

Karolina WIELICKA
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

ZARYS FUNKCJONOWANIA SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

Streszczenie. Sprawne działanie sektora opieki zdrowotnej w dużej mierze zależy od sposobu jego finansowania, a tym samym od wyboru odpowiedniego modelu systemu ochrony zdrowia. Obecnie wyróżnia się trzy tradycyjne modele: model Bismarckowski opierający się na obowiązkowych składkach zdrowotnych, model Beveridge'a wykorzystujący podatki państwowe oraz model rezydualny, który charakteryzuje się dobrowolnymi prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Do lat 90. XX wieku wyróżniano model Siemaszki, opierający się na centralnym planowaniu oraz finansowaniu świadczeń zdrowotnych przez budżet państwa. Mimo że model Siemaszki obecnie nie występuje, pewne jego elementy są wykorzystywane. Przyjęcie przez państwo konkretnego wzoru finansowania ochrony zdrowia pociąga za sobą wiele innych konsekwencji, które są odczuwalne dla wszystkich uczestników systemu – nie tylko pacjentów, lecz także zarządu/dyrekcji placówek medycznych czy ministerstwa zdrowia.

W niniejszym artykule przedstawiono w ogólnym zarysie obecnie funkcjonujące systemy ochrony zdrowia w trzech wybranych krajach. Celem artykułu jest przybliżenie tematyki finansowania oraz funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej. Model systemu opieki zdrowotnej przyjęty przez państwo oraz reformy służby zdrowia wpływają na skuteczność procesów restrukturyzacyjnych realizowanych przez szpitale. Ze względu na powyższe należy przeanalizować modele systemu opieki zdrowotnej w wybranych państwach, jak również reformy podjęte w ramach danego modelu.

Artykuł należy traktować jako przegląd literatury z zakresu podjętej tematyki.

OUTLINE OF FUNCTIONING HEALTHCARE SYSTEMS IN SELECTED COUNTRIES OF THE EUROPEAN UNION

Summary. The smooth operation of the health care sector largely depends on how it is financed, and thus the choice of an appropriate model healthcare system. Currently, there are three traditional models: Bismarck's model based on mandatory contributions of health, the

Beveridge model based on state taxes and the model residual, which is characterized by voluntary, private health insurance. Until the 90s of the XX century were distinguished Siemaszko model based on central planning and financing of health services by the state budget. Although the model Siemaszko currently there is no certain elements are used. Adoption by the state specific model of health care financing entails a number of other consequences that are felt by all participants in the system not only patients, but also board/directorate of medical institutions, and ministries of health.

The following article presents – in general terms – currently functioning health systems in the three selected countries. The purpose of this article is to introduce the subject of finance and the health sector. Model health system adopted by the State and health care reform affect the effectiveness of the restructuring processes implemented by hospitals. Due to the above models should be examined health care system in selected countries, as well as undertaken in the framework of the reform model.

The paper should be regarded as a review of the literature with regard to the undertaken subject.

1. Wprowadzenie

Niewątpliwie jednym z fundamentalnych elementów funkcjonowania gospodarki każdego państwa jest sektor ochrony zdrowia. Odpowiednie dopasowanie określonego modelu opieki zdrowotnej jest uwarunkowane przez indywidualne dla każdego państwa czynniki rozwoju ekonomicznego oraz przyjętej polityki zdrowotnej. Ze względu na powyższe kondycja zdrowotna społeczeństwa nie wynika wyłącznie ze wskaźnika dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz jakości realizowanych usług medycznych, ale w głównej mierze jest konsekwencją realizowanej przez dane państwo polityki zdrowotnej, która bezpośrednio przekłada się na strategię dotyczącą rozwoju sektora ochrony zdrowia¹.

System zdrowotny utożsamiany z pojęciem systemu ochrony zdrowia jest często terminem stosowanym zamiennie. Według definicji opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) system zdrowotny oznacza wszelkie organizacje, instytucje oraz poniesione nakłady, których nadrzędnym celem jest doprowadzenie do zwiększenia aktywności działań nastawionych na poprawę zdrowia. WHO w ramach tej definicji przyjmuje, że w skład systemu zdrowotnego wchodzi cztery sektory: publiczny, prawny, tradycyjny oraz nieformalny². Najprościej i najogólniej system zdrowotny można przedstawić jako wyodrębnioną całość składającą się z wielu różnorodnych elementów, które są połączone ze sobą za pomocą różnych relacji oraz które realizują cele związane ze zdrowiem³. System zdrowotny można również scharakteryzować jako zorganizowany i równorzędny zespół

¹ Jahann M.: Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności. Difin, Warszawa 2005, s. 70.

