

Dr Małgorzata Paszkowska
Katedra Prawa
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

**FINANSOWANIE SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W WYBRANYCH PAŃSTWACH UE**

W sytuacji trwającego od lat kryzysu polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz przystąpienia Polski 1 maja 2004 r. do Unii Europejskiej należy uznać za ważne przybliżenie problematyki finansowania świadczeń zdrowotnych w UE. Przedmiotem analizy niniejszego artykułu są modele finansowania systemu zdrowotnego w wybranych krajach „starej” UE (tj. Wspólnoty tworzonej przez państwa przed ostatnią akcesją, czyli przed 16 kwietnia 2003 r.). Po przybliżeniu podstaw prawnych polityki UE w ochronie zdrowia i przedstawieniu teoretycznych, klasycznych modeli finansowania opieki zdrowotnej omówiono przyjęty w Polsce model finansowania świadczeń zdrowotnych. W artykule przedstawiono też finansowanie ochrony zdrowia w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Szwecji i Francji.

Systemy zdrowotne w powyższych państwach UE uważane są za najefektywniejsze – zapewniają one szeroki zakres usług medycznych wysokiej jakości. Jednakże i te systemy przechodzą stale ewolucję, gdyż nie obce są im kryzysy o podłożu ekonomicznym i społecznym. Jednym z coraz powszechniej występujących problemów opisanych krajów są np. niedobory personelu medycznego (zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek). W konsekwencji zatrudniani są profesjonalści medyczni z innych krajów członkowskich UE, w tym z Polski. Polscy lekarze i pielęgniarki w coraz większej liczbie z przyczyn ekonomicznych decydują się na wyjazd do pracy do państw UE. W efekcie w niedalekiej przyszłości polski system zdrowotny będzie borykał się z problemem niedoboru personelu medycznego. Jedynie zmiany w systemie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce mogą zapobiec temu niekorzystnemu zjawisku.

WPROWADZENIE

Na początku należy wyjaśnić, iż nie można mówić o jednolitej polityce UE w zakresie finansowania opieki medycznej w jej krajach członkowskich, gdyż takiej polityki po prostu nie ma. Brak odpowiednich regulacji unijnych w powyższym zakresie wynika z zasad polityki UE w ochronie zdrowia. UE nie odgrywa istotnej, formalnej roli w zakresie opieki zdrowotnej¹. Wyraźne kompetencje WE w zakresie ochrony zdrowia mają bardzo ograniczony zakres i dotyczą właściwie tylko dziedziny zdrowia publicznego. Od lat 90. XX w. UE zaczyna zaznaczać coraz wyraźniej swoją rolę w zakresie zdrowia publicznego. Związane jest to, z jednej strony, z posiadaniem przez UE kompetencji formalnych w dziedzinie zdrowia publicznego, z drugiej zaś – z intensywnym rozwojem tej dziedziny. Ponadto za czynniki wpływające na powyższą politykę należy uznać czynniki epidemiologiczne (m.in. pojawienie się epidemii BSM i ptasiej grypy, zwiększenie liczby zachorowań na AIDS wśród Europejczyków) i ekonomiczne (z uwagi na kryzys większości europejskich systemów finansowania opieki zdrowotnej zwrócono większą uwagę na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, które to działania w dalszej perspektywie przynoszą duże oszczędności dla budżetów, z których pochodzą środki na leczenie).

Zdrowie publiczne, jako dziedzina wiedzy, ukształtowało się w Stanach Zjednoczonych. Kluczową pozycję w koncepcji zdrowia publicznego zajmuje promocja zdrowych stylów życia i działania prewencyjne. Jego rozwój w Europie przypada na lata 70.-80. XX w. Zdrowie publiczne obejmuje szeroki obszar działań, dotyczy wielu aspektów zdrowia społeczeństwa, wpływa na kształt polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz współdziała ze wszystkimi sektorami społeczno-gospodarczymi, organizacjami społecznymi oraz ludźmi. Zdrowie publiczne jest zatem szeroko pojętą dziedziną obejmującą działania dotyczące stanu zdrowia pewnej zbiorowości, natomiast klasyczna definicja zdrowia publicznego, sformułowana przez Winslowa, a ujęta w dokumentach WHO, określa zdrowie publiczne jako wiedzę i sztukę służącą zapobieganiu chorobom, poprawie oraz przedłużaniu życia, zdrowia i witalności fizycznej, a także psychicznej jednostek².

Najkrócej można zdefiniować zdrowie publiczne jako system wiedzy i działań służących utrzymaniu oraz pomnażaniu stanu zdrowia w skali społecznej. Jednym ze strategicznych elementów zdrowia publicznego jest administrowanie i zarządzanie opieką zdrowotną (dodanym do definicji

¹ Szerzej o polityce UE w zakresie ochrony zdrowia: P.J. Belcher, *Rola UE w ochronie zdrowia*, Ignis Warszawa 2001; P. Saganek, *Ochrona zdrowia*, [w:] *Prawo Unii Europejskiej. Prawo materialne i polityki*, red. J. Barcz, Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa 2003, s. 413 i n.

² A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, t. I, Vesalius, Kraków 2001, s. 13.

przez WHO w latach 70. XX w.)³. Działania UE sprowadzają się przede wszystkim do tworzenia i realizacji programów w zakresie zdrowia publicznego, w aspekcie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, pomijając zasadniczo problematykę administrowania opieką zdrowotną⁴. Odpowiedzialnymi za wdrożenie programów w życie są administracje krajów członkowskich, a Wspólnota jedynie wspiera i koordynuje działania na szczeblu międzynarodowym, nie naruszając jednakże kompetencji państw członkowskich.

PODSTAWY PRAWNE POLITYKI UE W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA

Analizując źródła, w szczególności prawa pierwotnego Wspólnot, bardzo trudno doszukać się regulacji w zakresie ochrony zdrowia. Najwcześniejsze odniesienie do szeroko rozumianej ochrony zdrowia w prawie pierwotnym UE znajduje się w traktacie rzymskim, następne zaś dopiero w Jednolitym Akcie Europejskim, a tak naprawdę konkretne i znaczące – w traktacie z Maastricht, przeniesione następnie do traktatu z Amsterdamu⁵. Podstawowe regulacje w zakresie ochrony zdrowia dotyczyły:

- 1) traktat paryski z 1951 r. – działań w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 2) traktat rzymski z 1957r. – zakładał jako jeden z podstawowych celów Wspólnoty poprawę warunków pracy i życia,
- 3) traktat z Maastricht z 1992 r. – zawierał zapis w art. 129. o dążeniu do wysokiego poziomu ochrony zdrowia, stanowi on obecnie treść art. 152. traktatu z Amsterdamu.

Obecnie art. 152. traktatu amsterdamskiego stanowi podstawową regulację w zakresie ochrony zdrowia w prawie UE. Nakłada on na Wspólnotę obowiązek zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i urzeczywistnianiu wszelkich polityk i działań oraz wyznacza kierunek działań Wspólnoty, mając na celu zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego. Wspólnota uzupełnia działania państw członkowskich w celu zmniejszenia szkodliwych dla zdrowia skutków narkomanii. Działania Wspólnoty w dziedzinie zdrowia publicznego mają w pełni respektować obowiązki krajów członkowskich, dotyczące organizacji i dostarczania świadczeń zdrowotnych oraz opieki medycznej⁶. Analizując regulacje prawne UE, można stwierdzić, iż działalność Unii Europejskiej w zakresie organizacji opieki zdrowotnej ogranicza się zgodnie z treścią art. 152. traktatu z Amsterdamu (obowiązującego od 1 maja 1999 r.) w zasadzie do:

- 1) środków ustanawiających wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa narządów, substancji pochodzenia ludzkiego, krwi i jej pochodnych,
- 2) środków podejmowanych w celu ochrony zdrowia publicznego w obszarach weterynarii i ochrony roślin,

³ Por. I. Wrześniewska-Wal, *Wspólnotowe regulacje prawne w dziedzinie zdrowia publicznego*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4, s. 100.

