

Cele i modele funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

- Niewątpliwie jednym z fundamentalnych elementów funkcjonowania gospodarki każdego państwa jest sektor ochrony zdrowia.
- Odpowiednie dopasowanie określonego modelu opieki zdrowotnej jest uwarunkowane przez indywidualne dla każdego państwa czynniki rozwoju ekonomicznego oraz przyjętej polityki zdrowotnej.
- Ze względu na powyższe kondycja zdrowotna społeczeństwa nie wynika wyłącznie ze wskaźnika dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz jakości realizowanych usług medycznych, ale w głównej mierze jest konsekwencją realizowanej przez dane państwo polityki zdrowotnej, która bezpośrednio przekłada się na strategię dotyczącą rozwoju sektora ochrony zdrowia.

- System zdrowotny utożsamiany z pojęciem systemu ochrony zdrowia jest często terminem stosowanym zamiennie. Według definicji opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) system zdrowotny oznacza wszelkie organizacje, instytucje oraz poniesione nakłady, których nadrzędnym celem jest doprowadzenie do zwiększenia aktywności działań nastawionych na poprawę zdrowia.
- WHO w ramach tej definicji przyjmuje, że w skład systemu zdrowotnego wchodzi cztery sektory: publiczny, prawny, tradycyjny oraz nieformalny.
- Najprościej i najogólniej system zdrowotny można przedstawić jako wyodrębnioną całość składającą się z wielu różnorodnych elementów, które są połączone ze sobą za pomocą różnych relacji oraz które realizują cele związane ze zdrowiem.

- System zdrowotny można również scharakteryzować jako zorganizowany i równorzędny zespół działań, których celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych po to, aby możliwe było zagwarantowanie i poprawienie stanu zdrowia jednostki i całego społeczeństwa.
- Zgodnie z powyższym można stwierdzić, że system zdrowotny stanowi pewnego rodzaju zbiór czynności nakierowanych na osiągnięcie wspólnego celu, pomiędzy którymi występują relacje.
- Cechą wyróżniającą poszczególne państwa spośród innych jest zatem indywidualny model przyjętego systemu ochrony zdrowia. Należy zaznaczyć, że pomimo tego, że można wyróżnić cztery podstawowe (tradycyjne) modele funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, nie jest rzeczą oczywistą odróżnienie systemów opieki zdrowotnej zaimplementowanych w poszczególnych państwach.

Charakterystyka tradycyjnych modeli ochrony zdrowia

Poddając analizie obecne systemy ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej, można wyszczególnić cztery tradycyjne modele, do których należą:

1. model Bismarckowski
2. model Beveridge'a
3. model rezydualny
4. model Siemaszki.

MODEL BISMARCKA!

- Podstawowym celem modelu Bismarcka (ubezpieczeniowego) jest ochrona pracującego społeczeństwa przed utratą zdrowia, która w konsekwencji może prowadzić do zachwiania stabilności. Charakterystyczną cechą tego modelu jest sposób finansowania sektora ochrony zdrowia, który odbywa się przez obligatoryjne składki zdrowotne uiszczane przez pracodawcę i pracownika.
- Model Bismarcka zakłada również istnienie kas chorych pełniących funkcję funduszu ubezpieczeniowego. Elementy opisywanego modelu można zidentyfikować w systemach opieki zdrowotnej m.in. takich państwach, jak: Niemcy, Austria, Belgia, Francja, Holandia, Polska oraz Szwajcaria.

MODEL BEVERDIGE'A

- Model Beverdige'a (narodowy model służby zdrowia/model budżetowy) ukształtował się po II wojnie światowej. Jego główną cechą jest wyraźne oddzielenie obszaru opieki zdrowotnej od całego sektora ochrony zdrowia, który jest finansowany z ogólnych podatków nałożonych na obywateli. Środki finansowe pochodzące z podatków wchodzi w skład budżetu centralnego, gdzie są rozdzielane pomiędzy poszczególnymi sektorami lub bezpośrednio trafiają do budżetów lokalnych, które przeznaczają pewną ich część na ochronę zdrowia w danym regionie.

- Pacjent mający swobodę wyboru i pełny dostęp do opieki zdrowotnej ma znikomy udział w finansowaniu realizowanych na jego rzecz świadczeń medycznych. Równie ważną cechą tego modelu jest znikomy wpływ państwa na sposób funkcjonowania jednostek wchodzących w skład zakładów opieki zdrowotnej, które są niezależne. Model funkcjonuje m. in. w Szwecji, Grecji, Irlandii, Anglii oraz we Włoszech.

