

TOMASZ TATARA, AGATA MATYSIAK, AGNIESZKA WYROZĘBSKA

## Opieka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej – organizacja i funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia

## Health care in the European Union – organization and functioning of health care systems

### Streszczenie

Każdy z systemów europejskich wykazuje podobieństwa w zakresie rozwiązań prawnych, organizacyjnych i finansowych, a także form działania i funkcjonowania poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. Warto podkreślić, że kraje członkowskie Unii Europejskiej nie przyjęły jak dotąd jednolitych rozwiązań związanych z funkcjonowaniem systemów opieki zdrowotnej. Najważniejsze dokumenty, w tym Traktat z Maastricht z 1992 roku i Traktat z Amsterdamu z 1997 roku nie przewidują konieczności przyjęcia jednolitego modelu opieki zdrowotnej we wszystkich państwach członkowskich Unii. Główne tezy są wyrażone w sformułowaniach «Wspólnota będzie działać na rzecz zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego...» oraz «Przy formułowaniu i wdrażaniu kompleksowej polityki i działań Wspólnoty będzie uwzględniony wymóg uzyskania wysokiego poziomu ochrony zdrowia». Ze sformułowań przywołanych traktatów jednoznacznie wynika, że działania Wspólnoty nie będą ingerować w sferę organizacji i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w krajach członkowskich. Tym samym dopuszcza się i zakłada odmienność rozwiązań w poszczególnych państwach. Działania Wspólnoty zmierzają do wypracowania jednolitych standardów i norm w zakresach szeroko rozumianego zdrowia publicznego, mając na względzie dobrostan obywateli, pojmowanych jako największy kapitał każdego kraju.

W niniejszym opracowaniu ukazane zostały dwa główne wzorce modelowe stanowiące podstawę wielu systemów zdrowotnych na całym świecie. Na tym tle przedstawione zostały różne typy modelowe funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej.

**Słowa kluczowe:** opieka zdrowotna, system ochrony zdrowia, wzorzec systemowy, organizacja.

### Summary

All of European health systems show some similarities with regard to legal, organizational and financial issues, as well as how the system and its features are running. It is worth to mention that none of the European Union members has accepted common healthcare system policy. Key EU treaties including Maastricht Treaty (1992) and Amsterdam Treaty (1997) do not impose an obligation to do so. Main stipulations say: „The European Community will act in a way of securing high level of healthcare protection” and “High level of healthcare protection will be taken into account in development and implementation of European Community’s policies and activities”.

Other stipulations in above mentioned treaties undoubtedly show no intention to intervene in organization and functioning within members’ healthcare systems. Therefore diversity of adopted solutions has been granted. The course of European Communities policy is to develop common standards and rules of healthcare systems with regard to public welfare as the biggest asset of each nation.

This paper presents two main models that most of worlds healthcare systems are based on. Those models give background for the comparison of various healthcare systems run in the European Union.

**Key words:** health care, health care system, module system, organization.

Tradycyjne modele systemów zdrowotnych traktowane są jako wzorce opisujące pożądany, idealny kształt systemu. Stanowią zbiór potencjalnie możliwych rozwiązań, spośród których można wybierać te, które uznawane są w danych warunkach za najlepsze. Poszczególne kraje dostosowują dany model do własnych uwarunkowań w sposób indywidualny, tzn. decydują się na zastosowanie tylko pewnych elementów z wzorcowych systemów, adekwatnych do sytuacji kraju. Najczęściej stosowanymi, europejskimi modelami systemów zdrowotnych są:

- model Bismarckowski (ubezpieczeniowy model finansowania ochrony zdrowia),
- model Beveridge'a (zaopatrzeniowy model finansowania ochrony zdrowia),

Modele te mają charakter uniwersalny ze względu na możliwość stosowania ich w analizie polityk i systemów zdrowotnych różnych krajów. Jednocześnie wskazują na pewną specyfikę rozwoju systemów, które przebiegały odmiennie w Wielkiej Brytanii, w Niemczech i w poszczególnych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Inne kraje, zbliżając się mniej lub bardziej do któregoś z tych modeli, przechodziły z kolei własną drogę, w której tradycja i historia odgrywały bardzo istotną rolę [1].

