

# Magdalena Jaworzyńska

---

## Analiza porównawcza systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami

---

Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia 46/1, 209-216

---

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MAGDALENA JAWORZYŃSKA

*Analiza porównawcza systemu finansowania  
opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami*

---

A comparative analysis of the system of financing health care in Poland versus selected countries

## **Wprowadzenie**

Każdy system opieki zdrowotnej jest ukierunkowany na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych określonej populacji. Realny poziom i stopień realizacji tych potrzeb jest zdeterminowany przez bardzo wiele elementów, a w szczególności przez środki pozostające do dyspozycji systemu. Rezultatem działań systemowych powinna być poprawa stanu zdrowia populacji lub co najmniej utrzymanie go na nie pogarszającym się poziomie.

Celem artykułu jest analiza porównawcza systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami.

### **1. Charakterystyka zagranicznych systemów opieki zdrowotnej**

Tradycyjne modele systemów zdrowotnych traktowane są jako wzorce opisujące pożądany, idealny kształt systemu. Stanowią zbiór potencjalnie możliwych rozwiązań, spośród których można wybierać te uznawane w danych warunkach za najlepsze. W literaturze wyróżnia się trzy systemy opieki zdrowotnej:

- system ubezpieczeń społecznych, określany również jako model Beveridge'a,
- system ubezpieczeń społecznych, tak zwany model Bismarcka,
- system nieregulowanego rynku ubezpieczeń, tak zwany model rezydualny.

Kraje Unii Europejskiej i Stany Zjednoczone zbudowały swoje systemy ochrony zdrowia, opierając ich konstrukcje na powyższych modelach.

System opieki zdrowotnej w Polsce wymaga znacznych modyfikacji. W związku z tym w procesie doskonalenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce należy wykorzystywać doświadczenia innych krajów. W niniejszym artykule zostanie porównany polski system opieki zdrowotnej z systemami opieki zdrowotnej następujących krajów:

- Niemiec, które bazują na modelu Bismarcka,
- Wielkiej Brytanii, bazującej na systemie Beveridge'a,
- Stanów Zjednoczonych, opierających się na modelu rezyduarym,
- Belgii, gdzie system opieki zdrowotnej według brytyjskiej firmy World Market Research uznawany jest za najlepszy na świecie. Według brytyjskich analityków zarówno jakość usług medycznych, jak i efektywność wykorzystania pieniędzy w belgijskiej służbie zdrowia jest najwyższa na świecie.<sup>1</sup>

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce, zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i jako procent PKB, należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej (tabela 1).

Tabela. 1. Wybrane miary nakładów w badanych krajach w latach 2006–2008

Kraj	Cecha	2006	2007	2008
Belgia	Wydatki na zdrowie na per capita (wg PPP w USD)	3 320	3 735	3 995
	Całkowite wydatki na zdrowie jako %PKB	10	10,8	11,1
Niemcy	Wydatki na zdrowie na per capita (wg PPP w USD)	3 471	3 619	3 737
	Całkowite wydatki na zdrowie jako %PKB	10,5	10,4	10,5
Wielka Brytania	Wydatki na zdrowie na per capita (wg PPP w USD)	2 884	2 990	3 129
	Całkowite wydatki na zdrowie jako %PKB	8,5	8,4	8,7
USA	Wydatki na zdrowie na per capita (wg PPP w USD)	6 931	7 285	7 538
	Całkowite wydatki na zdrowie jako %PKB	15,5	15,7	16
Polska	Wydatki na zdrowie na per capita (wg PPP w USD)	912	1049	1213
	Całkowite wydatki na zdrowie jako %PKB	6,2	6,4	7,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Health Data 2011.

<sup>1</sup> M. Solecka, *Jak wykorzystać doświadczenia krajów europejskich?*, „Rzeczpospolita” z 12.01.2004.

Analizując wielkość wydatków *per capita* według parytetu siły nabywczej na ochronę zdrowia w wybranych krajach, należy zauważyć, że w 2008 r. największą kwotę na ochronę zdrowia wydano w USA (ponad 7,5 tys. USD), następnie w Belgii (ok. 3,9 tys. USA), Niemczech (ok. 3,7 tys. USD) i Wielkiej Brytanii (ok. 3,1 tys. USD). Kwoty wydatkowane na ochronę zdrowia w porównaniu z USA były wyraźnie niższe: w Wielkiej Brytanii ponad 2,4-krotnie, w Niemczech – prawie 2-krotnie, w Belgii – 1,9-krotnie, a w Polsce – 6,2-krotnie.

