

Radosław Pastusiak, Bartłomiej Krzeczewski***

ANALIZA MECHANIZMÓW FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA – MODEL HOLENDERSKI A MODEL POLSKI

1. WSTĘP

Konstrukcja polskiego modelu ochrony zdrowia nie zapewnia odpowiedniej efektywności systemowej. Rodzi to szereg problemów w postaci długich kolejek do lekarzy specjalistów czy niskich płac przedstawicieli zawodów medycznych. Odpowiedni transfer wiedzy w zakresie korzystnych rozwiązań stosowanych w innych krajach nabiera w tym świetle szczególnego znaczenia. Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie funkcjonowania modelu ochrony zdrowia w Holandii jako modelu wzorcowego. Wybór modelu holenderskiego został podyktowany jego wysoką oceną w zakresie funkcjonowania krajowych modeli ochrony zdrowia świadcząca o bardzo dobrej efektywności. Publikacja ma za zadanie skonfrontować rozwiązania holenderskie z polskimi i wskazać na istotne różnice, z których może wynikać słabość naszego systemu. Ma również ocenić ewentualną możliwość przeniesienia rozwiązań zastosowanych w Holandii na grunt polski.

2. MODEL OCHRONY ZDROWIA W HOLANDII

Holenderski model ochrony zdrowia historycznie wywodzi się z nurtu modeli Bismarcowskich – opartych na ubezpieczeniu zdrowotnym. Model ten, podobnie jak i wiele modeli w innych krajach, nie był jednak modelem ubezpieczeniowym w czystej postaci. Model holenderski miał charakter dwupoziomowy. Znajdowały w nim zastosowanie rozwiązania hybrydowe polegające na finansowaniu mieszanym. Oznacza to, iż środki przeznaczone na finansowanie ochrony zdrowia pochodziły zarówno z budżetu państwa (model Narodowej Służby Zdrowia), jak i ze składki zdrowotnej opłacanej przez obywateli (model ubezpieczeniowy). Model ten zapewniał obywatelom dostęp do pełnego zakresu opieki zdrowotnej.

* Dr, adiunkt, Zakład Finansów Korporacji, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki.

** Mgr, doktorant, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki.

Obywatele mogli zostać objęci ochroną ubezpieczeniową wskutek kilku podstawowych programów¹:

- AWBZ – Narodowy System Nadzwyczajnych Przypadków Medycznych finansowany z budżetu państwa, mający ubezpieczać od szczególnych rodzajów ryzyka oraz pokrywać koszty związane m.in. z chorobami przewlekłymi oraz opieką długoterminową;

- ZFW – Socjalny Fundusz Chorobowy – bazujący na społecznym ubezpieczeniu zdrowotnym, mający zapewnić opiekę osobom najuboższym, a także pracownikom oraz osobom działającym w oparciu o samozatrudnienie, nieprzekraczającym określonego progu dochodowego. Programem tym objęte było około 60% społeczeństwa;

- PHI – program alternatywnego prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, w którym ubezpieczenie było oferowane przez instytucje ubezpieczeniowe, a składki opłacane przez pracodawców lub osoby prywatne. Skierowany był on do osób zamożnych, przekraczających określony próg dochodowy. Programem tym objęte było około 30% społeczeństwa.

W 2004 r. władze Holandii rozpoczęły realne działania zmierzające do reformy dotychczasowych założeń modelu holenderskiego. Celem było wprowadzenie modelu opartego w znacznej mierze na zasadach rynkowych, jednak w pewnym stopniu podlegających regulacji. Zapewniona miała być konkurencja na poziomie płatnika w postaci konkurujących między sobą instytucji ubezpieczeniowych. Ponadto, wraz z wprowadzeniem zmian w życie z dniem 1 stycznia 2006 r. ubezpieczeniem zdrowotnym mieli zostać objęci wszyscy obywatele kraju².

Pośród najważniejszych przyczyn skłaniających do implementacji wspomnianych zmian można wymienić³:

- szybki wzrost kosztów opieki zdrowotnej,
- brak bodźców do poprawy jakości opieki zdrowotnej,
- wzrost wartości składek ubezpieczeniowych dla osób posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne (zwłaszcza dla osób przewlekle chorych),
- duże rozdrobnienie w obszarze ubezpieczycieli, generujące znaczne koszty funkcjonowania systemu.

Reforma holenderskiego modelu ochrony zdrowia pozostawiła dotychczasowy podział na trzy filary w systemie ochrony zdrowia. Pierwszy z nich w dalszym

¹ D. Perrott, *The Dutch Health Care System: Possible Model for America?*, Physician Executive 2008 (November–December), Vol. 34 (6), American College of Physician Executives 2008; M. Dziubińska-Michalewicz, *Systemy ochrony zdrowia w Holandii oraz Belgii*, Kancelaria Sejmu – Biuro Studiów i Ekspertyz 2004, http://biurosej.gov.pl/teksty_pdf_04/i-1033.pdf, data dostępu 07.12.2011.

² P. Migdałski, *Ubezpieczenia zdrowotne w Holandii: pacjent płaci za wybór, państwo pamięta o najstabszych*, Portal Rynek Zdrowia, rynekzdrowia.pl, data dostępu 08.12.2011.

³ D. Perrott, *The Dutch Health Care System...*

ciągu związany jest z opieką długoterminową, drugi wiąże się z podstawowym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, a trzeci z dodatkowym dobrowolnym ubezpieczeniem uzupełniającym⁴. Wprowadzone zmiany dotyczyły przede wszystkim finansowania w drugim filarze – wcześniejszym ZFW⁵.

