

Współczesna Gospodarka



Contemporary Economy
Electronic Scientific Journal
www.wspolczesnagospodarka.pl

Vol. 5 Issue 1 (2014) 67-75
ISSN 2082-677X

FINANSOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Patrycja Łuniewska

Streszczenie

Ochrona zdrowia jest bardzo trudnym, ale istotnym elementem polityki każdego państwa. Poziom opieki medycznej oraz możliwość zaspokojenia wszelkich potrzeb zdrowotnych obywateli, zdeterminowane są przez wiele czynników, jednak najważniejszym z nich są środki finansowe zgromadzone na ten cel. Dlatego też tak ważne jest odpowiednie dobranie i dostosowanie modelu systemu ochrony zdrowia do indywidualnych potrzeb danego państwa. Celem artykułu jest analiza porównawcza systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce z wybranymi krajami. Sformułowano hipotezy, iż niewielki udział prywatnych źródeł finansowania systemu opieki zdrowotnej negatywnie wpływa na dostępność i jakość usług medycznych oraz że monopol Narodowego Funduszu Zdrowia jako dysponenta publicznych środków przeznaczonych na ochronę zdrowia powoduje wysokie koszty usług zdrowotnych.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, system finansowania opieki zdrowotnej, źródła finansowania, potrzeby zdrowotne

Wstęp

Finansowanie systemu ochrony zdrowia jest bardzo skomplikowaną kwestią polityczno-społeczną. Każde państwo dostosowuje system do indywidualnych potrzeb obywateli, jednak głównym ograniczeniem są najczęściej środki, które można przeznaczyć na opiekę zdrowotną.

W pierwszej części artykułu wyjaśnione zostały teoretyczne zagadnienia takie jak: zdrowie, opieka zdrowotna, ochrona zdrowia, systemy ochrony zdrowia, ich cele oraz modele ochrony zdrowia występujące na świecie. W rozdziale drugim scharakteryzowano system ochrony zdrowia występujący w Polsce, przedstawiono i przeanalizowano dane dotyczące wysokości wydatków na cele zdrowotne. Rozdział trzeci poświęcono na porównanie polskiego systemu ochrony zdrowia z systemami wybranych państw europejskich oraz Chile i USA.

Aby przeanalizować finansowanie ochrony zdrowia w Polsce i w wybranych krajach zastosowano analizę i krytykę piśmiennictwa. Wykorzystano dane zawarte w Głównym Urzędzie Statystycznym.

1. Zdrowie, opieka zdrowotna i system ochrony zdrowia – zagadnienia teoretyczne

Zdrowie jest jednym z najważniejszych problemów społecznych, ekonomicznych oraz politycznych każdego państwa. Dlatego też tak istotny jest system opieki zdrowotnej i ochrona zdrowia odpowiednio dostosowane do potrzeb danego społeczeństwa.

Według Światowej Organizacji Zdrowia pojęcie zdrowie obejmuje nie tylko brak choroby i niepełnosprawności ale też stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu. Wyróżniane jest:

- zdrowie fizyczne - poprawne funkcjonowanie narządów, układów i całego organizmu,
- zdrowie psychiczne - emocjonalne i umysłowe,
- zdrowie społeczne – prawidłowe relacje z innymi ludźmi,
- zdrowie duchowe – wierzenia praktyki religijne, zbiór zasad, sposobów osiągania spokoju i równowagi¹.

Opieka zdrowotna, z ekonomicznego punktu widzenia, jest to działalność gospodarcza zajmująca się zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych człowieka za pomocą ograniczonych środków rzeczowych i pracy.

Środki rzeczowe wykorzystywane w opiece zdrowotnej to nic innego jak leki, wszelkiego rodzaju sprzęt, aparatura medyczna itp. Praca natomiast związana jest z usługami medycznymi świadczonymi przez lekarzy, pielęgniarki, sanitariuszy itp. w postaci usług zdrowotnych takich jak: badania diagnostyczne i porady lekarskie, terapie psychologiczne, rehabilitacje, orzekanie o stanie zdrowia, działania profilaktyczne, szczepienia oraz opieka pielęgnacyjna i paliatywna.

