

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowci
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Piotr Karniej, Iwona Mazur

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
e-mail: piotr.karniej@umed.wroc.pl

WYKLUCZENIE W ZAKRESIE ZDROWIA JAKO EFEKT RYZYKA SYSTEMOWEGO ZWIĄZANEGO Z OGRANICZENIEM DOSTĘPNOŚCI DO WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

EXCLUSION IN TERMS OF HEALTH AS A RESULT OF SYSTEMIC RISK CONNECTED WITH LIMITING THE AVAILABILITY TO CHOSEN HEALTH CARE SERVICES

DOI: 10.15611/pn.2015.410.03

JEL Classification: I18

Streszczenie: System opieki zdrowotnej w Polsce ulega ciągłym przekształceniom, które nie zawsze wiążą się z jego doskonaleniem. Podmioty działające na rynku usług zdrowotnych, jak również sami pacjenci, stoją więc przed wyzwaniem związanym z ciągłym dostosowywaniem swojej pozycji, uprawnień czy obowiązków do zmian legislacyjnych i organizacyjnych systemu. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie problemu wykluczenia w zakresie zdrowia jako kategorii socjoekonomicznej oraz przedstawienie prób rozwiązań zastosowanych w innych krajach, zmierzających do przeciwdziałania takiemu wykluczeniu. W niniejszym artykule posłużono się metodą badawczą *desk research*, polegającą na analizie danych literaturowych i przeprowadzonych badań naukowych.

Słowa kluczowe: wykluczenie w zakresie zdrowia, dostępność do świadczeń zdrowotnych, ryzyko systemowe, limitowanie świadczeń.

Summary: The health care system in Poland undergoes constant transformation, which is not always associated with its improvement. Institutions of the health services, as well as the patients themselves, are faced with the challenge of continually adapting their position, powers or duties to legislative changes and organizational changes. Systemic risk is the kind of risk that is the result of external forces beyond the control of individuals or organizations, such factors to which the entity which is within its range cannot be controlled. A kind of systemic risk include socio-economic situation of the State, which has a direct impact on reducing the availability of patients to selected health care services and resulting in the exclusion of health. The purpose of this article is to introduce the problem of exclusion in health as socio-economic categories, and to provide testing solutions in other countries, which pre-

vent such exclusion. The research method used in this article was the method of desk research involving the analysis of the literature and conducted scientific experiments.

Keywords: exclusion in health, accessibility to health care services, systemic risk, limiting benefits.

1. Wstęp

Świadczenia zdrowotne stanowią taką kategorię usług, na którą w każdym społeczeństwie – w ujęciu ogólnym – popyt będzie przewyższał podaż. Oczywiście można wyodrębnić jednostkowe świadczenia zdrowotne, które nie cieszą się zainteresowaniem pacjentów, ale gdyby spojrzeć na rynek usług medycznych jako na jednolitą ofertę kierowaną do pacjentów, to z pewnością dostrzec można większe zapotrzebowanie ze strony pacjentów w porównaniu z możliwościami systemu, który to oczekiwanie miałby realizować. Obserwacje te można przeprowadzać w dowolnie wybranym kraju na świecie, niezależnie od tego, jaki ustrój jest w nim reprezentowany czy jaki poziom świadomości zdrowotnej prezentują mieszkańcy. Wynika to z prostej zależności, w której każdy obywatel kiedyś stanie się pacjentem, a nie każdy jest lekarzem, pielęgniarką, położną. Tak więc głównie liczebność usługodawców i usługobiorców oraz pojawiające się nowe jednostki chorobowe i bezradność pacjenta wobec jego choroby powodują, że zawody medyczne są tymi, które zawsze będą cieszyć się zainteresowaniem i uznaniem. Świadczenia zdrowotne w wielu krajach na świecie stanowią także element systemu publicznego, w ramach którego obywatele składają się na różne rodzaje ubezpieczeń, z których finansowane są potrzeby zdrowotne osób chorych. Niewiele jest na świecie krajów, w których zdrowie obywateli w całości jest pozostawione w ich rękach, gdzie – tak jak np. w Republice Dominikany – nie istnieje publiczna ochrona zdrowia, a wszystkie świadczenia w przypadku zachorowania realizowane są w trybie odpłatnym. W zdecydowanej większości krajów na świecie zdrowie jest jednak pod opieką systemu państwowego.

W Polsce takim systemem opieki z pewnością jest model ubezpieczeniowy oparty na składkach, jakie zatrudnieni i pracodawcy wpłacają do ZUS-u (albo KRUS-u – w systemie ubezpieczenia rolników), z czego w dalszej kolejności część przekazywana jest do jedynego w Polsce płatnika publicznego – Narodowego Funduszu Zdrowia. To właśnie zawierane przez NFZ kontrakty z placówkami medycznymi pozwalają pacjentom na nieodpłatne korzystanie ze świadczeń zdrowotnych – zarówno w szpitalnej, jak i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej.

