

Justyna Kujawska

Politechnika Gdańska

KIERUNKI PRZEMIAN W OPIECE ZDROWOTNEJ W WYBRANYCH PAŃSTWACH EUROPY WSCHODNIEJ I POŁUDNIOWEJ

Streszczenie: W artykule ukazane są zmiany, jakie zaszły w ochronie zdrowia w latach 1989-2009 na podstawie danych z 14 krajów europejskich. Opisano finansowanie systemu opieki zdrowotnej według różnych modeli. W jednych krajach funkcjonuje scentralizowany system ubezpieczeń zdrowotnych, w innych oparty na rozproszonych kasach chorych. Reforma ochrony zdrowia we wszystkich krajach zwiększyła efektywność korzystania z zasobów ochrony zdrowia. Tendencją negatywną jest rosnący we wszystkich państwach udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na opiekę zdrowotną oraz istnienie dużej liczby usług specjalistycznych, które nie są finansowane ze składek zdrowotnych.

Słowa kluczowe: ubezpieczenie zdrowotne, system ubezpieczeń społecznych, finansowanie ochrony zdrowia, wydatki na ochronę zdrowia.

1. Wstęp

Państwa Europy Wschodniej i Południowej po 1989 r. przeszły głęboką przemianę. Wszystkie miały zorganizowaną opiekę zdrowotną zgodnie z założeniami modelu Siemaszki. Model organizacji opieki zdrowotnej według Siemaszki polegał na całkowicie państwowej służbie zdrowia pod względem zarówno finansowania (z budżetu centralnego), jak i organizacji (placówki służby zdrowia były własnością państwa, a lekarze byli pracownikami państwowymi).

Pacjent mógł udać się do lekarza ogólnego tylko zgodnie z rejonizacją. W zależności od polityki danego państwa istniała możliwość lub nie prowadzenia prywatnych praktyk lekarskich. System ten w swoich założeniach był mało wydajny. Charakteryzował się dużą liczbą lekarzy, pielęgniarek, ale też dużą liczbą szpitali i łóżek. Wykorzystanie łóżek charakteryzowało się niską efektywnością. Lekarze ogólni, pracujący w ośrodkach zdrowia, leczyli podstawowe schorzenia. Aby pójść do specjalisty, nie było konieczne skierowanie. Z każdym poważniejszym schorzeniem można było udać się do szpitala. Nie istniał rozdział opieki krótkoterminowej od długoterminowej, co bardzo podwyższało koszty funkcjonowania oddziałów

szpitalnych. Ponadto średni czas pobytu pacjenta w szpitalu był długi. Pozytywną stroną opieki zdrowotnej były konglomeraty nazywane zespołami opieki zdrowotnej (ZOZ).

ZOZ składał się ze szpitala powiatowego lub rejonowego, przychodni miejskiej, wiejskich ośrodków zdrowia, stacji pogotowia ratunkowego i placówek opieki społecznej. W jednym miejscu, często też w ramach jednego kompleksu budynków, skupiano usługi lekarza ogólnego, lekarzy specjalistów, pracowni diagnostycznych, szpitala i pogotowia ratunkowego¹. Poza opieką dla ogółu ludności bardzo pręźnie rozwijała się resortowa opieka zdrowotna. Bardzo ważnym elementem – zwłaszcza propagandowym – było zapewnienie bezpłatnej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom. I w tym miejscu zalety organizacyjne i funkcjonalne ochrony zdrowia w poprzedniej epoce – poza wspomnianymi – się kończą.

Po 1989 roku, a w zasadzie po 1991, rozpoczęła się w omawianych 14 państwach reforma ochrony zdrowia. Celem artykułu jest pokazanie, jakie były kierunki zmian w opiece zdrowotnej w wybranych państwach Europy Środkowej i Wschodniej. Czy były to zmiany w sposobach finansowania? W sposobie pozyskiwania środków? Czy zmieniły się zasoby ochrony zdrowia, wzrosła/spadła efektywność wykorzystania zasobów?

2. Zorganizowanie płatności za usługi

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia w krajach byłej demokracji ludowej proponuje się wprowadzenie systemu finansowania opieki zdrowotnej z podatków celowych, nazywanych ubezpieczeniem lub podatkiem zdrowotnym (tab. 1). W omawianych 14 państwach istnieje system opieki zdrowotnej finansowany przez podatki celowe, czyli system zaproponowany jeszcze przez Bismarcka. Usługi medyczne są finansowane przez kasy chorych – kilku niezależnych płatników, albo przez jednego płatnika – fundusz zdrowotny.