Biorąc pod uwagę udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB, należy zauważyć występowanie dużych dysproporcji między badanymi krajami. W 2008 r. największy udział wydatków na ochronę zdrowia miały USA, gdzie stanowiły one 16,0% PKB, następnie w kolejności była Belgia – 11,1%, Niemcy – 10,5% oraz Wielka Brytania – 8,7%.

Z przedstawionej kolejności możemy wnioskować, że wielkość publicznego finansowania może być w dużym stopniu zdeterminowana przyjętym w danym państwie modelem ochrony zdrowia. Pierwsze miejsce zajął kraj, w którym organizacja opieki zdrowotnej oparta jest na modelu Beveridge'a, kolejne miejsca zajęły Niemcy i Belgia (w których stosowano model Bismarcka) i USA (gdzie wykorzystano model rezydualny).

Systemy opieki zdrowotnej w różnych krajach różnią się skalą i charakterem aktywności państwa w systemie opieki zdrowotnej oraz wielkością sektora publicznego. Porównując systemy opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Belgii i w USA, należy zaznaczyć, że we wszystkich omawianych krajach państwo dokonuje interwencji przede wszystkim poprzez regulacje w sferze ochrony zdrowia. Państwo dominuje w systemach opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i w Polsce, natomiast w Stanach Zjednoczonych dominuje sektor prywatny. Zasadnicza rola w każdym z modeli przypada finansowaniu opieki zdrowotnej. Stanowi ono podstawowy wyznacznik organizacji opieki zdrowotnej, przesądzający o rzeczywistym kształcie sektora zdrowia oraz możliwościach zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli<sup>2</sup>.

Porównując cechy charakterystyczne systemów opieki zdrowotnej w wybranych państwach, można stwierdzić, że funkcjonujący w Polsce system opieki zdrowotnej w zakresie sposobu podziału środków na opiekę zdrowotną i roli rządu w systemie podobny jest do rozwiązań w Wielkiej Brytanii. W obydwu krajach środki na opiekę zdrowotną są gromadzone centralnie i alokowane na regiony. W Polsce funkcja alokacyjna realizowana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w Wielkiej Brytanii podziałem środków bezpośrednio zajmuje się Ministerstwo Zdrowia. Istnienie w Polsce NFZ zbliża system krajowy do rozwiązań stosowanych w większości państw europejskich, np. w Niemczech. Różnica jedynie jest taka, że w Polsce funkcjonuje tylko jedna scentralizowana kasa (NFZ), a w Niemczech funkcjonuje kilkanaście samodzielnych kas<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> P. Białynicki-Birula, *Zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Perspektywa międzynarodowa*, Monografie: Prace Doktorskie nr 4, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2006, s. 53.

<sup>3</sup> M. Durbajło-Mrowiec, *Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej*, Prace Naukowe nr 41 Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009, s. 46.

Środki na funkcjonowanie publicznej opieki zdrowotnej w Niemczech i Belgii pochodzą głównie ze składek ubezpieczonych. W przeciwieństwie do Polski w wymienionych krajach ściśle określono zakres świadczeń medycznych objętych powszechnym ubezpieczeniem i zapewniono konkurencję między kasami. Całkowitym przeciwieństwem rozwiązań stosowanych w Niemczech i Belgii jest system przyjęty w Wielkiej Brytanii, gdzie środki na opiekę zdrowotną pochodzą w budżetu.

Jeśli zaś chodzi o amerykański system opieki zdrowotnej, to pomimo że jest najdroższy na świecie, to sprawdza się gorzej niż systemy europejskie. Stany Zjednoczone mają równocześnie najlepszą i najgorszą opiekę medyczną wśród krajów rozwiniętych. W USA pracuje najwięcej noblistów z dziedziny medycyny, tu dokonuje się ogromnej większości przełomowych odkryć, tu są najlepsze szpitale i kliniki. Jednocześnie co piąty dorosły nie ma ubezpieczenia medycznego. Jest to najbardziej uderzająca różnica między amerykańskim i europejskim podejściem do służby zdrowia. W USA ubezpieczenie nie jest obowiązkowe, a zapewniają je firmy prywatne, w omawianych krajach europejskich ubezpieczenie jest powszechne, obowiązkowe i finansowane z podatków albo obowiązkowych składek.

