

# FINANSOWANIE JAKO PRIORYTET I WARUNEK *SINE QUA NON* W OCHRONIE ZDROWIA

## Financing as the priority and a *sine qua non* clause in healthcare

Izabela Rydlewska-Liszkowska

### STRESZCZENIE

Spółecznie odpowiedzialnie i racjonalnie zaprojektowane finansowanie ochrony zdrowia winno odzwierciedlać/wspierać realizację wyznaczonych priorytetów zdrowotnych, z drugiej zaś strony granice finansowania skłaniają do wyborów/kompromisów/umów („trade – offs”), które w praktyce powinny przełożyć się na wykonalność priorytetów, zgodnie z zasadą powszechnego dostępu do ochrony zdrowia.

Wyzwania stojące przed politykami i decydentami w zakresie (re)konstruowania finansowania jako elementu systemu ochrony zdrowia, zalecane przez organizacje międzynarodowe, formułuje się w następujących obszarach: mechanizmu finansowania, rozkładu kosztów ochrony zdrowia między uczestnikami systemu, sposobów i instrumentów motywujących uczestników systemu. Pragmatyczne podejście do finansowania ochrony zdrowia może zostać wyrażone poprzez jego funkcje, do których zalicza się: oddziaływanie za pomocą instrumentów finansowych na dostawców produktów ochrony zdrowia w celu stymulacji ich do zachowań, których efektem będzie powszechny dostęp do efektywnej ochrony zdrowia; rozszerzanie ochrony populacji przed takimi obciążeniami finansowymi związanymi z korzystaniem z ochrony zdrowia, które mogłyby doprowadzić do ubożenia gospodarstw domowych, rezygnacji ze świadczeń bądź eliminowania korzystania z części świadczeń; stopniowe wdrażanie zrównoważonego finansowania. Wprowadzaniu zmian ukierunkowanych na synchronizację finansowania z działaniami zmierzającymi do zapewnienia powszechnego dostępu do świadczeń mogą towarzyszyć bariery, wśród których szczególnie trudnymi do przezwyciężenia mogą okazać się: ograniczoność zasobów danego państwa w relacji do potrzeb zdrowotnych populacji, obciążanie kosztami ochrony zdrowia wywołujące ubożenie pacjentów, nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia i ich nierównomierne rozlokowanie (między celami, terytoriami, grupami, typami podmiotami ochrony zdrowia). W związku z tym, w trosce o bezpieczeństwo procesu zmian finansowania ochrony zdrowia, ich realizatorzy powinni zyskać wsparcie w postaci: wyników analiz efektywności alternatyw według kryterium koszt-efekt w ujęciu inkrementalnym, wyników analiz kosztów utraconych możliwości jako konsekwencji potencjalnych decyzji, oszacowania potencjalnego wpływu priorytetów na budżet/budżety sektorowe/budżety lokalne, mechanizmów wspierania udziału samorządów lokalnych w określaniu priorytetów (również w aspekcie finansowym), systemu rejestracji i sprawozdawczości finansowej w umożliwiającego kompleksową porównywalność działań/produktów ochrony zdrowia na poziomie lokalnym.

### ABSTRACT

Socially accountable and rational designed healthcare financing should support health priorities implementation but, on the other hand, choices, compromises and contracts are imposed by financial burden ("trade – offs"), which determine achieving priorities according to universal health coverage.

Policy-makers and decision-makers challenges in reforming financing healthcare which could be considered from the given healthcare system and/or the global scale perspectives are formulated in several areas: funding, costs sharing among different stakeholders, motivation schemes. The approach to financing healthcare in practice can be reflected by its functions: motivating health services providers in order to stimulate them to activities aiming at universal health coverage, expanding the population financial protection against financial risk resulting in households poverty, limitation the consumption

health services due to resources scarcity; developing sustainable financing step by step. Implementing interventions which are to synchronize financing and universal health coverage faces the barriers among which the most difficult to overcome are as follows: the scarce resources at macroeconomic level in comparison to health needs of the population, costs for patients resulting in households poverty, ineffective use of healthcare resources and their allocation (among goals, areas, groups of population, health services providers). The operationalization health financing changes should involve supporting its actors by: information on incremental cost-effectiveness ratios, opportunity cost of different interventions or decisions, estimation the potential priorities impact on state budget, sectoral and local budgets, mechanisms supporting local authorities in priorities setting (also in financial context), evidence and financial accountancy making data and healthcare products comparable on local level.

