

Wybrane modele finansowania systemu opieki zdrowotnej

JEL classification: I11, I15, I18

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, ubezpieczenia zdrowotne, opieka medyczna, finansowanie systemu opieki zdrowotnej, polityka zdrowotna

Keywords: health care, health insurance, health care financing, health policy

Abstrakt: Ochrona zdrowia w krajach rozwiniętych czy w państwach pretendujących do tego grono jest uznawana za jedno z podstawowych zadań państwa wobec swoich obywateli. Kształt i sposób finansowania systemu opieki zdrowotnej jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych państwach. Wynika to przede wszystkim z uwarunkowań historycznych. Ze względu na dużą wrażliwość społeczną zagadnienia, jakim jest system ochrony zdrowia obszar ten nieustannie jest modyfikowany lub reformowany, w zależności od sytuacji politycznej czy gospodarczej.

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie teoretycznych modeli finansowania systemu opieki zdrowotnej oraz ich rzeczywistych modyfikacji występujących w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Dostosowanie teoretycznych modeli wiąże się przede wszystkim z ograniczonymi funduszami, jakie są w stanie przeznaczyć państwa oraz osoby prywatne na świadczenia zdrowotne. Zagadnienie to można sprowadzić do jednego z fundamentalnych pytań ekonomicznych: jak gospodarować przy ograniczonych zasobach, aby sprostać nieograniczonym potrzebom. Autor także, postara się udowodnić hipotezę, że najwyższe wydatki na świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej wcale nie zapewniają najwyższych standardów świadczonych usług. To zagadnienie jest o tyle ważne, iż kraje europejskie znajdujące się obecnie w kryzysie gospodarczym i finansowym, zamiast zdecydowanych reform w pierwszej kolejności powinny próbować podnosić efektywność systemu oraz zapewnić właściwą alokację środków finansowych.

Selected health care financing models

Abstract: Health care in developed countries as well as countries aspiring to this group is recognized as one of the fundamental tasks of the State towards its own citizens. The shape and way of financing the health care system is very diverse in various countries. This is mainly the result of different historical circumstances. Due to the high sensitivity to social issues, health protection system is constantly being modified or reformed, depending on the political or economic instability.

This article aims to present the theoretical models of financing health care system and their actual modifications found in the Member States of the European Union. The adaptation of theoretical models is associated mainly with limited funds, which Member States and individuals are able to spend on health benefits. This issue can be boiled down to one of the fundamental economic questions: How do you manage with limited resources available to satisfy unlimited needs. The author will also try to prove the hypothesis that maximum expenditures on the provision of health care do not provide the highest standards of service. This issue is so important that the European countries, currently in the economic and financial crisis, should above all try to raise the efficiency of the system and ensure appropriate allocation of financial resources, rather than try implementing drastic reforms.

Wstęp

Ochrona zdrowia w krajach rozwiniętych czy w państwach pretendujących do tego grona jest uznawana za jedno z podstawowych zadań państwa wobec swoich obywateli. Kształt i sposób finansowania systemu opieki zdrowotnej jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych państwach. Wynika to przede wszystkim z uwarunkowań historycznych¹. Ze względu na dużą wrażliwość społeczną zagadnienia, jakim jest system ochrony zdrowia, obszar ten nieustannie jest modyfikowany lub reformowany w zależności od sytuacji politycznej czy gospodarczej.

Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie teoretycznych modeli finansowania systemu opieki zdrowotnej oraz ich rzeczywistych modyfikacji występujących w państwach członkowskich Unii Europejskiej. Dostosowanie teoretycznych modeli wiąże się przede wszystkim z ograniczonymi funduszami, jakie są w stanie przeznaczyć państwa oraz osoby prywatne na świadczenia zdrowotne. Zagadnienie to można sprowadzić do jednego z fundamentalnych pytań ekonomicznych: jak gospodarować przy ograniczonych zasobach, aby sprostać nieograniczonym potrzebom. Autor także postara się udowodnić hipotezę, że najwyższe wydatki na świadczenia z zakresu opieki zdrowotnej wcale nie zapewniają najwyższych standardów świadczonych usług. To zagadnienie jest bardzo ważne, gdyż kraje europejskie przeżywające obecnie kryzys gospodarczy i finansowy, zamiast zdecydowanych reform, w pierwszej kolejności powinny próbować podnosić efektywność systemu oraz właściwą alokację środków finansowych.

Teoretyczne modele finansowania opieki zdrowotnej

Literatura przedmiotu definiuje cztery teoretyczne modele finansowania opieki zdrowotnej². Są one jedynie wzorcem, które opisują specyfikę działania systemu idealnego. Jednakże rzeczywistość polega często na wybiórczym stosowaniu rozwiązań z różnych modeli i implementowaniu ich do określonej sytuacji

¹ J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Warszawa 2010, s. 45.

² *Ibidem*, s. 46.

konkretnego państwa. Mamy do czynienia wtedy z modelami hybrydowymi, które trudno zakwalifikować i porównywać z modelami wzorcowymi.