Europejskie systemy opieki zdrowotnej charakteryzują się prostotą i przejrzystością w porównaniu z amerykańską skomplikowaną mozaiką przepisów i urzędów.

Wadą europejskich systemów opieki zdrowotnej są wielomiesięczne kolejki oczekujących na zabiegi (np. przeszczepy). Ubezpieczeni Amerykanie czekają krócej na kosztowne operacje niż Europejczycy.

Można stwierdzić, że wolny rynek działa wówczas, gdy konsument wie, co kupuje, i jest w stanie podejmować decyzje racjonalne. Medycyna jest na tyle skomplikowana, że niewielu ludzi potrafi samodzielnie ocenić oferowany im produkt. Jeszcze trudniej o racjonalny wybór, kiedy na niewiedzę nakłada się strach przed śmiercią.

Mimo występowania istotnych różnic między zaprezentowanymi modelami opieki zdrowotnej należy zauważyć, że istnieją pewne wspólne dla nich cechy. We wszystkich opisanych systemach opieki zdrowotnej można wyróżnić dwa zasadnicze segmenty opieki zdrowotnej: pierwszy – generujący świadczenia powszechne, oraz drugi – mający charakter ponadstandardowy, dostępny jedynie dla określonych grup społecznych. We wszystkich rozpatrywanych systemach możemy wyróżnić pewien zakres zadań związanych z ochroną zdrowia należący wyłącznie do obowiązków państwa. Są to: badania naukowe, kształcenie medyczne oraz przygotowywanie programów z zakresu profilaktyki<sup>4</sup>.

Znajomość poszczególnych rozwiązań, jakie występują w prezentowanych krajach, może być przydatna w konstruowaniu i wprowadzaniu reform opieki zdrowotnej, np. w Polsce. Należy jednak pamiętać, żeby zbyt pochopnie nie kopiować rozwiązań, które sprawdzają się i dobrze działają w innych krajach. Każdy model funkcjonuje w realnym otoczeniu społeczno-gospodarczym, w konkretnym systemie wartości oraz w określonej tradycji, zaś efektywność poszczególnych modeli współzależy od oto-

<sup>4</sup> P. Białynicki-Birula, *op. cit.*, s. 53.

czenia, w jakim są one implementowane. W związku z tym nie ma na świecie dwóch identycznych rozwiązań, a poszczególne systemy różnią się nie tylko technicznymi szczegółami, lecz często filozofią leżącą u podstaw ich tworzenia<sup>5</sup>.

Doświadczenia krajów w zakresie transformacji systemu ochrony zdrowia pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków. Reformy okazały się mniej skuteczne tam, gdzie próbowano koncentrować się na kształtowaniu strony popytowej za pomocą bodźców rynkowych, skierowanych bezpośrednio na pacjenta – wprowadzenie jawnego koszyka świadczeń gwarantowanych, zwiększanie obciążenia pacjenta dodatkowymi opłatami ponoszonymi niezależnie od posiadania generalnego tytułu do świadczeń<sup>6</sup>.

Reformy nastawione na stronę podażową, na wytwórców świadczeń, odniosły większe sukcesy. Do mechanizmów, które odegrały pozytywną rolę, można zaliczyć kontraktowanie stosowane w publicznych systemach, nowe zasady alokacji i finansowania inwestycji kapitałowych, zasady wynagradzania świadczeniodawców, w których uwzględnia się element efektu i wydajności, nowe zasady regulacji i kontroli wydatków na leki i środki farmaceutyczne. W dziedzinie organizacji należy odnotować przekształcenia sieci szpitalnej oraz wprowadzanie finansowych bodźców stymulowania efektywności szpitali przez nadawanie im statusu samodzielności<sup>7</sup>.