2. Przyczyny limitowania usług

Konsekwencją ograniczonej kwoty, jaką płatnik publiczny może przeznaczyć na leczenie pacjentów, jest niewątpliwie ograniczanie liczby zrealizowanych usług medycznych, limitowanie ich na podstawie poziomu finansowania, a nie możliwości realizacji usług (osobowe czy technologiczne).

W tym kontekście mówimy o selektywnym dopuszczaniu lub niedopuszczaniu określonych osób do świadczeń zdrowotnych i tym samym o wykluczaniu wybranych pacjentów z możliwości otrzymania usługi zdrowotnej.

Niestety problemem, jaki wynika z takiej konstrukcji systemu, jest nierozstrzygalny konflikt pomiędzy zapotrzebowaniem (reprezentowanym przez popyt) a możliwościami systemu (reprezentowanymi przez podaż). Polska jest krajem, w którym świadczenia na rzecz pacjentów (świadczeniobiorców) co do zasady nie są limitowane, ale jednak samo finansowanie świadczeń po stronie świadczeniodawców już podlega limitowaniu. Tworzy się więc sytuacja, w której płatnik publiczny kupuje określone świadczenia, planując ich finansowanie przez cały rok kalendarzowy, równocześnie stawiając granicę (limit) finansowy, do której jest w stanie zaspokoić oczekiwania podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Po stronie samego podmiotu natomiast leży potrzeba samoograniczania się w udzielaniu usług na rzecz pacjentów w taki sposób, aby nie zrealizować świadczeń w większej wartości, niż pozwala na to zawarta umowa z NFZ.

3. Limitowanie świadczeń zdrowotnych jako wymiar ryzyka systemowego w ochronie zdrowia

Ryzyko systemowe w udzielaniu świadczeń zdrowotnych ma charakter ogólny, tzn. dotyczy w równym stopniu wszystkich obywateli i wszystkich świadczeniodawców. W każdym bowiem zakresie płatnik publiczny stawia wymagania górnej granicy limitowania świadczeń, której przekroczenie jest możliwe wyłącznie w drodze negocjacji zawartych porozumień. Istnieją oczywiście świadczenia tzw. nielimitowane, tj. porody, świadczenia ratujące życie, są też takie, które traktowane są przez NFZ jako priorytetowe (np. psychiatria dzieci i młodzieży, onkologia). Jednak proporcja świadczeń limitowanych i nielimitowanych jest tak niewielka, że w ujęciu systemowym ta druga grupa nie ma istotnego wpływu na budżety podmiotów leczniczych.

Narodowy Fundusz Zdrowia, dysponując ściśle ograniczonymi środkami finansowymi, nie może ich wydać więcej, niż posiada. Z drugiej strony, szpitale czy przychodnie nie są w stanie przewidzieć, ilu chorych i z jakimi potrzebami zgłosi się do nich w ciągu całego roku. Tak więc budżet tych placówek siłą rzeczy musi mieć charakter projekcji finansowej i – co wydaje się oczywiste – zwykle wykazuje odchylenia od planu. Ponieważ odchylenia te nie mogą wpływać na roczny wynik finansowy szpitala, najczęściej pod koniec roku kalendarzowego zarządy szpitali

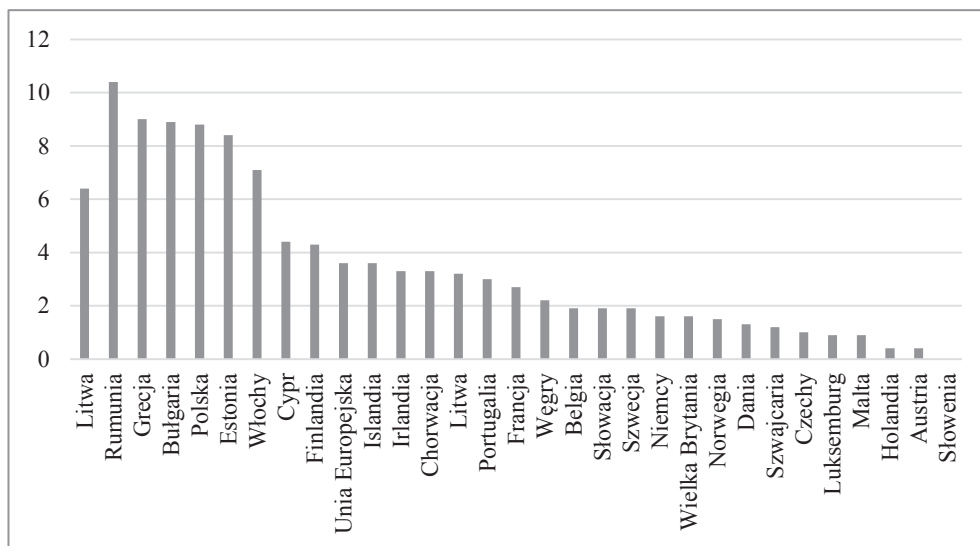
silnie ograniczają przyjęcia planowe w celu ograniczenia straty czy maksymalnego zbliżenia się zakładanego limitu kontraktu z płatnikiem.

