

mgr Małgorzata Krasowska-Marczyk

## **STRESZCZENIE**

rozprawa doktorska

### **OCENA PUBLICZNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA**

#### **W UJĘCIU REGIONALNYM**

#### **NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO**

Tendencje światowej gospodarki do globalizacji i integracji, wyodrębnienie samodzielnych regionów ekonomiczno-administracyjnych, w efekcie decentralizacji systemu gospodarczego także w Polsce, wprowadziły wymiar regionalny jako ważną składową ogólnego rozwoju kraju. Wskazanie rozwoju regionów i polityki regionalnej jako istotnego źródła rozwoju kraju wynika z oceny poziomu rozwoju poszczególnych regionów i ich pozycji w ujęciu kraju czy w przekroju międzynarodowym determinowanej przez różnorakie zasoby i potencjał wewnętrzny, zgodnie z realizowaną w Unii Europejskiej polityką spójności i zaleceniami, aby realizacja idei podniesienia konkurencyjności i budowania innowacyjnej gospodarki opartej na wiedzy odbywała się nie tylko na szczeblu krajowym, ale także regionalnym. Rozwój regionalny, będący przede wszystkim procesem ekonomicznym, obejmuje także rozwój społeczny. Do najistotniejszych czynników kształtujących współcześnie strukturę i znaczenie regionu należą zasoby kapitału ludzkiego i ich jakość.

Wybór sektora ochrony zdrowia jako przedmiotu analizy uzasadniony jest pojmowaniem zdrowia stanowiącego jeden z głównych obszarów związanych z realizacją postulatów budowania kapitału ludzkiego. Konieczność inwestycji w kapitał ludzki w aspekcie inwestycji w zdrowie populacji wynika z postępujących procesów demograficznych, a tym samym ograniczenia zasobów kapitału ludzkiego w kontekście zasobów pracy. Rozwiązania przyjęte w zakresie systemów ochrony zdrowia wpływają na wielkość kapitału fizycznego populacji, determinując w istotny sposób rozwój społeczno-gospodarczy danego kraju i poszczególnych regionów w kontekście konkurencyjności gospodarczej. Dbalność o zdrowie populacji nie wynika więc tylko ze zobowiązań państwa wobec swoich obywateli, ale stanowi jeden z zasadniczych czynników jego rozwoju.

Ocena systemu ochrony zdrowia na wszystkich szczeblach zarządzania, także na poziomie regionalnym, w dużej mierze zależy jest m.in. od ilości ryzyk obejmowanych przez system oraz dostępności i jakości usług społecznych, w tym świadczeń opieki zdrowotnej.

Bezpieczeństwo zdrowotne populacji wiąże się ściśle ze świadomością dostępności do opieki zdrowotnej, rozumianej jako gwarancja dostępu do świadczeń zdrowotnych bez istotnych barier, a tym samym zabezpieczeniem potrzeb zdrowotnych.

Celem pracy jest ocena publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce w ujęciu regionalnym poprzez prezentację, analizę i ocenę różnych aspektów i efektów działań głównego płatnika systemu – Narodowego Funduszu Zdrowia i podsumowanie istotnego okresu transformacji systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do pierwotnych założeń reform zapoczątkowanych w 1999 roku. Przedstawione w pracy dane i wyniki, koncentrujące się na województwie lubuskim, są w dużej mierze reprezentatywne dla tych procesów w skali kraju.

Analizą objęto okres od utworzenia województwa lubuskiego, przywrócenia powiatów w strukturach jednostek samorządu terytorialnego i równoległego rozpoczęcia procesu transformacji w polskim systemie ochrony zdrowia w 1999 roku, do kolejnych zmian legislacyjnych wskazujących, począwszy od zmian w latach 2011-2014, na pojawianie się nowych kierunków i rozwiązań determinujących i oddziałujących istotnie na kształt systemu.

Badanie obszaru i tematyki podejmowanej w pracy pozwoliły na sformułowanie tezy badawczej i kilku hipotez pomocniczych.

Hipotezę główną stanowi stwierdzenie, iż stan zdrowia populacji stanowi istotną determinantę rozwoju regionalnego. Istnieją możliwości oddziaływania na potencjał zdrowia (kapitał fizyczny populacji) poprzez zarządzanie zdrowiem na poziomie regionalnym i lokalnym.

Obok hipotezy głównej założono następujące hipotezy szczegółowe:

1. Jakość i dostęp do świadczeń zdrowotnych na szczeblu regionu pozostaje w ścisłej korelacji z wielkością dostępnych środków publicznych.
2. Na obszarze regionu występują możliwe do uniknięcia nierówności w zdrowiu.
3. Rozwiązania o charakterze finansowym nie są wystarczające dla osiągnięcia celów zdrowotnych.

Opracowanie stanowi spojrzenie osoby uczestniczącej w całości procesu transformacji systemu ochrony zdrowia z tytułu pełnienia funkcji na wielu poziomach różnych uczestników systemu. Studia literaturowe, przegląd dostępnych danych wtórnych tzw. szarej literatury (*grey literature*), analiza aktów prawnych oraz opracowania własne i będące wynikiem udziału autora w projektach i pracach zespołów poświęconych zagadnieniom ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym posłużyły jako metody badawcze do realizacji wyznaczonych celów przyjętych w pracy.

Układ pracy podporządkowany został przedstawionym celom.

Struktura pracy składa się ze wstępu i pięciu rozdziałów zakończonych podsumowaniem. W rozdziale pierwszym przedstawiono uwarunkowania doktrynalne funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego i miejsce zabezpieczenia zdrowotnego w systemie zabezpieczenia społecznego.