⁴ Najważniejsze programy UE w zakresie zdrowia publicznego, obrazujące jej politykę zdrowotną to:

- **program zwalczania AIDS i innych chorób zakaźnych na lata 1996-2000**, Decyzja nr 647/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 marca 1996 r.,
- **program zwalczania nowotworów na lata 1996-2000**, Decyzja nr 96/646/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 lipca 1996 r.,
- **program zwalczania uzależnień lekowych na lata 1996-2000**, Decyzja nr 102/97/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 16 grudnia 1996 r.,
- **program promocji zdrowia na lata 1996-2000**, Decyzja nr 645/96/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 marca 1996 r.,
- **program monitorowania stanu zdrowia na lata 1997-2001**, Decyzja nr 1400/97/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 30 czerwca 1997 r.,
- **program zwalczania chorób związanych z zanieczyszczeniem środowiska na lata 1999-2001**, Decyzja nr 1296/1999/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 kwietnia 1999 r.,
- **program zapobiegania wypadkom i urazom na lata 1999-2003**, Decyzja nr 372/1999/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 8 lutego 1999 r.,
- **program dotyczący chorób rzadko występujących na lata 1999-2003**, Decyzja nr 1295/1999/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 29 kwietnia 1999 r.,

nowy wspólnotowy program zdrowia publicznego 2003-2008, Decyzja nr 1786/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z 23 września 2002 r.

⁵ Por. M. Paszkowska, *Ochrona zdrowia w UE*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3, s. 107.

⁶ Por. art. 152. traktatu z Amsterdamu z 1997 r.

- 3) ochrony i poprawy zdrowia ludzi, wyłączając harmonizację jakichkolwiek przepisów prawa państw członkowskich⁷.

Finansowanie i zapewnienie opieki zdrowotnej (świadczeń zdrowotnych) stanowi wyłączny obowiązek krajów członkowskich, a nie Unii Europejskiej. Nie istnieją bowiem normy unijne, nakładające na UE taki obowiązek. Organizacja służby zdrowia i systemu ubezpieczeń zdrowotnych należy do wyłącznej kompetencji krajów członkowskich. Państwa członkowskie UE we własnym zakresie kształtują systemy ochrony zdrowia w swoich krajach.

MODELE FINANSOWANIA SYSTEMU ZDROWOTNEGO

System zdrowotny (ochrony zdrowia) jest wyodrębnioną, całością, złożoną z wielu różnorodnych elementów, między którymi zachodzą różnorodne relacje i który realizuje cel związany ze zdrowiem⁸. System zdrowotny wyróżnia rzeczywistość ochrony zdrowia określonego kraju w stosunku do innych krajów. Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów UE różnią się między sobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju. Generalnie można wyróżnić 2 systemy (modele) finansowania krajowego systemu zdrowotnego:

- 1) ubezpieczeniowy (oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli),
- 2) podatkowy (oparty na podatkach ogólnych).

Ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej funkcjonują we Francji, Holandii, Luksemburgu i Niemczech, natomiast oparte na podatkach ogólnych działają w Danii, Finlandii, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji, Portugalii i Wielkiej Brytanii. Poza dwoma powyższymi modelami finansowania systemu zdrowotnego można wyróżnić jeszcze model mieszany, zawierający w sobie elementy ubezpieczeniowego i podatkowego. Model ten jest najmniej popularny w praktyce (obowiązuje w Belgii i Grecji).

W krajach Unii Europejskiej zasadniczo funkcjonuje jeden z 2 klasycznych modeli organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej – Bismarcka lub Beveridgea. Wyróżnia się jeszcze model Siemaszki (funkcjonował on w Polsce do 1999 r.) jednakże z uwagi na jego podobieństwo do modelu Beveridgea będą one traktowane jako jeden model – narodowej służby zdrowia (zwany też budżetowym). Model organizacyjny systemu opieki zdrowotnej przekłada się bezpośrednio na sposób (model) finansowania opieki zdrowotnej danego kraju.

Model ubezpieczeniowy jest najstarszym z klasycznych i wywodzi się z rozwiązań przyjętych w ustawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby, z pakietu ustaw socjalnych, zainicjowanych przez kanclerza Rzeszy Niemieckiej, Otto von Bismarcka, i nazywany jest z tego powodu „modelem bismarckowskim”⁹. Model ten oparty jest na ubezpieczeniach, których celem jest ochrona ludzi (pracowników) przed nieprzewidywalnym zdarzeniem (chorobą) i wynikająca z niego utrata bezpieczeństwa materialnego rodziny¹⁰. Płatnicy Kasy Chorych zawierają kontrakty z instytucjami opieki zdrowotnej na świadczenie usług zdrowotnych ubezpieczonej populacji. W ujęciu klasycznym ubezpieczenie jest obowiązkowe tylko dla osób o niższych dochodach (np. w Polsce uczestnictwo w systemie jest dotychczas obowiązkowe dla wszystkich), natomiast osoby o wyższych dochodach mogą dobrowolnie uczestniczyć w funduszach lub przystąpić do prywatnych programów ubezpieczeniowych. Do cech charakterystycznych tego modelu można zaliczyć:

1. powołanie ustawowych instytucji ubezpieczeniowych – kas chorych,
2. utworzenie ze składek na ubezpieczenie funduszy przeznaczonych na finansowanie określonych świadczeń przysługujących ubezpieczonym,
3. współpłacenie składek w określonej partycypacji przez pracownika i pracodawcę,
4. zarządzanie funduszami przez niezależne od administracji państwowej zarządy, kontrolowane także przez reprezentantów ubezpieczonych,
5. zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami ochrony zdrowia na realizację świadczeń dla ubezpieczonych,
6. szeroka możliwość wyboru ubezpieczyciela (regionalny bądź branżowy),

⁷ Por. art. 152., ust. 4. traktatu z Amsterdamu z 1997 r.

⁸ C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy zdrowotne*, Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 6.

⁹ M. Balicki, Z. Koronkiewicz, *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wyd. Medyczne & Urban Partner, Wrocław 2003, s. 134.

¹⁰ Por. M. Kautsch, J. Klich, M. Whitfeld, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001, s. 33.

7. zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych lub finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych¹¹.

Charakterystyczne dla modelu Bismarcka jest uczestnictwo w decydowaniu o finansowaniu świadczeń zdrowotnych szerszego gremium, obejmującego zarówno przedstawicieli medycznych organizacji zawodowych, samorządów lokalnych, jak i pracodawców. Ubezpieczenie pokrywa zazwyczaj wydatki na świadczenia zdrowotne i niektórych wypadkach zwrot utraconych zarobków.

Po II wojnie światowej ukształtował się model angielskiej narodowej (państwowej) służby zdrowia, wprowadzony w 1948 r. w Wielkiej Brytanii przez lorda Beveridge'a. Beveridge wyłączył z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych. Służba zdrowia zyskała także odrębność w sferze zarządzania i organizacji, a powszechne świadczenia zdrowotne uzyskały finansowanie z budżetu państwa. Charakterystyczne dla tego modelu jest świadczenie usług wszystkim bez względu na status społeczny¹². Państwo jest odpowiedzialne na powszechny dostęp do usług zdrowotnych i realizuje ten obowiązek za pośrednictwem państwowej służby zdrowia. Środki na opiekę zdrowotną pochodzą z podatków ogólnych (centralnych) lub lokalnych.