Pojęcie ochrona zdrowia, mimo iż jest stosowane zamiennie z terminem opieki zdrowotnej, obejmuje szerszy zakres, ponieważ odnosi się do wszelkich działań, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zapobieganie, utrzymanie i polepszanie stanu zdrowia ludności. Zatem ochrona zdrowia to nie tylko usługi świadczone w ramach opieki zdrowotnej, ale również działania innych sektorów gospodarki takich jak: opieka społeczna, opieka paliatywna, ochrona i kształtowanie środowiska naturalnego, zachowania zdrowotne (racjonalne odżywianie, aktywność fizyczna, eliminacja szkodliwych używek), kreowanie warunków bytowych ludności i wiele innych².

Wyżej wymienione działania i zależności między nimi tworzą system ochrony zdrowia, który obejmuje:

- opiekę zdrowotną – medycyna lecznicza,
- zarządzanie działaniami na rzecz zdrowia,
- źródła finansowania opieki zdrowotnej,
- ochronę zdrowia – działania na rzecz zdrowia publicznego³.

Polityka zdrowotna, wykorzystując odpowiedni system ochrony zdrowia, dąży do osiągnięcia celów społecznych takich jak np.: zapewnienie wszystkim obywatelom równych szans w dostępie do opieki zdrowotnej, poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz zapobieganie niepełnosprawności, chorobom, zgonom, poprzez profilaktykę i leczenie, poprawa jakości opieki i satysfakcji pacjentów itp. Cele te są możliwe do osiągnięcia dzięki przestrzeganiu pięciu zasad: dostępności opieki zdrowotnej, jakości opieki medycznej z uwzględnieniem zasady ciągłości, efektywności opieki zdrowotnej, organizacji i zarządzania odpowiedniego do osiągniętego rozwoju społeczno-gospodarczego oraz kompetentności.

Zasada dostępności opieki zdrowotnej polega na zapewnieniu całemu społeczeństwu pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych na zasadach równości szans, bez podziału ludności na

¹ T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu 2005, zes.54, s.74.

² I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa, 2007.

³ M. Derecz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Municipium SA, Warszawa, 2005.

kryteria ekonomiczne, geograficzne, demograficzne, społeczne i kulturowe. Usługi i świadczenia oferowane przez system zdrowotny powinny być na możliwie wysokim poziomie o czym mówi zasada jakości opieki medycznej. Natomiast zasada efektywności opieki zdrowotnej polega na takim organizowaniu systemu zdrowia aby w jak najbardziej optymalny sposób wykorzystać posiadane zasoby rzeczowe, materialne i osobowe. Systematyczne doskonalenie systemu i poprawa satysfakcji pacjentów to zasada organizacji i zarządzania odpowiedniego do aktualnego rozwoju gospodarczego. Aby możliwe było osiągnięcie celów postawionych systemowi ochrony zdrowia konieczne jest posiadanie wykwalifikowanej kadry, co czyni zasadę kompetentności równie ważną jak wyżej wymienione i opisane zasady⁴.

Finansowanie opieki zdrowotnej to nie tylko gromadzenie środków pieniężnych na ten cel, ale również odpowiednie ich rozdysponowanie i wydatkowanie zaspokajające potrzeby zdrowotne społeczeństwa. W literaturze przedmiotu można spotkać się z czterema modelami finansowania opieki zdrowotnej:

- model Beveridge’a,
- model Bismarcka,
- model Rezydualny,
- model Siemaszki.