W krajach nadbałtyckich, a także w Czechach, Słowacji i na Węgrzech reformy opieki zdrowotnej zostały zapoczątkowane i przeprowadzone dużo wcześniej niż w Polsce, tzn. na początku, a nie na końcu lat 90. Krajami, w których zmieniono system opieki zdrowotnej, były: Estonia, Łotwa i Polska. W Estonii i w Polsce system kas chorych zamieniono na Fundusz Zdrowotny. W Estonii, która ludnościowo jest 28 razy mniejsza od Polski, a obszarowo prawie siedmiokrotnie, istniały 22 kasy chorych (w Polsce 17). W 2001 r., ze względów finansowych (wysokie koszty funkcjonowania), zamieniono je na jeden fundusz ubezpieczeniowy.

Na Łotwie funkcjonuje finansowanie ochrony zdrowia z budżetu centralnego. Po nieudanych próbach decentralizacji systemu w latach 1992-1997 zdecydowano się

¹ Za taką organizację ochrony zdrowia wysoką ocenę wystawili Polsce Amerykanie o czym pisał m.in. Ch. Kubik, *Amerykański system opieki zdrowotnej*, „Amsyzdro Company”, Chicago 1999.



na zamianę kas chorych na finansowanie budżetowe². Rokrocznie sejm w ustawie budżetowej wyznacza środki na opiekę zdrowotną, które się przekazuje do Agencji Obowiązkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Agencja ta dzieli środki na oddziały według dwóch kryteriów: wielkości populacji i struktury wiekowej. Środki na finansowanie opieki zdrowotnej pochodzą z podatku celowego, który zbierany jest przez organy administracji państwowej³.

Tabela 1. Sposób finansowania płatności za usługi medyczne w wybranych państwach

Kraj	Kasy chorych	Narodowy fundusz ubezpieczeniowy	Budżet centralny
Białoruś			√
Bośnia i Hercegowina	√ B i H	√ Republika Serbska	
Bułgaria		√	
Chorwacja		√	
Czechy	√		
Estonia	√	√	
Litwa	√		
Łotwa	√		√
Polska	√	√	
Rumunia		√	
Słowacja	√		
Słowenia		√	
Ukraina			√
Węgry		√	

Kolorem szarym zaznaczono państwa, w których zmienił się sposób finansowania opieki zdrowotnej w okresie transformacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Health care systems in transition*, we wszystkich omawianych państwach, <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>.

Inny system opieki zdrowotnej funkcjonuje w Federacji Bośni i Hercegowiny. Z uwagi na organizację tego państwa, które składa się z Republiki Serbskiej i Federacji Bośni i Hercegowiny, równoległe funkcjonują dwa odmienne sposoby płatności za opiekę zdrowotną – w postaci kas chorych w Federacji Bośni i Hercegowiny (10 kantonów i pierwotnie 10 kas chorych, czyli po jednej w każdym kantonie – obecnie jest ich 11) i Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych w Republice Serbskiej.

² B. Chołuj (red.), *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i w krajach sąsiednich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.

³ M. Dziubińska-Michalewicz, *Łotewski system ochrony zdrowia*, „Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych” 2005, marzec.



Odmienne uwarunkowania funkcjonują jeszcze w Dystrykcie Brczko, leżącym na terenie obydwu i pozostającym pod międzynarodową kontrolą.

Przemiany w opiece zdrowotnej zachodziły też w innych krajach, np. w Czechach od 1993 r. zbankrutowało 18 kas chorych – obecnie zostało ich 9. Na Litwie kasy chorych pojawiły się w roku 1996 i pierwotnie było 10 regionalnych i jedna ogólna. W 2003 r. zreformowano system, pozostawiając 6 kas, w tym 5 regionalnych i jedną „państwową”. W Słowacji początkowo istniało 13 kas chorych, jednak w 2004 r. zredukowano ich liczbę do 5.

Inne systemy finansowania opieki zdrowotnej funkcjonują na Białorusi i na Ukrainie. W przypadku tych państw trudno mówić o reformowaniu opieki zdrowotnej. Na Białorusi i Ukrainie funkcjonuje państwowa opieka zdrowotna, finansowana z budżetu centralnego. Zakłady opieki zdrowotnej są zakładami państwowymi i pracownicy ochrony zdrowia są również pracownikami państwowymi. Na Ukrainie podjęto próbę reformowania opieki zdrowotnej⁴. W 2002 r. przygotowano pakiet ustaw wprowadzających podatek zdrowotny i reformujący system funkcjonowania opieki zdrowotnej. Po dwóch latach konsultacji parlament Ukrainy w roku 2004 odrzucił ustawy, pozostawiając istniejący budżetowy system służby zdrowia⁵.

