

Samorządowy model ochrony zdrowia. Przeгляд systemów i reform w wybranych krajach Unii Europejskiej.

Alicja Sobczak

Artykuł zawiera omówienie cech samorządowego modelu ochrony zdrowia, do których Autorka zaliczyła: dominację publicznych źródeł finansowania, w znacznej części pochodzących z budżetów samorządów lokalnych, dysponowanie środkami finansowymi na ochronę zdrowia przez władze i administracje lokalne, samorządową własność większości zakładów opieki zdrowotnej oraz powszechny dostęp obywateli do usług zdrowotnych. Przedstawione zostały systemy oraz reformy samorządowej ochrony zdrowia w krajach skandynawskich i w Hiszpanii. Na tle charakterystyki wydatków na ochronę zdrowia i zasobów obszernie opisano systemy zarządzania ochroną zdrowia w poszczególnych państwach, z zaznaczeniem podobieństw i różnic. Szczególną uwagę zwrócono na regulacyjne funkcje państwa oraz problematykę integrowania opieki zdrowotnej w sytuacji decentralizacji uprawnień wielu ośrodków decyzyjnych. Do ważnych uwarunkowań sprawnego funkcjonowania modelu samorządowej ochrony zdrowia zaliczono: wysoki poziom profesjonalny i etyczny władzy oraz administracji lokalnej, kulturę negocjacji, ewolucyjny charakter wprowadzanych zmian, nastawienie na prawa pacjenta i rozwiązywanie problemów zdrowotnych społeczności lokalnych, zastosowanie nowych instrumentów finansowych, kontrolnych oraz rozwiązań organizacyjnych.

1. Wstęp

Samorządowy model ochrony zdrowia ma dość liczne grono zwolenników w Polsce. Przy okazji kolejnych debat reformatorskich, nasilających się w miarę obniżania wydolności publicznego systemu ochrony zdrowia w naszym kraju, odżywa opcja samorządowa. Jak dotychczas nie znalazła ona jednak wystarczającej liczby popleczników w gremiach decyzyjnych, przegrywając z modelem ubezpieczeniowym. Powodów może być wiele, m.in.:

- duże podobieństwo do modelu państwowego, do którego socjalistycznej i posocjalistycznej wersji zraziła się większość Polaków,

- nacisk na radykalne rozwiązania rynkowe, z którymi mocno identyfikuje się wiele polskich środowisk reformatorskich, a które w systemach samorządowych są aplikowane powoli i w ograniczonym zakresie,
- wątpliwości co do kwalifikacji merytorycznych i poziomu etycznego władz i administracji lokalnych, bez czego nie ma mowy o sprawnym zarządzaniu ochroną zdrowia ze szczebla samorządowego, itd.

Niektóre z tych zastrzeżeń mają racjonalne podstawy, inne wynikają z różnych mitów i uprzedzeń.

Zwolennicy modelu samorządowego podkreślają jego zalety, do których zalicza się decentralizację systemu ze wszystkimi jej pozytywnymi atrybutami, jak zwiększenie elastyczności i responsywności systemu, ograniczenie roli władzy centralnej, wzmocnienie samorządności.

Prowadzone debaty wskazują, że nie wszyscy zdają sobie sprawę z uwarunkowań sprawnego działania modeli ochrony zdrowia, w tym samorządowego. Warto uświadomić sobie również głębokie kulturowe, teleologiczne i etyczne podstawy, na których opiera się model samorządowy, a także inne ważne charakterystyki ochrony zdrowia w krajach, gdzie funkcjonuje.

2. Charakterystyka modelu samorządowego – zalety, wady i uwarunkowania sprawnego działania

Model samorządowy charakteryzuje:

- dominacja finansowania publicznego ze źródeł budżetowych, w tym z budżetów lokalnych,
- powszechne prawo obywateli do korzystania z publicznego systemu ochrony zdrowia z tytułu zamieszkania na danym terenie,
- gromadzenie środków publicznych na ochronę zdrowia na poziomie lokalnym,
- dysponowanie tymi środkami przez władze i administracje lokalne na danym terenie, ponoszące odpowiedzialność polityczną i prawną za działanie systemu ochrony zdrowia,
- funkcje właścicielskie władz i administracji lokalnych wobec większości zakładów opieki zdrowotnej na danym terenie.

Podstawowym atutem samorządowej opieki zdrowotnej jest powszechna dostępność do publicznych świadczeń zdrowotnych o określonym, zwykle szerokim zakresie. Podobnie jak model państwowy wiąże konsumpcję świadczeń z potrzebami zdrowotnymi, a nie z wkładem finansowym odbiorcy. Przesłankami ideologicznymi tego modelu są zatem egalitaryzm i solidaryzm w ochronie zdrowia.

Opracowywanie lokalnej polityki i strategii zdrowia, kształtowanie lokalnej konfiguracji sektora usługodawców, konkretnych sposobów zapewnienia opieki zdrowotnej itd., pozostają zadaniem władz lokalnych. Mogą one kształtować lokalny system stosownie do potrzeb zdrowotnych danej społeczności.

Źródłem finansowania publicznej ochrony zdrowia są budżety samorządów lokalnych na ochronę zdrowia, składające się ze środków własnych i z dotacji budżetu państwa. Proporcje finansowania ze środków własnych i budżetu państwa zależą od specyfiki systemu finansów publicznych danego kraju. Fakt, iż w niektórych państwach, mających samorządową ochronę zdrowia, dotacje budżetu państwa

przeważają, nie prowadzi do zakwestionowania logiki modelu, opartej na połączeniu zarządzania środkami publicznymi na ochronę zdrowia przez władze i administracje lokalne z odpowiedzialnością za realizację usług zdrowotnych. To lokalne władze przede wszystkim ponoszą polityczną odpowiedzialność za efekty gospodarowania środkami na publiczną ochronę zdrowia. Rozliczane są przez społeczność za dostępność i jakość opieki zdrowotnej.

Zasadnicza rola władz lokalnych nie oznacza zanegowania dużej roli władz państwa w kształtowaniu systemu opieki zdrowotnej. Przeciwnie – władze te odpowiadają za koordynację całego systemu krajowego przez regulację, monitorowanie działania systemów lokalnych i realizowanie ogólnokrajowych programów zdrowotnych. Celem koordynacji ze szczebla centralnego jest przede wszystkim realizacja postulatu równości obywateli w zakresie ochrony zdrowia, kontrola poziomu i dynamiki kosztów oraz dążenie do zwiększenia efektywności działania systemu ochrony zdrowia, a także wspomaganie samorządów w ich funkcjach zarządczych.

Duże zaangażowanie władz lokalnych i centralnych w realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia na ogół skłania je do rozbudowy publicznego sektora usługodawców – większość usługodawców publicznych pozostaje własnością samorządów. Połączenie własności z zarządzaniem uzasadniane jest za pomocą podobnych argumentów jak w modelu państwowym (bezpośrednie oddziaływanie dysponentów środków na usługodawców, możliwości kształtowania systemu realizacji świadczeń przez polityków i administrację, itd.). Z drugiej strony jednak zmusza władze lokalne do uwzględnienia interesów usługodawców.

Ze względu na główną rolę samorządów i znaczną rolę państwa w zarządzaniu ochroną zdrowia podstawowe dylematy modelu samorządowego wiążą się z rozdzieleniem zadań i uprawnień między poszczególne szczeble władzy i administracji lokalnej a szczeblem centralnym. Model jest z istoty swojej zdecentralizowany, ale pewne obszary i funkcje w ochronie zdrowia działają sprawnej w warunkach większego stopnia centralizacji i koncentracji. Rozdzielenie zadań i uprawnień pomiędzy wiele podmiotów (władze i administracja lokalna i centralna) rozkłada odpowiedzialność i roszczenia zarówno usługodawców, jak i obywateli, ale może być też przyczyną kłopotów z koordynacją działania systemu.

Rzecznikami modelu samorządowego są ci, którzy nie ufają czystym rozwiązaniom rynkowym w ochronie zdrowia, a uznają supremację sektora publicznego. Uważają oni, że publiczny sektor ochrony zdrowia nie może być uwolniony od politycznej odpowiedzialności, ale najlepszym rozwiązaniem jest scedowanie tej odpowiedzialności na samorzady lokalne, co daje efekt decentralizacji zarządzania.

Atrakcyjność modelu samorządowego wynika z jego podobieństwa do aktualnie realizowanej strategii zarządzania we współczesnej Unii Europejskiej, opartej na samorządności społeczności lokalnych i decentralizacji, przy zachowaniu, a nawet umacnianiu, regulacyjnej roli państwa oraz instytucji ponadnarodowych.