Model Beveridge’a polega na tworzeniu Narodowego Systemu Zdrowia, którego źródłem finansowania są podatki, wpływające do budżetu państwa i budżetów samorządowych. W modelu tym za ochronę zdrowia odpowiedzialne jest państwo, które musi zapewnić obywatelom dostęp do podstawowego koszyka świadczeń. Ponieważ zapewniona są wyłącznie podstawowe świadczenia medyczne, konieczne jest istnienie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Model ten wywodzi się z Wielkiej Brytanii a obecnie korzysta z niego system opieki zdrowotnej w Danii, Portugalii, Hiszpanii, Grecji, Szwecji, Finlandii oraz Norwegii.

Kolejnym modelem ochrony zdrowia jest model Bismarcka. Źródłem finansowania są składki ubezpieczeniowe płacone przez pracownika i pracodawcę do niezależnych kas chorych. Powstają wówczas fundusze celowe, a nie tak jak w poprzednim modelu ogólne zasilane podatkami. Za organizację ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialne są władze publiczne. Usługi zdrowotne świadczone są przez publiczne oraz prywatne jednostki medyczne. Finansowanie oparte jest na podpisanych kontraktach. Osoby zamożne znajdują się poza systemem ubezpieczeń i w przypadku choroby kierowani są do jednostek prywatnych. Model ten jest podstawą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przede wszystkim w: Niemczech, Austrii, Belgii, Holandii, Szwajcarii i Francji.

W modelu rezydualnym natomiast państwo zwolnione jest z obowiązku zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych, przewidziane są jedynie szczątkowe dopłaty ze środków publicznych. Głównym źródłem finansowania są prywatni ubezpieczyciele, którzy działają pod silnym nadzorem organizacji lekarskich. Społeczeństwo samo bierze odpowiedzialność za swoje zdrowie, funkcjonują jedynie programy pomocowe dla ludzi nieposiadających lub posiadających niewielkie dochody (w USA są to: Medicare – osoby starsze i Medicaid – osoby najuboższe). Model ten występuje w USA.

Kolejny model to tzw. model Siemaszki. Jest on całkowitym przeciwieństwem modelu rezydualnego, gdyż państwo bierze tu pełną odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa. Jedynym źródłem finansowania jest budżet państwa, Zakłady Opieki Zdrowotnej są państwowe, brak sektora prywatnego w ochronie zdrowia, obywatele mają bezpłatny dostęp do pełnego pakietu usług świadczonych przez opiekę zdrowotną. Model ten obowiązywał w

⁴ A. Frączkiewicz-Wronka, J. Jasłowski, B. Owczor-Cydzik, D. Sobosik, *Samorządowa polityka zdrowotna*, Akademia Ekonomiczna Katowice, Katowice, 2004.

krajach socjalistycznych, również w Polsce do 1998 roku. Od tej daty w Polsce trwa transformacja tego modelu systemu ochrony zdrowia w kierunku modelu Bismarcka⁵.

2. System ochrony zdrowia w Polsce

Polski system opieki zdrowotnej po II wojnie światowej wzorowany była na radzieckim modelu Siemaszki. Główne założenia tego modelu to silna centralizacja i budżetowe finansowanie. Po kilku modyfikacjach w czasach PRL, w roku 1998 nastąpiła całkowita reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce. Główne zmiany dotyczyły wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, restrukturyzacji zasad finansowania systemu oraz roli innych podmiotów systemu zdrowia, przez co nastąpiło przekształcenie systemu opartego na modelu Siemaszki w system Bismarcka.