Pierwszym z nich jest model Bismarcka³. Został wprowadzony w 1883 roku, jako część pakietu ustaw zabezpieczenia socjalnego obywateli. Jest to system zdecentralizowany, niezależny od rządu, działający jednak w ściśle określonych ramach prawnych. Decyzje podejmowane są przez instytucje ubezpieczeniowe przy udziale wszystkich zainteresowanych stron, czyli pracodawców, pracowników, lekarzy, aptekarzy, przedstawiciele szpitali, a także władz lokalnych. Ubezpieczenie jest powszechne i obowiązkowe — dla pracowników oraz osób bezrobotnych. Osoby zarabiające powyżej określonego poziomu mogą przystąpić do ubezpieczenia dobrowolnie. Instytucje ubezpieczeniowe tworzone są często przez stowarzyszenia branżowe pracowników albo ze względu na obszar działania. Ubezpieczyciel może pokrywać całość kosztów leczenia, możliwe jest też współpłacenie przez ubezpieczonego. Model Bismarcka do dnia dzisiejszego zachował się oczywiście w Niemczech oraz w takich państwach, jak Austria czy Belgia.

Model Beveridge'a⁴ jest konsekwencją raportu o „Ubezpieczeniach społecznych i służbach pokrewnych” opublikowanego w 1942 roku. To właśnie na jego podstawie w 1948 roku wprowadzono w Wielkiej Brytanii reformy zapewniające wszystkim obywatelom bezpieczeństwo socjalne. System opiera się na powszechności i solidarności społecznej jednostek. Służba zdrowia jest finansowana bezpośrednio z budżetu, ma zaspokajać elementarne potrzeby obywateli. Oprócz systemu centralnego dopuszczona jest możliwość ubezpieczeń dodatkowych, oferowanych przez podmioty prywatne. Uprzywilejowaną pozycję na rynku wewnętrznym mają podmioty należące do sektora publicznego i to one mają pierwszeństwo w zawieraniu kontraktów z publicznym płatnikiem. Dostępność świadczeń jest uzależniona od wysokości nakładów, przeznaczanych na ochronę zdrowia w budżecie centralnym.

Kolejnym modelem, w tej chwili także nazywanym historycznym, jest model Siemaszki. Dominował w krajach byłego bloku wschodniego, czyli również w Polsce. Głównym założeniem omawianego modelu była odpowiedzialność za zapewnienie świadczeń z zakresu ochrony zdrowia, spoczywała ona na jednostkach

³ Otto von Bismarck właściwie Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen (ur. 1 kwietnia 1815 w Schönhausen (Elbe), zm. 30 lipca 1898 w Friedrichruh) — książę von Bismarck-Schönhausen, książę von Lauenburg, niemiecki polityk, premier Prus, kanclerz Rzeszy zwany żelaznym kanclerzem. Przyczynił się do zjednoczenia Niemiec i utworzenia drugiej Rzeszy. Zwolennik ewolucyjnego konserwatyzmu, w 1880 roku z jego inicjatywy wprowadzono ustawodawstwo socjalne, w którego skład wchodziły emerytury, ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, opieka medyczna oraz zasiłki dla bezrobotnych.

⁴ William Beveridge urodził się w Bengalii w Indiach. Znany ekonomista brytyjski, od 1919 do 1937 roku kierował London School of Economics. W 1942 roku ówczesny premier Winston Churchill zlecił mu napisanie raportu, który miał być podstawą odbudowywania kraju po II wojnie światowej.

publicznych. Podmioty były finansowane centralnie, nie istniał wewnętrzny rynek usług medycznych. Wszyscy obywatele w teorii mieli równe prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Czwartym wzorcem jest model rezydualny. W tym systemie to jednostka decyduje o swoim ubezpieczeniu zdrowotnym. Państwo ogranicza się tylko do zaspokojenia potrzeb ludzi najuboższych, dzieci, kobiet w ciąży czy osób starszych. Model ten nazywany jest także rynkowym ze względu na przewyższający udział podmiotów prywatnych na rynku usług medycznych oraz ubezpieczeń medycznych.

Wymienione tradycyjne modele są dziś przedmiotem ciągłych zmian czy reform ze względu na zmieniającą się sytuację gospodarczą lub demograficzną poszczególnych krajów. Taką sytuację wymusza również podejście ekonomiczne do finansowania systemu opieki zdrowotnej, a także trudności fiskalne wielu państw.

Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w wybranych krajach UE

Unia Europejska nie narzuca państwom członkowskim modelu finansowania swoich systemów zdrowotnych, są to zadania należące do wyłącznych prerogatyw rządów. W ramach polityki UE dotyczącej swobód koordynowana jest polityka współpracy i refinansowania świadczeń z zakresu ochrony zdrowia obywateli innych państw członkowskich, nieubezpieczonych w kraju otrzymania świadczenia. Unia Europejska prowadzi także programy profilaktyczne dotyczące zdrowia publicznego⁵. W Europie w zakresie finansowania systemu opieki zdrowotnej wykorzystuje się model Bismarcka albo Beveridge'a, oczywiście przystosowany do realiów konkretnego państwa.

⁵ Programy UE w zakresie zdrowia publicznego:

Program zwalczania AIDS i innych chorób zakaźnych na lata 1996–2000, decyzja nr 647/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 marca 1996 r.,

Program zwalczania nowotworów na lata 1996–2000, decyzja nr 96/646/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 lipca 1996 r.,

Program zwalczania uzależnień lekowych na lata 1996–2000, decyzja nr 102/97/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 16 grudnia 1996 r.,

Program promocji zdrowia na lata 1996–2000, decyzja nr 645/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 marca 1996 r.,

Program monitorowania stanu zdrowia na lata 1997–2001, decyzja nr 1400/97/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 30 czerwca 1997 r.,

Program zwalczania chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska na lata 1999–2001, decyzja nr 1296/1999/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 kwietnia 1999 r.,

Program zapobiegania wypadkom i urazom na lata 1999–2003, decyzja nr 372/1999/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 8 lutego 1999 r.,

Program dotyczący chorób rzadko występujących na lata 1999–2003, decyzja nr 1295/1999/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 kwietnia 1999 r.,

Nowy wspólnotowy program zdrowia publicznego 2003–2008, decyzja nr 1786/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 23 września 2002 r.

