

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

319

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce

Nowe wyzwania



Redaktorzy naukowi

Maria Węgrzyn

Marek Łyszczak

Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp	9
<hr/>	
Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania	
<hr/>	
Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej)	13
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych	26
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy	35
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych	45
Marzena Pytlarz: Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu).....	54
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym.....	65
Bogusław Stankiewicz: Współczesne wyzwania rynku dla przedsiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg” S.A.)	76
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej	84
<hr/>	
Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze	
<hr/>	
Dorota Korenik: Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego)	97
Joanna Śmiechowicz: Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego	109
Joanna Wiśniewska: Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012.....	119

Aleksandra Szewieczek: Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej.....	130
Justyna Kujawska: Efektywność zmian finansowania szpitali.....	147
Agnieszka Bem: Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego.....	158
Marta Cholewa-Wiktor: Nowoczesne metody zarządzania szpitalem.....	168
Magdalena Jaworzyńska: Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej	177
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy	185
Marcelina Walczak: Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach.....	194
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim	218

Summaries

Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: The conversion of independent public health-care units into capital companies (against the background of the act on medical activities).....	25
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change.....	34
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Evolution of regulation in healthcare – theoretical framework of analysis	44
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations	53
Marzena Pytlarz: Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec).....	64
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks	75
Bogusław Stankiewicz: Modern market challenges for business of spa (case study – “Kołobrzeg spa S.A.”).....	83
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics	93

**Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities
by health care entities**

Dorota Korenik: Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities	108
Joanna Śmiechowicz: Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation.....	118
Joanna Wiśniewska: Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012	129
Aleksandra Szewieczek: Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity	146
Justyna Kujawska: Efficiency of hospital founding changes	157
Agnieszka Bem: Organization and financing of medical rescue	167
Marta Cholewa-Wiktor: Modern methods of hospital management	176
Magdalena Jaworzyńska: Valuation of medical procedures in health care system	184
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities	193
Marcelina Walczak: Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries.....	217
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship	226

Anna Hnatyszyn-Dzikowska

Collegium Medicum UMK w Toruniu

EWOLUCJA REGULACJI W OPIECE ZDROWOTNEJ – TEORETYCZNE RAMY ANALIZY

Streszczenie: Charakterystyczną cechą rynku opieki zdrowotnej jest powszechne zjawisko reformowania. Modele, dawniej uważane za idealne, traktuje się krytycznie i zmierza do ich zmiany. Analiza literatury wskazuje na popularność tezy o konwergencji systemów zdrowotnych, które tracą ostrość swoich pierwotnych założeń, nawzajem się upodabniając. Celem artykułu jest wskazanie kierunków przemian regulacji, która o nie tylko finansuje i dostarcza usług zdrowotnych, ale też stanowi podstawowy filar funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. W tym kontekście stworzono teoretyczne ramy analizy, które mogą się stać przyczynkiem do bardziej pogłębionych badań nad stopniem konwergencji systemów opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: regulacja, modele opieki zdrowotnej, ewolucja opieki zdrowotnej.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.03

1. Wstęp

Stalą cechą istniejących systemów gospodarczych jest występowanie regulacji, które są „reakcją politycznie zorganizowanych społeczeństw na pewne cechy gospodarek rynkowych” (regulowanie ryzyka, regulacje chroniące konsumenta)¹. Niewątpliwie rosnący popyt na kluczowe usługi publiczne oraz zwiększone oczekiwania dotyczące działań regulacyjnych, oprócz rosnących nierówności społecznych, powodują konieczność reformowania tradycyjnych modeli społecznych i gospodarczych kapitalizmu². Współcześnie obserwuje się zmianę ukierunkowania działań regulacyjnych państwa – tracą na znaczeniu regulacje ekonomiczne, a zyskują regulacje społeczne – chroniące wartości, które są trudne do wyceny „na rynku”, np. zdrowie. W tym kontekście, regulacje są ważnym elementem polityki w europejskich sys-

¹ A. Surdej, *Determinanty regulacji administracyjnoprawnych w oddziaływaniu państwa na gospodarkę*, Wyd. AE, Kraków 2006, s. 121.