Immanentnym problemem jest uwikłanie zagadnień ochrony zdrowia w politykę lokalną. Powiązanie zarządzania systemem ochrony zdrowia z polityką i administracją lokalną w przypadku braku odpowiedzialności oraz kompetencji profesjonalnych i etycznych tych władz może grozić przekształceniem w pole irracjonalnej gry politycznej. Jeśli system polityczny na szczeblu lokalnym nie działa prawidłowo – jest zamknięty na potrzeby i sugestie społeczności, zorientowa-

ny na interesy administracji lub zakładów, będących jej własnością, nienastawiony na rozwiązywanie problemów, niepoddany skutecznej kontroli szczebli wyższych i kontroli społecznej – skomplikowana i trudna problematyka ochrony zdrowia ujawni te wady w powiększeniu. „W wielu krajach, ze Stanami Zjednoczonymi włącznie, paternalizm, nieefektywność i zwykła korupcja zbyt łatwo pojawiają się, gdy zakłady opieki zdrowotnej są za blisko powiązane z lokalnymi politykami” (Roberts, Bosset www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-61.PDF: 5). Nawet jeśli te biurokratyczne grzechy są ograniczone, a władze i administracja lokalna działają sprawnie, ich bezpośrednie zaangażowanie polityczne i ambicje kształtowania własnych samowystarczalnych sieci usługodawców, szczególnie w przypadku opieki szpitalnej bywają w kolizji z względami efektywności ekonomicznej, ocenianej z punktu widzenia szerszego systemu. Efektywne zarządzanie opieką zdrowotną, która musi mieć charakter zintegrowany, przekracza możliwości i zasięg terytorialny jednostek samorządowych najniższego szczebla. Na wyższych poziomach władze z jednej strony zbyt angażują się w bieżące funkcjonowanie szpitali, niekiedy nieumiejętnie i z naruszeniem autonomii kadry kierowniczej, a z drugiej – w kwestiach skomplikowanych – nie potrafią skutecznie pomóc. Najlepiej ten paradoks wyraził norweski minister zdrowia Dagfinn Hoybraten, mówiąc, że jest to „niebezpieczna kombinacja bycia jednocześnie zbyt blisko i zbyt daleko” (Hoybraten 2003: 6). Słabością zdecentralizowanego modelu samorządowego może być występowanie nieuzasadnionych różnic zakresu, dostępności i jakości usług w poszczególnych rejonach.

Zasadniczym uwarunkowaniem sprawnego funkcjonowania samorządowego modelu ochrony zdrowia jest ugruntowana tradycja sprawnej władzy samorządowej i „dojrzałość” demokracji samorządowej, przejawiające się m.in.:

- wysokim poziomem kwalifikacji merytorycznych administracji samorządowej,
- wysokim poziomem etyki i odpowiedzialności społecznej władz i administracji lokalnej,
- wysoką kulturą negocjacji i uznaniem podejścia negocjacyjnego za główny wyróżnik skutecznego stylu zarządzania,
- przejrzystością sposobów i efektów rządzenia,
- wysokim poziomem społecznego zaufania do władzy wszystkich szczebli i przekonania o możliwości skutecznego oddziaływania na nie.

3. Przykłady samorządowych systemów opieki zdrowotnej oraz charakterystyka ich zmian w latach 90

Charakterystyczne jest, że model samorządowy w swojej najbardziej rozwiniętej wersji występuje w krajach skandynawskich – Danii, Finlandii, Norwegii i Szwecji. Są to państwa o niewielkiej liczbie ludności, ale stosunkowo dużym obszarze (z wyjątkiem Danii).

We wszystkich tych krajach jest głęboko ugruntowana tradycja samorządowa, wartości egalitarne, nacisk na zapewnienie wszystkim obywatelom równego dostępu do tzw. usług społecznych, świadczonych na wysokim poziomie (ochrona zdrowia, edukacja, opieka społeczna, itd.). Poziom PKB na mieszkańca oraz poziom wydatków na ochronę zdrowia, przy zdecydowanej dominacji wydatków publicznych, jest bardzo wysoki. Są to również kraje o wysokim poziomie fiskalizmu.

Przy dużym znaczeniu władzy samorządowej rola państwa nigdy nie miała tam charakteru minimalistycznego o klasyczo-liberalnych korzeniach ani maksymalistycznego – rodem z ortodoksyjnej doktryny komunistycznej. Kraje skandynawskie szczytą się swoimi tradycjami państw opiekuńczych, realizujących wartości socjalistyczne w strukturach demokratycznych i otwartej gospodarce rynkowej. Zachowują swoją odrębność kulturową, przejawiającą się w specyfice instytucji i sposobów ich funkcjonowania. Charakterystyczne jest, że prowadzone tam reformy systemu ochrony zdrowia mają charakter ewolucyjny, nie naruszają logiki modelu samorządowego, są raczej odpowiedzią na aktualne, najbardziej nurtujące problemy ochrony zdrowia.

3.1. Charakterystyka poziomu i struktury finansowania oraz wybranych zasobów systemu ochrony zdrowia w krajach skandynawskich

Wspólną cechą systemów opieki zdrowotnej w omawianych krajach skandynawskich jest wysoki poziom wydatków całkowitych na ochronę zdrowia oraz duży udział środków publicznych w strukturze finansowania opieki zdrowotnej (patrz Tabela 1), który pozwala na sfinansowanie szerokiego zakresu usług zdrowotnych ramach systemu publicznego. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w całym omawianym okresie oscylował wokół średniej dla krajów UE, często ją przekraczając, a tylko w Finlandii dość radykalnie spadł pod koniec lat 90. i kształtuje się wyraźnie poniżej tej średniej, choć z tendencją wzrostową w ostatnich latach. Wysoki poziom PKB powoduje, że i wydatki całkowite na ochronę zdrowia w krajach skandynawskich są wysokie.

Wśród publicznych źródeł finansowania wymienia się środki z budżetów samorządów, dotacje z budżetu państwa, składki obowiązkowego ubezpieczenia społecznego.

Środki prywatne dzieli się na: bezpośrednie wydatki gotówkowe na dopłaty i opłaty w systemie publicznym, zakup świadczeń w sektorze prywatnym oraz – w nikłym procencie – na dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Udział wydatków prywatnych w trzech krajach jest generalnie niski (około 15-17%), natomiast w przypadku Finlandii wyraźnie wyższy – niecałe 25%. Mimo niskiego udziału gotówkowych wydatków prywatnych, przy wysokim poziomie wydatków ogółem, kwoty wydatków na mieszkańca są dość wysokie i oscylują wokół 400 USD wg parytetu siły nabywczej. Większość wydatków prywatnych „z kieszeni” ma charakter dopłat do usług, uzyskiwanych w systemie publicznym. Dopłaty te mają charakter powszechny, ale stosowane roczne limity kwotowe zapobiegają nadmiernemu obciążeniu finansowemu tych gospodarstw domowych, w których potrzeby zdrowotne są duże.

We wszystkich krajach skandynawskich dominacja wydatków publicznych i ich wysoki poziom powoduje, że dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają charakter zupełnie marginalny (w przypadku Norwegii i Szwecji brak danych). Tylko w Finlandii odsetek wydatków na prywatne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne osiąga około 2% wydatków całkowitych, co wyróżnia na tle innych państw skandynawskich, choć odsetek ten należy uznać za zdecydowanie niski w porównaniu z innymi krajami europejskimi (np. Niemcy czy Holandia).

Nieco inna, w porównaniu z pozostałymi krajami skandynawskimi, charakterystyka poziomu i struktury finansowania ochrony zdrowia w Finlandii wynika z głębokiego kryzysu gospodarczego, jaki dotknął ten kraj w pierwszej połowie lat 90. zeszłego stulecia (załamanie wymiany handlowej z Federacją Rosyjską). Przyjęta polityka kontroli wydatków publicznych na ochronę zdrowia odbywa się kosztem zwiększonych obciążeń gospodarstw domowych.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dania									
PKB per capita w USD wg PPP	21495	22463	23548	24676	25538	26984	28144	29202	29227
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia per capita w USD wg PPP	1834	1843	1949	2028	2141	2297	2351	2523	2580
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia jak %PKB	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8
Wydatki publiczne jako % wydatków całkowitych	82,2	82,5	82,4	82,3	82	82,2	82,5	82,6	83,1
Wydatki prywatne per capita w USD wg PPP	306	300	316	331	354	369	373	399	396
Wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako % wydatków całkowitych	1,1	1,2	1,4	1,4	1,4	1,7	1,6	1,6	1,6
Finlandia									
PKB per capita w USD wg PPP	17994	19030	19841	21691	23265	23700	25398	26375	26614
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia per capita w USD wg PPP	1390	1428	1517	1580	1607	1641	1698	1841	1943
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia jak %PKB	7,7	7,5	7,6	7,3	6,9	6,9	6,7	7	7,3
Wydatki publiczne jako % wydatków całkowitych	75,5	75,6	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,5	75,7
Wydatki prywatne per capita w USD wg PPP	285	293	307	311	312	333	346	371	389

Wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako % wydatków całkowitych	2,5	2,4	2,4	2,6	2,6	2,7	2,6	2,5	2,4
Norwegia									
PKB per capita w USD wg PPP	22501	23869	26220	27785	27320	30004	35829	36553	35533
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia per capita w USD wg PPP	1777	1892	2064	2179	2314	2561	2747	2946	3083
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia jak %PKB	7,9	7,9	7,9	7,8	8,5	8,5	7,7	8,1	8,7
Wydatki publiczne jako % wydatków całkowitych	84,6	84,2	84,2	84,3	84,7	85,2	85	85,2	85,3
Wydatki prywatne per capita w USD wg PPP	263	288	315	331	342	367	399	421	439
Wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako % wydatków całkowitych	bd								
Szwecja									
PKB per capita w USD wg PPP	20132	21290	22029	22757	23525	25099	26574	26902	27255
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia per capita w USD wg PPP	1648	1733	1845	1870	1961	2119	2243	2370	2517
Wydatki całkowite na ochronę zdrowia jak %PKB	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2
Wydatki publiczne jako % wydatków całkowitych	87,1	86,6	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,3
Wydatki prywatne per capita w USD wg PPP	bd								
Wydatki na prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako % wydatków całkowitych	bd								

Tabela 1. Kraje skandynawskie w latach 1994 – 2002 – makroekonomiczna charakterystyka systemów ochrony zdrowia. Źródło: OECD Health Data 2004.

