

ANALIZA FUNKCJONOWANIA SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WYBRANYCH KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ (NA PRZYKŁADZIE SZWECJI, WIELKIEJ BRYTANII, POLSKI I NIEMIEC)

THE ANALYSIS OF THE FUNCTIONING OF HEALTH CARE SYSTEMS IN CHOSEN EUROPEAN UNION COUNTRIES (EXAMPLE OF SWEDEN, GREAT BRITAIN, POLAND AND GERMANY)

Mirostawa Skawińska

Zakład Profilaktyki Społecznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Monika Szpringer

STRESZCZENIE

W państwach Unii Europejskiej wzrosło znaczenie ochrony zdrowia. Poziom edukacji zdrowotnej państw członkowskich jest coraz większy i ma na celu promowanie zdrowia jako najwyższej, pozamaterialnej wartości oraz uświadomienie obywatelom celowości profilaktyki zdrowia.

Artykuł składa się z pięciu części. Pierwsza obejmuje tematykę organizacji ochrony zdrowia, druga analizuje systemy opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Szwecji, ich transformację i główne źródła finansowania oraz rolę i zaangażowanie państwa w organizowanie podstawowej opieki zdrowotnej, trzecia charakteryzuje model opieki zdrowotnej w Polsce po reformie. Treścią czwartej są założenia niemieckiego systemu ochrony zdrowia. Natomiast w części piątej ukazano perspektywy wspólnej polityki zdrowotnej w zjednoczonej Europie.

Celem artykułu jest ustalenie różnic i podobieństw w funkcjonowaniu danych systemów zdrowotnych. Utrzymanie życia ludzkiego jest w wielu przypadkach kwestią istniejącego postępu medycyny i techniki, ale praktycznie decydujące znaczenie mają ograniczenia ekonomiczne.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, podstawowa opieka zdrowotna, profilaktyka zdrowia, system opieki zdrowotnej, Unia Europejska.

SUMMARY

The European Countries attach great importance to the meaning of health care systems recently. The level of the health education in member states is getting higher and higher and its aim is to promote health as the most important, immaterial value as well as to make their citizens aware of the sense of purposefulness of health prophylaxis. The article contains four sections. The first one includes subject matter of health care organization. The second section is the analysis of organization, transformation, role, source of finances and involvement of the state in basic health care in Sweden and Great Britain. The content of the third one describes the model of Polish health care system after the transformation, while the fourth one presents a perspective of common health care policy in united Europe. The aim of this article is to establish differences and similarities in described health care systems. Although the preservation of the human life is in any case a question of existing medicine and technical progress, the practical determinant is economical retrenchment.

Key words: health education, basic health care, health prophylaxis, health care system, European Union.

WSTĘP

Zdrowie jest szczególnym dobrem ekonomicznym, którego wartość jest tym większa, im większy jest poziom zadowolenia pacjenta. Aby dobro to było właściwie pielęgnowane, powinien być w państwie właściwie i mądrze zorganizowany system opieki zdrowotnej. Sektor ochrony zdrowia jest częścią całej gospodarki, a zatem poziom rozwoju ekonomicznego

państwa jest ściśle związany z modelem służby zdrowia realizowanym w danym państwie, a co za tym idzie z poziomem świadczonych usług zdrowotnych. Stan zdrowia społeczeństwa zależy bowiem nie tylko od poziomu opieki medycznej, jej dostępności i jakości usług medycznych, ale także od dobrej polityki państwa, mającej na celu popularyzację programów promujących zdrowy styl życia. [1]

SYSTEMY OCHRONY ZDROWIA W EUROPIE

Stan zdrowia populacji zależy od systemu zdrowia przyjętego i realizowanego w państwie, definiowanego jako spójna całość, którego głównym zadaniem jest realizowanie wytyczonych przez dany system państwowy celów zdrowotnych. W krajach europejskich cele te są wspólne i obejmują: odpowiedzialność i sprawiedliwość w dostępie do opieki zdrowotnej (wszyscy obywatele powinni mieć zagwarantowany dostęp do podstawowego zakresu świadczeń, a w zakresie usług zdrowotnych finansowanych publicznie osoby o tych samych potrzebach powinny być traktowane w ten sam sposób), ochronę dochodów (sposób zabezpieczenia powinien uwzględniać zdolności płacenia pacjentów – istnieją trzy rodzaje mechanizmów: ubezpieczenia, oszczędności i redystrybucja dochodów), makroekonomiczna efektywność (przeznaczenie na opiekę zdrowotną odpowiedniej wielkości środków w dzielonym PKB), mikroekonomiczna efektywność (efekty zdrowotne i satysfakcja pacjentów powinny być możliwie największe przy dostępnych środkach), swoboda wyboru przez konsumentów świadczeniodawców i płatników, odpowiedni zakres swobody dla świadczeniodawców [2].

Nadrzędnymi celami systemu zdrowia jest zmniejszenie liczby zgonów i wyeliminowanie niesprawności systemu poprzez podniesienie jakości życia i jego wydłużenie przy zachowanej sprawności oraz wyeliminowanie różnic w stanie zdrowia różnych grup społecznych [3]. Wprowadzenie systemu ubezpieczeń ma częściowo pomóc w realizacji tych celów. Ubezpieczenia zdrowotne rozwijają się jako ubezpieczenia związane z zarówno z utratą zarobków na wypadek choroby, jak i z powodu niespodziewanych wydatków na świadczenia lekarskie. Pierwsze państwowe ubezpieczenia na wypadek choroby wprowadza w 1883 roku kanclerz Otto von Bismarck w Niemczech. Model niemiecki staje się wzorem tworzenia ubezpieczeń dla wszystkich niemal krajów europejskich na początku XX wieku [4]. Po II wojnie światowej przykładem do naśladowania staje się model angielskiej narodowej służby zdrowia, wprowadzony w 1948 roku przez lorda Beveridge'a w Wielkiej Brytanii. Beveridge wyłączył z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych, a powszechne świadczenia zdrowotne zostają finansowane z budżetu państwa [4]. Natomiast kraje, w których po II wojnie światowej panował system komunistyczny, wprowadziły państwową i powszechną służbę zdrowia nie na podstawie modelu angielskiego, ale radzieckiego – tzw. modelu Siemaszki.

