saryusz-Wolska H., *The adjustment of health care infrastructure to the health care needs and expectations of the region's residents – based on the Province of Łódź*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management – Polityka Zdrowotna” 2013, nr XIII/III, s. 12-23.

Scherer P., Deveaux M., *The Challenge of Financing Health Care in the Current Crisis: An Analysis Based on the OECD Data*, OECD Health Working Paper, No. 49/2010, OECD Publishing.

Schneider M., Kawiorska D., Baran A., Kamińska M., Kozierekiewicz A., Rydlewska-Liszkowska I., Strzelecka A., Szczur M., Wiktorow A., *A system of Health Accounts In Poland*, Warsaw 2001.

Shortell S.M., Kaluzny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.

Siedlecka U., *Prognozowanie ostrzegawcze w gospodarce*, PWE, Warszawa 1996.

Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I., Leatherman S. (eds.), *Performance measurement for health system improvement: experience challenges and prospects*, European Observatory on Health Systems and Policy, Cambridge University Press, Cambridge 2009.

Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce, World Health Organization 2012, http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0016/8251/raport1.pdf.

Stackelberg K., Hahne U., *Teorie rozwoju regionalnego*, [w:] S. Golinowska (red.), *Rozwój ekonomiczny regionów. Rynek pracy. Procesy migracyjne Polska, Czechy, Niemcy*, Raport IPISS, zeszyt 16, Warszawa 1998.

Strategia regionu łódzkiego 2020, cel: dostęp do dobrej jakości usług publicznych (www.strategia.lodzkie.pl) opracowana w oparciu o Krajową Strategię Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, miasta, obszary wiejskie (www.mir.gov.pl).

Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2006-2013, Warszawa, czerwiec 2005 r., <http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/informator/npr2/dokumenty%20strategiczne/strategia%20rozwoju%20ochrony%20zdrowia%20w%20polsce>.

- Strzelecki Z., *Gospodarka regionalna i lokalna*, PWN, Warszawa 2008.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter M.P., *Strategic Management of Health Care Organizations* 6th Edition, Jossey-Bass, Wiley&Sons, Chichester, West Sussex, England 2008.
- System of Health Accounts 2011*, Edition OECD, European Union, World Health Organization 2011.
- Szumlicz T. (red.), *Spółeczne aspekty ubezpieczenia*, SGH, Warszawa 2005.
- The Community Guide, www.thecommunityguide.org.
- The Community Tool Box, www.ctb.ku.edu/en/default.aspx.
- The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities*. European Union 2012.
- The Quality of Financial Expenditures in the EU*. Directorate General for Economic and Financial Affairs. European Economy, Occasional Papers 125, 2012.
- Thomson H., Jepson R., Hurley F., Douglas M., *Assessing the unintended health impacts of road transport policies and interventions: translating research evidence for use in policy and practice*, „Biomedical Central Public Health” 2008, 30(8), s. 339.
- Tomasik T., Windak A., Król Z., Jacobs M., *Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej*, Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2002.
- Toniolo F., Mantoan D., Mraress A., *Veneto Region, Italy: Health system review*, „Health Systems in Transition” 2012, 14(1), s. 1-138.
- Topór-Mądry R., Gilis-Januszewska A., Kurkiewicz J., Pająk A., *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2002. <http://www.bpz.gov.pl/old/file/szac.pdf>.
- Uchwała Nr 14/XXXII/2001 Rady Powiatu Zduńskowolskiego z dnia 3 kwietnia 2001 r. – aktualizacja 2010/2011 r.
- Uchwała Nr 154/XIV/08 Rady Powiatu Pajęczańskiego z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Pajęczańskiego na lata 2008-2015.
- Uchwała Nr 206/XIX/2008 Rady Powiatu Łódzkiego Wschodniego z dnia 28 lutego 2008 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Łódzkiego Wschodniego.
- Uchwała Nr 210/XXX/2005 Rady Powiatu w Bełchatowie z dnia 30 marca 2005 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu Bełchatowskiego na lata 2005-2015.
- Uchwała Nr 221/XXXII/2009 Rady Powiatu w Bełchatowie z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Bełchatowskiego na lata 2008-2015.
- Uchwała Nr 247 /XXIV/2008 Rady Powiatu Łódzkiego Wschodniego z dnia 29 maja 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łódzkiego Wschodniego na lata 2007-2015.