Produkt Krajowy Brutto per capita w USD wg PPP, wydatki całkowite na ochronę zdrowia per capita w USD wg PPP i ich udział w PKB oraz charakterystyka wydatków całkowitych na ochronę zdrowia – udział % wydatków publicznych, wysokość wydatków prywatnych per capita w USD wg PPP i udział wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne

3.2. Charakterystyka wybranych zasobów i wskaźników efektywności

W tabeli 2 i 3 przedstawiono najpowszechniej używane wskaźniki zasobów i efektywności w ochronie zdrowia. Zwraca uwagę zdecydowanie niewielka liczba łóżek szpitalnych na 10000 mieszkańców, ale za to bardzo krótki (przeciętny) czas hospitalizacji. Wskaźniki liczby lekarzy nieco przekraczają średnią dla UE. Mimo to we wszystkich publikacjach podkreśla się zarówno brak lekarzy, jak i złe rozmieszczenie kadry. W większości krajów skandynawskich trudno zapewnić podobne wskaźniki i standardy dostępu na całym terytorium – zarówno w gęsto zaludnionych obszarach południowych, jak i w odległych częściach północnych. Ambicja zapewnienia podobnych standardów w tym zakresie wchodzi w kolizję z kryteriami efektywnego ekonomicznie rozmieszczenia kadry i zakładów opieki zdrowotnej. Znakomite wskaźniki efektywności opieki szpitalnej wskazują nie tylko na umiejętności profesjonalne kadry medycznej szpitali i wysoki poziom infrastruktury, ale świadczą o możliwościach łatwego „prze-rzucenia” leczenia pacjenta z najdroższego szpitalnego sektora opieki medycznej do znacznie tańszej pozycji do systemu opieki społecznej, realizowanych w miejscu zamieszkania.

Zasoby ochrony zdrowia						
	Liczba łóżek ostrych na 10 000 mieszk.			Liczba lekarzy na 10 000 mieszk.		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Dania	35	34	bd	32	33	33
Finlandia	24	24	23	31	31	31
Norwegia	31	31	31	29	30	34
Szwecja	24	Bd	bd	30	bd	Bd
Polska	51	50	46	22	22	23
Średnia OECD	42	42	42	28	28	29

Tabela 2. Wybrane charakterystyki zasobów systemu ochrony zdrowia w krajach skandynawskich w latach 2000-2002 (na tle Polski i średniej dla krajów OECD). Źródło: OECD Health Data 2004

Efektywność system			
	Średni czas pobytu w szpitalu		
	2000	2001	2002
Dania	3,8	3,8	3,7
Finlandia	4,4	4,4	4,3
Norwegia	6	5,8	5,7
Szwecja	5	5	4,8
Polska	bd	bd	bd
Średnia OECD	7	6,9	6,4

Tabela 3. Wskaźniki efektywności opieki szpitalnej w krajach skandynawskich w latach 2000-2002 (na tle Polski i średniej dla krajów OECD). Źródło: OECD Health Data 2004

3.3. Charakterystyki organizacji i zarządzania systemem ochrony zdrowia¹

3.3.1. Szczegółowe zarządzania oraz podział zadań i odpowiedzialności

System zarządzania ochroną zdrowia w skandynawskim modelu samorządowym jest wieloszczeblowy i zawiera poziomy wynikające zasadniczo ze struktury administracyjnej państwa. Pojawiają się jednak dodatkowe szczeble, związane tylko i wyłącznie z zarządzaniem ochroną zdrowia. Generalnie można wymienić poziom państwa i lokalny – municypalny albo komunalny (*municipalities*), odpowiadający naszym miastom i gminom, oraz okręgowy (*counties*), będący odpowiednikiem powiatu/kilku powiatów. Mimo iż generalnie zdecentralizowane systemy różnią się stopniem decentralizacji/centralizacji.

W Szwecji władze municypalne (284 jednostki) są odpowiedzialne za opiekę zdrowotną nad dziećmi, w tym szkolną, opiekę nad przewlekle chorymi i niesprawnymi, długoterminową opiekę psychiatryczną, zapewnienie opieki domowej oraz prowadzenie zakładów pielęgnacyjnych i domów dla osób starszych. Realizują jednocześnie zadania z zakresu opieki społecznej. Główną rolę w zapewnieniu opieki zdrowotnej – podstawowej wraz z zadaniami zdrowia publicznego i prewencji oraz szpitalnej, pełnią władze (rady) okręgowe (*county council*). Są one właścicielami publicznych szpitali i zarządzają nimi. Na obszarze Szwecji jest 21 rad okręgowych, a więc każda z nich zarządza dużą infrastrukturą opieki zdrowotnej, składającą się z wielu szpitali i zakładów otwartej opieki zdrowotnej. Z tego względu okręgi dzielone są na rejony opieki zdrowotnej, składające się ze szpitala i kilku zakładów podstawowej opieki zdrowotnej, obsługujących z kolei wydzielone rejony poz. Na rejony przeniesiono również uprawnienia finansowe, choć dość niski poziom kwalifikacji personelu i słabości systemu finansowo-księgowego powodowały niekiedy problemy z kontrolą finansową.

Wyrazem daleko posuniętej decentralizacji władzy w zakresie zagadnień ochrony zdrowia jest powierzenie władzom okręgowym uprawnień do regulacji rynku prywatnych świadczeń zdrowotnych na danym terenie.

Dla potrzeb koordynacji opieki szpitalnej najwyższego poziomu referencyjnego funkcjonuje w kraju sześć regionów opieki medycznej.

W Finlandii publiczną opieką zdrowotną zarządzają władze municypalne (około 250). Lokalnie wydziały (komitety) zdrowia, które najczęściej obejmują również opiekę społeczną, planują i organizują opiekę zdrowotną na swoim terenie. Są odpowiedzialne za świadczenia zdrowotne, w tym stomatologiczne, promocję zdrowia i prewencję oraz rehabilitację medyczną. Jednak opieki szpitalnej władze municypalne nie mogą zapewnić we własnym zakresie. W kraju funkcjonuje 20 okręgów szpitalnych, koordynujących opiekę szpitalną i specjalistyczną opiekę ambulatoryjną. Właścicielami publicznych szpitali są federacje władz lokalnych, a w zarządzie okręgu szpitalnego zasiadają przedstawiciele poszczególnych władz lokalnych. Pojawienie się w roku 1995 jeszcze jednego poziomu zarządzania ochroną zdrowia – poziomu prowincji (5 prowincji) – uzasadnia się również wymogami lepszej koordynacji. Władze prowincji, będące częścią administracji centralnej, odpowiadają za decyzje inwestycyjne, wprowadzają standardy medyczne i organizacyjne oraz nadzorują działanie publicznej opieki zdrowotnej.

System norweski jest jeszcze inny, łączy elementy rozwiązań szwedzkich i fińskich. Ponad 430 jednostek samorządu lokalnego (municypalnego) zarządza i odpowiada za realizację zadań z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej. Zwykle administracja zdrowia na poziomie municypalnym zorganizowana jest w trzech wydziałach: ds. opieki zdrowotnej, ds. opieki społecznej i ds. opieki pielęgniacyjnej oraz domowej. Zarządzanie specjalistyczną opieką zdrowotną, w tym szpitalami ogólnymi i specjalistycznymi oraz zakładami psychiatrycznymi i innymi rodzajami opieki specjalistycznej jak również leczeniem uzależnień jest zadaniem każdej 19 rad okręgów. Już w 1974 roku pojawiły się regionalne komitety ds. zarządzania opieką zdrowotną (5 regionów), obecnie odpowiedzialne za sporządzanie planów strategicznych i monitorowanie realizacji celów opieki zdrowotnej, ustalanych na szczeblu państwowym.