² G. Przesławska, *Instytucjonalne uwarunkowania polityki regulacyjnej państwa*, [w:] B. Polszakiewicz, J. Boehlke (red.), *Własność i kontrola w teorii i praktyce*, „Ekonomia i Prawo”, t. IV, Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008, s. 169.

temach ochrony zdrowia. Współczesne systemy ochrony zdrowia stoją wobec wyzwania, jakim jest konflikt między stale rosnącymi społecznymi oczekiwaniami poprawy dostępności i jakości usług ochrony zdrowia a ograniczonymi finansowymi możliwościami realizacji tych oczekiwań³.

Celem artykułu jest przedstawienie, na podstawie badań literaturowych, teoretycznych ram analizy ewolucji regulacji w systemach opieki zdrowotnej. W literaturze przedmiotu brakuje syntetycznego, metodologicznego opracowania wskazującego na kierunki analizy zmieniających się tendencji w opiece zdrowotnej. Punktem wyjścia rozważań jest zdefiniowanie regulacji wraz ze wskazaniem jej obszarów w ochronie zdrowia. Szczególny nacisk położono na cele i typy regulacji, które w procesie przemian decydują o stopniu konwergencji systemów opieki zdrowotnej. Dokonano także próby wskazania istotnych kierunków przemian w obszarze regulacji w europejskich systemach opieki zdrowotnej.

2. Definicja i uzasadnienie regulacji

Regulacja rozpatrywana może być z różnych perspektyw dyscyplinarnych: ekonomii, zarządzania, prawa i polityki. W obszarze zainteresowania ekonomistów znajdują się zagadnienia obejmujące kontrolowanie cen, wielkość i strukturę rynku oraz zachowania podmiotów gospodarczych⁴. Wśród badaczy brakuje konsensusu co do jednoznacznego zdefiniowania regulacji. Wskazuje się, iż stanowi ona specyficzne ramy instytucjonalne zaprojektowane w celu zapewnienia kontroli i nadzoru rządu nad firmami w poszczególnych przemysłach, w szczególności w tych społecznie użytecznych. Oznacza ona więc ogólne zasady, reguły porządku społeczno-ekonomicznego, takie jak sposób alokowania zasobów, typ własności zasobów czy też dystrybuowanie produktu krajowego brutto.

Na ogólnym poziomie analizy wyróżnia się regulacje: horyzontalną i sektorową. Pierwsza dotyczy ogólnych reguł gospodarowania, druga jest jej uzupełnieniem i koncentruje się na wybranych obszarach gospodarki i działających w nich podmiotach. Uniwersalna i szeroka definicja mówi, iż regulacja odnosi się do wykorzystywania środków nierynkowych w celu zajmowania się kwestiami ilości, ceny lub jakości dobra wprowadzonego na rynek⁵. Problematiczne w tym kontekście pozostaje także wskazanie przesłanek wprowadzenia regulacji państwa w poszczególnych sektorach gospodarki.

³ W. Rutkowski, *Współczesne państwo dobrobytu. Ekspansja, kryzys, spory*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009, s. 229.

⁴ R. Saltman, R. Busse, *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice*, [w:] R. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (red.), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Care Systems Series, WHO, 2002, s. 8.

⁵ S. Folland, A.C. Goodman, M. Stano, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011, s. 737.

