

Jarosława Kaczmarek-Wysocka, Jolanta Świderska

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Denticus w Szczecinie

RODZAJE SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ A WYDATKI NA OCHRONĘ ZDROWIA W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

1. Wstęp

Postęp cywilizacyjny oraz starzenie się społeczeństw powodują, iż zakres aktualnie oferowanych usług medycznych staje się niewystarczający. Ciągłe pogłębianie wiedzy medycznej oraz postęp techniczny, który pozwala na stosowanie coraz droższej aparatury, są przyczyną tego, że koszty świadczenia usług medycznych rosną. Występujący powszechnie ograniczony zasób środków finansowych wymaga dystrybowania wydatków na opiekę medyczną w zależności od uwarunkowań ekonomicznych [Krakowińska, 2006].

Sposób pozyskiwania środków finansowych oraz zasady finansowania świadczeń kształtują typ systemu opieki zdrowotnej, determinują poziom i strukturę wydatków, skalę redystrybucji, charakter i rolę podmiotów dokonujących redystrybucji, a także wpływają na inne cechy opieki zdrowotnej [Sobczak, 2004]. We wszystkich krajach Unii Europejskiej zdecydowana większość funduszy na opiekę medyczną pochodzi z podatków lub z obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

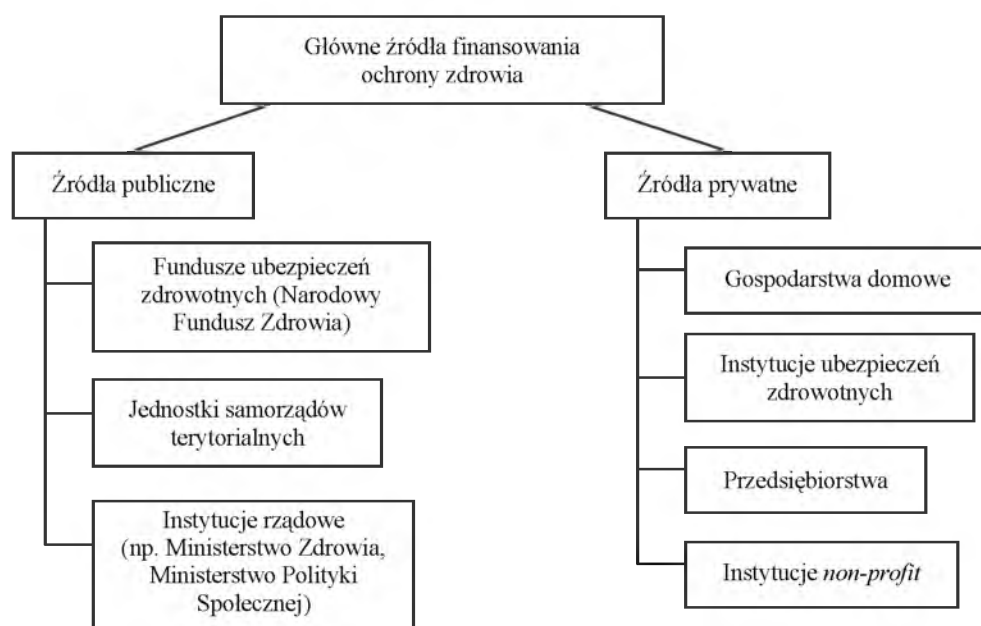
W pracy poddano analizie wydatki na opiekę zdrowotną w czterech różnych systemach ochrony zdrowia: społecznych ubezpieczeń obowiązkowych we Francji, państwowej ochronie zdrowia w Wielkiej Brytanii, ubezpieczeń społeczno-prywatnych w Holandii oraz w polskim systemie, opierającym się jednocześnie na modelu ubezpieczeniowym i scentralizowanym, państwowym.

2. Charakterystyka wybranych systemów opieki zdrowotnej

W Polsce poszukiwanie właściwego systemu opieki zdrowotnej trwa już kilkanaście lat. Wprowadzona w styczniu 1999 r. ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym dawała nadzieję na zmiany w efektywności organizacji świadczeń. Najważniejszym skutkiem przeprowadzonej reformy było przejście z sytemu bud-

żetowego do systemu ubezpieczeniowego. Powstało 17 Kas Chorych, które przejęły finansowanie świadczeń medycznych, które dotychczas pochodziło bezpośrednio z budżetu państwa [Włodarczyk, 2003]. Nowymi instytucjami były też Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i Krajowy Związek Kas Chorych, które koncentrowały się głównie na kontroli i koordynacji zreformowanego systemu.