W Danii po reformie administracyjnej 1970 roku zmniejszono liczbę okręgów (*counties*) z 25 do 14, a władz municypalnych z 1386 do 275, określając ich wielkość w taki sposób, by mogły sprawnie realizować zadania ze sfery usług społecznych (ochrona zdrowia, opieka społeczna, edukacja, itd.). Na poziomie okręgów skoncentrowano uprawnienia do zarządzania opieką zdrowotną. Władze okręgowe są właścicielami szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej, w tym ośrodków dla niepełnosprawnych, itp.. Kontraktują też usługi prywatnych lekarzy ogólnych, specjalistów, stomatologów i innych, włączonych w system publiczny. Szczególnym rozwiązaniem jest stworzenie Korporacji Szpitali Kopenhagi, zarządzającej siecią szpitali w stolicy i Fredriksbergu. W Zarządzie Korporacji zasiadają politycy lokalni oraz reprezentanci władz centralnych. Na szczeblu komunalnym (275 jednostek) realizowane są zadania z zakresu domowej opieki pielęgniarskiej, opieki nad dziećmi, pielęgniacyjnych tym świadczeń stomatologicznych, prowadzenie zakładów pielęgniacyjnych i opiekuńczych, itp.

3.3.2. Rola podstawowej opieki zdrowotnej

W krajach skandynawskich lekarze poz pełnią rolę strażników wejścia do pozostałych poziomów referencyjnych systemu ochrony zdrowia. Jeśli chodzi o formy

organizacyjne, w jakich realizowane są zadania z zakresu poz, to zachodzą wyraźne różnice między poszczególnymi państwami. W Danii zdecydowanie dominują prywatne praktyki lekarza ogólnego (GP) – indywidualne (ok. 1/3) bądź grupowe. W Norwegii około 20% lekarzy poz to pracownicy etatowi samorządów, a większość funkcjonuje w ramach prywatnych praktyk grupowych. Typowa struktura organizacji pracy lekarzy poz – zarówno prywatnych jak i etatowych – to grupy 2 do 6 osób. Z kolei w Szwecji i Finlandii świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane przede wszystkim w ośrodkach zdrowia i ambulatoriach oraz przychodniach ambulatoryjnych szpitali, przez wielodyscyplinarne zespoły, w których dużą rolę odgrywają pielęgniarki środowiskowe. Stwarza to warunki dla lepszej koordynacji opieki i realizacji szerokiej gamy usług nie tylko w zakresie leczenia, ale także promocji i prewencji zdrowia. Również w pozostałych krajach etatowy personel pomocniczy odgrywa istotną rolę w działaniu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym szczególnie w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, promocji i prewencji.

3.3.3. Charakterystyka procesów zarządzania i regulacyjna rola państwa

W modelu samorządowym zdecydowaną większość uprawnień w zakresie kształtowania i działania ochrony zdrowia skupiają władze samorządowe, jednak we wszystkich krajach skandynawskich pojawiły się instytucje lub agencje centralne (najczęściej niezależne od Ministerstw Zdrowia), których domeną jest czuwanie nad jednolitością działania systemów lokalnych ze względu na jakość udzielanych usług i równość dostępu. W praktyce bezpośrednia ingerencja ze szczebla centralnego oraz przyjęte zasady finansowania obniżają poziom autonomii władz lokalnych. Cechą systemów są różnorodne powiązania między szczeblem państwowym i lokalnymi, dążenie do koordynacji oraz negocjacyjny tryb rozwiązywania problemów.

Doskonałym przykładem takiego współdziałania jest Dania. W tym kraju każda jednostka administracyjna zobowiązana jest przygotować plany koordynacji świadczeń prewencyjnych i leczniczych. Funkcjonuje wiele formalnych mechanizmów uzgodnień – spotkania, komitety, zespoły wielodyscyplinarne itp., określające priorytety i cele w różnych obszarach opieki zdrowotnej na różnych poziomach. Plany takie są przedkładane władzom centralnym do zapiniowania. Również poziom i zasady wynagradzania pracowników medycznych oraz zasady kontraktowania z sektorem prywatnych świadczeniodawców są przedmiotem negocjacji między Stowarzyszeniem Władz Okręgowych i stowarzyszeniami profesjonalistów w ochronie zdrowia. Obserwatorami takich negocjacji są przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów i Stowarzyszeń Władz Samorządowych. Wymagana jest formalna aprobata wynegocjowanych warunków przez Ministra Zdrowia. Wynagrodzenia etatowych pracowników, realizujących zadania z zakresu opieki zdrowotnej na szczeblu komunalnym, są przedmiotem negocjacji między Stowarzyszeniem Władz Samorządowych a stowarzyszeniami poszczególnych zawodów medycznych. Ministerstwo Finansów odgrywa dużą rolę w określaniu ram finansowych sektora ochrony zdrowia. Władze państwowe traktują wielostronne otwarte fora dysku-

sji i procedury formalnych uzgodnień jako podstawowe mechanizmy zarządzania. Na szczeblu krajowym działa Instytut Oceny Technologii Zdrowia, połączony z Centrum Oceny Szpitali.

W warunkach tego rodzaju współpracy i wielostronnych powiązań należałoby raczej mówić o wspólnej polityce i odpowiedzialności państwa i władz samorządowych niż o formalnej decentralizacji i sztywnym podziale zadań i odpowiedzialności.

System szwedzki i fiński charakteryzują się mniejszym zakresem ingerencji szczebla centralnego, natomiast intensywnie jest współdziałanie samorządów, zwłaszcza w zakresie koordynacji sieci szpitalnych.

W Szwecji, oprócz działalności Ministerstwa Zdrowia, polegającej na przygotowywaniu projektów legislacyjnych, opracowywaniu polityki zdrowotnej i monitorowaniu jej realizacji, na szczeblu centralnym działa Państwowy Zarząd ds. Zdrowia i Spraw Społecznych (*National Board of Health and Welfare* – NBW), który jest centralnym doradczym i nadzorczym organem administracji rządowej w sprawach zdrowia i świadczeń społecznych. Nadzoruje on pracę wszystkich pracowników ochrony zdrowia i zakładów opieki zdrowotnej. Federacja Władz Okręgowych współdziała z Państwowym Zarządem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie uzgadniania ujednoczenia zakresu i zasad udzielania świadczeń ubezpieczonym i wysokiej jakości tych świadczeń, udzielanych w każdym z okręgów. Na poziomie państwa działa też Zarząd Odpowiedzialności Medycznej oraz Agencja Produktów Medycznych, dokonująca oceny skuteczności i efektywności ekonomicznej produktów farmaceutycznych oraz kontroli rynku farmaceutycznego.

W Finlandii na szczeblu centralnym działa kilka instytucji, wśród których wyróżnia się Rada Podstawowego Zabezpieczenia (*Basic Security Council*), której zadaniem jest gwarantowanie jakości i równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych, realizowanych na szczeblu lokalnym. Podobnie jak w Szwecji działa Państwowa Agencja Leków oraz Państwowe Władze ds. Medyczno-Prawnych.

W Norwegii Państwowy Zarząd Zdrowia, jako centralna profesjonalna agencja niezależna od Ministerstwa Zdrowia, nadzoruje działanie systemu od strony merytorycznej oraz tworzy standardy jakości i dostępu. Regionalne plany ochrony zdrowia są zatwierdzane przez Ministerstwo Zdrowia. Jest też wiele elementów planowania centralnego w formie wskazówek, priorytetów i zaleceń, które są uwzględniane na poziomie lokalnym.

We wszystkich krajach skandynawskich na szczeblu centralnym wiele uwagi poświęca się problemom zdrowia publicznego, ograniczaniu działania czynników ryzyka w zdrowiu. Jest to domena rządowa. Państwa realizują programy zdrowotne o bardzo długim, kilkunastoletnim horyzoncie czasowym, skierowane do grup społecznych z określonymi potrzebami zdrowotnymi (diabetycy, osoby z wysokim ciśnieniem krwi, osoby uzależnione od tytoniu, alkoholu, narkotyków itd.). Realizacja programów odbywa się na poziomie lokalnym – środki przekazuje się do samorządowych szpitali, przychodni i ośrodków. Inicjatorami programów są nie tylko władze centralne. Bardzo często są one podejmowane z inicjatywy samorządów lokalnych i dotyczą specyficznych problemów zdrowotno-społecznych danej społeczności lokalnej. Wiele takich programów ma charakter pilotażowy, a pozytywna ocena ich rezultatów służy upowszechnieniu w innych częściach kraju.

4. Kierunki reform w systemach samorządowych i przegląd rozwiązań

4.1. Dania

Reformy na poziomie lokalnym i centralnym nastawione są przede wszystkim na zwiększenie dostępu do świadczeń i zapewnienie wolnego wyboru szpitala przez pacjenta. Cechą charakterystyczną reform duńskich jest współpraca szczebla centralnego z lokalnym – wspólne wypracowanie koncepcji oraz wsparcie finansowe władz okręgowych dla realizacji wyznaczonych celów.