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej oparte jest na: Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Główne funkcje systemu opieki zdrowotnej rozdzielone są między Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz samorządy terytorialne. NFZ jest odpowiedzialny za finansowanie świadczeń ochrony zdrowia oraz kontraktowanie tych świadczeń z publicznymi i niepublicznymi świadczeniodawcami. Ministerstwo Zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością NFZ i wytycza zakres działań polityki zdrowotnej. Ponadto jest odpowiedzialne za kształcenie kadr medycznych, wdrażanie programów zdrowotnych, finansowanie programów, badań naukowych, większych inwestycji i wysokospecjalistycznych świadczeń. Ministerstwo pełni również funkcje kierownicze oraz nadzorcze w stosunku do niektórych podmiotów. Nadzór nad sprawami finansowymi NFZ sprawuje Ministerstwo Finansów, zaś władze samorządowe odpowiedzialne są za promocję zdrowia, planowanie podaży świadczeń, a w stosunku do publicznych jednostek służby zdrowia zajmują się zarządzaniem kadrami placówek, finansowaniem inwestycji oraz pełnią funkcje zarządcze, nadzorcze i kontrolne⁶.

System ochrony zdrowia funkcjonujący w Polsce łączy w sobie kilka modeli systemów innych krajów europejskich. Brak czytelnych zasad finansowania tego sektora to główny problem polityki zdrowotnej. Ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia, jakim nazywany jest system polski, powinien zapewniać obywatelom nieograniczoną opiekę medyczną w zamian za dobrowolne składki, a nie jak ma to miejsce w Polsce, gdzie składki te są powszechne i obowiązkowe, a osoba ubezpieczona nie ma żadnego wpływu na to, co dostanie w zamian.

Najważniejsze kwestie związane z finansowaniem ochrony zdrowia zamieszczone są w Konstytucji RP. Zawarte tam normy wyznaczają prawa i obowiązki obywateli w zakresie opieki zdrowotnej. Z art. 68 ust. 2 wynika, że wszystkim obywatelom przysługuje równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Zatem Konstytucja nie mówi wprost o tym, że władze publiczne mają obowiązek finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Możliwe jest skonstruowanie systemu opartego na publicznych źródłach finansowania powiązanych ze źródłami prywatnymi, wykluczając tym samym całkowitą prywatyzację sektora. Obecny system funkcjonujący w Polsce bardziej przypomina zabezpieczenie społeczne niż ubezpieczenie zdrowotne.

Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w Polsce są środki pochodzące z ubezpieczeń zdrowotnych. Wysokość przychodu z tego tytułu zależna jest od stopy składki, podstawy wymiaru naliczania składki oraz liczby ubezpieczonych. Spośród tych trzech

⁵ M. Syrkiewicz-Świtła, R. Hanisz, *Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty*. WSB w Dąbrownie Górniczej, 2010.

⁶ S. Golinowska (red.), *Zarys systemu ochrony zdrowia*, Drukarnia Open Eyes, Warszawa, 2012.

elementów najbardziej elastyczna jest stopa składki, której poziom określany jest poprzez regulacje prawne i od 2009 roku równy jest 9%.

Drugim równie istotnym źródłem finansowania ochrony zdrowia są środki z budżetu państwa. To z nich finansowane są specjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne, publiczna służba krwi, inspekcja sanitarna oraz składki ubezpieczenia zdrowotnego osób nieposiadających dochodu i nieopłacających składek. Środki pochodzące z ubezpieczeń zdrowotnych oraz budżetu państwa są publicznymi wydatkami na rzecz opieki zdrowotnej⁷.

Do prywatnych źródeł finansowania ochrony zdrowia należą przede wszystkim środki gospodarstw domowych oraz fundusze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, zakładów pracy i organizacji charytatywnych⁸.

Strukturę publicznych i prywatnych wydatków na ochronę zdrowia oraz ich stosunek do Produktu Krajowego Brutto w Polsce przedstawiono w tabeli 1.