W tym kontekście trzeba zwrócić uwagę, jak sytuacja ta wpływa na pacjentów, jak bardzo powoduje ograniczenie w dostępie do świadczenia zdrowotnego i czy istnieje możliwość wyeliminowania takich mechanizmów, które będą powodowały brak możliwości leczenia w określonym stanie choroby.

Z punktu widzenia pacjenta uniemożliwianie mu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego powoduje, po pierwsze, prawdopodobne pogorszenie stanu zdrowia (jako skutek nieotrzymania w porę usługi medycznej, o ile oczywiście nie istnieje bezpośrednio ryzyko utraty życia lub znacznego pogorszenia stanu zdrowia, co stanowi przesłankę bezwzględną podjęcia interwencji medycznej w każdym podmiocie leczniczym), a po drugie – spadek zaufania do systemu opieki zdrowotnej jako całości. Pacjent czuje się pozostawiony sam sobie i nie czuje się ważnym podmiotem systemu. Ponieważ pacjenci w sytuacji ciężkiej choroby szukają wszelkich możliwości pomocy, korzystają wtedy z oferty stowarzyszeń, fundacji, które finansują usługi medyczne w trybie odpłatnym, lub też wyjeżdżają za granicę, spodziewając się lepszej lub szybciej zrealizowanej opieki. Sprzyjają temu uregulowania prawne Unii Europejskiej, w tym m.in. dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, która w szczególnych okolicznościach dopuszcza możliwość skorzystania z oferty szpitala czy przychodni w innym kraju Unii, jeśli obywatel musiałby zbyt długo czekać na taką samą usługę w swoim kraju zamieszkania. Obywatele Polski, szczególnie zamieszkali na terenach przygranicznych (Śląsk, Dolny Śląsk, Lubuskie, Małopolska), chętnie korzystają z możliwości takiej opieki m.in. w Republice Czeskiej, na Słowacji czy w Niemczech. A przygraniczne placówki medyczne doskonale na takie zapotrzebowanie odpowiadają, zatrudniając nawet polskojęzycznych lekarzy, pielęgniarki czy angażując na stałe tłumaczy języka polskiego. Niestety, po stronie polskiej nie obserwuje się aż takiego zainteresowania obywateli sąsiednich krajów usługami medycznymi w trybie transgranicznym, co może oznaczać, że to polski system opieki zdrowotnej jest niewydolny w porównaniu z systemami zdrowotnymi sąsiadów, a nie odwrotnie.

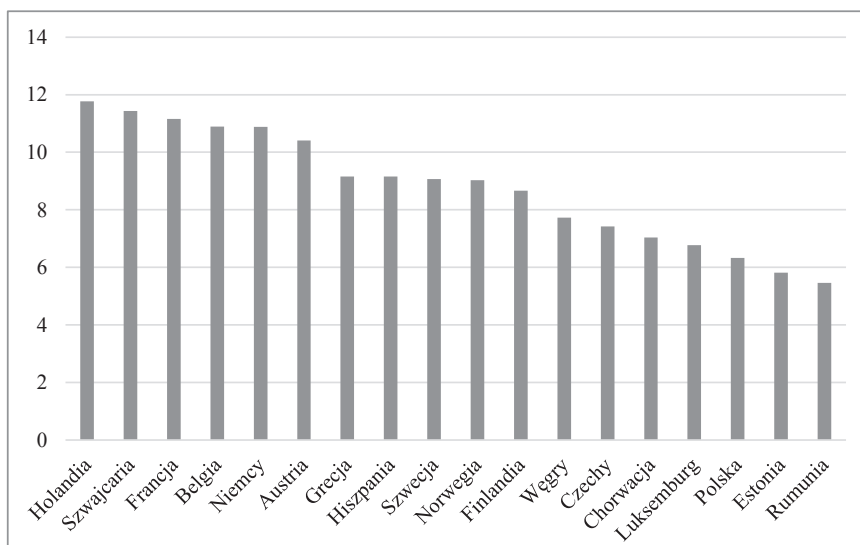
Czym więc różnią się systemy zdrowotne w krajach Unii Europejskiej, skoro jeden kraj boryka się z problemem limitów, a inny (np. Francja, Niemcy) nie zna tego pojęcia. Różnice w funkcjonowaniu narodowych systemów opieki zdrowotnej są w Europie tak znaczne, że Unia Europejska nie podjęła się ujednoczenia ich w granicach Wspólnoty; nastąpiło to jedynie pod względem koordynacji świadczeń, do których uprawnieni są obywatele krajów członkowskich.

Na rysunku 1 przedstawiono udział procentowy obywateli krajów Unii Europejskiej, którzy stwierdzili istnienie niezaspokojonych przez narodowe systemy zdrowia potrzeb zdrowotnych. Na tym tle społeczeństwo Polski znajduje się na 5. pozycji z wartością 8,8%, tuż za Łotwą (liderem rankingu) – 13,8%, Rumunią – 10,4%, Grecją – 9,0% i Bułgarią – 8,9%. Na drugim biegunie rankingu znajdują się takie



Rys. 1. Odsetek społeczeństwa krajów UE, który w roku 2013 zgłaszał niezaspokojone przez narodowe systemy zdrowia potrzeby zdrowotne

Źródło: Eurostat, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_03&lang=en, 28.01.2015 r.