23 stycznia 2003 r. została uchwalona ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Wszelkie kompetencje Kas Chorych przejęła jedna jednostka organizacyjna – Narodowy Fundusz Zdrowia. W każdym z województw powstały oddziały funduszu, w których zawierane są kontrakty ze świadczeniodawcami z danego województwa. Przy oddziałach wojewódzkich funduszu powstały Rady Społeczne zajmujące się głównie opiniowaniem planów zdrowotnych poszczególnych województw.



Rys. 1. Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Baran, M. Żyra, *Narodowy rachunek zdrowia. Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003*, GUS, Warszawa 2006.

Trwająca w Polsce przez kilkanaście lat reforma ochrony zdrowia nie zmniejszyła przepaści między zwiększonymi potrzebami coraz bardziej świadomych swoich praw pacjentów a zmniejszającymi się finansowo-organizacyjnymi możliwościami ich zaspokojenia.

Przykładem modelu ubezpieczeniowego jest system opieki zdrowotnej we Francji. Kierowanie tym systemem odbywa się na czterech poziomach: krajowym,

regionu, departamentu i lokalnym. Stojące najwyżej w hierarchii Ministerstwo Zdrowia i Spraw Socjalnych nie finansuje bezpośrednio świadczeń zdrowotnych, zajmuje się głównie ustalaniem standardów w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Polityką zdrowotną na szczeblu regionalnym zajmuje się prefekt regionu wraz z podporządkowaną mu dyrekcją regionalną spraw zdrowotnych i socjalnych. Prefekt odpowiedzialny jest za inwestycje w sektorze ochrony zdrowia. Za ochronę zdrowia na poziomie departamentu odpowiedzialny jest prefekt departamentu. Jego zadania skupiają się wokół nadzorowania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej [Kobza, 2003]. Na szczeblu gmin merowie odpowiadają głównie za kontrolę sanitarną, pomoc najuboższym i stan zanieczyszczenia środowiska. Jak widać, ustawodawstwo francuskie dość jasno rozgranicza kompetencje organów zarządzających w systemie ochrony zdrowia. Francuzi stoją przed problemem stale rosnących wydatków na ochronę zdrowia, które są główną przyczyną deficytu w budżecie ubezpieczeń zdrowotnych [Dymowska, 2000]. Aby uporać się z kwestią rosnących wydatków, rząd francuski stara się ograniczyć liczbę świadczeń gwarantowanych oraz zwiększyć wielkość składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Wielka Brytania prezentuje model państwowej opieki zdrowotnej, finansowanej głównie z budżetu państwa. National Health Service (NHS) – Narodowa Służba Zdrowia – została powołana w celu zapewnienia społeczeństwu bezpłatnej i równej opieki medycznej, którą zostałby objęty każdy obywatel Wielkiej Brytanii, bez względu na jego status materialny. Zarządzanie systemem ochrony zdrowia odbywa się na trzech szczeblach: krajowym, regionalnym oraz dystryktów. Podobnie jak w innych krajach główną funkcję w systemie pełni Ministerstwo Zdrowia. Do jego zadań zaliczyć należy przede wszystkim ustalanie kierunków działań w polityce zdrowotnej kraju, jak również kontrolę Narodowej Służby Zdrowia. Kolejny szczebel administracyjny stanowią Regionalne Agencje ds. Zdrowia, które, podobnie jak polski Narodowy Fundusz Zdrowia, pełnią funkcję płatnika w systemie ochrony zdrowia. Najniżej w hierarchii kierowania Narodową Służbą Zdrowia znajdują się Okręgowe Agencje ds. Zdrowia, tzn. dystrykty, które zajmują się kontraktowaniem usług zdrowotnych świadczonych przez szpitale i lekarzy rodzinnych [Pietrzak, Ryszawska-Grzeszczak, 2003]. Pomimo tak uporządkowanej administracji w ochronie zdrowia Anglicy zmagają się od dawna ze stale rosnącymi kosztami w systemie ochrony zdrowia. Zbyt niskie środki budżetowe znacznie ograniczają dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych.