Szereg aktów prawnych z lat 90. dotyczył praw pacjenta: prawa do wolnego wyboru szpitala na terenie całego kraju, prawa do wszechstronnej informacji o stanie zdrowia i wariantach postępowania leczniczego, zakazu leczenia bez zgody pacjenta (z wyjątkiem określonych prawem przypadków), zasad przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta innym osobom i instytucjom. Niektóre gwarancje czasu oczekiwania nie miały charakteru formalnych rozstrzygnięć prawnych. Zostały ustalone w wyniku negocjacji między Ministerstwem Zdrowia a Stowarzyszeniem Władz Okręgowych. Przewidywały one maksymalny, 3 miesięczny okres oczekiwania na procedury chirurgiczne w nieostrych przypadkach. Dla realizacji tego celu przewidziano dodatkowe finansowanie dla szpitali. Wskaźników dość długo nie udawało się osiągnąć z powodu różnic stanowisk stron w procesie negocjacyjnym, kończących się nawet strajkami personelu medycznego. Ogólne gwarancje legislacyjne czasu uzyskania świadczeń, wprowadzone w 1999 roku, dotyczą sytuacji zagrożenia życia pacjenta. Cele w tym zakresie, opracowane przez Ministerstwo i realizowane przez władze okręgowe, dotyczą różnych diagnoz i możliwych wariantów leczenia. Przewidują bardzo krótkie (2-5 tygodni) czasy oczekiwania od uzyskania skierowania do czasu przeprowadzenia badań wstępnych i dwutygodniowe okresy oczekiwania od zgody na zabieg do jego wykonania i od zabiegu do rehabilitacji pooperacyjnej.

Wprowadzenie takiej logiki skracania czasu oczekiwania doprowadziło do stopniowego obniżania średniego czasu oczekiwania na świadczenia, choć jeszcze nie zagwarantowało wszędzie uzyskania najwyższych pożądaných standardów w tym zakresie.

Ważnym przedsięwzięciem było wprowadzenie rzeczników pacjentów, zatrudnianych przez władze okręgowe, wykonujących swoje zadania najczęściej na terenie szpitala. Ich rolą jest udzielanie informacji o prawach, pośredniczenie w relacjach pacjenta z personelem medycznym, załatwianie zażaleń.

Na szczeblu władz okręgowych szereg inicjatyw dotyczył zmiany relacji między władzami a usługodawcami. Wprawdzie nie doprowadzono do wyraźnego formalnego oddzielenia funkcji dysponenta środków publicznych i realizatora świadczeń, ale jako wynik negocjacji między stronami pojawiły się tzw. „miękkie” kontrakty, określające różnego rodzaju cele – w zakresie efektywności ekonomicznej, jakości świadczeń, dostępu – do osiągnięcia przez usługodawców w zamian za wynegocjowany poziom finansowania. „Kontrakty” te mają charakter umowy dżentelmeńskiej, nie określają zasad odpowiedzialności stron, nie przewidują sankcji prawnych, niemniej permanentnie niewywiązywanie się z nich przez usługodawcę

może w konsekwencji doprowadzić do obniżenia poziomu finansowania zakładu oraz zmian personalnych na wysokich stanowiskach kierowniczych.

Dąży się do ograniczania negatywnych konsekwencji stosowania budżetowania globalnego jako podstawowego mechanizmu finansowania publicznych szpitali. Wysokość przyznawanych środków budżetowych była przedmiotem negocjacji między dyrekcjami szpitali i władzami lokalnymi. Historyczne budżety były modyfikowane z uwzględnieniem nowych zadań czy dodatkowych potrzeb zdrowotnych. Większej obiektywizacji związku poziomu finansowania z poziomem aktywności szpitali służyło wprowadzenie systemu DRG, co pozwoliło na negocjowanie wysokości budżetu w związku z planowanym poziomem aktywności, mierzoną liczbą przypadków w klasyfikacji DRG. W tzw. „systemie 90/10” 90% wysokości budżetu określa się na podstawie planu, a pozostałe 10% podlega korekcie na podstawie sprawozdania o rzeczywistym wykonaniu. Dąży się do stopniowego zmniejszania gwarantowanego budżetu, a zwiększania odpowiednio części ruchomej. Wprowadzenie DRG umożliwiło decentralizację uprawnień na szczebel poszczególnych części składowych szpitali (np. oddziałów), zwiększając świadomość kosztów oraz zrozumienie związku między przychodami a wynikami działania u samych wykonawców.

W rozliczeniach między okręgami bezpośrednio wykorzystuje się stawki dla poszczególnych kategorii DRG (poprzednio stosowano stawki dzienne). Wprowadzenie systemu DRG ułatwiło w znacznym stopniu wprowadzenie możliwości swobodnego wyboru szpitala przez pacjenta.

Istotne zmiany nastąpiły w procesach zarządzania szpitalami, co znalazło wyraz w zmianach strukturalnych. Typowa, jednolita struktura zarządzania w szpitalu, w ramach której poszczególnymi częściami kierowali wspólnie lekarz, pielęgniarka i administrator (określana z tego powodu mianem „trojka”), zostaje zastąpiona jednoosobowym kierownictwem tzw. „ośrodka”, na który składa się kilka funkcjonalnie powiązanych części. Ma to służyć lepszej koordynacji różnych etapów leczenia.

Ta tendencja integracji funkcjonalnej dotyczy też relacji między szpitalami – łączy się części z różnych szpitali w „jednostki funkcjonalne”, które ponoszą wspólną odpowiedzialność za zintegrowane leczenie przypadków określonych rodzajów.

Szczególnym priorytetem w zarządzaniu systemem opieki zdrowotnej jest podnoszenie jakości usług. W roku 2000 rozpoczęto prace nad wskaźnikami jakości klinicznej w poszczególnych dziedzinach. Dane o jakości, satysfakcji pacjentów i dostępności ze wszystkich szpitali są ogólnie dostępne, a informacja ta ma służyć m.in. pacjentom przy wyborze szpitala.

4.2. Finlandia

Finlandia jest przykładem kraju o bardzo daleko posuniętej decentralizacji w obszarze ochrony zdrowia i stosunkowo ograniczonej ingerencji państwa w działanie samorządowych systemów ochrony zdrowia. W roku 1999 43% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia pochodziło z podatków lokalnych, 18% – z budżetu centralnego (transfery do systemów lokalnych), 15% z Państwowego Ubezpieczenia Zdrowotnego, a 24% stanowiły wydatki prywatne w formie ko-

rzystania z usług sektora prywatnego i dopłat do usług i produktów uzyskiwanych w sektorze publicznym.

Przebieg reform instytucjonalnych, dokonanych w ostatniej dekadzie XX wieku wskazuje na ugruntowanie i rozszerzenie modelu samorządowego. W roku 1993 nastąpiło przeniesienie uprawnień regulacyjnych i transfer większości środków finansowych na publiczną ochronę zdrowia na poziom jednostek samorządowych (*municipalities*). Wyrazem tych zmian był znaczny spadek udziału finansowania z budżetu państwa (z 35% do 18%). Jednocześnie, z powodu odczuwalnego załamania gospodarczego, podstawy wymiaru podatków lokalnych uległy ograniczeniu. Odbiło się to negatywnie na poziomie i udziale wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia.

System fiński jest zdecydowanie zdecentralizowany. Władze lokalne mają obowiązek planowania, organizowania i finansowania praktycznie wszystkich świadczeń z zakresu ochrony zdrowia dla mieszkańców. Spektakularnym wyrazem wycofywania się władz państwa z zarządzania publiczną opieką zdrowotną była likwidacja Państwowego Zarządu Zdrowia. Praktycznie wszystkie szpitale publiczne, włączając te z najwyższego szczebla referencyjnego, będące poprzednio własnością państwa, stały się własnością samorządów lub ich federacji. Duże jednostki administracyjne tworzą własne lokalne systemy ochrony zdrowia, najczęściej zintegrowane ze szpitalem. Mniejsze jednostki tworzą związki, współpracujące w różny sposób w celu zapewnienia swoim mieszkańcom szpitalnej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Bywa tak, że małe, sąsiednie jednostki administracyjne kupują świadczenia zdrowotne dla swoich mieszkańców w zakładach należących do innych władz samorządowych. Pojawiają się organizacje oferujące pośrednictwo w koordynacji opieki zdrowotnej, z którymi władze samorządowe zawierają odpowiednie umowy. W południowej części kraju, o najwyższej gęstości zaludnienia, uznano, że nawet zasięg okręgu (dystryktu) szpitalnego jest zbyt mały dla efektywnego realizowania opieki stacjonarnej. Doprowadzono do fuzji dwóch dystryktów (Helsinki i Uusimaa) i Helsińskiego Szpitala Uniwersyteckiego. W założeniu ma to sprzyjać lepszemu wykorzystaniu zasobów przez unikanie duplikacji zadań i specjalizację. W praktyce niekiedy nacisk na efektywność ekonomiczną może odbić się negatywnie na dostępie, szczególnie w warunkach rozległych obszarów miejskich.