Obecnie w Europie wyróżnić można dwa główne modele ubezpieczeń zdrowotnych: model Bismarcka, nawiązujący do tradycji kas chorych i model naro-

dowej służby zdrowia, zwany zaopatrzeniowym lub budżetowym. System bismarckowski (realizowany jest m.in. w Niemczech, Austrii, Belgii, Francji, Holandii, Szwajcarii) opiera się na: finansowaniu ubezpieczenia przez obowiązkowe składki płacone przez pracodawcę i pracownika, istnieniu autonomicznych kas chorych (funduszy ubezpieczeniowych), prawa ubezpieczonego do wyboru lekarza, prowadzeniu ambulatoryjnej opieki lekarskiej przede wszystkim przez lekarzy prowadzących prywatną praktykę i posiadających kontrakt z kasą chorych, istnieniu porozumienia między funduszami ubezpieczeniowymi a izbami (związkami) lekarskimi w zakresie honorarium lekarskiego, katalogu świadczeń, zakresu odpowiedzialności lekarza itp., solidaryzmie społecznym, polegającym na redystrybucji środków finansowych między zdrowymi a chorymi, mężczyznami a kobietami, ubezpieczonymi bez rodzin a ubezpieczonymi z rodzinami, młodymi a starszymi, między więcej a mniej zarabiającymi [4, 5].

Cechami charakterystycznymi systemu narodowej służby zdrowia autorstwa Beveridge'a (realizowanym m.in. w Danii, Finlandii, Hiszpanii, Grecji, Irlandii, Norwegii, Portugalii, Szwecji) są: finansowanie ochrony zdrowia z podatków poprzez budżet centralny lub lokalny; istnienie gwarancji państwa w zakresie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych; wolny dostęp do świadczeń dla wszystkich obywateli; niewielki zakres działania sektora prywatnego; niewielka partycypacja pacjenta w kosztach leczenia; wynagrodzenie lekarzy na zasadzie stałej pensji [4, 5].

W Wielkiej Brytanii model Beveridge'a został za rządów Margaret Thatcher ekonomicznie zorientowany na tzw. elementy rynku wewnętrznego poprzez rozwinięcie na szeroką skalę ubezpieczenia prywatnego i prywatnych instytucji oferujących świadczenia prywatne. Niektórzy twierdzą, że w obecnych systemach opieki zdrowotnej mamy do czynienia ze współistnieniem różnych podsystemów, czyli z rozwiązaniami mieszanymi [6].

FUNKCJONOWANIE SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIELKIEJ BRYTANII I SZWECJI

Pierwszy plan utworzenia państwowej służby zdrowia w Wielkiej Brytanii powstał w 1942 roku w związku z projektem nowego systemu zabezpieczenia społecznego lorda Wiliama Beveridge'a. Jego zdaniem, wprowadzenie powszechnej bezpłatnej opieki medycznej, i rehabilitacyjnej było spoiwem przeprowadzenia skutecznych reform zabezpieczenia społecznego. National Health Serwis – NHS, czyli system Narodowej Służby Zdrowia, wszedł w życie w 1948 roku, a poprzedzony był uchwalonym przez

parlament w 1943 planem zabezpieczenia społecznego. System NHS opierał się na następujących zasadach, aktualnych również obecnie. Polegał on przede wszystkim na: oddzieleniu zasiłków chorobowych od leczenia, powszechności z jednej strony i szerokim zakresie bezpłatnych świadczeń medycznych z drugiej dla wszystkich rezydentów bez względu na osiągnięte dochody i stan zdrowia, finansowaniu ochrony zdrowia ze źródeł publicznych (podatków), gwarantował równość dostępu do świadczeń zdrowotnych i wprowadził trójszczeblowy system administrowania służby zdrowia [4]. Nadmienimy, że Narodowa Służba Zdrowia funkcjonuje w Wielkiej Brytanii od 1948 roku w formie, która nie uległa istotnym zmianom do dzisiaj. Korekty dokonywane na przestrzeni lat dotyczą przede wszystkim spraw organizacyjnych, zakresu i wysokości dopłat ponoszonych przez pacjentów za świadczenia medyczne. Obecnie system brytyjskiej opieki zdrowotnej zdominowany jest przez sektor publiczny NHS, który jest uzupełniany przez tzw. sektor niezależny, prywatny i działanie systemów ubezpieczeniowych o charakterze religijno-dobroczynnym. Prawo do korzystania z NHS mają wszyscy rezydenci, natomiast zakres oferowanych świadczeń obejmuje m.in. takie dziedziny, jak: edukację prozdrowotną i prewencję, opiekę ambulatoryjną, którą sprawuje lekarz pierwszego kontaktu, leczenie szpitalne, leczenie stomatologiczne, rehabilitacyjne, pielęgniarstwa opiekę domową czy zaopatrzenie w sprzęt pomocniczo-rehabilitacyjny. Opieka społeczna czy zdrowie publiczne (np. zabezpieczenie mieszkańców czystej wody, utylizacja odpadów, utrzymanie czystości miast czy prowadzenie właściwej gospodarki wodno-kanalizacyjnej) nie są domeną działalności NHS. Źródłem finansowania publicznej służby zdrowia w Anglii są podatki ogólne, dotacje z Narodowego Funduszu Ubezpieczeniowego na rzecz NHS i opłaty pacjentów (np. za pobyt prywatny w szpitalach NHS).