W Holandii system ochrony zdrowia finansowany jest z ubezpieczeń zarówno społecznych, jak i prywatnych. Ministerstwo Zdrowia zajmuje się przede wszystkim kierowaniem polityką zdrowotną kraju, ustalaniem wysokości obowiązkowej składki ubezpieczeniowej oraz akceptowaniem poziomu wynagrodzeń lekarzy wynegocjowanych z funduszami chorobowymi. Instytucją pomocniczą Ministerstwa Zdrowia jest Rada Kas Chorych [Kobza, 2003]. Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne obejmuje ok. 60% holenderskiej populacji. Około 37% ludności, najczęściej grupy wyżej zarabiające i wykonujące wolne zawody, ma obowiązek ubez-

pieczać się prywatnie [Hibner, 2003]. Tę formę ubezpieczenia wybiera też coraz więcej osób podlegających ubezpieczeniom społecznym, głównie ze względu na szerszy zakres świadczeń gwarantowanych. Składka w ubezpieczeniach prywatnych ustalana jest indywidualnie i w dużej mierze zależy od wieku ubezpieczonego. Poza obowiązkowym ubezpieczeniem społecznym istnieje Narodowy System Medyczny, który finansuje leczenie chorób chronicznych i opiekę długoterminową. System ten obejmuje całe społeczeństwo, bez względu na poziom dochodów. Działające w Holandii Rady Powiatów zajmują się tworzeniem projektów budżetów dla szpitali. Z kolei przygotowanie szczegółowego budżetu danego szpitala leży w gestii Centralnej Rady Kontroli Taryf.

3. Wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce, we Francji, w Wielkiej Brytanii i w Holandii

W każdym z przedstawionych krajów rozwinął się inny system ochrony zdrowia. Mimo wielu różnic w administracji i zarządzaniu tymi systemami można dostrzec także pewne podobieństwa. Przede wszystkim głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w wybranych krajach są fundusze publiczne pochodzące ze składek ubezpieczeniowych i z podatków. Państwo w sposób bezpośredni lub pośredni decyduje o przeznaczeniu zgromadzonych środków. Pieniądze trafiają do budżetu państwa głównie ze składek ubezpieczeniowych (model Bismarcka) lub z podatków (model Beveridge'a). W Holandii coraz większą część wydatków na ochronę zdrowia pokrywają pieniądze pochodzące z dobrowolnych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Ubezpieczenia obowiązkowe i dobrowolne są administrowane przez fundusze – autonomiczne organizacje, które zbierają składki w wysokości uzależnionej od poziomu dochodów i finansują z nich świadczenia [Hibner, 2003]. Dodatkowo we wszystkich analizowanych krajach widoczne jest zjawisko partycypacji pacjentów w kosztach niektórych świadczeń zdrowotnych, nie objętych ubezpieczeniem.

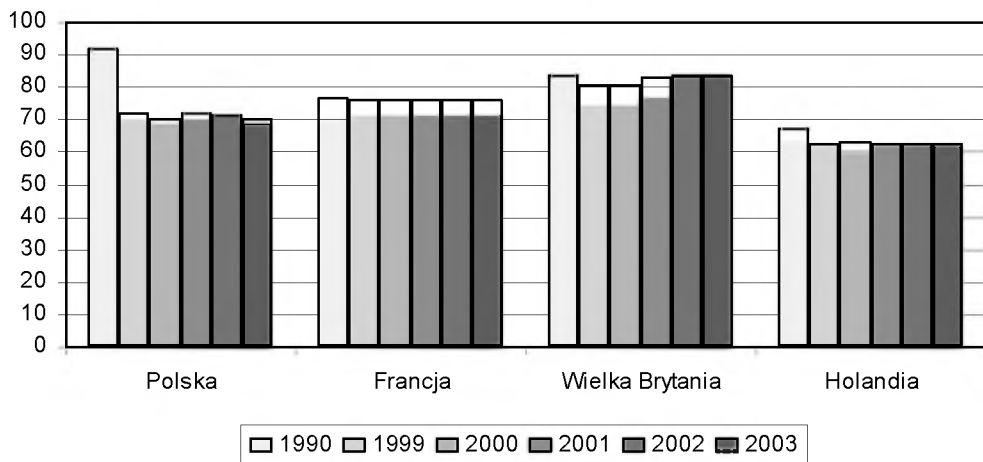
We Francji, w Holandii i w Polsce głównym źródłem pozyskiwania funduszy na opiekę medyczną są obowiązkowe ubezpieczenia społeczne. W 2001 r. środki z obowiązkowych składek stanowiły w Holandii prawie 60% wszystkich wydatków na ochronę zdrowia. We Francji i w Polsce udział tego rodzaju finansowania przekraczał w tym samym roku 70 punktów procentowych [*World Health...*, 2003]. W Wielkiej Brytanii źródłem finansowania opieki zdrowotnej są środki pochodzące z podatków. Od 1999 r. stanowiły one ponad 80% wydatków na opiekę zdrowotną w tym kraju. Tabela 1 obrazuje udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na opiekę zdrowotną opisywanych krajów.

