

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

292

Polityka rodzinna a polityka rynku pracy w kontekście zmian demograficznych



Redaktorzy naukowci

Adam Kubów

Joanna Szczepaniak-Sienniak



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Anna Grzybowska
Redakcja techniczna i korekta: Barbara Łopusiewicz
Łamanie: Adam Dębski
Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-397-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana
Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

Część 1. Sytuacja rodzin i wyzwania wobec polityki rodzinnej a sytuacja na rynku pracy – wybrane aspekty

Adam Kubów: Bariery aktywności zawodowej rodziców wychowujących dzieci.....	13
Marta Makuch: Problemy osób młodych na rynku pracy a funkcjonowanie rodzin.....	33
Maria Skóra: Bariery w zatrudnieniu kobiet.....	48
Anna Kurowska: Zatrudnienie matek małych dzieci w Polsce i jego uwarunkowania oraz propozycja reformy systemu zasiłków rodzinnych.....	62
Katarzyna Sipurzyńska-Rudnicka: Sytuacja kobiet na rynku pracy a zmiany demograficzne – na przykładzie województwa dolnośląskiego	80
Cecylia Sadowska-Snarska: Wspieranie równowagi praca-życie pracowników na poziomie firm. Teoria i praktyka	100
Małgorzata Podogrodzka: Wybrane charakterystyki zatrudnienia i bezrobocia determinantami przestrzennego zróżnicowania płodności w Polsce	118
Małgorzata Wróbel: Wpływ stopy bezrobocia na dzietność w miastach 100-tysięcznych i większych w Polsce w latach 2000-2010.....	134

Część 2. Rodzina i polityka rodzinna a problemy demograficzne, społeczne i ekonomiczne – wybrane perspektywy i wyzwania

Joanna Szczepaniak-Sienniak: W poszukiwaniu nowych perspektyw polityki rodzinnej w Polsce	149
Anna Ciepielewska-Kowalik: Znaczenie rozwoju powszechnego systemu usług opieki i edukacji przedszkolnej w Polsce. W stronę nowego kontraktu społecznego wobec współczesnych wyzwań demograficznych, ekonomicznych i społecznych	163
Zofia Szweda-Lewandowska: Opieka nad wnukami <i>versus</i> opieka nad seniorami.....	177
Andrzej Klimczuk: Solidarność pokoleń w perspektywie strategicznej państwa.....	190

Aleksandra Sienkiewicz-Gola: Realizacja polityki prorodzinnej w świetle ustawy o Zakładowym Funduszu Świadczeń Socjalnych na przykładzie jednego z zakładów wydobywczych województwa dolnośląskiego	206
Aleksandra Gromelska: Analiza porównawcza rozwiązań w zakresie funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce i w Czechach w odniesieniu do kondycji zdrowotnej rodziny	226
Sławomir Kalinowski: Wybrane aspekty aktywności ekonomicznej ludności wiejskiej o niepewnych dochodach a warunki funkcjonowania gospodarstw domowych na wsi	243
Ireneusz Jaźwiński, Jerzy Bielec: Regionalna polityka ludnościowa w świetle wyników badania „Diagnoza społeczna województwa zachodniopomorskiego”	261
Katarzyna Maruszewska: Emigracja z Polski i jej skutki dla rodzin	274

Summaries

Part 1. Family situation and challenges to family policy and the situation on the labour market – selected aspects

Adam Kubów: Barriers to labor force participation of parents raising children	32
Marta Makuch: Young people’s problems on labour market vs. functioning of families	47
Maria Skóra: Barriers to the employment of women	61
Anna Kurowska: Employment of mothers of young children in Poland and its conditioning and a proposal to reform the system of family benefits ...	79
Katarzyna Sipurzyńska-Rudnicka: Position of women on the labour market in the context of demographic changes – on the example of Lower Silesia Voivodeship	98
Cecylia Sadowska-Snarska: Supporting work-family life balance of employees at the company level. Theory and practice	117
Małgorzata Podogrodzka: Selected characteristics of employment and unemployment as determinants of spatial variation of fertility in Poland .	133
Małgorzata Wróbel: Influence of the unemployment rate on fertility rate in cities of 100 thousand and more inhabitants in Poland in the years 2000-2010.....	145

Part 2. Family and family policy and demographic, social and economic problems – selected perspectives and challenges

Joanna Szczepaniak-Sienniak: In search of new perspectives of family policy in Poland	162
Anna Ciepielewska-Kowalik: Meaning of the universal preschool services system development in Poland. New social contract towards demographic, economic and social challenges.....	176
Zofia Szweda-Lewandowska: Child care vs. elderly care	189
Andrzej Klimczuk: Solidarity between generations in strategic perspective of state.....	204
Aleksandra Sienkiewicz-Gola: Implementation of family policy in the light of Company Social Benefits Fund Law on the example of one of the mines in Lower Silesia Voivodeship	224
Aleksandra Gromelska: Health situation of family in Poland and the Czech Republic in the light of the solutions in the healthcare system – a comparative analysis.....	242
Sławomir Kalinowski: Some aspects of economic activity of rural population with uncertain income vs. functioning conditions in rural households	260
Ireneusz Jaźwiński, Jerzy Bielec: Regional population policy in the light of the study “Social Diagnosis of West Pomeranian Voivodeship”	273
Katarzyna Maruszewska: Migration from Poland and its consequences for families	288

Aleksandra Gromelska

Uniwersytet Wrocławski

ANALIZA PORÓWNAWCZA ROZWIĄZAŃ W ZAKRESIE FUNKCJONOWANIA OCHRONY ZDROWIA W POLSCE I W CZECHACH W ODNIESIENIU DO KONDYCJI ZDROWOTNEJ RODZINY

Streszczenie: Wśród wielu czynników oddziałujących na stan zdrowia człowieka szczególną rolę odgrywa funkcjonujący w danym kraju system opieki zdrowotnej. Przyjęte w nim rozwiązania determinują bezpieczeństwo zdrowotne rodziny oraz jakość życia poszczególnych jej członków, a także całego społeczeństwa. Artykuł ukazuje kondycję zdrowotną rodziny w Polsce i w Czechach w odniesieniu do przyjętych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej. Kraje te w przeszłości realizowały ten sam model polityki zdrowotnej, a następnie przeszły przez transformację systemową, jednakże obecnie efektywność ich systemów zdrowotnych znacznie się od siebie różni. Artykuł stara się znaleźć najważniejsze przyczyny tych różnic oraz ich wpływ na kondycję zdrowotną rodziny.

Słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej, kondycja zdrowotna społeczeństwa, efektywność systemu, dostępność do świadczeń zdrowotnych.