² Światowa Organizacja Zdrowia, www.who.int/topics/health_systems/en/, 30.12.2013.

³ Włodarczyk C., Paździuch S.: Systemy zdrowotne. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, s. 6.

działań, których celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych po to, aby możliwe było zagwarantowanie i poprawienie stanu zdrowia jednostki i całego społeczeństwa⁴. Zgodnie z powyższym można stwierdzić, że system zdrowotny stanowi pewnego rodzaju zbiór czynności nakierowanych na osiągnięcie wspólnego celu, pomiędzy którymi występują relacje. Cechą wyróżniającą poszczególne państwa spośród innych jest zatem indywidualny model przyjętego systemu ochrony zdrowia. Należy zaznaczyć, że pomimo tego, że można wyróżnić cztery podstawowe (tradycyjne) modele funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, nie jest rzeczą oczywistą odróżnienie systemów opieki zdrowotnej zaimplementowanych w poszczególnych państwach.

2. Charakterystyka tradycyjnych modeli ochrony zdrowia

Poddając analizie obecne systemy ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej, można wyszczególnić cztery tradycyjne modele, do których należą:⁵

- model Bismarckowski,
- model Beveridge'a,
- model rezydualny,
- model Siemaszki.

Podstawowym celem modelu Bismarcka (ubezpieczeniowego) jest ochrona pracującego społeczeństwa przed utratą zdrowia, która w konsekwencji może prowadzić do zachwiania stabilności⁶. Charakterystyczną cechą tego modelu jest sposób finansowania sektora ochrony zdrowia, który odbywa się przez obligatoryjne składki zdrowotne uiszczane przez pracodawcę i pracownika. Model Bismarcka zakłada również istnienie kas chorych pełniących funkcję funduszu ubezpieczeniowego. Elementy opisywanego modelu można zidentyfikować w systemach opieki zdrowotnej m.in. takich państw, jak: Niemcy, Austria, Belgia, Francja, Holandia, Polska oraz Szwajcaria.

Model Beveridge'a (narodowy model służby zdrowia/model budżetowy) ukształtował się po II wojnie światowej. Jego główną cechą jest wyraźne oddzielenie obszaru opieki zdrowotnej od całego sektora ochrony zdrowia, który jest finansowany z ogólnych podatków nałożonych na obywateli. Środki finansowe pochodzące z podatków wchodzi w skład budżetu centralnego, gdzie są rozdzielane pomiędzy poszczególnymi sektorami lub

⁴ Wysocki M.J., Miller M.: Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. „Przegląd Epidemiologiczny”, 2003, s. 505-312.

⁵ Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, s. 33.

⁶ Ibidem.

bezpośrednio trafiają do budżetów lokalnych, które przeznaczają pewną ich część na ochronę zdrowia w danym regionie⁷. Pacjent mający swobodę wyboru i pełny dostęp do opieki zdrowotnej ma znikomy udział w finansowaniu realizowanych na jego rzecz świadczeń medycznych. Równie ważną cechą tego modelu jest znikomy wpływ państwa na sposób funkcjonowania jednostek wchodzących w skład zakładów opieki zdrowotnej, które są niezależne⁸. Model funkcjonuje m. in. w Szwecji, Grecji, Irlandii, Anglii oraz we Włoszech.

Model rezydualny (rynkowy) w głównej mierze opiera się na odrzuceniu przez państwo konieczności zapewnienia obywatelom dostępu do usług medycznych. System ochrony zdrowia jest finansowany przez składki uiszczane w ramach prywatnego ubezpieczenia lub w ramach indywidualnej zapłaty za realizowaną usługę. Posiadanie ubezpieczenia jest obligatoryjne. Ze względu na powyższe w opisywanym modelu sektor ochrony zdrowia jest traktowany jako rynek zbytu, na którym dominującą rolę odgrywają popyt i podaż, a pacjent jest klientem. Należy zaznaczyć, że w modelu rezydualnym występuje sektor publiczny, jednakże obejmuje on w ramach podstawowej opieki jedynie osoby będące w szczególnej sytuacji życiowej, np. osoby biedne⁹.

Model Siemaszki (system centralnie planowany) został przyjęty przez państwa socjalistyczne po zakończeniu II wojny światowej i funkcjonował do lat 90. XX wieku. Głównym założeniem tego modelu była centralizacja organizacji i finansowania sektora ochrony zdrowia, a co za tym idzie – pełna kontrola państwa nad systemem. Działalność ochrony zdrowia była pokrywana ze środków pochodzących z budżetu państwa. Zgodnie z przyjętym modelem własnością państwa były wszystkie zakłady opieki zdrowotnej realizujące świadczenia medyczne, z kolei pracownicy byli traktowani jako urzędnicy państwowi¹⁰. Model Siemaszki był stosowany przez państwa Europy środkowo-wschodniej, m.in. przez Czechy, Litwę, Węgry i Polskę.

