

**Joanna Niżnik**

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

## **ORGANIZACJA I FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA W SŁOWACJI I NA WĘGRZECH**

### **1. Koncepcja struktury systemu ochrony zdrowia**

**Słowacja.** Podwaliny obecnego systemu słowackiej ochrony zdrowia zostały stworzone na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku. Tak jak większość krajów Europy Środkowej, Słowacy wybrali model Bismarcka oraz konstytucyjną gwarancję równego i bezpłatnego dostępu do opieki zdrowotnej, opartego na obowiązkowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych.

Priorytetowe znaczenie dla funkcjonowania systemu ma podział władzy i zadań pomiędzy państwem (rządem, parlamentem i ministerstwami), funduszami ubezpieczeń zdrowotnych i samorządem terytorialnym na szczeblu gmin, powiatów i regionów.

Do zadań Ministerstwa Zdrowia należą szczegółowe regulacje dotyczące zasadniczych kierunków i priorytetów polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia. Ministerstwo wydaje pozwolenia na świadczenie usług zdrowotnych podmiotom niepublicznym<sup>1</sup> (zadania te w 2002 r. w dużej części zostały zdecentralizowane i powierzone regionom), licencjonuje działalność kas ubezpieczeń zdrowotnych i sprawuje kontrolę nad ich funkcjonowaniem (w 2004 r. powstało specjalne Biuro Nadzoru nad Ochroną Zdrowia przejmujące częściowo kompetencje ministerstwa), jest organem założycielskim szpitali, w których powołuje dyrektorów, oraz finansuje majątek trwały (w tym zakup drogiego sprzętu i nowoczesnych technologii medycznych).

---

<sup>1</sup> S. Hlavacka, R. Wagner, A. Riesberg, *Health Care Systems in Transition. Slovakia*, The European Observatory of Health Systems and Policies, Denmark, Copenhagen 2004, s. 14-15.

W roku 2003 zarządzanie wieloma placówkami opieki zdrowotnej zostało przekazane samorządom. Regionom powierzono 44 szpitale, powiatom 28 szpitali, gminy otrzymały 16 szpitali. Od roku 2004 państwo wycofało się z finansowania inwestycji w tych jednostkach. Zadania te należą więc obecnie do jednostek samorządu terytorialnego.

Fundusze ubezpieczeń zdrowotnych są odpowiedzialne za gromadzenie środków na ochronę zdrowia pochodzących ze składek oraz finansowanie usług zdrowotnych. Prawo zobowiązuje je do przyjęcia każdej ubezpieczonej osoby, jednocześnie zabrania im prowadzenia jakiegokolwiek innej działalności. Liczba instytucji ubezpieczeń zdrowotnych zmieniała się w czasie. Od roku 2004 funkcjonuje 5 kas. Dwie z nich, Powszechna Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz Ogólna Kasa Ubezpieczeń Zdrowotnych utworzona z połączenia wojskowych, kolejowych i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych funduszy ubezpieczeń zdrowotnych, mają status instytucji publicznych i posiadają gwarancje państwa.

**Węgry.** Zmiany ustrojowe wprowadzone na Węgrzech po 1989 r. spowodowały powrót do przedwojennej koncepcji systemu ubezpieczeniowego. Jednocześnie utrzymano konstytucyjne gwarancje uniwersalnego dostępu do opieki zdrowotnej. Bardzo ważną cechą systemu węgierskiego jest powierzenie rządowi funkcji regulacyjnych połączonych z odpowiedzialnością za finansowanie wydatków inwestycyjnych. Niektóre ministerstwa są organami założycielskimi placówek opieki zdrowotnej lub państwowych instytucji zdrowotnych.

Świadczenia zdrowotne są finansowane ze środków Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych zarządzanego przez Narodową Administrację Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych. Przychody funduszu pochodzą ze składek gromadzonych przez Państwowe Biuro Podatkowe. Wysokość składek, wielkość środków, jakimi dysponuje fundusz, jak również metody stosowane w finansowaniu jednostek opieki zdrowotnej określone są przez parlament, rząd i Ministerstwo Zdrowia. Od roku 2001 Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za finansowanie deficytu Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych<sup>2</sup>.