1. Wstęp

Zdrowie stanowi szczególną wartość zarówno z punktu widzenia jednostki, rodziny, jak i całego społeczeństwa. Wpływa bowiem na jakość życia poszczególnych członków społeczeństwa oraz potencjał i rzeczywistą siłę gospodarki, a także na jej konkurencyjność. Właściwe inwestowanie w zdrowie stanowi więc ważny element sukcesu gospodarczego. Dobry stan fizyczny i psychiczny człowieka jest czynnikiem determinującym wysoką wydajność pracy, a także wzmożoną aktywność w wielu obszarach: gospodarczym, społecznym, zawodowym itp. Inwestycje w zdrowie, będące w ujęciu makroekonomicznym jednym z czynników wzrostu gospodarczego, mają większy wpływ na produktywność społeczną niż inne formy inwestycji. Dobry stan fizyczny i psychiczny społeczeństwa wpływa na potencjał i siłę gospodarki¹.

¹ *Health: A vital investment for economic development in Eastern Europe and Central Asia*, WHO 2007, <http://www.euro.who.int/document/e90569.pdf>, s. 131 [dostęp: 30.11.2012].

Wśród wielu czynników oddziałujących na stan zdrowia człowieka szczególną rolę odgrywa funkcjonujący w danym kraju system opieki zdrowotnej. System ten, rozumiany jako zorganizowany i skoordynowany zespół działań obejmujących realizację świadczeń, a także usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, ma na celu zapewnienie i poprawę stanu zdrowia jednostki, rodziny i całego społeczeństwa². Podstawową formą działalności systemu opieki zdrowotnej są świadczenia zdrowotne kształtowane pod wpływem czynników podażowych i popytowych.

Na czynniki podażowe, określające możliwości świadczenia usług zdrowotnych, składają się m.in.: zasoby kadrowe, materialne i lokalowe oraz organizacja opieki zdrowotnej. Istotna jest tutaj również sprawność i efektywność bezpośrednich działań mających wpływ na zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia ludności, a także postawa samego personelu medycznego.

Drugą, przeciwstawną grupę stanowią czynniki popytowe, od których zależy stan występowania i realizowania potrzeb zdrowotnych, w tym w szczególności: stan zdrowia pacjentów, stan ich wiedzy o zdrowiu, wartościowanie zdrowia oraz wiedza o sposobach eliminowania dolegliwości chorobowych. Nie można tu również pominąć takich czynników, jak sytuacja ekonomiczna i społeczna gospodarstw domowych oraz ich postawa względem opieki zdrowotnej³.

Artykuł zwraca szczególną uwagę na czynniki podażowe systemu opieki zdrowotnej w Polsce w porównaniu z rozwiązaniami przyjętymi w systemie opieki zdrowotnej w Czechach w odniesieniu do kondycji zdrowotnej polskiej i czeskiej rodziny. Wybór ten podyktowany jest najwyższą, spośród wszystkich krajów postsocjalistycznych, efektywnością czeskiego systemu zdrowotnego, co ma swój bezpośredni wpływ na stan zdrowia całego społeczeństwa. Co sprawia, że model opieki zdrowotnej w Czechach jest efektywniejszy od modelu polskiego? Analiza porównawcza umożliwi spojrzenie na polską reformę systemu opieki zdrowotnej w szerszym kontekście. Artykuł ukazuje wskaźniki określające możliwości świadczenia usług zdrowotnych w Polsce i w Czechach na tle innych państw postsocjalistycznych o zakończonej transformacji, takich jak Słowacja i Węgry⁴. Wpływa to na pełniejszy obraz opisywanej rzeczywistości społeczno-gospodarczej. Analiza porównawcza obejmuje w szczególności: wielkości wydatków kierowanych na opiekę medyczną w badanych krajach, źródła ich finansowania, rodzaje wydatków, dodatkowe obciążenie pacjentów kosztami usług zdrowotnych, a także czynniki określające zasoby kadrowe i materialne.

² M. Bryła, *Miejsce Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych w ubezpieczeniowym systemie opieki zdrowotnej*, Materiały na VII Targi Bankowości, Finansów i Ubezpieczeń w Łodzi, Łódź 2002, s. 1.

³ J. Suchecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 34-35.

⁴ M. Kozłowska, *Europejskie kraje postsocjalistyczne – kraje zakończonej transformacji systemowej*, [w:] S. Swadźba (red.), *Systemy gospodarcze. Analiza porównawcza*, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2011, s. 101-117.

2. Zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce i w Czechach – analiza porównawcza

Do końca lat osiemdziesiątych XX w. we wszystkich krajach bloku socjalistycznego Europy Środkowo-Wschodniej (w tym również w Polsce i w Czechach) obowiązywał jednolity system opieki zdrowotnej oparty na modelu Siemaszki. Ideą tego systemu było zobowiązanie się państwa do zapewnienia opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom danego kraju. Zagwarantowane konstytucyjnie świadczenia zdrowotne w całości były finansowane z budżetu państwa, państwo zaś sprawowało bezpośredni nadzór nad systemem, określało jednocześnie jego strukturę organizacyjną oraz posiadało monopol na zatrudnianie i wynagradzanie pracowników służby zdrowia⁵. Oparty na modelu Siemaszki scentralizowany i sztywny system opieki zdrowotnej nie był w stanie elastycznie reagować na nowe problemy zdrowotne społeczeństwa, wynikające ze zmiany stylu życia i czynników środowiskowych. Okres transformacji systemowej krajów Europy Środkowo-Wschodniej na początku dziewiątej dekady XX w. wymusił więc zasadnicze zmiany w zakresie rozwiązań przyjętych w ochronie zdrowia.

Czechy były jednym z pierwszych krajów postsocjalistycznych, które przystąpiły do reformowania systemu zdrowotnego. Odchodząc od rozwiązań przyjętych w modelu Siemaszki, wprowadziły, wzorując się na modelu Bismarcka, system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Od tej pory finansowanie opieki zdrowotnej w Czechach odbywało się przede wszystkim za pośrednictwem kas chorych, które zawierały umowy ubezpieczeniowe z zakładami służby zdrowia. Ubezpieczenie zdrowotne stało się obowiązkowe i każdy był ubezpieczony indywidualnie, w myśl zasady solidaryzmu zdrowych i bogatych z biednymi. Płatnikami składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne byli zarówno sami ubezpieczeni, jak i pracodawcy, a w niektórych przypadkach również państwo. Kasy chorych funkcjonowały jako instytucje *non-profit*. W roku 1993 było ich aż 27, a obecnie już tylko 9, na co wpływ miały z jednej strony decyzje państwa w kierunku ograniczenia konkurencji na rynku usług zdrowotnych, a z drugiej strony bankructwo niektórych kas w wyniku znacznych dysproporcji między ich wpływami a wydatkami. Warto również dodać, że w początkowym okresie funkcjonowania powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Czechach brakowało odpowiednich mechanizmów kontrolnych i regulacyjnych, co miało swój negatywny wpływ na politykę finansową instytucji ubezpieczeniowych – tj. kas chorych⁶.