Jedną z poważniejszych zmian, jakie zakładała holenderska reforma, było wprowadzenie w nowym modelu ochrony zdrowia zasady indywidualnej odpowiedzialności. Zgodnie z nią, począwszy od 2005 r., każdy obywatel po ukończeniu 18 roku życia zobowiązany jest do wykupienia podstawowego planu ubezpieczeniowego – tzw. ZVW. Jest on oferowany przez krajowe instytucje ubezpieczeniowe. Koszty takiego ubezpieczenia mogą zostać zmniejszone wskutek m.in. wyboru opcji programu ze współpłaceniem, w przypadku braku poboru świadczeń medycznych przez obywatela w poprzedzającym dany okres ubezpieczeniowy roku kalendarzowym lub gdy ubezpieczenie jest nabywane za pośrednictwem tzw. grup zakupowych, stworzonych przez pracodawców. Program ten dla obywateli poniżej wspomnianej granicy wiekowej jest finansowany z budżetu państwa. Zapewnia on pokrycie m.in. rutynowych kosztów ochrony zdrowia, leków czy hospitalizacji. Dla osób niebędących w stanie opłacić składki związanej z podstawowym planem ubezpieczeniowym ze względu na niskie dochody rząd przyznaje odpowiednie dotacje. Są one dystrybuowane kwartalnie przez urzędy skarbowe bezpośrednio do takich obywateli, którzy są zobowiązani do opłacenia składki z otrzymanych środków⁶. Opisywane ubezpieczenie ma obejmować: opiekę lekarza pierwszego kontaktu, opiekę specjalistyczną, leki wydawane na receptę, hospitalizację, opiekę w czasie ciąży i macierzyństwa, opiekę dentystyczną dla dzieci, świadczenia paramedyczne, sprzęt medyczny i transport⁷. Warto w tym miejscu zwrócić również uwagę, iż władze zdecydowały się na wprowadzenie stałej składki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Nie jest ona różnicowania ze względu na stan zdrowia czy wiek. Ubezpieczyciele nie mogą również odmówić żadnemu obywatelowi objęcia ochroną ubezpieczeniową w tym zakresie. Nad poprawnym funkcjonowaniem rynku ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii czuwa apolityczna Komisja Ubezpieczeń Zdrowotnych. Ponadto, ubezpieczyciele jako instytucje finansowe podlegają również nadzorowi ze strony banku centralnego oraz komisji nadzoru nad rynkami finansowymi⁸.

⁴ K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *Zdrowie publiczne – stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy*, Instytut Sobieskiego, Warszawa 2011, s. 44.

⁵ A. Leśniewska, *Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – doświadczenia holenderskie*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, 1.2009.

⁶ D. Perrott, *The Dutch Health Care System...*

⁷ W. van de Ven, *Konkurencja regulowana – przykład holenderskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego*, [w:] B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst & Young Polska, Warszawa 2010, s. 40.

⁸ A. Owoc, J. Owoc, I. Bojar, K. Sygit, *System prywatnych ubezpieczeń w Holandii*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2009, 90(3), s. 398–402, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2009/phe-2009-3-398.pdf>, data dostępu 05.12.2011.

Za każdego ubezpieczonego rząd przyznaje ubezpieczycielom odpowiedni dodatek rekompensacyjny⁹. Jest on wypłacany w formie stawki kapitacyjnej. Jest ona różnicowana pod kątem 30 różnych wskaźników ryzyka określanych przez rząd. Różnicowanie odbywa się przede wszystkim w oparciu o wskaźniki związane z wiekiem, płcią, a także z występowaniem pewnych grup chorób, jak cukrzyca czy choroby sercowo-naczyniowe. Stawka kapitacyjna jest wypłacana z tzw. funduszu wyrównywania ryzyka, który jest zasilany w oparciu o zależne od dochodów obywateli składki, odprowadzane z podatków płaconych przez pracodawców za każdego zatrudnionego pracownika¹⁰.

Zakłada się, iż środki zgromadzone za pośrednictwem tego planu ubezpieczeniowego będą w stanie pokryć 45% ogólnych kosztów generowanych przez system ochrony zdrowia, a środki zgromadzone w ramach dodatku rekompensacyjnego na zasadzie stawki kapitacyjnej 50%. Pozostałe 5% to środki przeznaczone dodatkowo z budżetu państwa na finansowanie systemu ochrony zdrowia¹¹.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż pewne rodzaje usług medycznych, jak np.: usługi stomatologiczne, optyczne czy pewne rodzaje szczepień nie są objęte wspomnianym planem i powinny być finansowane bezpośrednio z kieszeni pacjenta. Obywatele mogą się zabezpieczyć przed tego typu wydatkami za pośrednictwem dodatkowych ubezpieczeń prywatnych. W ich przypadku ubezpieczyciele, w przeciwieństwie do wspomnianego wcześniej podstawowego planu ubezpieczeniowego, mają prawo różnicowania składek. Możliwe jest również odmówienie przez ubezpieczyciela możliwości ubezpieczenia¹².

Wskutek wprowadzanej w Holandii reformy w modelu ochrony zdrowia pojawiła się konkurencja pośród instytucji ubezpieczeniowych pełniących w systemie funkcję płatnika. Mogą one, od czasu wejścia w życie założeń reformy, w sposób selektywny zawierać kontrakty ze wszystkimi świadczeniodawcami – tj. lekarzami pierwszego kontaktu, lekarzami z zakresu opieki specjalistycznej oraz szpitalami¹³. Mogą również łączyć się ze świadczeniodawcami i świadczyć usługi medyczne na terenie swoich obiektów, z wykorzystaniem własnego personelu¹⁴. Ma to zachęcić placówki ochrony zdrowia do przykładania większej wagi do jakości świadczonych usług. Aktualnie instytucje ubezpieczeniowe mają

⁹ K. Walczak, *Czy holenderski model opieki zdrowotnej spełnia oczekiwania polskich pacjentów i lekarzy?*, „Gazeta Lekarska”, 10.2011.

