

Cezary Włodarczyk, Iwona Kowalska, Anna Mokrzycka

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

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

## ■ Wprowadzenie. Podstawowe założenia metodologiczne

Proponowana matryca *Health Policy Assessment* (HPA) jako uniwersalne narzędzie badawcze ma służyć ocenie polityki zdrowia publicznego oraz polityki zdrowotnej na różnych poziomach i w odniesieniu do zróżnicowanych merytorycznie kryteriów oceny. Została zaprojektowana jako rozbudowany, wieloczęściowy kwestionariusz ewaluacyjny, składający się z detalicznych analiz cząstkowych<sup>1</sup>. Narzędzie to w założeniu ma znaleźć zastosowanie w wymiarze zarówno polityki krajowej, jak i wspólnotowych działań, celów, możliwości, kierunków, efektów oraz na płaszczyźnie badań porównawczych<sup>2</sup> w odniesieniu do poszczególnych systemów zdrowotnych Unii Europejskiej (UE), do ich części składowych, poszczególnych elementów konstytutywnych czy segmentów. W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę na trudności, jakie wiążą się z problematyką *cross-national policy learning* [1], co ma bezpośredni związek z jakością i metodologią badań porównawczych, oraz podkreślić znaczenie odpowiednio opracowanych narzędzi do analiz. Jako koncepcja metodologiczna matryca HPA ma stanowić również instrument służący ocenie określonych konkretnych polityk cząstkowych – tak na poziomie wspólnotowym, jak i krajowym. Szczególnie istotne jest jej zastosowanie w odniesieniu do oceny kluczowych zagadnień systemowych w perspektywie reform zdrowotnych – narzędzie powinno dawać możliwość kompleksowego podejścia do procesów zachodzących we współczesnych systemach ochrony zdrowia i komparatystycznych analiz cząstkowych.

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

Dla potrzeb opracowania matrycy w jej podstawowej formie przyjęto cztery główne „obszary” matrycy HPA – kwestionariusze cząstkowe – które mogą stanowić kompletne elementy autonomiczne lub być syntetyzowane/agregowane/modyfikowane odpowiednio do pojawiającej się koncepcji badawczej<sup>3</sup>. HPA to narzędzie o otwartej konstrukcji, jej zakres przedmiotowy może być rozszerzany o kolejne segmenty – zaletą narzędzia jest możliwość jego „rozciągania” w zależności od identyfikowanych nowych procesów, problemów, zmian zachodzących we współczesnych systemach, nowych koncepcji i podejść w polityce na różnych poziomach. Matryca w założeniu może być zatem stale rozbudowy-

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

Obszary przyjęte jako metodologiczny i merytoryczny punkt wyjścia<sup>4</sup> dla konstrukcji i zawartości matrycy HPA to wątki aktualnie szczególnie istotne: wspólna europejska polityka zdrowotna; nowe zarządzanie publiczne w ochronie zdrowia; specyfika systemowa i reformy zdrowotne; procesy decentralizacji w systemach zdrowotnych. W koncepcji struktury HPA przyjęto także założenie, że wskazane powyżej zagadnienia należy analizować w świetle funkcji zdrowia publicznego, których zróżnicowane katalogi stanowią istotny punkt odniesienia dla oceny zgodności podejmowanej polityki z zakładanymi na poziomie teoretycznym celami w zdrowiu publicznym, ponadto pozwalają na umieszczenie analizy w kontekście międzynarodowym (regionalnym).

## 1. Wspólnotowa polityka zdrowia publicznego

### 1.1. Identyfikacja unijnych obszarów działań w dziedzinie zdrowia publicznego

Zaczynając od wspólnotowej polityki zdrowia publicznego (zdrowotnej) w kontekście budowy narzędzia, przyjęte zostały ustalenia dotyczące zasadniczego jej przedmiotu, mechanizmów i podziału kompetencji między poszczególne podmioty<sup>5</sup> [2]. W Unii podstawowym pytaniem była, i nadal nie traci na znaczeniu, kwestia podziału kompetencji między Unią a krajami członkowskimi. Ogólną zasadą, zgodnie z którą dokonuje się rozdziału kompetencji, jest zasada pomocniczości (subsidiarności), wprowadzona w Traktacie z Maastricht<sup>6</sup>. Zgodnie z oficjalnym sformułowaniem w zakresie kompetencji UE powinno znaleźć się uzupełnianie działań krajowych w dziedzinie zdrowia. Zadanie to miałyby obejmować<sup>7</sup>:

- 1) ochronę ludności przed zagrożeniami dla zdrowia i chorobami;
- 2) promowanie zdrowego stylu życia;
- 3) ułatwienie władzom krajów UE współpracy w dziedzinie zdrowia<sup>8</sup>.

Bez wątplenia wątki należące do wspólnotowej polityki zdrowotnej oraz problematyka jej wpływu na politykę krajową to istotny dla konstrukcji HPA kontekst: Komisja Europejska przedstawiła strategiczne podejście do unijnej polityki zdrowia na lata 2008–2013, które miało na celu stworzenie ogólnych ram obejmujących nie tylko kwestie związane ze zdrowiem w Europie, lecz również tematy o szerszym zasięgu, jak zdrowie we wszystkich obszarach polityki czy zdrowie na świecie. Polityka zdrowotna UE była i jest obciążona wynikającym z przeszłości wewnętrznym konfliktem<sup>9</sup> [3]. Można przypuszczać, że jest on efektem przyjmowanego niegdyś ostrego rozróżnienia między zdrowiem publicznym a opieką medyczną<sup>10</sup> [2]. Współcześnie ostrość tego podziału osłabła, ale jest nadal obecna w tekstach traktatów kształtujących rzeczywistość prawną UE. Duch konserwatywnego

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

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

W dyskusji dotyczącej kształtowania europejskiej polityki zdrowotnej znaczące miejsce zajmuje obecnie postulat: *There can be no Europe, without a Europe of Health*<sup>11</sup> [4]. Unia powinna chronić obywateli przed zagrożeniami zdrowotnymi, rozwijać współpracę w sprawach zdrowia, włączać troskę o zdrowie w przygotowywanie i wdrażanie wszystkich programów i interwencji<sup>12</sup> [5]. Nie jest możliwe wyrównanie poziomu między krajami bez poprawy stanu zdrowia obywateli w krajach biednych. W tej perspektywie rola UE to także troska o zdrowie, co może być szansą rozwoju i osiągnięcia spójności społecznej, ale i korzyści ekonomicznych. Wyraźnym i znaczącym krokiem w tym kierunku jest przyjęcie wspomnianej wyżej dyrektywy UE o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, a jej stosowanie będzie miało istotne znaczenie dla oceny polityki krajowej.