Dodatkowym czynnikiem, który wpłynął na tak znaczne ograniczenie liczby ubezpieczalni zdrowotnych na rynku czeskim w latach 1995-2000, było również wprowadzenie warunku minimalnej ich wielkości. Kasy chorych musiały odłąd

⁵ J. Suhecka, wyd. cyt., s. 49-51.

⁶ K. Satera, *Ubezpieczenia zdrowotne w Czechach*, „Służba Zdrowia” 2001, nr 51-54, http://www.sluzbazdrowia.com.pl/artykul.php?numer_wydania=3046&art=1 [dostęp: 30.11.2012].

ubezpieczać co najmniej 50 000 obywateli, co w konsekwencji doprowadziło do fuzji lub upadłości przeważającej ich części⁷.

Obecnie na rynku czeskim zachowały się Powszechna Kasa Chorych Republiki Czeskiej (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR), ubezpieczająca blisko 66% wszystkich obywateli, oraz 8 branżowych kas chorych, w tym m.in. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR), Ministerstwa Obrony (Vojenská zdravotní pojišťovna ČR). Pozostałe ubezpieczalnie zdrowotne stanowią formę zakładowych kas chorych (np. producent samochodów ŠKODA – Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, jak również: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, Zdravotní pojišťovna MÉDIA⁸). Trzy spośród wymienionych zakładów ubezpieczeń zdrowotnych ograniczają swoją działalność do określonych regionów, natomiast pozostałe działają na obszarze całego kraju⁹.

Podobne zmiany systemowe w zakresie funkcjonowania opieki zdrowotnej miały miejsce i w Polsce. Po wcześniejszym przekazaniu władzom lokalnym własności nad jednostkami systemu ochrony zdrowia w 1999 r. powołano 16 regionalnych kas chorych, których obszar działania pokrywał się z terytorium nowych województw, i jedną dla służb mundurowych, o zasięgu krajowym. Wprowadzono tym samym element mechanizmu rynkowego do systemu opieki zdrowotnej. Jedną z najistotniejszych cech nowego systemu stała się zasada solidaryzmu społecznego, polegająca przede wszystkim na uzależnieniu wysokości składki od dochodu pacjenta (niezależnie od ryzyka wystąpienia zdarzenia chorobowego) oraz przejście z budżetowego charakteru systemu do ubezpieczeniowego. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 r.¹⁰ przyznała pacjentom prawo do wolnego wyboru lekarza, kasy chorych, jak również zakładu opieki zdrowotnej. W praktyce prawa te miały charakter formalny, a nie realny. Kasy chorych zobowiązane zostały do gromadzenia środków finansowych i zarządzania nimi oraz zawierania umów ze świadczeniodawcami. Uzyskały przy tym bardzo dużą swobodę działania. To od ich decyzji zależały zasoby świadczeń zdrowotnych zakładów opieki zdrowotnej, jak również możliwości zaspokojenia przez pacjentów określonych potrzeb zdrowotnych na danym terenie. Warto również dodać, że w Polsce podobnie, jak w Czechach,

⁷ U. Papouschek, N. Böhlke, *Przemiany strukturalne i stosunki pracy w ochronie zdrowia w Polsce, Czechach, Niemczech i Austrii*, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt, Wien 2008, s. 7, http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/mezinarodni_projekty/soubory/forba_pl.pdf [dostęp: 30.11.2012].

⁸ *Zdravotní pojišťovny*, Ministerstvo zdravotnictví ČR, http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html [dostęp: 30.11.2012].

⁹ *Opieka zdrowotna w Republice Czeskiej*, Centrum Rozliczeń Międzynarodowych, <http://www.cmu.cz/opieka-zdrowotna-w-rzc> [dostęp: 30.11.2012].

¹⁰ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.

w początkowym okresie funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego brakowało odpowiednich mechanizmów kontrolnych i regulacyjnych¹¹.

Kreowanie przez kasy chorych własnej polityki zdrowotnej, a przy tym rosnący deficyt i niestabilność ekonomiczna tych podmiotów, jak również wysokie koszty transakcyjne związane z ich działalnością, połączone z pogłębiającymi się dysproporcjami w dostępie do świadczeń w poszczególnych regionach kraju, stały się podstawą do podjęcia kroków naprawczych, które całkowicie zmieniły zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce¹².

Od 1 kwietnia 2003 r. zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia¹³ powołano centralnego, publicznego płatnika – NFZ. Kasy chorych zostały przekształcone w jeden ogólnopolski fundusz z siedzibą w Warszawie i oddziałami na obszarze 16 województw. Powrót na drogę centralizacji doprowadził do jeszcze większego limitowania świadczeń i ograniczenia do nich dostępu. NFZ okazał się instytucją podatną na wpływy polityczne, a system nie był w stanie zagwarantować wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, brakowało skutecznych mechanizmów kontroli finansów funduszu. Kolejne zarzuty do twórców reformy dotyczyły przyznawania pierwszeństwa świadczeniodawcom publicznym oraz narzucania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez wstępne przygotowywanie umowy i konkursy ofert. Ponadto dopuszczano się nierównego podziału środków pomiędzy poszczególne regiony kraju.

Wszystkie te zarzuty doprowadziły do przyjęcia nowej ustawy, która zmieniała dotychczasowe rozwiązania, wprowadzając dekoncentrację NFZ dzięki przekazaniu znacznej części kompetencji oddziałom wojewódzkim. Przejęły one odpowiedzialność za umowy ze świadczeniodawcami, jak też sporządzały odtąd plany finansowe. Zmianie uległy również zasady podziału środków między poszczególne regiony. Uzależniono ich wielkość od liczby osób ubezpieczonych oraz ryzyka zdrowotnego określonego w zakresie danej grupy świadczeń¹⁴.

W kolejnych latach wypracowano system kontroli w zakresie finansowania NFZ, jak również uregulowano kwestie kategorii osób ubezpieczanych przez budżet państwa. Możliwe stało się także określenie zasad pobierania świadczeń zdrowotnych w pozostałych państwach Unii.

Kształt obecnego systemu opieki zdrowotnej w Polsce, w przeciwieństwie do systemu w Czechach, można określić jako mieszany. Z jednej strony bowiem

¹¹ M. Kowitz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, nr 56, s. 135-136.

¹² *Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002-2003*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002, s. 2-9.