Niemcy są tradycyjnym spadkobiercą i kontynuatorem modelu Bismarcka. Przez ponad sto lat wzorzec ten doczekał się wielu zmian i reorganizacji. Obecny kształt systemu został nadany przez zmiany, które nastąpiły w latach 1989, 1993 i 1997, w literaturze nazwane są trzema krokami⁶. Pierwszy polegał na zastosowaniu prawa wyboru kasy chorych, poszerzeniu zakresu świadczeń z długoterminowej opieki medycznej, wprowadzono uprawnienia z zakresu promocji zdrowia oraz ustalono poziom cen referencyjnych na leki i środki medyczne. Drugi krok to zastosowanie dokumentacji elektronicznej, a także częściowe przejście na prospektywny system finansowania szpitali. Trzeci związany był z rosnącymi kosztami opieki medycznej i zwiększył obciążenie pacjentów oraz postawił w bardziej uprzywilejowanej pozycji świadczeniodawców.

System niemiecki charakteryzuje się dużą dostępnością specjalistów i rozległą siecią szpitalną⁷. Jest to uznawane za podstawę sprawnego działania opieki medycznej. System ten jest zdecentralizowany, wynika to przede wszystkim z podziału administracyjnego kraju, który zapewnia szeroką niezależność landów.

Ubezpieczenia zdrowotne są oferowane zarówno przez państwo, jak i podmioty prywatne. Państwowe ubezpieczenie jest obowiązkowe dla pracowników oraz osób o najniższych dochodach, a prywatne jest ubezpieczeniem dobrowolnym obejmującym swoim zakresem świadczenia nierefundowane w publicznym systemie. Jest to ubezpieczenie dla osób zamożniejszych i chcących szerszego zakresu świadczeń opieki medycznej. Warto zwrócić uwagę, że osoby dobrowolnie rezygnujące z publicznego ubezpieczenia na rzecz prywatnego w przyszłości mogą mieć problem z transferem powrotnym, dlatego decyzje takie trzeba podejmować ostrożnie. Składka w systemie publicznym jest wyrażona jako dany procent dochodu pracownika, natomiast w ubezpieczeniu prywatnym zależy od profilu ryzyka ubezpieczonego. W obu wypadkach jednak płaconą jest w równej części przez pracownika i pracodawcę. W systemie publicznym występuje współpłacenie za niektóre świadczenia, zwłaszcza te z zakresu stomatologii czy okulistyki, na przykład pacjent pokrywa 50% kosztów protezy zębowej. Istnieje jednak możliwość pełnej refundacji dla osób najuboższych.

W Wielkiej Brytanii działa system oparty na modelu Beveridge'a, który finansowany jest bezpośrednio z budżetu centralnego. Centralną instytucją powołaną do zarządzania systemem opieki medycznej jest Departament Zdrowia (DOH) kierowany przez Sekretarza Stanu. Rokrocznie ustalana jest kwota przeznaczona na ochronę zdrowia i dzielona jest przez DOH na regionalne władze zdrowotne odpowiedzialne za opiekę medyczną na swoim terenie. Na samym końcu tego łańcucha znajdują się władze lokalne, które odpowiedzialne są za organizację

⁶ M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 424.

⁷ Zgodnie z danymi OECD Health Data w 2011 roku na tysiąc mieszkańców przypadają ponad osiem łóżek w szpitalach, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>.

podmiotów służby zdrowia. W Wielkiej Brytanii występują też prywatne ubezpieczenia medyczne, stanowią one margines w finansowaniu całego systemu⁸. Często prywatne ubezpieczenie jest ubezpieczeniem firmowym, dodawanym przez pracodawcę jako premia do wynagrodzenia podstawowego. Nasycenie łóżek szpitalnych w 2009 roku wynosiło niewiele ponad trzy na tysiąc mieszkańców⁹. To wynik zdecydowanie poniżej średniej dla krajów OECD. Wielu obserwatorów systemu opieki zdrowotnej uważa, że w Wielkiej Brytanii potrzebne są gruntowne zmiany, aby poprawić dostępność świadczeń medycznych dla pacjentów.

Budżetowe finansowanie systemu NHS¹⁰ sprawiło, że założenia systemu o powszechnej dostępności pozostały tylko w kwestii założeń, ponieważ ograniczone finansowanie wymusiło limitowanie świadczeń. Wielka Brytania przeżyła również szok związany z korelacją, jaka w przeszłości zachodziła pomiędzy grupą społeczną a równym dostępem do świadczeń medycznych¹¹. W wyniku reform wprowadzono częściowe zmiany w działaniu systemu. Przede wszystkim dążono do stworzenia silnego rynku wewnętrznego oraz obciążenia większą odpowiedzialnością lekarzy podstawowej opieki medycznej, dając im do dyspozycji budżet, z którego sami będą pokrywać część opłat za świadczenia swoich pacjentów. Zmiany te jednak nie doprowadziły do diametralnej poprawy sprawności działania systemu, który przez długi czas podawany był jako wzór. Obecnie rządzący debatują nad możliwymi kolejnymi zmianami i kierunkami reform.