W stosunku do europejskiej części matrycy HPA istotne są fundamentalne ustalenia dotyczące tego wymiaru polityki zdrowotnej. Podstawowe zasady i zakres polityki zdrowotnej/zdrowia publicznego UE są ukształtowane postanowieniami traktatowymi<sup>13</sup>, przy czym przełomem były postanowienia Traktatu z Maastricht (TM)<sup>14</sup>, rozwijane w Traktacie z Amsterdamu (TA)<sup>15</sup> i Traktacie z Lizbony (TL)<sup>16</sup>. Lista problemów, które są stawiane w europejskiej polityce zdrowotnej/zdrowiu publicznym, przy wskazaniu zmieniającego się – wzbogacanego – sposobu rozumienia poszczególnych zagadnień, obejmuje:

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

W kontekście wskazanych powyżej zagadnień trzeba uwzględnić ogólne wartości i zasady jako podstawy ewaluacji. Zasady te zostały bezpośrednio sformułowane w konkluzjach rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej UE<sup>17</sup>, kiedy to za najistotniejsze wartości uznano: powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność. Ponadto do zbioru zasad zaliczono: wysoką jakość świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwo, ochronę przed wprowadzającymi w błąd reklamami produktów ochrony zdrowia oraz metod terapii, zasadę *evidence based medicine*, przestrzeganie wymogów etycznych, angażowanie pacjentów w sprawy dotyczące zdrowia, prawo domagania się zadośćuczynienia w przypadku złego obrotu spraw, gwarancje prywatności i poufności<sup>18</sup>. Lista zasad najważniejszych z punktu widzenia europejskiej polityki obejmuje poniżej wskazane zagadnienia:

- 1) zasady wynikające z Programu działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013<sup>19</sup>;
- 2) stabilność finansową<sup>20</sup>;
- 3) bezpieczeństwo pacjentów<sup>21</sup>;
- 4) prawa pacjentów<sup>22</sup>;
- 5) finansowanie opieki zdrowotnej;
- 6) dialog społeczny i przyszłość (cztery zasady: trwałość – *sustainability*, sprawiedliwość – *equity*, solidarność – *solidarity*, odpowiedzialność – *accountability*);
- 7) ubezpieczenia prywatne<sup>23</sup> (dyrektywa „kodyfikująca”<sup>24</sup>);
- 8) podstawową opiekę zdrowotną<sup>25</sup>;
- 9) *health technology assessment*<sup>26</sup> (liczne projekty UE<sup>27</sup> i analizy<sup>28</sup> [6] utworzenie European Network for Health Technology Assessment – EUnetHTA<sup>29</sup>);
- 10) *health impact assessment*<sup>30</sup> [7];
- 11) szczegółowe polityki zdrowotne<sup>31</sup>.

## 1.2. Założenia przyjęte dla opracowania matrycy w świetle uwarunkowań UE

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

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

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

jowych wątki – na potrzeby niniejszego opracowania zagadnienia opieki transgranicznej.

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

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

## 2. Opieka transgraniczna w europejskiej polityce zdrowia publicznego

### 2.1. Typologia standardów

W kontekście europejskiej polityki zdrowia publicznego działania potencjalnie podlegające procesowi ewaluacji czy weryfikacji to obszary, w których wyróżnia się dwie zasadnicze grupy standardów<sup>32</sup>:

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

W ramach grupy pierwszej podział wynika z rozróżnienia na regulacje tzw. twardego prawa wspólnotowego (*hard law*) i regulacje prawa miękkiego (*soft law*) [9, 10]. Charakter prawny regulacji jest formalnie decydujący dla specyfiki standardu i jego implementacji. Rozróżnienie *hard law* i *soft law* dotyczy prawa wtórnego, nie stosuje się do prawa pierwotnego (traktaty) [9]. Standardy zdefiniowane w normach twardych muszą być bezwzględnie stosowane, co wynika z natury regulacji wspólnotowej, są to standardy o charakterze normatywnym. W ramach norm „miękkich” standard ma charakter postulatyczny (*guidelines, communications, codes of conduct*), jego stosowanie może być w wysokim stopniu uzależnione od woli i możliwości danego kraju członkowskiego bądź zawieszane w czasie (okresy przejściowe, dostosowawcze)<sup>33</sup> [11]. Wyraźną tendencją jest zjawisko stopniowego przeobrażania się prawa miękkiego w normy twarde<sup>34</sup> [12], zawarte w traktatach, porozumieniach międzynarodowych, zasadach prawa zwyczajowego, z których dla państw wynikają bezpośrednio prawnie wiążące zobowiązania. Wielu autorów podkreśla szczególną rolę prawa miękkiego w obszarach związanych ze zdrowiem [13].

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

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

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

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

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

można wskazać jego zakres obowiązujący w określonym czasie.

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

Pomiędzy standardami normatywnymi i doktrynalnymi szczególnie miejsce zajmuje wymykająca się sztywnemu podziałowi kategoria różnego rodzaju dokumentów politycznych, których w ciągu wielu już lat powstało bardzo dużo w europejskiej polityce zdrowotnej, a nawet szerzej – światowej. Ich charakter jest zróżnicowany, niektóre należą do kategorii prawa międzynarodowego publicznego (problem mocy wiążącej), inne są wyłącznie rekomendacjami (np. zalecenia WHO), jeszcze inne to propozycja programów, które potencjalnie mogą stać się podstawą obowiązującej regulacji. W sferze polityki zdrowia publicznego w UE w praktyce standardy dotyczą zagadnień należących do specyficznych, ukierunkowanych na konkretny problem polityk szczegółowych<sup>35</sup>. Są one odrębnie regulowane przez przepisy oraz dokumenty unijne i podlegają konsultacjom pomiędzy UE a krajami członkowskimi, często z udziałem różnych podmiotów zaangażowanych w sferę konkretnej polityki. Jest to proces, dzięki któremu standardy te, stopniowo i wyłącznie na drodze wzajemnych uzgodnień, mogą stawać się częścią zarówno polityk poszczególnych krajów członkowskich UE, jak i programów adresowanych do całej społeczności UE w formie wspólnotowych regulacji czy dokumentów politycznych.