Uproszczony schemat organizacyjny NHS w Wielkiej Brytanii, który istniał do kwietnia 1991 roku był następujący. Parlament był bezpośrednim zwierzchnikiem Departamentu Zdrowia. Ten z kolei nadzorował Regionalne Agencje ds. Zdrowia i Agencje ds. Opieki Zdrowotnej nad Rodziną, które były publicznymi płatnikami usług dla ich bezpośrednich nabywców – Okręgowych Agencji ds. Zdrowia, natomiast Agencja ds. Opieki Zdrowotnej nad Rodziną otrzymywała budżet globalny na swoją działalność z Departamentu Zdrowia i pełniła funkcję publicznych nabywców świadczeń podstawowych [7]. Angielska Służba Zdrowia przez wiele lat traktowana była jako wzorcowe rozwiązanie gwarantowanego przez państwo powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Od kwietnia 1991 nastąpiły zmiany organizacyjne polegające na wchłonięciu przez zarząd wykonawczy

NHS regionalnych agencji ds. Zdrowia. Agencja ds. Opieki Zdrowotnej nad Rodziną uzyskuje możliwość zwiększenia zatrudnienia lekarzy ogólnych, natomiast Okręgowe Agencje ds. Zdrowia zobligowane zostają do zakupu świadczeń specjalistycznych i komunalnych usług socjalnych od trustów NHS (samodzielnych instytucji szpitalnych). W 1997 roku rząd laburzystowski ogłosił zmianę koncepcji służby zdrowia i opublikował dokument strategiczny „Nowa NHS: nowoczesna i niezależna”, w którym propagowano zasadę współpracy jako fundamentalną regułę organizacyjną. I tak jako nowe rozwiązanie instytucjonalne w 1999 roku wprowadzono Grupy Opieki Podstawowej, a następnie w 2000 Trusty Opieki Podstawowej. Powołano do życia kilka instytucji służących profesjonalnym wsparciem zarówno instytucjom NHS, jak i decydom. Do nich należały: Narodowy Instytut Jakości Klinicznej – odpowiedzialny za stworzenie standardów jakości, Komisja Poprawy Stanu Zdrowia, nadzorująca przestrzeganie standardów i ułatwiająca lekarzom i menedżerom przygotowywanie projektów poprawy infrastruktury, Komisja Standardów Opieki, nadzorująca przestrzeganie standardów w pracy pielęgniarek i w domach opieki [3, 7].

W 2002 roku działały 463 trusty, obejmujące ponad 1,6 tys. szpitali. Trusty NHS finansują szpitale i gminne usługi zdrowotne na podstawie kontraktowania zakupów świadczeń. Poza dominującą rolę sektora publicznego system uzupełnia niewielka, lecz rosnąca liczba niezależnych świadczeniodawców [8]. Mimo tych zmian problem długich kolejek oczekujących na zabiegi specjalistyczne jest dla rządu Wielkiej Brytanii dość znaczący. NHS może w tym przypominać polską służbę zdrowia – jest darmowa, ale na badania specjalistyczne czy operacje trzeba czekać miesiącami. Zatem brytyjska służba zdrowia nie jest do końca wydolna, a NHS funkcjonuje w tej samej strukturze i z tym samym systemem finansowania, jakie zostały stworzone w 1948 roku. Obecnie rząd Wielkiej Brytanii wprowadza dwa plany uzdrowienia tego systemu. Pierwszy zakłada inwestycje. Budowę do 2010 ponad 100 szpitali i 5000 „one-stop”, czyli centrów pierwszej pomocy. Przewiduje również zwiększenie zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek oraz wzrost nakładów na służbę zdrowia. Jednocześnie trwa dyskusja czy sprywatyzować poszczególne placówki i refundować leczenie pacjentom z kasy państwowej, czy pozostawić zarządzanie w rękach państwa? [3].

Brytyjczycy poszukują pośrednich rozwiązań. W planach jest usamodzielnienie szpitali, które będą nadal finansowane z kasy państwa, ale będą samodzielnie zarządzać swoim budżetem. Sekretarz Stanu ds. Spraw Zdrowia odpowiada przed parlamentem za finansowanie świadczeń zdrowotnych wewnątrz NHS. Zarząd NHS jest rozliczany przez Sekretarza Stanu

za zdefiniowanie priorytetów dla NHS na podstawie polityki rządu [9].

Z kolei w Szwecji ochrona zdrowia dla szwedzkiego systemu państwowego jest bardzo ważna. Dla szwedzkiego modelu polityczno-ekonomicznej koncepcji „państwa dobrobytu” centralnym instrumentem niwelowania różnic społecznych i dużego zaspokojenia potrzeb socjalnych obywateli jest budżet państwa [10]. Dlatego też szeroki pakiet pomocy społecznej w znacznej części poświęcony jest opiece zdrowotnej. Zgodnie z zasadą państwa „welfare state” (państwa dobrobytu) wszyscy obywatele mają dostęp do szerokiego zakresu usług medycznych, objętych przez System Narodowego Zabezpieczenia Finansowanego głównie ze składek pracodawców. W latach 90. XX wieku przyznano lokalnym rządóm na szczeblu okręgowym prawo organizowania opieki zdrowotnej oraz zastosowanie podziału na płatnika i świadczeniodawcę oraz prawo kontraktowania. Lokalne rządy stają się uczestnikami zmian. Najlepsze rozwiązania na szczeblu lokalnym mają szansę na ogólnokrajowe wdrożenia. Wtedy także podjęto próbę skracania oczekiwań na świadczenia zdrowotne. Gdy czas oczekiwań na usługę znacznie się przedłużał, szpital macierzysty zobowiązany był do ubiegania się w imieniu swojego pacjenta o tę usługę u innego świadczeniodawcy. W połowie lat 90. ubiegłego wieku wprowadzono w tym systemie możliwość wyboru lekarza rodzinnego oraz powstawanie prywatnych klinik lekarskich. Te posunięcia osłabiły w znacznym stopniu znaczenie władz okręgowych. To nie spodobało się Szwedom, gdyż kolidowało z fundamentalną zasadą szwedzkiej demokracji opartej na ważnej roli obywatela w funkcjonowaniu całego systemu. Dlatego też wybór lekarza rodzinnego ograniczono do lekarzy mających umowę z podmiotem publicznym [4].