Uchwała Nr LI/865/2006 Sejmiku Województwa łódzkiego z dnia 31 stycznia 2006 roku w sprawie uchwalenia „Strategii Rozwoju Województwa łódzkiego na lata 2007-2020”.

Uchwała Nr LVIII/103/09 Rady Miasta Skierniewice z dnia 9 października 2009 r. w sprawie przyjęcia kierunków rozwoju miasta Skierniewice, określonych w zaktualizowanym opracowaniu pod tytułem „Strategia rozwoju miasta Skierniewice do roku 2015”.

Uchwała Nr VII/124/11 Rady Miasta Piotrkowa Trybunalskiego z dnia 30 marca 2011 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego dla miasta Piotrkowa Trybunalskiego na lata 2008-2015.

Uchwała Nr VIII/85/07 Rady Powiatu z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Zduńskowolskiego.

Uchwała Nr XIV/114/2007 Rady Powiatu Radomszczańskiego z dnia 26 października 2007 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Radomszczańskiego na lata 2008-2015.

Uchwała Nr XIV/143/07 Rady Powiatu Zgierskiego z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Zgierskiego na lata 2007-2015.

Uchwała Nr XIV/80/07 Rady Powiatu Poddębickiego z dnia 29 października 2007 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Poddębickiego na lata 2007-2013.

Uchwała NR XIV/83/07 Rady Powiatu Sieradzkiego z dnia 29 grudnia 2007 r. w sprawie przyjęcia aktualizacji Strategii Rozwoju Powiatu Sieradzkiego na lata 2007-2013.

Uchwała Nr XIX/142/08 Rady Powiatu łaskiego z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie uchwalenia Strategii Rozwoju Powiatu łaskiego na lata 2007-2015.

Uchwała Nr XIX/143/08 Rady Powiatu w Łasku z dnia 24 kwietnia 2008 r. w sprawie uchwalenia "Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu łaskiego na lata 2007-2013".

Uchwała NR XLII / 270/ 2006 Rady Powiatu Rawskiego z dnia 7 lipca 2006 r. w sprawie przyjęcia „Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Rawskiego – Strategii Rozwoju na lata 2007-2013”.

Uchwała NR XLIII/824/12 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Zintegrowanego Rozwoju Łodzi 2020+”.

Uchwała Nr XLIV/876/08 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie przyjęcia „Planu Rozwoju Lokalnego Miasta Łodzi na lata 2007-2013”.

Uchwała Nr XVI/110/2000 Rady Powiatu Poddębickiego z dnia 2 listopada 2000 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Poddębickiego na lata 2000-2010.

Uchwała Nr XVI/146/08 Rady Powiatu w Opocznie z dnia 23 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Opoczyńskiego na lata 2007-2013.

Uchwała Nr XVII/135/2004 Rady Powiatu łęczyckiego z dnia 30 czerwca 2004 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu łęczyckiego 2004-2014.

Uchwała nr XVII/98/08 Rady Powiatu w Wieluniu z dnia 4 marca 2008 r. w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Powiatu Wieluńskiego na lata 2007-2013.

Uchwała Nr XXII/161/08 Rady Powiatu Pabianickiego z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Pabianickiego na lata 2007-2013.

Uchwała nr XXII/187/2008 Rady Powiatu Łęczyckiego z dnia 19 listopada 2008 r. w sprawie uchwalenia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Łęczyckiego na lata 2008-2013 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

Uchwała Nr XXIII/ 143/ 2008 Rady Powiatu w Brzezinach z dnia 5 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego dla Powiatu Brzezińskiego na lata 2007-2013.

Uchwała Nr XXIII/126/08 Powiatu Wieruszowskiego z dnia 26 czerwca 2008 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Wieruszowskiego.

Uchwała Nr XXIV/130/08 Rady Powiatu Skierniewickiego z dnia 30 października 2008r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Skierniewickiego na lata 2007-2015.

Uchwała Nr XXXIII/224/02 Rady Powiatu z dnia 4 października 2002 r. w sprawie przyjęcia „Strategii Rozwoju Powiatu Piotrkowskiego do 2015 roku”.

Uchwała NR XXXIX/233/2002 Rady Powiatu Łowickiego z dnia 27 lutego 2002 r. w sprawie przyjęcia Strategii Powiatu Łowickiego.