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

¹⁴ M. Kowitz, wyd. cyt., s. 136-137.

przyjmuje on formę ubezpieczeniową, głównie ze względu na sposób finansowania świadczeń, jak i deklarowaną równość traktowania publicznych i prywatnych podmiotów świadczących usługi zdrowotne oraz możliwość wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. Z drugiej zaś posiada cechy modelu budżetowego, w postaci monopolu ubezpieczyciela decydującego o warunkach kontraktu i ustalającego stawki¹⁵.

3. Finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce i w Czechach

Podstawowym źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych w systemie czeskim są składki ubezpieczeniowe w wysokości 13,5% wynagrodzenia pracownika. W ramach tej składki dwie trzecie, tj. 9%, pokrywa pracodawca, a pozostałą część (4,5%) pracownik. Warto dodać, że za niektóre grupy obywateli ubezpieczenie zdrowotne opłaca państwo (np. za dzieci, które nie ukończyły 18 roku życia).

W Polsce składka na ubezpieczenie zdrowotne w całości obciąża pracownika. Od roku 2007 wynosi ona 9%, przy czym warto podkreślić, że 7,75% pobranych w danym roku składek od osoby ubezpieczonej odliczane jest następnie od odprowadzanego przez nią podatku dochodowego. W rzeczywistości więc częścią składki zdrowotnej obciążone jest państwo.

Starzenie się społeczeństw europejskich, jak również rosnąca liczba zachorowań na różnego rodzaju choroby cywilizacyjne, a z drugiej strony wysokie koszty nowych technologii medycznych, coraz częściej wykorzystywanych w procesie leczenia, prowadzą do konieczności modyfikowania systemów zdrowotnych niemal wszystkich państw, szczególnie w niełatwym okresie globalnego kryzysu światowego.

Problemy finansowe czeskich ubezpieczycieli i powiększająca się przepaść między popytem a publiczną podażą usług zdrowotnych doprowadziły do dalszych zmian w systemie ochrony zdrowia w Republice Czeskiej. Od roku 2008 na czeskim rynku zdrowotnym zastosowano rozwiązania selektywnie ograniczające popyt w postaci współpłacenia pacjenta za świadczenia zdrowotne. Poza składkami zdrowotnymi pobierana jest dodatkowo opłata regulacyjna przy wizycie u lekarza pierwszego kontaktu oraz u specjalisty w wysokości 30 Kč. Pobyt w szpitalu lub w sanatorium również łączy się z koniecznością ponoszenia przez pacjenta dodatkowej opłaty, początkowo w wysokości 60 Kč za każdy dzień pobytu. Najwyższy jednak koszt współpłacenia spoczywa na osobach korzystających ze świadczeń medycznych w ambulatorium lub dyżurującym oddziale specjalistycznym w godz. 17-7 w dni powszednie, soboty, niedziele i święta, a także przy wizycie domowej lekarza dyżurującego. Opłata stanowi wówczas 90 Kč za każdą wizytę. Reforma służby zdrowia wprowadziła również opłatę za wypisanie recepty – 30 Kč¹⁶.

¹⁵ Tamże, s. 137.

¹⁶ *Regulation fees in health care*, Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, <http://www.mzcr.cz/prevence/uk/uk.html> [dostęp: 30.11.2012].

Efektom tych zmian była rezygnacja ze świadczeń części pacjentów. Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia, w ciągu trzech miesięcy obowiązywania reformy zmniejszyła się liczba wizyt u specjalistów o 18%, o 36% spadły również koszty leków przepisywanych na receptę. Jednocześnie o blisko 35% zmniejszyła się liczba osób korzystających z usług pogotowia ratunkowego.

Od 1 grudnia 2011 r. obowiązuje nowa stawka opłaty regulacyjnej za każdy dzień pobytu pacjenta w szpitalu (w tym także w szpitalu uzdrowiskowym) i sanatorium, tj. 100 Kč. Warto jednak pamiętać, że istnieje ustawowy limit opłat regulacyjnych, które w ciągu roku może ponieść pacjent. Wynosi on obecnie 5000 Kč, a w przypadku dzieci do 18 roku życia i osób starszych po 65 roku życia limit ten jest o połowę mniejszy, gdyż wynosi 2500 Kč¹⁷.

W Polsce nie stosuje się tego typu dopłat do świadczonych usług zdrowotnych, jak to ma miejsce w Czechach. Jednakże analizując wielkość prywatnych wydatków gospodarstw domowych na świadczenia zdrowotne, można zaobserwować znaczną różnicę. Okazuje się, że są one znacznie wyższe niż w warunkach czeskich. W roku 2010 w Polsce wydatki prywatne na ochronę zdrowia stanowiły bowiem 28,3%, gdy tymczasem w Czechach tylko 16,2% ogółu wydatków¹⁸. Warto podkreślić, że wynik ten stawia Polskę w grupie krajów o relatywnie wysokim udziale wydatków prywatnych w wydatkach całkowitych na opiekę zdrowotną. Dodatkowo wśród wydatków prywatnych w Polsce przeważają opłaty *fee for service* ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjentów. Przy poziomie przekraczającym 90% ogółu wydatków prywatnych mogą one świadczyć o niskiej efektywności polskiego systemu, a także o nieprzestrzeganiu zasady solidarności społecznej¹⁹.

Jak wynika z ostatnich badań CBOS dotyczących stosunku Polaków do państwowej i prywatnej służby zdrowia, do najważniejszych przyczyn korzystania przez pacjentów z usług świadczonych poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym należą przede wszystkim takie czynniki, jak: krótszy czas oczekiwania na umawianą wizytę i dogodniejsze godziny przyjęć, wyższe kompetencje lekarzy i osób wykonujących badania oraz nowocześniejsza aparatura medyczna²⁰.

Na koniec tej części rozważań warto zwrócić uwagę na wielkość środków publicznych kierowanych na świadczenia zdrowotne w Polsce i w Czechach, które warunkują bezpośrednio dostępność do usług w zakresie ochrony zdrowia, stan bazy materialnej, jak też i (pośrednio) jakość świadczenia zdrowotnego.

¹⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 16a a § 16b, <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48> [dostęp: 30.11.2012].

¹⁸ *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011*, Zdravotnická Statistika ČR, Praha 2012, s. 50.

¹⁹ *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków – kluczowe tezy i rekomendacje*, Polska Izba Ubezpieczeń, s. 6, http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/110908_PIU_Infarma_Sequence_opracowanie_dodatko-we_ubezpieczenia.pdf [dostęp: 30.11.2012].

²⁰ *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2012, s. 1-2, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_047_12.PDF [dostęp: 30.11.2012].