Dbałość o formułowanie i realizację jednolitej strategii krajowej w ochronie zdrowia i opiece społecznej wyraża się w obowiązku opracowania i przedstawiania przez każdy nowy rząd dokumentu o nazwie „Cele w zakresie zabezpieczenia społecznego i opieki zdrowotnej oraz plan operacyjny” (*Social Welfare and Health Care Target and Operating Plan*). Plan ma horyzont czteroletni, ale raport o jego realizacji ma być przedstawiany Parlamentowi co dwa lata. Na szczeblu regionów (pięciu) przygotowuje się Projekt Rozwoju Opieki Zdrowotnej, bazujący na identyfikacji najważniejszych problemów w regionie, opracowaniu planu działań i ich wdrożeniu. Plany regionalne, w zakresie głównych celów i priorytetów, powinny być spójne z rządowymi. Cechą charakterystyczną procesów planistycznych na szczeblu centralnym i regionalnym jest konsekwentne stosowanie polityki zdrowotnej, biorącej pod uwagę całe spektrum celów systemów ochrony zdrowia. Cele planistyczne dotyczą kluczowych charakterystyk działania systemu ochrony zdrowia i ich konsekwencji: dostępności opieki zdrowotnej i poczucia bezpieczeń-

stwa zdrowotnego, traktowania pacjenta, oceny skuteczności działania usługodawców, w tym jakości świadczeń, podnoszenia kwalifikacji personelu, kontroli poziomu i dynamiki kosztów, itp..

W dalszym ciągu istnieją problemy z zapewnieniem integracji i ciągłości opieki zdrowotnej, dlatego też szereg przedsięwzięć reformatorskich ma na celu rozwiązywanie konkretnych problemów zdrowotnych w ramach serii połączonych programów sektorowych. Przykładem mogą być przekształcenia w opiece psychiatrycznej, mające na celu zapewnienie spójności funkcjonalnej działania systemu z punktu widzenia pacjenta (np. redukcja łóżek w szpitalach psychiatrycznych szła w parze ze wzmocnieniem opieki psychiatrycznej na poziomie lokalnym). Prowadzi się też działania ułatwiające i przyspieszające wymianę informacji między pacjentem a świadczeniodawcą medycznym oraz między poszczególnymi usługodawcami (np. lekarzem poz a laboratorium czy szpitalem) w formie elektronicznego przesyłania danych (tzw. e-medycyna). Technologia elektroniczna służy także upowszechnianiu edukacji zdrowotnej obywateli.

Podobnie jak w innych krajach skandynawskich duży nacisk kładzie się na prawa pacjenta.

Płacenie za usługi szpitalne jest nadal problemem wymagającym doskonalenia. Wprowadzenie ściśle określonych „z góry” subsydiów państwowych, doprowadziło do przerzucenia ryzyka finansowego na władze lokalne. Szpitale otrzymują środki finansowe bezpośrednio od władz samorządowych na podstawie uzgodnień, które nie mają jednak charakteru formalnych umów. Nie tylko liczba i struktura świadczonych usług, ale także ich ceny mogą ulec zmianie. Okręgi szpitalne negocjują wysokość budżetu na opiekę szpitalną i specjalistyczną z każdym wchodzącym w skład okręgu samorządem lokalnym. Starają się zaplanować ilość i strukturę usług szpitalnych, aby znając ceny tych usług, zmieścić się w budżecie na leczenie szpitalne. Do niedawna ceny były odrębnie kalkulowane przez każdego usługodawcę. W końcu lat 90. okręgi (dystrykty) szpitalne i same szpitale zaczęły coraz powszechniej stosować do rozliczenia kalkulacje kategorii DRG, co pozwoliło na ograniczenie różnicowania typów usług i rozpiętości cen. Jednocześnie upowszechniane jest rozliczanie za realizację całych pakietów opieki, obejmujących różne świadczenia zdrowotne, realizowane niekiedy przez różne podmioty. Podejmowane są próby zawierania kontraktów bezpośrednio między władzami samorządowymi a szpitalami, w których określa się z góry liczbę, strukturę i ceny usług. Większość samorządów nie ma jednak wystarczających kompetencji merytorycznych, tj. wiedzy o potrzebach zdrowotnych, sposobach zaspakajania tych potrzeb, klinicznej skuteczności i efektywności ekonomicznej stosowanych procedur, itd., aby właściwie realizować te zadania.

4.3. Norwegia

Istotnym składnikiem reformowania norweskiego systemu zdrowia jest rozszerzenie uprawnień pacjenta, wyrażone w Ustawie o prawach pacjenta. Zyskał on w ostatnich latach m.in. prawo do:

- pełnej informacji o stanie zdrowia i wyrażenia zgody na leczenie w warunkach wyczerpującej informacji,

- prywatności i zachowania tajemnicy o stanie zdrowia,
- wyboru szpitala publicznego na tym samym poziomie referencyjnym,
- konsultacji specjalistycznej w ciągu 30 dni roboczych od daty wystawienia skierowania przez lekarza poz,
- uzyskania drugiej opinii lekarza specjalisty o stanie zdrowia,
- współkształtowania zindywidualizowanego pakietu świadczeń w przypadku długotrwałej zintegrowanej opieki,
- kierowania zażaleń do rzecznika pacjenta, funkcjonującego przy każdym okręgu.

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej Ustawa z 1997 roku wprowadziła rejestrację pacjentów u ich lekarza ogólnego wraz z prawem do jego zmiany dwa razy do roku oraz z prawem do uzyskania opinii drugiego lekarza ogólnego. Wymagało to od władz samorządowych zawarcia odpowiedniej liczby kontraktów z lekarzami lub zakładami poz.

Rozważa się zmiany form organizacyjnych szpitali publicznych, dążąc do zastąpienia ich statusu publicznych jednostek, będących własnością samorządów, statusem spółek akcyjnych o pełnym udziale władz samorządowych. Decyzje jeszcze nie zapadły. Poszukuje się „złotego środka” w postaci takiego rozwiązania prawnego, które z jednej strony dawałoby większą autonomię szpitalom i prowadziło do jednoznacznego rozdzielenia ról dysponenta środków na świadczenia zdrowotne i usługodawcy, ale z drugiej strony – nie pozbawiało lub nie ograniczało w znacznym stopniu wpływu władz samorządowych na funkcjonowanie szpitala. W Norwegii, podobnie jak w innych omawianych krajach skandynawskich, do tej pory unikano stosowania jednoznacznych rozwiązań rynkowych, ale wprowadza się rynkowe bodźce, takie jak np. prospektywny system finansowania szpitali – DRG. Podobnie jak Danii, powszechne zastosowanie od 1999 roku tego systemu do rozliczeń bezpośrednich między władzami ułatwiło wprowadzenie prawa pacjenta do wyboru szpitala.

Wyraźnie wzmocniono rolę państwa w koordynowaniu opieki szpitalnej. Wprawdzie regionalne komitety opieki zdrowotnej, składające się z przedstawicieli władz okręgowych, wprowadzono jeszcze w latach 70., ale długo zachowywały się one dość biernie. W końcu lat 90. zostały zobowiązane do opracowania czteroletnich planów, uwzględniających priorytety krajowej polityki zdrowotnej. Plany regionalne wymagają zaopiniowania przez wszystkie władze okręgowe i zatwierdzenia przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. W przypadkach gdy plany te spotykają się z istotnymi zastrzeżeniami samorządów okręgowych albo nie uwzględniają wyznaczonych celów zdrowotnych, zawartych w strategii krajowej, Ministerstwo ma prawo dokonać w nich zmian. To rozwiązanie, jako odzwierciedlające tendencje do centralizowania, spotkało się z krytyką niektórych środowisk. Rząd unika mówienia o centralizacji, kładąc nacisk na poprawę koordynacji, którą zdecydowanie trudniej było osiągnąć w warunkach funkcjonowania 19 niezależnych administracji okręgów.

Od 2001 roku zliberalizowano rynek sprzedaży detalicznej leków przez dopuszczenie większej liczby placówek oraz zezwolenie na posiadanie i prowadzenie aptek przez osoby nie będące farmaceutami. Ma to na celu zwiększenia konkurencji cenowej. Rezultaty tej zmiany nie zostały jeszcze ocenione

4.4. Szwecja

Szwecja jest krajem o bardzo wysokim stopniu zdecentralizowania ochrony zdrowia. Od roku 1998, kiedy okręgowe władze lokalne uzyskały uprawnienia w zakresie gospodarki lekami, praktycznie wszystkie funkcje zarządzania i realizacja usług publicznej ochrony zdrowia, a nawet regulacja rynku prywatnego, jest skupiona na tym szczeblu. Już w latach 80. szpitale uniwersyteckie przestały być własnością państwa i zostały przekazane władzom lokalnym. Tylko zadania z zakresu zdrowia publicznego pozostały w ręku państwa.