Tablica 1. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2009-2011

Wyszczególnienie	2009		2010		2011	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
Produkt krajowy brutto	1344,383	100	1416,392	100	1528,127	100
Publiczne wydatki bieżące	64,763	4,82	66,505	4,7	69,224	4,53
Prywatne wydatki bieżące	25,622	1,91	25,629	1,81	28,450	1,86
Razem wydatki bieżące	90,385	6,72	92,134	6,5	97,673	6,39
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	96,976	7,21	98,845	6,98	104,997	6,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie:

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf;

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf

Udział publicznych źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce zaczął zmniejszać się na początku lat 90. Natomiast udział prywatnych źródeł w krótkim czasie osiągnął poziom 30%. W 2009 roku publiczne wydatki na ochronę zdrowia wynosiły 67% ogółu wydatków na ten cel. Na przestrzeni lat 2009-2011 udział ten zmalał i w 2011 roku wynosił niecałe 66%. Wydatki ogółem na opiekę zdrowotną w badanym okresie wzrosły o 8 mln złotych. Jednocześnie wzrost wartości PKB o 183,7 mln złotych spowodował spadek udziału tych wydatków w wartości PKB o 0,33 punktu procentowego z 7,21% PKB w 2009 roku do 6,87% w roku 2011.

Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w badanych latach w większości pokrywane były ze środków NFZ – 87,6% w 2011 roku. Prywatny sektor w tym samym okresie finansowany był głównie przez wydatki gospodarstw domowych – 82,2% w 2011 roku.

3. Charakterystyka systemu ochrony zdrowia w wybranych krajach

Systemy zdrowotne poszczególnych państw różnią się między sobą między innymi sposobem finansowania, formą organizacyjną, aktywnością państwa oraz wielkością sektora

⁷ M. Jaworzyńska, *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*, CeDeWu, Warszawa, 2010.

⁸ T. Mróz (red.), *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, Temida 2, Białystok, 2011.

publicznego i prywatnego. W tabelicy 2 przedstawiono wielkość i strukturę wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach.

Tablica 2. Wydatki na ochronę zdrowia ogółem w Polsce i w wybranych krajach w latach 2009-2011

Państwo	Wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 osobę, US\$ PPP			Wydatki na ochronę zdrowia w stosunku do PKB, %			Udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia, %		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Belgia	3874	3965	4061	10,6	10,5	10,5	76,0	75,1	75,9
Chile	1283	1368	1568	7,9	7,4	7,5	47,7	47,2	46,9
Estonia	1371	1274	1303	7,0	6,3	5,9	75,3	78,9	79,3
Grecja	2977	2624	2361	10,2	9,5	9,1	68,4	66,8	65,1
Islandia	3597	3299	3305	9,6	9,3	9,0	82,0	80,4	80,4
Niemcy	4187	4349	4495	11,8	11,5	11,3	76,8	76,7	76,5
Norwegia	5300	5413	5669	9,7	9,4	9,3	84,6	84,7	84,9
Polska	1356	1395	1452	7,2	7,0	6,9	71,6	71,2	70,3
Stany Zjednoczone	8006	8247	8508	17,7	17,7	17,7	47,2	47,6	47,8
Szwajcaria	5157	5299	5643	11,0	10,9	11,0	65,5	65,2	64,9
Wielka Brytania	3456	3422	3405	9,9	9,6	9,4	82,6	83,5	82,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie:

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbc/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf;

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbc/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf

Z danych zawartych w tabelicy 2 wynika, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce należą do jednych z najniższych spośród wybranych krajów, zarówno jako procent PKB, jak i *per capita*. W latach 2009-2011 największą kwotę na ochronę zdrowia wydano w Stanach Zjednoczonych, następnie w Norwegii, Szwajcarii, Niemczech i Belgii. Polska znalazła się na przedostatnim miejscu w wyżej przedstawionym zestawieniu oraz wśród wszystkich państw OECD. Kwota wydana w Polsce na cele zdrowotne w 2011 roku była prawie 6-krotnie niższa niż w Stanach Zjednoczonych.