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

Sytuacja w sferze wspólnotowej polityki dotyczącej tzw. opieki transgranicznej jest innego rodzaju problemem. Pojęcie to odnosi się do całej grupy zagadnień<sup>36</sup>, z jednej strony o charakterze problemów wspólnych dla całej UE, gdzie często mamy do czynienia z wypracowanymi standardami postulatycznymi (prawo do zdrowia, równość, sprawiedliwość), ale niekoniecznie normatywnymi, z drugiej – do zagadnień silnie uwarunkowanych systemowo, krajowo (braki w zasobach systemowych, poziom technologiczny, profesjonalny, infrastruktura). Taka sytuacja ma właśnie miejsce w opiece transgranicznej. Poczynając od fundamentalnych zasad UE, przede

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

W stosunku do opieki transgranicznej w UE problem konieczności uzgodnienia wspólnego rozwiązania w tej sferze europejskiej polityki zdrowotnej stał się w ostatnich latach szczególnie istotny [14]. Można stwierdzić, że po długim okresie niepewności prawa w tej sferze, wynikającym zwłaszcza z trudności interpretacyjnych i kontrowersji wokół orzeczeń ETS, w polityce wspólnotowej pojawiła się potrzeba opracowania nowego rozwiązania – standardu normatywnego dotyczącego zasad opieki transgranicznej w UE. Geneza aktualnego podejścia sięga regulacji zawartych w samych traktatach. W Traktacie z Maastricht<sup>37</sup> problem opieki transgranicznej w ogóle nie pojawił się w bezpośredni sposób, choć traktat stanowił zapowiedź zmian w podejściu do problemu ochrony zdrowia w UE, dzięki zamieszczonemu tam stwierdzeniu, że „przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”.

Kolejne zapisy – najpierw Traktatu Amsterdamskiego<sup>38</sup>, a następnie Traktatu Lizbońskiego<sup>39</sup> – znacznie poszerzyły rozumienie sfery odpowiedzialności Unii za zdrowie obywateli państw członkowskich, wyraźnie wskazując obszar zdrowia publicznego jako jej odniesienie (i zadanie). Traktat Lizboński stanowił szczególnie istotny krok w kierunku podejmowania wspólnych działań ukierunkowanych na zagadnienia opieki transgranicznej: UE uznała potrzebę współpracy w tym obszarze. W traktacie bezpośrednio zastosowano zwrot wskazujący na cel działania UE: „zwiększenie komplementarności usług zdrowotnych w regionach przygranicznych.”

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

- 1) harmonizację krajowych przepisów ustawowych i wykonawczych<sup>41</sup>;
- 2) odpowiedzialność za organizację i świadczenie usług zdrowotnych<sup>42</sup>;
- 3) odpowiedzialność za politykę zdrowotną, organizację i świadczenie usług zdrowotnych<sup>43</sup>.

UE stanowczo podkreślała problem zakazu harmonizacji przepisów, zapisy te konsekwentnie włączano do kolejnych traktatów. Podkreślono też wyłączność kompetencji organizacyjnych, zarządczych i w zakresie finansowania funkcjonowania systemów zdrowotnych<sup>44</sup>. W TL wyraźnie stawia się problem „poszanowania obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej”. W treści przepisów precyzowano, że „obowiązki Państw Członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również przydział przyznanych im zasobów”. Zastrzegano także, że działania muszą być realizowane „z wyłączeniem jakiegokolwiek harmonizacji przepisów ustawowych i wykonawczych Państw Członkowskich”. Jednak dostrzec należy, że to ostatnie mogło dotyczyć jedynie aktywności przeciwdziałania następstw nadużywania alkoholu, a nie innych zadań.

Niezwykle istotną rolę w sferze opieki transgranicznej odegrał ETS<sup>45</sup>. Ogólnym celem ETS jest, poza zapewnieniem stosowania prawa wspólnotowego w UE i kontrolą legalności działań, ujednoczenie wykładni prawa wspólnotowego w krajach członkowskich, jego harmonizacja, co – jak wspomniano – na gruncie zapisów traktatowych UE nie było włączane do polityki zdrowotnej! [15]. Tymczasem w kwestii opieki transgranicznej orzecznictwo ETS – posiadające supranarodowy i precedensowy charakter – w konsekwencji doprowadziło do takiego skutku w przypadku spraw kilku europejskich pacjentów<sup>46</sup>. Problem pojawił się, ponieważ orzeczenia ETS nie były zgodne z dotychczasowym systemem wynikającym z regulacji Rozporządzenia 1408/71 UE – a właściwie wprowadzały dualizm podejścia w ramach UE. Pierwszy system (R1408/71) wymagał preautoryzacji ubezpieczyciela w przypadku tzw. świadczenia planowego, drugi – „traktatowy” – został przez ETS „wywiedziony” z zasady swobodnego przepływu, a w konsekwencji możliwe jest oparcie na nim twierdzenia o istnieniu swoistego europejskiego prawa do ochrony zdrowia<sup>47</sup>.

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

- 1) brak wpływu w stosunku do świadczeń zdrowotnych udzielanych w sytuacjach nagłego zagrożenia – zgodnie z przyjętymi zasadami wynikającymi z tzw. systemu E111<sup>48</sup>, gwarantującego bezgotówkowe leczenie (bezpośredni transfer płatności między ubezpieczycielem kraju pochodzenia a świadczeniodawcą);
- 2) zmiany w stosunku do systemu E112 – tzw. leczenia planowego: przede wszystkim w stosunku do wymogu autoryzacji, który był uznawany za konsekwencję prerogatywy krajów członkowskich w zakresie wydawania autoryzacji, natomiast ETS stał na stanowisku, że wymóg ten nie jest zgodny z zasadami swobodnego przepływu.

Formularze, mocą Decyzji Komisji Administracyjnej nr 197 z 23.03.2004 r., zostały zastąpione Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego<sup>49</sup>. Na podstawie jej okazania pacjent nie ponosi kosztów leczenia w sytuacjach nagłych, natomiast w zakresie leczenia planowego sytuacja jest skomplikowana: w warunkach preautoryza-