¹⁰ D. Perrott, *The Dutch Health Care System...*

¹¹ Ministry of Health, Welfare and Sport – Netherlands, *The new care system in the Netherlands – durability, solidarity, choice, quality, efficiency*, www.minvms.nl, s. 17, [za:] A. Leśniewska, *Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych...*

¹² A. Owoc, J. Owoc, I. Bojar, K. Sygit, *System prywatnych ubezpieczeń w Holandii...*

¹³ S. Lelber, S. Gress, M.-S. Manougulan, *Health Care System Change and the Cross-Border Transfer of Ideas: Influence of the Dutch Model on the 2007 German Health Reform*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2010 (August), Vol. 35, No. 4.

¹⁴ W. van de Ven, *Konkurencja regulowana – przykład holenderskiego systemu...*, s. 41.

obowiązek przedstawiać porównywalne dane dotyczące ich funkcjonowania na rynku ochrony zdrowia, na podstawie których pacjenci mogą dokonać odpowiedniej oceny i wybrać pożądanego przez siebie ubezpieczyciela. Każdy pacjent ma prawo do zmiany danej instytucji ubezpieczeniowej jednak nie częściej niż raz w roku¹⁵. Warto również zwrócić uwagę, iż wskutek wprowadzonej reformy nastąpiła znaczna koncentracja na rynku ubezpieczycieli. Przed reformą na rynku działało kilkudziesięciu ubezpieczycieli – aktualnie dominują cztery instytucje ubezpieczeniowe, które obsługują 88% populacji kraju¹⁶.

Jeśli chodzi o finansowanie szpitalnictwa, przed reformą placówki tego typu przygotowywały roczny budżet operacyjny, który następnie był przedkładany rządowi celem uzyskania finansowania. W przypadku, gdy w danym roku obrotowym koszty przekraczały przygotowany plan, szpitale często przekładały wybrane procedury medyczne na rok kolejny. Aktualnie, w zakresie finansowania szpitalnictwa zostało wprowadzonych nieco więcej zasad rynkowych. Pomimo to, iż szpitale w dalszym ciągu opracowują coroczne budżety, instytucje ubezpieczeniowe zyskały prawo do negocjacji cen usług medycznych w zakresie pewnej części z opracowywanych przez szpitale budżetów. Z racji tego, iż jest to znaczna zmiana w organizacji finansowania szpitali, część usług medycznych, którą mogą negocjować instytucje ubezpieczeniowe, jest zwiększana w sposób stopniowy – przykładowo w roku 2007 część ta stanowiła 20% z opracowywanego budżetu. To usprawnienie ma wymusić na szpitalach zwiększenie wewnętrznej wydajności oraz poprawę jakości funkcjonowania¹⁷.

Analizując rolę podstawowej opieki zdrowotnej w holenderskim modelu ochrony zdrowia, należy zauważyć, iż jej główną funkcją jest odpowiednia „filtracja” czy też selekcja pacjentów – tzn., iż lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma za zadanie dopomóc pacjentowi na tyle, na ile to możliwe lub jeśli to konieczne skierować go do specjalisty – co ma prowadzić do ograniczenia kosztów w systemie. Pacjent przed wizytą u specjalisty musi najpierw uzyskać skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Istnieją jednak pewne odstępstwa od tej reguły – np. w leczeniu nagłych urazów czy zawałów mięśnia sercowego. W Holandii podstawowa opieka zdrowotna cechuje się znacznym stopniem niezależności. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie są pracownikami szpitali – zwykle działają w oparciu o samozatrudnienie. Mają obowiązek zapewnienia pacjentom opieki w systemie 24/7 (24 godziny przez 7 dni w tygodniu), co wiąże się z koniecznością formowania porozumień praktyk grupowych celem zapewnienia pacjentom pełnej ochrony w okresach nocnych, weekendowych, a także urlopowych¹⁸.

¹⁵ P. Migdalski, *Ubezpieczenia zdrowotne w Holandii: pacjent płaci za wybór, państwo pamięta o najsłabszych*, Portal Rynek Zdrowia, rynekzdrowia.pl, data dostępu 08.12.2011.

¹⁶ K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *Zdrowie publiczne – stan obecny, reformy ostatnich 20 lat...*, s. 44.

¹⁷ D. Perrott, *Dutch Health Care System...*

¹⁸ *Ibidem*.

Lecznictwo specjalistyczne cechuje również znaczny stopień niezależności. W Holandii brak jest restrykcji dotyczących świadczenia usług w kilku placówkach ochrony zdrowia. Pomimo to jednak większość lekarzy specjalistów współpracuje zazwyczaj z jednym szpitalem, gdzie udziela porad¹⁹.

Warto również zwrócić uwagę na fakt, iż w systemie holenderskim rozliczanie finansowania świadczeń medycznych może odbywać się na dwa sposoby²⁰:

- bezpośredni – kiedy rozliczenie odbywa bez udziału ubezpieczonego, a placówka udzielająca świadczenia występuje bezpośrednio do ubezpieczyciela o zwrot kosztów z tego tytułu;

- pośredni (rekompensacyjny) – kiedy rozliczenie odbywa się wraz z udziałem ubezpieczonego, który zostaje obciążony kosztami opieki medycznej, a następnie otrzymuje zwrot kosztów leczenia od swojego ubezpieczyciela.

Podsumowując rozważania dotyczące modelu ochrony zdrowia w Holandii, należy zwrócić uwagę, iż opisane powyżej zmiany systemowe dotyczyły przede wszystkim sposobu finansowania wcześniejszego drugiego filaru ochrony zdrowia (ZFW). Zmiany te jednak w istotny sposób przełożyły się również na segment ubezpieczeń prywatnych, nadając mu nieco inną funkcję niż dotychczas. Głównym elementem zmian było zwiększenie efektywności systemowej, wprowadzenie bodźców skierowanych na poprawę jakości, a także objęcie ochroną ubezpieczeniową wszystkich obywateli oraz poprawa w zakresie finansowania usług świadczeń medycznych.