Relatywnie niski poziom wydatków na ochronę zdrowia *per capita* w Polsce wynika z niskiego jeszcze poziomu rozwoju gospodarczego oraz niskiego udziału wydatków na zdrowie w PKB. Między badanymi krajami występuje duża dysproporcja udziału wydatków w PKB. Największy, bo aż 17,7%, wystąpił w USA natomiast najniższy w Estonii – 5,9% w 2011 roku. Należy również zwrócić uwagę na to, jaka część ogółu wydatków na ochronę zdrowia finansowana jest ze środków publicznych. I tak, najniższym udziałem mogą pochwalić się Chile i USA – niecałe 50%, natomiast najwyższym państwa określane jako opiekuńcze – Norwegia (ok.85%), Wielka Brytania (ok.83%) i Islandia (ok.80%). Rodzaj finansowania (publiczny i prywatny) determinuje organizację i kształt sektora zdrowotnego oraz możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa⁹.

Wysokość wydatków na ochronę zdrowia uzależniona jest od wielkości PKB danego kraju. Należy jednak pamiętać, że nawet duży wzrost PKB nie musi determinować wzrostu wydatków

⁹ P. Białynicki-Birula, *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, Monografie: Prace Doktorskie nr 4, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków, 2006.

na cele zdrowotne. Bardzo ważny jest również obowiązujący system finansowania sfery ochrony zdrowia. W wysoko rozwiniętych krajach europejskich takich jak np. Szwajcaria, Francja, Niemcy, wydatki na ochronę zdrowia w przeliczeniu na jedną osobę, wykazują wyższą dynamikę niż dynamika wzrostu ich PKB¹⁰.

Systemy ochrony zdrowia funkcjonujące w państwach przedstawionych w tabeli 2. różnią się między sobą pod wieloma aspektami. W Polsce i w Wielkiej Brytanii zastosowano centralne gromadzenie środków i alokowanie ich w regionach. Funkcja alokacyjna w Wielkiej Brytanii realizowana jest przez Ministerstwo Zdrowia, w Polsce zaś przez Narodowy Fundusz Zdrowia co upodabnia system krajowy do rozwiązań stosowanych w większości państw Europy np. W Niemczech, z tą różnicą, że w Polsce funkcjonuje jedna scentralizowana kasa, podczas gdy w Niemczech działa kilkanaście samodzielnych kas¹¹.

W Wielkiej Brytanii środki na funkcjonowanie publicznej opieki zdrowotnej pochodzą głównie z budżetu państwa. Zaś w Niemczech i w Belgii podobnie jak w Polsce środki te prawie w całości pokrywane są ze składek ubezpieczeniowych. W państwach tych, w przeciwieństwie do Polski ściśle określono zakres świadczeń medycznych objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Zupełnie odmienny system ochrony zdrowia zastosowano w Stanach Zjednoczonych. Oparty na rezydualnym modelu ochrony zdrowia system, pomimo że jest najdroższy na świecie, nie jest dobrze oceniany przez społeczeństwo. Dobrowolność płacenia składek ubezpieczeniowych prywatnym ubezpieczycielom powoduje, że co piąty mieszkaniec nie posiada ubezpieczenia medycznego. Jednocześnie bardzo duże wydatki na opiekę zdrowotną sprawiają, że opieka medyczna w USA oceniana jest jako najlepsza na świecie, ponieważ to tam pracują wybitni naukowcy, którzy dokonują przełomowych odkryć¹².

Zakończenie

Znajomość rozwiązań i konsekwencji zastosowań tych rozwiązań w krajach prezentowanych w artykule może być przydatne przy wprowadzaniu reform systemu zdrowia w Polsce. Należy jednak zachować ostrożność, ponieważ modele zastosowane w innych krajach nie muszą przynieść takiego samego rezultatu w naszym. Każde państwo musi dostosować model opieki zdrowotnej do funkcjonujących warunków społeczno-gospodarczych. Nie ma jednego złotego modelu, który sprawdzi się wszędzie i w każdych warunkach.