### MODEL BISMARCKOWSKI

Powstał on z inicjatywy Ottona von Bismarck'a – premiera Prus, kanclerza Rzeszy Niemieckiej, w 1883 roku. W modelu tym proces podejmowania decyzji jest zdecentralizowany. Większość podstawowych rozstrzygnięć jest podejmowana przez instytucje ubezpieczeniowe bez interwencji przedstawicieli państwa, ale przy udziale reprezentantów organizacji lekarzy, aptekarzy, szpitali i lokalnych władz. Jednocześnie struktura samych instytucji ubezpieczeniowych zapewnia uczestnictwo w podejmowaniu decyzji przedstawicieli bezpośrednio zainteresowanych stron, a więc pracodawców i pracowników. Organy państwowe sprawują jedynie ogólny nadzór. Jednocześnie jednak państwo tworzy precyzyjne prawne ramy funkcjonowania całego systemu. Przymus ubezpieczenia obejmuje przede wszystkim pracobiorców i tych, których dochód nie pozwala na spokojne myślenie o przyszłości w razie utraty zdolności do pracy. Dla nich głównie przeznaczony jest system ubezpieczeń społecznych. Osoby osiągające dochód na dostatecznie wysokim poziomie są zwolnione z obowiązku ubezpieczenia, choć mogą do niego przystępować dobrowolnie, albo mogą zawierać ubezpieczenia prywatne, które są naturalnym elementem całego modelu. Cechą charakterystyczną jest tworzenie wspólnot ubezpieczeniowych. Wspólnoty te obejmują z reguły ludzi, których łączy jakiś naturalny czynnik spajający: branżowy, zawodowy albo terytorialny. Świadczenia udzielane ubezpieczonym obejmują wydatki na leczenie oraz rekompensatę utraconych zarobków. Zwrot kosztów leczenia może być pełny albo może przewidywać pewien udział w ich finansowaniu przez ubezpieczonego [5].

Pomimo wad, które posiada, Model Bismarckowski zachował się do dzisiaj w mało zmienionej formie w Niemczech, Holandii, Austrii i Belgii.

### MODEL BEVERIDGE'A

W 1942 roku William Henry Beveridge na zlecenie premiera Wielkiej Brytanii Winstona Churchila opracował

raport o „Ubezpieczeniach społecznych i służbach pokrewnych”. Raport Beveridge'a wprowadzono w Wielkiej Brytanii od 1948 roku. Posłużył za podstawę narodowej służby zdrowia, regulując politykę społeczną, zapewniając bezpieczeństwo socjalne i wzmacniając funkcję państwa opiekuńczego. Naczelną ideą tego modelu jest zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego wszystkim obywatelom, przez odwołanie się do pojęcia zaspokojenia elementarnych potrzeb. Oznacza to, że świadczenia umożliwiające zaspokojenie tych potrzeb powinny być udostępniane wszystkim. Ponieważ potrzeby zdrowotne potraktowano jako jedną z potrzeb elementarnych, prawo do świadczeń zdrowotnych zostało uznane za uniwersalne uprawnienie wszystkich obywateli. W odniesieniu do świadczeń finansowanych obowiązuje zasada równości, przy czym są one zazwyczaj ustalane na niskim poziomie, tak aby zaspokoić potrzeby rzeczywiście elementarne. Stąd integralną częścią modelu są dobrowolne ubezpieczenia uzupełniające. Podmiotem odpowiedzialnym za realizację zasady uniwersalnego dostępu jest państwo. Praktycznie cała realizacja polityki zdrowotnej odbywa się za pośrednictwem organów administracyjnych. Środki finansowe na ochronę zdrowia pochodzą w zasadniczej części z podatków, których wielkość i znaczenie jest przedmiotem politycznych przetargów i decyzji [4].