## 2. Propozycja kierunków zmian polskiego systemu opieki zdrowotnej

Porównanie rozwiązań systemów ubezpieczeń zdrowotnych funkcjonujących w Polsce i w innych państwach pozwala zidentyfikować cechy charakterystyczne systemu krajowego, które wpływają na sytuację finansową zakładów opieki zdrowotnej<sup>8</sup>:

- niewielki udział praktyk i podmiotów niepublicznych w systemie,
- brak konkurencji wśród ubezpieczycieli,
- niewielka konkurencja wśród świadczeniodawców,
- niewielka liczba zrzeszeń świadczeniodawców i ich słaba pozycja w systemie,
- dominujące jedno źródło finansowania systemu,
- konstrukcja takich kontraktów dla szpitali, w których zakłada się, że wszystkie koszty są elastyczne, zależne od liczby świadczeń, co wprowadza niepewność finansową, a jednocześnie, przy określonych zasobach szpitali, wpływa na poprawę ich racjonalności gospodarowania.

Uwzględniając rozwiązania systemu opieki zdrowotnej w omawianych państwach, można wskazać kierunki, w jakich powinien ewaluować polski system opieki zdrowotnej:

<sup>5</sup> Ch. Sowada, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemów publicznych – przykłady rozwiązań europejskich*, [www.case-doradcy.com.pl](http://www.case-doradcy.com.pl), s. 3.

<sup>6</sup> C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne – uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, s. 159.

<sup>7</sup> *Ibid.*, s. 159–160.

<sup>8</sup> M. Durbajło-Mrowiec, *op. cit.*, s. 47.

1. Współpłacenie pacjentów za usługi zdrowotne – w wielu krajach obywatele płacą ubezpieczenia zdrowotne i dopłacają z własnej kieszeni, gdy korzystają z porady lekarskiej. Te opłaty nie ratują systemu, ale pełnią rolę regulującą. Powodują one, że pacjenci nie nadużywają pomocy medycznej, gdy nie jest ona konieczna, ale jednocześnie nie zamykają drogi do leczenia tym, którzy tego naprawdę potrzebują.
2. Komerccjalizacja zakładów opieki zdrowotnej – publiczne szpitale i przychodnie funkcjonują obecnie jako Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ-y), czyli coś pośredniego między zakładem budżetowym a przedsiębiorstwem. Chociaż wiele SPZOZ-ów radzi sobie dzisiaj dużo lepiej niż parę lat temu, to obciąża je nadal to, że są publiczne, czyli „niczyje”, za które nikt osobiście nie ponosi finansowej odpowiedzialności. Podlegają one za to różnym pozamerytorycznym wpływom ze strony lokalnych władz i polityków. Jeśli zatem chcemy aby SPZOZ-y były dobrze zarządzane i sprawne ekonomicznie, trzeba je zamienić w normalne przedsiębiorstwa i dać im prawdziwego właściciela. Pierwszym krokiem w tym kierunku powinno być przekształcenie SPZOZ-ów w spółki handlowe i poddanie ich rygorom prawa handlowego (z możliwością ogłoszenia upadłości włącznie).
3. Zdemonopolizowanie Narodowego Funduszu Zdrowia przez wprowadzenie konkurencji między dysponentami publicznych środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Mogą to być publiczne (powstałe z NFZ) i prywatne firmy ubezpieczenia zdrowotnego. Każda z nich powinna spełnić określone warunki finansowe, jeżeli chce wejść na rynek (gwarancje na wypadek upadłości). Firmy powinny konkurować o ubezpieczonych lepszymi warunkami finansowania świadczeń zdrowotnych (np. mniejsze dopłaty do leczenia, mniejsze dopłaty do leków, lepszy standard świadczeń itp.).

Oprócz obiektywnych metod oceny systemu ochrony zdrowia, jakim jest między innymi analiza danych rzeczywistych w zakresie poziomu wydatków na ochronę zdrowia, warto zwrócić uwagę na subiektywne oceny systemów ochrony zdrowia, jakim są badania satysfakcji pacjentów, analizy dostępności usług medycznych czy oceny decydentów w zakresie ochrony zdrowia. Wskaźniki te mają najczęściej kompleksowy charakter i składają się jednocześnie z wielu wymiarów<sup>9</sup>.