Zapewnienie świadczeń medycznych należy do jednostek samorządu terytorialnego, które są właścicielami większości jednostek opieki zdrowotnej. Powierzono im ponadto finansowanie inwestycji w podmiotach, których są organami założycielskimi. W rzeczywistości fundusze na powiększenie lub modernizację majątku rzeczowego pochodzą w dużej części z budżetu państwa. Wypracowano odpowiednie procedury pozwalające samorządom na ubieganie się o środki publiczne. Jedna ze ścieżek, dotycząca inwestycji budowlanych, polega na przedstawianiu projektu Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, które tworzy listę priorytetów, a następnie prezentuje ją Zgromadzeniu Narodowemu. To ono ma decydujący

---

<sup>2</sup> *Health care systems in transition. Hungary*, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2005, s. 2.

głos w sprawie przyznania dotacji. Druga ze ścieżek, związana z zakupem wyposażenia, pozwala na uzyskanie dofinansowania w wysokości 60-70% wydatków.

Tabela 1. Wydatki publiczne na majątek rzeczowy na Węgrzech w latach 1994-2000 (w mld HUF)

Źródło finansowania	Lata			
	1994	1996	1998	2000
<b>Wydatki ogółem</b>	<b>70,8</b>	<b>71,2</b>	<b>91,4</b>	<b>107,2</b>
Wydatki na wyposażenie	42,5	48,0	54,8	71,7
Budżet państwa	b.d.	b.d.	38,3	53,4
Budżety samorządów	b.d.	b.d.	12,6	16,6
Wydatki inwestycyjne	28,3	23,2	36,5	35,5
Wydatki ogółem jako:				
% wydatków na zdrowie	19,5	14,3	13,2	12,2
% PKB	1,6	1,0	0,9	0,8

Źródło: dane OECD Health Data; Hungarian Central Statistical Office.

Z danych zamieszczonych w tab. 1 wynika, że w przeciągu sześciu lat nakłady na inwestycje w sektorze zdrowia w ujęciu nominalnym wzrosły o 51,4%, zaszły również zmiany w strukturze finansowania. 60% całości wydatków w 1994 r. stanowił zakup wyposażenia, w 2000 r. było to 67%. Można zaobserwować spadek wydatków na majątek trwały w wielkościach realnych. Na początku badanego okresu nakłady rzeczowe stanowiły 19,5% wydatków na zdrowie, by następnie obniżyć swój poziom do 12,2%. O połowę zmniejszył się udział wydatków na inwestycje w produkcie krajowym brutto.

## 2. Finansowanie ochrony zdrowia

**Słowacja.** Podstawowym źródłem finansowania ochrony zdrowia są składki na zdrowie, które w 2004 r. stanowiły 74,4% środków na ochronę zdrowia. Jak wynika z danych zamieszczonych w tab. 2, udział finansowania publicznego jest największy. W roku 1998 środki te stanowiły 91,9% wszystkich funduszy<sup>3</sup>, by w 2006 r. spaść do poziomu 74,4%. Bardziej istotne zmiany można było zaobserwować w strukturze dochodów publicznych. Środki pochodzące z podatków w 1998 r. wynosiły 24,5%, w 2004 r. zaś jedynie 13,9%. Rośnie udział finansowania prywatnego. Środki pochodzące ze źródeł prywatnych na początku badanego okresu stanowiły 8% całości dochodów, by później wzrosnąć prawie czterokrotnie do poziomu 25,6%.

<sup>3</sup> *Selected Indicators on Health Insurance Companies*, Statistical Office of the Slovak Republic, The Social Insurance Agency and the National Labour Office, Bratislava 2003.