Rys. 2. Wydatki na zdrowie w wybranych krajach Unii Europejskiej w roku 2010 w relacji do PKB (%)

Źródło: Eurostat, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha_hp&lang=en, 28.01.2015 r.

kraje, jak Hiszpania – 0,8%, Holandia czy Austria, gdzie współczynnik niezaspokojenia potrzeb z systemu opieki zdrowotnej wynosi zaledwie 0,4%. Obywatele Słowenii jako jedyni w Unii Europejskiej w ogóle nie zgłaszają niezaspokojenia własnych potrzeb zdrowotnych przez narodowy system zdrowia.

Prezentowana analiza prowadzi do wniosku, że ważnym czynnikiem wpływającym na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych obywateli jest poziom nakładów na zdrowie

Na rysunku 2 przedstawiono relację wydatków na zdrowie w wybranych krajach Unii Europejskiej do PKB i w tym zestawieniu Polska znajduje się dna trzecim miejscu od końca. Za nami pozostają jedynie Estonia i Rumunia.

Ciekawe spostrzeżenie wynikające z analizy wykresów na rys. 1 i 2 dotyczy pozycji Holandii, kraju, który w odniesieniu do PBK wydaje na zdrowie najwięcej spośród krajów Unii Europejskiej, równocześnie uzyskując praktycznie najniższy wskaźnik niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Na tej podstawie można założyć, że istnieje związek pomiędzy poziomem finansowania świadczeń zdrowotnych niezadowoleniem społecznym z systemu zdrowia i niezaspokajaniem przez niego potrzeb obywateli. Tym samym jako rekomendację dla polskiego systemu opieki zdrowotnej należy przyjąć potrzebę stałego zwiększania wydatków publicznych na zdrowie, co spowodować powinno (na podstawie obserwacji innych krajów Wspólnoty) wzrost zadowolenia z systemu opieki medycznej i minimalizowanie ryzyka systemowego związanego z wykluczeniem pacjentów w dostępie do ochrony zdrowia.

4. Wykluczenie w zakresie zdrowia jako kategoria wykluczenia społecznego

Szeroka analiza literaturowa problematyki wykluczenia społecznego dowodzi istnienia luki pojęciowej pomiędzy takimi zagadnieniami, jak wykluczenie społeczne, ubóstwo czy wykluczenie w zakresie zdrowia. Badacze zajmujący się problematyką wykluczenia społecznego podejmują swoją aktywność głównie w obszarze ubóstwa, to właśnie bowiem deficyt w sferze materialnej jest główną miarą tego wykluczenia. Niemniej trzeba zwrócić uwagę na fakt, że zarówno ubóstwo, jak i wykluczenie to dwa rozdzielne zjawiska, na co słusznie zwraca uwagę M. Danecka [2014, s. 18], podążając za definicją określoną przez Abrahamsona [2001]. Ubóstwo jest kategorią ekonomiczną, podczas gdy wykluczenie społeczne to koncepcja socjologiczna. O tym, czy ktoś doświadcza ubóstwa, decyduje jego stan posiadania, możliwość spełniania własnych potrzeb o charakterze majątkowym, gotowość do spełniania własnych celów i planów życiowych. Tymczasem wykluczenie społeczne ma charakter podmiotowy, to znaczy osoba doświadczająca wykluczenia staje się podmiotem dyskryminacji w dostępie do określonych dóbr, instytucji lub możliwości samorealizacji.

Z socjologiczno-ekonomicznego punktu widzenia bardzo trudno jest wskazać jednoznacznie związki przyczynowo-skutkowe istnienia wykluczenia społecznego,

jest to bowiem zjawisko dynamiczne i nie zawsze poddaje się typowym kryteriom oceny. W analizach wykluczenia społecznego bardzo pomocna może być koncepcja Townsend [1979, s. 46], dotycząca deprivacji społecznej, zgodnie z którą ze względu na wieloaspektowość nie można pojmować ubóstwa, a więc także związanego z nim wykluczenia społecznego tylko w kategoriach materialnych. Wykluczenie społeczne jest wobec tego pojęciem szerokim i znacznie szerszym niż samo ubóstwo, choć zdecydowanie trafna jest teza, że ubóstwo prowadzić może do wykluczenia społecznego. Definiując więc wykluczenie społeczne w zakresie zdrowia, należy odnieść się nie do tradycyjnie postrzeganego wykluczenia społecznego (opartego na ubóstwie i niedostosowaniu społecznym), ale spojrzeć na to zjawisko znacznie szerzej, także w kontekście osób zamożnych lub takich, które nie zgłaszają swoich trudności w codziennym życiu.