Francja jest przykładem państwa o bardzo skomplikowanym i scentralizowanym systemie opieki zdrowotnej. Najważniejsze decyzje podejmowane są bezpośrednio przez rząd. Skomplikowanie objawia się w liczbie systemów publicznych, występuje ich aż dwadzieścia. Największy z nich to CNAM¹² skupiający 82% ludności. Występuje osobny system dla rolników (AMEXA) oraz osób pracujących na własny rachunek (TNS). Dzięki temu obowiązkowymi ubezpieczeniami jest objętych aż 99% obywateli.

Pacjent ma prawo swobodnego wyboru lekarza, przy wizycie to on pokrywa początkowo jej koszt, a ubezpieczalnia zwraca mu z reguły 75%. Osobom najuboższym koszty świadczeń finansuje dodatkowo opieka społeczna. Inną możliwością jest wykupienie dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia pokrywające

⁸ W 2009 roku prywatne ubezpieczenia stanowiły 1% wydatków, a w 2010 roku około 3%. Dane z OECD Health Data, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>.

⁹ Dane z OECD Health Data, <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>.

¹⁰ Narodowa Służba Zdrowia odpowiednik polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

¹¹ Raport lorda Blacka pokazał, że pozycja społeczna odgrywa dużą rolę w wypadku dostępu do świadczeń medycznych, np. stosunek umieralności niemowląt wynosił dwa i pół raza więcej w grupie, w której rodzice pochodzili z najniższej warstwy społecznej w stosunku do warstwy najwyższej, dzieci powyżej jednego roku z klasy najniższej umierały do dwóch razy częściej niż dzieci z klasy najwyższej.

¹² M. Sygit, *op. cit.*, s. 413.

różnicę między kosztem faktycznie poniesionym a kwotą refundacji z systemu publicznego.

We Francji system ubezpieczenia zdrowotnego zasilany jest z trzech źródeł. Pierwszym jest składka na ubezpieczenie zdrowotne płacona zarówno przez pracownika, jak i pracodawcę, obciążenie nie jest rozłożone proporcjonalnie. Pracownik płaci 5,9%, a pracodawca 12,6% obliczanej od wysokości uzyskiwanego dochodu. Drugim źródłem jest współpłacenie przez pacjenta za otrzymane usługi medyczne. Partycypacja może być procentowa lub w formie ryczałtu, wszystko zależy od specyfiki świadczenia, wysokość waha się od 20% do 60%. Koszty leczenia szpitalnego zwracane są w 80%, opieka ambulatoryjna podlega w 75% bonifikacie, a lekarstwa dotowane są już tylko w 40%. Istnieje katalog osób, które są zwolnione z ponoszenia dodatkowych obciążeń, na przykład inwalidzi wojenni, kobiety w ciąży (cztery miesiące przed porodem) albo chorzy przewlekle (AIDS, gruźlica itp.)¹³. Trzecie źródło to podatek od produktów szkodliwych (wyroby tytoniowe itd.) oraz specjalny podatek dochodowy i od zysków kapitałowych wynoszący 1,1%.

Polski system ochrony zdrowia realizuje generalną zasadę powszechnego dostępu do świadczeń medycznych. Zasada ta ma swoje fundamenty w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku. W 1989 roku w Polsce nastąpiła transformacja ustrojowa i gospodarcza, jednak kompleksowa reforma systemu ochrony zdrowia zostaje zaproponowana dopiero w roku 1997¹⁴. Z dniem 1 stycznia 1999 roku w Polsce powstają w szesnastu województwach kasy chorych oraz jedna Branżowa Kasa Chorych¹⁵. Model budżetowy (według modelu Siemaszki) zostaje zastąpiony modelem ubezpieczeniowym (na podstawie modelu Bismarcka). Zostaje wprowadzone kontraktowanie świadczeń medycznych. System opiera się na decentralizacji i terytorialności odpowiedzialności za świadczenia medyczne. Kasy chorych funkcjonują w Polsce tylko do 2002 roku, wysokie niezadowolenie społeczne wynikające z pogłębiających się różnic pomiędzy województwami w dostępie do świadczeń medycznych jest powodem kolejnej reformy. W 2003 roku w miejsce kas chorych powstaje scentralizowany podmiot — Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁶ z szesnastoma oddziałami wojewódzkimi. W grudniu 2003 roku Trybunał Konstytucyjny¹⁷ uznaje Ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. 2003 Nr 45, poz. 391) za niezgodną z Konstytucją, co skutkuje wprowadzeniem Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Konstytucjonaliści wyrażają

¹³ Katalog wymienia ponad trzydzieści jednostek chorobowych.

¹⁴ 6 lutego 1997 roku uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

¹⁵ Branżowa Kasa Chorych w założeniu ma zrzeszać osoby pracujące w służbach mundurowych, m.in. policjantów czy żołnierzy.

¹⁶ Ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

¹⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03.

wątpliwości, czy wszystkie zalecenia Trybunału zostały zrealizowane w trakcie prac legislacyjnych nad ustawą z 2004 r., ale w dalszym ciągu do dnia dzisiejszego jest ona podstawą prawną funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

System opiera się na zasadzie powszechności obowiązku ubezpieczeniowego, równości w dostępie do świadczeń, solidarności społecznej oraz proporcjonalności w finansowaniu systemu. Składki na ubezpieczenia zdrowotne wynoszą 9% wynagrodzenia brutto pracownika, jednak 7,75% zaliczane jest jako koszt pomniejszający podstawę opodatkowania, co daje realnie 1,25%, jakie ponosi pracownik, reszta w konsekwencji obciąża budżet państwa. Za nieubezpieczonych, a mających prawo do korzystania z publicznej opieki zdrowotnej, koszty świadczeń pokrywane są z budżetu Ministerstwa Zdrowia.