Zarówno w Polsce, jak i w Czechach wydatki ogółem na ochronę zdrowia w stosunku do PKB były od lat znacznie niższe niż w większości państw Unii Europejskiej i OECD. W 2010 r. stanowiły one w Polsce 7,0% w stosunku do PKB, gdy tymczasem w Czechach 7,5%. Średnia dla państw OECD w badanym roku była wyższa od tych wartości, gdyż ukształtowała się na poziomie 9,5% (tab. 1); również wydatki na ochronę zdrowia *per capita* w poszczególnych krajach Unii Europejskiej znacznie się od siebie różniły, jednakże od kilku lat odnotowuje się ich systematyczny wzrost.

Tabela 1. Finansowanie opieki zdrowotnej w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech w 2010 roku

Wyszczególnienie	Czechy	Polska	Słowacja	Węgry
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w stosunku do PKB	7,5%	7,0%	9,0%	7,8%
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca (USD)	1884	1389	2095	1601
Wydatki publiczne jako procent wydatków ogółem na ochronę zdrowia	83,8%	71,7%	64,5%	64,8%
Wydatki prywatne na ochronę zdrowia (<i>out of pocket</i>) w przeliczeniu na 1 mieszkańca (USD)	280	307	542	419

Źródło: *Health: Key Tables from OECD*, OECD iLibrary 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].

Analizując wydatki na ochronę zdrowia przypadające na jednego mieszkańca Czech i Polski w 2010 r., wyrażone w jednolitej walucie USD, można zaobserwować, że również znacząco odbiegały one od średniej dla państw OECD. W Polsce w badanym roku stanowiły one 1389 USD, a w Czechach 1884 USD, gdy tymczasem średnia dla krajów OECD wyniosła 3265 USD²¹. Wśród całkowitych wydatków na ochronę zdrowia zarówno w Polsce, jak i w Czechach dominowały wydatki publiczne, stanowiąc w 2010 r. odpowiednio blisko 72% (w tym około 66% pochodziło z funduszy ubezpieczeniowych, a pozostała część z budżetu państwa) oraz w Czechach ponad 83% (z czego prawie 78% pochodziło z funduszy ubezpieczeniowych, a pozostała część z budżetu państwa)²².

W celu uzyskania pełniejszego obrazu systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce i w Czechach warto na koniec porównać je z wydatkami na ochronę zdrowia w pozostałych krajach postsocjalistycznych – Słowacji i Węgier, w których proces transformacji został już zakończony. Co ciekawe, w 2010 r. najwyższe

²¹ *Total expenditure on health; Total expenditure on health per capita*, Health: Key Tables from OECD, OECD library 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].

²² *Ekonomické...*, s. 50.

wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano na Słowacji, gdyż wyniosły one około 2095 USD, gdy tymczasem w Czechach 1884 USD. Węgry z wydatkami około 1601 USD zajęły trzecią pozycję wśród analizowanych krajów, przewyższając tym samym wartości uzyskane dla Polski. Na Słowacji najwyższy jest także udział wydatków zdrowotnych ogółem w stosunku do PKB, gdyż stanowi około 9%. W pozostałych krajach jest on już znacznie niższy, tj. na Węgrzech 7,8%, w Czechach 7,5%, a w Polsce zaledwie 7% (por. tab. 1).

Do ciekawych wniosków prowadzi analiza kolejnego wskaźnika, tj. struktury wydatków kierowanych na ochronę zdrowia. Zarówno na Węgrzech, jak i na Słowacji wydatki te tylko w około 64% finansowane są ze środków publicznych. Dla porównania w Czechach stanowią one ponad 83%. Na Węgrzech i na Słowacji wśród wydatków niepublicznych kierowanych na opiekę zdrowotną dominują wydatki ponoszone przez pacjentów z własnej kieszeni. Są one tutaj znacznie wyższe niż nie tylko w Czechach, ale i w Polsce, wahają się w granicach około 26% wydatków zdrowotnych ogółem.

4. Zasoby kadrowe i materialne w polskim i czeskim systemie opieki zdrowotnej – analiza porównawcza

W dalszej części rozważań warto zwrócić uwagę na bazę materialną i kadrę medyczną, które determinują jakość i dostępność usług zdrowotnych.

W roku 2000 w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 2,2 lekarzy sprawujących opiekę medyczną nad pacjentami, gdy tymczasem w Czechach 3,4 lekarzy. W roku 2010 sytuacja w Polsce nie uległa zmianie, natomiast w Czechach wskaźnik ten jeszcze się poprawił, osiągając poziom 3,6 lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców.

Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców w Polsce także znacząco odbiega od liczby pielęgniarek występujących na rynku czeskim. W roku 2000 wartość tego wskaźnika dla Polski osiągnęła poziom zaledwie 4,9, gdy tymczasem w Czechach było już 7,6 pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców. Ta niekorzystna dla Polski sytuacja utrzymała się i w 2010 r., gdyż na 1000 mieszkańców przypadało tylko 5,3 pielęgniarek, a w Czechach 8,1.

Warto tu jednocześnie zaznaczyć, że wielkość zasobów ludzkich na rynku zdrowotnym w Polsce znacznie odbiegała nie tylko od wartości uzyskanych dla Czech, ale i od średniej wartości obliczonej dla krajów OECD. Ograniczenia personelu medycznego miały wpływ również na wartość kolejnego z analizowanych wskaźników, tj. liczbę konsultacji lekarskich przypadających na osobę. W Polsce wartość tego wskaźnika osiągnęła w 2000 r. poziom 5,4, a w 2010 już 6,6, gdy tymczasem w Czechach odpowiednio 12,6 oraz 11,0 (tab. 2).

Tabela 2. Zasoby bazy materialnej i kadrowej w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech w latach 2000 i 2010

Wyszczególnienie	Czechy		Polska		Słowacja		Węgry		Średnia dla krajów OECD	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców	3,4	3,6	2,2	2,2	3,4	3,3	2,7	2,9	2,7	3,1
Liczba pielęgniarek przypadająca na 1000 mieszkańców	7,6	8,1	4,9	5,3	7,4	6,0	5,3	6,2	7,2	8,6
Liczba łóżek szpitalnych przypadających na 1000 mieszkańców	7,8	7,0	6,7	6,6	7,9	6,4	8,3	7,2	5,6	4,9
Liczba łóżek szpitalnych w opiece krótkoterminowej na 1000 mieszkańców	5,7	4,9	5,1	4,4	5,7	4,7	5,6	4,1	4,0	3,4
Wskaźnik urządzeń rezonansu magnetycznego na 1 mln ludności	1,7	6,3	0,9	4,7	1,1	6,8	1,8	3,0	5,3	12,5
Wskaźnik liczby tomografów komputerowych na 1 mln ludności	9,6	14,5	4,3	14,3	9,1	13,8	5,8	7,3	14,4	22,6
Liczba konsultacji lekarskich na osobę	12,6	11,0	5,4	6,6	15,0	11,3	11,1	11,7	6,4	6,4

Źródło: *Health: Key Tables from OECD*, OECD iLibrary 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].