Podstawową różnicą między modelami Beveridge'a, Bismarcka i rezydualnym jest sposób finansowania sektora ochrony zdrowia. System Bismarckowski opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, system Beveridge'a jest finansowany z podatków ogólnych, z kolei rezydualny zakłada finansowanie indywidualne oraz dobrowolne przez każdego obywatela.

⁷ Księżpolski M.: Polityka społeczna. Wybrane problemy porównań międzynarodowych. Śląsk, Katowice 1999, s. 26-27, 113-114.

⁸ Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, s. 32.

⁹ Rutkowska-Podołowska M., Popławski Ł., Zaleska-Tsitini M.: Health care policy in Poland and in selected European Union countries: Attempts at reducing fast increasing medical care costs. The Małopolska School Of Economics in Tarnów, Papers Collection, Vol. 19, Iss. 2, 2011, p. 132.

¹⁰ Jasiński G.: Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich. „Biuletyn Kas Chorych”, nr 3-4, 2001, s. 16-22.

Należy zaznaczyć, że obecne modele funkcjonowania sektora ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej są wzorowane w różnym stopniu na modelu Bismarcka lub Beveridge'a.

3. Model opieki zdrowotnej w Polsce

Za czasów zaborów system opieki zdrowotnej był zależny od zaborcy. Dopiero po odzyskaniu przez Polskę niepodległości zaczął kształtować się współczesny system opieki zdrowotnej, który w pierwszej kolejności kład duży nacisk na poprawę warunków higieniczno-sanitarnych społeczeństwa. W latach międzywojennych państwo Polskie przyjęło założenia modelu Bismarcka.

Po II wojnie światowej system ochrony zdrowia oparto na przepisach prawnych przyjętych w okresie międzywojennym, dopasowując je do realiów gospodarki planowej. W 1948 roku przyjęto ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce. Służba zdrowia w Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej opierała się na administracji państwowej i finansowaniu z budżetu państwa. Głównym zadaniem państwa było zapewnienie wszystkim obywatelom powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Szpitale i inne zakłady opieki zdrowotnej miały funkcjonować w jednym spójnym systemie opierającym się na gospodarce centralnej i planowej¹¹.

Po 1989 roku nastąpiły zmiany sprzyjające wolności mechanizmów rynkowych. Przyjęto politykę liberalną, która była charakterystyczna dla krajów rozwiniętych. Reformy systemu ochrony zdrowia podjęte po 1989 roku miały na celu powolną decentralizację odpowiedzialności za działalność sektora ochrony zdrowia i jego finansowanie¹².

Zmiany w prowadzone do 1999 roku pociągnęły za sobą wiele kolejnych reform w sektorze ochrony zdrowia. W 2000 roku zlikwidowano Krajowy Związek Kas Chorych, powodując ujednoczenie zasad planowania i realizacji świadczeń zdrowotnych w całym państwie. Termin „kasy chorych” został zapożyczony bezpośrednio z niemieckiego systemu ochrony zdrowia i funkcjonował w latach 1919-1933 oraz 1997-2003. W 2003 roku zlikwidowano również Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, przekazując jego obowiązki Państwowemu Urzędowi Nadzoru Ubezpieczeń. W 2003 roku na mocy ustawy powołano Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)¹³, który stał się jedynym płatnikiem świadczeń zdrowotnych przez dysponowanie składkami ubezpieczeniowymi płynącymi z ZUS i Kas

¹¹ Buliński L.: Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny. CeDeWu, Warszawa 2009, s. 11-17.

¹² Ibidem, s. 17-18.

¹³ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 2003, nr 45, poz. 391).

Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). W 2004 roku Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że ustawa o ubezpieczeniu w NFZ nie może być stosowana ze względu na niejasność i wieloznaczność interpretacji zawartych w niej pojęć oraz z braku ustawowego zdefiniowania zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu. W 2004 roku przyjęto Ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴, która budziła kontrowersje ze względu na brak zgodności z innymi obowiązującymi przepisami¹⁵.