Tabela 1. Teorie regulacji

Teorie normatywne	Teorie pozytywne
<ul style="list-style-type: none"> • Ustawodawca powinien podejmować decyzje regulacyjne po przeprowadzeniu analizy normatywnej i stwierdzeniu, czy występuje niesprawność rynku oraz jakie jest jej źródło, a dopiero później wskazać sposób pożądanej interwencji rządu. • Główne przyczyny niesprawności rynku to: sytuacja monopolu (nadużywanie siły rynkowej); problem dóbr publicznych; występowanie efektów zewnętrznych; zjawisko asymetrii informacyjnej. • Identyfikacja niesprawności rynku jest koniecznym, lecz niewystarczającym powodem do regulacyjnej interwencji rządu. Niezbędnym warunkiem jest dostarczenie silnych argumentów na rzecz tezy, że oczekiwane korzyści płynące z interwencji rządu przewyższą koszty tej interwencji 	<ul style="list-style-type: none"> • Kluczowe pytania dotyczą genezy, formy i skutków regulacji przy założeniu, że podmioty dążą do maksymalizacji własnej użyteczności poprzez wykorzystanie regulacyjnego działania państwa w celu jej zwiększenia. • Teoria G. Stiglera mówiąca, że zazwyczaj regulacja jest nabywana przez daną gałąź przemysłu i działa na jej korzyść. • Korzyści z regulacji odnoszą nie tylko podmioty gospodarcze, ale także wprowadzający regulacje. • Teoria „przechwycenia” regulacji opiera się na założeniu maksymalizacji przez podmioty własnej użyteczności. Przechwycenie regulacji jest sytuacją, kiedy urząd regulacji przestaje działać w interesie publicznym, a realizuje interes prywatny. • Teoria konkurencji między grupami interesu w ujęciu G. Beckera. Regulacja jest wynikiem konkurencji między grupami interesu. Grupy organizują się w celu uzyskania korzyści, wywierając nacisk na aktorów i procesy polityczne. Każda regulacja przynosząca grupie korzyści wiąże się z nieodwracalnymi stratami (deadweight losses) dla społecznego dobrobytu. • Teoria renty regulacyjnej F.S. McChesneya kładzie nacisk na problem optymalności procesu legislacyjnego. Projekty legislacyjne są instrumentem w rękach polityków lub grup interesu – instrumentem, który może służyć „politycznemu wyłudzeniu renty”. • Teoria opodatkowania poprzez regulacje A. Posnera traktuje regulacje jako substytut opodatkowania. Regulacje nakładają niekiedy obowiązek świadczenia usług nie tylko po cenach niższych niż teoretyczne ceny w warunkach rynkowych, lecz czasami nawet poniżej kosztów świadczenia usług.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Z. Staniek, *Zróżnicowanie ekonomii instytucjonalnej*, <http://jacek.kwasniewski.eu.org/file/Staniek.pdf> (10.09.2012), s. 13-18.

Teorie regulacji można przedstawić jako działania państwa w celu realizacji interesu publicznego oraz jako wynik presji grup interesu (por. tabela 1). Pierwsza grupa teorii postrzega regulacje jako reakcję na niesprawność rynku (teorie normatywne), druga natomiast jako działania służące generowaniu korzyści dla wąskich grup interesu (teorie pozytywne). W tym kontekście wyróżnia się dwa główne podejścia w wyjaśnianiu przesłanek interwencjonizmu państwowego: pierwsze zakłada,

że regulator działa w interesie publicznym, drugie przyjmuje, że państwo realizuje prywatne interesy określonych grup⁶.

Teoria interesu publicznego zakłada, że przesłanką wprowadzenia regulacji jest poprawa efektywności ekonomicznej i dobrobytu społecznego. W tym przypadku regulacja jest instrumentem zapewnienia likwidacji niedoskonałości mechanizmu rynkowego, którymi mogą być problemy z dostępem do informacji, istnienie dóbr publicznych, wysokie koszty transakcyjne, brak konkurencji na rynku, permanentna nierównowaga rynkowa, efekty zewnętrzne. Regulacja pozwala realizować takie cele, jak sprawiedliwość, czy społeczna efektywność wykorzystania rzadkich zasobów. Przykładem są regulacje dostępności do opieki zdrowotnej⁷. W proces tworzenia i podziału produktu powinno zaangażować się państwo, nadając części dóbr status dóbr publicznych.

Inne podejście przyjmuje się w teoriach mówiących o realizacji poprzez regulację prywatnych interesów (teoria grup interesów, teoria przechwycenia, teoria szefa i podwładnego). Wychodzi się z założenia, że choć teoretycznie regulacja szuka sposobów na osiągnięcie maksimum dobrobytu społecznego, kiedy rynek zawodzi, to jest to w rzeczywistości niemożliwe do osiągnięcia. Chęć poddania się regulacji wynika z dużego oddziaływania instytucji regulacyjnej na dany rynek, co stwarza możliwość realizacji interesów określonych grup. Nawet jeśli przesłanką wprowadzenia regulacji jest chęć poprawy alokacji zasobów i wzrost dobrobytu społecznego, to organ regulacyjny może zostać przechwycony przez różne grupy interesu⁸.