3. Sposób finansowania opieki zdrowotnej

W większości omawianych państw funkcjonują ubezpieczenia zdrowotne, traktowane jako podatek celowy, odliczany od dochodu lub podatku i zbierany najczęściej łącznie z ubezpieczeniem społecznym. W tab. 2 zaprezentowano wysokości obciążeń wynikających z podatków lub składek na ubezpieczenie zdrowotne. Nie we wszystkich krajach składka na ubezpieczenie zdrowotne jest jednakowa dla wszystkich grup pracowników. Inne składki – w zależności od wykonywanego zawodu i sposobu opłacania – są na: Litwie, w Słowenii, w Chorwacji, w Republice Serbskiej, wchodzącej w skład Federacji Bośni i Hercegowiny. W Chorwacji emeryci płacą wyższą o 2 punkty procentowe składkę w porównaniu z zatrudnionymi na umowę o pracę. W Estonii składki na ubezpieczenia społeczne wynoszą 33%, z czego 20% jest przeznaczane na fundusze emerytalne i rentowe, a 13% na ubezpieczenie zdrowotne. Są one w całości płacone przez pracodawcę.

Pozytywnym aspektem reformy przeprowadzonej w państwach Europy Środkowej i Wschodniej jest wydzielenie środków finansowych na ochronę zdrowia z budżetu państwa (w 11 państwach na 14 omawianych). Pociąga to za sobą koszty związane ze zbieraniem składek przez odpowiednie instytucje. Rekompensatą jest

⁴ E. Rogoś, Z. Skrzypczak, *Odejście od modelu Siemaszki – i co dalej z ochroną zdrowia? Przypadki Rosji, Ukrainy i Łotwy*, [w:] *Problemy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.

⁵ M. Dziubińska-Michalewicz, *Ukraiński system opieki zdrowotnej*, „Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych” 2005, marzec.

to, że środki te są wydzielone, znajdują się na odrębnym koncie i nie podlegają negocjacjom czy też naciskom pewnych grup, jak np. budżet państwa.

Niewątpliwą wadą takiego sposobu finansowania opieki zdrowotnej jest fakt, iż nie jest to ubezpieczenie, gdyż całość środków finansowych pozyskana w danym roku w tym samym roku jest wydawana. Żadna część pieniędzy pozyskiwanych w postaci składki zdrowotnej nie jest inwestowana, aby mogła wspomóc system w przyszłości⁶.

Tabela 2. Wysokość obciążeń z tytułu podatków celowych

Kraj	Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne [w %]	Część płacona przez pracodawcę [w %]	Część płacona przez pracownika [w %]
Białoruś	~10 budżet centralny		
Bośnia i Hercegowina	18	5	13
Republika Serbska	15	7,5	7,5 (emeryci 4% emerytury netto)
Bułgaria	6	3	3
Chorwacja	16 (18% emeryci)	8	8
Czechy	13,5	9	4,5
Estonia	13	13	
Litwa	12	9	3
Łotwa	~10 budżet centralny		
Polska	9 (7,76)*	7,75	1,25
Rumunia	13,5	7	6,5
Słowacja	14	10	4
Słowenia	12,92	7,09 (w tym 0,53 chorobowe)	6,36
Ukraina	budżet centralny		
Węgry	14	11	3

* Procentowa wysokość składki zdrowotnej, obliczana od wynagrodzenia brutto.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Health care systems in transition (HIT)* <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>, we wszystkich omawianych państwach.

⁶ J. Niżnik, *W poszukiwaniu racjonalnego systemu ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004; S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa, „Raporty CASE” 2002, nr 53.



4. Wydatki na ochronę zdrowia

Wydatki na ochronę zdrowia w prezentowanych 14 krajach zostały przedstawione jako: poziom wydatków na opiekę zdrowotną jako procent PKB, udział wydatków publicznych i udział wydatków publicznych na zdrowie jako procent całkowitych wydatków publicznych.

W tab. 3 zaprezentowano tylko pierwszy i ostatni rok publikowania danych na stronach Światowej Organizacji Zdrowia (wyjątek – udział w PKB, gdzie zaprezentowano jeszcze rok 2000). Analizie natomiast poddano cały okres pomiędzy rokiem 1995 a 2006.