Od momentu rozpoczęcia w 1999 roku zmian dotyczących sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej sektor ten stał się głównym tematem krytyki, czego wymiar dały liczne protesty społeczne¹⁶. Komplikacje związane z wprowadzeniem zmian po 1999 roku wynikały m.in. z roszczeniowej postawy społeczeństwa mocno przyzwyczajonego do modelu opiekuńczego państwa oraz silnego upolitycznienia sektora ochrony zdrowia. „Kampanie wyborcze i ekipy rządowe uczyniły z systemu opieki zdrowotnej arenę walki politycznej i każda z nich w ramach prowadzonej walki o głosy wyborców wprowadzała zmiany, które niestety nie służyły zarówno skuteczności medycznej, jak i efektywności ekonomicznej”¹⁷.

Jedną z istotnych dla systemu opieki zdrowotnej reform było przyjęcie 1 lipca 2011 roku Ustawy o działalności leczniczej. Ustawa eliminuje pojęcie zakładu opieki zdrowotnej jako podstawowej formy prowadzenia działalności medycznej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w jego miejsce wprowadza inne, precyzyjniejsze terminy, m.in. pojęcia działalności leczniczej, podmiotu wykonującego działalność leczniczą, podmiotu leczniczego i praktyki zawodowej. Głównymi celami Ustawy były: ujednoczenie nazewnictwa placówek medycznych, zwiększenie współodpowiedzialności organów założycielskich za finansowanie placówki oraz uproszczenie procedury komercjalizacji¹⁸.

4. Model opieki zdrowotnej w Czechach

Jedną z istotnych reform czeskiego systemu ochrony zdrowia, polegająca na wprowadzeniu publicznych ubezpieczeń zdrowotnych, nastąpiła w 1993 roku. Jej skutkiem było powołanie 27 kas chorych, których celem było wspieranie sektora publicznego bez możliwości osiągnięcia zysku. Ich głównym zadaniem było pokrywanie kosztów związanych z opieką medyczną

¹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).

¹⁵ Nojszewska E.: System ochrony zdrowia w Polsce. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 180-183.

¹⁶ Watson P.: Obywatelstwo dla wszystkich? Polityka reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Prace Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji, nr 15, 2010, s. 110.

¹⁷ Nojszewska E.: System ochrony zdrowia w Polsce. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 183.

¹⁸ Kalecińska J., Herbst I. (red.): PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata. Centrum PPP, Warszawa 2011, s. 72.

ubezpieczonych pacjentów. Ubezpieczenie zdrowotne obywateli Czech jest obowiązkowe. Składki obejmują trzech płatników: osobę ubezpieczaną, jej pracodawcę oraz państwo, przy czym ten ostatni jest płatnikiem składek za obywateli będącymi m.in.: dziećmi, emerytami, osobami bezrobotnymi itp.¹⁹ Ze względu na brak odpowiednich mechanizmów monitorowania i kontrolowania wydatków wynikających poniekąd z przyjęcia niemieckiego cennika świadczeń zdrowotnych większość z 27 kas chorych ogłosiła bankructwo. Pozostałe kasy chorych zmieniły system finansowania działalności szpitali. Od 1997 roku rozpoczęto finansowanie szpitali, nie opierając się na cenniku niemieckim, ale na danych historycznych szpitali²⁰.

Obecnie system ochrony zdrowia w dalszym ciągu opiera się na publicznych składkach zdrowotnych, które nie mogą przekroczyć wartości 9% sumy 48-krotności średniej krajowej pensji. Pracodawca pokrywa 4,5% składki ubezpieczeniowej, brakującą część reguluje pracownik.

Wycena udzielanych świadczeń zdrowotnych odbywa się w systemie punktowym. Kasa chorych pokrywa świadczenia zdrowotne tylko w zakresie opieki koniecznej i niecierpiącej zwłoki – sytuacja ta dotyczy zakładów niemających kontraktu z kasą chorych. Powszechna Kasa Chorych (cz. Všeobecná Zdravotní Pojistovna) funkcjonuje na mocy osobnej ustawy, która powołała ją do życia, pozostałe kasy są utworzone przez Ministerstwo Zdrowia²¹.

W raporcie przedstawionym przez European Observatory on Health Systems polecono dużą ostrożność w przeprowadzaniu kolejnych reform systemu ochrony zdrowia oraz zwrócono uwagę na duży udział świadczeń realizowanych przez prywatne szpitale. Zauważono także znaczącą poprawę opieki domowej i świadczonych zabiegów w ramach chirurgii jednego dnia, które to stanowią alternatywę dla leczenia długoterminowego w szpitalach²².

