

## System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu

Nadesłany: 08.03.17 | Zaakceptowany do druku: 09.08.17

**Małgorzata Paszkowska\***

Obecny rząd przygotowuje istotną reformę systemu ochrony zdrowia. W Polsce funkcjonuje obecnie ubezpieczeniowy model ochrony zdrowia. Płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. W 2018 r. model ubezpieczeniowy ma zostać zastąpiony przez model budżetowy (podatkowy). Ochrona zdrowia ma być finansowana z budżetu państwa i dostępna dla wszystkich. Zmiana modelu systemu ochrony zdrowia stanowi powrót do czasów PRL. W artykule przedstawiono możliwe europejskie modele ochrony zdrowia, a także obecny model polski. W artykule zawarto wybrane uwagi krytyczne w zakresie planowanej zmiany modelu ochrony zdrowia w Polsce. Uwagi dotyczą m.in. dostępności do świadczeń oraz ich finansowania.

**Słowa kluczowe:** system, ochrona zdrowia, reforma, ubezpieczenia, podatki.

## Health Care System in Poland – A Change of the Model

Submitted: 08.03.17 | Accepted: 09.08.17

The present government is preparing a major reform of the healthcare system. Currently, Poland has an insurance-based health care model. The payer is the National Health Fund. In 2018, the insurance-based model will be replaced by a budget (tax)-based model. Health care will be financed by the state budget and will be available to everyone. Changing the model of the health care system is a return to the times of the Polish People's Republic. The article presents possible European models of health care and the current Polish model. The article includes selected critical comments regarding the planned change of the health care model in Poland. The comments relate to, among others, access to services and their financing.

**Keywords:** system, health care, reform, insurance, taxes.

**JEL:** I130, I180

---

\* **Małgorzata Paszkowska** – dr, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie, Zakład Prawa Administracyjnego.

---

Adres do korespondencji: Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie, Sucharskiego 2, 35-225 Rzeszów; e-mail: mpaszkowska@wsiz.rzeszow.pl.

## 1. Wprowadzenie

W Polsce coraz bliższa staje się perspektywa zmiany modelu systemu ochrony zdrowia. Związane jest to z działaniami reformatorskimi obecnego Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła. Od 2018 r. opiekę zdrowotną Polakom ma zapewniać Narodowa Służba Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radziwill-przedstawil-zalozenia-reformy-2/> 08.03.2017).

Bezspornie reforma ochrony zdrowia jest niezbędna, ale czy konieczna jest aż zmiana modelu systemu zdrowotnego? Przedmiot artykułu wymaga na wstępie wyjaśnienia pojęcia „system ochrony zdrowia”. W piśmiennictwie termin „system ochrony zdrowia” często jest używany zamiennie z pojęciem „system zdrowotny”, a czasem „system opieki zdrowotnej”. W literaturze znajdziemy wiele definicji systemu ochrony zdrowia/systemu zdrowotnego, zależnie od podejścia autora do analizowanego pojęcia (por. Niżnik, 2004, s. 54–62; Włodarczyk i Paździoch, 2001, s. 13–19).

Niewątpliwie pojęcie „system zdrowotny” może być używane w różnych znaczeniach. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez WHO pojęcie „system zdrowotny” obejmuje wszystkie organizacje, nakłady oraz instytucje, których założeniem jest wygenerowanie działań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia. Zgodnie z syntetycznym podejściem WHO system ochrony zdrowia łączy wszystkie aktywności, których pierwotnym celem jest promowanie, odtwarzanie i utrzymanie zdrowia. Obejmuje wszystkie organizacje, instytucje, ludzi, a także zasoby materialne i niematerialne, które są ukierunkowane lub mają w swoich kompetencjach działania zdrowotne (WHO, 2000). Według Światowej Organizacji Zdrowia nadrzędne cele systemu ochrony zdrowia, których realizacja stanowi podstawę jego funkcjonowania, koncentrują się na następujących elementach: stałej poprawie zdrowia populacji (rozumianego jako status zdrowotny społeczeństwa określany zbiorem jednoznacznych, porównywalnych, obiektywnych i transparentnych mierników), zaspokajaniu potrzeb konsumenckich pacjentów w ramach korzystania z usług podmiotów systemu ochrony zdrowia oraz zapewnianiu solidaryzmu w zakresie finansowania opieki zdrowotnej.

Według uproszczonej, ale bardzo trafnej – zdaniem autorki – definicji C. Włodarczyka i S. Poździocha system ochrony zdrowia (inaczej system zdrowotny) jest wyodrębnioną całością złożoną z wielu różnorodnych elementów, które powiązane są różnorodnymi więziami (między którymi zachodzą różnorodne relacje) i który realizuje cele związane ze zdrowiem (Włodarczyk i Poździoch, 2001, s. 15).