Tabela 2. Główne źródła finansowania ochrony zdrowia w Słowacji w latach 1998-2006 (w mln SKK)

Źródło finansowania	Lata				
	1998	2000	2002	2004	2006
<b>Dochody ogółem</b>	<b>46 959</b>	<b>51 648</b>	<b>62 420</b>	<b>71 188</b>	<b>104 661</b>
<b>Publiczne</b>	<b>43 155</b>	<b>46 166</b>	<b>55 594</b>	<b>62 873</b>	<b>77 863</b>
– podatki	11 493	2 590	1 995	9 930	b.d.
– składki ubezpieczeń obowiązkowych	31 714	43 576	53 599	52 943	b.d.
<b>Prywatne</b>	<b>3 752</b>	<b>5 482</b>	<b>6 826</b>	<b>8 315</b>	<b>26 789</b>
– opłaty pacjentów	3 752	5 482	6 826	b.d.	b.d.
<b>Źródła zewnętrzne</b>	<b>653</b>	<b>1 071</b>	<b>461</b>	<b>b.d.</b>	<b>b.d.</b>

Źródło: dane Statistical Office of the Slovak Republic 1999-2002, OECD Health Data 2008.

Składki płacone są przez pracodawców i wynoszą 10% wynagrodzenia brutto oraz pracowników w wysokości 4% płacy brutto<sup>4</sup>. Podmioty zatrudniające osoby niepełnosprawne odprowadzają składkę w wysokości 2,6% ich dochodu szacunkowego. Osoby prowadzące działalność na własny rachunek są obciążane składką wynoszącą 14% ich dochodu szacunkowego, który jest definiowany jako 50% dochodu podlegającego opodatkowaniu w poprzednim roku. Minimalna wielkość dochodu podlegająca składce na ubezpieczenie zdrowotne jest określana miesięcznie, w 2003 r. wynosiła 3000 koron. Wyznaczony jest również górny limit dochodu podlegającego oskładkowaniu (32 tys. koron miesięcznie w 2003 r.).

Pozostała część środków pochodzi z budżetu państwa, który finansuje ubezpieczenie dzieci i osób opiekujących się nimi (w przeciwieństwie do wielu innych krajów, również Polski, niepracujący członkowie rodziny ubezpieczonego nie są z nim wspólnie ubezpieczeni), emerytów, stażystów nie uzyskujących wynagrodzenia, osób otrzymujących zasiłki pielęgnacyjne oraz poborowych. W imieniu osób pobierających zasiłki chorobowe składkę opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Partycypacja pacjentów w kosztach opieki zdrowotnej nie jest wysoka, bo wynosi ok. 10%, choć można zauważyć coraz większy udział prywatnych funduszy w strukturze dochodów. Według danych biura statystycznego w latach 1996-2002 odnotowano prawie 2,8-krotny wzrost: z 2,45 bln koron do 6,83 bln koron.

Współpłacenie dotyczy leków (ok. 30 koron za receptę), lecz jedynie w przypadku medykamentów znajdujących się na specjalnej liście, niektórych przyrządów czy środków medycznych (np. materiałów dentystycznych). Wprowadzono opłaty za usługi hotelowe w szpitalach – 70 koron dziennie, usługi transportu sanitarnego – 4 korony za kilometr<sup>5</sup>. Jednocześnie istnieje wiele grup społecznych wyłączonych z konieczności wnoszenia opłat. Zaliczają się do nich osoby z niesprawnością umysłową i poważną ruchową, dzieci poniżej sześciu lat i dawcy krwi.

<sup>4</sup> D. Sedlakova, S. Hlavacka, A. Riesberg, *Major reforms in Slovakia*, "Euro Observer" (Autumn) 2004, vol 6 nr 3, s. 7.

<sup>5</sup> *Reforms in Slovakia 2005*, red. D. Zachar, Institute for Economic and Social Reform, Bratislava 2005, s. 75.

Bardzo nieliczną grupę stanowią ubezpieczający się dodatkowo na zasadach dobrowolności. Są to przede wszystkim osoby nie podlegające ubezpieczeniom obowiązkowym, tj. nierezydenci i nie zatrudnieni w Słowacji lub będący rezydentami, lecz ubezpieczeni za granicą.