**Słowa kluczowe:** finansowanie ochrony zdrowia, powszechny dostęp do opieki zdrowotnej, zrównoważone finansowanie, priorytety zdrowotne

**Keywords:** healthcare financing, universal health coverage, sustainability of financing, health priorities

## WPROWADZENIE

Interakcje zachodzące między finansowaniem ochrony zdrowia a powszechnym dostępem do świadczeń opieki zdrowotnej (*Universal Health Coverage – UHC*) stanowią jeden z aspektów analizy, oceny, identyfikacji „warunków brzegowych” (wynikających z możliwości, ograniczeń, dyskusji dylematów), kształtowania (strategia, operacjonalizacja), wprowadzania zmian, ich monitorowania i ewaluacji systemów ochrony zdrowia. Zrozumienie takiego podejścia do problemów finansowego zabezpieczenia realizacji zadań systemu ochrony zdrowia zależy od ustalenia jak rozumiany jest powszechny dostęp do ochrony zdrowia. W niniejszym opracowaniu rozumiany jest on, w ślad za głosem ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ), jako dostęp do świadczeń w systemie ochrony zdrowia, który nie jest źródłem finansowego nieszczęścia/ubóstwa osób potrzebujących opieki zdrowotnej. (2) W konsekwencji przyjęcia takiego określenia przez kraje członkowskie ŚOZ, sformułowane i zarekomendowane zostały obszary wyzwań pod adresem rządów poszczególnych krajów w zakresie rekonstruowania finansowania ochrony zdrowia. Należą do nich:

- sposoby finansowania ochrony zdrowia,
- ochrona populacji przed finansowymi skutkami negatywnych zmian w stanie zdrowia („ill-health”) i ponoszonymi kosztami ochrony zdrowia,

- systemy motywacji uczestników systemu ochrony zdrowia do racjonalnego gospodarowania zasobami. (7,12)<sup>75</sup>.

Podjęcie tematyki relacji zachodzących między finansowaniem ochrony zdrowia a zapewnieniem „uniwersalnego” dostępu do jej produktów wymaga posługiwania się akceptowanymi określeniami przywoływanymi pojęć. Wbrew potocznemu pojmowaniu finansowanie ochrony zdrowia nie jest tożsame z bezpośrednimi strumieniami pieniądza przepływającymi między „posiadaczami” zasobów finansowych a podmiotami korzystającymi z nich w celu realizacji przypisanych im zadań. Stosując pragmatyczne podejście do finansowania ochrony zdrowia można je przedstawić poprzez jego funkcje, do których zalicza się:

- mobilizowanie (konsolidowanie) funduszy,
- gromadzenie zasobów finansowych,
- alokowanie środków finansowych w celu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, indywidualnych i grupowych.