Tabela 3. Procentowy udział wydatków na opiekę zdrowotną w PKB, udział wydatków publicznych w całkowitych wydatkach na zdrowie i procent całkowitych wydatków publicznych

Kraj	Wydatki na zdrowie jako % PKB w wybranych latach			Udział wydatków publicznych na opiekę zdrowotną [w %]		Wydatki na zdrowie jako % całkowitych wydatków publicznych [w %]	
	1995	2000	2006	1995	2006	1995	2006
Białoruś	6,9	6,4	6,4	71,7	74,9	11,2	10,2
Bośnia i Hercegowina	7,2	7,0	8,3	37,2	57,2	6,4	14,0
Bułgaria	5,1	6,2	6,9	73,1	59,8	7,2	11,9
Chorwacja	8,0	9,1	7,5	86,5	80,1	14,3	13,9
Czechy	7,0	6,5	6,8	90,9	87,9	11,7	13,6
Estonia	6,2	5,3	5,0	89,8	74,2	13,1	11,3
Litwa	5,6	6,5	6,2	74,2	70,0	12,1	13,3
Łotwa	5,9	6,1	6,0	66,3	63,2	9,9	10,2
Polska	5,5	5,5	6,2	72,9	69,9	8,4	9,9
Rumunia	3,5	4,6	5,7	70,3	71,0	7,3	12,4
Słowacja	6,1	5,5	7,0	88,5	73,9	11,3	13,8
Słowenia	7,6	8,4	8,4	77,7	73,0	11,1	13,5
Ukraina	6,8	6,0	7,0	60,9	55,0	9,3	8,8
Węgry	7,3	6,9	7,6	84,0	70,8	11,3	10,4

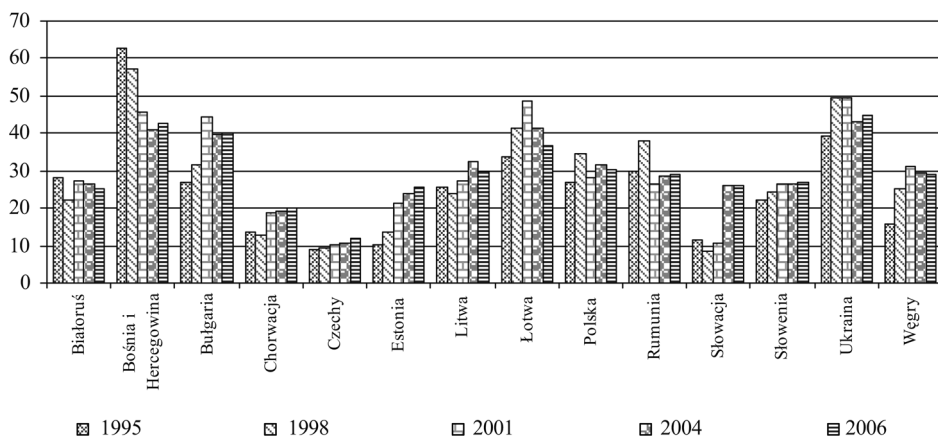
Źródło: www.who.int/whosis/en

Ogólne tendencje są następujące: w badanych krajach udział wydatków na ochronę zdrowia jako procent PKB rośnie, przy czym tendencja wzrostowa utrzymywała się do początku lat 2000, w latach 2001-2003 zaobserwowano stabilizację, a w latach 2004-2006 obserwuje się tendencję spadkową⁷. Udział wydatków publicznych

⁷ D. Kawiorska, *Narodowe rachunki zdrowia*, Zakamycze, Kraków 2004.

na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach w latach 1995-2006 wykazywał tendencję spadkową, a wzrost zanotowano tylko w Bośni i Hercegowinie⁸. Elementem, który ogranicza wydatki publiczne, jest współpłacenie. Obowiązuje ono na Łotwie i w Słowacji. Każdy obywatel musi wnieść opłatę za wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, u lekarza specjalisty i za pobyt w szpitalu. Na Łotwie ten system obowiązuje już od kilku lat, w Słowacji wprowadzono go dwa lata temu (w 2007 r.).

Interesującym krajem na tle omawianej „czternastki” jest Ukraina. Posiada ona państwową, „bezpłatną” opiekę zdrowotną, gdzie wydatki budżetu na jej utrzymanie stanowią średnio 55%, a wydatki prywatne pozostałą część, czyli prawie 50%. Współpłacenie nie istnieje, a pacjenci wnoszą opłaty nieformalne i w okresie 1999-2000 wynosiły one ponad 50% (rys. 1). Udział wydatków publicznych i prywatnych sumuje się do 100%. Udział wydatków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia rośnie. Bardzo wysoki był w Bośni i Hercegowinie w okresie wojny i tuż po niej. Wysoki jest na Łotwie, w Bułgarii i – jak już wcześniej wspomniano – na Ukrainie, zdecydowanie wzrósł w Słowacji. Wysoki jest również w Polsce i oscyluje w granicach 30%.



Rys. 1. Procentowy udział wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w całkowitych wydatkach w wybranych latach

Źródło: www.who.int/whosis/en.