**Węgry.** Podstawowym źródłem finansowania ochrony zdrowia są obowiązkowe dla każdego mieszkańca składki na zdrowie, które w 1998 r. stanowiły 62,3% środków na ochronę zdrowia, 12,4% to transfery z budżetu państwa<sup>6</sup>. Jak wynika z danych zamieszczonych w tab. 3, największy udział mają fundusze publiczne. W roku 1998 środki te stanowiły 74,8% wszystkich wydatków na zdrowie, by w 2006 r. spaść do poziomu 70,9%. Zmiany obserwować można w strukturze dochodów publicznych. Środki pochodzące z podatków w 1998 r. wyniosły 16,6%, w 2006 r. zaś 15,2%. Wzrasta poziom funduszy niepublicznych. Środki pochodzące ze źródeł prywatnych na początku badanego okresu stanowiły 25,2% całości dochodów, by następnie wzrosnąć do poziomu 29,1%.

Tabela 3. Główne źródła finansowania ochrony zdrowia na Węgrzech w latach 1998-2006 (w mld HUF)

Źródło finansowania	Lata				
	1998	2000	2002	2004	2006
<b>Dochody ogółem</b>	<b>737,9</b>	<b>939,4</b>	<b>1299,8</b>	<b>1691</b>	<b>1967,7</b>
<b>Publiczne</b>	<b>551,8</b>	<b>664,5</b>	<b>912,6</b>	<b>1205,4</b>	<b>1395,5</b>
– podatki	91,4	107,2	170,4	191	212,1
– składki ubezpieczeń obowiązkowych	460,4	557,3	742,2	1014,4	1183,4
<b>Prywatne</b>	<b>186,1</b>	<b>274,9</b>	<b>387,2</b>	<b>485,8</b>	<b>572,2</b>
– opłaty pacjentów	164,6	246,8	341,6	389,5	443,8
Źródła zewnętrzne	21,5	28,1	45,6	96,3	128,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Manno, M. Hajdu, *SHA-based Health Accounts in Thirteen OECD Countries, Country studies: Hungary*, National Health Accounts 2001, s. 7-8; OECD Health Data 2008.

Ludność Węgier można podzielić na trzy grupy w zależności od sposobu opłacania składki. Do pierwszej z nich należą osoby utrzymujące się z pracy najemnej. Składki w ich imieniu odprowadzane są przez pracodawców w wysokości 11% wynagrodzenia brutto oraz samych ubezpieczonych w wysokości 3% wynagrodzenia brutto. Do drugiej grupy zaliczyć można osoby, które korzystają ze świadczeń zdrowotnych bez własnego wkładu finansowego, tj. pozostające w jednym gospodarstwie domowym, emeryci, kobiety na urlopiach macierzyńskich i osoby o niskim dochodzie. Ostatnią grupę tworzą osoby prowadzące działalność na własny rachunek lub rolnicy – dla których podstawą wymiaru składki jest wynagrodzenie mini-

<sup>6</sup> M. Manno, M. Hajdu, *SHA-based Health Accounts in Thirteen OECD Countries, Country studies: Hungary*, National Health Accounts 2001, s. 7-8.

malne<sup>7</sup>. Oprócz tego budżet funduszu ubezpieczeń zdrowotnych zasilany jest niewysoką kwotą pochodzącą z podatków dochodowych nakładanych na dochody nie podlegające składce zdrowotnej.

Partycypacja pacjentów w kosztach opieki zdrowotnej jest niewielka. Dotyczy jedynie lekarstw, protez dentystycznych, pobytu w sanatorium, opieki długoterminowej i wydatków hotelowych w szpitalach. Wysokość dopłaty jest zróżnicowana, przy czym bierze się pod uwagę rodzaj usługi lub osobę z niej korzystającą. Na przykład w przypadku lekarstw wysokość dofinansowania zależy od tego, kto je przepisał (lekarz domowy czy specjalista). Istnieje możliwość otrzymania medykamentów bez wnoszenia opłaty, do czego mają prawo osoby o niskim dochodzie.