Rozróżnia się trzy główne grupy świadczeniodawców, ze względu na charakter udzielanej usługi medycznej, czyli podstawową opiekę zdrowotną, opiekę ambulatoryjną oraz lecznictwo zamknięte. Pacjent ma prawo wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast lekarz za każdego pacjenta otrzymuje świadczenie kapitacyjne¹⁸. Świadczenia ambulatoryjne oraz w lecznictwie zamkniętym regulowane są jako opłata za wykonane świadczenie (*fee-for-service*). Część zadań z zakresu ochrony zdrowia jest w dalszym ciągu bezpośrednio finansowana z budżetu, na przykład pogotowie ratunkowe czy programy profilaktyczne.

W obecnym systemie najbardziej uprzywilejowaną pozycję ma płatnik, czyli NFZ, ponieważ to on narzuca ceny świadczeń medycznych i limity ich wykonania. System nie sprawdza się, zwłaszcza pod względem dostępności, przykładowo, do lekarzy specjalistów, ze względu na ograniczoność środków, jakimi dysponuje NFZ.

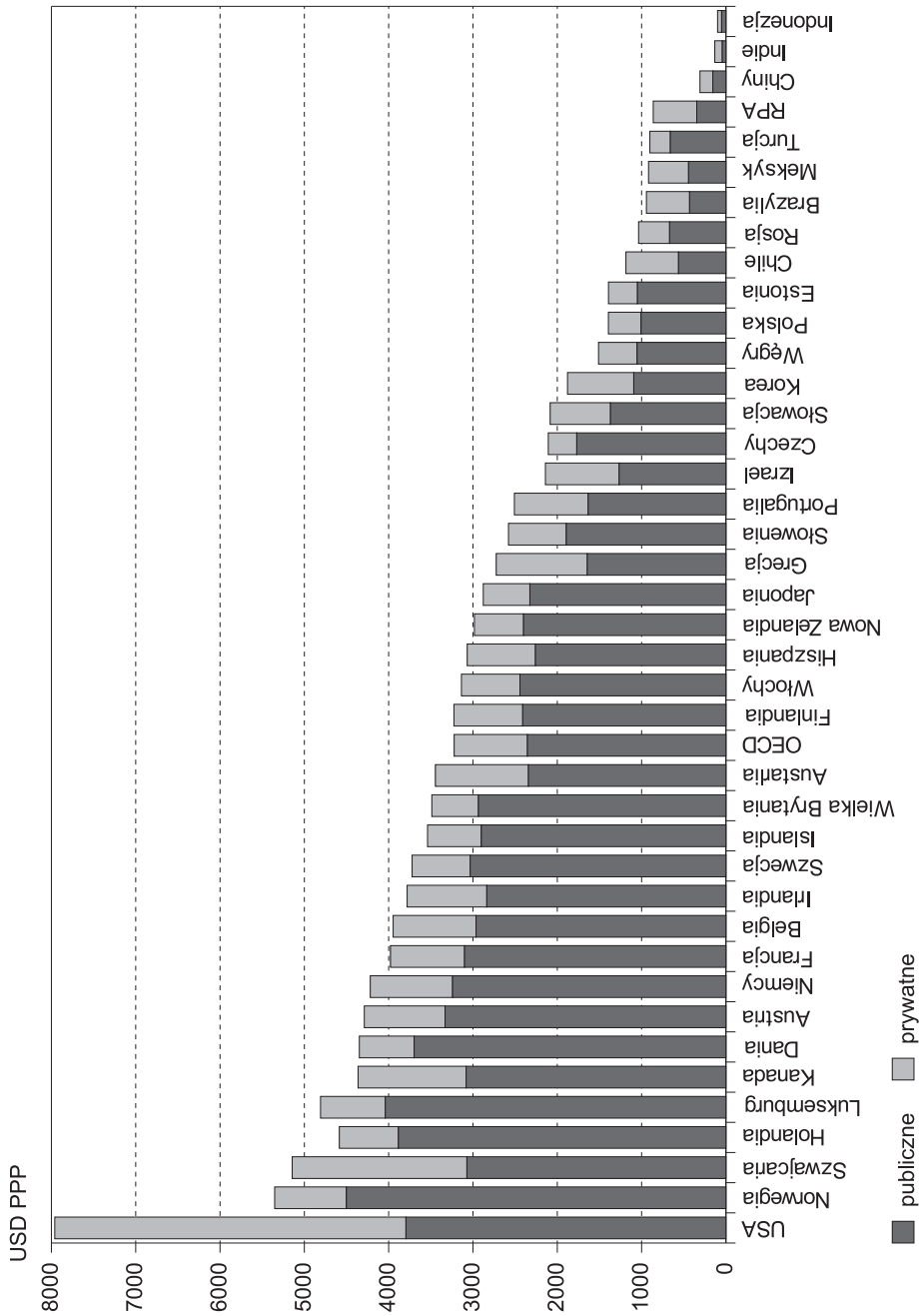
Poziom finansowania a ocena systemu opieki zdrowotnej

Finansowanie systemu ochrony zdrowia wiąże się z dużymi wydatkami sektora publicznego oraz prywatnego. Relacja ta zależy w poszczególnych państwach od przyjętego modelu i sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych. Zachodzące zmiany demograficzne oraz ciągły postęp technologii medycznych prowadzi do ciągłego zwiększania tych kosztów zarówno po stronie sektora publicznego, jak i prywatnego.