Głównymi cechami charakterystycznymi modelu Beveridge'a są:

1. wydzielenie i ustawowe określenie wielkości środków finansowych budżetu państwa, przeznaczonych na finansowanie opieki zdrowotnej,
2. państwowa organizacja udzielania świadczeń (publiczne zakłady opieki zdrowotnej),
3. nadzór i kontrola administracji państwowej (rządowej i samorządowej) nad systemem ochrony zdrowia,
4. uprawnieni do świadczeń są wszyscy obywatele lub mieszkańcy kraju (wyłączenia na podstawie listy negatywnej),
5. kontrakty (oparte na zakupie przez państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli) z dysponentem środków publicznych¹³.

Model Beveridge'a występuje obecnie w zasadniczo klasycznej postaci w Wielkiej Brytanii, natomiast Bismarcka w Niemczech. Przedstawione klasyczne modele systemu opieki zdrowotnej mają zalety i wady, a w praktyce funkcjonują najczęściej ich zmodyfikowane wersje. Systemy zdrowotne większości krajów „starej” Unii uległy ponadto w praktyce konwergencji-idee jednego z modeli adaptowane są przez inne modele.

Kraje postkomunistyczne, które także po II wojnie światowej wprowadziły państwową i powszechną służbę zdrowia (choć nie na podstawie modelu angielskiego, lecz tzw. modelu Siemaszki), wracają do systemów ubezpieczeniowych. Powojenny model to tzw. scentralizowany model organizacji i finansowania ochrony zdrowia, nazwany potem „siemaszkowskim”. Zakładał on m.in.:

1. finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa, oparte na zasadzie centralnego planowania,
2. państwową organizację udzielania świadczeń (państwowe są jednostki służby zdrowia, pracownicy są urzędnikami państwowymi),
3. brak sektora prywatnego w ochronie zdrowia, wszyscy uprawnieni do świadczeń są pracownikami zarobkowymi,
4. kontrakty oparte na zakupie przez Państwo świadczeń zdrowotnych na rzecz obywateli¹⁴.

Analiza systemów zdrowotnych krajów członkowskich UE wykazuje, iż mimo wielu podobieństw nie można ich wszystkich zakwalifikować do określonych „klasycznych” modeli, a istniejące rozwiązania mogą pochodzić w różnym zakresie i proporcjach z innych – modelu Bismarcka czy Beveridge'a. Z przyjętego modelu systemu zdrowotnego w danym kraju wynika bezpośrednio metoda finansowania opieki zdrowotnej, dlatego też można wyróżnić dwa główne źródła

¹¹ S. Golinowska, *Funkcjonowanie systemu ustawowych kas chorych w Niemczech*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 3, s. 92-104.

¹² Por. M. Kautsch, J. Klich, M. Whitfeld, *op.cit.*, s. 31.

¹³ Por. M. Dziubińska-Michalewicz, *System opieki zdrowotnej. Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, „Studia i Materiały Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych” 1993, z. 3 (376), s. 51.

¹⁴ G. Jasiński, *Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich*, „Biuletyn Kas Chorych” kwiecień 2001, nr 3-4, s. 16-22.

finansowania, tj. podatki i ubezpieczenia. W praktyce występuje również współpłatność pacjenta za usługi medyczne, jednakże nie jest to źródło o dominującym ekonomicznym znaczeniu (niewiele pieniędzy wpływa w ten sposób do systemu). Dominującymi źródłami zasilania systemu zdrowotnego są podatki lub obowiązkowe składki ubezpieczeniowe, natomiast uzupełniającymi – dobrowolne ubezpieczenia prywatne oraz opłaty bezpośrednie. W systemach płatności dominują dwie alternatywne formy: opłata za usługę (*fee-for-service*) oraz kapitacyjna (ustalona kwota za każdą osobę objętą opieką)¹⁵. Finansowanie systemu opieki zdrowotnej było i będzie dla wielu krajów jednym z podstawowych problemów ekonomiczno-społecznych.

FINANSOWANIE SYSTEMU ZDROWOTNEGO W POLSCE

Zgodnie z art. 68. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”. Ponadto powyższy przepis przyznaje obywatelom prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych¹⁶. Zasady zawarte w art. 68. Konstytucji są fundamentalnymi dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Proces reformowania polskiego systemu zdrowotnego został zapoczątkowany w 1989 r. w związku z zasadniczymi zmianami ustroju politycznego i gospodarczego państwa, jednakże zmiany samego systemu opieki zdrowotnej postępowały wolno. Duże znaczenie dla procesu reform miało uchwalenie ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, która do chwili obecnej ma podstawowe znaczenie dla organizacji ochrony zdrowia w Polsce. Konsekwencją ustawy o ZOZ było m.in. usamodzielnienie większości zakładów opieki zdrowotnej (z zakładów budżetowych). Ponadto zaczął się rozwijać rynek prywatnych dostawców usług medycznych. 6 lutego 1997 r. uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnych¹⁷. Zrewolucjonizowała ona system zdrowotny w Polsce i przesądziła na dłuższy czas o sposobie finansowania usług medycznych. Po raz pierwszy w Polsce do systemu zdrowotnego wprowadzono rachunek ekonomiczny w miejsce zasady wykonywania przydzielonego budżetu¹⁸. Ustawa wprowadziła powszechne ubezpieczenie zdrowotne w oparciu o model Bismarcka (z modyfikacjami). Od 1 stycznia 1999 r. (tj. od momentu wejścia w życie ustawy) polski system zdrowotny zmienił się z modelu narodowej służby zdrowia (w wersji Siemaszki) na model ubezpieczeniowy. Finansowanie przedmiotowe (zakontraktowanej usługi) zastąpiło podmiotowe (budżetowanie ZOZ). Działanie nowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych realizowane było przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, zwane kasami chorych (powołano ich 17). Funkcjonowanie kas chorych w latach 1999-2002 spowodowało w skali kraju zróżnicowanie oferowanego zakresu i dostępu do świadczeń zdrowotnych, a także indywidualne kreowanie polityki zdrowotnej¹⁹.

Remedium na pogłębiający się kryzys ochrony zdrowia miała być ustawa z 23 stycznia 2003 r. o Narodowym Funduszu Zdrowia, która zastąpiła ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W praktyce nowa ustawa niewiele różniła się od swej poprzedniczki. Wprowadzona została nowa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego – Narodowy Fundusz Zdrowia (jeden z oddziałami wojewódzkimi w miejsce 17 kas chorych). Zasady gospodarki finansowej NFZ w porównaniu z kasami chorych nie zostały istotnie zmienione poza wprowadzeniem funduszu zapasowego (zwiększanego lub zmniejszanego w zależności od wyników finansowych za dany rok obrotowy). Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych zastąpiła ustawę o NFZ, uznaną przez Trybunał Konstytucyjny w grudniu 2003 r. za niezgodną z Konstytucją. W istocie ustawa niewiele się różni od poprzedniej, nie ma w niej bowiem spisu świadczeń gwarantowanych, a jedynie tzw. koszyk negatywny, na podstawie którego należy się domyśleć, że wszystko, co poza nim – jest dostępne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Art. 15. ustawy określa świadczenia zdrowotne, przysługujące pacjentowi, natomiast art. 16. nienależne, które ponadto określone zostały w załączniku do ustawy. Ubezpieczony pacjent nie ma prawa do finansowania ze środków publicznych, m.in. nieobowiązkowych szczepień ochronnych, operacji zmiany płci, chirurgii plastycznej kosmetycznej, psychoanalizy. Zakres

¹⁵ E. Hibner, *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyd. WSHE, Łódź 2003, s. 77.

¹⁶ Por. art. 68., ust. 1. i ust. 2. Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. (DzU nr 78, poz. 483).

¹⁷ DzU nr 20, poz. 153 z późn. zm.

¹⁸ E. Hibner, *op.cit.*, s. 175.

¹⁹ M. Balicki, Z. Koronkiewicz, *op.cit.*, s. 149.

wyłączeń zawartych w ustawie ubezpieczeniowej jest nadal bardzo mały. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej ustawą ubezpieczeniową) są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli:

1. podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,
2. ubezpieczają się dobrowolnie²⁰.