Na Węgrzech funkcjonują instytucje prowadzące działalność w zakresie dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego realizowanego na zasadach dobrowolności. Podmioty te mają status towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. Prawo pozwala im na finansowanie jedynie takich świadczeń zdrowotnych, które w całości lub części nie są objęte ubezpieczeniem obowiązkowym. Większość usług zdrowotnych jest finansowana ze środków publicznych, udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w całości wydatków na zdrowie wynosi 0,2%<sup>8</sup>.

Reformę ochrony zdrowia w Polsce przeprowadzono później niż na Węgrzech czy Słowacji, bo dopiero w 1999 roku. Początkowo rozwiązania organizacyjne były podobne do słowackich, ponieważ funkcję płatnika pełniły kasy chorych. Dopiero w 2003 r. ich rolę przejęła jedna instytucja – Narodowy Fundusz Zdrowia i w tym zakresie upodobniliśmy się do Węgier. Porównując te kraje pod względem wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, należy zauważyć, że w Polsce jest ona najniższa i wynosi 9%, podczas gdy na Słowacji i Węgrzech 14%. W Polsce obciążani są nią wyłącznie pracownicy, systemy słowacki i węgierski przewidują partycypację pracodawców.

Tabela 4. Główne źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce w latach 1998-2006 (w mln zł)

Źródło finansowania	Lata				
	1998	2000	2002	2004	2006
<b>Środki finansowania ogółem</b>	<b>35 489</b>	<b>41 098</b>	<b>51 237</b>	<b>57 358</b>	<b>65 731</b>
<b>Publiczne</b>	<b>23 204</b>	<b>28 781</b>	<b>36 460</b>	<b>39 366</b>	<b>45 945</b>
– podatki	23 204	4 997	5 031	6 877	7 415
– składki ubezpieczeń obowiązkowych	0,0	23 784	31 429	32 489	38 530
<b>Prywatne</b>	<b>12 285</b>	<b>12 317</b>	<b>14 777</b>	<b>17 992</b>	<b>19 786</b>
– opłaty pacjentów	12 285	12 317	13 034	16 123	16 821
<b>Źródła zewnętrzne</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1 743</b>	<b>1 876</b>	<b>2 295</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2008.

<sup>7</sup> P. Gaal, A. Riesberg, *Health care systems in transition. Hungary*, "European Observatory on Health Systems and Policies", 2004, s. 36-38.

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 46-48.

Różnice pomiędzy państwami można dostrzec, biorąc pod uwagę nakłady na opiekę zdrowotną. Z danych zamieszczonych w tab. 4 wynika, że podstawowym źródłem finansowania ochrony zdrowia były środki publiczne. W roku 1998 stanowiły one 65,4% całości wydatków na zdrowie, by w 2006 r. wzrosnąć do poziomu 69,9%. Zmiany można obserwować również w strukturze środków publicznych. Środki pochodzące z podatków w 1998 r. stanowiły 100%, w 2006 r. zaś jedynie 16,1% publicznego finansowania. Wzrósł poziom funduszy niepublicznych. Środki pochodzące z źródeł prywatnych na początku badanego okresu wyniosły 34,6% całości dochodów, by następnie spaść do poziomu 30,1%.

Wyniki analiz dotyczących finansowania ochrony zdrowia w trzech krajów prowadzą do następujących konkluzji: najważniejszym źródłem funduszy były środki publiczne. Ich udział w badanym okresie malał (z wyjątkiem Polski, gdzie był i jest najniższy) i ukształtował się na poziomie ok. 70% całości dochodów. Zmieniła się również struktura funduszy. Najważniejszym źródłem dochodów były składki na ubezpieczenia zdrowotne, a ich udział w całości finansowania w 2006 r. wynosił 58,85%.

