

*Paweł Białynicki-Birula*

**Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej**

# Funkcjonowanie współczesnych modeli ochrony zdrowia

## 1. Wprowadzenie

Problematyka modelu ochrony zdrowia stała się w Polsce szczególnie aktualna w okresie ożywionej dyskusji na początku lat 90. XX w., kiedy podejmowano prace koncepcyjne mające na celu dokonanie gruntownych zmian w opiece zdrowotnej. Zasadniczymi przesłankami projektowanych reform były z jednej strony głębokie przeobrażenia społeczno-gospodarcze wynikające z przemian systemowych, z drugiej zaś narastające problemy w zakresie możliwości zbilansowania wydatków sektora publicznego. Mimo toczącej się przez lata dyskusji dotyczącej możliwych kierunków przekształceń w ochronie zdrowia, sektor opieki zdrowotnej długo pozostawał poza głównym nurtem działań reformatorskich. Za deklaracjami woli poszczególnych rządów przeprowadzenia daleko idących reform następowały jedynie fragmentaryczne zmiany istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Dopiero w założeniach reformy z 1999 r. przewidziano wprowadzenie ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia. Miał on radykalnie przyczynić się do poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej, w tym racjonalizacji ponoszonych na nią wydatków. W konsekwencji oczekiwano mającego nastąpić, jeśli nie powstrzymania, to przynajmniej istotnego zahamowania tempa wzrostu wydatków zdrowotnych. Tymczasem nie tylko nie doszło do zapowiadanych zmian w sektorze zdrowotnym, ale wręcz przeciwnie, wydatki zdrowotne najpierw skokowo istotnie wzrosły, by w kolejnych latach po reformie systematycznie zwiększać się.

Zaistniałe zjawisko skłoniło autora do zajęcia się bliżej złożonym zagadnieniem organizacji opieki zdrowotnej w krajach o gospodarce rynkowej w aspekcie zmiany modelu ochrony zdrowia w Polsce. W niniejszym artykule dokonano charakterystyki najbardziej znanych modeli ochrony zdrowia (w ich czystej postaci), a następnie omówiono zagadnienia dotyczące problematyki ich funkcjonowania.

W końcowej części artykułu podjęto kwestię ewolucji modeli ochrony zdrowia w krajach o gospodarce rynkowej.

## 2. Założenia modeli ochrony zdrowia

Mimo powszechnego uznania zasady odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli, w różnych krajach gospodarczo rozwiniętych przyjęto odmienne sposoby jej realizacji. W konsekwencji, współcześnie można wyróżnić następujące podstawowe modele ochrony zdrowia: powszechnych ubezpieczeń (Bismarcka), narodowej służby zdrowia (Beveridge'a) i ubezpieczeń prywatnych (rezydualny)<sup>1</sup>.

Model ochrony zdrowia oparty na powszechnych ubezpieczeniach ukształtował się w Niemczech na przełomie XIX i XX w. Określany jest mianem modelu Bismarcka, na cześć kanclerza, który pierwszy wprowadził ubezpieczenia zdrowotne. Zasadniczym motywem wdrożenia nowatorskich, jak na owe czasy, rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia była chęć poprawy zdrowia robotników i ich rodzin wynikająca ze względów politycznych (na tle rywalizacji z ruchem socjalistycznym). Jeszcze przed I wojną światową większość krajów Europy Środkowej i Wschodniej wprowadziła organizację ochrony zdrowia wzorowaną na modelu Bismarcka.

Punktem wyjścia organizacji ochrony zdrowia w modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych jest idea zabezpieczenia obywateli przed niezawinionymi skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych, niosących negatywne skutki dla ich zdrowia. Koncepcja jego organizacji opiera się zatem na kategorii choroby, rozumianej jako swoistego rodzaju ryzyko społeczne. Zgodnie z zasadą solidaryzmu ryzyko to jest rozkładane na całe społeczeństwo poprzez stosowanie powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń. Model powszechnych ubezpieczeń w zasadniczym zakresie koncentruje się na pracownikach najemnych<sup>2</sup>. Stanowią oni szczególnie wrażliwą grupę społeczną, u której ryzyko choroby powiązane jest z możliwością utraty dochodów, i tym samym może stanowić zagrożenie dla ich egzystencji. W rozpatrywanym modelu zakłada się istnienie przymusu ubezpieczenia się w pewnym podstawowym zakresie, natomiast nie wyklucza się możliwości korzystania z dobrowolnych ubezpieczeń, w celu otrzymywania ponadstandardowych świadczeń. Funkcjonowanie ochrony zdrowia ma charakter zdecentralizowany. Państwo tworzy prawne ramy dla funkcjonowania wielu autonomicznych podmiotów, wśród których zasadnicza rola przypada funduszom ubezpieczeniowym.

<sup>1</sup> A.Przybyłka, *Systemy ochrony zdrowia – rozwiązania modelowe*, Wydawnictwo AE w Katowicach, Katowice 1999.

<sup>2</sup> Początkowo obowiązkiem ubezpieczeniowym objęto robotników przemysłowych, następnie stopniowo zakres podmiotowy ubezpieczeń rozszerzono na inne grupy społeczne. Współcześnie obejmują one ok. 90% całej populacji Niemiec.

Są one tworzone przez wyspecjalizowane instytucje ubezpieczeniowe (określane mianem kas chorych) i grupują ubezpieczonych na podstawie zasady konkurencyjności. Mimo że ubezpieczenia mają charakter powszechny i obowiązkowy, to sama przynależność do konkretnego funduszu ma charakter dobrowolny. Przeważnie jest ona jednak zdeterminowana posiadaniem przez ubezpieczonych pewnych cech charakterystycznych, najczęściej wynikających z wykonywania danego zawodu (stąd model często określany jest mianem ubezpieczenia pracowniczego). Z zasady powszechności wynika natomiast nakaz obejmowania ubezpieczeniem przez kasy chorych wszystkich chętnych, spełniających co najwyżej ogólnie określone kryteria. Nie mogą być jednak one formułowane w sposób, który umożliwiłby dokonywanie selekcji ubezpieczonych pod kątem ryzyka choroby.