Poziom finansowania i zaspokajania potrzeb z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej często jest wykorzystywany do walki politycznej, ponieważ czynnik ten doskonale oddziałuje na społeczeństwo¹⁹. Dla każdego obywatela poczucie bezpieczeństwa jest najważniejsze i jednym z jego aspektów jest właśnie zabezpieczenie świadczeń z zakresu opieki medycznej.

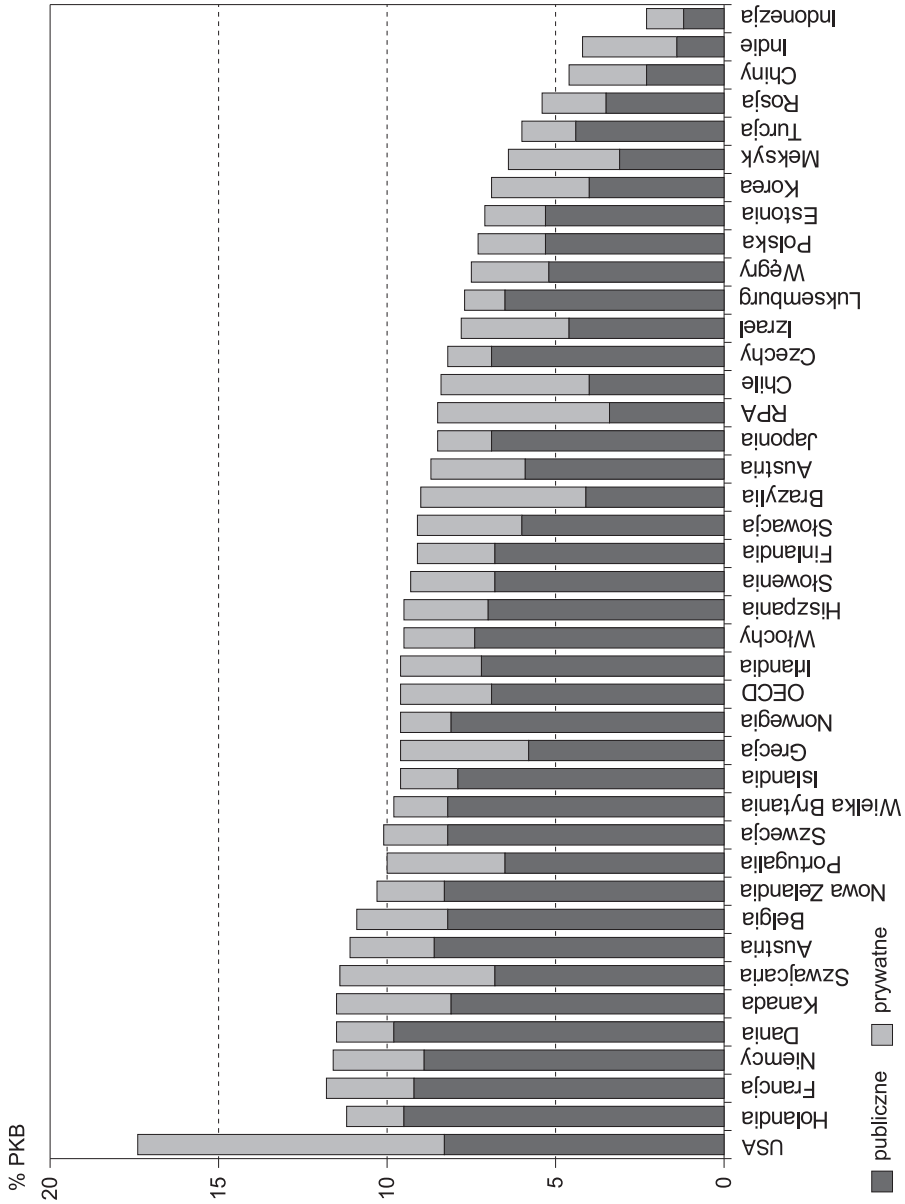
¹⁸ Opłata kapitacyjna jest to ryczałt za każdego zapisanego pacjenta.

¹⁹ Jako przykład można podać kampanię wyborczą w Stanach Zjednoczonych, po której na swoją pierwszą kadencję został wybrany Barack Obama. Jednym z głównych haseł jego kampanii była reforma służby zdrowia i zapewnienie ponad trzydziestu milionom Amerykanów ubezpieczenia medycznego, opłacanego ze środków publicznych.