Model Beveridge'a z pewnymi modyfikacjami poza Wielką Brytanią występuje w Szwecji, Norwegii, Finlandii, Hiszpanii, Grecji, Danii i Portugalii.

W dzisiejszych czasach żaden z tradycyjnych modeli systemów zdrowotnych nie jest już traktowany jako wzorcowe rozwiązanie problemu organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Cechą charakterystyczną nowej polityki zdrowotnej jest powszechne zjawisko reformowania opieki zdrowotnej. Oznacza to, że modele dawniej traktowane jako idealne, traktuje się krytycznie i zmierza się do ich zmiany. Obecnie istnieje silna tendencja do dokonywania przekształceń zmierzających do pogłębienia decentralizacji. Równocześnie w wielu krajach widoczne jest zjawisko określane przez wielu autorów jako „ogólnoświatowy pęd ku prywatyzacji” albo „mania rynkowa”. Przyczyniły się do tego trzy główne czynniki:

- zmiany demograficzne;
- postęp cywilizacyjny i technologiczny;
- realia ekonomiczne.

### ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE I ORGANIZACYJNE Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ

Chociaż każdy z krajów Unii Europejskiej rozwija swój własny system zarządzania opieką zdrowotną, to jednak można w nich wyróżnić pewne cechy wspólne, z uwagi na podobne cele i uwarunkowania historyczne. Wszystkie systemy opierają się na mieszanych źródłach finansowania, niemniej jednak większość środków przeznaczonych na ochronę zdrowia jest kontrolowana przez państwo w sposób bezpośredni lub pośredni. W krajach Unii Europejskiej coraz częściej zauważyć można wzrastającą rolę samorządu terytorialnego w kształtowaniu systemu ochrony zdrowia.

Decentralizacja sektora zdrowia jest jedną z najważniejszych doktryn realizowanych w krajach Unii Europejskiej. Jest ona postrzegana jako efektywny sposób pobudzania działań w kierunku poprawy dystrybucji świadczeń, zapewnienia lepszej alokacji środków. Podsumowując, można stwierdzić,

że we wszystkich krajach Unii Europejskiej władze centralne określają generalne kierunki polityki zdrowotnej [3]. Rząd ustala także jednolite dla całego kraju standardy i normy. Samorząd terytorialny i jego organy aktywnie partycypują w rozwijaniu i ukierunkowaniu lokalnej polityki zdrowotnej, w granicach określonych przez władze państwowe. W wielu krajach rząd centralny zapewnia jednostkom terytorialnym – gminom i regionom – środki finansowe, przekazując dotacje globalne lub dotacje celowe. W niektórych przypadkach swoboda samorządów jest większa w ich wykorzystaniu, natomiast w innych bardziej ograniczona. W szeregu krajów jednostki samorządu terytorialnego w istotnym stopniu we własnym zakresie gromadzą zasadnicze środki finansowe z podatków lokalnych i innych własnych wpływów, a dotacje państwowe jedynie je dopełniają, np. w krajach skandynawskich. Władze państwowe przekazując dotacje, mają na uwadze wyrównanie nierówności społecznych i ekonomicznych między najbogatszymi i najbiedniejszymi regionami.

Wymienione powyżej europejskie systemy zdrowotne są przykładem tworzenia nowych kierunków w organizacji i funkcjonowaniu służby zdrowia, wskazując na generalne trendy – od zaznaczającej się niezwykle silnej pozycji gmin w Finlandii, przez okręgi w Szwecji czy Danii, po silne regiony w Danii, Austrii, Belgii czy w Niemczech. Co więcej, niektóre z krajów Europy Zachodniej trudno jest jednoznacznie zakwalifikować do któregoś ze wskazanych systemów. Na przykład w Wielkiej Brytanii lub we Francji, przy silnym wpływie rządu centralnego, regiony i okręgi w każdym z nich posiadają także znaczącą pozycję w kształtowaniu polityki zdrowotnej, jak również wpływają na zabezpieczenie opieki zdrowotnej. Pozycja samorządu terytorialnego w obydwu tych krajach jest prawnie ugruntowana.