W latach 1990-2003 udział wydatków publicznych w całości wydatków na opiekę zdrowotną zmalał w Polsce z 91,7 do 69,9%. Ten prawie 22-procentowy spadek jest wynikiem reform, którym poddawany był polski system ochrony zdrowia w

Tabela 1. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na opiekę zdrowotną w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 1990-2003 (w %)

Kraje	1990	1999	2000	2001	2002	2003
Polska	91,7	71,7	70	71,9	71,2	69,9
Francja	76,6	76	75,8	75,9	76,1	76,3
Wielka Brytania	83,6	80,6	80,9	83	83,4	83,4
Holandia	67,1	62,7	63,1	62,8	62,5	62,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2005.



Rys. 2. Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na opiekę zdrowotną w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 1990-2003 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2005.

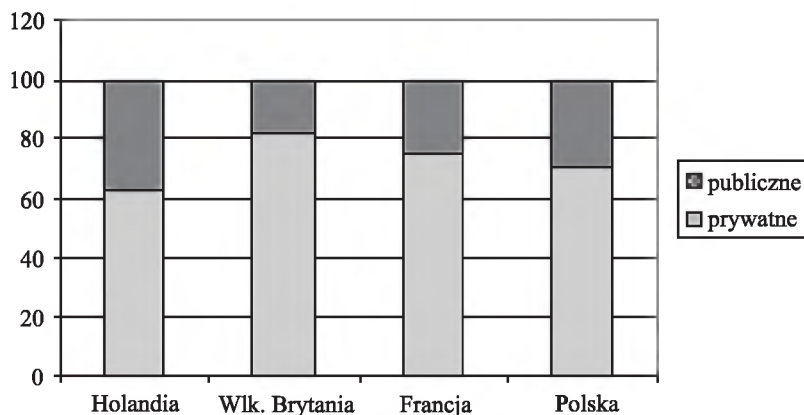


Rys. 3. Zmiany udziału wydatków publicznych w całości wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej w latach 1990-2003 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health at a Glance 2005.

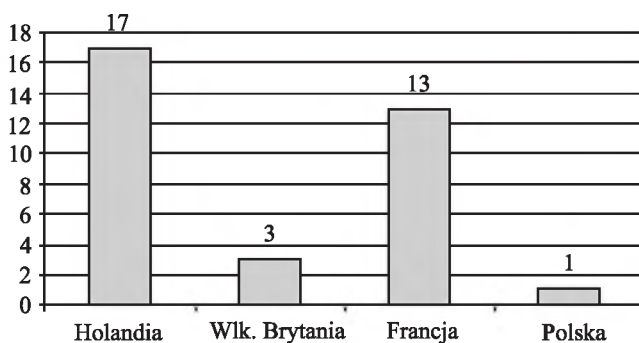
ciągu ostatnich kilkunastu lat. Po wprowadzeniu w Polsce reformy systemu opieki zdrowotnej (1999 r.) udział procentowy wydatków publicznych w całości wydatków na ochronę zdrowia ustalił się na względnie stałym poziomie.

W latach 1990-2003 spadek udziału wydatków publicznych w całości wydatków na ochronę zdrowia w Holandii wyniósł 4,7 punkty procentowe, zaś w Wielkiej Brytanii i Francji nie przekroczył nawet 1%.



Rys. 4. Wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia w wybranych krajach Unii Europejskiej w roku 2003

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2005.



Rys. 5. Udział środków z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w wydatkach na opiekę zdrowotną w wybranych krajach Unii Europejskiej w roku 2003 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie OECD Health at a Glance 2005.