Wyposażenie podmiotów leczniczych w odpowiedni, nowoczesny sprzęt medyczny w dużej mierze przyczynia się do podniesienia jakości i skuteczności świadczonych usług zdrowotnych. Z danych zawartych w tab. 2 wynika, że wprawdzie w Polsce, podobnie jak i w innych krajach OECD, zwiększa się liczba tomografów komputerowych i rezonansów magnetycznych, to jednak ich dostępność nadal jest ograniczona. W roku 2000 wskaźnik liczby tomografów w Polsce wynosił 4,3 w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców, a w 2010 r. już 14,3. W Czechach sytuacja wyglądała lepiej niż w Polsce już w 2000 r., gdzie wskaźnik ten osiągnął wartość 9,6, a w 2010 r. zwiększył się do 14,5 w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców. Na przestrzeni badanych 10 lat różnica między Polską a Czechami wyraźnie się zmniejszyła, nadal jednak utrzymała się niewielka przewaga na korzyść rynku czeskiego.

Większe rozbieżności między badanymi państwami występują w odniesieniu do liczby urządzeń rezonansu magnetycznego. W roku 2000 przypadało ich w Polsce

zaledwie 0,9 na 1 mln mieszkańców, a w Czechach nieco więcej, bo 1,7. W roku 2010 wskaźnik ten uległ znaczącej poprawie, choć nadal odbiega od średniej dla krajów OECD. W badanym roku na milion mieszkańców w Polsce przypadało już 4,7 urządzeń rezonansu, a w Czechach 6,3.

Na koniec warto zwrócić uwagę, na wyniki ostatniego raportu Euro Health Consumer Index (EHCI), opublikowanego przez Instytut Badawczy Health Consumer Powerhouse (HCP) z siedzibą w Szwecji. W raporcie tym polska opieka zdrowotna zajęła dalekie 27 miejsce wśród 34 badanych państw, gdy tymczasem system ochrony zdrowia w Czechach – wysokie 15 miejsce. Czechy wyprzedziły nie tylko Polskę, lecz również Słowację i Węgry, uzyskując najwyższy wśród wszystkich krajów postsocjalistycznych Konsumencki Indeks Zdrowia, co świadczy o wysokiej konkurencyjności modelu czeskiego.

Euro Health Consumer Index (EHCI) z 2012 r. uwzględnia 42 wskaźniki cząstkowe, zaliczane do pięciu kluczowych obszarów z punktu widzenia jakości systemu ochrony zdrowia, takich jak: prawa pacjenta i dostęp do informacji, czas oczekiwania na leczenie, wyniki leczenia, profilaktyka oraz zakres i zasięg świadczonych usług zdrowotnych, a także dostępność leków (tab. 3).

Tabela 3. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia dla wybranych państw w 2012 roku

Wyszczególnienie	Czechy	Polska	Słowacja	Węgry
Prawa pacjentów i informacje	107	126	122	122
Czas oczekiwania na leczenie	183	117	200	167
Wyniki leczenia	225	188	188	138
Promocja/zakres i zasięg świadczonych usług	117	99	99	99
Środki farmaceutyczne	62	48	67	52
Ogólny wynik	694	577	675	577
Miejsce w rankingu	15	27	16	28

Źródło: *Euro Health Consumer Index 2012*, Instytut Badawczy Health Consumer Powerhouse, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Index-matrix-EHCI-2012-120508-final-A3-sheet-substrate.pdf> [dostęp: 30.11.2012].

Na tak złą ocenę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce miały wpływ przede wszystkim wskaźniki określające czas oczekiwania na leczenie (zwłaszcza na wizytę u lekarza specjalisty, na poważne zabiegi operacyjne, na leczenie przeciwnowotworowe, na tomografię komputerową itp.). Ponadto według rankingu drugą grupą czynników obniżających konkurencyjność polskiej służby zdrowia była dostępność środków farmaceutycznych z uwzględnieniem ich refundacji.

W roku 2012 szczególnie źle oceniano w Polsce również wyniki leczenia chorób nowotworowych oraz zakres i zasięg działań profilaktycznych i leczniczych, takich jak m.in. wskaźnik przeprowadzonych badań mammograficznych, operacji związanych z przeszczepem organów, opieki zdrowotnej nad osobami starszymi oraz miernik dostępności cenowej opieki dentystrycznej.

Podsumowując: wybrane wskaźniki określające rozmiary zasobów ludzkich i zasobów materialnych na rynku zdrowotnym w Polsce wypadają znacznie gorzej niż w Czechach, co wpływa na ich mniejszą dostępność, a przez to na jakość i skuteczność leczenia. Także według rankingu Instytutu Badawczego Health Consumer Powerhouse system służby zdrowia w Czechach oceniany jest znacznie lepiej niż systemy pozostałych krajów postsocjalistycznych o zakończonej transformacji. Może więc warto zwrócić większą uwagę na cechy systemu czeskiego i niektóre jego rozwiązania przenieść do warunków polskich.

5. Kondycja zdrowotna mieszkańców Polski i Czech jako wstępna ocena skuteczności rozwiązań systemowych

Wysoka jakość opieki zdrowotnej w Czechach ma również swoje odzwierciedlenie w najważniejszych wskaźnikach zdrowotnych, opisujących kondycję zdrowotną jednostki, rodziny i całego społeczeństwa. Pierwszym z analizowanych wskaźników jest przewidywana długość życia w zdrowiu, liczona odrębnie dla mężczyzn i kobiet. W roku 2010 wskaźnik ten w odniesieniu do mężczyzn osiągnął w Polsce 58,5 lat, gdy tymczasem w Czechach 62,2 lat. Mężczyźni w Polsce mogą się więc cieszyć życiem w zdrowiu prawie 4 lata krócej niż Czesi. Różnica występuje również w grupie kobiet, choć jest mniejsza niż w grupie mężczyzn. W roku 2010 przewidywana długość życia w zdrowiu dla kobiet w Polsce wynosiła 62,3 lata, gdy tymczasem w Czechach o blisko 2 lata dłużej, tj. 64,5 lat. Dla porównania warto zwrócić uwagę na wartość badanego wskaźnika dla mieszkańców Węgier i Słowacji. Przewidywana długość życia w zdrowiu w odniesieniu zarówno do kobiet, jak i mężczyzn jest w tych krajach znacznie krótsza niż w Czechach i w Polsce (tab. 4).