### 3. Ogólne zasady organizacji i finansowania świadczeń medycznych

**Słowacja.** Jednym z zasadniczych celów reformy ochrony zdrowia w Słowacji było odejście od monopolu państwa na świadczenie usług zdrowotnych. Jego realizacja polegała na prywatyzacji jednostek ochrony zdrowia. Według danych z 2002 r. niemal całą podstawową opiekę zdrowotną sprawują podmioty niepubliczne, tj. 90% lekarzy rodzinnych, 96% pediatrów, 92% ginekologów, 95% stomatologów prowadzi praktyki prywatne. W opiece specjalistycznej 49% jednostek nie należy do państwa, z 1044 aptek 983 są prywatne, z 61 szpitalnych aptek jedynie 3. Właścicielami podmiotów opieki stacjonarnej niemal w całości są podmioty publiczne.

Opieka ambulatoryjna realizowana jest przez lekarzy ogólnych prowadzących najczęściej praktyki indywidualne. W roku 2002 działalność prowadziło 6452 lekarzy rodzinnych (*general practitioners – GPs*). Średnia liczba GPs przypadająca na 10 000 pacjentów to ok. 8 osób w małych i 25 w dużych miastach. Aby skorzystać z pomocy lekarskiej, osoby należące do systemu muszą zapisać się na listę danego lekarza. GPs finansowani są na zasadzie kapitałowej. Wielkość stawki na jednego ubezpieczonego ustala (na podstawie struktury wieku) Minister Zdrowia.

Aby skorzystać z konsultacji specjalistycznej lub opieki szpitalnej, należy otrzymać skierowanie od lekarza ogólnego. Opieka specjalistyczna realizowana jest przez 4389 lekarzy. Podmioty świadczące prywatnie usługi specjalistyczne są finansowane na zasadzie płatności za wykonane usługi, kasy ubezpieczeń zdrowot-

nych wyznaczają roczne limity świadczeń. Lekarze i inny personel medyczny pracujący w jednostkach publicznych otrzymują wynagrodzenie miesięczne<sup>9</sup>.

W roku 2002 w Słowacji funkcjonowało 137 szpitali, na 1000 mieszkańców przypada średnio 7,6 łóżek. Szpitale uzyskują środki według systemu finansowania opartego na procedurach medycznych (*diagnosis relatet groups* – DRG). Podstawą wyliczenia są płatności klasyfikowane według rodzaju szpitali i ich specjalizacji. System ten zawiera premie za skrócenie średniego pobytu w szpitalach, a także stymuluje do wdrażania procedur jednodniowych (niektóre z nich są finansowane na zasadzie opłaty za usługę).

**Węgry.** Działalność w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2002 r. prowadziło 5125 lekarzy rodzinnych i 1579 pediatrów, a 90% z nich to podmioty prywatne. Do otwarcia nowej praktyki wymaga się, aby na listę danego lekarza wpisało się co najmniej 1200 osób (w przypadku pediatrów 600 poniżej 14 roku życia). Podstawowym źródłem finansowania jest kapitacja (ok. 64% całości kosztów). Stawkę ustala się według wieku i systemu punktowego (osoby od 0-4 lat 4,5 punktu, 5-14 lat – 2,5 punktu, 15-34 lat – 1 punkt, 35-60 lat – 1,5 punktu, powyżej 60 lat – 2,5 punktu). Dodatkowo ogólna suma punktów mnożona jest przez 1,2, jeżeli lekarz posiada specjalizację w medycynie rodzinnej, i 1,1 dla lekarzy bez specjalizacji, ale z co najmniej 25-letnią praktyką. Drugą część przychodów (ok. 19%) stanowi stała kwota pokrywająca koszty prowadzenia praktyki (np. ogrzewanie, sprzątanie), której wysokość jest uzależniona od rodzaju prowadzonej praktyki oraz liczby pacjentów. Pozostała część środków związana jest w miejscu prowadzenia działalności (miasto, wieś) oraz przyjęciami pacjentów spoza listy<sup>10</sup>. Od roku 2002 istnieje możliwość pozyskania środków z budżetu państwa na zakup aparatury i nieruchomości.