Od 2008 roku obowiązują w Czechach tzw. opłaty regulacyjne, które pokrywa każdy pacjent z własnych środków. Opłaty dotyczą trzech grup możliwych opłat²³:

- wizyty w przychodni;
- hospitalizacja, pobyt w uzdrowisku lub sanatorium;
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w weekendy oraz dni wolne od pracy przez pogotowie i zakłady pierwszej pomocy.

¹⁹ Vomlela J.: Reforma służby zdrowia w Republice Czeskiej, [w:] Chołuj B.: System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich. Scholar, Warszawa 2002, s. 112-113.

²⁰ Koziarkiewicz A.: Jednorodne grupy pacjentów. Przewodnik po systemie, www.nfz.gov.pl/akademia/pliki/Jednorodne_Grupy_Pacjentow_Przewodnik_po_systemie.pdf, 29.03.2013.

²¹ Warunki życia i pracy w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Rynku Pracy, s. 5.

²² Health Care Systems in Transition Czech Republic. European Observatory on Health Systems, Brussels 2000.

²³ Suchecka J.: Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 52.

Stopień prywatyzacji zakładów opieki medycznej w Czechach jest z roku na rok coraz większy. Obecny czeski system ochrony zdrowia charakteryzuje się tym, że²⁴:

- każdy obywatel podlega obowiązkowi zgłoszenia się do kasy ubezpieczeń medycznych,
- na rynku działa wiele funduszy ubezpieczeniowych,
- występuje duże partycypowanie w kosztach leczenia po stronie pacjentów,
- środki finansowe przeznaczone na pokrycie działalności szpitali pochodzą z budżetu państwa,
- wynagrodzenie lekarzy opiera się przede wszystkim na zasadach kapitacji (lekarz otrzymuje stałą kwotę za pacjenta)²⁵.

Zdaniem P. Horbony, T. Machacheka i T. Julianka czeski system ochrony zdrowia wymaga radykalnej reformy, ponieważ jego obecne problemy wynikają z:²⁶

- dużej liczby szpitali funkcjonujących w kraju,
- braku współpracy pomiędzy poszczególnymi jednostkami opieki szpitalnej,
- błędnie zdefiniowanych zasad planowania i kontroli działalności szpitalnej.

Zdaniem autorów wprowadzane kolejne reformy powinny dążyć do zaistnienia wolnego rynku w sektorze ochrony zdrowia oraz do zwiększenia konkurencyjności między ubezpieczycielami, a także świadczeniodawcami²⁷.

5. Model opieki zdrowotnej w Anglii

W latach 1911-1948 system opieki zdrowotnej w Anglii opierał się na ubezpieczeniach zdrowotnych²⁸. Pierwsza koncepcja zmiany obecnego systemu i utworzenia państwowej służby zdrowia została zaproponowana przez lorda Wiliama Beveridge'a w 1942 roku. Wierzył on, że powszechna opieka zdrowotna jest szansą na zabezpieczenie zdrowotnej kondycji społeczeństwa. Zgodnie z koncepcją Beveridge'a powołano do życia National Health Service (pol. Narodowa Służba Zdrowia). Beveridge odseparował od systemu ubezpieczeń społecznych system opieki medycznej, dla którego stworzył odrębny sposób finansowania płynący z podatków ogólnych. System NHS nadal funkcjonuje w Anglii i częściowo opiera się na zasadach przyjętych 65 lat temu, czyli przede wszystkim na

²⁴ Rycia K., Skrzypczak Z.: Ochrona zdrowia na świecie. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 196.

²⁵ Baranowski J., Windak A.: Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawne Państwo Program Ernst & Young, Warszawa 2012, s. 13, [www.ey.com/Publication/vwLUAssets/raport_programu_Sprawne_Panstwo_POZ/\\$FILE/Sprawne-Panstwo_Optymalizacja_podstawowej_opieki_zdrowotnej_05.09.2012.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/raport_programu_Sprawne_Panstwo_POZ/$FILE/Sprawne-Panstwo_Optymalizacja_podstawowej_opieki_zdrowotnej_05.09.2012.pdf), 29.03.2013.

²⁶ Horbona P., Machachek T., Julianek T.: Health Care Reform for the Czech Republic in the 21st Century Europe, www.healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, 29.03.2013.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Fedorowski J., Nizankowski R.: *Ekonomika medycyny*. PZWL, Warszawa 2002, s. 61.

finansowaniu sektora ochrony zdrowia ze środków publicznych pozyskiwanych z podatków oraz na powszechnym dostępie do świadczeń²⁹.