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

### 2.3. Aktualny stan prawny. Uwarunkowania Dyrektywy transgranicznej

Dnia 19.01.2011 r. Parlament Europejski przyjął (pierwsze czytanie 8.06.2009 r.) tzw. Dyrektywę transgraniczną „Pacjenci bez granic” UE<sup>50</sup>, która była już w 2009 r. szeroko komentowana w mediach jako wielkie otwarcie rynków zdrowotnych dla polskich pacjentów. Twierdzono, że z chwilą wejścia w życie nowych zasad pacjent będzie się mógł leczyć w dowolnym szpitalu na terenie Unii, a NFZ pokryje całkowite koszty leczenia, przy czym *novum* w stosunku do systemu E112 miało być zniesienie wymogu autoryzacji przez krajową instytucję decyzyjną (płatnika). Przewidywano, że turystyka medyczna w Polsce będzie szansą dla chorych czekających w kolejkach na zabiegi onkologiczne, okulistyczne i ortopedyczne. Straszono perspektywą eksodusu pacjentów do krajów UE i koniecznością finansowania udzielanych tam świadczeń – często wielokrotnie droższych niż odpowiednie świadczenia w kraju, a nawet przywoływano możliwość dokonywania na jej podstawie przez Polki aborcji zagranicą<sup>51</sup>. Dyrektywa spotkała się z oporem polskiego Ministerstwa Zdrowia, stanowisko to nie zmieniło się do chwili obecnej<sup>52</sup>. Pytanie o istotę dyrektywy transgranicznej, o treść jej postanowień, jest w istocie pytaniem o obowiązujący wkrótce standard normatywny w sferze zakresu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w UE. Standard ten określa status pacjentów – obywateli UE także wobec instytucji systemu krajowego, choć dyrektywa nie rozstrzyga kwestii autoryzacji, pozostawiając państwom członkowskim ostateczny głos w kwestii odpowiednich wymogów. Jest to wynik kompromisu, który okazał się konieczny w trakcie prac nad finalną wersją regulacji.

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

To, co już można o dyrektywie jako standardzie normatywnym powiedzieć z całą pewnością, to to, że w każdym wypadku pozostaje obowiązek refundacji wszystkich kosztów leczenia w krajach Unii, o ile zachodzi sytuacja nagłego wypadku (choć sam problem kwalifikacji „nagłości” może w określonych wypadkach przysparzać trudności interpretacyjnych<sup>53</sup>). Zgodnie z treścią dyrektywy NFZ powinien pokryć też koszty planowego leczenia zagranicą, przy czym wymagane jest spełnienie dwóch kategorii kryteriów: pierwsza odwołuje się do wymogów *stricte* medycznych: zabieg ma decydujące znaczenie dla zdrowia i życia, druga – do kryteriów uwarunkowanych systemowo: zabiegu nie można wykonać w Polsce. W tym sensie dyrektywa opiera się na przyjętych wcześniej regulacjach oraz zasadach ustalonych w dotychczasowych orzeczeniach ETS. Szczególnie istotne jest tu przyjęcie zasady dotyczącej wysokości finansowania leczenia (zwrotu kosztów) – zasadniczo tylko do wysokości kwoty, jaką za dany zabieg ubezpieczyciel zapłaciłby świadczeniodawcy w kraju pochodzenia pacjenta<sup>54</sup>.

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

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

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

### 3. Nowe Zarządzanie Publiczne

#### 3.1. Strategie i narzędzia nowego zarządzania publicznego

Nowe zarządzanie publiczne (NZP) wskazuje na podobieństwo organizacyjnych cech administracji publicznej i sektora prywatnego (*profit seeking organizations*), a także sektora pozarządowego (*non-governmental organizations/not-for-profit organizations*), eksponując znaczenie profesjonalnego zarządzania i efektywności. Przez efektywność, zgodnie z konwencją anglosaską, należy rozumieć zarówno skuteczność, jak i ekonomiczność<sup>55</sup>. Założenia NZP opisywane są w odmienny sposób przez różnych autorów, np. jako restrukturyzacja organizacji, zastosowanie mechanizmów rynkowych, koncentracja na wynikach [17], czy też jako „efektywność”, „zmniejszanie i decentralizacja”, „w poszukiwaniu doskonałości”, „orientacja na usługi publiczne” [18] i określane często mianem strategii bądź modeli.

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

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

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

1. Administracja publiczna powinna być zorientowana na osiągnięcie wyników.

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

2. Stosowanie mechanizmów konkurencji rynkowej.

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

3. Administracja publiczna powinna być zorientowana na klienta.

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

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

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

5. Zmiana regulacji w administracji publicznej.

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

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

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

7. Racjonalne dysponowanie zasobami ludzkimi, rzeczowymi i finansowymi.

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

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

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

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

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

10. Administracja publiczna powinna być apolityczna.

Oznacza to, że administracja powinna być wolna od wszelkich nacisków i wpływów politycznych, menadżerowie powinni zarządzać i podejmować decyzje zgodnie ze swoją wiedzą i przekonaniem, a nie pod wpływem nacisków zainteresowanych podmiotów<sup>56</sup>.

### 3.2. Specyfika nowego zarządzania publicznego w ochronie zdrowia

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

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

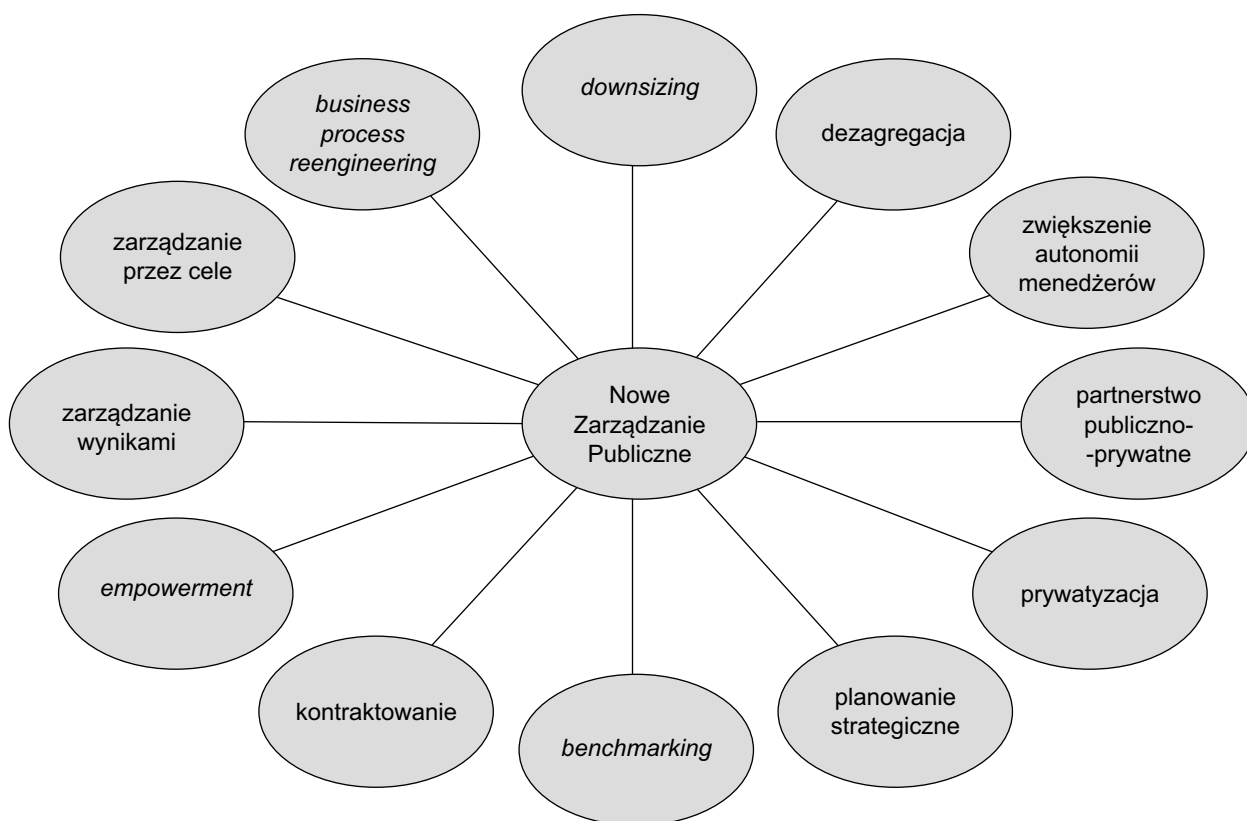
mie zdecentralizowanych uprawnień zdrowotnych proces decyzyjny będzie odzwierciedlał szeroko rozumianą specyfikę danego poziomu (sektor publiczny *versus* niepubliczny, autonomia decyzyjna *versus* jej brak, ilość zasobów finansowych, zasobów ludzkich, umiejętności kadry zarządzającej i urzędniczej itp.)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