Pod koniec lat 90. ubiegłego stulecia wprowadzono nadzór merytoryczny nad pracą personelu medycznego, zwiększono dostępność do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Podniesiono znaczenie zawodu pielęgniarki i ustalono jej udział w procesie wyznaczania kierunków dalszego rozwoju systemu opieki zdrowotnej. Na przełomie 1998–1999 roku pojawił się przepis dotyczący przekazywania informacji na temat działań medycznych na szczebel centralny oraz rozszerzono reguły odpowiedzialności okręgów za przestrzeganie praw pacjenta. Natomiast rady powiatowe planują finansowanie i organizowanie świadczeń zdrowotnych na swoim obszarze. Pobyt pacjenta w szpitalu opłacany jest w całości z finansów rad powiatowych pozyskiwanych z podatków. Rady powiatów są niezależnymi jednostkami wybieranymi demokratycznie. Administracja rządowa ds. opieki zdrowotnej składa się z: Ministerstwa Zdrowia i Spraw Socjalnych oraz agencji administracyjnych, nadzo-

rowanych przez Narodowy Zarząd Zdrowia i Opieki Społecznej. Szwedzki Instytut Planowania i Racjonalizacji Usług Zdrowotnych i Społecznych związany jest z rządem centralnym i radami powiatowymi. Bada efektywność działań zdrowotnych i wspiera prace badawcze i rozwojowe w zarządzaniu ochroną zdrowia [4]. Narodowy Zarząd Zabezpieczenia Społecznego odpowiedzialny jest za administrowanie ubezpieczeń zdrowotnych, które obejmują obywateli i obcokrajowców przebywających na stałe w Szwecji. Składki płacone są przez pracodawców i uzupełniane przez skarb państwa. Ubezpieczenie zdrowotne jest częścią ubezpieczenia społecznego. Aż 65% pokrywają Rady Państwowe z podatku dochodowego, 10% fundusz państwowy, 18% subsydia państwowe, 4% opłaty pacjentów, 3% prywatne ubezpieczenia [8]. Prywatne ubezpieczenia nie są w tym systemie istotne i stanowią niewielki odsetek. Tylko niewielka liczba lekarzy pracuje na zasadzie prowadzenia prywatnej praktyki. Jest to po prostu mało opłacalne. Płaca stała lekarza uzależniona jest od kwalifikacji oraz rodzaju stanowiska. W 1993 roku wprowadzono ustawę o lekarzach domowych i prywatnych praktykach, która zawierała propozycje kontraktów lekarzy z radami powiatowymi, mające na celu organizację świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dla całej rodziny. System ten nie przyniósł jednak oczekiwanych efektów. Za lekarstwa częściowo płaci narodowe ubezpieczenie zdrowotne, współpłatność pacjenta jest ustalana ryczałtowo, natomiast za leki stosowane w szpitalach pacjent nie ponosi żadnych kosztów [4].

Podstawowa opieka zdrowotna wzrosła do rangi priorytetowej w Szwecji. Jest ona świadczona w ok. 1000 Centrach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, które są administrowane przez rady powiatowe. Każdy region dysponuje domem pielęgniarstwa, świadczącym opiekę pielęgniarstwa. W ośrodkach zdrowia lekarze rejonowi, w tym także specjaliści, prowadzą opiekę profilaktyczną. Szpitale obciążone są kosztami opieki specjalistycznej. Porady w przychodniach przyszpitalnych świadczone są bez skierowania. Szwecja jest dobrze wyposażona w szpitale – ma 6 szpitali ogólnych, które świadczą usługi dla 1,5 mln Szwedów, 20 szpitali rejonowych i 54 szpitale lokalne. Nam Polakom może wydawać się, że to mała liczba. Pamiętajmy jednak, że Szwecja jest państwem zamieszkałym przez niespełna 9 mln ludzi. Opieka zdrowotna w Szwecji podlega ciągłym restrukturyzacji. Obecnie najważniejsze cele to wzmocnienie działania Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Rynek wewnętrzny wprowadzony w 13 powiatach w 1993 roku zapoczątkował bardziej liberalne rozwiązania w finansowaniu opieki zdrowotnej. Sposób płatności zawiera elementy konkurencji między świadczeniodawcami, co prowadzi do wzrostu efektywności usług.

Szwecja, jak wspomniano na wstępie, nie ma systemu opieki zdrowotnej opartego na modelu kas chorych typu bismarckowskiego, ale funkcjonuje tam system tzw. narodowej, powszechnej służby zdrowia. Prawo do bezpłatnej pomocy medycznej mają wszyscy obywatele szwedzcy i niektórzy rezydujący obcokrajowcy (na podstawie odpowiedniego porozumienia kraju ich pochodzenia z rządem szwedzkim). Opieka medyczna gwarantowana jest dla wszystkich na równych prawach, to znaczy niezależnie od wieku, płci, narodowości, miejsca zamieszkania, poziomu edukacji, dochodu oraz rodzaju choroby i czasu jej trwania [4, 11].