Zakres podmiotów objętych ubezpieczeniami jest szeroki i w zasadzie obejmuje wszystkie osoby czynne zawodowo oraz ich rodziny. Jedynie osoby osiągające wysokie dochody są zwolnione z obowiązku ubezpieczania się. Źródłem finansowania opieki zdrowotnej są fundusze ubezpieczeniowe gromadzone ze składek. Obywatele są obowiązani do uczestnictwa w powszechnych ubezpieczeniach poprzez wnoszenie obowiązkowych opłat składek ubezpieczeniowych (z reguły są one opłacane solidarnie z pracodawcami). W działalności instytucji ubezpieczeniowych obowiązuje zasada równoważenia przychodów pochodzących ze składek z wydatkami na świadczenia zdrowotne. W zamian ubezpieczeni nabywają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych z funduszu ubezpieczeniowego, którego są członkami. Świadczenia obejmują koszty leczenia oraz rekompensatę zarobków utraconych z powodu choroby. Ubezpieczonym gwarantuje się dostęp do podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych, w tym także zaopatrzenie w leki i sprzęt medyczny.

Wykonywanie świadczeń jest zdecentralizowane, zakłada się bowiem istnienie wielu, zróżnicowanych pod względem formy własności, wykonawców usług zdrowotnych. Fundusze ubezpieczeniowe mają uprawnienia do zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla swoich członków, a ubezpieczeni z kolei mają prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy podpisali stosowne umowy z danym funduszem. Fundusze ubezpieczeniowe spełniają rolę płatników i administratorów. Stosowane są różne rozwiązania w zakresie przekazywania świadczeniodawcom należnych kwot. Zwykle, w mniejszym bądź większym stopniu, zakładają one zarówno możliwość pośrednictwa pacjentów, jak i ich partycypacji w kosztach świadczeń, niezależnie od wnoszonych składek.

Kolejny z modeli, narodowej służby zdrowia (na wzór National Health Service), został wprowadzony w 1948 r. w Wielkiej Brytanii. Za jego twórcę powszechnie uważa się W. Beveridge'a<sup>3</sup>. Zainspirowany dziełami J.M. Keynesa, uznał on kwe-

<sup>3</sup> Plan kompleksowej przebudowy sfery socjalnej w Wielkiej Brytanii został zawarty w tzw. Rapocie Beveridge'a opublikowanym w 1942 r. Zasadniczo koncentrował się on na trzech sferach: systemie



się zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego obywateli za warunek *sine qua non* postępu społecznego i w tym celu zaprojektował sposób organizacji ochrony zdrowia oparty na trzech fundamentalnych zasadach<sup>4</sup>:

- powszechności zakładającej ochronę zdrowia wszystkich obywateli, niezależnie od zajmowanej pozycji społecznej i zawodowej,
- jednolitości oznaczającej administrowanie systemem poprzez jeden spójny system administracyjny,
- równości oznaczającej zapewnienie niezbędnej ilości świadczeń każdemu obywatelowi, w zależności od indywidualnie zgłaszanym potrzeb.

W rozpatrywanym modelu ochrony zdrowia, zgodnie z założeniami państwa opiekuńczego, wyraża się dążenie do zagwarantowania wszystkim obywatelom zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych, niezależnie od posiadanego statusu majątkowego. Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej traktowane jest w kategoriach realizacji uniwersalnych praw obywatelskich. Możliwość otrzymania nieodpłatnych świadczeń przez obywateli w zasadniczym zakresie jest wyznaczana przez istnienie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych oraz równość w dostępie do opieki zdrowotnej.

W modelu Beveridge'a zakłada się realizację zasady solidarności społecznej w dwóch wymiarach: w relacji między bogatymi i biednymi oraz między zdrowymi i chorymi. Państwo przejmuje na siebie podstawowe obowiązki w zakresie dostarczania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Finansowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się z wykorzystywaniem metody zaopatrzeniowej, ze środków pochodzących z podatków. Źródłem finansowania opieki zdrowotnej jest zatem budżet państwa, a dystrybucja środków finansowych następuje za pośrednictwem ministerstwa finansów, przez ministerstwo zdrowia i administrację terytorialną. Ponieważ państwo gwarantuje jedynie świadczenia w ograniczonym (elementarnym) zakresie, integralną część modelu stanowią dobrowolne ubezpieczenia uzupełniające (obejmujące wykonywanie świadczeń ponadstandardowych).

Odpowiedzialność za dostarczanie obywatelom świadczeń zdrowotnych spoczywa bezpośrednio na państwie. Opieka zdrowotna znajduje się pod kontrolą

---

zasiłków rodzinnych, stworzenia powszechnej służby zdrowia oraz prowadzenia polityki pełnego zatrudnienia. W raporcie przewidziano wprowadzenie powszechnych i przymusowych ubezpieczeń społecznych. Na jego podstawie m.in. przygotowano ustawę o państwowej służbie zdrowia, w której przewidziano zapewnienie obywatelom dostępu do powszechnej i bezpłatnej opieki zdrowotnej. Ustawodawstwo socjalne wprowadzone w Wielkiej Brytanii w II połowie lat 40. XX w. stanowiło ostatni etap tworzenia państwa opiekuńczego. Szerzej zob.: J. Hills, J. Ditchand, H. Glennerster, *Beveridge and Social Security. An International Retrospective*, Clarendon Press, Oxford 1994 oraz N. Barr, *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 1993.

<sup>4</sup> Omawiane zasady są określane w literaturze przedmiotu mianem zasad trzech „U” (ang. *Universality, Unity, Uniformity*; franc. *Universalité, Unité, Uniformité*). Szerzej zob.: B. Majnoni d’Intignano, *Economie de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris 2001, s. 83.

władz publicznych, a jej organizacja odznacza się centralizacją i koncentracją uprawnień administracyjnych w rękach państwa. Władze szczebla centralnego przede wszystkim formułują strategię działań w zakresie zdrowia publicznego i realizują opartą na niej politykę zdrowotną. Określają także standardy medyczne. Z uwagi na fakt, że zarówno finansowanie świadczeń, jak i ich wykonywanie oraz dystrybucja pozostają w gestii władz publicznych, w ochronie zdrowia zaznacza się dominacja sektora publicznego (własności państwowej). Szczególnie istotna rola w realizacji polityki zdrowotnej przypada państwowej służbie zdrowia. Państwo jest właścicielem zasadniczej części czynników produkcji w ochronie zdrowia oraz często jedynym pracodawcą dla zatrudnianych na etatach pracowników służby zdrowia. Ponieważ środki finansowe na ochronę zdrowia pochodzą z podatków, decyzje o ich wielkości i konkretnym przeznaczeniu stanowią przedmiot politycznych przetargów. Mimo państwowego charakteru zakładów opieki zdrowotnej, posiadają one stosunkowo dużą autonomię, a władze publiczne zasadniczo nie ingerują w bieżące ich funkcjonowanie. Istotnym elementem uzupełnienia państwowej służby zdrowia jest instytucja lekarza rodzinnego (pierwszego kontaktu). Lekarze rodzinni są zatrudniani na podstawie kontraktów gwarantujących im określoną swobodę działania, a możliwość wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta ogranicza się jedynie do lekarza pierwszego kontaktu.