Ubezpieczenie zdrowotne w Polsce jest oparte w szczególności na zasadach:

1. solidarności społecznej,
2. samorządności,
3. samofinansowania,
4. prawa wolnego wyboru lekarza,
5. zapewnienia równego dostępu do świadczeń,
7. gospodarności i celowości działania²¹.

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych:

1. badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
2. świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
3. podstawową opiekę zdrowotną,
4. świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
5. ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
6. rehabilitację leczniczą,
7. świadczenia stomatologiczne,
8. leczenie szpitalne,
9. świadczenia wysokospecjalistyczne,
10. leczenie w domu chorego,
11. badanie i terapię psychologiczną,
12. badanie i terapię logopedyczną,
13. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną,
14. pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
15. opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
16. opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
17. opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
18. opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
19. leczenie uzdrowiskowe,
20. zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
21. transport sanitarny,
22. ratownictwo medyczne²².

Ubezpieczenie zdrowotne realizowane jest przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, którą jest Narodowy Fundusz Zdrowia(NFZ), który gromadzi środki finansowe, zarządza nimi oraz zawiera umowę ze świadczeniodawcami. Świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych, posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, które wnoszą ubezpieczeni²³. Leczyć się można w przychodniach i szpitalach, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Każdy ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego porad specjalistycznych spośród tych, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

²⁰ Por. art. 3. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych (DzU nr 210, poz. 2135).

²¹ Por. art. 65. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

²² Por. art. 15. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

²³ Por. art. 1. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego w każdym szpitalu na terenie kraju, który podpisał umowę z Funduszem, na podstawie skierowania lekarza, lekarza stomatologa lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. W stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub porodu świadczenia zdrowotne udzielane są bez skierowania. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenia zdrowotne dla dzieci do ukończenia 18. roku życia udzielane są bezpłatnie niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenia dla dzieci nieubezpieczonych w NFZ udzielane są na koszt budżetu państwa. Ubezpieczony (a takimi z uwagi na zakres obowiązkowego ubezpieczenia jest większość Polaków) opłaca okresowo składkę na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości procentowo określonej przez ustawę ubezpieczeniową.

Ze względu na potencjalnie nieograniczone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i brak współpłacenia przez pacjenta bardzo trudno jest zrównoważyć ograniczoną ilość środków finansowych (publicznych) ze stale wzrastającym popytem, dlatego we wszystkich systemach opieki zdrowotnej, finansowanej wyłącznie ze środków publicznych, istnieje administracyjna reglamentacja dostępu do leczenia. Przyjmuje ona formę dobrze znanych „limitów” świadczeń zdrowotnych, jakie poszczególni świadczeniodawcy mogą wykonać w danym roku osobom uprawnionym bezpłatnie. Limity widziane oczami pacjentów to po prostu kolejki do leczenia i oczekiwanie na odpowiednią pomoc od kilku tygodni do nawet kilku lat.

Reasumując, bezpłatne świadczenia zdrowotne w Polsce udzielane są tylko przez placówki (zarówno publiczne, jak i prywatne, np. indywidualne praktyki lekarskie), które mają podpisane kontrakty (umowy) na świadczenie usług zdrowotnych w danym roku z NFZ²⁴. W sytuacjach nagłych, zagrożenia życia czy porodu, pacjent może jednak zgłosić się do szpitala czy przychodni, która nie ma podpisanej umowy z NFZ. Pomoc w takim przypadku będzie jednak ograniczać się tylko do świadczeń niezbędnych do ratowania życia. W takiej sytuacji szpital bez kontraktu z Funduszem może uzyskać zwrot poniesionych kosztów leczenia chorego od NFZ.

FINANSOWANIE SYSTEMU ZDROWOTNEGO W NIEMCZECH

Konstytucja Niemiec z 1949 r. w ogóle nie porusza prawa do ochrony zdrowia, jednakże realizację powyższego prawa zapewniają ustawy kreujące niemiecki system zdrowotny. Niemiecki system ochrony zdrowia, wprowadzony w 1893 r., jest najstarszym modelem na świecie²⁵. Ukształtował się na przełomie XIX i XX w. dzięki działaniom postępowym ówczesnego kanclerza Bismarcka. Niemiecka służba zdrowia uważana jest za jedną z najlepszych (choć równocześnie najdroższych) na świecie. Niemiecki model systemu zdrowotnego oparty jest o obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne (obejmują one ok. 88% populacji). Obligatoryjne objęcie ubezpieczeniem dotyczy osób poniżej pewnego ustalonego poziomu dochodów, najwyżej zarabiający natomiast ubezpieczają się dobrowolnie w jednym z kilkudziesięciu prywatnych towarzystw ubezpieczeniowych. Poza systemem ubezpieczeń ustawowych pozostaje w Niemczech około 10% obywateli²⁶. Zdecydowana większość z nich ubezpieczona jest prywatnie. Tylko niecałe 0,5% populacji jest nieubezpieczone²⁷.

Organizacja i finansowanie systemu zdrowotnego Niemiec oparta jest o tradycyjne zasady solidarności społecznej i decentralizacji. Specyfikę organizacji opieki zdrowotnej, podobnie jak i w wielu innych krajach, warunkuje podział terytorialny państwa. Główna odpowiedzialność za dostarczanie usług i administrowanie spoczywa na landach (jednostki podziału terytorialnego kraju)²⁸. Duży wpływ na kreowanie polityki zdrowotnej mają liczne organizacje, instytucje publiczne²⁹. Instytucją ubezpieczenia zdrowotnego są kasy chorych. Organizowane są one terytorialnie, branżowo

²⁴ Szerzej zasady kontraktowania usług medycznych z NFZ: art. 132.-139., 156. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

²⁵ W. Muszalski, *Ubezpieczenia społeczne*, PWN, Warszawa 2004, s. 37.

²⁶ Ch. Sował, *System społecznego ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech, Czego możemy się nauczyć!*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, t. IV, nr 6, s. 80.

²⁷ B. Chołuj, *Systemy opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich*, Scholar, Warszawa 2002, s. 105.

²⁸ Por. E. Hibner, *op.cit.*, s. 88.

²⁹ C. Włodarczyk, S. Paździach, *op.cit.*, s. 156.

lub przez specjalne przedsiębiorstwa. Pracownicy mają prawo wolnego wyboru kasy chorych. Składki pobierane są od wszystkich dochodów z pracy i podzielone równo między pracownika i pracodawcę. Istnieją różnice w poziomie składek między kasami. Szpitale są finansowane z dwóch źródeł – przez land pokrywane są koszty ogólne, natomiast koszty operacyjne pokrywają kasy. W ostatnich latach wzrasta stopniowo współpłatność za usługi szpitalne. Opieka ambulatoryjna finansowana jest poprzez negocjacje między kasami chorych, a stowarzyszeniami lekarzy (obligatoryjna przynależność). Podstawowy mechanizm płacenia to *fee-for-service* dla specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Katalog świadczeń udzielanych ubezpieczonym ustalany jest przez Federalną Komisję Lekarzy i Kas Chorych. Lekarze i szpitale zobowiązani są do udzielania świadczeń odpowiadających aktualnemu poziomowi wiedzy medycznej. Muszą być one zgodne z prawem, udzielane w sposób wystarczający, celowo i z przestrzeganiem zasad gospodarności. Kasy chorych mają prawo kontrolować gospodarność świadczeniodawców. Usługi ambulatoryjne udzielane są w ramach systemu ubezpieczeń ustawowych tylko przez lekarzy należących do związków kasowych. Działają oni we własnych (prywatnych) gabinetach lekarskich lub tworzą praktyki grupowe³⁰. Ubezpieczony ma prawo do wolnego wyboru lekarza spośród wszystkich lekarzy zatrudnionych i zarejestrowanych w związku lekarzy. Na leczenie szpitalne kieruje pacjenta lekarz opieki otwartej. Ubezpieczeni uczestniczą w kosztach określonych świadczeń, np. leki, które znajdują się na tzw. negatywnej liście, nie są finansowane przez ubezpieczenia chorobowe. Opieka zdrowotna w Niemczech charakteryzuje się bardzo dużą dostępnością. Wynika to zarówno z bardzo dużej liczby, jak i z rozbudowanej bazy szpitalnej. Istniejące czynniki motywacyjne, takie jak opłata za usługę w opiece otwartej i opłata za osobodzień, stymulują dużą podaż usług ambulatoryjnych oraz długie pobyty szpitalne. Wydatki na ochronę zdrowia w stosunku do produktu krajowego brutto stanowią 10,5%, co sytuuje Niemcy na drugim miejscu na świecie po Stanach Zjednoczonych³¹. Składka na ubezpieczenie jest opłacana w zależności od możliwości finansowych ubezpieczonego, liczonej jako procent od wynagrodzeń lub innych dochodów.