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

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

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





**Rysunek 1.** Sposoby realizacji założeń nowego zarządzania publicznego.

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

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

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

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

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

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

Koniec XX wieku to w Europie czas zasadniczych reform, m.in. transformacji systemów ochrony zdrowia w państwach postsowieckich, ale także głębokich zmian w strukturach i zasadach systemów „starej” Europy: w pierwszym przypadku najczęściej zmian modeli wzorcowych, w drugim zacierania się tych modelowych elementów do systemów publicznych [33]. Od lat 90.<sup>57</sup> proces ten intensyfikuje się w sferach nowych zasad współpłacenia i partycypacji, dodatkowych segmentów w postaci ubezpieczeń uzupełniających, suplementarnych lub substytucyjnych, abonamentów pakietów pracowniczych, nowych procedur postępowania i instytucji, metod za-

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

Ocena wpływu specyfiki systemów ochrony zdrowia na kierunki i obszary realizacji europejskiej polityki zdrowia publicznego ma istotne znaczenie dla ogólnej analizy i ewaluacji polityki zdrowotnej, a obecnie podejście nieuwzględniające perspektywy reform byłoby obciążone dużym błędem. Taki punkt wyjścia zakłada prowadzenie analizy w odniesieniu do stale rozwijającego się procesu, a nie do skostniałego modelu, spetryfikowanego wzorca, choć zasadnicze elementy tego wzorca, ich specyfika, mogą mieć niezwykle istotny wpływ na kontinuum działań w sferze polityki zdrowotnej i samych reform. W tym kontekście standardy przydatne do takiej oceny przy zastosowaniu uniwersalnego i innowacyjnego narzędzia muszą się odwoływać, po pierwsze, do konstrukcji pojęcia systemu zdrowotnego i jego specyfiki w znaczeniu teoretycznego narzędzia analitycznego stanowiącego syntezę cech różnych systemów krajowych, zbiór standardów definiujących te systemy<sup>59</sup> [36], oraz, po drugie, do procesu, do zidentyfikowanych zasadniczych elementów zmiany, wskaźników jej dynamizmu, przyczyn inercyjności, czynników oddziałujących na kierunki zmian, także do takich cech, jak: racjonalność i irracjonalność, inicjatywność i spontaniczność, sterowalność i aberracyjność, jedno- i wielokierunkowość, przewidywalność i nieprzewidywalność, nieuniknioność i możliwość przeciwdziałania, masowość (powszechność) i jednostkowość, istotność i marginalność czy samoindukcyjność zachodzących procesów. W kontekście specyfiki systemów model matrycy oceny europejskiej polityki zdrowotnej będzie musiał przede wszystkim uwzględniać różne rozwiązania modelowe, w szczególności podstawowe rozróżnienie na ubezpieczeniowy i budżetowy model systemu ochrony zdrowia, natomiast w stosunku do procesów reform – poza innymi kryteriami odnoszącymi się do przedmiotu i podmiotów reform, ich celów, sił, środków i barier – także wskazane powyżej cechy zachodzących zmian. Istotne są w tym względzie także procesy decentralizacji, choć niestety nadal można stwierdzić wyraźne braki w zakresie przydatnych do oceny polityki systemowej badań obrazujących relacje pomiędzy decentralizacją a zmianami systemowymi aktualnie wdrażanymi w ochronie zdrowia [30].

W latach 80. WHO w swojej definicji systemu zdrowotnego przywołała fundamentalny standard w stosunku do systemu zdrowotnego w ogólności: skutek zdrowotny funkcjonowania tego systemu w stosunku do populacji nim objętej – w oczywisty sposób pozytywny<sup>60</sup>. Bez tego skutku – racja merytoryczna tworzenia, istnienia i rozwijania systemu upada, a przynajmniej może być kwestionowana. Ten pozytywny skutek w kontekście funkcjonowania systemu musi być postrzegany w kategoriach takich fundamentalnych zasad, jak niekwestionowane dziś prawo do ochrony zdrowia, zasady sprawiedliwości i równości oraz społecznej solidarności<sup>61</sup>, ale także w aspekcie efektywności samego systemu<sup>62</sup>. Treści składające się na pojęcie misji polityki zdrowotnej muszą być brane pod uwagę w kontekście ewaluacji polityki, oceny ukierun-

kowanej na stwierdzenie, czy podjęte działania można określić pojęciem „dobrej”, czy „złej” polityki<sup>63</sup> [37].

Racja merytoryczna tworzenia i rozwijania systemów zdrowotnych wiąże się bezpośrednio z pojęciem wielu współistniejących celów systemowych. Są one zróżnicowane, zhierarchizowane i wartościowane, może dochodzić między nimi do konfliktów i dotyczą różnego rodzaju obszarów: powiązanych ze zdrowiem i z organizacją systemów, interesami grup – uczestników systemu<sup>64</sup>. Cele systemowe – oraz cele reform – uznawane są za istotne standardy oceny polityki zdrowotnej<sup>65</sup> [38], co jest zasadniczym zadaniem opisywanej koncepcji narzędzia analityczno-ewaluacyjnego, matrycy HPA. W kontekście celów systemowych warto jeszcze raz szczególnie podkreślić te odnoszące się bezpośrednio do poprawy ogólnego statusu zdrowotnego populacji, co rozszerza stosowaną perspektywę ewaluacji polityki zdrowotnej poza ramy samego systemu ochrony zdrowia na sferę zdrowia publicznego i przesuwa akcenty tej oceny w kierunku różnych relacji z otoczeniem systemu.