Termin „nierówność w zdrowiu” jest zwykle używany w odniesieniu do systematycznych nierówności w stanie zdrowia, które obserwuje się pomiędzy jakimiś społeczno-ekonomicznymi grupami ludzi (choć w tych grupach można mówić o różnych nierównościach, wynikających np. z płci, rasy czy pozycji społecznej). Nierówność w zdrowiu może być jednak określona w sposób opisowy. Na przykład Kawachi [Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho 2002, s. 647-52] definiuje ją jako termin wykorzystywany do opisanego różnic, wariacji i rozbieżności w osiągnięciu określonego poziomu zdrowia przez jednostki i grupy. Bardziej powszechna, także w wysoko rozwiniętych krajach europejskich, chociaż dość kontrowersyjna z punktu widzenia moralno-etycznego, jest definicja Whiteheada [2007, s. 473-478], zgodnie z którą nierównością w zdrowiu jest systematyczne zróżnicowanie pomiędzy różnymi grupami społecznymi, uzależnione od produktywności tych grup i dopuszczalnej potencjalnie akceptowalności zróżnicowania pomiędzy grupami w cywilizowanym społeczeństwie. Kontrowersyjność tej definicji wynika z tego, że zakłada się istnienie planowanej nierówności, uzależnionej od tego, na ile jednostka (czy grupa społeczna) jest użyteczna dla reszty społeczeństwa oraz jak bardzo pozostałe społeczeństwo akceptuje istnienie takiej nierówności.

W kontekście wcześniej wspomnianej definicji Townsend opartej na rozróżnieniu pomiędzy poziomem zamożności a deklarowanymi potrzebami zdrowotnymi trzeba zwrócić uwagę także na osoby, których status majątkowy jest dobry, a jednak deklarują one istnienie ograniczeń w dostępie do właściwej opieki medycznej i niską samoocenę swojego zdrowia. Takie osoby mogą doświadczać wykluczenia społecznego w zakresie zdrowia, ponieważ wobec nich mogą zaistnieć czynniki ograniczające w dostępie do określonego rodzaju świadczenia zdrowotnego, akurat tego, które jest im niezbędnie konieczne, a którego nie mogą otrzymać ze względu na różne okoliczności, w tym m.in. brak możliwości wykonania określonej procedury medycznej, niedostateczny poziom medyczno-technologiczny w określonym regionie. Może się to wiązać również z ograniczeniami systemu opieki zdrowotnej w dostępie do określonego świadczenia (np. stosowane w Polsce mechanizmy uzależniające

możliwość otrzymania usługi medycznej finansowanej ze środków publicznych od opłacania składki ubezpieczenia zdrowotnego).

We wszystkich tych przypadkach istnieje wola pacjenta do skorzystania z usługi medycznej, uświadomiona potrzeba jej wykonania, jednak istnieją ograniczenia zewnętrzne (systemowe), które to uniemożliwiają. W takiej sytuacji pacjent jest wykluczony w zakresie zdrowia, ponieważ mimo istnienia obiektywnej potrzeby uzyskania świadczenia zdrowotnego, pozbawia się go takiej możliwości.

Odrębnym przypadkiem, który powinien być w tym miejscu przeanalizowany, jest ten, w którym pacjent również zdaje sobie sprawę z konieczności uzyskania świadczenia zdrowotnego, jest świadomy swojego stanu zdrowia i konieczności poddania się leczeniu, jednak istnieją okoliczności, które powodują, że ze względów społecznych nie chce poddać się takiemu leczeniu. Te względy społeczne to np. dyskryminacja środowiskowa, ostracyzm, uzyskanie niekorzystnego statusu. Sytuacje, w których taki przypadek może nastąpić, są charakterystyczne dla pacjentów, których dotknęły niepopularne i często wstydlive w społeczeństwie zdarzenia chorobowe, np. osób żyjących z wirusem HIV, takich, które dotknęły choroby przenoszone drogą płciową czy choroby psychiczne. Społeczeństwo nie jest w całości przygotowane na zrozumienie potrzeb tych osób i często, dowiedziawszy się o tym, że osoba boryka się z takim problemem, odrzuca ją jako jednostkę niewartościową, „naznaczoną”. Zjawisko to często przyrównywane może być do zachowania wobec osób trędowatych, których również społeczeństwo nie akceptuje i które odrzuca [Karniej 2015]. W kontekście takich pacjentów używa się często pojęcia samowykluczenia lub autoekskluzji [Murray et al., s. 131-137].

5. Doświadczenia europejskie w identyfikacji obszarów wykluczenia i ograniczaniu ryzyka systemowego w dostępie do ochrony zdrowia