3. MODEL OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

Polski model ochrony zdrowia, podobnie jak opisywany wcześniej model holenderski, również można zaklasyfikować do modeli charakteryzujących się mieszanym sposobem finansowania. Podczas ostatnich kilkunastu lat był on poddawany różnym przeobrażeniom, mającym na celu poprawę jego finansowania, a także efektywność funkcjonowania. Widoczne było tu przejście od modelu budżetowego w kierunku modelu ubezpieczeniowego. Najbardziej znacząca ze wspomnianych przeobrażeń była tu reforma ochrony zdrowia z roku 1999. Zakładała ona odejście od całościowego finansowania służby zdrowia z budżetu państwa poprzez przejście do systemu ubezpieczeniowo-budżetowego. Oznaczało to, iż część świadczeń, takich jak np. programy polityki zdrowotnej, profilaktyczne programy zdrowotne, zapobieganie narkomanii i AIDS, zwalczanie alkoholizmu czy różnego rodzaju wysokospecjalistyczne świadczenia miała być finansowana przez państwo, natomiast finansowanie pozostałych świadczeń miało opierać się na składkach zdrowotnych odprowadzanych wraz z podatkiem dochodowym od osób fizycznych (PIT).

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ P. Migdalski, *Ubezpieczenia zdrowotne w Holandii...*

Zgodnie z założeniami obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową, stanowiącą odpowiedni procent dochodów osobistych (aktualnie 9%), z czego większa jej część odliczana jest od podatku dochodowego (aktualnie 7,75%), a mniejszą pokrywa ubezpieczony (aktualnie 1,25%)²¹.

Konstrukcję nowo wprowadzanego modelu ochrony zdrowia i tym samym założenia prowadzonej reformy oparto na następujących zasadach²²:

- gwarancji przez państwo do bezpłatnej opieki zdrowotnej,
- solidarności społecznej,
- samorządności i samofinansowania,
- równego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru lekarza i kasy chorych,
- gospodarności i celowości działania kas chorych.

Wskutek reformy zostały stworzone kasy chorych. Posiadały one duży zakres autonomii. Miały określać warunki świadczeń zdrowotnych, zapewniać odpowiednią jakość i dostępność usług, rozliczać koszty świadczeń i wdrażać mechanizmy mające na celu ograniczenie wzrostu kosztów tych świadczeń oraz kontrolować wykonanie zawartych umów²³. Powołano do istnienia 16 regionalnych kas chorych – jedną dla każdego województwa. Ponadto, powołano również jedną Branżową Kasę Chorych odpowiedzialną za świadczenia dla służb mundurowych. Kasy, zrzeszając ubezpieczonych, pełniły funkcję płatnika w polskim modelu ochrony zdrowia. Umowy ze świadczeniodawcami kasy zawierały na podstawie tzw. konkursu ofert²⁴.

Wedle założeń reformy pieniądze na ochronę zdrowia miały być wydawane dużo bardziej racjonalnie i miały one „iść za pacjentem”, co oznaczało, iż została zniesiona rejonizacja. Miało to zapewnić podwyższenie poziomu świadczonych usług medycznych. Pacjent mógł wybierać dowolnie placówki ochrony zdrowia, w których chciał się leczyć. Jedynym warunkiem było, aby dany zakład opieki zdrowotnej dysponował podpisaną umową z kasą chorych pacjenta. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż pacjent miał również prawo wyboru pożądanej przez siebie kasy chorych bez względu na miejsce zameldowania²⁵. Kasy chorych funkcjonowały do 2003 r., kiedy to w ich miejsce powołano nieco bardziej scentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – funkcjonujący do dnia dzisiejszego.

Narodowy Fundusz Zdrowia przejął obowiązki kas chorych i pełni rolę narodowego płatnika w systemie. Strukturalnie w skład NFZ wchodzi centrala, której

²¹ A. Depta, *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach*, [w:] J. Suchecka (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia – Wybrane zagadnienia*, Wolters Kluwer Sp. z o.o., Warszawa 2011, s. 55.

²² J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004, s. 14–17, 157.

²³ *Ibidem*, s. 166.

²⁴ K. Mazur, A. Łukasik, *Kasy Chorych i ich problemy w latach 1999–2003*, <http://www.biu-letyn.e-gap.pl/>, data dostępu 11.12.2011.

²⁵ *Ibidem*.

podlega 16 oddziałów wojewódzkich. Na czele centrali stoi prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast działaniami oddziałów wojewódzkich kierują ich dyrektorzy²⁶. Do głównych zadań NFZ, poza gromadzeniem i wydatkowaniem środków niezbędnych na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, należy również monitorowanie realizacji i rozliczania tego procesu, a także m.in. analiza kosztów ochrony zdrowia, celem zapewnienia jak najlepszego jej funkcjonowania oraz działanie na rzecz promocji zdrowia²⁷.

Opisywana reforma dała również możliwość świadczenia usług medycznych finansowanych ze środków publicznych przez podmioty niepubliczne. Zmiana ta miała na celu wprowadzenie do systemu większej konkurencji, a to z kolei – przełożenie się bezpośrednio na jakość świadczonych usług.