Przedstawione wyżej oba typy regulacji mają szereg elementów wspólnych, jak dążenie do wyjaśnienia działań na rzecz regulacji lub przeciw nim poprzez identyfikację motywów aktorów gospodarczych i społecznych czy zalecanie identyfikacji bodźców wbudowywanych w procedury działania tak, aby móc zidentyfikować mechanizmy, przez które regulacje i instytucje regulacyjne oddziałują na zachowania podmiotów. W obu typach regulacji (normatywnej i pozytywnej), analizowanych na poziomie ogólnym, niedoceniane wydaje się znaczenie wartości społecznych jako źródła działań regulacyjnych, jedyną wartością społeczną jest sprawiedliwość dystrybucyjna. W tym kontekście warto bliżej przyjrzeć się sektorowej regulacji na rynku opieki zdrowotnej.

⁶ R. Nagaj, P. Szkudlarek, *Regulacja na rynkach sieciowych w Polsce w kontekście ekonomii dobrobytu*, [w:] U. Zagóra-Jonszta, R. Pęciak (red.), *Dokonania współczesnej myśli ekonomicznej. Egzemplifikacja pojęcia dobrobytu*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Wydziałowe 102, UE w Katowicach, Katowice 2012, s. 208.

⁷ J. den Hertog, *General Theories of Regulation*, [w:] B. Bouckaert, G. de Gees (red.), *Encyclopedia of Law and Economics*, Edward Edgar, Cheltenham 1999, s. 231, <http://encyclo.findlaw.com/5000book.pdf> (10.08.2012).

⁸ R. Nagaj, P. Szkudlarek, wyd. cyt., s. 208-209.

3. Obszary regulacji w systemie opieki zdrowotnej

Powyższa analiza wskazuje, iż regulacja jest definiowana jako długoterminowa i spójna próba zmiany zachowania innych zgodnie z ustalonymi standardami i celami, powodowana chęcią osiągnięcia zamierzonych rezultatów, które mogą obejmować mechanizm ustalania standardów, zbierania informacji i modyfikowania zachowania⁹. W systemach rynkowych regulacja jest więc jednym z mechanizmów politycznych, które zapewniają osiągnięcie podstawowych celów systemów opieki zdrowotnej, stanowią one pierwszy wymiar analizy. R. Saltman jako obszary analizy regulacji opartych na celach systemów opieki zdrowotnej wyróżnia¹⁰:

- Równość i sprawiedliwość: zapewnienie sprawiedliwego i opartego na potrzebach dostępu do opieki zdrowotnej całej populacji, w tym ubogim, zamieszkującym tereny wiejskie, osobom starszym, niepełnosprawnym i innym grupom o wysokim ryzyku wykluczenia społecznego.
- Spójność społeczną: dostarczanie świadczeń opieki zdrowotnej przez narodowy system ochrony zdrowia lub wprowadzenie systemu społecznego ubezpieczenia zdrowotnego.
- Efektywność ekonomiczną: wydatki na zdrowie przy zachowaniu stabilności finansowej.
- Zdrowie i bezpieczeństwo: ochrona pracowników, zapewnienie bezpieczeństwa wody oraz monitorowanie żywności.
- Poinformowanie i wyedukowanie obywateli: edukacja obywateli w zakresie usług klinicznych, farmaceutyków oraz zachowań prozdrowotnych.
- Indywidualny wybór: zapewnienie wyboru dostawcy, ewentualnie również ubezpieczyciela.

Obszary regulacji w opiece zdrowotnej są widoczne również w stosunkach między trzema grupami aktorów: czyli dostawcami usług, płatnikami i (potencjalnymi) beneficjentami systemu opieki zdrowotnej – podejście takie stanowić może drugi wymiar analizy regulacji opieki zdrowotnej. W tym kontekście istnieje sześć głównych relacji, dotyczących zakresu, finansowania, wynagrodzeń, dostępu do dostawców i pacjentów, które wyznaczają cele regulacji i stanowią przyczynek do pogłębionych badań empirycznych. Pierwsze dwie relacje obejmują stosunki między (potencjalnymi) beneficjentami i płatnikami. Cele regulacji sprowadzają się do określenia zasięgu (włączanie ludności do publicznych i/lub prywatnych systemów opieki zdrowotnej) oraz systemu finansowania (finansowanie opieki zdrowotnej przez publiczne i/lub prywatne źródła). Druga grupa relacji to stosunki między płatnikami i usługodawcami. Cele regulacji obejmują w tym kontekście określenie wynagrodzenia usługodawców oraz dostępu dostawców opieki zdrowotnej do płatnika. Stosunki między dostawcami

⁹ K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 251.