Ochrona zdrowia to wszelkie zorganizowane działania prowadzone przy wykorzystaniu zasobów finansowych, materiałowych oraz norm prawnych mające zapewnić społeczeństwu dobry stan zdrowia (Suchecka, 2010, s. 9). System ochrony zdrowia wraz z jego otoczeniem jest złożony z różnych elementów (struktury rządowe, samorządowe, zasoby medyczne, pacjenci itd.),

a jego zasadniczym celem jest ochrona zdrowia obywateli. Według powszechnie przyjmowanej koncepcji tzw. trójkąta, system ochrony zdrowia składa się z trzech podstawowych elementów, tj. pacjentów, świadczeniodawców i płatnika. Za podstawowe funkcje systemu ochrony zdrowia należy uznać: zabezpieczenie świadczeń (usług) zdrowotnych, finansowanie i zarządzanie.

Obecnie obowiązujący w Polsce ubezpieczeniowy model ochrony zdrowia wprowadzony przez rząd Jerzego Buzka w 1999 r. ma być od nowego roku zastąpiony, wskutek reformy ministra K. Radziwiłła, przez model państwowej służby zdrowia, czyli model budżetowy. W świetle zaprezentowanej przez Ministra Narodowej Strategii Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/07/narodowa-sluzba-zdrowia-bez-dat.pdf>, 03.03.2017) odpowiedzialność za finansowanie leczenia ma przejąć budżet państwa. Zlikwidowany ma zostać NFZ (pierwotnie od 1 stycznia 2018 r., a obecnie odsunięto likwidację o rok), a instytucjami związanymi z płatnikiem i podległymi Ministrowi Zdrowia mają być Wojewódzkie Urzędy Zdrowia. Każdy ma mieć prawo do bezpłatnego leczenia. Konkretnie i upowszechnione zmiany dotyczą podstawowej opieki zdrowotnej i szpitali (są bowiem już projekty aktów prawnych w przedmiotowych zakresach), jednakże pozostają one poza zakresem niniejszego artykułu. Artykuł natomiast dotyczy zmiany samego modelu ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest przedstawienie możliwych klasycznych europejskich modeli ochrony zdrowia w odniesieniu do obecnego i przyszłego modelu systemu zdrowotnego w Polsce. Z uwagi na zasadniczo brak konkretnych danych (w tym dostępnych powszechnie projektów aktów normatywnych), poza przepisami dotyczącymi sieci szpitali, niemożliwe jest niestety szczegółowe i rzetelne odniesienie się do planowanej reformy systemu ochrony zdrowia. Stąd też autorka analizuje reformę przede wszystkim w zakresie zmian samej istoty modelu systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do Narodowej Strategii Zdrowia zaprezentowanej na stronie internetowej <http://www.mz.gov.pl>.

## 2. Modele systemu ochrony zdrowia

W literaturze przedmiotu stworzono wiele typologii systemów zdrowotnych. Jedną z ciekawszych zastosowała m.in. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), dzieląc istniejące rozwiązania pod względem dwóch kryteriów: dobrowolności/przymusowości przynależności do systemu oraz relacji pomiędzy instytucją finansującą koszty świadczeń zdrowotnych a podmiotami realizującymi te świadczenia. Inną powszechnie stosowaną typologią jest podział odwołujący się do aspektu historycznego. Autorka proponuje ponadto podobną typologię, jednakże opartą na określeniu (kryterium) wyłącznie dominującego źródła finansowania opieki zdrowotnej. Jest ona bardzo zbliżona do typologii historycznej (klasyczne modele) i wyodrębnia model ubezpieczeniowy oraz podatkowy. Sposoby gromadzenia

i wydatkowania środków na ochronę zdrowia w danym państwie związane są bezpośrednio z przyjętym w nim modelem systemu zdrowotnego z jednej strony, natomiast z drugiej strony to właśnie aspekt finansowania ochrony zdrowia przyczynił się do wyodrębnienia poszczególnych, klasycznych modeli systemu zdrowotnego.

Do klasycznych (podstawowych) modeli systemu zdrowotnego występujących w Europie zalicza się modele:

1. Bismarcka,
2. Beveridge'a,
3. Siemaszki.

Natomiast w USA funkcjonuje model rezydualny. W modelu rezydualnym (zwanym też w literaturze modelem X) następuje wyraźne rozgraniczenie między zdrowiem publicznym, gdzie aktywność państwa zostaje zachowana, a indywidualnym. Cechą charakterystyczną tego modelu jest rezygnacja z odpowiedzialności państwa za dostęp do opieki zdrowotnej, czyli cechuje go zwolnienie państwa z obowiązku zapewnienia obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych. W modelu tym dostęp do usług zdrowotnych uwarunkowany jest w praktyce stopniem zamożności, ale też zapobiegliwości pacjenta. System ochrony zdrowia w modelu rynkowym traktowany jest jako rynek zbytu, gdzie dużą rolę odgrywa popyt i podaż, a pacjent jest klientem. Jednostka, ponosząc ryzyko zdrowotne, samodzielnie decyduje o przeznaczeniu dochodów na bieżące wydatki czy przyszłe uprawnienia (reguła indywidualnej zapobiegliwości). Finansowanie usług oparte jest na prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Usługi zdrowotne dla obywateli finansowane są z ubezpieczeń dobrowolnych, a państwo zapewnia opiekę wyjątkowo – tylko osobom będącym w szczególnej potrzebie (biednym, starszym).