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że chociaż szwedzki system jest finansowany z podatków, a nie ze składek ubezpieczonych, istnieją kasy ubezpieczeniowe, które pełnią funkcję tzw. strony trzeciej między świadczącymi usługi medyczne a pacjentem. W Szwecji funkcjonuje 26 takich regionalnych kas ubezpieczeniowych. Posiadają one liczne biura terytorialne, w których rejestrowane są wszystkie osoby rezydujące w tym kraju z chwilą ukończenia 16 roku życia. Kasy te mają status samodzielnych osób prawnych, a ich zadaniem jest gromadzenie środków z tytułu zabezpieczenia, pochodzących głównie ze składek pracodawców i pracujących na własny rachunek. Składka ta nie obejmuje świadczeń zdrowotnych, gdyż zasadnicza część wydatków na zdrowie pokrywana jest z funduszy publicznych, uzupełnianych opłatami (współpłaceniem) pacjentów [11].

Zadania szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej określa Ustawa o Ochronie Zdrowia i Lecznictwa z 1982 roku, która mówi o tym, że społeczeństwu należy zapewnić ochronę zdrowia i lecznictwo na wysokim poziomie oraz dostęp do świadczeń na jednakowych warunkach dla wszystkich obywateli. Opieka medyczna ma być świadczona przy respektowaniu osoby pacjenta i jego praw.

Dokonując analizy zaprezentowanych wyżej systemów zdrowotnych, można stwierdzić, że Szwecja jest krajem, w którym opieka socjalna oparta jest na całkowitym zaangażowaniu państwa. Nakłady na sektor zdrowia w Szwecji stanowią ponad 7% PKB. Prawie 90% wydatków na funkcjonowanie służby zdrowia ponoszonych jest przez samorządy, z czego 4% stanowią opłaty wnoszone przez pacjentów. Wysokość tych opłat ustalana jest przez poszczególne samorządy. Np. koszt wizyty u lekarza rejonowego wynosi od 60 do 140 koron, wizyta u specjalisty lub lekarza prywatnego od 100 do 260, ale w celu ograniczenia tych wydatków wprowadzono pewne granice odpłatności. Mianowicie pacjent, który zapłacił łącznie za wizyty lekarskie 900 koron, ma prawo do całkowicie bezpłatnej opieki przez okres 12 miesięcy [11].

Natomiast dramatycznie rosnące oczekiwania pacjentów stają się wyzwaniem dla osób podejmujących

decyzje o kształcie brytyjskiej służby zdrowia. Strategia brytyjskiego systemu, określona w dokumencie „NHS – Plan”, z jednej strony proponuje proces zmian w tym obszarze skoncentrowany na pracownikach systemu, z drugiej w interesie poprawy sytuacji pacjentów. W Wielkiej Brytanii brakuje lekarzy i pielęgniarek. Sami Brytyjczycy domagają się zwiększenia liczby personelu medycznego. Obecnie, w rezultacie niedoboru personelu medycznego w brytyjskiej NHS, w czasie ostatnich kilku dziesięcioleci zakres obowiązków i kompetencji poszczególnych zawodów medycznych uległ niebezpiecznemu rozproszeniu. Pielęgniarki zaczęły wykonywać zadania, które leżą w kompetencji lekarzy, a personel pomocniczy medyczny zaczął „wyręczać” pielęgniarki w ich pracy [12].

Zatem oba zaprezentowane systemy są niedoskonałe i wymagają reform. Zazwyczaj powody są dwa: po pierwsze, wydatki na opiekę zdrowotną rosną coraz szybciej, co staje się coraz poważniejszym problemem dla stabilności ekonomicznej gospodarek narodowych, po drugie, decyduje wymiar społeczny. W społeczeństwach europejskich coraz więcej jest ludzi starszych, a systemy ochrony zdrowia nie są jeszcze dostosowane do zaspokajania ich specyficznych potrzeb.

MODEL OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE PO WPROWADZENIU REFORM

Przed 1989 rokiem funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce było oparte na arbitralnych decyzjach niekontrolowanych organów państwowych, ustalających sposób zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Przez wiele lat obowiązywał system budżetowy. Nowa konstytucja RP z 1997 roku w rozdz. II, art. 68 zakłada, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia niezależnie od swojej sytuacji materialnej, gdyż władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Prawo do ochrony zdrowia należy do grup wolności i praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych, a zatem obecnie państwo ma obowiązek zapewnienia równości realizacji potrzeb zdrowotnych obywateli w ramach przeznaczonych na ten cel środków publicznych [13].

Reformę ochrony zdrowia zapoczątkowała ustawa z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która ze znacznymi zmianami weszła w życie 1 stycznia 1999 roku. Decyzją parlamentu wprowadzono wówczas dwie reformy ustrojowe dotyczące podziału administracyjnego oraz restrukturyzacji administracji publicznej oraz systemu ubezpieczeń społecznych. Placówki służby zdrowia zostały przekształcone w samodzielne publiczne za-

kłady opieki zdrowotnej, powstały również jednostki o charakterze samorządowym i niepublicznym. Ubezpieczenie zdrowotne ma charakter powszechny i jest obowiązkowe. Podstawowe zasady, na jakich powinno być oparte, to: solidarność społeczna, samorządność, samofinansowanie, prawo wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych, zapewnienie równego dostępu do świadczeń, działalność Kasy Chorych nie dla zysku, gospodarności i celowości działania. Ubezpieczenie to miało zapewnić świadczenie zdrowotne udzielane w razie choroby lub urazu, ciąży, porodu lub połogu, powszechnej akcji zapobiegania chorobom oraz konieczności dokonania oceny stanu zdrowia. Świadczenia te na terenie RP są powszechne i obowiązkowe oraz gwarantowane przez państwo. Długo oczekiwana zmiana systemu finansowania opieki zdrowotnej z budżetowego na ubezpieczeniowy miała przyspieszyć procesy reformy całego systemu ochrony zdrowia i doprowadzić do osiągnięcia europejskich standardów zdrowia. Niestety, sam fakt przeniesienia odpowiedzialności i obowiązków z budżetu państwa i przedstawicieli administracji rządowej w terenie na utworzone struktury regionalnych kas chorych nie spowodowały natychmiastowych zmian w podejściu do zdrowia, zarówno polityków, pacjentów, przedstawicieli samorządowych, jak i przedstawicieli zawodów medycznych [14].