System ubezpieczeń powszechnych jest oparty na samorządnych strukturach: kasach chorych, związkach kas chorych, izbach lekarskich, związkach lekarzy kasowych, związkach szpitali oraz związkach innych świadczeniodawców. Instytucje te stanowią podmioty prawa publicznego, działają na zasadach *non profit*, ich celem nie jest osiągnięcie zysku.. Cechą niemieckiego systemu opieki zdrowotnej jest klarowny rozdział ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i opieki stacjonarnej. Regułą jest, że szpital nie może udzielać świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Zakres świadczeń jest realizowany w całości przez lekarzy ogólnych i lekarzy specjalistów. Niemieckie szpitale świadczą opiekę zdrowotną na najwyższym światowym poziomie.

Niemieckie rozwiązania z pewnością nie stanowią przykładu „dobrej praktyki” w zakresie rozłożenia ciężaru finansowania opieki zdrowotnej, jeśli za kryterium oceny przyjmiemy zasadę solidaryzmu społecznego pomiędzy bogatymi i biedniejszymi grupami społeczeństwa. Spełnienie tej zasady niweczone jest przez wprowadzenie dochodowej granicy obowiązku ubezpieczenia oraz górnej granicy naliczania składek, a także przez dyskryminację rodzajów dochodów podlegających oskładkowaniu³². Niemcy przeżywają kryzys w ochronie zdrowia, politycy dążą do obniżenia składki zdrowotnej. Obecnie wprowadzają ograniczenia w wydatkach m.in. na badania specjalistyczne, także na leki.

FINANSOWANIE SYSTEMU ZDROWOTNEGO W WIELKIEJ BRYTANII

W latach 1911-1948 fundament systemu opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii stanowiły ubezpieczenia zdrowotne³³. W 1946 r. Parlament przyjął ustawę o narodowej służbie zdrowia (National Health Service Act), która weszła w życie w 1948 r., kreując system zwany Narodową Opieką Zdrowotną (National Health Service – NHS). Zadaniem NHS było zapewnienie równej opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Ustawa ukształtowała system, w którym opieka zdrowotna stała się powszechna, ogólnie dostępna i bezpłatna. Administracja brytyjskiego systemu zdrowotnego

³⁰ Por. J. Fedorowski, R. Nizankowski, *Ekonomika medycyny*, PZWL, Warszawa 2002, s. 61.

³¹ *Ibidem*, s. 62.

³² J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne, Procesy reform ochrony zdrowia w krajach wysoko rozwiniętych*, PiPG, Warszawa 2003, s. 126-127.

³³ Por. S. Paździoch, A. Domagała, M. Zajac, *Organizacja ochrony zdrowia w powiecie w obliczu integracji Polski z Unią Europejską*, Vesalius, Kraków 2000, s. 21.

zorganizowana jest na trzech poziomach: narodowym, regionalnym i lokalnym³⁴. Dominujący jest publiczny sektor szpitalny. Szpitale swobodnie dysponują środkami, których wielkość zależy od liczby sprzedanych świadczeń (zakupionych przez władze lokalne). Podstawowym poziomem kierowania NHS są dystrykty, gdzie władze lokalne podpisują umowy ze szpitalami i nadzorują dostęp do opieki medycznej³⁵. Wydatki na ochronę zdrowia stanowią około 7% dochodu narodowego brutto. W przeliczeniu na osobę wydatki zdrowotne wynoszą około 1100 euro rocznie³⁶. Służba zdrowia finansowana jest z podatków centralnych. Globalną kwotę rozdziela się na okręgowe władze zdrowia, te zaś – dla władz w dystryktach. Władze centralne odpowiadają za planowanie, organizację i finansowanie opieki zdrowotnej na poziomie całego państwa.

Podstawową zasadą brytyjskiego systemu zdrowotnego jest zasada powszechnej dostępności do pełnego zakresu medycznie uzasadnionych świadczeń, bez związku z sytuacją finansową i społeczną pacjenta. Regionalne i okręgowe władze NHS zapewniają opiekę medyczną, stomatologiczną i pomoc doraźną w obrębie swych granic terytorialnych. Filarami systemu jest lekarz rodzinny i szpital (w większości państwowy). Cały kraj jest podzielony na trusts. Są to jednostki szpitalne, udzielające specjalistycznej opieki obywatelom. Szpital swobodnie dysponuje środkami finansowymi, a ich wielkość zależy od liczby świadczeń zakupionych przez władze lokalne. Kontrakty mają charakter globalny – zakup wolumenu świadczeń na rok (ew. tylko świadczeń pewnego rodzaju). Kontrakty oparte są na liczbie i cenie świadczeń. Lekarze rodzinni zawierają z administracją NHS kontrakty, których warunki negocjowane są corocznie (m.in. opłata na praktykę, opłata kapitacyjna, opłata za usługę). Kontrakty są podstawowym elementem rynku wewnętrznego, prowadzącym do wywołania u świadczeniodawców pożądaných celów, którymi są obniżenie kosztów, rozszerzenie zakresu usług i podnoszenie ich jakości³⁷. Od 1997 r. wszyscy obywatele brytyjscy objęci są powszechnym zabezpieczeniem zdrowotnym.

System finansowany jest ze środków publicznych, tj. podatków i składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, płaconych przez pracodawców i pracowników. Zakres świadczeń jest bardzo szeroki (wyłączenia m.in.: stomatologia, chirurgia kosmetyczna, współpłacenie za leki i niektóre świadczenia). Część obywateli posiada również ubezpieczenie zdrowotne – uzupełniające lub dodatkowe³⁸. Na rynku ubezpieczeń dobrowolnych działa kilkadziesiąt instytucji, z których większość ma niemieckie korzenie. NHS jest finansowany głównie z systemu podatkowego (95%) i innych opłat (5%) na podstawie budżetu ustalonego przez ministra i zatwierdzonego przez Parlament³⁹. Większa część finansowania opiera się na płatności za pacjenta umieszczonego na liście lekarza (wysokość płatności zależy od wieku pacjenta). Niektóre usługi opłacane są na zasadzie *fee-for-service*.

System opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii oparty jest na podstawowej opiece zdrowotnej, świadczonej przez zespół opieki (w skład, którego wchodzi m.in. lekarze rodzinni, pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarki – wizytatorzy zdrowia pielęgniarki psychiatryczne, pielęgniarki zabiegowe, pielęgniarki szkolne, położne). Jednocześnie obowiązuje rejestracja u lekarza (zmiana wyłącznie w szczególnych przypadkach). Opieka ambulatoryjna jest bezpłatna. Konsultacje specjalistyczne wykonywane są na podstawie skierowania. Specjalistyczne usługi medyczne świadczone są przez szpitale rejonowe lub ośrodki kliniczne szpitali uniwersyteckich. Na podstawie skierowania przysługuje także bezpłatna opieka szpitalna i sanatoryjna. Standardowe świadczenia stomatologiczne są częściowo odpłatne w zależności od rodzaju usługi. Bezpłatna pomoc stomatologiczna przysługuje dzieciom i emerytom. Bezpłatna pomoc udzielana jest we wszystkich stacjach pogotowia ratunkowego oraz szpitalach NHS. Pacjenci ponoszą opłatę stałą za zapisany lek lub wykorzystują roczny abonament lekowy. System zdrowotny finansowany jest ze środków publicznych, tj. zarówno z podatków, jak i składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, płacone przez pracodawcę i pracownika. Uczestnictwo w powszechnym systemie zabezpieczenia

³⁴ Por. S. Paździoch, A. Domagała, M. Zając, *op.cit.*, s. 24.