Model Bismarcka (czyli ubezpieczeniowy) jest najstarszym z klasycznych i wywodzi się z rozwiązań przyjętych w ustawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby z pakietu ustaw socjalnych zainicjowanych przez kanclerza Rzeszy Niemieckiej Otto von Bismarcka. Model ten stał się wzorem tworzenia ubezpieczeń dla prawie wszystkich krajów europejskich na początku XX wieku. Model Bismarcka jest oparty na ubezpieczeniach, których celem jest ochrona ludzi (pracowników) przed nieprzewidywalnym zdarzeniem (chorobą) i wynikająca z niego utrata bezpieczeństwa materialnego rodziny (Kautsch, Klich i Whitfeld, 2001, s. 33). Opiera się on na ubezpieczeniach, których celem jest ochrona przed skutkami zdarzeń losowych, mogących być przyczyną pogorszenia sytuacji materialnej ubezpieczonego. Świadczenia zdrowotne są finansowane ze składek (opłacanych przez pracownika i pracodawcę), najczęściej obowiązkowych. Płatnicy – kasy chorych – zawierają kontrakty z instytucjami opieki zdrowotnej na świadczenie usług zdrowotnych ubezpieczonej populacji.

Do cech charakterystycznych tego modelu można zaliczyć:

- powołanie ustawowych instytucji ubezpieczeniowych – kas chorych,
- utworzenie ze składek na ubezpieczenie funduszy przeznaczonych na finansowanie określonych świadczeń przysługujących ubezpieczonym,

- zawieranie umów ze świadczeniodawcami ochrony zdrowia na realizację świadczeń dla ubezpieczonych,
- zwrot kosztów uzyskanych świadczeń zdrowotnych lub finansowanie zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych.

Współcześnie funkcjonujący model Bismarcka gwarantuje ubezpieczonemu wybór świadczeniodawcy (z tych, którzy mają odpowiednie umowy), a także całkowity lub częściowy (np. za leki) zwrot kosztów leczenia. Nadzór nad systemem sprawuje państwo. Poza klasycznym modelem Bismarcka w ramach modelu ubezpieczeniowego występuje także model zwany w literaturze hybrydowym. Model ubezpieczeniowy hybrydowy cechuje finansowanie z wielu źródeł, w tym ze składek ubezpieczonych, jednakże podstawowymi instytucjami ubezpieczenia są kasy chorych lub ich odpowiedniki.

Po drugiej wojnie światowej ukształtował się model angielskiej narodowej (państwowej) służby zdrowia (NHS), wprowadzony w 1948 r. w Wielkiej Brytanii w oparciu o projekt lorda Williama Beveridge'a (raport z 1942 r.). Należy zauważyć, że nie była to oryginalna koncepcja ochrony zdrowia, gdyż inspirację stanowiło niewątpliwie wcześniejsze czasowo (przed II wojną światową) funkcjonowanie państwowej służby zdrowia w ZSRR (według modelu Siemaszki). W modelu narodowej służby zdrowia dominuje przekonanie, że zdrowie obywateli jest dobrem publicznym a jego ochrona jest obowiązkiem państwa. W. Beveridge wyłączył z systemu ubezpieczeń społecznych opiekę medyczną, tworząc dla niej specjalny fundusz finansowany z podatków ogólnych. W modelu tym powszechne świadczenia zdrowotne finansowane są z budżetu państwa. Model zakłada powszechny i szeroki zakres bezpłatnych usług zdrowotnych niezależnie od statusu materialnego obywateli oraz równość dostępu do świadczeń. Charakterystyczne dla tego modelu jest świadczenie usług wszystkim, bez względu na status społeczny (Kautsch, Klich i Whitfeld, 2001, s. 31). Państwo jest odpowiedzialne na powszechny dostęp do usług zdrowotnych i realizuje ten obowiązek za pośrednictwem państwowej służby zdrowia. Środki na opiekę zdrowotną pochodzą z podatków ogólnych (centralnych) lub lokalnych. Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest bezpłatny.

Głównymi cechami charakterystycznymi modelu Beveridge'a jest:

- wydzielenie środków finansowych w ramach budżetu państwa przeznaczonych na finansowanie opieki zdrowotnej,
- państwowa organizacja udzielania świadczeń (publiczni świadczeniodawcy),
- nadzór i kontrola administracji państwowej (rządowej i samorządowej) nad systemem ochrony zdrowia,
- uprawnieni do świadczeń są wszyscy obywatele lub mieszkańcy kraju.

Zagwarantowanie wszystkim obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego jest fundamentalną zasadą powyższego modelu. Odpowiedzialność za realizację zasady powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych spoczywa na państwie, które jest monopolistą w systemie zdrowotnym.

Zasady funkcjonowania tzw. modelu Siemaszki sformułował w ZSRR Nikołaj Siemaszko (komisarz do spraw zdrowia w ZSRR w latach trzydziestych XX wieku). Model ten pod pewnymi względami przypomina omówiony powyżej model Beveridge'a (albo też bardziej właściwe byłoby stwierdzenie, iż to model Beveridge'a przypomina model Siemaszki, jako że ten drugi jest starszy) przede wszystkim pod względem dominacji sektora publicznego w zakresie wytwarzania świadczeń zdrowotnych, a także oparcia finansowania systemu o publiczne środki budżetowe (Krajewski-Siuda i Romaniuk, 2011, s. 37).