W ostatnim z omawianych modeli, modelu ubezpieczeń prywatnych, przyjmuje się wyłączenie zasady społecznego solidaryzmu i oparcie dostępu do opieki zdrowotnej na mechanizmie rynkowym. Regułą jest dominacja sektora prywatnego i rezygnacja państwa z odpowiedzialności za zapewnienie dostępu obywatelom do opieki zdrowotnej. Konsekwentnie odseparowuje się w nim obszary zdrowia indywidualnego od publicznego, mającego charakter ograniczony i uzupełniający. Jedynie w obszarze zdrowia publicznego zachowana została odpowiedzialność władz publicznych, a zapewnienie dostępności do opieki zdrowotnej akceptuje się tutaj wyłącznie w odniesieniu do grup społecznych, które ze względów ekonomicznych nie są w stanie samodzielnie rozwiązać swoich problemów zdrowotnych (ludzi starszych, inwalidów).

Organizacja ochrony zdrowia oparta jest na zasadach wolnego rynku i ogólnym jej celem jest dążność do maksymalizacji satysfakcji klientów (pacjentów) z zakupowanych przez nich świadczeń. Przyjmuje się, że dostępność wynika z wolności wyboru, czyli możliwości i chęci przeznaczania środków finansowych na zakup świadczeń zdrowotnych. W związku z tym zasadniczego znaczenia nabiera zasada indywidualnej odpowiedzialności obywateli za stan ich zdrowia. W warunkach gospodarki wolnorynkowej każdy ma zapewnioną wolność dokonywania wyborów i przeznaczania dochodów zgodnie ze swoimi preferencjami. Jedynym wyznacznikiem dostępności dóbr, w tym świadczeń zdrowotnych, jest gotowość i zdolność do dokonania zapłaty. W kwestiach zdrowia z osobistą wolnością ści-

śle związane jest ponoszenie ryzyka zdrowotnego. Zasadą jest istnienie wyłącznie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, oferowanych przez instytucje prywatne. Obywatele samodzielnie decydują, czy, gdzie i w jakim zakresie zechcą się ubezpieczyć od ryzyka choroby.

Finansowanie ochrony zdrowia opiera się na dobrowolnych prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Podejmowanie decyzji o uczestnictwie w systemie i wybór ubezpieczyciela zależy bezpośrednio od woli danej jednostki. Stanowi to wyraz jej osobistej wolności i zarazem odpowiedzialności, gdyż często wiąże się z koniecznością ograniczania bieżącej konsumpcji. W szczególności możliwość wysokich obciążeń dotyczy osób z grup podwyższonego ryzyka zdrowotnego. Model rezydualny cechuje pluralizm, który przekłada się zarówno na różnorodność form produkcji świadczeń, jak i sposobów ich finansowania<sup>5</sup>. Dominują podmioty prywatne, natomiast istniejące formy uspołecznienia służby zdrowia mają marginalny charakter. Ochrona zdrowia jest postrzegana jako swoisty obszar działalności gospodarczej, w którym wykonywanie profesji lekarskiej jest działalnością ze sfery przedsiębiorczości i podlega ocenom w kategoriach ekonomicznych. Istotne ograniczenia w „urynkowaniu” sfery usług medycznych wynikają z faktu przyznania lekarzom silnej pozycji monopolistycznej. Ochrona zdrowia podlega silnej kontroli przez korporacyjne organizacje zawodowe, które w zasadniczym zakresie decydują o możliwości podejmowania praktyki lekarskiej.

Podsumowując rozważania dotyczące zaprezentowanych modeli ochrony zdrowia, należy wskazać, że wyraźnie różnią się one skalą i charakterem aktywności państwa w ochronie zdrowia oraz wielkością sektora publicznego (prywatnego). We wszystkich omawianych modelach państwo dokonuje interwencji, przede wszystkim poprzez regulację sfery ochrony zdrowia. Najdalej idąca ingerencja występuje w modelu Beveridge’a. Państwo zdecydowanie dominuje w modelu narodowej służby zdrowia i w zasadniczym stopniu przejmuje na siebie obowiązki, także w zakresie wykonywania i dostarczania świadczeń zdrowotnych. Znacznie mniejszym udziałem sektora publicznego w ochronie zdrowia odznacza się model Bismarcka, natomiast w modelu rezydualnym dominuje sektor prywatny.

Zasadnicza rola w każdym z modeli przypada finansowaniu ochrony zdrowia. Stanowi ono podstawowy wyznacznik organizacji ochrony zdrowia, przesądzający o rzeczywistym kształcie sektora zdrowia oraz możliwościach zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obywateli. Z kolei aktywność państwa w ochronie zdrowia jest powiązana z jego działalnością redystrybucyjną. Tak więc dominacja państwa w ochronie zdrowia w modelu Beveridge’a jest związana z dokonywaniem przez nie znaczącej redystrybucji dochodu, podczas gdy w pozostałych modelach zarówno jego aktywność, jak i redystrybucja są istotnie mniejsze.

<sup>5</sup> W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.