Reformy z początku lat 90. XX wieku na szczeblu okręgu, polegające na rozdzielaniu finansowania i realizacji świadczeń, były naśladownictwem rozwiązań brytyjskiego „wewnętrznego rynku”. W połowie okręgów wprowadzono, w różnym zakresie, rozdzielenie tych funkcji. Lokalni politycy i administracja skupili się na określaniu potrzeb zdrowotnych ludności, działając za pośrednictwem organizacji negocjujących kontrakty z zakładami opieki zdrowotnej. „Dalarna, Stoczkholm i Bohus były pierwszymi władzami radami okręgowymi, które wprowadziły takie reformy, określane jako „model Dała”, „model sztokholmski” i „model z Bohus” (*Health Care Reforms in Sweden* 1996: 17). Umiejscowienie tych organizacji w strukturze zarządzania opieką zdrowotną okręgów jest bardzo zróżnicowane – w niektórych działa jedna centralna na poziomie okręgu, w innych jest ich kilka na poziomie rejonu zdrowia albo nawet powołuje się odrębne dla każdej z jednostek municypalnych. Wprowadzenie takiego „quasi” rozdzielenia funkcji dysponenta i „kupującego” świadczenia zdrowotne było wyrazem dążenia do odejścia od finansowania za pomocą historycznych budżetów globalnych i wprowadzenia metody prospektywnego finansowania usług szpitalnych z wykorzystaniem systemu DRG oraz alokacji środków z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych ludności. W pozostałych okręgach naśladowano nowe mechanizmy finansowania, takie jak system DRG, i inne wspierające rozwiązania organizacyjne, nie dokonując zmian w strukturze zarządzania opieką zdrowotną. Relacje między władzami okręgowymi a usługodawcami nigdy nie stały się relacjami typowo antagonistycznymi, przeciwnie – w ostatnich latach kładzie się większy nacisk na negocjacje i kooperację dysponenta i usługodawców.

Pobudzanie konkurencji następuje powoli przez wykorzystywanie możliwości kontraktowania poza siecią własnych usługodawców i z usługodawcami prywatnymi oraz przez nacisk na prawa pacjenta.

Prawa pacjenta były jedną z najważniejszych kwestii reformatorskich na poziomie państwa.

W latach 90. wprowadzono w życie szereg aktów prawnych wzmacniających pozycję pacjenta. Państwowe Gwarancje Leczenia z 1992 roku dały pacjentom prawo do wyboru innego zakładu opieki zdrowotnej, jeśli we właściwym ze względu na miejsce zamieszkania świadczenie nie zostało wykonane w ciągu 3 miesięcy. Co więcej, to zakład opieki zdrowotnej (najczęściej szpital) został zobowiązany do znalezienia i przedstawienia pacjentowi oferty wykonania świadczenia u innego usługodawcy w ramach okręgu lub poza nim. W nowelizacji Gwarancji z 1997 roku określono też uprawnienia w zakresie dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjenci otrzymali gwarancje uzyskania świadczeń pielęgniarki w dniu zgłoszenia oraz porady

u lekarza w ciągu ośmiu dni. Wizyta u specjalisty, na podstawie skierowania lekarza poz, powinna nastąpić w ciągu 3 miesięcy, a w przypadku niepewnej diagnozy – w ciągu miesiąca. Wyniki wprowadzenia tych aktów prawnych nie były w pełni satysfakcjonujące w przypadku świadczeń szpitalnych. Wiele osób wolało czekać na świadczenie w „swoim szpitalu”. Przedmiotem krytyki był też fakt, iż poprawiono warunki dostępu do najbardziej „popularnych” usług, pomijając jednak sytuację osób najbardziej upośledzonych, o długotrwałych potrzebach leczenia somatycznego i psychicznego. Pozytywne wyniki osiągnięto w zakresie opieki ambulatoryjnej. Większość okręgowych władz zdrowia stara się zapewnić swoim mieszkańcom zasady dostępu zdecydowanie lepsze niż gwarantowane prawnie.

Poprawę sytuacji pacjenta przez kontynuację opieki w miejscu zamieszkania miała na celu reforma z 1992 roku, w wyniku której zadania opieki długoterminowej wraz z opieką socjalną zostały przekazane ze szczybla okręgu na poziom władz komunalnych. Celem było też zapewnienie oszczędności w systemie przez ograniczenie liczby przewlekłe chorych w szpitalach. Zastosowano negatywne bodźce finansowe wobec władz komunalnych, które musiały płacić władzom okręgowym za przedłużające się leczenie szpitalne swoich obywateli. Jednocześnie Reforma ds. Niepełnosprawnych z 1993 roku wzmocniła odpowiedzialność okręgów za rehabilitację niepełnosprawnych i ich zaopatrzenie w środki techniczne. Opieka nad niepełnosprawnymi powyżej 65 roku życia została przekazana jednostkom municypalnym.

4.5. Samorządowo-autonomiczne elementy w hiszpańskim systemie państwowej służby zdrowia

Przykład Hiszpanii jest ilustracją stopniowego i częściowego przejścia od modelu państwowego do samorządowego/autonomicznego i współlistnienia obu tych logik w ramach państwa. Zmiana ta jest bezpośrednio związana z reformami polityczno-administracyjnymi po upadku dyktatury. Pozwoliły one uzyskać autonomię niektórym regionom Hiszpanii. Kraj składa się z wielu części o różnicowanych kulturach i tradycjach historycznych. System faszystowski usiłował zamazać te różnice, dążąc do zbudowania państwa scentralizowanego i jednolitego. Proces uzyskiwania samorządności systemów ochrony zdrowia jest więc w istocie podporządkowany polityce regionalizacji i procesowi politycznego uniezależniania się rejonów autonomicznych od centrum.

System Państwowej Służby Zdrowia (NHS) powstał formalnie w roku 1986, jednak już wkrótce 7 z 17 regionów, o większych aspiracjach autonomicznych, przejęło zarządzanie ochroną zdrowia. Te 7 regionów autonomicznych, do których zalicza się Katalonię, Kraj Basków, Andaluzję, Galicję, Walencję, Nawarrę i Wyspy Kanaryjskie, obejmuje ponad 60% ludności kraju. Proces dochodzenia do autonomii poszczególnych krajów nie odbywał się równocześnie i trwał od początku lat 80. (w przypadku Katalonii) do roku 1994 (Wyspy Kanaryjskie). Pozostałymi regionami zarządza NHS przez swe struktury. Zwraca uwagę, iż decentralizacja jest ograniczona do poziomu regionu, podczas gdy znaczenie lokalnych samorządów zmalało, ponieważ większość ich zadań w zakresie ochrony zdrowia przejęły rządy regionalne.

Rezultaty funkcjonowania mieszanego systemu są różnie oceniane przez analityków. W przypadku Hiszpanii rządy regionów autonomicznych tworzą zintegro-

wane regionalnie systemy opieki zdrowotnej, bardzo niechętnie podporządkują się inicjatywom rządu centralnego i chcą prowadzić niezależną politykę w zakresie ochrony zdrowia. Prowadzą twarde negocjacje o środki finansowe na ochronę zdrowia dla regionu (ile z budżetu państwa, ile z podatków regionalnych). „Współistnienie relatywnie autonomicznych regionów oraz regionów, gdzie władza centralna bezpośrednio zarządza opieką zdrowotną, zamazało różnicowanie między uprawnieniami ministra jako centralnej władzy w ochronie zdrowia z jego uprawnieniami do bezpośredniego nadzoru i zarządzania w określonych częściach kraju. [...] umacnia to tendencje władz regionalnych do podważania uprawnień [ministra – przyp. autora] jako organu koordynującego i planistycznego w całym systemie Państwowej Służby Zdrowia oraz organu regulującego kwestie finansowe” (*Health Systems In Transition, Spain 2000: 35*).

Rządy regionów autonomicznych i ich struktury administracyjne bywają liderami reform (np. wprowadzanie kontraktów z prywatnymi usługodawcami i przekształcanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej o charakterze budżetowym w tzw. niezależne agencje/institucje publiczne albo wprowadzanie rozliczania usług szpitalnych w systemie *DRG/PMC-Patient Management Categories*). Problemem nadal pozostaje brak skoordynowania opieki zdrowotnej z opieką społeczną, choć rządy regionalne posiadają wiele uprawnień w zakresie kształtowania również tej drugiej sfery. Opieka społeczna w Hiszpanii nie ma charakteru tak wszechstronnego, jak np. w krajach skandynawskich, i samorządność regionów niewiele w tym zakresie zmieniła. Rezultatem autonomii są regionalne różnice w poziomie finansowania publicznej ochrony zdrowia, w organizacji i zarządzaniu sektorem publicznym ochrony zdrowia, we wskaźnikach posiadanych zasobów oraz wskaźnikach dostępu i korzystania z opieki zdrowotnej przez obywateli.

Zestawienie przykładu krajów skandynawskich i Hiszpanii pokazuje, że posługiwanie się terminem systemu samorządowego jest bardzo ogólne. Trzeba przeanalizować, z jakim poziomem decentralizacji mamy do czynienia, czy i jakie mechanizmy koordynacji/integracji wypracowano w zdecentralizowanym systemie. Brak mechanizmów integracyjnych wprawdzie gwarantuje niezależność podsystemów, dostosowanie do lokalnych potrzeb i oczekiwań, ale z drugiej strony grozi autonomizacją i zbytnim różnicowaniem całego systemu.