Model Siemaszki powszechnie stosowany był po II wojnie światowej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej (m.in. w ZSRR i w Polsce) i zakładał scentralizowany system organizacji i finansowania ochrony zdrowia. Cechowały go m.in. poniższe zasady:

- finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa oparte na centralnym planowaniu,
- państwową organizację udzielania świadczeń (państwowe jednostki służby zdrowia),
- brak sektora prywatnego w ochronie zdrowia,
- wszyscy uprawnieni do świadczeń są pracownikami zarobkowymi (Jasiński, 2001, s. 16–22).

Model ten obecnie traktowany jest powszechnie jedynie jako forma historyczna, a państwa, w których ów model funkcjonował, powróciły generalnie do systemów ubezpieczeniowych.

Model Beveridge'a występuje obecnie w klasycznej postaci w Wielkiej Brytanii, natomiast Bismarcka (po modyfikacjach) w Niemczech. Klasyczne, przedstawione wyżej modele systemów zdrowotnych są traktowane jako wzorce opisujące pożądaną, idealną formę systemu. Stanowią one zbiór potencjalnie możliwych rozwiązań, spośród których można wybierać te, które są uznawane w danych warunkach za najlepsze. Wszystkie systemy opierają się w praktyce na mieszanych źródłach finansowania, ale większość środków przeznaczonych na ochronę zdrowia jest kontrolowana przez państwo w sposób bezpośredni lub pośredni.

Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów różnią się między sobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia w danym kraju. W aspekcie rodzaju dominujących źródeł finansowania generalnie można wyróżnić dwa systemy (modele) krajowego systemu zdrowotnego, tj. system:

- ubezpieczeniowy (oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym obywateli),
- budżetowy/podatkowy.

Z przyjętego modelu systemu zdrowotnego w danym kraju wynika bezpośrednio metoda finansowania opieki zdrowotnej, dlatego też można wyróżnić dwa główne źródła finansowania, tj. ubezpieczenia i podatki. W praktyce większości współczesnych systemów zdrowotnych dominującymi źródłami ich zasilania są obowiązkowe składki ubezpieczeniowe lub podatki, nato-

miast uzupełniającymi – dobrowolne ubezpieczenia prywatne oraz opłaty bezpośrednie (pacjentów, pracodawców).

W państwach europejskich współcześnie występuje w praktyce jeden z dwóch klasycznych modeli systemów ochrony zdrowia, tj. model ubezpieczeniowy lub model budżetowy (podatkowy) oraz ich wersja mieszana. W XXI wieku ubezpieczeniowe systemy opieki zdrowotnej funkcjonują m.in. we Francji i w Niemczech. Natomiast oparte na podatkach ogólnych działają m.in. w Szwecji i w Wielkiej Brytanii. Przedstawione klasyczne modele systemu opieki zdrowotnej mają zarówno zalety, jak i wady, a w praktyce funkcjonują najczęściej ich zmodyfikowane wersje. Systemy zdrowotne większości krajów Unii Europejskiej uległy ponadto w praktyce konwergencji – idee jednego z modeli adaptowane są przez inne modele. Kraje postkomunistyczne, które po II wojnie światowej wprowadziły państwową i powszechną służbę zdrowia (jednakże nie na podstawie modelu angielskiego, lecz modelu Siemaszki), wracają od kilkunastu lat do systemów ubezpieczeniowych. Polski model systemu ochrony zdrowia XXI wieku wzorowany na historycznym modelu ubezpieczeniowym nie jest jednakże czystym odbiciem modelu Bismarcka, ale jego hybrydą, z uwagi na poważne modyfikacje pierwowzoru. Obecny model polski nie ma również w praktyce charakteru czysto ubezpieczeniowego, występują w nim bowiem elementy modelu budżetowego (m.in. finansowanie niektórych świadczeń, np. wysokospecjalistycznych, ratownictwa medycznego, w zakładach karnych). Jednakże środki ze składek ubezpieczonych pozostają dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.

### 3. Aktualny model SOZ w Polsce

Przed II wojną światową (lata 1919–1939) występował w Polsce ubezpieczeniowy model systemu zdrowotnego. W Polsce obowiązek zapewnienia obywatelom opieki zdrowotnej po raz pierwszy wprowadzono na początku 1919 r. Dekretem Naczelnika Państwa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, który to w rezultacie przewidywał utworzenie ubezpieczenia zdrowotnego. Po drugiej wojnie światowej w Polsce rozwinął się model ochrony zdrowia oparty na scentralizowaniu, co było pochodną rozwiązań radzieckich. Modele wprowadzane w krajach socjalistycznych po drugiej wojnie światowej miały być wprowadzane na wzór modelu Siemaszki, który charakteryzował się dostępem do świadczeń zdrowotnych dla całej populacji, ich finansowaniem budżetowym (z podatków) oraz zatrudnianiem lekarzy na państwowych etatach. W rezultacie po 1945 r. publiczna służba zdrowia w Polsce była oparta na mechanizmie centralnego planowania. W systemie opieki zdrowotnej funkcjonował model „budżetowy” (tzw. model Siemaszki), w którym środki publiczne wykorzystywane w celu wykonywania zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia pochodziły ze Skarbu Państwa, do którego wpływały pieniądze z podatków, a następnie na podstawie decyzji

organów państwowych były dzielone na służbę zdrowia, oświatę, policję, wojsko i inne cele.