Doświadczenia innych krajów w dziedzinie zmian zasad finansowania opieki zdrowotnej wskazują wyraźnie, że reformy skierowane na stronę popytową (wprowadzanie jawnego koszyka świadczeń gwarantowanych, obciążanie pacjenta dodatkowymi opłatami itp.) są mniej skuteczne niż te nastawione na stronę podażową (kontraktowanie stosowane w publicznych systemach, nowe zasady kontroli wydatków na leki, nadawanie szpitalom statusu samodzielności i wprowadzenie finansowych bodźców stymulowania efektywności szpitali)¹³.

Najważniejsze zmiany, które mogą zostać wdrożone w polskim systemie ochrony zdrowia to:

¹⁰ M. Urbaniec, *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Akademii Polonijnej Educator, Częstochowa, 2010.

¹¹ M. Durbajło-Mrowiec, *Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej*, Prace Naukowe nr 41 Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław, 2009.

¹² M. Jaworzyńska, *Analiza porównawcza systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami*. Zakład Finansów Podmiotów Gospodarczych Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie, Lublin, 2012.

¹³ C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2003.

- partycypacja pacjentów w płaceniu za usługi zdrowotne – dopłaty do porad lekarskich, które powodują to, że pacjenci nie nadużywają pomocy lekarza gdy nie jest ona konieczna;
- komercjalizacja zakładów opieki zdrowotnej – nadanie szpitalom i przychodniom statusu przedsiębiorstwa sprawi, że będą one dobrze zarządzane i sprawne ekonomicznie;
- zdemonopolizowanie Narodowego Funduszu Zdrowia – konkurencja między dysponentami publicznych środków na świadczenia zdrowotne spowoduje polepszenie warunków finansowania świadczeń medycznych.

Literatura

1. Białynicki-Birula P. 2006. *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, Monografie: Prace Doktorskie nr 4, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków
2. Derecz M. 2005. *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*. Municipium SA, Warszawa
3. Durbajło-Mrowiec M. 2009. *Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej*, Prace Naukowe nr 41 Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław
4. Frączkiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owcorz-Cydzik B., Sobosik D. 2004. *Samorządowa polityka zdrowotna*. Akademia Ekonomiczna Katowice, Katowice
5. Golinowska S. (red.) 2012. *Zarys systemu ochrony zdrowia*. Drukarnia Open Eyes, Warszawa
6. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf
7. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf
8. Jaworzyńska M. 2010. *Planowanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej*. CeDe-Wu, Warszawa
9. Jaworzyńska M. 2012. *Analiza porównawcza systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami*. Zakład Finansów Podmiotów Gospodarczych Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie, Lublin
10. Maszczak T. 2005. *Zdrowie jako wartość uniwersalna*. Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu, zesz. 54
11. Mróz T. (red.) 2011. *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*. Temida 2, Białystok
12. Rudawska I. 2007. *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa
13. Syrkiewicz-Świtła M, Hanisz R. 2010. *Ekonomika i zarządzanie w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty*. WSB w Dąbrownie Górniczej
14. Urbaniec M. 2010. *Prawno-ekonomiczne aspekty ochrony zdrowia*. Wydawnictwo Akademii Polonijnej Educator, Częstochowa
15. Włodarczyk C. 2003. *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

FINANCING THE HEALTH SYSTEM IN POLAND

Summary

Health care is very difficult, but essential element of each state. The level of medical care and the opportunity to meet all the health needs of citizens are determined by many

factors, but the most important of these are the funds collected for this purpose. Therefore, it is important to choose the appropriate model and adapt the health system to their individual needs. The purpose of this article is a comparative analysis of health care financing system in Poland with selected countries. Formulated the hypothesis that a small share of private sources of financing health care system affects the availability and quality of medical services, and that monopoly National Health Fund as a trustee of public funds for health care causes high costs of health services.

Keywords: health, health care financing system, inland financing, health needs

Patrycja Łuniewska
Studentka Zarządzania
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
e-mail: patrycjajal@poczta.onet.pl