Porównując poziom wydatków publicznych i prywatnych w wybranych krajach, można zauważyć, że Holandia jest krajem o największym procentowym udziale wydatków prywatnych w całości wydatków na opiekę zdrowotną. Może to wynikać z tego, iż w Holandii oprócz ubezpieczeń społecznych istnieją dobrze roz-

winięte ubezpieczenia prywatne. W Polsce wydatki prywatne stanowiły w roku 2003 ok. 30% w całości wydatków na ochronę zdrowia, we Francji – ok. 25%, natomiast w Wielkiej Brytanii jedynie ok. 18%.

W 2003 r. udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych rozwijających się dynamicznie w Holandii w wydatkach na opiekę zdrowotną wynosił 17%. Ten sam rodzaj ubezpieczeń zdrowotnych rozwija się również dynamicznie we Francji i ich udział w wydatkach na opiekę zdrowotną w 2003 r. wynosił 13%.

Wnioski:

1. W opisywanych systemach opieki zdrowotnej główne różnice zauważa się w strukturze organizacyjnej oraz w sposobach pozyskiwania środków finansowych.

2. We wszystkich analizowanych systemach ochrony zdrowia środki publiczne stanowią główne źródło finansowania opieki zdrowotnej.

3. Kraje o dobrze zorganizowanych systemach ochrony zdrowia coraz częściej dokonują podziału świadczeń zdrowotnych na bezpłatne ogólnodostępne i świadczenia płatne, których koszty ponoszą pacjenci.

4. Coraz powszechniejsza partycypacja pacjentów w kosztach leczenia wpływa istotnie na zmiany w strukturze wydatków na ochronę zdrowia.

4. Podsumowanie

Każdy z opisywanych systemów ochrony zdrowia różni się od pozostałych ze względu na strukturę organizacyjną i sposoby pozyskiwania środków finansowych. Pomimo tych różnic w każdym z wymienionych systemów głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są środki publiczne. W Polsce, we Francji i w Holandii dominująca część wydatków na ochronę zdrowia pochodzi z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. W Wielkiej Brytanii zdecydowana większość środków pozyskiwana jest z podatków.

Polska służba zdrowia poddawana była w ostatnich latach wielu reformom. Najważniejsza z nich, wprowadzająca powszechne ubezpieczenie zdrowotne, znalazła swoje odbicie w strukturze wydatków na ochronę zdrowia. Od roku 1990 do roku 2003, udział wydatków publicznych w całości wydatków na opiekę zdrowotną zmalał o ok. 22%. Na spadek ten wpływa m.in. coraz powszechniejsza partycypacja pacjentów w kosztach leczenia. W systemach opieki zdrowotnej we Francji, w Holandii i w Wielkiej Brytanii poziom udziału wydatków publicznych w całości wydatków na opiekę zdrowotną od 1990 r. do roku 2003 zmieniał się bardzo nieznacznie.

Rosnące koszty usług medycznych wywołują problemy finansowe w systemach ochrony zdrowia praktycznie wszystkich krajów Europy, również tych najbogatszych. Coraz więcej krajów decyduje się na przejrzysty podział świadczeń

zdrowotnych na bezpłatne ogólnodostępne i świadczenia płatne, koszty których ponoszą pacjenci. Taki podział świadczeń często charakteryzuje kraje o dobrze zorganizowanym systemie ochrony zdrowia.

Literatura

- Dymowska M., *Polityka zdrowotna Francji na rozdrożu*, „Polityka Społeczna” 2000.
- Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, 2003.
- Kobza J., *Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej na przykładzie wybranych krajów Unii Europejskiej*, „Zdrowie i Zarządzanie” tom V nr 3-4/2003.
- Krakowińska E., *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Studia i Materiały – Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, 2006 nr 1.
- Pietrzak A., Ryszawska-Grzeszczak B., *Reforma finansowania służby zdrowia w Wielkiej Brytanii*, [w:] *Zarządzanie finansami firm – teoria i praktyka*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 974, AE, Wrocław, 2003.
- Sobczak A., *Samorządowy model ochrony zdrowia. Przegląd systemów i reform w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Problemy Zarządzania” 2004.
- Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003.
- World Health Report 2003*, World Health Organization.

THE TYPES OF HEALTH CARE SYSTEMS IN RELATION TO EXPENSES ON HEALTH CARE IN SOME EUROPEAN COUNTRIES

Summary

In many countries financing health care is becoming more and more complex. In order to compare the health care spending in various countries, it is necessary first to describe their managing systems. The author of the article chose 4 European countries (Poland, Great Britain, Netherlands, France) and subjected to analysis the expenses on health care in that countries. The structure of the expenses has also been underlined.