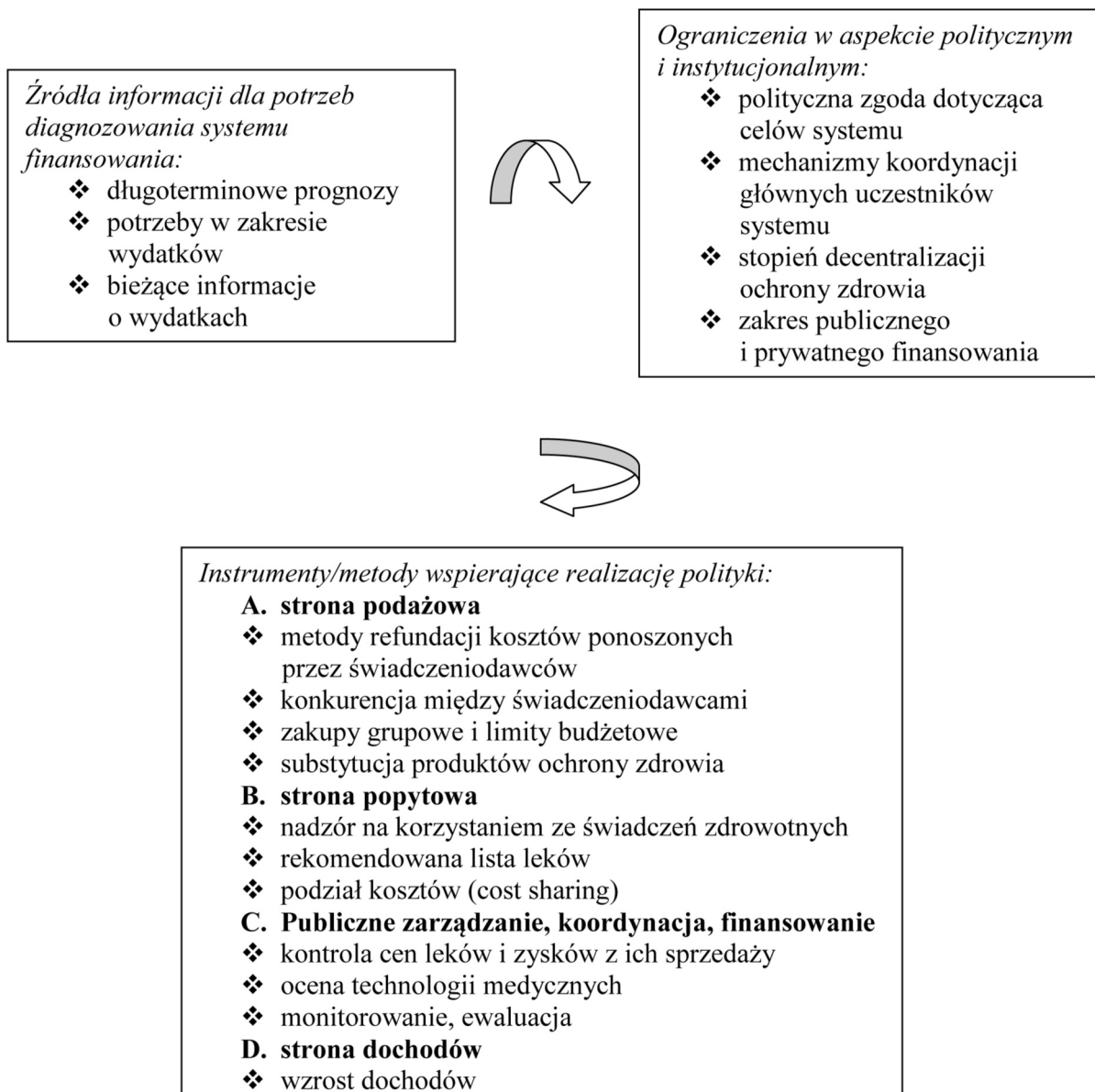
Ograniczenie funkcji finansowania wyłącznie do trzech wymienionych spowodowałoby wyeliminowanie z rozważań jego istotnej funkcji, tj. funkcji motywacyjnej. Mechanizm finansowania ochrony zdrowia powinien być skonstruowany w taki sposób, aby poprzez pakiet instrumentów finansowych oddziaływał na dostawców produktów ochrony zdrowia w sposób umożliwiający wszystkim jednostkom dostęp

<sup>75</sup> „To achieve universal health coverage, countries need financing systems that enable people to use all types of health services – promotion, prevention, treatment and rehabilitation – without incurring financial hardship, WHO (2010), s. 2.

do efektywnej ochrony zdrowia. (11) Stopniowe rozbudowanie określenia finansowania ochrony zdrowia doprowadziło do włączenia do jego zakresu funkcji ochrony populacji przed takimi obciążeniami finansowymi w ślad za korzystaniem z ochrony zdrowia, które mogłyby doprowadzić do ubożenia gospodarstw domowych, rezygnacji ze świadczeń bądź eliminowania korzystania z części z nich. (1)

Nowoczesne podejście do tematyki finansowania ochrony zdrowia nie może pomijać koncepcji (a jednocześnie celu systemu ochrony zdrowia) zrównoważonego finansowania, której implikacje mogą być dostrzegane na płaszczyźnie politycznej, ekonomicznej i etycznej (Rysunek 1).