Udział wydatków publicznych na zdrowie w całkowitych wydatkach publicznych oscyluje w granicach 12% i najniższy jest na Ukrainie oraz w Polsce – poniżej 10%, najwyższy zaś w Bośni i Hercegowinie 14%, Słowacji 13,8% i Słowenii 13,5%.

⁸ A. Sobczak, *PKB a wydatki na ochronę zdrowia. Analiza porównawcza krajów OECD*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Dylematy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.



5. Zasoby ochrony zdrowia

Jednym z widocznych elementów reformy ochrony zdrowia w analizowanych krajach jest wzrost efektywności wykorzystania opieki szpitalnej. W krajach Europy Zachodniej większą rolę przypisuje się opiece ambulatoryjnej i lekarzowi pierwszego kontaktu lub lekarzowi rodzinnemu. Większość schorzeń powinna być leczona na poziomie opieki podstawowej, ewentualnie specjalistycznej, lub oddziałów dziennych bez konieczności pobytu w szpitalu. W tab. 4 zaprezentowane zostały informacje o liczbie łóżek opieki krótko- i długoterminowej w badanych krajach.

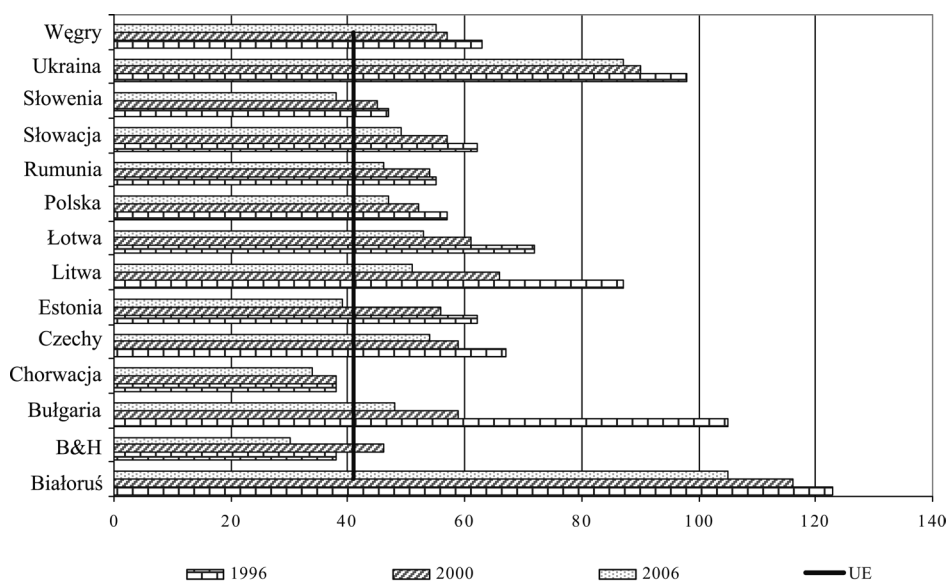
W badanych latach liczba łóżek opieki krótkoterminowej spada, przez co są one efektywniej wykorzystywane. W Polsce np. na początku roku 2000 kasy chorych wprowadziły usługę medyczną – opiekę paliatywną. Jest ona przeznaczona dla pacjentów nieuleczalnie chorych. We wszystkich wspomnianych krajach, jako efekt reformy, pojawiają się łóżka opieki długoterminowej.

Tabela 4. Liczby łóżek opieki krótko- i długoterminowej na 10 tys. mieszkańców

Kraj	Liczba łóżek opieki krótkoterminowej na 10 tys. mieszkańców w latach			Liczba łóżek opieki długoterminowej (bez psych.) na 10 tys. mieszkańców w latach	
	1996	2000	2006	2000	2005
Białoruś	123	116	105	–	–
Bośnia i Hercegowina	38	46	30	5	4
Bułgaria	105	59	48	1	2
Chorwacja	38	38	34	13	11
Czechy	67	59	54	11	14
Estonia	62	56	39	6	10
Litwa	87	66	51	15	14
Łotwa	72	61	53	–	4
Polska	57	52	47	13	4
Rumunia	55	54	46	12	13
Słowacja	62	57	49	11	8
Słowenia	47	45	38	0	4
Ukraina	98	90	87	–	–
Węgry	63	57	55	6	8

Źródło: www.eurostat.com, Eurostat (New Cronos Database), portale statystyczne państw nie należących do UE.





Kolorem czarnym zaznaczono średnią liczbę łóżek opieki krótkoterminowej dla UE – 27 państw w 2005 r.

Rys. 2. Liczba łóżek opieki krótkoterminowej w wybranych latach i krajach

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 4.