¹⁰ R. Saltman, R. Busse, wyd. cyt., s. 14.

usług i (potencjalnymi) beneficjentami stanowią trzeci obszar analizy relacji między podmiotami systemu opieki zdrowotnej. Na tej płaszczyźnie istotne jest wskazanie regulacji dotyczących dostępu pacjentów do dostawców usług oraz określenia pakietu usług oferowanych pacjentom¹¹. Wybór sposobu i celu regulacji umożliwi wskazanie kluczowych modeli opieki zdrowotnej, do których zalicza się: model rynku opieki zdrowotnej, model publicznej opieki zdrowotnej, model profesjonalnej samoregulacji, model demokratyczny¹². Przyporządkowanie narodowych systemów opieki zdrowotnej do poszczególnych modeli może być podstawą analizy empirycznej i próby oceny wpływu rozwiązań instytucjonalnych na skuteczność i efektywność systemów opieki zdrowotnej.

Tabela 2. Modele opieki zdrowotnej

Model	Charakterystyka
Model rynku opieki zdrowotnej	Finansowanie: z dochodów osobistych ludności przez bezpośredni zakup usług lub za pośrednictwem prywatnych instytucji ubezpieczeniowych. Świadczenie usług przez prywatnych dostawców. Interwencja państwa przybiera głównie formę prawnej regulacji działalności prywatnego sektora opieki zdrowotnej.
Model publicznej opieki zdrowotnej	Zintegrowana publiczna opieka zdrowotna – usługi są zarówno dostarczane, jak i finansowane przez państwo. Model ten można określić mianem biurokratycznego (technokratycznego), gdyż zakłada się, że o jego racjonalności przesądzą odpowiednio przygotowani eksperci, wykorzystujący swoją specjalistyczną wiedzę i dominującą pozycję w instytucjach politycznych i ekonomicznych. W jego ramach wyróżnia się także model kontraktu publicznego i refundacji faktycznie poniesionych kosztów. Finansowanie może odbywać się metodą budżetową lub ubezpieczenia społecznego.
Model profesjonalnej samoregulacji	Kontrolę nad systemem opieki zdrowotnej sprawują lekarze (uprzywilejowana pozycja lekarzy wynika z posiadania przez nich specjalistycznej wiedzy, dającej im przewagę informacyjną nad innymi uczestnikami systemu). Organizacje zrzeszające profesjonalistów medycznych sprawują kontrolę nad sektorem opieki zdrowotnej. Rola państwa jest sprowadzona do funkcji egzekutora decyzji podejmowanych przez profesjonalistów medycznych.
Model demokratyczny	Każdy obywatel ma prawo – bezpośrednio bądź za pośrednictwem wybranych przez siebie przedstawicieli – uczestniczenia w formułowaniu potrzeb, problemów, priorytetów i rozwiązań w zakresie zarządzania systemem opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie na podstawie: W. Rutkowski, *Współczesne państwo dobrobytu. Ekspansja, kryzys, spory*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009, s. 230-235.

¹¹ H. Rothgang i in., *The State and Healthcare. Comparing OECD Countries*, Palgrave Macmillan, 2010, s. 14.

¹² W. Rutkowski, wyd. cyt., s. 230-235.

Trzeci wymiar analizy działań regulacyjnych związany jest z mechanizmami zarządzania systemem opieki zdrowotnej. Wymiar ten jest praktyczny i operacyjny. Dotyczy określonych mechanizmów regulacyjnych, przez które decydenci dążą do osiągnięcia wytyczonych celów społecznych i gospodarczych. W obszarze tym wyróżnia się¹³:

- Regulację jakości i skuteczności: ocena opłacalności klinicznych interwencji; szkolenia pracowników ochrony zdrowia, akredytacja dostawców usług zdrowotnych.
- Regulację dostępu pacjentów: dostęp do specjalistów, współpłacenie, listy praktykujących lekarzy; zasady wyboru płatnika.
- Regulację zachowań dostawcy: przekształcenia szpitali w publiczne firmy; regulacja zadłużenia przez szpitale; racjonalizacja zakresu opieki szpitalnej, podstawowej i domowej.
- Regulację płatników: ustanowienie zasad kontraktowania; budowa planowanych racjonalnie rynków usług szpitalnych, ustalanie cen usług opieki zdrowotnej w sektorze publicznym, ustanawianie grup diagnostycznych jako podstawy rozliczeń z usługodawcą, regulacje w zakresie ubezpieczeń obowiązkowych oraz dodatkowych w sektorze prywatnym.
- Regulację sektora farmaceutycznego: leki generyczne, ceny referencyjne; kontrola zysków; listy leków refundowanych.
- Regulację wynagrodzeń lekarzy: ustawienie poziomu pensji; wymagania licencyjne; ubezpieczenia lekarzy.