W latach 1980-1990, za rządów Margaret Thatcher, nastąpiły kolejne reformy systemu, których głównym celem było zmniejszenie roli państwa w zdrowotnej opiece społeczeństwa. Na skutek reformy wdrożono mechanizmy quasi-rynkowe, które miały pobudzić rywalizację pomiędzy szpitalami. Reforma nie przyniosła zakładanych rezultatów, tym samym nie rozwiązała problemów związanych z brakiem efektywności systemu, kolejkowaniem pacjentów oczekujących na skorzystanie ze świadczeń zdrowotnych oraz nie polepszyła jakości świadczonych usług³⁰.

W roku, w którym Tony Blair obejmował rządy (1997 r.), problem związany z sektorem zdrowia nadal pozostawał nierozwiązany. W 1997 roku dokonano zmiany w ubezpieczeniach zdrowotnych, narzucając obowiązek posiadania ubezpieczenia, tym samym obecnie każdy obywatel Anglii jest objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

W 2000 roku rząd przyjął tzw. NHS-Plan, który miał w ciągu dziesięciu lat przekształcić system ochrony zdrowia. Głównymi założeniami planu były: zmniejszenie kolejek pacjentów do świadczeń zdrowotnych, decentralizacja zarządzania systemem ochrony zdrowia oraz zmiany w sposobie finansowania. Na skutek reformy powstały Trusty Opieki Podstawowej, (zgrupowania szpitali) oraz powołano kilka dodatkowych instytucji, m.in. Modernisation Agency (MA). Zadaniem MA była pomoc lekarzom i menedżerom w dostosowywaniu zakresu i organizacji opieki zdrowotnej do potrzeb pacjentów. W 2005 roku Modernisation Agency połączyła się z NHS Institute for Innovation and Improvement³¹.

Obecnie system ochrony zdrowia w Anglii w dalszym ciągu opiera się na Narodowej Służbie Zdrowia. Szpitale są prowadzone w formie trustów, które są podobne do polskich SPZOZ-ów. Publiczne zakłady są finansowane głównie z podatków, dotacji z Narodowego Funduszu Ubezpieczeniowego na rzecz NHS oraz z dodatkowych opłat pacjentów za usługi pośrednio związane ze świadczeniami zdrowotnymi. Trusty opłacają działalność szpitali oraz gminne usługi zdrowotne na skutek zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Ubezpieczeniowym.

Głównym celem rządu jest przekształcenie trustów w fundacje non profit o większej niezależności od państwa i większej odpowiedzialności³². Do 2008 roku wszystkie trusty

²⁹ Dziubińska-Michalewicz M.: Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (Francji, RFN, Szwecji, Wielkiej Brytanii). Raport nr 168, <http://biurose.sejm.gov.pl/teksty/r-168.htm>, 15.03.2013.

³⁰ Stępniewski J. (red.): Organizacja i zarządzanie szpitalami – wybrane zagadnienia. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2009, s. 20-21.

³¹ Ibidem, s. 21-22.

³² Kozierkiewicz A.: Jednorodne grupy pacjentów. Przewodnik po systemie. Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, www.nfz.gov.pl/akademia/pliki/Jednorodne_Grupy_Pacjentow_Przewodnik_po_systemie.pdf, 15.03.2013.

NHS powinny być zostać przekształcone w fundacje, jednakże w dalszym ciągu reforma ta jest w początkowym etapie.

NHS przypomina sposób funkcjonowania polskiej służby zdrowia. Leczenie jest darmowe, ale na stosowne badania trzeba długo czekać. Należy zaznaczyć, że NHS funkcjonuje w Anglii od 1948 roku i od tego czasu system nie przeszedł gruntownych przeobrażeń. Oznacza to, że podejmowane reformy okazywały się jedynie zabiegami korygującymi sposób organizowania działalności. System ochrony zdrowia w Anglii w dalszym ciągu jest systemem scentralizowanym i w pełni publicznym.

Podstawową ideą funkcjonowania brytyjskiego systemu ochrony zdrowia jest zasada powszechnego dostępu do świadczeń medycznych, niezależnie od sytuacji materialnej społeczeństwa. Cały system ochrony zdrowia jest finansowany ze środków publicznych pochodzących z podatków i obowiązkowych składek ubezpieczeniowych, które są regulowane zarówno przez pracodawcę, jak i pracownika. Obywatele mają możliwość zakupu ubezpieczenia uzupełniającego lub dodatkowego³³ na tzw. rynku ubezpieczeń dobrowolnych.

Rząd Wielkiej Brytanii wprowadził niedawno dwie reformy systemu ochrony zdrowia. Pierwsza z nich opierała się na nowych inwestycjach i zakładała wybudowanie do 2010 roku ponad 100 szpitali i ok. 5000 centrów pierwszej pomocy. Kolejna reforma dotyczyła zwiększenia zatrudnienia personelu medycznego oraz podniesienia nakładów finansowych na rzecz sektora ochrony zdrowia³⁴.