**Rysunek 1.** Ramy koncepcji zrównoważonego finansowania ochrony zdrowia



Źródło: Opracowanie na podstawie: Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. 2015. Paryż: OECD.

Dążenie do zrównoważonego finansowania często łączone jest z warunkiem uzyskania odpowiedzi na dwa główne pytania: kto ma być płatnikiem w ochronie zdrowia i w jaki sposób ma partycypować w tym procesie. Najczęściej dyskutowany/argumentowany dylemat, z pozoru wyłącznie o charakterze finansowym, to kwestia głównych źródeł pochodzenia zasobów finansowych na ochronę zdrowia, do których zalicza się składki wynikające ze stosunku pracy nie gwarantujące „uniwersalnego” dostępu do ochrony zdrowia i fundusze, których źródłem są podatki, które w racjonalnie zaprojektowanym systemie ochrony zdrowia mogą wyzwolić konkurencyjność, dążenie do równości w dostępie, zapewnić realizację celów systemowych i ochronę finansową osób o wysokim ryzyku zdrowotnym, czy też zabezpieczyć wrażliwość i elastyczność finansowania. Zagadnienie to zostało szeroko przedstawione i przedyskutowane, w różnych aspektach, w literaturze światowej.(5)

Świadomość konieczności rekonstrukcji systemu ochrony zdrowia i wola polityków zdrowotnych nie są wystarczającym warunkiem wprowadzania zmian ukierunkowanych na synchronizację systemu finansowania jako komponenty systemu ochrony zdrowia z działaniami zmierzającymi do zapewnienia powszechnego dostępu do świadczeń. Bariery mogą pojawić się bowiem już na etapie projektowania zmian i mogą posiadać swoje źródła zarówno w samym systemie ochrony zdrowia, jak i w jego makroekonomicznym otoczeniu. Szczególnie trudne do przezwyciężenia mogą okazać się ograniczenia wynikające z:

- ograniczonej zasobów danego państwa w relacji do potrzeb zdrowotnych populacji;
- obciążania kosztami ochrony zdrowia osób korzystających z niej w formie opłat ponoszonych bezpośrednio w okresie konsumowania świadczeń opieki zdrowotnej, co może wywołać ubożenie pacjentów;
- nieefektywnego wykorzystania zasobów systemu ochrony zdrowia i ich nierównomiernego rozlokowania, w szczególności między celami, terytoriami, grupami uczestników systemu, typami podmiotów leczniczych, świadczeniobiorców.

## FINANSOWE ZABEZPIECZENIE „UNIVERSAL HEALTH COVERAGE”

Problemem, który ściśle łączy się z konstrukcją bądź rekonstrukcją finansowania ochrony zdrowia w kontekście zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji jest pozyskanie zasobów rozumianych nie tylko jako określone matematycznie kwoty, ale również jako wielkość o danej strukturze. Logicznie nakłada się na to konieczność wyłonienia metody weryfikacji/aktualizacji poziomu i rozkładu zasobów finansowych w systemie ochrony zdrowia. Realizacja takiego celu wynika z konieczności zapewnienia elastyczności finansowania ochrony zdrowia przede wszystkim w stosunku do zmian potrzeb zdrowotnych (uwzględnione powinny być jednak i inne czynniki, do których należy zaliczyć wprowadzanie zmian systemowych obejmujących często zmiany partycypacji uczestników systemu w finansowaniu ochrony zdrowia, zmian organizacyjnych często związanych z tworzeniem nowych lub likwidowaniem starych instytucji w systemie, TI stanowiącymi konsekwencję doskonalenia zarządzania systemem, zmiany technologii medycznych), ale również w relacji do zmian zachodzących w otoczeniu systemu ochrony zdrowia (na przykład, należą do nich wszelkie nowe regulacje prawne, zmiany sytuacji gospodarczej państwa, interakcje systemu ochrony zdrowia danego kraju z systemami innych krajów wynikające z umów międzynarodowych).