Korzystanie z opieki specjalistycznej i szpitalnej wymaga skierowania od lekarza opieki podstawowej. Istnieje jednakże wiele wyjątków od tej reguły. Można do nich zaliczyć świadczenia z zakresu dermatologii, laryngologii, ginekologii i położnictwa, urologii i psychiatrii. Poza tym lekarze rodzinni rzadko odmawiają wydania skierowania. Świadczenia specjalistyczne są finansowane według opłaty za przypadek. Procedurom medycznym przypisuje się odpowiednią liczbę punktów, a wartość punktu określana jest corocznie.

W roku 2002 na Węgrzech funkcjonowały 182 szpitale z 80 844 łózkami. 76% łóżek znajdowało się w szpitalach, których właścicielami były samorządy, 17,1% należało do klinik uniwersyteckich i instytutów narodowych, 4,4% do ministerstw, pozostałe do instytucji charytatywnych i kościelnych. Podstawowa metoda finansowania oparta jest na procedurach medycznych (DRG). Węgrzy stworzyli swój

---

<sup>9</sup> F. Colombo, N. Tapay, *The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges*, OECD Health Working Papers, 2004 nr 11, s. 8-11.

<sup>10</sup> I. Boncz i in., *Financing of health care services in Hungary*, "The European Journal of Health Economics" 2004 vol. 5, s. 253.



własny system, będący odzwierciedleniem epidemiologicznej charakterystyki społeczeństwa, oraz utworzyli specjalne budżety pokrywające koszty bardzo drogich procedur medycznych.

#### 4. Wydatki na ochronę zdrowia

Paraleli pomiędzy Słowacją, Węgrami i Polską można poszukiwać w sferze wydatków ponoszonych przez te państwa na ochronę zdrowia. Jak wynika z danych zawartych w tab. 5, w 1998 r. wydatki na zdrowie w stosunku do produktu krajowego brutto były najwyższe na Węgrzech i wyniosły 7,3% PKB, na Słowacji ukształtowały się na najniższym poziomie 5,7% PKB. Polska znajdowała się pośrodku, a wydatki stanowiły 6% PKB. W zauważalny sposób przeciętny poziom wydatków dla tych trzech krajów odbiegał od średniej dla 15 państw „starej” Unii Europejskiej (8%), bowiem był on aż o 1,7 punktu procentowego niższy.

Poziom nakładów na opiekę zdrowotną w omawianych krajach w latach 1998-2006 rośnie, co w istotny sposób odróżnia je od Polski. Wielkość środków przeznaczanych na ten cel w Polsce w 2006 r. tylko nieznacznie się zwiększyła w stosunku do 1998 r. (0,2%) i wyniosła 6,2% PKB. Na Słowacji wydatki te osiągnęły 7,1% PKB, były o 1,4% wyższe niż na początku badanego okresu, na Węgrzech 8,3%, czyli wzrosły o 1 punkt procentowy. Pomimo tych zmian nakłady te ciągle są niższe od średniej Unii, które w 2006 r. były równe 9,2% PKB.

Tabela 5. Wydatki na ochronę zdrowia poniesione w latach 1998-2006 (w procentach PKB)

Państwo	Lata				
	1998	2000	2002	2004	2006
Słowacja	5,7	5,5	5,5	5,9	7,1
Węgry	7,3	7,1	7,6	8,2	8,3
Polska	6,0	5,7	6,6	6,5	6,2
Średnia	6,3	6,1	6,6	6,9	7,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2008.

Tabela 6. Wydatki na ochronę zdrowia poniesione w latach 1998-2006 na mieszkańca (w USD/PPP)

Państwo	Lata				
	1998	2000	2002	2004	2006
Słowacja	584	603	730	1058	1130
Węgry	763	852	1 114	1327	1504
Polska	559	583	773	808	910
Średnia	635	679	872	1064	1181

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2008.