Mimo braku dyrektyw unijnych odnoszących się wprost do organizacji krajowych systemów ochrony zdrowia, zauważyć można dążenie do samorzutnego przyjmowania przez część państw członkowskich zbliżonych rozwiązań modelowych. Podejmowanie działań zmierzających do przekazania przez rządy samorządom terytorialnym znaczących uprawnień w ochronie zdrowia stanowi widoczną już dziś tendencję w wielu krajach członkowskich Unii.

Decentralizacja zadań administracji publicznej jest typowa dla większości krajów skandynawskich i charakteryzuje się uzyskiwaniem przez samorządy terytorialne szerokiego zakresu kompetencji w dziedzinie ochrony zdrowia. Samorząd niemal w pełni odpowiada tam za zdrowie ludności zamieszkałej na obszarze działania poszczególnych jego jednostek i szczebli, w tym za znaczną część spraw dotyczących zdrowotności publicznej. Charakterystyczną cechą rozwiązań we wszystkich krajach Unii Europejskiej jest pozostawienie władzom centralnym prawa do określania podstawowych kierunków krajowej polityki zdrowotnej. Rządy ustalają jednolite obowiązujące dla danego państwa standardy i normy świadczeń zdrowotnych. W wielu krajach ustawy, gwarantujące jednostkom samorządu terytorialnego przekazanie im znacznej części zadań publicznych w ochronie zdrowia, wyposażają je również w prawo do uzyskiwania odpowiednich środków finansowych. Decentralizacja zarządzania sprzyja wzmocnieniu pozycji samorządów w krajowych systemach opieki zdrowotnej, dzięki czemu przejęły one większość zadań z zakresu planowania, organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych charakteryzujących się powszechną dostępnością. Rola władz centralnych ogranicza

się w wyniku tych działań do koordynacji polityki na szczeblu krajowym, określaniu strategicznych programów i planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, stanowienia prawa oraz ustanawiania jednolitych standardów zabezpieczenia świadczeń. Wraz z przyjęciem w 1985 roku Europejskiej Karty Samorządu Lokalnego oraz Europejskiej Karty Samorządu Regionalnego w 1997 roku procesy uległy znacznemu przyspieszeniu nie tylko w krajach skandynawskich, ale także w pozostałych państwach zachodnioeuropejskich. Państwem, które może służyć nam jako przykład przyjęcia najszerzego w Europie zakresu zasady pomocniczości i decentralizacji w organizacji ochrony zdrowia, jest Szwecja. Przyjęte tam rozwiązania organizacyjno-prawne uznawane są za jedne z najlepiej funkcjonujących w krajach unijnych. Polityka zdrowotna jest tam jedną z podstawowych gwarancji zapewniających bezpieczeństwo socjalne obywateli [3].

Reasumując, w krajach Unii Europejskiej największą odpowiedzialność za zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych ponoszą najniższe szczeble struktury samorządu terytorialnego (odpowiedniki polskiej gminy), natomiast pośrednie ogniwa jednostek samorządu (odpowiedniki polskiego powiatu i województwa samorządowego) odpowiadają głównie za podstawową i specjalistyczną, czasem wysokospecjalistyczną opiekę zdrowotną.

Tabele (1 i 2) pokazują źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej.

Podsumowując, do cech wspólnych europejskich systemów typu Bismarcka zaliczyć należy:

- finansowanie ubezpieczenia przez obowiązkowe składki płacone przez pracodawcę i pracownika,
- istnienie licznych autonomicznych kas chorych (funduszy ubezpieczeniowych),
- prawo ubezpieczonego do wolnego wyboru lekarza,
- prowadzenie ambulatoryjnej opieki lekarskiej głównie przez lekarzy prowadzących prywatną praktykę, spośród których większość posiada kontrakt z kasą chorych,
- istnienie porozumienia pomiędzy funduszami ubezpieczeniowymi a izbami (związkami) lekarskimi w zakresie wysokości honorariów, katalogu świadczeń, zakresu odpowiedzialności itp.,
- obowiązywanie w tym systemie solidaryzmu, polegającego na redystrybucji środków finansowych między zdrowymi a chorymi, między mężczyznami a kobietami, między ubezpieczonymi bez rodzin a ubezpieczonymi z rodzinami, między młodymi a starszymi, między więcej a mniej zarabiającymi [5].