Jakkolwiek część krajów europejskich, tj. Niemcy czy Francja, nie dotyka problem wykluczenia społecznego w zakresie zdrowia w takim stopniu jak innych członków Unii Europejskiej, przeznaczających znacznie mniejsze nakłady na ochronę zdrowia, to jednak nie można powiedzieć, że problem wykluczenia w tym zakresie w tych krajach nie istnieje. W obszarze nauk społecznych prowadzono liczne badania dotyczące wykluczenia społecznego, lecz opierały się one głównie na wykluczeniu rozumianym tradycyjnie, tzn. jako determinanta ubóstwa, niedostosowania się do społeczeństwa, alienacji środowiskowej. Tymczasem w roku 2005 naukowcy z Université Paris 13 przeprowadzili analizę występowania tzw. niesprawności społecznej (*social disability*) w wybranych szpitalach we Francji, porównując otrzymane wyniki z kosztami opieki zdrowotnej, jakie generują pacjenci uznani za wykluczonych społecznie [Castiel, Bréchat 2010, s. 17-31]. Trzeba stwierdzić, że badanie to nie prezentowało poziomu wykluczenia w zakresie zdrowia, ponieważ badanie realizo-

wane było na terenie szpitali, a więc już w sytuacji, gdy usługa medyczna była realizowana. Niemniej badaczom udało się zdefiniować poziom wykluczenia społecznego badanych osób, a więc nie tylko wskazać ściśle na podstawie przeprowadzonych wywiadów zjawisko samego wykluczenia, ale też określić bez wątpliwości, który pacjent powinien być traktowany jako wykluczony i w jakim zakresie. W tym celu posłużono się standaryzowanym formularzem czynników wykluczenia społecznego, opracowanym na podstawie prac Borkowskiego [1991] i Villeneuve [1991], uzupełnionym przez INSEE (*Institut National de la Statistique et des Études Économiques – Francuski Narodowy Instytut Studiów Ekonomicznych i Statystyki*). Dzięki tym badaniom sformułowano następujące indykatory wykluczenia społecznego:

1. Obszar zdrowia:
 - a) współczynnik śmiertelności (MORBI),
 - b) współczynnik niepełnosprawności (INCAP),
 - c) współczynnik ryzyka zdrowotnego (RISKI),
 - d) współczynnik ryzyka w warunkach pracy (RISKE).
2. Obszar zasobów:
 - a) współczynnik standardu życia, poziomu dochodów (REVENU),
 - b) współczynnik pozbawienia (PRECAT), oparty na:
 - trudnościach finansowych (DEF),
 - poziomie korzystania z pomocy finansowej (TAF),
 - bezrobociu i niezyskiwaniu dochodów (CHOM),
 - akumulacji ryzyka wykluczenia socjoekonomicznego (PRESTENDETT).
3. Obszar integracji kulturalnej:
 - a) współczynnik wykształcenia (SCOL),
 - b) współczynnik aktywności kulturalnej (CULTU), oparty na:
 - czytaniu gazet i czasopism,
 - czytaniu książek,
 - współczynnika niepełnosprawności w integracji kulturalnej.
4. Obszar relacji z innymi:
 - a) współczynnik relacji z rodziną (FAMILLE),
 - b) współczynnik relacji z sąsiadami (VOISINS).
5. Obszar domowy:
 - a) wewnętrzne niedogodności domowe (CI), oparte na:
 - urządzeniach sanitarnych (DF),
 - dobrach trwałych (EQ),
 - liczbie mieszkańców w domu (IP),
 - dodatkowym wyposażeniu w mieszkaniu (EC)
 - b) położenie miejsca zamieszkania (LOCA), oparte na:
 - bliskości do udogodnień, np. transportu publicznego (DIS),
 - krytycznych warunkach środowiskowych (CRIT),
 - własności i warunkach najmu (L).
6. Obszar majątku:

- a) współczynnik własności (IMMO),
- b) współczynnik zdolności do mobilności zawodowej (MOBI).

Na podstawie tych czynników udało się wykazać w każdym z nich poziom niesprawności lub niedostosowania społecznego. Badania udowodniły, że niedostosowanie (wykluczenie) w jednym obszarze zwykle łączy się z wykluczeniem w innym aspekcie. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1. Liczba osób, u których stwierdzono łącznie wiele obszarów wykluczenia

Number of disabilities (liczba niesprawności)	Known disabilities (znane niesprawności)	Percent of known exclusions (%) (procent znanych obszarów wykluczenia)
0	0	0
1	1	0,20
2	2	0,40
3	1	0,20
4	2	0,40
5	4	0,80
6	4	0,80
7	6	0,70
8	21	4,30
9	23	4,60
10	26	5,20
11	44	8,80
12	81	16,10
13	70	13,90
14	219	43,60
Total	504	100

Źródło: [Castiel, Bréchat 2010, s. 25].

Jak wynika z zestawienia w tab. 1, największą liczbę obszarów wykluczenia wykazano w przypadku równoczesnego współistnienia 10 i więcej obszarów (łącznie 87,60 % badanych), z czego należy wyciągnąć wniosek, że wykluczenia nie są izolowane i należy je dostrzegać łącznie. Aby móc wnioskować na podstawie uzyskanych wyników, badacze postanowili pogrupować otrzymane wyniki w klasy pacjentów. I tak opracowano trzy klasy: pierwsza (1) o liczebności 168 osób, w której stwierdzono współistnienie od 0 do 4 czynników wykluczenia (33,3% badanych); druga (2) o liczebności 211 osób, w której stwierdzono współistnienie od 5 do 7 różnych czynników wykluczenia (41,9% badanych) oraz trzecia (3) o liczebności 125 osób,

gdzie zidentyfikowane wykluczenie opierało się na współistnieniu od 8 do 14 czynników. Ta ostatnia grupa reprezentowała 24,8% badanych). Udało się w ten sposób uzyskać wyniki skumulowane dotyczące najczęściej reprezentowanych poziomów wykluczenia w poszczególnych klasach.