Twórcy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w celu stworzenia powszechnego rynku usług medycznych, ustanowili Kasy Chorych nabywcami tych usług i oddzielili je od dostawców usług medycznych odpowiednio przygotowanych pod względem organizacyjnym, prawnym i finansowym. Założono, że to oddzielenie będzie sprzyjać umocnieniu pozycji nabywcy usług – pacjentów poprzez działające w ich imieniu Kasy Chorych, a także stworzy skuteczne instrumenty nadzoru nad kosztami usług i ich jakością. To spowodowało konieczność wprowadzenia systemu kontraktów (umów cywilno-prawnych) zawieranych między dostawcami tych usług a Kasami Chorych jako reprezentantami ubezpieczonych [15].

Już w 1998 roku jednostki samorządu terytorialnego przejęły majątek podległych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Okazało się, że większość powiatów nie była w stanie pomóc finansowo placówkom, dla których są organami założycielskimi (chodzi o remonty i inwestycje). Zaobserwowano znaczne zaniedbanie we wspomaganiu finansowym placówek zdrowia przez powiaty i województwa. Miało to związek z przekonaniem, że placówki powinny same się utrzymywać z umów i kontraktów zawartych z Kasami Chorych. Próby przekształcenia lub likwidacji nierentownych placówek spotkały się z przeszkodami ze strony społeczności lokalnych. Poza tym w tym samym roku drogą ustawy

wprowadzono funkcję lekarza pierwszego kontaktu – rodzinnego, który w pierwszej wersji miał zastąpić lekarza specjalistę.

Skutki zastosowanej decentralizacji w postaci znacznych różnicowań działania między kasami wpłynęły na nierówne traktowanie pacjentów oraz na trudności w koniecznej współpracy między poszczególnymi kasami. Okazało się, że każda kasa prowadzi odrębną politykę zdrowotną wobec swoich ubezpieczonych, że brak jest odpowiednich regulacji prawnych, które pozwoliłyby na prowadzenie jednolitej polityki zdrowotnej, a instytucja, która wzięła na siebie zadanie ujednoczenia działania kas, tj. Krajowy Związek Kas Chorych, została zlikwidowana. Zreformowany system ochrony zdrowia w przedstawionym kształcie funkcjonował tylko trzy lata. Od 1 kwietnia 2003 roku zaczęła obowiązywać uchwalona 23 stycznia 2003 ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia [16].

Zlikwidowano 16 regionalnych Kas Chorych i Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych i opierając się na ich bazie i pracownikach powołany został Narodowy Fundusz Zdrowia z centralą w Warszawie i 16 oddziałami wojewódzkimi. Nadzór nad Funduszem powierzono ministrowi zdrowia, który z racji kreowania polityki zdrowotnej ma za zadanie zatwierdzać plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla całego kraju, wraz z planem finansowym. Kontraktowanie świadczeń powinno odbywać się na podstawie rozpoznania zdrowotnych potrzeb społeczeństwa, a ocena tych potrzeb powinna być przygotowana przez samorząd i administrację rządową, opierając się na Narodowym Planie Zdrowotnym. Natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia został powołany w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i ich finansowania, a także refundacji leków w ramach posiadanych środków finansowych [16].

Reforma nie spełniła pokładanych w niej nadziei. Zastąpienie Kas Chorych Funduszem Zdrowia to za mało, żeby poprawić publiczne leczenie. Istnieje potrzeba autentycznej konkurencji w leczeniu, a będzie ona możliwa wtedy, kiedy dysponent naszych pieniędzy zacznie podpisywać umowy nie tylko z placówkami państwowymi, ale także prywatnymi.

Należy zauważyć, że oczekiwania osób korzystających ze świadczeń kształtowane są przede wszystkim przez powszechne postrzeganie rozbieżności między tym co było i jest oczekiwane od służby zdrowia, a tym co dawane jest pacjentom w formie udzielanych świadczeń. Pacjenci oczekują przede wszystkim specjalistycznej pomocy medycznej, udzielanej bez zwłoki i na najwyższym poziomie fachowym wynikającym z aktualnej wiedzy. Szczególnie ceniona jest pomoc udzielana w szpitalu przez specjalistę z tytułem naukowym.

Sytuacja w służbie zdrowia jest katastrofalna. Długie kolejki do specjalisty i na zabiegi w szpitalach, niedoinwestowane i zadłużone szpitale, niskie pensje personelu (zarówno lekarzy, jak i personelu średniego) itd. Obecna minister zdrowia Ewa Kopacz określa tę sytuację jako stan zapaści. Na podstawie danych z listopada 2007 na gwarantowane z budżetu zabiegi pacjenci czekają po kilkaset dni, a są przypadki, że ponad tysiąc. Opozycja chce więcej pieniędzy i z budżetu i ze zwiększonej składki zdrowotnej. Ale obecny rząd nie chce dopłacać do służby zdrowia. Ostatnie lata pokazały, że wzrost nakładów nie przekłada się na zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych. Obecne propozycje rządu dotyczą wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia, którego wielkość uzależniona byłaby od wieku, płci i zachorowalności na daną jednostkę chorobową.