Pozyskiwanie pożądanej wielkości zasobów finansowych o określonej strukturze może odbywać się różnymi metodami umocowanymi systemowo i technicznie, akceptowanymi w danym systemie ochrony zdrowia. Międzynarodowo akceptowaną ich klasyfikacją jest podział według systemowej funkcji i obejmuje:

- podwyższanie efektywności gromadzenia zasobów,
- dostosowywanie środków finansowych do priorytetów ochrony zdrowia ścieżką zmian w budżetach ochrony zdrowia,
- innowacyjność finansowania. (2)

## **PRZECIWDZIAŁANIE FINANSOWYM OGRANICZENIOM KORZYSTANIA Z OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Podjęcie działań ukierunkowanych na stworzenie/zrekonstruowanie finansowania ochrony zdrowia wspierającego dążenie do zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej populacji jest, zdaniem światowego środowiska eksperckiego, warunkiem skuteczności systemu ochrony zdrowia. Wydaje się uzasadnione skierowanie szczególnej uwagi na sposób i poziom partycypowania członków populacji w ponoszeniu kosztów ochrony zdrowia, gdyż nieudolne rozwiązania polityczno-organizacyjno-finance, powodujące poczucie nadmiernego obciążenia finansowego przez członków różnych grup populacji, mogą stanowić barierę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Kluczowymi pytaniami w tym obszarze koncepcji i decyzji, na które powinno się znaleźć odpowiedzi są :

- kto powinien być obciążony płaceniem i w jakich przypadkach chorobowych?
- na jakim poziomie powinno być ustalone obciążenie finansowe?
- w jakim punkcie czasowym określone jednostki/grupy powinny być obciążone finansowo w związku z korzystaniem z opieki zdrowotnej?

Odpowiedzi na takie ramowe pytania, odnoszące się do danego konkretnego systemu ochrony zdrowia, powinny być logicznie powiązane i prowadzić do stworzenia spójnej koncepcji ochrony populacji przed obciążeniami finansowymi.

Fundusze gromadzone i przeznaczone na ochronę zdrowia posiadają rozmaite źródła, wyróżniane według istniejących klasyfikacji. (4) Jednakże z perspektywy formułowania celów polityki zdrowotnej najważniejszą kwestią jawi się podział tychże źródeł (dla uproszczenia podany w sposób schematyczny), na te, z których płyną środki finansowe na zasadzie obligatoryjności i na te, których udział jest uzależniony od woli korzystających z ochrony zdrowia. Pierwsze z wymienionych źródeł ma kluczowe znaczenie w systemie ochrony zdrowia jeśli towarzyszy mu stosowanie metody przedpłat. Drugie z nich, nieobligatoryjne, może choć nie musi podlegać takiej samej zasadzie albowiem płatności mogą być dokonywane w formie przed-

płat i/albo jako bezpośrednie opłaty tuż przed lub po skorzystaniu ze świadczenia opieki zdrowotnej.

Jakie zatem spostrzeżenia wynikają z obserwacji finansowania ochrony zdrowia w rozmaitych systemach ochrony zdrowia w aspekcie dostępu do opieki i wykorzystania ich do tworzenia strategii systemowych? Po pierwsze, nie we wszystkich systemach fundusze gromadzone z obciążania dochodów populacji wystarczają na pokrycie kosztów ochrony zdrowia, wówczas pomocna jest partycypacja środków budżetu państwa, centralnie gromadzonych. Po drugie, obligatoryjny udział poszczególnych członków populacji w tworzeniu funduszy przeznaczonych na ochronę zdrowia może wyeliminować wycofywanie się osób korzystających bardzo rzadko ze świadczeń zdrowotnych z finansowania ochrony zdrowia i zmniejszenie zasobów finansowych dla osób chorych i potrzebujących ochrony i opieki. Po trzecie, wspólnota korzystania z funduszy przeznaczonych na ochronę zdrowia czy też, jak to bywa nazywane, wzajemne subsydiowanie ochrony zdrowia nad osobami korzystającymi rzadziej i korzystającymi często ze świadczeń niewątpliwie wspomaga wprowadzanie UHC. Rozwiązanie takie, oprócz precyzyjnych ram techniczno-informacyjnych, wymaga zawarcia umowy społecznej ze względu na uzyskanie zgody co do wprowadzenia transferów finansowych między grupami populacji, różnymi typami świadczeń opieki zdrowotnej i rodzajami kosztów. Wdrożenie takiego rozwiązania wymaga określenia i wprowadzenia priorytetów zdrowotnych.