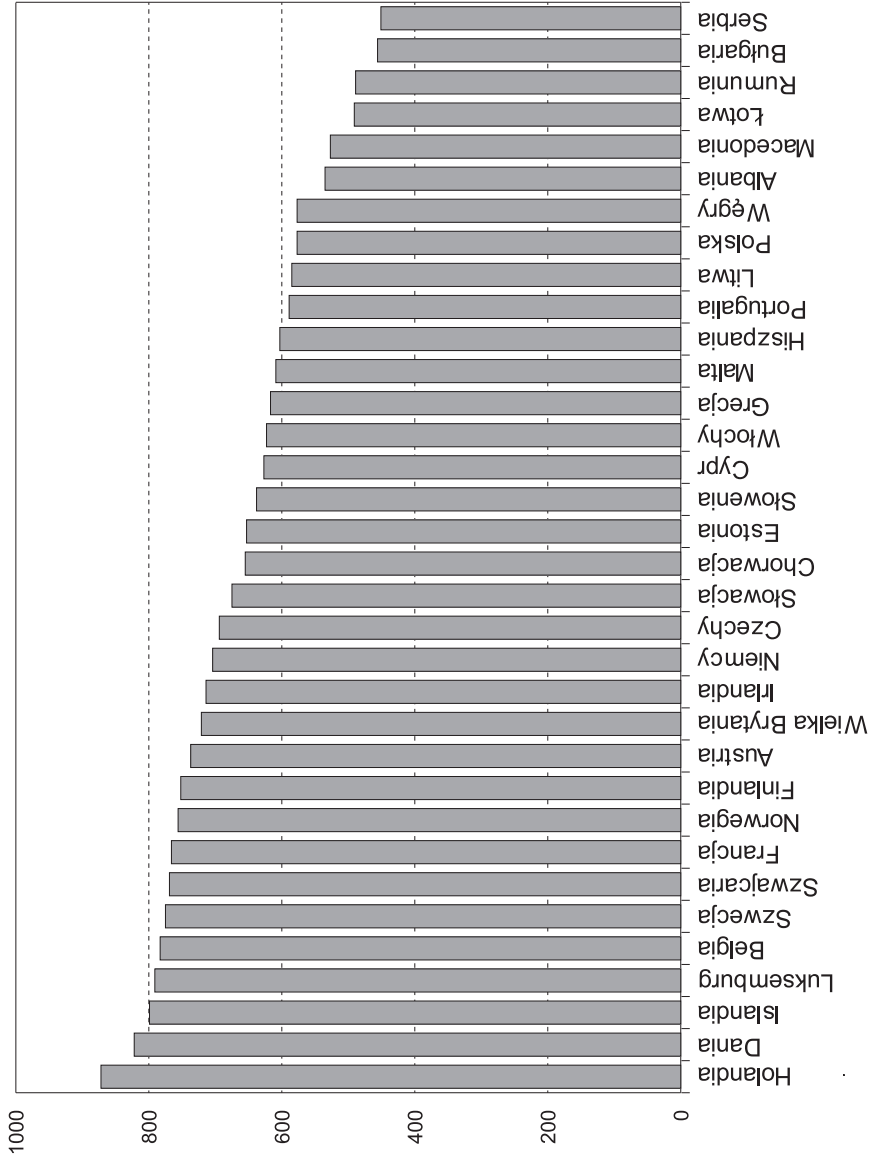
Ryc. 1. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w stosunku do PKB

Źródło: Health at a Glance 2011: OECD Indicators.



Ryc. 2. Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca

Źródło: Health at a Glance 2011; OECD Indicators.



Ryc. 3. Podsumowanie wyników EHCI 2012
 Źródło: Euro Health Consumer Index 2012 Report.

Stany Zjednoczone są państwem, w którym na opiekę zdrowotną przeznaczają się najwięcej pieniędzy. Na ryc. 1 widzimy kształtowanie się całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, w przypadku USA nakłady te wynoszą 17,4% PKB w 2009 roku, przy średniej dla wszystkich krajów OECD²⁰ wynoszącej 9,6% dla tego samego okresu. W Polsce na przykład przeznaczają się 7,4% PKB. Natomiast średnia tylko dla krajów europejskich wynosi 9,7%. Widać, jak duże jest zróżnicowanie w finansowaniu opieki zdrowotnej.

Ponownie Stany Zjednoczone są na pierwszym miejscu z wydatkami prawie osiemiu tysięcy dol. *per capita*, jednak dalsze miejsca już się zmieniły. Niestety, Polska plasuje się ponownie w końcowej części listy z wydatkami niespełna 1400 dol.

Państwa wysoko rozwinięte²¹ relatywnie więcej wydają na finansowanie systemu ochrony zdrowia, ale czy za zwiększonymi nakładami faktycznie podąża także efektywność wykorzystania tych środków. W tym miejscu autor chciałby przedstawić wyniki przeprowadzanego przez instytut Health Consumer Powerhouse²² testu konsumenckiego *Euro Health Consumer Index* z 2012 roku.

Holenderska opieka medyczna otrzymała najwyższą ocenę, Polska znalazła się dopiero na dwudziestej siódmej pozycji w Europie²³ (zob. ryc. 3). Pierwsza analogia, jaka się od razu nasuwa, polega na tym, że państwa, w których relatywnie więcej pieniędzy przeznaczają się na opiekę medyczną w przeliczeniu na jednego mieszkańca, wcale nie zajmują pierwszego miejsca, jeśli spojrzeć z perspektywy konsumenta świadczeń zdrowotnych. Jako przykład możemy podać Norwegię, która w badaniu konsumenckim ma dopiero dziewiątą pozycję, przy pozycji drugiej, biorąc pod uwagę finansowanie *per capita*. Podobnie Szwajcaria, która w zestawieniu wydatków zajmuje trzecie miejsce, w ocenie EHCI jest dopiero na siódmym miejscu²⁴.

Euro Health Consumer Index jest cyklicznym badaniem prowadzonym od 2005 roku. Ocena poszczególnych systemów obejmuje pięć głównych kategorii:

1. prawa pacjenta i dostęp do informacji,
2. dostępność (czas oczekiwania na leczenie),
3. wyniki leczenia,
4. zapobieganie / zakres i zasięg usług,
5. farmaceutyki.

²⁰ OECD — Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, organizacja międzynarodowa o profilu ekonomicznym, skupiająca trzydzieści cztery wysoko rozwinięte i demokratyczne państwa. Utworzona na mocy Konwencji o organizacji współpracy gospodarczej i rozwoju podpisanej przez dwadzieścia państw 14 grudnia 1960.