NIEMIECKI SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Niemcy jako pierwszy kraj nie tylko w Europie, ale i na świecie, na przestrzeni lat 1883–1889 wprowadziły system obowiązkowych ubezpieczeń na wypadek choroby, macierzyństwa, starości czy wypadku przy pracy. Już od samego początku u jego podstaw legły dwie zasady. Po pierwsze, obowiązkowego ubezpieczenia, uzależnionego od dochodów, po drugie, autonomii i niezależności instytucji ubezpieczeniowych, czyli Kas Chorych, od państwa. Do podstawowych zasad współczesnego systemu zdrowotnego w Niemczech w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych należy zaliczyć:

- szeroką autonomię Kas Chorych jako instytucji ubezpieczeń zdrowotnych od państwa. Tak naprawdę władze państwowe mogą ingerować tylko w razie ich rażącego działania wbrew prawu. Natomiast władze, przede wszystkim federalne, określają tylko ramy prawne ich działania, uchwalając ustawodawstwo w tej dziedzinie;
- źródłem finansowania są przede wszystkim fundusze ubezpieczenia zdrowotnego gromadzone zarówno przez pracodawców, jak i pracowników. Są one przekazywane bezpośrednio do kas ubezpieczeń zdrowotnych;
- Kasy Chorych pokrywają koszty bezpośredniej opieki zdrowotnej. To one wypłacają świadczeniodawcom (także np. lekarzom wolno praktykującym, szpitalom, innym zakładom opieki zdrowotnej, ale również aptekom wydającym ubezpieczonym leki na podstawie recepty) należne sumy za wykonane i udzielone ubezpieczonym świadczenia zdrowotne w ciągu określonego czasu. Sumy wypłacane świadczeniodawcom określone są na drodze wcześniejszych dwustronnych negocjacji pomiędzy

zrzeszeniami Kas Chorych, zrzeszeniami lekarzy i zrzeszeniami szpitali. Natomiast koszty opieki zdrowotnej osób nieubezpieczonych (mniej niż 1%) w ramach pomocy społecznej pokrywają landy;

- osoby, które są ubezpieczone, oraz ich rodziny mogą swobodnie wybrać świadczeniodawcę (oczywiście mającego umowę podpisaną z Kasą Chorych), mają też prawo wyboru Kasy;
- podstawowy zakres gwarantowanych ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych jest duży. Ich dostępność i jakość na wysokim poziomie;
- pułap dochodów, od którego ustala się obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, jest zmienny i ustalany corocznie, adekwatnie do rosnących wynagrodzeń.
- władze rządowe i samorządowe odpowiedzialne są za finansowanie programu zdrowia publicznego. One także są podmiotami realizującymi zadania w tym zakresie wspólnie z sektorem prywatnym [17]

Dane mówią, że 88% ludności w Niemczech objęte jest systemem powszechnego ubezpieczenia, tylko 10% korzysta z ubezpieczenia prywatnego, natomiast 2% (policja i wojsko) ma zabezpieczoną opiekę zdrowotną bezpłatnie. Kasy Chorych pogrupowane są w 8 federacjach na poziomie landów. Najbardziej liczebne i dominujące to: federacja grupująca lokalne kasy ubezpieczeniowe (AOK), federacja zrzeszająca kasy zakładowe (BKK), federacja grupująca kasy rzemieślników i handlowców (IKK), federacja zrzeszająca kasy rolników (LKK). Z kasami negocjują swoje świadczenia wszystkie stowarzyszenia lekarzy i farmaceutów. One także są pogrupowane w federacje ogólnozwiązkowe lekarzy medycyny, lekarzy stomatologii i stowarzyszenie farmaceutów. Jeśli chodzi o kraje Europy Zachodniej, to system niemiecki jest przykładem dużej decentralizacji władzy publicznej, m.in. odpowiedzialnej za służbę zdrowia. Kolejna sprawa – to bardzo wysoki wskaźnik lekarzy w Niemczech. Jeden z najwyższych w Europie. Dla porównania w Niemczech wynosi on 3,4, a odpowiedni w krajach OECD 2,9. Także poziom nakładów na opiekę zdrowotną w Niemczech jest najwyższy wśród innych krajów członkowskich UE. W 2007 roku osiągnął 11,5% PKB. Tylko w Stanach Zjednoczonych jest wyższy – 14% i w Szwajcarii nieznacznie niższy – 10,8%. Wydatki na służbę zdrowia wynoszą w Niemczech 4/5 całkowitych wydatków zdrowotnych [17].

Na zakończenie należy uzupełnić, że niemiecki system zdrowia, jeśli weźmiemy pod uwagę organizację i funkcjonowanie, jest przykładem realizacji fundamentalnych zasad dla tego systemu. Zasady pomocniczości państwa (subsidiaryzmu) i zasady solidaryzmu społecznego. To jest jednym z powodów, że system ten nie przeżywał nigdy takich problemów

finansowych i organizacyjnych jak wiele innych systemów opartych na modelu brytyjskim.

POLITYKA ZDROWOTNA I JEJ PERSPEKTYWY W UNII EUROPEJSKIEJ

Utrzymanie zdrowia na maksymalnie wysokim poziomie w UE wymaga wprowadzenia zmian w zakresie funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia. Podstawowe kierunki tych zmian zawarte są w postulatach WHO i dotyczą: uwzględnienia coraz większego udziału w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia potencjalnych odbiorców usług i ich rodzin, akcentowania dominującej roli ochrony zdrowia w systemach ekonomiczno-politycznych państw, indywidualnej odpowiedzialności pracowników medycznych za wyniki swojej pracy, standaryzację usług i pomiar jakości świadczeń, ekonomizację w każdym obszarze działania, polegającą na lepszym wykorzystaniu zarówno potencjału pracowniczego, jak i zasobów materialnych zakładów opieki zdrowotnej. Samo inwestowanie w zasoby służby zdrowia nie jest tożsame z inwestowaniem w zdrowie. Analizując powyższe twierdzenie, można zadać pytanie, jakie przesłanki praktyczne dla organizatorów opieki zdrowotnej na świecie i w Europie wynikają z powyższych założeń koncepcyjnych WHO? Rozwój diagnostyki i nauk medycznych, coraz większa specjalizacja lekarzy powoduje, że w opiece szpitalnej koncentrują się oni przede wszystkim na precyzyjnej diagnostyce i leczeniu skutków choroby. Natomiast cała sfera działań związanych ze wsparciem psychicznym, umacnianiem zdrowia i wychowaniem zdrowotnym leży niejako poza obszarem bezpośrednich zainteresowań tej grupy zawodowej. Istnieje zatem konieczność realizacji wyżej wymienionych zadań przez innych pracowników medycznych [18].