6. Podsumowanie

Zaprezentowane powyżej modele systemów wraz ze sposobami finansowania sektora opieki zdrowotnej stanowią punkt wyjścia jako ogólny wzór dla nowych rozwiązań przyjmowanych przez państwa członkowskie Unii Europejskiej.

Polski system opieki zdrowotnej w dalszym ciągu opiera się na modelu ubezpieczeniowym, który został przyjęty w okresie międzywojennym. Utworzenie po 1999 roku Narodowego Funduszu Zdrowia oraz późniejsze reformy w sektorze ochrony zdrowia zakładały ciągłość modelu Bismarcka, a tym samym funkcjonowanie jedyne monopolisty na rynku w postaci NFZ, który jest niewydolny. Żadne z podjętych reform nie dopuszczają uwolnienia rynku i otwarcia go na prywatne firmy ubezpieczeniowe, a tym na powstanie wolnej konkurencji, co z kolei przekłada się na utrudniony dostęp do szpitali³⁵, kolejki, niezadowalającą jakość z realizowanych świadczeń, zadłużenie szpitali oraz niskie płace

³³ Jasiński G.: Dobrowolne ubezpieczenia w Unii Europejskiej. „Służba Zdrowia”, nr 10, 2003, s. 8.

³⁴ Włodarczyk C.: Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003, s. 45-46.

³⁵ Zawada G., Kowalska K.: Zdrowie w kolejce. Rzeczpospolita <http://www.rp.pl/artykul/22,1070034-Zdrowie-w-kolejce.html>, 10.04.2014.

w sektorze. Uwolnienie rynku wiąże się z innymi reformami służby zdrowia i wymaga podjęcia zmian w ustawodawstwie.

System organizacji i finansowania sektora ochrony zdrowia w każdym państwie jest zależny od czynników politycznych, sposobu finansowania tegoż sektora, uwarunkowań demograficznych oraz od historycznych uwarunkowań, wynikających z rozwoju danego państwa. Ze względu na powyższe w ramach jednego przyjętego modelu nieprzerwanie mamy do czynienia z procesem zmian – przekształceniem czy doskonaleniem. Nieustanne reformy systemów opieki zdrowotnej wynikają z potrzeby dostosowania się do zmian nie tylko politycznych czy wynikających z rozwoju nowych technologii, lecz także z tych wynikających ze wzrostu świadomości społecznej w obszarze zdrowia oraz z niekorzystnych zmian demograficznych.

Z każdym rokiem zapotrzebowanie społeczeństwa na świadczenia zdrowotne jest coraz większe; dzieje się tak na skutek ogólnoeuropejskiego niżu demograficznego. Nie tylko Polska, lecz także większość państw Europy boryka się z problemem starzejącego się społeczeństwa. Nieograniczone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne zderza się z ograniczonymi możliwościami finansowymi publicznych płatników, przez co nie jest możliwe zagwarantowanie wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń. Ze względu na powyższe w systemie tworzy się luka dla prywatnych płatników, którzy mogą występować pod postacią komercyjnych pacjentów lub prywatnych firm ubezpieczeniowych. W państwach, w których przestrzeń dla prywatnego sektora nie tylko realizującego usługi medyczne, lecz także odpowiadającego za komercyjne ubezpieczenia zdrowotne nie została jeszcze określona, wdrażane są zmiany sprzyjające dopuszczeniu inwestorów prywatnych. Głównym założeniem jest wzajemne uzupełnianie się środków pochodzenia publicznego i prywatnego.

Bibliografia

1. Baranowski J., Windak A.: Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Sprawne Państwo Program Ernst & Young, Warszawa 2012.
2. [www.ey.com/Publication/vwLUAssets/raport_programu_Sprawne_Panstwo_POZ/\\$FILE/Sprawne-Panstwo_Optymalizacja_podstawowej_opieki_zdrowotnej_05.09.2012.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/raport_programu_Sprawne_Panstwo_POZ/$FILE/Sprawne-Panstwo_Optymalizacja_podstawowej_opieki_zdrowotnej_05.09.2012.pdf), 29.03.2013.
3. Buliński L.: Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny. CeDeWu, Warszawa 2009.