Wedle założeń reformy kluczowym ogniwem systemu miała być podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Lekarzy pierwszego kontaktu zobowiązano do zarządzania procesem choroby pacjenta poprzez jego odpowiednią koordynację²⁸. Polscy świadczeniodawcy z kolei, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, zobowiązani są dostarczyć swoim pacjentom dostęp do podstawowych usług medycznych w dni powszednie, od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00–18.00. Ponadto, w ramach tej działalności świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia gabinetu zabiegowego czynnego również od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–18.00, a także do prowadzenia punktu szczepień, który powinien być czynny przynajmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, tj. po 15.00. Świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej udziela się zazwyczaj w warunkach ambulatoryjnych, czasami jednak również w warunkach domowych czy w środowisku wychowania i nauczania (np. w szkole). Za pacjenta danej placówki POZ rozumie się osobę, która składając deklarację wybrała lekarza, pielęgniarkę lub położną danej placówki bezpośrednio u świadczeniodawcy w przychodni. Pacjent nie musi tego faktu zgłaszać do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjent może dokonać zmiany podjętej wcześniej decyzji odnośnie do wybranej placówki, świadczącej usługi medyczne z zakresu POZ. Wyboru podstawowej opieki zdrowotnej dokonuje się nieodpłatnie nie częściej niż dwa razy w roku, każda kolejna zmiana wiąże się z opłatą w wysokości 80 zł²⁹. Działalność POZ jest finansowana przez NFZ na zasadzie stawki kapitałowej. Jest to stała stawka, którą dana przychodnia otrzymuje za każdego zapisanego pacjenta. Różnicowana jest ona ze względu

²⁶ NFZ, <http://www.nfz.gov.pl/>, data dostępu 11.12.2011.

²⁷ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004, Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135, art. 97, pkt 3.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z dnia 28 października 2005 r., zał. nr 1, pkt 1.

²⁹ N. Tyszko, *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych – Vademecum 2011*, NFZ, Warszawa 2011, s. 39–40.

na wiek. Na dzieci i osoby starsze przyznawana jest wyższa stawka kapitaacyjna, powiększona o określone wskaźniki. Wedle założeń systemowych jest to grupa osób narażona na większą zachorowalność, wymagająca większej ilości badań diagnostycznych i częstszych wizyt lekarskich³⁰. Ponadto, stawka kapitaacyjna jest różnicowana ze względu na poszczególne grupy chorób, np. cukrzyca lub choroby układu krążenia.

Porady specjalistyczne są udzielane zazwyczaj w formie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Pacjent do poradni specjalistycznej jest przyjmowany na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza POZ lub innego lekarza, udzielającego świadczeń w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Skierowanie nie jest wymagane do takich specjalistów, jak dermatolog, okulista, onkolog, psychiatra, wenerolog, ginekolog i położnik. Poradnia specjalistyczna powinna być czynna przynajmniej 3 razy w tygodniu przez minimum 4 godziny dziennie (w tym przynajmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych 7.30–14.00 i przynajmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych 14.00–20.00)³¹. Aby dana placówka ochrony zdrowia mogła świadczyć tego typu usługi medyczne finansowane ze środków publicznych, musi mieć podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczeniu usług ze środków publicznych.

Do leczenia szpitalnego pacjent z założenia powinien być kierowany w momencie, kiedy w przypadku jego schorzenia nie jest w stanie pomóc ani podstawowa opieka zdrowotna, ani ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Podobnie jak przypadku POZ i AOS, pacjent ma dowolność w wyborze placówki szpitalnej. Do szpitala jest przyjmowany na podstawie skierowania lekarskiego. W momencie hospitalizacji pacjent znajduje się pod wyłączną opieką szpitala, jednak zakłada się odpowiednią sprawozdawczość oraz przepływ informacji w celu poinformowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest dany pacjent, odnośnie do przebiegu procesu hospitalizacji³².

Leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna są finansowane na podstawie tzw. jednostek rozliczeniowych nazywanych często również punktami rozliczeniowymi³³. Świadczeniodawcy ci zawierają odpowiednie kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenie usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.

³⁰ Gazetaprawna.pl – Encyklopedia, *Stawka kapitaacyjna*, <http://www.gazetaprawna.pl/>, data dostępu 11.12.2011.

³¹ N. Tyszko, *Świadczenia opieki zdrowotnej...*, s. 52–53.

³² *Ibidem*, s. 56–57.

³³ Zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, par. 12, pkt. 1.; Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Kontraktowanie z NFZ odbywa się za pomocą organizowanych cyklicznie przez płatnika konkursów ofert lub rokowań³⁴. Fundusz ma zapewnić, aby zawieranie umów odbywało się z poszanowaniem zasad uczciwej konkurencji³⁵. W ich skutku podczas analizy wielu kryteriów Fundusz wyłania najlepszych świadczeniodawców, którym przyznaje określony limit punktów rozliczeniowych. W tym miejscu przed zarządzającymi placówkami ochrony zdrowia pojawia się problem odpowiedniej alokacji przyznanych punktów na cały okres rozliczeniowy. Praktyka pokazuje, iż nie jest to łatwy proces. Rodzi on wiele problemów związanych z nadwykonaniami lub kolejkami oczekujących w ramach określonych świadczeń medycznych.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż wszelkie świadczenia zdrowotne mogą być również realizowane na drodze komercyjnej. Oznacza to, iż nie są one finansowane ze środków publicznych, a bezpośrednio przez pacjenta lub za pośrednictwem dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń, które pacjent posiada. Warto tu także zaznaczyć, iż podmioty publiczne, w przeciwieństwie do niepublicznych placówek ochrony zdrowia, podlegały znacznym ograniczeniom w tym zakresie. Sytuację tę ma zmienić wprowadzona niedawno w życie (w lipcu 2011 r.) ustawa o działalności leczniczej³⁶.

4. OBSZARY ZRÓŻNICOWANIA – ROZWIĄZANIA HOLENDERSKIE A ROZWIĄZANIA POLSKIE

Idea transferu rozwiązań w zakresie modeli opieki zdrowotnej niesie ze sobą znaczny potencjał. Analiza podobieństw i różnic pomiędzy poszczególnymi modelami może wskazać obszary, w których należy dokonać usprawnień celem poprawy efektywności.