5. Podsumowanie i wnioski

Podstawowym warunkiem funkcjonowania systemów samorządowej opieki zdrowotnej jest dominacja idei samorządności i decentralizacji w zarządzaniu państwem. Podporządkowanie się tym ideom w praktycznym działaniu nie może prowadzić do autonomizacji i poważnych różnic regionalnych. W sprawnym modelu samorządowym publiczne „monopolistyczne zintegrowane systemy, w których większość zakładów jest w własności władz samorządowych i jest bezpośrednio przez nie zarządzana” (Anell i in. 1996: 4) nie przekształcają się w wyizolowany segment, rządzący się własnymi regułami, ale funkcjonują jako obszar negocjowania i uwzględniania różnych interesów, z prymatem celów polityki zdrowotnej państwa. Jak wspomniano na wstępie, wymaga to wysoce profesjonalnych i etycznych kadr na różnych szczeblach zarządzania państwem oraz kultury negocjacji i uzgodnień. Żaden z poziomów zarządzania nie powinien być pominięty,

każdy powinien rozumieć swoją rolę i powiązania z innymi ośrodkami decyzyjnymi więcej wykonawczymi.

Im więcej decentralizacji tym większy nacisk musi być położony na zintegrowanie. Ponadto sama specyfika ochrony zdrowia wymaga zintegrowania, a jednym z jego mechanizmów jest dość silna regulacyjna rola państwa.

W artykule przedstawiono przykłady działania systemów samorządowych dwóch typów²:

- mandatowego, polegającego trwałym przypisaniu uprawnień do zarządzania ochroną zdrowia władzom lokalnym (kraje skandynawskie),
- opcjonalnego, polegającego na przekazaniu uprawnień do lokalnego kształtowania systemu zdrowotnej władzom określonego szczebla/części składowych państwa, np. stanom, regionom, miastom, gminom, itp., na ich życzenie (Hiszpania).

Przykład Hiszpanii pokazuje, że brak włączenia najniższych szczebli władzy samorządowej w zarządzanie ochroną zdrowia i skupienie uprawnień w regionach może grozić autonomizacją. Silne regiony autonomiczne mogą być trudnym partnerem w realizacji jednolitej polityki zdrowotnej ze szczebla centralnego. Jeśli nierówny dostęp do ochrony zdrowia obywateli w państwie, w tym różne zasady dostępu, różna dystrybucja usług i korzyści zdrowotnych, są akceptowane, problem ujednolicania przestaje być ważną kwestią polityczno-społeczną i uwalnia centrum polityczno-administracyjne od funkcji integracyjnych.

Względy ekonomiczne wymagają współpracy samorządów i „dzielenia się władzą”, w niektórych kwestiach również centralizacji. Pozostawienie funkcjonowania całego skomplikowanego systemu ochrony zdrowia na poziomie gry politycznej poszczególnych władz, z naciskiem na ich autonomię, nie prowadzi do osiągania długofalowych celów, jakimi są: ekonomiczność systemu ochrony zdrowia, jakość, właściwy stopień zintegrowania, równość dostępu obywateli do świadczeń itd.

Najniższy poziom samorządowy odpowiada poziomowi podstawowej opieki zdrowotnej. Skoordynowanie poz z opieką społeczną wzajemnie wzmacnia obie te sfery. Kompetentne zarządzanie poz i opieką społeczną stanowi najistotniejszą wartość modelu samorządowego w prezentowanych krajach skandynawskich. Niedorozwój opieki społecznej i brak zintegrowania z sektorem ochrony zdrowia bardzo obciąża właśnie ten drugi system, a zarazem obniża poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli najuboższych i najbardziej potrzebujących świadczeń. POZ większość krajach skandynawskich, realizująca większość potrzeb zdrowotnych i ściśle związanych z nimi usług wspomagających obywateli w ich miejscu zamieszkania, faktycznie odgrywa tam rolę podstawy systemu, w przeciwieństwie do Polski, gdzie mimo wysiłków reformatorskich ciągle jeszcze dominuje „odwrócony trójkąt” – przerzucenie efektywnej realizacji świadczeń leczniczych i opiekuńczych na wyższe i droższe poziomy systemu opieki zdrowotnej. Legislacja w państwach skandynawskich umacnia rolę poz, zarządzanej i wykonywanej przez najniższe szczeble samorządowe. Zintegrowanie podstawowej opieki zdrowotnej z sektorem szpitalnictwa, nawet najniższego szczebla referencyjnego, wymaga wyższego poziomu zarządzania albo współpracy samorządów szczebla podstawowego, a w przypadku wyższych szczebli referencyjnych – wielostronnych porozumień na poziomie regionalnym, często pod auspicjami władz centralnych.

Zwraca uwagę, przy zasadniczych podobieństwach, pewne zróżnicowanie rozwiązań instytucjonalnych, własnościowych i organizacyjnych w systemie wykonawczym i zarządzaniu ochroną zdrowia w każdym z omawianych krajów – ich dostosowanie do tradycji i aktualnych tendencji, w tym również politycznych.

Jak wskazano wyżej, mimo zdecentralizowania, istnieje wiele kluczowych obszarów regulacji państwowej. Nie tylko samorządy, ale również państwo jest postrzegane, szczególnie przez pracowników sektora, jako odpowiedzialne za stan systemu ochrony zdrowia. Strajki grup pracowniczych często mają charakter generalny i wymagają wielostronnych negocjacji, w których udział władz centralnych jest niezastąpiony. Model samorządowy zapewnia więc nie tyle przesunięcie władzy i odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia ze szczebla centralnego na lokalne, ale dzielenie się władzą, przy czym niektóre krytyczne kwestie wymagają czynnego udziału władz państwa.

Z punktu widzenia rozwiązań modelowych zwraca uwagę współgranie samorządowej opieki zdrowotnej z polityką decentralizacji, regionalizacji oraz logiką partnerskiego rządzenia na poziomie kraju i lokalnym (*political governance*). Nie oznacza to jednak, że te współczesne tendencje sprawowania władzy nie mogą być realizowane w innych modelach – państwowym czy ubezpieczeniowym. Warto przestrzec przed zbyt uproszczonym przypisywaniem tych atrybutów tylko i jedynie modelowi samorządowemu.

Sam wybór samorządowego modelu ochrony zdrowia nie gwarantuje osiągnięcia takich samych czy przybliżonych efektów jak w krajach, które go rozwinęły. Pożądane wyniki zależą od spełnienia warunków efektywnego działania modelu, umiejętnej regulacji i koordynacji oraz zastosowania odpowiednich instrumentów zarządzania.

Informacje o autorce

Dr Alicja Sobczak, WZ UW, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.
E-mail: A.Sobczak@csoiz.gov.pl.

Przypisy

- ¹ Opisy systemów w krajach skandynawskich oraz w Hiszpanii oparto na publikacjach WHO: Health Care Systems in Transition, Norway 2000, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2000, Health Care Systems in Transition, Spain 2000, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2000 Health Systems in Transition, HiT summary Denmark 2002, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2002, Health Systems in Transition, HiT summary Finland, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2002, Health Systems in Transition, HiT summary Norway 2002, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2002, Health Systems in Transition, HiT summary Sweden, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2002, Hjortsberg C., Ghatnekar O. - Health Care Systems in Transition, Sweden 2001, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2001,

Jarvelin J. - *Health Care Systems in Transition, Finland 2002*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2002,
OECD Health Data 2004,

Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbak K. - *Health Care Systems in Transition, Denmark 2001*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2001.

- ² Typologia zaproponowana w publikacji M. Roberts i T. Bosseta, www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-61.PDF.

Bibliografia

- Anell, A., Rosen, P. i Svervar P. 1996. *Health Care Reforms in Sweden. The quest for equity, efficiency and cost containment*, WHO, Regional Office for Europe.
- Health Care in Denmark*. 1997. Ministry of Health, Denmark, Kopenhaga.
- Health Care Systems in Transition, Norway 2000*. 2000. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Health Systems in Transition, HiT summary Denmark 2002*. 2002 European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Health Systems in Transition, HiT summary Finland. 2002*. 2002. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Health Systems in Transition, HiT summary Norway 2002*. 2002. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Health Systems in Transition, HiT summary Sweden. 2002*. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Health Care Systems in Transition, Spain 2000*. 2000. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Hjortsberg, C., Ghatnekar, O. 2001. *Health Care Systems in Transition, Sweden 2001*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- Hoybraten, D. 2003., Norwegian Minister of Health speaks to Eurpehealth, interview by D.McDaid. *Eurohealth* vol. 9, nr 2.
- Jarvelin, J. 2002. *Health Care Systems in Transition, Finland 2002*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.
- OECD Health Data 2004
- Roberts, M. i T. Bosset. *Health Care Options for Polish Municipalities*, www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-61.PDF.
- Vallgarda S., Krasnik A i K. Vrangbak. 2001. *Health Care Systems in Transition, Denmark 2001*, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga.