**FINANSOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE**

**NA TLE DOŚWIADCZEŃ STANÓW ZJEDNOCZONYCH AMERYKI,**

**REPUBLIKI FEDERALNEJ NIEMIEC, FRANCJI**

**ORAZ WIELKIEJ BRYTANII**

Rozprawa doktorska napisana w Kolegium Gospodarki Światowej pod kierunkiem

naukowym prof. dr hab. Eweliny Nojszewskiej

mgr Anna Ewa Tyszka

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Zdrowie jest szczególnym dobrem i jedną z najważniejszych wartości dla każdego człowieka. Istotną nie tylko dla jednostki, ale także całego społeczeństwa, ponieważ kształtuje jego funkcjonowanie w danym środowisku. W latach 70-tych ubiegłego wieku nastąpił wzrost liczby badań podnoszących rolę zdrowia w rozwoju wskaźników ekonomicznych. Jednak istotna zmiana podejścia do ochrony zdrowia i jej znaczenia w kształtowaniu procesów światowej ekonomii nastąpiła, kiedy na świecie pojawiła się pandemia wirusa SARS-COV 2, która do końca lipca 2021 r. spowodowała zachorowanie u 198 milionów osób na świecie oraz śmierć około 4,2 mln pacjentów. Należy podkreślić, że rynek zdrowia ma szczególny charakter, zaś użyteczność usług na nim oferowanych jest wysoka.

Jednym z najważniejszych problemów w systemach ochrony zdrowia są stale rosnące koszty opieki medycznej, które są spowodowane zmianami demograficznymi, wprowadzaniem innowacyjnych terapii oraz technologii medycznych, a także poprawą jakości świadczonych usług medycznych. Powoduje to coraz większe obciążenie finansowe dla budżetów państw oraz organizacji ubezpieczeniowych.

Wśród wszystkich wydatków na ochronę zdrowia w Polsce najwięcej przeznacza się na finansowanie kosztów hospitalizacji, których liczba w przeliczeniu na 1 mieszkańca jest bardzo wysoka. Finansowanie hospitalizacji jest oparte są o kodowanie świadczeń według Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) uwzględniając klasyfikacje chorób lub klasyfikacje procedur medycznych.

Powyższa praca miała na celu analizę systemów badanych krajów w tym wskaźników makroekonomicznych, medycznych oraz ocenę systemu opieki ambulatoryjnej ze szczególnym uwzględnieniem finansowania hospitalizacji poprzez porównanie liczebności, finansowania grup JGP oraz ich charakterystyki. W powyższej pracy dokonano porównania finansowania 6 schorzeń według sytemu JGP uwzględniając różnice w wycenie pomiędzy poszczególnymi grupami w zależności od poziomu ciężkości stanu chorego, różnice finansowania planowych pobytów, krótkich hospitalizacji oraz transferów pomiędzy szpitalami, a także wskaźników jakościowych modyfikujących wyceny grup.

W rozprawie dokonano porównania systemów ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki, Wielkiej, Brytanii, Francji, Polski oraz Republiki Federalnej Niemiec.

Przeprowadzone badania pozytywnie zweryfikowały tezę:

**Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce wymaga wprowadzenia zmian organizacyjnych gwarantujących efektywność ekonomiczną i skuteczność kliniczną w oparciu o doświadczenia Stanów Zjednoczonych Ameryki, Republiki Federalnej Niemiec, Francji oraz Wielkiej Brytanii. Powinny one obejmować efektywne wykorzystanie nakładów na opiekę medyczną obejmujące zmianę struktury świadczeń oraz rozszerzenie katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów uwzględniając różne poziomy ciężkości stanu chorego, schorzenia towarzyszące oraz kompleksowe leczenie.**

Dysertacja skład się z czterech rozdziałów.

**W pierwszym rozdziale** przedstawiono zagadnienia finansowania ochrony zdrowia, definicję oraz cechy wyróżniające system. Na wstępie została omówiona specyfika rynku usług medycznych, przede wszystkim jego niedoskonałości związane z asymetrią informacji, efektem naśladownictwa, efektem demonstracji, zjawiskiem „pokusy nadużycia”, „tworzenia popytu przez podaż”. Przedstawiono funkcję popytu i podaży w ochronie zdrowia w zależności od modelu finansowania, cenową i dochodową elastyczność popytu na usługi medyczne. Omówiony został model Grossmana, według którego zdrowie jest inwestycją oraz przedstawiono sposoby finansowania opieki medycznej, jego źródła, rodzaje wydatków, stosowane jednostki rozliczeniowe oraz mechanizmy odpłatności. Następnie zdefiniowano i omówiono pojęcie efektywności ochrony zdrowia. Kolejną przedstawioną kwestią były rodzaje modeli finansowania systemów ochrony zdrowia.

**Drugi rozdział** zawiera charakterystykę finansowania polskiego systemu ochrony zdrowia, w tym ambulatoryjnej oraz szpitalnej opieki medycznej z uwzględnieniem wysokości środków przeznaczonych na profilaktykę i promocję zdrowia oraz system finansowania Jednorodnych Grup Pacjentów. Omówiona została wielkość wydatków na farmaceutyki oryginalne, jak i generyczne oraz na nowoczesne technologie medyczne. Przedstawiony został także problem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Następnie nakreślone zostały najważniejsze zagadnienia finansowania rynku prywatnych usług medycznych oraz koszyk gwarantowanych świadczeń medycznych.

# W rozdziale trzecim zostały opisane systemy ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki, Wielkiej Brytanii, Republice Federalnej Niemiec, Polsce oraz Francji wraz z analizą porównawczą finansowania tych systemów w stosunku do sytuacji w Polsce. Uwzględniono wskaźniki makroekonomiczne, wybrane wskaźniki medyczne, w tym liczby zgonów zarówno ogólne, jak i w niektórych schorzeniach, wydatki na opiekę szpitalną, finansowanie opieki ambulatoryjnej, a także refundację farmaceutyków. Przedstawiony został także problem wskaźników zatrudnienia, wynagrodzeń, liczby porad oraz koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych. Przeprowadzono także porównanie systemów Jednorodnych Grup Pacjentów we wszystkich krajach oraz różnice klasyfikacji wykorzystywanych w poszczególnych systemach do kodowania poszczególnych grup.

**W rozdziale czwartym** przedstawiono analizę finansowania 6 grup w systemie JGP. Obejmuje ona analizę kodowania i finansowania każdej z grup, różnice w ich liczebności, wysokości stawek pomiędzy grupami najniżej oraz najwyżej wycenionymi. Uwzględniono także specyfikę systemów oraz inne dodatkowe płatności związane z leczeniem pacjentów we wszystkich analizowanych krajach.

**W zakończeniu**  przedstawiono wyniki badań oraz wnioski z analiz, a także podsumowanie rozprawy z określeniem możliwości wykorzystania ich w polskim systemie ochrony zdrowia.