²¹ Na potrzeby niniejszego artykułu państwa wysoko rozwinięte to członkowie OECD.

²² Health Consumer Powerhouse to niezależny instytut zajmujący się badaniem szeroko rozumianej opieki zdrowotnej, a przede wszystkim prawami pacjenta i pozycji konsumenta w sektorze ochrony zdrowia.

²³ Euro Health Consumer Index 2012 Report.

²⁴ *Ibidem*.

W pierwszej kategorii, czyli *Prawa pacjenta i dostęp do informacji*, maksymalną liczbę punktów uzyskała Dania, która zwyciężyła także w kategorii *Farmaceutyki*, otrzymując dziewięćdziesiąt na sto możliwych punktów. W drugiej kategorii *Dostępność (czas oczekiwania na leczenie)*, bardzo ważnej z punktu widzenia pacjenta, taką samą liczbę punktów miały następujące kraje: Belgia, Szwajcaria i Luksemburg — dwieście trzydzieści trzy na dwieście pięćdziesiąt możliwych punktów. Kategoria trzecia, czyli *Wyniki leczenia*, pokazała dominację skandynawskiej części europejskiego kontynentu, ponieważ maksymalną liczbę punktów zyskały Szwecja oraz Norwegia. Holandia, państwo, które zdobyło największą liczbę punktów, ogólnie zwyciężyło tylko w jednej z czterech kategorii, czyli *Zapobieganie / zakres i zasięg usług*.

Polska, jak już wspomniano, w tym rankingu znalazła się dopiero na dwudziestym siódmym miejscu. To bardzo niedobra wiadomość z punktu widzenia pacjenta, zainteresowanego świadczeniobiorcy. Najwyższą ocenę otrzymała jedynie w trzech podkategoriach *Praw pacjenta i dostępu do informacji*, w dwóch *Wyników leczenia* oraz jednej *Zapobiegania / zakresu i zasięgu usług*. Z tej negatywnej perspektywy wyłania się jeden pozytywny aspekt polskiej opieki nad chorobami serca, zwłaszcza stanów zawałowych. Oceny polskiego systemu opieki zdrowotnej w ramach EHCI bywały różne. W pierwszej edycji badań, to jest w 2006 roku, Polska uzyskała wynik około pięciuset pięćdziesięciu punktów, w kolejnych dwóch edycjach ocena systemu spadła. W 2009 roku liczba punktów przekroczyła wartość z roku 2006. W najnowszej edycji obserwujemy progres w stosunku do przedostatniej wartości indeksu.

Decydenci powinni z uwagą śledzić kolejne edycje EHCI, ponieważ wynik w badaniu poprawić może nie tylko zwiększenie poziomu finansowania opieki zdrowotnej. Pewne małe zmiany reorganizacyjne w działaniu świadczeniodawców czy poprawki legislacyjne są możliwe bez zwiększania wydatków publicznych i obciążania budżetów centralnych czy samorządowych, na przykład w zakresie praw pacjenta bądź dostępu do informacji medycznej.

Wnioski

Zaprezentowano tutaj teoretyczne i rzeczywiste modele finansowania ochrony zdrowia. W dzisiejszych trudnych gospodarczo czasach nie ma kraju na świecie (oczywiście z wyjątkami w ogóle niezapewniającymi swoim obywatelom dostępu do usług medycznych), który nie borykałby się z ciągle rosnącymi nakładami na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej. W tym miejscu warto zaprezentować koncepcję Devera²⁵ — system opieki zdrowotnej pochłania aż 90% nakładów na ochronę zdrowia, a jedynie w 10% wpływa na redukcję umieralności,

²⁵ A.G.E. Dever, *Improving Outcomes in Public Health Practice*, Jones & Bartlett Pub (Ma) 1997.

nakłady na promocję zdrowego stylu życia pociągają za sobą około 1,5%, a ich wpływ wynosi około 40% na redukcję umieralności, nakłady finansowe na ochronę środowiska naturalnego człowieka to około 1,5%, a potencjalny wpływ na redukcję umieralności określany jest na mniej więcej 20% oraz wydatki na biologię człowieka wynoszą około 7%, a dają około 30% potencjalnego wpływu na obniżenie umieralności ludzi. Dlatego warto się zastanowić, czy aby na pewno dobrze są wydatkowane środki w systemach opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- Euro Health Consumer Index 2012 Report, Health Consumer Powerhouse AB, 2012.
- Kolwicz M., *Polski system ochrony zdrowia — perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 56, 2010, nr 3, s. 131–143.
- OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 2007.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Sygit M., *Zdrowie Publiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne — uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

Selected health care financing models

Summary

The paper presents the theoretical and actual health care financing models. In today's tough economic times there is no country in the world (except for those, of course, that do not provide their citizens with access to medical services), which is not struggling with the constantly growing expenditure on the functioning of health care systems. At this point it is worth presenting the concept of Devera — health care system absorbs as much as 90% of the expenditure on the protection of health and only in 10% affects the death rate reduction, the expenditure on the promotion of a healthy lifestyle amounts to about 1.5% and has a 40% influence on death rate reduction; the expenditure on human natural environment constitutes about 1.5% and its potential influence on death rate reduction is estimated to ca 20%. Allocations to human biology amount to about 7%, and their potential influence on death rate reduction is ca 30%. Therefore, it is worth consideration whether the funds in health care systems are well spent.