Jednocześnie, mimo występowania istotnych różnic między zaprezentowanymi modelami ochrony zdrowia, należy zwrócić uwagę na istnienie pewnych wspólnych dla nich cech. W szczególności we wszystkich można wyróżnić dwa zasadnicze segmenty opieki zdrowotnej: pierwszy – wykonujący świadczenia powszechnie dostępne oraz drugi – mający charakter ponadstandardowy, dostępny jedynie dla określonych grup społecznych. W zależności od przyjętych rozwiązań modelowych, zakres świadczeń powszechnie gwarantowanych różni się zarówno pod względem przedmiotowym, jak i podmiotowym. Pod względem wielkości różnic modele Beveridge'a i Bismarcka przeciwstawne są w stosunku do modelu rezydualnego. W modelu narodowej służby zdrowia dąży się do zapewnienia wszystkim pacjentom możliwie szerokiego zestawu niezbędnych świadczeń zdrowotnych, a przynależność do niego ma charakter obowiązkowy dla większości obywateli. Z kolei w modelu Bismarcka istnieje co prawda powszechność opieki i obowiązkowe uczestnictwo w ubezpieczeniach, jednak zakres świadczeń gwarantowanych jest zdecydowanie mniejszy. Zasadniczo przeciwstawne rozwiązania przyjęto w modelu rezydualnym, w którym możliwość otrzymania gwarantowanych świadczeń jest limitowana jedynie do ściśle określonych kategorii chorych. Ponadto toleruje się w nim istnienie całych grup ludności w ogóle nie objętych opieką zdrowotną. W każdym modelu istnieje możliwość otrzymania świadczeń ponad określony standard, jednakże jest ona uwarunkowana koniecznością dodatkowego ubezpieczenia się bądź pobierania dodatkowych opłat od pacjentów. W rzeczywistości zakres świadczeń powszechnie dostępnych wyznacza skalę świadczeń ponadstandardowych, i tym samym determinuje sferę dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Dlatego w modelu rezydualnym mają one charakter zasadniczego źródła finansowania opieki zdrowotnej, podczas gdy w pozostałych modelach stanowią jedynie uzupełnienie środków budżetowych lub pozabudżetowych. We wszystkich rozpatrywanych modelach można wyróżnić pewien zakres zadań związanych z ochroną zdrowia, należących wyłącznie do obowiązków państwa. W szczególności zaliczyć do niego należy: badania naukowe, kształcenie medyczne oraz przygotowywanie programów z zakresu profilaktyki<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Współcześnie w krajach o gospodarce rynkowej w ochronie zdrowia dominują dwa pierwsze z omawianych rozwiązań modelowych: narodowej służby zdrowia (Beveridge'a) oraz powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (Bismarcka). Pierwszy z nich stosowany jest w większości krajów europejskich, m.in. w: Wielkiej Brytanii, Irlandii, krajach skandynawskich, Włoszech, Hiszpanii, Portugalii i Grecji, a poza Europą także w Japonii. Z kolei model Bismarcka funkcjonuje w: Francji, Niemczech, Belgii, Holandii i Austrii. Stosowany jest w także w Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii. W byłych krajach socjalistycznych, w których w okresie powojennym dominował wzorowany na radzieckim, model Siemaszki, przyjęto rozwiązania mieszane, łączące wspólne cechy omawianych wyżej modeli, natomiast model oparty na ubezpieczeniach prywatnych funkcjonuje współcześnie wyłącznie w Stanach Zjednoczonych. Omówienie modeli ochrony zdrowia w poszczególnych krajach można znaleźć w pracach: A. Beresniak, G. Duru, *Economie de la santé*,

### 3. Problemy funkcjonowania opieki zdrowotnej w kontekście przyjętych modeli ochrony zdrowia

Przechodząc do omówienia funkcjonowania modelu ochrony zdrowia opartego na powszechnych ubezpieczeniach zdrowotnych, należy stwierdzić, że jest on uważany za jeden z najbardziej popularnych sposobów organizacji ochrony zdrowia. O jego sukcesie decydują przede wszystkim takie cechy, jak solidaryzm społeczny i ekonomiczna efektywność.

Model Bismarcka skutecznie umożliwia realizację zasady konstytucyjnej odpowiedzialności państwa za ochronę zdrowia obywateli oraz idei solidaryzmu społecznego. Możliwość otrzymania świadczeń jest uniezależniona od indywidualnych dochodów pacjentów, co jest przejawem sprawiedliwości (równości) w dostępie do opieki zdrowotnej. Pracodawcy wspólnie z pracownikami opłacają składki ubezpieczeniowe, które mają jedynie zryczałtowany charakter i nie są bezpośrednio powiązane z rzeczywistymi dochodami ubezpieczonych. Z kolei efektywność modelu jest wymuszana przez wprowadzenie elementów konkurencyjności. Konkurencja rozgrywa się w dwóch wymiarach: wykonywania świadczeń oraz uczestnictwa w funduszach ubezpieczeniowych (kasach chorych). O ile konkurencja między świadczeniodawcami stanowi immanentną cechę modelu ubezpieczeniowego, o tyle konkurowanie między kasami chorych o pozyskanie kolejnych ubezpieczonych stanowi swego rodzaju *novum*, wprowadzone w wyniku kolejnych reform.

Mimo niewątpliwych sukcesów, w omawianym modelu organizacji ochrony zdrowia występują współcześnie trojaki rodzaj zakłócenia, wynikające z natury modelu, zachwiania mikroekonomicznej równowagi instytucji ubezpieczeniowych oraz zróżnicowania jakości opieki zdrowotnej<sup>7</sup>.

Pierwsze z wymienionych zakłóceń wynikają z uwarunkowań o charakterze społecznym, wiążących się ściśle z podstawowymi założeniami modelu. Podstawowa rola przypada w nim pracownikom najemnym, którzy wraz z pracodawcami w zasadniczym stopniu finansują ochronę zdrowia oraz stanowią główną grupę podmiotów objętych opieką zdrowotną. Tym samym wszelkie zmiany zachodzące w strukturze społecznej, negatywnie oddziałujące z jednej strony na liczbę zatrudnionych, z drugiej zaś na jakość relacji łączących zatrudnionych z osobami im bliskimi, pociągają za sobą niekorzystne skutki dla systemu powszechnych ubezpieczeń. W tym kontekście zasadnicze znaczenie należy przypisać zjawisku wykluczenia społecznego oraz rosnącej liczbie osób pozbawionych rela-

---

*connaissance et pratique*, Masson, Paris 2001; B. Majnoni d'Intignano, *op. cit.*; A. Przybyłka, *op. cit.*; C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.

<sup>7</sup> B. Majnoni d'Intignano, *op. cit.*



cji rodzinnych z zatrudnionymi. Ponadto wskutek zachodzących procesów społecznych istotne problemy stwarzają: bezrobocie, rozwody oraz rozpad tradycyjnej rodziny. Wymienione czynniki powodują kurczenie się naturalnej „bazy” ubezpieczeń społecznych, jaką stanowią pracownicy najemni, a jednocześnie skutkują pojawianiem się licznych grup ludności nie spełniających podstawowych warunków uczestnictwa w ubezpieczeniach zdrowotnych.