³⁵ J. Kobza, *Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej na przykładzie wybranych krajów UE*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2003, nr 3-4, s. 40.

³⁶ Por. J. Fedorowski, R. Niżankowski, *op.cit.*, s. 55.

³⁷ Por. A. Sobczak, *Kontraktowanie usług w systemie brytyjskiej narodowej służby zdrowia*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1999, s. 5.

³⁸ Por. G. Jasiński, *Dobrowolne ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 10, s. 8.

³⁹ E. Hibner, *op.cit.*, s. 116.

zdrowotnego jest obowiązkowe. Niektóre świadczenia zdrowotne są wyłączone z zakresu gwarantowanych świadczeń⁴⁰. Dotyczy to przede wszystkim stomatologii, chirurgii plastycznej (zwłaszcza kosmetycznej), niektórych leków. Wielka Brytania należy do grupy krajów o najniższych nakładach na opiekę zdrowotną, liczonych odsetkiem PKB, w Europie Zachodniej. 7,5-7,8% PKB na ochronę zdrowia w Wielkiej Brytanii to o 1/3 mniej niż w państwach o podobnej zamożności np. Francja czy Niemcy (ok. 10% PKB).

Podsumowując, naczelną zasadą funkcjonowania NHS jest powszechność i szeroki zakres bezpłatnych świadczeń dla wszystkich rezydentów niezależnie od osiągniętych dochodów i stopnia komplikacji świadczeń medycznych. Zakres, ilość i jakość usług są każdorazowo negocjowane i kontraktowane⁴¹. Coraz powszechniejsza jest opinia o ograniczonych zasobach (finansowych, kadrowych, np. liczba lekarzy i pielęgniarek niższa niż w innych krajach rozwiniętych, rzeczowych). W dobie starzenia się społeczeństw Wielka Brytania stoi wobec problemu znacznego niedostatku „mocy wytwórczych” w ochronie zdrowia⁴². Problemy brytyjskiego systemu zdrowotnego ponadto dotyczą realizacji zasady równości (badania wykazują, że im wyższa klasa społeczna, tym wyższy stan zdrowia), a także obniżającej się jakości świadczeń skazanych na finanse publiczne. W efekcie wprowadzono samodzielność szpitali i powierzono budżety lekarzom rodzinnym, jednakże spowodowało to wzrost kosztów obsługi systemu.

FINANSOWANIE SYSTEMU ZDROWOTNEGO W SZWECJI

Ochrona zdrowia jest fundamentalnym składnikiem szwedzkiego systemu pomocy społecznej. Niemalże cała populacja ma dostęp do szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych, finansowanych głównie ze składek pracodawców. Ochrona zdrowia w Szwecji należy do zadań administracji rządowej i samorządu terytorialnego⁴³. Model systemu zdrowotnego oparty jest o system tzw. narodowej, powszechnej służby zdrowia. W Szwecji kluczową rolę w organizowaniu świadczeń na swoim obszarze odgrywają rady powiatowe (np. opiekę szpitalną zapewniają szpitale będące własnością rad powiatowych i przez niefinansowane)⁴⁴. Rady powiatowe pokrywają większą część wydatków na ochronę zdrowia (ok.60%) z podatków, natomiast pozostała część pochodzi z funduszy państwowych, a tylko ok. 5% – z opłat pacjentów. Zadania systemu szwedzkiego określa ustawa o ochronie zdrowia z 1982 r., mówiąca o tym, że społeczeństwu należy zapewnić ochronę zdrowia i leczenie na wysokim poziomie oraz jednakowy dostęp do świadczeń dla wszystkich obywateli. Podstawę działania i finansowania szwedzkiej służby zdrowia stanowi sektor publiczny⁴⁵. Bezpośrednio za działanie tego sektora odpowiadają samorządy, którym podlegają szpitale i przychodnie zdrowia.

Podstawowym szczeblem służby zdrowia są przychodnie udzielające świadczeń obywatelom w wypadkach niewymagających hospitalizacji. Pracują w nich zespołowo lekarze, pielęgniarki i fizjoterapeuci. Pacjent ma obecnie prawo wyboru lekarza domowego. Szwedzki system jest finansowany z podatków, ale mimo to istnieją kasy ubezpieczeniowe, które pełnią rolę trzeciej strony między świadczeniodawcą i pacjentem. Większość usług zdrowotnych jest finansowanych z podatków pobieranych przez władze centralne i wojewódzkie. Główny ciężar zapewnienia opieki zdrowotnej spoczywa na samorządzie wojewódzkim, który odpowiada za podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną, opiekę szpitalną, rehabilitację i realizację programów zdrowia publicznego.

W celu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia samorząd może zawierać umowy ze spółkami i osobami prywatnymi. Mogą też pobierać opłaty za świadczenia zdrowotne (określone są maksymalne). Bezpłatną opiekę zapewnia się dzieciom do lat 18 i kobietom w ciąży⁴⁶. Od 1994 r. wprowadzono system lekarza rodzinnego wraz z koniecznością uzyskania od niego skierowania do specjalisty (obecnie nie potrzeba już skierowania). Ubezpieczenie zdrowotne obejmuje wszystkich

³⁹ Por. G. Jasiński, *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w UE*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 10 /, s. 7.

⁴¹ Por. K. Głębicka, M. Pierchalska, *System zabezpieczenia społecznego po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*, ITE, Pionki –Radom 2003, s. 106-107.

³⁸ A. Kozierkiewicz, *Szanse na eksport usług medycznych*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 29-32, s. 13.

⁴³ Por. S. Paździoch, A. Domagała, M. Zajac, *op.cit.*, s. 30.

⁴⁴ E. Hibner, *op.cit.*, s. 111.

⁴⁵ Por. G. Ciura, *Opieka zdrowotna w Szwecji*, „Służba Zdrowia” 1996, nr 2, s. 21.

⁴⁶ Por. S. Paździoch, A. Domagała, M. Zajac, *op.cit.*, s. 33.

obywateli powyżej 16 lat. System ubezpieczeń zdrowotnych gwarantuje ubezpieczonemu zwrot po przedstawieniu rachunku ustanowionej urzędowo opłaty za poradę lekarską (pacjent pokrywa tylko 10% kosztów). Leczenie szpitalne jest bezpłatne (do 2 lat).

Podsumowując, szwedzki system ochrony zdrowia należy do najlepiej zorganizowanych systemów. Jest to system samorządowy, polegający na finansowaniu ze środków samorządów lokalnych i ich odpowiedzialności. Wkład pacjenta jest nieduży i wynosi 2% budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia⁴⁷. Prawie wszystkie usługi świadczy publiczna służba zdrowia. Każdy obywatel ma prawo do bezpłatnego lub częściowo odpłatnego leczenia na tych samych warunkach.