## **DAŻENIE DO RACJONALNIE WYZNACZONEGO POZIOMU EFEKTYWNOŚCI OCHRONY ZDROWIA**

Dobrym punktem wyjścia do rozważań o efektywności ochrony zdrowia w kontekście ustalania priorytetów zdrowotnych jest teza, że ani posiadanie środków finansowych na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani zniesienie/ograniczenie finansowych barier dostępu do ochrony zdrowia nie są gwarancją UHC. Spełnieniu obu wymienionych warunków musi bowiem towarzyszyć kompatybilne, efektywne wykorzystanie zasobów. W systemach ochrony zdrowia, w niedostatecznym stopniu

analizuje się, ocenia i na tej podstawie dokonuje wyborów „lepszych” rozwiązań alternatywnych (stosowanie zamienników leków czy wdrażanie alternatywnych technologii medycznych; eliminowanie wszelkich strat, na przykład czasu pracy i zasobów rzeczowych poprzez stosowanie zasad „lean management”; negocjowanie korzystniejszych warunków zawieranych kontraktów różnego typu – umowy o zatrudnienie, umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych czy umowy outsourcingowe). Szacuje się, że ograniczenie/wyeliminowanie nieracjonalnych wydatków na leki z jednoczesną poprawą kontroli gospodarki lekami mogłoby przyczynić się do zaoszczędzenia nawet do 5% wydatków na zdrowie. (2) Jak podaje cytowany raport, można doszukać się szeregu przyczyn, których wyeliminowanie stworzyłoby możliwość zaoszczędzenia 20 i więcej procent nakładów na ochronę zdrowia. Do przyczyn, o których mowa można odnieść się w ślad za cytowanym raportem oraz posługując się wynikami własnych badań. Należą do nich:

- stosowanie nieefektywnych, nieskutecznych technologii medycznych;
- utrzymywanie stanu niskiej motywacji do pracy w podmiotach ochrony zdrowia;
- tolerowanie niezadowolającej efektywności opieki szpitalnej;
- występowanie nadprodukcji świadczeń zdrowotnych w wyniku decyzji klinicznych;
- niewystarczająca eliminacja strat;
- korupcja;
- nieadekwatność ordynowanych świadczeń do przypadku chorobowego;
- zjawisko *moral hazard* wśród różnych grup uczestników systemu ochrony zdrowia;
- podejmowanie nieracjonalnych decyzji jako efekt sporów politycznych w makroskali;
- przepisy prawne sprzyjające/skłaniające do stosowania nielogicznych zasad zarządzania zasobami finansowymi;
- brak bądź niewystarczający poziom wiedzy na temat instrumentów zarządzania finansami podmiotów ochrony zdrowia;
- niepełny bądź nieskutecznie skonstruowany system informacyjny (na przykład system informacji finansowej o podmiotach ochrony zdrowia na poziomie regionalnym w Polsce).

Niewątpliwie przyczyny, o których mowa, można by mnożyć, przyjmując rozmaite perspektywy (cele systemu, poziomy zarządzania, cechy populacji objętej opieką), niemniej jednak zamierzeniem Autorki było zwrócenie uwagi na ich istnienie w i poza systemem ochrony zdrowia, jako integralnego zakresu potencjalnych analiz, których wyniki charakteryzowałyby się użytecznością w budowie strategii systemowej.