Inną płaszczyzną porównań mogą stać się wydatki na zdrowie ponoszone na jednego mieszkańca (tab. 6). W roku 1998 na Węgrzech wyniosły one 763 USD wyrażone w parytecie siły nabywczej i były o 179 USD (23,5%) wyższe niż na Słowacji i aż o 204 USD (26,7%) wyższe niż w Polsce. W roku 2006 wydatki *per capita* na Węgrzech ukształtowały się ponownie na najwyższym poziomie 1504 USD, czyli o prawie 100% więcej w stosunku do początku badanego okresu. Podobną tendencję wzrostową można zauważyć na Słowacji, gdzie w przeciągu 9 lat wydatki zwiększyły się o 546 USD, czyli ok. 93%. Najniższy wzrost w zakresie wydatków uzyskała Polska, bowiem środki przeznaczone na ten cel osiągnęły poziom 910 USD, prawie 63% więcej niż w 2006 roku. Różnica w wysokości wydatków *per capita* pomiędzy Polską a Węgrami jest znacząca i wyniosła 594 USD. Pomimo zwiększenia wydatków na zdrowie nakłady ponoszone na ten cel w państwach „starej” Unii są znacząco wyższe. W roku 1998 przeciętne wydatki na zdrowie *per capita* dla 15 krajów Unii były równe 1873 USD, czyli o 1238 USD więcej od średniej dla Polski, Słowacji i Węgier. 9 lat później różnica ta była jeszcze większa i wyniosła 1910 USD.

## 5. Podsumowanie

Próbując podsumować rozważania na temat opisanych systemów, można wskazać kilka ich podstawowych cech. Po pierwsze, fundusze publiczne stanowią podstawowe źródło pokrycia kosztów opieki zdrowotnej, a dominującą rolę odgrywają fundusze ubezpieczeniowe. Po drugie, charakterystyczną cechą modeli jest dostarczanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty publiczne. Jedynym wyjątkiem jest podstawowa opieka zdrowotna. Co równie istotne, systemy te w dużym zakresie korzystają z gwarancji państwa. Ponadto przyjęto podobne metody finansowania opieki zdrowotnej.

Bardziej wnikliwe spojrzenie prowadzi do wniosku, że w systemach Węgier i Słowacji przyjęto odmienne rozwiązania. Różni je liczba instytucji ubezpieczeniowych, poziom i struktura nakładów na ochronę zdrowia oraz szczegóły dotyczące finansowania wydatków rzeczowych i świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

## Literatura

- Boncz I. i in., *Financing of health care services in Hungary*, "The European Journal of Health Economics" 2004 vol. 5.
- Colombo F., Tapay N., *The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges*, OECD Health Working Papers, 2004 nr 11.
- Gaal P., Riesberg A., *Health care systems in transition. Hungary*, "European Observatory on Health Systems and Policies" 2004.

- Health care systems in transition, Hungary*, "The European Observatory on Health Systems and Policies" 2005.
- Hlavacka S., Wagner R., Riesberg A., *Health care systems in transition. Slovakia*, The European Observatory of Health Systems and Policies, Denmark, Copenhagen 2004.
- Jevcak A., *Health reform – unpopular even in Slovakia*, European Analysis for the European Commission's Directorate-General for Economic and Fiscal Affairs, 2006 vol. 3, Issue 2.
- Manno M., Hajdu M., *SHA-based Health Accounts in Thirteen OECD Countries, Country studies: Hungary*, National Health Accounts 2001.
- Reforms in Slovakia 2005*, red. D. Zachar, Institute for Economic and Social Reform, Bratislava 2005.
- Sedlakova D., Hlavacka S., Riesberg A., *Major reforms in Slovakia*, "Euro Observer" (Autumn) 2004 vol. 6 nr 3.
- Selected Indicators on Health Insurance Companies*, Statistical Office of the Slovak Republic, The Social Insurance Agency and the National Labour Office, Bratislava 2003.

## ORGANIZATION AND FINANCING THE HEALTH CARE SYSTEM IN SLOVAKIA AND HUNGARY

### Summary

The paper is an attempt to assess Slovakian and Hungarian health care systems. The following activities have been subject to an analysis: organizing and financing health care services at the beginning of the 21st century, the reform carried out and the implemented recent solutions. The paper defines the position and mutual relations between central and local government entities, health insurance funds and health care centres in the new environment.