Tabela 2. Poziomy występowania wykluczenia na podstawie wybranych wskaźników w poszczególnych klasach (%)

	Class 1	Class 2	Class 3
HEALTH (zdrowie)			
Morbidity indicator (MORBI) (<i>współczynnik śmiertelności</i>)	35,1	54,7	65,6
RESOURCES (zasoby)			
Standard of living indicator (REVENU) (<i>standardowy współczynnik przeżycia</i>)	41,3	82,5	99,1
Socioeconomic deprivation indicator (PRECAT) (<i>społecznoekonomiczny współczynnik deprywacji</i>)			65,5
CULTURAL INTEGRATION (integracja kulturalna)			
Schooling indicator (SCOL) (<i>współczynnik skolaryzacji</i>)		55,6	81,6
Cultural activity indicator (CULTU) (<i>współczynnik aktywności kulturalnej</i>)			71,0
RELATIONS WITH OTHERS (relacje z otoczeniem)			
Family relations indicator (FAMILLE) (<i>współczynnik relacji rodzinnych</i>)			53,8
HOUSING (warunki domowe)			
Indoor conveniences indicator (CI) (<i>współczynnik udogodnień domowych</i>)	50,4	88,0	94,8
Location of accommodation (LOCA) (<i>lokalizacja zamieszkania</i>)		61,2	86,3
ASSETS (zalety)			
Property indicator (IMMO) (<i>współczynnik posiadanych nieruchomości</i>)		69,0	90,9
Movable property indicator (MOBI) (<i>współczynnik posiadanych ruchomości</i>)	72,4	93,1	99,2

Źródło: [Castiel, Bréchat 2010, s. 25-26].

Wyniki zawarte w tab. 2 wyraźnie dowodzą wpływu czynników zdrowotnych na poziom wykluczenia społecznego, które pozostaje również w związku z pozostałymi identyfikowanymi determinantami wykluczenia społecznego badanych pacjentów. Spośród stwierdzonych obszarów wykluczenia obszar zdrowia reprezentowany jest głównie przez współczynnik śmiertelności, jednak świadczyć to może o tym,

że osoby znajdujące się w klasie 3 badania (a więc definiujące ponad 8 obszarów wykluczenia) nie zdają sobie sprawy ze swoich potrzeb zdrowotnych, znacznie je relatywizują lub też nie zgłaszają się po pomoc medyczną do momentu, kiedy jest to niezbędnie konieczne dla ratowania ich życia. Do tego momentu nie wyrażają potrzeby leczenia czy innego postępowania medycznego, a ze względu na niski standard życia (czynnik oznaczony w tab. 2 wyników jako REVENU) i prawdopodobne bezrobocie nie podlegają oni systemowi powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i nie mogą korzystać z publicznej opieki zdrowotnej inaczej niż tylko w trybie wsparcia społecznego.

Z punktu widzenia instytucji opieki zdrowotnej wyniki badaczy francuskich pozwoliły także na jeszcze jedną ważną konkluzję, dotyczącą ryzyka finansowego świadczeń udzielanych tym osobom. Zauważono bowiem, że koszty leczenia pacjentów wykluczonych są relatywnie wyższe w stosunku do kosztów postępowania wobec pacjentów niezakwalifikowanych do tej kategorii.

Wykazano, że w istotny statystycznie sposób średni koszt pobytu pacjenta wykluczonego jest wyższy od średniego kosztu pacjenta spoza tej grupy. Założono więc prawdopodobne powody takiego zjawiska:

- pacjenci wykluczeni mają wyższy stopień ciężkości choroby w chwili pojawienia się w szpitalu, przez co wymagają szerszej farmakoterapii i kosztowniejszej diagnostyki,
- pacjenci wykluczeni po wyjściu ze szpitala nie stosują się do zaleceń lekarskich, które otrzymali podczas poprzednich hospitalizacji lub leczenia ambulatoryjnego, czym powodują pogorszenie swojego stanu zdrowia,
- pacjenci wykluczeni przebywają statystycznie dłużej w szpitalu niż osoby spoza tej grupy (średnio statystycznie o 1,55 dnia), na co wpływ ma brak możliwości skierowania pacjenta do innej placówki leczenia zachowawczego (brak możliwości skierowania do leczenia domowego i niedostateczna liczba placówek stacjonarnej opieki społecznej dla osób obłożnie chorych).

Poprzez ekstrapolację wyników stwierdzono, że problem hospitalizacji pacjentów wykluczonych społecznie, przebywających w oddziałach szpitalnych ponad potrzebę wynikającą ze stanu zdrowia, dotyczy w ciągu roku 23 331 pobyków, co daje ok. 187 821 osobodni. W skali całej Francji stanowi to ok. 11% wszystkich hospitalizacji, a wydłużenie czasu pobytu wynosi ok. 11,4% w stosunku do standardowego czasu pobytu pacjenta. Średni wzrost kosztów pobytu pacjenta wykluczonego w szpitalach francuskich w roku przeprowadzenia badania oszacowano na ok. 11,2 miliona euro rocznie.