Jednym z takich rankingów, opracowywanych przez szwedzki instytut Health Consumer Powerhouse (HCP), jest indeks Euro Health Consumer Index (EHCI). Konsumentcki ranking zdrowia to standardowy ranking oceniający publiczne systemy służby zdrowia w Europie. W rankingu, na podstawie 38 wskaźników, ocenia się 33 publiczne systemy służby zdrowia w Europie, uwzględniając przy tym sześć najważniejszych obszarów: prawa klienta i dostęp do informacji, e-zdrowie, listy

<sup>9</sup> A. Sowa, *Ochrona zdrowia w wybranych krajach OECD – trendy wydatków i ocena funkcjonowania systemu*, [w:] *Stan finansów ochrony zdrowia*, „Zeszyty BRE Bank-CASE” 2008, nr 97.

oczekujących na zabiegi, wyniki leczenia, szczodrość systemu oraz dostępność leków.<sup>10</sup>

Dane wykorzystywane w rankingu pochodzą z ogólnie dostępnych źródeł statystycznych, badań konsumenckich i badań niezależnych prowadzonych przez twórców rankingu. Punktem wyjścia dla prowadzonych badań i interpretacji jest postrzeganie systemu służby zdrowia przez samego konsumenta.

Zgodnie z wynikami EHCI 2009 Polska znalazła się na 26. miejscu w rankingu Euro Health Consumer Index, badającego jakość systemów opieki zdrowotnej 33 europejskich krajów. Wynik ten oznacza, że przez rok od ostatniego badania sytuacja nie poprawiła się znacząco. Autorzy rankingu piszą o stabilnym wyniku Polski, gdyż Polska otrzymała 565 punktów na 1000 możliwych, ale jest to zaledwie o 54 punkty więcej niż w roku ubiegłym. Polski wynik nie jest zbyt zadowalający. Dobrze oceniono jedynie przestrzeganie praw pacjentów oraz niektóre aspekty funkcjonowania publicznej służby zdrowia, takie jak okresowe szczepienia dzieci oraz usługi stomatologiczne, na które przysługuje refundacja. Pomimo słabej oceny ogólnej Polska na tle innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej, gdzie sytuacja się pogarsza, wypada nieźle. Jak podkreślił Arne Bjoernberg, odpowiedzialny za przygotowanie rankingu Euro Health Consumer Index, Polska, choć wolno, to pnie się w górę, ale powinna rozwiązać problem zarządzania w służbie zdrowia oraz niskich płac lekarzy pracujących w szpitalach. Prowadzi to bowiem do powstawania dużej liczby prywatnych praktyk i skutkuje niską wydajnością oraz niskim poziomem kapitału ludzkiego w publicznej służbie zdrowia.<sup>11</sup>

Pierwsze miejsce (po raz drugi) zdobyła Holandia, uzyskując rekordowy wynik 875 punktów. Na drugim miejscu, podobnie jak rok wcześniej, uplasowała się Dania (819 punktów), a następnie – biorąc po raz pierwszy udział w rankingu – Islandia z wynikiem 811 punktów i Austria (795).

Jeśli chodzi o kraje, których systemy opieki zdrowotnej zostały zaprezentowane w tym artykule, to plasują się one na dość wysokich miejscach. Belgia zajmuje 11 miejsce, Niemcy – 6, a Wielka Brytania – 14.

## Zakończenie

Podsumowując, można stwierdzić, że model ochrony zdrowia jest znaczącym czynnikiem wpływającym na kształt ochrony zdrowia. Jednak nie ma idealnego systemu opieki zdrowotnej. Określone cechy społeczeństw, historia, kultura, uwarunkowania społeczne i polityczne miały i mają ogromny wpływ na konstrukcję modeli

<sup>10</sup> Europejski konsumencki ranking służby zdrowia EHCI: „Polska trzyma się mocno”, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Poland.pdf>, pobrano 10.11.2009.

<sup>11</sup> Polska na 26. miejscu w rankingu europejskich systemów opieki zdrowotnej, <http://www.rynekzdrowia.pl/Badania-i-rozwoj/Polska-na-26-miejscu-w-rankingu-europejskich-systemow-opieki-zdrowotnej,11220,11.html>, pobrano 10.11.2009.



finansowania opieki zdrowotnej. Rządy państw na całym świecie mają poważne kłopoty z zabezpieczeniem dostępności usług zdrowotnych. Im lepszy system opieki zdrowotnej, tym dłużej żyją ludzie. A im starsze społeczeństwo, tym wymagania co do zakresu i intensywności tej opieki są większe.

**A comparative analysis of the system of financing health care  
in Poland versus selected countries**

The purpose of this article is to compare the Polish health care system with the systems of selected countries (in Belgium, USA, Germany and Great Britain). In the Polish health care system there should be introduced patients' payment for services, commercialization of hospitals, and a number of health funds.