Doświadczenia krajów zachodnioeuropejskich i Stanów Zjednoczonych pokazują, że nakłady na profilaktykę i promocję zdrowia zwracają się wielokrotnie. Jednolity Akt Europejski, wprowadzający poprawki do Traktatu Rzymskiego, dał instytucjom wspólnotowym możliwość podejmowania regulacji służących ochronie zdrowia i konsumenta. Traktat z Maastricht przyznał wspólnocie nowe kompetencje w dziedzinie zdrowia, które zawarto w art. 129. dotyczącym ochrony zdrowia, w którym czytamy m.in., że wspólnota będzie działać na rzecz wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego poprzez promowanie współpracy w tym zakresie pomiędzy państwami członkowskimi, państwa członkowskie, współpracując z Komisją Europejską, będą koordynowały między sobą politykę i programy zdrowotne, wspólnota, jak również państwa członkow-

skie będą popierały współpracę w dziedzinie zdrowia publicznego z krajami trzecimi i kompetentnymi organizacjami międzynarodowymi, działania Komisji w dziedzinie zdrowia publicznego w pełni będą respektować obowiązki państw członkowskich z tytułu organizacji i zapewnienia usług w zakresie ochrony zdrowia i opieki medycznej [19].

Poza tym utworzony został tzw. Region Europejski, któremu przydzielono w tym zakresie 21 zadań w ramach programu „Zdrowie dla wszystkich”. Tworzenie w Europie polityki zdrowia dla wszystkich ma uwzględnić wizję przyszłości w uzyskiwaniu i spożytkowaniu zasobów oraz mobilizowaniu odpowiednich partnerów. Ekonomiczne wstrząsy i wojny w krajach Europy Wschodniej i Środkowej oraz w krajach powstałych po rozpadzie ZSRR powiększyły dysproporcje w stanie zdrowia pomiędzy krajami w Regionie. Dlatego też powstał wspólnotowy program w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego na lata 2003–2008, którego podstawą prawną jest Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Europy nr 1786/2002 z dnia 23 września 2002 [20].

Zatem w konkluzji, możemy stwierdzić, że zmiany w systemie ochrony zdrowia w Europie ukierunkowane są na ciągłe podnoszenie jakości świadczeń i ekonomizację systemu. Określenie celów, zadań oraz odpowiednich standardów ich realizacji jest nadrzędnym zadaniem państw Wspólnoty Europejskiej. Te standardy stanowią punkt odniesienia, jeśli chodzi o planowanie, zmiany i ocenę jakości usług medycznych. Rosnące wydatki na ochronę zdrowia spowodowały, że w polityce zdrowotnej państw członkowskich pojawiły się działania mające na celu częściowe przeniesienie odpowiedzialności za zdrowie z państwa na obywateli. Działania państw UE coraz szerzej skupiają się na problematyce zdrowia publicznego, a uświadomienie państw w dziedzinie ważności profilaktyki zdrowia jest obecnie dla Europy sprawą priorytetową.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Jahann M. Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności. Difin, Warszawa 2005; 70.
- [2] Niżnik J. W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania służby zdrowia. Oficyna Wydawnicza „Branta”, Bydgoszcz–Kraków 2004; 61.
- [3] Włodarczyk C. Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003; 45–46.
- [4] Dziubińska-Michalewicz M. Raport 168 Systemy ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach UE (Francja, RFN, Szwecja, WB), www.biurose.sejm.gov.pl

- [5] Księżpolski M. Polityka społeczna. Wybrane problemy porównań międzynarodowych. Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1999; 26–27, 113–114.
- [6] Tymowska K, Malin V, Alszewski A. Systemy umów w opiece zdrowotnej w Anglii i w Polsce. Centrum Edukacji i Biznesu, Warszawa 1996; 42–43.
- [7] Aksman E. Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2001; 57–63.
- [8] Hibner E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003; 111–115.
- [9] Wielopolska A. Długie kolejki do operacji. www.mp.pl
- [10] Rudolf S. Ogólna charakterystyka koncepcji „państwa dobrobytu”. „Nauki ekonomiczne”. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego 1974; 42: 343–344.
- [11] Sikora D. Ochrona zdrowia. Różne systemy w krajach UE. Minimalizować ryzyko pacjenta. www.gazetaprawna.pl
- [12] Whitefield M, Otok R. NHS ludzie ludziom. www.emedyk.pl
- [13] Frąckiewicz-Wronka A. Reformy systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z UE. Wybrane aspekty zachodzących zmian. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adameckiego, Katowice 2001; 64.
- [14] Stępień J. Popyt i podaż. Jak na nie wpływać? „Służba Zdrowia” 2000; 100–102: 15–16.
- [15] Koźmiński J. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. „Polityka Społeczna” 2000; 7: 2.
- [16] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz. U. z dnia 17 marca 2003, nr 45, poz. 391.
- [17] Włodarczyk C, Piździoch S. Systemy zdrowotne. Zarys problematyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001; 128–157.
- [18] Ksykiewicz A, Rusiecki P. Doskonalenie organizacji opieki pielęgnacyjnej w lecznictwie stacjonarnym. Oficyna Wydawnicza Abrys, Kraków–Lublin 1996; 27–29.
- [19] Hibner E. Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia. Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, Łódź 2003; 211–214.
- [20] Wspólnotowy Program w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003–2008. Biuletyn krajowych konsultantów medycznych 2004; 1: 4.

Adres do korespondencji:

dr Mirosława Skawińska
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: m.skawinska@wp.pl
tel. 041 349 69 52