MODEL REZYDUALNY

- **Model rezydualny (rynkowy)** w głównej mierze opiera się na odrzuceniu przez państwo konieczności zapewnienia obywatelom dostępu do usług medycznych. System ochrony zdrowia jest finansowany przez składki uiszczane w ramach prywatnego ubezpieczenia lub w ramach indywidualnej zapłaty za realizowaną usługę. Posiadanie ubezpieczenia jest obligatoryjne. Ze względu na powyższe w opisywanym modelu sektor ochrony zdrowia jest traktowany jako rynek zbytu, na którym dominującą rolę odgrywają popyt i podaż, **a pacjent jest klientem**. Należy zaznaczyć, że w modelu rezydualnym występuje sektor publiczny, jednakże obejmuje on w ramach podstawowej opieki jedynie osoby będące w szczególnej sytuacji życiowej, np. osoby biedne.

MODEL SIEMASZKI

- Model Siemaszki (system centralnie planowany) został przyjęty przez państwa socjalistyczne po zakończeniu II wojny światowej i funkcjonował do lat 90. XX wieku. Głównym założeniem tego modelu była centralizacja organizacji i finansowania sektora ochrony zdrowia, a co za tym idzie – pełna kontrola państwa nad systemem. Działalność ochrony zdrowia była pokrywana ze środków pochodzących z budżetu państwa. Zgodnie z przyjętym modelem własnością państwa były wszystkie zakłady opieki zdrowotnej realizujące świadczenia medyczne, z kolei pracownicy byli traktowani jako urzędnicy państwowi. Model Siemaszki był stosowany przez państwa europy środkowo-wschodniej, m.in. przez Czechy, Litwę, Węgry i Polskę.

RÓŻNICA

- Podstawową różnicą między modelami Beveridge'a, Bismarcka i rezydualnym jest sposób finansowania sektora ochrony zdrowia. System Bismarckowski opiera się na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, system Beveridge'a jest finansowany z podatków ogólnych, z kolei rezydualny zakłada finansowanie indywidualne oraz dobrowolne przez każdego obywatela.
- Należy zaznaczyć, że obecne modele funkcjonowania sektora ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej są wzorowane w różnym stopniu na modelu Bismarcka lub Beveridge'a

Model opieki zdrowotnej w Polsce

- Za czasów zaborów system opieki zdrowotnej był zależny od zaborcy. Dopiero po odzyskaniu przez Polskę niepodległości zaczął kształtować się współczesny system opieki zdrowotnej, który w pierwszej kolejności kładł duży nacisk na poprawę warunków higieniczno-sanitarnych społeczeństwa.
- W latach międzywojennych państwo Polskie przyjęło założenia modelu Bismarcka.

- Po II wojnie Światowej system ochrony zdrowia oparto na przepisach prawnych przyjętych w okresie międzywojennym, dopasowując je do realiów gospodarki planowej.
- W 1948 roku przyjęto ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce. Służba zdrowia w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej opierała się na administracji państwowej i finansowaniu z budżetu państwa. Głównym zadaniem państwa było zapewnienie wszystkim obywatelom powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Szpitale i inne zakłady opieki zdrowotnej miały funkcjonować w jednym spójnym systemie opierającym się na gospodarce centralnej i planowej.

- Po 1989 roku nastąpiły zmiany sprzyjające wolności mechanizmów rynkowych. Przyjęto politykę liberalną, która była charakterystyczna dla krajów rozwiniętych. Reformy systemu ochrony zdrowia podjęte po 1989 roku miały na celu powolną decentralizację odpowiedzialności za działalność sektora ochrony zdrowia i jego finansowanie.

W 2004 roku Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że ustawa o ubezpieczeniu w NFZ nie może być stosowana ze względu na niejasność i wieloznaczność interpretacji zawartych w niej pojęć oraz z braku ustawowego zdefiniowania zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu. W 2004 roku przyjęto Ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która budziła kontrowersje ze względu na brak zgodności z innymi obowiązującymi przepisami.

- Od momentu rozpoczęcia w 1999 roku zmian dotyczących sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej sektor ten stał się głównym tematem krytyki, czego wymiar dały liczne protesty społeczne. Komplikacje związane z wprowadzeniem zmian po 1999 roku wynikały m.in. z roszczeniowej postawy społeczeństwa mocno przyzwyczajonego do modelu opiekuńczego państwa oraz silnego upolitycznienia sektora ochrony zdrowia. „Kampanie wyborcze i ekipy rządowe uczyniły z systemu opieki zdrowotnej arenę walki politycznej i każda z nich w ramach prowadzonej walki o głosy wyborców wprowadzała zmiany, które niestety nie służyły zarówno skuteczności medycznej, jak i efektywności ekonomicznej”