Kolejną grupę zakłóceń wprowadzają czynniki negatywnie oddziałujące na kondycję instytucji ubezpieczeniowych (kas chorych) stanowiących zasadniczy element modelu. Jak zaznaczono, ich funkcjonowanie oparte jest na zasadzie równoważenia przychodów pochodzących ze składek z wydatkami na świadczenia zdrowotne. Z tego punktu widzenia istotne znaczenie ma zapewnienie właściwych relacji między ogólną liczbą ubezpieczonych i wielkością wnoszonych przez nich składek, z jednej strony, a liczbą korzystających z opieki i wartością udzielanych świadczeń – z drugiej. Należy wskazać na dwa zasadnicze czynniki przyczyniające się do destabilizacji równowagi modelu, wiążące się z: zachodzącymi procesami demograficznymi oraz ewolucją rynku pracy. W wyniku wydłużania się przeciętnej długości życia ludzkiego oraz ujemnego przyrostu naturalnego w krajach rozwiniętych dochodzi do zjawiska starzenia się społeczeństw. Oznacza ono zmianę proporcji ludności na rzecz ludzi starszych, którzy nie tylko nie wnoszą składek ubezpieczeniowych (lub wnoszą je w relatywnie mniejszym zakresie), ale równocześnie intensywnie korzystają z opieki zdrowotnej. Ponadto zmiany zachodzące na rynku pracy powodują, że ubywa miejsc pracy w zawodach tradycyjnie wykonywanych przez pracowników najemnych. Zwiększająca się liczba osób wykonujących wolne zawody oraz nasilające się zjawiska elastycznego zatrudnienia powodują wypieranie zwyczajowych stosunków pracy (wykonywanej na etatach). Powoduje to spadek liczby osób należących do kas chorych, tradycyjnie grupujących ubezpieczonych należących do określonych branż gospodarczych oraz zmniejszenie w nich udziału osób aktywnych zawodowo. Wraz ze wzrostem cen świadczeń zdrowotnych wymienione czynniki powodują, że znaczna liczba kas chorych znajduje się w trwałej nierównowadze finansowej (są strukturalnie deficytowe).

Istotną wadą modelu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych jest to, że cechuje go znaczna nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej i zróżnicowanie jakości otrzymywanych świadczeń. Podstawowy wyznacznik możliwości zapewnienia ubezpieczonym odpowiedniego poziomu świadczeń stanowi sytuacja finansowa kas chorych. Konsekwencją istnienia różnic między kasami chorych w zakresie wielkości przychodów jest rzeczywista nierówność ubezpieczonych w dostępie do opieki zdrowotnej. Następuje uzależnienie poziomu opieki zdrowotnej od przynależności do konkretnego funduszu ubezpieczeniowego. Rozpatrując zagadnienie w szerszej perspektywie, można stwierdzić, że wyznacznik poziomu opieki zdro-

wotnej dla danej osoby stanowi jej pozycja społeczna i zawodowa, determinująca przynależność do konkretnej kasy chorych.

Reasumując, należy stwierdzić, że opieka zdrowotna w omawianym modelu ma tendencję do powstawania deficytów wynikających z kurczenia się ich naturalnej bazy jako wyniku zachodzących procesów społecznych oraz na skutek braku istnienia rygorystycznego systemu kontroli. Jednakże, mimo wskazanych negatywnych zjawisk, jakość opieki zdrowotnej w modelu ubezpieczeniowym jest na stosunkowo wysokim poziomie.

Z kolei rozpatrując model narodowej służby zdrowia, należy w szczególności wskazać na następujące charakteryzujące go pozytywne cechy: gwarancja standardowych świadczeń dla wszystkich obywateli, skuteczna kontrola kosztów opieki zdrowotnej, misyjne podejście do zarządzania ochroną zdrowia.

Model Beveridge'a oznacza realizację zasady sprawiedliwości (równości) w dostępie do opieki zdrowotnej. Obywatele otrzymują świadczenia o określonym standardzie, w zależności od zgłaszanych potrzeb zdrowotnych. Stanowią one decydujący wyznacznik możliwości skorzystania z opieki zdrowotnej, eliminując znaczenie indywidualnych cech poszczególnych jednostek, takich jak zajmowanie określonej pozycji społecznej czy materialnej. Jednocześnie omawiany model odznacza się stosunkowo niskimi nakładami na ochronę zdrowia oraz ograniczonymi zasobami wykorzystywanymi w opiece zdrowotnej. Osiągnięto to poprzez centralne planowanie środków finansowych oraz wdrożenie skutecznych mechanizmów kontroli wydatków. Szczególnie istotne okazało się użycie metody budżetowania na wszystkich szczeblach zarządzania opieką zdrowotną. Dzięki temu omawiany model ochrony zdrowia może zostać uznany za efektywny, sprzyjający sprawnej organizacji i zarządzaniu opieką zdrowotną<sup>8</sup>. Wydaje się, że istotne znaczenie pod tym względem należy przypisać sposobowi zarządzania, opartemu na lojalności i poczuciu misji zarówno wśród organizatorów opieki zdrowotnej, jak i jej decydentów<sup>9</sup>.

Omawiany model ochrony zdrowia odznacza się jednocześnie wieloma cechami, które negatywnie oddziałują na jakość opieki zdrowotnej. Należy do nich zaliczyć: upolitycznienie procesu decyzyjnego w sprawach ochrony zdrowia, patologie wynikające z limitowania wykonywanych świadczeń, stosunkowo niski standard świadczeń.

Finansowanie opieki zdrowotnej z budżetu państwa powoduje, że dostęp do niej uzależniony jest od procesu politycznego. Ochrona zdrowia jest miejscem politycznych przetargów, w trakcie których dokonywane są publiczne wybory

---

<sup>8</sup> Jego krytycy wysuwają argument, że ograniczoność zasobów oznacza istnienie strukturalnych zaniedbań w ochronie zdrowia, a nie efektywność modelu.

<sup>9</sup> C. Włodarczyk, S. Poździech, *op. cit.*, s. 105.

dotyczące ustalania wielkości przyznawania środków finansowych na opiekę zdrowotną. Tym samym kształt opieki zdrowotnej jest determinowany przez władze szczebla centralnego. W tym kontekście trudno jest mówić o zaspokajaniu realnych potrzeb zdrowotnych obywateli, skoro opieka zdrowotna realizuje z góry ustalone cele publiczne.