Tabela 4. Przewidywana długość życia w zdrowiu według płci w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech w 2010 roku

Wyszczególnienie	Czechy	Polska	Słowacja	Węgry
Przewidywana długość życia w zdrowiu kobiet	64,5	62,3	52,1	58,6
Przewidywana długość życia w zdrowiu mężczyzn	62,2	58,5	52,4	56,3

Źródło: *Healthy life years and life expectancy at birth, by sex*, European Commission, Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables [dostęp: 30.11.2012].

Wskaźnik obrazujący przewidywaną długość życia kobiet i mężczyzn na Węgrzech i na Słowacji jest również niższy od wartości uzyskanych dla mieszkańców obu płci w Czechach i w Polsce. W roku 2010 mężczyźni żyli średnio na Węgrzech 70,5 lat i na Słowacji 71,6 lat, gdy tymczasem w Czechach 74,5 lat i w Polsce

72,1 lat. Różnica ta występuje również w grupie kobiet. W roku 2010 noworodek płci żeńskiej spośród wszystkich badanych państw zakończonej transformacji w Czechach miał szansę na najdłuższe życie, gdyż miał przed sobą 80,9 lat. W Polsce wartość badanego wskaźnika była porównywalna, tylko nieznacznie odbiegała na niekorzyść od wartości uzyskanej dla Czech. Znacznie gorzej sytuacja wyglądała w przypadku kobiet żyjących na Węgrzech i na Słowacji. W Polsce w 2010 r. noworodek płci żeńskiej miał przed sobą średnio 80,6 lat życia, gdy tymczasem na Węgrzech zaledwie 78,1 lat życia i na Słowacji 78,8 lat życia (tab. 5).

Tabela 5. Przeciętna długość życia kobiet i mężczyzn w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech w latach 2000 i 2010

Wyszczególnienie	Czechy		Polska		Słowacja		Węgry		Średnia dla krajów OECD	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Wskaźnik długości życia (ogółem)	75,1	77,7	73,8	76,3	73,3	75,2	71,7	74,3	77,1	79,8
Przewidywana długość życia kobiet	78,5	80,9	78,0	80,6	77,4	78,8	75,9	78,1	80,2	82,5
Przewidywana długość życia mężczyzn	71,7	74,5	69,7	72,1	69,1	71,6	67,4	70,5	74,0	77,0

Źródło: *Health: Key Tables from OECD*, OECD iLibrary 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].

Lepszą skuteczność systemu opieki zdrowotnej w Czechach w porównaniu z systemem w Polsce, jak też na Słowacji i na Węgrzech, ukazuje także kolejny wskaźnik: śmiertelności niemowląt. W roku 2000 na 1000 urodzeń umierało na Węgrzech średnio około 9 niemowląt, a w Polsce i na Słowacji około 8 niemowląt, gdy tymczasem w Czechach o połowę mniej. W ciągu następnych lat odnotowano wyraźną poprawę badanego wskaźnika dla analizowanych krajów. W roku 2010 śmiertelność niemowląt na tysiąc urodzeń spadła do około 5 w Polsce, na Słowacji i na Węgrzech, w Czechach zaś do 2,7 (tab. 6).

Tabela 6. Śmiertelność niemowląt na 1000 urodzeń w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech w latach 2000 i 2010

Wyszczególnienie	Czechy		Polska		Słowacja		Węgry		Średnia dla krajów OECD	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Śmiertelność niemowląt na 1000 urodzeń	4,1	2,7	8,1	5,0	8,6	5,7	9,2	5,3	6,7	4,3

Źródło: *Health: Key Tables from OECD*, OECD iLibrary 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].

Ostatnia grupa analizowanych wskaźników ukazuje śmiertelność na nowotwór w przypadku kobiet i mężczyzn w przeliczeniu na 100 000 osób danej płci (tab. 7).

Tabela 7. Śmiertelność na raka według płci w Czechach, Polsce, Słowacji i na Węgrzech w 2003 i 2009 roku

Wyszczególnienie	Czechy		Polska		Słowacja		Węgry	
	2003	2009	2003	2009	2003	2009	2003	2009
Śmiertelność na raka u kobiet w przeliczeniu na 100 000 kobiet	226,9	191,5	196	186,6	184,0	175,6	238,6	218
Śmiertelność na raka u mężczyzn w przeliczeniu na 100 000 mężczyzn	414,4	345	379,6	357	382,4	349	459	417,4

Źródło: *Health: Key Tables from OECD*, OECD iLibrary 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].

Jak wynika z przedstawionych danych, wśród kobiet śmiertelność na nowotwór była w Polsce znacznie niższa niż w Czechach. Na przestrzeni lat 2003-2009 uległa ona w obu badanych krajach ograniczeniu. Natomiast wśród mężczyzn śmiertelność z powodu omawianej choroby jest w Czechach obecnie mniejsza. W roku 2009 w Polsce z tego powodu zmarło 357 mężczyzn na 100 000 osób badanej płci, gdy tymczasem w Czechach już tylko 345. Warto podkreślić, że jeszcze w 2003 r. sytuacja w Polsce była lepsza niż w Czechach, wskaźnik śmiertelności był tutaj niższy. Jednak wśród wszystkich badanych państw zgony z powodu chorób nowotworowych w 2003 r. i w 2009 r. w najmniejszym stopniu dotyczyły mieszkańców obu płci na Słowacji, a w największym mieszkańców Węgier (por. tab. 7).

6. Podsumowanie

Postęp społeczny i rozwój nowoczesnych technologii medycznych oraz zmiany zachodzące w strukturze wieku ludności przyczyniają się do stałego zwiększania kosztów opieki medycznej. Wzrastająca wielkość środków kierowanych na świadczenia zdrowotne stanowi jednak coraz większe obciążenie dla budżetu państwa. Poszczególne kraje starają się więc reorganizować i poprawiać efektywność przyjętych rozwiązań systemowych, dlatego systemy opieki zdrowotnej są znacznie częściej reformowane niż inne dziedziny życia społecznego. Polski, jak też i czeski system zdrowotny na przestrzeni ostatnich lat ulegał kilkakrotnej modyfikacji. W latach dziewięćdziesiątych XX w. kraje te, odchodząc od rozwiązań przyjętych w modelu Siemaszki, wprowadziły, wzorując się na modelu Bismarcka, system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W Czechach system ten został utrzymany, jednakże w Polsce w 2003 r. ponownie powrócono na drogę centralizacji, powołując w miej-