Proces reformowania systemu opieki zdrowotnej został zapoczątkowany w 1989 r. fundamentalnymi zmianami ustroju politycznego i gospodarczego państwa. Fundamentalna reforma ochrony zdrowia (zmiana modelu systemu ochrony zdrowia) została wprowadzona w 1999 r. wraz z trzema innymi istotnymi reformami społecznymi, tj. reformą emerytalną, edukacyjną i decentralizacyjną (administracyjną). Główne zasady reformy ochrony zdrowia obejmowały rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy oraz autonomię publicznych świadczeniodawców. W rezultacie należy stwierdzić, że do 1 stycznia 1999 r. obowiązywał w Polsce model systemu zdrowotnego Siemaszki charakteryzujący się pełną odpowiedzialnością państwa za dostarczanie świadczeń zdrowotnych oraz ich finansowaniem z budżetu państwa. Model powyższy został zastąpiony przez model ubezpieczeniowy oparty z modyfikacjami na koncepcji Bismarcka, a wprowadzony po raz pierwszy po II wojnie światowej Ustawą z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 r., nr 28, poz. 153). Podstawą reformy było odejście od budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Do życia powołano kasy chorych jako publiczne instytucje ubezpieczeniowe. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzała do systemu 16 kas regionalnych, podzielonych zgodnie z podziałem administracyjnym kraju, i jedną kasę branżową. W praktyce funkcjonowało 17 kas chorych – po jednej w każdym województwie oraz odrębna kasa branżowa dla służb mundurowych. Kasy chorych zarządzały zgromadzonymi funduszami. Środki finansowe pochodziły przede wszystkim ze składek ubezpieczeniowych odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych. Dnia 1 kwietnia 2003 r. weszła w życie Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 391). Wprowadzała ona ujednolicone zasady finansowania świadczeń zdrowotnych oraz miała stworzyć warunki zapewniające równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych na terenie całego kraju, a ponadto utworzono Centralny Rejestr Ubezpieczonych. W rezultacie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 r. (K 14/03) dnia 1 października 2004 r. weszła w życie kolejna reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce wprowadzona Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r., poz. 1793).

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa:

- warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych,



- zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do powyższych świadczeń,
- zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia,
- zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

System ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce składa się z trzech elementów, tj. płatnika, świadczeniobiorcy i świadczeniodawcy (Paszkowska, 2015a, s. 4). Płatnikiem w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, a także jego realizatorem jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną, której siedzibą jest Warszawa. Narodowy Fundusz Zdrowia działa na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793), dalej zwanej u.ś.o.z., oraz statutu. Poza znajdującą się w Warszawie centralą NFZ jego strukturę tworzą oddziały wojewódzkie (OW). Oddziałów wojewódzkich NFZ jest obecnie 16, czyli tyle, ile województw stanowiących jednostki podziału terytorialnego w Polsce.

Fundusz zarządza środkami finansowymi, które są jego ustawowo określonymi przychodami (m.in. są nimi składki na ubezpieczenie zdrowotne). Do zakresu działania NFZ należy również:

- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,
- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe oraz warunki określone w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom,
- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych za granicą,
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Główną funkcją NFZ pozostaje funkcja płatnika, tj. finansującego określone świadczenia zdrowotne udzielane świadczeniobiorcom w Polsce oraz w specjalnym trybie za granicą. Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte

zwłaszcza na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej, a także zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z funduszem.

Zgodnie z u.ś.o.z. pojęcie świadczeniodawcy oznacza:

- a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- c) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Od 1 lipca 2011 r. fundamentalną podstawą prawną funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce jest Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r., poz. 618) – u.d.l. Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w świetle powyższej ustawy są: podmioty lecznicze i praktyki zawodowe (lekarzy, pielęgniarek, położnych). Podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ),
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza,
- instytuty badawcze,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne tych stowarzyszeń,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
- jednostki wojskowe

w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Powyższy katalog podmiotów leczniczych określony w art. 4 u.d.l. ma charakter zamknięty. Inne podmioty, poza wyżej wymienionymi, nie mają statusu podmiotu leczniczego. W rezultacie wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej od 1 lipca 2011 r. rynek podmiotów leczniczych obejmuje przedsiębiorców (dawne NZOZ-y) oraz tzw. podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami (tj. SPZOZ-y, jednostki budżetowe oraz od 2015 r. jednostki wojskowe), a także inne podmioty (fundacje, stowarzyszenia) (Pasz-

kowska, 2015b, s. 11). W sektorze prywatnym rynku działalności leczniczej dominują przedsiębiorcy. Obecnie podmioty lecznicze sektora prywatnego i publicznego są traktowane na równi w zakresie udzielania świadczeń i ich finansowania ze środków publicznych.