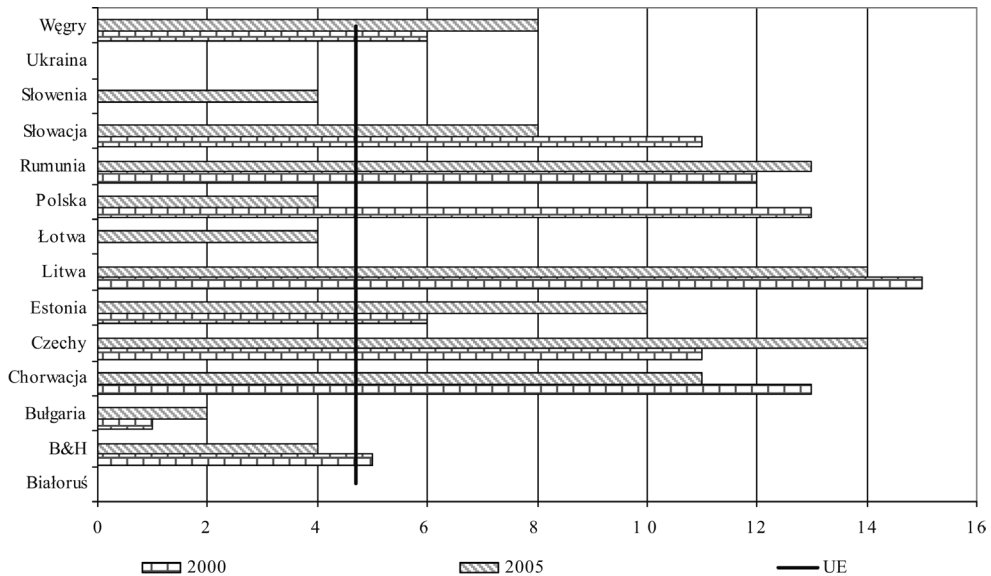
W 1996 r. powyżej 100 łóżek na 10 tys. mieszkańców przypadało na Białorusi, w Bułgarii, na Litwie, Łotwie i na Ukrainie. W roku 2006 powyżej 100 łóżek jest tylko na Białorusi. Wynika to z faktu, że na Białorusi nie ma wydzielonych ośrodków opieki długoterminowej. Od 2006 r. w niektórych szpitalach w miastach z wolnych łóżek oddziałowych wydziela się w ramach tego samego oddziału łóżka opieki długoterminowej (15-30). Ich liczba jest zmienna w zależności od potrzeb; dlatego nie są one ujęte w statystykach. Średnia liczba łóżek opieki krótkoterminowej dla krajów Unii Europejskiej (27) w badanym okresie wahała się od 49 na początku badanego okresu do 41 w roku 2005. Liczba łóżek opieki długoterminowej jest bardzo zróżnicowana w omawianych państwach i oscyluje od 2 w Bułgarii (w 2005 r.) do 14 w Czechach i na Litwie (w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców).

Ukraina przechodzi obecnie okres reformowania zasobów opieki zdrowotnej. Jeśli zachodzi potrzeba i istnieje w szpitalu rezerwa, to czasowo zamienia się łóżka związane z opieką krótkoterminową na długoterminową. Na razie proces ten jest na etapie ustaleń rządowych. W niektórych okręgach utworzono zakłady opieki długoterminowej finansowane z budżetów lokalnych. W tej sprawie na Ukrainie nie ma spójnej polityki i stąd brak danych o liczbie łóżek opieki długoterminowej.

Trudnością okazało się znalezienie danych dotyczących liczby łóżek opieki długoterminowej dla Bośni i Hercegowiny. W opracowaniu przyjęto zatem informacje



dla byłej Jugosławii. Średnia liczba łóżek opieki długoterminowej dla Unii Europejskiej (27 państw) wynosi od 5 (w roku 2000) do 4,7 (w 2005 r.), co zostało przedstawione na rys. 3.



Rys. 3. Liczba łóżek opieki długoterminowej w latach 2000 i 2005 dla wybranych krajów Europy Wschodniej i Południowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 4.

Tabela 5 przedstawia liczbę pracowników ochrony zdrowia, przypadającą na 10 tys. osób. Najmniej lekarzy – w porównaniu z wielkością populacji – jest w Bośni i Hercegowinie (14). Niewiele lekarzy jest także w Rumunii (19) i w Polsce (20). Najwięcej zaś na Białorusi, bo aż 48. W tym kraju jest także najwięcej pielęgniarek: 125 osób na 10 tys. mieszkańców, a najmniej w Rumunii – 42 osoby. Średnia liczba lekarzy dla UE wynosi 34, a pielęgniarek 68.