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

## 4.2. Typologia standardów

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

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

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

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

Standardy doktrynalne, podobnie jak w pozostałych obszarach oceny polityki, można opisać za pomocą typowych dla nich pojęć odwołujących się do wiedzy i kompetencji<sup>66</sup>. Jak wspomniano, mają ocenny charakter często jako zgeneralizowane lub specyficzne wnioski wynikające z analizy danej sytuacji, porównania lub syntezy. Służą identyfikacji oczekiwanego, „idealnego” stanu, takiego, do którego się dąży (a który niekoniecznie musi być zweryfikowany pozytywnie w praktyce). Od długiego już czasu w stosunku do polityki zdrowotnej, zwłaszcza na szczeblu krajowym, postulat uwzględniania tych standardów w działaniach decydentów jest stale przywoływany w stosunku do bardzo różnych działań. Ta pożądana „inkorporacja” standardu doktrynalnego do krajowej polityki na różnych poziomach ma w tym kontekście szczególnie istotne znaczenie, gdyż na szczeblu UE odpowiednie praktyki stały się integralną częścią podejmowanych polityk (oparcie działań i programów na nauce, dostępnej wiedzy, rzetelnych danych). Tak jak w przypadku polityki europejskiej w politykach krajowych realny wpływ tych standardów na kształt polityki zdrowotnej jest uzależniony od wielu skomplikowanych czynników<sup>67</sup> [2].

Jak wspomniano, w stosunku do identyfikacji i analizy standardów normatywnych i doktrynalnych konieczne jest stosowanie odmiennej metodologii. Standard normatywny istnieje „obiektywnie” (w sensie formalnym, co nie ma nic wspólnego z jego zobiektywizowaniem w sensie merytorycznym), a to oznacza, że możliwość jego identyfikacji wynika z określonej normy prawnej. Prawdopodobność takiego wskazania zależy z kolei od właściwego umiejscowienia standardu w systemie prawa. Także i tu istotne jest określenie poziomu, zakresu podmiotowego i przedmiotowego regulacji, właściwe stosowanie reguł interpretacyjnych, zasad wykładni (ze szczególnym uwzględnieniem wykładni systemowej, funkcjonalnej i legalnej), wskazanie zakresu obowiązywania w czasie<sup>68</sup>.

W przypadku pojęcia standardów normatywnych w obszarze reform systemowych warto także zwrócić uwagę na problem tzw. przedwczesnej innowacji normatywnej [40], który dotyczy sytuacji, gdy drogą legislacji wprowadzany jest nowy standard – postulowany jako oczekiwany, pożądan stan rzeczy. Taka regulacja normatywna wyprzedza wiele procesów, zmian, konkretnych zachowań, działań, decyzji – które są niezbędne dla jej prawidłowego funkcjonowania w otaczającej rzeczywistości, a które w praktyce nie następują. Przyczyny takiej sytuacji mogą być bardzo zróżnicowane, często dotyczą sfery stosunków społecznych, uwarunkowań kulturowych, ekonomicznych, ale także konsekwencji popełnionych błędów, chybionych prognoz lub zaniechań. Nowa ustawa o działalności leczniczej<sup>69</sup> w świetle kontrowersji, które wokół niej powstały, przede wszystkim zarzutu nieprzygotowania istotnych uwarunkowań (konkurencja ubezpieczycieli, dodatkowe ubezpieczenia), w pewnym sensie stanowi przykład takiej innowacji normatywnej [35].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pojawia się pytanie, czy polityka zdrowotna i zdrowia publicznego jest zjawiskiem „mierzalnym” obiektywnie i jakie kryteria ewaluacji powinny być w tym kontekście stosowane. W sferze oceny jakości polityki zdrowotnej szczególne miejsce zajmuje kontekst celów systemowych definiowanych w najistotniejszych aktach prawnych – konstytucji, ustawach systemowych, a także w regulacjach międzynarodowych i wspólnotowych dotyczących fundamentalnych zasad. Skupianie się na konkretnych elementach tej oceny, takich jak np. poziom skuteczności danej polityki, nie daje gwarancji, że pozytywne wnioski z dokonanej ewaluacji w zderzeniu z zasadniczymi celami systemowymi można ocenić tak samo<sup>71</sup>. Ta systemowa perspektywa dla oceny polityki zdrowotnej w obszarze reform ma istotne znaczenie i powinna być swego rodzaju „filtrem” w stosunku do proponowanego narzędzia analizy. Matryca HPA w stosunku do procesów reformatorskich ma dostarczyć instrumentarium wieloaspektowej analizy tych procesów, uwzględniając wielokierunkowość oceny oraz element immanentnie związany z reformami –

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

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

Budowa narzędzia opiera się na podstawowym dwupłaszczyznowym schemacie, obrazującym kluczowe zagadnienia systemowe podlegające zmianom: 1) pierwsza płaszczyzna horyzontalna to kolejne etapy procesu legislacyjnego, włączając działania bezpośrednio go poprzedzające i następujące po nim; 2) drugi kierunek, wertykalny, to kolejne obszary potencjalnego oddziaływania ocenianej reformy (systemowe i pozasystemowe). Ten dualny instrument w założeniu ma dostarczyć jak największą liczbę odpowiedzi na proste pytania ukierunkowane na charakterystykę procesu reformatorskiego w perspektywie czasu i w relacjach z zasadniczymi elementami systemu ochrony zdrowia<sup>72</sup>. O ile pierwsza płaszczyzna daje odpowiedzi na pytanie, jaki jest stan rzeczy: stopień zaawansowania działań reformatorskich, układ sił i perspektywy implementacji, czy i jak prowadzony jest dialog społeczny, jaka jest jego jakość, czy występuje monitoring działań reformatorskich, druga – to odpowiedzi na pytania co, gdzie i jak już się zmieniło, a co nie, co się zmieni lub nie zmieni i dlaczego, jakie będą tego skutki, kogo i w jakim stopniu będą one dotyczyły, jakie mogą być reakcje otoczenia, skutki uboczne i zagrożenia oraz wiele innych, szczegółowych pytań.