4. Dziubińska-Michalewicz M.: Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach Unii Europejskiej (Francji, RFN, Szwecji, Wielkiej Brytanii). Raport nr 168, <http://biurose.sejm.gov.pl/teksty/r-168.htm>, 15.03.2013.
5. Health Care Systems in Transition Czech Republic. European Observatory on Health Systems, Brussels 2000.
6. Fedorowski J., Niżankowski R.: *Ekonomika medycyny*. PZWL, Warszawa 2002.
7. Horbona P., Machacek T., Julianek T.: Health Care Reform for the Czech Republic in the 21st Century Europe, www.healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, 29.03.2013.
8. Jahann M.: Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności. Difin, Warszawa 2005.
9. Jasiński G.: Dobrowolne ubezpieczenia w Unii Europejskiej. „Służba Zdrowia”, nr 10, 2003.
10. Jasiński G.: Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich. „Biuletyn Kas Chorych”, nr 3-4, 2001.
11. Kalecińska J., Herbst I. (red.): PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata. Centrum PPP, Warszawa 2011.
12. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001.
13. Koziarkiewicz A.: Jednorodne grupy pacjentów. Przewodnik po systemie, www.nfz.gov.pl/akademia/pliki/Jednorodne_Grupy_Pacjentow_Przewodnik_po_systemie.pdf, 29.03.2013.
14. Księżpolski M.: *Polityka społeczna. Wybrane problemy porównań międzynarodowych*. Śląsk, Katowice 1999.
15. *Warunki życia i pracy w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego*. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej Departament Rynku Pracy.
16. Nojszewska E.: *System ochrony zdrowia w Polsce*. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
17. Rutkowska-Podołowska M., Popławski Ł., Zaleska-Tsitini M.: Health care policy in Poland and in selected European Union countries: Attempts at reducing fast increasing medical care costs. The Małopolska School Of Economics in Tarnów Papers Collection, Vol. 19, Iss. 2, 2011.
18. Rycia K., Skrzypczak Z.: *Ochrona zdrowia na świecie*. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
19. Stępniewski J. (red.): *Organizacja i zarządzanie szpitalami – wybrane zagadnienia*. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2009.
20. Suchecka J.: *Finansowanie ochrony zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.

21. Światowa Organizacja Zdrowia, www.who.int/topics/health_systems/en/, 30.12.2013.
22. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 2003, nr 45, poz. 391).
23. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
24. Vomlela J.: Reforma służby zdrowia w Republice Czeskiej, [w:] Chołuj B.: System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich. Scholar, Warszawa 2002.
25. Watson P.: Obywatelstwo dla wszystkich? Polityka reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Prace Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji, nr 15, 2010.
26. Włodarczyk C., Paździoch S.: Systemy zdrowotne. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001.
27. Włodarczyk C.: Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003.
28. Wysocki M.J., Miller M.: Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. „Przegląd Epidemiologiczny”, 2003.
29. Zawada G., Kowalska K.: Zdrowie w kolejce. Rzeczpospolita, www.rp.pl/artykul/22,1070034-Zdrowie-w-kolejce.html, 10.04.2014.

Abstract

Presented above system models with methods of financing the health sector are the starting point as a general model for new solutions adopted by Member States of the European Union.

Polish health care system still is based on the model of the insurance, which was adopted in the interwar period. The establishment after 1999 of the National Health Fund and the subsequent reforms in the health sector assumed continuity of the Bismarck model, and thus the functioning of the sole monopoly on the market in the form of the National Health Fund, which is inefficient. None of the reforms undertaken not allow market liberalization and opening it to private insurance companies - and the emergence of competition. Which in turn translates into limited access to hospitals, queue, unsatisfactory quality of the realized benefits, debt hospitals and low wages in the sector. The market release is associated with other reforms of health care and requires a change in legislation.

The organization and financing of the health sector in each country is dependent on political factors, the method of financing of that sector, demographic factors and the historical conditions – resulting from the development of the country. Due to the above in a single,

adopted model we are dealing with uninterrupted process of change – transformation or improvement. Continuous reform of health care systems due to the need to adapt to changes not only political or arising from the development of new technologies, but also due to an increase in public awareness in the area of health and unfavorable demographic changes.

Every year the public demand for health services is higher and higher, this is due to a pan-European demographic decline. Not only Poland, but the majority of European countries struggling with the problem of an aging society. Unlimited demand for health services society collides with limited financial capacity of public payers, so it is not possible to guarantee all citizens equal access to benefits. Due to the above system creates a gap for private payers who may be in the form of commercial patients or private insurance companies. In countries where the space for the private sector not only performing medical services, but also responsible for the commercial health insurance has not yet been determined implemented changes are conducive to allowing private investors. The main idea is complementarity of public and private origin.