W Bośni i Hercegowinie, w Rumunii i w Polsce jest też mało dentystów (2-3), najwięcej jest w Estonii i Bułgarii 9. Najwięcej farmaceutów na 10 tys. osób przypada w Estonii – 9, a najmniej jest w Bośni i Hercegowinie oraz w Rumunii – mniej niż jedna osoba.

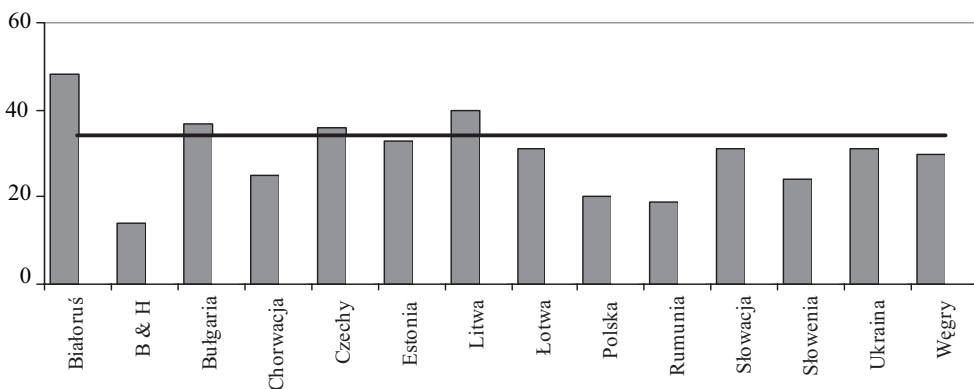
Dane statystyczne zostały zebrane i zaprezentowane dla roku 2005, ale ze względu na brak informacji w niektórych państwach wykorzystano informacje z lat 2004 i 2006. Informacja o liczbie pielęgniarek jest informacją niepełną. W niektórych krajach jest ona liczona wraz z liczbą położnych, w innych nie. Brak jest danych o liczbie farmaceutów na Łotwie.



Tabela 5. Liczba pracowników ochrony zdrowia, przypadająca na 10 tys. osób, w latach 2004-2006

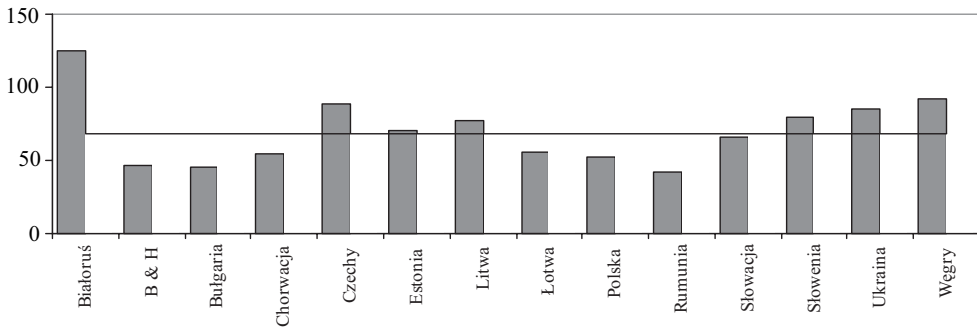
Kraj	Liczba pracowników medycznych na 10 tys. osób w latach 2004-2006			
	lekarzy	pielęgniarek	dentystów	farmaceutów
Białoruś	48	125	5	3
Bośnia i Hercegowina	14	47	2	<1
Bułgaria	36,6	46	9	1
Chorwacja	25	55	7	6
Czechy	36	89	7	6
Estonia	33	70	9	7
Litwa	40	77	7	6
Łotwa	31	56	7	
Polska	20	52	3	6
Rumunia	19	42	2	<1
Słowacja	31	66	5	5
Słowenia	24	80	6	5
Ukraina	31	85	4	5
Węgry	30	92	5	5

Źródło: www.who.int/whosis/en.



Rys. 4. Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców w wybranych 14 krajach na tle średniej UE

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 5.



Rys. 5. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców w wybranych 14 krajach na tle średniej UE

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 5.

Polska na tle innych omawianych państw wypada bardzo słabo. Mamy dramatycznie mało lekarzy, pielęgniarek i stomatologów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Nie są to, niestety, dane w 100% wiarygodne, gdyż nie uwzględniają osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą i będących na kontraktach, a tylko osoby zatrudnione na umowę o pracę w zakładach opieki zdrowotnej. Jest to poważna luka w definicji pracowników opieki zdrowotnej. Posiadane przez Światową Organizację Zdrowia statystyki medyczne są niewiarygodne i nieporównywalne.