W płaszczyźnie horyzontalnej kryteria oceny to kolejne etapy procesu: począwszy od idei reformy, pomysłu, opracowania projektu reformy, przez inicjatywę legislacyjną, przygotowanie projektu (projektów) ustawy, kolejne etapy procesu legislacyjnego na wszystkich szczeblach: dialog społeczny, debaty parlamentarne, kolejne czytania, wnoszone poprawki, konsultacje społeczne, wreszcie przyjęcie lub odrzucenie regulacji, implementacja, monitoring i ewaluacja. W tym obszarze należy podkreślić wagę sektorowych regulacji wykonawczych jako szczególnie istotnego materiału do oceny polityki zdrowotnej<sup>73</sup>.

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

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

#### 4.5. „Political mapping” jako metoda ewaluacji porównawczej

*Political mapping* (pozycjonowanie uczestników) jako metodologia stosowana do opisywania i analizy polityki zdrowotnej posługuje się zwykle jednokierunkowym schematem identyfikacji podejścia głównych uczestników (interesariuszy) systemu zdrowotnego, ich wzajemnych relacji i powiązań, układu sił, interesów i rzeczywistych możliwości [41]. Celem metody jest precyzyjne zidentyfikowanie podmiotów wspierających i opozycji oraz możliwych do osiągnięcia aliansów politycznych, by pozyskać szersze poparcie dla proponowanej idei<sup>74</sup> [42, 43]. Stosowane są zasadniczo trzy kategorie, określające: pozycję wsparcia (*support*), stanowisko neutralne (*neutral*) oraz opozycję (*opposition*) w stosunku do danego działania, przy czym wszystkie te pojęcia są stopniowalne. Przy zastosowaniu tzw. *micro-political mapping* „użyteczny” efekt analizy – pozyskania poparcia dla „głównej” idei – potęguje się poprzez możliwe wskazanie przydatnych obszarów potencjalnie stanowiących obszar wspólnych interesów (np. może to być określona polityka cząstkowa lub zupełnie odrębny problem, co do którego zostały wskazane wspólne interesy)<sup>75</sup>.

W ramach tych kategorii możliwe jest zastosowanie wariantów szczegółowych:

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

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

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

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

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

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

## 5. Decentralizacja w ochronie zdrowia

Decentralizacja władzy w ochronie zdrowia stała się od dziesięcioleci ważnym punktem zapowiedzi zmian reformatorskich w krajach rozwijających się. Mimo tych deklaracji tylko nieliczne kraje zdecydowały się na przyjęcie i wdrożenie kompleksowych reform decentralizacyjnych. Ten brak praktycznych doświadczeń w tym zakresie jest identyfikowany w licznych badaniach empirycznych dotyczących zjawiska decentralizacji<sup>76</sup>. Mimo bogatej literatury przedmiotu (szczególnie anglojęzycznej) w tym zakresie nadal brakuje syntetycznych, spójnych i systemowych badań dotyczących relacji pomiędzy procesami i typami decentralizacji a aktualnymi rozwiązaniami stosowanymi w ochronie zdrowia. Pewna próba systematyzacji tych zjawisk została podjęta przez Toma Bosserta w pracy *Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance* z 1998 roku. Celem podjętych przez autora badań było wypracowanie narzędzia porównawczego do analizy efektywności zmian decentralizacyjnych w ochronie zdrowia, mierzonych poprzez realizowanie zakładanych celów systemu zdrowotnego, takich jak zasada równości w dostępie do świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, efektywność, jakość itd. Narzędzie to zostało wypracowane przez autora, aby wspomagać procesy definiowania różnych rodzajów decentralizacji, jak również identyfikować mechanizmy wpływu i kontroli na decyzje podejmowane na szczeblu lokalnym.

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

### 5.1. Teoria zdecentralizowanej administracji publicznej

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

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

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

### 5.2. Koncepcja federalizmu fiskalnego

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



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

### 5.3. Koncepcja kapitału społecznego

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

### 5.4. Koncepcja mocodawca/agent

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

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

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

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

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

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

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

**Tabela I.** Wzór identyfikacji przestrzeni decyzyjnej.

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

Do każdej z prezentowanych funkcji można przyjąć wskaźniki niezbędne do wyrażenia wielkości wpływu, np. finansowanie w odniesieniu do źródeł dochodu może być wyrażone w określeniu procentów transferów rządowych (podatkowych) przeznaczonych na realizację funkcji w warunkach zdecentralizowanych. Przy alokacji wydatków takim wskaźnikiem może być procent lokalnych wydatków na ochronę zdrowia. Wskaźnikami stosowanymi w polu organizacja usług szpitalnych może być pełna autonomia w decyzjach dotyczących szpitali; mniejszy lub większy wpływ regulacji centralnych na ten proces lub stosowanie szeregu możliwości dla władz lokalnych w tym zakresie. W następnej kategorii stosujemy wskaźnik dotyczący możliwości wyboru zasad wynagradzania pracowników (od regulowanych poprzez ustawy – wpływ niski, poprzez możliwości stosowania różnych modeli) po pełną autonomię w tym zakresie<sup>77</sup>. Przyjęta koncepcja pomiaru relacji pomiędzy władzami centralnymi i lokalnymi pokazuje dynamikę procesu decentralizacji w różnych kategoriach funkcji realizowanych przez władze lokalne w ochronie zdrowia.

## 6. Wnioski

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

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

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

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

## Przypisy

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

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> Zdrowie Publiczne, portal Zdrowie Unii Europejskiej, Polityka, [http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_pl.htm).

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

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

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

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

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

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

<sup>14</sup> Traktat z Maastricht, Traktat o Unii Europejskiej, <http://eur-lex.europa.eu/pl/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>, English version: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/economic\\_and\\_monetary\\_affairs/institutional\\_and\\_economic\\_framework/treaties\\_maastricht\\_en.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/economic_and_monetary_affairs/institutional_and_economic_framework/treaties_maastricht_en.htm).

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

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

<sup>17</sup> *Council conclusions on common values and principles in European union health systems*, (2006/C 146/01) 22.06.2006 EN, Official Journal of the European Union C 146/1; *Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej* (2006/C 146/01), 22.6.2006 PL, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 146/1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>.

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

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

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

<sup>21</sup> Komunikat Komisji do Parlamentu, Rady i Komitetów oraz Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, Council of the European Union, Interinstitutional File:2009/0003 (CNS) Brussels, 5 June 2009, ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_rec2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_en.pdf)); A brief synopsis on patient safety, WHO Regional Office for Europe, 2010, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf).