6. Podsumowanie

Przeprowadzone na modelu francuskim badania, a także doświadczenie wykluczenia społecznego w zakresie zdrowia w Polsce prowadzą do wniosku, że system opieki nad osobami wykluczonymi społecznie jest kosztochłonny, nie prowadzi wprost

do poprawy sytuacji tych osób, a co więcej – nie definiuje się żadnych rozwiązań systemowych, które mogłyby przeciwdziałać zarówno samemu wykluczeniu, jak i kosztom opieki medycznej. W żadnym kraju na świecie nie można bowiem przekazać nielimitowanej wielości środków na leczenie osób wykluczonych społecznie, ale równocześnie każdy kraj boryka się z koniecznością leczenia takich osób.

W kontekście wykluczenia w zakresie zdrowia można więc przyjąć dwie optyki myślenia: dotyczącą wszystkich rodzajów wykluczenia (tak jak w badaniach francuskich) i dotyczącą tylko obszaru wykluczenia w zakresie zdrowia. Oba te spojrzenia prowadzą do dwóch odrębnych wniosków, ponieważ wykluczenie w zakresie społecznym jest często pochodną licznych czynników o charakterze socjoekonomicznym, głównie ubóstwa i jemu towarzyszących zjawisk.

Tymczasem wykluczenie w aspekcie zdrowia nie koncentruje się na sytuacji ekonomicznej pacjenta, ale jego możliwościach uzyskania określonego rodzaju usługi medycznej, co zwykle determinowane jest przez państwo i jego agendy. W przypadku Polski takim ogranicznikiem jest niewątpliwie kontrakt placówki medycznej z jedynym publicznym płatnikiem – Narodowym Funduszem Zdrowia, jednak z pewnością trzeba powiedzieć, że nie jest to czynnik jedyny.

Z punktu widzenia placówki medycznej problem ograniczonych zasobów płatnika, które przekładają się na limitowanie świadczeń, powinien być więc rozpatrywany w kontekście ryzyka systemowego. Będzie się ono objawiać brakiem możliwości realizacji określonej usługi pomimo technologicznych lub organizacyjnych możliwości.

W ramach rekomendacji i rozwiązań strategicznych, które mogłyby przeciwdziałać temu zjawisku, na podstawie wcześniej opisanych zależności pomiędzy poziomem finansowania opieki zdrowotnej w różnych krajach Europy i wykazywanym przez pacjentów poziomem niezaspokojenia ich potrzeb, można stwierdzić, że kluczem do rozwiązania problemów wykluczenia w zakresie zdrowia są nakłady na ochronę zdrowia. Doświadczenia krajów europejskich dowodzą, że istnieje zależność pomiędzy nakładami na zdrowie a zadowoleniem pacjentów z dostępności do świadczeń.

Literatura

- Abrahamson P., 2001, *Poverty and Income Distribution: Inequality, Financial Poverty, Persistent Poverty and Deprivation Indicators*, International Conference „Indicators for Social Exclusion: Making Common European Objectives Work”, Antwerpia, wrzesień.
- Borkowski J.L., Kasparian L., 1991, *Construire des indicateurs d'inégalités – Enquête „Étude des conditions de vie”*, Document de travail F9106, INSEE, Paris.
- Castiel D., Bréchat P.H., 2010, *New Changes in Public Hospital Funding: The French DRGs (GHS) and Their Consequences on Low-Income Patients and Social Disabilities*, [in:] J. Stępniewski, M. Bugdol (ed.), *Cost, Organization and Management of Hospitals*, Jagiellonian University Press.
- Danecka M., 2014, *Partycypacja wykluczonych. Wyzwania dla polityki społecznej*, Oficyna Naukowa ISP PAN, Warszawa.

- Karniej P., 2015, *Pacjent psychiatryczny jako kategoria wykluczenia społecznego w zakresie zdrowia*, [w:] I. Mazur, P. Karniej, J. Jończyk (red.), *Zdrowie psychiczne. Organizacja – Zarządzanie – Standardy*, Wyd. CEeU, Wrocław.
- Kawachi S.V., Subramanian N., Almeida-Filho J., 2002, *A glossary for health inequalities*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, pp. 647-652.
- Murray L. et al., *Self-exclusion from health care in women at high risk for postpartum depression*, *Journ. of Pub. Health Med.*, vol. 25, no. 2, pp. 131-137.
- Townsend R., 1979, *Poverty in the United Kingdom. A Survey of Household Resources and Standards of Living*, Penguin Books Ltd.
- Villeneuve A., 1991, *La mesure des inégalités sous son aspect multidimensionnel – Enquête „Étude des conditions de vie”*, Document de travail F9105, INSEE, Paris.
- Whitehead M., 2007, *A typology of actions to tackle social inequalities in health*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, pp. 473-478.