6. Podsumowanie

Polska reformę ochrony zdrowia rozpoczęła późno, około 7 lat później niż pionierzy w tej dziedzinie. Na usprawiedliwienie należy podać fakt, że ze wszystkich 14 analizowanych państw Polska jest drugim co do wielkości krajem. Największym ludnościowo państwem jest Ukraina, gdzie reforma opieki zdrowotnej w ogóle się nie powiodła. W okresie transformacji, oprócz Polski, jeszcze dwa kraje zmieniły system płatności za usługi medyczne ze zdecentralizowanego na scentralizowany – Estonia i Łotwa. Pozytywnie należy ocenić dążenie krajów byłego bloku wschodniego do uniezależnienia wysokości dochodów i wydatków na ochronę zdrowia od budżetu centralnego danego państwa. Niekorzystnym zjawiskiem natomiast jest zamiana wielu płatników, jakim są kasy chorych, na jednego – fundusz zdrowotny. Niestety, nie sprzyja to rozwojowi konkurencji wśród płatników oraz nie przyczynia się do poszukiwania mechanizmów racjonalizujących wydatki na ochronę zdrowia. Zmniejszenie liczby kas chorych w wielu państwach należy ocenić pozytywnie. W niewielkiej liczbie państw istnieje współpłacenie za usługi medyczne. Jest to mechanizm bardzo racjonalizujący potrzeby świadczenia usług medycznych. Należy podkreślić, że opłaty powinny być na tyle niskie, aby nie utrudniały osobom potrzebującym dostępu do opieki zdrowotnej. Reforma ochrony zdrowia we wszystkich krajach zwiększyła efektywność korzystania z zasobów ochrony zdrowia, co przejawia się

choćby niższą liczbą łóżek szpitalnych, a przez to krótszym czasem pobytu na oddziale oraz powstaniem łóżek opieki długoterminowej. Nastąpiło także zmniejszenie liczby personelu pracującego w opiece zdrowotnej. Tendencją negatywną jest rosnący we wszystkich państwach udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na opiekę zdrowotną oraz istnienie dużej liczby usług specjalistycznych, które nie są finansowane ze składek zdrowotnych. Rosnącemu udziałowi wydatków prywatnych towarzyszy bardzo często wzrost funduszy na finansowanie ochrony zdrowia (spowodowane wzrostem wysokości składki lub wzrostem PKB). Wynika stąd, że brak jest mechanizmów, które pozwalałyby określić potrzeby zdrowotne społeczeństwa i skonstruować efektywny system finansowania ochrony zdrowia.

Literatura

- Chołuj B. (red.), *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i w krajach sąsiednich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.
- Dziubińska-Michalewicz M., *Lotewski system opieki zdrowotnej*, „Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych” 2005, marzec.
- Dziubińska-Michalewicz M., *Ukraiński system ochrony zdrowia*, „Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych” 2005, marzec.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa, „Raporty CASE” 2002, nr 53.
- Heath care systems in transition – Belarus (2008)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Bosnia and Hercegowina (2002)*, <http://www.euro.who.int/country-information/>
- Heath care systems in transition – Bulgaria (2007)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Croatia (2006)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Czech Republic (2005)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Estonia (2008)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Hungary (2004)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Latvia (2008)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Lithuania (2000)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Poland (2005)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Romania (2008)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Slovakia (2004)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Slovenia (2005)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Heath care systems in transition – Ukraine (2004)*, <http://www.euro.who.int/countryinformation/>
- Kawiorska D., *Narodowe rachunki zdrowia*, Zakamycze, 2004.
- Kubik Ch., *Amerykański system opieki zdrowotnej*, „Amsyzdro Company”, Chicago 1999.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz-Kraków 2004.
- Rogoś E., Skrzypczak Z., *Odejscie od modelu Siemaszki – i co dalej z ochroną zdrowia? Przypadki Rosji, Ukrainy i Łotwy*, [w:] *Problemy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2/2006.



Sobczak A., *PKB a wydatki na ochronę zdrowia. Analiza porównawcza krajów OECD*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Dylematy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.

HEALTHCARE CHANGES AND THEIR DIRECTIONS IN SOME EASTERN AND SOUTHERN EUROPEAN COUNTRIES

Summary: Based on 14 European countries we show changes in healthcare system between 1989 and 2009. We provide the description of changes in financing health care system from Semashko to Bismarck model. Some countries have introduced Sickness funds model others implemented models based on centralized health insurance fund. Additionally, we provide the data on the share of health care, number of hospital beds and medical staff spending in GDP. The conclusions are as follows: in the countries surveyed, followed by the rationalization of health spending, the efficiency of healthcare resources increases and the duration of stay in hospital is shorter, what causes less expensive hospitalization. In small countries the number of payers is limited and the recruitment of health workers is based on other principles.