Świadczeniobiorcy, określając ogólnie, to osoby fizyczne – zarówno pełnoletnie, jak i małoletnie – mające prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w systemie publicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 2 u.ś.o.z. do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, (zwane ubezpieczonymi),
- 2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy spełniające kryterium dochodowe z ustawy o pomocy społecznej, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
- 3) inne niż wymienione w pkt. 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:
  - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
  - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 4) inne niż wymienione w pkt. 1–3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
  - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
  - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy.

Wymienione osoby są to świadczeniobiorcy w systemie publicznego ubezpieczenia zdrowotnego.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego określonych członków rodziny.

Zgodnie z art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zwana potocznie kontraktem) zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia jest podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez fundusz. Fundusz jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

W świetle przepisów u.ś.o.z. można stwierdzić, iż każdy świadczeniobiorca ma prawo do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej kwalifikowanych normatywnie jako gwarantowane, czyli ma prawo do tzw. świadczeń gwarantowanych. Świadczenia gwarantowane finansowane są ze środków publicznych. Świadczenia te są całkowicie bezpłatne lub częściowo odpłatne dla świadczeniobiorców. Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Reasumując, Narodowy Fundusz Zdrowia może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tylko z podmiotem (osobą) mającym status świadczeniodawcy w świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Natomiast ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą korzystać tylko osoby mające status świadczeniobiorcy w rozumieniu powyższej ustawy i tylko u świadczeniodawców systemu ubezpieczenia zdrowotnego mających umowę z NFZ na dany rodzaj świadczeń gwarantowanych.

#### **4. Zmiana modelu systemu ochrony zdrowia**

Nikołaj Siemaszko był to lekarz radziecki, komisarz ludowy ds. zdrowia w latach 1918–1930 w Rosyjskiej Federacyjnej Socjalistycznej Republice Radzieckiej (RFSRR). Jest on twórcą systemu zdrowotnego zwanego potocznie modelem Siemaszki. System ochrony zdrowia Siemaszki został wprowadzony w RFSRR/ZSRR w latach 30. XX wieku. Opiera się on przede wszystkim na zasadzie finansowaniu ochrony zdrowia z budżetu państwa oraz zakłada powszechny, bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych/usług medycznych. Ponadto cechuje go centralizacja organizacji opieki zdrowotnej. System ten obowiązywał realnie najpierw w RSFR/ZSRR a po 1945 r. w krajach satelickich ZSRR, w tym także do końca 1998 r. w Polsce. Wobec powyższego i dostępnych deklaracji obecnego Ministra Zdrowia mamy do czynienia z powrotem do przeszłości – wracamy bowiem do systemu zdrowotnego obowiązującego w PRL. Jest to szczególnie zadziwiające, że zmiana systemu planowana i wprowadzana jest przez rząd tak bardzo „antykomunistyczny”.

Sztandarowym hasłem rządu jest likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia. Według deklaracji po likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia zdecydowana część jego kompetencji zostanie przekazana Ministrowi Zdrowia, a zadania regionalne związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych będą realizowane przez nowo utworzone Wojewódzkie Urzędy Zdrowia, podległe pionowo ministrowi, a poziomo wojewodzie (<http://www.mz.gov.pl/dla-mediow/informacje-prasowe/narodowa-sluzba-zdrowia-minister-konstanty-radziwill-przedstawil-zalozenia-reformy-2/> 08.03.2017). Z jednej strony likwiduje się instytucję, a z drugiej strony tworzy inną pod nową nazwą, gdzie zapewne znajdą zatrudnienie dotychczasowi pracownicy OW NFZ.

Powstaje pytanie, co się stanie z budynkami (często niedawno wyremontowanymi, jak np. w Rzeszowie), w których mają siedzibę OW NFZ? Być może nastąpi tylko zmiana tabliczki na drzwiach. Na razie nastąpiło „odroczenie” likwidacji NFZ o rok.

Podstawową, deklarowaną przez Ministra Zdrowia, zasadą nowego systemu jest powszechny dostęp do opieki zdrowotnej. Jest to zasada charakterystyczna dla systemu państwowej (narodowej) służby zdrowia. Generalnie oznacza ona, że każda osoba przebywająca na terytorium danego państwa może bezpłatnie korzystać ze świadczeń zdrowotnych (zarówno podstawowych, jak i specjalistycznych) udzielanych przez finansowanych z budżetu świadczeniodawców i obejmuje ona zarówno obywateli, jak i osoby zamieszkujące, a także przebywające czasowo w tym państwie. Zasada ta odróżnia system budżetowy od ubezpieczeniowego, bowiem istotnie poszerza krąg podmiotów klasycznie uprawnionych do świadczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeniowym.