Chcąc wyzwolić efektywne działania w systemie ochrony zdrowia, warto również zastanowić się nad systemem bodźców. Biorąc pod uwagę ich usytuowanie w systemie ochrony zdrowia, mogą być one powiązane z mechanizmem refundacji kosztów świadczeniodawcom poprzez, na przykład, rodzajowe i kwotowe różnicowanie stawek (stawki za świadczenie) przypisanych poszczególnym typom świadczeń opieki zdrowotnej. Za ich pośrednictwem może zostać wywołana stymulacja (z perspektywy celów systemu ochrony zdrowia może być ona pozytywna lub negatywna) zarówno świadczeniodawców (na przykład, kreowanie popytu przez podaż świadczeń – nieuzasadniona nadprodukcja – prowadzące do ich nadkonsumpcji jako efekt negatywny), jak i świadczeniobiorców (wysokość opłaty, dopłaty czy odpłatności za świadczenia może wywołać ograniczenie lub intensyfikację korzystania ze świadczeń). Drugim, wyrazistym przykładem możliwości stymulacji w systemie ochrony zdrowia są stawki kapitacyjne, wstrzymujące nadprodukcję świadczeń zdrowotnych. Podobną rolę mogą odgrywać stawki przypisane do konkretnego przypadku chorobowego, ustalone niezależnie od intensywności i czasu trwania opieki zdrowotnej, co nie jest równoznaczne z wyłącznie pozytywnym ich oddziaływaniem (na przykład nieuzasadnione skracanie pobytu w szpitalu). (6)

Ze względu na to, że zamiarem Autorki nie było wprowadzenie do niniejszego artykułu pełnej systematyki bodźców finansowych, ale jedynie zwrócenie uwagi na możliwości stymulowania zachowań uczestników systemu ochrony zdrowia, posłużono się jedynie wybranymi przykładami instrumentów motywacyjnych. Warto także zaznaczyć, że w szeregu krajów wykorzystywany jest kompleks różnych stawek/taryf za świadczenia opieki zdrowotnej, uznawany za bardziej skuteczny niż stosowanie jednego czy dwóch rodzajów stawek. Finansowanie ochrony zdrowia oparte o zróżnicowanie rodzajowe i kwotowe stawek finansowych, wyko-

rzystywanych w procesie refundacji kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców może być uznane za finansowanie czynne/aktywne, reagujące na zmiany w systemie ochrony zdrowia i zachowania jego uczestników. Taki rodzaj finansowania świadczeń opieki zdrowotnej stanowi nie tylko wyzwanie dla konstruktorów systemu ochrony zdrowia (powinno również mieć wsparcie polityków zdrowotnych, decydentów i menedżerów), ale odpowiadając na szereg kluczowych trudności systemowych, powinien stanowić aktywne wsparcie ustalania priorytetów zdrowotnych. Wobec tego stwierdzenia, wskazane byłoby, aby wszyscy „aktorzy” systemu zainteresowani jego skutecznością i efektywnością intensyfikowali prace konceptualizacyjne i implementację rozwiązań w następujących obszarach:

- wybór technologii medycznych skutecznych w ramach posiadanych lub możliwych do zgromadzenia zasobów;
- określenie i wybór sektorów budżetów/funduszy, jako odpowiedź na potrzeby zdrowotne;
- określenie metod zakupu świadczeń, dostawców świadczeń i sposobów ich dostarczania bezpośrednim odbiorcom – pacjentom.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Jednoznacznie, transparentnie i odpowiedzialnie (racjonalnie) zaprojektowane finansowanie ochrony zdrowia winno odzwierciedlać/wspierać realizację wyznaczonych priorytetów, z drugiej zaś strony granice finansowania (wyznaczone ograniczonymi zasobami) skłaniają do wyborów/kompromisów/umów („trade – offs”), które w praktyce powinny przełożyć się na wykonalność określonych priorytetów, zgodnie z UHC.

Wyzwania stojące przed politykami, decydentami i menedżerami ochrony zdrowia w zakresie finansowania ochrony zdrowia wynikają z konieczności określania priorytetów (dokonywania wyborów) w ochronie zdrowia (świadczenia zdrowotne, kierunki rozwoju, populacja), co łączy się nierozdzielnie z koniecznością dokonywania wyborów, a to z kolei wynika z faktu, iż zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w rozumieniu zapewnienia powszechnego

dostępu do nich przekracza dostępne zasoby. Z perspektywy celów systemów ochrony zdrowia istnieje potrzeba alokacji zasobów zgodnie z zasadą UHC (wprowadzanie leków do finansowania publicznego, profilaktyka, procedury medyczne, edukacja, subpopulacje objęte dopłatami za opiekę zdrowotną, inne działania z zakresu polityki zdrowotnej, takie jak finansowanie świadczeniodawców w oparciu o zasadę P4P „payment for performance” – zapłata za efekt).(9)