FINANSOWANIE SYSTEMU ZDROWOTNEGO WE FRANCJI

Francuski system opieki zdrowotnej jest wysoce złożony pod względem organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych. Złożoność systemu potwierdza fakt, że obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego jest realizowany w ramach różnych i oddzielnie funkcjonujących systemów, a świadczenia zdrowotne są udzielane przez wiele podmiotów i na różnych zasadach. Obok powszechnego systemu ubezpieczeń działa 20 innych systemów obowiązkowych ubezpieczeń dla poszczególnych kategorii zawodowych⁴⁸. Fundamentalne dla systemu francuskiego są dwie zasady: swobodnego dostępu do lekarza oraz pełnej równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Francuski system zdrowotny jest strukturalnie złożony z sektora prywatnego i publicznego, przenikających się zarówno w sferze finansowania, jak i świadczenia usług. Regulowany jest przez państwo, społeczności lokalne i powszechne fundusze ubezpieczeń zdrowotnych. System powyższy opiera się na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, wspieranym w szerokim zakresie przez ubezpieczenia dobrowolne i jest ściśle uregulowany przez rząd, który ponosi główną odpowiedzialność za ochronę zdrowia obywateli⁴⁹. Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej gwarantowany jest przez system narodowego ubezpieczenia zdrowotnego (NHI), obejmującego ok. 99% populacji. Blisko 74% wydatków na ochronę zdrowia pokrywa NHI, 5% – prywatne ubezpieczenia, a ok. 13% – sami pacjenci (współpłatność), natomiast 7% towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych.

Za politykę zdrowotną kraju oraz administrowanie systemu opieki zdrowotnej odpowiedzialny jest minister zdrowia, który określa podstawowe standardy w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych i wydaje w tym zakresie przepisy prawne. Kolejne reformy systemu ochrony zdrowia wskazują, że Francja szuka dalszych sposobów ograniczania tempa wzrostu wydatków, starając się równocześnie utrzymać pełną dostępność usług zdrowotnych⁵⁰. Działania w zakresie administracji rządowej na poziomie regionu ukierunkowuje prefekt regionu. Francja należy do krajów, w których od wielu lat notuje się jedne z najwyższych nakładów na ochronę zdrowia i zajmuje równorzędną z Niemcami w tym względzie pozycję na świecie. We Francji istnieją silne związki pomiędzy gminą i szpitalem lub hospicjum. Większość publicznych zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej ma charakter zakładów gminnych lub międzygminnych. Gminy mogą tworzyć ośrodki i centra zdrowia (*dispensaires et centres de sanitaire*). Jest to podyktowane lokalnym interesem publicznym. W ramach kompetencji samorząd terytorialny poprzez radę generalną na poziomie wojewódzkim może tworzyć, organizować, finansować usługi i świadczenia zdrowotne.

Głównym aktem prawnym, regulującym kwestie zdrowotne, jest Dekret z 29 grudnia 1945 r. Francuski system ubezpieczeń zdrowotnych jest jednym z najbardziej złożonych w Europie. Spośród blisko 20 systemów ubezpieczeń zdrowotnych trzy z nich posiadają dominujące znaczenie: system powszechny, który obejmuje 80% całej populacji, następnie system dla ludności rolniczej (9%) i system dla pracowników niezależnych (6%). W ramach tych trzech systemów ubezpieczonych jest 95% mieszkańców. 15% pozostałych systemów obejmuje po kilkaset tysięcy osób i ogółem około 4% całej populacji Francji⁵¹. System opieki zdrowotnej we Francji oparty jest na różnorodnych,

⁴⁷ J. Kobza, *op.cit.*, s. 41.

⁴⁸ C. Włodarczyk, *op.cit.*, s. 201.

⁴⁹ E. Hibner, *op.cit.*, s. 86.

⁵⁰ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Reformy systemów ochrony zdrowia w świecie – wyzwania, oczekiwania, motywacje*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 129.

⁵¹ Por. K. Głąbicka, M. Pierzchalska, *op.cit.*, s. 110.

regionalnych ubezpieczeniach zdrowotnych, których członkowie zobligowani są do wypłacania składek. Uprawnieni do świadczeń z tytułu ubezpieczenia są:

- wszyscy zatrudnieni,
- renciści,
- bezrobotni,
- współubezpieczeni – żona, dzieci, krewni.

W ramach ubezpieczenia mają prawo do pobierania świadczeń zdrowotnych, wykonywanych przez wszystkich praktykujących lekarzy, przez czas nieograniczony lub do 12 miesięcy po ustaniu członkostwa. Opieka ambulatoryjna zapewniona jest głównie przez praktyki prywatne lekarzy ogólnych, wybieranych przez pacjenta i zazwyczaj posiadających kontrakty z Funduszem Ubezpieczeniowym. Za świadczenia tego rodzaju pacjent zwykle płaci bezpośrednio lekarzowi (refundowane z tytułu ubezpieczenia jest 75% kosztów leczenia). Ubezpieczony ma prawo wyboru szpitala publicznego lub prywatnego aprobowanego przez Fundusz Ubezpieczeń Chorobowych (instytucja ubezpieczająca musi zadeklarować pokrycie kosztów leczenia szpitalnego). Mimo to pacjent ponosi z góry ustaloną, częściową opłatę dzienną za pobyt w szpitalu. Współpłacenie pacjenta nie obowiązuje, gdy:

- koszt leczenia przekracza określoną sumę,
- hospitalizacja trwa ponad 30 dni,
- w przypadku opieki porodowej i poporodowej⁵².

Leczenie stomatologiczne jest częściowo odpłatne, np. 25% współpłacenia za protetykę. Świadczenia ponadstandardowe są pełnopłatne. Fundusz Ubezpieczeń Chorobowych ponosi także koszty (stały ryczałt) za pobyt ubezpieczonych w zakładach opieki przewlekłej.

We Francji osoba ubezpieczona ma prawo do wolnego wyboru lekarza. W przypadku korzystania ze świadczenia pacjent płaci honorarium lekarzowi bezpośrednio, po czym otrzymuje zwrot części tego honorarium z ubezpieczenia.

Podstawowym źródłem finansowania powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych są składki płacone przez pracodawców i ich pracowników. W przypadku pracowników zarobkujących składki są pobierane miesięcznie od płacy, a obowiązek ich odprowadzenia ciąży na pracodawcy⁵³.

Wysokość składek jest różna w poszczególnych systemach ubezpieczeniowych. Drugim źródłem finansowania ubezpieczeń zdrowotnych są opłaty ponoszone przez pacjentów. Mają charakter procentowej partycypacji w kosztach lub opłaconych ryczałtów. Współpłacenie jest ograniczone lub przysługuje zwolnienie z opłat w zależności od sytuacji materialnej ubezpieczonego i wysokości kosztów leczenia. Trzecim źródłem finansowania ubezpieczeń zdrowotnych jest niewielka dotacja z państwa. Dodatkowym źródłem finansowania opieki zdrowotnej jest specjalny dodatek od towarów szkodliwych dla zdrowia, takie jak mocne alkohole i wyroby tytoniowe. Od 1991 r. wszyscy mieszkający we Francji na stałe zmuszeni są płacić specjalny podatek 1,1% od dochodów i zysków kapitałowych. Służy to finansowaniu kosztów ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.

Podsumowując, Minister Zdrowia odpowiada za politykę zdrowotną kraju i administrowanie systemem opieki zdrowotnej. Mianuje wszystkich dyrektorów szpitali publicznych (są nimi tylko absolwenci Narodowej Szkoły Zdrowia Publicznego). Szpitale publiczne obejmują 2/3 łóżek, zaś podstawową opiekę zdrowotną zabezpieczają prawie w całości prywatne, indywidualne praktyki (ogólne i specjalistyczne). Opieka zdrowotna zabezpieczona jest w ramach systemu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, dopełnionych dobrowolnymi ubezpieczeniami dodatkowymi. Gminy, jako jednostki podstawowe, odpowiadają za zdrowotność publiczną na swoim obszarze (mogą tworzyć i prowadzić ośrodki zdrowia, odpowiadają za podstawową opiekę zdrowotną (poz), medycynę pracy, usługi pielęgniarskie). System ubezpieczeniowy oparty jest na obowiązkowej składce płaconej przez pracodawcę i pracownika. Pacjent ma prawo wyboru szpitala i lekarza (płaci mu honorarium zwracane potem w całości lub części zależnie od rodzaju ubezpieczenia). Państwo nadzoruje publiczne zakłady opieki zdrowotnej i instytucje ubezpieczeń zdrowotnych. System jest bardzo złożony pod względem organizacji i finansowania. System francuski cechuje zdecentralizowane zarządzanie opieką zdrowotną oraz duże zasoby kadrowe i wysokie nakłady finansowe.