Z kolei gwarancja dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej prowadzi do sytuacji, w której w zasadzie nieograniczone potrzeby zdrowotne obywateli muszą zostać zaspokojone przez ograniczone środki. Dlatego też niezbędne staje się wprowadzanie rygorystycznych zasad limitowania świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji dochodzi do wydłużania czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, skutkującego powstawaniem kolejek oraz różnego rodzaju list oczekiwania. Wraz z nimi pojawiają się określone patologie (korupcja, tzw. znajomości itp.), stanowiące wyraz nieformalnych starań pacjentów podejmowanych w celu wymuszenia szybkiego otrzymania świadczeń.

Kolejną kwestię stanowi stosunkowo niski standard świadczeń publicznej opieki zdrowotnej. Obywatele chcąc otrzymywać wyższy standard opieki, w zasadzie zmuszeni są do ponoszenia dodatkowych opłat. W ten sposób na marginesie sektora publicznego pojawia się miejsce dla prywatnych świadczeniodawców, a wielkość wykonywanych przez nich świadczeń odpowiada popytowi niezaspokojonemu przez publiczną opiekę zdrowotną. Sytuacja, w której obywatele zakupują świadczenia lepszej jakości i o wyższym standardzie u prywatnych wytwórców, funkcjonujących poza systemem gwarantowanej opieki, prowadzi w konsekwencji do przełamania zasady równości w dostępie do opieki zdrowotnej. Reasumując, należy zaznaczyć, że mimo wymienionych wad, model narodowej służby zdrowia okazuje się dość skuteczny w realizacji idei powszechnej dostępności opieki zdrowotnej.

Przechodząc do rozpatrywania cech modelu ochrony zdrowia opartego na ubezpieczeniach prywatnych, należy podkreślić jego małą popularność. Współcześnie w czystej postaci jest stosowany jedynie w USA. Stanowi on wyraz rygorystycznego stosowania liberalnego podejścia w kwestiach ochrony zdrowia, wiążącego się z cesją odpowiedzialności za zdrowie obywateli na nich samych. Tym samym spotyka się on z zarzutami braku respektowania powszechnie uznawanych zasad współżycia społecznego (solidaryzmu) oraz nadmiernego zredukowania znaczenia państwa w ochronie zdrowia. Mimo niewątpliwych kontrowersji dotyczących omawianego modelu ochrony zdrowia, podobnie jak w przypadku poprzednich, można wskazać zarówno jego cechy pozytywne, jak i negatywne. Do cech pozytywnych należy zaliczyć: promowanie odpowiedzialności obywateli w kwestiach zdrowotnych, powiązanie jakości świadczeń z poziomem opłat, pluralizm podmiotów i form organizacyjnych w ochronie zdrowia.



Współcześnie powszechnie uznaje się, że w dominującym zakresie na stan zdrowia człowieka wpływają jego codzienne zachowania i styl życia<sup>10</sup>. Korzystne efekty dla zdrowia obywateli przynosi współdziałanie dwóch czynników: edukacji zdrowotnej oraz uświadomienia własnej odpowiedzialności w kwestiach zdrowia<sup>11</sup>. Należy przyjąć, że model ochrony zdrowia zakładający z jednej strony pełną dobrowolność ubezpieczania się, z drugiej zaś konieczność bezpośredniego płaćenia za świadczenia w przypadku jego braku powinien sprzyjać kształtowaniu się wysokiego poziomu świadomości zdrowotnej obywateli. Tym samym należy się spodziewać, że można osiągać lepsze wskaźniki zdrowotności jednostek bez angażowania opieki zdrowotnej. Wydaje się zatem, że model ochrony zdrowia, w którym odpowiedzialność za zdrowie obywateli spoczywa w ich rękach, będzie miał naturalną skłonność do eliminowania nadmiernego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Kolejną kwestię, wiążącą się z bezpośrednim ponoszeniem przez pacjentów opłat, stanowi zagadnienie jakości świadczeń i poziomu obsługi. Należy oczekiwać, że skoro podstawowym wyznacznikiem oceny opieki jest poziom satysfakcji pacjentów, a jednocześnie od nich zależy decyzja odnośnie do skorzystania z usług danego świadczeniodawcy, to opieka zdrowotna powinna stać zasadniczo na wysokim poziomie. Ponadto, przynajmniej teoretycznie, sprzyjać temu powinno istnienie konkurencji świadczeniodawców jako wypadkowej mnogości podmiotów udzielających świadczeń i różnorodności ich form organizacyjnych, zapewniających elastyczność i płynne dostosowywanie się do potrzeb rynku usług zdrowotnych.

Znaczenie wymienionych wyżej pozytywnych zjawisk jest w istotnym stopniu niwelowane przez jednoczesne istnienie wielu niekorzystnych cech modelu rezydualnego. Wśród nich przede wszystkim należy wymienić: brak sprawiedliwości

---

<sup>10</sup> Należy zaznaczyć, że coraz bardziej popularny staje się pogląd, że zdrowie w znacznym stopniu jest determinowane przez czynniki genetyczne.

<sup>11</sup> Badania naukowe dowiodły, że prowadzenie zdrowego trybu życia pomaga we wzmożeniu poczucia własnej wartości człowieka i jego samoakceptacji, skutecznie zapobiegając tym samym rozwojowi czynników chorobowych. Szacunkowe obliczenia dotyczące wielkości udziału różnych grup czynników w zespole determinant zdrowia społeczeństw pozwalają na postawienie tezy, że zachowania pro- lub antyzdrowotne decydują w ok. 40% o wartości podstawowych mierników stanu zdrowotności populacji. W związku z tym kształtowanie zachowań zdrowotnych należy uznać za pierwszoplanowe zadanie w programach polityki zdrowotnej. W szczególności prowadzenie zdrowego trybu życia polegającego na stosowaniu zrównoważonej diety, regularnych ćwiczeniach fizycznych, odpoczynku i rekreacji, zaangażowaniu w satysfakcjonujące relacje społeczne i seksualne inspirowało rozwój ideologii społecznej zwanej *helatizmem*, zgodnie z którą zdrowie jest naczelną wartością i odpowiedzialność za nie zależy od poszczególnych osób. Szerzej zob.: K. Puchalski, *Zdrowie w świadomości społecznej*, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź 1997.

w ochronie zdrowia, istnienie w rzeczywistości trzech odmiennych systemów opieki, silny monopol świadczeniodawców.