To z kolei uwarunkowane jest wyborem opcji spośród dostępnych alternatyw. Powinien on odbywać się zgodnie z kryterium skuteczności i oczekiwanej „wartości” zdrowia, zgodnie z regułą „cost-effective”.(10) Określenie priorytetów w ochronie zdrowia w aspekcie finansowania ochrony zdrowia można sprowadzić do wskazania jakie produkty/działania w ochronie zdrowia mają być finansowane, dla kogo, w jakim zakresie i czasie.

Istotne jest więc uświadomienie kilku kluczowych kwestii. Po pierwsze, uświadomienie, że nie istnieje uniwersalne podejście do ustalania priorytetów, które wynika z wielu czynników kształtujących system ochrony zdrowia. Po drugie, fundamentalne dla kształtowania polityki ochrony zdrowia w warunkach ograniczonych zasobów konieczne jest podjęcie decyzji w odniesieniu do kwestii sformułowanych jako następujące pytania:

- jakie świadczenia powinny być dostępne i finansowane w ramach UHC?
- dla kogo powinny być one dostępne i w jaki sposób finansowane?
- jaki powinien być zakres partycypacji pacjentów w finansowaniu świadczeń nie objętych priorytetami?
- w jaki sposób implementować wyniki ewaluacji efektywności kosztowej (*cost – effectiveness*)?
- w jaki sposób koordynować źródła zasilania finansowego (łączenie stanowisk różnych uczestników systemu ochrony zdrowia), ze szczególnym uwzględnieniem poziomu regionów? (3)

Do rekomendacji skierowanych do decydentów w systemie ochrony zdrowia powinno się dodać, równie ważne, następujące zadania:

- analiza efektywności alternatyw według kryterium koszt – efekt w ujęciu inkrementalnym;
- analiza kosztów utraconych możliwości jako konsekwencji potencjalnych decyzji;
- określenie potencjalnego wpływu priorytetów na budżet/budżety sektorowe/budżety lokalne;
- wspieranie udziału samorządów lokalnych w zakresie określania priorytetów, również w aspekcie finansowania ochrony zdrowia (8);
- prowadzenie rejestracji i sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający kompleksowość i porównywalność działań/produktów ochrony zdrowia w różnych przekrojach w celu wyeliminowania ograniczości danych na poziomie lokalnym.

## BIBLIOGRAFIA

1. Everybody's business-strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007. Genewa: World Health Organization.
2. Health systems financing: the path to universal coverage. 2010. Geneva: World Health Organization.
3. Glassman A., U. Giedion., Y.Sakuma, P.C Smith. 2016. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? *Health Systems & Reform*; 2(1): 39-50
4. Jowett M., J. Kutzin. 2015. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. Genewa: World Health Organization.
5. Liapopoulos L., I. Goranitis. 2015. Health care financing and the sustainability of health systems. *Int J Equity Health*; 14: 80.
6. Purchasing to improve health systems performance. 2005. European Observatory on Health Systems and Policies Series. World Health Organizations, Open University Press, Nowy Jork.
7. Resolution WHA58.33. 2005. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, Genewa: 16–25 May 2005. World Health Organization.
8. Resolution WHA67.23. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage [Ninth plenary meeting]. In: Sixty-Seventh World Health Assembly, Geneva, 24 May 2014. World Health Organization, Genewa 2014
9. Sakha M.A., A. Rashidian, M. Bazayar, A.A. Sari, S. Yazdani, A.V. Moghadam. Health Financing Assessment and Policy Analysis toward Universal. Health Coverage: A Systematic Review of Qualitative Research. *Global Journal of Health Science* 2017; 9(5):131-142
10. The Gates reference case: what it is, why it is important, and how to use it. 2014. Londyn: National Institute for Clinical Excellence.
11. The World health report. 2000. Health systems: improving performance. Genewa: World Health Organization.
12. The world health report 2010 – Health systems financing: The path to universal coverage. Genewa: World Health Organization.