⁵² *Ibidem*, s. 81.

⁵³ Por. A. Koronkiewicz, *System opieki zdrowotnej we Francji*, cz. II, „Służba Zdrowia” 1992, nr 8, s. 25.

PODSUMOWANIE

Zgodnie z założeniami polityki unijnej w ochronie zdrowia finansowanie i dostarczenie opieki zdrowotnej stanowi wyłączny obowiązek krajów członkowskich, nie zaś Unii Europejskiej. Nie istnieją żadne normy unijne, nakładające na UE obowiązki w powyższym zakresie. Nie ma też jednolitego modelu finansowania systemu zdrowotnego w państwach UE. Organizacja ochrony zdrowia i systemu ubezpieczeń zdrowotnych należy do wyłącznej kompetencji krajów członkowskich. Państwa członkowskie UE we własnym zakresie kształtują systemy ochrony zdrowia w swoich krajach. Systemy zdrowotne krajów UE reprezentują zazwyczaj jeden z dwóch klasycznych modeli systemu opieki zdrowotnej, tj. Bismarcka lub Beveridge'a. W praktyce klasyczne modele uległy większym lub mniejszym modyfikacjom związanym z przyjętą polityką zdrowotną danego państwa.

Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów UE różnią się między sobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju. Zasadniczo można wyróżnić dwa funkcjonujące w praktyce państw UE modele finansowania krajowego systemu zdrowotnego: ubezpieczeniowy i podatkowy (zwany narodową służbą zdrowia). Każdy z tych modeli ma swoje wady i zalety, żaden nie jest doskonały. Zarówno Niemcy, jak i Szwecja, uważane za jedne z najefektywniejszych systemów zdrowotnych, czy też Francja i Wielka Brytania od lat 90. XX w. zaczynają mieć coraz poważniejsze problemy w ochronie zdrowia. Problemy dotyczą przede wszystkim dostępności usług i ich jakości, zasobów kadrowych i rzeczowych a u ich podłoża leży model finansowania opieki zdrowotnej. Coraz częściej próbuje się wprowadzać lub rozszerzać zakres opłat dokonywanych bezpośrednio przez pacjenta (współpłatność), jednakże współpłatność pozostaje zasadniczo w sprzeczności z ideami narodowej służby zdrowia i wywołuje niezadowolenie społeczne, a ponadto nie poważnego wpływu na zasilenie finansów systemu zdrowotnego. Niewątpliwie jednak opisane państwa UE borykają ze znacznie mniejszym kryzysem systemu opieki zdrowotnej niż Polska.

Polski system opieki zdrowotnej wymaga gruntownych reform. Polska jest krajem, w którym od 1999 r. funkcjonuje model ubezpieczeniowy systemu zdrowotnego. Ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej funkcjonują ponadto we Francji, Holandii, Luksemburgu i Niemczech, natomiast oparte na podatkach ogólnych działają w Danii, Finlandii, Hiszpanii, Irlandii, Szwecji, Portugalii i Wielkiej Brytanii. Poza dwoma powyższymi modelami finansowania systemu zdrowotnego można wyróżnić jeszcze model mieszany, zawierający w sobie elementy ubezpieczeniowego i podatkowego. Z przyjętego modelu systemu zdrowotnego w danym kraju wynika bezpośrednio metoda finansowania opieki zdrowotnej, dlatego też można wyróżnić dwa główne źródła finansowania, tj. ubezpieczenia i podatki. W praktyce występuje również współpłatność pacjenta za usługi medyczne, jednakże nie jest to źródło o dominującym ekonomicznym znaczeniu (niewiele pieniędzy wpływa w ten sposób do systemu). Dominującymi źródłami zasilania systemu zdrowotnego są podatki lub obowiązkowe składki ubezpieczeniowe, natomiast uzupełniającymi – dobrowolne ubezpieczenia prywatne oraz opłaty bezpośrednie. W systemach płatności dominują dwie alternatywne formy: opłata za usługę (*fee-for-service*) oraz kapitałowa (ustalona kwota za każdą osobę objętą opieką). Finansowanie systemu opieki zdrowotnej było i będzie dla wielu krajów jednym z podstawowych problemów ekonomiczno-społecznych.

LITERATURA

1. Barcz J., *Prawo Unii Europejskiej. Prawo materialne i polityki*, Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa 2003.
2. Belcher P.J., *Rola Unii Europejskiej w opiece zdrowotnej*, Ingis, Warszawa 2001.
3. Balicki M., Koronkiewicz Z., *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, [w:] *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003.
4. Ciura G., *Opieka zdrowotna w Szwecji*, „Służba Zdrowia” 1996, nr 2.
5. Chołuj, B., *Systemy opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i krajach sąsiednich*, Scholar, Warszawa 2002.
6. Czupryna A., Paździoch S., Ryś A., Włodarczyk C., *Zdrowie publiczne*, Vesalius, Kraków 2001.

7. Dziubińska-Michalewicz M., *System opieki zdrowotnej. Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, „Studia i Materiały Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych” 1993, z. 3 (376), .
8. Fedorowski J., Niżankowski R., *Ekonomika medycyny*, PZWL, Warszawa 2002.
9. Głąbicka K., Pierzchalska M., *System zabezpieczenia społecznego po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*, Zakład Poligrafii Instytutu Technologii i Eksploatacji, Radom 2003.
10. Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wyd. WSHE, Łódź 2003.
11. Golinowska, S., *Funkcjonowanie systemu ustawowych kas chorych w Niemczech*, „Prawo i Medycyna” 2001, nr 3.
12. Jasiński G., *Dobrowolne ubezpieczenia w Unii Europejskiej*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 6.
13. Jasiński G., *Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich*, „Biuletyn Kas Chorych” 2001, nr 3-4.
14. Kautsch M., Klich, Whitfeld M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. UJ, Kraków 2001.
15. Kobza J., *Zarządzanie systemem opieki zdrowotnej na przykładzie wybranych krajów UE*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2003, nr 3-4.
16. Kozierekiewicz A., *System opieki zdrowotnej we Francji, cz. II: Ubezpieczenia – lekarz – szpitale*, „Służba Zdrowia” 1992, nr 4.
17. Kozierekiewicz A., *Leczenie w krajach UE*, „Służba Zdrowia” 2004, nr 31-34.
18. Kozierekiewicz A., *Szanse na eksport usług medycznych*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 29-32.
19. Krowicka A., *Opieka zdrowotna po wejściu do Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa 2004.
20. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Reformy systemów ochrony zdrowia w świecie – wyzwania, oczekiwania, motywacje*, CeDeWu, Warszawa 2004.
21. Muszalski J., *Ubezpieczenia społeczne*, PWN, Warszawa 2004.
22. Sobczak A., *Kontraktowanie usług w systemie brytyjskiej narodowej służby zdrowia*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1999.
23. Paszkowska M., *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 3.
24. Paździoch S., Domagała A., Zajac M., *Organizacja ochrony zdrowia w powiecie w obliczu integracji Polski z Unią Europejską*, Vesalius, Kraków 2000.
25. Włodarczyk C., Paździoch S., *Systemy zdrowotne, zarys problematyki*, Wyd. UJ, Kraków 2001.
26. Wrześniewska-Wal I., *Wspólnotowe regulacje prawne w obszarze zdrowia publicznego*, „Prawo i Medycyna” 2004, nr 4.