Cechami charakterystycznymi europejskiego modelu narodowej służby zdrowia typu Beveridge'a są:

- finansowanie ochrony zdrowia z podatków (ogólnych lub lokalnych) poprzez budżet centralny lub budżety lokalne,
- istnienie gwarancji państwa w zakresie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych,
- wolny dostęp do świadczeń dla wszystkich obywateli,
- niewielki zakres działalności sektora prywatnego,
- niewielka partycypacja pacjenta w kosztach leczenia,
- wynagradzanie lekarzy na zasadzie stałej pensji lub kaptacji [5].

Analizując przedstawione tabele można zauważyć utratę ostrości swoich pierwotnych założeń poszczególnych modeli. W dzisiejszych systemach opieki zdrowotnej mamy do

TABELA 1.

Kraje	Dominujący system finansowania	Dodatkowy system finansowania
Finlandia, Grecja, Irlandia, Włochy, Szwecja, Hiszpania, Wielka Brytania	Publiczny: podatki	Prywatne dobrowolne ubezpieczenia, bezpośrednie opłaty
Dania, Portugalia	Publiczny: podatki	Bezpośrednie opłaty
Austria, Belgia, Francja, Niemcy	Publiczny: obowiązkowe ubezpieczenia	Prywatne dobrowolne ubezpieczenia, bezpośrednie – opłaty, publiczne: dochody podatkowe
Holandia	Mieszany: obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i prywatne dobrowolne ubezpieczenia	Publiczne: podatki, bezpośrednie opłaty
„Nowe” państwa członkowskie UE	Publiczny: obowiązkowe ubezpieczenia	Publiczne: podatki, bezpośrednie opłaty, prywatne dobrowolne ubezpieczenia

Źródło: [4].

TABELA 2.

Państwo	Składki (podatki) pracowników	Składki pracodawców	Podatki (budżet państwa)	Władze lokalne
Belgia	+	+	+	-
Czechy	+	+	+	-
Dania	-	-	+	+
Niemcy	+	+	+	-
Estonia	-	+	+	-
Grecja	+	+	+	-
Hiszpania	-	-	+	-
Francja	+	+	+	-
Irlandia	+	-	+	-
Włochy	-	+	-	-
Cypr	-	-	+	-
Łotwa	+	-	+	-
Litwa	+	+	+	-
Węgry	+	+	+	-
Malta	+	+	+	-
Holandia	+	-	-	-
Austria	+	+	+	-
Portugalia	-	-	+	-
Słowenia	+	+	-	+
Słowacja	+	+	+	-
Finlandia	-	-	+	+
Szwecja	-	-	+	+
Wielka Brytania	+	-	+	-

Źródło: World Health Report 2007, World Health Organization. Agnieszka Chłoń-Domińczak, Zdrowie i opieka zdrowotna w Unii Europejskiej, referat na konferencji „Europejski Model Społeczny – doświadczenia i kierunki zmian”, 11 czerwca 2007, Warszawa.

czynienia ze współistnieniem różnych podsystemów, czyli z rozwiązaniami mieszanymi, a także zauważa się tendencję do wzajemnego upodabniania się systemów opieki zdrowotnej. Pierwszym przykładem jest Model Beveridge’a, który poddany został w wielu krajach ekonomicznym reformom, np. w Wielkiej Brytanii za rządów Margaret Thacher a później Tony’ego Blaira wprowadzono tzw. elementy rynku wewnętrznego oraz rozwinięto na szeroką skalę ubezpieczenia prywatne i prywatne instytucje, oferujące świadczenia medyczne.