Przed wszystkim organizacja ochrony zdrowia, uzależniająca możliwość otrzymania świadczeń od posiadanego statusu materialnego, a także tolerująca istnienie grup ludności pozbawionych opieki zdrowotnej musi zostać uznana za niespełniającą istotnego w krajach demokratycznych kryterium sprawiedliwości. Istniejąca nierówność obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej stanowi decydujący czynnik odrzucenia modelu rezydualnego w innych krajach o gospodarce rynkowej. Należy zastrzec, że częściowo skutki nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej są ograniczane przez działanie wyspecjalizowanych organizacji sektora publicznego – Medicaid, Medicare<sup>12</sup>. Można stwierdzić, że w omawianym modelu w istocie istnieją trzy odmienne formy organizacyjne ochrony zdrowia dotyczące następujących kategorii jednostek: objętych prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, korzystających z państwowego zaopatrzenia oraz grup ludności nie objętych zinstytucjonalizowanymi formami opieki zdrowotnej. Wydaje się, że sytuacja, w której obywatele majątni są obowiązani do ponoszenia pełnych kosztów leczenia, natomiast biedni są objęci opieką publiczną, jest do pewnego stopnia społecznie korzystna. Po części może być nawet uważana za zgodną z poczuciem sprawiedliwości (za opiekę płacą ci, których na to stać), gdyby nie ciężar, jaki dla społeczeństwa stanowią jednostki, które w wyniku własnych zaniedbań nie posiadają odpowiednich środków finansowych na opłacenie leczenia.

Zasadniczej krytyce musi zostać poddana, istniejąca w modelu rezydualnym, dominująca pozycja organizacji korporacji lekarskiej w ochronie zdrowia. Działania przez nią podejmowane mają na celu zagwarantowanie rzeczywistego monopolu świadczeniodawców oraz wyłączenie ochrony zdrowia spod kontroli podmiotów zewnętrznych (w szczególności organizacji konsumenckich). Tym samym działalność korporacji zdecydowanie przyczynia się do podrażania kosztów opieki zdrowotnej, a także jej jakości.

#### **4. Ewolucja modeli ochrony zdrowia**

Współcześnie w krajach europejskich w sprawach ochrony zdrowia panuje zgodność w odniesieniu do następujących zagadnień<sup>13</sup>:

<sup>12</sup> Medicaid to w części federalny, a w części stanowy program zapewniający w Stanach Zjednoczonych ubezpieczenie zdrowotne osobom, których dochody nie wystarczają na opłacenie opieki medycznej; dotyczy głównie osób utrzymujących się z zasiłku, osób starszych przebywających w domach dla niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Medicare to program ubezpieczeniowy finansowany przez rząd federalny Stanów Zjednoczonych, zapewniający opiekę szpitalną oraz ambulatoryjną osobom powyżej 65. roku życia, wdowom i niepełnosprawnym.

<sup>13</sup> B. Majnoni d'Intignano, *op. cit.*, s. 87.

- gwarantowania przez państwo otrzymania świadczeń zdrowotnych w zależności od potrzeb zdrowotnych, a nie możliwości finansowych poszczególnych pacjentów,
- wyłączenia stosowania mechanizmu rynkowego w ochronie zdrowia w zakresie regulacji dostępu do opieki zdrowotnej,
- wprowadzenia obowiązkowych i powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- stosowania częściowej odpłatności świadczeń, dostosowanej do możliwości finansowych pacjentów.

W większości kraje gospodarczo rozwinięte realizują zasadę publicznej odpowiedzialności za ochronę zdrowia, gwarantując obywatelom powszechny dostęp do opieki zdrowotnej. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających potrzebującym zapewnienie szerokiego dostępu do opieki zdrowotnej, z pominięciem barier ekonomicznych, było możliwe dzięki wyłączeniu licznych obszarów ochrony zdrowia spod bezpośredniego wpływu mechanizmu rynkowego. W zamian znacznie wzrósł udział środków publicznych w finansowaniu opieki zdrowotnej będący wyrazem realizacji zasady solidarności społecznej. Wzrost udziału publicznych środków w finansowaniu opieki zdrowotnej odnotowano we wszystkich krajach, niezależnie od realizowanego modelu ochrony zdrowia. W znacznym stopniu spowodowany on został szybkim wzrostem kosztów opieki zdrowotnej, wywołanych przez takie czynniki, jak: wzrost cen nośników energii, dokonujący się szybki postęp technologiczny w medycynie oraz starzenie się społeczeństw.

Od ponad 30 lat większość krajów gospodarczo rozwiniętych przeżywa trudności związane z szybko rosnącym udziałem wydatków na ochronę zdrowia w całości wydatków publicznych. Pomimo świadomości narastania od początku lat 70. XX w. kryzysu finansowego, dopiero w połowie następczej dekady podjęto pierwsze działania na rzecz wprowadzenia zmian w organizacji ochrony zdrowia, mające na celu racjonalizację wydatków (głównie w Holandii, RFN i Wielkiej Brytanii). Na fali powszechnej krytyki dotychczasowego sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej popularność zaczęły zyskiwać idee neoliberalne zakładające konieczność stosowania na szerszą skalę zasad rynkowych oraz konkurencji, uznanych za podstawowy mechanizm regulujący relacje między podmiotami gospodarczymi.

Wprowadzane reformy wskazują, że główny kierunek ewolucji systemów nastawiony jest na formułowanie się systemów pośrednich. W państwach, w których organizacja opieki zdrowotnej jest oparta na modelu ubezpieczeniowym, wprowadzane są instytucje sprawdzone w modelach narodowych, i na odwrót. Na przykład instytucja lekarza rodzinnego wywodząca się z systemu brytyjskiego jest implementowana w krajach o systemie ubezpieczeniowym, a z kolei w krajach posiadających narodowy model opieki zdrowotnej coraz częściej stosuje się zasadę wynagradzania lekarzy i opłacania zakładów opieki zdrowotnej za konkretnie wykonane usługi. Podobnie w większości krajów następuje decentralizacja



ochrony zdrowia przez oddzielenie sfery określania strategii i formułowania polityki zdrowotnej, zarezerwowanej dla administracji centralnej, od bezpośredniego administrowania i zarządzania opieką zdrowotną. Realny kształt polityce zdrowotnej nadawany jest na poziomach niższych szczebli – regionalnym i lokalnym. Powszechnie akceptowanym zjawiskiem stało się zwiększenie roli mechanizmów rynkowych w procesach alokacji zasobów w ochronie zdrowia. Tym samym doszło do zakwestionowania zasadności, dominującej do niedawna, koncepcji „wad rynku” stanowiącej teoretyczną podbudowę dotychczasowych rozwiązań<sup>14</sup>. Rozdzielono funkcję płatnika (dysponenta środków finansowych) od funkcji wykonywania świadczeń zdrowotnych. Ponadto na szerszą skalę wprowadzane są mechanizmy kontroli wydatków oraz zasady częściowej odpłatności pacjentów za świadczenia zdrowotne i leki. Państwo pełni funkcje regulacyjne, przeciwdziałając marnotrawstwu środków finansowych w ochronie zdrowia, i promuje wdrażanie rozwiązań w celu zapewnienia większej efektywności podmiotów opieki zdrowotnej. Porównanie założeń reformy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach OECD dowodzi zbieżności następujących celów podejmowanych reform<sup>15</sup>:

- zapewnienie obywatelom dostępu do pewnego minimalnego zestawu świadczeń zdrowotnych na zasadzie powszechności,
- osiągnięcie efektywności ekonomicznej służby zdrowia w skali makro, rozumianej jako zapobieżenie przekraczaniu pewnej określonej wielkości wydatków w PKB,
- osiągnięcie efektywności ekonomicznej w skali mikro, tj. wytwarzanie najbardziej skutecznych świadczeń zdrowotnych zapewniających satysfakcję pacjentów oraz możliwie niskie koszty,
- nadanie priorytetowego znaczenia prewencji i udzielaniu świadczeń, przede wszystkim w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, kosztem opieki specjalistycznej (czy też opartej na stosowaniu zaawansowanych i zarazem drogich technik medycznych).

## 5. Podsumowanie

Współcześnie wydatki na ochronę zdrowia mają znaczący udział w PKB. Wielkość przeznaczanych na nią środków publicznych powoduje, że ochrona zdrowia stanowi przedmiot szczególnego zainteresowania z uwagi na racjonalne i efektywne ich wykorzystanie. Jednocześnie ze względu na znaczne różnice w zakre-

<sup>14</sup> W. Włodarczyk, *op. cit.*

<sup>15</sup> Szerzej zob.: *Zdrowie publiczne*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 2000 oraz C. Włodarczyk, S. Poździoch, *op. cit.*

się ponoszonych wydatków zdrowotnych, występujące między krajami kulturowo i gospodarczo podobnymi, należy przyjąć, że istotną determinantę funkcjonowania ochrony zdrowia stanowią przyjęte rozwiązania modelowe. W konsekwencji implementacja danego modelu organizacji ochrony zdrowia zasadniczo wpływa na jej funkcjonowanie i organizację oraz realizację funkcji finansowania.

Wydaje się jednak, że zarówno dokonywanie porównań modeli ochrony zdrowia, jak i ocena funkcjonowania ochrony zdrowia przez pryzmat konkretnego jej modelu w danym kraju nie powinny zostać wyłączone przez proste odniesienie się do wielkości PKB przeznaczanego na sektor zdrowia. Zgodnie z oczekiwaniami społecznymi ochrona zdrowia powinna się cechować powszechną dostępnością do świadczeń zdrowotnych oraz wysoką efektywnością i jakością wykonywanych usług zdrowotnych. Dopiero kompleksowa analiza modeli ochrony zdrowia, uwzględniająca pozaekonomiczne uwarunkowania działalności sektora opieki zdrowotnej oraz wielkość ponoszonych na nią wydatków, powinna stanowić podstawę oceny i dokonywanych wyborów.

Jak wykazano w niniejszym artykule, próba oceny modeli ochrony zdrowia jest zagadnieniem złożonym i nie ma charakteru zero-jedynkowego. Przydatność danego modelu powinna być analizowana (oceniana) w zależności od zakładanych celów: politycznych, ekonomicznych i społecznych. Tym samym świadomość faktu, że implementacja danego modelu ochrony zdrowia przede wszystkim stanowi wyraz dokonywanych wyborów publicznych powinna powstrzymać przed kategorycznymi sądami opartymi na analizie idealnych modeli ochrony zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że z punktu widzenia finansów publicznych realizowany model ochrony zdrowia powinien odznaczać się efektywnością oraz stabilnością i przejrzystością finansowania. Pod tym względem doktrynalne założenia modeli ochrony zdrowia tracą na znaczeniu wobec zjawiska ewolucji modeli ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że działania służące podniesieniu efektywności ochrony zdrowia oraz stabilizacji jej finansowania można podejmować niezależnie od obranego modelu ochrony zdrowia. Tym samym należy zdecydowanie odrzucić krytykę modelu ubezpieczeniowego w Polsce, opartą wyłącznie na kryterium wielkości wydatków na zdrowie w relacji do PKB. Jednocześnie trzeba zdawać sobie sprawę z konieczności stałego usprawniania sektora zdrowotnego w celu zapewnienia większej efektywności i racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia w Polsce.

## Literatura

- Barr N., *Ekonomika polityki społecznej*, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 1993.  
Beresniak A., Duru G., *Economie de la santé, connaissance et pratique*, Masson, Paris 2001.

- Hills J., Ditchand J., Glennerster H., *Beveridge and Social Security. An International Retrospective*, Clarendon Press, Oxford 1994.
- Majnoni d'Intignano B., *Economie de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris 2001.
- Przybyłka A., *Systemy ochrony zdrowia – rozwiązania modelowe*, Wydawnictwo AE w Katowicach, Katowice 1999.
- Puchalski K., *Zdrowie w świadomości społecznej*, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź 1997.
- Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
- Włodarczyk W., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
- Zdrowie publiczne*, A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 2000.

### **Contemporary Healthcare Models**

The topicality and weight of this issue have compelled the author to deal more closely with the complex problem of how healthcare is organised in market economies with respect to changing the healthcare model in Poland. The author first describes the most well-known healthcare models (in their pure form) and then discusses issues related to how they function. The closing section of the article deals with the evolution of healthcare models in market economies. The author concludes that the evaluation and choice of healthcare model should be based on a comprehensive analysis of healthcare models that takes into consideration not only the level of healthcare expenditure, but also non-economic factors that govern healthcare as well. Evaluating healthcare models is complex and not an “either-or” issue. The applicability of a given model should be analysed (evaluated) in terms of political, economic, and social goals. Moreover, the doctrinal assumptions of healthcare models are currently waning in significance in the face of the evolution of healthcare models. At present, in spite of existing differences, activities aimed at increasing the effectiveness of healthcare and stabilising its financing may be undertaken independently from the healthcare model adopted in a given country.

główna UEK