Model ochrony zdrowia w Holandii jest często przytaczany jako model wzorcowy. Stanowi on dobry przykład efektywnej organizacji systemu ochrony zdrowia. Implementacja pewnych rozwiązań holenderskich była proponowana m.in. podczas reformy niemieckiego modelu ochrony zdrowia w 2007 r.³⁷ W ostatnim czasie w związku z koniecznością reformy rezydualnego modelu ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych model holenderski stawiany jest również i w tym przypadku jako rozwiązanie wzorcowe³⁸. Warto zwrócić również uwagę, iż także w Polsce, w dyskusjach odnośnie do ewentualnych zmian

³⁴ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm., art. 139.

³⁵ *Ibidem*, art. 134.

³⁶ K. Niepytalski, *Ustawa o działalności leczniczej: zmiany*, <http://www.prawo.egospodarka.pl/>, data dostępu 11.12.2011.

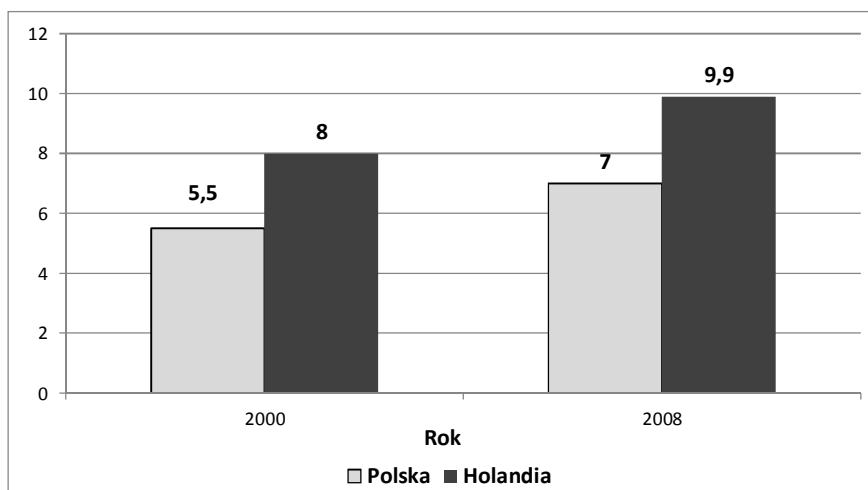
³⁷ S. Lelber, S. Gress, M.-S. Manougulan, *Health Care System Change and the Cross-Border Transfer of Ideas...*

³⁸ D. Perrott, *The Dutch Health Care System...*

w modelu ochrony zdrowia, przewijają się również propozycje bazujące na modelu holenderskim³⁹.

O dobrej efektywności modelu ochrony zdrowia w Holandii świadczyć może wysoka pozycja w indeksie Euro Health Consumer Index 2009. Wedle danych pochodzących z raportu – oceniającego funkcjonowanie krajowych modeli ochrony zdrowia – Holandia uplasowała się na pierwszym miejscu, podczas gdy Polska dopiero na miejscu dwudziestym szóstym spośród 33 przebadanych krajów. Euro Health Consumer Index (EHCI), czyli konsumencki ranking zdrowia to standardowe zestawienie, oceniające publiczne systemy ochrony zdrowia w Europie. Punktem wyjścia przy tworzeniu rankingu jest postrzeganie funkcjonowania służby zdrowia przez konsumenta. Ranking, na podstawie kilkudziesięciu wskaźników, ocenia publiczne systemy ochrony zdrowia w 33 krajach. Badanie jest przygotowywane przez Health Consumer Powerhouse z siedzibą w Brukseli⁴⁰.

Ekspertki Instytutu tłumaczą, iż w Polsce przyczyną zaistniałej sytuacji można dopatrywać się w niskiej wydajności i niskim poziomie kapitału ludzkiego w publicznej służbie zdrowia. Wynika to prawdopodobnie z niskich płac lekarzy pracujących w publicznych szpitalach, a także ze złego zarządzania w publicznym systemie ochrony zdrowia⁴¹.



Wykres 1. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce i w Holandii (odsetek PKB)

Źródło: oprac. własne na podstawie: *World Health Statistics 2011*, World Health Organization 2011, s. 128.

³⁹ A. Kurowska, *Holandia najlepszym wzorcem*, „Służba Zdrowia” 2010 (wrzesień), nr 72–75 (3973–3976).

⁴⁰ Instytut Health Consumer Powerhouse, <http://healthpowerhouse.com/>, data dostępu 12.12.2011.

⁴¹ *Ibidem*.

Ponadto, wydaje się, iż przyczyn zaistniałej sytuacji można również dopatrywać się w poziomie nakładów przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Warto zwrócić uwagę na wydatki na ochronę zdrowia mierzone jako procent produktu krajowego brutto.

Widać wyraźnie, iż wydatki te w Holandii były na znacznie wyższym poziomie niż w Polsce. W Holandii stanowiły one zawsze znaczną wartość PKB – w roku 2000 było to 8% PKB, a w roku 2008 już niemalże 10% PKB. W Polsce wartości te utrzymywały się na znacznie niższym poziomie. W roku 2000 było to zaledwie 5,5% PKB, a w 2008 r. 7% PKB. Owe różnice mogą również wskazywać na źródła niedofinansowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

Dokonując analizy podobieństw i różnic pomiędzy holenderskim a polskim modelem ochrony zdrowia, należy zauważyć, iż zarówno modelu polskiego, jak i holenderskiego nie można jednoznacznie zakwalifikować do którejś z podstawowych kategorii modeli systemów zdrowotnych. Ma to związek z zacieraniem się granic pomiędzy poszczególnymi typami modeli ochrony zdrowia wskutek wybiórczego przenoszenia rozwiązań z jednego modelu do drugiego. Prowadzi to do zjawiska hybrydyzacji w zakresie modeli ochrony zdrowia⁴². Oba modele charakteryzuje mieszany charakter finansowania. Ponadto, model holenderski wywodzi się z nurtu modeli ubezpieczeniowych, natomiast reforma wprowadzona w Polsce w 1999 r. miała przybliżyć polski model opieki zdrowotnej w tym właśnie kierunku. Historycznie jednak wywodzi się on z modelu opierającego finansowanie systemu opieki zdrowotnej na budżecie państwa. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż oba modele w ostatnich dziesięcioleciach przechodziły znaczne przeobrażenia.