<sup>22</sup> W unijnej polityce zdrowotnej kategoria „prawa pacjenta” została użyte w procesie przygotowywania i negocjowania dyrektywy dotyczącej transgranicznej opieki zdrowotnej. Propozycja dyrektywy została zgłoszona w lipcu 2008 European Commission (2008). *Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare* (presented by the Commission). Brussels, 2 July 2008, COM(2008) 414 final, ([http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/com2008414_en.pdf)).

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

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

<sup>25</sup> WHO The World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever, World Health Organization 2008, [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf), problemy funkcjonowania POZ, por. Boerma W., Coordination and integration in European primary care, w: Primary care in the driver's seat? Edited by Richard B. Saltman, Ana Rico & Wienke Boerma, European Observatory on Health Systems and Policies series, Open University Press, 2006: 3–21, <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/primary-care-in-the-drivers-seat>.

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

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

<sup>28</sup> Hagenfeldt K., Asua J. (2001), *Clearing house functions and emerging technologies*, July 2001, [http://www.oew.ac.at/ita/ebene5/WG2\\_FinalReport\\_0107.pdf](http://www.oew.ac.at/ita/ebene5/WG2_FinalReport_0107.pdf).

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

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

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

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

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

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

<sup>35</sup> Problemy należące do poszczególnych kierunków – polityk zdrowia publicznego – por. tabela zamieszczona na portalu: Portal Zdrowie Unii Europejskiej, [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_pl.htm).

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

<sup>37</sup> Traktat z Maastricht, Traktat o Unii Europejskiej, <http://eur-lex.europa.eu/pl/treaties/dat/11992M/word/11992M.doc>, [http://europa.eu/legislation\\_summaries/economic\\_and\\_monetary\\_affairs/institutional\\_and\\_economic\\_framework/treaties\\_maastricht\\_en.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/economic_and_monetary_affairs/institutional_and_economic_framework/treaties_maastricht_en.htm).

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

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

<sup>40</sup> [http://ec.europa.eu/health-eu/europe\\_for\\_patients/cross-border\\_healthcare/index\\_pl.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/europe_for_patients/cross-border_healthcare/index_pl.htm), inne portale UE szeroko podają informacje dotyczące opieki transgranicznej (często jako pierwsze na stronach): [http://ec.europa.eu/health/cross-border\\_care/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/cross-border_care/policy/index_en.htm); [http://ec.europa.eu/health-eu/news/streaming/crossborder/crossborder\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news/streaming/crossborder/crossborder_en.htm).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>66</sup> Wcześniejsze uwagi na temat standardów doktrynalnych w części dotyczącej opieki transgranicznej niniejszego opracowania są w pełni aplikowalne także w tym miejscu.

<sup>67</sup> Opisywane wcześniej uwarunkowania systemowe, modelowe, organizacyjno-strukturalne, zasobowe (poziom

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Abstract

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

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

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

## Piśmiennictwo:

- Marmor T., Freeman R., Okma K., *Comparative perspectives and policy learning in the world of health care*, „Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice” 2005, 7, 4.
- Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna, zdrowie publiczne w Unii Europejskiej*, 2011, maszynopis.
- McKee M., Mossialos E., *Health policy and European law: closing the gaps*, „Public Health” 2006, 120, Supplement 1, October, pp. 16–21, <https://extranet.uj.edu.pl/pdfflinks/DanaInfo=vls1.icm.edu.pl+10102712430721786.pdf>.
- Byrne D., *Protection future priorities in EU health policies European health forum on „Common challenges for health and care”*, Gastein, 26 September 2002.
- Byrne D., *Enabling good health for all. A reflection process for a new EU health strategy*, 15 July 2004; [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_overview/documents/byrne\\_reflection\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/documents/byrne_reflection_en.pdf).
- Hagenfeldt K., Asua J., *Clearing house functions and emerging technologies*, July 2001, [http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG2\\_FinalReport\\_0107.pdf](http://www.oeaw.ac.at/ita/ebene5/WG2_FinalReport_0107.pdf).
- Wismar M., Blau J., Ernst K., *The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision making in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, The Crommwell Press, Wilts 2007.
- Włodarczyk C.W., Czabanowska K., *Instytucje zdrowia publicznego w Polsce*, w: *Zdrowie publiczne w krajach europejskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, 63–81.
- Świątkowski A.M., *Źródła europejskiego prawa socjalnego*, w: Świątkowski A.M., *Europejskie prawo socjalne*, T. I: *Specyfika, stanowienie i stosowanie europejskiego prawa socjalnego*, Dom Wydawniczy ABC, 1998, 109–243.
- Bierzanek R., Symonides J., *Źródła prawa międzynarodowego*, w: *Prawo międzynarodowe publiczne*, PWN, Warszawa 1994, 68–109.
- Trubek M., Trubek L., *Hard and soft law in the construction of social Europe. The Role of the open method of coordination*, „European Law Journal” 2005, 11, 3, 343–364.
- Hodson D., Maher I., *Soft law and sanctions: economic policy co-ordination and reform of the stability and growth pact*, „Journal of European Public Policy” 2004, 5, 798–813.
- Andorno R., *The invaluable role of soft law in the development of universal norms in bioethics*, paper at a Workshop jointly organized by the German Ministry of Foreign Affairs and the German UNESCO Commission, Berlin, 15 February 2007. <http://www.unesco.de/1507.html>.
- Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., Ginneken E., *Cross border health care in European Union. Mapping and analysing practices and policy*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, Observatory Studies Series no 22, UK.
- Paulus A., Evers S., Fecher F., Van Der Made J., Boonen A., *Cross border health care: an analysis of recent ECJ rulings*, „European Journal of Law and Economics” 2002, 14, 1, 61–73.
- Vassiliou A., *Proposal for a directive on the application of patient's rights in cross-border care*, 2011, Press conference on Patient's Rights in Cross-Border care, Brussels 2008, [http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossborder\\_vassiliou\\_.pdf](http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossborder_vassiliou_.pdf).
- Batley R., Larbi G.A., *The changing role of government: the reform of public services in developing countries*, Palgrave Macmillan 2004.
- Philippidou S., Soderquist K.E., Prastacos G.P., *The transformation of public management and the effects on leadership vs. management: a Greek example*, American Society for Public Administration (ASPA) Conference „The Power of Public Service”, Washington DC, March 2003.
- Dunsire A., *Administrative theory in the 1980s: a viewpoint*, „Public Administration” 1995, 73, 1, 17–40.
- Osborne D., Gaebler T., *Rządzić inaczej*, Media Rodzina, Poznań 1992.
- Bardouille N.C., *The transformation of governance paradigms and modalities*, „Round Table” 2000, 89, 353, 81–106.



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

### Piśmiennictwo uzupełniające:

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

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

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

## ■ O autorach:

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

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

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