4. Zmiany w regulacjach opieki zdrowotnej

W pierwszej połowie XX wieku, kontrolę nad systemem ochrony zdrowia w wielu społeczeństwach zachodnich powierzono lekarzom. Po II wojnie światowej, rządy zobowiązały się do świadczenia usług zdrowotnych na rzecz swoich społeczeństw. Fakt ten wywołał walkę o kontrolę nad systemem zdrowia między lekarzami, przedsiębiorcami, ubezpieczycielami i państwem. W wyniku następujących przemian w wielu krajach fundusze ubezpieczeniowe stały się częścią biurokracji państwowej. W tym samym czasie lekarze znacznie ograniczyli państwu pole kontroli nad zdrowiem. Później, w 1970 r., a zwłaszcza w 1980, w interesie zarówno społeczeństwa, jak i gospodarki, rządy wprowadziły szereg regulacji i mechanizmów finansowych w celu poprawy dostępu do usług zdrowotnych i racjonalizacji kosztów. Pod koniec lat 80. opieka zdrowotna, dążąc do równowagi w sporze „dostęp kontra efektywność”, zaczęły szukać nowych sposobów kontrolowania systemu ochrony zdrowia. Przedstawiano różne formy planowanego i regulowanego mechanizmu rynkowego. Kształtowano system zdrowia tzw. trzeciej drogi, mający na celu znalezienie kompromisu między sztywnymi regułami i kontrolą systemu z jednej strony a nieokreśloną prywatną konkurencją z drugiej¹⁴.

¹³ R. Saltman, R. Busse, wyd. cyt., s. 15.

¹⁴ Tamże, s. 61.

Zmiany w ochronie zdrowie lat 80. wynikały z przesłanek ekonomicznych i polegały na dążeniu do ograniczenia wzrostu wydatków przez bardziej efektywne wykorzystanie dostępnych środków. Stosowano zarówno instrumenty makroekonomiczne, oddziałujące na ogólny poziom wydatków, jak i mikroekonomiczne, oddziałujące na poszczególnych uczestników systemu opieki zdrowotnej. Podejmowane działania dotyczyły strony podażowej, tj. instytucji świadczących usługi opieki zdrowotnej, ale też strony popytowej, czyli konsumentów tych usług. Główny nacisk położono jednak na makroekonomiczną kontrolę wydatków na ochronę zdrowia. Dotyczyło to głównie lecznictwa zamkniętego (szpitali), które pochłania największą część wydatków na ochronę zdrowia. Instrumentem kontroli były przede wszystkim globalne budżety ustalone dla szpitali. Działaniem zmierzającym do ograniczania wydatków na lecznictwo szpitalne w sektorze publicznym była także kontrola budowy nowych szpitali i upowszechniania drogich urządzeń medycznych. W latach 90. główny akcent zmian wprowadzanych w systemach opieki zdrowotnej przesunięto z makroekonomicznej kontroli w kierunku rozwiązań o charakterze mikroekonomicznym. Dużą rolę odegrała zwłaszcza koncepcja wewnętrznego rynku w opiece zdrowotnej, polegająca na wprowadzeniu reguł *quasi*-rynkowych do powszechnego, finansowanego z budżetu państwa, systemu opieki zdrowotnej¹⁵.

W wielu krajach w ostatnich latach zaczęły powstawać nowe ciała regulacyjne i pojawiły się nowe zadania dla władz centralnych i lokalnych w zakresie regulacji opieki zdrowotnej, których celem jest stworzenie systemu zapewniającego bodźce do wdrażania innowacji oraz poprawy efektywności i wydajności. Drugim celem regulacji jest zapewnienie informacji pacjentom i stworzenie im w ten sposób możliwości wyboru. Osiągnięcie tych celów wymaga wypracowania równowagi między bezpieczeństwem, powszechnością i innowacyjnością. Sporym wyzwaniem dla rządu jest określenie rodzaju i zakresu regulacji, które są niezbędne do rozwoju rynkowych systemów konkurencji i wspierania możliwości wyboru klienta. Niektórzy twierdzą, że efektem wdrożenia podejścia rynkowego może być wzrost nierówności oraz brak poprawy jakości i efektywności, ponieważ mechanizmy rynkowe wdrożone na rynku usług publicznych, w szczególności usług zdrowotnych, opierają się na nadmiernie uproszczonych założeniach¹⁶.