Uchwała Nr 81/XIV/2007 Rady Powiatu w Kutnie z dnia 12 października 2007 r. w sprawie przyjęcia Planu Rozwoju Lokalnego Powiatu Kutnowskiego wraz z wieloletnim planem inwestycyjnym na lata 2007-2013.

Uchwała NR 71/XII/2007 Rady Powiatu w Kutnie z dnia 8 sierpnia 2007 r. w sprawie przyjęcia dokumentu pn.: „Strategia Rozwoju Społeczno - Gospodarczego Powiatu Kutnowskiego na lata 2007-2015.

United Nations Development Programme. Podsumowanie Krajowego Raportu o Rozwoju Społecznym. Polska 2012. Rozwój regionalny i lokalny, Biuro Projektowe UNDP w Polsce, Warszawa 2012.

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2015, poz. 1916).

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).

Ustawa z dnia 15 marca 1933 r., o zbiórkach publicznych (Dz.U. z 1933 r., Nr 22, poz. 162 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2010 nr 11 poz. 66).

Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. Nr 96, poz. 593 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz.U.1998.91.578).

Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U.1998.91.576).

Ustawa z dnia 8 marca 1999 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. 01, Nr 42, poz. 1591 ze zm.).

Vogler S, Österle A, Mayer S., *Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries*, „International Journal for Equity in Health” 2015, 14(1), s. 124.

Vos de M., Graafman W., Kooistra M., Meijboom B., van der Voort P., Westert I.G., *Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature*, „International Journal for Quality in Health Care” 2009, 21(2).

Walburg J., Bevan H., Wildenspin J., Lemmens K., *Performance Management in Health Care*, Routledge, Abingdon, Oxfordshire, UK 2006.

White J., *Competing Solution: American Health Care Proposal and International Experience*, Brookings, Washington D.C. 1995.

Whitfield M., Surowiec M., Kautsch M., *Zarządzanie jakością*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

WHO Working Group. *Quality Ace In Health Care*, 1989, s. 79-95.

WHO, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, in *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*, WHO 2009.

WHO: *Putting People and Health Needs on the Map*, WHO, Geneva 2007.

Wilkinson R., Marmot M. (ed.), *Social determinants of health. The solid facts*, 2nd edition, WHO 2003.

Windak A., Tomasiak T., Domagała A., *Guidebook for teachers of family medicine on health promotion and disease prevention*, Kraków 2010.

Witecka K., *Polityki lokalne na podstawie ochrony zdrowia i pomocy społecznej*, 31 marca 2010, <http://sknhp.ujk.edu.pl/index.php/prace/31-general/64-polityki-lokalne-na-podstawie-ochrony-zdrowia-i-pomocy-spoecznej>.

Włodarczyk C.W., Poździej S., *Systemy zdrowotne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

Włodarczyk C.W., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

Wójcicki J.M., Ładyżyński P. (red.), *System monitorowania i scenariusze rozwoju technologii medycznych w Polsce*, Konsorcjum ROTMED, Warszawa 2008, s.19.

Wójcik M., Kłosowska B., Rudka R., Skóbel B., *Samorządowe programy zdrowotne. Jak je dobrze realizować?*, Instytut Oświaty Zdrowotnej Fundacja Haliny Osińskiej, Warszawa 2013.

Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, PZWL, Warszawa 2009.

Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012.pdf.

Wojtyński B., Rabaczenko D., Pokarowski P., Poznańska A., Stokwiszewski J., *Atlas umieralności ludności Polski w latach 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl/page3.html>.

Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym – 2011. Studia i Analizy Statystyczne. GUS, Warszawa 2012.

Wurzbach M.E. (red.), *Community Health Education and Promotion, A Guide to Program Design and Evaluation*, 2nd ed., Aspen Publishers.

Wysocki M.J., Miller M., *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 53, 505-512.

Zalecenie Rady z dnia 8 lipca 2014r. w sprawie krajowego programu reform Polski na 2014 r. oraz zawierające opinię Rady na temat przedstawionego przez Polskę programu konwergencji na 2014r. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej nr C247 z dn. 29.07.2014r.

Zarieczna-Baran M., *Potrzeby zdrowotne*. http://bazaprogramow.zdrowiedlapomorzan.pl/public_html/upload/Potrzeby%20zdrowotne.pdf.

Zelman W.N., Pink G.H., Mathias C.B., *Use of the balanced scorecard in health care*, „Journal of Health Care Finance” 2002, 29(4).