Jednakże obowiązujące prawo, na którym się opiera polski system ubezpieczenia zdrowotnego, kreuje bardzo szeroki krąg uprawnionych do pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych (obejmujący nie tylko osoby płacące ubezpieczenie zdrowotne). Bowiem w świetle ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorcami w systemie ubezpieczenia zdrowotnego są ubezpieczeni (obligatoryjnie lub dobrowolnie), obywatele polscy do 18. roku życia, kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu posiadające miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej, klienci pomocy społecznej oraz cudzoziemcy w ściśle określonych wypadkach związanych z ich statusem. Ponadto są to zgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodzin osób uprawnionych, za których u.ś.o.z. uznaje następujące osoby:

- dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- małżonka,
- wstępnych (rodzice, dziadkowie) pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby określone w art. 66 u.ś.o.z. i jest ich ponad 30 kategorii. W praktyce prawo do korzystania ze wszystkich świadczeń gwarantowanych mają nie tylko te osoby, które faktycznie płacą składki na ubezpieczenie zdrowotne (ubezpieczeni sensu stricto), czyli przede wszystkim pracujący oraz emeryci, renciści, ale także dzieci, studenci, bezrobotni i osoby korzystające z pomocy społecznej

(w tym nawet osoby bezdomne wychodzące z bezdomności). Trudno znaleźć kategorię osób (poza zupełnie biernymi/niezaradnymi osobami, które nie starają się o poświadczenie prawa do świadczeń), które nie mają prawa do świadczeń zdrowotnych.

Krąg uprawnionych jest obecnie bardzo szeroki, może nawet za bardzo. Zdaniem autorki na przykład prawo do świadczeń powinny mieć dzieci obywateli polskich, ale zamieszkałe na terytorium RP (lub wszystkie dzieci zamieszkałe w Polsce bez względu na obywatelstwo), bowiem coraz powszechniejszym zjawiskiem jest leczenie w Polsce dzieci obywateli polskich, jednakże mieszkających na stałe zagranicą, których rodzice tam płacą podatki. Ponadto należy zauważyć, że w stanach nagłych (zagrożenia życia i zdrowia) każdy ma prawo do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych (niezależnie od posiadania ubezpieczenia, wieku, obywatelstwa itp.). Bowiem, zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy (każdy) nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W podobnym duchu został sformułowany art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, stanowiący, iż pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Dodatkowo w przypadku porodu każda (także nieubezpieczona) pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem. Poza tym, zgodnie z pragmatyką zawodową, każdy lekarz ma obowiązek udzielania pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W ramach samego systemu ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach nagłych pacjentowi należy udzielić świadczenia zdrowotnego poza kolejnością, bez względu na limity określone w umowie między świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Sztandarowym hasłem ministra Radziwiłła jest likwidacja kolejek do lekarzy. Należy to uznać za mało realne. Planowane zwiększenie liczby uprawnionych, chociażby tylko w aspekcie matematycznym, nie wydaje się temu sprzyjać. Ponadto nie ma jeszcze na świecie systemu ochrony zdrowia, w którym dostępność do lekarzy byłaby dla wszystkich niezwłoczna. Rosnące stale oczekiwania pacjentów nie są do spełnienia w pełni przez żaden system z przyczyn ekonomicznych i organizacyjnych, a przynajmniej w obecnym systemie ubezpieczeniowym są mechanizmy zabezpieczające generalnie dostęp pacjentów do opieki medycznej, chociażby przez instrumenty jego limitowania (tzw. listy oczekujących, skierowania). Obecnie, zgodnie z art. 20 u.ś.o.z., świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Likwidacji

kolejek sprzyja natomiast m.in. wprowadzenie zasady, że w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących, i sprawnie działający system informatyczny płatnika (likwidacja wielokrotnych wpisów na listy do świadczeń tego samego pacjenta). Realizacja analizowanego postulatu możliwa jest tylko częściowo i niepotrzebna jest w tym zakresie aż zmiana modelu systemu zdrowotnego – należy doskonalić obecny system. Przy okazji należy zauważyć, że w systemie budżetowym, z uwagi na m.in. centralizację zarządzania, to na Ministrze Zdrowia spoczywać będzie odpowiedzialność za dostępność do lekarzy (w tym za kolejki).

Obecnie powszechnie mówi się o niskich nakładach na ochronę zdrowia i braku środków na świadczenia, mimo corocznego wzrostu budżetu NFZ. Jeśli chodzi o fundusze na świadczenia zdrowotne, teraz sytuacja jest jasna z uwagi na określone i pewne źródło dochodów – składki ubezpieczonych. Natomiast zmiana systemu na budżetowy zlikwiduje to źródło, a w zamian nastąpi przejście finansowania przez budżet państwa. Budżet państwa jest i będzie zasilany z podatków (przede wszystkim dochodowych, VAT i akcyzy) i ma różnego typu wydatki, począwszy od administracji, edukacji po obronność, drogi, sytuacje kryzysowe itp., a zdrowie będzie tylko jednym z nich. Powstaje pytanie, skąd wezmą się w budżecie dodatkowe środki na ochronę zdrowia. Teoretycznie należałoby podnieść podatki. Przy braku określenia dodatkowych źródeł zasilania budżetu dochodzimy do zadziwiającej sytuacji, w której ma być jednocześnie szybszy i powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych, ale bez nowego celowego finansowania świadczeń – braku wyodrębnienia do płacenia środków na ochronę zdrowia (likwidacja NFZ, a tym samym jego budżetu pochodzącego ze składek i równocześnie brak dodatkowych szczególnych wpłat do budżetu państwa). Zdaniem autorki jest mało prawdopodobne wdrożenie planów obecnego rządu bez zmiany w podatkach. W systemie budżetowym, co akurat stanowi jego zaletę, to rząd jest bezpośrednio odpowiedzialny za pieniądze na ochronę zdrowia.