5. Wnioski i dyskusja

Skuteczność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zdeterminowana jest regulacją prawną określającą jej organizację i finansowanie. Podejmując próby poprawy jakości, bezpieczeństwa i efektywności systemu opieki zdrowotnej, w wielu krajach europejskich wdrożono reformy regulacyjne, stanowią-

¹⁵ W. Rutkowski, wyd. cyt., s. 239-243.

¹⁶ K. Walshe, J. Smith (red.), wyd. cyt., s. 251.

ce element kompleksowych reform opieki zdrowotnej, które polegały albo na centralizacji, albo delegowaniu władzy regulacyjnej. Działania regulacyjne, zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i w innych sektorach, składają się z przepisów legislacyjnych, wdrażania, monitorowania, oceny oraz sądowego nadzoru. Przepisy często koncentrują się na celach społecznych i politycznych, określających szerokie ramy instytucjonalne systemu opieki zdrowotnej, a także ingerują w mechanizmy zarządzania sektorem ochrony zdrowia.

Ewolucja regulacji w sektorze ochrony zdrowia nie jest kwestią liniowej progresji z jednego mechanizmu kontroli na następny, ale raczej stałym doskonaleniem narzędzi regulacyjnych, które pojawiają się w trakcie rozwoju systemów zdrowotnych. W nowoczesnej regulacji bardziej chodzi o tworzenie warunków do działania rynków niż ich kontrolowanie. Celem regulacji nie jest więc wyłącznie obniżanie wydatków, do jej celów należy raczej wspieranie jakości na minimalnym poziomie oraz eliminowanie nieefektywnych składników wydatków.

Literatura

- Bouckaert B., Gees G. de (red.), *Encyclopedia of Law and Economics*, Edward Edgar, Cheltenham 1999, <http://encyclo.findlaw.com/5000book.pdf> (10.08.2012).
- Folland S., Goodman A.C., Stano M., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2011.
- Polszakiewicz B., Boehlke J. (red.), *Własność i kontrola w teorii i praktyce*, „Ekonomia i Prawo” t. IV, Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2008.
- Rothgang H. i in., *The State and Healthcare. Comparing OECD Countries*, Palgrave Macmillan, 2010.
- Rutkowski W., *Współczesne państwo dobrobytu. Ekspansja, kryzys, spory*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009.
- Saltman R., Busse R., Mossialos E. (red.), *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*, European Observatory on Health Care Systems Series, WHO, 2002.
- Staniek Z., *Zróżnicowanie ekonomii instytucjonalnej*, <http://jacek.kwasniewski.eu.org/file/Staniek.pdf> (10.09.2012).
- Surdej A., *Determinanty regulacji administracyjnoprawnych w oddziaływaniu państwa na gospodarkę*, Wyd. Akademii Ekonomicznej, Kraków 2006.
- Walshe K., Smith J. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Zagóra-Jonszta U., Pęciak R. (red.), *Dokonania współczesnej myśli ekonomicznej. Egzemplifikacja pojęcia dobrobytu*, „Studia Ekonomiczne”, Zeszyty Naukowe Wydziałowe 102, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2012.

EVOLUTION OF REGULATION IN HEALTHCARE – THEORETICAL FRAMEWORK OF ANALYSIS

Summary: One of the features of the healthcare sector is a common phenomenon of reforms. Models that were formerly considered as ideal are treated critically and will be changed. The analysis of the literature points to the popularity of the thesis of convergence of health systems that are moving away from their original objectives and are mutually conformed to each other. The purpose of this article is to indicate the directions of changes in regulations that apart from financing and delivering health services are a key pillar of the health systems. In this context, the theoretical framework of the analysis was created, which may be a contribution to more extended research of the degree of convergence of healthcare systems.

Keywords: regulation, models of healthcare, evolution of healthcare.