Model holenderski, podobnie jak polski, ma z założenia obejmować opieką zdrowotną wszystkich obywateli. Warto jednak zwrócić uwagę na pewne problemy pojawiające się w tej materii w modelu holenderskim. Podstawowe ubezpieczenie ma charakter obligatoryjny. Brak jest jednak mechanizmów, które zapewniłyby odpowiednią kontrolę tego, czy rzeczywiście wszyscy obywatele zawarli umowę ubezpieczenia. Podkreślić należy, iż nie zawierając takiej umowy, trzeba się liczyć z konsekwencjami finansowymi i administracyjnymi⁴³.

Kolejnym podobieństwem jest fakt, iż w obu modelach występuje finansowanie na zasadzie stawki kapitacyjnej, chociaż w nieco innej formie. W modelu holenderskim stawka kapitacyjna jest stosowana jako forma rekompensacyjna i jest wypłacana instytucji ubezpieczeniowej z tzw. funduszu wyrównywania ryzyka. W Polsce, natomiast, na zasadzie stawki kapitacyjnej finansuje się konkretny rodzaj działalności medycznej, jakim jest podstawowa opieka zdrowotna. Płatności są przekazywane z Narodowego Funduszu Zdrowia bezpośrednio do placówek medycznych świadczących usługi z zakresu POZ.

⁴² A. Schmid, M. Cacace, R. Götze, H. Rothgang, *Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of "Hybrid" Health Care Systems*, „Journal of Health Politics, Policy & Law” 2010 (August), Vol. 35, Issue 4.

⁴³ A. Owoc, J. Owoc, I. Bojar, K. Sygit, *System prywatnych ubezpieczeń w Holandii...*

Warto zaznaczyć, iż zarówno polski, jak i holenderski model ochrony zdrowia cechuje się dużym poziomem konkurencyjności na rynku świadczeniodawców.

Podstawową różnicą występującą pomiędzy modelem polskim a holenderskim jest sposób organizacji instytucji płatnika. W modelu holenderskim występuje konkurencja na rynku płatnika – istnieje kilka znaczących instytucji ubezpieczeniowych konkurujących ze sobą w zakresie pozyskiwania ubezpieczonych, czyli pacjentów. Pacjenci mają prawo wolnego wyboru płatnika. W Polsce, natomiast, sytuacja Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego płatnikiem, cały czas pozostaje monopolistyczna. Pojawiały się, co prawda, różne propozycje mające na celu zmianę tej sytuacji⁴⁴. Jak na razie jednak zmiany te nie zostały wprowadzone w życie. Pacjenci mogą jedynie dokonywać swobodnego wyboru w zakresie świadczeniodawców.

Oba modele różnią się także w pewnym stopniu sposobem pozyskiwania środków niezbędnych na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. W Holandii odbywa się to za pośrednictwem obowiązkowej składki związanej z podstawowym planem ubezpieczeniowym, która jest stała dla wszystkich obywateli i niezależna od stanu zdrowia czy wysokości dochodów. Kolejne źródła finansowania stanowią środki pochodzące z funduszu wyrównywania ryzyka – gromadzone w oparciu o składki zależne od dochodów płacone przez pracodawców – oraz środki pochodzące z budżetu państwa (stanowiące najmniejszą część środków). W Polsce, natomiast, środki pochodzą ze składki zdrowotnej – zależnej od dochodów obywateli – a określone programy zdrowotne oraz świadczenia wysokospecjalistyczne są finansowane z budżetu państwa.

Analizując powyższe rozważania, widać wyraźnie, iż pomiędzy holenderskim a polskim modelem ochrony zdrowia występują pewne podobieństwa. Występują jednak pewne rozbieżności i to właśnie one przyczyniają się do widocznej różnicy w efektywności funkcjonowania obu systemów opieki zdrowotnej.

5. ZAKOŃCZENIE

Model holenderski niewątpliwie może być uznawany za wzorcowy. Świadczą o tym zarówno najwyższa ocena poziomu efektywności spośród wszystkich modeli ochrony zdrowia zaprezentowanych w zestawieniu Euro Health Consumer Index 2009, jak również liczne opinie stawiające model holenderski jako przykład godny naśladowania dla wielu systemów ochrony zdrowia na świecie. Wydaje się również, iż wiele rozwiązań zastosowanych w modelu ochrony zdrowia w Holandii mogłoby zostać przeniesionych na grunt polski celem uczynienia naszego systemu ochrony zdrowia znacznie bardziej efektywnym.

⁴⁴ B. Szeffer-Marcinkowska, *Jakie będzie to nasze leczenie?*, „Panaceum” 2008 (październik), nr 136.