- Jedną z istotnych dla systemu opieki zdrowotnej reform było przyjęcie 1 lipca 2011 roku Ustawy o działalności leczniczej. Ustawa eliminuje pojęcie zakładu opieki zdrowotnej jako podstawowej formy prowadzenia działalności medycznej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w jego miejsce wprowadza inne, bardziej precyzyjne terminy, m.in. pojęcia działalności leczniczej, podmiotu wykonującego działalność leczniczą, podmiotu leczniczego i praktyki zawodowej.
- Głównymi celami Ustawy były: ujednolicenie nazewnictwa placówek medycznych, zwiększenie współodpowiedzialności organów założycielskich za finansowanie placówki oraz uproszczenie procedury komercjalizacji.

Podsumowanie

- Polski system opieki zdrowotnej w dalszym ciągu opiera się na modelu ubezpieczeniowym, który został przyjęty w okresie międzywojennym. Utworzenie po 1999 roku Narodowego Funduszu Zdrowia oraz późniejsze reformy w sektorze ochrony zdrowia zakładały ciągłość modelu Bismarcka, a tym samym funkcjonowanie jedyne monopolisty na rynku w postaci NFZ, który jest niewydolny. Żadne z podjętych reform nie dopuszczają uwolnienia rynku i otwarcia go na prywatne firmy ubezpieczeniowe, a tym na powstanie wolnej konkurencji, co z kolei przekłada się na utrudniony dostęp do szpitali, kolejki, niezadowalającą jakość z realizowanych świadczeń, zadłużenie szpitali oraz niskie płace w sektorze. Uwolnienie rynku wiąże się z innymi reformami służby zdrowia i wymaga podjęcia zmian w ustawodawstwie.

- System organizacji i finansowania sektora ochrony zdrowia w każdym państwie jest zależny od czynników politycznych, sposobu finansowania tegoż sektora, uwarunkowań demograficznych oraz od historycznych uwarunkowań, wynikających z rozwoju danego państwa. Ze względu na powyższe w ramach jednego przyjętego modelu nieprzerwanie mamy do czynienia z procesem zmian – przekształceniem czy doskonaleniem. Nieustanne reformy systemów opieki zdrowotnej wynikają z potrzeby dostosowania się do zmian nie tylko politycznych czy wynikających z rozwoju nowych technologii, lecz także z tych wynikających ze wzrostu świadomości społecznej w obszarze zdrowia oraz z niekorzystnych zmian demograficznych.

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia



Źródła:

- 1. Jahann M.: Polska – UE. Porównanie poziomu życia ludności. Difin, Warszawa 2005, s. 70.
- 2. Światowa Organizacja Zdrowia, www.who.int/topics/health_systems/en/, 30.12.2013.
- 3. Włodarczyk C., Paździoch S.: Systemy zdrowotne. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, s. 6.
- 4. Wysocki M.J., Miller M.: Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. „Przegląd Epidemiologiczny”, 2003, s. 505-312.
- 5. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, s. 33.
- 6. Księżpolski M.: Polityka społeczna. Wybrane problemy porównań międzynarodowych. Śląsk, Katowice 1999, s. 26-27, 113-114.
- 7. Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.): Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001, s. 32.
- 8. Rutkowska-Podołowska M., Popławski Ł., Zaleska-Tsitini M.: Health care policy in Poland and in selected European Union countries: Attempts at reducing fast increasing medical care costs. The Małopolska School Of Economics in Tarnów, Papers Collection, Vol. 19, Iss. 2, 2011, p. 132.
- 9. Jasiński G.: Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich. „Biuletyn Kas Chorych”, nr 3-4, 2001, s. 16-22.
- 10. Buliński L.: Polityczne uwarunkowania zmian w ochronie zdrowia. Sektor niepubliczny. CeDeWu, Warszawa 2009, s. 11-17.
- 11. Ibidem, s. 17-18.
- 12. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (DzU 2003, nr 45, poz. 391).
- 13. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU 2004, nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
- 14. Nojszewska E.: System ochrony zdrowia w Polsce. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 180-183.
- 15. Watson P.: Obywatelstwo dla wszystkich? Polityka reform systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Prace Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji, nr 15, 2010, s. 110.
- 16. Nojszewska E.: System ochrony zdrowia w Polsce. Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 183.
- 17. Kalecińska J., Herbst I. (red.): PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata. Centrum PPP, Warszawa 2011, s. 72.
- 18. Zawada G., Kowalska K.: Zdrowie w kolejce. Rzeczpospolita <http://www.rp.pl/artukul/22,1070034-Zdrowiew-kolejce.html>, 10.04.2014