sce kas chorych centralnego, publicznego płatnika – NFZ. Mieszany charakter systemu polskiego okazuje się jednak znacznie słabszy niż system czeski. Wyższe nakłady na opiekę zdrowotną w stosunku do PKB w Czechach, jak również w przeliczeniu na 1 mieszkańca, prowadzą do poprawy wielkości zasobów materialnych i ludzkich dostępnych na czeskim rynku medycznym, jak również przyczyniają się do lepszej jakości świadczonych usług i większego niż w Polsce bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Na koniec warto podkreślić, że system zdrowotny w Czechach oceniany jest wyżej nie tylko w porównaniu z systemem polskim, ale i z systemami pozostałych krajów postsocjalistycznych po zakończonej transformacji. W raporcie Euro Health Consumer Index z 2012 r. Czechy zajęły wysokie 15 miejsce, Słowacja 16. Najgorzej natomiast oceniony został system opieki zdrowotnej w Polsce i na Węgrzech, zajmując odpowiednio 27 i 28 miejsce. Wśród analizowanych państw to właśnie w Czechach największą część w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem stanowiły wydatki publiczne, tj. blisko 84%, gdy tymczasem na Węgrzech i na Słowacji tylko około 64%. Czesi również w najmniejszym stopniu obciążeni byli wydatkami na świadczenia zdrowotne z własnej kieszeni, co świadczy o wysokiej efektywności systemu zdrowotnego w tym kraju.

Większość z analizowanych wskaźników zdrowotnych wskazuje na lepszą kondycję zdrowotną społeczeństwa czeskiego w porównaniu nie tylko z ludnością w Polsce, ale również z ludnością krajów po zakończonej transformacji, takich jak Słowacja i Węgry.

Nasilająca się od 2002 r. dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce prowadzi do ograniczenia możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli. Konsekwencją tego są narastające dysproporcje w stosunku do przeciętnych wskaźników zdrowotnych obliczanych dla Polski i dla krajów Unii Europejskiej. Bez znaczących zmian w zakresie ochrony zdrowia dysproporcje te będą się pogłębiać, głównie ze względu na niekorzystne zmiany demograficzne. Starzeniu się społeczeństwa w Polsce towarzyszyć będzie zwiększanie się liczby osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej, chorujących przewlekle i obciążonych niepełnosprawnością. Wzrost popytu na usługi medyczne i opiekuńcze będzie zaś prowadził do konieczności zwiększania wydatków na ochronę zdrowia oraz dysproporcji między popytem a podażą na rynku medycznym. Aby temu przeciwdziałać, niezbędne jest podjęcie aktywnych działań w zakresie promocji zdrowia adresowanych do całej populacji, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki zdrowotnej, nakierowanej na ograniczanie zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, nowotwory, oraz w zakresie poprawy opieki medycznej nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi²³.

Ustalenie właściwych proporcji między promocją zdrowia, profilaktyką, edukacją zdrowotną oraz leczeniem stanów chorobowych to istotny warunek poprawy kondycji zdrowotnej ludności i związanej z tym jakości ich życia. Równie ważna jest

²³ J. Szyborski (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 7, 11-18, 152-158.

przy tym zmiana postrzegania wydatków na ochronę zdrowia już nie tylko jako możliwy do redukcji koszt socjalny, ale jako opłacalna inwestycja w przyszłość²⁴.

Literatura

- Bryła M., *Miejsce Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych w ubezpieczeniowym systemie opieki zdrowotnej*, Materiały na VII Targi Bankowości, Finansów i Ubezpieczeń w Łodzi, Łódź 2002.
- Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011*, Zdravotnická Statistika ČR, Praha 2012.
- Euro Health Consumer Index 2012*, Instytut Badawczy Health Consumer Powerhouse, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Index-matrix-EHCI-2012-120508-final-A3-sheet-substrate.pdf> [dostęp: 30.11.2012].
- Health: A vital investment for economic development in Eastern Europe and Central Asia*, WHO 2007, <http://www.euro.who.int/document/e90569.pdf> [dostęp: 30.11.2012].
- Health: Key Tables from OECD*, OECD iLibrary 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].
- Healthy life years and life expectancy at birth, by sex*, European Commission, Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables [dostęp: 30.11.2012].
- Kowitz M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2010, nr 56.
- Kozłowska M., *Europejskie kraje postsocjalistyczne – kraje zakończonej transformacji systemowej*, [w:] S. Swadźba (red.), *Systemy gospodarcze. Analiza porównawcza*, Uniwersytet Ekonomiczny, Katowice 2011.
- Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002-2003*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002.
- Opieka zdrowotna w Republice Czeskiej*, Centrum Rozliczeń Międzynarodowych, <http://www.cmu.cz/opieka-zdrowotna-w-rzcz> [dostęp: 30.11.2012].
- Papuschek U., Böhlke N., *Przemiany strukturalne i stosunki pracy w ochronie zdrowia w Polsce, Czechach, Niemczech i Austrii*, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt, Wien 2008, http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/mezinarodni_projekty/soubory/forba_pl.pdf [dostęp: 30.11.2012].
- Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2012, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_047_12.PDF [dostęp: 30.11.2012].
- Regulation fees in health care*, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, <http://www.mzcr.cz/prevence/uk/uk.html>.
- Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków – kluczowe tezy i rekomendacje*, Polska Izba Ubezpieczeń, http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/110908_PIU_Infarma_Sequence_opracowanie_dodatkowe_ubezpieczenia.pdf [dostęp: 30.11.2012].
- Satera K., *Ubezpieczenia zdrowotne w Czechach*, „Służba Zdrowia” nr 51-54/ 2001, http://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer_wydania=3046&art=1 [dostęp: 30.11.2012].
- Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013*, Ministerstwo Zdrowia, Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 roku.
- Suchocka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

²⁴ *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013*, Ministerstwo Zdrowia, Dokument przyjęty przez RM w dniu 21 czerwca 2005 r., s. 3-4.

- Szymborski J. (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
- Total expenditure on health; Total expenditure on health per capita*, Health: Key Tables from OECD, OECD library 2012, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480 [dostęp: 30.11.2012].
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997 nr 28, poz. 153.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48> [dostęp: 30.11.2012].
- Zdravotní pojišťovny*, Ministerstvo zdravotnictví ČR, http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html [dostęp: 30.11.2012].

HEALTH SITUATION OF FAMILY IN POLAND AND THE CZECH REPUBLIC IN THE LIGHT OF THE SOLUTIONS IN THE HEALTHCARE SYSTEM – A COMPARATIVE ANALYSIS

Summary: A healthcare system functioning in the country plays a special role among many factors affecting human health. The solutions accepted in it determine the health safety of family and quality of life of its individual members, as well as the entire society. The article presents family health condition in Poland and the Czech Republic in relation to the established solutions in range of health care of analyzed countries.

Keywords: healthcare system, public health condition, system efficiency, availability to health services.