Rozdział drugi dysertacji poświęcono w całości zagadnieniom teoretycznym i praktycznym funkcjonowania i zarządzania systemami ochrony zdrowia na tle rozwiązań przyjętych w krajach Unii Europejskiej. Rozdział kończy analiza SWOT oraz ocena polskiego systemu ochrony zdrowia na tle krajów OECD i Unii Europejskiej.

Rozdział trzeci zawiera ogólne rozważania na temat czynników determinujących rozwój społeczno-gospodarczy kraju i regionu ze szczególnym uwzględnieniem kapitału ludzkiego w ujęciu zasobu i aktywów.

W rozdziale czwartym skupiono się na uwarunkowaniach systemu ochrony zdrowia w ujęciu regionalnym na przykładzie województwa lubuskiego.

W rozdziale piątym dysertacji zawarto analizę działań publicznego płatnika w strategicznym zarządzaniu ochroną zdrowia na poziomie regionu na przykładzie województwa lubuskiego.

W podsumowaniu przedstawiono wnioski z przeprowadzonej analizy badanych zjawisk.

Analizy zawarte w opracowaniu pozwoliły na pozytywną weryfikację hipotezy głównej i hipotez szczegółowych, potwierdzając możliwość, celowość i konieczność oddziaływania na potencjał zdrowia (kapitał fizyczny populacji) poprzez progresywne zarządzanie zdrowiem i podejmowanie działań interdyscyplinarnych, międzysektorowych na rzecz zachowania i umacniania zdrowia populacji na poziomie regionalnym i lokalnym.

Wraz z postępującym procesem starzenia się populacji, perspektywą ograniczania zasobów pracy i wzrostu kosztów systemów ochrony zdrowia obecnie kluczowa staje się zmiana myślenia pacjentów o swoim zdrowiu, zapewnienie utrzymania jak najdłużej dobrego stanu zdrowia (wydłużenie lat przeżytych w zdrowiu, ograniczenie umieralności przedwczesnej), poprzez wczesną diagnostykę, rozbudowaną profilaktykę i prozdrowotne programy naprawcze. Cel ten można uzyskać poprzez wdrożenie podstawowych funkcji będących istotą nowego zdrowia publicznego.

Będąca przedmiotem opracowania dwukierunkowa zależność i efekt synergii pomiędzy zdrowiem populacji a wzrostem i rozwojem gospodarczym w ujęciu regionalnym

wskazuje, że wzrost poziomu rozwoju gospodarczego pozwalający na zwiększenie środków finansowych w systemie ochrony zdrowia pozostając w korelacji z wielkością dostępnych środków publicznych, nie stanowi jedynej determinanty wpływającej na stan zdrowia populacji.

Wyniki badań wskazały na istotne różnicowania regionalne i problemy systemu ochrony zdrowia determinowane przyjętymi rozwiązaniami przekładającymi się na jego ograniczoną efektywność, która sprawia, że ocena polskiego systemu ochrony zdrowia- tak w opinii pacjentów, jak wyrażona z użyciem mierzalnych wskaźników – jest niska.

Przyjęte w systemie rozwiązania skutkujące alokacją środków finansowych, tak na poziomie centralnym (algorytm podziału środków na regiony), jak wewnątrz regionów (nieadekwatność struktury i inwestowania w zasoby – zbyt wiele niewykorzystanych zasobów infrastrukturalnych, zbyt mało zasobów ludzkich) oraz zasady finansowania świadczeń zdrowotnych w formie płatności za usługę (a nie za jej wynik) nie uwzględniają i nie sprzyjają wyrównywaniu istniejących nierówności w zdrowiu.

Wyniki opracowania dla województwa lubuskiego, jako czynniki determinujące nierówności w zdrowiu wskazały uwarunkowania społeczno-ekonomiczne i środowiskowe oraz ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych, ich osiągalności także w ujęciu przestrzennym, będące następstwem nie tylko ograniczonych zasobów: finansowych, infrastruktury materialnej i społecznej lecz również niedoborów i braku spójności w zarządzaniu, oraz braku strategicznego podejścia interdyscyplinarnego w odniesieniu do zdrowia populacji. Brak konsekwentnej polityki sektorowej (zdrowotnej) i niestabilność legislacyjna systemu ochrony zdrowia na poziomie centralnym oraz zróżnicowanie struktury właścicielskiej przy słabości przywództwa oraz ograniczeniu kompetencji na poziomie jednostek samorządu terytorialnego przekłada się na błędy w funkcjonowaniu systemu, pogłębione asymetrią i ograniczeniami w dostępie do informacji niezbędnych dla prawidłowego przebiegu procesów decyzyjnych.

Założenia będące podstawą wdrożenia systemowych reform w 1999 roku trudno uznać za zrealizowane. Alternatywę stanowi spojrzenie na system od strony wartości - wskazując na koncepcję VBHC (*Value Based Healthcare*), gdzie wyniki zdrowotne populacji stawiane są na pierwszym miejscu, określając tworzenie i działanie systemu ochrony zdrowia w stosunku do kosztów osiągnięcia tych wyników, a płatność za efekt skutkuje optymalizacją efektu zdrowotnego i ograniczeniem marnotrawstwa zasobów systemu.

Zaproponowany w opracowaniu układ oceny systemu, z uwagi na dominującą rolę NFZ, pomimo braku podstaw prawnych do pełnienia funkcji kreatora systemu - jest

konsekwencją sposobu umocowania i działania NFZ jako głównego płatnika w polskim systemie ochrony zdrowia.

Niedostateczne inwestowanie w kapitał ludzki, którego potencjał określony jest w znacznej mierze przez zdrowie i jego uwarunkowania ma dalszy wpływ na realizację wyzwań stojących przed polską gospodarką. Stanowi istotne utrudnienie w pełnym wykorzystaniu możliwości rozwojowych w kontekście efektywnego wykorzystania zasobów kapitału ludzkiego.