W reformie zadziwia także niekonsekwencja podejmowanych działań, m.in. z jednej strony nowelizacja na wiosnę 2017 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zakładającej wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym planowane na wiosnę 2018 r. ogłoszenie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostały objęte umowami „sieciovymi“. Umowy mają obowiązywać od dnia 1 lipca 2018 r. A przecież od 1 stycznia 2018 r., według zapowiedzi rządu, NFZ ma nie być.

Jak na razie konkretne działania reformatorskie dotyczą zasadniczo tylko tzw. sieci szpitali. Powyższa zmiana w systemie zdrowotnym jest wynikiem

obowiązującej już nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W rezultacie zmiany wskazanej ustawy wprowadzony został system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zapewniający świadczeniobiorcom (według zamierzeń prawodawcy) dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. W ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wyróżniono sześć poziomów zabezpieczenia, tj. szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie. Tę sferę reformy należy ocenić pozytywnie w aspekcie pacjentów, którym zapewniona powinna zostać kompleksowa, skoordynowana opieka zdrowotna. Ma ona funkcjonować w pełni od 1 października 2017 r. W czerwcu 2017 r. nastąpiło ogłoszenie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej pierwszego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Po zmianie ustroju w Polsce w roku 1989 został stopniowo wprowadzony wolny rynek, będący także od lat fundamentalną zasadą prawną (w tym zasada swobody prowadzenia działalności gospodarczej i równego traktowania podmiotów rynkowych), funkcjonujący także w ochronie zdrowia. Zmiana systemu zdrowotnego na budżetowy może stanowić zagrożenie dla powyższej zasady, a szczególnie skutkować dyskryminacją prywatnych podmiotów leczniczych. Brak konkurencji ma wpływ m.in. na niską jakość świadczeń. Przykładem ograniczenia rynku świadczeń tylko do „państwowych” świadczeniodawców są planowane zmiany Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (projekt z dnia 14 października 2016 r.) (Paszkowska, 2016, s. 47 i nast.).

## 5. Zakończenie

Systemy ochrony zdrowia poszczególnych krajów bezspornie różnią się między sobą. Różnica ta dotyczy przede wszystkim sposobu finansowania ochrony zdrowia. Czy istnieje idealny model ochrony zdrowia? Zarówno modele teoretyczne, jak i praktyka pokazują, że niestety nie. W Europie państwa tradycyjnie wybierają między modelem ubezpieczeniowym a budżetowym. Który z modeli jest lepszy? Lepszy, ale dla kogo – państwa, świadczeniodawców czy pacjentów? Przyjmując obiektywnie, model powinien być „dobry” dla każdego z powyższych elementów systemu ochrony zdrowia.



Bezspornie powinien być efektywny i zabezpieczać potrzeby. Zarówno model ubezpieczeniowy, jak i podatkowy mają zalety i wady. Ponadto w praktyce spotykamy zazwyczaj modele mieszane, o zróżnicowanych źródłach finansowania (i taka koncepcja wydaje się zasadniejsza). Wybór modelu ochrony zdrowia, a w istocie źródeł finansowania ochrony zdrowia, powinien być związany bezpośrednio z uwarunkowaniami społecznymi, a szczególnie gospodarczymi danego państwa. Model budżetowy należy uznać za bardziej wskazany dla zamożniejszych społeczeństw, gdzie państwo stać na zapewnienie powszechnej opieki medycznej. W odróżnieniu od modelu ubezpieczeniowego brak w nim ograniczeń podmiotowych (dostęp dla wszystkich pacjentów) oraz przedmiotowych (zakresu świadczeń). Jednakże rzeczywistość, m.in. Wielkiej Brytanii, pokazuje, że nie jest to model doskonały, a jakość świadczeń zdrowotnych z uwagi na ograniczone zasoby budżetowe nie jest najlepsza (braki kadrowe, przestarzały sprzęt itd.). Polski system ochrony zdrowia przeszedł ewolucję od budżetowego do ubezpieczeniowego, który to zdaniem autorki należy uznać za bardziej adekwatny do warunków społeczno-ekonomicznych i obecnych czasów.

#### **Bibliografia**

- Jasiński, G. (2001). Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich. *Biuletyn Kas Chorych*, (3–4).
- Kautsch, M., Klich, J. i Whitfeld, M. (2001). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków: Wyd. UJ.
- Krajewski-Siuda, K. i Romaniuk, P. (2011). *Zdrowie publiczne. Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy*. Instytut Sobieskiego.
- Niżnik, J. (2004). *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*. Bydgoszcz-Kraków: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Paszkowska, M. (2015a). *System ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce*. Warszawa: Difin.
- Paszkowska, M. (2015b). *Zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą*. Warszawa: Difin.
- Paszkowska, M. (2016). Planowane ustawowe zmiany w systemie PRM. *Na Ratunek*, (6).
- Suchecka, J. (2010). *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- WHO. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.
- Włodarczyk, C. i Paździoch, S. (2001). *Systemy zdrowotne, zarys problematyki*. Kraków: Wyd. UJ.