Model brytyjski, akceptując zasady wewnętrznego rynku, podlega zaawansowanej amerykanizacji. Z drugiej strony model niemiecki wprowadza system ubezpieczeń funkcjonujący w oparciu o negocjacje między partnerami (związki kas chorych i związki lekarzy) i absorbuje tylko około połowę wydatków na opiekę zdrowotną. Natomiast szpitalnictwo finansowane jest ze środków budżetowych (budżetów lokalnych), a w odniesieniu do zaopatrzenia w leki przeważa mechanizm rynkowy. Z kolei odbiegając od Europy, w Stanach Zjednoczonych, gdzie dominują prywatne ubezpieczenia zdrowotne, istnieją systemy zaopatrzeniowe (finansowane z podatków) dla pewnych grup ludności (dla biednych – Medicaid oraz dla starszych – Medicare), a ponadto systemy organizowane przez duże zakłady pracy dla swoich pracowników, np. Chryslera.

Prowadzone w wielu krajach badania opinii społecznej wskazują jednak, iż poziom niezadowolonia z reform jest wysoki. Stawia to przed rządami państw Unii Europejskiej nowe wyzwania do dalszego doskonalenia systemów opieki zdrowotnej. Niestety, nie ma uniwersalnej recepty na prawidłowe funkcjonowanie służby zdrowia. Każdy kraj ma własną specyfikę, stąd nie należy nastawiać się na dokładne kopiowanie jakiegoś wzoru, lecz starać się poszukiwać własnych dróg rozwoju, biorąc pod uwagę doświadczenia innych państw i uwzględniając swoje społeczno-ekonomiczne uwarunkowania.

Podstawą dla rozważań może być corocznie publikowany raport *Euro Health Consumer Index*. Zawiera on ocenę ochrony zdrowia w krajach Unii w 28 kategoriach należących do pięciu klas: prawa pacjenta i informacja, długość oczekiwania na leczenie, wyniki leczenia, szczodrość systemu i dostępność leków. Na tysiąc możliwych do uzyskania punktów, w 2008 roku najwyższe pozycje zajęły Austria (806 punktów), Holandia, Francja, Szwajcaria i Niemcy (różnice między tymi krajami są niewielkie). We wspomnianym raporcie Polska została sklasyfikowana na trzecim od końca miejscu z 447 punktami, wyprzedziwszy nieznacznie Bułgarię (405) i Łotwę (435). Przed nami zaś znalazły się kraje, których wydatki na ochronę zdrowia na mieszkańca są mniejsze niż w Polsce (Litwa, Estonia, Słowacja i Rumunia).

## PIŚMIENNICTWO

1. Kłos K, Poździej S, Sidorowicz W, Suski B. Samorządowa opieka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej – kierunki i wytyczne dla polskich samorządów wojewódzkich. Warszawa; 2005.
2. „Zdrowie i zarządzanie“ tom I, 2006.
3. Karski J. Polityka zdrowotna samorządów terytorialnych a członkostwo Polski w Unii Europejskiej. Warszawa: Wyd. CeDeWu; 2003.
4. Health Care System in the EU – a comparative study, European Parliament, Directorate General for Research, Luxemburg 2003, wybór i przekład Hibner E.
5. Carson E, Cramp D. Guest editorial: eHealth: A futurescope. International Journal of Medical Marketing. 2002;2.
6. Leowski J. Ochrona zdrowia w krajach OECD u progu XXI stulecia. Część II. Problemy i wyzwania XXI stulecia. Zdr Publ. 2001;111(4):264-8.

## Informacja o Autorach

Mgr TOMASZ TATARA – asystent, mgr AGATA MATYSIAK – doktorant, mgr AGNIESZKA WYROZĘBSKA – doktorant, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny.

## Adres do korespondencji

Zakład Zdrowia Publicznego  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Banacha 1a blok F  
02-097 Warszawa  
Tel. 22 599 21 80, 22 599 21 81