Reforma polskiego systemu ochrony zdrowia z roku 1999 wprowadziła wiele mechanizmów ukierunkowanych na zwiększenie poziomu konkurencji w polskim systemie ochrony zdrowia. Stanowi to niewątpliwie dobrą bazę dla dalszych przemian. Wydaje się, iż aktualnie dokonywane zmiany – np. wprowadzenie ustawy o działalności leczniczej – w pewnym stopniu mogą również przybliżyć polski system do holenderskiego benchmarku. Na podkreślenie zasługują zwłaszcza zmiany dotyczące sposobu finansowania systemu ochrony zdrowia, jak również wprowadzenia konkurencji w obszarze płatnika. W tych obszarach Polska na pewno wiele mogłaby nauczyć się od Holandii. Ponadto, władze polskie skorzystałyby również z wcześniejszych doświadczeń związanych z funkcjonowaniem kas chorych w celu eliminacji jak największej liczby barier w tym zakresie. Warto również zauważyć, iż rozwiązania zastosowane w Holandii znajdują aprobatę pośród ekspertów polskiego rynku ochrony zdrowia, a także w środowisku lekarskim⁴⁵. Poparcie środowiska lekarskiego wydaje się niezwykle ważne z punktu widzenia możliwości wprowadzenia ewentualnych zmian. Reformy w tak wrażliwym obszarze, jakim jest ochrona zdrowia, powinny być społecznie akceptowane i wpisywać się w pewien ciąg wcześniejszych zmian⁴⁶. Te warunki, w związku z przychylnym stanowiskiem środowiska lekarskiego i ekspertów rynku zdrowia, jak również z wcześniej dokonywanymi zmianami systemowymi, zostałyby tu spełnione. Wobec powyższego wydaje się, iż próba wprowadzenia na grunt polski rozwiązań zastosowanych w modelu ochrony zdrowia w Holandii ma duże szanse powodzenia.

LITERATURA

- Depta A., *Transformacja współczesnych systemów zdrowotnych w wybranych krajach*, [w:] J. Suchecka (red.), *Finansowanie ochrony zdrowia – Wybrane zagadnienia*, Wolters Kluwer Sp. z o. o., Warszawa 2011.
- Dziubińska-Michalewicz M., *Systemy ochrony zdrowia w Holandii oraz Belgii*, Kancelaria Sejmu – Biuro Studiów i Ekspertyz 2004, http://biurosej.gov.pl/teksty_pdf_04/i-1033.pdf, data dostępu 07.12.2011.
- Gazetaprawna.pl – Encyklopedia, Stawka kapitacyjna, <http://www.gazetaprawna.pl/>, data dostępu 11.12.2011.
- Institut Health Concuemer Powerhouse, <http://healthpowerhouse.com/>, data dostępu 12.12.2011.
- Krajewski-Siuda K., Romaniuk P., *Zdrowie publiczne – stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy*, Instytut Sobieskiego, Warszawa 2011.
- Kurowska A., *Holandia najlepszym wzorcem*, „Służba Zdrowia” 2010 (wrzesień), nr 72–75 (3973–3976).
- Lelber S., Gress S., Manougulan M.-S., *Health Care System Change and the Cross-Border Transfer of Ideas: Influence of the Dutch Model on the 2007 German Health Reform*, „Journal of Health Politics, Policy and Law” 2010 (August), Vol. 35, No. 4.

⁴⁵ K. Walczak, *Czy holenderski model opieki zdrowotnej spełnia oczekiwania...*

⁴⁶ K. Krajewski-Siuda, P. Romaniuk, *Zdrowie publiczne – stan obecny, reformy ostatnich 20 lat...*, s. 51.

- Leśniewska A., *Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – doświadczenia holenderskie*, Wiadomości Ubezpieczeniowe, 1.2009.
- Mazur K., Łukasik A., *Kasy Chorych i ich problemy w latach 1999–2003*, <http://www.biuletyn.e-gap.pl/>, data dostępu 11.12.2011.
- Migdalski P., *Ubezpieczenia zdrowotne w Holandii: pacjent płaci za wybór; państwo pamięta o najsłabszych*, Portal Rynek Zdrowia, rynekzdrowia.pl, data dostępu 08.12.2011.
- NFZ, <http://www.nfz.gov.pl/>, data dostępu 11.12.2011.
- Niepytalski K., *Ustawa o działalności leczniczej: zmiany*, <http://www.prawo.egospodarka.pl/>, data dostępu 11.12.2011.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004.
- Owoc A., Owoc J., Bojar I., Sygit K., *System prywatnych ubezpieczeń w Holandii*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2009, 90(3), s. 398–402, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2009/phe-2009-3-398.pdf>, data dostępu 05.12.2011.
- Perrott D., *The Dutch Health Care System: Possible Model for America?*, Physician Executive 2008 (November–December), Vol. 34 (6), American College of Physician Executives 2008.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z dnia 28 października 2005 r.
- Schmid A., Cacace M., Götz R., Rothgang H., *Explaining Health Care System Change: Problem Pressure and the Emergence of “Hybrid” Health Care Systems*, „Journal of Health Politics, Policy & Law” 2010 (August), Vol. 35, Issue 4.
- Szeffer-Marcinkowska B., *Jakie będzie to nasze leczenie?*, „Panaceum” 2008 (październik), nr 136.
- Tyszko N., *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych – Vadecum 2011*, NFZ, Warszawa 2011.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004, Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135.
- Van de Ven W., *Konkurencja regulowana – przykład holenderskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego*, [w:] B. Więckowska, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst & Young Polska, Warszawa 2010.
- Walczak K., *Czy holenderski model opieki zdrowotnej spełnia oczekiwania polskich pacjentów i lekarzy?*, „Gazeta Lekarska”, 10.2011.
- Zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
- Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Radosław Pastusiak, Bartłomiej Krzeczewski

ANALYSIS OF FINANCING HEALTH CARE SYSTEMS – DUTCH MODEL AND THE MODEL OF POLAND

This publication focuses on the assumption that appropriate transfer of knowledge between countries can be beneficial as far as financing models of health care systems are considered. The main aim of this article is to compare the ways of health care financing in Netherlands and in Poland and assess the possibility of implementation desirable solutions from Dutch model into Polish one.